

NECESIDADES, DEMANDA Y OFERTA DE ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- En Atención Médica hay necesidades, demanda y oferta

1.1.- La AM es un sector de los servicios a la comunidad

Considerando la AM como un **SECTOR** de los servicios que se brindan a una población, suele utilizarse el lenguaje económico de la **DEMANDA** y la **OFERTA**. Demanda es la “cantidad de bienes o servicios que un comprador está dispuesto a adquirir y que puede pagar; la respuesta a tal demanda está dada por la oferta (Flouzat, 1978:315). En este marco la demanda está definida por:

- el deseo y preferencia del consumidor
- el precio del bien o servicio
- la capacidad de pago del consumidor, según sus ingresos (Congdon, 1982:64; Reynolds, 1979:24)

De este concepto surgen las dificultades para su aplicación a la AM.

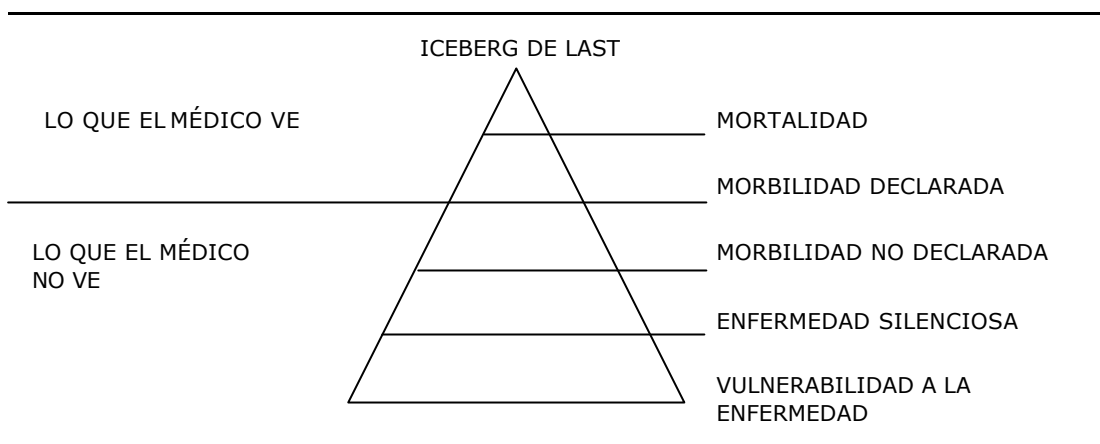
El economista Keneth Boulding (1975:75), diferencia **necesidad** de **demanda**. Atribuye a la primera un tono “mecánico”, y a la segunda uno de “autonomía” y de “elección”. Dice: “sólo el esclavo tiene necesidades, y el hombre libre tiene demandas”. **En AM, en tanto que el hombre es un ser “amenazado”, tiene cierto grado de “esclavitud”, tiene necesidades**, requerimientos mecánicos con un reducido margen de autonomía y de elección. Purola dice que “nuestras necesidades son las diferencias que se perciben entre lo deseable y lo no deseable” (1975:2), lo deseable es la salud y lo no deseable es la enfermedad.

Siguiendo el lenguaje económico, el “mercado” de AM tiene características diferenciales respecto a los otros. La demanda de AM es lo que una persona o grupo “pide” en servicios, y lo que pide puede que no sea lo que “necesita”. La persona no sabe lo que realmente “necesita” en AM como no sea en un sentido muy general (vg. consultar a un médico). A diferencia de otras demandas, no sólo no sabe lo que necesita sino que tampoco “aprende” en sus relaciones con la oferta, y su elección puede resultarle fatal (Boulding, 1975:3). El que, en principio, sabe lo que “necesita” es el profesional, y es él quién propone la elección, y a la que habitualmente se sigue en el marco de la autonomía del paciente.

La demanda económica se refiere a “comprar”, y establece una relación entre el “precio” del servicio y el “ingreso” del demandante, es decir de su capacidad de comprar. En este “mercado” de AM, por su implicancia vital, el demandante no “compra” en los regímenes de OOS o seguros. El demandante paga por adelantado, a través del aporte o prima, sus posibles demandas. Cuando estas se concretan, el seguro cubre la mayor parte del precio, restando sólo una proporción menor –el coseguro– a cargo directo del demandante. Hay un tercero que paga: el seguro de enfermedad. Los sectores sin cobertura por seguro y que no pueden pagar el “precio” en forma directa, tienen el recurso de la “asistencia pública”, a cargo del Estado.

Si bien es frecuente identificar en AM demanda con necesidad, son sustancialmente distintas. Antes de constituirse en “demanda” hay “necesidades” de AM que no alcanzan a percibirse o a expresarse en demanda. Estos estratos están representados en el **ICEBERG** planteado por Last (Sonis, 1978:278) [Cuadro 1.1.a].

Iceberg de Last

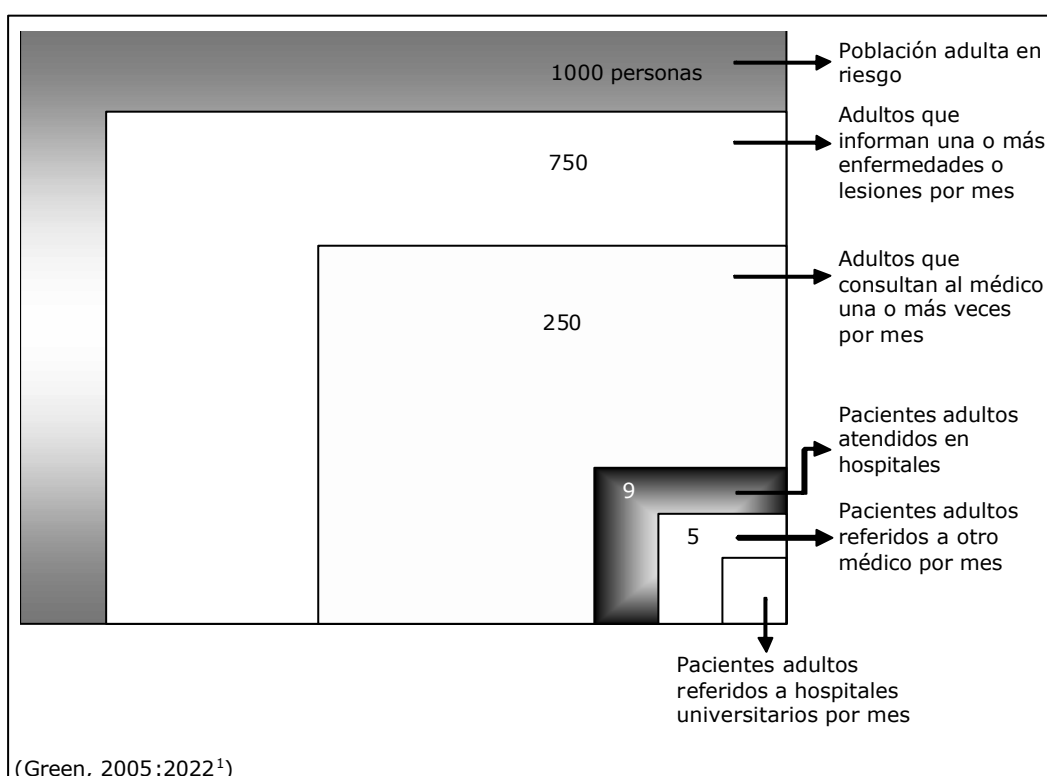


Cuadro 1.1.a

La categoría “lo que el médico ve” es la **demanda**, y en la “lo que el médico no ve”, es **NECESIDAD** no configurada en demanda. Esta necesidad comprende: a) la morbilidad no declarada, b) la enfermedad silenciosa, c) la vulnerabilidad a la enfermedad. La prevención postpatogénica subclínica y la prepatogénica de la AM se funda en la llegada a la población con enfermedad silenciosa o vulnerabilidad.

Otro esquema clásico, el de Kerr White (Fajardo Ortiz, 1983:142) intenta cuantificar la **demanda** [Cuadro 1.1.b].

Esquema de Kerr White (1961)



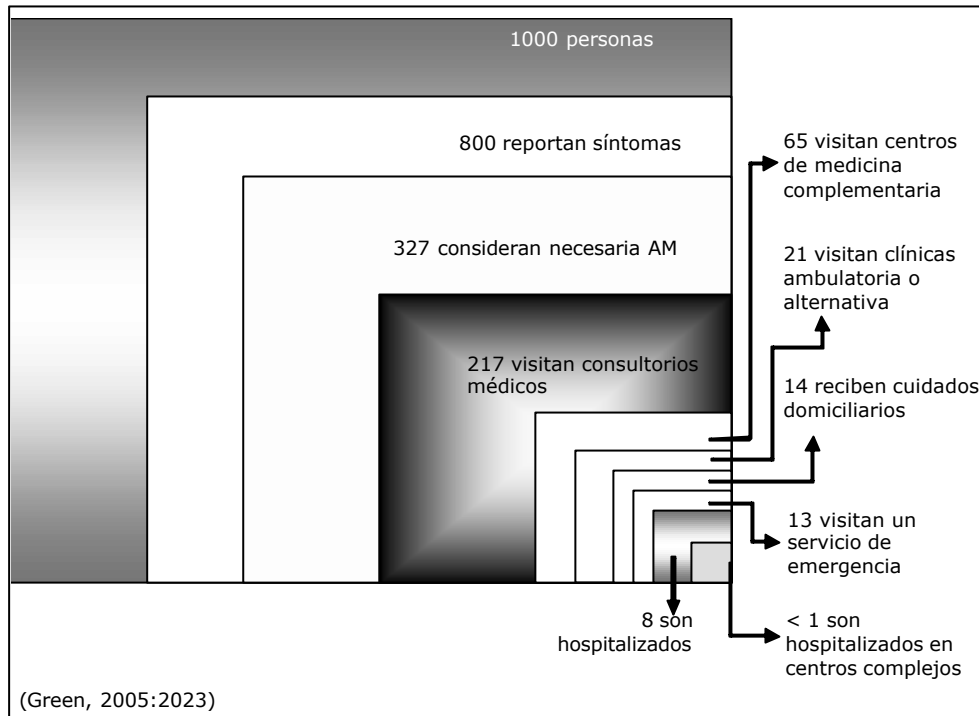
Cuadro 1.1.b

¹ Fajardo Ortiz dice que en **UN MES**, de cada **MIL PERSONAS**:

- 600 a 700: presentan problemas de salud que se resuelven sin atención profesional.
- 50 a 100: tienen problemas que se solucionan en la consulta externa
- 1 a 2 de estas últimas se internan en un hospital general o especializado

Los valores fueron actualizados, para EEUU, por Green, Fryer y otros sobre encuestas del sistema de información de salud de su país [Cuadro 1.1.c].

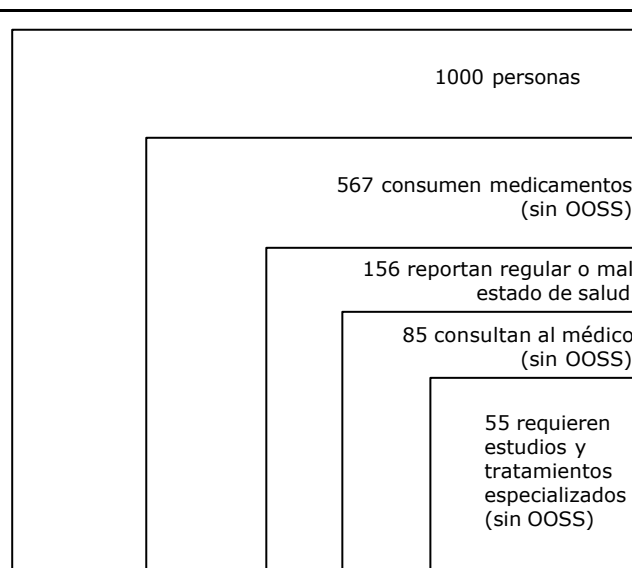
Esquema de Green, Fryer et al (2001)



Cuadro 1.1.c

Se ha intentado, con logro incompleto, un esquema similar para nuestro medio [Cuadro 1.1.d].

Esquema equivalente tipo Kerr White. R. A., Área Metropolitana de Buenos Aires, 2002*

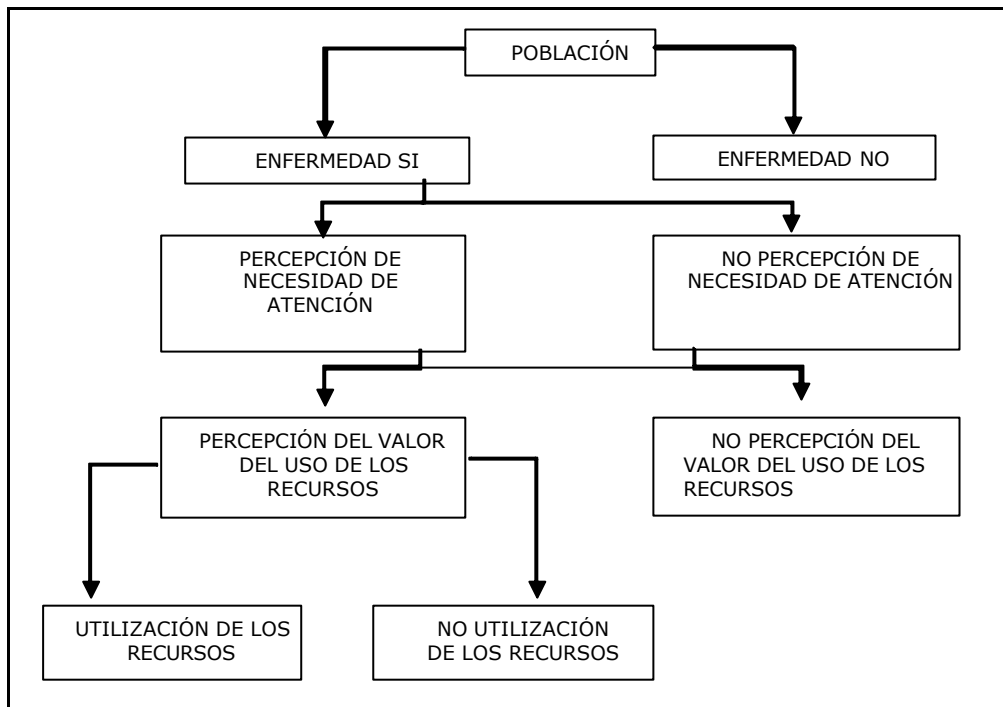


*18 años y más de edad.
(Kalimo, 1982).

Cuadro 1.1.d

Las categorías de Kerr White están planteadas en función de una demanda satisfecha: “población que **recibe... admitida... satisfecha**”. Fajardo Ortiz, introdujo una primera categoría que no implica satisfacción por la AM, ni siquiera implica demanda: “personas que presentan problemas de salud que se resuelven sin recibir atención profesional”. Esta categoría se relaciona con las etapas de percepción de la enfermedad y reclamo de atención médica (Schuman y Coe), y puede ilustrarse con la “cascada” de Kalimo (1982:280) [Cuadro 1.1.e].

Cascada de Kalimo (modificado)



Cuadro 1.1.e

A medida que avanza la “cascada” va quedando, en cada nivel, una alternativa que en principio implica “no demanda”: “enfermedad no”, “no percepción de necesidad de atención”, “no percepción del valor del uso de los recursos”. Esas alternativas prueban la diferencia sustancial entre demanda y necesidad.

El esquema de los finlandeses Harö y Purola, que Kalimo desarrolló después (Subsecretaría de Salud Pública, 1980:53), relaciona recursos, necesidad y utilización de servicios.

Estamos habituados a pensar en indicadores clásicos accesibles, entre los que cuentan la mortalidad y la morbilidad. Para analizar la AM comenzando por la **necesidad** es preciso disponer de nuevos indicadores que se comprendan a toda la población, no en la población que utiliza servicios.

Surge, entonces, una progresiva dicotomización de **necesidades**: a) necesidad definida médicamente, b) necesidad observada por el sujeto, c) necesidad determinada socialmente; que genera un cuadro de triple entrada [Cuadro 1.1.f].

Necesidad definida social y médicamente

Necesidad Observada	NO		SÍ	
	NECESIDAD DETERMINADA SOCIALMENTE		NECESIDAD DETERMINADA SOCIALMENTE	
	NO	SÍ	NO	SÍ
NO	A Necesidad NULA	B Necesidad social no observada y médicamente injustificada	C Necesidad oculta, definida sólo médicamente	D Necesidad médica y social no observada
SÍ	E Necesidad observada injustificada	F Necesidad observada y social, médicamente injustificada	G Necesidad observada y médica sin alteraciones del comportamiento	H Necesidad UNÁNIME

(Subsecretaría de Salud Pública, 1980:56).

Cuadro 1.1.f

La cuantificación de la población en este esquema depende de costosas encuestas. Son fuentes distintas, una según la nosografía médica y otra según la nosografía popular o individual. Una se obtiene de los registros sanitarios y otra de las encuestas poblacionales.

Se verán algunos ejemplos de estudios poblacionales. El estado de salud de la población del Gran Córdoba (Subsecretaría de Salud Pública, 2002). Se considera Necesidad Observada (Percibido morbilidad, para la encuesta), y Utilización (Consultó, no consultó, para la encuesta) [Cuadro 1.1.g].

Necesidad observada (percepción de morbilidad) y Utilización de servicios. Gran Córdoba, 1969-71

Utiliz. de serv. sanitarios	consultó	NO (no percibió)		SÍ (percibió)		TOTALES
		A+C*	%	B+D	%	
	NO	4.384	(96,37) (63,78)	1.604	(69,01) (23,33)	5.988 (87,11)
	SÍ	165	(3,62) (2,40)	720	(30,98) (10,47)	885 (12,87)
	TOTAL	4.594	(100,0)	2.324	(100,0)	6.873 (100,0)

*Las letras se refieren al esquema anterior
(Subsecretaría de salud Pública, 2002:124, modificado)

Cuadro 1.1.g

Así de la encuesta llevada a cabo sobre una muestra de 6.873 personas autorespondientes surge que:

- 63,78% no percibió y no consultó
- 23,33% si percibió y no consultó
- 10,47% sí percibió y sí consultó
- 2,40% no percibió y sí consultó

En el primer grupo hay acciones de prevención prepatogénica o postpatogénica precoz (patologías no percibidas) que merecen consulta. También en el segundo grupo que percibió pero no consultó debe haber alguna proporción que requería realmente la consulta. No disponemos de

información como para poder cruzar estas variables con la “Necesidad definida médicamente: sí y no” cuya fuente –a diferencia de ésta que son las encuestas en muestras de población– son los registros encuadrados de nosografía médica.

Veamos como ejemplo de “no percibió y no consultó” que sin embargo tiene algún signo que obliga a consultar: un cribaje de pruebas serológicas en donantes voluntarios de sangre, presuntamente sanos.

Se aprecia una diferencia entre la NECESIDAD y la UTILIZACIÓN, entonces, que podríamos referirla –simplificando– al 23,33% que percibió la necesidad y no consultó, es decir no utilizó los recursos “oficiales” de AM. Queda pendiente el tema de la patología existente y no conocida por su portador, cuya atención sólo puede surgir de exámenes de cribaje, o de exámenes de presuntos sanos.

La demanda varía de acuerdo a la edad y el sexo según surge de la encuesta más reciente realizada en el área metropolitana de Buenos Aires en 1980, que se presenta comparada con datos para la misma área en la encuesta de 1969 [Cuadro 1.1.h y 1.1.i].

Consultas médicas anuales por encuestado según edad.

Área metropolitana del Gran Buenos Aires 1969-1980 (cuadro N°17:29, simplificado)

Grupo de edad	Consultas en 1969 (ambos sexos)	Consultas en 1980 (todas las edades)
Menos de 1	20.1	14.2
1-4	10.7	8.2
5-14	4.4	4.4
15-24	5.2	4.3
25-34	6.3	-
35-44	6.4	5.3
45-64	7.5	7.3
65 y más	12.1	9.1
TOTAL (OMS, 2004:742).	7.2	6.2

Cuadro 1.1.h

Consultas médicas anuales por encuestado según sexo.

Área metropolitana de Buenos Aires. 1969-1980 (cuadro N°18)

Sexo	Consultas en 1969 (todas las edades)	Consultas en 1980 (todas las edades)
Varón	7.1	5.2
Mujer	7.2	7.1
TOTAL (Subsecretaría de Salud Pública, 1980)	7.2	6.2

Cuadro 1.1.i

Veamos ahora una variable socioeconómica, y su incidencia sobre la consulta. Se agruparon los individuos según sus ingresos en tres grupos principales, según estén afiliados a alguna obra social, o no [Cuadro 1.1.j].

Consultas médicas anuales por encuestado según nivel de ingreso familiar per cápita y según cobertura. Área metropolitana del GBA*

Nivel de ingreso familiar	Con cobertura	Sin cobertura
I	6.1	4.5
II	7.2	5.6
III	6.8	3.5
S/i	5.6	6.4
TOTAL	6.8	4.9

*El nivel de ingreso familiar se categoriza por la suma de los ingresos mensuales de todos los componentes del hogar dividido por el número de estos componentes tengan o no ingreso. De esta manera: Nivel I: 1 a 300 miles de pesos; II: de 301 a 1200 miles de pesos; III: de 1201 y más; s/i: sin información (Cfr. Op.cit. pg.15).

(Subsecretaría de Salud Pública, 1980)

Cuadro 1.1.j

En esta encuesta más reciente el aumento de la tasa respecto al nivel de ingresos no resulta similar. En el nivel máximo (III) la tasa disminuye respecto a la anterior, y las diferencias -en menos- para quienes no tienen cobertura son más notables.

Veamos una prestación distinta: la INTERNACIÓN, y sus cifras de utilización. La principal causa de internación y egreso es el parto, por ello para hacer una comparación entre ambos sexos, sabido esto, conviene separar el parto. Aún así, la razón de egresos para las mujeres es mayor que para los hombres (5.8 contra 5.1%) aunque varía de acuerdo a la edad. En ambos sexos los dos extremos de la vida implican una mayor demanda de internación.

Para el área metropolitana de Buenos Aires, veamos indicadores similares en la encuesta de 1980 [Cuadro 1.1.k].

Egresos anuales por 100 encuestados. Todas las causas (incluye parto). Área metropolitana del GBA. Según edad, 1969 y 1980.

Grupos etáreos	1969	1980
Menos de 1 año	4.6	5.3
1-4	-	-
5-14	2.5	2.5
15-24	6.9	6.8
25-44	6.7	7.8
45-64	4.1	5.5
65 y más	3.9	8.5
TOTAL	5.1	6.6

(Subsecretaría de Salud Pública, 2002:40)

Cuadro 1.1.k

Llama la atención el aumento significativo de egresos porcentuales entre 1969 y 1980 en el grupo de 65 y más, lo que podría explicarse por la creación del INSSJP (PAMI, Ley 19.032 de 1971), y a un cambio cultural en cuanto al antiguo hábito de cuidar el paciente por acuerdo tácito entre familia y médico. Los análisis de la encuesta dicen que la tasa alta en el grupo menor puede ser debida a un error de interpretación de los encuestados en el sentido de anotar como internado al niño recién nacido normal en los días siguientes al parto.

En los cuadros anteriores pueden apreciarse diferencias en el uso de prestaciones de AM (reducidas a ejemplos en consultas médicas y egresos hospitalarios) según factores, principales:

- factores demográficos: sexo y edad
- factores socioeconómicos: nivel de ingreso
- factores culturales: disposición a cuidado en casa (respecto a este último se ha mencionado la influencia posible de la Oferta –creación del INSSJP– sobre la Demanda).

En un trabajo de Abadie se analizan indicadores como los expuestos obtenidos en encuestas realizadas en Francia y otros países. Resume la influencia de los factores de la demanda comenzando por los demográficos (edad y sexo): la cantidad de consultas y consumo de productos farmacéuticos aumentan en los dos extremos de la vida y tiene –además– un pico en las mujeres en edad fértil (Abadie, 1968). Por el contrario, las consultas odontológicas aumentan en la tercera década de la vida, más en las mujeres, mientras no existen prácticamente antes de los cinco años y son bajas en los grupos mayores de 65 años. Las variables socioeconómicas que el autor menciona son: el ingreso, el tamaño familiar, la condición socio ocupacional, la participación en sistemas de seguro, la educación y cultura, y la condición urbano-rural. En términos generales la demanda es a mayores ingresos, menor tamaño familiar, mejor condición socioeconómica, mayor participación en seguros, mayor educación y cultura y condición urbana. Estas relaciones varían de acuerdo al tipo de demanda, ya que en Atención Médica hay grados de “elasticidad”: menor en las consultas médicas y mayor en las odontológicas, en las prótesis y ortesis o en las especialidades calificadas “de lujo” (cirugía plástica no reparadora, psicoanálisis). La diferencia urbano-rural, ligada a factores culturales, se relaciona con la accesibilidad física y la distancia.

Citas Bibliográficas

- Abadie, J. R., *Med Adm Bs. As.*, II-1:48-58, 1968.
- Boulding, K., *El concepto de necesidad de servicio de salud*. OPS-OMS (CLAM). Buenos Aires, 1975 (traducciones n° 9).
- Congdon, T., y Mc Williams, D., *Diccionario de Economía*. Buenos Aires, Grijalbo, 1982.
- Fajardo Ortiz, G., *Atención Médica. Teoría y Práctica administrativa*. Pen. Med. Mex., México, 1983.
- Flouzat, Denis, *Economía Contemporánea*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- Green, L. A., y otros, *The eology of Medical care revisited*. En *Nex England Journal Medical*, 433 (26), 2001-4; 2005.
- Kalimo, E., en Sonis, Sonis A. y col. *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, tomo II, 1978:280.
- Kalimo, E., “Necesidad de los servicios sanitarios”. En Holland, W. W., y otros, *Mediciones de los niveles de salud*. Barcelona, Salvat, 1982, p. 52 a 58.
- Purola, T., *Enfoque sistemético de la salud y de la política de salud*. Buenos Aires, OPS-OMS (CLAM), 1975 (traducciones n° 36).
- Reynolds, L. G., *Principios de Macroeconomía*. Buenos Aires, El Ateneo, segunda edición, 1979.
- Subsecretaría de Salud Pública. *Estudio sobre Salud y Educación Médica*. Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, OPS. Encuesta de Morbilidad. Buenos Aires, Gran Córdoba, Series 6, n° 4, 1980.
- Subsecretaría de Salud Pública. *Encuesta sobre utilización y costos en servicios de salud. Área Metropolitana*, Ministerio de Salud, Buenos Aires, 1980.
- Subsecretaría de Salud Pública. *Encuesta sobre utilización y costos en servicios de salud. Área Metropolitana*. Ministerio de Salud, Buenos Aires, Abril 2002.