

Equidad, Eficiencia, y Calidad: ¿Es ésta combinación Posible?



Dr. Pedro Mendoza Arana *

RESUMEN

El artículo examina inicialmente conceptos sobre la equidad, tanto en la Provisión de los Servicios (proporcionalidad a la necesidad) como en el Financiamiento de los mismos (progresividad). Asimismo, conceptos sobre eficiencia, tanto productiva (producir servicios de la misma calidad al menor costo) como de asignación (que la producción conjunta rinda efectos totales que hagan que el sistema sea más eficiente). A partir de ellos, se aborda el tema de la Calidad, y se presentan mecanismos para mejorar simultáneamente la calidad y la eficiencia.

Palabras Claves: Eficiencia, Calidad, Equidad

EQUIDAD

La equidad ha sido enunciada muchas veces como un criterio rector de la organización de los sistemas de salud, incluyendo al último documento de trabajo sobre Políticas de Salud 1995-2000 difundido por el Ministerio de Salud (MINSA, 1995). La equidad puede ser entendida al menos en dos acepciones: Equidad en la Provisión de los Servicios, y Equidad en el Financiamiento de los mismos.

En lo referido a la provisión, la equidad significa proporcionalidad a la necesidad, es decir, los grupos de la población que mayor necesidad de atención de salud tienen, deberían recibir más. Autores como Culyer y Wagstaff (1993) enfocan la necesidad desde un punto consecuencialista como la "habilidad para beneficiarse", es decir, que existe necesidad cuando el consumo de los recursos, en este caso atención de salud, potencialmente debe surtir un efecto positivo o beneficio en la persona.

En lo referido al financiamiento, la equidad está relacionada con el principio de progresividad, es decir, quienes en una sociedad tienen mayores ingresos, deberían aportar con mayores fondos al sostenimiento de los servicios de salud, aquellos que tienen menores ingresos, me-

EQUITY, EFFICIENCY AND QUALITY, A POSSIBLE COMBINATION?

SUMMARY

The article examines initially concepts on equity, both for Provision (proportionality to need) and for financing (progresivity). Then, introduces concepts on efficiency, either productive (to produce services of the same quality at lower cost) or allocative (a total mix of care yielding global efficiency). On this basis, Quality is approached, and mechanisms to simultaneously improve efficiency and quality are presented.

Key words: Efficiency, Quality, Equity.

nos, y finalmente habrá un grupo que simplemente será beneficiario del sistema sin tener capacidad de aportar económicamente al mismo (Gilson, 1988). Por supuesto, tal calificación no es estática, y puede y debe ser reevaluada periódicamente.

La teoría económica subyacente al problema de la equidad descansa en el grado de compromiso social que los individuos y las colectividades muestran. La fuente última de valor para los juicios sociales que califican una situación como eficiente yace en las preferencias de los individuos. Por el contrario, las consideraciones de equidad sobrepasan el interés individual y se basan en el altruismo, solidaridad, y mutuo interés.

Por supuesto, algunos autores, como A. Culyer y A. Sen, explican la equidad como un problema de racionalidad individual, mediante la llamada "externalidad recíproca", por la cual un individuo deriva utilidad del bienestar de los demás, y por lo tanto, tendrá interés no sólo en su beneficio individual, sino en el beneficio de otros en su colectividad. Si bien la lógica es similar, la filosofía es distinta en tanto el motor de las acciones de los individuos no sería necesariamente su propio e individual interés, sino una preocupación por intereses colectivos.

(*) *Profesor Auxiliar, Administración y Planificación en Salud Universidad Nacional Mayor de San Marcos*

EFICIENCIA

El tema de la eficiencia resulta cada vez de mayor relieve en la planificación, organización y gestión de los servicios de salud. Si la eficiencia no importara, los profesionales de la salud estaríamos simplemente en la obligación de brindar la atención de la mayor eficacia posible, es decir, aquella que pudiera ofrecer el mayor incremento posible en los niveles de salud individuales o colectivos. Nuestra responsabilidad sería esencialmente descubrir, diseñar, probar, enseñar, e implementar, las mejores y más recientes estrategias de atención de la salud, por supuesto una vez demostrado que son mejores que las previas.

Sin embargo, la eficiencia sí importa. Para quienes laboran con fondos públicos, se trata de un compromiso social, por hacer el mejor uso posible de recursos escasos que les han sido confiados: Un uso eficiente, racional, equitativo. Para quienes laboran con fondos privados, la eficiencia es una cuestión esencial de sobrevivencia, en tanto incrementa la capacidad de competir de su institución o establecimiento.

La eficiencia debe ser vista en términos amplios, no sólo de eficiencia productiva, de cómo producir servicios de la misma calidad al menor costo, sino también en la llamada eficiencia de asignación. Es decir, cómo se elige las mejores combinaciones de servicios o productos, de manera tal que su producción conjunta rinda efectos totales que hagan que el sistema sea más eficiente. Ciertamente, los niveles de complejidad que se manejan en las decisiones serán diferentes. En la eficiencia productiva estamos comprometidos todos, mientras que la eficiencia de asignación es esencialmente responsabilidad de quienes tienen niveles de decisión política para elegir combinaciones posibles de servicios y discriminar entre ellas.

CALIDAD

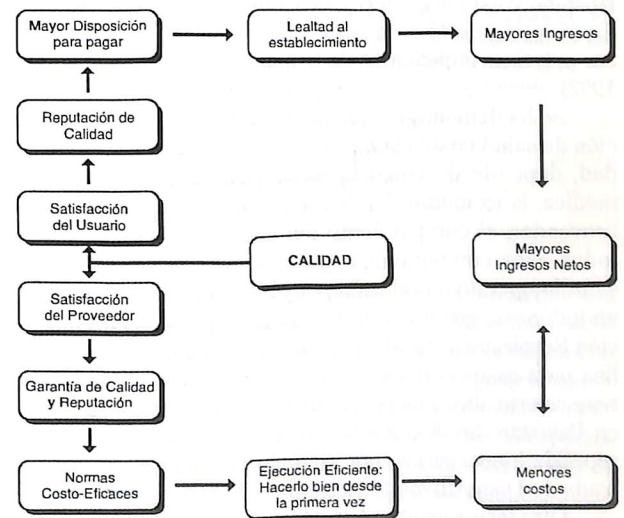
Por otro lado, el tema de la calidad se ha tornado casi obsesivo. Y está bien que lo sea, en tanto no se descuide el delicado equilibrio entre los dos grandes definidores de la calidad: Los propios usuarios del servicio, y el personal prestador de los mismos. En la atención de salud, no está de más repetirlo, sólo el adecuado balance entre ambas percepciones rendirá la verdadera Calidad que todos buscamos.

La implantación de la calidad tiene costos que deben ser asumidos, en principio por una comparación simple con los costos de no mejorar la calidad. Pero, entonces, es la calidad un simple asunto de eficiencia. Consideramos que no. Al igual que la Equidad, la Calidad es un valor en sí mismo, un criterio de evaluación y un atributo exigible. No sólo porque incrementa los beneficios o porque sea eficiente.

Algunos mecanismos para promover la calidad de la atención son, por ejemplo, formas de "reembolso prospectivo", es decir, aquellas en la cual el hospital o clínica es pagado de acuerdo con el diagnóstico de ingreso del paciente, una vez definido a qué Grupo de Diagnósticos pertenece el caso, siendo los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), definidos como "grupos de diagnósticos en los cuales los pacientes muestran similar consumo de recursos y patrones de estancia hospitalaria".

Las iniciativas de Manejo de Casos o "Case Management" han demostrado ser un instrumento valioso para mejorar la calidad de la atención y simultáneamente controlar costos reduciendo los promedios de permanencia (Addario, 1994). La definición de manejo de casos es "un proceso colaborativo que evalúa, planifica, implementa, coordina, monitorea y evalúa opciones y servicios para llenar las necesidades de salud de un individuo a través de la comunicación y de los recursos disponibles para promover resultados costo efectivos y de calidad".

Así, en primer lugar, la calidad técnica debe ser asegurada tanto en su diseño, es decir, mediante la protocolización con normas costo eficaces, como en su ejecución (Hacerlo bien desde la primera vez, y reducir progresivamente el margen de fallas). Tal como se muestra en el flujoograma de la Fig. 1.



Fuente: Wouters

Fig. 1.- Flujograma de la Recuperación de Costos

EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD

Diversas iniciativas en los últimos años enfatizan cada vez más el rol de contención de costos y de incrementar la participación del usuario en el financiamiento de los servicios. Pero es claro que el usuario no está dispuesto a pagar

más a menos que haya una mejora visible en la calidad de la atención que reciben. Aún cuando el mejoramiento de la calidad incrementa los ingresos del establecimiento, el efecto final dependerá de la medida en que dichos ingresos compensen los costos asociados con la ejecución de la mejora de la calidad. Por lo tanto, es importante poder describir y calcular los costos de los cambios que tuvieron lugar en las diversas instancias del proceso de recuperación de costos.

El mejoramiento de la calidad provoca satisfacción en el profesional; además, cuando se adoptan normas costo eficaces, se controlan los costos y se alcanza la eficiencia al poner en ejecución las normas correctas desde el principio; así, hay menos recetas ineficaces, hay menores efectos adversos. La combinación de lealtad al establecimiento (incremento de la persistencia, disminución de abandonos), mayor disposición a pagar, y tratamientos eficientes, genera un incremento neto de los ingresos.

Otro modo de verlo es por el alto costo asociado a la mala calidad. La atención de mala calidad genera quejas del usuario, abandono de tratamiento o pérdida de clientes, complicaciones evitables, infecciones intrahospitalarias o abscesos postvacunales, etc. En varios estudios en Estados Unidos se ha encontrado que estas deficiencias ocasionan un aumento de costos del orden de 20 % o mayor. El Hospital West Paces Ferry, de Georgia, EUA, informó una disminución de 45 % en sus costos de antibióticos al eliminar prácticas ineficientes de administración médica (CHS, 1992).

Se ha demostrado que la efectividad de una intervención de salud en una población, o efectividad en la comunidad, depende de cinco factores principales: La eficacia médica, la exactitud del diagnóstico, el cumplimiento del proveedor, el cumplimiento del paciente, y la cobertura; todos ellos componentes importantes de la calidad. Un estudio operativo realizado por el Proyecto PRICOR halló en Indonesia que un 70 % de los tratamientos para la Infección Respiratoria Aguda incluían innecesariamente ampicilina para casos con síntomas de infección viral del tracto respiratorio alto, y tal porcentaje llegó a 95 % en un estudio en Pakistán. Se dispone también de evidencias de visitas repetidas innecesarias, por ejemplo por aplicación inapropiada de Dispositivos Intrauterinos, lo cual es costoso.

Otra forma de abordar el tema de la calidad y de la eficiencia es a través del llamado "Manejo de Riesgos". La

idea aquí es que la organización toda se concentre en detectar y prevenir las posibles fuentes reclamos, quejas, y efectos adversos del manejo de los pacientes (Symons, 1995). Tales aspectos, así como representan elementos de una calidad defectuosa, son también potenciales fuentes de riesgo financiero, por un lado al afectar la imagen y los ingresos del establecimiento, pero también porque estamos en un entorno en el cual crecientemente los reclamos y denuncias por estos aspectos, que antes muchas veces los propios usuarios pasaban por alto, se van haciendo fuente de querellas y juicios, con indemnizaciones que pueden ser altas y poner en riesgo real la viabilidad financiera de una institución.

Esto lleva a varias conclusiones importantes: primero, a comprender que la eficiencia y la calidad de la atención de salud son dos aspectos indisolublemente ligados. Incrementar la calidad manteniendo los costos definitivamente incrementa la eficiencia. Reducir los costos en desmedro de la calidad, probablemente es ineficiente. Ergo, reducir costos no es necesariamente sinónimo de eficiencia.

Correspondencia :

*Dr. Pedro Mendoza Arana
Apartado Postal 31-038,
Lima 31 - Perú.*

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Addario V, Curley A:** (1994) 'How Case Management Can Improve the Quality of Patient Care' *International Journal for Quality in Health Care* 6(4): 339 - 345.
- 2) **Center for Human Services:** (1992) 'Los beneficios económicos de la mejora de la calidad' *Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad* 1(2): 16 - 17.
- 3) **Culyer AJ. y Wagstaff A:** (1993) 'Equity and Equality in health and health care' *Journal of Health Economics* 12: 431 - 457.
- 4) **Donabedian A:** (1988) 'Quality and Cost: Choices and Responsibilities' *Inquiry* 25: 90 - 99.
- 5) **Gilson L:** (1988) 'Government Health Care Charges: Is Equity being abandoned?' *EPC Publication Number 15*, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- 6) **MINSAL:** (1995) 'Políticas de Salud 1995 - 2000: Hacia la Equidad, Eficiencia y Calidad en Salud' Lima: Ministerio de Salud.
- 6) **Symons J:** (1995) 'Making staff aware of risks' *Health Manpower Management* 21(4): 15 - 19.
- 7) **Wouters A:** (1994) 'Capacitación en Costo y Calidad: La Manera de ayudar a los administradores de salud a optimizar los recursos' *Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad* 3(2): 21 - 23.