

Caracterización e impacto económico de la atención médica en un área de salud

Alberto Quirantes Moreno¹ y Mirtha López Ramírez²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con los 1 938 pacientes que asistieron a consulta desde el mes de diciembre del 2003 hasta el febrero del 2004, en 2 consultorios médicos bolivarianos, pertenecientes a las manzanas H, I y P de la comunidad de Trapichito, Valencia, del Estado Carabobo en Venezuela, con el objetivo de caracterizar la atención médica de la Misión Barrio Adentro y conocer su impacto económico en la comunidad. Los datos de la investigación se obtuvieron a partir de las hojas de cargo de los consultorios, y de los listados de precios de las farmacias locales se obtuvo el costo actual de los medicamentos por sus nombres genéricos, que están disponibles en los consultorios médicos y son empleados gratuitamente en consulta. Se concluyó que la edad pediátrica y el sexo femenino aportaron el mayor número de casos. Los principales problemas de salud encontrados fueron la IRA, las enfermedades de la piel, la HTA y el parasitismo intestinal. El beneficio económico aportado a la comunidad ascendió a 13 978 070 bolívares, lo que equivale a 7 298,49 USD, según el sistema de cambio bancario, vigente en el período estudiado.

Palabras clave: Misión barrio adentro, impacto, costos.

La APS funciona como puerta de entrada a la red sanitaria. Por ello el Médico de Familia debe tener un alto nivel de formación científico-técnica y un conjunto de recursos básicos que le permitan atender con éxito los principales problemas de salud en los ciudadanos y resolver del 80-90 % de dichos problemas.¹

En Venezuela una gran parte de los recursos y servicios médicos pertenecen al sector privado, por lo que el acceso de la población a los servicios de salud no es el ideal, unido al elevado índice de desempleo y al incremento de los costos de los productos farmacéuticos.²

El Estado de Carabobo que tiene poco más de 2 millones de hab, con una población urbana de casi el 96 %, tiene un núcleo poblacional importante ubicado en la ciudad de Valencia, capital del Estado, que le sigue a Caracas en infraestructura económica.

La Misión Barrio Adentro, con la colaboración de los médicos cubanos, que tuvo como precedente la ayuda brindada por Cuba a Venezuela a raíz de la tragedia de Vargas, se ha convertido en paradigma del internacionalismo y ya es historia en el marco de la salud pública venezolana, como antesala del noble deseo de brindar ayuda médica calificada, estable y desinteresada a todos por igual, en especial, a los sectores mayoritarios e históricamente más desfavorecidos.

Desde el comienzo de nuestro trabajo comunitario estuvimos motivados por despejar algunas interrogantes surgidas en el accionar diario, relacionadas principalmente con situaciones de carácter epidemiológico. También tuvimos interés en conocer cuantitativamente el beneficio económico aportado a la comunidad, basado en la prescripción y administración de fármacos gratuitamente, disponibles en los Consultorios Médicos Bolivarianos, aportados por la Misión Barrio Adentro, que de otra manera los pacientes habrían tenido que comprar, muchas veces a precios inaccesibles. Teniendo en cuenta que no existen antecedentes de este tipo de estudio en el Estado, y que además contamos con los recursos humanos y materiales, nos motivamos a realizar la presente investigación.

Nos trazamos el objetivo general de caracterizar la atención médica de la Misión Barrio Adentro, y más específicamente determinar los grupos de edades y el sexo de mayor morbilidad en consulta, identificar los principales problemas de salud en consulta, así como cuantificar el beneficio económico para la comunidad de los medicamentos disponibles gratuitamente en los Consultorios Médicos Bolivarianos, que fueron aportados por la Misión Barrio Adentro.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en 2 Consultorios Médicos Bolivarianos pertenecientes a las manzanas H, I y P de la comunidad de Trapichito, Valencia, del Estado de Carabobo en Venezuela. En el estudio se incluyeron 1 938 pacientes que asistieron a consulta en el período comprendido desde el mes de diciembre de 2003, cuando se inició el programa de control de medicamentos, hasta febrero de 2004; y para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión, que se tratara de pacientes que acudieron a consulta, en la que se les diagnosticó al menos un problema de salud. Como criterios de exclusión se contempló que fueran pacientes que acudieron a consulta con estados fisiológicos (embarazo, puerperio y lactancia), y pacientes que acudieron a consultas de puericultura.

Para caracterizar a los pacientes que acudieron a consulta, los datos de la investigación se obtuvieron a partir de las hojas de cargo que se llenaron diariamente en los consultorios, mientras que para cuantificar el beneficio económico para la comunidad, solo se tuvieron en cuenta los costos directos de los medicamentos disponibles gratuitamente en los consultorios, que fueron aportados por la Misión Barrio Adentro. Se revisaron los listados de precios de las farmacias locales, y se obtuvo el costo actual de cada medicamento por su nombre genérico, para lo cual se confeccionó una ficha especial de recolección de costos por medicamentos (anexo).

Para determinar el costo actual en USD se dividió el costo en bolívares (bs) entre 1915,20, según el sistema oficial de cambio bancario vigente en Venezuela en el período estudiado.

Se utilizaron las variables siguientes: edad, sexo, problema de salud y costo de los medicamentos disponibles en los consultorios, agrupados por grupos farmacológicos.

- Edad: Se consideraron los grupos etarios siguientes:

- Menores de 15 años.
- 15 a 24 años.
- 35 a 44 años.
- 45 a 54 años.
- 55 a 64 años.
- Mayores o iguales a 65 años.

- Grupos farmacológicos:

- Antiinfecciosos: antibióticos, antiparasitarios, antimicóticos y antisépticos.
- Antiasmáticos y antialérgicos: broncodilatadores, esteroides (inhalables y sistémicos) y antihistamínicos.
- Antipiréticos, analgésicos y antiinflamatorios (esteroides de vía tópica y no esteroides).
- Cardiovasculares: antihipertensivos, cardiotónicos y vasodilatadores.
- Ansiolíticos y sedantes: benzodiazepinas, barbitúricos y anticonvulsivantes.
- Gastrointestinales: antiulcerosos, antieméticos y antiespasmódicos.
- Vitaminas y minerales: antianémicos, vitaminas del complejo B y electrolitos.
- Hipoglicemiantes: sulfonilureas.
- Diluyentes y jeringuillas: dextrosa, agua para inyección y jeringuillas de insulina y de 5 cc.
- Hormonales: anticonceptivos orales.

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizaron como medidas de resumen la proporción y el porcentaje. Los resultados se expresaron en tablas uni y bidimensionales con la ayuda de una computadora Pentium IV con sistema operativo *Windows XP*.

RESULTADOS

En la tabla 1 se refleja que de los 1 938 pacientes que acudieron a consulta, la mayoría (84,6 %) tenía menos de 45 años, y dentro de este grupo prevaleció el de los menores de 15 años (edad pediátrica) con 789 pacientes para un 40,7 % del total de casos vistos en consulta, seguido por el grupo de 35-44 años con 402 pacientes para un 20,7 %.

TABLA 1. Distribución de los pacientes según edad

Grupos de edades (en años)	No.	%
< 15	789	40,7
15-24	252	13,0
25-34	198	10,2
35-44	402	20,7
45-54	171	8,8
55-64	72	3,7
≥ 65	54	2,8
Total	1 938	100

Fuente: Hojas de cargo de consulta.

En la tabla 2 se distribuyeron los pacientes según el sexo, y se aprecia un predominio del femenino (62,2 %).

TABLA 2. Distribución de los pacientes según sexo

Sexo	No.	%
Femenino	1 206	62,2
Masculino	732	37,8
Total	1 938	100

Fuente: Hojas de cargo de consulta.

En la tabla 3 se presentan los pacientes que asistieron a consulta según sus principales problemas de salud, y se observa que el mayor número de casos correspondió a la infección respiratoria aguda (IRA) con 516 pacientes para un 26,6 % del total, seguido por las enfermedades de la piel (principalmente micosis, piodermitis y escabiosis) con un 15,2 %, la HTA con un 13,3 % y el parasitismo intestinal (principalmente oxiuriasis y ascariasis) con un 10,1 %, que constituyen en su conjunto casi los 2/3 del total de casos vistos. Por otra parte, un grupo de pacientes que presentaron otros problemas de salud, aportaron el 17,5 % del total de casos vistos, aunque de forma independiente sus problemas de salud, no constituyeron una cifra considerable o de peso con respecto al total.

TABLA 3. Distribución de los pacientes según problemas de salud

Problemas de salud	No.	%
IRA	516	26,6
Enfermedades de la piel	294	15,2
HTA	258	13,3
Parasitismo intestinal	195	10,1
Enfermedades ortopédicas	120	6,2
EDA	105	5,4
Asma bronquial	60	3,1
Sepsis urinaria	51	2,6
Otras	339	17,5
Total	1 938	100

Fuente: Hojas de cargo de consulta.

En la tabla 4, que expresa los costos según los grupos farmacológicos disponibles en los 2 consultorios durante el período estudiado, se observa que en total la población se ahorró 13 978 070 bs, lo que equivale a 7 298,49 USD, debido a que los medicamentos son distribuidos gratuitamente de acuerdo con las enfermedades y requerimientos individuales

de los pacientes, que de otra manera tendrían que haberlos comprado en las farmacias locales.

TABLA 4. Costos según grupos farmacológicos

Grupos farmacológicos	Costo (bs)	Costo (USD)
Antiinfecciosos	4 422 800	2 309,31
Antiasmáticos y antialérgicos	3 455 900	1 804,45
Antipiréticos, analgésicos y antiinflamatorios	1 501 000	783,73
Cardiovasculares	1 428 600	745,93
Ansiolíticos y sedantes	769 700	401,89
Gastrointestinales	720 720	376,31
Vitaminas y minerales	708 250	369,80
Hipoglicemiantes	655 200	342,10
Diluyentes y jeringuillas	280 300	146,35
Hormonales	35 600	18,59
Total	13 978 070	7 298,49

DISCUSIÓN

Estos resultados coinciden con las observaciones realizadas en el diagnóstico de salud de nuestra comunidad y con otros estudios que plantean que en Venezuela y en el Estado de Carabobo, la población es predominantemente joven, por debajo de los 45 años, aunque esos mismos estudios manifiestan que la esperanza de vida al nacer alcanza los 75 años.²

En Venezuela, en Carabobo, y en nuestra comunidad específicamente, existe un ligero predominio del sexo femenino.² Además, varios autores plantean que la mayoría de los pacientes que acuden a consulta son mujeres, lo cual se pudiera relacionar con el hecho de que las féminas le dan mayor prioridad que los hombres a la resolución de sus problemas de salud.^{3,4}

La IRA es la causa más común de consultas médicas y de ausencia laboral y escolar, además de ser una de las causas principales de hospitalización, con un importante impacto económico por gastos de atención y pérdida de días socialmente útiles, y constituye la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en los países desarrollados.⁵⁻⁷ Estudios recientes reportan que en Venezuela, la influenza y la neumonía se encuentran dentro de las 10 primeras causas de muerte.⁸

Se conoce que las enfermedades de la piel constituye una de las principales causas de morbilidad en consulta, fundamentalmente las de etiología infecciosa, y diversos son los factores involucrados en su aparición, como la higiene inadecuada, el hacinamiento y el bajo nivel socioeconómico.⁹ Muchos de estos factores se encontraban presentes en nuestra comunidad durante el período estudiado.

3. Keiffer G. Sexualidad femenina. 3ra. ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2001.
4. Sélter S. La salud de la reproducción requiere muchos servicios. NETWORK 1999;8(3):17-9.
5. Batista MR, Feal CP. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. Resumed. 1998;11(2):63-6.
6. Bailey R, Weingarten S, Lewis M. Impact of clinical pathway of acute respiratory infection. CHEST. 1998;113:28-33.
7. Valdés GL, Carbonel GI, Delgado BJ y Santin PM. Enfermedades emergentes y reemergentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.
8. Colectivo de autores. Indicadores básicos de salud en Venezuela. 2da. ed. Caracas: Insalud; 2002.
9. Espinas BJ, Alonso MMR, Lorenzo RA, Castro GJA, Martín Carillo DP, Grass BSJ. Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: Ed. SemFYC; 2000.
10. JNC. The Seven Report of The Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. NIH publication 2003;49(12):40-80.
11. Plaza PI. Epidemiología y prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Rev Esp Cardiop. 1998;41(1):35-55.
12. Sobel, BE. Tratado de Medicina Interna. 20ma. ed. México DF; Editorial McGraw-Hill-Interamericana; 2002.
13. Kaplan, NM, Braunwald E. Heart Disease a Textbook of Cardiovascular Medicine. 6th. Ed. Philadelphia: Ed. WB Saunders Company; 2001.
14. Zadero M, Cabrera G. Parasitosis en una población con trastornos gastrointestinales crónicos. ACTA Gastroent Latinoamer. 1999;27:68-76.
15. Badía X. Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria. Madrid: Editorial Luzan; 1994.
16. Drummond M. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1991.
17. Cullis G. Economía de la Salud. Barcelona: Ed. Universidad de Economía; 1984.

Recibido: 12 de mayo de 2005. Aprobado: 27 de agosto de 2006.

Dr. *Alberto Quirantes Moreno*. Mariano No. 204 entre Auditor y San Pablo, municipio Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: a.quirantes@infomed.sld.cu

¹Especialista de I Grado en MGI. Residente de 2do Año en Endocrinología.

²Especialista de I Grado en MGI. Residente de 2do Año en Cardiología.