



Editorial

Rol compartido de los Prestadores, Gestores y Pacientes en la Gerencia de la Atención Primaria

Shared roles of managers, providers and patients in management of Primary Health Care

Miguel A. Suárez-Bustamante,
Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb.*

RESUMEN

Introducción: En la Atención Primaria (AP), múltiples participantes —prestadores, gestores, usuarios/pacientes y financiadores—, deben distribuir importantes recursos destinados a diversidad de áreas. Dadas las necesidades diferentes y a veces contrapuestas de los participantes implicados, frecuentemente se presentan desafíos para el manejo de dichos medios.

Objetivo: Exponer un modo alternativo de superar los desafíos en el manejo de recursos de la AP, mediante soluciones compartidas previamente consensuadas por los participantes del sistema.

Temas abordados: Desafíos en el manejo de recursos en la Atención Primaria, Soluciones compartidas (Partnering). Pasos para la mejora de la calidad de la atención y Gerencia del Conocimiento (Knowledge management).

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Gestión de Servicios de Salud, Participación Comunitaria, Calidad de Servicios de Salud, Gerencia del Conocimiento

ABSTRACT

Introduction: In Primary Health Care, multiple stakeholders —providers, managers, users/patients and financers— should to manage important resources oriented to many areas. Since needs of health stakeholders are usually different or yet opposites, frequently resources management challenges occur

Objectives: To explain an alternative mode to surpass Primary Health Care resources management challenges, using concerted, shared solutions with participation of all Health System stakeholders .

Reviewed topics: Resources management challenges in Primary Health Care, Shared solutions (Partnering), Knowledge management .

Keywords: Primary Health Care, Health Services Management, Community Participation, Knowledge management.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.
Int. 2008, 2 (2): 73-76

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación de los Autores:

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima. Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima..

Méd.Dr.:Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal. Púb.:Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr. Miguel Suárez B:migsuarezb@yahoo.com



Aunque no siempre es evidente, en la Atención Primaria (AP) se invierten considerables recursos buscando mejorar los indicadores relacionados primordialmente con la efectividad, eficiencia, resolutivez, accesibilidad, uso y calidad de los servicios de salud [1]. La efectividad en el logro de los objetivos planteados para la AP dependerá tanto de la cantidad total de recursos disponibles para esta inversión, como de la calidad del gasto ejecutado. Entre los factores que condicionan el monto total invertido el determinante más directo es obviamente la porción del Producto Bruto Interno (PBI) que cada país invierte en salud, así como en otros sectores relacionados a la calidad de vida —vivienda, trabajo, seguridad pública, desarrollo social sustentable—. Esta fracción del PBI orientada a los sectores sociales varía ampliamente entre realidades. Más aun tratándose de naciones en desarrollo con economías emergentes o periféricas. Entre las situaciones que determinan este monto del PBI invertido, las más importantes son el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado por el país como un todo, la tendencia a la exclusión de amplios sectores sociales empobrecidos y marginados, los partidos políticos y algunas consecuencias de la globalización, tales como las inversiones, los capitales especulativos, los precios internacionales del petróleo, las bolsas de valores, el cuidado medio ambiente, el fantasma del desastre nuclear, e incluso los gastos de defensa condicionados por conflictos externos e internos y la lucha contra el terrorismo.

La calidad del gasto, por su lado, dependerá de cómo se consiga equilibrar la cobertura de las obligaciones y derechos de los diferentes actores de la AP, los cuales pueden ser:

-Gestores:

Directores, gerentes o administradores, tanto del propio servicio de AP como de los niveles inmediatos superiores, sea este municipal o regional. Su función es promover y facilitar el cumplimiento de la normatividad en salud, proveer de insumos a los niveles operativos, y verificar que los procesos, productos intermedios y resultados, sean alcanzados por el sistema. No se considera en este grupo al nivel encargado de

emitir la normatividad macro para la conducción o rectoría del Sistema, sea este regional (en países federados) o central (nacional).

-Prestadores:

-Profesionales y técnicos que prestan servicios directamente a los pacientes o usuarios de la AP. Ellos incluyen a los recursos humanos que trabajan en el primer nivel de atención, y en algunos sistemas también el segundo nivel.

-Usuarios/Pacientes:

Población que recibe las prestaciones de salud, ya sean ellas demandadas en respuesta a una necesidad de salud (pacientes), o como beneficios de programas de prevención y promoción de la salud (usuarios).

-Entidad Financiadora:

Proveedor de los recursos financieros necesarios para que los gestores y prestadores puedan desempeñar adecuadamente su labor. Suele tener un rol asegurador, como los Institutos de la Seguridad Social o del Seguro Integral de Salud financiados vía impuestos. Usualmente ejercen control indirecto sobre los procesos prestacionales, con la finalidad de optimizar su rentabilidad sanitaria. En el ámbito no público, este rol suele estar a cargo de los seguros privados o Empresas Prestadoras de Servicios.

A excepción de los montos para garantizar el pago de los trabajadores que laboran en salud, y otros costos fijos, existen múltiples opciones para invertir los recursos destinados a la AP, y la decisión sobre cuál tomar dependerá de la perspectiva de quién determine el gasto. Por ejemplo, la clase dirigente podrá inclinarse por priorizar la compra de equipos, así como la construcción, reparación o reforma de la planta física de establecimientos, los cuales dan mayores réditos políticos. El público podrá insistir en destinar fondos a proporcionar mayores y mejores existencias de medicamentos, especialmente los más novedosos y que aparecen como una promesa en las noticias. Los prestadores, por su lado, podrán pensar que la mejor inversión es comprar la última tecnología diagnóstica o incrementar las competencias de los propios recursos humanos, mientras que los gestores encargados de dirigir el sistema podrían apostar por medios para incrementar la calidad de los ser-



vicios [2] o perfeccionar procesos de desarrollo institucional [3].

Dadas las múltiples vertientes posibles para toda intervención, siempre existirán situaciones que constituyan desafíos en el manejo de recursos. Ellos son retos extraordinarios para la gestión, por cuanto pueden generar un antagonismo encubierto entre actores clave. Algunos ejemplos de desafíos en el manejo de recursos pueden ser:

-Una infraestructura moderna y dotación de alta tecnología, juzgada ideal por los prestadores y gestores, pero percibida como deshumanizada por los usuarios [4, 5].

-Los mecanismos de auditoría, que aun cuando buscan proteger a los pacientes de decisiones inadecuadas, y al sistema de un incremento de costos sin sustento, son percibidos como elementos de agresión por los médicos [6].

-El monitoreo estrecho de los servicios recibidos por los beneficiarios, que a pesar de justificarse por la búsqueda de la calidad en la asignación del gasto sectorial, secundariamente generan un incremento de trabajo administrativo para el prestador, agravando su ya recargada labor [7].

-La protocolización basada en la evidencia de los procesos asistenciales, que aunque en principio es relevante para mejorar la efectividad clínica y aminorar costos, es vista como intrusión en el acto médico [8].

-La distribución inequitativa de las cargas de trabajo entre profesiones corporativas, que ocasiona que un personal desarrolle mayor número de actividades mientras que otro, que podría colaborar, es maniatado por estatutos o normas institucionales que no les permiten desempeñarse en un área específica (por ejemplo entre médicos, enfermeras y auxiliares o entre odontólogos y técnicos) [9].

Ante estos desafíos en el manejo de los recursos, siempre es posible que algunos actores de la AP perciban que sus necesidades o expectativas no son atendidas. Si la situación es inadecuadamente sobrellevada, ello podrá conducir a un desempeño menor al deseable en toda la organización [10].

Las respuesta a estos desafíos en el manejo de recursos puede ser diversa.

El modo más común es que los gestores o financiadores endurezcan su línea e impongan una solución que debe ser aceptada por los otros participantes. Esta actitud tiene cierta lógica por cuanto para la legislación y fiscalización, el éxito o fracaso en la canalización de los recursos destinados a la AP, sólo acarreará premios o castigos para estos financiadores y gestores. No obstante, la atención a las necesidades y expectativas de la población y de los prestadores, son estructural y funcionalmente fundamentales para la efectividad del trabajo realizado [11]. Por ello, cuando estos últimos no se sienten escuchados, la salida que ocasionalmente les queda es buscar que ejercer presión a través de huelgas, favores políticos, medios de comunicación o marchas y otras manifestaciones populares. Con ello, ocasionalmente consiguen forzar a gestores y financiadores a aceptar su posición, aunque con un costo secundario al desenlace. En ambos casos, ya sea porque el modo de solución es impuesto por autoridades con poco conocimiento de la realidad local, o porque se provoca una situación de desasosiego o tensión, la solución suele distar de ser la óptima.

En este artículo abogamos por la solución compartida a las situaciones anteriormente descritas, concepto relacionado al partnering propuesto en documentos de origen anglosajón [12]. Ello implica el establecimiento de instancias formales o informales de concertación que agrupen a los participantes previamente descritos, para entre todos adoptar la salida que mejor represente las opciones de los diversos grupos implicados.

Este abordaje de roles compartidos por actores múltiples, enfrenta la gran dificultad de que tanto los financiadores como los gestores deben ceder poder a prestadores y usuarios/pacientes, para lo cual se requiere una cuota de humildad considerable. Las ventajas, no obstante, son múltiples. Por un lado permitirá aprovechar mejor el conocimiento de la realidad de quienes desde diversos ángulos viven el día a día de la AP. Este modo de actuar se relaciona a lo que se viene denominando la Gestión del Conocimiento o Knowledge management en inglés. Este concepto



se ha mostrado de gran relevancia para mejorar los sistemas de Medicina Familiar y AP, en diversas realidades [13]. Por otro lado, los roles compartidos incrementan la satisfacción de pacientes y prestadores, al sentirse en control de las decisiones que los atañen. Ello es más relevante con intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables, cuyas necesidades deben moldear fuertemente los servicios a recibir [14].

Finalmente, diversas experiencias han demostrado que un compromiso amplio de múltiples participantes, como esta propuesta de roles compartidos, incrementa la sostenibilidad en el tiempo [15].

Diversas iniciativas de gestión com-

partida o cogestión de servicios, especialmente desarrolladas en las realidades latinoamericanas, han buscado asentarse en la colaboración de múltiples participantes [16-18]. No obstante, lograr este anhelo es sumamente difícil, e incluso en las experiencias mencionadas se han reportado limitaciones patentes para lograr una real representatividad de la comunidad, y así efectivizar un real compartir en las decisiones [19, 20].

Como ha sido mencionado en otro artículo de esta misma publicación [21], está en cada uno de nosotros conseguir espacios de participación y reflexión, para lograr un real compartir de roles en la Atención Primaria desde el lugar que ocupemos.

BIBLIOGRAFIA

- Schapochnik N. Indicadores de efectividad del proceso de atención primaria de la salud. *Gestión salud*. 2003; 2 (6): 6-22.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud del las Personas. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Lima: DGSP-MINSA; 2001.
- Ortiz-Quezada F, Méndez-Galván JF, Ritchie-Dunham J, Rosado Muñoz FJ. Las organizaciones inteligentes en la toma de decisiones en salud: el caso del dengue. *Salud pública Méx*. 1995; 37 (supl): 77-87.
- Duran Echeverri E. ¿Donde ha quedado el lado humano de la atención?. *Actual enferm*. 2002; 5 (1): 6.
- Campos Navarro R, García Vargas F, Barrón U, Salazar M, Cabral Soto J. La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. *Rev. med. IMSS*. 1997; 35 (1): 135-144.
- Álvarez Uribe FE. Sistema Integral de Auditoría. *CES Med*. 1998; 12 (1): 42-48.
- IDEFIPERU. El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria: ¿Cómo superar las discrepancias? *RAMPA Rev At Integral Salud y Med Fam*. 2006; 1 (1): 5-6.
- Browman GP, Snider A & Ellis P. Negotiating for change. The healthcare manager as catalyst for evidence-based practice: changing the healthcare environment and sharing experience. *Health Pap*. 2003; 3 (3): 10-22.
- Kruger E, Smith K & Tennant M. Non-working dental therapists: opportunities to ameliorate workforce shortages. *Aust Dent J*. 2007; 52 (1): 22-5.
- Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL, Trevizan MA. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007; 41 (4): 542-550.
- Harris MD. The physician as a member of the home health-care team. *Home Healthc Nurse*. 1998; 16 (11): 732-6.
- Hook ML. Partnering with patients—a concept ready for action. *J Adv Nurs*. 2006; 56 (2): 133-43.
- Orzano AJ, McInerney CR, Tallia AF, Scharf D & Crabtree BF. Family medicine practice performance and knowledge management. *Health Care Manage Rev*. 2008; 33 (1): 21-8.
- Alvarez-Castillo F & Feinholz D. Women in developing countries and benefit sharing. *Dev World Bioeth*. 2006; 6 (3): 113-21.
- Ortún V. Salud Pública: las políticas ayudan a aquellos que se ayudan a sí mismos (en los servicios de salud). *Gac Sanit*. 2007; 21 (6): 485-9.
- Ministerio de Salud, PAAG. SBPT. Así funciona y se organiza la Asociación CLAS. Lima: PAAG-MINSA; 2000.
- Cuba-Oré V. Gestión compartida de centros de salud: una experiencia de participación y control social. La Paz: MSD; 2003.
- Del Carmen-Sara C. Efectos de la aplicación de un nuevo modelo de gestión con administración compartida, sobre la calidad de la atención en establecimientos de salud de la Provincia Constitucional del Callao. [Disertación de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- Altobelli L. Programa de Administración compartida y comités locales de administración de salud en Perú. Informe de caso. Reporte Final. Lima: IESE y Banco Mundial; 2000; Mayo. Reporte No.: s/n.
- Cabrera-Arredondo H. Los comités locales de administración en salud (CLAS). ¿buenos o malos para la salud?. *SITUA*. 2003; 12: 54.
- Urquiza R. Comentarios al Tema para el Debate: El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria. *RAMPA Rev At Integral Salud y Med Fam*. 2006; 1 (1): 7.