

# ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE INCIDEN EN LA EFICIENCIA DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

Fabián Darío Barajas Sepúlveda. MD

## Resumen

La eficiencia en la gestión clínica de los médicos generales es un pilar fundamental en el control de los recursos en salud y puede generar un impacto positivo en la reducción de gastos innecesarios en el sistema. Se realiza un estudio analítico en donde se diseña una encuesta transversal para identificar las principales variables que puedan influir en la toma de decisiones de los médicos generales en una IPS de Bogotá, y se aplicó a 20 médicos. Los resultados encontrados fueron contrastados con la literatura actual. Se agruparon los resultados con variables como: relación profesional de la salud, organización y costo médico; pertinencia en la remisión a especialistas y formulación de medicamentos y paraclínicos, formación en pregrado de administración en salud, número de trabajos, cansancio físico, y finalmente, se analiza la influencia de la edad con otras variables descritas. Los resultados evidenciaron falta de conciencia por parte de los médicos con relación al control de los recursos que se relacionan con la mala derivación de los pacientes a los especialistas y la formulación de exámenes paraclínicos sin pertinencia adecuada. Sobre los factores descritos influyen características como la edad del médico, la adherencia a las guías de manejo, el cansancio físico y las características del paciente. Por otro lado hay una clara división con relación a la dirección y los médicos, no hay seguimiento a su desempeño, tampoco incentivos que promuevan la prestación del servicio con calidad, capacitación permanente, ni una remuneración adecuada. Finalmente, identificados dichos factores se plantean estrategias de intervención, y con esto generar un impacto adecuado en la optimización del recurso y mejoría de las condiciones laborales.

**Palabras clave:** Gestión clínica, eficiencia, variabilidad clínica, administración en salud, pertinencia, recurso en salud, profesional médico.

# ANALYSIS OF VARIABLES AFFECTING EFFICIENCY OF CLINICAL MANAGEMENT AREA OUTPATIENT

Fabián Darío Barajas Sepúlveda. MD

## Abstract

The efficiency in the clinical management of general practitioners is a mainstay in the control of health resources and can make a positive impact in reducing unnecessary costs in the system. An analytical study in which a cross-sectional survey designed to identify key variables that can influence the decision making of general practitioners in Bogota IPS, and applied to 20 medical is done. The results were compared with the current literature. Results were pooled with respect to the most relevant variables such as health professional relationship, and medical cost organization; relevance in referral to specialists, drug and laboratory formulation, undergraduate training in health administration, number of jobs, physical exhaustion, and finally, the influence of age and other variables described. The results showed a lack of awareness by physicians relative to control health resources that relate to poor referral of patients to specialists and formulation of exams without relevance. On the factors described above influence characteristics such as age of the physician, adherence to management guidelines, physical fatigue and patient characteristics. On the other hand a clear division between medical physician and directors, where there is no proper monitoring of their performance, not incentives to promote the delivery of high quality service, continuing education, or adequate compensation. Finally, those factors identified potential intervention strategies are planted by the IPS on the management of physicians, and thereby generate an adequate impact on resource optimization and improved working conditions.

**Keywords:** Clinical management, efficiency, clinical variability, health administration, relevance, health resource, medical physician.

## **1. Introducción.**

La gestión clínica, es un punto neurálgico en la administración de salud, debido a que es la mejor manera de dirigir, controlar recursos, lograr objetivos y metas propuestas dentro del sector salud (Ortún Rubio, 2003), en aras de cumplir con los principios del sistema establecido en el país: eficiencia, eficacia, universalidad, equidad y calidad, entre otros (ley 1438 Reforma Sistema General Seguridad Social - Colombia). Poco a poco, se ha creado conciencia de la importancia de la vinculación de los médicos generales en la gestión clínica y se deja a un lado la idea de que se limite al ámbito administrativo, en respuesta a la complejidad de las organizaciones en salud, los cambios epidemiológicos constantes, la creciente exigencia de calidad en los servicios por parte de los pacientes, el acceso fácil y rápido a información y tecnología, y, sobre todo, el control adecuado de costos dentro de un marco de eficiencia y eficacia (Guinet, A, et al. 2012). Es importante evidenciar la brecha con relación a éste tema: no se puede basar únicamente en el costo de la prestación de los servicios y tampoco en el derroche de todos los recursos de manera indiscriminada. Es imposible prestar un servicio óptimo y de calidad sin generar un costo, pero, se debe tener en cuenta que estos recursos son completamente finitos y deben ser distribuidos de la mejor manera, de acuerdo con la necesidad de cada paciente (Asociación de Economía de la salud 2007). Los aspectos que se deben buscar son: lograr los objetivos trazados con el mejor costo posible y/o con unos recursos limitados, lograr resultados satisfactorios.

Este trabajo, pretende identificar y evaluar las variables que pueden influir en la toma de decisiones de un médico general, en la prestación del servicio en consulta externa, por tanto se crea un instrumento (encuesta) con las características principales descritas en la literatura, para ser aplicado a Médicos generales de una IPS en Bogotá con el fin de establecer dichas variables. En Colombia, después de implementada la actual reforma a la salud, se concluye que son muy escasos los estudios que, a nivel nacional, han buscado hacer un análisis del papel que desempeña el médico en la gestión del recurso en salud.

En consecuencia, se determinan los factores que inciden, directamente, en la gestión clínica de los médicos y en la toma de decisiones en su labor cotidiana. Por otro lado, se plantean posibles hipótesis con relación a los resultados encontrados, asociándolos con la literatura actual. Con la identificación de las variables y su categorización según su influencia, se pueden implementar estrategias de intervención para determinar, posteriormente, el impacto en el sistema de salud con relación a la costo - eficiencia. El estudio se desarrolla en tres apartados. El primero, explica conceptos como gestión en salud, eficiencia, estado actual de la ley en relación con los profesionales y, con lo anterior, se establecen las bases que muestran la evidencia respecto a las variables a evaluar. La segunda parte tendrá dos etapas, una, la explicación del desarrollo del instrumento que será utilizado para la recolección de datos y, la otra, la exposición real del estado actual de la gestión de la salud referente a los médicos generales y al sistema. Para finalizar, se exponen las conclusiones y posibles hipótesis asociadas a dichos resultados.

## **2. Marco teórico**

Dentro del análisis de las variables que puedan influir en la gestión clínica de los médicos generales, se deben tener en cuenta elementos teóricos que serán los pilares para el desarrollo del presente escrito y, con base en ellos, poder establecer unas relaciones de causalidad. Conceptos como gestión clínica y eficiencia serán el inicio de la fundamentación teórica; posteriormente, se expondrán dos escenarios teniendo en cuenta al médico como eje central, en donde se analiza su realidad con relación a la ley de salud del país y, seguidamente, se describe el rol actual del médico general en cuanto a la prestación del servicio.

### **2.1. Gestión Clínica y eficiencia.**

La gestión clínica, dentro de sus muchas definiciones se entiende como el “proceso de rediseño organizativo“, cuyo objetivo es involucrar al profesional sanitario, esencialmente médico, en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica. “Muestra la relación existente entre la Gestión Clínica y la reorganización de los procesos asistenciales, y como tal, es mejor que esto lo efectúe quien lo ejecuta”. (Díaz, 2001)

En el actual sistema de salud colombiano, la gestión clínica es la base fundamental para el desarrollo de una adecuada economía de la salud y mejoramiento de la calidad del servicio. Independientemente de la estructura de la organización, es imprescindible la participación del médico para lograr

resultados en términos de verdadera eficiencia (Román, 2012).

Es necesario conceptualizar los términos eficacia y eficiencia, que soporten una base teórica, donde la primera, refleja todo aquello que puede conseguirse si el proceso de producción funciona adecuadamente, mientras que la segunda, mide el grado de consecución de esa producción y el impacto que genera (Ortún Rubio, 2003).

En la gestión clínica se deben tener en cuenta dos actores fundamentales: los profesionales administrativos, quienes operan con base en funcionalidad, capacidad organizativa, eficiencia y calidad, y, los profesionales clínicos, quienes actúan con miras al mejoramiento continuo de la práctica clínica (Lorenzo Porto, 2003). Esta evidente separación, genera todo lo contrario a lo esperado: procesos ineficientes y de baja calidad, situación que forja una propuesta de cambio de roles y mejora en la relación entre los clínicos y los profesionales administrativos, donde estos últimos se encargan de brindar el ambiente óptimo para una adecuada gestión y los clínicos se hacen responsables de generar resultados acordes con calidad (Román, 2012).

La gestión, en cualquier organización implica que todos los colaboradores o miembros de la misma, unifiquen fuerzas para alcanzar los objetivos planteados y la razón de ser de la empresa. En el caso de las instituciones de salud, la gestión clínica afecta las decisiones con relación al diagnóstico y tratamiento de un individuo y las toman los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, terapeutas) quienes están en contacto directo con los pacientes y, con base en

ellos, se adquiere la responsabilidad en el manejo de su salud (Ortún Rubio, 2003).

## **2.2. Profesionales de la salud y la ley 100**

La legislación en Colombia con relación a la ley 100 de 1993, generó un vuelco importante en el modelo de salud, donde cambió la situación de los pacientes y la de los trabajadores de la salud, caso en el que las condiciones laborales, incluyendo el salario y el tipo de contratación no se tienen en cuenta en ningún apartado. Asimismo, el aumento de la cobertura permitió el incremento en la demanda de profesionales de la salud, lo que originó más empleo y un crecimiento notable del sector privado por la aparición de las EPS. A pesar de lo anteriormente descrito, los salarios de los profesionales han ido en detrimento, no se brinda estabilidad laboral y, en algunos casos, el profesional se ve obligado a trabajar en dos organizaciones para mejorar sus ingresos y el entorno laboral no es el más adecuado. Todo esto repercute, de manera negativa, en la gestión clínica, la prestación del servicio y la calidad del mismo.

## **2.3. Rol del médico, gestión y variabilidad clínica.**

Los profesionales controlan la mayor parte de los recursos mediante la toma de decisiones, soportadas dentro de un marco de incertidumbre, y es, en éste campo, donde la gestión clínica interviene reduciendo la incertidumbre y controlando, de alguna manera, los resultados (Román, 2012).

Dentro de los marcos de gestión clínica, es importante tener en cuenta que la

toma de decisiones de cualquier profesional debe cumplir con requisitos mínimos para que sean adecuadas y costo - efectivas: 1) basadas en fundamentos teóricos científicos; 2) enfocadas al bienestar del paciente; 3) uso racional de recursos. Dentro del proceso de toma de decisiones, se descomponen cuatro etapas: formulación de posibilidades o alternativas, elección, implantación de alternativa y valoración del resultado (Ortún Rubio, 2003).

En la toma de decisiones del profesional de la salud, la variabilidad clínica (entendida como las diferentes posiciones tomadas por un profesional frente a la misma situación con relación a la elección que ejecute según su escuela de formación o lugar de trabajo) determina un aumento considerable del gasto en salud sin la respectiva mejora de la calidad en el servicio, viéndose esto reflejado en más días de estancia hospitalaria, procedimientos no justificados y aumento de complicaciones (Román, 2012). Esta variabilidad clínica, influye también en el manejo farmacológico que se escoge para tratar a un paciente, que es uno de los costos permanentes en el sistema de salud, dado que la mayoría de las patologías requieren de la utilización de algún tipo de medicamento (Martínez López & Grajaes, 2010), ya sea de manera temporal o crónica, para el adecuado tratamiento o control de la misma. El manejo farmacológico de cualquier patología, implica un costo y requiere una prescripción adecuada según el criterio médico. No obstante, se presentan inconvenientes que llevan a gastos innecesarios con relación al mismo, como el desconocimiento de una patología especial, la utilización intencionada de antibióticos como placebos y la preferencia del profesional para elegir su experiencia y no las normas o guías, entre otras.

Se han descrito otros factores extrínsecos, que inciden en el mal gasto del dinero con relación al costo en salud y en la gestión de la misma, como los que dependen, directamente, de la población atendida: envejecimiento, ubicación rural o urbana, nivel socioeconómico, educación del paciente; y los que dependen de la administración en salud: oferta de medicamentos, incentivación de los profesionales, recursos formativos, entre otros (Segura Benito, Moya Martínez & Escribano Soto, 2010). Con relación a la remisión a especialistas, se describe que ésta tiene estricta conexión con el coeficiente de edad/años trabajados por parte del médico general (Segura Benito, et al., 2010), es decir, en el caso de los médicos con poca experiencia e inseguridad prefieren que sea el especialista quien haga el diagnóstico y, en el caso de los más antiguos por extenuación durante su vida laboral prefieren que el manejo sea dado por parte del especialista.

Para mejorar los gastos en salud, es necesario que los profesionales sean conscientes de la gestión del servicio que prestan, esto significa que asuman la responsabilidad del impacto que generan sus decisiones, concernientes al paciente y a los recursos que utilizan para su atención y que su credibilidad se base en evidencias, no tan sólo en su prestigio. También, es imprescindible que ellos respondan a las necesidades totales de la organización de salud y no únicamente a las de los pacientes, aunque debe quedar en claro que la organización existe para servir a los pacientes (Román, 2012).

Las decisiones que tomen los profesionales de salud, deben ceñirse a un marco

de coste - efectividad definidas cuando: primero, tenga fundamento científico (Conde Olasagasti, 1998); segundo, se oriente a mejorar el bienestar del paciente, especialmente en aquellos casos donde el efecto se mide a través de una calidad de vida subjetiva y multidimensional; tercero, interiorice la dimensión social de cualquier decisión clínica tratando de utilizar, juiciosamente, los recursos a la vista de los beneficios asistenciales que hubiesen podido obtenerse en alternativas próximas. La medicina basada en la evidencia, los instrumentos de ayuda a la decisión compartida y los presupuestos clínicos constituyen tres instrumentos útiles para cumplir, respectivamente, con las tres condiciones citadas de coste-efectividad (Ortún Rubio, 2003).

En respuesta a esto, la epidemiología clínica y la medicina basada en evidencia, de alguna manera, unifican criterios a la hora de tomar decisiones y coadyuvan a una mejora en la gestión de la salud por parte de los profesionales. (Lorenzo Porto, 2003).

En todo lo anteriormente descrito, es donde se sustenta la relevancia de la presente investigación, donde se van a utilizar algunas de las variables mencionadas y se identificará la importancia de cada una de ellas en la toma de decisiones en la gestión del médico general. En la actualidad los estudios que evidencien la realidad de la gestión clínica en Colombia desde la perspectiva del médico general son limitados, por tanto, la presente investigación puede arrojar resultados relevantes que sirvan como base para la realización de otros proyectos de mayor dimensión y que además puedan generar herramientas de cambio para

evaluar el impacto de las mismas en el sistema de salud.

### **3. Metodología.**

El presente estudio es un estudio analítico en donde se aplica una encuesta transversal y fue concebido para identificar las variables que influyen en la toma de decisiones de los médicos generales de una IPS, donde la información se obtiene con el diseño de una encuesta dirigida a variables precisas descritas en la literatura, tales como: edad del médico, cansancio físico, horas trabajadas, entre otras.

#### **3.1 Diseño de la Encuesta.**

El formato de la encuesta es nuevo, diseñado con el propósito de obtener información relacionada con las variables que pueden influir en la toma de decisiones en la atención médica de los pacientes pertenecientes a dicha IPS. Se explica, dentro de la encuesta, que la información obtenida es completamente confidencial, no se pide ningún dato de identificación personal, se garantiza que no originará ninguna acción punitiva y que los resultados son de uso, estrictamente, académico; con base en lo anterior, se hace énfasis en la relevancia de la veracidad y conciencia de las respuestas por parte del entrevistado.

La encuesta consta de 29 preguntas, unas preguntas orientadas a la identificación de las características de la población estudiada; otras, bajo las convenciones de:

siempre, casi siempre, algunas veces y nunca, a las cuales se les dio un valor numérico equivalente. Las primeras preguntas van dirigidas a establecer las características generales de la población encuestada: sexo, edad, nivel educativo, jornada laboral y horas trabajadas en la misma. Las siguientes preguntas van encaminadas a conocer algunos aspectos del perfil médico: uso de experiencia clínica, uso y conocimiento de guías de manejo, criterios para envío de un paciente a un especialista, formulación de exámenes paraclínicos y formación en administración en pregrado. Otro grupo de preguntas, fueron diseñadas para obtener datos de la relación médico – directivos: seguimiento a las recomendaciones de la organización, metas relacionadas con el presupuesto, control de recursos, presión laboral, autoevaluación y retroalimentación, incentivos y educación continuada. Finalmente, se evalúa la prestación del servicio, ambiente laboral, remuneración, cansancio físico y relación médico – paciente.

Se aplicó una prueba piloto del instrumento diseñado a personas del área de la salud (Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, odontólogos, entre otros) con el fin de evaluar la redacción de las preguntas, comprensión, tiempo aproximado de diligenciamiento y recoger dudas e inquietudes que se puedan generar con relación a la encuesta. Se aplica la fórmula de alpha de Cronbach para evaluar la fiabilidad de la herramienta obteniendo un puntaje de 0.6, suficiente para propósitos de investigación(Barraza, 2007). Posteriormente se evaluó la validez lógica y de contenido de la herramienta con el grupo piloto. Se realizaron las correcciones pertinentes para garantizar un entendimiento adecuado del

cuestionario y obtener la versión final.

### **3.2 Muestreo.**

Se realiza un muestreo por cuotas en donde se tiene en cuenta que el entrevistado cumpla con las siguientes características: médico general activo en la IPS, trabaje en el área de consulta externa y la jornada laboral (mañana y tarde). Los entrevistados participaron de manera voluntaria. No se requirió de consentimiento informado.

La población total estudiada fue de 25 médicos generales, El tamaño de la muestra fue calculado apoyado en la fórmula de estimación de muestra\*, en donde se obtiene una muestra representativa de 20 médicos a quienes se le aplicó el respectivo instrumento diseñado y validado.

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

\* Donde el tamaño de la población o universo (N=25); intervalo de confianza del 95% (k=1.96); error muestral (e= 5%) y p= 0.5.

### **3.3. Análisis de Datos.**

Para el análisis de los datos, inicialmente se describen ciertas particularidades de la población, estableciendo su edad, la jornada laboral y el sexo, lo que arroja una caracterización general del grupo encuestado. Se procedió a analizar cada una de las posibles variables descritas en la literatura que puedan ser significativas con

la gestión clínica y la toma de decisiones. Se analiza, primero, relación profesional de la salud, organización y costo médico; posteriormente, se divide la población en dos grupos: quienes recibieron formación en pregrado de administración en salud y quienes no, para establecer las posibles ventajas de un grupo frente al otro. Posteriormente, se estudia la relación entre las variables de número de trabajos, cansancio físico y toma de decisiones, y finalmente, se agrupan, de nuevo, los encuestados según la media de edad de 34 años para analizar la influencia de la edad con otras variables estudiadas en el documento.

#### **4. Resultados**

Los resultados de la encuesta diseñada para establecer las variables que influyen en la toma de decisiones de los médicos generales, se realizó estableciendo relaciones de causalidad según lo encontrado en la literatura. Inicialmente, se analizan las características generales de la población encuestada y los resultados obtenidos con las variables establecidas. Posteriormente, se conciben las relaciones de las variables que puedan ser relevantes y se especifican particularidades para poder ser agrupadas: médico - organización y costo, formación académica y toma de decisiones, efecto del cansancio físico sobre la toma de decisiones, y, por último, análisis de la influencia de la edad del profesional de salud frente a las variables establecidas.

##### **4.1. Análisis general de los encuestados.**

El promedio de la edad de los encuestados es de 35,4 años. Con una distribución

de hombre - mujer de 40% y 60 %, respectivamente. De los encuestados, solo el 25% contaban con una formación de postgrado. La distribución del número de profesionales, fue igual según la jornada laboral de mañana o tarde y el promedio total de horas laboradas es de 6.35 diarias, sin tener en cuenta que, alrededor de un 50% tenían más de un trabajo y estas horas no fueron incluidas en la pregunta (ver tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los encuestados

<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>	20
<b>HOMBRES</b>	8
<b>MUJERES</b>	12
<b>PROFESIONALES</b>	20
<b>ESTUDIOS POSTGRADO</b>	5
<b>PROMEDIO EDAD</b>	35,4
<b>TOTAL MEDICOS JORNADA MAÑANA</b>	10
<b>TOTAL MEDICOS JORNADA TARDE</b>	10
<b>PROMEDIO HORAS LABORADAS</b>	6,35

Con relación al desarrollo de las actividades asistenciales y la toma de decisiones, se encontró que los encuestados coincidieron en que, de alguna manera, se acogen a los protocolos establecidos por la institución. La mayoría, conocían las guías de manejo del lugar donde trabajaban; sin embargo, solo el 55%, utiliza las

guías de manejo establecidas, lo que representa un bajo porcentaje de adherencia a las guías y protocolos, teniendo en cuenta que son una herramienta que se construye basada en la evidencia científica y ayudan en la toma de decisiones adecuadas.

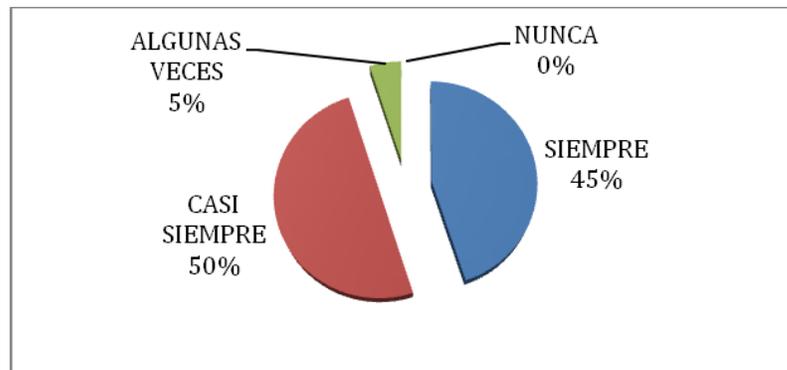


Figura 1. Remisión a Especialistas basado en complejidad de la Patología

Para la remisión a un especialista, el porcentaje de quienes siempre se basan en la complejidad de la patología con relación a otros en los que no es solo la patología lo que determina su decisión(ver figura 1), es muy equivalente (45-50% respectivamente). De igual forma, ocurre con la pregunta referente a si ha remitido, a especialistas, pacientes con patologías que pueden ser manejadas por medicina general, los porcentajes entre nunca y algunas veces son semejantes (55-45% respectivamente). Esto indica que hay un alto porcentaje de pacientes que son remitidos a especialistas sin un criterio adecuado, lo que ocasiona saturación de las agendas y demora en la atención o consecución de una cita con determinada especialidad (ver figura 2).

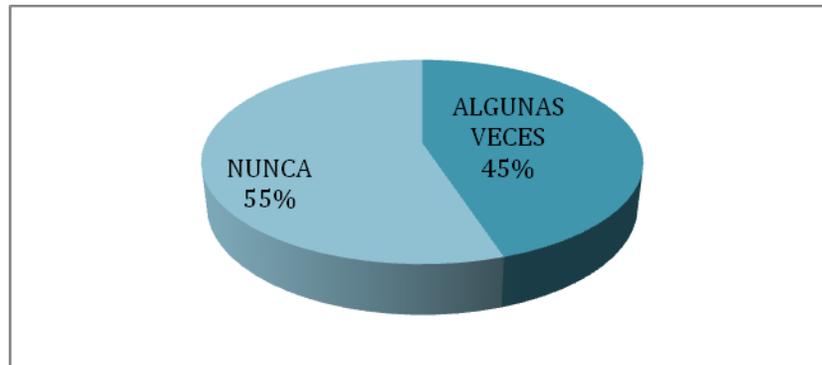


Figura 2. Remisión a Especialistas de patologías controlables por Médico general.

En lo relacionado con la prescripción de medicamentos y su costo, los resultados muestran que el 50% tienen en cuenta más factores diferentes al precio y el otro 50% solo tienen en cuenta el costo, factor de suma importancia a la hora de contener gastos innecesarios en la atención en salud, ya que es muy diferente cuando se formula un medicamento genérico que en la literatura está evidenciado que cumple con su función, frente a uno con la misma molécula pero comercial, en donde los costos se elevan claramente sin que su uso represente un beneficio real para el paciente. Además, cabe resaltar la presión que pueden ejercer los laboratorios farmacéuticos sobre la prescripción de determinados medicamentos, algunos con buen soporte científico y otros con falencias en los mismos. Además, encontramos que, dentro de los encuestados, el 15% aceptó, alguna vez, haber usado antibióticos como placebo para tratar algún paciente, lo cual, de acuerdo con la literatura empleada, no está demostrado que su uso genere impacto positivo, por el contrario, produce un alto riesgo de resistencia a algunos patógenos, convirtiéndose en una mala práctica médica.

#### **4.2. Relación profesional de la salud, organización y costo médico.**

Los resultados encontrados respecto a los profesionales y su organización, dejan ver que el promedio del cumplimiento de las metas dadas con relación al presupuesto es del 76,2%, medición que es subjetiva; a pesar de esto, el porcentaje debería ser superior, considerando que las metas propuestas por la organización, deben alcanzarse para garantizar su estabilidad; no obstante, en este caso, hay factores que intervienen, de manera preponderante, como por ejemplo la limitación para la formulación, lo cual genera resistencia, por parte de los médicos, a las recomendaciones dadas por los directivos, la edad de los médicos, las horas trabajadas y la remuneración obtenida, aspectos que se sustentan en la pregunta del porcentaje de médicos que tienen en cuenta las recomendaciones dadas por los directivos, frente al costo médico que solo alcanzó el 55%. Asociado al seguimiento de los profesionales en la organización, se encontró que solo el 45 % realizan dicho seguimiento al desempeño y la mitad de los encuestados manifiesta algún tipo de presión administrativa en su labor diaria o al momento de realizar la prescripción médica.

Un alto porcentaje de encuestados (80%), expresa que son escasas o nulas las capacitaciones por parte de la organización(ver figura 3) y el mismo porcentaje asiente que no hay incentivos ni retroalimentación cuando se alcanzan las metas trazadas por la dirección, lo que haría parte de una estrategia motivadora por las organizaciones, en procura de que sus empleados se sientan identificados con la empresa y den su mayor rendimiento, y es poco evidenciado en las

organizaciones que prestan servicios de salud.

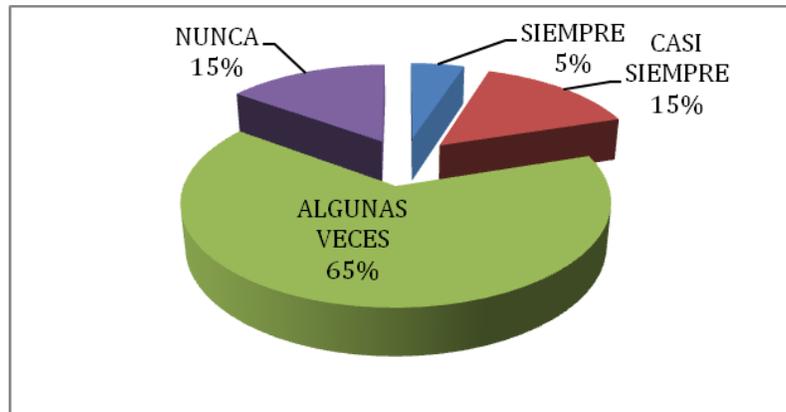


Figura 3. Porcentaje de capacitación a los Médicos Generales por la Organización.

Un resultado destacable, fue el hallado con relación a la conciencia que tienen los médicos generales de ser quienes controlan parte de los recursos en salud, arrojando el 85%, aún así, un alto porcentaje de profesionales (75 %) han prescrito laboratorios o ayudas diagnosticas sin los criterios completos para su formulación, aspecto que contradice la conciencia de administración del recurso médico. Asimismo, el 30% reconoce que el cansancio físico ha influido en la toma de decisiones a la hora de formular medicamentos y paraclínicos y un 15%, no se preocupan por persuadir a los pacientes de no asistir con un especialista cuando no es necesario, lo que contrasta con lo anteriormente analizado en las remisiones innecesarias a los especialistas, las cuales son, muchas veces, motivadas por la presión ejercida por los mismos pacientes, pasando por encima de la pertinencia médica y que se ve reflejado en un porcentaje del 90% de los médicos que reconoce, de alguna manera, que la actitud de un paciente y su nivel

educativo puede influir en el criterio medico, tanto positiva como negativamente.

Con relación al ambiente de trabajo y la remuneración obtenida, el 50% de los encuestados no está de acuerdo con la remuneración que recibe por su trabajo. A pesar de esto, ninguno tiene una apreciación negativa con relación al ambiente de trabajo, pero, tampoco se encuentran completamente satisfechos.

#### **4.3. Análisis de quienes recibieron formación en administración en pregrado.**

En muchos de los programas de medicina del país, no hay una educación en la administración en salud, por consiguiente, es muy importante evidenciar el comportamiento de quienes tuvieron algún tipo de formación en este tema y compararlo con los que no tienen dicho bagaje(ver figura 4 y 5). En los encuestados que recibieron formación en administración en salud en pregrado, el 16% utiliza siempre su experiencia profesional más que los protocolos establecidos en la institución. La mitad de los encuestados, usan siempre el criterio de nivel de complejidad de una patología para la remisión a un especialista, y, sin embargo, en la misma proporción admiten haber remitido a un especialista pacientes cuya patología puede ser manejada por medicina general, además, de ser en este grupo donde se encontraron los casos de formulación de antibiótico como placebo, proceder que contraviene lo que se esperara de profesionales que tienen dicha formación, donde la pertinencia de las órdenes medicas y del procedimiento medico, guiado por la costo-efectividad y la medicina basada en evidencia ajustada a las guías de cada institución, deben ser el soporte

de las decisiones que se tomen. Soportando esto, se evidencia que la totalidad de los médicos refieren tener conocimiento de las guías de manejo de sus instituciones, pero, solo la tercera parte admiten que se acogen, de alguna manera, a las mismas. Más de la mitad de los profesionales (58%), no tienen en cuenta el costo del medicamento en el momento su prescripción y solo el 16% tiene en cuenta las recomendaciones dadas por los directores de la organización. El 58% de los profesionales con formación en administración, han ordenado paraclínicos sin cumplir los criterios para su formulación y el 25 % de los profesionales, admiten que no persuaden a un paciente de asistir a un especialista cuando no es necesaria su valoración, además de un 41%, en donde el cansancio físico incide en su acto médico.

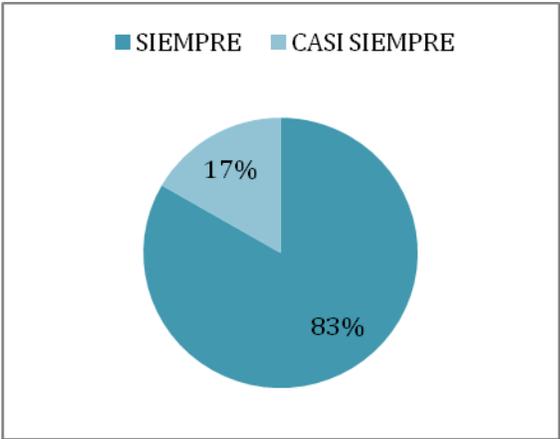


Figura 4. Conciencia de Control de Recursos en salud en médicos con formación en Administración

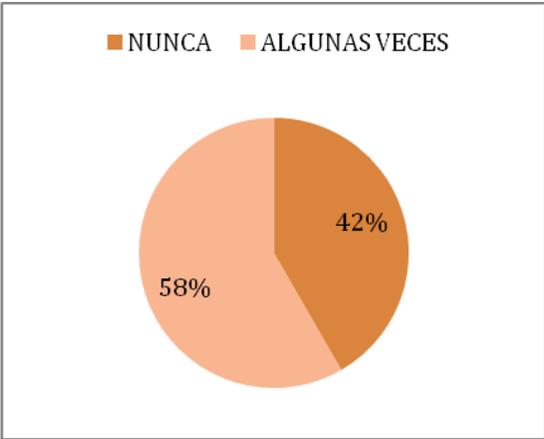


Figura 5. Pertinencia en formulación en médicos con formación en Administración

#### **4.4. Análisis variables de número de trabajos, cansancio físico y toma de decisiones.**

En este grupo de profesionales, se encontró el más alto porcentaje de formulación de laboratorios sin pertinencia (90%), siendo el mismo porcentaje consciente de que son administradores del recurso en salud. Además, el 60% de los profesionales que tienen más de un trabajo, aceptan haber remitido, a algún especialista, pacientes sin cumplir con los criterios para hacerlo; por otra parte, el 50% manifiesta persuadir a un paciente de no ir al especialista.

Cuando comparamos los anteriores parámetros con relación al cansancio físico, solo refiere un 30% de los encuestados que este estado repercute en su conducta médica, pero, no se ve reflejado en los datos anteriormente analizados, demostrando que, evidentemente, el cansancio físico asociado a mayor horas laboradas (dos trabajos) produce un impacto en las decisiones del médico general.

De igual manera, en éste grupo encontramos el porcentaje más bajo de satisfacción (10%) con su ambiente de trabajo.

En contraste con los que tienen un solo trabajo, evidenciamos que un porcentaje más bajo (30%), han remitido a un especialista sin pertinencia suficiente y solo el 40% con relación a paraclínicos y un porcentaje menor en este grupo (30%), convence a los pacientes de no asistir al especialista cuando no es necesario. Por último, en lo referente a la satisfacción del lugar de trabajo, el porcentaje no

se elevó significativamente (30%). Esto demuestra, claramente, que el cansancio físico y las horas laboradas si inciden en la toma de decisiones en el acto médico.

#### **4.5. Análisis profesionales mayores y menores de 34 años.**

La edad juega un papel fundamental a la hora de analizar el comportamiento de un profesional de la salud con relación a su desempeño. Por esto, se tomó como punto de corte la media de las edades y se dividieron en dos grupos, según la edad entre mayores y menores de 34 años, para efectuar un parangón. Se encontró que el 50% de los mayores de 34 años, utiliza más su experiencia profesional que las guías de manejo, frente a un 77% de los menores de 34 años, que se acogen a las guías de manejo, circunstancia que puede atribuirse al tipo de formación en pregrado, dando margen para pensar que los más jóvenes se adhieran mejor a la forma en la que se conciben las guías, usándolas como una herramienta con fundamentos en medicina, basada en la evidencia que es un concepto nuevo y que, en años anteriores, no se enseñaba, por ende, todo se sustentaba en la experiencia de cada profesional.

En lo referente a la remisión a especialistas de forma no oportuna, se constata que solo el 33% de los menores de 34 años lo hacen, mientras que los mayores de esta edad duplican el porcentaje. La mitad de los mayores de 34 años recibieron formación de administración en salud en pregrado, mientras que el 77% de los menores de esta edad no recibieron formación, lo que manifiesta que la estrategia de incluir la educación en administración en salud, es relativamente novedosa y que surge como respuesta a la necesidad de que los profesionales en

salud puedan administrar, adecuadamente, el recurso en salud.

Solo un 10% de los profesionales mayores, se acoge, completamente, a los protocolos de la institución donde trabaja, frente a un 33% en los menores de 34 años; con relación a las recomendaciones dadas por los directivos, se evidencia que el 100% de los menores de 34 años, ciñe, de alguna manera, a las indicaciones, mientras que en el grupo de mayores de 34 años, el 30% nunca toma las recomendaciones dadas, lo que permite inferir, claramente, que la edad interviene en la resistencia generada frente a las recomendaciones dadas por los directivos.

Con relación a la variable de formulación sin pertinencia, se encuentran porcentajes similares en ambos grupos: 80% y 77% (menores de 34 años y mayores, respectivamente) y, de la misma forma, con relación a la consciencia de ser administradores del recuso en salud con porcentajes de 80 y 88%.

El cansancio físico en los mayores de 34 años, no influye en su prescripción médica en un 80% de los encuestados, mientras que en los menores de 34 años, este parámetro influye, negativamente, en un 22%.

Los menores de 34 años, admiten tener algún tipo de presión administrativa en lo concerniente a la formulación de medicamentos y exámenes paraclínicos, mientras que en el grupo de mayores de 34 años, solo el 60% acepta esta presión, situación que puede ser explicada en el sentido de que a mayor edad, mayor experiencia médica y menos vulnerabilidad de ser persuadidos por parte

de la dirección.

Cuando tienen pacientes demandantes, el 90% de los mayores de 34 años manifiestan que no ven su criterio médico influenciado por dicho factor, mientras que en los menores de ésta edad el porcentaje disminuye al 66%, y relacionado con el nivel educativo de los pacientes y las decisiones de los profesionales, acorde con la edad los encuestados, no arrojaron diferencias significativas.

Lo anterior demuestra que son los más jóvenes quienes, frente a una situación de conflicto con su paciente, su criterio médico puede verse influenciado, lo que no ocurre en profesionales con mayor edad, fundamentos suficientes para evaluar otro tipo de factores que puedan explicar dicho resultado, como la experiencia profesional, el abordaje de este tipo de pacientes, entre otros.

Derivado de los resultados anteriormente descritos, es importante establecer unas posibles soluciones o estrategias para ser implementadas en la IPS para mejorar la gestión clínica de los médicos. Inicialmente, empoderar al médico general de la gestión del recurso en salud, lo cual crearía una conciencia real de una administración adecuada de la salud y con máxima calidad. Por otro lado, se debe reducir la brecha existente entre los directivos y el médico, realizando un acercamiento permanente entre ambos actores por medio de charlas, capacitaciones, incentivos, entre otros, que permitan crear un ambiente laboral idóneo para el profesional de la salud. Y finalmente, hay que idear formas de mejor adherencia a las guías clínicas, creando conciencia de que son una herramienta para prestar un mejor servicio y que ayudan a abordar mejor una

patología determinada, además de estar apoyadas en la medicina basada en la evidencia.

Estas recomendaciones pueden contribuir al cambio de paradigma organizacional de la IPS, en donde se evidenciarán impactos positivos con relación al desempeño de los médicos generales de dicha IPS, logrando unos altos niveles de calidad en la prestación del servicio de salud, y además, se optimizará el recurso de la salud.

## **5. Conclusiones**

El estudio y consecuente análisis, arroja resultados preponderantes relacionados con la actividad clínica de los médicos y su gestión dentro de una organización de salud, abordando múltiples factores que se relacionan y generan un impacto en la toma de decisiones y que a continuación se pueden generar hipótesis al respecto.

La adherencia, por parte de los médicos, a las guías clínicas como herramienta concebida desde la medicina basada en evidencia, es muy baja a pesar del conocimiento de las mismas, que se refleja en una alta variabilidad clínica para el abordaje de un paciente o una patología común, además de manejos inadecuados que no proporcionan ningún beneficio para el paciente ni para la organización. Se deben crear estrategias de sensibilización dentro de la EPS que originen una mejor adherencia a las guías de manejo, como capacitaciones y actualizaciones promovidas desde la IPS y su posterior evaluación, ya que

muchas veces, el simple conocimiento de los protocolos no garantiza su cumplimiento.

La remisión a especialistas sin un criterio adecuado, fue otra de las variables que se obtuvo con un porcentaje alto, hallando relación con la edad del médico, la presión que pueda ejercer el paciente demandante de múltiples servicios en salud y con el cansancio físico del médico. Las remisiones innecesarias, causan demoras en la consecución de citas con diferentes especialistas, constituyéndose en una de las quejas más frecuentes de los pacientes en los servicios médicos. Es muy importante que, desde las organizaciones se promuevan unos criterios de acceso a un especialista, en donde se tenga clara la pertinencia y necesidad de que el paciente sea remitido, de acuerdo con la complejidad de la patología. Esta acción evitaría, de manera dramática, la congestión en las agendas de las diferentes especialidades.

En lo que atañe al ambiente laboral y la relación médico - directivos, se encontraron resultados interesantes: no hay un alto grado de satisfacción con relación a la remuneración obtenida por parte de los médicos generales que los induce a conseguir más de un trabajo, obligándolos a trabajar hasta más de 12 horas diarias para lograr un mejor salario. Aunado a esto, no hay un seguimiento apropiado al desempeño de los médicos y tampoco hay incentivos con el logro de metas alcanzadas. Los factores descritos, son unos de los más destacados a la hora de evaluar el sentido de pertenencia del trabajador con la organización en la que se labora, influyendo no solo la remuneración recibida por su trabajo, sino,

también, el apoyo desde las directivas en el desempeño positivo de cada trabajador. Las entidades de salud deben apostar a esto, a la implementación de estímulos a los médicos relacionados con la consecución de los objetivos de la organización, que no necesariamente deben ser monetarios, considerando que, muchas veces, un reconocimiento público dentro de la organización, unas horas de descanso, entre otros, pueden contribuir a la adopción de una cultura de pertenencia y, simultáneamente, evidencie un interés, de la dirección, por el estado de sus empleados.

El resultado más relevante que involucra factores como la formación en administración en el pregrado de los médicos, conciencia de control de los recursos en salud y la pertinencia de la formulación, registró un alto porcentaje de formulación sin pertinencia médica adecuada y, paradójicamente, un porcentaje similar refiere tener conciencia de ser los administradores del recurso en salud. Se encontró que no existe tal conciencia en los médicos generales de la organización. No obstante, se deben tener en cuenta factores que influyen a la hora de realizar una prescripción médica, dentro de los que se destacan el cansancio físico, paciente demandante, hostil o con múltiples co-morbilidades, y edad del médico, en donde a menor edad mayor capacidad de influencia por parte de un paciente hacia el médico y menor posibilidad de persuasión del médico hacia el paciente.

También, con relación a la edad, se reconoce que los médicos con mayor edad son más resistentes a los cambios y a las recomendaciones dadas por la

dirección, además de ser quienes menos se adhieren a las guías clínicas, anteponiendo su experiencia a la medicina basada en evidencia.

Estos resultados muestran factores que son importantes a la hora de hacer gestión clínica, y dejan abierto un gran camino para generar estrategias de intervención por parte de la EPS. La creación de procesos de educación continuada, ayudaría a la capacitación y actualización permanente de los médicos, además de proporcionar un acercamiento a la evidencia científica más reciente. Interconsultas virtuales con los especialistas durante la consulta del paciente, evitaría saturación de agendas y mejoraría la oportunidad de acceso a un especialista, o el simple hecho que el paciente llegue a la consulta de medicina especializada con todos los estudios necesarios formulados desde medicina general con la pertinencia adecuada, representaría menos consultas para lectura de los mismos, dinero en paraclínicos innecesarios y garantizaría un diagnóstico y un tratamiento precoz.

Se debe empoderar al médico general del control y manejo adecuado del recurso en salud, lo que ocasionaría un ahorro real al sistema y, como incentivo de una prestación de servicios de calidad, se pueda mejorar el salario o estímulos diferentes que generen conciencia y sentido de pertenencia con la organización.

Este estudio y sus resultados, son una fotografía preliminar de lo que es la realidad en una EPS de Bogotá, e identifica variables y la importancia de su influencia a la hora de tomar decisiones por parte de los médicos generales, y puede servir de base para estudios de mayor dimensión, donde se pueda tomar

una cohorte más amplia, con diferentes características comparables, además de la posibilidad de evaluación de las estrategias que se creen para mitigar las variables negativas y el impacto de las mismas, y con esto, poder extrapolar dichos resultados a diferentes escenarios para lograr alcanzar un cambio en la gestión clínica y asociado a esto, una optimización del recurso y mejora en los niveles de calidad de la prestación del servicio en salud.

## 6. Bibliografía

- Asociación de Economía de la salud (2007). Papel de la economía en la política sanitaria, gestión sanitaria y la práctica clínica. *Educación Médica*, v10(1): 26-29
- Barraza Macías, J (2007). Metodología de la Investigación. INED, Universidad Pedagógica de Durango.
- Castellanos Ramírez, J. C. (2011). Proyección de costos en Colombia de la atención inicial del síndrome coronario agudo. *Revista Universitas Médica*, v. 52, p. 36-43.
- Conde Olasagasti, J. L. (1998). Evaluación de tecnologías Médicas basada en la evidencia. Madrid.
- Díaz, C. A. (2011). Gestión clínica. No es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas. Artículo para la Universidad ISALUD. Cátedra de Gestión Estratégica. Maestría de economía y gestión de la salud.
- Flórez Acosta, J. H., Atehortúa Becerra, S.C., & Arenas Mejía A.C. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín1\*. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 8 (16): 107-131.
- Guimet, A., O. Molina, S. Martínez de Sas, S. Almirall, M. Pascual & Montal, S. (2012). Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *SEMERGEN - Medicina de familia*, v. 38, p. 79-86.

- Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. (2012). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Publica*, v 42(2): 144-54.
- Hernández B, Velasco-Mondragón E. (2000). Encuestas transversales. *Salud Publica Mex.* 42(5): 447-55
- Ley 1438 de 2011. Reforma Sistema General Seguridad Social - Colombia
- Lorenzo Porto, J. A. (2003), La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad . *Rev Adm Sanit*, v.4, p. 593-9.
- Martínez López, E. & Grajaes, I. C. (2010). Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales. *Revista de Salud Pública*, v. 12, p. 938-949.
- Murilo, D. W., Riera, R. & Ferraz, M. B. (2010). Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil / Costo estimado anual del tratamiento de la hipertensión arterial en Brasil: *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 27, p. 125-131.
- Ortún Rubio, V. (2003). Claves de gestión clínica. En U. P. Fabra (Ed.), *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona.
- Ospina, J. E. & Orozco, J. G. (2007). Impacto de una intervención educativa virtual sobre la prescripción de antibióticos en infección respiratoria alta aguda. *Revista Universitas Médica*, v. 49, p. 293-316.
- Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. (2013) Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex.* 55(1): 57-66
- Román, A. (2012). Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. *Medwave*, v. 12.
- Segura Benito, M. J., Moya Martínez, P. & Escribano Soto, F. (2010). Gasto farmacéutico de médicos de atención primaria del área de salud de Cuenca. *Gaceta Sanitaria*, v. 24, p. 391-396.