

Emergencias en los ambulatorios municipales de Baruta

La demanda de servicios de atención a urgencias y emergencias (SAUE) en Caracas desborda con frecuencia la capacidad instalada de sus veintitrés hospitales generales y de especialidad. Durante los años de crecimiento económico, los sucesivos incrementos en la demanda fueron absorbidos a partir del aumento en la oferta de estos servicios durante los años cincuenta y sesenta, con la puesta en funcionamiento de los llamados hospitales periféricos (los más importantes: el Puesto de Emergencias Periférico del Oeste, mejor conocido como "PEPO" y el Hospital Leopoldo Tejero Manrique, llamado también "Periférico de Coche". Últimamente, en los tempranos setenta, tuvo lugar la construcción del Servicio de Emergencias del Hospital Vargas de Caracas, heredero éste del célebre "Puesto de Socorro" que funcionara durante muchos años en la esquina de Salas). Desde entonces, y en el contexto de un crecimiento urbano no planificado y de una progresiva contracción en la economía, la oferta de estos

Dr. Gustavo J. Villasmil Prieto
Médico Cirujano y
Especialista en Medicina Interna
Policlínica Metropolitana

Breve historia de una experiencia: los ambulatorios municipales de Baruta (AMB)

El Municipio Baruta del Estado Miranda cuenta con cinco establecimientos ambulatorios propios (cuatro rurales del tipo III y uno rural del tipo II) y coadministra otros dos más con el Gobierno del Estado Miranda. En Agosto de 2000, ninguno de estos centros prestaba servicio fuera del horario regular y de lunes a viernes. Así, la totalidad de los casos urgentes y emergentes generados en el Municipio debían forzosamente consultar en SAUE hospitalarios situados fuera de su jurisdicción. El nuevo gobierno municipal trazó una política tendiente a ampliar el horario de atención de estos servicios a las veinticuatro horas del día y en no menos de cuatro de los establecimientos bajo su administración. Se dio inicio inmediato a la implantación de tal política, todo lo cual no tardó en encontrar importantes dificultades expresadas en los problemas más frecuentemente diagnosticados, a saber:

- Indisposición de parte del personal y de su representación sindical en lo relativo a la fijación de jornadas nocturnas y durante los fines de semana.
- Ausencia de dotación tecnológica mínima para la prestación de SAUE.
- Nula capacitación del personal en las destrezas requeridas para tales prestaciones.
- Precariedad en cuanto a los apoyos logísticos requeridos para el sostenimiento y continuidad de un servicio de tal naturaleza (comunicaciones, suministros y transporte).

servicios no pudo expandirse más, al punto que los casi cuatro millones de caraqueños no cuentan sino con la aquella red levantada más de treinta años antes. De este modo y con el tiempo, la congestión y deterioro de estos servicios se hizo patente. Una de las opciones ha sido la de extender el horario de atención al público de la red ambulatoria instalada - más de cien establecimientos en el Área Metropolitana de Caracas (AMC)-, lo cual no deja de plantear serias interrogantes en cuanto a las posibilidades reales de estas estructuras en lo referente a la dispensación de SAUE.¹

Más allá de los “síntomas”: hacia un diagnóstico organizacional de la red de AMB.

Uno puede aproximarse al momento histórico de la red de AMB a partir del esquema propuesto por Allaire y Firsirotu y que considera a la organización como un sistema constituido a partir de la síntesis compleja de dos grandes sub-sistemas: por un lado, el cultural y, por otro, el socio-estructural o socio-técnico.²

Una aproximación al sistema cultural de los AMB: la “medicina de mínimos”

Con un staff médico que incluía especialistas de alta formación académica, el status actual de la red de AMB apenas si podía dar respuestas a situaciones médicas medianamente complejas. La secular ausencia de medios diagnósticos y de posibilidades terapéuticas en los AMB, unido al precario nivel de entrenamiento del personal auxiliar, condicionó en el tiempo la configuración de una “manera de ser” de la organización en virtud de la cual las prestaciones a dispensar escasamente iban más allá de lo sintomático: aplicar un analgésico para paliar el dolor, mitigar la fiebre, nada más. Nadie se planteaba ir más allá de una práctica médica tan elemental. Dirimir un diagnóstico complejo o dar seguimiento a un tratamiento de largo plazo eran prácticas ausentes en un establecimiento en el que el juego consistía esencialmente en “hacer lo que se pueda” y en “mi horario”, sin plantearse cosas como tales como la inserción de los AMB en la complejidad de la red de servicios médicos, el fomento de la excelencia en la propia práctica, de su eficiencia, etc. Algunas “señales” del sistema parecen elocuentes al respecto: infrecuente asistencia a congresos profesionales, poca circulación de literatura médica entre los miembros del staff, fácil captura de estos por el marketing farmacéutico, etc. Una cultura organizacional signada por la “medicina de mínimos”, donde la excelencia no era tenida naturalmente como un valor, en la que la creencia básica compartida por todos era que había “enfermedades para el hospital y enfermedades para el ambulatorio” y que “¡de fiebre para arriba, al hospital!”. Creencias y valores acrisolados en años signados por prácticas organizacionales precarias, abandonadas de todo control y en absoluto estimuladas al cambio, todo lo cual contribuía a afianzar el mito según el cual los ambulatorios eran incapaces de abordar inicialmente y de manera idónea un caso complejo de enfermedad.

El sistema socio-estructural de los AMB: la “medicina de guerra”

En correspondencia con una cultura organizacional así caracterizada se sitúa un sistema socio-estructural marcado por la precariedad en cuanto al estado de las plantas físicas, la dotación tecnológica y los suministros médicos necesarios para una práctica idónea. Apenas si algún mobiliario, casi ningún equipo de mediana tecnología y solo unos pocos medicamentos de servicio constituían la dotación tipo de un AMB, todo lo cual limitaba de suyo la prestación de servicios con una cierta agregación de valor.

Se conformaba así una organización médica de alcance limitado en cuanto a su capacidad real para prestar servicios complejos como los SAUE, de desempeño técnico secularmente bajo y cuyo personal, sometido desde siempre a incentivos de “baja potencia” al tiempo que embuído en tan particular relación estructura-cultura, no parecía dispuesto a ir mucho más allá en aras de sostener una nueva estructura de servicios que contemplara, entre otros, los SAUE.

Así las cosas: ¿cómo dar sustento a la prestación de SAUE?

Fueron cinco los lineamientos que definió la gerencia sanitaria municipal a fin de promover las transformaciones tanto culturales como estructurales que hicieran posible el cambio organizacional requerido para la efectiva inserción de los SAUE en la oferta de los AMB, a saber:

- Fijación de una agenda de cambio “de arriba hacia abajo”: los SAUE “sí o sí”.
- Introducción de una gerencia in situ en cada establecimiento de la red de AMB.
- Inversión en el “hardware” de los AMB: las plantas físicas y la tecnología requeridas.
- Inversión en el capital humano de los AMB: el reentrenamiento de su personal.
- Inauguración de un estilo de gerencia “itinerante”: el modelaje como herramienta para el cambio.

La fijación de una agenda de gestión que privilegiase la instalación de los SAUE fue parte de una decisión asumida por el gabinete del gobierno municipal en sus primeros cien días de gestión. La solidez con la que se inauguraba un gobierno electo con casi el ochenta por ciento de los votos emitidos era la señal necesaria para acometer un cambio al que naturalmente se le opondrían los “dolientes” del status quo. Se trató, ciertamente, de una decisión po-

lítica. La estrategia para instaurar el cambio deseado pasaba necesariamente por el fortalecimiento de una gerencia in situ en cada establecimiento, bajo cuya responsabilidad habría de estar la administración de los distintos procesos técnicos inherentes a la implantación del nuevo servicio. Esta gerencia in situ gozaba del pleno respaldo de la administración. El "hardware" de cada AMB fue sensiblemente mejorado, con inversiones tanto en sus plantas físicas como en el equipamiento médico requerido para brindar prestaciones de complejidad superior a lo acostumbrado. Consistentemente, el componente humano del sistema (digamos que el "humanware" del sistema) debía elevar su nivel de apresto para, con el auxilio de la nueva tecnología, manejar efectivamente los nuevos procesos técnicos inherentes a los SAUE. Ello condujo a su reentrenamiento formal y su "coaching" continuo por parte de aquellos miembros del personal con experiencia previa en tales procesos y cuyo concurso fue especialmente fomentado³. Finalmente, la gerencia sanitaria del Municipio asumió un nuevo rol itinerante, con continuas visitas a los AMB e implicándose con frecuencia en el manejo algunos casos. Ello no solo permitió conocer de primera mano los detalles inherentes a la "puesta a punto" del SAUE, sino que se constituyó en sí mismo en un "mensaje" hacia el *staff* en el sentido de que el cambio propuesto era, sobre todo, una responsabilidad y una tarea de todos, desde el nivel más operativo hasta el de la alta gerencia. El gerente itinerante se convertía en sí mismo en un factor de modelaje.

Los SAUE en los AMB: la historia tres años más tarde

Entre Agosto de 2000 y Junio de 2001 tres de los cinco AMB ya ofrecían SAUE. En lo sucesivo, la administración municipal haría esfuerzos por dotar progresivamente de tecnología a estos establecimientos, así como de apoyo en materia de comunicaciones tanto telefónicas como de radio. Un servicio de atención prehospitalaria y ambulancias especialmente concebido para brindar apoyo a la red serviría finalmente como elemento de inserción en la complejidad de los SAUE basados en hospitales, de modo que aquellos casos de emergencia mayor pudieran ser evacuados de manera expedita y segura hacia la red de hospitales, de ser necesario. Progresivamente, los SAUE se incorporaron al "paisaje" cotidiano de los establecimientos de la red de AMB: se introdujeron nuevas jergas acordes con la Medicina de Urgencias, se popularizaron saberes y destrezas de nuevo cuño, insertar un catéter central o un tubo endotraqueal, reconocer una arritmia maligna y tratarla, colocar un marcapasos externo, etc-. El concurso de otra cultura organizacional distinta, la aportada por aquellos nuevos miembros del equipo que provenían de grandes hospitales, indujo en

buena medida el cambio a través del entrenamiento dado a los restantes miembros del equipo. Finalmente, la exitosa implantación del cambio en los AMB tuvo un acicate principalísimo en la actitud de los gerentes responsables del mismo. Participar de modo directo de la gestión de dicho cambio, compartiendo tareas, incertidumbres y riesgos con los demás miembros del equipo en los distintos AMB permitió disminuir la natural resistencia que todo cambio enfrenta, al tiempo que neutralizaba la conservadora posición sostenida por gremios y sindicatos ante propuestas de carácter innovador como ésta.⁴

La inserción de los SAUE en los AMB está teniendo importantes impactos en la gestión de la atención médica a casos urgentes y emergentes generados en el Municipio. Cerca de un 80% de éstos son resueltos en los SAUE basados en los AMB, lo cual alivia notablemente la presión de demanda que de otro modo se ejercería sobre el hospital. El 20% restante que deba ser forzosamente evacuado al hospital es objeto de un traslado convenientemente asistido, con los soportes vitales requeridos para garantizar la seguridad del enfermo hasta su arribo al hospital que finalmente le reciba, cuyo staff es enterado vía radio sobre los pormenores del caso antes y durante su traslado.⁵

Hoy en día, ya nadie recuerda los tiempos en los que los AMB se mantenían cerrados de noche o en los fines de semana: más aún, todos, gremios y sindicatos, funcionarios de la administración sanitaria municipal, instructores, enfermeras, médicos y paramédicos, sienten la inserción de los SAUE en los AMB como un mérito propio. Un debate que es innecesario y aún inconveniente abordar: al fin y al cabo, lo sustantivo no es sino que cada miembro del equipo y que cada factor de poder involucrado en el proceso, vea y sienta al cambio como cosa propia, como algo de sí. Ninguna mejor garantía hay de sustentabilidad en el tiempo.

La integración de los AMB a la dispensación de SAUE en el Municipio Baruta bien podría tenerse como una contribución al necesario redimensionamiento de una demanda, que de otro modo tendría que ser derivada hacia una congestionada red pública o hacia establecimientos privados inaccesibles para gran parte de los usuarios. Bajo adecuada supervisión, contando con personal entrenado y equipado y con apoyo logístico suficiente, es posible brindar la atención debida a casos urgentes y emergentes fuera de una estructura hospitalaria, cuya operación siempre será costosa y dependiente de inversiones difícilmente al alcance de un gobierno local.⁶

Bibliografía:

1. Villasmil, G. La atención médica ambulatoria en Caracas: ¿un servicio sin demanda?. *Med Metropolitana* (2000); 1 (1): 14-19.
2. Ramió, C (1999). La cultura organizativa de la administración pública. En: *Teoría de la organización y administración pública*. Madrid. Tecnos-Universidad Pompeu Fabra, p. 196 y suces.
3. Harmon, Michael y Richard T. Mayer. Contexto Organizacional de la Administración Publica. En: *Teoría de la Organización para la Administración Publica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.p. 33 y suces.
4. Minzberg, Henry. Gestionar el gobierno, gobernar la gestión. En: Losada i Marrodán, Carlos (ed). *¿De Burócratas a Gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Ediciones del Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC, 1999. cap. 7, pág. 208.
5. Memoria y Cuenta del Alcalde a la Cámara Municipal de Baruta, ejercicios fiscales correspondientes a los años 2001 y 2002.
6. Villasmil, G. Demanda y oferta de servicios de atención médica. Algunas consideraciones desde la perspectiva de la gestión. *Hemos* (2002); 3: 4-8.