

El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. 2009-2010

Anai García Fariñas ^I, Isora Ramos Valle ^{II}, José Félix García Rodríguez^{III}, Ana María Gálvez González ^I.

I. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Economía de la Salud.

II. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Higiene y Epidemiología

III. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México (UJAT). División Académica de Ciencias Económico-Administrativas

Autor para la correspondencia

Anai García Fariñas. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Economía de la Salud. alastor@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un motivo de preocupación para los ciudadanos, los profesionales y los responsables de las políticas sanitarias.

Objetivos: brindar una actualización de aspectos teóricos básicos y discutir el caso de los servicios de rehabilitación en áreas seleccionadas de La Habana.

Método: Se empleó la revisión bibliográfica por el modelo BIG6. Se realizó una investigación de servicios, rápida, explorativa y de corte evaluativo en los servicios integrales de rehabilitación de las áreas Luis de la Puente Uceda. Municipio 10 de octubre, Ana Betancourt. Municipio Playa, Carlos J. Finlay. Municipio Mariano y Pablo Noriega. Municipio Quivicán. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y se consultaron fuentes secundarias de información.

Resultados: Es necesario diferenciar los términos demanda y necesidad o utilización de servicios sanitarios. Las áreas de salud se caracterizaron por atender a una población envejecida, con elevada prevalencia de: hipertensión arterial, asma bronquial y diabetes mellitus. El principal motivo de consulta fueron las afecciones del sistema osteomioarticular. Los servicios de rehabilitación integral cuentan con la infraestructura técnico-material básica para atender tanto a enfermedades del soma como para brindar atención psicológica y atender las enfermedades no transmisibles.

Conclusión: Para sostener una adecuada cobertura poblacional y garantizar un uso racional de los servicios es necesaria la adecuación de la oferta con las necesidades en salud y su cristalización como demanda. Para los servicios de rehabilitación evaluados se constató el desbalance entre las potencialidades de la oferta y las necesidades de la población y el uso de los servicios.

Palabras clave: economía de la salud, oferta, demanda, gestión en salud, servicios de rehabilitación integral

INTRODUCCIÓN

La medicina ha presentado avances espectaculares en los últimos años en especial en recursos diagnósticos y terapéuticos que, sin duda, ayudan a paliar los efectos de las enfermedades. Por otra parte, la sociedad ha experimentado modificaciones demográficas y de expectativas de vida, así como en sus exigencias en cuanto a servicios de salud. Ambos elementos dibujan una situación que impone el diseño de estrategias que propicien cada vez una mayor correspondencia entre la oferta de servicios de salud y la demanda de servicios de salud cada población, para así contribuir al empleo eficiente de los recursos.

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud ha llegado a constituir un importante motivo de preocupación para los ciudadanos, pero también para los profesionales y los responsables de las políticas sanitarias. En México, por ejemplo, entre 1984 y 1991 del total de investigaciones en salud el 49.9% se correspondió al estudio de necesidades de salud, especialmente en lo referente a prioridades presentes y potenciales y su relación con la eficiencia y productividad de los servicios de salud, con una productividad promedio de 27 investigaciones anuales ¹.

En la actualidad varios países ^{2,3,4,5} se han ocupado de estudiar la relación entre las necesidades de salud reales y potenciales, actuales y en el futuro (demanda) en relación a las disponibilidades para brindar servicios en iguales horizontes temporales (oferta) y en la mayoría se ha encontrado brechas que condicionan el éxito en lo que a salud de las poblaciones se refiere. Especialmente en salud resulta difícil predecir escenarios futuros dado las múltiples influencias que inciden especialmente sobre las necesidades de salud, y el tiempo que media entre las decisiones para corregir la oferta y la duración del proceso de formación especializada, lo cual provoca en muchas ocasiones que al tiempo en que se logra contar con los recursos necesarios las nuevas circunstancias son muy diferentes de las iniciales pudiendo no haberse corregido el desbalance original. A esto se adiciona que para la realización de estos estudios se necesitan registros primarios de calidad y oportunos tanto sobre patrones de uso de los servicios por parte de la población como de las necesidades de salud.

En Cuba, son muy limitados los estudios que abordan explícitamente la interrelación entre oferta y demanda en salud. Un estudio realizado por Gálvez y colaboradores en 2010 ⁶ así lo demuestra, de 77 tesis de maestría en economía de la salud realizadas en La Habana entre 2003 y 2010 ninguna se enfocó directamente a este tema. No obstante, en la actualidad se observa un interés especial por parte de las autoridades sanitarias en este sentido, lo que llevará al desarrollo de estudios en esta dirección. Ejemplo de ello son el conjunto de interrogantes, presentadas en el informe de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional del Poder Popular en diciembre de 2009, relacionadas con la correspondencia entre la utilización actual de los servicios integrales de rehabilitación y las necesidades de salud de las áreas en el nivel primario de atención.

Los objetivos de este artículo son brindar a los lectores una actualización de los aspectos teóricos básicos relacionados con el estudio del balance entre la oferta y la demanda en los servicios de salud y sobre esa base discutir el caso de los servicios de rehabilitación en áreas seleccionadas de La Habana, Cuba, entre 2009 y 2010.

METODOLOGÍA

Para la actualización de los temas conceptuales se realizó una revisión bibliográfica de la literatura producida sobre los temas de oferta en salud y demanda en salud. Se utilizó el modelo BIG6.

Para la evaluación del balance entre oferta y demanda de servicios de rehabilitación (en la Habana, Cuba) se realizó una investigación de servicios, rápida, explorativa y de corte evaluativo, que valoró esencialmente la correspondencia entre la demanda, explorada desde las necesidades de salud de las áreas en el nivel primario de atención; a partir de la identificación de los principales problemas de salud de las áreas de estudio y la utilización de los servicios integrales de rehabilitación y la oferta abordada a través de la organización, el funcionamiento de las prestaciones brindadas en las áreas de rehabilitación integral estudiadas y la descripción de los costos por recursos humanos, materiales y equipos. Además se valoró el conocimiento de médicos de familia y pacientes sobre la organización y potencialidades del servicio de rehabilitación presente en sus respectivas áreas de salud.

Sobre la base de que los servicios integrales de rehabilitación en Cuba tienen los mismos objetivos de trabajo y servicios básicos, independientemente de las diferencias mínimas en tipo y número de servicios que brindan, fueron seleccionadas 4 áreas de salud, según los criterios de factibilidad siguientes: cercanía del centro de rehabilitación al área de residencia de los residentes y necesidad de realizar la investigación en un tiempo enmarcado dentro del proceso docente. Las áreas estudiadas fueron: Luis de la Puente Uceda. Municipio 10 de octubre, Ana Betancourt. Municipio Playa, Carlos J. Finlay. Municipio Mariano y Pablo Noriega. Municipio Quivicán.

Para la obtención de información se realizaron entrevistas semiestructuradas a: Vicedirector de Asistencia médica del policlínico y Jefe de recursos humanos de las áreas de salud, al universo de trabajadores del servicio de rehabilitación, a los médicos de familia y pacientes presentes en los consultorios y en sala de rehabilitación durante los días de la observación.

Las fuentes principales de recolección utilizadas fueron: Análisis de la situación de salud del área de salud, hojas de cargo del servicio de rehabilitación, historias clínicas de pacientes que utilizaron el servicio, plantillas de cargo, P2, nóminas de pago, submayor de vacaciones, submayor de inventario de medios de rotación, submayor de inventario de AFT, pedidos de materiales, tasas de depreciación de equipos y mobiliario entre otros.

El trabajo de campo dio inicio con un encuentro del equipo investigador con los directivos del área de salud con el fin de explicar los objetivos de la investigación, los aspectos éticos y los instrumentos a aplicar. Los datos recogidos en los servicios de rehabilitación correspondieron al año 2009, la observación del servicio tuvo una duración de dos semanas (comprendiendo el periodo del 11 al 25 de enero/2010)

CONTEXTO TEÓRICO

La demanda de un bien o servicio

La demanda de manera general puede ser entendida en términos generales como las cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto (de forma explícita) a adquirir (para cada nivel de precios señalado para el mismo y

para unas circunstancias de mercado dadas). No obstante, para poder realizar un adecuado estudio del comportamiento de la demanda en salud es necesario conocer otras definiciones como las de demanda total, latente, expresada, inducida por la oferta. A continuación se presentan algunos de estos conceptos:

Demanda total: corresponde a la demanda presentada cuando las instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo que tienen en relación a su capacidad productiva, nivel de instalaciones y resultados económicos deseados y obtenidos. La demanda total puede variar por el cambio de preferencia de los clientes o por un aumento de la competencia. Para mantener la demanda total se debe medir el grado de satisfacción de los clientes y asegurarse que se está haciendo un buen trabajo.

Demanda potencial o latente: es aquella demanda ante la cual un significativo número de clientes puede desear algo que no puede satisfacer por ninguna oferta existente. En el contexto de la salud es la demanda percibida (aunque no expresada) por un individuo y que algún experto diferente de él considera necesaria. Es la diferencia existente entre las necesidades justificadas (y percibidas por los propios pacientes) y las explícitamente manifestadas (aunque no lleguen a ser objeto de atención) ante los proveedores de atención sanitaria.

Demanda excesiva: aquella que se presenta cuando es mayor a la que las organizaciones pueden o quieren manejar. El exceso de demanda puede llevar al deterioro de la calidad del trabajo desempeñado.

Demanda expresada: aquella demanda que se ejercita de forma explícita por parte de una población. Puede ser superior al volumen de utilización a causa de la existencia de listas de espera por la limitación de los recursos disponibles o a causa de diferencias entre las percepciones de los pacientes y las necesidades definidas por los profesionales.

Demanda inducida por la oferta: aquella producida como consecuencia del desconocimiento completo de las características del producto o servicio, de parte de los agentes del proceso. Es provocada o conducida por el proveedor del servicio y se sitúa por encima de la que el consumidor habría realizado de haber dispuesto de suficiente información. En consecuencia, la oferta y la demanda dejan de ser independientes. Es motivo de ineficiencia por exceso de demanda innecesaria.

Demanda justificada: Aquella demanda para la que tanto la sociedad como los expertos médicos (además del propio individuo) están de acuerdo con su existencia, dado que responde a razones apreciadas como objetivas por todos ellos. Se opone a la demanda sanitaria injustificada que es aquella expresada por los individuos en contra de la opinión de la sociedad o los expertos.

Puede entenderse entonces la importancia de diferenciar entre los términos demanda y necesidad o utilización de servicios sanitarios, lo cuales se refieren a tres momentos diferentes de la toma de decisiones de un individuo respecto a la salud. La necesidad se expresa en forma de dolencia, enfermedad o malestar. De ella se deriva la demanda, cuando el individuo percibe que su estado de salud requiere algún tipo de asistencia y toma la decisión de contactar con el sistema. Finalmente el uso se expresa cuando el médico ratifica que la necesidad y la atención están justificadas y el individuo recibe el servicio ⁷.

La demanda global de servicios de salud es irregular e impredecible. El hecho de que las personas demanden o no un determinado servicio de salud está determinado por una variedad de factores. Entre ellos: el suceso enfermedad y la

percepción de los individuos de la necesidad de atención de salud, sus características demográficas, el rol que juega el médico que en su condición de agente, las creencias individuales y sociales, las redes sociales y las características de los propios servicios de salud.

La enfermedad y las creencias como determinantes de la demanda de salud

La conformación de la demanda de servicios de salud está relacionada con eventos de enfermedad. Supongamos una persona en el comienzo de un año con un nivel de salud H_0 . Si nada le sucede a esta persona durante el año, su stock de salud se degradará ligeramente por causa del envejecimiento, pero nada más sucederá. En cambio, si una enfermedad seria o daño a la salud ocurre, su stock de salud caerá por el monto "L" (L = pérdida). Cualquier servicio de salud (m) le brindará una compensación $g(m)$, así que el monto neto de salud al final del período será: $H = H_0 - L + g(m)$

En general, a mayor pérdida "L", la mayoría de las personas tratarán de mejorar su salud, esto es "comprar" más servicios de salud. Así, la demanda de acceso a servicios de salud debería variar directamente con la severidad de las enfermedades, mientras que el cuidado médico tiene alguna habilidad de curar al paciente.

Consecuentemente, la utilización de los servicios también depende de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. La exposición al riesgo también tiene otra connotación, para el caso de los servicios de salud; el "exponerse" a la utilización de un servicio específico de salud o de todos los servicios en su conjunto, "protege" a la población "expuesta" en relación con la que no lo está. La población "expuesta" en alto grado a la utilización de los servicios gozará de un efecto protector mayor, pero a su vez se expondrá a otro efecto que ya no es protector sino de riesgo propiamente dicho, que es la iatrogenia. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios. Dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, aumentando por consiguiente el grado de utilización entre la población "expuesta".

Sin embargo, la decisión de los individuos de autoreportarse como enfermo es selectiva. Tanto sanitaristas como sociólogos de la salud saben que en toda comunidad existen individuos que no llegan a demandar servicios de salud a pesar de formar parte de la población de riesgo y en estado de necesidad. En este sentido, existe un patrón diferenciado de auto-reporte de enfermedad el cual varía según el nivel de riesgo del individuo (vinculado a condiciones de vida) y la percepción por parte del individuo de dicho estado de necesidad -por ejemplo, una persona que debe usar anteojos o que padece de diabetes, pero que no llega a tomar conciencia de ello y a realizar explícitamente su demanda en el mercado. También influyen, su posición dentro del ciclo de vida (edad) y según condiciones socioeconómicas del individuo (tales como el sexo, nivel de educación, condición de empleo, condición de asegurado) y de su hogar (tales como el género, nivel de estudios del individuo que toma las decisiones, el status de pobreza, el dominio o zona geográfica a la que pertenece, entre otros factores).⁸

La demanda de acceso también varía según las creencias de las personas acerca de la eficacia del cuidado. Esto es, mientras los doctores o científicos pueden tener un punto de vista sobre la posibilidad de transformar servicios de salud en salud por una enfermedad o daño particular, los pacientes pueden tener creencias distintas.

Sus creencias pueden orientarse en cualquiera de dos direcciones, muchas personas continúan usando métodos curativos que la ciencia descarta, mientras que, al mismo tiempo, otros pueden desconfiar y rechazar el cuidado que los científicos y doctores describen como eficaces.

El médico en su rol de agente

Si bien los cuidados médicos sólo brindan satisfacción ante una enfermedad, es decir, ante una desviación del estado normal de una persona, el paciente tiene dificultades para evaluar el servicio recibido, por eso se establece una relación de confianza entre el paciente y el médico. El primero espera que el comportamiento del segundo esté guiado por el interés en favor del paciente. No obstante, esta asimetría de la información usurpan la soberanía del paciente, por una parte el paciente decide si contactar o no con el servicio pero una vez realizado el contacto delega su soberanía en el médico que condicionado por incentivos económicos, de prestigio o por lo que considere una buena práctica médica acaba determinando la cantidad final de servicio que recibe el paciente. En salud, el paciente desconoce la naturaleza exacta de la necesidad (diagnóstico) así como de las prestaciones de salud que contribuirían a resolverla (terapias), lo que los hace dependientes del proveedor. Esto se ha descrito como "asimetría de información", es decir el volumen de información con que cuentan proveedores y consumidores no es el mismo. El paciente no decide ("no demanda") el tratamiento que va a recibir, en lugar de ello selecciona a un médico, que es quien toma la decisión. Así, el médico cumple un doble rol: por un lado actúa en interés del paciente y, por otro, en función de su propio interés, como un oferente del servicio. Por ello, puede inducir demanda y el paciente acudiría al médico tantas veces como éste lo solicite.

De una manera u otra -por un problema de percepción o por la no concreción de la demanda, incluso cuando el individuo perciba la necesidad- lo cierto es que la demanda revelada, en el mercado no siempre constituye un buen indicador de las necesidades reales de salud que tiene determinada comunidad. En el campo de la salud la demanda suele tener carácter pasivo y está sobredeterminada por la figura del médico que diagnostica una enfermedad y decide un camino terapéutico para enfrentarla. Lo que generalmente se observa como "demanda" en el mercado de salud es un conjunto de decisiones de gasto efectuadas por el prestador último del servicio, es decir, el oferente.

Esta es una de las características que fundamenta el hecho de que los servicios de salud se encuentran inmersos en los llamados "mercados imperfectos"; es decir, como sector no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado. de (De) aquí que se requiera la intervención de un agente colectivo que garantice el bienestar social.⁹

Las características de los servicios de salud como factores explicativos de la demanda de salud

Normalmente la demanda de servicios médicos es vista de modo individual; y suele formalizarse con el siguiente tipo de función de demanda donde además de las características de los individuos se incluyen factores propios de diferentes proveedores de los servicios de salud:

Función de demanda por atención en salud del tipo S durante el periodo t:

$DS = f(\text{edad } it, \text{ sexo } it, \text{ salud } it, \text{ educación } it, \text{ precio } nt, \text{ calidad } nt, \text{ espera } nt, \text{ distancia } nt)$

Así pues, la demanda del individuo por atención médica tipo S, depende de la edad, sexo, estado de salud y nivel educacional del individuo, y también el precio, la calidad de la atención, tiempo de espera y la distancia de los proveedores.

Elementos como la accesibilidad, y la disponibilidad de los servicios son de los más relacionados con la demanda. Con respecto a la accesibilidad- "el grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población"-, es considerada como un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. La disponibilidad -entendida como la capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos- también se considera otro factor intermedio, pero en este caso entre accesibilidad y las características de los servicios.

En relación al rol de los precios de los servicios médicos como factor determinante de la demanda se emplea la elasticidad. La elasticidad aporta información relativa a la medida en que reaccionaran los consumidores ante cambios en los precios de la oferta ¹⁰. Representa la medida de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio (elasticidad de precios). Especialmente en salud vale la pena señalar que se han demostrado elasticidades bajas. Es decir los pacientes modifican muy poco la demanda de servicios ante cambios en los precios de los servicios médicos, por ello se dice que la demanda en salud es inelástica respecto al precio. Sin embargo, si se analiza cómo varía la demanda en dependencia del costo del tiempo dedicado por los pacientes a recibir la atención se encuentra que la elasticidad del costo del tiempo es mayor que la del costo en dinero lo cual significa que la demanda es más sensible a los costos del tiempo. O sea que cabe esperar que estrategias organizacionales que alarguen los tiempos de duración de las intervenciones generen disminución de la demanda de esos servicios y viceversa.

Las redes sociales como determinantes de la demanda de uso de los servicios de salud

El modelo de Suchman, (1964-1966), se basa en presentar el rol de la «red de relaciones sociales» (individuo, familia, amigos) como determinante de la utilización de los servicios de salud. De acuerdo a este enfoque sobre la demanda de uso de los servicios de salud además de influir la percepción individual, la cual está directamente relacionada con los niveles de conocimiento que tenga el individuo, y por la disponibilidad de servicios, actúa la red de relaciones sociales relacionadas con el proceso salud-enfermedad en las que se inserta el individuo, las cuales también contribuirá a determinar las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará.

La demanda de salud está condicionada por una variedad de factores que van desde los más individuales hasta los poblacionales. Afectan la demanda, los procesos de transición epidemiológica en el que se producen cambios en la pirámide poblacional, los cambios en la distribución de la carga de enfermedad, los cambios en los niveles de atención, la organización de los servicios a nivel de la comunidad, por ejemplo la concentración de la oferta de servicios de salud en las áreas urbanas, principalmente de los servicios hospitalarios y los problemas de gestión que conducen a bajos niveles de eficiencia y productividad de los establecimientos de salud, operando estos por debajo de sus niveles de potenciales de producción.

Esta situación puede entenderse si se analiza el incremento producido en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios incluso para situaciones de baja complejidad que podrían ser atendidas en niveles inferiores. Esta realidad no obedece simplemente a los cambios demográficos (aumento de la población por

envejecimiento y movimientos migratorios) ni epidemiológicos, sino que existen otros factores que pueden explicar y se asocian a esta conducta, como la necesidad percibida de atención inmediata, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, el nivel socioeconómico y cultural y en varios países la falta de aseguramiento público.¹¹

La oferta

Los estudios de demanda y uso de servicios han recibido un considerable impulso en años recientes. Los estudios de la oferta, en contraste, han recibido poca atención bajo el supuesto equivocado de que la información administrativa existente basta y sobra para caracterizar la oferta.

En la caracterización de la oferta, un problema frecuente es la discrepancia entre los datos administrativos y la realidad. Por ejemplo, los informes administrativos a veces incluyen establecimientos que no están en funcionamiento o dan un panorama demasiado optimista sobre la calidad y cantidad del servicio. La oferta o disponibilidad de servicios se refiere al conjunto de establecimientos de salud en el país con su localización espacial y sus características, incluyendo la gama de servicios ofrecidos (cirugía, medicina general, atención primaria, etc.), tamaño (horas de consulta, número de camas, cantidad de personal) y calidad (ejemplo: congestión del servicio).

Algunas estrategias para garantizar el balance entre la oferta y la demanda en salud

Siguiendo las categorías del análisis económico, la demanda y la oferta no se comportan en el campo de la salud como en un mercado típico. El paciente carece en general de soberanía para elegir lo que consume y el prestador carece de autonomía para fijar el precio de sus servicios, ya que un tercer pagador establece las condiciones de los mismos. Por ello la oferta de servicios debe estar regulada por un agente colectivo o Estado, el cual será el responsable del ajuste de la demanda y oferta en el nivel óptimo social, por lo que ciertos tratamientos y procedimientos deben dosificarse en tanto que otros promoverse. Desde ese punto de vista, la salud pública puede aportar recursos técnicos inmejorables para establecer condiciones armónicas de reciprocidad entre oferta y demanda, tanto en el diseño de planes de cobertura de servicios, como en el monitoreo de su desenvolvimiento.

En los sistemas nacionales de salud (SNS) que cuentan con cobertura universal y sin coparticipación financiera en el momento de la prestación, el balance entre oferta y demanda se realiza mediante la limitación del acceso a los recursos, es decir, a través del mecanismo de colas en lugar del mecanismo de racionamiento de los precios. De esta manera se difiere en el tiempo una determinada actividad, sin embargo se corre el riesgo de que se pospongan actividades tan simples como las consultas a especialistas generando insatisfacción de la población y en algunos casos incrementando la gravedad con la que llegan los pacientes al servicio y con ello los costos de la atención.

En muchos casos se da la tendencia a asignar a los bienes de salud una utilidad superior a la real, con lo que nuestras decisiones racionales quedan distorsionadas. Se induce al sobre consumo de las prestaciones de salud, al tiempo que pueden aumentar los riesgos de iatrogenias. Las posibles soluciones son la educación en salud, los mecanismos de copago que promueven clara conciencia de los costos y los sistemas de atención de complejidad progresiva.

Cuando la oferta no es capaz de satisfacer todas las necesidades de la sociedad en lo que a salud se refiere, uno de los resultados esperados es el cuestionamiento de la sostenibilidad financiera de la provisión de asistencia y de la calidad del sistema, esta última muchas veces evaluada a través de listas de espera. De hecho las listas de espera constituyen el primer motivo de insatisfacción de los ciudadanos configurándose así como elementos perversos de la calidad del sistema. No obstante, como indicador de desajuste entre oferta y demanda, suelen tener limitaciones, dadas fundamentalmente por la capacidad de alterar la lista que tienen los proveedores.¹²

Estudio de caso. Los servicios de rehabilitación integral en áreas de salud seleccionadas de la Habana, Cuba, 2009-2010

Los nuevos servicios de rehabilitación integral constituyen una respuesta al desarrollo de la Estrategia de la Atención Primaria y contribuyen al logro de la equidad, eficiencia y cobertura de los servicios de salud. Coordinan sus acciones desde 4 grupos importantes de discapacidades: físico motora, trastornos de la comunicación y el aprendizaje, afecciones de órganos y sistemas, psicosocial y sociolaboral.

En él se integran diferentes especialidades médicas, como son: Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Natural y Tradicional, Podología, Defectología, Logopedología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Nutrición; además de otras como Psicología y Trabajo Social, para aquellos pacientes que acuden al servicio y necesitan ser evaluados por ellos. De manera conjunta constituyen equipos interdisciplinarios, cuyo propósito es trabajar para mejorar y elevar la calidad de vida de la población.

La Rehabilitación es un proceso global y continuo; resultado de la aplicación integrada de múltiples procedimientos, que tienen como objetivos: lograr una mayor independencia física y habilidad funcional en las personas con discapacidad, lograr el ajuste psicológico, social, y vocacional en éstos y garantizar la reintegración social con un mínimo de secuelas, en el menor tiempo posible.

Entre las funciones del Servicio Integral de Rehabilitación se incluyen, la prevención de discapacidad, promoción, orientación de salud al paciente, familiares y la comunidad, así como, la prevención y tratamiento específico de las discapacidades, hasta su rehabilitación en el policlínico o en el domicilio. (Coordinación Nacional de Rehabilitación del MINSAP. Manual de organización, procedimientos y funciones de rehabilitación integral del policlínico. La Habana. 2009)

La demanda

Las áreas de salud visitadas se caracterizaron por atender a una población envejecida con elevada prevalencia de enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, el asma bronquial y la diabetes mellitus. No obstante los Análisis de la Situación de Salud revisados fueron muy deficientes en su elaboración (múltiples imprecisiones en la información: incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles, datos desactualizados, Ej dispensarización, repeticiones no coincidentes, presentación solamente de porcentajes, sin los números absolutos. Ausencia de datos sobre discapacidad, ausencias de análisis y cifras sobre factores de riesgo por grupo de edades y sexo entre otros)

El principal motivo por el que acudieron los pacientes al servicio de rehabilitación fueron las afecciones del sistema osteomioarticular por discapacidades físico-motoras, abarcando más de la mitad del total de los pacientes. Sin embargo, en las

áreas estudiadas, las afecciones osteomioarticulares, no fueron identificadas como problemas de salud, ni se encontraron recogidas entre las prioridades sanitarias.

Desde la perspectiva actual de la rehabilitación con un enfoque preventivo las enfermedades no transmisibles también constituyen un potencial para la demanda de servicios de atención rehabilitatoria en el nivel primario de atención. Sin embargo, aunque más de la mitad de los pacientes que se entrevistaron en el servicio de rehabilitación presentaban una enfermedad no transmisible prácticamente ninguno recibió atención rehabilitatoria para ésta. En general no sobrepasó el 10% del total de pacientes atendidos debido a enfermedades no transmisibles.

La oferta

Los servicios de rehabilitación integral cuentan con una amplia y variada cobertura de servicios y con la infraestructura técnico-material básica (equipos aptos y disponibles, material gastable de soporte) para atender tanto a enfermedades del soma como para brindar atención psicológica o atender las enfermedades no transmisibles prevalentes en el cuadro de morbilidad del país y de las áreas estudiadas, tanto desde sus aspectos preventivos como la rehabilitación integral de sus numerosas secuelas, causantes de discapacidades temporales o permanentes.

La población mostró niveles adecuados de conocimiento sobre los servicios de rehabilitación existentes en el área, sin embargo el personal médico mostró conocimiento parcial tanto de la organización del servicio como de sus potencialidades para enfrentar los principales problemas de salud del área, más allá de las afecciones que tradicionalmente son atendidas en estos servicios.

La plantilla de los servicios estudiados estuvo cubierta entre el 80% y el 85%, no obstante este hecho no afectó sustantivamente la oferta de los servicios no reportándose interrupción de servicios en el período. La mayoría de los equipos fueron funcionales durante el año 2009 a excepción del hidromasaje. No se observó lista de espera. Con relación a los tiempos promedios de demora, el comportamiento fue aceptable: tiempo promedio de inicio del tratamiento una vez indicado: 1 día y tiempo promedio de espera los días de tratamiento: no mayor de 45 minutos

La existencia del servicio de rehabilitación integral en las áreas estudiadas representó un gasto, por concepto de presupuesto asignado en el año 2009, de cientos de miles de pesos cubanos (\$100 000,00 y \$170 000,00). El gasto por recursos humanos representó entre el 60% y el 90% del valor total, por lo que fue la partida de mayor aporte, lo cual representó una erogación de entre \$8000,00 y \$12000,00 pesos cubanos. El gasto de recursos materiales si bien no fue de lo que más contribuyó al total, sí mostró una elevada variabilidad con valores entre los \$88,00 y los \$700,00 pesos cubanos.

Entre los criterios estudiados en el lado de la oferta y que resultaron con deficiencias estuvieron los relacionados con la existencia de organigramas y protocolos de atención para el trabajo en el servicio. Además la no disponibilidad de las consultas programadas, en especial las relacionadas con los aspectos preventivos, Ej, nutrición. Además, se observó que la remisión no se siempre se realizó de la forma adecuada. Se encontraron disímiles puertas de entrada, desde la remisión del médico de familia o del hospital, desde los centros de trabajo cercanos o directamente. Llamó la atención que en determinadas áreas la puerta de entrada más frecuente fue la búsqueda espontánea de atención rehabilitatoria por los

pacientes. Los trabajadores del servicio refirieron problemas con la calidad de documento de remisión.

Los registros de la demanda domiciliaria no pudieron constatarse por la no existencia de registros oficiales. Otros dos aspectos con resultados insuficientes fue la no confección de resúmenes o contrarreferencias para MF y la no existencia de transferencia de conocimientos sobre tecnologías del servicio de rehabilitación hacia el médico y la enfermera de la familia en espacios comunes e trabajo como las reuniones del GBT (intercambios de información y conocimientos).

Finalmente en relación al uso de los servicios, llamó la atención en la revisión de las tarjetas de los pacientes atendidos mayoritariamente por afecciones del SOMA, la frecuente existencia de diagnósticos por ECNT, pero que no recibieron tratamiento ni orientaciones por estas enfermedades, al menos no fue declarado en las mismas, ni referidos por los pacientes, posteriormente en la entrevista.

DISCUSIÓN

La definición de la Organización Mundial de la Salud dice que la rehabilitación «comprende todas las medidas dirigidas a reducir el impacto producido por las condiciones incapacitantes y de minusvalía, y posibilita a las personas afectadas por estos procesos lograr la integración social». La rehabilitación constituiría un concepto muy amplio y describe el proceso que tiene 5 partes principales: clínica (física y mental), psicosocial, educativa, profesional y recreativa.¹³

Los resultados muestran un uso casi nulo de éstos para la rehabilitación de los pacientes con las enfermedades no transmisibles prevalentes en las áreas. La no atención en los servicios estudiados de pacientes con padecimientos no transmisibles pudiera estar relacionada con la no remisión médica de los pacientes a éstos servicios y el nulo pesquisaje activo por parte del propio servicio de rehabilitación. Lo cual a su vez se relaciona con una insuficiente visualización de los médicos del servicio de rehabilitación integral desde el enfoque de la prevención de salud.

El hecho de que la puerta de entrada más frecuente en muchos casos fuera la llegada espontánea del paciente y la deficiente actualización del personal de salud sobre las potencialidades del servicio, no se logra redirigir la demanda a través del rol de agente del médico.

En este caso se observan claramente por una parte los efectos de la asimetría de la información propia del mercado de la salud y por otra el rol de agente del médico. Por una parte cuando los pacientes buscan espontáneamente los servicios lo hacen solamente para enfermedades tradicionalmente relacionadas con la rehabilitación como las osteomioarticulares. Este elemento puede explicar en alguna medida la subutilización de los servicios de rehabilitación con fines preventivos, en especial para enfermedades no transmisibles, pues los pacientes no cuentan con toda la información necesaria para demandar los servicios en toda su potencialidad. Por otra parte los pacientes remitidos por el médico tampoco aprovechan las capacidades del servicio para el tratamiento de enfermedades no transmisibles debido a la falta de conocimiento del médico que se convierte en la no remisión para esos fines específicos.

Ambos aspectos finalmente se traducen en una subexplotación de la capacidad instalada lo cual constituye una fuente de ineficiencia pues por una parte los pacientes no reciben todos los beneficios potenciales de los servicios y consecuentemente se afectan los resultados en salud potencialmente esperados de esas intervenciones y por la otra en el ambiente institucional se produce un gasto de recursos con una producción de servicios por debajo de las capacidades.

Los resultados apoyan la necesidad de profundizar en determinados aspectos entre ellos: el estudio de las causas de la no remisión de los pacientes con enfermedades no transmisibles prevalentes en el cuadro de morbilidad de las áreas, por parte de los médicos de familia hacia los servicios de rehabilitación, las vías utilizadas para el acceso al servicio así como insistir en el desarrollo del componente preventivo de estos servicios.

De igual forma se deben trazar estrategias que estimulen el pesquisaje activo por parte del servicio de rehabilitación integral a fin de contar con un análisis de situación de salud con énfasis en las necesidades de rehabilitación integral y así acortar la brecha entre las capacidades del servicio y las necesidades de salud de la población.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio del balance entre oferta y demanda en salud debe sobrepasar la lógica de los servicios asistenciales, generalmente centrada en los servicios demandados, para llegar más allá, hasta las necesidades y la cobertura, aspectos cuya valoración es más propia de la perspectiva de la salud pública. La articulación de la cobertura poblacional según instituciones del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con las necesidades en salud y su cristalización como demanda. Específicamente para los servicios de rehabilitación evaluados se constató el desbalance entre las potencialidades de la oferta y las necesidades y uso de los servicios.

AGRADECIMIENTOS

A los residentes del segundo año de la especialidad de Higiene y Epidemiología que realizaron el trabajo de campo como ejercicio docente del modulo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Aguilar-Cab F, Alvarez-Lucas CH, Lezana-Fernandez MA, Salvatierra-Izaba B, Vlanco-Cedeño B, Miranda-Ocampo R, Carbajal-Vivas JR. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. Salud Pública de México 1993;35(6):

2 Almeida Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2002 Aug [cited 2011 Feb 28] ; 18(4): 905-925. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000400002.

- 3 Peiro S, Barnal-Delgado E. ¿A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el sistema nacional de salud? Gac sanit 2006;20 (Supl 1):110-6
- 4 E. Moreno Millán. Servicios de urgencia y listas de espera. emergencias 2007;19:57-58
- 5 Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur A y Tamayo-Ramírez, JC. Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. Rev. salud pública. [online]. jan./mar. 2007, vol.9, no.1 [cited 28 february 2011], p.26-38. available from world wide web: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0124-00642007000100005&lng=en&nrm=iso. issn 0124-0064.
- 6 Gálvez González AM, García Fariñas A y Portuondo Sánchez C. Producción científica en la maestría de economía de la salud. Una mirada retrospectiva desde sus tesis. Escuela Nacional de Salud Pública. 2003-2010.
- 7 Clavero Barranquero A y González Álvarez ML. Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública, 173-(2/2005): 129-162
- 8 Sanabria Montañez C. La demanda por servicios de salud. Una aproximación teórica. Revista de la facultad de ciencias económicas de la UNMSM 2002;21 151-70
- 9 Arredondo-López A, Recaman-Mejía A.L. Oferta vs. demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de ciencias económico 2002; 20(8):42-47
- 10 García Rodríguez JF y Tejero Vera A. Programa del seguro popular de salud en México. Un análisis económico. Salud en Tabasco 2003; 9(001):178-87
- 11 Moreno Millán E. Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias,2008; (20): 276-284
- 12 Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- 13 Doreen Bauer, Rehabilitación: Enfoque Integral, Masson-Salvat, Barcelona, 1992.Pag. 18.