

TITULO

Análisis de las causas y los efectos de la inadecuación de oferta y demanda sanitarias en Castilla y León . Una aplicación empírica

AUTORES

Reyes Calderón Cuadrado

Carlos Fernández-Jardón Fernández

ANALISIS DE LAS CAUSAS Y LOS EFECTOS DE LA INADECUACION DE OFERTA Y DEMANDA SANITARIAS EN CASTILLA Y LEON. UNA APLICACION EMPIRICA

1.- INTRODUCCION

La prestación de la atención sanitaria ha seguido una larga y accidentada carrera a lo largo de la historia. Aunque la ciencia médica ha logrado éxitos indiscutibles - consecuencia del interés mostrado por todas las tendencias políticas y sociales en el favorecimiento de los sistemas de salud - parece que ninguna sociedad actual, por desarrollada que esté, se encuentra satisfecha del nivel de salud de su población.

Los actuales sistemas sanitarios se ven aquejados de una progresiva disminución de calidad y de un paulatino incremento de gasto. Este último efecto principalmente, ha inducido a los economistas a prestar una especial atención a la naturaleza del mercado sanitario y a analizar la sanidad a través de nuevos planteamientos interdisciplinarios que permitan identificar y rectificar posibles errores.

Puede parecer que en este campo la Economía Regional carece de sentido ya que utiliza modelos y técnicas suministradas por la concepción general del sistema, sin embargo aún reconociendo que pueden utilizarse las mismas técnicas, el hecho de que cada región disponga de características sociales y equipamiento sanitario distinto y que el tema sea de potencial atribución al Gobierno y Administración de las Comunidades Autónomas desliga la cuestión de la concepción general y delimita la repartición del bien escaso al ámbito regional.

Uno de los mayores problemas que suscita el mercado sanitario público en nuestra región es la inadecuación de la oferta y la demanda, trataremos en base al estudio del servicio de urgencias del Hospital Pío del Río Hortega de la capital vallisoletana analizar cuales son las causas y los consecuentes efectos de esta alteración.

2.- LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS COMO BASE DE ESTUDIOS GENERALES DE SALUD

Aún cuando parezca que este tipo de servicios presentan características especiales que le hacen ser un caso aislado dentro de la sanidad, su actual evolución indica que constituye una muestra representativa de la situación del sistema general.

En primer lugar, por que es en momentos de riesgo vital cuando esta prestación se convierte en uno de los bienes más preciados para el individuo, por lo que cualquier coste social o monetario que haya de soportar para satisfacer la necesidad percibida adquiere un especial sentido.

En segundo lugar, por que este tipo de servicios ha ido perdiendo paulatinamente el sentido inicial para el que fue creado y se ha visto aquejado por todos los problemas típicos de otras ramas del cuidado médico llegando a afirmarse (16) que los servicios de urgencia son una excepción que se está transformando en regla por lo que constituye una buena base de estudio para cualquier economista de la salud.

Por último y centrando el problema que nos ocupa, el servicio de urgencias hospitalario no sólo constituye hoy en día una de las actuaciones más controvertidas debido a su coste, sino también debido al enorme volumen de casos que pueden ser considerados como urgentes, ya que se observa un alto volumen de patología banal que podría resolverse a través de la red de Atención Primaria, lo cual es una muestra de la inadecuación de la oferta y demanda.(11) (7)

3.- LAS CARACTERISTICAS DISTINTIVAS DE LA OFERTA Y DEMANDA EN EL CAMPO SANITARIO RESPECTO AL PATRON COMPETENCIAL CLASICO

Algunos trabajos (14) estudian el mercado sanitario con oferta y demanda separadas y perfectamente identificables. La existencia de externalidades en el mercado, constatadas en el plano real por la mala asignación de recursos y la existencia de diversas curvas de demanda para diversos niveles de renta del individuo, obligan al diseño paralelo de mecanismos racionalizadores de naturaleza pecuniaria o no pecuniaria.

En lo que se refiere a la demanda existen varias características diferenciales; destaca en primer lugar que es la inestabilidad del advenimiento de la enfermedad y no una condición estable la que impulsa la demanda ocasionado una ruptura con el cauce normal de las cosas (3) . Otra característica fundamental es la no asegurabilidad para la cobertura total del riesgo, pero quizás la mayor diferenciación se encuentre en la existencia de relaciones de agencia.

Normalmente el paciente-consumidor ignora o no dispone de la suficiente información sobre la gravedad de su enfermedad, sobre tratamientos alternativos o sobre otras cuestiones relativas a su consumo por lo que delega en el médico sus poderes de demandante (10) (9) .

La concepción del médico como agente del paciente obliga a la confección de una "nueva" función de demanda que va a ser dependiente de variables de naturaleza económica o no económica

Tampoco la oferta de servicios médicos está clara y perfectamente definida . En primer lugar rompe la Teoría Clásica porque está sujeta a restricciones de naturaleza legal limitando la entrada en el mercado por el mecanismo de la autorización.

La problemática de la previsión de médicos y otros facultativos en el área sanitaria es importante puesto que al no dejar actuar al mercado una mala gestión en este sentido puede provocar disfunciones importantes en el sistema.

Así mismo el mercado español se encuentra en este momento con un reto complementario que deriva de la entrada en la Comunidad Económica Europea y la futura existencia de libre circulación de profesionales en el territorio europeo.

Estas características diferenciales en ambas partes del proceso hacen que exista extremada dificultad en aproximar ambas funciones pero -como pasamos a comentar- la connotación social que la prestación conlleva va a ensombrear aún más la aparente penumbra existente.

4.- LA DEMANDA DE CUIDADOS URGENTES EN EL SERVICIO ESTUDIADO

Es siempre útil el conocimiento de las características sociales de la población que va a formar parte de la función de demanda, pero si cabe es más necesaria esta información cuando la nota fundamental de la empresa en cuestión es la consecución y realización de un fin eminentemente público que engloba en su órbita factores humanos.

A través del estudio de las llegadas producidas en el servicio de Urgencias Generales del Hospital Pío del Río Hortega de la capital vallisoletana - uno de los dos centros hospitalarios regionales existentes en la capital vallisoletana (13)- durante un año, 1984, vamos a intentar conocer que sectores de población perciben de forma más acuciante la necesidad de acudir a un servicio de urgencias por ver disminuido de forma "alarmante" su "status" de salud. La estructura, índices de funcionamiento y capacidad del hospital citado puede verse en los cuadros 1 y 2 del anexo I.

En el año base de este estudio se atendieron en el centro analizado 43.512 pacientes; las fuentes de procedencia de la demanda fueron varias.

Dividida la llegada existente , y por extrapolación la potencial, en dos grandes apartados: aquellos que acuden a un centro sanitario procedentes de Valladolid capital y por el contrario los que lo hacen desde lugares limítrofes a la misma , se observa que la demanda procedente de los sectores periféricos es de aproximadamente una cuarta parte de la entrada total (24,87%).

Coincidiendo con Ferrus (12) el factor distancia explica en buena parte la variación en la frecuentación del servicio, sin embargo aunque el medio considerado como rural esta muchas veces muy próximo a la capital, encontramos llegadas des de lugares distantes varios kilómetros como Medina del Campo o Medina de Rioseco.

Podemos pensar que esta demanda proveniente de lugares alejados a la capital se fundamenta en la existencia de motivos de emergencia, sin embargo no es así.

La llegada se produce primero por la inexistencia de hospitales comarcales, pero aún con este dato y considerando que sobre la demanda total el 81,12% (cuadro nº 3) de la misma retorna a su domicilio despues de ser atendida en un solo acto médico, y que sólo el 75,13% provienen de Valladolid capital, en cualquier caso existe una demanda no ingresada procedente del medio rural.

Diversos estudios refieren cifras del 77 al 81,7% de pacientes que acuden a los servicios de urgencias directamente sin consulta previa con su médico de cabecera .(7) (4) Esto señala el primer brote de desviación de la demanda. Analicemos sus causas.

El sistema de cupos y horarios, así como la deficiente distribución territorial de los ambulatorios en la época anterior a 1985, llevó a un proceso de masificación de la medicina asistencial primaria. En Medicina General, el facultativo se enfrentó con tal cantidad de consultas diarias que el tiempo de atención media en 1976 supuso por enfermo sólo 1'18" (5).

No ha variado mucho esta cifra en los últimos años; en Valladolid capital y con la existencia de Centros de Salud, el máximo tiempo medio de consulta en la zona se sitúa en tres minutos y el mínimo en un minuto cincuenta segundos. (1)

Si esto ocurre en el medio urbano, se agrava aún más la situación en el rural ya que el necesario reciclaje de los profesionales médicos y sanitarios se efectúa con considerable retraso y el aislamiento en pequeñas unidades asistenciales ocasiona un enorme desfase geográfico entre las distintas áreas de salud.

El paciente que ve disminuido en mayor o menor grado su nivel subjetivo de salud y acude a un centro extrahospitalario, despues de una complicada trayectoria entre pasillos médicos de cabecera y especialistas será atendido aunque tendrá la sensación de que nadie se hace responsable de él .

Sin embargo, y según las encuestas realizadas (8), piensa que si acude a un servicio de urgencias resolverá el 69,1% de los motivos que le incitarían a prestar reclamaciones en la consulta ambulatoria esto es: negación de asistencia (32%), mala práctica (14,4%), incumplimiento del horario (10,3%), reparto de números y orden de entrada (5,2%) ,trámites burocráticos (4,1%) y dificultad para localizar al médico (3,1%).

Por otra parte, la pérdida del simbolismo del medicamento a costa del uso de "grandes medios" ha hecho infravalorar las medidas ordinarias utilizadas en la medicina extrahospitalaria. Se prefiere el hospital aunque el enfermo se abandona a un proceso que casi siempre le resulta incomprensible.

Por último se acude al hospital a fin de que la Seguridad Social "haga un gasto" a favor del paciente que mejore la balanza de prestaciones reales y simbólicas entre el individuo y el Estado.

Con lo anteriormente expuesto afirmamos que se encuentran dos motivos fundamentales del comportamiento de los usuarios : el abuso de demanda y la desorganización de la red de Atención Primaria que no constituye buen filtro a la hora de desviar la verdadera urgencia hacia el hospital.

5.- EL CONTROL DE LA DEMANDA A TRAVES DE LOS COSTES SOCIALES

Aún cuando hemos señalado la existencia de abusos de demanda, no constituye éste un fenómeno nítido sino que coexiste con la saturación.

El usuario de la prestación sanitaria por vía de urgencias que acude esperando a dicho servicio, puede sin embargo encontrarse profundamente sorprendido. Paradójicamente las reclamaciones en este campo coinciden en gran parte con las efectuadas en la red primaria y tienen un volumen veinte veces superior al realizado contra los médicos generales. Una de estas reclamaciones tiene relación con la larga espera antes de la atención.

No controlar la saturación es uno de los mecanismos no monetarios más eficaces en la tarea de la contención de la alta elasticidad de la demanda provocada por la supuesta gratuidad.

Una prueba palpable de estos hechos es que existen abandonos del sistema. Realizado un estudio del servicio a través de la utilización de la Teoría de Colas (6) una de las variables que más llamaron nuestra atención (cuadro nº 4) fue el alto porcentaje de rechazos del sistema que llega a superar el 7%.

Es decir, existen personas que acuden a este tipo de servicios y tras su ingreso en la línea de espera se marchan sin recibir la prestación; esto indica que la variación compensatoria no le permite incrementar o mantener su nivel de bienestar.

Si bien con estricta racionalidad económica podría demostrarse que la media de los beneficios obtenidos por el individuo es superior a las cuotas pagadas, lo cierto es que normalmente este cálculo racional cae fuera del alcance de los agentes individuales y además estos incluyen costes no pecuniarios en sus cálculos tales como el de la espera (15)

En otras palabras, el consumidor está dispuesto a esperar si piensa que la prestación que demanda tiene una utilidad marginal superior al precio que debe pagar, precio que en parte adopta la forma de tiempo.

Este último precio puede incrementarse a través del exceso de demanda lo cual crearía un stock de "clientes impacientes" que rechazarían la atención. Es cierto que este mecanismo logra eliminar del sistema parte de los casos falsamente urgentes, pero no es menos cierto que puede conducir a situaciones lamentables tales como fallecimientos en salas de espera.

Es por ello que pensamos que la utilización de este coste como contención del exceso de demanda no es un buen camino a seguir, sino que muy al contrario debe eliminarse cualquier tipo de impaciencia en el consumidor arbitrando medidas de otra índole para la contención de la saturación.

6.- POSIBLES MEDIDAS PARA ADECUAR OFERTA Y DEMANDA

Coinciden todos los estudios de esta rama de la economía en afirmar que hace falta una reforma, pero ésta no consiste sólo en una asignación de fondos para acometerla sino en muchos casos en un verdadero cambio de estructura y componentes del sistema que obliga a una formación continuada y a un control eficaz.

La reforma ha de conseguir necesariamente una reducción de costes monetarios y sociales contando desde luego con la serie de causas estructurales (como el envejecimiento demográfico) que afectan al sector.

No pretendemos enumerar exhaustivamente todas las posibles medidas aplicables sino más bien indicar en base a los datos estudiados que medidas son de fácil aplicación al actual sistema, medidas que permitan poner un freno temporal al potencial descarrilamiento del sistema.

La primera de las que citaremos consiste en el establecimiento de un regimen de autonomía financiera de los hospitales. Esta medida basada en otra correspondiente a la adecuación del volumen y contenido asistencial de los centros hospitalarios a las necesidades de cada zona produciría una reordenación eficaz de la protección sanitaria y por tanto una organización interdependiente de todas las instituciones, conectando la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria.

Una de las armas para llevarla a cabo es la potenciación de la asistencia médica familiar, idea subyacente en la primera Ley General de Sanidad, pero su aplicación sin embargo dista mucho del fin pretendido.

Las causas son diversas: el incumplimiento sistemático de los plazos fijados para la dotación del personal, el escaso nivel de reciclaje de los profesionales sanitarios, el aislamiento en pequeñas unidades asistenciales y el enorme desfase geográfico ,entre otras, han hecho de la reforma un cambio de domicilio social que -aún con mayores medios, no utilizados en muchos casos- se encuentran ahora a mayor distancia.

Una fiel aplicación de los principios básicos de esta planificación sería una forma clara de descongestión hospitalaria. En nuestro estudio nos hemos encontrado con que el 52,9% de las llegadas se solucionaron exclusivamente con la intervención de un médico residente de guardia , lo que implica que podrían haber sido resueltas en los servicios de urgencias del Centro de Salud correspondiente.

Otra partida controlable es el presupuesto en su partida de farmacia: la existencia de control de precios, composición y tamaño de la expedición de los productos farmacéuticos, así como la existencia de presupuesto flexible asociado ayudarían a esta medida. Pero para ello es necesario disminuir el desconocimiento detectado por los expertos en relación a estos hechos (2) y que puede darse en tres vertientes: el excesivo número de presentaciones de los medicamentos, la no adecuación del envase y cantidad del producto al tratamiento estandar y la gran variedad de precios y formas sustitutivas.

No hemos de olvidarnos de los consumidores; en este punto hemos de señalar que es vital incrementar el grado de educación sanitaria de la población de nuestra región. Debería mejorarse la información y el grado de conocimiento del público sobre la verdadera naturaleza de la Seguridad Social y sobre los conceptos que cubre su cotización.

Así mismo el fortalecimiento de la medicina preventiva en el medio rural y urbano a través de masivas campañas de conservación de alimentos, vacunación y hábitos alimenticios sería de gran utilidad.

Debería permitirse también, una mayor participación de la medicina privada en los convenios con la Seguridad Social ajustando los verdaderos costes y rehaciendo correctamente la valoración del coste de cada servicio.

Por último queremos señalar la necesidad de que no existan políticas sanitarias enfrentadas o al menos no unificadas debido a problemas de competencias entre Comunidades Autónomas y Gobierno Central, ya que sólo pueden producir una descoordinación, que evidentemente afecta negativamente a la calidad y al presupuesto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AYUNTAMIENTO DE VALLADOLID (1985).
"Informe sobre el Estado de Salud de la Ciudad de Valladolid, 1984".
Concejalía de Salud, diciembre 1985.
- 2.-ARRANZ, L. (1982).
"El poder de la Seguridad Social en el consumo farmacéutico".
Papeles de Economía Española, nº12-13, pgs. 252-263.
- 3.-ARROW, K.J. (1981).
"La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas".
Información Comercial Española, nº 574, pgs. 47-64.
- 4.- BOSCH, J. et al. (1985)
"Urgències Pediàtriques, un estudi socio patològic propestitiu de 2.416 patients".
Annals de Medicina, vol. 71 nº6 pags. 152-5.
- 5.- BRAVO, F. et al. (1979).
"Sociología de los ambulatorios".
Barcelona. Edt. Ariel.
- 6.- CALDERON R. (1988)
" Mercado sanitario de urgencias: costes económicos y sociales.
El caso del hospital Pio del Rio Hortega de Valladolid"
Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
Universidad de Navarra.
- 7.- CASAS, X. et al. (1984).
"L'atenció de les urgències a la ciutat de Barcelona".
Caseta Sanitària, vol. 3 nº 13 pgs. 16-22.

- 8.- DIAZ ALVAREZ, A.; CASTRO, C. et al. (1987).
"Las reclamaciones de los usuarios; un instrumento de control de calidad".
Atención Primaria, vol. 4 nº 4 pgs. 184-8.
- 9.- EVANS, R.G. (1974).
"The Economics of health and Medical Care".
Londres. Edt. Mac-Millan.
- 10.- FELDSTEIN, M.S. (1972).
"The rising price of physical Services".
Review of Economic Studies, vol. 52 nº2 pgs. 121-33.
- 11.- FENOLLOSA, B.; POMAR, A. (1979).
"Revisión y control de la labor asistencial en el Area de Urgencias Central de la ciudad sanitaria "La Fe" de Valencia".
Revista Sanidad e Higiene Publica, vol. 6 nº53 pgs. 1651-72.
- 12.- FERRUS, L. et al. (1987).
"Influencia del médico de cabecera y de la distancia en la frecuentación a un Servicio de Urgencias Hospitalarias".
Atención Primaria, vol. 4 nº 4 pgs. 174- 8.
- 13.- HONTEBEYRIE, P. (1978).
"Le concept de Taille et coût de L'hospitalisation".
Santé et Securite Sociale Statistique et commentaires, nº1 pgs. 61-66.
- 14.- PAULY, M. (1971).
"Medical care at Public Expense".
Nueva York. Praeger.
- 15.- SEGURA, J. (1983).
"El debate sobre la reforma de la Seguridad Social".
Papeles de Economía Española, nº 27 pgs. 311-21.

16.- V.V.A.A. (1987)

"Urgencia:uma excepcao que se transforma em regra?"

VII Jornadas de Administración Hospitalaria

Lisboa 9-11 de diciembre.

ANEXO I
CUADROS Y TABLAS DE DATOS.

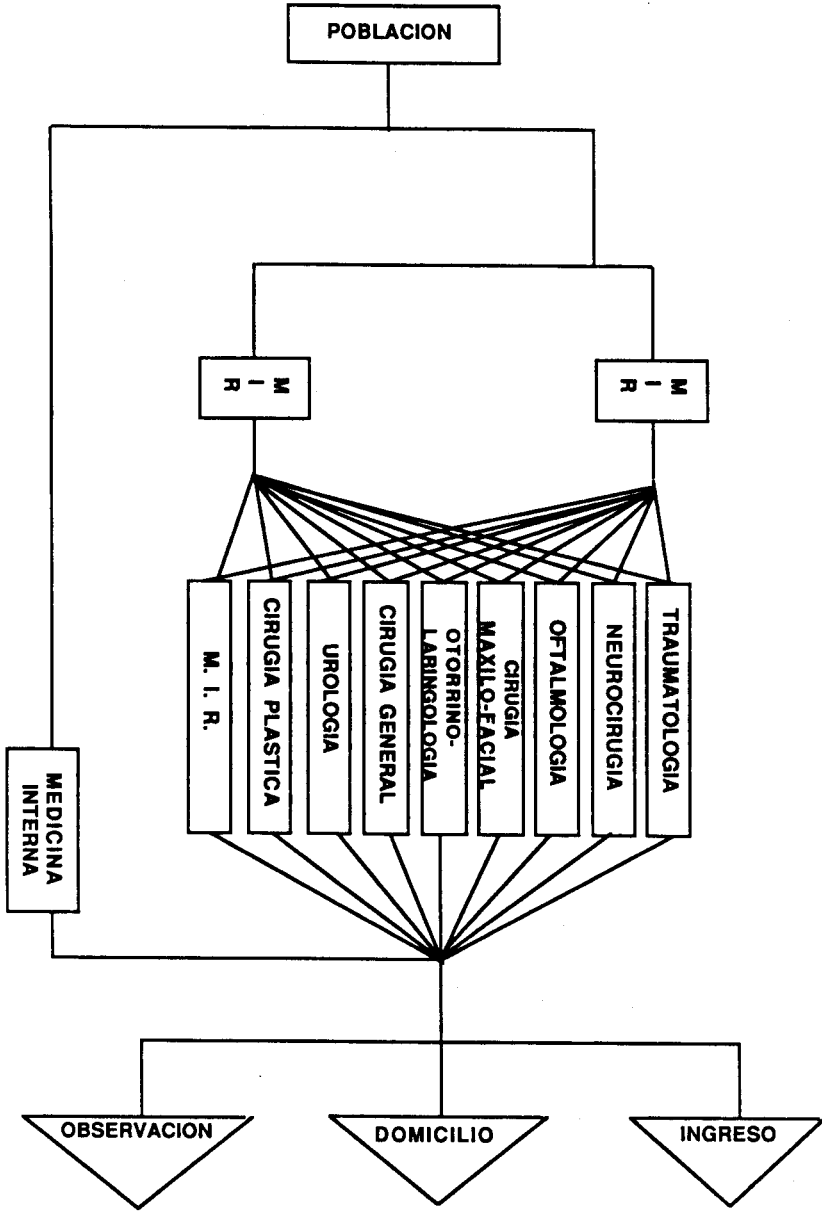
HOSPITAL PIO DEL RIO HORTEGA (VALLADOLID)

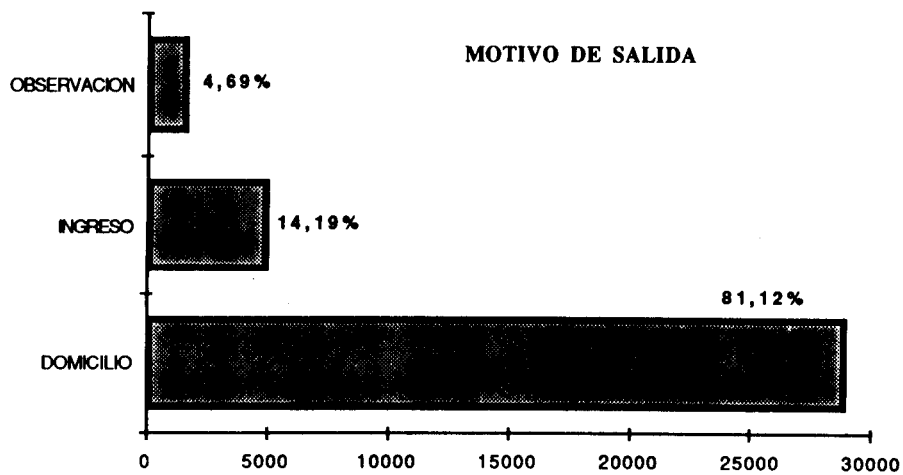
PERSONAL

Médicos.....	149
Personal sanitario auxiliar.....	882
Personal no sanitario.....	498

INDICADORES SANITARIOS

Nº consultas externas.....	105.106
Nº urgencias atendidas.....	43.512
Nº de camas.....	589
Rotación enfermo/cama.....	2,73
Porcentaje de ocupación.....	91,13





VALOR DE LAS VARIABLES DE LA ESTRUCTURA DE ESPERA

Tasa de atención :	43(clientes/servicio y día)
Tiempo medio de espera:	78.12323 minutos.
Nivel de ocupación servicio 1:	0.9294636
Nivel de ocupación servicio 2:	0.9011644
Nivel de ocupación servicio global:	0.9153140
Número medio de personas en espera:	4.279580
Valor medio de llegadas:	85.04312 clientes/día.
Número medio personas en sistema	6.117997
Permanencia media en sistema	111.6407 minutos.
Porcentaje rechazados	7.443600 %