

# La atención médica ambulatoria en Caracas: ¿un servicio sin demanda?

Gustavo J. Villasmil Prieto\*  
Médico-Internista

## Resumen

La Atención Primaria en Salud (APS), estrategia fundamental del Estado venezolano en procura de "Salud para Todos en el Año 2000", nos lega finalizando el siglo un saldo muy pobre en cuanto a nuestros indicadores sanitarios. Junto a los de tipo crónico, las patologías emergentes y reemergentes comportan una inaceptablemente alta carga de enfermedad para el venezolano promedio ante la que el sistema de dispensación de servicios de atención a la salud se encuentra inerte. Nuestros gastos sanitario ha decrecido al límite del subfinanciamiento del sector y los recursos que efectivamente se le destinan son aprovechados de modo ineficiente en hospitales de alto costo de operación. En tanto, el usuario típico que acude a los centros de atención ambulatoria en la generalidad del área metropolitana de la Gran Caracas aprecia en poco la calidad de los servicios que en ellos recibe. En el presente ensayo, el autor se aproxima -a título exploratorio- a este fenómeno, enfocándolo desde la perspectiva de la Mercadotecnia de Servicios.

## Palabras clave

Atención Primaria en Salud, Red Ambulatoria, Centro de Actividad Estratégica, Mercadotecnia de Servicios.

## Antecedentes

La sanidad pública venezolana hizo suya la misión establecida conjuntamente con sus similares del mundo en la Declaración de Alma-Ata de 1978, comprometiéndose a dar contenido cierto a la consigna de "Salud para Todos" para fines del Año 2000.

Tal misión se correspondió con una estrategia de acción específica, la de la Atención Primaria en Salud (APS), cuyo mandato se centró en la provisión de servicios de atención a la salud de calidad, oportunos y de fácil y equitativo acceso. La estructura encargada de las acciones médicas sustantivas inherentes a dicho mandato fueron las Redes Ambulatorias (RA), organizaciones éstas a cargo de la dispensación de atenciones médicas sencillas basadas en el nivel comunitario. Estas redes debían acometer la tarea de prestar una variada gama de servicios de atención a la salud con arreglo a metas programáticas diseñadas por el ente rector (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, MSAS, hoy de Salud y Desarrollo Social, MSDS) de acuerdo con necesidades previamente identificadas en nuestro perfil epidemiológico.

Pese al mejor esfuerzo de nuestros planificadores, la promesa de Alma-Ata estaba destinada a ser incumplida. A principio del tercer milenio, nuestro país ofrece un lamentable perfil epidemiológico. Enfermedades emergentes (i.e SIDA) y re-emergentes (dengue, tuberculosis y malaria) amenazan con posesionarse de los primeros puestos de la morbi-mortalidad venezolana de los próximos años. Los esfuerzos financieros y organizacionales tras la estrategia de la APS y que en su día dieron cuenta de buena parte de la intensa expansión del gasto público sanitario venezolano a partir de 1976 no se coronaron con los éxitos que nuestros planificadores esperaban. Entre tanto, los establecimientos de atención ambulatoria permanecen casi ociosos, mientras que los hospitales se congestionan a

\*Especialista en Medicina Interna (UCV, 1992), en Medicina de Urgencias (Tel-Aviv University, Israel, 1993) y en Gerencia de Servicios de Salud (UCAB, 1999). Superintendente Municipal de Salud. Municipio Baruta - Estado Miranda.



expensas de casos que en rigor no debieron nunca haber llegado a sus puertas. La estrategia de la APS no se vendió nunca.

Lo cierto es que Venezuela pierde a diario su batalla en pro de más y mejor salud para sus ciudadanos. Con más patologías acechándonos- viejas y nuevas- nuestro gasto sanitario actual- menos del 2% del PIB- es, en términos reales, similar al de 1990, sólo que con una población a atender superior a los 23 millones de habitantes<sup>1</sup>. Nuestros hospitales debieron conformarse con presupuestos reconocidos en 1997, ignorándose entonces que nuestra inflación, en ese mismo período, se había convertido en la mayor de América Latina. Pareciera clara la ineludible obligación que tenemos de relanzar nuestra débil estrategia de APS, convencidos como estamos de su tremenda pertinencia social y sanitaria, pero igualmente persuadidos de la precariedad de la plataforma de mercadeo que ha intentado soportarla.

### **Aproximación al estudio de un caso específico: la RA del Distrito Sanitario No.1 (centro -norte) del Distrito Metropolitano<sup>2</sup>**

#### **Ubicación geográfica**

El Distrito Sanitario No.1 abarca la zona centro-norte de la ciudad (parroquias San José, Candelaria, La Pastora, El Recreo, Altagracia y Catedral) y tiene en los Hospitales Vargas de Caracas, Municipal de Niños J.M. de los Ríos y Jesús Yerena (Lídice) a sus centros de referencia fundamentales para los casos de patologías complejas tanto en población adulta como infantil.

### **Aspectos teóricos a considerar**

Operativamente, la doctrina sanitaria venezolana ha asumido a la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino como aquella condición de máximo bienestar físico, psíquico y social a la que pudiera aspirar persona alguna. Tal visión intentó su realización efectiva a través del mandato (misión) expreso a la RA en el sentido de proveer a la población de servicios de atención a la salud de altos estándares, oportunos, accesibles distribuidos de modo equitativo. Este mandato está inscrito en los valores de universalidad, calidad y equidad que animan a la sanidad pública venezolana desde sus inicios<sup>3</sup>.

La estrategia del Estado venezolano en este sentido -la APS- ha buscado reunir en la práctica los atributos pertinentes a tal fin; sin embargo, su implantación en el escenario socio-sanitario venezolano concreto mostró algunas insuficiencias que la anularon, sino como propuesta teórica, al menos si como alternativa real para el usuario. Veamos el caso del área geográfica considerada.

### **Análisis de su entorno**

#### **A. La demanda**

El mercado en consideración en este distrito de la ciudad está constituido fundamentalmente por población de escasos recursos (32% en situación de pobreza para 1995, de acuerdo con el método de estimación de necesidades básicas insatisfechas, NBI) concentrada en las jurisdicciones parroquiales mencionadas. El total de consumidores a considerar es de 337695, discriminados del siguiente modo:

- **Hembras menores de 14: 36810 (11%)**
- **Varones menores de 14: 41349 (12%)**

<sup>1</sup> Véase: Mandato, Eleonora. *El Gasto Social en Venezuela durante el Siglo XX. Aplicación y resultados*. Ediciones Impregraf. Caracas, Diciembre 1998, p.156 y 175.

<sup>2</sup> Los datos estadísticos que sirven de apoyo a las condiciones aquí ofrecidas provienen de la excelente investigación de campo realizada por Rosario Dioguardi, Titulada Modelo de Integración de los servicios públicos de atención a la salud y presentada en 1995 ante la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Corresponde al autor del presente trabajo la plena responsabilidad por el tratamiento dado a los mismos.

<sup>3</sup> Aunque vigentes en nuestra doctrina sanitaria desde siempre, el nuevo proyecto de Ley Orgánica de Salud, en su artículo sexto, los recoge de modo expreso como principios que habrán de regir el funcionamiento del Sistema Nacional Público de Salud.



• **Hembras mayores de 14:**  
**144942 (43%)**

• **Varones mayores de 14:**  
**114594 (34%)**

Esta distribución discrimina el mercado en por lo menos dos segmentos y sub-segmento distintos, a saber:

• *El segmento de los usuarios pediátricos, varones y hembras (consolidando un 23% del mercado).* Se trata de un grupo relativamente homogéneo de consumidores cuyas demandas se centran en atenciones de corte preventivo (inmunizaciones, vigilancia nutricional, etc) y en aquellas de tipo curativo más sencillas (enfermedades generales no complicadas, etc). Tales atenciones suelen ser de la competencia del pediatra-puericultor.

• *El segmento de los usuarios adultos, varones y hembras (consolidando un 77% del mercado).* Grupo de usuarios que comparten riesgos comunes de enfermedad general, de acuerdo con nuestro particular perfil epidemiológico (i.e. cardiovasculares, neoplasias, etc). Las atenciones que requieren suelen ser de la competencia del internista generalista.

• *El sub-segmento de las usuarias adultas hembras (mujeres en edad reproductiva, un 43% del segmento adulto del mercado).* Sub-segmento específico de la población demandante de los servicios orientados a la salud reproductiva. Tales prestaciones competen al gineco-obstetra.

### **B. La oferta**

La infraestructura de atención ambulatoria en la jurisdicción del Distrito Sanitario No.1 del Distrito Federal está constituida por tres redes inconexas entre sí, dependientes a su vez del MSDS, el IVSS y la Alcaldía Metropolitana, en substitución de la

antigua Gobernación del Distrito Federal, todas inicialmente con normativas, procedimientos y metas programáticas propias. Las antiguas redes del MSDS y la GDF se integran actualmente bajo la administración del Servicio Unificado de Salud adscrito a la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana. En sentido estricto, estas redes no compiten entre sí, ello dado que:

• Una de ellas es de uso exclusivo para cotizantes (red del IVSS)

• Las dos restantes (MSDS y antigua GDF, ahora unificadas) comparten el monopolio público de la atención médica a cargo del Estado, contexto este en el que no se define competencia alguna.

Finalmente, el sub-sector privado, con una alta densidad de servicios concentrados en la misma área geográfica, no debe ser considerado un competidor en sentido estricto por cuanto su *target* de consumidores lo constituyen poblaciones de nivel adquisitivo superior, las cuales no se espera consulten en establecimientos de la RA.

### **C. Análisis estratégico de la RA**

#### **Fortalezas:**

- Red físicamente establecida.
- Geográficamente accesible a la generalidad de los usuarios (el 96% de los cuales tiene acceso a estos establecimientos en menos de 30 minutos).
- Actitud receptiva ante el usuario, con dispensa expedita del servicio cuando es demandado (82% de los usuarios refiere ser atendido *siempre* que acude a uno de estos establecimientos y la mitad de estos -42%- reconoce haber sido atendido tras menos de 1 hora de espera). En otras palabras, *el momento del primer contacto* suele aprovecharse de modo efectivo.

#### **Debilidades:**

- Oferta de servicios sólo parcialmente conocida (76% de los usuarios desconoce o solo conoce parcialmente los servicios que se prestan en estos establecimientos).
- Servicios ofrecidos "en paquete", usualmente por un dispensador único (médico general) y cuyo diseño obedece más a los intereses y percepciones del planificador que a las necesidades y aspiraciones expresas del mercado.



• Oferta técnica de servicios percibida como de mala calidad (63% de los usuarios preferiría siempre consultar, de primera instancia, al hospital y la mitad de estos -32%- lo hará manifestando claramente su desconfianza en torno a la calidad técnica de tal oferta).

#### **Oportunidades:**

• Competencia potencial deprimida (aislamiento creciente del sub-sector privado en su propio nicho de mercado).

• *Man-power* médico de alta calidad disponible en razón de la alta censantía entre estos profesionales.

• Baja presión política por parte de adversarios tradicionales (gremios y sindicatos) y alta credibilidad del nuevo gobierno.

#### **Amenazas:**

• Reciente oferta de servicios médicos privados de tipo precario.

• Auge del "alternativismo" (santería, cultura del "new age", etc).

• La parálisis paradigmática notoria en el establecimiento sanitario venezolano en funciones de alto gobierno (negación de la dimensión del mercado, apego a concepciones estatistas, objeciones al proceso descentralizador, etc).

#### **Estrategia de posicionamiento**

#### **Dos factores a intervenir: el producto y su promoción**

##### **A. El producto**

En nuestro caso está constituido por la oferta o "paquete" de servicios que dispensa el establecimiento ambulatorio. Este paquete consta de distintas consultas, de corte preventivo y curativo, dispensadas por un Centro de Actividad Estratégica (CAE) único, frecuentemente

personalizado en el mismo profesional o en unos pocos de perfil similar (médicos cirujanos de graduación reciente). Este CAE opera en el ámbito de una o varias consultas desde las que administran los distintos programas de atención a la salud elaborados y ejecutados por el organismo de adscripción. Las diferentes prestaciones (consultas, inmunizaciones, etc) no se conciben como productos susceptibles de ser mercadeados y finalmente dispensados de modo específico, sino que se asumen como partes de un gran "paquete" sanitario a ser administrado por una instancia única y no especializada, con muy escasa agregación de valor<sup>4</sup>.

Las consecuencias derivadas a partir de tal modalidad de mercadeo atentan contra el eficiente aprovechamiento del recurso invertido en la estrategia de la APS. La data de campo recogida en el Distrito Sanitario No.1 del Distrito Metropolitano pareciera señalar que:

• El público tiene objeciones a la calidad interna del producto, puesto que no cree que sea apto para la resolución de su necesidad de salud específica. Es por ello que prefiere otro el dispensado por el hospital<sup>5</sup>.

• El consumidor reconoce en él bondades que destacan su calidad externa (accesibilidad geográfica, oportunidad en la atención, personalización de la misma, etc). Sin embargo, y a pesar del esfuerzo empeñado en ello, no "compra" el producto ni lo tiene como su primera elección en caso de necesidad. Esta opción suele reservarse para el hospital.

• El ente planificador insiste en un concepto al que el público obviamente se resiste: es el concepto de atención primaria basada en prestaciones elementales que prescinden de todo apoyo tecnológico casi **ideológico-camente**. Algunos críticos han objetado este paradigma sobresimplificado de lo que la buena práctica médica es, advirtiendo acerca de los riesgos tras la "Medicina de estetoscopio y bajalenguas" o "Medicina para pobres".

<sup>4</sup>La sanidad pública latinoamericana sigue fiel a su convicción según la cual la prestación de servicios de atención a la salud no debe orientarse tanto a la satisfacción inmediata de las expectativas del usuario como al cumplimiento de metas sanitarias previamente establecidas por expertos. No es de extrañar entonces la frecuente insuficiencia en el cumplimiento de dichas metas, cuya estimación prescinde de las aspiraciones y expectativas del usuario sacrificándolas al "beneficio social" expresando en términos de costo-eficiencia. Véase al respecto la nota de Barillas titulada *Public health services: should they respond to demand or necessity?* Pan American Journal of Public Health 3 (5), 1998, p.357-8.

<sup>5</sup>Un hecho empíricamente demostrado parece ser el peso relativo que ejercen la gratuidad y el nivel de educación del usuario como determinantes de un mayor o menor acceso de estos a los servicios de sanidad pública. Destaca Herzlinger como el 45% de los pre-escolares hijos de empleados medios de una firma dedicada a la producción de insumos médicos en los Estados Unidos de América - la Johnson & Johnson Co. - muestra un notable retraso en el cumplimiento de sus esquemas básico de inmunización. Véase: Herzlinger Regina. *Market Driven Health Care*. Perseus Books, 1997.p16.



•En el mismo orden de ideas, el ente planificador atiende más a sus propios postulados ideológicos que a las exigencias de un mercado tan diversificado como complejo al cual atiende, mediante la insistencia de sus dirigentes en hacer política social de corte redistributivo desde los establecimientos de la RA. En este sentido, parece claro que los usuarios parecen más interesados en que se brinden atenciones médicas de calidad.

El enfoque debido al producto nos invita a abordar aspectos específicos relacionados con su diseño. El *diseño* del producto tiene que ver los atributos que hemos de imprimirle a fin de que mejore la percepción que de él finalmente tenga el público. En materia de servicios, hemos de tener en cuenta que su venta es, sobre todo, la venta de una "promesa" y que de su cumplimiento hoy depende el éxito del *recall* futuro. Si los atributos del producto no son percibidos como fuertes pertinentes de acuerdo con la expectativa del usuario, optará por algún otro proveedor en una oportunidad futura. La concentración de todo esfuerzo de producción y dispensa de tan diversos servicios en un solo CAE pareciera no funcionar en la "venta a largo plazo" de servicios del ambulatorio, por lo que sus usuarios, menos que *habituales*, son apenas clientes esporádicos. Los establecimientos ambulatorios necesitan repensar el diseño de sus productos desde dos perspectivas complementarias, a saber:

1.-El diseño de productos ("paquetes" de servicios) atentos a la marcada segmentación del mercado a atender. Ello supone la estructuración de consultas especializadas a cargo de personal de perfil cónsono con la misión a cumplir (es decir, a cargo de especialistas en Medicina Interna, Pediatría y Gineco-obstetricia).

2.-El desarrollo simultáneo de una organización ad hoc encargada de la

producción, dispensa, gestión y evaluación de los servicios prestados. En otras palabras, se impone desconcentrar estas tareas, hasta ahora en manos de médicos generales de escasa experiencia, en estructuras específicas similares a los Centros de Actividad Estratégicas -CAEs- al frente de los cuales se sitúe a un médico especialista. Estos CAEs deben centrar sus esfuerzos en la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario, abandonando las tradicionales prácticas gerenciales en materia sanitaria que por años han privilegiado la organización de estos servicios desde la perspectiva del dispensador. Esta tendencia se hace evidente en aspectos tan disímiles como la fijación de los horarios y días de atención al público, el establecimiento arbitrario de cupos por consulta, etc<sup>7</sup>.

## B. Su promoción

Análogamente, se requiere repensar la *promoción* del producto, hasta ahora basada en una concepción "fabril" de la venta y de la mercadotecnia. Tal concepción presupone la pertinencia del producto aún antes de exponerlo al mercado y enfoca sus esfuerzos hacia la "colocación" del mismo en dicho mercado a partir de una estrategia excesivamente promocional. Desde este enfoque, la herramienta gerencial por excelencia para la evaluación de la medida de éxito de nuestro impulso de ventas no es otra que la del *porcentaje de metas alcanzado*. Esta perspectiva premia al gerente que logre mayor porcentajes de prestaciones (ventas) colocado, con escasa atención a aspectos clave como la pertinencia de la prestación ofrecida y la satisfacción final del usuario.

A este paradigma hemos de poner otro que, partiendo del mercado, procure asomarse a las necesidades del cliente y se esfuerce por satisfacerlas. De este modo, superaremos el enfoque de promoción y ventas tradicional para asumir otro distinto, basado en un concepto integral de mercadotecnia.

## CONCLUSIÓN:

### **Estrategias para el posicionamiento de la RA del Distrito Sanitario No.1 (centro-norte) Metropolitano de Caracas**

Primero: La Red debe rediseñar sus productos de acuerdo con la segmentación de su mercado, para lo cual debe diferenciarlos. Existen en nuestro caso dos segmentos (pediátricos y adultos) y un subsegmento (hembras en edad reproductiva) para los que es menester desarrollar una cesta de productos (servicios) específicos dispensados por CAEs

<sup>7</sup>Véase Herzlinger, *op.cit.*p.36.



especializados (un pediatra para el caso de los niños, un internista para el caso de los adultos y un gineco-obstetra para el de las hembras en edad reproductiva). La administración de una compleja cesta de servicios desde el clásico esquema de las consultas "preventiva" y "curativa" no parece ser la más idónea.

*Segundo:* Su gerencia debe asumirse en situación de desventaja pese al carácter monopólico del mercado en el que se actúa y a la experiencia que haya podido acumular en la gestión de la Red durante sus años de operación. En tal sentido, conviene que la gerencia de la Red de establecimientos ambulatorios parta de que la idea está introduciendo un conjunto novedoso de productos (servicios), distintos tanto a los de consulta hospitalaria especializada como a los propios del "modulo". En nuestro caso, estamos entrando a competir con una cesta de productos nueva: *Medicina especializada, de alto estándar, dispensada en el nivel comunitario.*

*Tercero:* Los gerentes de la Red, al asumir el mercado de una cesta de productos nueva, deben conducirse como *especialistas en mercadeo* y no como líderes, seguidores o retadores de algún otro líder<sup>8</sup>. Las razones para ello son las siguientes:

• La Red de ambulatorios no es líder en su mercado pese al dominio monopólico que ejerce sobre él. Este

aspecto ya ha sido debidamente sustentado.

• El liderazgo en materia de atención ambulatoria ha sido tomado, por *default* por los hospitales a través de sus Servicios de Urgencias. La Red no debe aspirar a ocupar el lugar (nicho) de los hospitales, quienes finalmente tampoco están interesados en mantener su accidental liderazgo en materia de atención médica ambulatoria. Por tanto, no hay aquí reto ni imitación alguna que plantear: el mercado actúa distorsionadamente en tanto que no ha tenido opciones válidas a las cuales acogerse. *La Red debe esforzarse por ser y aparecer como una opción válida para los usuarios.* Un esfuerzo en este sentido solo podrá ser exitoso a partir de consideraciones propias de la Mercadotecnia, entendida esta como aquella tecnología que procura encontrar las debidas coincidencias entre la necesidad del público con las potencialidades de las empresas para satisfacerlas a través de sus productos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mandato, E. *El gasto social en Venezuela durante el siglo XX. Aplicación y resultados.* Ediciones Impregraf. Caracas, 1998.p.156 y 175.
- 2.- Dioguardi, R et al.. *Modelo de integración de los servicios públicos de atención a la salud (tesis de grado).* Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela, 1995.
- 3.- Barillas, J. *Public health services: should they respond to demand or to necessity.* *Pan American Journal of Public Health* 3 (5), 1998,p.357-8.
- 4.- Herzlinger, R. *Market driven health care.* Perseus Books, 1997.p.16.
- 5.- Herzlinger, R. *op. cit.* p.36.
- 6.- Kotler P y G. Armstrong. *Marketing: an introduction.* 4<sup>th</sup> ed. Prentice Hall, 1998.

<sup>8</sup>Esta diferenciación obedece a la necesidad de orientarnos a un estilo de gerencia asertiva en lo referente al Mercado de estos servicios. No se trata, en nuestro caso, de seguir a un líder igualmente fracasado, ni de retar su ya precaria situación en nuestro mercado. Tampoco funcionaremos como líderes dueños de un "producto imbatible" y sin competencia (estemos concientes de que otros actores- el sub-sector privado, por ejemplo- lo hacen mejor que nosotros). Esforcémonos entonces por posicionar nuestros servicios en la preferencia del usuario, de modo que ocupen un lugar claro y sólido en sus mentes al momento de decidirse entre nuestra opción y cualquier otra. Ciertamente no estaremos inventando nada nuevo, pero sin duda lo "venderíamos" mejor que otros ofertantes. Al respecto véase a Kotler, P y G. Armstrong. *Marketing: An Introduction* 4<sup>th</sup> ed. Prentice-Hall, 1998.