

GESTIÓN EN REHABILITACIÓN

MANAGEMENT IN REHABILITATION

DR. RICARDO ECKARDT L. (1)

1. Director Instituto Teletón de Santiago.

Email: reckardt@teleton.cl

RESUMEN

La profesión médica surge desde los inicios de la civilización. En una primera etapa su función era más bien aislada y cercana a los círculos religiosos o de poder.

Posteriormente en la Edad Media surgen los primeros Hospitales para acoger a los soldados y peregrinos que iban a Tierra Santa y la administración de ellos era compartida entre sacerdotes y médicos.

Luego los médicos asumen el control de los Hospitales, desplazando a los clérigos y haciéndose cargo de la gestión de dichos centros, hasta que la complejidad de la medicina y los cambios epidemiológicos hicieron necesaria la participación de expertos en finanzas y administración.

Todo esto en un entorno complejo de pugnas entre médicos, pacientes y administradores, lo que conspira contra de la eficiencia y la eficacia de la actividad clínica.

Como un puente entre esos mundos diferentes, surgen médicos con formación en gestión. Entre ellos, la especialidad de fisiatría ocupa un lugar destacado debido a su perfil, el contexto epidemiológico actual y las competencias que lo hacen adecuado para asumir los roles con los que la actual gestión de las instituciones de salud se ven desafiadas.

Palabras clave: Rehabilitación, gestión, historia.

SUMMARY

The medical profession appears since de beginning of civilization. In the early times there function was isolated and

close to the religious and power circles.

After that, in the Middle ages, merge the first Hospitals, that took care of soldiers and pilgrims to Holy Land and the administration of them was shared by doctors and clerics.

Then doctors took control of the Hospitals, withdrawn clerics and manage those centers, since the complexity of medicine and the epidemiologic changes make necessary the participation of experts in finances and administration.

This in a complex environment with conflicts between doctors, patients and managers, which conspire against the efficiency and efficacy of clinic activity.

As a bridge between those different worlds, emerge Doctors with training in management. Physiatry, as a specialty, has an outstanding position due to its profile, The current epidemiological context and skills that make it suitable to take on the roles. to which the current management of health institutions are challenged. The actual epidemiologic context and competences that make it suitable to assume the roles with which the present management of health institutions are challenged.

Like a bridge between those different worlds arise doctors with training in management. Among them, the specialty of physiatry is prominent due to its listing, the current epidemiological context and skills that make it suitable to take on the roles to which the current management of health institutions are challenged.

Key words: Rehabilitation, management, history.

INTRODUCCIÓN

I.- Los primeros tiempos

La Historia de la Medicina y los Médicos comienza con los albores de la humanidad, cuando nuestros antepasados sufrían heridas o presentaban molestias derivadas de las precarias condiciones en que se desenvolvían. En las primeras tribus y asentamientos, había alguno de sus miembros que aprendía a tratar en forma rudimentaria ciertas condiciones como heridas o fracturas y a reconocer enfermedades (las que en su mayoría no tenía cura). Incluso elementos ortésicos son de larga data en la historia de la civilización, así como el uso del calor o el frío con fines terapéuticos.

Luego, al constituirse los asentamientos humanos y desarrollarse la civilización, ocuparon un rol muy cercano a los Sacerdotes o a los Reyes u otros detentadores del poder, ya que la relación entre enfermedad y castigo divino se estableció tempranamente y en muchas culturas persiste hasta hoy. Los médicos fueron considerados entre las profesiones más estimadas junto a astrólogos, mercaderes y militares.

En todo ese periodo prevaleció la práctica aislada de la medicina y la atención era más específica y en gran medida mezclada con ritos y conjuros para la liberación de los demonios. En esa época, la "sanación" era más espiritual que corporal y los éxitos médicos habitualmente se producían en ese campo. El primer "Hospital" que puede ser considerado como tal, es el Templo de Esculapio en Tíber el año 293 a.C. donde recibían pobres y enfermos, como una extensión de la labor de filantropía y apoyo espiritual. Continuaron apareciendo en Grecia y Roma, siempre cercanos o en los Templos. La gran contribución de Hipócrates, el padre de la medicina, fue la diferenciación de la práctica médica de otras disciplinas y sobre todo de la religión y superstición.

En este periodo, la función de los médicos y el rango de estos, los ponía en una situación de privilegio, con las prerrogativas que esto implica y con los riesgos ante un diagnóstico o un tratamiento infructuoso frente al Regente que los cobijaba.

II.- Pacientes o Peregrinos

No fue sino hasta la Edad Media en que en el mundo Occidental se desarrolla lo que podríamos llamar los albores de la industrialización de la medicina y esto ocurre en el Siglo VII, cuando las Órdenes Monacales instalan los primitivos Hospitales, destinados a dar apoyo, cobijo y refugio a los peregrinos a Tierra Santa y posteriormente a los guerreros de las Cruzadas. Etimológicamente Hospital proviene de "Hospes", que significa peregrino y su misión estaba clara y orientada a salvar almas. En las Cruzadas sobresalen en este aspecto los Hospitalarios y los Caballeros de la Orden de San Juan (no es coincidencia que muchos Hospitales se llamen San Juan de Dios).

Como muchos de ellos llegaban heridos y enfermos, fue necesario incorporar médicos para que los atendieran. Esto se fue expandiendo y cada vez fue más necesaria la presencia de éstos. Aquí se produce el primer

conflicto por el control de estos centros de salud, entre el clero que luchaba por salvar almas y los médicos que salvaban cuerpos. Fruto de esa etapa son por ejemplo, los preceptos de la Cruz de Malta, que como se ve tenían poco de sustrato clínico:

- Goce espiritual
- Vivir sin mancha
- Arrepentirse de los pecados
- Humillarse ante los que te injurian
- Amar la justicia
- Ser misericordioso
- Ser sincero y puro de corazón
- Sufrir la persecución con abnegación

Larga lucha, que terminó con amplio triunfo de los Médicos relegando a los sacerdotes a las capillas o incluso a salas ecuménicas y todo el quehacer de esos hospitales se orientó a las acciones de salud. En el Siglo XVIII aparecen los primeros Hospitales Municipales en Inglaterra, dirigidos por laicos. Manteniendo eso sí el concepto de Medicina Caritativa.

Con los sacerdotes fuera de los "templos de la salud" los médicos pasaron a reinar en estas instituciones, destinándose entonces solo a la restauración de la salud, con los Médicos como los grandes regentes de estos centros.

Un factor a considerar es la irrupción de la Enfermería. En la Guerra de Crimea en 1854, Florence Nightingale, organiza la atención de los heridos y enfermos. Su éxito en lo que podríamos llamar la administración de la atención, o del cuidado, como lo llamaríamos ahora, sentó las bases del triángulo de poder que se mantiene hasta hoy en los hospitales y otros centros de salud: Administradores, Médicos y Enfermeras, relacionados de distinta manera y con distintas alianzas.

III.- Desafío al predominio médico

El predominio médico en la administración de los Hospitales y de la medicina en general, teniendo como aliados y subordinados a Administradores, Enfermeras y otros Profesionales, duró hasta que confluyeron dos aspectos sinérgicos. Por una parte la medicina se hizo más efectiva -ya no era solo el manejo de los síntomas o acompañar en el bien morir- y por otra, el progresivo aumento de los costos y de la complejidad en salud, lo que hizo necesario cuidar y profesionalizar el uso de los recursos, cada vez más escasos.

Las causas de este aumento de costos son múltiples y la mayoría conocidos:

- Envejecimiento de la población
- Encarecimiento de las terapias y los exámenes
- Aumento de la burocracia
- Diversificación de la demanda por salud
- Malos hábitos de vida
- Ineficiencias

La mejoría en la esperanza de vida -debida casi en su totalidad a los adelantos médicos en medicinas, higiene, nutrición, etc.- es muy relevante. Si en el Paleolítico superior era de 33 años, baja en la Grecia Clásica a 20 años, mejora en el Siglo XIX manteniéndose entre 30 a 40 años, mejora aún más en el siglo XX llegando entre 50 a 65 años y en la actualidad el promedio mundial es de 67,2 años, con países como Chile bordeando los 80 años. Este gran triunfo lleva la paradoja de que aumentan los requerimientos de salud, en un círculo vicioso que es muy evidente. El aumento de costos es relevante y exponencial, por ejemplo en EE.UU. en el año 1970 el presupuesto en salud era de 7,5 billones de dólares al año, ya el 2010 se gastan 2,6 trillones y se calcula que para el año 2021 se necesitarán 4,8 trillones. Sin embargo este aumento, que como vemos no es solo por factores externos epidemiológicos u otros ajenos al quehacer clínico, tiene en las ineficiencias del sector salud una de sus grandes causas, las que han sido destacadas en distintos ámbitos, algunos dramáticos como el informe del *Institute of Medicine* del 2002 "Error es Humano" (1), que habla de 44 mil a 98 mil muertes prevenibles al año en los Hospitales Norteamericanos. Las tasas de errores de la industria de la salud son muy altas, por ejemplo la industria manufacturera tiene una tasa de error de 230 por millón, los servicios financieros tienen 5 errores por millón en las transacciones y la salud tiene 6 mil a 300 mil defectos por millón. Otro informe entregado el 2003 del *Midwest Bussines Group of Health* (2) revela que la sobreutilización, la subutilización y el despilfarro contribuyen a lo menos con el 30% de los costos en salud. En rehabilitación hay numerosos estudios que muestran esta realidad (3-6).

Agrava esto un contexto donde la práctica de la Medicina se ha hecho cada vez más difícil, ya que como lo plantea el Dr. Alejandro Goic en su ensayo "El Fin de la Medicina" (7), la unidad central de la práctica médica caracterizada por 3 elementos: Libertad de elección, intimidad de la relación y confidencialidad, está en grave riesgo de desaparecer debido a la manera en que se entrega la medicina, la desconfianza entre todos los actores y la judicialización de esta.

Esta constatación hecha por un clínico tiene su correlato en un artículo señero del año 2004, cuando Michael Porter publica en el HBR (*Harvard Bussines Review*) "Redefiniendo la competencia en el sector salud" (8), donde desnuda las falencias del sistema americano: Los altos costos, la restricción de servicios, los errores, bajos estándares, diferencias dramáticas de costos y calidad en distintos prestadores y lentitud de la difusión de las mejores prácticas.

Las causas las resume en 4 factores:

1. Traspaso de costos, entre aseguradoras, prestadores y pacientes.
2. Búsqueda de mayor poder de negociación de estos, de ganar influencia, pero no de colaboración.
3. Restricción permanente a la elección y acceso a los servicios.
4. Dependencia del sistema judicial para la resolución de disputas.

Todo esto debido a un nivel y formas de competencia equivocada, un objetivo equivocado y mercado geográfico equivocado. A pesar de que

el artículo tiene casi 10 años, la descripción que hace revela una situación que no ha cambiado sustancialmente y refleja en gran medida lo que ocurre en Chile.

Por supuesto estas ineficiencias y aumento de costos no pueden atribuirse solo a los Médicos, pero es en esta situación donde las distintas disciplinas compiten por el control, pretendiendo dar mejor solución a estos problemas.

La interacción entre administradores y clínicos (médicos, enfermeras y otros profesionales) ha sido permanentemente modificada y las alianzas han sido diversas, por ejemplo entre administradores y enfermeras, o médicos y enfermeras contra administradores, siendo estas las que inclinan el control para uno u otro lado. En Chile el organigrama habitual de los Hospitales Públicos con un Director Médico y dos Sub-directores uno clínico y otro administrativo, ha cambiado y existen variantes donde el director ya no es médico, sino ingeniero u otro profesional del área clínica. En la salud privada, casi no se cuestiona que el gerente del centro de salud sea un profesional de la administración y el director médico dependa de él.

IV.- Médicos administradores

Es en la última mitad del Siglo XX cuando surgen los Profesionales de la salud con preparación y capacitación en gestión, sirviendo de puente entre los dos ámbitos distintos del quehacer médico, el clínico y el administrativo. Sin embargo este híbrido tiene sus problemas, ya que aún persiste la dicotomía entre la medicina "humanizada" y la medicina "de mercado", como si la búsqueda de la eficiencia y la eficacia no fuera también un imperativo ético y el ahorro de costos solo sea por afán de lucro. La gestión eficiente de la medicina redundaría directamente en el beneficio del paciente y este es el primer deber del Médico Administrador. Dicho esto es importante reconocer que hay diferencias sustanciales entre la formación médica y la administrativa, las que se resumen en el siguiente cuadro:

MÉDICOS	ADMINISTRADORES
Actores	Diseñadores
Reactivos	Proactivos
Resultados inmediatos	Gratificaciones tardías
Valoriza independencia y autonomía	Participación y colaboración
Encuentros individuales	Interacción grupal
Defensor del paciente	Defensor de la organización
Se identifican con el grupo profesional	Se identifican con la organización

Una buena síntesis de lo que los Médicos que se desempeñen en la administración en el actual contexto de la salud deben tener en cuenta, está en el libro Trabajo Médico en la Sociedad del Conocimiento (9) y comprende:

- a) Todas las decisiones clínicas tienen una dimensión de recursos.
- b) Debe haber un balance entre la autonomía clínica y la rendición de cuentas.
- c) El trabajo clínico debe sistematizarse.
- d) Se debe compartir el poder en los equipos de trabajo.

Estos aspectos, que en la administración tradicional se dan por sentado, han sido parte de un proceso de internalización y de cambio de visión en los clínicos, en especial los médicos.

V.- Fisiatras como administradores

La pregunta que sigue es: ¿Somos los fisiatras especialistas que tienen características que favorecen la incorporación al mundo de la gestión?

Aparentemente sí, empezando por los actuales cambios epidemiológicos que favorecen las especialidades que trabajan con pacientes crónicos, ya que como vimos, agregado al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, como la obesidad y diabetes (en EE.UU. hay 4.100 personas diagnosticadas de diabetes al día) y los avances tecnológicos, han hecho necesario que los Hospitales cambien (o debieran cambiar) a un modelo de atención de crónicos (10). El 80% de las consultas y el 60% de las hospitalizaciones son por enfermedades crónicas (11), por lo que el modelo asistencial debe adaptarse y las características de este nuevo enfoque tiene mucho que ver con el tradicional de la rehabilitación, con equipo multidisciplinario, altas con tratamiento ambulatorio definido, apoyo continuo del sistema y contacto permanente con el paciente. Esto se condice con algunas características que tenemos los Fisiatras y que están reseñadas en el artículo "*El Futuro de la Fisiatría*" (12) publicado en marzo del 2011 en el AJPM&R y que describe entre otras ventajas: El hecho de trabajar en equipo, de saber de varias disciplinas, que entendemos condiciones que involucran a varios órganos, que vemos a los pacientes en forma integral, consideramos la educación y el empoderamiento de los pacientes como elemento fundamental del trabajo, somos proclives a usar tecnología e interactuamos con otros profesionales y colegas, características todas necesarias en el ámbito de la gestión. Es justo señalar también que el mismo artículo señala que el talón de Aquiles de la especialidad es la investigación.

Un aspecto no menor -y que deberá ser analizado en mayor profundidad- es la utilización de herramientas como la Medicina Basada en la Evidencia para ordenar el trabajo en rehabilitación, elemento de administración muy atractivo para clínicos y en especial gestores. En nuestra área a la ya señalada falta de suficiente respaldo científico se agrega la dificultad para adaptar a los pacientes de rehabilitación a las Guías Clínicas basadas en cohortes, ya que la comorbilidad de éstos y la concurrencia de la discapacidad hace que los aspectos clínicos individuales tengan relevancia en el manejo de estos. La revisión fisiatras como ex-

pertos en toma de decisiones es muy decidora al respecto (13).

VI.- Reflexiones finales:

Hay algunos aspectos que en mi experiencia aparecen claves en la Gestión:

1.- **Tener un norte claro y una carta de navegación.** Para esto hay múltiples herramientas, una muy útil es el *Balance Score Card* o Cuadro de Mando Integral, ya que permite tener ordenados y representados los objetivos básicos de la Institución en sus dimensiones Financieras, de Clientes, Procesos y Aprendizaje y Desarrollo. También puede servir una simple tabla en Excel, donde se expresen los objetivos, las metas, los responsables y los plazos, para así revisar las decisiones y permitir la evaluación de estas.

2.- **El trabajo en equipo** es uno de los factores claves y no cuestionados en el quehacer de la rehabilitación. La capacidad de comunicación, de generar instancias de aprendizaje, de negociación y coordinación entre los distintos miembros del equipo, es una de las tareas importantes en el ejercicio del liderazgo.

3.- **Captar las necesidades de los usuarios.** El ser autorreferentes es una característica muy arraigada en los miembros del equipo de salud y siglos de una medicina paternalista, hace que aún el enfoque centrado en el paciente -uno de los paradigmas del modelo bio-sico-social- no sea aún una práctica generalizada.

4.- **Gestión de la Calidad.** En todas sus dimensiones. Dicho de otro modo, hacerlo bien siempre. Esto debe ser promovido, evaluado interna y externamente y actualizado para aumentar la eficiencia, mejorar la experiencia y disminuir los errores.

5.- **Gestión de Riesgos.** No solo de los pacientes, sino también de los colaboradores. La prevención de eventos adversos o de los "casi eventos" y el análisis de ellos es un elemento central en la seguridad del trabajo clínico.

6.- **Cualidades personales. La congruencia entre el Decir, el Hacer y el Ser son el mejor aval** para lograr el respeto y la adhesión de los colaboradores. La importancia de estos factores sobre pasa incluso al conocimiento técnico, también necesario en el ámbito clínico, pero que en las interacciones producidas en el desempeño de la administración no son tan relevantes. Solo como referencia conviene recordar las características del profesionalismo según el *American Board of Internal Medicine*: Compromiso, Excelencia, Deber, Integridad, Respeto, Honor y Altruismo.

SÍNTESIS

Los médicos fisiatras debemos estar preparados para la administración, ya que estas competencias son necesarias desde el manejo de una pequeña consulta privada, hasta la administración de grandes hospitales. Las herramientas son factibles de conseguir, el buen uso de ellas es el desafío que todos los que estamos en este campo tenemos día a día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn, L, Corrigan, J, Donaldson M. To Err is Human, Institute of Medicine USA 1999.
2. Midwest Bussines Group of Health 2003.
3. Kuiken, T, Prather H. Physician Awareness of Rehabilitation Costs. Am J Phys Med Rehabil 1996 164- 178.
4. Zorowitz RD, Chen E. Cost and Rehabilitation Use of Stroke Survivors. Top Stroke Rehabil 2009 Sept Oct 16 (5).
5. Botacchi E. Carso G. The Cost of First Ever Stroke. BMC Health Ser Res
6. Zampolini M, et al. Rehabilitation of Acquired Brain Injuries: A Multicentric Prospective Survey. Eur J Phys and Rehab Med 2013 June 49 (3).
7. Goic, A. El fin de la Medicina. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile 2000.
8. Porter, ME, Olmsted Teisberg, E. Redefiniendo la Competencia en el Sector Salud. HBR. Junio 2004, 63-75.
9. Vukusich, A, Santelices, E. Trabajo Médico en la Sociedad del Conocimiento. Editorial.
10. Wagner, E Modelo Crónico Extendido, MacColl Institute for Healthcare Innovation, Seattle (EE.UU.) 2009.
11. Bengoa, R. Empantanados. Pub.bsolut.net/risai/Vol 1/iss 1-8 2008.
12. Mukai, Ai. The future of Physiatry: With Challenges Come Opportunities. Arch Phys Med Rehabil. March 2011 Vol 3 189-192.
13. King, JC. Fisiatras como Expertos en Decisiones. Arch Phys Med Rehabil 2009 10-16.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.