

## ¿Cómo se puede ser Gerente de Recursos?

**Dr. Dagoberto Duarte Q.,**

*Jefe del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud;  
Docente del Programa de Formación de Médicos de Familia de la Universidad Austral.*

Según Mc Whinney, el Médico de Familia debe convertirse en un gerente de los recursos que, escasos o no, están a su alcance para satisfacer las necesidades de salud de la población que está a su cargo. En Chile esta situación no se visualiza como muy cercana, porque los médicos de familia se han formado en el ámbito público, donde las rigideces de la administración y las atávicas estructuras de poder dificultan la posibilidad de incidir en el uso de los recursos. Por otra parte, en el ámbito privado, si bien se asume una mayor flexibilidad, esta es dificultada por los mecanismos de control ejercidos por las entidades aseguradoras, que tienen como norte principal el ahorro de recursos. Esta última visión, centrada en el ahorro con el fin de aumentar las ganancias de las inversiones, no es compartida por la mayoría de los médicos familiares. Por lo tanto, los médicos de familia prefieren no involucrarse en tareas de gestión. La situación final, es que el postulado inicial, enunciado por Ian Mc Whinney, parece imposible de ser llevado a la práctica.

Cuando hablamos de gestión, nos estamos refiriendo a la posibilidad de que un médico de familia, que está ejerciendo en un Centro de Salud de nivel primario, con población a cargo, pueda decidir sobre el uso de los recursos que normalmente moviliza para atender las necesidades de quienes lo consultan. No nos estamos refiriendo a la participación que algunos médicos de familia puedan estar desarrollando en otros niveles del sector salud.

Sin embargo, hoy día es posible participar en la gestión de algunos recursos destinados a satisfacer las necesidades de salud de las personas, al menos en el ámbito público. Lo anterior es posible por el surgimiento de algunos programas que se han implementado en el último tiempo, especialmente en el sector municipal. Constituyen por lo tanto una oportunidad, remota aún, pero oportunidad al menos, para que los médicos de familia se constituyan en gestores de recursos.

Digamos de partida que el grueso de los recursos que se gastan en la Atención Primaria se destina al recurso humano. Normalmente, cerca de un setenta por ciento del gasto en la Atención Primaria, se destina al pago de remuneraciones. El Estatuto de Atención Primaria fija la responsabilidad de decidir la dotación y la carrera funcionaria en la entidad administradora, en este caso, la municipalidad. Es posible que la mayoría de los médicos que trabajan a nivel de los Centros de Salud, no tengan injerencia ni en la fijación de la dotación ni en el diseño de una carrera funcionaria, salvo que sean consultados, como es el caso de quienes ejercen la dirección de algunos Centros, respecto a sus necesidades de dotación. Pero, lo que hemos observado, es que en general estas decisiones se toman directamente en el ámbito del municipio.

Por otro lado, otro gran ítem de gasto, como es el caso de los recursos destinados a gastos de operación, tampoco es decidido por quienes trabajan en los mismos centros, salvo algunas excepciones. Las diferencias en tamaño, antigüedad, proximidad de centros poblados ha dificultado implementar medidas que permitirían entregar a los equipos locales la posibilidad de hacerse cargo de estos gastos, mediante la implementación de centros de gasto.

Por lo tanto, el espacio de decisión real de los médicos y de otros profesionales, formados en el Enfoque Familiar en Salud, parece ser escaso y de poco alcance. Sin embargo, existen algunos espacios en los cuales es posible desarrollar habilidades de gestión, que permitirán, en un futuro, quizás no muy lejano, asumir la responsabilidad de decidir sobre el manejo de un volumen mayor de recursos. En este artículo, exploraremos algunas de las posibilidades en las que es posible desarrollar lo que Mc Whinney llama "gerencia de recursos".

### Laboratorio

Una de las áreas interesantes de abordar, se refiere a los recur-

Los que se gastan para el financiamiento de los exámenes de laboratorio. En la literatura es difícil encontrar trabajos que respondan a una pregunta básica: ¿cómo se puede evaluar el gasto en exámenes de laboratorio, en el marco de la Atención Primaria? ¿Cuál es el índice de gasto razonable, que permita asegurar una atención de buena calidad?

En el caso del sector público chileno, se ha abierto una línea especial de financiamiento para el caso de los exámenes de laboratorio. Desde comienzos de la década del noventa, en el marco del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, se apoyaron algunas iniciativas que se traducían en el apoyo a ciertos laboratorios comunales que trabajaban en conjunto con establecimientos del nivel primario. En esta etapa, el logro más importante fue el énfasis que se le dio al componente de calidad al momento de efectuar los exámenes de laboratorio.

Posteriormente, a partir de 1995, se comenzaron a reconocer algunas experiencias de desarrollo de laboratorios en el ámbito comunal. Esta etapa coincidió con la implementación del sistema capitado para la transferencia de recursos hacia los municipios. En ese contexto, se decidió utilizar una metodología similar. Se estudiaron las prestaciones de laboratorio más frecuentes que se daban en la Atención Primaria, se costearon de acuerdo al arancel institucional del FONASA y el nivel uno de la modalidad de libre elección y se dividió por la población que recibía estas prestaciones. De esta manera, se identificaron prestaciones de laboratorio asociadas a un precio por persona inscrita.

A partir de este diseño, se aumentó el número de laboratorios, que hoy día permite reconocer a 85 laboratorios comunales, con una población de 3.650.412 personas.

Cuando se analizan las prestaciones de laboratorio, se puede constatar una gran heterogeneidad. En el gráfico 1, se puede ver el número de exámenes en relación a las consultas médicas en tres comunas urbanas de Chile<sup>1</sup>. En el caso de Calama, los exámenes solicitados parten con un índice de 30,4 por cada 100 consultas médicas, en el año en que se inicia la serie de observaciones. En 1997, la cifra sube a 76,5. En el caso de Ñuñoa, sus cifras son cercanas a los 60 exámenes por cada 100 consultas. Sólo en 1997 esta cifra sube a 81,9. El caso más llamativo es el de Concepción, que parte en 1992 con cifras cercanas a los 50 exámenes. Sin embargo, comienza a subir en 1996, para llegar, en el año 1997 a una cifra de 176 exámenes por cada 100 consultas.

Veamos que pasa, en cambio, en otras comunas que aparecen con una solicitud de exámenes bastante más baja que las ante-

riores (gráfico 2). Se trata también de comunas urbanas, como lo son Pudahuel, Lo Espejo y Antofagasta. En todas estas comunas, la solicitud de exámenes por cada 100 consultas médicas era inferior a 10, durante los dos primeros años de la serie examinada. En el caso de Lo Espejo, comienza a subir en 1994, para llegar a su nivel más alto en 1996, con una cifra de 50,8. En el caso de Pudahuel, también se observa un aumento a partir de 1994, pero no alcanza los niveles de Lo Espejo, salvo en 1997, en que se aprecia que el índice de exámenes por cada 100 consultas llega a 50,9. Por último, en el caso de Antofagasta, su aumento es posterior, ya que comienza a subir en 1996. Sin embargo, no llega a los niveles de las otras comunas, ya que en 1997, que es cuando alcanza su máximo nivel, llega sólo a una cifra de 27,3 exámenes por cada 100 consultas.

Gráfico 1. Índice de exámenes por cada 100 consultas médicas en tres comunas urbanas de Chile

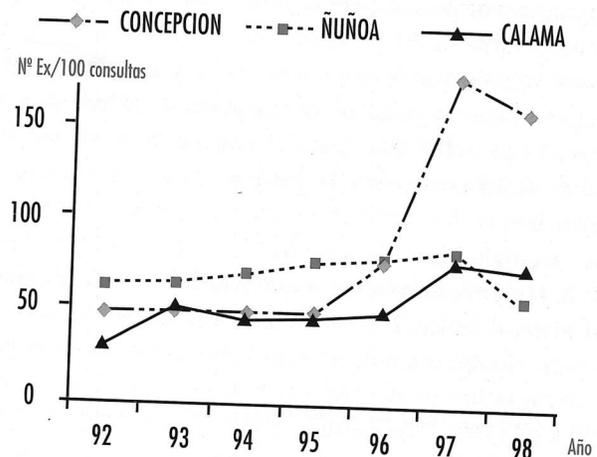
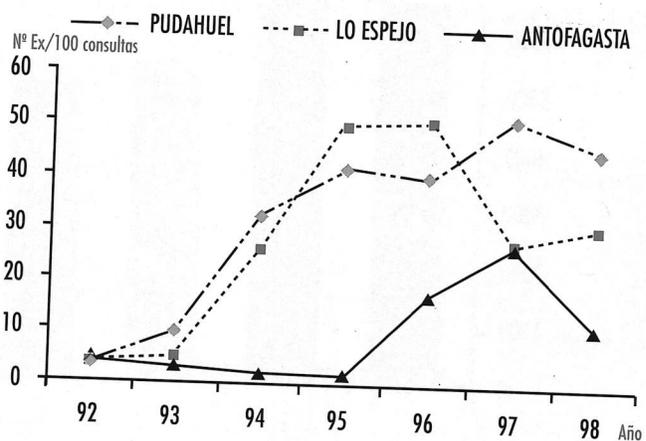


Gráfico 2. Índice de exámenes por cada 100 consultas médicas en tres comunas urbanas de Chile



<sup>1</sup> Los datos que siguen, correspondientes a exámenes de laboratorio y consultas médicas, se calcularon utilizando la información consolidada en FONASA y que da cuenta de los distintos RMC que las comunas informan a los Servicios de Salud.

### Programa de fármacos.

En 1992, como parte de las iniciativas de Reforzamiento hacia la Atención Primaria, se decidió estudiar la posibilidad de entregar fármacos, destinados a tratar la Hipertensión Arterial, que permitieran suplir una carencia que aparece como crónica en la atención a los pacientes. Con este fin, se solicitó que cada Servicio de Salud, a través del Departamento de Programas de las Personas, hiciera un cálculo del costo de esta iniciativa, considerando el gasto en medicamentos, laboratorio y personal. Esta iniciativa finalmente no prosperó, pero se alcanzaron a recibir las propuestas de 9 Servicios de Salud.

En el gráfico 3, se muestra el costo total anual, por persona tratada, del ítem medicamentos en los nueve Servicios de Salud que enviaron sus propuestas. Como se puede apreciar, los costos asociados a los fármacos varían desde los \$ 7.004 a los \$ 1.792 por persona tratada. Esta diferencia se explica por diferentes razones:

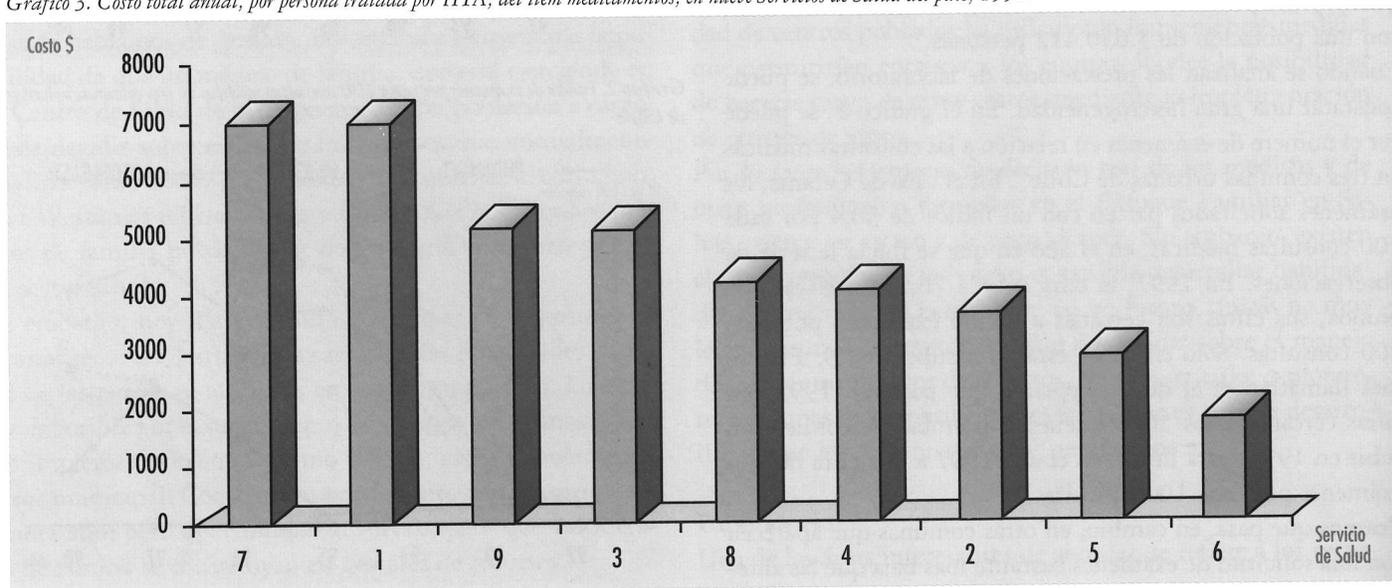
- 1.- El número de personas tratadas sin medidas farmacológicas es muy variable. El Servicio de Salud que aparece con el costo más elevado, proponía tratar al 1 por ciento de los pacientes con medidas no farmacológicas. Mientras que el Servicio de Salud que tenía el costo más bajo, proponía tratar al 30 por ciento de los pacientes con este tipo de medidas.
- 2.- En segundo lugar, de acuerdo a las normas de tratamiento de la Hipertensión Arterial que han sido publicadas por el Ministerio de Salud, el tratamiento de esta patología se basa en una combinación de 4 tipos distintos de medicamentos,

que pueden otorgarse a las personas en esquemas de monoterapia, bi terapia o tri terapia. Al hacer un análisis de acuerdo a los costos, se puede ver que aquellos que resultan con un valor más alto, le dan una mayor participación a los esquemas de tri terapia, mientras que los que tienen un costo más bajo, prefieren el esquema de mono terapia.

- 3.- En tercer lugar, se analizó la proporción en que serían utilizados los cuatro medicamentos de mayor uso en el tratamiento de la hipertensión. Se pudo ver que aquellos medicamentos de mayor costo (*por ejemplo, enalapril*) estaban presentes con una mayor proporción en los esquemas de mayor costo. Más aun, las dos propuestas que tenían un mayor costo proponían utilizar el medicamento metil-dopa, cuyo costo unitario es muy superior al resto de los medicamentos. Mientras que las propuestas que tenían un menor costo, proponían utilizar preferentemente medicamentos de menor costo unitario, como era el caso de la hidroclorotiazida.<sup>2</sup>
- 4.- Por ultimo, se evaluó el numero de dosis diaria promedio por paciente tratado de acuerdo a las propuestas presentadas. Se pudo ver que aquellas propuestas que arrojaban un mayor costo, pensaban entregar un promedio de 2,2 dosis diaria por paciente tratado, mientras que las de menor costo, proponían entregar un promedio de 1,4 dosis diaria por paciente.

Más recientemente, el Ministerio de Salud, a través de la División de Atención Primaria, implementó un Programa de Fármacos, que estuvo dirigida especialmente hacia los adultos

Gráfico 3. Costo total anual, por persona tratada por HTA, del ítem medicamentos, en nueve Servicios de Salud del país, 1992.



<sup>2</sup> Es bueno recordar que estas propuestas fueron elaboradas en 1992, cuando los medicamentos utilizados para el tratamiento de la Hipertensión eran diferentes a los que se usan actualmente.

mayores, pero que se espera pueda ser ampliada al total de la población. En este caso, se trata de apoyar a los establecimientos de Atención Primaria con fármacos destinados al tratamiento de la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Depresión. Con la misma finalidad que se tuvo en mente en 1992, se pidieron algunos datos acerca del nivel actual de gasto en estas tres patologías. Los datos aportados permitieron definir mejor el diseño del Programa. A continuación se entregan algunos datos que se extrajeron de la experiencia más reciente, y que de alguna manera complementan las conclusiones obtenidas en la experiencia anterior.

En este caso, los datos provienen de 11 establecimientos de Atención Primaria, más otras tres comunas que entregaron datos consolidados. En total, se trata de 24 establecimientos, ubicados todos en comunas urbanas, principalmente en la Región Metropolitana. Los medicamentos informados por estos establecimientos son enalapril, nifedipino (10 mg.), nitrendipino, propanolol, furosemida, hidroclorotiazida, urem (*hidroclorotiazida más triamterene*). Este último medicamento aparece mencionado sólo en dos establecimientos y una comuna. El nitrendipino aparece mencionado en 6 establecimientos y una comuna. La furosemida no aparece mencionada en tres establecimientos y una comuna. Por lo tanto, en los análisis posteriores estos medicamentos no serán incluidos, ya que la finalidad es realizar estudios comparativos. En el caso de los diuréticos, se usará la información relacionada con el uso de hidroclorotiazida, aunque no aparece mencionada en una comuna. En este caso, se usará la información que se refiere al uso de la furosemida.

De acuerdo a los datos entregados por los municipios que cooperaron en esta fase del programa, el gasto total en medicamentos destinados al tratamiento de la hipertensión llegó a M\$ 62.532 en un año. El número de pacientes tratados alcanzó a 24.659, lo cual da un promedio de gasto por persona tratada de 2.536 pesos al año. Sin embargo, tal como se señaló en el párrafo anterior, algunos medicamentos no fueron considerados. Excluyendo estos medicamentos, el gasto total asciende a M\$ 49.368, lo cual significa un gasto promedio anual de 2.002 pesos.

Las conclusiones que se pueden extraer con la información recogida en el año 1999, son similares a la experiencia de 1992. Sin embargo, esta vez se preguntó por el costo de adquisición de los medicamentos. Al analizar el costo de adquisición por dosis, los resultados son claros. En el caso del enalapril, por ejemplo, el costo más bajo que se paga por dosis es de 4,9 pesos, mientras que el más alto llega a 7,2. Algo similar ocurre

con el nifedipino, cuyo costo por dosis más bajo es de 3,0 pesos, mientras que el mayor costo alcanza a 4,7. Todos estos datos corresponden a comunas de la Región Metropolitana. Los datos anteriores confirman que el costo de tratar a un paciente, depende, entre otras cosas, de las estrategias de comercialización seguida por quienes tienen a su cargo la adquisición de los medicamentos.

### Derivación

El tercer aspecto en el cual el Médico de Familia que trabaja en la Atención Primaria puede influir es en el manejo de las derivaciones hacia el nivel secundario y terciario.

En Chile, el Ministerio de Salud desde hace algunos años ha venido implementando un programa que permite a quienes trabajan en la Atención Primaria, el manejo hacia el nivel secundario y terciario en lo que se refiere a la atención por especialistas, especialmente aquellos que brindan atención en forma ambulatoria. El programa ha estado inspirado en una iniciativa similar desarrollada en Inglaterra, mediante la cual, el presupuesto del nivel secundario y terciario es manejado por la Atención Primaria, en función de las prestaciones solicitadas por los médicos generales y que son brindadas por los hospitales. El Programa de Especialidades, en el caso chileno, es bastante más modesto y está aún en etapa de experiencia piloto.

El Ministerio de Salud efectuó una Evaluación de la Atención Primaria en el transcurso del año 1996. Uno de los temas estudiados era la necesidad de atención por especialistas<sup>3</sup>. Para ello, se estudiaron un cierto número de consultas hechas en la Atención Primaria. Los profesionales eran invitados a precisar en qué caso sería necesaria la intervención de un especialista, sin considerar si ello era posible o no, con el fin de evitar la auto censura que opera en nuestro medio. El número de consultas estudiadas, divididas por tipo de población atendida, y los casos en que se hacía necesario la opinión de un especialista, se muestra en la tabla siguiente.

Programa	Nº Consultas	% Consultas	% Derivación
Infantil	5.223	27	17
Adultos	5.308	27	28
Maternal	5.789	30	18
Odontológico	3.221	16	57
Total	19.541	100	(promedio) 27

Según los datos encontrados, se examinaron 5.223 consultas

<sup>3</sup> Ver "Evaluación de la Atención Primaria". Ministerio de Salud. Octubre, 1997.

<sup>4</sup> La metodología en detalle de este Programa puede ser consultada en la publicación "Resolución de Especialidades Ambulatorias en Atención Primaria", publicado por la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud. Marzo 2000.

infantiles, que corresponde al 27 por ciento de la muestra total. De acuerdo a la opinión de los médicos que efectuaron estas consultas, el 17 por ciento de ellas requería la atención de un especialista. Se puede ver, que la necesidad de atención por especialista es mayor en el caso de las consultas de adultos y particularmente en el caso de las atenciones odontológicas. Con la información de este estudio se construyó un índice de necesidad de atención por especialista en el caso de quienes acuden a la Atención Primaria. Posteriormente, los resultados se mostraron en función de las poblaciones a atender. Se valorizaron las prestaciones necesarias de acuerdo al arancel de FONASA y se estableció en definitiva un monto por persona a cargo o por persona inscrita en la Atención Primaria. De esta manera, el Programa de Especialidades se traduce en un monto por persona inscrita en los establecimientos de Atención Primaria destinado a resolver un listado de consultas integrales hechas por especialista en el período de un año.<sup>4</sup>

En definitiva, la idea de este programa era poner a disposición de los médicos y los equipos de salud de la Atención Primaria, los fondos necesarios como para resolver las interconsultas que ellos consideran como necesarios con el fin de dar una atención más integral a sus pacientes. A diferencia de la iniciativa inglesa, en el caso chileno no se contempló el manejo presupuestario del conjunto de prestaciones que se realizan en el nivel secundario y terciario.

La evaluación de este programa ha sido satisfactoria, si bien se encontraron algunas deficiencias, especialmente en el manejo administrativo, que es necesario corregir para asegurar un mayor éxito.

Para los médicos que trabajan en la Atención Primaria, este Programa es un desafío en varios sentidos. En primer lugar, se hace necesario clarificar y explicitar, las razones por las cuales los pacientes son enviados a otros niveles del sistema de salud. En segundo lugar, constituye un desafío para los Médicos de Familia el hecho de que hoy día, de acuerdo a las innovaciones tecnológicas, es posible pensar que muchas de las derivaciones podrían ser resueltas en el ámbito de la Atención Primaria, con una pequeña inversión en tecnología. Es el caso por ejemplo, de la referencia hacia el nivel secundario con el fin de precisar la edad de un embarazo, para lo cual se requiere una ecografía. Este examen puede ser efectuado en los establecimientos de Atención Primaria, lo que aumenta la satisfacción de las personas, disminuye el costo social que significa el traslado hacia los hospitales y disminuye el tiempo de espera para efectuarse el examen. En particular, el uso de la ecografía está siendo analizado en el contexto de la evaluación de los

Centros de Salud Familiar que ha impulsado el Ministerio de Salud.

En tercer lugar, para los Médicos de Familia o de quienes trabajan en la Atención Primaria, es un desafío el poder responder, frente a recursos que siempre son escasos, establecer qué criterios de prioridad utilizarían a la hora de ordenar necesidades que seguramente requerirían de recursos mayores a los disponibles en un momento dado para poder ser resueltas.

#### Condiciones necesarias para seguir avanzando

La posibilidad de ser efectivamente un gerente de recursos, requiere del médico de familia, así como de otros profesionales formados en este enfoque, el desarrollo de otras habilidades, que van configurando el perfil de lo que podría llamarse un buen gerente de recursos en el nivel local.

En primer lugar, el médico de familia debe ampliar el horizonte en cuanto al manejo de la información que utiliza hoy día para la toma de decisiones. En general, los programas de formación en Chile enfatizan el enfoque comunitario, junto al enfoque familiar. Ello significa que los médicos debemos ser claros al momento de describir los problemas de salud de nuestra comunidad, haciendo uso de variables epidemiológicas, demográficas, sociales, perfiles de demanda, etc. Es posible, que dado nuestro conocimiento de las realidades de nuestras comunidades, debemos defender un cambio en las prioridades definidas a nivel país. No se trata de olvidar la contribución que la Atención Primaria debe hacer al conjunto de la salud del país. Más bien, se trata de fundamentar el porqué, en ciertas ocasiones, las prioridades deberían ser ordenadas de manera diferente, dado los diferentes escenarios en los que debemos desarrollar nuestra labor.

En segundo lugar, los médicos de familia necesitamos hacer uso de la Medicina Basada en la Evidencia, que se transforma en una herramienta de gran utilidad cuando debemos decidir acerca de diferentes alternativas de solución frente a los problemas que nos plantean nuestras comunidades. En este campo, existe aún mucho que avanzar. Por ejemplo, en el tratamiento de la hipertensión arterial, está claro el beneficio que aportan las distintas clases de fármacos que hoy día se proponen. Pero lo que aún falta por resolver, es cuál es la proporción en que cada fármaco debiera ser utilizado al interior de un grupo poblacional, lo cual, según hemos visto anteriormente, se traduce en costos también variables. Para esto, los médicos de familia deberíamos comenzar por intercambiar experiencias de enfrentamiento a problemas comunes o bien desarrollar estudios multicéntricos utilizando pautas comunes.

En tercer lugar, la posibilidad de desarrollar nuestra capacidad gerencial pasa por cambios en las modalidades de administración vigentes hoy día, no sólo en el ámbito público, sino que también en el sector privado. Es más posible desarrollar nuestras capacidades de gerenciar en la medida en que cada centro de salud se transforme en un centro de costo, lo que posibilita evaluar, sistematizar y decidir efectivamente acerca del uso de los recursos.

En cuarto lugar, los médicos de familia podremos efectivamente ser gerentes de los recursos disponibles, siempre y cuando el sector salud abandone sus antiguas prácticas de toma de decisiones centralizadas, reconociendo las diversidades que se dan en el ámbito local. Así, por ejemplo, frente a un mismo problema, es claro que las alternativas que se diseñen debieran

ser aplicadas con flexibilidad. El conocimiento de las realidades locales nos enseña que las decisiones elaboradas centralmente terminan tensionando a los equipos encargados de aplicarlas, lo que redundará en una disminución de su eficacia.

Por último, los médicos de familia deberemos enfrentar la inseguridad que nos asalta cuando queremos efectivamente ser los gerentes de una parte de los recursos que el estado y la sociedad disponen para resolver problemas de salud de las personas que están a nuestro cargo. Seguramente, es fácil defender la idea de que los recursos en Atención Primaria son escasos. Pero lo que se hace cada vez más difícil es sostener la idea de que esos recursos no están siendo bien utilizados. Para poder contestar a una afirmación de esos tipos, tendremos que involucrarnos más en su manejo.