

EVALUACION SOCIOECONOMICA DEL SUBSISTEMA DE ATENCION MEDICA PRIMARIA.

Dra. Elena Angela Maynard Abreu¹, Dra. Bárbara Rivoux Sayú², Dra. Norka Mireya Simonó Bell³, Dr. Wilfredo Alonso Campello⁴.

RESUMEN

Se realizó un estudio para identificar las peculiaridades de la demanda, costo e impacto de los servicios de atención primaria de salud como evaluación socioeconómica de un subsistema de organización de los servicios en el área de salud "4 de Agosto", durante el año 1996. El universo de estudio estuvo formado por los 414 915 servicios brindados a la población del área. Se analizaron variables de estructura (recursos humanos, materiales y financieros), variables de proceso de atención (distribución de los servicios ambulatorios, ingresos domiciliarios, costo de los servicios, eficiencia económica), y como variables de resultados o impacto de las acciones sanitarias: causas principales de muerte, mortalidad prematura (AVPP) y pérdidas biosociales. Se encontró una tasa de médicos por habitantes adecuada (20 por mil), una razón de 509 habitantes por médico, alta tasa de pruebas complementarias de laboratorio clínico (502.7 por mil habitantes). El diagnóstico principal de los ingresos domiciliarios fue el trastorno del embarazo. El servicio que mayor costo ocasionó fue el de las pruebas complementarias. El uso de los recursos humanos no fue eficiente (\$ 103.30 pesos gastados por cada servicio prestado). El gasto total (recursos financieros) indicó eficiencia en su utilización, con una razón de valor por debajo de 1. Los tumores malignos predominaron como causa de muerte y presentaron la mayor proporción de muertes prematuras y de pérdidas biosociales: 105.3 defunciones por 100 000 habitantes, 430 años de vida perdidos totales y 257.5 años de vida perdidos (15-60 años), respectivamente.

Palabras clave: SERVICIOS DE SALUD/economía; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

¹ *Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesora Auxiliar de Informática Médica. Metodóloga en Investigaciones. Vicedecanato de Investigación y Postgrado. Miembro del Grupo de Gerencia de los Servicios Provinciales. Miembro del Grupo Provincial de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS). Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "4 de Agosto". Guantánamo. Cuba.*

³ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Vicedirectora de Docencia e Investigación. Policlínico "4 de Agosto". Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Director Sectorial Provincial de Salud. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba.*

INTRODUCCION

Las evaluaciones tienen tres propósitos claros: respaldar la buena práctica de la medicina mediante la identificación de sus elementos eficaces y eficientes, indicar las áreas de la práctica que deben ser mejoradas, y brindar a los médicos enseñanza constante de su propia práctica. Pero estos propósitos no se cumplen si los resultados de la evaluación no sirven para retroinformar, y si no se toman las medidas correctas correspondientes.

Los resultados deben ser tenidos en cuenta por quienes toman las decisiones cuando se fijan las pautas que desmarcan un nivel aceptable de atención.¹

La evaluación económica de tecnologías y programas sanitarios se está utilizando cada vez con mayor frecuencia para hacer frente al hecho de que los presupuestos sanitarios son limitados, y de que los recursos deben usarse con la mayor eficiencia posible para lograr el máximo beneficio de los pacientes.²⁻⁷

En este acápite se ilustra una evaluación descriptiva de los recursos, las actividades asistenciales y de docencia global relacionados en un área de salud como subsistema de organización de la atención primaria de salud (APS), para así conocer la magnitud y, en cierto grado, el cumplimiento del trabajo anual, y utilizar este estudio como indicador de comparación de futuras investigaciones para el monitoreo del mejoramiento de la calidad de la labor interna del policlínico objeto de estudio. No obstante, la sostenibilidad del tema no ha podido lograrse por las dificultades con los registros de contabilidad de recursos y servicios que más adelante se detallan en la exposición del trabajo.

Consideramos que, con el trabajo que a continuación exponemos, logramos al menos cumplir con los objetivos de una evaluación económica sobre la base de un análisis parcial mediante la descripción de los costos en que se incurre dados los recursos consumidos; el impacto o consecuencias sobre la salud en unidades naturales no constituyó una evaluación económica completa por las dificultades antes señaladas. En este sentido, la evaluación fue formativa, de progresos y de eficiencia, en cierta medida, con el objetivo de identificar las peculiaridades de la demanda, costo e impacto de los servicios de atención primaria de salud en función de la planificación sanitaria, en el área de salud del policlínico "4 de Agosto", durante el año 1996.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre la demanda, costo e impacto de la atención médica primaria para identificar sus peculiaridades en el área de salud "4 de Agosto"

durante al año 1996. El universo de trabajo estuvo constituido por los 414 915 servicios brindados a la población de dicha área en el período de tiempo señalado. Las variables de interés fueron: total de médicos, habitantes, especialistas de MGI, de obstetricia y medicina interna, número de enfermeras, número de estomatólogos generales y especialistas, número de profesionales y técnicos auxiliares (psicólogos, fisiatras, técnicos de higiene, entre otros); número de empleados administrativos y de oficina (departamento de recursos humanos, de contabilidad y de estadísticas), equipos básicos y su tiempo de uso (EKG, ultrasonidos, Rx, rehabilitación o fisioterapia y de laboratorio clínico); además, se consideró la tasa de depreciación (en porcentaje %) de estos equipos; número de servicios ambulatorios (consultas preventivas estomatológicas, visitas de terreno, consulta externa, cuerpo de guardia, pruebas complementarias de laboratorio clínico y Rx).

Se recolectó, además del número de ingresos domiciliarios e ingresos domiciliarios, según las variables, el diagnóstico al ingreso y el estado al egreso. Otro dato necesario fue el costo unitario de los servicios prestados, el cual fue tomado - por no disponer la unidad de esta información - del trabajo realizado y publicado por la Dra. Cruz Alvarez³ en un policlínico de Ciudad de la Habana. De dicho trabajo tomamos el costo unitario por consultas médicas (\$7.70) y de actividades de docencia (\$2002.00); dentro de la categoría médica incluimos: las visitas de terreno, consultas externas y cuerpo de guardia (con fines comparativos y para tener un estimado de los costos por este concepto). Para la obtención de los costos se tuvo en cuenta los costos directos y el nivel de actividad (o volumen de los servicios seleccionados) en cada centro de costo del policlínico.³

Por otra parte, para medir la eficiencia económica, se subdividieron los recursos en humanos, materiales y equipos y financieros (gasto total). Otra variable considerada en el estudio fue el de las siete principales causas de muerte para determinar la estructura y nivel de la mortalidad, la mortalidad prematura y las pérdidas biosociales. La evaluación se hizo por criterios normativos (Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud).⁸

Los datos primarios se recolectaron a partir de los diferentes registros de estadísticas de recursos, servicios, morbilidad, mortalidad, existentes en los departamentos de estadísticas y contabilidad del referido centro y de la Dirección Sectorial de Salud Municipal. La información recogida fue procesada automatizadamente en una computadora IBM PC Pentium, con el empleo del sistema de aplicación SADBASE para crear la base de datos. Con el sistema Epl nfo, Versión 6.0, realizamos los análisis estadísticos. La estructura de la mortalidad fue determinada por causas, a partir de la importancia relativa de cada causa de muerte dentro del total de defunciones (%), y el nivel de mortalidad se midió por la tasa de mortalidad específica por causa y por 100 000 habitantes de la población total (N= 41 781).

Como de mortalidad prematura se consideró aquella defunción que ocurrió antes de los 65 años, y como pérdidas biosociales, la mortalidad comprendida en los grupos de edades de 15 a 59 años (población económicamente activa). El indicador usado para medirlos fue el de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) con el empleo del programa automatizado AVPP.

RESULTADOS Y DISCUSION

Los valores observados de indicadores seleccionados que miden la disponibilidad de los recursos humanos con relación a la población perteneciente al policlínico "4 de Agosto" para el año 1996, se muestran en la Tabla 1. Se evidencia una tasa de 20 médicos (especialistas y residentes) por 10 000 habitantes, y una razón de 509 habitantes por cada médico, entre otras variables de estructura.

Como variable del proceso de atención se analizó la distribución de los servicios ambulatorios. Se ofrecieron 53 746 consultas estomatológicas preventivas (tasa /1000 hab = 128.6), 109 805 visitas de terreno (tasa = 262.8), 10 743 consultas externas (tasa = 25.7), 29 881 consultas de cuerpo de guardia (tasa=71.5), 210 040 pruebas complementarias de laboratorio clínico (tasa = 502.7), 700 radiografías (tasa=1.7 por mil habitantes), con un total de 414 915 servicios brindados durante el año (tasa = 993), y un servicio por cada mil habitantes.

Otro indicador de proceso estudiado fue el ingreso domiciliario según diagnóstico al ingreso y el estado al egreso. En este caso encontramos: 21 (16.3%) ingresos por EDA, 16(12.4%) por ERA, 2(1.6%) por meningoencefalitis viral, 58(44.9%) por trastornos del embarazo, 1(0.8%) por asma bronquial, 4(3.1%) por infección en la piel, 3(2.3%) por HTA y 24(18.3%) por otros diagnósticos. Respecto al estado al egreso, 87 (67.4%) egresaron bien, 32 (24.8%) regular y 10(7.8%) fueron remitidos, con un total de 129 ingresos realizados en el año.

En la Tabla 2 se evidencia que la consulta médica fue el servicio de mayor frecuencia (59.2%) y de menos costo unitario. El servicio de mayor costo total fue el de laboratorio clínico (\$ 9 741 655.20).

La eficiencia económica (Tabla 3) por concepto de recursos humanos fue deficiente (103.3); no obstante, el gasto total (recursos financieros) indicó eficiencia, con una razón de 0.33 por debajo del valor 1.

El impacto de las acciones sanitarias (resultados) medido por las principales causas de muerte, la mortalidad prematura (AVPP) y las pérdidas biosociales aparecen en la Tabla 4. Se comprueba que los tumores malignos fueron la causa de muerte

predominante, la de mayor número de muertes prematuras y pérdidas biosociales (AVPP = 430 años).

El indicador de habitantes por médico, obtenido en este estudio, es similar al observado en Canadá en 1994⁴ de 509 habitantes por médico. Las pruebas de laboratorio con indicación elevada, según Llanio Navarro⁶ y Panerai⁷, se explica debido al uso irracional de los exámenes complementarios por los médicos, por falta de tiempo, en sustitución a un interrogatorio y examen clínico completo. Respecto a ingresos domiciliarios, el documento normativo de las acciones de la atención primaria⁸, comprendidas entre las acciones para la instrumentación de los mismos, señala que debe analizarse en cada grupo básico de trabajo: los pacientes ingresados, las causas del ingreso, la evolución del paciente, las complicaciones, la satisfacción del paciente y la familia. Los costos elevados por concepto de pruebas complementarias pueden reducirse con una anamnesis completa y un examen clínico profundo; además, en muchos casos se puede instituir el tratamiento directamente, sin necesidad de realizar pruebas especiales al paciente.⁹

Respecto a la eficiencia económica, se plantea⁹ que constituye un elemento importante de los procesos de modernización del estado y de la reforma del sector de la salud. De hecho, la eficiencia de la actual organización del sector es el principal obstáculo en cuanto a la productividad, a la capacidad de los sistemas de salud de generar servicios que satisfagan cualitativa y cuantitativamente las necesidades básicas de la población bajo su responsabilidad.

Los resultados de la Tabla 3 se corresponden con el segundo estadio de la evolución de la situación de salud, reconocido nacional e internacionalmente¹⁰⁻¹⁵, por el que han pasado y aún atraviesan países desarrollados y en vías de desarrollo. Estos últimos deben enfrentar el desafío de atravesar los tres estadios, simultáneamente, en muchos casos. En este estadio predominan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes vasculares, los trastornos mentales y otras enfermedades degenerativas, como la diabetes. En este caso, predominan los modelos de atención individual como instrumento de prevención y tratamiento de estos tipos de problemas de salud.

El desarrollo de costosas y complejas tecnologías de diagnóstico y tratamiento propician la transferencia del cuidado médico de los consultorios a los hospitales especializados.

CONCLUSIONES

El Policlínico "4 de Agosto", durante el año 1996, presentó una disponibilidad de recursos humanos y equipos básicos adecuados, brindó gran volumen de servicios, en

exceso unos y en defecto otros, con elevados costos, lo cual provocó ineficiencia económica; no obstante, el impacto económico o utilidad de las acciones sanitarias fue, en cierta medida, positivo sobre el estado de salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mac Donald R. Clinical Economics. A method for prospective health resource data collection. *Pharmacoeconomics* 1992;1: 370.
2. Collazo Herrera M. La evaluación económica aplicada al campo sanitario. Departamento de Información Científica e Investigaciones Económicas. Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos. Ciudad de La Habana, 1999.
3. Cruz Alvarez NM, Verdral R, Vázquez A. Aplicación del sistema de costos en el policlínico "Héroes del Moncada". Plaza, Ciudad de la Habana. *Rev Cubana Salud Pú* 1996; 22(2):134-139.
4. Heideman E. El sistema asistencial canadiense. Costo y calidad. *Bol Of Sanit Panam* 1994;117(5):381-388.
5. Paganini JM. Calidad y eficiencia de hospitales. *Bol Of Sanit Panam* 1993; 115(6):482-510.
6. Llanio Navarro R. Historia Clínica: la mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación 1989:3, 6.
7. Panerai RB, Peña Mohr J. Evaluación de tecnología en salud. Metodologías para países en desarrollo. Washington DC (E.U.A.): Organización Panamericana de la Salud, 1990: 7, 8.
8. Ministerio de Salud Pública. Metodología para el Trabajo en la Atención Primaria. Primer semestre. Ingreso domiciliario. 1996: 36.
9. Carrillo E, Segovia M, Paganini JM. El sistema de información gerencial y los procesos de cambio de los sistemas de salud (1ra. Parte). *Bol Of Sanit Panam* 1995; 118(2):175-183.
10. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad en Las Américas 1950-1990. *Bol Epidemiol* 1992; 13(2):4-8.
11. Eisein G. La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Rev Cubana Salud Pub* 1996;22(2): 117-124.
12. Plaut R, Roberts E. Mortalidad evitable: ¿Indicador o meta? Aplicación en los países en desarrollo. *Bol Epidemiol* 1990; 11(1):1-8.
13. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Bol Epidemiol* 1995; 6(3): 1-8.

14. Ríos Massabot NE, Tejeiro Fernández A. Mortalidad según criterios de evitabilidad. Cuba. Bol Epidemiol 1990; 11(1): 9-14.

15. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Documento CD33/14.(15 de Agosto de 1988) Washington DC, E.U.A.,1989.

TABLA 1. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS .

INDICADORES (Tasas)	NO.	OBSERVADO *
Médico/hab	82	20
Razón hab/médico	41 781	509
Especialista/hab	24	6
Especialista MGI/hab	16	4
Especialista obstetricia/hab	2	1
Especialista medicina interna/hab	3	1
Enfermera/hab	172	41
Estomatólogo general/hab	26	6
Estomatólogo especialista/hab	4	1
Profesional y técnico auxiliar/hab	18	4
Tasa empleados administrativos y de oficina/hab	14	3

* Calculado a partir de la población total del área (N=41 781) y por 10 000 habitantes.

TABLA 2. SERVICIOS PRESTADOS. COSTO UNITARIO Y TOTAL.

SERVICIOS	NO.	%	COSTO UNITARIO (PESOS)	COSTO TOTAL (PESOS)
Consultas Méd.	252 435	59.2	7.70	1 943 749.50
Pruebas Lab. clínico	210 040	40.6	46.30	9 741 655.20
Docencia	58	0.01	2002.00	116 116.00
Rx	700	0.12	66.41	46 487.00
Total	463 233	100	2122.41	11 848 007.70
Costo total promedio por servicios prestados				25.58

TABLA 3: EFICIENCIA ECONOMICA.

TIPO DE RECURSOS	RECURSOS GASTADOS (NO.) PESOS	SERVICIOS PRODUCIDOS (NO.)	EFICIENCIA (RAZÓN)
Humanos	47 011 088.00	414 915	103.3
Materiales/ Equipos	9 792 902.94	414 915	23.6
Financieros (Gasto total)	137 755.46	414 915	0.33
Total	56 941 746.40		137.2

TABLA 4. MORTALIDAD.

CAUSAS DE MUERTE	NO. DEFUNCIONES	%	TASA/100 00 HAB. (N=41 781)	AVPP*	PROMEDIO AVPP	PERDIDAS BIOSOCIALES
Tumores malignos	44	33.1	105.3	430	10.27	257.5
Diabetes mellitus	5	3.8	11.9	32.5	0.8	0.0
Cardiopatías	40	30.1	96.7	285	7	117.6
A. V. E.	22	17.3	2.4	210	5.1	122.5
Asma bronquial	2	1.5	4.8	40	1	27.5
Accidentes	9	6.8	21.5	292.5	6.9	212.5
Suicidio	10	7.5	23.9	175	4.2	150.5
Total	132	100.0	315.9	1495	35.7	887.5

* Años de vida potencial perdidos.