

¿Hacia donde va el hospital?

Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales

Federico Tobar¹

-¿Qué puerta debo abrir Maestro?- Preguntó Alicia.

-Eso depende de adonde quieres ir - Respondió el Gato.

-No lo se.

-Entonces todas dan igual.

Lewis Carrol

Resumen

Este artículo asume como objetivo identificar los principales desafíos que enfrentará la gestión hospitalaria en América Latina durante los próximos años. Para ello, se revisa parte de la literatura internacional reciente sobre el tema buscando identificar tendencias. Las mismas son enunciadas como desafíos que son clasificados a partir de un esquema que distingue tres diferentes componentes de las decisiones propias de la gestión sanitaria: una política (el modelo de gestión), una económica (el modelo de financiación) y una médica (el modelo de atención o asistencial). La distinción es funcional ya que se postula que hay un potencial innovador en los modelos de atención que puede contribuir a una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los hospitales e incluso de los sistemas de salud. Sin embargo, el desarrollo de modelos de financiación ha resultado limitado y, al menos en América Latina, resta aún mucho por hacer en términos de modelos de gestión.

Por este motivo, se postulan cinco dilemas que deberán enfrentar los gestores hospitalarios. Ellos son: 1) buscar crecer en escala o en resolutivez, 2) Orientarse hacia beneficiarios que mantienen fidelidad al servicio y profesional que les brinda respuesta médica o hacia consumidores que asumen decisiones crecientes respecto a sus cuidados médicos, 3) Buscar la integración vertical hacia arriba o hacia abajo, 4) Inclinar su estructura a una burocracia profesional o incorporar la forma divisionaria configurando cada servicio como una gerencia de negocios y 5) Privilegiar un modelo en el cual las decisiones son muy orientadas por la misión, o responder más a las demandas internas de los médicos que conforman el staff del hospital.

Palabras clave: Hospitales. Prospectiva. Tendencias Económicas. Gestión.

¿Qué es un hospital?

Los hospitales modernos son organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquier otra. Desde un punto de vista sanitario se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población. Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde un punto de vista organizativo son plantas multiproducto, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Además, desde un punto de vista económico también presentan

¹ Director ejecutivo del Centro de Estudios en Gestión y Economía de la Salud. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. E-mail: federico@federicotobar.com.ar

rasgos distintivos como el requerir un uso intensivo tanto de capital humano, como tecnológico y financiero.

Postulamos que puede entenderse a un hospital como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: A) uno político, al que llamamos modelo de gestión, B) uno económico, al que llamamos modelo de financiación, C) uno técnico, al que llamamos modelo de atención o modelo asistencial (Tobar, 2000).

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del servicio, en cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción, qué valores las guían, quién las toma y cómo las toma. Las prioridades de un hospital público no siempre son similares a las de un hospital privado. De forma similar, las prioridades de un hospital de baja complejidad no son idénticas a las de otro de alta complejidad. Existen factores que los diferencian, principalmente tecnológicos –en el segundo caso- y requisitos legales y contables –en el primero- pero por sobre todo hay una lógica superior que orienta las mayores acciones y decisiones. Un criterio de lo que la organización “debe ser”.

La problemática del financiamiento hospitalario puede ser caracterizada a través de tres interrogantes: a) ¿Cuánto debe gastarse en atención hospitalaria?, b) ¿De dónde deben provenir los recursos?, c) ¿Cómo asignar los recursos?

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar la respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población.

¿Qué prestaciones brindar? Aún cuando pueda haber criterios políticos e incluso económicos que orienten la oferta de servicios, cuando la misión está vinculada con producir salud la definición de las prestaciones a ser brindadas no deja de ser médico-sanitaria.

¿Cómo prestar? Se trata de definir ¿qué prestadores deben ser responsables de la provisión de servicios? En el sentido de los niveles de complejidad o adecuación e calidad de los servicios. ¿Con cuales criterios o padrones deben operar?. La problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insustituible.

¿Dónde prestar? De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?. ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adoptar?

Una clara distinción de estas tres dimensiones es fundamental a la hora de pensar el hospital y sus funciones ya que a menudo se corre el riesgo de reducir la discusión solo a una de esas dimensiones.

¿Se extinguirán los hospitales?

En un discurso al inaugurar un gran policlínico, nuestro primer ministro de salud, Ramón Carrillo auguraba que algún día en lugar de festejar por construir un nuevo hospital, lo haremos al clausurarlo, debido a que ya no lo necesitaremos. Aunque se trata de un vaticinio inspirador, todavía estamos muy lejos de prescindir de los hospitales. Podemos encontrar evidencia empírica de la vigencia de los hospitales **al analizar la evolución de la tasa de internación, vemos que prácticamente no ha cambiado y aunque parece caer lentamente, ocurre lo contrario con el tiempo medio de permanencia.**

En los países más avanzados en su transición epidemiológica el tiempo medio de permanencia es mucho mayor. Esto se debe a que la población está más envejecida, ya que

junto a la transición epidemiológica se registra la transición demográfica, y las patologías crónicas en población anciana tienden a requerir intervenciones que involucran largos períodos de hospitalización. En otros términos disminuye el giro cama pero no la ocupación.

Otra razón por la cual los hospitales siguen vigentes es que los médicos los tienden a considerar el mejor lugar para trabajar y formarse. Esto se debe a que la logística y los servicios intermedios que brindan apoyo facilitan el diagnóstico y el tratamiento en tiempo y forma. Analizando la situación en estados unidos, Grote y colaboradores (2006) concluyen que los hospitales son los principales formadores de recursos profesionales en salud y además, son proveedores de prestigio profesional para sus miembros. De forma similar, para el caso europeo, Recasens y colaboradores (2004:233) afirman que “dentro de 10-15 años, los hospitales continuarán siendo el centro del sistema sanitario, pero estarán en continua transformación”.

¿Qué harán los hospitales?

Aunque la especie hospitalaria no parece amenazada de extinción, para adaptarse a los nuevos ambientes los hospitales se verán obligados a reconvertirse. Es decir, **es muy probable que los hospitales deban hacer cosas diferentes a las que hacen ahora**. Básicamente por tres motivos.

En primer lugar, por los cambios en la demanda. Porque evolucionan tanto los perfiles de morbilidad como las pautas de consumo y utilización de servicios. En segundo lugar, la oferta también cambia movida por dos grandes motores: la innovación tecnológica y la competencia.

A continuación se exponen algunas tendencias en la gestión hospitalaria identificadas a partir de la literatura especializada (DHA& Public Space, 2002; Sheldon *et al*, 1997; Jolly & Gerbaud, 1995; Studin, 2000; Recasens *et al*, 2004). Siguiendo el esquema explicativo antes presentado, se ha agrupado estas tendencias según correspondan al modelo de gestión, atención o financiación.

Tendencias en la gestión hospitalaria según lógica de decisión

Modelo de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformidad organizativa • Homogeneización de los perfiles epidemiológicos. • Equiparación de las expectativas. • Tercerización de los servicios intermedios • Gestión empresarial
Modelo de financiación	<ul style="list-style-type: none"> • Financiación de la demanda • Diversificación de fuentes
Modelo de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Hegemonía del modelo científico • Cambios en el perfil de la demanda • Especialización y diversificación • Racionalizar las actividades especializadas

Para el modelo de gestión

- **Uniformidad organizativa.** A pesar de las diferentes configuraciones locales, el hospital como institución tiende a seguir una trayectoria secular y universal. El resultado es que los hospitales cada vez se parecen más en todo el mundo (Pina Ribeiro, 1993: 31). Esto es consecuencia de la aproximación sucesiva de: a) los perfiles epidemiológicos, b) la globalización cultural y la difusión de las tecnologías médicas y administrativas pero, además las reformas de salud son iguales aún cuando los sistemas y servicios sean diferentes. Los organismos multilaterales de crédito replican sus políticas y esto también hace que los servicios tiendan a converger hacia modelos cada vez más parecidos.
- **Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.** Un estudio reciente sobre la carga global de enfermedad que contó con más de cien colaboradores alrededor del mundo concluía que la denominada “transición epidemiológica” se encuentra muy avanzada y la morbilidad y mortalidad de los países tienden a converger se acentúan las diferencias hacia el interior de cada país y aumentan las brechas entre ricos y pobres (Murray & Lopez, 1996).
- **Equiparación de las expectativas.** Además de las condiciones de salud de la población también tienden a homogeneizarse las expectativas que las personas tienen en relación a qué tipos de servicios deben recibir y de qué forma. La extensión de los medios masivos de comunicación junto a la rápida divulgación que estos hacen de los descubrimientos e innovaciones médicas contribuyen en gran medida a esta globalización de las expectativas. Grote y colaboradores (2006) destacan que la tendencia más relevante para los hospitales del siglo XXI es que los usuarios cada vez reclamarán más valor de las prestaciones que reciban.
- **Tercerización de los servicios intermedios.** Este proceso ha comenzado en servicios como lavandería, alimentación y seguridad. Pero, ahora se registra una tendencia a que procedimientos corrientes de diagnóstico tales se realicen fuera del hospital, a menor costo, más rápidamente, sin tiempo de espera. Estos cambios requieren ser acompañados por una evaluación constante y una optimización de la calidad de la atención.
- **Gestión empresarial.** Hay diversos motivos por los cuales los hospitales necesitarán orientarse hacia la gestión empresarial. Por un lado, tenderán a trabajar con más de un financiador. Por otro lado, se incrementan las presiones para obtener mayores niveles de productividad y eficiencia. Además los modelos de contratación y pago por los servicios serán muy diversos y su evaluación exigirá a la dirección disponer de informaciones adecuadas tales como el costo de producción de cada servicio.

Para el modelo de financiación

- **Financiación de la demanda.** En muchos países se ha innovado en las formas de asignación de recursos a los hospitales buscando mayor flexibilidad, así como incentivar la productividad y la eficiencia (Barnum, *et al*, 1995). Con frecuencia se ha tendido a buscar modelos en los cuales “el dinero siga al paciente”. Se trata de pagar por lo que la institución hace, por los servicios que presta. En lugar de financiar al hospital para estar disponible para atender. En los hospitales públicos se manifiesta como más probable la extensión del uso de compromisos o contratos de gestión, una modalidad más flexible que, en rigor no implica financiar la demanda sino modificar el financiamiento de la oferta vinculando la asignación de recursos al cumplimiento de metas asistenciales y de gestión.

La búsqueda de mecanismos que permitan un mayor y un mejor control del presupuesto asignado a los servicios de salud está asociada a presiones para mejorar la eficiencia del gasto y legitimar las acciones del Estado. Como afirma Bohigas (1987:31): “Mientras el hospital era benéfico, sólo respondía ante la iglesia, cuando el hospital se transforma en científico responde ante la ciencia médica, en la situación actual la sociedad empieza a pedir al hospital que demuestre objetivamente que vale la pena gastar en él los recursos que actualmente se desembolsan. El hospital moderno debe ser eficiente y debe demostrarlo”.

- **Diversificación de fuentes.** Para sobrevivir los hospitales requieren hoy, y lo harán aún más en el futuro, proveer servicios para un público amplio, cubiertos por diferentes esquemas de protección, que emplearán también diversos modelos de contratación y pago. Incluso, es hoy muy difícil que un hospital se pueda dar el lujo de mantener precios únicos por sus prestaciones. Esto es válido incluso para los hospitales públicos, ya que se extienden mecanismos de financiación de la demanda y se avanza hacia sistemas de seguros públicos de modo que es posible que los servicios que hoy se mantienen dentro de un esquema de presupuesto fijo pasen a tener parte de sus ingresos vinculados a la atención de un grupo de pacientes cubierto por seguros públicos y otro por seguros sociales y/o privados.

Otra tendencia incipiente en lo que respecta a la diversificación de fuentes la constituye aquello que ha sido denominado turismo médico. Se trata del viaje de pacientes de un país para recibir servicios hospitalarios en otro. Hasta hace poco tiempo el flujo internacional de turismo médico provenía desde los países en desarrollo hacia los países desarrollados, en particular a los EEUU. En la actualidad el surgimiento de servicios médicos de excelencia en los países en desarrollo a costos notablemente inferiores a los de los países ricos ha revertido el sentido de ese flujo. Se ha estimado que el giro del turismo médico en el mundo ascendió a U\$s 60 mil millones en 2006 y llegará a 100 mil millones en el 2012 (Herrick, 2007). Las agencias de turismo comienzan a desarrollar servicios en este nuevo rubro. Pero de forma creciente se hará imprescindible disponer de esquemas de acreditación y evaluación de calidad que respondan a parámetros estandarizados e internacionales como los de la Joint Commission y los de la International Standards Organization. Aunque en la actualidad la financiación de estas prestaciones proviene directamente del bolsillo de los pacientes, algunos aseguradores los reconocen para reembolsos y puede esperarse que en el futuro las empresas aseguradoras de los países ricos sean quienes contraten y paguen por una parte de estas prestaciones.

Para el modelo de atención

- **Hegemonía del modelo científico.** El conocimiento médico conquista progresivamente la hegemonía en la conducción del hospital moderno. Incluso, se lo pasa a denominar “hospital científico”(Bohigas, 1987). A medida que la profesión médica adquiere peso dentro de la institución esta va incorporando nuevas funciones menos relacionadas con lo asistencial y más con lo académico tales como la formación de recursos profesionales y la investigación, incluso es frecuente en América Latina encontrar hospitales que tienen sus propias publicaciones médicas. La vinculación entre el papel cada vez más protagónico de las funciones de investigación y docencia, se retroalimentará con la escalada tecnológica (Recasens et al.2004:233).

- **Cambios en el perfil de la demanda.** Por causa de transformaciones demográficas y de las mismas conquistas sanitarias, los hospitales deberán brindar un menú de servicios diferente del tradicional. Entre lo factores demográficos se puede citar la progresiva

disminución del índice de natalidad, el envejecimiento de la población así como las migraciones internas y externas. Con relación a la morbilidad se está registrado cambios importantes, por un lado, puede esperarse que, al menos en los países desarrollados, la incidencia de los accidentes y de enfermedades cardiovasculares se estanque o retraiga. Por otro, en casi todos los países tiende a registrarse una aparición cada vez más tardía de las enfermedades de la vejez. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la reducción del cáncer (Jolly & Gerbaud, 1995). Además, es muy probable que aumenten las enfermedades virales junto a sus consecuencias a mediano y largo plazo. Por otro lado, la demanda comenzará a responder a nuevas necesidades como la procreación artificial y trasplantes de órganos.

- **Las actividades hospitalarias se especializarán y diversificarán cada vez más.** En medicina permanentemente surgen nuevas especialidades a partir de la fragmentación de disciplinas. Además, los especialistas esperan que las tareas tradicionales del hospital, principalmente las curativas, se extiendan hacia determinados aspectos de la prevención e información. Se contempla que en los próximos treinta años, el progreso en biología molecular e ingeniería genética transformará la prevención, la cual se basará en la evaluación de los factores de riesgo y en un enfoque predictivo genuino (Jolly & Gerbaud, 1995). Sin embargo, aunque el estado del conocimiento médico permitiría avanzar progresivamente hacia modelos de atención más integrales que privilegien la prevención, hasta ahora el desarrollo de modelos de financiación viene actuando como un freno para ello. Es muy difícil (aunque no imposible) que los modelos orientados hacia la financiación de la demanda generen incentivos a los cuidados integrales y las prácticas preventivas.

Como lo han postulado primero Shortells (1995) para Estados Unidos y luego Oteo (2004) para España, el hospital deberá reinventarse varias veces durante su vida útil. Los servicios y dentro de ellos las áreas de especialidad de mayor relevancia podrán variar cada cinco o diez años. El perfil de los casos atendidos se alterará y la forma de atenderlos también. Esto se hará manifiesto a través de la casuística de los egresos o *Case Mix* del hospital. Las decisiones relativas a inversiones en equipamiento, así como la capacitación del personal deberán apoyarse sobre hipótesis de cómo esta evolución puede llegar a manifestarse. Como ilustra el aforismo del epígrafe de este artículo, “para decidir qué puerta abrir es necesario primero saber a dónde se quiere ir”.

- **Será necesario racionalizar las actividades especializadas.** La hospitalización tradicional está cambiando debido a la expansión de: a) la prevención genuina, b) la creciente efectividad de los medicamentos y c) alternativas de atención menos costosas como la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria. Es probable que en el futuro una especialidad sea definida como una serie cohesiva de habilidades, recursos humanos y tecnológicos que, de ser necesario, puede recurrir a centros con camas y comidas cercanos -en términos de acceso y tiempo- a los centros técnicos, y lo suficientemente flexible como para permitir frecuentes reagrupaciones (Jolly & Gerbaud, 1995).

Dilemas para la gestión hospitalaria

A continuación se enuncian un conjunto de dilemas que se plantean sobre los modelos de gestión hospitalaria, postulando que los mismos se acentuarán en el futuro.

1. ¿Crecer en escala o en resolutivead?

El hospital moderno, surge en siglo XX y desde entonces no ha parado de crecer. Aunque con frecuencia su expansión fue poco ordenada, en general los establecimientos crecían en tamaño y complejidad. Esto resultaba relativamente funcional puesto que el desafío era

extender la cobertura brindando más prestaciones a contingentes poblacionales cada vez mayores.

A finales del siglo XX, junto al debate sobre el Estado de bienestar, se registra a nivel mundial una crisis paradigmática en la organización de los servicios y políticas de salud que aún no ha sido superada y que se vinculó a una pandemia de reformas sanitarias. Uno de los tópicos del debate gira en torno a la expansión de los costos de la salud. Los grandes financiadores, como gobiernos y seguros de salud, buscaron no solo reducir sus costos sino también hacerlos menos rígidos, transformando costos fijos en variables. En lugar de buscar tener hospitales propios y cada vez más grandes, se adoptaron soluciones competitivas como tercerizar la provisión, orientar el financiamiento hacia la demanda e incluso consolidar mercados donde los hospitales públicos y privados se disputan los recursos.

En este nuevo escenario aparece una tensión en el crecimiento del hospital. Ser competitivo no es necesariamente ser más grande. En algunos casos se identifican deseconomías de escala. En otros casos, fluctuaciones en la demanda de servicios hacen que no resulte tan conveniente tener todas las respuestas médicas concentradas. De hecho, la desconcentración y descentralización de los servicios se transforma en el tópico más incorporado y menos cuestionado de todas las reformas de salud.

Nuevas competencias son requeridas a los hospitales, entre ellas, ser capaces de asumir de forma simultánea diversos contratos de provisión con los financiadores en los que no hay una sola modalidad de pago ni un solo precio, administrando un portfolio que debe mantener a un punto de equilibrio. En este camino, los desarrollos gerenciales apuntaron a la medición del producto hospitalario y a buscar conocer los costos de provisión como para poder negociar precios adecuados por las prestaciones brindadas.

Pero el mayor desafío que enfrentan los hospitales en el nuevo contexto es de la carrera por la incorporación tecnológica. El ritmo innovativo de la tecnología aplicada a la medicina es muy acelerado. Mantenerse actualizado en la incorporación de estas tecnologías no solo resulta muy costoso por la inversión en equipamiento sino que requiere gastos crecientes en mantenimiento, y en especial, en personal calificado para su adecuada operación. Es que la incorporación tecnológica no se da en todo el proceso de producción sino en especial en la instancia de diagnóstico. De modo que, a diferencia con otros sectores de la actividad económica que también son intensivos en el uso de tecnología, en la medicina esta no reemplaza mano de obra sino que, por el contrario, incorpora nuevas competencias profesionales.

En conclusión, para mantenerse competitivos los hospitales precisan ahora ser más selectivos en sus decisiones respecto a cuanto y cómo deben crecer. Qué tecnologías deben incorporar y qué perfil de profesionales resultan más críticos. En cual es el tamaño óptimo de su planta, la cantidad de camas, los contratos que asumen así como los precios que cobran.

En un informe reciente de McKinsey & Company, con el sugestivo título de “hospitales norteamericanos para el siglo XXI”, reafirman la vieja consigna schumpeteriana de buscar ventajas comparativas fortaleciendo determinados servicios finales o áreas de especialidad clínica para convertirse en centros de excelencia. Según este informe, **los grandes financiadores tenderán a privilegiar la contratación y financiación de servicios de referencia**, en especial en áreas críticas como cardiología, neurociencias y oncología (Grote, *et al*, 2006:2).

2. ¿Orientarse hacia beneficiarios o consumidores?

En el ámbito de la salud se suele denominar “paciente” a quienes reciben asistencia médica. Este concepto es exclusivo del sector y existe en varios idiomas. La palabra en si

sugiere una cualidad que los ciudadanos que demandan servicios de salud cada vez tiene menos: paciencia.

Pero Jolly & Gerbaud (1995) observaron que no solo se agota la paciencia de los pacientes sino que, también, la demanda sigue dos modelos polarizados. Estos autores señalan que, en los países ricos, el ingreso tiene poca influencia en el consumo de atención médica. Sin embargo, si detectan patrones de comportamiento muy diferenciados que aparecen más asociados con el nivel educativo y el lugar de residencia y los llaman el grupo de consumidores selectivo versus el de beneficiarios pasivos.

Los primeros, en general habitantes de grandes ciudades y con educación universitaria, son cada vez más selectivos en sus decisiones relativas a la atención médica. Son muy propensos a consultar y a realizar estudios y prácticas preventivas. Sin embargo, prefieren consultar en el segundo nivel de atención más que en el primero. Su internación suele ser o muy corta (ya que maximizan las prácticas ambulatorias) o muy larga (en casos de enfermedades graves). Su actitud selectiva se extiende también al hospital donde se internan, en el cual privilegian la complejidad, el prestigio y la hotelería del establecimiento e incluso pueden llegar a financiar directamente (a través del gasto de bolsillo) los servicios, incluso los hospitalarios.

En el otro extremo, hay un grupo de usuarios pasivos, con frecuencia de menor nivel educativo, habitantes de ciudades menores y zonas rurales. Son más propensos a consultar en el primer nivel de atención, pero igual acuden al hospital con frecuencia, en general derivados por un profesional. Son más respetuosos de la indicación y prescripción médica y se orientan menos a buscar una segunda opinión. Cuando toman decisiones relativas a su atención médica, resultan menos sensibles a la complejidad, el prestigio o la hotelería de los servicios. En lugar de ello privilegian el antecedente de haber recibido respuesta en el momento en que la demandaron. Por ello mantienen fidelidad al sistema de atención, al servicio y al profesional que les ha brindado respuesta oportuna.

La previsión es que la diferencia entre las expectativas y demandas de estos dos grupos resulte cada vez más notoria. Si es así, esto traerá consecuencias a nivel tanto de las políticas sanitarias como en las estrategias de comercialización de los servicios. Por ejemplo, cuando se reemplaza un enfoque de beneficiarios por otro de consumidores con creciente protagonismo en sus decisiones sobre la utilización de servicios de salud, resulta difícil organizar flujos adecuados de referencia y contrareferencia y es menos viable la implementación de medidas muy costo-efectivas como la estrategia de APS, los médicos de cabecera y la responsabilidad nominada.

Que en el país prevalezca un enfoque de beneficiarios o uno de consumidores de servicios de salud depende, en gran medida, de las reglas de juego que organicen la competencia entre proveedores y entre aseguradores. En otras palabras, es un resultado de la función de regulación que debe asumir el Estado. Estas pautas diferentes no son otra cosa que expresiones alternativas de aquello que se denomina “calidad percibida”. Por lo tanto, **cuando el Estado normatiza, acredita y evalúa la calidad de los servicios (y más aún cuando comunica los resultados de esa evaluación) está influyendo sobre la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios de salud.**

3. ¿En qué sentido buscar la integración vertical?

La integración vertical es la operación opuesta a la tercerización. Constituye una de las estrategias empresariales para captar valor o reducir riesgos ya que se trata de crear una empresa o sector que no parte de cero, sino que toma como punto de apoyo uno de los segmentos de la actividad que ya ha sido desarrollado.

La integración aguas arriba sería aquella que busca captar valor en el extremo superior de la actividad. Para un hospital, por ejemplo, sería asumir funciones de aseguramiento en salud. Muchos hospitales de comunidad vienen transitando esta vía construyendo sus propias empresas de medicina prepaga sin por ello abandonar totalmente los contratos de prestación con otros seguros de salud. Esto les permite reducir su vulnerabilidad financiera otorgando un margen de maniobra mayor a su esquema de explotación.

Por otro lado, la integración vertical aguas abajo sería aquella por la cual se busca asumir la producción de bienes o la provisión de servicios que hasta el momento la organización contrataba con terceros. Un ejemplo típico sería cancelar un contrato con una lavandería industrial para desplegar esa función directamente en el hospital con instalaciones y personal propios. Este tipo de integración vertical puede reducir costos pero incorpora rigideces en la medida en que aumenta la proporción de gastos fijos.

Una integración vertical estratégica es aquella que permite a la organización mayor control en el cumplimiento de su misión. En el caso de los hospitales podría ser conveniente tercerizar servicios generales (como seguridad, lavandería, alimentación) y hasta intermedios (como farmacia y laboratorio). Pero tercerizar los servicios finales o clínicos podría poner en riesgo el cumplimiento de la misión.

Sin embargo, es difícil que asumir directamente la provisión de servicios generales fortalezca la capacidad del hospital para alcanzar su misión. Si lo haría el asumir responsabilidad por cuidados de salud prehospitalarios (extramuros). Por ejemplo, desplegando una estrategia de *disease management* o gestión de la enfermedad. En otras palabras, en lugar de limitar el modelo de atención a brindar cuidados episódicos, se busca intervenir en la historia natural de los pacientes crónicos para disminuir o retardar la aparición de complicaciones (Diaz, 2002:141). Dicho de otra manera, en este modelo en lugar de contabilizar cuantos Infartos Agudos de Miocardio se atendieron exitosamente en un año dentro del hospital, el foco se centraría en estimar cuantos de estos eventos fueron evitados gracias a la detección de pacientes en situación de riesgo cardiovascular y al despliegue de estrategias de prevención y seguimiento organizadas en protocolos que establecen y evalúan la performance de cuidados progresivos.

Otro ejemplo innovador viene siendo implementado en el Hospital de Pediatría Juan.P. Garrahan de Argentina, donde un programa de referencia y contrareferencia brinda capacitación y asistencia técnica a otros servicios de salud del país logrando aumentar la resolutivez de los centros que le derivan pacientes, así como la capacidad de estos para continuar el tratamiento y seguimiento de pacientes que fueron intervenidos en el Hospital Garrahan. Tal vez lo más novedoso de esta experiencia es que parte de una visión sistémica que fortalece la cooperación entre hospitales en lugar de su competencia.

Pero el mayor dilema no es cómo debe proceder el hospital para desplegar estrategias como el *disease management* o el fortalecimiento del trabajo en red, sino quién pagará por ellas. Los modelos de financiamiento y contratación vigentes no incorporan incentivos para el despliegue de programas de gestión de la enfermedad. En conclusión, tal vez el camino más adecuado para fortalecer la capacidad del hospital para alcanzar su misión (siempre que esta se vincule a brindar respuestas a los problemas de salud de la comunidad) exija avanzar por las dos vías de la integración vertical. Es decir, por un lado crear su propio seguro de salud para captar a los pacientes que ya se atienden en el hospital y por el otro ofrecer, como servicio innovador, programas de cuidados de la enfermedad, en especial en patologías crónicas.

4. ¿Burocracia profesional o forma divisionaria?

Diseñar modelos de gestión no es otra cosa que buscar los caminos más adecuados para aumentar la racionalidad en la toma de decisiones. Los hospitales configuran aquel tipo de organizaciones que Henry Mintzberg (1982) llamó burocracias profesionales donde el poder es descentralizado internamente y cada jefe de sala/sector y/o servicio actúa como autoridad indiscutida. Sin embargo, al existir dos tipos de tareas diferenciadas, las organizaciones hospitalarias avanzadas configuran la yuxtaposición de dos organizaciones, una burocracia tradicional (o mecánicas) y una burocracia profesional. Pueden ser identificadas dos grandes corrientes de debate en torno a cómo diseñar modelos de gestión para instituciones de salud: los estructuralistas y los contingencialistas (Braga, 1991).

Para los estructuralistas aumentar la racionalidad en la toma de decisiones implica maximizar el carácter del hospital como burocracia mecánica. Esto se logra verticalizando lo máximo posible la institución, implementando normas y procedimientos allí donde sea posible, y regularizando y estandarizando todos los procesos. Desde esta óptica sería prioritario avanzar en la racionalización de los servicios generales e intermedios para luego llegar a los finales.

Desde un enfoque contingencialista, habría que avanzar desde la burocracia profesional hacia la forma divisionaria. Esto significa configurar cada servicio final como una unidad de negocios. En ese sentido resulta fundamental descentralizar el poder hacia el interior del hospital involucrando progresivamente a los médicos en las decisiones administrativas. Esto requiere desarrollar modelos de evaluación de desempeño adecuados tales como los tableros de mando integral para superar una lectura de los servicios que se restrinja a su rentabilidad. Incluso, no solo es necesario contemplar esto en la evaluación de desempeño sino también en la implementación de planes de desarrollo (o al menos en planes de “resistencia”). La búsqueda de eficiencia y competitividad a menudo motivó sobreadaptaciones que llevaron a los hospitales a abandonar su misión y sus valores fundacionales. Se corre el riesgo de pasar de un modelo “apaga incendios” a otro del “sálvese quien pueda” donde solo sobreviven y son premiados aquellos servicios que generan ingresos. Por ejemplo, un estudio norteamericano advierte la necesidad de implementar políticas que regulen la conversión de hospitales comunitarios en entidades con fines de lucro debido a las importantes pérdidas que esto suele generar en términos de bienestar social (Claxton, *et al*, 1997)

Entre estas dos grandes corrientes seguramente hay elementos comunes que tienen que ver, por un lado, con la “estandarización” de procesos pero, por una de ellas asume que hace falta dejar márgenes “contingenciales” para cada servicio o caso.

El desarrollo de un modelo de gestión apropiado para cada hospital exige en primer lugar identificar desde que marco referencial se parte. Las soluciones llegarán sólo con el desarrollo integrado de los tres grupos de servicios. Para el caso, convocando a los jefes de servicios para que colaboren en la definición de los objetivos de cada sector. Para establecer luego, un sistema de evaluación del cumplimiento de esos objetivos, apoyándose en una metodología de incentivos con transparencia de criterios, para el necesario control social.

En otros términos, el modelo de gestión puede ser definido como una modalidad de articulación entre los intereses individuales y la misión institucional. Los estudios del hospital desarrollados desde el enfoque contingencial afirman que no existe un modelo de gestión adecuado para todos los hospitales. Las variables de mayor peso en la determinación del modelo de gestión apropiado son el entorno en que se desenvuelve el hospital y la tecnología de qué dispone.

5. ¿Organización misional o franchising médico?

Cada etapa de la evolución del hospital se corresponde con una definición de sus funciones sociales, de su contribución a la sociedad. Es decir de su “misión”. El primer vector de cambio

ha sido la propia evolución del conocimiento médico y de la tecnología que él mismo genera. La medicina es el área en donde la humanidad ha obtenido las mayores conquistas. Un paciente típico del siglo pasado que fuera atendido por un médico típico no tenía más del cincuenta por ciento de probabilidades de mejorar su situación de salud (Bohigas, 1987:2). Esto no ocurre porque los médicos de antes fueran mucho peores que los de ahora sino porque, justamente gracias a la dedicación de los profesionales de la salud hoy sabemos mucho más y disponemos de una amplísimo conjunto de soluciones a los problemas de salud. Aún cuando gran parte de las afecciones involucran grandes misterios, la eficacia de los servicios médicos se ha incrementado de manera exponencial a lo largo de este siglo.

Probablemente el primer modelo de hospital fue el “benéfico” de la edad media. Con relación al modelo de gestión reconocemos que la función social consistía en brindar una respuesta a la enfermedad de los más pobres. En algunos casos se trataba de una verdadera reclusión ya que la mayor parte de las patologías atendidas eran infectocontagiosas. El hospital estaba íntimamente vinculado a la Iglesia, su misión era esencialmente espiritual e incluso en las construcciones hospitalarias se reservaba un lugar preferencial a la capilla. El personal del hospital era religioso y su motivación era altruista. Es decir no existía remuneración alguna por los servicios de salud.

En la era del absolutismo monárquico surgen hospitales dentro de la esfera pública estatal. Es a partir de entonces que el médico se convierte en la figura central: “El médico aparece con el Estado, indisociablemente vinculado a otro tipo de poder que no era clerical, con funciones delegadas por la autoridad pública. Pasa a ser su competencia exclusiva el examinar, internar, prescribir y dar de alta”(Pina Ribeiro, 1993:24).

Sin embargo, en las colonias, como fue el caso de nuestra América la presencia del Estado en el desarrollo hospitalario resultó mucho más modesta. La iniciativa de construir, dirigir y sustentar los hospitales fue asumida por la propia comunidad. En casi todos los países una parte de los establecimientos asistenciales públicos surgieron como iniciativa vecinal o comunitaria y, en algunos casos, luego fueron estatizados. Durante los últimos años se acentúa la reconversión en otro sentido y gran parte de los hospitales comunitarios se transforman en privados lucrativos.

Los hospitales modernos, más próximos a como los conocemos hoy, se consolidan recién en este siglo y alcanzan su mayor expansión desde la década del 40. Tanto en la Argentina como en la mayoría de los demás países algunos hospitales de beneficencia fueron estatizados, y surgieron nuevos hospitales públicos. Aunque en la misión se pueda privilegiar a la población carenciada, los hospitales atienden al público de todos los sectores, además se reduce la función de reclusión, se sustituye al personal religioso por un cuerpo médico y de enfermería profesional remunerado.

Postulamos que en la actualidad los hospitales enfrentan una tensión entre un modelo de gestión orientado hacia una misión externa muy fuerte y un modelo más orientado hacia el cliente interno que en este caso son los médicos. Esto significa que los hospitales se mueven entre dos tipos ideales que pueden ser considerados como extremos, uno sería el hospital misional y el otro un *franchising* de médicos.

En el primer caso se trata de un hospital cuyas actividades están muy delimitadas por un mandato exógeno (orden religiosa, organización solidaria o incluso un ministerio de salud) en el cual se establece o se puede inferir con bastante precisión qué debe y qué no debe hacer el hospital. El modelo de gestión misional se impone por sobre las decisiones propias del modelo de financiación y del modelo asistencial ya que la organización asume una función social antes de ser una empresa o un servicio médico. Se dispone de un marco, e incluso una ética, que

sirve de orientación para definir decisiones cómo a qué tipo de pacientes se les provee asistencia, cuando y cuanto se debe cobrar, así como qué tecnología debe ser incorporada.

En el otro extremo, se puede postular un hospital más orientado desde la propia oferta, que brinda las prestaciones que sus propios agentes consideran prioritarias. Grote y colaboradores (2006:1) destacan la existencia del hospital como resultado del interés de los médicos en tanto actores económicos. Afirman que para los médicos norteamericanos trabajar en hospitales resulta mucho más productivo que hacerlo fuera de ellos pero, su decisión de hacerlo está condicionada por el nivel de excelencia del servicio. En otras palabras, los buenos médicos querrán formar parte de los hospitales en tanto estos se mantengan a la vanguardia de la atención. A su vez Studin señala que el moderno hospital se ha desarrollado no como una empresa sino como un seminario médico y los seguros de salud no se han orientado a buscar tanto la rentabilidad como en los otros rubros del seguro, sino a viabilizar los servicios médicos (Studin 2000). Este comportamiento introduce tanto una lógica flexneriana como una escalada tecnológica imparable en el cual la disputa por los recursos resultará cada vez mayor.

Conclusión

Es posible identificar en la literatura un conjunto de sentencias respecto de hacia donde se dirige la gestión hospitalaria. Sin embargo, no se trata de megatendencias de carácter inequívoco sino de un conjunto de posibilidades que mantienen afinidades electivas entre sí.

El hospital tiene futuro y el mismo no está escrito. Las visiones y voluntades de sus principales agentes todavía son quienes detentan la mayor capacidad para definir el destino del hospital.

Se ha postulado aquí un conjunto de tensiones o dilemas que, como las puertas de Alicia en el país de las maravillas, constituyen disyuntivas que los directivos hospitalarios deberán decidir si quieren o no transitar. Esta enumeración no es exhaustiva y está sesgada sobre uno de los tres componentes principales de la gestión hospitalaria: el modelo de gestión.

El sesgo es intencional porque concluimos que es allí donde está el punto más débil. No es en el conocimiento médico y los modelos de atención donde están las mayores restricciones. Para obtener una mejor performance del hospital sabemos que hay mucho por obtener trabajando desde afuera de él y dentro del hospital la Medicina Basada en la Evidencia también es un vector de innovación permanente.

La innovación en los modelos de atención podría ser mayor y mejor ya que la evolución del conocimiento médico y sanitario así lo permiten. Sin embargo, son los modelos de gestión y financiación quienes ponen freno al desarrollo de los hospitales (e incluso de los sistemas de salud en su conjunto) hacia esquemas de funcionamiento más eficaces y efectivos. De otro modo... ¿qué sentido tiene mejorar la resolutivez cuando no hay quién lo mida? Y en consecuencia tampoco quién lo premie. ¿Qué sentido tiene mejorar la calidad o fortalecer las prácticas preventivas cuando no hay incentivos para ello?

En síntesis, postulamos que en esta encrucijada sanitaria la medicina padece la maldición de Casandra. Aquella pitonisa que aunque podía anticipar con precisión el porvenir, no conseguía que le creyeran.

Referencias

- BARNUM, H; KUTZIN, J; SAXENIAN, H. *Incentives an provider payment methods*. HROWP 51, March 1995.
- BOHIGAS, Lluís Santasusagna. *Control de Gestión en el hospital*. Barcelona. Fundación Avedis Donabedian. 1987. Pp.31
- BRAGA, Francisco *“Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: Os Modelos de Gestão Descentralizados e por linha de Produção”*. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.
- CLAXTON, G; FEDER, J; SHACTMAN, D & ALTMAN, S. *“Hospitals and Health plans conversions”*. *Health Affairs* Volume 16, N° 2 – March/April 1997

-
- DIAZ, Carlos. "La empresa sanitaria moderna". *Ediciones Isalud* N° 4. Buenos aires. 2002. Pp 141.
- DHA & PUBLIC SPACE. "Hospitals in the year 2010. An exploration of future hospital care in 10 countries. Dutch hospital Association with Public Space". *Cuadernos de Investigación de EADA*, 2002
- GROTE, K; LEVINE, E & MANGO, P.D. "US hospitals for the 21st century". *McKinsey Quarterly*, august 2006.
- HERRICK, Devon. "Medical Tourism: Global Competition in Health Care". *NCPA Policy Report* N° 304. November. 2007.
- JOLLY, D & GERBAUD, Y. "Tomorrow Hospital". *SHS Working Paper* n° 5. World Health Organization. 1995.
- MINTZBERG, H. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires. El Ateneo. 1982.
- MURRAY, C.J.L & LOPEZ, A.D. *The global burden of disease*. Boston. Harvard School of Public Health –WHO- World Bank. 1996.
- OTEO, Luis Angel. *Gestión clínica: Gobierno Clínico*. Madrid. Diaz de Santos. 2004.
- PINA RIBEIRO, Herval. *O Hospital: História e Crise*. São Paulo. Cortez editora. 1993. Pp 31
- RECASENS, Mateu Huguet & JUAREZ, Raimón Belenes. "El hospital Moderno: crisis y reivindicación de la organización del futuro". En: OTEO, Luis Angel. *Gestión clínica: Gobierno Clínico*. Madrid. Diaz de Santos. 2004. Pp 233.
- SHELDON, T; FURGISON, B & POSNET, J. *Concentration and Choice in the provision of hospital services*. York. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1997.
- SHORTELLS, S. *et al.* "Reinventing the American hospitals". *Mrbank Quarterly*, 73:131-60. 1995
- STUDIN, Ira. *Strategic Healthcare Management*. Nueva York. Irwing Professional Publishing. 2000
- TOBAR, Federico. "Herramientas para análisis del sector salud". *Medicina y Sociedad* volumen 23 número 2:84-99. Septiembre. 2000