

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Costos del subsistema de urgencias en la atención primaria de salud en Cuba, 1999-2000

Lic. Anai García Fariñas,¹ Dr. Armando Rodríguez Salvá,² Dr. Pol De Vos,³ Dr. Rodolfo Jova Morel,⁴ Dr. Mariano Bonet Gorbea,⁵ Dr. René García Roche⁶ y Dr. Patrick Van de Stuyft³

RESUMEN

El sistema de salud cubano, en la década de los años noventa, desarrolló un subsistema que se orientó a estratificar el servicio de urgencia por niveles de atención. Este tuvo como premisas establecer una atención inmediata, próxima y regionalizada de tipo escalonado e integrado con otros niveles de atención. El presente trabajo caracterizó los costos asociados a la implantación de este durante un año. Se seleccionaron 5 municipios de tres provincias del país, a partir de una muestra opinática que incluyó urbanos-metropolitanos, urbanos-no metropolitanos, rurales y de montaña, así como lugares donde estaba implantado el sistema y donde no. Se calcularon los costos totales y por caso. El costo en el municipio urbano-metropolitano fue 5 veces superior al resto. La mayor contribución al costo lo aportaron los centros de costos finales. El costo por caso visto fluctuó entre los 6 y los 27 pesos. Los mayores costos coincidieron con los municipios representativos de las zonas urbanas, independientemente de la organización de los servicios de urgencias.

Palabras clave: Atención primaria de salud, atención de urgencia, costos totales, costos por caso visto, reformas en servicios de salud, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia han llegado a ser, en la actualidad, los que primero contactan a los pacientes con enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por lo que son considerados un eslabón fundamental de los sistemas de salud.¹

En los últimos 20 años, el Sistema Nacional de Salud de Cuba (SNS) ha desarrollado un conjunto de reformas encaminadas a lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios, preservando logros obtenidos como la efectividad y la accesibilidad. En los años noventa, entre las áreas críticas, se identificó la afectación del poder resolutivo de los servicios de urgencia, causada, entre otros factores, por un déficit de recursos materiales y por deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia.²

En Cuba la atención a urgencias, estaba concentrada en los hospitales, mientras que la mayoría de los casos podían considerarse como leves, y ser atendidos por la atención primaria de salud (APS), situación que también ha sido descrita para otros países.^{3,4}

En respuesta a esto se desarrolló e implantó, un sistema de urgencias que se orientó a estratificar el servicio por nivel de atención. Este tuvo como premisas establecer una atención inmediata, próxima y regionalizada de tipo escalonado; integrado con otros niveles de atención.

Es así como surge el subsistema de urgencia de la atención primaria de salud (SUAPS), el cual fue organizado a partir de los recursos de cada municipio, partiendo de los consultorios del médico y la enfermera de la familia, consultorios de urgencia, policlínicos con servicios de guardia por 24 h y policlínicos principales de urgencia (PPU). Todo ello distribuido en el territorio, reforzando esos centros con los recursos materiales indispensables para estas funciones, capacitando a los médicos que atenderían estas urgencias y mejorando la interrelación entre los diferentes componentes de la APS y los hospitales, a través de interconsultas y remisiones.²

Lograr un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos disponibles fue otro de los objetivos del subsistema.² Sin embargo hasta el momento en la literatura no existen referencias de estudios de la eficiencia ni de los costos asociados al SUAPS. El presente estudio tuvo como objetivos caracterizar los costos asociados a la implantación del SUAPS durante un año en municipios seleccionados.

MÉTODOS

Dentro del marco de un estudio de investigación-acción, con un diseño cuasi-experimental, donde se evaluó la efectividad y la aceptabilidad, se incluyeron un grupo de variables destinadas a medir los costos asociados a la implantación del SUAPS. El estudio de los costos se llevó a cabo durante la etapa prospectiva del estudio.

Este se desarrolló a través de una muestra seleccionada según criterios de expertos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) y las propias provincias, en 7 municipios pertenecientes a tres provincias del país, de forma tal que representaran las distintas zonas geográficas del país según la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). De esta forma se obtuvieron datos de áreas urbanas- metropolitanas, urbanas-no metropolitanas, urbanas-rurales y rurales- montañosas, algunas con el subsistema implantado y otras no. De ellos, se seleccionaron aquellos donde la información económica estuviera completa desde mayo del 1999 hasta abril del 2000. De esta forma se consideraron 5 municipios para el estudio, Cerro en la provincia Ciudad de La Habana, Bejucal en la provincia La Habana , y en la provincia Guantánamo: Baracoa, Caimanera y Niceto Pérez.

Previo a la realización del estudio, se implantó el sistema de costos establecido por el MINSAP para los policlínicos del país.⁵ El referido sistema, organiza la información contable en centros de costos de servicios generales y administrativos, centros de costos auxiliares y centros de costos finales. Según establece la Dirección Nacional de Contabilidad 5 se entienden por centros de costos finales los vinculados con la atención directa al paciente (departamentos de psicología, estomatología, médico de la familia, ginecoobstetricia, pediatría, interconsulta y cuerpo de guardia). Se consideran como centros de costos auxiliares aquellos que agrupan acciones que coadyuvan en la realización de las actividades de los departamentos principales (departamento de enfermería, esterilización, laboratorio clínico, dermatología, rayos X, podología, fisioterapia, medicina tradicional, banco de sangre) y como centros de costos de servicios generales y administrativos los que agrupan las actividades de apoyo (departamentos de áreas administrativas, electromedicina, almacén, servicios generales y estadísticas).

Los costos fueron estimados desde la perspectiva institucional durante el año comprendido entre mayo de 1999 a abril del 2000. Se calcularon, para cada policlínico, los costos totales (sumatoria de los costos de los centros finales, auxiliares y de servicios generales y administrativos relacionados con el SUAPS en cada policlínico durante el período estudiado), por centro de costo (valor total del costo en cada centro de costo durante el período estudiado), así como el costo por caso visto (cociente entre el costo total del policlínico debido al SUAP y el número total de casos vistos en ese servicio durante el período de estudio). Para obtener la información se capacitó al personal que labora en el departamento de contabilidad y finanzas de los policlínicos en el uso de los programas de computación apropiados para los cálculos de los costos. Los datos se procesaron con la hoja de cálculo Excel y para ello se emplearon los estadígrafos frecuencia absoluta, porcentaje y media aritmética.

RESULTADOS

Los municipios Cerro y Baracoa tenían implantado el SUAPS, en ellos se organizó una de las unidades como PPU, que a su vez constituyó el punto de referencia de una red de consultorios de urgencia (CU). A diferencia de estos, la organización de los servicios de urgencia en los municipios Bejucal, Niceto Pérez y Caimanera se basó en un policlínico comunitario con guardia las 24 horas y en los consultorios de urgencia.

Los costos asociados al SUAPS se muestran en la tabla 1. El municipio Cerro tuvo valores 5 veces superiores al resto de los municipio estudiados. En todas las unidades, la mayor contribución al costo lo aportaron los centros de costos finales. La importancia relativa de los centros de costos auxiliares fue similar en los municipios Cerro y Niceto Pérez, donde este ocupó el segundo lugar. Los centros de costo de servicios generales y administrativos mostraron el mayor aporte en el municipio Bejucal.

Tabla 1. Costos totales del SUAPS, según centros de costos y municipio

Municipio	Costo total (pesos)	Costos finales (%)	Costos auxiliares (%)	Costos administrativos (%)
Cerro	6 646 346	74,11	15,92	9,97
Baracoa	1 573 025	75,42	11,24	13,34
Bejucal	1 075 003	63,18	14,35	22,47
Niceto Pérez	846 560	58,62	21,91	19,46
Caimanera	846 501	64,37	13,72	21,91

Fuente: Registros contables de las unidades.

El número de casos vistos en cada municipio y su costo asociado se muestran en la tabla 2. Los municipios de Cerro y Baracoa tuvieron los mayores valores de casos vistos superando los 20 mil casos. El costo por caso visto fluctuó entre los 6 y los 27 pesos. El municipio Cerro tuvo el mayor valor de costo por caso.

Tabla 2. Costo por casos visto del SUAPS según municipio

Municipio	Casos vistos	Costos por caso visto
-----------	--------------	-----------------------

Cerro	24 4642	27,17
Baracoa	24 2691	6,48
Bejucal	11 8957	9,04
Niceto Pérez	11 2644	7,52
Caimanera	71 161	11,90

Fuente: Registros estadísticos de los municipios.

DISCUSIÓN

El presente estudio es el primer intento de descripción de los costos asociados al subsistema de urgencia de la atención primaria (SUAPS) en Cuba. Este permite un acercamiento al empleo de los recursos en este subsistema, así como permite una descripción inicial de los efectos que en términos de costos provocó la reorganización de los servicios que se llevó a cabo con la creación del SUAPS y además sirve como punto de partida para futuros estudios de evaluación de la eficiencia del servicio.

El hecho de que en todas las unidades, independientemente de la organización de los servicios de urgencia, la mayor contribución al costo la aportaron los centros de costos finales pudiera explicarse a partir de las características epidemiológicas de la población cubana de hoy, la cual enfrenta un proceso marcado de envejecimiento,⁶ lo que trae como consecuencia una morbilidad con predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles⁷ y estas han sido reportadas como factores asociados al incremento del uso de los servicios de urgencia.⁸

Resultó interesante encontrar que en los municipios donde estaba implantado el subsistema, el porcentaje de aporte al costo de los centros finales superó el 70 %. Esto pudiera ser un indicador de incremento tanto en los servicios brindados como en la actividad científico docente realizada en estas unidades. De igual forma pueden influir en este incremento, la calificación y por tanto la remuneración de la fuerza laboral.

Por otra parte, en estos municipios se observa una disminución del aporte al costo de los servicios administrativos, lo cual pudiera entenderse como un reflejo de una mejor organización de este servicio.

En los municipios donde no estuvo implantado el subsistema, el aporte al costo de los centros administrativos fue más elevado, lo cual pudiera ser reflejo, bien de una organización que no propicia la inmediatez en el servicio o de ineficiencia tanto en el diseño estructural como en el funcionamiento de los departamentos que conforman estos centros de costo.

A excepción de Caimanera, los mayores costos coincidieron con los municipios representativos de las zonas urbanas, independientemente del sistema de urgencia vigente. Pudiera esperarse que este incremento en las zonas urbanas fuera un reflejo de un incremento en el número de casos vistos, como ya ha sido reportado por otros autores.^{9,10} En el caso particular de Caimanera debe considerarse que es una comunidad cerrada con una población relativamente pequeña de aquí que pudiera esperarse que a pesar de ser una zona urbana, mostrase costos menores.

Aunque los municipios Cerro y Baracoa atendieron un número similar de casos durante ese período, el municipio Cerro tuvo un costo 5 veces superior. Esto pudiera relacionarse con costos fijos mayores como: mayores salarios del personal que labora en estas zonas por tener mayor capacitación o especialización, un mayor peso dentro del sistema de la actividad administrativa; lo que pudiera expresarse con un mayor número de personas vinculadas a esta actividad o una mayor calificación de estas; equipos y locales en mejores estados y de ahí un mayor costo por depreciación de estos.

Desde el punto de vista del costo por caso visto se encontraron resultados contradictorios pues si bien en Baracoa la implantación del nuevo modelo puede decirse que fue económicamente exitoso, en tanto logró la mejor relación recursos-resultados (los costos asociados al subsistema fueron elevados pero también lo fueron los casos vistos), sin embargo, no se encontró la misma situación en el municipio Cerro, donde también estaba implantado el subsistema. Este municipio mostró los mayores valores de costos por caso visto, llegando a cuadruplicar el valor del municipio Baracoa.

Este resultado puede relacionarse con el número de casos vistos en el Cerro, que teniendo en cuenta la población que atiende, pudiera considerarse bajo. Entre los factores que pudieran estar condicionando esta situación está que la condición urbano metropolitana de este favorece el acceso a los servicios de urgencia en la atención secundaria, provocando un uso insuficiente del subsistema en la atención primaria.

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que junto a la implantación del SUAPS se observa una disminución del aporte relativo de los centros de costos de servicios generales y administrativos y un incremento de los centros de costos finales. Los mayores costos coincidieron con los municipios representativos de las zonas urbanas, independientemente de la organización de los servicios de urgencias. No se pudo llegar a conclusiones en relación con el efecto que sobre el costo por caso visto pudo tener la implantación de este nuevo subsistema, no obstante en la medida en que las unidades alcancen un mayor número de casos vistos se logrará una mejor relación recursos-resultados para este subsistema.

SUMMARY

Costs of the emergency subsystem in primary health care in Cuba 1999-2000

The Cuban health system in the 1990s developed a subsystem to stratify the emergency service by care levels. Its objective was to establish an immediate close and regionalized stepped care integrated with other levels of attention. The costs associated with the implementation of this subsystem during a year are characterized in this paper. 5 municipalities of 3 provinces of the country were selected starting from a sample that included urban-metropolitan, urban-nonmetropolitan, rural, and mountain municipalities, as well as places where the system has been introduced or not. The total cost and the cost per case were calculated. The cost in the urban-metropolitan municipality was fivefold. The greatest contribution to the cost was made by the centres of final cost. The cost per case ranged from 6 to 27 pesos. The highest costs coincided with the municipalities representing the urban zones, independently of the organization of the emergency services.

Key words: Primary health care, emergency care, total costs, cost per case seen, health service reforms, Cuba

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang de la Rosa M , Alemán Lage MC, García Roche R, Miranda RG. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997 . Rev Cubana Salud Púb. 2000;24(2):110-6.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Metodología para los SUAPS. 1995:168-72.
3. Sturssman BJ. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1995 Emergency Department Summary. Advanced Data Vital Health Status 1997;285:1-19.
4. Lapeña S, Reguero S, García M, Gutiérrez M, Abadía I, González H. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. An Esp Pediatr. 1996;44:121-5.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Contabilidad. Sistemas de Costos de Policlínicos. MINSAP, marzo 1990:1-45.
6. Castillo A, Carmen A. El estado de salud de la Población Cubana en el período revolucionario. Rev Cubana Salud Púb. 2000;26(1):57-62.
7. Anuario Estadístico 2002 – Morbilidad. [fecha de acceso 4 de noviembre de 2004] . Disponible en: URL:
<http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anoario/?!sisScript=anoario/iah.xis&tag800=Morbilidad&tag6000=I&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5001=search1&tag5003=anoario&tag5021=e&tag5013=GUEST6tag5022=2000>
8. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, Hu WH, Yang DY. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. J Formos Med Assoc. 2003 Apr;102(4):222-8.
9. Díaz JM. Urgencia pediátrica centralizada en cirugía maxilofacial. Rev Cubana Estomatol 1995 (enero-junio) versión electrónica. [fecha de acceso 6 de abril de 2004] . Disponible en: URL:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_1_95/est06195.html
10. Olza I. Urgencias rurales y tiempo de consulta urbana, problemas de la primaria navarra. [fecha de acceso 6 de abril de 2004] . Disponible en: URL:
<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,63947,00.html>

Recibido: 21 de diciembre de 2004. Aprobado: 2 de agosto de 2005.

Anai García Fariñas. Infanta #1158 entre Clavel y Llinás. Centro Habana. Ciudad de La Habana. Cuba. Teléfono 8788479. E-mail: anai@inhem.sld.cu

¹Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Economía de la Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

²Especialista de II Grado en Epidemiología y de I Grado en Administración de Salud. Máster en Salud Ambiental. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

³Especialista en Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical "Príncipe Leopoldo" Amberes, Bélgica.

⁴Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

⁵Especialista de II Grado en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

⁶Especialista de I Grado en Bioestadística. Máster en Informática en Salud. Investigador Agregado. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.