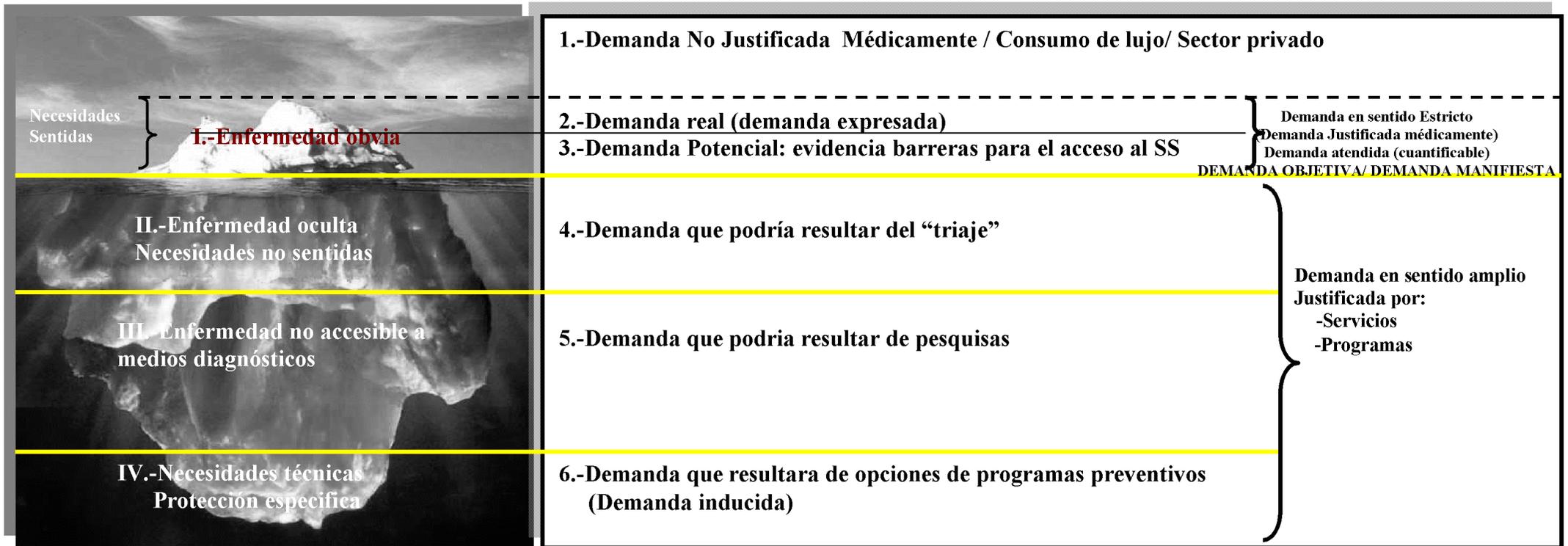


**DIAGRAMA 1 : NECESIDADES Y DEMANDA EN SALUD
TEORIA DEL ICEBERG**



EL CONCEPTO DE NECESIDAD Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.

Los servicios de atención médica a la población es consecuencia de la compleja relación que se obtiene de “Servicios y Comunidad”, y cuyos resultados se expresan en términos de satisfacción que las acciones y estrategias empleadas se manifiestan en el sentir de los usuarios que demanda servicios de atención médica. La satisfacción es difícil de medir por métodos específicos, objetivos y confiables, ya que se encuentran afectados subjetivamente ante la oferta de servicios.

La Necesidad es aquella sensación de privación que no se puede evitar y que siempre requiere de un logro para el fin deseado, sería en esta forma una carencia. Desde el punto de vista psico-social podría entenderse como el conjunto de factores o condiciones presentes en cualquier situación

del hombre que debe ser satisfecha para conservar la vida, mejorar la salud y su bienestar; así como canalizar su conducta, ya que en la misma, se involucran comportamientos y normas que permanecen en cambio constantes y que difieren de un individuo a otro.

La necesidad en salud pública, parte de una permisiva; la satisfacción de la población. Desde el principio se ha planteado la naturaleza de las necesidades y el modo en que se expresan. Se sabe por supuestos, que hay diferencias culturales y sociales en la forma en que las personas definen sus necesidades y los problemas de salud. El concepto de “necesidades básicas”, está relacionado con la supresión o satisfacción de las privaciones masivas que agobian a los grupos de población. Estas necesidades se detallan como;

NECESIDADES HUMANAS O MATERIALES:

a) Salud; b) Alimentación; c) Educación; d) Vivienda; y e) Transporte.

NECESIDADES NO MATERIALES: interactúan con las necesidades materiales.

a) Participación; b) Identidad cultural; c) Propósito de vida; y d) Trabajo

En general, se acepta que puede disponerse de un cuadro razonable de las necesidades de la población a través de los estados de salud o enfermedad percibidos, puesto que una parte de estas necesidades percibidas se manifiestan en forma de demanda.

La demanda expresa la voluntad del individuo para obtener determinado producto o servicio dentro de un conjunto de ofertas que se consideran deseables para sí mismo ; siendo por tanto la propia necesidad, la que determinara el alcance y sentido de lo que el individuo demandara para sí. La demanda sanitaria se involucra con el concepto de utilización de servicios en salud.

La demanda manifiesta, desde el punto de vista operacional, es una adecuada expresión de las necesidades percibidas. En otros términos, la demanda refleja las necesidades de la población ser atendidas con los recursos de que dispone la comunidad. Los indicadores de demanda podrán ser de tal modo utilizados para planificar el sistema de atención de la salud. Por lo tanto, para ser atendidas, las necesidades deben traducirse en demandas concretas.

De acuerdo, es fácil percibir, respecto de cualquier sistema institucional, que las necesidades, demandas y ofertas solo coinciden parcialmente y crean áreas de desajuste evidente (*situación inicial*); y la tarea de la planificación consistirá en lograr el ajuste correcto entre esas variables (*situación buscada*). La situación descrita está representada por el cuadro 1.

Cuadro 1. Situaciones de ajustes y desajustes según áreas entre necesidades, demanda y oferta.

Área 1	INCONSCIENCIA SOCIAL: existencia de verdaderas necesidades sociales de las que nadie tiene conciencia para reclamarlas.
Área 2	CARENCIA: necesidades percibidas y demandadas; pero no atendidas por la oferta.
Área 3	IGNORANCIA SOCIAL: necesidades atendidas; sobre las cuales no hay demanda.
Área 4	AJUSTE: coincidencia de las necesidades , demandas y ofertas
Área 5	DEMAGOGIA: demandas que no son satisfechas; pero que no responden a necesidades.
Área 6	PRESIONES: demanda innecesaria y no atendida.
Área 7	DERROCHE: oferta innecesaria que no de demanda.

Las demandas están constituidas por el “conjunto de expectativas existentes en un momento dado” en una población o grupo humano, respecto del tipo de beneficios o servicios que conciernen a la institución sistema tratado. En el nivel de aspiraciones se mezclan elementos objetivos (sociales) y subjetivos (individuales o grupales).

La demanda objetiva se expresa en forma diversa según el tipo de servicio y puede ser:

- 1.-Declaraciones constitucionales: “todo habitante tiene derecho a la salud”
- 2.-Norma legal; “habrá un hospital general por cada 100.000 habitantes”
- 3.-Norma reglamentaria; “Todo trabajador deberá poseer una libreta de seguridad social”

De hecho cuando la población acude a los servicios, se habla de demanda manifiesta.

La demanda subjetiva esta constituida por las expectativas de las personas o los grupos sociales en cuanto a situaciones que consideren deseables para si mismos (educación, seguridad laboral, servicios médicos).este nivel esta históricamente determinado por la cultura dominante , la clase social , las creencias religiosas , la influencia de los medios de comunicación , otros.

S advierte fácilmente que las demandas objetivas y subjetivas no poseen coincidencias necesariamente. Existe con frecuencia una franca discrepancia entre necesidades y demandas para la asistencia sanitaria. La demanda de servicios de salud es expresión tanto de individuos (preferencia del usuario), como de grupos que los requieran. Estas se satisfacen a través de la acción política, para lograr formas sociales de asistencia. Esta demanda puede ser potencial o expresada, mal formulada o efectiva. Cualquiera de estas posibilidades esta determinada por factores como:

- 1.-Conocimiento de las necesidades sanitarias
- 2.-Expectativas de la asistencia medica
- 3.-Disponibilidad de los servicios deseados.

Estas consideraciones revelan, que la demanda es mucho mas complicada para su consideración sanitaria , que solo bajo aspectos económicos; si bien estos son básicos , se deben incluir motivaciones culturales , educacionales y políticas. Fuerzas muy poderosas intervienen entre las necesidades y las respuestas sociales, por ejemplo “la competencia de salud con la educación” ; “las motivaciones políticas y los recursos limitados”.

La relación entre necesidad y demanda es motivo de confusiones semánticas, conceptuales y operativas. No existe una definición única, ni tampoco un concepto sustantivo, ya que tanto por su naturaleza, como sus modos (culturales y sociales), de expresión, siempre se relaciona con “privaciones”. En términos de salud, necesidad es sinónimo de un problema medico; también puede ser un problema social, de allí el hecho de que no se admita la “necesidad solo como sinónimo de morbilidad”.

Sin embargo se acepta su existencia a través de los fenómenos de salud y de enfermedad, sin que por ello la necesidad de atención medica se traduzca en una demanda manifiesta de servicios , lo cual es explicable , porque existen muchas otras necesidades no perceptibles , que de por si no constituyen un acto medico.

El diagrama 1, permite explicar como una necesidad de ser asistido médicamente surge como consecuencia de síntomas, signos, molestias condicionadas por un conjunto de variables socio-culturales y ambientales donde se desenvuelve. De tal forma que la demanda en sentido practico vendría a ser “la asignación de recursos” para atender al individuo en su salud o enfermedad, en otras palabras desde el punto de vista operativo, representa la adecuada asistencia que le brindan los servicios y recursos disponibles.

Conviene aclarar los conceptos de Demanda atendida o utilizada, como aquella demanda que se percibe y cuantifica. Otro concepto es el de demanda no atendida, que representa la “no informada” y que en ocasiones se produce por evidente deserción de los usuarios. Ambos son útiles para evaluar la estructura y cuantificar servicios ofrecidos, incluyendo criterios de accesibilidad. La demanda inducida, suele abarcar las necesidades de salud preventiva, y que el Estado impone mediante leyes y normas por obligación constitucional de protección a la población (inmunización, certificados de salud, constancias de pre-empleo), o por servicios de detección precoz de cáncer.

De acuerdo con lo expresado es fácil deducir que las necesidades de la población; la demanda de servicios y la asignación de recursos, coincide con áreas de desajuste que conllevan a situaciones críticas de servicios ofertados, es por ello que se evidencia cortantemente las siguientes interacciones:

- 1.-Existencia de verdaderas necesidades; en especial sociales, donde el usuario no tiene conciencia (conocimiento) para reclamarlas y en otras ocasiones, porque no hay oferta.
 - 2.-Necesidades atendidas; pero sobre las cuales no existía una demanda manifiesta.....
 - 3.-Demanda no satisfechas; pero que responden a necesidades reales de la población.....
 - 4.-Demandas innecesarias y atendidas; son demandas que se corresponde a necesidades, pero que no son atendidas...
 - 5.-Oferta innecesaria, que no se demanda.
 - 6.-Personas que asisten a un servicio de salud de alta complejidad, que necesitan atención y que pudo ser suministrada en otro establecimiento.
- } Estas son frecuentes en nuestro medio

7.-Existencia de necesidades y nula utilización de servicios.

Simultáneamente a la demanda, surge la oferta de servicios, que puede interpretarse como el conjunto de medidas o atenciones que se ponen a disposición del usuario para satisfacer sus necesidades. La oferta lleva implícito el concepto de demanda y viceversa. Por ello conviene asociar oferta como un conjunto de bienes y servicios disponibles para alcanzar y satisfacer las necesidades de quine demanda servicios de atención medica. Este criterio en este momento concuerda con “cobertura o protección a la población.

PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD.

La planificación de servicios de salud se basa, habitualmente, en la medición de las necesidades de la población a través del conocimiento de la demanda. De esta manera se utilizan los indicadores de demanda como expresión de las personas que reciben los servicios o que esperan recibirlos. Estos indicadores expresan la necesidad cuando los servicios se distribuyen con equidad, en forma homogénea, para toda la población y esta posee una accesibilidad semejante a esos servicios, y son, por lo demás, aceptablemente satisfactorios los registros de las prestaciones médicas. En caso contrario, el perfil de salud es distorsionado. El sector publico de un país (Venezuela) es el único que ofrece información sobre salud; pero representa una parte (sector privado), de las prestaciones totales (sector publico + sector privado). Por ello en estas circunstancias puede ser engañoso tomar la demanda de atención como indicador de morbilidad y, en consecuencia de necesidad.

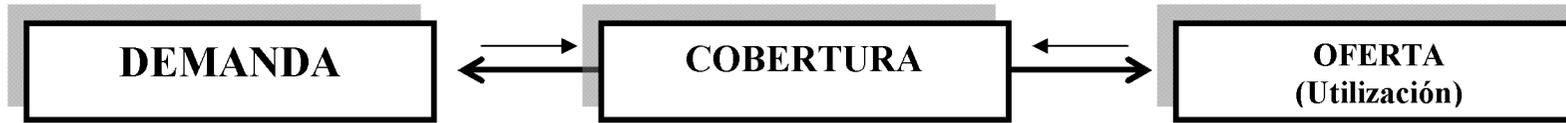
Otro aspecto que se debe considerar, es que en la mayoría de los establecimientos de los sectores publico y privado no se registran en forma sistemática la morbilidad, ni el diagnostico de mortalidad por causa. Para efecto de planificación sanitaria, esta información es deficiente en calidad. Se obtiene un contraste entre la clasificación internacional de las enfermedades y la patología percibida a través de los indicadores de demanda. Tomemos como ejemplo la población mayor de 60 años de edad, en la cual un gran porcentaje padece de osteoartrosis, y a pesar de es importante este tipo de incapacidad, esta permanece desconocida por falta de registro.

Otras veces, al intentar determinar las necesidades sobre la base de la demanda, esta puede resultar estimulada por un aumento de la oferta. En tal caso, aquella debería ser regulada por la organización de esta. Se impone por evaluación epidemiológica realizar una investigación de las necesidades reales. Este tipo de problema suele observarse en el campo de la oferta de tecnología medica, cuando la inversión no tiende a lograr la satisfacción de necesidades reales y se convierte en un factor estimulante de creciente demanda inducida por una nueva necesidad , como es la de satisfacer los alcances de la producción de tecnología cada vez mas compleja y costosa, (diagrama 1).

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

Desde el punto de vista sanitario se puede interpretar la oferta de servicios de salud como el conjunto de medidas o atenciones que se ponen a disposición del usuario para satisfacer sus necesidades. Esta expresión lleva implícito el concepto de demanda, por ello conviene definirla, como un conjunto de bienes o servicios “disponibles” para alcanzar y satisfacer las necesidades de quien demanda servicio de atención medica. También se asocia con cobertura o protección de la población (diagrama 2).

Diagrama 2. Relacion de oferta-demanda-cobertura

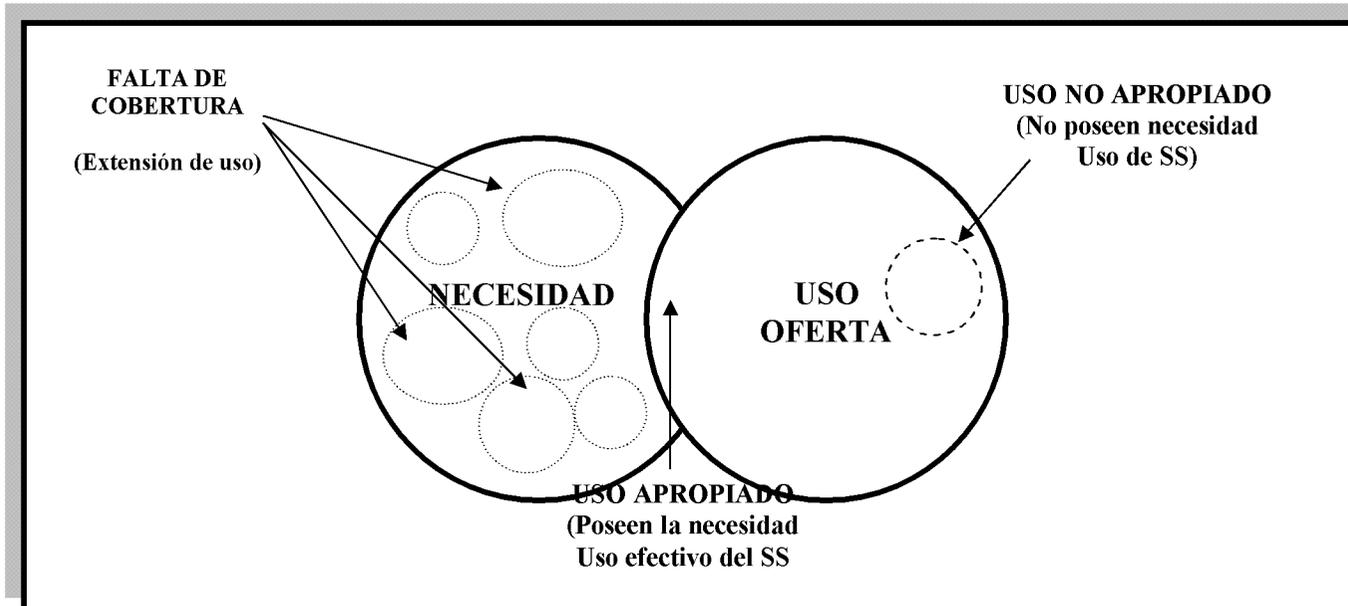


COBERTURA DE LA POBLACION.

Es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos a la salud para satisfacer las necesidades, siempre que sean proporcionadas de manera oportuna, accesible y aceptable para quine la recibe (demanda). La cobertura implica una relación dinámica entre necesidades y lo que aspira la población, expresada en disposición de servicios, recursos asignados, recursos disponibles y los criterios técnico-operativos que se le ofrecen. La cobertura por tanto, es indicativa de todas aquellas actividades o acciones específicas que se encuentran disponibles y que son capaces de satisfacer las necesidades del individuo mediante servicios para los cuales tiene acceso.

Para evaluar la labor de los servicios de salud en responder a las necesidades de la población se dispone del diagrama 3., que utiliza los círculos de Venn para una rápida visualización de los conceptos emitidos.

Diagrama 3. Demanda y oferta. Situación de ajuste, 1998.



Ver modelo analítico sobre etapas y factores determinantes del uso de servicio de salud

Gráficamente, aplicable a servicios de salud y con la intención de perfeccionar la prestación de servicios sanitarios se concluye que el uso apropiado de la oferta se cumple cuando la comunidad utiliza “realmente” los servicios (uso apropiado), porque así lo exigen sus reales e impostergables necesidades de salud y será inapropiado, cuando los que solicitan servicios, por razones culturales o de oportunidades aprovechan para ser tendidos (asisto a consulta para aprovechar que estoy cerca), el uso no apropiado es una situación común en aquellas localidades donde existen servicios públicos a la disposición del colectivo.

Este diagrama 3 , permite medir, así mismo la intensidad de uso , entendida como la frecuencia con la cual una persona y en forma repetida hace uso de los servicios (Concentración de servicios), en un periodo determinado, lo que ocasiona al sistema una cobertura limitada ya que esta brindando atención a un grupo identificado de usuarios de esa comunidad.

En la práctica resulta importante que la medición de servicios sea realizada en conocimiento del medio a través del cual se realiza. Este recaudo es clave porque es reconocido como concepto de cobertura que traduce una tasa de cobertura donde:

$$\text{TASA DE COBERTURA} = \frac{\text{Numero de unidades de población (individuos-casas-pueblos) con las que se ha hecho contacto}}{\text{Población o las unidades necesitadas del tipo de servicio (pacientes por atender-viviendas por rociar-pueblo por censar)}}$$

Una consideración de importancia, es la referida a que el concepto de cobertura expuesto, debe permitir que los objetivos de las diferentes instituciones y programas de salud converjan hacia la meta común de *cobertura universal* y que las actividades desplegadas para lograrla tiendan a aumentar el acceso de la población a los servicios y no se limite simplemente a satisfacer la demanda espontánea. Una oferta de servicios que garantice la cobertura universal en equidad constituye el parámetro que determina las decisiones sobre la organización del sector salud.

El concepto de cobertura universal es:

- 1.-Consecuencia de la aceptación de que la salud es un derecho
- 2.-Consecuencia de una responsabilidad fundamental para las comunidades
- 3.-Exigencia de esfuerzos a nivel nacional.
- 4.-Una filosofía que desafía la magnitud del daño causado a la población

La extensión de los recursos para ampliar la cobertura debe responder armónicamente a los intereses nacionales, regionales y locales, y se han de basar en una política de salud que oriente la formulación de programas acordes con las características, recursos y posibilidades de cada país. Pero en el marco de la cobertura universal en equidad.

Según lo expuesto, la cobertura de servicios y actividades de salud presenta tres aspectos que deberán ser considerados :

- 1.-La disponibilidad de recursos

2.-La organización y administración de recursos

3.-La accesibilidad de la población a los servicios.

La cobertura de servicios y el acceso de la población se hallan estrechamente vinculadas. Desde el punto de vista de la cobertura , esta tiene influencia sobre la accesibilidad de la siguiente forma:

- 1.-Una oferta sostenida regularmente y al alcance de la población en los aspectos geográficos, temporal, económico y cultural.**
- 2.-Reajuste circunstancial de la oferta sobre la base del estudio de la utilización de servicios**
- 3.-Promoción de la aceptación de la oferta mediante la participación de la población en la evaluación.**

ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS.

Este concepto esta conformado por muchas variables, tales como:

- 1.-Ubicación del establecimiento de atención medica**
- 2.-Distancia y tiempo del establecimiento de salud**
- 3.-Servicio y medios de transporte para acceder al servicio de salud**
- 4.-Costos del servicio de salud**
- 5.-Cantidad de servicio (disponible y aceptable)**
- 6.-Calidad de la tecnología ofrecida**

La disposición de estas variables al momento de medirse implica: a) Grado de aceptación; b) Utilización del servicio; o , c) Rechazo de servicio que hace la comunidad . Numéricamente se traduce como forma de: a) Consultas y b) Egresos. Esta es la forma más simple de presentar la Ley de oferta y demanda en salud. Por tanto la accesibilidad que una población tenga de los servicios de salud ofrece una medida de evaluación de su utilización. Ello facilita la planeación de una adecuada demanda y de cobertura en función de la disponibilidad de recursos, de su organización y de la forma como se encuentra administrado.

VARIABLES	DIMENSIONES
1.-Distancia y Tiempo	Población a servir Población con necesidades Medios de transporte Horarios de consultas Unidades de prestación de servicios
2.-Costo del servicio	Presupuesto para atención Costos : medicamentos – transporte – laboratorio -
3.-Aceptación por la población	Atención con calidad humana Atención con calidad técnica Atención oportuna

El propósito de la cobertura consiste en asegurar la accesibilidad de los individuos a la oferta de servicios para la atención de sus necesidades en salud. Por tanto, la accesibilidad es importante para la planificación y la administración de las actividades del sistema. La experiencia adquirida en los procesos de extensión de cobertura evidencia que “El aumento del grado de concentración espacio-población; disminuye el peso de la distancia-tiempo e incrementa la satisfacción de la demanda y aspiraciones”. Esta comprobación es útil desde la perspectiva instrumental para diferenciar el tratamiento metodológico del análisis de la accesibilidad en el medio rural y en el medio urbano.

MEDIO RURAL	MEDIO URBANO
<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque metodológico centrado en categoría distancia-tiempo. • Instrumentos de análisis : accesibilidad a redes regionales de la oferta (isocronía de accesibilidad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque centrado en la aceptación (análisis de la demanda) • Utilización de servicios (encuestas)

Todas las variables señaladas pueden ser sintetizadas en:

- 1.-Accesibilidad física
- 2.-Accesibilidad económica
- 3.-Accesibilidad sociocultural.

El análisis sobre la accesibilidad y la medición deberá realizarse teniendo en cuenta esas variables (oferta y demanda simultáneamente). Desde el punto de vista práctico, el carácter complejo de sus variables condiciona la metodología para su estudio.

OFERTA	DEMANDA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accesibilidad distancia-tiempo de la población a los servicios de salud 2. Articulación de escalones de complejidad de la red de servicios por regiones funcionales 3. Unidades de producción integrada a redes de servicios 4. Procedencia de la demanda 5. Factores culturales en uso de tecnología 6. Calidad –expectativas-satisfacción de necesidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Población seleccionada y población no atendida 2. Utilización de servicios 3. Causas de consultas a servicios 4. Percepción de proceso salud-enfermedad

CONCENTRACION DE USO.

Se refiere al total de atenciones prestadas por persona, en un año, en relación a una población determina (inscrita). Puede obtenerse dividiendo el número total de actividades de cada clase, entre el número de personas atendidas por primera vez. Traduce el número de actividades curativas o preventivas realizadas sobre un mismo sujeto.

$$\text{Concentración de uso} = \frac{\text{Numero total de actividades}}{\text{Numero de personas atendidas}}$$

UTILIZACION DE SERVICIO.

Es definida como el uso que la población hace de la oferta (consultas, inmunizaciones, egresos, otros), en un periodo determinado, lo que a su vez constituye una expresión de cobertura y demanda, concepto vinculado a:

- a) La existencia de recursos, de programas y
- b) Actividades diseñadas para asistirlo ,
- c) Estilos de vida de la población
- d) Calidad de los servicios
- e) Servicios existentes para el momento de requerirlo

Conocer la utilización de los servicios permitirá valorar lo adecuado o inadecuado que el usuario hace de la oferta de los mismos; por regla general muchos pacientes no están preocupados por la calidad de la atención medica, pero en cambio si lo estarán por el acceso a la misma, por

ello hablar de baja utilización o sobreutilización de servicios, es referirse a la forma inapropiada como se vienen utilizando los servicios sanitarios y asistenciales que se tienen disponibles. No se debe olvidar, que aun cuando la utilización en ocasiones fuese alta (demanda), la cobertura pudiera ser inadecuada, lo que confirma el juicio muchas veces enunciado, de que el objetivo primordial del sistema de atención a la salud debe ser el establecimiento de servicios que se correspondan con las verdaderas necesidades de la población, para que la utilización de la misma sea efectiva y concurrente.

De lo expuesto se puede concluir que la demanda de asistencia médica es un fenómeno complejo, asociado a variados factores físicos, psicológicos y culturales, que impiden muchas veces satisfacer las necesidades fundamentales de la población, por lo cual se ha estimado, según la O.M.S., que los servicios de salud deben ser capaces de ofrecer en condiciones estables:

Por cada 100 habitantes:

10 - 20 consultas preventivas	8 - 10 hospitalizaciones
80 - 120 consultas curativas	30 - 50 días de hospitalización

La utilización es:

- 1.-Uso que la población hace de los servicios (oferta)
- 2.-Expresión de cobertura de la población.

En ambos casos el índice de medida tendrá:

- 1.-Un NUMERADOR DE LOS SERVICIOS que ha recibido la población en un periodo determinado: Consultas – Inmunizaciones – Egresos)
- 2.-Un DENOMINADOR DE LOS SERVICIOS: oferta real (recursos – oferta programada – Estimación de necesidades).

La utilización puede ser igual o menor que la oferta y dar lugar a la posibilidad de valorar y reprogramar el proceso de atención. Concretamente, el conocimiento de la utilización indicara los grupos de población que reciben servicios y los que no lo reciben, aportando información para valorar el uso adecuado o inadecuado de la oferta.

INDICADORES DE UTILIZACION O USO DE SERVICIOS (Expresión de la demanda).

- Cobertura poblacional
- Volumen de recursos disponibles
- Grado de responsabilidad por cada sector involucrado
- Grado de atracción (frecuencia con que el usuario acude a los servicios)
- Prestigio de los servicios y de su tecnología

1.-Variables

2.-Cobertura general:

$$\frac{\text{Población atendida}}{\text{Población objeto de atención}} \times 100$$

3.-Cobertura específica:

$$\frac{\text{Población atendida por programa específico}}{\text{Población objeto del programa}} \times 100$$

Ejemplo: Medir la cobertura en un programa de vacunación de 3 dosis

$$\frac{\text{Población vacunada con 3 dosis}}{\text{Población objeto a vacunar}} \times 100$$

4.-Eficiencia de cobertura:

$$\left(\frac{\text{Población que recibió el servicio}}{\text{Población que necesitaba servicios}} \right) - \left(\frac{\text{Población que no recibió el servicio}}{\text{Población servida}} \right) \times 100$$

Cuando la eficiencia de la cobertura resulta con un valor negativo, revela que se están utilizando los recursos programados para cubrir población que no los necesita y que se está dejando a una gran cantidad de esa población sin atención. Esto significa que se atendieron personas que no estaban inscritas en el programa de cobertura.

Con un ejemplo podemos precisar este indicador

Caso: En una localidad geográficamente determinada se quiere vacunar a la población infantil de 100 niños.

Solo 70 niños necesitan de vacunación por su edad.

Durante el programa se vacunaron 10 niños que no lo necesitaban.

Calcular la eficiencia de cobertura para ambas condiciones.

5.-Eficiencia de cobertura

$$\left(\frac{70}{100} \right) - \left(\frac{30}{100} \right) \times 100 = + 40$$

Población que recibió el servicio = 70 / población que no recibió el servicio = 30 (100 - 70)
 Población que necesitaba servicios = 100 niños
 $(0,70) - (0,30) = 0,40 \times 100 = + 40 \%$

Eficiencia de cobertura

$$\left(\frac{\text{Población que recibió el servicio y no lo necesitaba}}{\text{Población que necesitaba servicios}} \right) - \left(\frac{\text{Población que necesitaba servicio y lo recibió}}{\text{Población servida}} \right) \times 100$$

$$\left(\frac{10}{100} \right) - \left(\frac{90}{100} \right) \times 100 = - 80$$

Población que recibió el servicio y no lo necesitaba = 10
 Población que recibió el servicio = 90 (100 -10)
 $(0,10) - (0,90) = - 0,80 \times 100 = - 80 \%$

6.-Tasa específica por enfermedad:

$$\frac{\text{Numero de casos de una enfermedad}}{\text{Población susceptible}} \times 100$$

Mide la probabilidad de no sobrevivir una vez iniciada la enfermedad.
 Útil para valorar el pronóstico

7.- Tasa de eficiencia diagnostica

$$\frac{\text{Numero de personas diagnosticadas}}{\text{Total de consultas realizadas}} \times 100$$

8.-Índice de concentración:

$$\frac{\text{Total de atenciones prestadas por persona en 1 año}}{\text{Población inscrita}} \times 100$$

9.-Índice de deserción:

$$\frac{\text{Citas o controles solicitados}}{\text{Citas cumplidas *}} \times 100$$

* Citas cumplidas = asistencia

La deserción a los servicios esta determinada por retardo en la asistencia al paciente una vez que demanda el servicio. El no ser atendido por cualquier circunstancia se traduce en rechazo (DEMANDA NO ATENDIDA), que explica la razón por la cual los usuarios acuden a otros servicios en otros establecimientos lejos de su influencia natural de cobertura, pero también revela el grado de responsabilidad e incumplimiento por quienes deben prestar el servicio.

10.-Índice de atención y resolución cualitativa:

$$\frac{\text{Numero de casos resueltos *}}{\text{Numero de casos atendidos}} \times 100$$

*Caso resuelto = (No. Casos atendidos) - (No. Casos que fueron referidos)

11.-Índice de atención y resolución cuantitativa:

$$\frac{\text{Numero de pacientes atendidos (demanda)}}{\text{Numero de pacientes POR/PARA ser atendidos *}} \times 100$$

Estos índices permiten evidenciar la eficiencia o no del establecimiento de atención medica que oferta servicio. Mediante estos se podrán conocer:

- ¿Por qué hospitales de alta complejidad y alto costo social , están sobrecargados de casos que pueden ser atendidos en niveles “mas accesibles al usuario” a menor costo?.
- ¿Por qué los recursos terapéuticos y diagnostico se hacen insuficientes o se encuentran subutilizados sobre todo en niveles de atención primaria?
- ¿Por qué falta acceso a servicios especializados para ciertos pacientes?
- ¿Por qué es inoperativo el sistema de referencia y contrarreferencia?

(*) Un paciente “POR / PARA” ser atendido, es aquel numero de personas que demandan atención y que fueron atendidas, a las que se sumaran aquellos casos que fueron rechazados por el servicio, el nivel de atención, el establecimiento y/o el medico.

Si estos criterios de atención se miden, cabría la posibilidad de establecer los sistemas de atención médicos orientados según sus niveles de complejidad progresiva. También permitiría asignar los recursos (humanos-técnicos-físicos- materiales), necesarios para que el costo operativo, la satisfacción y la demanda del usuario sea altamente provechosa a las necesidades y a la oferta.

12.-Demanda de atención primaria:

$$DAP = c \times p (1 + a) \times N$$

c = concentración por persona / año
 a= tasa de crecimiento anual
 p = población
 N = años de calculo

13.-Demanda de atención secundaria:

$$DAS = e \times DAP$$

e = Índice d referencia desde nivel 1rio. al 2rio.

Es posible que en el nivel 1rio. sea difícil cuantificar la demanda ; no así en nivel 2rio , que debe manejar la referencia y asistencia a la demanda que no le cause sobrecarga de acuerdo a su capacidad instalada.

Podemos resumir hasta el momento, que es evidente n nexo social de interacción entre el desarrollo económico y el bienestar de la población, donde esta incluido e implícito el nivel de salud. Desde cualquier punto de vista, no es posible el desarrollo sino se consideran asimismo la salud, educación, capacitación, alimentación, vivienda y otros (determinantes del nivel de vida). Con estos indicadores se puede tener un perfil de la demanda y la oferta de servicios de salud en una comunidad. En la base de este análisis se destaca, el diagnostico de salud, que con u sentido amplio abarca la identificación de necesidades de la población hasta la valoración del impacto del servicio, pasando por el cumplimiento de metas y objetivos deseados.

Cuando se toma como criterio inicial la utilización de servicios para la planificación y administración sanitaria de la población, es posible observar un circulo vicioso en donde la forma de producción; estructura de poder; falta de equidad; formas y practicas de los servicios de salud y condiciones de vida interactúan e influyen en definitiva en la estructura de los servicios de salud.

En consecuencia, el análisis previo al plan, además de indicadores de utilización (medición de la demanda) , deberá incluir todas las características relativas a la estructura de poder de la sociedad como determinante del sistema de salud.

