

Extendiendo nuestros horizontes: Demanda y oferta de servicios de atención médica. Algunas consideraciones básicas desde la perspectiva de la gestión

GUSTAVO J. VILLASMIL PRIETO,
MEDICINA INTERNA. ADMINISTRACION SANITARIA POLICLINICA METROPOLITANA,
CARACAS. SUPERINTENDENCIA DE SALUD, ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA, CARACAS.

Correspondencia: gvillas@telcel.net.ve
Policlínica Metropolitana, consultorio N° 1.34, calle A-1, Caurimare, Caracas.

PALABRAS CLAVES:

Salud pública, atención médica, gestión de salud, oferta y demanda.

RESUMEN

La asimilación de la dinámica propia de la asistencia médica a una situación de intercambio tal y como opera en el ámbito del mercado, no es del todo nueva, si bien deben destacarse sus marcadas singularidades. Como en todo mercado, en la asistencia médica concurren, de un lado, una oferta específica de servicios y prestaciones cuyo diseño ha estado bajo el más exclusivo dominio por parte de la comunidad médica y por el otro, una demanda, constituida esta por la compleja sumatoria de las necesidades, percepciones y expectativas de una heterogénea comunidad de usuarios. Finalmente, y sirviendo de marco concreto para tal intercambio, una institucionalidad compleja y de vida propia, cuán es la organización médica cuya representación por excelencia es el hospital. En el presente ensayo se diserta sucintamente acerca de cada uno de estos elementos, procurando esbozar la complejidad de muchas de sus interrelaciones.

INTRODUCCION

La asimilación de la asistencia sanitaria a la dinámica propia del mercado no es en absoluto nueva. De hecho, ha sido la base de importantes desarrollos teóricos de los que se ha servido la ciencia económica en aplicaciones bastante más allá de lo médico. Un ejemplo clarísimo lo tenemos en el desarrollo de concepto de *asimetría de información*, una aportación de Keneth Arrow al estudio de mercados "impuros" que le valiera el Premio Nobel de Economía en 1972. Este trabajo de Arrow, que data de 1963, destaca las distorsiones inherentes a un mercado cuyos dos actores esenciales - oferta y demanda- operan desde niveles de información muy distintos. Hay mercados marcadamente simétricos, en los que quienes ofertan y demandan

manejan niveles de información muy comparables respecto del intercambio que ha de operar entre ellos. Este no es el caso del mercado de la atención médica, en el que quien oferta -el médico- es el depositario monopólico de los saberes que el que demanda -el paciente- no tiene, pero a los que precisa acceder.

LA OFERTA EN LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

Así las cosas, hemos de entender la dinámica propia de nuestros consultorios y salas de hospital en esos términos: un actor que oferta -nosotros-, otro que demanda -los pacientes- una situación de intercambio en la que ambas partes concurren más o menos asimétricamente y, finalmente, un complejo marco organizacional en cuyo ámbito dicho intercambio opera.

La oferta, he dicho, somos nosotros. Todo lo que se ha dicho y hecho en Venezuela en materia de diseño, creación, administración de servicios de salud, desde el Programa de Febrero del general López Contreras y hasta la fecha, ha sido dicho y hecho desde la perspectiva de la oferta, es decir, desde la óptica del consultorio, de la sala de hospital y desde las oficinas de planeamiento de nuestros ministerios de sanidad. En ello ha imperado desde siempre la lógica médica. La organización tiene el diseño que nosotros le dimos y con frecuencia opera desde los parámetros que nosotros mismos imponemos. Tal enfoque el basado en la oferta- tuvo su razón de ser. Eran tiempos y escenarios sanitarios en los que lo mandatorio era la generación de grandes economías de escala⁽¹⁾.

En la Venezuela palúdica de 1935, sólo cabía un planteamiento organizacional tal que los costos inherentes a las acciones en salud en los que se incurriese estuvieran distribuidos entre el mayor número posible de beneficiarios; sólo cabía pues, planteamiento organizacional que expresara al máximo las necesarias economías de escala a las que había que aspirar en medio de una tremenda precariedad de recursos.

Y así se hizo: servicios y programas fueron diseñados con apego a un concepto de "línea de producción" de inspiración tayloriana, con procesos detalladamente diseñados con un mínimo de generación de desperdicio⁽²⁾.

Y hay que decir que fuimos exitosos. Venezuela, en aquellos años, fue señora en América Latina en materia de abatimiento de terribles, de históricas endemias rurales. Para inicio de los años 50, Venezuela contaba, en decir de la OPS/OMS, con uno de los mejores servicios anti-maláricos del mundo. La expresión de ese concepto basado en la oferta en nuestras clínicas y hospitales la tenemos en esas clásicas prácticas de planeamiento tan nuestras en virtud de las cuales tomamos decisiones tan críticas como las de asignación de recursos.

La literatura cita las ponencias de Donabidean de los años 60 entre las pioneras en establecer ese paradigma de gestión de servicios de atención médica inspirado en aquel otro, tan en boga en los predios de la economía: me refiero, claro está, a las matrices insumo-producto⁽³⁾.

Donabidean propone entonces un esquema bien simple, que integra una estructura con los procesos a los que da soporte, integración ésta de la que se esperan unos resultados de mayor o menor impacto sanitario. Veamos en detalle:

- 1.- **La dimensión de la estructura** alude a sus características propias del sistema del que disponemos (horas-médico, camas-día, horas-quirófano), a esas fortalezas básicas a las que debemos apelar para poder dar contenido cierto a la misión de nuestra organización.
- 2.- **La dimensión del proceso**, que tiene que ver con lo que desde la estructura se hace, es decir, es un asomo -aunque tímido- a la complejidad de la dinámica de nuestra organización, de sus actividades, algo de lo que dan cuenta los indicadores de gestión más clásicos (rendimiento por hora-médico, por cama-día, intervalo de sustitución, índice de rotación, etc). Adicionalmente hemos de considerar los indicadores llamados "negativos" Tales son los de mortalidad y morbilidad brutas, mortalidad en las 24 horas siguientes al ingreso, mortalidad quirúrgica y mortalidad materna.
- 3.- **La dimensión de los resultados**, que se expresa en el mayor o menor grado del cumplimiento de las metas que frecuentemente nos imponen.
- 4.- **Finalmente, la dimensión más compleja, la de los impactos reales** de aquello que hacemos. Generalmente se aprecia a partir de los grandes indicadores sanitarios, aunque ello puede ocultar en buena medida duras realidades que a veces preferiríamos no mirar. Algunos son los bien conocidos de mortalidad infantil, de mortalidad materna y el más novedoso de la mortalidad entre los años 1 a 5 de vida, más sensible aún que el de mortalidad infantil. Observemos que hasta ahora nada ha sido dicho desde la perspectiva del usuario del hospital o de nuestro consultorio.

1. El vector de política más cónsono con tal premisa fue el de la implantación de programas sanitarios verticales impuestos "desde arriba". Este tema es abordado ampliamente en el Informe de un grupo de estudio de la OMS auspiciado en 1996 a propósito del problema de la integración de los servicios de atención a la salud.

2. Se refiere aquí a Frederick Taylor, ingeniero norteamericano quien a fines del siglo XIX estudiara los procesos de operación de la industria minera. Sus aportes influyeron en la creación de un nuevo modelo de producción industrial que superaba las naturales limitaciones de la producción artesanal, siendo aplicado a título pionero por la Ford Motors Co. Finalmente, el paradigma tayloriano habría de ejercer su poderosa influencia sobre una amplia gama de procesos de producción, incluso en el ámbito de los servicios. Los de atención médica no escaparían a ello.

3. Donabidean, Abedis, 1966. Modificado por Pabón, 1985 y Kroeger, 1992.

Desde nuestra tradición sanitaria, el usuario ha sido tenido como un ente pasivo, un depositario de aquellas acciones que nosotros decidimos tomar.

Y así fue, lo mismo en Venezuela que en el mundo. Hasta que ocurrió lo que Regina Herzlinger llamó "la revolución del consumidor", un proceso del que no escaparon los servicios médico-asistenciales⁽⁴⁾.

LA DEMANDA EN LOS SERVICIOS MEDICOS

La llamada "revolución del consumidor" que nos describe Herzlinger tiene su origen en un hecho ciertamente incontrovertible: los pacientes ya no han de permanecer siendo pacientes.

En la medida en la que nuestras sociedades tienen acceso a más y mejor información y en que se consolida una cultura cívica propia del Estado Social de Derecho que propugnan -seguramente sin excepción en Latinoamérica- nuestras constituciones políticas, nuestros usuarios se persuaden más y más de que su condición de sujetos de derecho, no en tanto que contribuyentes sino que de ciudadanos. Ello les otorga potestades que los planificadores de extracción clásica nunca tomaron en cuenta salvo por la necesaria y a menudo imprecisa noción de "área de influencia poblacional".

La dimensión de la demanda se tornaba así en un algo anónimo y sin rostro, en una agregación forzosamente uniforme de necesidades y de expectativas a las que el planificador -precisado como estaba de una definición *ceteris paribus*- estaba impedido de asomarse. El tiempo del consumidor llegó. Nos dice Herzlinger: "*Pero la mayor parte del sistema de atención médica está organizado alrededor de las necesidades de sus proveedores, médicos y hospitales, no alrededor de las necesidades del consumidor*"⁽⁵⁾.

La dimensión de la demanda en materia de servicios médico-asistenciales es una función compleja que integra las necesidades, aspiraciones, expectativas y nivel de información del paciente (llamémosle aquí usuario o consumidor).

Como toda función que pretenda ser matematizable, la demanda tendrá tantas expresiones como puntos a lo largo de una curva.

Compleja es la dimensión de la demanda y a sus particularidades es preciso que nos asomemos so pena de fracasar en el cumplimiento de nuestra misión como organización. Oscilamos entre dos tipologías extremas de consumidor: entre aquel en quien opera la Ley de Say⁽⁶⁾ y que demanda todo aquello que la Medicina ofrece y aquel otro que espera por las prestaciones del "Estado Nana" (*The Nanny State*), expresión de una pasividad extrema que entre nosotros con frecuencia raya en límites inconcebibles. Y en el *interim*, la variadísima gama de usuarios que con sus distintas percepciones del acto médico acuden a nuestros servicios, o que van dejando de hacerlo en provecho de ofertas técnicas de menos calidad, pero quizás más accesibles. En tal sentido nos alerta el informe del Banco Interamericano de Desarrollo de 1996 en el que se advierte sobre la creciente oferta de servicios médicos precarios (una suerte de informalismo médico) en América Latina, toda una oferta que recoge una demanda inestimada por nuestros planificadores.

En nuestra experiencia municipal la aproximación a las características de la demanda de estos servicios por parte de nuestros potenciales usuarios ha pasado por precisar desde sus necesidades sociales hasta la percepción que de la oferta misma tienen, pasando por las eventuales barreras de acceso que han encontrado -culturales, geográficas, etc- además de la epidemiología característica de dicha

4. Herzlinger, Regina. *Market Driven Health Care*. Perseus Books, 1997. p.3-15 y 16-46

5. Herzlinger.op.cit.p.20

6. Jean-Baptiste Say (1767-1832). Economista francés. La ley de Say postula que toda oferta genera su propia demanda.

7. Barillas, E. *Public health services: should they respond to demand or necessity?*. Pan American Journal of Public Health 3 (5), 1998.

población, todo ello procurando no dejarnos tentar por la atractiva idea de una "demanda presunta" a partir de la cual definir las características de nuestra cesta de servicios. En este sentido, procuramos no hacernos prisioneros del dilema planteado por Barillas⁽⁷⁾ en el sentido de si los servicios de atención médica deben responder a las "necesidades reales" de la población o a las demandas específicas que ésta manifieste. Falso dilema ese.

LA INTERFASE DE LA ORGANIZACION MEDICA

Entre la demanda y la oferta media lo que más que un marco referencial es de suyo, un tercer actor. Me refiero al hospital, a la organización médica en sí. En Venezuela no es poco el esfuerzo hecho durante años en procura de vencer las viejas barreras de acceso a los servicios médicos que aún son patentes en muchos países latinoamericanos. Incluso puede decirse que se hizo en su día esfuerzos por apuntalar una oferta de atención a partir del diseño de una cesta básica con frecuencia bastante completa y que incluía prestaciones clínicas, de apoyo diagnóstico y de provisión de medicamentos. La oferta se diseñó y se entregó; la demanda, con sus falencias y con sus luces, se convocó. Pero resultó que en el hospital estalló una huelga médica, o que la Universidad -frecuentemente inmersa en nuestros centros hospitalarios de enseñanza- está de asueto.

O, más frecuentemente, que se malversaron unos dineros o simplemente se los robaron. Se suceden los conflictos de rigor en los que notamos con frecuencia un patrón digno de estudio: y es que la mayor dotación de recursos no siempre va de la mano de una oferta más y más robusta y mucho menos de una demanda más satisfecha.

El hospital se nos convierte en un monstruo con vida propia que con frecuencia se alimenta de millones y millones de bolívares; es un monstruo

que aparece como incontrolable en virtud de los múltiples intereses que en él concurren. Esta dimensión en la que los factores expertos que median entre oferta y demanda se convierten en sí mismo en actores relevantes y frecuentemente decisivos es estudiada por la Teoría Económica de la Agencia⁽⁸⁾.

Una versión de esta realidad la tenemos en el hospital, en donde un desencuentro entre sus administradores y los factores de poder que en él perviven (colegios profesionales, sindicatos, grupos académicos de presión, etc) con frecuencia intervienen de manera decisiva en el otrora "natural" encuentro entre los médicos del *staff* (expresión de la oferta) y los usuarios (expresión de la demanda). Y como telón de fondo, la creciente presión de la opinión pública, esa que ha desacralizado la atención médica y la ha hecho más y más el objeto de sus críticas y su monitoreo.

"HASTA DONDE TENGAMOS PODER Y DISCERNIMIENTO..."

Así las cosas es preciso que el gestor al frente de una organización sanitaria tenga bien presente la doble dimensión del servicio que dirige y el telón de fondo que le arropa. Debe, por tanto, apuntalar su oferta, escrutar en las aspiraciones y necesidades de la demanda que espera captar y debe también ejercer un estricto control sobre las agendas particulares de otros factores de poder en el contexto de su propia organización, ello con el fin de prevenir la perversión de la misión inherente a la misma en obsequio de las aspiraciones de grupos de presión.

Ciertamente, se trata de una labor difícil para la que es necesario estar no sólo intelectualmente formado, sino que también espiritualmente dispuesto.

Por el apuntalamiento de la oferta me refiero a aquellas acciones de gerencia que tiendan a acercar

8. La llamada Relación de Agencia o de la Firma surge cuando un principal -en nuestro caso, el Estado- delega la toma de decisiones inherentes al manejo de la organización que le pertenece -el hospital- a un agente distinto -los administradores-. El agente perfecto, inexistente por demás, siempre actuará cual si fuese el principal, tomando en cuenta las preferencias de aquel antes que las suyas. El problema surge cuando las respectivas agendas de dichos actores -agente y principal- difieren, lo cual frecuentemente es causal de conflictos.

a nuestra cesta de servicio al estado del arte en la materia a la que nos dediquemos.

En este cometido hemos encontrado especialmente útil los estándares de acreditación que para la América Latina y el Caribe dictase la OPS en 1993. Un esfuerzo interesante que desafortunadamente el organismo regional para la salud en las Américas no pudo continuar. Allí se definen aspectos tan diversos como características mínimas de planta física, equipamiento, normas y procedimientos que en su día encontramos especialmente útiles en el Hospital Vargas de Caracas. En general, resulta útil apelar a estrategias de posicionamiento (*benchmarking*) a fin de subsanar las debilidades que podamos sufrir.

Especial atención debemos al comportamiento de nuestros indicadores básicos, ya anteriormente mencionados. Ello son no el altar sobre el cual debamos sacrificar nuestros esfuerzos, sino que la guía práctica que haya de orientarlos en el día a día.

La dimensión de la oferta debe ser abordada sin miedo, atreviéndonos más y más a negociar con nuestros usuarios aceptando como legítimas sus aspiraciones y reservas.

Finalmente, es necesario ejercer el control cierto de la organización sanitaria, lo cual no es en absoluto una apelación a la instalación de formas autocráticas de gestión dentro de nuestros hospitales.

Este es un problema complejo que precisa de un abordaje específico que escapa al objeto de esta disertación. Lo cierto es que los problemas de agencia parecen incrementarse en los hospitales en la misma medida en que la dirección técnico-política de los mismos aparece como más débil e inerte.

Y no puede ser otro el caso tratándose, como en el caso de nuestros hospitales públicos, de direcciones sin tan siquiera un mínimo de autonomía.

Integrar las aspiraciones y necesidades expresadas a través de una demanda específica de servicios médicos con una capacidad física, humana y técnica más o menos limitada pero que nunca infinita, todo ello en el marco de una organización de las más complejas que existan es sin duda un reto. Un reto profesional, si, pero sobre todo personal.

Por ello el gestor sanitario sea quizás el que más y mejor pueda aproximarse a la realización del sueño de Hipócrates, aquél que nos invita a hacer lo más y mejor posible por el enfermo en tanto tengamos poder y discernimiento para ello. Manejemos con prudencia y buen juicio el poder de que se nos dote y amplíemos siempre y cada vez más nuestra capacidad de discernir entre lo bueno y lo malo, entre lo sensato y lo prudente, entre lo posible y lo puramente ilusorio.

