

TENDENCIA DE LOS COSTOS POR GRUPOS BÁSICOS DE TRABAJO Y CONSULTORIOS EN UN ÁREA DE SALUD

Lourdes de la Caridad Borges Oquendo¹ y Miguel Mukodsi Caran²

RESUMEN: Se presenta la experiencia de la implantación de un sistema de costos por área de responsabilidad y su uso como herramienta de dirección en 54 consultorios de población agrupados en 3 GBT del Policlínico "Luis Pasteur" de Ciudad de La Habana. Se constata una franca tendencia a la disminución de los costos por consulta, tanto en consultorios como en GBT, alcanzando 20 de ellos un costo unitario menor de \$ 2.00, así como 2 de los 3 GBT. El costo por consulta del consultorio (\$1.93) es inferior al del policlínico (\$3.16), debido esto último a las áreas de consulta especializada e interconsulta, donde el aprovechamiento del recurso médico no es el óptimo. Los datos obtenidos permiten ir creando series históricas, a la vez que las experiencias comentadas del trabajo realizado, en favor de la reducción de costo y mejorar positivamente la eficiencia médica y social. Es factible que de forma mediata las consultas en Plan Familia sean inferiores a \$2.00 demostrando fehacientemente su viabilidad económica.

Descriptores DeCS: MEDICINA FAMILIAR/economía; ATENCION PRIMARIA DE SALUD/economía; ECONOMIA DE LA SALUD; ANALISIS DE COSTO-EFICIENCIA; COSTOS Y ANALISIS DE COSTO/tendencias.

En el centro de las estrategias de la salud cubana aparece el Médico de la Familia y el equipo del policlínico, los cuales atienden a la comunidad. Este brinda la atención primaria de salud.¹

La aplicación de la economía a la práctica médica significa que los recursos deben usarse de forma eficiente,² primando el concepto de costos sobre el gasto de dinero.³

El Policlínico Pasteur, del capitalino municipio de 10 de Octubre, cubre a toda su población con este modelo de atención desde 1986 y hace más de 5 años tiene im-

plantado el sistema de costos, según la metodología establecida por el MINSAP.

Si importante es contar con un sistema de costos, más aún lo es su utilización como una herramienta de dirección, que sin afectar la cantidad y calidad de los servicios (todo lo contrario), presenta a su vez una marcada tendencia a ser más barato.⁴

El análisis de los costos en los consultorios de población y GBT mensualmente en las reuniones durante 4 años constituye una rica experiencia y una fehaciente demostración de que no solo es posible

¹ Especialista de I Grado en Epidemiología. Profesor Asistente.

² Especialista de I Grado en Administración de Salud. Profesor Asistente.

contenerlos, sino mantener una franca tendencia a su disminución, todo lo cual tenemos el propósito de exponerles.

A ello se le suma otro aporte importante, y es ir creando una serie histórica que permita la comparación y evaluación más objetiva, así como crear la base de datos que nos permita establecer el propósito que se debe alcanzar.

Entre las claves del éxito está tener en cuenta 2 premisas básicas:

- El sistema de costo se hace para el ejecutor de gastos, en este caso el Médico de la Familia, y no contra él.
- Existen reservas de eficiencia económica potenciales que deben utilizarse.⁵

El objetivo es que se logre conocer la importancia que tiene para los policlínicos la implantación de un sistema de costos, su comportamiento en el tiempo en consultorio y GBT, caracterizando su comportamiento y tendencia en 4 años; así como establecer valores referenciales históricos, todo ello a partir de costo como una herramienta de dirección.

Métodos

Se realiza un estudio de la evolución de los costos del Policlínico Pasteur durante 4 años, ubicado en el capitalino municipio 10 de Octubre. Se realizaron cortes anuales, a partir de resultados y análisis mensuales.

Se obtuvieron los costos totales, suma de directo e indirecto, de la consulta del policlínico en general y del Plan Familia y sus 3 GBT. Se construye una escala de costos, y se registra el número de consultorios que cada año clasifica en las distintas frecuencias. El método utilizado es descriptivo.

Por no existir un valor referencial de costo por consulta en el Plan Familia se toma menos de \$ 2.00 como el propósito a alcanzar en todo el período.

El gasto fijo es el que no se vincula al nivel de actividad y el variable el que su monto está en correspondencia con este. Así tenemos, por ejemplo, que el salario de un técnico de laboratorio es independiente del número de análisis realizados y los pacientes atendidos (se mantiene fijo); sin embargo, el gasto de recursos materiales, sí está directamente relacionado y varía según los análisis realizados.

Resultados

El costo unitario de consulta de todo el policlínico creció de \$ 3.16, cifra del segundo año (la más baja) a \$3.42 en el último período estudiado, con marcada tendencia a seguir aumentando; sin embargo, no ocurre así con los 54 consultorios de población del Plan Familia, todo lo contrario, decreció de \$ 2.33 al inicio, a \$ 1.93 en el tercer año con un ligero aumento de 5 centavos al final.

La actividad consultas de toda la unidad se incrementó de 6,0 a 7,8 por habitantes, incidiendo las realizadas por el Médico de Familia en el terreno, que fue de 1,6 por habitante a 3,8 (tabla 1).

En el análisis del costo por grupo básico de trabajo (GBT) resultó el más elevado el grupo III. Durante el cuatrienio que se analiza los 3 grupos presentaron franca tendencia al abaratamiento de los costos, alcanzando los grupos I y II cifras inferiores a los \$ 2.00 y siendo significativo el monto de \$1.86 logrado por BGT I (tabla 2). La comparación entre el GBT I (menor costo) y el III, muestra una diferencia de 23 centavos más en cada consulta.

En lo referente al comportamiento de los costos por consulta de los consultorios del Plan, se observa que al final del período estudiado 20, para un 37 %, alcanzan valores inferiores a \$2.00, seguidos de 19, cuyos costos están entre \$2.01 y \$2.50; o sea, que 39 consultorios (72,2 %) no rebasan la cifra de \$2.50 por paciente atendido. Así mismo,

TABLA 1. Costos por consulta

Años	Costo policlínico (\$)	Costo plan familia (\$)	Total de consultas por habitante	Consultas de terreno por habitante
1	3,18	2,33	6,0	1,6
2	3,16	2,21	6,8	2,0
3	3,32	1,93	7,7	3,0
4	3,42	1,98	7,8	3,8

solo 1 consultorio cuesta más de \$3.00. Estos resultados se muestran en la tabla 3, junto a la dinámica que presenta en el tiempo, y su tendencia al decrecimiento de forma progresiva.

En la tabla 4 se muestra el costo de determinados servicios del policlínico, vinculado de forma muy directa al Médico de la Familia. Se aprecia el alto costo de las interconsultas básicas (\$8.31); en el 4to. año fue el menor, pues se había iniciado con \$10.74. Los de psicología se comenzaron con un costo de \$12.73 y aunque se redujo a \$8.67 aún es caro.

La docencia de postgrado rebasa los \$2 500.00 anuales (costo por residente), lo que guarda relación con el número de estos, sin embargo la cantidad de profesores y su gasto se mantiene fijo.

Por su parte, el costo de una investigación de laboratorio fue ascendiendo desde 41 centavos a 48. El costo por paciente atendido en el laboratorio también creció de \$1.53 a \$1.95.

TABLA 2. Costos unitarios por GBT

GBT	Años			
	1 (\$)	2 (\$)	3 (\$)	4 (\$)
I	2,22	1,99	1,83	1,86
II	2,33	2,30	1,94	1,98
III	2,44	2,39	2,04	2,09
Plan	2,33	2,21	1,93	1,98

TABLA 3. Costos unitarios de los 54 consultorios de población

Costos (\$)	Cantidad de consultorios por año				
	1	2	3	4	%
- 2.00	9	15	21	20	37
2.01 a 2.50	26	22	23	19	35,2
2.51 a 3.00	13	15	9	14	26,1
3.01 a 3.50	3	1	1	1	1,7
+ 3.50	3	1	-	-	-

Discusión

El costo obtenido por la relación gastos/consultas médicas realizadas⁴ nos indica cómo fueron utilizados los recursos, tanto en el policlínico como en los consultorios de población del Plan Familia; o sea, se aplica el costo por área de responsabilidad.⁶

El costo unitario por consulta de toda la institución presenta una tendencia creciente, contraria a la del subsistema del Médico de la Familia, que presenta franca disminución, en este último caso como consecuencia del incremento de las consultas, principalmente las de terreno, pues al usarse el costo como herramienta de dirección, hacia allí se indicó trabajar, ya que con ello se conseguía una mayor eficiencia económica, menor costo, y a la vez se resolvía un problema identificado, tanto por la parte asistencial y su consecuencia en la prevención de salud,

TABLA 4. Costo unitario por centros de costos seleccionados

Centros de costo	Años			
	1 (\$)	2 (\$)	3 (\$)	4 (\$)
Interconsultas básicas	10.74	8.91	9.40	8.31
Psicología	12.73	11.95	8.89	8.67
Docencia de postgrado	2467.21	2538.22	2402.65	2803.71
Laboratorio clínico por:				
- Investigaciones	0.41	0.42	0.43	0.48
- Pacientes	1.53	1.52	1.80	1.95

como para dar respuesta a demandas no satisfechas de la población. Esta medida repercutió a su vez en la atención a los pacientes con patologías crónicas al realizárseles visitas al hogar como control a dispensarizados.

Estos resultados fueron fruto de una discusión mensual del trabajo de costo en las reuniones de grupo, indicando hacia dónde dirigir los esfuerzos para alcanzar los propósitos de mejorar el estado de salud de la población, lo que demuestra que el análisis sistemático de los costos con el ejecutor de gastos (médico y enfermera del consultorio en este caso) permitió conducir las acciones de salud a fines específicos, bien determinados, que producen cambios positivos en los indicadores médicos, con mayor grado de satisfacción de la población, partiendo de medir la eficiencia económica con que laboró cada consultorio en función de una mayor eficiencia médica y social. Esto es una forma práctica y concreta de cómo utilizando los resultados de costos se puede elevar la eficiencia en sus 3 componentes.⁷

En cuanto al policlínico, como veremos más adelante, inciden los costos de especialidades no básicas con médicos plantillas del centro, así como las interconsultas básicas y el servicio de psicología, entre otros, sobre los que se trabajó para reducir. Los costos de la docencia son decisivos en este resultado.

El cálculo de los costos por grupo básico de trabajo (GBT) permitió conocer que aunque la tendencia entre los 3 grupos fue decreciente, hay marcadas diferencias entre ellos. El factor determinante de esta situación fue el número de consultas, que dependió exclusivamente del uso de la fuerza de trabajo, pues entre los 3 grupos no existen diferencias significativas socioeconómicas, geográficas, ni de mortalidad; así como tampoco de número de consultorios y cantidad de médicos y enfermeros.

Otro aspecto que incidió fue el uso de medios diagnósticos, que es parte del costo indirecto, y no se comportó igual para los grupos que analizamos, ni en todos los consultorios; al analizar sus causas, se identificaron necesidades de aprendizaje.

Mejorar la eficiencia económica de los GBT aporta a su vez beneficio de mayor calidad en la atención médica y la docencia a partir de un uso más racional del personal especializado de perfil estrecho en las interconsultas.⁸

Esta comparación en 4 años y entre los GBT demuestra fehacientemente que hay reservas de eficiencia económica que es necesario explotar, para lo que están llamadas todas las direcciones que manejan recursos.⁹

El abaratamiento de los costos de cada consultorio, analizado a través de una tabla

de frecuencia, denota la factibilidad de conseguirlo, resultado de un trabajo progresivo, que debe continuar.

Profundizando en las causas que produjeron esta positiva modificación del número de consultorios con costos bajos, encontramos 2 enseñanzas relevantes:

- Su uso como herramienta de dirección.
- No utilizar los resultados de costos contra el ejecutor de gastos, sino como información útil que le permite evaluar su trabajo y proponerse acciones que a la vez que disminuyan costos, mejoren el estado de salud de la población que atienden.

Los resultados alcanzados por los consultorios tienen la importancia de refutar los señalamientos que plantean que el subsistema del Médico de Familia es muy caro, demostrando que no es así y su viabilidad en países subdesarrollados. Es obvio también señalar que estos resultados sirven para ir creando una historia y una referencia, además de aportar la experiencia para que la disminución de los costos se realice en un período más corto.

Las interconsultas básicas presentan un alto costo, por bajo rendimiento de los especialistas y pobre aprovechamiento del fondo de tiempo, que de utilizarse correctamente redundaría en una mayor calidad de la atención médica, y por vía indirecta en un control e identificación de problemas en varios aspectos, entre ellos: examen médico y terapéutica, además de su valor docente.

Las principales causas están en la espontaneidad de la demanda, su dependencia al criterio individual de cada médico del

consultorio, reducido número de terreno y visitas a ingresados en el hogar.

La situación más crítica la presenta medicina, pues los otros 2 (pediatría y ginecoobstetricia) tienen establecido un número de interconsultas por el propio Programa Atención Materno Infantil.

Igual sucede con psicología, con la diferencia que en su nivel de actividad se incluyen también las reconsultas que se realizan en el policlínico. Es necesario ampliar el universo de trabajo.

El alto costo de la docencia de postgrado (residentes de MGI) se debe a la desproporción entre el número de profesores y la cantidad de alumnos, pues el gasto de salario es fijo.

El costo de una investigación de laboratorio, así como por cada paciente, fue ascendiendo fundamentalmente por incremento de los gastos por subsidios de certificados médicos pagados a técnicos, el no uso de microtécnicas, indicaciones de urgencia que no son tales, alto número de análisis por paciente, que también fue creciendo; expresión esto último de no estar estrictamente aplicado el criterio médico en todo su rigor.

Conclusiones

Queda claro, por los resultados aquí mostrados y las causas que le originaron, así como la tendencia general a la disminución de los costos, lo útil que resultaría implantar y mantener en el tiempo y analizar sus resultados con el ejecutor de gasto del sistema de costos para los policlínicos.

SUMMARY: The experience obtained with the implementation of a cost system by area of responsibility and its use as a management tool in 54 family physician's offices grouped in 3 Basic Working Groups (WBGs) at "Luis Pasteur" Polyclinic, in Havana City, is presented. An open trend

toward the decrease of the costs by consultation, both in family physician's offices and in WBGs is observed. 20 of them as well as 2 of the 3 WBGs reached a unitary cost under \$2.00. The cost by consultation of the family physician's office (1.93) is lower than that of the polyclinic (3.16), due to the existence of areas of specialized consultation and interconsultation, where the utilization of the medical resource is not optimal. The data obtained allow to create historical series in conjunction with the commented experiences of the work carried out in favor of the reduction of costs and to improve positively the medical and social efficiency. In a near future it will be possible that the consultations of the Family Physician Plan be lower than \$2.00, which convincingly shows its economic viability.

Subject headings: FAMILY PRACTICE/economy; PRIMARY HEALTH CARE/economy; HEALTH ECONOMICS; COST EFFICIENCY ANALYSIS; COSTS AND COST ANALYSIS/trends.

Referencias bibliográficas

1. Ersen G. La atención primaria en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 1966;22(2):117.
2. Department of Family Medicine Jefferson. Cost-effectiveness and cost containment a physician's. Philadelphia: University, 1996: 31-3.
3. Samuelson PA, Nordhaus WD. Economía. 15 ed. Madrid: MC Grow Hill, Interamericana, 1996:98-100.
4. Creese Andrew Parker David. Cost analysis in primary health care. Geneva: OMS, 1994:36-8.
5. Drummoond MF. Principios de evaluación económica en asistencia sanitaria. Servicio de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Madrid 14 (1) 1996; 123-6.
6. Rubio Cebrian S. Glosario de economía de la salud. Madrid: Editorial Díaz Santos, 1996:6-8.
7. Frenk J. Economía y salud. Observatorio de la salud. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 1996:91-3.
8. Drummoond MF, Stoddart G, Torrence G. Método para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Madrid: Editorial Díaz Santos, 1995:68-70.
9. Partido Comunista de Cuba. Resolución económica. V Congreso. La Habana: Editoria Política, 1997:20-1.

Recibido: 5 de junio del 2000. Aprobado: 6 de noviembre del 2000.

Dra. Lourdes de la Caridad Borges Oquendo.
Pasaje Infanta No. 13 e/ Mayía Rodríguez y Goicuría, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.