

DESAJUSTES EN EL MERCADO SANITARIO

Oferta, demanda y calidad de atención médica

La no adecuación entre el tamaño de la oferta y el de la demanda en salud es causante de mala calidad de atención e incremento del gasto, por forzar la atención de los pacientes en servicios inadecuados a las necesidades de las patologías que presentan



Siempre que se trata de abordar los diversos factores causales de los defectos en la calidad de la atención médica, surgen, entre otros, la falta de normativas, una deficiente capacitación de los recursos humanos, la no observancia de la evidencia médica en diagnóstico y tratamiento, la falta de compromiso con la calidad, los eventos adversos, etc. Sin embargo, hay uno que no siempre es considerado: nos referimos al grado de adecuación entre oferta y demanda. En este trabajo se tratará de demostrar que el desajuste entre estos dos componentes del mercado es uno de ellos, que además acarrea múltiples consecuencias en términos de calidad, gasto e insatisfacción. Las interrelaciones entre oferta y demanda suelen ser mucho más complejas de lo que aparentan, cosa que se agudiza aún más en un mercado imperfecto como el de la salud.

En efecto, es típico afirmar que, a diferencia de lo que sucede en otros, en el mercado sanitario la oferta llega a condicionar, e incluso ser causa de la demanda. Para comprobarlo, no hay más que ver cómo aparece demanda por todo nuevo servicio a partir de su puesta en



ESCRIBE

Ricardo A. Otero

Médico (UBA, 1968);
Auditor Médico (SADAM, 1985); Especialista
en Economía y Gestión de Salud (ISALUD, 2001);
Magister en Dirección y Gestión de Servicios de Salud,
OISS - Universidad de Alcalá, 2005.
Coordinador Técnico del ITAES.

marcha, aún cuando no brinde prestaciones de avanzada científica. Al mismo tiempo, sus similares siguen manteniendo el mismo nivel en términos de carga de trabajo. Es decir, cada nuevo servicio médico logra aumentar la demanda global, sin reemplazar a los que ya estaban disponibles. Por otro lado, de tratarse de una nueva prestación se llega, incluso, a modificar la conducta prescriptiva de los profesionales sin que exista necesariamente una relación directa con la evidencia médica existente acerca de la efectividad del nuevo procedimiento, tecnología o medicamento disponible.

Desde el punto de vista teórico, las necesidades en atención médica de una población dependen de factores tales como sus características étnicas, genéticohereditarias, epidemiológicas, nivel de vida, costumbres, cultura y hasta religión, a los que se suma el o los riesgos a los que eventualmente se vea expuesta.

Por otra parte, hay patologías para cuya resolución sólo se requiere de tecnología simple y de bajo costo, mientras que otras, más complejas y de las que probablemente se tengan conocimientos científicos mucho menos profundos, necesiten de otras técnicas, más sofisticadas y caras.

Las primeras, mucho más frecuentes, forman la base de una pirámide (figura 1) que podría servir para graficar las necesidades asistenciales de la población. En ésta, a medida que se asciende en el nivel de complejidad de las patologías, se reduce el número de casos afectados. Si ésta es la "forma" que adoptan las necesidades en materia de atención médica o, dicho en otras palabras, de la demanda de atención en relación a la complejidad requerida por las diversas enfermedades, sería lógico pensar que la "oferta" prestacional, esto es, los servicios puestos a disposición de dicha población para la solución de sus problemas adoptase una similar configuración (figura 2). En este caso el número de establecimientos asistenciales disponibles reemplaza al número

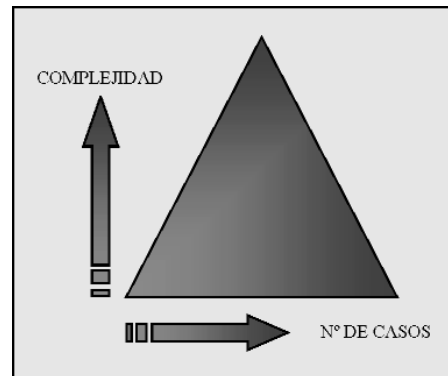


Figura 1. Necesidades en Atención Médica

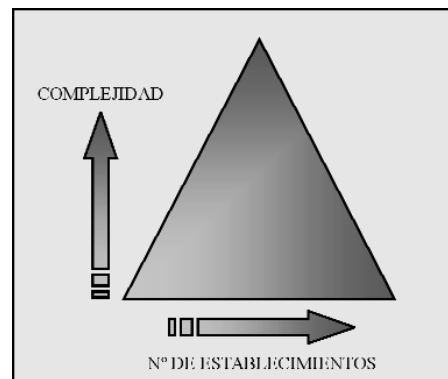


Figura 2. Oferta de Atención Médica

de casos bajo riesgo. Claramente se observa que si quisiéramos, podríamos superponer ambas figuras, de modo que coincidieran perfectamente.

Pero ¿sucede esto en la realidad? ¿Está la oferta -redes de servicios asistenciales- planificada sobre la base de estudios epidemiológicos de modo de responder punto por punto a las necesidades? La respuesta, lamentablemente, es no.

Es posible que a nivel público y en ciertas jurisdicciones se hayan tomado en cuenta algunos de los aspectos mencionados, pero ello no sucede en absoluto en las

llamadas redes privadas ². Por el contrario, en estas últimas lo habitual es que estén formadas por un grupo de establecimientos reunidos y relacionados más o menos estrechamente con el fin de satisfacer un convenio con la seguridad social. Resuelto éste, la "red" desaparece. Entonces, esta oferta presenta, por lo general, una estructura cuya representación gráfica responde más a un tonel que a una pirámide (figura 3, donde el "tonel" ha sido reemplazado por un hexágono, más simple en términos gráficos). Esto es debido a que estas formas organizativas frecuentemente carecen de la suficiente oferta en los extremos (de baja y de alta complejidad) mientras que el centro, la mediana complejidad, se halla superpoblada.

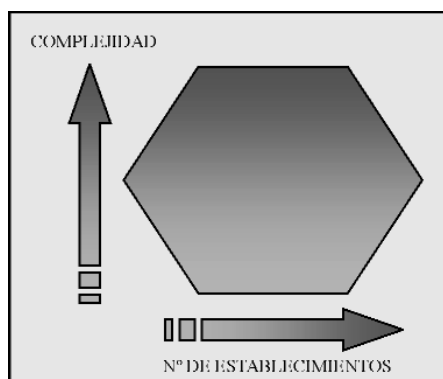


Figura 3. "Red" habitual

El hecho de que las redes habitualmente carezcan o cuenten con poca oferta en el vértice no es debido a que en la Argentina no existan servicios de alta complejidad. En la realidad sucede todo lo contrario: este nivel dispone, salvo en algún tipo de servicios muy sofisticado, de una oferta muy abundante. Por otra parte, esta oferta se concentra en los grandes núcleos urbanos. Lo que sucede es que se las contrata con la estructura descrita de manera de poder establecer convenios por separado con otras, exclusivamente de alta complejidad. El resultado es que pueden aparecer dificultades en el acceso por errores en la coordinación entre la mediana y la alta complejidad, por lo general a cargo de los financiadores o sus gerencadoras. Por lo expuesto, en todo lo referido a continuación, deberá tenerse en cuenta esta circunstancia.

Hemos establecido que existen diferencias estructurales entre oferta y demanda. Pero debemos tener en cuenta que, independientemente de que el diseño de la oferta no la satisfaga, la pirámide de necesidad sigue existiendo ¿Qué sucede entonces, cuando se encuentran estas dos realidades?.

En la figura 4, en la que se ha superpuesto el tonel oferta a la pirámide demanda, (eliminando los colores para mayor claridad) se evidencia de manera gráfica la respuesta a esta pregunta: se produce una incongruencia entre la oferta y la demanda, puesta de manifiesto por ciertas áreas en las que se observa que la demanda queda insatisfecha, superando a la oferta (áreas A y B, de la figura 4), mientras que en otras (C) es la oferta la insatisfecha y la que supera a la demanda. También se observan que hay dos tipos diferentes de áreas de insatisfacción de la demanda: la de la baja complejidad (áreas A) y la de la alta complejidad (área B). El comportamiento del mercado en cada caso traerá aparejadas consecuencias diferentes para el sistema de salud.

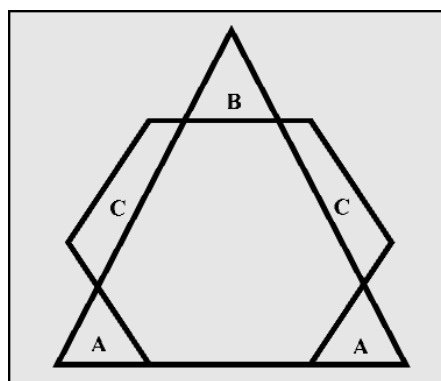


Figura 4. Oferta y demanda insatisfechas

Hemos alcanzado un punto en el que las preguntas que surgen son ¿qué sucede entonces? ¿Las poblaciones

cuyas necesidades quedan "fuera" del tonel de la oferta no son asistidas? ¿La oferta que sobrepasa la demanda desaparece del mercado de salud, como sucedería teóricamente en otros? De ninguna manera. Estos pacientes son asistidos de todos modos, pero a costa de la

² Incluso la implementación y desarrollo de los servicios públicos está muy frecuentemente determinada por razones más o menos alejadas de la necesidad asistencial.

calidad de atención que reciben, al mismo tiempo en que se incrementan los costos de la salud. A fin de lograr mayor claridad explicativa, nos referiremos a cada área por separado.

PRIMERA SITUACIÓN: la demanda de baja complejidad es insatisfecha

Es la situación que habitualmente se encuentra en los hospitales públicos, aunque también se nota en los servicios privados y de la seguridad social, especialmente en los que cubren a las poblaciones de menores recursos.

Para resolver el problema se recurre a la implantación de barreras a la accesibilidad, tales como la de establecer un número limitado de turnos en la atención ambulatoria y creando listas de espera quirúrgicas o para internación programada. También se suele producir sobrecarga de trabajo de los profesionales (otorgando sobretornos). En algunos casos, la implementación de "bonos moderadores" o coseguros apunta en el mismo sentido. Otra opción, muy frecuente en los modelos de atención médica que no ordenan el tránsito de los pacientes³, es dejar que éstos terminen resolviendo el problema

por sí mismos, lo que generalmente logran asistiéndose en un nivel que no les corresponde, como por ejemplo acudiendo a los especialistas por patologías banales o a los servicios de urgencias con cuadros que no justifican su intervención.

En todos estos casos, el resultado es siempre el mismo: mala calidad de atención médica, incremento del gasto e insatisfacción de pacientes y profesionales. Mala calidad por las demoras en efectuar diagnóstico e implementar el tratamiento adecuado; por defectos en la relación médico paciente y en la atención médica en sí misma a causa de la presión ejercida por la sobrecarga

³ Se denominan "de tránsito ordenado" los modelos en los que el paciente sólo ingresa a la baja complejidad y para acceder a los niveles superiores necesita la orden de aquélla, constituida por lo general por el médico de familia o similar.

laboral sobre el profesional.

También se incrementan los gastos. Los directos, porque los profesionales, que deben atender a sus pacientes más rápidamente de lo previsto, solicitan exámenes complementarios innecesarios, prescriben medicamentos superfluos o porque se resuelve un problema simple utilizando un recurso más caro (el especialista) o porque luego de la consulta al servicio de urgencias seguramente el paciente deberá volver al médico de primer nivel, quien quizás hubiera resuelto el caso la primera vez. Es decir, se produce una no deseada sobreutilización de servicios. De igual forma hay incremento en el gasto de bolsillo, ya que los pacientes deben viajar más veces que lo espe-

rado para resolver su problema, pagando más coseguros, adquiriendo fármacos innecesarios o no correctamente indicados y porque pierden días laborales o de concurrencia a clases.

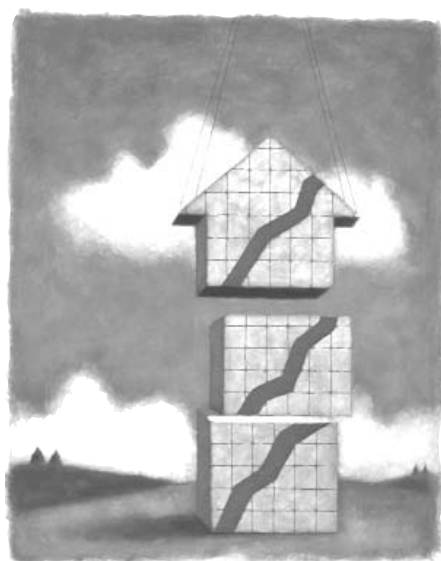
SEGUNDA SITUACIÓN: la demanda de alta complejidad es insatisfecha

Ya se ha establecido que esta situación no es tan común, dado que en nuestro país todos los servicios de alta complejidad, sean de diagnóstico o de tratamiento están sobredimensionados. Sin embargo, haya sub o sobreofer-

ta, el resultado final en términos de calidad y costo, suele ser igual, aunque por diversos caminos.

Si existe suboferta, como por lo general se trata en localidades pequeñas, lo que soluciona el inconveniente es el traslado de los pacientes hacia grandes centros urbanos, lo que resulta en incremento del gasto en razón de los traslados, de la necesidad de cubrir alojamiento de los acompañantes, del desarraigo del paciente y de los familiares, de pérdida de días de trabajo o estudio, etc.

En caso de que la responsable de la cobertura sea la Seguridad Social, una alternativa previa es derivar al paciente (activamente o en forma pasiva) al hospital público más cercano, con la esperanza de que pueda solucionar el problema. En cambio, si el beneficiario es de una Empresa de Medicina Prepaga, simplemente se tratará de negar la cobertura hasta que, finalmente, luego de



varios trámites o de la intervención de la justicia (que siempre fallará, en primera instancia a favor del beneficiario), se logre realizar la intervención.

Una tercera posibilidad es que el paciente sea asistido por un nivel inferior al que requiere su cuadro nosológico, invirtiendo el sentido del tránsito dentro del modelo prestacional. Como este nivel no podrá obtener éxito por sus propias características, el traslado, si es que al fin se lo realiza, será más tardío de lo necesario.

Resultados: en todos los casos se resiente la calidad de atención médica, tanto sea por demoras en arribar al diagnóstico y aplicar el tratamiento correspondiente, por insatisfacción de pacientes, familiares y profesionales; por incremento del gasto en salud (los diagnósticos como los tratamientos tardíos resultan en mayor número de complicaciones y consiguiente necesidad de alternativas terapéuticas siempre más onerosas), por aumento en los días de internación, por reinternaciones, etc.

TERCERA SITUACIÓN: la oferta es la insatisfecha

En este caso, el mercado simplemente creará la necesidad y, por ende, la demanda. Ello es relativamente fácil, porque, tal como se ve en la figura 4, es en los niveles intermedios donde la oferta suele exceder las necesidades. Estos constituyen el ámbito de las especialidades, tanto en ambulatorio como en internación programada. Se interna a los pacientes para "chequeos" o durante los fines de semana para evitar el control de los auditores de la seguridad social, se multiplican espuriamente los días de internación, se solicitan estudios innecesarios, etc. Los establecimientos compiten entre sí para atraer a los pacientes y no se respetan normas de referencia y contrarreferencia ⁴, si es que las hay.

La oferta insatisfecha y su efecto consecuente, la sobreutilización de servicios es un problema nacional. Si ejemplo alcanza con demostrar que hay plétora médica, basta citar las cifras del Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que muestran que la República Argentina cuenta 1 médico cada 193 habitantes, cuando la cifra que internacionalmente se considera aceptable es de

⁴ Los especialistas tratarán de mantener al paciente en su esfera, sin devolverlos al primer nivel, en caso de existir éste.

⁵ Aún más, en los últimos 10 años, el número de médicos creció a razón del 9,8 %, mientras que la población del país lo hizo a razón de 1%.

uno cada mil ⁵. Durante la última década, mientras la población de la República Argentina creció a razón del 1% anual, el número de médicos lo hizo al 9,6%. Pero no sólo hay sobreabundancia de médicos, sino de todas las demás profesiones relacionadas con la salud (bioquímicos, odontólogos, etc.), como se puede ver en la siguiente tabla, que recoge la situación actual en la República Argentina:

Tabla 1. RRHH profesionales en Pcia. de Buenos Aires.

Profesionales	Nº	Hab. por prof.
Médicos	199.612	193
Psicólogos	63.804	611
Odontólogos	53.011	736
Farmacéuticos	21.340	1.828
Kinesiólogos	17.208	2.266
Veterinarios	15.930	2.448
Bioquímicos	12.230	3.189

Fuente: Obs. de RR.HH. en Salud PBA e INDEC, Censo Nacional Económico 2004-05.

A nivel nacional, la situación no es tan grave, pero sigue siendo alta, con 312 habitantes por médico. En comparación, Estados Unidos de América cuenta con 1 médico cada 365 habitantes (The American Medical Association, 2006), Méjico cada 670 y Brasil con 1 por cada 485 (calculado en base a datos de OPS, Indicadores Básicos 2005, en Salud de las Américas).

La tabla 2 muestra esta situación:

Tabla 2. Disponibilidad de médicos por habitante, países seleccionados.

País	Habitantes por médico
República Argentina	312
Estados Unidos de América	444
México	641
Brasil	485

Fuente: PAHO, Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2005.

Queda así claro que la República Argentina cuenta con una plétora médica, al menos en comparación con el resto de la región, e incluso al compararse con un país altamente desarrollado como es los EE.UU.

La comparación entre Provincia de Buenos Aires y el

país pone de manifiesto un segundo aspecto: a pesar de la sobrepoblación médica su distribución no es homogénea, lo que introduce un factor de distorsión más en

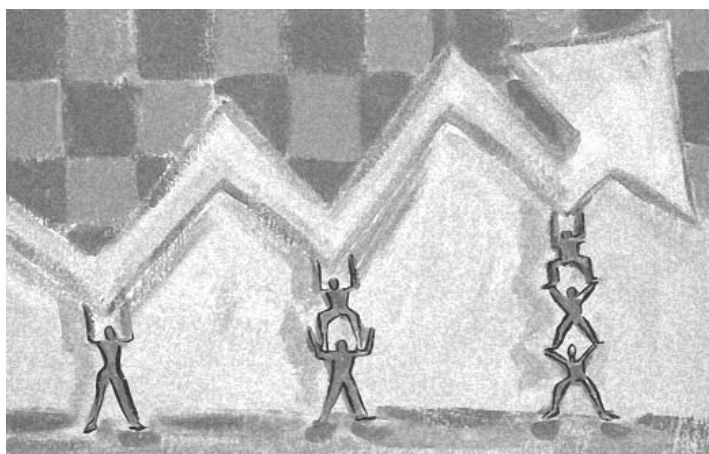
favor de la discrepancia entre oferta y demanda. No sólo existe, sino que hay jurisdicciones en donde es más marcada que en otras.

Conclusiones

Si, como se ha explicado, la falta de ajuste entre oferta y demanda es uno de los factores que más inciden en el detrimento de la calidad de atención médica, ¿qué se ha hecho para revertir o al menos prevenir estas consecuencias?

En primer lugar, ni las escuelas de medicina -en aras de la libertad de enseñanza y aprendizaje- ni el Estado han cuidado nunca que el número y calidad ⁶ de nuevos egresados estuviese acorde a las necesidades de la población. Tampoco se ha planificado sobre bases epidemiológicas -salvo en el caso de los hospitales públicos construidos durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, primero en la Secretaría y seguidamente en el Ministerio de Salud Pública de la Nación, entre 1946 y 1954- la construcción de nuevos hospitales y demás servicios de atención sanitaria. En el caso del subsector privado, la situación es peor aún, ya que las leyes de habilitación vigentes en las provincias se limitan a describir las categorías de establecimientos a habilitar, estableciendo los requisitos estructurales necesarios para cada una. Pero nada dicen acerca de la relación entre cantidad y tipo de establecimientos y las características epidemiológicas de las poblaciones que asisten ⁷.

Las diversas administraciones, tanto públicas como privadas han demostrado desconocer o no dar importancia a estos temas, ya que, en lugar de promover la eficacia de la oferta mediante la adopción de mejores mecanismos de gestión, instaurar mecanismos que incentiven la mejora en la calidad, analizar las necesidades y planificar el desarrollo de nuevos recursos en base a razones epidemiológicas y, en última instancia, aumentar su capacidad de respuesta allí donde sea necesario desalentando la hiperoferta, se limitan a tratar de mantener el *status quo*, lo que sólo logra empeorar progresivamente la situación.



⁶ En términos de las especialidades más necesarias.

⁷ Una excepción es la Ley vigente en la Provincia de Río Negro, que establece número mínimo de habitantes para cada categoría de hospital.