

II. CÁNDIDO EN EL PAÍS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD*

Avedis Donabedian

INTRODUCCIÓN

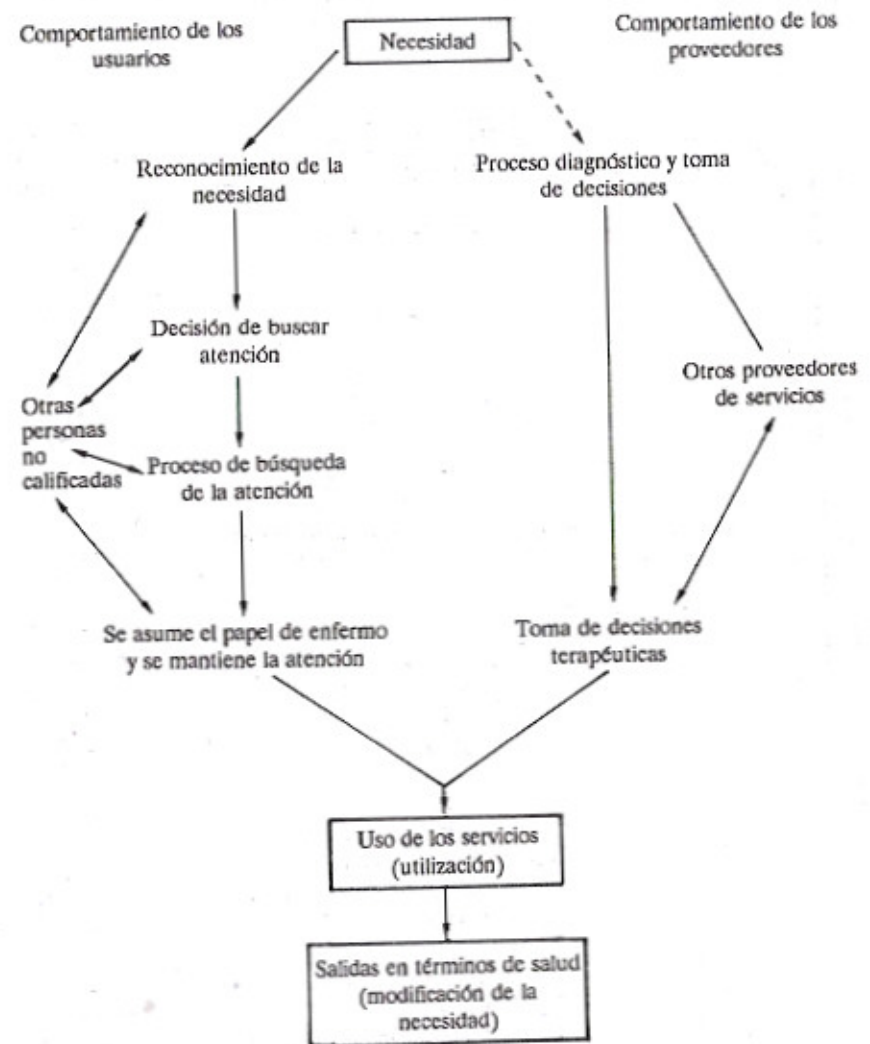
MIENTRAS crecemos, nuestros padres nos parecen omnipotentes, omniscientes. Mucho después de haber alcanzado la edad adulta, aquellos de nosotros que somos buenos hijos, merced al amor filial, seguimos atribuyendo a nuestros padres virtudes que tal vez no poseen pero en las que nosotros todavía creemos. Supongo que fue por algo en este talante que Julio Frenk me pidió que revisara el alcance de la investigación en servicios de salud en años recientes, como para decirles a ustedes qué es lo que sabemos y qué no: una tarea imposible, predestinada a un fracaso burlesco. ¿Por qué entonces habría yo de intentarlo? Que arroje la primera piedra aquel que nunca se haya escarnecido a sí mismo por los que ama. Permítanme tan sólo conservar algún jirón de autoestima al ofrecerles una visión muy personal, impresionista, incompleta, distorsionada incluso. Permítanme también hablar no tanto de los detalles como de algunos desarrollos globales recientes, desarrollos que hasta cierto punto están basados en la investigación. También quisiera sugerir algunas líneas de investigación para el futuro.

ESTRUCTURA GENERAL

Al intentar una exposición de este tipo, el primer requisito es encontrar un sistema de organización: otra tarea imposible, ya que todo está en movimiento simultáneo, y cada momento influye sobre todos los demás, de modo que nunca se sabe dónde empezar y cómo terminar. Permítanme pedirles que se imaginen a una persona viajando por el mundo de la atención a la salud. En principio, esta persona experimentará una necesidad de atención para su salud; posteriormente tal vez reconozca su necesidad y posiblemente busque ayuda, y uno espera que establezca contacto con alguien que preste servicios de salud, probablemente un médico. El médico, por su parte, debe encontrar qué es lo que anda mal, decidir qué debe hacerse, y, con la participación del paciente, proceder tan sabia y hábilmente como le sea posible. El resultado es, en primer lugar, el uso de los utensilios y servicios para la atención de la salud, y, en segundo lugar, uno supone,

* Este capítulo apareció publicado inicialmente en la revista *Salud Pública de México*, vol. 29, núm. 6, noviembre-diciembre, 1987, pp. 520-530. Se reproduce con autorización.

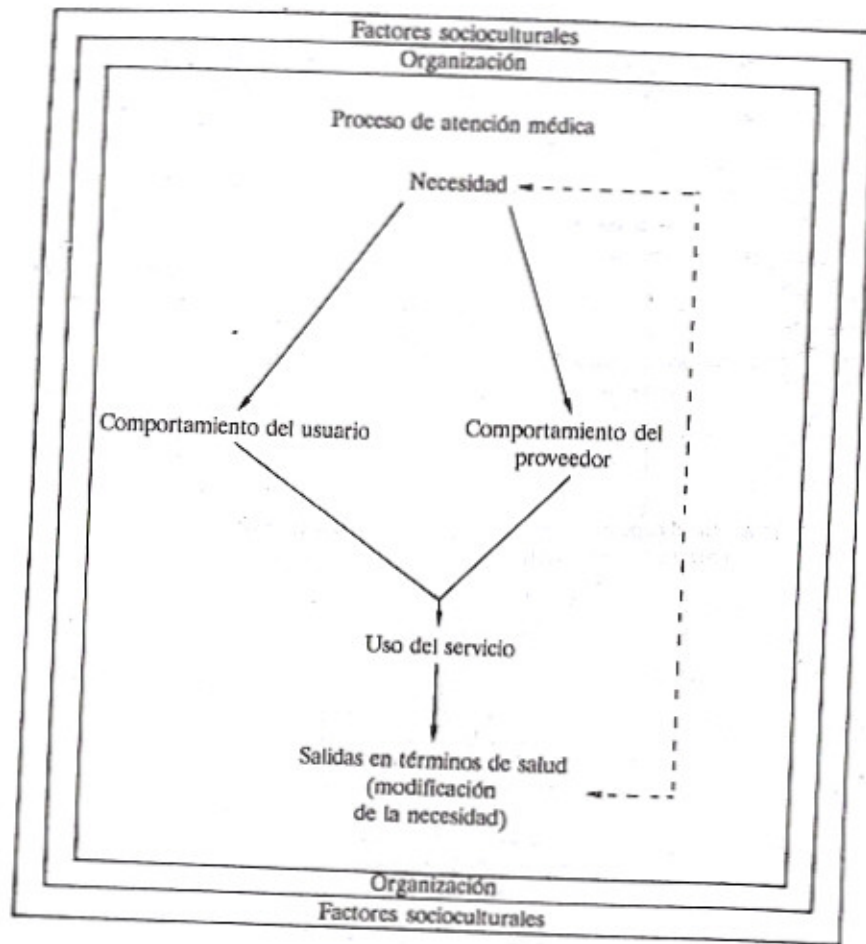
una mejoría en la salud que puede atribuirse a dicha atención. Esto es lo que he llamado un modelo del "proceso de atención médica" (gráfica II.1).



GRÁFICA II.1. Un modelo del proceso de atención a la salud

Éste es un proceso que toma una variedad de caminos y conduce a muchos destinos posibles. En esta ocasión lo usaré como un vehículo para nuestro viaje hacia el mundo de la investigación.

Antes de iniciar este viaje debemos reconocer que muchos factores del ambiente influyen en el proceso de la atención médica (gráfica II.2), y que gran parte de la investigación en servicios de salud se interesa en encontrar los



GRÁFICA II.2. El proceso de atención a la salud y su contexto

factores que influyen en ese proceso, las coyunturas críticas en las que se desarrolla y las formas en que se lleva a cabo. Sin ese conocimiento no podemos guiar el proceso de atención a lo largo de caminos que conduzcan a las consecuencias que pretendemos.

Más directamente, estamos interesados en el financiamiento, organización, producción y distribución de los servicios de salud. Un poco más remotamente, debemos considerar también otras características del ambiente de la atención a la salud: físicas, políticas, socioeconómicas, culturales, etc. Finalmente, todos los aspectos del proceso de la atención médica, y todas las formas en las que se ve afectado por su ambiente, son sujetos de evaluación mediante el uso de principios tales como la accesibilidad, productividad y eficiencia de varios tipos, calidad y equidad.

El usar un sistema como éste para estructurar mi presentación de una manera rigurosa daría como resultado un discurso interminable, tedioso e insoportable, por lo que me permitiré tomar atajos, aprovechando algunas agrupaciones naturales para trazar mis viñetas.

NECESIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Mi historia comienza con la necesidad de cuidado a la salud, que es donde se inicia el proceso de atención médica. No obstante, sabemos también que dicho proceso termina con una modificación de la necesidad. De modo que, desde el comienzo, encontramos una interesante conjunción. Tenemos en nuestras manos el principio y el final de este notable listado que es la atención a la salud. Hablamos al mismo tiempo de causas y de consecuencias.

Los cambios reales o esperados en la salud son los determinantes de la atención. Debemos conocerlos para poder establecer prioridades y planear ya sea para pacientes individuales, para los pacientes de una institución o para toda una comunidad. Al mismo tiempo, empleamos los cambios en la salud atribuibles a una atención previa para evaluar el fracaso o el éxito de nuestros esfuerzos (Donabedian, 1973: 61-192).

El estudio de la naturaleza, magnitud y distribución de la enfermedad real o de sus perspectivas y de los factores que influyen en ella, es la materia propia de la epidemiología, así que no diré más al respecto, sólo que la epidemiología es una de las ciencias básicas para planear y administrar la atención de la salud.

Muy próxima a la investigación sobre los servicios de salud, como habitualmente la entendemos, está la medición del estado de salud (Fanshel y Bush, 1970; Sullivan, 1971; Breslow, 1972). A este respecto, hemos visto un notable progreso en años recientes, de manera que ahora contamos con numerosos parámetros, razonablemente estandarizados, listos para ser aprovechados en la planeación y la evaluación (Kaplan, Bush y Berry, 1976; Katz y Akpom, 1976; Bergner y col.,

1978; Brook y cols., 1979; Stewart, Ware y Brook, 1981; Hunt y cols., 1980). La propiedad fundamental de estos parámetros es que representan el estado de salud como un conjunto de funciones en las esferas física, psicológica y social. El grado de daño funcional representa el grado de salud deficiente, mientras que el grado de no-daño representa su complemento, que es la salud.

Si uno examina una población entera, se puede representar su salud como una distribución de frecuencia de los estados de salud organizados en una jerarquía de categorías mutuamente excluyentes que van de la función perfecta a la casi total pérdida de la función, ya en el umbral de la muerte (Fanshel y Bush, 1970). El impacto de la muerte, en sí mismo, también se puede considerar empleando tasas de muerte específicas por edad y tasas específicas por edad para cada uno de los estados funcionales, en forma de una tabla de vida. Ésta mostrará la expectativa, a cualquier edad dada, de años de vida en cada uno de los diversos estados funcionales. Este perfil de expectativa representa la salud de una población en cualquier momento. Lo que se nos ha escapado hasta ahora es una forma de otorgar cierto peso a los diversos estados funcionales, de manera que puedan ser aprovechados para obtener un solo número que represente ya sea la salud o la enfermedad. Existen caminos bien establecidos para asignar dichos pesos, pero su validez es materia de tórridos debates (Fanshel y Bush, 1970; Blischke, Bush y Kaplan, 1975; Torrence, 1986; Kaplan, Bush y Berry, 1979; Ware y cols., 1981).

Paralelo al interés en el empleo de mediciones del estado de salud para representar tanto las necesidades de atención como los logros, ha existido un interés, quizá una preocupación, por balancear costos contra beneficios. Así, hemos visto numerosos adelantos en el estudio de las relaciones costo-efecto y costo-beneficio: adelantos en la teoría subyacente, en los métodos y en la documentación de la realidad (Warner y Luce, 1982). Los años libres de alteraciones funcionales más el equivalente a esos años durante el tiempo en el que existe la alteración nos dan una medida del efecto. Por desgracia, como mencioné con anterioridad, aún no podemos ponernos de acuerdo sobre cómo asignar equivalentes. Y cuando intentamos convertir las medidas del efecto en su equivalente en dinero nos topamos con otra dificultad: cómo asignarle un valor monetario a la pérdida de la vida y la función. Lo que se acostumbra hacer es representar la pérdida de la vida y la función como una pérdida de salario por la incapacidad para trabajar. No todo mundo está de acuerdo (Hodgson y Meiners, 1982).

Otro avance importante en la medición del estado de salud es su empleo para caracterizar los casos tratados por instituciones. Las características de los casos representan las "entradas" a la atención, lo mismo en tiempos que en otros recursos, mientras que los casos tratados representan el "producto" de la atención institucional. Por consiguiente, se argumenta que la mejor manera de reembolsar a las instituciones es pagando por caso, luego de tomar en cuenta las variaciones en las características de dichos casos. Además, éste es un método de

reembolso que estimula la eficiencia en la atención, ya que el pago no se basa en lo que se hace por los pacientes, sino en la alta de un paciente que ya no necesita los servicios de la institución.

Ocioso es mencionarlo, la estandarización de la composición o la mezcla de los casos es una base no sólo para el reembolso por caso, sino también para una organización flexible y otras adecuaciones de los recursos, para medir la productividad y aprovechar los resultados en la evaluación de la calidad. Así, en Estados Unidos por lo menos, hemos sido testigos de una gran efusión de esfuerzo e ingenio para desarrollar, aprobar y mercantilizar las mediciones de severidad, progresión, complejidad, costos y demás (Ware y cols., 1981; Warner y Luce, 1982; Hodgson y Meiners, 1982; Hornbrook, 1982, 1982a; Schoonhoven y cols., 1980; Gonnella, Hornbrook y Louis, 1984; Brewster y cols., 1985). El sistema DRG (o Grupos Relacionados con Diagnósticos) es sólo uno de ellas (Mills y cols., 1976).

Existen por supuesto, diferencias importantes entre las diversas mediciones disponibles de la composición o mezcla de casos. Pero sin entrar en detalle, puede afirmarse, en general, que son tres cosas las que requerirían atención en el futuro. Primero, las categorías necesitan ser purificadas aún más, a fin de reducir las variaciones entre ellas. Segundo, se necesita un método de agregación de categorías, a partir de una base normativa más razonable que el método habitual de usar el costo promedio. Tercero, necesitamos mecanismos de ajuste para evaluar la calidad del producto, de manera que las reducciones de calidad no se enmasquen como mejoras en la productividad.

DEMANDA DE LOS USUARIOS

Trasladémonos ahora a esa parte del proceso de atención médica que se relaciona con la demanda de atención a la salud. Este segmento de mi modelo es, en sí mismo, divisible en dos partes: la de los clientes potenciales, y la del comportamiento de los prestadores del servicio. Se podría agregar un tercer elemento que es la integración de ambos.

Para empezar con los usuarios potenciales, podemos mencionar que durante mucho tiempo hemos sabido que la demanda de atención a la salud se origina no solamente en lo que los especialistas llaman "necesidad", sino en una interacción sutil y compleja de factores afectivos, cognoscitivos, volitivos, sociales, económicos, ecológicos y culturales. Existe por supuesto un vasto cuerpo de investigaciones (en gran medida obra de sociólogos, psicólogos sociales y antropólogos) que trata estos asuntos. Ni siquiera intentaré clasificar estos trabajos. Sólo mencionaré dos aspectos que me parecen de particular interés. El primero es el efecto de la distancia en el uso del servicio, y el segundo es el estudio de la elección de la fuente de atención.

El estudio del efecto de la distancia marca el ingreso del ecólogo y el geógrafo en el campo de la investigación y planeación de los servicios de salud. Encontramos que la distancia tiene un efecto sutil sobre el uso del servicio, inhibiendo el uso en su conjunto, pero de manera especial los servicios que se consideran menos útiles, más discrecionales. La distancia también afecta la localización y el comportamiento de los médicos; todos ellos parecen encontrarse influidos por la distancia al decidir si trasladarse o no, y a dónde; algunos de ellos tienen una mayor necesidad de establecerse cerca de hospitales y centros de concentraciones similares de tecnología (Donabedian, 1973:431-473; Shannon, Bashshur y Metzner, 1969).

Por supuesto, la distancia de las fuentes de atención es en sí contingente del número y tamaño de los hospitales, y de la disposición en general de los recursos de atención a la salud. Por lo tanto, el estudio de sus efectos, y los efectos de este fenómeno asociado, se convierten en el origen de una ciencia de planeación regional, de la cual nos queda mucho que aprender. Me referiré a este tema más adelante, cuando hable acerca de la producción de la atención a la salud.

También reconocemos que existen otros factores, además de la distancia, que influyen en la decisión de dónde buscar la atención. Con frecuencia se observa que se descartan recursos cercanos, dando preferencia a otros más ajenos (Bashshur, Shannon y Metzner, 1971). Puede ser que se desconozca la presencia del recurso más cercano, o que desanime a ciertas categorías de usuarios. Puede preferirse el recurso más remoto con base en su reputación o a un apego previo; o puede ser que el paciente sea conducido allá por una red compleja de lazos profesionales. En cualquier caso, la observación del viaje hacia la atención se convierte en una herramienta sutil para la investigación de los servicios de salud (Shannon, Skinner y Bashshur, 1973).

En Estados Unidos, el estudio de la elección se ha dirigido sobre todo, a la atención entre la práctica privada tradicional en el consultorio médico y la práctica de un grupo previamente pagado, cuando las dos alternativas se ofrecen juntas a la misma gente. Más recientemente, las opciones se han multiplicado en la medida en que se ha hecho accesible un mayor abanico de oportunidades, de manera que los estudios de elección tienen ahora más alternativas a considerar.

Resulta difícil resumir los resultados de estos estudios merced a que muchas de las particularidades de los planes individuales y de poblaciones específicas perturban los patrones subyacentes de elección que uno espera percibir. En conjunto, sin embargo, parece que la adhesión a un médico personal, con quien uno está satisfecho, aunada quizá a un desagrado por el cambio, protege al sistema tradicional de intromisiones potenciales. A veces las consideraciones ideológicas (como la lealtad con el sistema de empresa privada o con los sindicatos) influyen para resistir a los cambios. Pero, con mayor frecuencia, esto se hace sobre cimientos programáticos, basados en un balance entre lo que la gente percibe como sus necesidades, por un lado, y lo que considera características

propias de los programas alternativos, por el otro (Berki y Ashcraft; Mechanic, Weiss y Cleary, 1983; Merrill, Jackson y Revter, 1985). Se ha propuesto un modelo de diversas categorías de lo que se conoce como "vulnerabilidad", con el fin de clasificar las distintas consideraciones que participan en este balance (Bashshur y Metzner, 1970; Bice, 1975). Pero, si bien el acto de elección es racional, con frecuencia la percepción de las propias vulnerabilidades, y de las características del plan, está distorsionada, y con sorprendente frecuencia, la gente ni siquiera se entera de que tiene la posibilidad de elegir (Bashshur y Metzner, 1967).

DEMANDA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

Hasta ahora he hablado de las iniciativas que toma la gente para elegir una fuente de atención y usar los servicios de salud. La contribución de los prestadores de servicios en general y de los médicos en particular estuvo notablemente ausente en los modelos originales de utilización. En tiempos recientes no sólo hemos subsanado nuestro descuido inicial sino que incluso nos hemos obsesionado con este tema.

Los epidemiólogos han demostrado, una y otra vez, grandes variaciones en el uso de servicios al comparar países (Bunker, 1970; Vayda, 1973; McPherson y cols., 1982) o áreas menores dentro de los países (Lembke, 1952; Lewis, 1973; Wennberg y Gittelsohn, 1973; Griffith y cols., 1980), variaciones que no se explican por diferencias de edad, sexo o por la prevalencia de determinados padecimientos. Los análisis de áreas pequeñas gozan ahora de una popularidad casi maníaca; la dificultad estriba en explicar qué ocasiona la variación.

En años recientes, una parte considerable de la investigación económica se ha dedicado a demostrar que los médicos, como casi todas las personas que conocemos, responden a incentivos económicos. Entre otras cosas, con el fin de conservar sus ingresos, aumentan sus precios y/o incrementan sus servicios en la medida en que las circunstancias lo permiten (Gabel y Redisch, 1979). Sin embargo, aun los economistas reconocen, y algunas veces han sido capaces de comprobar, que las obligaciones de la profesión modifican el efecto de los incentivos económicos y se agregan a la variabilidad entre los demás factores que influyen en los prestadores de servicios.

Esta clase de fuentes de variabilidad se ha denominado "estilo de práctica" (Wennberg, 1984). Esto significa que incluso ignorando el efecto de los factores económicos, diversos médicos se han acostumbrado a diferentes procedimientos para manejar categorías específicas de pacientes, unos más eficientes que otros (Kaplan, Bush y Berry, 1976; Weinstein y Stason, 1977; Warner y Hutton, 1980; Bunker, Barnes y Mosteller, comps., 1977). Detrás de esta noción florece todavía otro campo de trabajo: el estudio de la toma de decisiones y la solución de problemas en la medicina clínica (Lusted, 1966, 1971; McNeil, Keeler y Adelstein,

1975; McNeil y cols., 1975; Weinstein y Fineberg, 1980). Encontramos aquí un desarrollo en dos partes. Una parte es empírica: se enfrenta a la manera en que los médicos, de hecho, toman decisiones clínicas. La otra es normativa: se enfrenta a modelos probabilísticos diseñados para alcanzar objetivos específicos, como son efectividad, eficiencia o algún otro criterio utilitario. Sobra decir que este cuerpo de trabajo es fundamental para la educación médica, el control de costos y para definir y observar la calidad de la atención.

DEMANDAS COMUNES DE LOS USUARIOS Y LOS MÉDICOS

La división que he hecho entre demandas del paciente y demandas del médico es ciertamente artificial. En la mayor parte de los casos, el uso de servicios es el resultado conjunto de lo que hacen los usuarios y lo que los médicos prescriben. Bajo esta categoría de acción conjunta existen varias áreas de investigación y desarrollo dignas de ser mencionadas.

Una de estas áreas, que ha ocupado en particular a los economistas, es el efecto de los seguros de salud y la introducción de variantes en esas prestaciones, especialmente los deducibles y los seguros compartidos (Donabedian, 1976). Aunque existen muchos estudios que podrían citarse, el más notable es el monumental experimento social dirigido por la Rand Corporation (Newhouse y cols., 1981). A partir de sus hallazgos y de los hallazgos de sus numerosos antecesores, podemos concluir que el seguro de salud incrementa el acceso a la atención, aumenta su volumen y enriquece su contenido; que el efecto es más marcado en poblaciones carentes hasta ahora de acceso y por condiciones que se perciben como menos urgentes o apremiantes, y que la conjunción de estos efectos diferenciables y del peso diferencial del financiamiento plantea serios problemas de equidad. El efecto de los deducibles y los seguros compartidos es la imagen en espejo de los efectos que produce la cobertura del seguro.

En parte por los efectos mencionados, y en parte por el alza de los precios, el seguro también aumenta los costos de la atención. Los efectos sobre la calidad están entremezclados, ya que algunos de los servicios añadidos en virtud del seguro son apropiados, y algunos son inapropiados o de poca eficiencia. Como es común en la investigación de los servicios de salud, ha sido muy difícil documentar los efectos sobre el estado de salud. En el lapso relativamente corto de su duración, el experimento Rand no pudo demostrar ninguna diferencia en las medidas del rendimiento funcional total; se encontraron algunas pequeñas variaciones en algunas medidas específicas (como en el control de la hipertensión), pero las diferencias fueron pequeñas y se limitaron a personas de alto riesgo en los grupos de bajos ingresos (Brook y cols., 1983).

La mayor parte de las investigaciones sobre la actuación de los grupos de pago previo, comparada con la de las formas tradicionales, está relacionada con los

estudios sobre el seguro (Klarman, 1963; Donabedian, 1969; Roemer y Shonick, 1973; Luft, 1980; Cunningham y Williamson, 1980). Además de una cobertura más amplia con una mayor variedad de servicios, incluyendo la atención en el consultorio, esta forma de práctica convierte a la organización formal en un elemento de la atención a la salud. Así podemos ver los efectos conjuntos del pago previo y la organización formal, con frecuencia sin poder discriminar sus contribuciones individuales.

Encontramos en general una reducción en los costos, en particular a través de un empleo más prudente del hospital, pero no existen evidencias que sugieran que más allá de la reducción inicial, la inflación subsecuente en el precio sea menos rápida (Newhouse y cols., 1985). Las prácticas ya establecidas de grupo con pago previo, orientadas al servicio, no parecen dañar —en todo caso parecen incrementar— la calidad del cuidado técnico, pero aún ignoramos si funcionarán así de bien las nuevas formas de práctica organizada, especialmente aquellas orientadas a la ganancia económica.

Los estudios de la práctica de grupo con pago previo, y los de grupos sin pago previo, también se han preocupado por la satisfacción, que se estudia a través del interrogatorio directo (Hulka y col., 1970; Ware y Snyder, 1975), así como indirectamente, a través de estudios de elección por usuarios y médicos, uso por parte de los usuarios de servicios fuera del plan, deserción de algún miembro y rotación del médico (Mechanic, Weiss y Cleary, 1983; Marquis, Davies y Ware, 1983; Hennelly y Boxerman, 1983; Wersinger y Sorensen, 1982; Ross, 1969; Prybil, 1971; Mick y cols., 1983).

En muchas encuestas se encontró repetidamente un patrón de satisfacción generalizada con la atención a la salud, tanto entre los pacientes como entre los médicos, y en sistemas de atención muy diversos. Una posible excepción son las quejas de los usuarios en cuanto al acceso y, sobre todo, al precio (Robert Wood Johnson Foundation, 1978; Aday, Andersen y Fleming, 1980; Andersen, Fleming y Champney, 1982; Health Insurance Association of America, 1984). Pero un examen cuidadoso de las opiniones muestra que la organización formal introduce un componente de estrés o tensión, particularmente cuando la organización es grande, y aún más cuando el pago previo es un componente adicional. Aunque las formas de insatisfacción varían enormemente, existe un patrón que sugiere que los pacientes perciben las prácticas de pago previo grandes como menos accesibles, menos personales y menos sensibles a las necesidades individuales (Freidson, 1961, 1973; Pope, 1978; Gray, 1980; Sorensen y Wersinger, 1980). Al mismo tiempo, los médicos encuentran a sus pacientes demasiado inclinados a consultarlos por razones triviales, demasiado exigentes y poco leales, en tanto que la organización coarta la autonomía del médico, reduce sus ingresos y daña su posición en la comunidad profesional (McElrath, 1961; Freidson y Mann, 1971; Freidson, 1975; Mechanic, 1975, 1976; Lichtenstein, 1984). De aquí se deduce que necesitamos crear y probar sistemas de

organización que sean "amables", a la vez que operen con eficiencia y calidad técnica.

Un elemento importante en el diseño de sistemas es la provisión de continuidad y coordinación en la atención. En años recientes, se han hecho varios intentos por definir y medir la continuidad, pero casi siempre se le asume como el grado en el cual la atención se concentra en una fuente o se dispersa entre varias, con o sin referencia. El significado funcional más profundo de continuidad, entendida como coherencia en los objetivos y procedimientos de la atención a la salud, parece haber sido pasado por alto (Bass y Windle, 1972; Shortell, 1976; Bice y Boxerman, 1977; Steinwachs, 1979; Rogers y Curtis, 1980; Eriksson y Mattsson, 1983; Fletcher y cols., 1984; Smedby y cols., 1984).

Sin embargo, la concentración de la atención en una fuente sigue siendo una característica importante del diseño. Sus efectos han sido objeto de algunas investigaciones, y merecen mayor atención. De lo que sabemos hasta ahora, parece que el hecho de tener una fuente central de atención conduce a un uso más racional de los recursos y a la satisfacción de los usuarios. Extrañamente, todavía no sabemos qué tan importante es el que la fuente central de atención sea un individuo identificable, en lugar de ser solamente una organización o una institución como totalidad. En general, la gente parece querer un vínculo más personalizado y estable (Pope, 1978; Gray, 1980; Hulka y cols., 1975; Donabedian, 1984; Breslau y Mortimer, 1981) y existe poca evidencia que sugiera que esto también añada calidad y eficacia a la atención (Koplin, Hutchinson y Johnson, 1959; Simon, 1959; Becker, Drachman y Kirsch, 1974; Starfield y cols., 1976; Dietrich y Marton, 1982). Por el contrario, no contamos con datos que sugieran que el hecho de que todos los miembros de una familia acudan a un solo médico sea mejor que el que cada miembro acuda a un médico diferente (Cartwright, 1967; San Agustín y cols., 1981). Esta conclusión no coincide con lo que uno esperaría, y solamente parece posible una explicación: que los médicos, en gran medida, todavía no saben cómo practicar la medicina familiar.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El siguiente de los pasos en torno a los cuales he organizado esta charla es la producción de servicios de atención a la salud, un fenómeno que es, a la vez, respuesta a la demanda y estímulo para ella.

Como podría preverse, una buena parte del pensamiento y la investigación económica se ha preocupado por definir el producto de los sistemas de atención a la salud, las instituciones y los médicos, y por la identificación de los factores que influyen sobre la productividad técnica y económica (Donabedian, 1973:246-321; Klarman, 1965; Bureau of Public Health Economics, 1962; Klarman, comp., 1970; Feldstein, 1967; Feldstein, 1983). Una porción de estos estudios ha mane-

jado modelos para la programación de pacientes y la asignación laboral de varias categorías de personal para incrementar productividad y reducir costos sin menoscabo de la calidad. El conjunto de investigaciones en la administración de servicios de salud es expresión de dichas preocupaciones (Warner, Holloway y Grassier, 1984). Como ya mencioné, los métodos para clasificar la composición o mezcla de los casos y medir al estado de salud también juegan un papel esencial.

De entre los muchos estudios de productividad, las investigaciones sobre la relación entre productividad y el tamaño de la unidad productiva son quizá las más interesantes (Feldstein, 1983:205, 213). En general, parece ser que a mayor tamaño ya no tienen efecto, o tienden a reducir la productividad.

Mientras más compleja es la tarea, se requiere un tamaño mayor para que la productividad sea óptima, de manera que los hospitales de referencia necesitan ser más grandes que los hospitales comunitarios, y los hospitales comunitarios más grandes que las prácticas de grupo.

Los hospitales de mayor tamaño también parecen proporcionar mejor atención en términos técnicos, pero esto no es atribuible al tamaño *per se*, sino a las habilidades y recursos que se asocian al tamaño. Sin embargo, parece que el volumen, es decir, la productividad repetida de un mismo servicio, en sí mismo se asocia con una menor letalidad en las intervenciones quirúrgicas y médicas más complejas (Rhee, 1976; Luft, Bunker y Enthoven, 1979; Luft, 1980; Flood y cols., 1984: partes 1 y 2).

El estudio de la relación entre el tamaño, por un lado, y la productividad y calidad, por el otro, debe ser complementado con un interés por los efectos del tamaño sobre la accesibilidad, la satisfacción del paciente y la satisfacción del personal que presta el servicio. El objetivo de la regionalización es balancear estos efectos en una composición o mezcla óptima. Los conceptos, los datos y los métodos requieren una conjunción de casi todos los tipos de investigación que he mencionado hasta ahora.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Finalmente, los juicios sobre la calidad acompañan constantemente todas las etapas del proceso de atención a la salud. Testimonio de ello es lo que ya he dicho sobre la atención, la eficiencia y eficacia de las decisiones clínicas, y la satisfacción del paciente (Donabedian, 1985, 1986). Aunque hay mucho todavía por investigar, creo que ya contamos con métodos suficientemente precisos como para evaluar la calidad con fines administrativos. Lo que necesitamos ahora, son los medios, el compromiso, la voluntad y la sabiduría para caminar hacia un futuro más luminoso.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, L.A., R. Andersen y G.V. Fleming (1980), *Health Care in the US: Equitable for Whom?* Beverly Hills: Sage Publications.
- Andersen, R.M., G.V. Fleming y T.F. Champney (1982), "Exploring a Paradox: Belief in a Crisis and General Satisfaction with Medical Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60: 329-354.
- Bashshur, R.L. y C.A. Metzner (1967), "Patterns of Social Differentiation Between Community Health Association and Blue Cross/Blue Shield", *Inquiry* 4: 23-44.
- , y C.A. Metzner (1970), "Vulnerability or Risk and Awareness of Dual Choice of Health Insurance Plan", *Health Services Research* 5: 106-113.
- , G.W. Shannon y C.A. Metzner (1971), "Some Ecological Differentials in the Use of Medical Services", *Health Services Research* 6: 61-75.
- Bass, R.D. y C. Windle (1972), "Continuity of Care: An Approach to Measurement", *American Journal of Psychiatry* 129: 110-115.
- Becker, M., R. Drachman y J. Kirsch (1974), "A Field Experiment to Evaluate Various Outcomes of Continuity of Physician Care", *American Journal of Public Health* 64: 1062-1070.
- Bergner, M., R.A. Bobitt, W. Carter y B.S. Gibson (1981), "The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure", *Medical Care* 19: 787-805.
- Berki, S.E. y M.L.F. Ashcraft, *HMO Enrollment: Who Joins What and Why: A Review of the Literature*.
- Bice, T.W. (1975), "Risk Vulnerability and Enrollment in Prepaid Group Practice", *Medical Care* 13: 698-703.
- , y S.B. Boxerman (1977), "A Quantitative Measure of Continuity of Care", *Medical Care* 15: 347-349.
- Blischke, W.R., J.Q. Bush y R.M. Kaplan (1975), "Successive Interval Analysis of Preference Measures in a Health Status Index", *Health Services Research* 10: 181-189.
- Breslau, N. y E.A. Mortimer (1981), "Seeing the Same Doctor; Determinants of Satisfaction with Specialty Care for Disabled Children", *Medical Care* 19: 741-758.
- Breslow, L.A. (1972), "A Quantitative Approach to the World Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-Being", *International Journal of Epidemiology* 1: 347-355.
- Brewster, A.C., B.G. Karlin, L.A. Hyde, C.M. Jacobs, R.C. Bradburg y Y.M. Chae (1985), "MEDISGRPS: A Clinically Based Approach to Classifying Hospital Patients at Admission", *Inquiry* 22: 377-387.
- Brook, R.H., J.E. Ware, A. Davies-Avery y col. (1979), "Overview of Adult Health Status Measures Fielded in Rand's Health Insurance Study", *Medical Care* 17: 1-131.
- Brook, R.H., J.E. Ware, W.H. Rogers y col. (1983), "Does Free Care Improve Adults' Health? Results from a Randomized Controlled Trial", *New England Journal of Medicine* 309: 1426-1434.
- Bunker, J.P. (1970), "Surgical Manpower: A Comparison of Operations and Surgeons in the United States and in England and Wales", *New England Journal of Medicine* 282: 35-144.
- Bunker, J.P., B.A. Barnes y F. Mosteller, comps. (1977), *Costs, Risks and Benefits of Surgery*, Nueva York: Oxford University Press.
- Bureau of Public Health Economics, The University of Michigan (1962), *The Economics of Health and Medical Care: Proceedings of the Conference on The Economics of Health and Medical Care, May 10-12*, Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan.
- Cartwright, A. (1967), *Patients and their Doctors: A Study of General Practice*, Nueva York: Atherton Press.
- Cunningham, F.C. y J.W. Williamson (1980), "How Does the Quality of Health Care in HOMs Compare to that in Other Settings? An Analytic Literature Review", *The Group Health Journal* 1: 4-25.
- Dietrich, A.J. y K.L. Marton (1982), "Does Continuous Care from a Physician Make a Difference?" *Journal of Family Practice* 15: 929-937.
- Donabedian, A. (1969), "An Evaluation of Prepaid Group Practice", *Inquiry* 6: 4-27.
- (1973), *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, núm. 1, pp. 246-321, 431-473. (Traducción al español *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, México: FCE, 1988.)
- (1976), *Benefits in Medical Care Programs*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- (1984), "El punto de vista de los pacientes sobre la calidad". En: Avedis Donabedian, *La calidad de la atención médica*, México: Prensa Médica Mexicana.
- (1986), "La investigación sobre la calidad de la atención médica", *Salud Pública de México*, vol. 28. núm. 3.
- (1985), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume III, The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press (publicación núm. 2).
- Eriksson, E.A. y L.G. Mattsson (1983), "Quantitative Measurement of Continuity of Care: Measures in Use and an Alternative Approach", *Medical Care* 21: 858-875.
- Fanshel, S. y J.W. Bush (1970), "A Health Status Index and Its Application to Health Services Outcomes", *Operations Research* 18: 1021-1060.

- Feldstein, M.S. (1967), *Economic Analysis of Health Service Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Services*, Amsterdam: North-Holland Publishing Co.
- Feldstein, P.J. (1983), *Health Care Economics*, Nueva York: John Wiley and Sons.
- Fletcher, R.H., M.S. O'Malley, S.W. Fletcher, J.A.L. Earp y J.P. Alexander (1984), "Measuring Continuity and Coordination of Medical Care in a System Involving Multiple Providers", *Medical Care* 22: 403-411.
- Flood, A.B., W.R. Scott y W. Ewy (1984), "Does Practice Make Perfect? Part I: The Relation Between Hospital Volume and Outcomes for Selected Diagnostic Categories", *Medical Care* 22: [98-114], [115-125].
- , W.R. Scott, W.R. y W. Ewy (1984), "Does Practice Make Perfect? Part II: The Relation between Volume and other Hospital Characteristics", *Medical Care* 22: 115-125.
- Freidson, E. (1961), *Patient's Views of Medical Practice*, Nueva York: Russell Sage Foundation.
- (1973), "Prepaid Group Practice and the 'New Demanding Patient' ", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 51: 473-448.
- (1975), *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*, Nueva York: Elsevier.
- , y J.H. Mann (1971), "Organizational Dimensions of Large-Scale Group Practice", *American Journal of Public Health* 61: 786-795.
- Gabel, J.R. y M.A. Redisch (1979), "Alternative Physician Payment Methods: Incentive, Efficiency, National Health Insurance", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 58: 38-59.
- Gonnella, J.S., M.C. Hornbrook y D.Z. Louis (1984), "Staging of Disease: A Case-Mix Measurement", *JAMA* 251:637-644.
- Gray, L.C. (1980), "Consumer Satisfaction with Physician Provide: A Panel Study", *Social Science and Medicine* 144: 65-73.
- Griffith, J.R., J.D. Restuccia, P.J. Tedeschi, P.A. Wilson y H.S. Zuckerman (1980), "Measuring Community Hospital Services in Michigan", *Health Services Research* 16: 135-160.
- Health Insurance Association of America (1984), *Health and Health Insurance: The Public's View*, Washington, D.C.: Health Insurance Association of America.
- Hennelly, V.D. y S.B. Boxerman (1983), "Out-of-Plan Use and Disenrollment: Outgrowth of Dissatisfaction with a Prepaid Group Plan", *Medical Care* 21: 348-359.
- Hodgson, T.A. y M.R. Meiners (1982), "Cost of Illness Methodology: A Guide to Current Practice and Procedures", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60: 429-462.
- Hornbrook, M.C. (1982), "Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement and Use. Part I: The Conceptual Framework", *Medical Care Review* 39: 1-43.

- Hornbrook, M.C. (1982), "Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement and Use. Part II: Review of Alternative Measures", *Medical Care Review* 39: 73-123.
- Hulka, B.S., L.L. Kupper, M.B. Daly, J.C. Cassel y F. Schoen (1975), "Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care: A Community Perspective", *Medical Care* 13: 648-658.
- , S.J. Zyzanski, J.C. Cassel y S.J. Thompson (1970) "Scale for Measurement of Attitudes Toward Physicians and Primary Medical Care", *Medical Care* 8: 429-435.
- Hunt, S.M., S.P. McKenna, J. McEwen, E.M. Backett, J. Williams y E. Papp (1980), "A Quantitative Approach to Perceived Health Status: A Validation Study", *Journal of Epidemiology and Community Health* 34: 281-286.
- Kaplan, R.M., J.W. Bush y C.C. Berry (1976), "Health Status: Types of Validity and the Index of Well-Being", *Health Services Research* 11: 478-507.
- , J.W. Bush y C.C. Berry (1979), "Health Status Index: Category Rating versus Magnitude Estimation for Measuring Levels of Well-Being", *Medical Care* 17: 501-523.
- Katz, S., C.C. Akpom (1976), "A Measure of Primary Sociobiological Functions", *International Journal of Health Services* 6: 493-507.
- Klarman, A.E. (1963), "Effect of Prepaid Group Practice on Hospital Use", *Public Health Reports* 78: 955-965.
- Klarman, H. (1965), *The Economics of Health*, Nueva York: Colombia University Press.
- Klarman, H.E. (comp.) (1970), *Empirical Studies in Health Economics of Health*, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Press.
- Koplin, A.V., R. Hutchinson y B.K. Johnson (1959), "Influence of a Managing Physician on Multiple Hospital Admissions", *American Journal of Public Health* 49: 1174-1180.
- Lembeke, P.A. (1952), "Measuring the Quality of Medical Care Through Vital Statistics Based on Hospital Service Area: 1. Comparative Study of Appendectomy Rates", *American Journal of Public Health* 42: 276-286.
- Lewis, C. (1973), "Variations in the Incidence of Surgery", *New England Journal of Medicine* 281: 880-884.
- Lichtenstein, R.L. (1984), "The Job Satisfaction and Retention of Physicians in Organized Settings: A Literature Review", *Medical Care Review* 41: 139-179.
- Luft, H.S. (1980), "The Relation Between Surgical Volume and Mortality: An Exploration of Casual and Alternative Models", *Medical Care* 18: 940-959.
- (1980), "Assessing the Evidence of HMO", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 58: 501-536.
- , J.P. Bunker y A.C. Enthoven (1979), "Should Operations be Regionalized? The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality", *New England Journal of Medicine* 301: 1364-1369.

- Lusted, L.B. (1966), *Introduction to Medical Decision Making*, Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- (1971), "Decision-Making Studies in Patient Management", *New England Journal of Medicine* 284: 416-424.
- Marquis, M.S., A.R. Davies y J.E. Ware (1983), "Patient Satisfaction and Change in Medical Care Provider: A Longitudinal Study", *Medical Care* 21: 348-359.
- McElrath, D.C. 1961. "Perspective and Participation of Physicians in Prepaid Group Practice", *American Sociological Review* 26: 596-607.
- McNeil, B.J., E. Keeler y S.J. Adelstein (1975), "Primer on Certain Elements of Medical Decision Making", *New England Journal of Medicine* 293: 211-215.
- , P.D. Varady, B.A. Burrows y S.J. Adelstein (1975), "Measures of Clinical Efficacy: Cost Effectiveness Calculations in the Diagnosis and Treatment of Hypertensive Renovascular Disease", *New England Journal of Medicine* 293: 216-221.
- McPherson, L., J.E. Wennberg, O.B. Hovind y P. Clifford (1982), "Small-Area Variations in the Use of Common Procedures: An International Comparison of New England and Norway", *New England Journal of Medicine* 307: 1310-1314.
- Mechanic, D. (1975), "The Organization of Medical Practice and Practice Orientation Among Physicians in Prepaid and Nonprepaid Primary Care Settings", *Medical Care* 13: 189-204.
- (1976), "Conflicts in the Roles of Bureaucratic Physicians". En: Mechanic, D. *The Growth of Bureaucratic Medicine*, Nueva York: John Wiley and Sons.
- Mechanic, E., N. Weiss y P.D. Cleary (1983), "The Growth of HMOs: Issues of Enrollment and Disenrollment", *Medical Care* 21: 338-347.
- Merrill, J., C. Jackson y J. Revter (1985), "Factors that Affect the HMO Enrollment Decision: A Tale of Two Cities", *Inquiry* 22: 388-395.
- Mick, S.S., S. Sussman, L. Anderson-Selling y col. (1983), "Physician Turnover in Eight New England Prepaid Group Practices: An Analysis", *Medical Care* 21: 323-337.
- Mills, R., R.B. Fetter, D.C. Riedel y R. Averill (1976), "AUTOGRP: An Interactive Computer System for the Analysis of Health Care Data", *Medical Care* 14: 603-615.
- Newhouse, J.P., W.G. Manning, C.N. Morris y col. (1981), "Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance", *New England Journal of Medicine* 305: 1501-1507.
- , W.B. Schwartz, A.P. Williams y C. Westburger (1985), *Are Fee-for-Service Costs Increasing Faster than HMO Costs? A Rand Note*, Santa Mónica, California: The Rand Corporation.
- Pope, C.R. (1978), "Consumer Satisfaction in a Health Maintenance Organization", *Journal of Health and Social Behavior* 19: 291-303.
- Prybil, L. (1971), "Physician Terminations in Large Multi-Specialty Groups", *Medical Group Management* 18: 4-25.

- Rhee, S.O. (1976), "Factors Determining the Quality of Physician Performance in Patient Care", *Medical Care* 14: 733-750.
- Robert Wood Johnson Foundation (1978), *American Health Care System: A Comprehensive Portrait*, Princeton, Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.
- Roemer, M.I. y W. Shonick (1973), "HMO Performance: The Recent Evidence", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 51: 271-317.
- Rogers, J. y P. Curtis (1980), "The Concept and Measurement of Continuity in Primary Care", *American Journal of Public Health* 70: 22-127.
- Ross, A. (1969), "A Report on Physician Terminations in Group Practice", *Medical Group Management* 16: 15-21.
- San Agustin, M., V.W. Sidel, D.L. Drossness, H. Kelman, H. Levine y T. Stevens (1981), "A Controlled Clinical Trial of 'Family Care' Compared with 'Child-Only Care' in the Comprehensive Care of Children", *Medical Care* 19: 202-222.
- Schoonhoven, C.B., W.R. Scott, A.B. Flood y W.H. Forrest (1980), "Measuring the Complexity and Uncertainty of Surgery and Postsurgical Care", *Medical Care* 18: 893-915.
- Shannon, G.W., R.L. Bashshur y C.A. Metzner (1969), "The Concept of Distance as a Factor in Accessibility and Utilization of Health Care", *Medical Care Review* 26: 143-161.
- , J.L. Skinner y R.L. Bashshur (1973), "Time and Distance: the Journey for Medical Care", *International Journal of Health Services* 3: 237-243.
- Shortell, S.M. (1976), "Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement", *Medical Care* 14: 377-391.
- Simon, A.J. (1959), "Social Structure of Clinics and Patient Improvement", *Administrative Science Quarterly* 4: 197-206.
- Smedby, B., O. Smedby, E.A. Eriksson, L.G. Mattson y A. Lindgren (1984), "Continuity of Care: An Application of Visit-Based Measures", *Medical Care* 22: 676-685.
- Sorensen, A.A. y R.P. Wersinger (1980), "Aspects of Member Satisfaction Under Two Types of Delivery System: A Comparison of Prepaid Group Practice HMO Members and a Blue Cross/Blue Shield Matched Control Group", *The Group Health Journal* 1: 33-41.
- Starfield, B.H., D.W. Simborg, S.D. Horn y S.A. Yourtee (1976), "Continuity and Coordination in Primary Care: Their Achievement and Utility", *Medical Care* 14: 625-636.
- Steinwachs, D.M. (1979), "Measuring Provider Continuity in Ambulatory Care: An Assessment of Alternative Approaches", *Medical Care* 17: 551-565.
- Stewart, A.L., J.E. Ware y R.H. Brook (1981), "Advances in the Measurement of Functional Status. Construction of Aggregate Indexes", *Medical Care* 19: 473-488.
- Sullivan, D.F. (1971), "A Single Index of Mortality and Morbidity", *Health Reports* 86: 347-354.

- Torrence, G.W. (1986), "Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal: A Review", *Journal of Health Economics* 5: 1-30.
- Vayda, E. (1973), "A Comparison of Surgical Rates in Canada and in England and Wales", *New England Journal of Medicine* 289: 1224-1229.
- Ware, J.E., R.H. Brook, A.R. Davies y K.N. Lohr (1981), "Choosing Measures of Health Status for Individuals in General Populations", *American Journal of Public Health* 73: 620-625.
- , y M.K. Snyder (1975), "Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services", *Medical Care* 13: 669-682.
- Warner, D.M., D.C. Holloway y K.L. Grassier (1984), *Decision Making and Control for Health Administration: The Management of Quantitative Analysis*, 2a. edición, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Warner, K.E. y R.C. Hutton (1980), "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care: Growth and Composition of the Literature", *Medical Care* 18: 1069-1084.
- , y B.R. Luce (1982), *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press: 59-115. (Traducción al español *Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud*, México: FCE/SSA, en prensa.)
- Weinstein, M.C. y H.V. Fineberg (1980), *Clinical Decision Analysis*, Filadelfia: W.B. Saunders.
- , y W.B. Stason (1977), "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices", *New England Journal of Medicine* 296: 716-721.
- Wennberg, J.E. (1984), "Dealing with Medical Practice Variations: A Proposal for Action", *Health Affairs* 3: 6-32.
- Wennberg, J. y A. Gittelsohn (1973), "Small Area Variations in Health Care Delivery", *Science* 182: 1102-1108.
- Wersinger, R.P. y A.A. Sorensen (1982), "Demographic Characteristics and Prior Utilization Experience of HMO Disenrollees Compared with Total Membership". *Medical Care* 20: 1188-1196.