

SEGUNDO PUESTO ¡PONGAN DE CABEZA A ESE SANTO!

**Antonio Bouroncle Caro
Ada Ampuero Cárdenas**

La Clínica San Antonio fue fundada hace 27 años por el médico Fernando Ribeyro, huancaíno de nacimiento y hombre de empresa por vocación. Desde muchacho mostró inclinación por los negocios, pero debió estudiar medicina para complacer a su padre. No obstante, a los pocos años de empezar a ejercer la profesión y especializarse en cirugía general se dio cuenta de que podía conciliar muy bien la práctica de la medicina con su veta empresarial.

Cosas de la vida. El mismo padre, que de joven le torció el destino, puso en sus manos los medios para volverlo a su cauce. Le dejó una herencia con la que pudo adquirir un terreno en una zona residencial de Lima e iniciar la construcción de lo que con el tiempo sería su clínica. Locuaz y comunicativo, Fernando tenía muchos amigos entre sus colegas. Entusiasmó a los que veía con mayor disposición y los convenció para que se le unieran en esa aventura empresarial. Con el aporte de

estos socios, en setiembre de 1969 el flamante Centro Médico San Antonio –bautizado así en honor del santo de quien era muy devota la madre de Fernando– empezó a brindar atención ambulatoria.

Los primeros socios y los primeros años

Víctor Sugimoto, ginecólogo de ascendencia japonesa que esperaba lograr aceptación entre las mujeres de su colonia, fue el principal colaborador de Fernando Ribeyro en esos primeros meses. Juntos barajaron nombres de colegas y analizaron la conveniencia de sumarlos a su proyecto. La idea era formar un grupo de médicos de distintas especialidades, de manera que no compitieran entre sí y, más bien, lograran que los pacientes de uno pudieran ser también pacientes de los otros. Así se integró a la empresa Jaime Otazú, dermatólogo que obtendría una especialidad en España, con quien se esperaba captar un gran número de pacientes.

—Pero, Fernando, nuestro amigo Jaime se irá el próximo año a España.

—Por eso mismo, "Chino". Con él no tendremos pierda. Cuando regrese se volverá famoso y los consultorios estarán siempre llenos de gente.

Otro de los convocados fue Wuilbert Bedregal, arequipeño que se estaba especializando en oncología en el Hospital Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

—Acertaste, "Chino". Ese Wuilbert es muy trabajador y muy entregado, se hará conocido más rápido que cualquiera de nosotros.

Se sumó al grupo también Mariella Acha, médico laboratorista próxima a casarse con un colega de su misma especialidad.

—Perfecto, "Chino", tuviste muy buen ojo. Es una lástima que nuestra Mariella, tan guapa, se casó con ese feo, pero en fin, a un centro médico no le puede faltar un laboratorio; los pacientes se incomodan si se les envía a otro lugar.

Y luego se convenció a Gustavo Lastres, dentista amigo de la hermana de Fernando.

—Mira, "Chino", este muchacho nos conviene. Trabaja todo el día en el consultorio, no como nosotros que sólo venimos por las tardes. Podrá cuidar la "casa" y controlar a la secretaria. Además dice mi hermana que tiene muchos pacientes.

Así conformado, el centro médico funcionó durante ocho años. Los socios compartían las remuneraciones de las secretarías, los gastos de mantenimiento y otros gastos menores.

La clínica

Casi a fines de la década del 70, estos médicos socios empezaron a pensar seriamente en la posibilidad de convertir su centro médico en clínica. Luego de varias reuniones y consultas previas, decidieron la incorporación de diez nuevos socios, con cuyos aportes se financiaría la construcción de nuevos consultorios y el área de hospitalización.

En los nuevos estatutos se estableció que cada quien tenía libertad para atender consultas ambulatorias, pero estaba obligado a internar en la clínica a los pacientes que necesitaran hospitalización. La clínica les proporcionaría el servicio de cuidado y atención de los pacientes hospitalizados (historias clínicas, orden de atención y mantenimiento de áreas comunes), así como la administración del sistema de pagos por atención ambulatoria —por esto último cobraría una comisión de 10 por ciento—. De esta manera, los ingresos de la clínica provendrían básicamente de las atenciones hospitalarias y de la venta de medicinas. Además, quedó estipulado que cada médico contrataba y remuneraba a su secretaria.

Según estos mismos estatutos, los socios eligieron su primera junta directiva, la que durante tres años debía manejar las actividades financieras, administrativas y médicas de la sociedad. Primer director y gerente general fue nombrado el doctor Ribeyro.

La clínica conservó el nombre del centro médico, San Antonio, y a pedido del doctor Ribeyro, quien tenía ideas particulares al respecto, comenzó con 13 habitaciones (4 individuales, 6 dobles y 3 de cuatro camas cada una).

—Número cabalístico, estimados amigos, número de buena suerte.

Crecimiento

A mediados de la década del 80, y luego que en los periodos anteriores los doctores Ribeyro y Suguimoto se alternaran en la dirección de la clínica, asumió el máximo cargo el dermatólogo Jaime Otazú.

Como el doctor Ribeyro había vaticinado, este médico logró mucho prestigio a su regreso de España y había conseguido cierto ascendiente entre sus colegas de la clínica. Durante su ausencia había dejado su consultorio a un médico geriatra, tío suyo, cuyos clientes precisamente se estaban mudando a esa zona de la ciudad. Este geriatra, doctor Manuel Muñoz, terminó comprando una acción en la clínica e introduciendo, también como socios, un nuevo grupo de médicos de una generación anterior.

La gestión del doctor Otazú coincidió con un ambiente propicio para el crecimiento de la clínica. Eran los primeros años del gobierno aprista y su política económica heterodoxa. El incremento de las remuneraciones provocó un incremento de la demanda de servicios de salud en general, y las empresas, sobre todo las públicas, se interesaron mucho por proporcionar programas de salud integral a sus trabajadores. Era necesario crecer, y los socios decidieron ampliar el área de hospitalización de 13 a 20 habitaciones (6 habitaciones dobles y una para cuatro camas), con lo que el número de camas ascendió a 40. El financiamiento provino, como en el caso anterior, del aporte de nuevos socios, para quienes, además, hubo que construir nuevos consultorios.

Por otro lado, esta ampliación significó también una mayor complejidad en la atención. Al principio la clínica se dedicaba a tratar a pacientes con dolencias simples, pero poco a poco fue asumiendo casos que requerían equipos más sofisticados. Se invirtió en equipos e instalaciones para atención de partos (salas de partos y salas para recién nacidos) y cuidados intensivos, incluido un quirófano.

La clínica contrae mala salud

El periodo 1989-1991 sería recordado como el inicio de una época difícil. Entonces, y luego de un intervalo de algunos años, el doctor Otazú desempeñaba nuevamente el cargo de director. La elevada inflación que soportó el país y las posteriores medidas de estabilización de la economía afectaron negativamente a la clínica. Después de la expansión, el punto de equilibrio había sido estimado en 20 camas de ocupabilidad; sin embargo, en promedio no se había superado las 12 camas y se empezaba a perder dinero.

Fue precisamente por entonces que se empezó a hablar de la creación de las organizaciones de servicios de salud, OSS, que serían, en materia de atención de la salud, lo que las administradoras privadas de fondos de pensiones, AFP, creadas a fines de 1992, eran en materia de jubilación. El proyecto de las OSS creó grandes expectativas en el sector privado dedicado a la prestación de servicios de salud. En términos prácticos, las OSS significarían el fin del monopolio de hecho que ejercía el Instituto Peruano de Seguridad Social, IPSS, en salud para toda la población trabajadora. Se esperaba que las empresas de seguros privados captaran un número considerable de clientes y contrataran a

prestadores privados –clínicas, policlínicos, centros médicos– para la atención de sus asegurados.

Anticipándose al incremento esperado de la demanda, los socios de la Clínica San Antonio concibieron una nueva ampliación, esta vez hasta 60 camas (8 habitaciones dobles). Haría falta construir el tercer y cuarto piso del edificio e instalar otro quirófano. Puesto que carecían de fondos para ello, decidieron solicitar un crédito de mediano plazo. El objetivo estaba claro: que la reforma del sistema de seguridad social en salud los encontrara preparados.

En realidad, las expectativas eran tan fuertes –y tanta la vehemencia del doctor Fernando Ribeyro por crecer– que la clínica aceptó mecanismos de corto plazo para que la obra no se retrasara mientras se negociaba el endeudamiento de mediano plazo. Aceptó que el banco les diera créditos puente, que les recibiera letras en descuento y les otorgara una línea de sobregiro. Sin embargo, el tiempo transcurría sin que el banco acreedor aceptara cambiar las condiciones del endeudamiento. A mediados de 1993, con la construcción terminada, la operación seguía como de corto plazo y fue consolidada en tres pagarés, todos ellos con vencimiento a 90 días. Más aún, durante 1994 y 1995, estos pagarés fueron renovándose constantemente. Sólo a fines de 1995, un consultor financiero, contratado por el doctor Otazú, consiguió convertir el préstamo en una operación de mediano plazo.

Para entonces, no obstante, la situación se hizo insostenible. Los ingresos de la clínica se mantenían en un nivel que no le permitía lograr las utilidades suficientes para seguir operando. No había liquidez ni siquiera para pagar las remuneraciones del

personal, se debía cada vez más al banco y los servicios que prestaba la clínica estaban por debajo de los estándares de calidad que los médicos deseaban ofrecer a sus pacientes. Los ingresos por venta de medicinas también se redujeron, porque las deudas que se mantenía con los proveedores no permitía ofrecer un stock de medicamentos adecuado. Era preciso encontrar alguna solución antes de que la clínica entrara en una situación de insolvencia.

Cuestionada su gestión, el doctor Otazú fue forzado a renunciar, pero antes presentó un informe escrito que luego sustentó oralmente ante el grueso de los socios. Desde su particular punto de vista, el problema de la clínica residía en lo que él llamaba “intereses personales” de los socios.

–A ustedes les importa muy poco que no tengamos pacientes hospitalizados, porque el negocio lo hacen en su consultorio particular –dijo en aquella ocasión, visiblemente alterado, el doctor Otazú–. ¿Acaso a todos no nos consta que se interna a los pacientes en otras clínicas? ¿O quieren que diga nombres?

–Pero por supuesto, Jaime –respondió el doctor Suguimoto–, Aquí nadie lo niega, a veces operamos en otro lugar porque esta clínica está muy descuidada y los pacientes tienen derecho a escoger lo mejor. No se les puede obligar a internarse aquí.

Cambios y propuestas

La clínica San Antonio recibió 1996 con una nueva directiva al frente de la cual estaba de nuevo el doctor Fernando Ribeyro. Líder nato, según el doctor

Sugimoto, los socios más antiguos pensaban que su presencia en la dirección lograría mitigar el conflicto que se percibía entre los grupos de socios.

Según el doctor Ribeyro, el desmanejo administrativo era consecuencia del proceso de endeudamiento inapropiado que se había contraído para financiar la ampliación de la clínica. A pesar de la refinanciación seguía habiendo pérdida operativa, por ello propuso tres medidas y logró que la junta de accionistas las aprobara: primero, que se aceptara nuevos socios, cuyos aportes ayudarían a paliar la situación; segundo, que se abandonara el criterio de especialidades únicas; y tercero, que la clínica iniciara un proceso de Calidad Total.

—Señores, explicó, estamos en una nueva era. Nada mejor para incrementar la calidad que la competencia. Aceptaremos nuevos socios, y si sus especialidades coinciden con las de algunos de nuestros miembros, tanto mejor. Tenemos que acostumbrarnos a competir. Si no, ¿cómo podremos hacer frente a la apertura del mercado?

En efecto, el doctor Ribeyro se refería al cambio que ya se estaba operando en el mercado de servicios de salud. La liberalización económica que el Gobierno había promovido estaba dando al sector privado el papel protagónico. Si bien aún no se había creado las OSS, se sabía que el Gobierno seguía con ese proyecto y estaba empeñado, además, en un proceso de reducción del gasto del Estado en salud, proceso que pasaba por incentivar, en los hospitales nacionales y otros centros prestadores de servicios de salud, mecanismos de generación de ingresos propios a través de venta de servicios a pacientes particu-

lares. Se esperaba que cada unidad prestadora se orientara a la búsqueda de un equilibrio de ingresos y gastos que le permitiera el autosostenimiento en el largo plazo.

La competencia será muy dura —siguió el doctor Ribeyro—. Nos enfrentamos no sólo a los colegas del sector privado que como nosotros se han estado preparando para la reforma del sistema, sino también a los colegas de hospitales nacionales, que ya saben cómo vender sus servicios y ofrecen costos más bajos.

—Sin duda, Fernando —lo secundó el doctor Rodríguez. Y lo cierto es que resulta muy difícil competir con los tipos de equipos e infraestructura con que ellos cuentan. Un accionista como el Estado no tiene plazo para la recuperación de sus inversiones. Debemos ofrecer algo más.

—Exacto, por eso quiero proponerles algo de lo que algunos de ustedes deben haber oído hablar y con lo que lograremos aumentar nuestra eficiencia y mejorar nuestros servicios: debemos emprender un programa de Calidad Total, un programa en el que todos participemos y en el que todos nos comprometamos desde ahora. Este programa es muy beneficioso, pero necesita que el impulso venga desde arriba, desde los jefes, y en la clínica los jefes somos los médicos.

Calidad Total

Reuniones con asesores expertos en el tema, clases de explicación y difusión de conceptos, formación de círculos de calidad al interior de los cuales se discutía los problemas y se buscaba soluciones; así se vivía el proceso de Calidad Total en la Clínica San Antonio. Aunque más propia-

mente se debía decir que así lo vivían quienes participaban en él, pues un buen grupo de médicos lo consideraban una pérdida de tiempo y enviaban a sus asistentes en su lugar.

En esta clínica se podía identificar hasta cuatro grupos de socios: los fundadores, alrededor de los cuales se había formado cierta mística y espíritu de cuerpo; los médicos mayores, incorporados por iniciativa del tío del doctor Otazú y cuya edad se acercaba a los setenta; los contemporáneos de los fundadores, que eran los más numerosos; y los más jóvenes, cuyos aportes habían hecho posible las últimas ampliaciones. En total llegaban casi a la cincuentena.

Los más entusiastas eran los fundadores y los jóvenes, que tomaron el proceso en serio y sentían un fuerte compromiso con el cambio; los médicos muy mayores participaban por espíritu de colaboración, pero no ponían mucho empeño en entender lo que se buscaba con el proceso; los contemporáneos de los fundadores estaban divididos, una parte reconocía las virtudes del proceso y se sumaba a él, pero otros estaban en franco desacuerdo, casi no se hacían presente en las reuniones. Estos últimos eran los menos identificados con la clínica, prácticamente sólo tenían pacientes ambulatorios.

Si bien se esperaba que los médicos como grupo lideraran el proceso y, por tanto, se familiarizaran con sus conceptos y prácticas, sólo unos 15 médicos asistían con regularidad a las reuniones. Quienes sí participaban puntualmente sin faltar un día eran el personal asistencial —obstetrices, enfermeras, auxiliares, técnicos de laboratorio— y el personal administrativo, y no sólo porque para ellos la asistencia

fuera obligatoria. Desde el principio, los expertos que conducían el proceso y la aplicación de la metodología reconocieron en el personal un interés genuino.

Fueron meses de jornadas agotadoras altamente productivas. Los participantes se empaparon de los conceptos explicados por los expertos, formaron círculos de calidad e identificaron hasta 50 problemas y puntos críticos. Se invirtió más de 200 horas en la discusión de la problemática y en la elaboración de las sugerencias. También se pudo identificar algunos evidentes problemas de falta de coordinación entre las áreas, que así pudieron encontrar rápida solución.

Durante la identificación de los problemas, tanto el personal asistencial como el administrativo habían coincidido en señalar que muchas de las fallas en la atención a los pacientes se originaban en aspectos administrativos que no estaban en sus manos solucionar. Por ejemplo, el tiempo de espera que tanto molestaban a los pacientes se debía a que los médicos no cumplían con el horario que ellos mismos establecían. “Nos dicen que citemos a los pacientes desde las 4:30, pero siempre llegan tarde, algunos vienen recién a las 7:00. ¡Es el colmo!, ya no sabemos qué decirles a los pacientes”.

El mayor tiempo de espera incidía también en cierta aglomeración, porque la clínica había crecido en el área de hospitalización, pero los ambientes de circulación y tránsito no se adecuaban al mayor flujo de pacientes.

En el campo propiamente asistencial, los problemas los creaba la falta de equipos adecuados, que no se adquirían por falta de recursos.

Otro problema detectado residía en el sistema computarizado: antiguo, de arquitectura cerrada, sin capacidad de desarrollo. Con él no se podía atender con eficiencia todas las necesidades de los pacientes. Había sido desarrollado parcialmente, comprendía solamente algunas áreas: admisión, facturación, contabilidad, pero faltaba en laboratorio, emergencia, rayos X, farmacia, caja. El sistema debía ser cambiado, pero como no había capacidad financiera para hacerlo, se le "parchaba" constantemente.

En general, los trabajadores analizaron y replantearon una serie de estos procesos, pero se inhibían de plantear soluciones. La mayoría pensaba que hacía falta cambios estructurales.

Los empleados de facturación señalaban que cada vez era más evidente que la clínica tenía menos servicios que brindar y, por tanto, menos posibilidades de obtener márgenes de utilidad. Según ellos, los médicos sólo le daban importancia a las consultas ambulatorias, actitud que se había acentuado con la pérdida de calidad de los servicios de la clínica. Además, decían, muchas de las especialidades ofrecidas en consultorios externos no concentraban casos con posibilidades de hospitalización, como la dermatología. Estos empleados pensaban que una buena opción sería que la clínica estableciera comisiones de cobranza por volumen de atenciones ambulatorias.

Otra área crítica identificada fue el poco vínculo que algunos médicos mantenían con la clínica. En lo posible, no recomendaban a sus pacientes el laboratorio de la clínica ni la unidad de Rayos X ni la farmacia; en este último caso aducían que nunca estaba bien surtida, pero algunos

pensaban que estos socios recetaban adrede medicamentos que sabían que no había en stock.

Algunos miembros de la organización llegaron a sugerir que los socios no hacían esfuerzos por idear formas creativas para incrementar los ingresos de la clínica, sino para crear negocios paralelos que los beneficiaran solamente a ellos. Aludían claramente a dos socios que habían formado una pequeña empresa de ambulancias cuyos servicios vendían a la clínica.

Hasta el propio inmueble fue señalado como causante de problemas: "La gente se pasa la voz, ya nadie quiere que lo hospitalicen en la parte antigua, todos quieren el edificio nuevo. Y como hay habitaciones desocupadas...".

¿Y ahora qué?

Después de más de diez meses de implementado el programa de Calidad Total, el más entusiasmado sigue siendo el doctor Ribeyro. Parece un niño con juguete nuevo; optimista por el ritmo vertiginoso con que ha visto desarrollarse las jornadas, confía en su gente y se apresta a proponer la compra de un *software* especializado en control estadístico de procesos. El problema financiero no le preocupa; gusta repetir que la clínica existe y tiene que salir adelante como sea.

Un grupo de socios piensa como él, sobre todo los jóvenes, cuyo conocimiento de la organización es muy limitado, por su reciente incorporación. Los socios más antiguos son algo más escépticos; algunos definitivamente son muy críticos e insisten en señalar que se ha perdido tiempo y dinero en el proceso.

El asesor financiero, el mismo que se encargó de la negociación de la deuda, no está muy convencido de las virtudes del programa. En su opinión, el principal problema de la clínica es el financiero, y éste es el que ha causado el deterioro de la calidad de la atención a los pacientes. Piensa: "Tantas horas consumidas en clase, en

reuniones de círculos, en discusiones. ¿Y para qué? El resultado está a la vista, no se ha mejorado en la producción de pacientes hospitalizados, el déficit continúa. ¿Y el director? Feliz de la vida. Si las cosas se ponen peor, es capaz de sugerir otra vez la incorporación de nuevos socios para obtener recursos frescos".





CLÍNICA SAN ANTONIO

Anexos

Balance general al 31 de diciembre de 1995 y 1994

Balance general al 30 de junio de 1996

Estado de ganancias y pérdidas al 31 de diciembre de 1995 y 1994

Estado de ganancias y pérdidas al 30 de junio de 1996

Promedio mensual de camas ocupadas en habitaciones individuales

Promedio mensual de camas ocupadas en habitaciones dobles

Promedio mensual de camas ocupadas en habitaciones múltiples

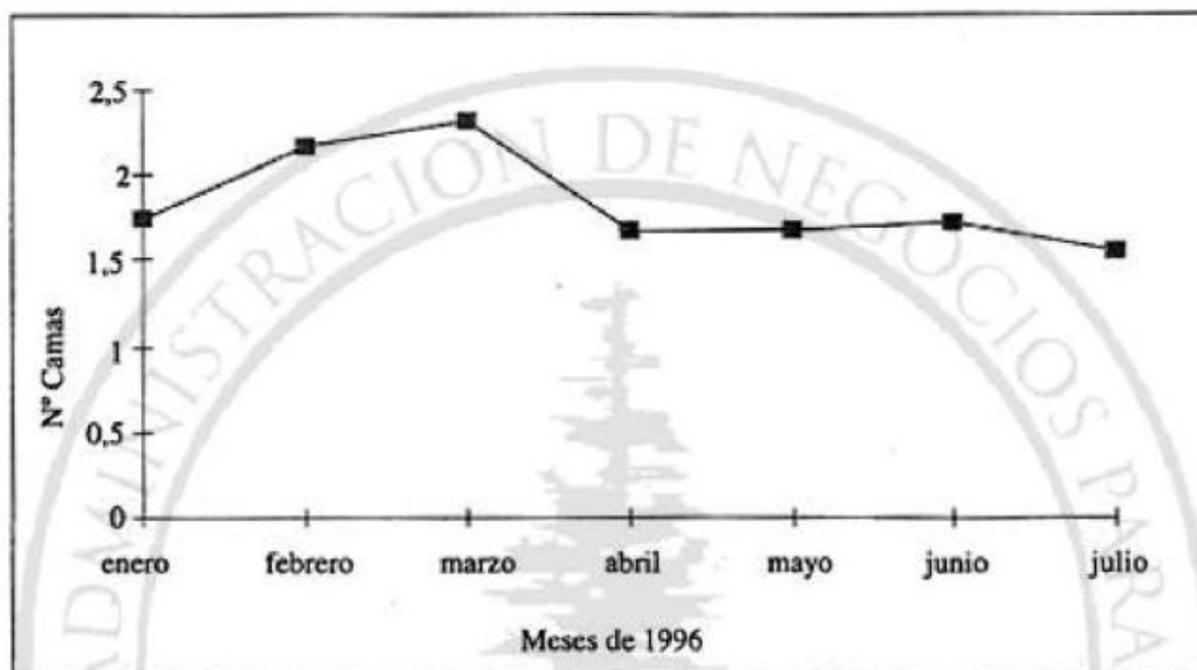
CLÍNICA SAN ANTONIO
BALANCE GENERAL
Al 31 de diciembre de 1995 y 1994
 (en miles US\$)

	1995	1994	1995	1994
Activo			Pasivo	
Activo corriente			Pasivo corriente	
Caja Bancos	72,90	104,70	Sobregiros bancarios	419,40
Cuentas por cobrar comerciales	1.510,50	1.643,60	Cuentas por pagar comerciales	1.539,20
Otras cuentas por cobrar	24,50	3,20	Otras cuentas por pagar	2.163,50
Existencias	479,70	504,80	Deuda bancaria	676,90
Gastos pagados por adelantado	239,40	32,50		
Total activo corriente	2.327,00	2.288,80	Total pasivo corriente	4.122,10
			Deuda de largo plazo	930,20
Activo no corriente			Compensación por tiempo de servicios	160,70
Inmuebles, maquinaria y equipo	5.362,10	4.365,20		
Depreciación acumulada	-1.387,90	-1.184,30	Total pasivo	5.213,00
			Patrimonio	
Total activo	6.301,20	5.469,70	Capital	4.493,50
			Resultados acumulados	-2.640,00
			Utilidad (pérdida) del ejercicio	-765,30
			Total patrimonio	1.088,20
			Total pasivo y patrimonio	6.301,20
				5.469,70

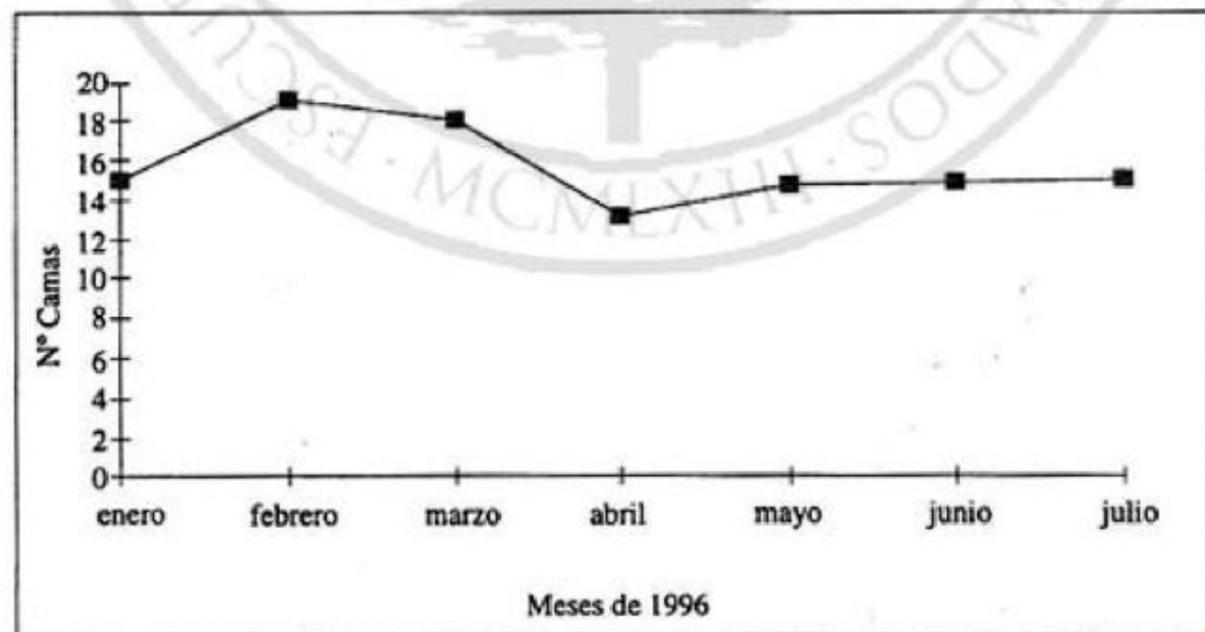
CLÍNICA SAN ANTONIO
BALANCE GENERAL
Al 30 de junio de 1996
 (en miles US\$)

	Junio 1996	Junio 1996	
Activo		Pasivo	
Activo corriente		Pasivo corriente	
Caja Bancos	203,20	Sobregiros bancarios	129,90
Cuentas por cobrar comerciales	1.836,50	Cuentas por pagar comerciales	1.974,00
Otras cuentas por cobrar	0,00	Otras cuentas por pagar	812,70
Existencias	592,60	Deuda bancaria	0,50
Gastos pagados por adelantado	66,20		
Total activo corriente	2.698,50	Total pasivo corriente	2.917,10
		Deuda de largo plazo	2.122,00
Activo no corriente		Compensación por tiempo de servicios	126,50
Inmuebles, maquinaria y equipo	5.794,40	Total pasivo	5.165,60
Depreciación acumulada	-1.387,90	Patrimonio	
Intangibles	16,20	Capital	4.493,40
Total Activo	7.121,20	Resultados acumulados	-2.640,00
		Utilidad (pérdida) del ejercicio	102,20
		Total patrimonio	1.955,60
		Total pasivo y patrimonio	7.121,20

CLÍNICA SAN ANTONIO
PROMEDIO MENSUAL DE CAMAS OCUPADAS EN
HABITACIONES INDIVIDUALES



CLÍNICA SAN ANTONIO
PROMEDIO MENSUAL DE CAMAS OCUPADAS EN
HABITACIONES DOBLES



**CLÍNICA SAN ANTONIO
PROMEDIO MENSUAL DE CAMAS OCUPADAS EN
HABITACIONES MÚLTIPLES**

