

ARTÍCULO ORIGINAL

Importancia del conocimiento del costo para el Estomatólogo General Integral

Importance of cost awareness for the Integral General Stomatologist

Nivia Ernestina Sánchez Fernández, Argélica Sánchez Clemente, Lázaro Torres Félix, Lianne Maricela Valiente Matos, Felícita Thomas Ferrer

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el propósito de conocer el nivel de conocimiento acerca del costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad de la especialidad de Estomatología, en residentes de dicha especialidad en la provincia Guantánamo, durante el primer trimestre del año 2017. El universo quedó constituido por 76 residentes, a los que se les aplicó una encuesta, con el objetivo de obtener un diagnóstico acerca del tema y trazar estrategias de trabajo para eliminar las deficiencias identificadas. Entre los resultados se encontró: mayor el número de residentes femeninas, en el grupo de 23-27 años se concentró el conocimiento superior sobre el tema. Las conclusiones indicaron que en la población estudiada existe desconocimiento acerca del costo y necesidad de capacitarlos.

Palabras clave: costo; beneficio; efectividad; utilidad

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out due to the following problem: What is the knowledge about cost / benefit, cost / effectiveness, cost / utility, of residents of the specialty of General Intensive Stomatology (EGI) in Guantanamo province during the first quarter of 2017? The universe was constituted by 76 residents, who were surveyed, with the objective of obtaining a diagnosis on the subject and drawing up work strategies to eliminate, identified deficiencies. Among the results was found: greater the number of female residents, in the group of (23-27) concentrated the superior knowledge on the subject. The conclusions indicated that in the studied population, there is a lack of knowledge about the cost and the need to train them.

Keywords: cost; benefit; effectiveness; utility

INTRODUCCIÓN

Cuba es un país con economía planificada, cuyo objetivo es asegurar la satisfacción de las necesidades de la población, garantizar la salud del pueblo y la calidad en los servicios como una meta social. El Estado cubano, desde el triunfo de la Revolución, asigna recursos priorizados a la salud pública, por lo que los indicadores de salud pueden ser comparados con los de países de alto desarrollo socioeconómico.¹

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y Gobierno², encaminada a lograr el aprovechamiento de los recursos asignados al sector salud. Requiere de información económica oportuna y de una gran comprensión de su importancia. Es preciso generalizar la utilización de herramientas que conduzcan a alcanzar la mejor relación entre recursos y resultados.³

Los antecedentes de la economía de la salud en Cuba se remontan al período colonial entre los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX. Se caracterizó por la ausencia de regulaciones oficiales, donaciones para la construcción de hospitales, adopción de medidas contra epidemias. Fueron estas las primeras manifestaciones de financiamiento estatal para la Salud Pública.

El período republicano (1902-1958) se caracterizó por la concentración de recursos y medios para quienes pudiesen pagar, y escasos para los desposeídos. No existía un régimen de seguridad social, se identificaban tres sistemas de atención: estatal, mutualista y privado.⁴ A partir de 1959, se destacan dos etapas: De 1959 a 1970: caracterizada por la promulgación de leyes de beneficio económico-social en la salud, crecimiento del presupuesto, conservación de instituciones privadas, mutualistas y estatales.

Se dan los primeros pasos para lograr un nivel de desarrollo, inicialmente interrumpido por las medidas tomadas por los EUA y abandono del país de más de 6000 profesionales de la salud.⁴ Desde ese momento, el gobierno priorizó la salud, crea en 1970 el Sistema Nacional de Salud (SNS), realiza importantes reformas. Desde los años 60 hasta la actualidad se ha producido un proceso dinámico de cambios, que responde a las necesidades reales del país.⁴

De 1970 a 1980, se elevan los gastos en salud 20 veces más, se implanta en 1976 el Sistema de Dirección y Planificación de la Economía lo que permitió la descentralización del presupuesto a nivel local, se extiende la cobertura de atención médica y ocupa lugar cimero la planificación en la gestión de salud. Se inicia en 1978 la implantación de los costos hospitalarios, se crean en 1979 los sistemas de normas, patrones e indicadores de desarrollo de la salud, se forman especialistas en administración de salud. A partir de los 80, los estudios de costo en el sector de la salud adquieren relieve y se incrementan en los años siguientes, aunque aún son limitados.⁵

Entre los estudios de la evaluación económica se encuentra: Drummond, con su obra "Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria", Pinto JL en el libro "Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones", dedica un capítulo a la medida y valoración de los resultados, los tipos de beneficio en los programas sanitarios y cómo medirlos, Rovira J señala a la credibilidad, por parte de los receptores de la información, de los resultados de análisis de costo efectividad. El peruano Mendoza P, presenta lineamientos generales del mismo. Quinteros JI y col, hacen una evaluación crítica de un trabajo sobre costo utilidad y refieren que las utilidades son una medida de valor, más difíciles de obtener, pero preferida por muchos.⁵

Todos los autores citados apuntan, que al realizar una evaluación económica, debe tenerse en cuenta la adecuación de las herramientas al contexto de que se trate.⁵ Estos estudios comenzaron con los métodos

de la administración moderna y su vinculación con la eficiencia, a través del análisis costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad.⁴

El análisis de los costos del sistema sanitario, en el contexto económico nacional y de la actual crisis internacional, conduce inevitablemente a un uso racional y eficiente de los recursos que asegura el Estado. Estudios recientes confirman la posibilidad de eliminar "gastos irracionales" y alcanzar sustentabilidad económica en todos los ámbitos.⁶

Estos antecedentes están estrechamente relacionados con la idea del Comandante en Jefe de crear un especialista con el fin de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción a la población, se materializa en el médico de la familia.⁷ Siguiendo estos elementos se elaboraron programas de trabajo en correspondencia con los cambios en el sistema de salud.^{8,9}

Con la introducción del Modelo de la enfermera y médico de la familia, se desarrolla la atención médica integral en un equipo básico de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada, ejecutando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.^{7,8}

Consecuentemente será necesario que el perfil profesional responda a un profesional con competencias, capaz de emplear los métodos clínico, epidemiológico y social; con valores éticos, llamados a transformar la situación de salud, con funciones docente, administrativa, investigativa y especiales.¹⁰

Aunque a todas estas funciones se le atribuye importancia; existen irregularidades en aspectos de las funciones administrativas, la cual es vital para lograr un trabajo con calidad y satisfacción de la población. Debe manejar la política de costo y sus técnicas de evaluación económicas, consideradas el ABC para el profesional en esa función.

Las evaluaciones económicas tienen el propósito de establecer análisis comparativos, considerando los costos y resultados, para contribuir a la toma de decisiones y lograr eficiencia en el uso de los recursos.

Los autores de este artículo desconocen las razones que limitan estos estudios. Por ejemplo: La "Guía metodológica para la evaluación económica en salud en Cuba", aunque hace referencia a las técnicas analíticas que se emplean (costo utilidad), no contempla sus particularidades, por no ser su finalidad.³

En la observación empírica realizada a los residentes de la especialidad de EGI, identifican limitaciones en la utilización de los costos para el buen desempeño de su trabajo, así como escasas investigaciones en la provincia referidas al tema, lo que permite plantear el siguiente problema científico: ¿Cuál es el conocimiento acerca del costo-beneficio-costo-efectividad, costo-utilidad, de los residentes de la especialidad de EGI en la provincia Guantánamo durante el primer trimestre del 2017?

Se propone el siguiente objetivo: realizar un diagnóstico acerca del conocimiento del costo-beneficio, costo-efecto, costo-utilidad en los residentes de la especialidad de Estomatología General Integral de la provincia Guantánamo durante el primer trimestre del 2017.

El tema es importante porque responde a los lineamientos 34, 130, 131, 132, 142, 143, 144,154 del Partido.¹¹ También si los gastos en salud, se manejaran con suficiente efectividad y eficiencia, seconvertirían en una inversión social y el profesional mejor preparado, productivo y creativo.¹²

El estudio de los costos de calidad en instituciones de salud en Cuba es un tema novedoso. Los pocos trabajos realizados se centran en hospitales, la aplicación en una clínica estomatológica evidencia la utilidad de esta herramienta para los programas de mejora, encaminados a optimizar el aprovechamiento de los recursos y lograr un trabajo más eficiente en este importante sector.¹¹⁻¹⁶

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el primer trimestre del 2017. El universo quedó constituido por 76 residentes de EGI, a los que se les aplicó una encuesta, con el objetivo de obtener un diagnóstico acerca del tema y trazar estrategias de trabajo para eliminar las deficiencias identificadas.

Para dar cumplimiento al objetivo No. 1 se caracterizaron las variables edad y sexo. Edad: estado cronológico de la personalidad, se tuvieron en cuenta los años cumplidos en cada grupo (intervalos cerrados de 5). Es una variable cuantitativa ordinal. Sexo: según sexo biológico: femenino y masculino. Es una variable cualitativa nominal dicotómica.

Al objetivo No. 2 se le dio cumplimiento teniendo en cuenta las variables costo-beneficio, costo-efecto, costo-utilidad. Son cuantitativas nominales dicotómicas.

Costo-beneficio: basada en obtener los mayores y mejores resultados al menor esfuerzo invertido, por eficiencia técnica y por motivación humana. Si los beneficios superan el costo son exitosos, caso contrario fracasan.

Costo-efectividad: (ACE) análisis económico que compara los costos relativos con los resultados de dos o más cursos de acción. Es de uso frecuente en los servicios de salud, donde puede ser inapropiado monetizar el efecto sobre la salud. Normalmente, el ACE se expresa en términos de una relación donde el denominador es una ganancia en la salud en cierta medida y el numerador es el costo asociado con el aumento de la salud.

Costo-utilidad: método de evaluación económica, se basa en la valoración de las preferencias o utilidades de los individuos. Determinadas estas se calculan y comparan los ratio (coste-utilidad) de cada una de las alternativas, luego se elige la ratio de coste-utilidad.

El conocimiento acerca del costo se evaluó teniendo en cuenta los criterios de bueno y deficiente. Bueno: cuando la cantidad de preguntas respondidas bien oscilaron entre el 100 y el 70 %. Deficiente: cuando la cantidad de preguntas respondidas bien estuvieron por debajo del 69%.

RESULTADOS

En la Tabla 1 predominó el sexo femenino, con un total de 62 (81.57 %). La edad osciló entre los 23 y 42 años, el grupo más numeroso lo ocuparon los de (23-27) con 36 residentes (47.36 %).

Tabla 1. Clasificación de la población estudiada según edad y sexo

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
23 - 27	29	80.50	7	19.4	36	47.36
28 - 32	22	88.00	3	12.00	25	32.90
33 - 37	9	81.80	2	18.18	11	14.47
38 - 42	2	50.00	2	50.00	4	5.26
Total	62	81.57	14	18.42	76	100.00

En la Tabla 2 se puede considerar que los conocimientos de los residentes con respecto al costo en general, son deficientes, con un número de 55 (72.36 %), los grupos de (33-37) y (38-42) marcan las cifras más altas, un 100 %. El de (23-27) con 15 residentes (41.7 %) posee conocimientos buenos, seguido del de (28-32) con 6 residentes para un 24 %. El grupo de (23-27) es donde se concentra el mayor conocimiento sobre el tema, por lo que resulta el menos deficiente.

Tabla 2. Conocimiento de los residentes de EGI acerca del costo-beneficio, costo-efecto, costo-utilidad según edad

Edad	Bueno		Deficiente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
23 - 27	15	41.70	21	58.30	36	100
28 - 32	6	24.00	19	76.00	25	100
33 - 37	-	-	11	100.00	11	100
38 - 42	-	-	4	100.00	4	100
Total	21	27.64	55	72.36	76	100

DISCUSIÓN

Estos resultados se atribuyen a que desde edades tempranas los profesionales realizan en su gran mayoría educación continuada, gracias a las facilidades que otorga la universidad médica cubana, la cual dirige el proceso de formación hacia el logro de un profesional integral.

Todos los residentes necesitan capacitarse en cuanto al tema de costo y así lo manifiestan al responder la última pregunta de la encuesta, donde el 100 % refiere tener esa necesidad.

Urge conocer que el crecimiento de los costos en salud, tiene un origen multicausal¹³, como todo problema de salud, que se manifiesta de diferentes maneras y en diferentes combinaciones, según el país, el momento, la situación epidemiológica, las políticas sanitarias o el desarrollo económico.

Si los estudios de la economía de la salud no contribuyen a disminuir las diferencias y desigualdades en el desarrollo económico y social y al mantenimiento de sistemas de salud sostenibles, se estará perdiendo un

tiempo apreciable para las aspiraciones en el presente siglo, de vivir en un mundo mucho mejor y más desarrollado.¹³

CONCLUSIONES

En la población estudiada el grupo de edad que predomina es el de (23-27) y el sexo femenino. En la evaluación del conocimiento acerca del costo-beneficio, costo-efecto, costo-utilidad de los residentes de EGI en Guantánamo, durante el primer trimestre del 2017 se obtuvo una cifra de deficientes en más de la mitad de la totalidad. El diagnóstico sirvió para determinar que en la población estudiada existe desconocimiento acerca del costo y necesidad de capacitarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2001.
2. Domínguez E, Zacca E. Sistema Nacional de Salud en Cuba. Salud PúbMéx [internet]. 2011[citado 20 oct 2017]; 53 (sup 2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
3. Gálvez González AM. Guía Metodológica para la evaluación económica en Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.
4. Valdés JC. Antecedentes históricos de la economía de la salud y su evolución en Cuba. MEDISAN [internet]. 2010[citado 13 Mar 2017]; 14(4): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san19410.htm
5. Castillo Guzmán A. Procedimiento para realizar estudios de costo utilidad en instituciones sanitarias cubanas. [Tesis]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
6. Osa JA de la. Hacia la racionalidad en la provincia de La Habana. <http://www.granma.cubaweb.cu/http://www.granma.cubasi.cu/http://granma.co.cu>
7. Colectivo de autores. Programa del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
8. Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012
9. Souza Lourenço EA de, Fleitas Ruiz R. La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social. R. Katál Florianópolis [internet]. Jul/diez. 2014[citado 13 Mar 2016]; 17(2): 207-217. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200006>

10. Colectivo de autores. Plan de estudio D. Modelo del profesional. La Habana: MINSAP; 2010.
11. Lineamientos de la Política económica y social del estado y la Revolución IV Congreso del PCC. La Habana; 2011.
12. Ramírez Betancourt F, Ramos Alfonso Y, Petersson Roldán M, Ramírez Hernández JA, García Rodríguez E. ¿Eficiente administración sanitaria? Casoclínica estomatológica. Rev Med Electrón [internet]. 2014mar.-abr [citado 13 Mar 2016]; 36(2):160-170. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n2/tema05.pdf>
13. Carnota Lauzán O. El costo en salud y la corresponsabilidad clínica desde un enfoque gerencial. Rev Cubana Salud Púb [Internet]. 2010 jul.-sep. [citado 13 Mar 2017]; 36(3):222-232. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662010000300006>
14. Carballo C. La eficiencia y eficacia en el sistema de gestión de la calidad. Método para el cálculo de los costos de calidad. Contribuciones a la Economía [Internet] 2010; [citado 19 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2010a/>
15. Peñaloza B, Leisewitz T, Bastías G, Zárata V, Depaux R, Villarroel L, et al. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. Rev Pan Salud Pub [internet]. 2010 [citado 13 Mar 2017]; 28(5):376-87. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n5/08.pdf>
16. Zarate V. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. Rev Med Chile [internet]. 2010 [citado 13 Mar 2017]; 138(Supl2): 93-97. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138s2/art07>

Recibido: 15 de mayo de 2017

Aprobado: 20 de octubre de 2017

Dra. Nivia Ernestina Sánchez Fernández. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Auxiliar. Clínica Estomatológica "Julio Antonio Mella". Guantánamo, Cuba. **Email:** niviasf@infomed.sld.cu