

# EFICIENCIA PRODUCTIVA, CALIDAD Y COMPETENCIA

**David Vivas**

**E**N mi intervención me voy a centrar en tres aspectos fundamentales para el futuro del SNS, que a la vez son unas de las conclusiones de proceso de consenso llevado a cabo en nuestro estudio: la Eficiencia productiva, la Calidad y la Competencia y la interrelación existente entre las tres.

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es, junto con la búsqueda de la eficiencia, los dos objetivos de la reforma sanitaria de los sistemas de salud en Europa, y en definitiva una de las conclusiones sobre las que existe un consenso entre los panelistas que participan en el Informe Delphi.<sup>1</sup>

Para lograr estos objetivos, los expertos proponen dos tipos de medidas:

- a) Medidas estructurales: Centradas fundamentalmente en la desregulación del mercado y la implementación de mecanismos de competencia.
- b) Medidas para mejorar la eficiencia productiva y la calidad en la provisión.

## 1. ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS DE COMPETENCIA

En general los panelistas opinan que se implantarán mecanismos de competencia entre hospitales que pertenecen a una misma área de salud. A pesar de ello, no existe un claro consenso en cuál será el mecanismo mediante el que se lleve a cabo esta medida.

---

<sup>1</sup> Vivas D. y Sánchez Ruano, E. (1993): *Informe Delphi: El sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo*. MCQ Ediciones. Valencia.

TABLA 1

## NUEVOS MODELOS DE COMPETENCIA EN EL SISTEMA PÚBLICO

	MODELOS DE COMPETENCIA				
	<i>Sin cambios</i>	<i>Mercado interno</i>	<i>Competencia pública</i>	<i>HMOs</i>	<i>Otros</i>
Legisladores	17,6 %	35,3 %	47,1 %	0,0 %	0,0 %
Gestores	6,3 %	50,0 %	43,8 %	0,0 %	0,0 %
Estudiosos	41,7 %	33,3 %	8,3 %	0,0 %	8,3 %
Políticos	16,7 %	41,7 %	25,0 %	0,0 %	8,3 %
Financiadores	7,7 %	38,4 %	46,1 %	0,0 %	7,6 %
TOTAL	17,1 %	41,4 %	37,1 %	0,0 %	4,3 %

Fuente: Vivas, D. y Sánchez Ruano, E.

## 1.1. CONSECUENCIAS / EFECTOS

- *Los proveedores privados incrementarán su participación en el mercado*

Según la mayoría de los expertos consultados en el estudio Delphi la provisión pública de servicios sanitarios ha tocado techo, por lo que se espera que otros proveedores penetren en el sector y concierten con la administración la prestación de los servicios aumentando la cuota de mercado.

- *Tendencia a la creación de empresas públicas*

El 42,9 % de los panelistas piensan que es bastante probable, el 17,1 % muy probable y un 24,3 % que es probable que los hospitales se transformen en empresas públicas sometidas al derecho privado.

- *Laboralización del personal*

La vinculación de los profesionales al sistema de salud tenderá hacia la laboralización según el 67,1 % de los encuestados, más que a la promulgación de un nuevo Estatuto Marco (22,9 %), o la equiparación con los funcionarios (1,4 %), que son las otras alternativas planteadas por los participantes.

- *Instauración de un sistema obligatorio de acreditación de centros*

En la actualidad no existen sistemas de acreditación que homologuen el grado de calidad de las estructuras sanitarias tanto a nivel de organización, plantillas, como de instalaciones de los centros con las que el INSALUD y las CCAA conciertan servicios sanitarios. Tampoco existen mecanismos formales de acreditación de las instituciones públicas, si bien está regulada la existencia de comisiones de calidad asistencial en los hospitales.

La separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios y los demás mecanismos de competencia gestionada, conllevan la necesidad de establecer sistemas de acreditación que fijen el nivel básico de calidad de los centros, tanto públicos como privados. El 80 % de los expertos consideran que es bastante probable que se establezcan mecanismos de acreditación obligatorios para centros privados y el 68 % opinan que se implantarán también en los centros públicos. Estos mecanismos pueden centrarse a nivel de evaluación de la calidad de la estructura o extenderse a nivel de proceso y/o resultados.

## 1.2. AMENAZAS / EFECTOS SECUNDARIOS

- *La selección adversa riesgos por parte de las entidades privadas*

En los sistemas sanitarios con proveedores públicos y privados de financiación capitativa simple, se observa una tendencia a que los proveedores privados seleccionen a los pacientes con menor riesgo, convirtiéndose entonces el sector público en un “cajón de sastre” donde se recogen los pacientes con necesidades sanitarias más costosas o menos rentables, creando entonces problemas de financiación.

Algunos autores proponen el modelo Muface como laboratorio para estudiar los efectos de la selección adversa. En este modelo los financiadores pueden elegir un proveedor privado o el sistema público. En la actualidad el 86 % de los afiliados a Muface eligen un proveedor privado, pero habría que estudiar cuáles son las características del restante 14 % que eligen la S.S.

Para ilustrar este efecto podemos tomar el estudio que Pablo Lázaro (1993)<sup>2</sup> ha publicado recientemente sobre la difusión de tecnologías médicas. En un apartado de dicho estudio, compara la distribución de la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC) y los Aceleradores Lineales (AL) en los 24 países de la OCDE. Llama poderosamente la atención que España ocupe el quinto lugar en número de LEOCs por millón de habitantes mientras que en ALs está a la cola de estos países. Además existe una alta implantación

---

<sup>2</sup> Lázaro, P.: “Incentivos y difusión de tecnología médica”. Comunicación al XXVIII Congreso Internacional de Hospitales. Madrid 1993.

de estos equipos en el sector privado: el 72 % frente a tan solo 16 %. Todo ello puede ser debido a los fuertes incentivos económicos existentes.

TABLA 2

DIFUSIÓN DE LA ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA

	<i>LEOCs</i>	<i>ALs</i>
% sector privado	72 %	16 %
B° por unidad y año	650.000	0

LEOCs: Litotricia extracorpórea de ondas de choque.

ALs: Aceleradores lineales.

Fuente: P. Lázaro, 1993.

Para evitar estos desajustes, los incentivos deberían asociarse al uso apropiado de la T.M.

## 2. MEJORA DE LA EFICIENCIA PRODUCTIVA Y LA CALIDAD

Con esto entramos en el ámbito de eficiencia productiva o eficiencia clínica, que en nuestra opinión se basa en tres aspectos:

- Uso apropiado de T.M.
- Coste-eficiencia de la práctica clínica.
- Mejora continuada de la calidad de los servicios.

Respecto a lo apropiado en la asistencia sanitaria (pruebas diagnósticas y terapéuticas), tanto consumidores como usuarios coinciden en que superado un umbral, recursos adicionales en sanidad no proporcionan un incremento en los beneficios para el paciente. Profundizando en esto, un número significativo de estudios han puesto de manifiesto la alta tasa de uso “inapropiado” existente a diversos niveles y prácticas médicas, tales como la angiografía, la endoarterectomía, la endoscopia y el bypass coronario. En este sentido hay que destacar los estudios de Brook <sup>3</sup> y su grupo en la Rand Corporation (Santa Monica). Como dato significativo tal vez no extrapolable pero sí a considerar, la tasa estimada de uso inapropiado en EEUU va del 15 al 30 por cien, alcan-

<sup>3</sup> Brook R. H., Parck R. E., Chassin M. R., Solomon D. H., Keesey J, Kosecoff J.: “Predictin the appropriate use of carotid endarterectomiy, upper gastrointestinal endoscopy and coronary angiographi”. *N. Engl. J. Med.*, 1990. 323:1173-77.

zando el 40 por cien en algunas prácticas de determinadas instituciones. Si esto fuera cierto los gastos en sanidad en EEUU podrían ser recortados aproximadamente 100 billones de dólares, sin considerar el posible perjuicio a las personas según un reciente artículo de C. E. Phelps 1993 en el *New England Journal of Medicine*.<sup>4</sup>

Dado lo reducido del tiempo de la intervención, no se puede entrar aquí en el concepto de coste-efectividad de la práctica clínica, aspecto sobre el que nuestro grupo está desarrollando una línea de investigación, únicamente destacar que en el futuro tendrá una importancia capital en la planificación sanitaria.

El otro aspecto que me gustaría tratar, para finalizar, es el concepto de mejora continuada de calidad.

En este sentido los expertos consultados en el estudio Delphi coinciden en afirmar que la mejora continuada de la calidad definirá la cultura de la organización.

En la actualidad todos los expertos están de acuerdo en la necesidad de aplicar las técnicas de la ciencia de la gestión de la calidad en los servicios de salud.

Si bien esta cultura de la organización es un aspecto fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, hay que asociarlo con la metodología de evaluación y las herramientas estadísticas y de trabajo en grupo. Es decir, hay que conjugar los aspectos que hacen referencia al factor humano y la cultura de la organización con la “cultura tecnológica”, los instrumentos de evaluación y la mejora de los procesos.

Debemos, en este sentido, diferenciar lo que es la calidad de la asistencia sanitaria, *en abstracto*, donde influirán fundamentalmente aspectos culturales y de percepción, de la calidad de los procesos de producción de servicios.

La filosofía o cultura que inspira el concepto de mejora de la calidad ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los pacientes.

En la actualidad es un error concebir la dirección de los servicios de salud únicamente hacia la consecución de alta tecnología médica, profesionales muy cualificados y especializados y sistemas logísticos para dar soporte únicamente a la actividad médico-sanitaria, ocupándose de los pacientes de manera secundaria. Lamentablemente aún se escuchan opiniones en este sentido por parte de máximos responsables de la Administración sanitaria.

Nosotros pensamos que cuanto más se tenga en consideración la opinión de los pacientes o consumidores mejor será la calidad de los servicios de salud que se presten.

---

<sup>4</sup> Phelps, C. E.: “The methodologic Foundation of studies of the appropriateness of Medical Care”. *N. Engl. J. Med.* 1993. 329, 17:1241-45.