



La medicina familiar y el hospital: entre el poder y el discernimiento

Gustavo J. Villasmil Prieto

"Toda Medicina es Medicina Familiar"
Jeffrey Sachs. *El Fin de la Pobreza*

"Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea, así como por todos los dioses y las diosas a quienes pongo por testigos, que daré fiel cumplimiento a este juramento hasta donde tuviere yo poder y discernimiento"
Hipócrates de Cos. *Juramento (c.350, AC)*

Una rápida mirada sobre el desempeño de los sistemas públicos de atención médica en la generalidad de los países latinoamericanos nos pone en la forzosa necesidad de hacer una revisión crítica acerca de lo que somos, de lo que hemos sido y, sobre todo, de lo que hacemos. Sea que se trate de hospitales o de establecimientos de atención primaria, la impronta dejada por ambientes médicos supercongestionados en los que se dispensan prestaciones de calidad no siempre aceptable y se generan grandes insatisfacciones tanto entre profesionales sanitarios como en el público usuario, ha sido la norma más que la excepción en muchos de nuestros países. En el caso venezolano, que seguramente podrá ser generalizado a buena parte del área andina, el desempeño del sistema público de atención médica ha sido identificado como un poderoso predictor del nivel de salud de la población usuaria¹; por tanto, estamos técnica, política y éticamente obligados a ejercer

la más sana de las críticas a nuestros respectivos sistemas en el supremo interés de aquellos a quienes se sirve.

Aproximación al estado de la cuestión. La dimensión "macro"

La crisis de los sistemas previsionales en América Latina, aunada al marcado deterioro de las instituciones de asistencia pública en la mayor parte de nuestros países ha traído como consecuencia el que la responsabilidad del cuidado de la salud de muchos de los ciudadanos recaiga con frecuencia sobre las familias y sus economías domésticas, lo cual amenaza con constituirse en un factor adicional de profundización de las inequidades sociales tan características de nuestra región. En tal sentido, cabe destacar la cuantía de los recursos

que las familias a cargo de aquellos de sus miembros en situación de enfermedad están concentrando en procura de la satisfacción de sus necesidades en términos de atención médica. En el caso venezolano, cifras oficiales señalan que entre 1997 y 2002 el gasto neto por concepto de servicios de salud dio cuenta, en promedio, de 4,8% del PIB, de donde 58,6% se correspondió con erogaciones directamente sufragadas a través de los ingresos de las familias, con frecuencia las más pobres y de menor participación en el consumo global de tales bienes. Dicha tendencia suele ser por demás común en el ámbito latinoamericano². Cualquier política pública exitosa en materia sanitaria en nuestra región deberá responder, por tanto, a dos retos fundamentales: por una parte, al del diseño de un mecanismo robusto y equitativo de financiación de tales servicios, en tanto que por la otra deberá disipar las serias dudas que en términos de efectividad y eficiencia se ciernen sobre las estructuras propias dispensadoras de atención médica, sean estas establecimientos ambulatorios u hospitales. Vale destacar que en esta última categoría, Latinoamérica no se distingue precisamente por la calidad de su oferta.

Muy a pesar de todo el esfuerzo técnico realizado y de toda la voluntad política vertida por los gobiernos latinoamericanos en favor de la atención primaria tras los acuerdos de Alma Ata de 1972, la evidencia empírica documentada en países de América Latina pone de manifiesto un hecho cierto: la promesa de la atención primaria como estrategia central en procura del cierre de nuestras brechas sanitarias y la consiguiente materialización de la aspiración de "salud para todos" quedó muy lejos de cumplirse. Por lo menos tres explicaciones pueden ser postuladas al respecto:

1. El gasto aplicado al sector salud, en términos del PIB de cada uno de nuestros países, dista mucho del deseable según estándares internacionales.
2. La aplicación de dicho gasto a través de múltiples organismos con fines similares (institutos de seguridad social, hospitales bajo administración fiscal nacional u organismos sanitarios bajo la administración de entes descentralizados, estructuras de sanidad exclusivas para ciertos grupos de población —la sanidad militar, por ejemplo— etc.) incide negativamente en su eficiencia,

al tiempo que genera incentivos perversos en contra de su efectividad.

3. La percepción secular del público ha tendido a privilegiar al hospital como la institución sanitaria por excelencia en detrimento del establecimiento de atención primaria. Este fenómeno que se asocia a una valoración negativa de los servicios ofrecidos en éste³.

Más contemporáneamente, se viene postulando como un factor crítico en el funcionamiento de los sistemas de atención médica a un elemento más bien simple: su organización y funcionamiento están pensados desde la perspectiva de la oferta, casi prescindiendo de cualquier consideración en torno a la demanda. De esta manera, la organización médica diseña la prestación de los servicios que ha de ofrecer a sus usuarios, tomando todas las decisiones relativas a la modalidad de entrega de tales servicios y evaluando previamente los impactos atribuibles a las acciones emprendidas por ella.

La creación de valor como problema central en los servicios de atención médica. La dimensión "micro"

La superación de los estándares mínimos de atención médica que bien podríamos llamar "estándares de mínimos" tendría que ser el problema central de muchas de las redes latinoamericanas de asistencia médica. En tal contexto, resulta indispensable superar las limitaciones impuestas por la tradición normativa, discutiendo y actuando en la perspectiva de la oferta. En lugar de en lo sucesivo pensar dicha oferta en términos de las necesidades desde la óptica del usuario, resulta indispensable esas necesidades tenidas por "necesidades" desde sus expectativas y valores, y a partir de los planteamientos de los Juegos de Von Neumann y Shapley, postular una aproximación al problema de atención primaria y de su organización, poniéndose a tal fin una meta estratégica: la de "jugadores estratégicos" de la oferta de salud, aquella otra, secularmente, ha estado pensando desde siempre a la oferta de salud.

"niveles de atención". A tal fin, se hace necesario abandonar antiguos paradigmas médicos vigentes en otros tiempos pero absolutamente invariables hoy, cuando hemos de entendernos a nosotros mismos dentro de un verdadero mercado de prestaciones médicas operando en el marco de redes asistenciales complejas*. En lo sucesivo, criterios como los de eficiencia, efectividad, satisfacción del usuario, contención de costos y agregación de valor a partir de alianzas estratégicas bien definidas habrán de marcar pauta en la interacción complementaria –que no antagónica– que regirá la relación entre el hospital y el establecimiento de atención primaria en tanto que “jugadores” ambos en el “juego” de dispensar salud a sus usuarios.

El problema del establecimiento de atención primaria: ¿por qué suele fracasar en dispensar competentemente los servicios que ofrece?

A continuación, examinemos el caso de la red ambulatoria del norte de Caracas, Venezuela. La ciudad esta en la que la primera opción a

considerar por el usuario ante la necesidad de servicios de atención médica no suele ser el establecimiento ambulatorio, sino el hospital. En la valoración de las distintas ofertas de servicio teóricamente disponibles, el usuario promedio tendrá en cuenta al menos dos grupos de factores:

Los costos asociados al acceso a la oferta de servicios

La estimación de los costos asociados al acceso a la oferta de servicios enfrenta al usuario a tres fuentes distintas en cuanto a costos:

1. El costo de oportunidad asociado a la acción de consultar. Ello alude al valor que el usuario de un servicio médico concede a aquellas otras acciones que ha de dejar de realizar para tener acceso a él (v.gr. la pérdida de una jornada de trabajo).
2. Los costos financieros en los que se ha de incurrir para acceder al servicio o para beneficiarse efectivamente de él (v.gr. los gastos de traslado y de adquisición de medicamentos).
3. Los costos de transacción inherentes a la acción de consultar (v.gr. lapsos de espera por citas, tramitación de las mismas, etc.).

* La Teoría de Juegos desarrollada a partir de las contribuciones del matemático John Von Neumann (Premio Nobel de Economía en 1994) y del economista Oskar Morgenstern tras la postulación de su célebre “Dilema del Prisionero”, supera grandemente al clásico planteamiento de Jeremy Bentham en sus desarrollos conceptuales de 1870 sobre el utilitarismo. Para Von Neumann y Morgenstern, un “jugador” participando en su respectivo “juego”, en efecto operará en procura del logro del mayor beneficio posible para sí (función de utilidad); sin embargo –y he allí la originalidad del poderoso aporte teórico de estos autores– siempre habrá de hacerlo actuando de modo estratégico, persuadido de que los otros “jugadores” también habrán de desarrollar su propio particular “juego”. En el presente desarrollo, tanto el hospital como el establecimiento ambulatorio no son sino “jugadores” inmersos en un “juego” (el de la dispensación de atención médica a los usuarios) actuando estratégicamente uno frente al otro de acuerdo con su propia función de utilidad (sea que esta se traduzca en el logro de las metas programáticas exigidas, en la captación de presupuestos a los que se aspira, en el logro de aquellos reconocimientos profesionales que se esperan, etc.).

La medicina occidental ha superado el paradigma deontológico de la beneficencia, marco normativo éste en el que quien recibía una prestación médica no era tenido

como sujeto formal de derecho y el que la dispensaba no se suponía en la obligación de hacerlo. Tal concepto marcó profunda huella en la tradición médica venezolana en tanto que se le asoció a uno de los referentes socio-culturales más enraizados en el imaginario colectivo de este país: el del médico-santo encarnado en la persona del doctor y beato de la Iglesia Católica José Gregorio Hernández Cisneros (Caracas, 1864-1919). El paradigma de la beneficencia cedería a su vez ante el del ejercicio médico liberal (según el cual, quien recibe atención médica lo hace en tanto que paga por ella) y éste, ya entrado el siglo XX, al de la medicina corporativa dispensada a través de instituciones de financiación contributiva (la seguridad social “bismarckiana”), fiscal (la sanidad pública) o enteramente privada, paradigmas estos en los que la atención médica es dispensada a las personas en tanto que cotizantes a un sistema de seguridad social, de contribuyentes fiscales formales o de tenedores de una póliza de aseguramiento médico. Contemporáneamente, en el marco del concepto de Estado Social y Democrático de Derecho y de sus constituciones políticas, se admite al de la salud como un derecho positivo, por lo que se aspira a que quien haya de recibir una determinada prestación médica lo haga en tanto que titular de una garantía constitucional dada por su condición de ciudadano, independientemente de su capacidad de contribución o pago, y que quien haya de dispensarla actúe bajo el mandato expreso de la ley.

La valoración de los atributos de dicha oferta

En la valoración de los atributos propios de dicha oferta, el usuario apreciará, sobre todo, la capacidad resolutoria real que exhiba el establecimiento. El mencionado estudio realizado en Caracas señala que dicha valoración parece estar positivamente relacionada con la segmentación que de su particular oferta haga dicho establecimiento⁵. De tal manera que aquellos establecimientos de atención primaria dotados de una cierta capacidad resolutoria en la atención de las diversas necesidades de atención médica primaria demandadas por los distintos segmentos de usuarios a los que se debe, suelen, por lo general, ser más exitosos que aquellos otros sin mayor dotación y en los que toda la oferta de servicios recae sobre un tipo estándar de médico, comúnmente un generalista sin entrenamiento de postgrado.

El ordenamiento de preferencias que intuitivamente opera en el usuario promedio de los servicios de atención médica primaria es parte de un proceso racional de asignación de costos ante una determinada oferta *versus* los beneficios potenciales a percibir tras la aceptación de la misma. La experiencia caraqueña parece indicar que el usuario promedio de los servicios de atención médica primaria los percibe como de relativo alto costo de consecución y de escaso valor resolutorio. Por tanto, la decisión racional del usuario tiende a no favorecer la opción representada en la red ambulatoria sino la del hospital, por lo que los servicios de urgencia propenderán a verse frecuentemente congestionados como consecuencia de eventos ocurridos "aguas arriba": dificultades de acceso a las consultas de nivel primario, insatisfacción o desconfianza ante su oferta técnica de servicios, etc. Todo ello hará que el usuario, finalmente, opte por consultar al servicio de urgencias del hospital.

Superar la secular percepción del establecimiento ambulatorio como instancia de alcance menor en cuanto a la producción y dispensación de prestaciones médicas de alta calidad supone cuando menos hacer un esfuerzo en favor de un abordaje al problema desde una perspectiva moderna y transdisciplinaria. Así, por ejemplo, se hace indispensable que la planeación en salud en nuestros establecimientos deje atrás el ya antiguo dilema entre necesidades técnica-

mente detectadas y necesidades percibidas por el público usuario. Ciertamente, el estudio de las necesidades técnicamente detectadas resulta fundamental en la orientación de la gestión del establecimiento ambulatorio, pero no puede prescindir de la debida atención a las señales del mercado. El usuario, en tanto que persona, alberga expectativas propias que aspira poder satisfacer.

El establecimiento ambulatorio en la cadena de valor

La capacidad de agregación de valor del establecimiento ambulatorio a través de los procesos de atención médica que produce y dispensa así como la satisfacción de las expectativas que naturalmente se forma todo actor económico ante una situación de mercado, son clave para predecir la mayor o menor aceptación de la que tal oferta de servicios goce. Tal capacidad parece depender de tres elementos fundamentales:

1. **Las estructuras de primer contacto** visibiliza la capacidad de la gerencia del establecimiento para identificar a públicos usuarios con necesidades específicas (la segmentación del mercado). En el caso de Caracas, los estudios ya citados identifican al menos tres públicos (segmentos de mercado) distintos: el de la población infantil (dominio del pediatra), el de la población adulta (dominio del internista) y dentro de esta, el de la población femenina en edad reproductiva (dominio del gineco-obstetra). Cada uno de tales públicos se caracteriza por necesidades y expectativas particulares que toda estrategia de aproximación que aspire a ser exitosa debe atender. En países en los que la práctica de la medicina familiar está consolidada, los establecimientos ambulatorios podrán hacer descansar la oferta diferencial para cada uno de estos públicos en un especialista médico de gran versatilidad y poder resolutorio, en aquellos en los que no, los equipos policlínicos constituidos por pediatras, gineco-obstetras e internistas deberán integrarse para lograr una alta calidad de servicio en las fisuras propias de las clínicas de especialidades. En todo caso, la experiencia documentada en Caracas señala lo poco probable

que resulta que un médico generalista polivalente sin entrenamiento de postgrado sea capaz por sí solo de garantizar una cesta de servicios de tal complejidad con estándares aceptables. En tal sentido, cabe destacar el acertado juicio del tratadista español José Luis Turabián, quien ante la idea de confiar tal complejidad de servicios en un único profesional médico, no ha dudado en señalar acertadamente que ello sería "un menú demasiado grande para un solo cocinero"⁶. Para la mercadotecnia, la llamada estructura de primer contacto es la responsable de éxito o fracaso del sistema de dispensación de un determinado servicio al público usuario. Ese primer contacto da cuenta de lo que en la particular jerga de dicha disciplina se ha dado por llamar "el momento de la verdad" (*the moment of truth*), ese inflexible instante en el que el usuario otorga su aceptación a la oferta que recibe y nos confía lo más preciado de sí: su salud y la de los suyos⁷. La dispensación de un servicio —los de salud entre ellos— suponen la aceptación de una promesa, por lo que la relación entre los involucrados —servicio de salud y usuarios— debe definirse en el largo plazo*. Entender tan particular intercambio en términos de una relación "para toda la vida" es crítico para el aseguramiento de su éxito. En este sentido, el establecimiento ambulatorio está en una posición de privilegio frente a la del hospital, ya que mientras este último centra sus experticias en los problemas específicos de sus usuarios y los aborda desde la clásica perspectiva del enfoque por aparatos, grupos de enfermedades o técnicas diagnósticas o terapéuticas, el generalista a cargo del establecimiento ambulatorio lo hará en torno al usuario en tanto que persona singularísima dentro de su muy particular circunstancia. De allí que los futurólogos auguren desde ya el fin de las clínicas médicas de especialidad en los grandes hospitales y su definitiva agregación en "líneas de producción" de inspiración tayloriana que permitan dispensar servicios de alto valor

agregado tecnológico a escalas razonables, dejando la responsabilidad de la gestión médica de cada caso en manos de los generalistas basados en sus respectivos establecimientos ambulatorios⁸. Serán estos quienes a la postre guiarán al usuario en su viaje a través del cada vez más complejo mundo de las especialidades médicas⁸. Ello exigirá de los generalistas un nivel de competencias sensiblemente superior al comúnmente visto. A título meramente orientador, en la tabla anexa se listan las competencias mínimas exigibles al médico general egresando de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela hace dos décadas, aspiración esta que no puede ser satisfecha sin un adecuado entrenamiento de postgrado a cargo, por ejemplo, de programas acreditados de residencia en medicina familiar⁹ (tabla 27-1).

La "trastienda" del establecimiento ambulatorio: la calidad de los apoyos tecnológicos

La frecuente inexistencia de apoyos mínimos en cuanto a tecnología médica en los establecimientos ambulatorios (laboratorio clínico elemental, ecografía, electrocardiografía y farmacia) es una variable crítica para explicar el fracaso del establecimiento ambulatorio en cuanto la producción y dispensa de servicios de atención médica agregadores de valor desde la perspectiva del usuario. La tecnología médica disponible permite dotar a estos establecimientos de medios diagnósticos más que mínimos a costos razonables; de otra parte, la posibilidad de centrar en el establecimiento ambulatorio la gestión de mecanismos de dispensa de los medicamentos más frecuentemente prescritos por sus propios facultativos dota al mismo de un poderoso argumento de "venta" de sus servicios en tiempos en los que las expectativas del público y los estándares de atención médica de aceptación universal frecuentemente trascienden a las posibilida-

* Distinto al caso del vendedor de autos usados, típica situación que la Teoría de Juegos denomina como un "one-shot game". En estos casos, el ofertante (vendedor) abandona para siempre al demandante (comprador) toda vez concretada la transacción.

** Taylor, Frederick W (1856-1915). Ingeniero norteamericano, considerado junto su colega francés Henri Fayol como uno de los padres de la llamada administración científica.

Tabla 27-1

Competencias mínimas exigibles al médico generalista destacado en establecimientos de atención médica primaria

- Ser capaz de diagnosticar y de tratar la patología más frecuente en el país.
- Ser capaz de diagnosticar o sospechar el diagnóstico y prestar las primeras medidas de atención a una serie de cuadros patológicos para referirlo, adecuadamente, a otros niveles asistenciales, de acuerdo con las características del problema o cuando las condiciones del nivel donde se encuentra no permitan la solución del mismo.
- Ser capaz de realizar una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Interpretar sus resultados. Conocer sus indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y manejo de las mismas. Historia clínica. Examen físico incluyendo: agudeza visual, tonometría, rinoscopia anterior y posterior, laringoscopia indirecta, examen ginecológico, citología cervicovaginal, test de Schiller, tacto rectal, anoscopia, rectoscopia. Evaluación sistemática del crecimiento y desarrollo y estado nutricional del niño en todas las etapas evolutivas. Presión venosa central, Inyecciones IM, IV, SC, flebotomía, venoclisis. Aplicación de transfusiones. Toma de muestras de sangre para extendido y coloración. Taponamiento nasal anterior y posterior. Electrocardiograma. Interpretación de la telerradiografía simple de tórax, de abdomen, de cráneo y de huesos largos. Punción lumbar. Punción pleural. Punción articular. Punción arterial. Paracentesis diagnóstica y evacuadora. Procesamiento adecuado de muestras, recolección, conservación, transporte, registro e interpretación de resultados. Siembra de líquidos y secreciones para cultivo. Tinción de secreciones o líquidos. Coloraciones fundamentales para estudios de rutina: Giemsa, Ziehl-Nielsen, e identificación de BK. Utilización de lámpara de Wood. Pruebas intradérmicas. Toma de muestras para estudios micológicos. Campo oscuro. Frotis por aposición e identificación de leishmania. Toma de biopsia de: piel, recto, cuello uterino. Cateterismo vesical. Lavado vesical. Liberación de adherencias prepuciales. Intubación gástrica. Lavado gástrico. Aplicación de enema evacuador. Intubación endotraqueal. Maniobras de resucitación (RCP). Traqueotomía de emergencia. Drenaje de abscesos. Sutura de heridas. Inmovilización de fracturas y lujaciones. Colocación de yesos. Anestesia local y troncular.
- Estar capacitado para utilizar los resultados de una serie de procedimientos diagnósticos, así como sus indicaciones, contraindicaciones y costos.

des del discurso clínico y demandan complementos tecnológicos mínimos*.

Las "amenidades" (en el sentido de Donabidean) en torno al establecimiento.

Complementando la calidad de la atención médica efectivamente dispensada, hemos de prestar debido cuidado a una dimensión con frecuencia olvidada en nuestro medio: me re-

fiero a la de la calidad del servicio prestado. La dimensión de la calidad del servicio se refiere ya no a los atributos técnicos del mismo, sino a aquellas circunstancias que lo hacen especialmente apreciable por sus usuarios independientemente de aquellos. Es el caso de la calidad de los ambientes físicos, el cuidado puesto en el trato con el público, la diligencia con que se atienden las necesidades sean atendidas, etc. Facetas estas absolutamente críticas cuando se trata, como se ha dicho, de vender una promesa a futuro y de ganar la confianza permanente de los usuarios.

* La red asistencial adscrita a la caraqueña municipalidad de Baruta vio incrementar la demanda de sus servicios médicos tras adscribirse al programa nacional de dotación de medicamentos subsidiados por el gobierno central venezolano en 2002. Este programa operaba mediante el clásico mecanismo de "vouchers" postulado por el Premio Nobel

de Economía de 1976 Milton Friedman que podían ser canjeados por medicamentos en establecimientos de farmacia concertados. Un típico caso de financiamiento de demanda de demostrado éxito en una experiencia concreta que significó un apreciable valor agregado a la atención médica.

El problema del hospital: ¿por qué sus servicios de urgencias se ven frecuentemente congestionados?

La imagen de una sala de urgencias congestionada, con cientos de pacientes en espera de un mínimo de atención por causa de problemas frecuentemente menores que *estricto senso*, nunca debieron haber alcanzado el nivel terciario de atención, es ya clásica no solo en las capitales latinoamericanas, sino que incluso hasta en importantes ciudades europeas. Esta consuetudinaria transgresión a lo dispuesto en nuestra mejor teoría administrativo-sanitaria tiene, no obstante, una clara fundamentación en la racionalidad del usuario como decisor. El usuario, habiendo estimado los costos de oportunidad, financiero y de transacción en los que debe incurrir ante una necesidad de atención médica a satisfacer, percibe que estos son inferiores consultando a la sala de urgencias del hospital en comparación con el establecimiento ambulatorio. Son múltiples las razones en apoyo de tal opción. Para un usuario caraqueño, por ejemplo, consultar directamente a la sala de urgencias del hospital supone recibir, a la vez, atención médica especializada, prestaciones tecnológicas de alto valor (laboratorio clínico, imagenología, etc.) y, por lo general, una respuesta pronta a su necesidad de atención, para lo cual incurre en costos (de oportunidad, financieros y de transacción) que estima inferiores comparados con el valor de las prestaciones de las que está siendo objeto.

Este fenómeno no es en absoluto exclusivo de Caracas, ni de las ciudades latinoamericanas. En países europeos como España, algunos trabajos de investigación han documentado esta tendencia, asimilado el problema de las elevadas tasas de uso de las salas de urgencias al de los sistemas de telacajeros que permiten a los usuarios de la banca acceder a múltiples servicios a costos mínimos y en un solo contacto¹⁰. El trabajo del grupo de Tannebaum et al. en las ciudades del sur del Brasil documenta demoras en la admisión definitiva del paciente de hasta 72 horas, tiempo durante el cual recibe una serie de prestaciones médicas cuán más complejas dentro del área de urgencias y a cargo de su personal¹¹. El servicio de urgencias se constituye así en un "hospital dentro del hospital", dando cuenta de lá que quizás sea la más costosa de las camas hospitalarias pese a

que, normativamente, estas no se estiman a los fines de su presupuestación. Entre tanto, apenas una escasa proporción de los muchos pacientes que congestionan los servicios de urgencia parecen corresponderse con condiciones médicas meritorias de tal trato: en España, de acuerdo con el estudio de Benayas Pagán *et al.*, en el principal hospital de la provincia de Almería, la proporción de casos de pacientes atendidos por los servicios de urgencias que claramente eluden por dicha vía los mecanismos normales de acceso a prestaciones médicas electivas (solicitud de citas para consultas, estudios, etc) oscila entre el 50 y 60%¹². En síntesis, los servicios de urgencias en nuestras ciudades parecen enfrentarse a dos problemas de origen distinto: "aguas arriba", a la exagerada demanda generada por parte de pacientes que abusan de sus prestaciones, en tanto que "aguas abajo", a dichos servicios se les impone adaptarse forzosamente a la ineficiencia de aquellas otras áreas del hospital a las que los servicios de urgencias derivan naturalmente a sus pacientes (salas de hospitalización, unidades de cuidado intensivo, etc.).

La alusión al abuso de los servicios de urgencias por parte de muchos de sus usuarios no debe inducirnos a valoraciones negativas. Como lo señala el trabajo de Derlet *et al.*, el problema de la congestión de este tipo de servicio ha sido materia de debate público en los Estados Unidos por más de una década y nada pareciera anunciar su superación. Contribuyen a tal fenómeno diversos factores que van desde el crecimiento vegetativo de la población usuaria hasta la tendencia a simplificar los trámites de acceso a atención médica en establecimientos ambulatorios, pasando por escasez de camas de hospitalización y de personal profesional, retardos en la provisión de prestaciones de laboratorio e imagenológicas, etc¹³.

Una interesante alternativa a estudiar en aras de aliviar la presión que sobre el servicio de urgencias ejercen estos eventos ubicados "aguas abajo" es la de la organización de zonas de flexibilidad en el cuidado médico a lo interno del hospital. El carácter flexible de tales estructuras, en el concepto clásico del tratadista venezolano Jorge Soto Rivera, alude a su versatilidad en cuanto al ajuste del tipo y complejidad de los cuidados dispensados al paciente y las necesidades específicas de este en un momento dado¹⁴. Zonas de flexibilidad por excelencia son las unidades de dolor torácico

adsritas a algunos servicios de urgencia y las salas de hospitalización dotadas de equipos de monitoreo telemétrico, estructuras estas capaces de admitir y dispensar competentemente niveles crecientes de cuidado médico ajustables a un amplio espectro clínico que abraza desde procesos relativamente sencillos (*v.gr.* administrar una transfusión de hemoderivados o un ciclo de quimioterapia antitumoral) hasta otros de mayor complejidad (*v.gr.* monitorear a un paciente con dolor torácico atípico hasta decidir la conducta definitiva o administrar medicación de rescate a un paciente con exacerbación aguda de su condición asmática). Este tipo de estructura, de relativo fácil equipamiento y operación, permitiría la oportuna resolución de casos que por lo general no han de ameritar ser admitidos al hospital pero cuyo manejo excede las capacidades propias del típico *box* del servicio de urgencias. Adecuadamente gestionadas, estas zonas de flexibilidad dentro del hospital resultan útiles en el alivio de las presiones que suelen ejercerse sobre la cama de hospitalización, cuya gestión eficiente habrá de depender, finalmente, de tres elementos críticos: por una parte, de la reducción del promedio de estancia y del intervalo de sustitución; por la otra, del aumento del porcentaje de ocupación.

El problema de la interfase ambulatorio-hospital

La comúnmente percibida como problemática interacción ambulatorio-hospital da cuenta, sin embargo, de la que acaso sea una de las más brillantes oportunidades de las que se disponga para potenciar las capacidades resolutorias del ambulatorio y de aliviar la indebida presión de demanda de servicios que se ejerce sobre el hospital. Los numerosos enfoques administrativo-sanitarios de cariz normativo que se nos han propuesto en los últimos años nunca lograron explicar la tendencia de los usuarios a privilegiar la oferta hospitalaria de servicios por sobre la del ambulatorio, por lo que terminaron limitándose a culparle por la subutilización de unos y la congestión de otros. Al afirmarse en el enfoque microeconómico que se propone, en ningún caso puede valernos una apreciación tan ligera, ya que la ordenación de preferencias por parte del consumidor en cualquier situación de mercado opera sobre una base esencialmente racional

independientemente de que dicha racionalidad coincida o no con la propia del planificador.

No obstante, un adecuado manejo de la interfase ambulatorio-hospital puede contribuir a revertir dicha tendencia. En tal cometido, se hace indispensable que los sistemas de dispensación de servicios de atención médica reúnan algunos elementos críticos, a saber:

Comunicaciones

El establecimiento ambulatorio debe ser capaz de establecer comunicación expedita con sus hospitales de referencia a través de medios radiofónicos, telefónicos o de fibra óptica, de modo que sea posible la transmisión de voz y datos. De este modo, el ambulatorio podrá tener acceso a elevados niveles de asesoría médica en función del manejo de sus casos, incluso para referirlos a dichos hospitales de ser necesario. Algunas de nuestras ciudades latinoamericanas cuentan con estructuras metropolitanas de coordinación de urgencias generalmente basadas en la comunicación vía radio o teléfono desde y hacia los hospitales a través de la mediación de un centro de control manejado por cuerpos de bomberos o por organizaciones de protección civil. Ello, aunque constituye un aporte valioso, es aún insuficiente cuando se trata de integrar verticalmente a la red ambulatoria con sus hospitales de adscripción. Una integración plena y competente en tal sentido requeriría de tecnologías más avanzadas que permitan el acceso directo del médico en funciones en el establecimiento ambulatorio con sus pares del hospital.

Estándares mínimos

Al establecimiento ambulatorio debe ser exigida la garantía de ciertos mínimos en cuanto

* En Venezuela es de citarse el caso del programa de telemedicina que la ONG médica Fundación Maniapure y una de las más prestigiosas instituciones asistenciales privadas del país, el Centro Médico de Caracas, mantienen para apoyar a remotos establecimientos de atención ambulatoria ubicados en la rivera sur del río Orinoco, en tierras ancestrales de la etnia indígena panare. La tecnología disponible por este sistema permite remitir vía satélite hacia el hospital tanto voz como imágenes y datos, de modo que el ambulatorio disponga de la mejor de las asesorías en materia diagnóstica y terapéutica. Un sistema similar, sin embargo, no está disponible para las redes de establecimientos ambulatorios ni para sus hospitales de adscripción en las grandes ciudades.

to al nivel de las prestaciones que dispensa a sus usuarios. En este sentido, la evidencia sugiere que el nivel primario de atención suele no agotar del todo sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas previo a la referencia, lo que termina en la prematura remisión de los casos a su cargo al hospital. Dicha propensión obedece a diversos factores, entre los que destacan la frecuentemente precaria dotación de los establecimientos ambulatorios en materia de tecnología médica básica (electrocardiografía, ecografía, laboratorio clínico esencial), pero también, y es menester reconocerlo, algunas serias limitaciones en el nivel de entrenamiento del personal médico en funciones. Este aspecto ha de merecernos a todos los involucrados con la gestión del nivel primario —internistas, generalistas, médicos de familia, etc.— un esfuerzo consistente en materia de capacitación médica.

La exigencia de estándares mínimos a ser cumplidos por parte del establecimiento ambulatorio antes de apelar al nivel hospitalario pasa por instituir protocolos de diagnóstico, tratamiento y referencia debidamente validados por las instancias participantes del sistema y de obligatorio acogimiento para cada una de ellas. De tal manera, se estaría garantizando la continuidad y la progresividad en la atención médica requerida por el usuario, evitándose retrasos, omisiones y brechas en cuanto a las acciones específicas que la situación médica del caso demande. Más aún, la institución de protocolos de atención se constituiría en un instrumento fundamental contra la frecuente e insana tendencia a la dilución de responsabilidades en el seno de las redes tanto ambulatorias como hospitalarias.

Mecanismos de evacuación

El establecimiento ambulatorio debe contar con medios expeditos para evacuar aquellos casos que deban ser referidos al hospital, especialmente de aquellos urgentes o emergentes, de modo que la distancia física entre dicho establecimiento y el hospital no se constituya en una limitación para el acceso a la atención requerida. En algunas ciudades latinoamericanas (v.gr. Curitiba, capital del Estado de Paraná, Brasil), las municipalidades han dispuesto sistemas de transporte público específicos para los usuarios sus distintos servicios de atención médica, estableciendo rutas, horarios e incluso,

vehículos especialmente adaptados a sus necesidades. Estas políticas minimizan el efecto de las distancias y posibilitan la integración física de la red de atención médica.

La evacuación de casos urgentes o emergentes en ambulancias merece consideraciones aparte. La ambulancia es un vehículo espacialmente dotado para el traslado seguro de pacientes desde o hacia el hospital y su diseño obedece a estándares que cada país establece normativamente. En los EE. UU., las ambulancias suelen administrarse desde servicios de atención de emergencias médicas adscritos a organismos relativamente autónomos gestionados por los condados. Estos sistemas son dirigidos por médicos entrenados en medicina de urgencias, operan mediante un control central accesible mediante un número telefónico único (el 911) y no contemplan la presencia de médico a bordo de sus unidades, lo que los diferencia grandemente de sus pares europeos como el SAMUR español, cuyas unidades están medicalizadas. Más allá de tales diferencias, el elemento clave a destacar no es otro que el de la sólida protocolización que tanto en los EE. UU., como en los países de la Unión Europea opera en lo atinente a la evacuación de pacientes, lo cual se constituye en un apoyo invaluable para los establecimientos ambulatorios, al tiempo que es garantía de seguridad y de continuidad en la atención de los pacientes a su cargo que son objeto de traslado.

Institucionalización del sistema de referencia-contrarreferencia

Vieja aspiración nunca del todo materializada, el sistema de referencia-contrarreferencia es el mecanismo por excelencia para la apropiada y segura movilización del paciente a todo lo largo y ancho de la complejidad de las redes médico-asistenciales con garantía plena de que este siempre volverá a la instancia en la que mejor se le conoce: el establecimiento ambulatorio. El frecuente fracaso de tan elemental mecanismo se debe a problemas relacionados con la carencia de una correcta formación administrativo-médica en muchos profesionales de la salud, tanto en establecimientos ambulatorios como en hospitales, acicateada por incentivos perversos que operan al interior del sistema de atención médica según los cuales “deshacerse” del paciente luce más sencillo que hacerle ade-

cuado seguimiento. El paciente se encuentra a sí mismo arrojado a merced de un complejo sistema médico cuya oferta no siempre está en capacidad de evaluar de modo crítico*. Como resultado de ello vemos la frecuente congestión de la consulta externa de nuestros grandes hospitales a expensas de casos que bien pudieran ser mejor manejados en el nivel primario, al tiempo que nuestros establecimientos ambulatorios se subutilizan y el paciente con frecuencia se siente abandonado por un sistema que ni comprende ni le comprende. De tal manera que el sistema de referencia-contrarreferencia se deba constituir en una modalidad privilegiada de diálogo inter e intra organizacional en el que los niveles más básicos del sistema y los más complejos se encuentren con el paciente y sus problemas como centro y en el que se definan los “pagos” y los “castigos” para la instancia que incumpla con los requisitos y estándares que le sean exigibles. Ello no sólo impactaría positivamente el desempeño técnico del sistema en tanto que círculo de calidad, sino que generaría una percepción mucho más favorable entre sus usuarios.

Reflexiones finales sobre la Medicina Familiar y el hospital: entre el poder y el discernimiento

Desde épocas antiguas se ha postulado que el ejercicio médico exitoso depende de la combinación de dos dones distintos al tiempo que

complementarios: el del poder, dado por aquellas capacidades y destrezas de las que dispone el médico para diagnosticar con certeza y prescribir con acierto y el del discernimiento, que no es otra cosa que la apelación a criterios de conducta que procuren el mayor beneficio posible para el paciente con el mínimo de riesgos. Si bien el hospital de especialidades dispone de potestades superiores a las del establecimiento ambulatorio en cuanto a medios diagnósticos y terapéuticos, ninguna instancia distinta a este último puede albergar mejor las fortalezas propias del discernimiento en favor del paciente y la satisfacción de sus necesidades. En ello reside la enorme capacidad de contrapeso que la medicina enfocada en la persona y su circunstancia puede y debe ejercer frente al enorme poder de la medicina superespecializada. La medicina debe reencontrarse con su centro de gravedad, que no es otro que el paciente en el ámbito que le es más natural, cuan es el de la familia. Los grandes críticos de la modernidad —Ulrich Beck entre ellos— no se equivocan del todo al denunciar a la medicina como un discurso tecnológico que con frecuencia descontextualiza al hombre en situación de enfermedad⁶. El porvenir exigirá de nosotros más y mejores aptitudes en aras de poner a nuestros pacientes a salvo de la “némesis” médica que denunciaran pensadores de la talla de Iván Illich hace tres décadas. Ningún otro espacio parece estar más llamado a ello que el entrañable y cuan más humano ámbito de la consulta médica.

* La asimetría de información es una condición que opera en todo mercado en el cual el nivel de conocimiento que el ofertante y el demandante de un determinado bien o servicio es definitivamente desigual. En el caso del mercado de

servicios médicos, es claro que el nivel de conocimiento que sobre la materia médica exhibe el personal facultativo de un establecimiento será siempre superior al del público usuario. Ello constituye una fuente de imperfección en cualquier situación de mercado.

Bibliografía

- GONZÁLEZ M, citado por Jaén MH. El sistema de salud en Venezuela. Desafíos. Caracas: Ediciones del Instituto de Estudios Superiores de Administración, 2001.
- OYARZO C. “El ángulo económico de las reformas de la salud. La hora de los usuarios”. En: Héctor Sánchez y Gustavo Zuleta, editores. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001.
- VILLASMIL G. “Demanda y oferta de servicios de atención médica. Algunas consideraciones desde la perspectiva de la gestión”. En: Hemos 2002;3:5-8.
- HERZLINGER R. Market driven health care: who wins, who loses in the transformation of America’s largest service industry. Boston (MA): Harvard Business School. Perseus Books; 1997.
- VILLASMIL G. “La atención médica ambulatoria en Caracas: ¿un servicio sin demanda?”. En: Medicina Metropolitana 2000;1(1):14-19.
- TURABIÁN JL. Introducción a los principios de la medicina familiar. Madrid: Díaz de los Santos Editores; 1995.
- KOTLER P, Armstrong G. Fundamentos de Mercadotecnia. 4a. Ed. México: Prentice-Hall; 1998.
- MUNDIE C. “Los consultorios médicos”. En: Hoy están, mañana no. [Cuadernos]