

QUE PRODUCEN LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMO PODEMOS MEDIRLO?

Lic. Amanda N. Rubilar (*) - Lic. María Teresa Rossi (**)

En la literatura de la Economía de la Salud podemos encontrar numerosos trabajos tendientes a esclarecer ¿qué es lo que producen los servicios de salud? y ¿cómo puede medirse? En ellos puede observarse que la dificultad no reside tanto en determinar ¿cuál es el producto sanitario? Es decir, ¿qué es lo que los servicios de salud producen? Si no ¿qué unidades de medida pueden expresarlo? de forma tal que involucren los múltiples procesos que deben llevarse a cabo a lo largo de todo el proceso de producción de servicios.

Para poder abordar el tema de una manera integral y teniendo en cuenta todas las particularidades que son propias del sector salud iremos analizando paso a paso el proceso que se dispara desde el momento en que el individuo detecta la necesidad de salud hasta llegar al resultado deseado, es decir, la restauración, el mantenimiento, la mejora o la rehabilitación de su salud. Para ello es necesario: describir las particularidades que presenta el bien salud con respecto a otros bienes, definir ¿qué entendemos por servicios? Clarificar ¿qué es lo que en definitiva compra el paciente a los servicios de salud? ¿cómo se lleva a cabo el proceso productivo y qué productos se obtienen?

Particularidades del bien Salud

Una manera de visualizar algunas de las particularidades del bien salud con respecto a otros bienes es a través de la definición de salud. La definición más utilizada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “salud es el perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social”. Si bien existen muchas otras definiciones, todas ellas se refieren a un estado de equilibrio entre el hombre y su medio. Así, cuando el individuo detecta algún tipo de desequilibrio aparece la necesidad **subjetiva** de volver a alcanzarlo, pero será necesario además la **objetivación** de esta necesidad por parte de los profesionales de la salud, quienes de acuerdo a sus conocimientos determinarán la necesidad o no de atención sanitaria.

La atención sanitaria por su parte se llevará a cabo a través del consumo de los servicios de salud, cuya actividad de producción consiste precisamente en permitir una aproximación al equilibrio perdido y en disipar, en la medida de lo posible, la angustia sentida por esa pérdida.

(*) Presidente del Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.

(**) Secretaria del Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina

Nótese, que esta característica no es frecuente en otro tipo de bienes o servicios ya que en general es el consumidor ¿quién decide qué y cuánto, cómo y cuándo consumir?, en el caso del bien salud, como se puede observar el ¿cuándo? depende del equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, no se puede programar, ni prever con exactitud, mientras que el ¿qué, cómo y cuánto? depende más que del paciente del profesional que lo atiende.

Otra de las características a tener presente cuando hablamos del bien salud es que en realidad estamos haciendo referencia a un servicio. También podemos encontrar muchas definiciones de servicio en las que se los describe como algo etéreo, vago, intangible y por heterogéneo difícil de delimitar. Una forma de clarificar el concepto de servicio consiste en compararlo con un producto industrial, tal como lo hizo Richard Norman a través del siguiente decálogo:

1. Tienen consecuencias pero no forma.
2. Es intangible.
3. Producción y consumo son hechos simultáneos.
4. No puede existir sin la participación del cliente.
5. La creación de valor a lo largo del proceso de producción tiene lugar por medio de instrumentos no inventariables o controlables (como puede ser: la seguridad, el confort, la flexibilidad, etc.).
6. Las percepciones subjetivas desempeñan un papel básico en él (relación médico paciente).
7. Utiliza con intensidad los recursos humanos.
8. Clientes / pacientes y empleados participan conjuntamente en su producción.
9. Es difícil asegurar en él estándares de calidad que sean consistentes debido a:
 - a. Incertidumbre respecto a su rendimiento cuantitativo y cualitativo
 - b. Interacciones mutuas entre productores y clientes.
 - c. Dificultad de utilización de mecanismos adecuados de control.
 - d. Subjetividad con que se percibe el resultado del proceso productivo.
10. Su prestación además de una actividad económica supone un sistema de relaciones sociales.

Estas características distintivas de los servicios con respecto a los bienes industriales complican la medición del producto obtenido, además cuando hablamos de salud nos estamos refiriendo a servicios profesionales, y tal como sucede con la mayoría de los servicios profesionales, la expectativa adquiere un carácter muy significativo en el momento de decidir la satisfacción de una necesidad. ¿Por qué? Porque cuando se acude a un profesional para la resolución de un tema, sea éste legal, contable, financiero, médico, etc., es porque se entiende que los conocimientos y habilidades del mismo en el área de competencia le permitirá decidir ¿cuál es el curso de acción

correcto para la solución del problema en cuestión? Lo que deposita el individuo en el profesional es su **confianza**, por eso la **expectativa** adquiere tanta importancia.

Cuando el paciente acude a los servicios de salud para satisfacer su necesidad de reestablecer el equilibrio perdido, lo hace con la intención de **comprar información o conocimiento** profesional ya sea bajo la forma de diagnóstico, tratamiento y / o cuidados especializados.

Como se supone en el médico la capacidad de conocer las causas de la enfermedad, se acepta que pueda establecer un **programa normativo** a desarrollar (**proceso productivo**) y hacer que se ejecute.

El paciente decide la compra del servicio (información-conocimiento) cuando deposita en el profesional la confianza para ser curado, es por eso que en esta decisión la **relación médico-paciente** juega un rol fundamental.

El profesional aplica la ciencia, el arte y la tecnología médica para ejecutar el curso clínico que se haya programado, el éxito del programa a aplicar por el médico depende mucho también de la relación médico-paciente.

La expectativa quedará satisfecha o no en el contexto del servicio general prestado, por lo que también influye en el éxito el sistema físico (los muebles, la comida, el equipamiento, etc.) ya que el paciente interpreta y asume esto como señal de interés para la satisfacción de su necesidad.

Como se desprende de lo hasta aquí descrito, desde la aparición de la necesidad por parte del individuo y a partir de la objetivación de esa necesidad por parte del profesional hasta la obtención del resultado final esperado por el paciente se dan una serie de interrelaciones, además, se ponen en marcha una serie de **procedimientos diagnósticos y terapéuticos** que en definitiva contribuirán a la restauración, el mejoramiento, mantenimiento, o rehabilitación de la salud, y que van aportando a lo largo del proceso **productos intermedios** (análisis de laboratorio, curaciones, exploraciones, tratamientos con medicamentos, etc.) que formarán parte integrante del **producto o resultado final**. Es por esta razón, que para poder definir las unidades de medida que expresen y resuman adecuadamente el producto o resultado final es necesario desagregar el proceso productivo en productos intermedios que se producen a lo largo de todo el proceso de producción.

La producción de servicios de salud

Para poder entender de qué estamos hablando cuando nos referimos al producto sanitario y su medición, es necesario introducir el concepto de función de producción.

La **función de producción** es aquella por medio de la cual los recursos humanos y materiales se transforman en bienes, productos o servicios con un valor agregado o añadido. Es la especificación cuantificada del máximo volumen de producto que es posible obtener con cierta

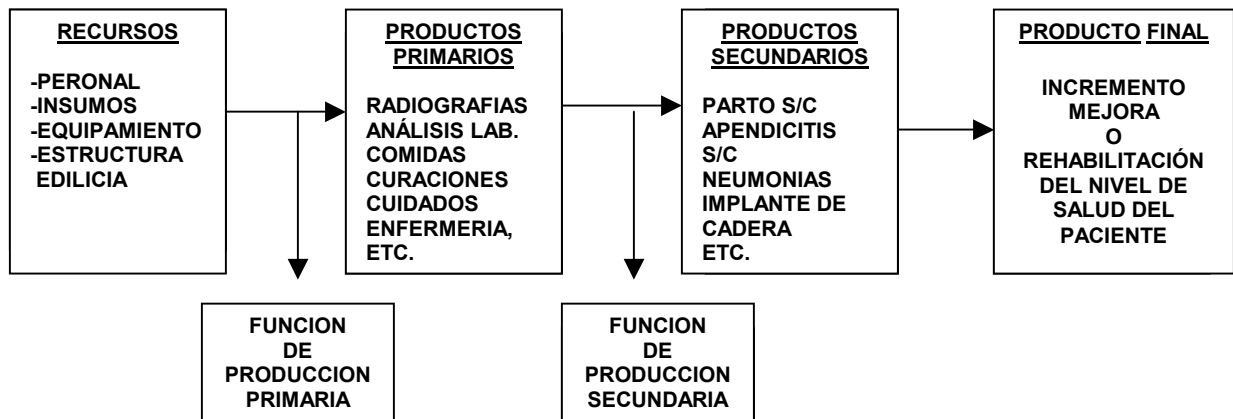
combinación de factores de producción (personal, equipamiento, recursos físicos, materiales y económicos), a partir de un determinado estado del conocimiento y de la tecnología.

La función de producción de los servicios de salud está integrada por:

- Los recursos (inputs): personal, insumos, equipamiento, infraestructura edilicia.
- Los productos primarios (outputs intermedios): que son aquellos que se derivan de la función primaria de producción y que dan lugar a productos claramente identificables y tangibles y que resultan de fácil medición física tales como: cuidados de enfermería, comidas, medicamentos, análisis de laboratorio, radiodiagnóstico, exploraciones, curaciones, etc..
- Los productos secundarios (productos) que son el resultado de la función secundaria de producción y contienen un conjunto de productos primarios, son heterogéneos y de medición más compleja que los primarios, tales como: hernia, parto simple, apendicitis sin complicaciones, implante de cadera, neumonía, trasplante de médula ósea, etc..
- El resultado o producto final (output final): que es la combinación de los diferentes productos intermedios, que dan como resultado el mantenimiento, incremento, mejora o rehabilitación del nivel de salud del paciente.

De modo esquemático la función de producción podría expresarse de la siguiente manera

Modelo de la función de producción hospitalaria



Adaptado de Errasti, Francisco. Principios de Gestión Sanitaria.

Producción de Servicios de Salud y Calidad

De acuerdo a las características del servicio de salud y a la complejidad que conlleva el desarrollo del proceso de producción del servicio, ya detallado, es esencial incluir en esta etapa la definición de calidad. ¿Porqué lo hacemos? Debido a que hablamos de un servicio que es mano de obra intensiva fundamentalmente; que no es exacto, dos pacientes ante un mismo diagnóstico no reaccionan del mismo modo ante igual terapéutica; que algunas veces pueden existir conflictos de intereses entre el paciente y el profesional; y porque para este servicio es importante determinar la responsabilidad legal de los profesionales y de la organización.

Se denomina **calidad del producto servicio de salud** al grado de adecuación de dicho servicio a ciertos parámetros científicos y tecnológicos expresados mediante normas concretas por quienes proporcionan el servicio; los cuales a su vez generan expectativas por parte de quienes son receptores del servicio.

Avedis Donabedian denomina **calidad de la atención médica** a los aspectos de técnicos (conocimientos del profesional) y a las relaciones médico / paciente (aspecto humano de la calidad); ambos aspectos: técnico y humano reciben la misma importancia en el desarrollo del proceso de la atención. Para este autor, la calidad en la atención médica entonces esta definida por el servicio adecuado que recibe el paciente; ni más de la atención que requiere (lo cual lo puede llevar a una situación de riesgo no deseable), ni menos de la atención necesaria (hecho este que también lo puede conducir a una situación de riesgo evitable).

En este contexto el control de la calidad de la atención médica en función de los componentes de la asistencia sanitaria se ocupa del estudio de la **estructura**, el **proceso** y los **resultados**.

La estructura incluye las características estables de los proveedores de atención sanitaria, sus instrumentos, recursos y los lugares físicos en los cuales trabajan. Abarca el número, tamaño, localización geográfica, grado de complejidad de las clínicas, hospitales y demás centros sanitarios; fuentes de financiación; recursos humanos, su cualificación y educación continua de los mismos; organización formal e informal de la prestación de servicios; el proceso de producción del servicio; el sistema que se utiliza para retribuir a quienes participan de dicho proceso de producción y la organización formal del personal médico y de enfermería.

El proceso estudia dos campos diferentes, los aspectos científicos y técnicos y las consecuencias que se derivan de ambos; así como también las relaciones interpersonales entre los profesionales y sus pacientes, que pueden tener una importante influencia en la calidad técnica.

El control de calidad del proceso tiene carácter normativo; dado que en la ciencia médica existen normas que rigen la aplicación de las técnicas diagnósticas y de tratamiento; y en cada centro asistencial hay normas legales, de servicio y sociales que regulan las relaciones interpersonales dentro de cada institución que le son propias.

En lo que respecta a resultados la Organización Mundial de la Salud describe como bueno al resultado de la atención médica cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos lo conducen al estado de salud óptimo para ese paciente; teniendo en cuenta el estado del arte y los conocimientos actuales de la ciencia médica y en relación con los factores biológicos del paciente; todo lo cual ocurre con el menor costo posible y evitando al paciente el menor riesgo y daño adicional posible. A su vez el paciente queda satisfecho por el proceso asistencial recibido, su intercambio con el sistema sanitario y los resultados obtenidos.

Para Donabedian una buena estructura mejora la realización de un buen proceso, y éste acrecienta las posibilidades de un buen resultado, por lo tanto existe una relación funcional entre ellos.

Es necesario considerar que desde la óptica de la teoría general de sistemas los tres componentes se pueden visualizar del siguiente modo, a la organización sanitaria como sistema abierto, en la cual la estructura integra los factores de producción, el proceso genera las transformaciones realizadas dentro del sistema y el resultado proporciona los cambios operados en los pacientes.

Al **control de la calidad de la asistencia sanitaria** lo podemos llamar garantía de la calidad (quality assurance); y esta representado por el proceso cíclico que revisa continuamente las condiciones en las cuales se llevan a cabo las actividades que ofrece la asistencia sanitaria; todas las cuales conducen a producir mejoras en la salud del paciente. La evaluación permite medir la calidad y realizar los esfuerzos necesarios para mejorar permanentemente la atención sanitaria.

El control de calidad asistencial, esta incluido en la gestión de la calidad, y es un proceso en el que las mejoras no se planifican, sino que son el resultado de la detección de problemas y de la ejecución de las correspondientes actividades correctivas.

El breve espacio otorgado al tema de producción de servicios de salud y a la calidad permite describir sucintamente la importancia que tiene el control de calidad y la evaluación cuando se prestan servicios de atención de la salud.

Siempre teniendo presente las características del servicio de que se trata es importante mencionar aquí también los valores, de quienes trabajan en la organización, de la misma institución y de a quienes va dirigido el servicio.

Los productos que se obtienen y su medición

Cuando visualizamos la **función de producción de los servicios de salud** queda claro que a lo largo del proceso productivo se obtienen una serie de productos intermedios que integran el producto o resultado final. Esta es la razón por la que para poder definir correctamente el proceso productivo global y facilitar la medición de la actividad de los servicios se hace necesario identificar los productos primarios y secundarios que se obtienen. Como puede observarse en los productos

primarios concurren diferentes elementos de carácter industrial (comidas, análisis de laboratorio, radiodiagnóstico, etc.) y de carácter puro de servicio (cuidados de enfermería, curas, intervenciones quirúrgicas, exploraciones, etc.) que se entremezclan y vienen a confluír en la realización de unos productos secundarios heterogéneos y de medición más dificultosa que los anteriores tales como partos sin complicaciones, implantes de caderas, trasplante de médula ósea, etc..

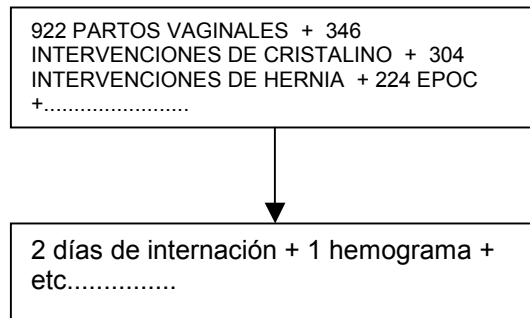
Esta caracterización hace necesario recurrir a los **sistemas de clasificación de pacientes (SCP)**, debido a que permiten describir el producto de hospitalización de un centro asistencial, un departamento, un servicio o bien un médico, como la cantidad y distintos tipos de pacientes tratados; de modo tal de que se describa la casuística de dichos pacientes o case-mix.

Por ejemplo: la similitud clínica de los pacientes atendidos en cada clase en la que fueron agrupados, permitirá conocer el costo de dichos pacientes por clase. A su vez, cada una de las clases podría agruparse en otro subconjunto, de acuerdo al proceso de cuidados esperados que debería proporcionárseles.

Entonces, los productos secundarios correctamente homogeneizados son los que constituyen el campo para la aplicación de las técnicas de medición de la diversidad de pacientes (case-mix).

Al **case-mix** se lo puede definir como un catálogo de diagnóstico de enfermedades que resulta de la combinación de diferentes enfermedades y problemas de salud específicos, atendidos por un sistema sanitario, una institución, un departamento, un servicio, o un profesional. Tal como lo esquematiza Mercé Casas Galofré ¹ el concepto de case-mix podría expresarse de la siguiente manera:

Concepto de Case-Mix



Este catálogo de diagnósticos describe distintos atributos de los pacientes, tales como:

¹ Casas Galofré, M. Gestión Clínica: una visión actual del hospital en "Gestión Diaria del Hospital" Ed. Masson S.A. 1999.

- Gravedad de la enfermedad: nivel relativo de pérdida de función y/o índice de mortalidad de los pacientes con una enfermedad determinada.
- Pronóstico: evolución probable de una enfermedad incluyendo la posibilidad de mejora o deterioro, riesgo de recaída y tiempo de supervivencia.
- Tratamiento: problemas de atención que presentan los pacientes con una enfermedad. Se asocian enfermedades sin un patrón sintomático claro, procedimientos sofisticados y enfermedades que requieren seguimiento continuo.
- Necesidad de actuación médica: son las consecuencias en términos de gravedad derivadas de la falta de atención inmediata.
- Intensidad de consumo de recursos: número y tipos de servicios diagnósticos, terapéuticos y de enfermería utilizados en el tratamiento de una enfermedad ².

Los Sistemas de Clasificación de Pacientes permiten medir el case-mix y describir la producción de los servicios a través de la creación de grupos de pacientes homogéneos desde el punto de vista de los aspectos relevantes.

En la década de los 70 se realizaron varias investigaciones con el objeto de obtener sistemas de clasificación de pacientes en grupos clínicamente homogéneos, de modo que los pacientes de un mismo grupo presentaran resultados similares, con la finalidad de ajustar el riesgo de obtener determinados resultados ya sea en términos de pronóstico (probabilidad de muerte, complicaciones, etc.), consumos o costos.

Existen sistemas de clasificación que agrupan a los pacientes por el criterio de isoconsumo, como los **Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD o Diagnosis Related Groups)** y las **Categorías de Gestión de Pacientes (PMC o Patient Management Categories)**, mientras que otros los agrupan según la gravedad de los mismos como el **Disease Staging (DS)**, que son los más extendidos y probados.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (DRG) son los más validados y extendidos, clasifican episodios de hospitalización en la que los pacientes de una misma clase tienen un consumo de recursos parecido, fueron desarrollados mediante el análisis estadístico de una base de datos muy amplia por parte de un equipo de la Universidad de Yale.

Las Patient Management Categories (PMC) fueron desarrolladas por paneles de especialistas, crearon grupos homogéneos respecto al proceso de cuidados deseables o ideales por ello llevan asociadas la definición de un protocolo ideal de cuidado clínico para cada clase (Patient Management Path).

En la Disease Staging (DS) paneles de expertos clasificaron las distintas patologías en estadios de gravedad, se seleccionaron las 420 enfermedades más frecuentes de las admisiones producidas en un hospital, permite valorar la calidad asistencial.

²Zamanillo Sarmiento, C. y Ruiz Ferránb, J. "Implantación de los sistema de clasificación de pacientes en el sector privado. Su utilidad en la contratación de servicios" en "La gestión del proceso asistencial: impacto de los sistemas de información médica". Ministerio Sanidad y Cosnusmo de España/Fundación Sanitas. Madrid. 2000.

Existen otros sistemas de clasificación de pacientes que a diferencia de los citados anteriormente requieren un conjunto de datos médicos no recogidos en los registros rutinarios y que por tanto presentan un alto costo de aplicación como base para los sistemas de información pero que resultan útiles en estudios más reducidos, tales como:

- **APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):** se basa en la evaluación de los diferentes componentes del estado clínico del paciente, su finalidad es de pronóstico en el momento de ingreso y está limitado a las Unidades de Cuidados Intensivos.
- **AS-SCORE:** clasifica a los pacientes en cuatro niveles de severidad de acuerdo a los siguientes componentes: Edad del paciente-**A**; Sistema u órganos afectados-**S**; estadio de la enfermedad-**S**; Complicaciones-**CO**; respuesta a la terapéutica-**RE**. Fue desarrollado por Roveti et. al. En Baltimore, U.S.A..
- **Ambulatory visit groups:** trata de clasificar las visitas ambulatorias a través del consumo homogéneo de recursos. Impulsado por Fetter y su equipo tiene una concepción similar a la de los GRD, se utiliza para el pago prospectivo de los servicios médicos.

Lo expuesto hasta aquí permite pensar acerca de ¿qué producen los servicios de salud?, ¿cómo medir lo producido? y ¿porqué es útil hablar de calidad del servicio?. Sería útil también saber ¿porqué es importante medir lo que producen los servicios de salud, para el profesional que otorga el servicio?, ¿porqué la medición sirve para el servicio en el que es atendido el paciente?, ¿si le sirve a la organización medir?, y finalmente ¿sí al paciente y al sistema de salud en su conjunto le interesa conocer para qué se mide?

El ABC de la medición

El tipo de pacientes que llega a un centro asistencial, su estructura, y el tiempo que demande la internación guarda relación con el consumo de recursos. Por ello es importante estandarizar la casuística que se atiende en los centros, y definir las actividades que generan la atención de los pacientes que se reciben, para conocer realmente el funcionamiento de dichos centros. Esto permite determinar los recursos que realmente son necesarios en la prestación de los servicios, contribuye a mejorar la calidad clínico-asistencial, a controlar mejor la relación

costo / efectividad de la actividad asistencial, a pagar por proceso el episodio asistencial y responde a la pregunta: ¿porqué la medición sirve para el servicio en el que es atendido el paciente?

En una misma región sanitaria suelen existir diferencias en las estancias medias en morbilidades de muy alta frecuencia, o bien entre distintas regiones sanitarias de un mismo país pueden existir grandes diferencias en las estancias medias de iguales morbilidades, datos estos que nos demuestran que existen grandes posibilidades de mejoras en la eficiencia y en la calidad asistencial de los centros sanitarios.

Ahora bien, es imposible influir en el comportamiento de los médicos en el ejercicio de sus funciones como profesionales, sin registros e información real, objetiva y oportuna que les permita a ellos, a partir de su conocimiento, tomar activa participación en modificar comportamientos y actitudes dentro de la organización. Para lo cual es esencial disponer dentro de la institución de un sistema de información que tenga significado para el clínico, dado que éste va ser clave para mejorar la calidad asistencial y la eficiencia y eficacia en la asignación de recursos.

Las organizaciones que financien la prestación de los servicios pueden a través de los GRD por ejemplo realizar una evaluación comparativa de quienes actúan como prestadores y privilegiar a quienes les provean servicios de salud de mejor calidad y de modo más eficiente, esto responde a la pregunta de: ¿le sirve a la organización medir?

Para quienes trabajan en el sector salud y se dedican a la investigación clínica y epidemiológica los GRD hacen posible realizar estudios de morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia, vigilancia epidemiológica e investigación de resultados. Cuando la información que surge de estos estudios es proporcionada por el médico al paciente, contribuye a que los pacientes puedan disponer de un conocimiento menos subjetivo (más objetivo) acerca de las posibilidades que tiene de recuperar el equilibrio perdido en su estado de salud.

Surge claramente que tanto para el paciente, como para el médico a título personal y para el sistema de salud en su conjunto, la medición es importante porque genera registros y datos que investigados y analizados permiten acrecentar conocimientos, los cuales restan incertidumbre al proceso de provisión de servicios de salud y estimulan su eficacia y calidad.

Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Sanidad y Consumo/Fundación Sanitas. "La gestión del proceso asistencial: impacto de los sistemas de información médica". Madrid 2000.
- Asenjo, M.A.; Trilla,A.; Prat, A. "Gestión Diaria del Hospital". Editorial Masson Barcelona 1999.
- Lamata. F. "Manual de Administración y Gestión Sanitaria". Editorial Díaz de Santos. Madrid 1998.
- Errasti, F. "Principios de Gestión Sanitaria". Editorial Díaz de Santos. Madrid 1997.
- Corella, J. M. "La Gestión de Servicios de Salud". Editorial Díaz de Santos Madrid 1996.
- Donabedian, A "La calidad de la Atención Médica" La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.