

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA (INHEM)

**PAUTAS CONCEPTUALES PARA FUTUROS ESTUDIOS NACIONALES  
DE LA EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS PRIMARIOS**  
Conceptual guidelines for future national studies of the primary medical service efficiency  
*Anai García Fariñas<sup>1</sup> y Adolfo Gerardo Álvarez Pérez<sup>2</sup>*

**RESUMEN**

La demanda de los servicios de salud se hace cada vez mayor y los recursos con los que se cuentan son menores. La necesidad de los gobiernos de contener

**SUMMARY**

The demand for healthcare services are increasingly growing and the available resources are dwindled. The need for the government to restrict health service cost

---

<sup>1</sup> Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Economía de la Salud. Aspirante a Investigadora. Profesora Asistente. INHEM.

<sup>2</sup> Licenciado en Educación. Máster en Salud Pública. Especialista en Salud Internacional. Investigador Agregado. Profesor Asistente. INHEM.

el gasto en salud suscitó, entre otros, el fortalecimiento de los servicios del nivel primario de atención y dentro de estos constituye un reto propiciar el óptimo empleo de los recursos. La presente publicación pretende actualizar los principales elementos teóricos que fundamentan la importancia y utilidad de la eficiencia como atributo necesario de los sistemas de salud modernos, y en particular en el nivel primario de atención. Existe consenso en que la eficiencia de este nivel de atención se basa en la longitudinalidad, la continuidad, el papel de filtro de estos servicios y en la visión global que se tiene del paciente. Por otra parte la categoría eficiencia exhibe la doble condición de fin y medio para lograr el perfeccionamiento de los servicios de salud. Sin embargo, para regularizar la evaluación de esta categoría y lograr que se emplee como un instrumento en la gestión de las unidades de salud se hace necesario contar con una herramienta que incorpore las mejores experiencias descritas en este campo y a su vez sea aplicable al sistema de salud cubano.

**Palabras clave:** Atención primaria de Salud, eficiencia en servicios de salud, evaluación de servicios médicos.

## INTRODUCCIÓN

El aumento sostenido de los costos de la atención de salud es hoy una preocupación mundial y no sólo debido al nivel alcanzado por el mismo, sino a la incertidumbre en cuanto a eventuales crecimientos futuros y a la inexistencia de un límite conocido y un referente "ideal".<sup>1,2</sup>

Se han descrito diversos factores como mediadores de este fenómeno de crecimiento irreversible y sostenido de los costos de la atención de la salud, entre ellos se han señalado:<sup>3</sup>

- Cambios demográficos que se traducen en poblaciones de edad más avanzada.
- Evolución del cuadro de morbilidad, hacia las enfermedades crónicas y minusvalías que acompañan al envejecimiento y que a menudo se agravan a causa de factores relacionados con el modo y el estilo de vida.
- Adelantos de la tecnología médica que conducen a sistemas de diagnóstico y asistencia más complejos y a una ampliación del alcance de la atención médica.
- Mayores expectativas del público y de los profesionales en relación con

los adelantos tecnológicos, una mayor confianza, para el alivio de las enfermedades y el bienestar del paciente, en los servicios de salud estructurados y centrados en la familia y la comunidad que en los mecanismos no estructurados.

- Mayores desembolsos por concepto de salarios y sueldos como consecuencia de un proceso de actualización de honorarios en el sector de la salud, así como de una mayor especialización y un alto grado de competencia.
- Transferencia de la financiación de la asistencia médica del pago directo por el usuario a planes de seguro de enfermedad y pago por el Estado.

La demanda de servicios de salud se hace cada vez mayor y los recursos con los que se cuentan son menores. De esto se ha derivado que los gobiernos se enfrenten al proceso de tener que priorizar para poder asignar los recursos. Entiéndase, además, que bajo este proceso de asignación subyace un sacrificio, pues una vez destinado un recurso para un fin, este no podrá ser utilizado nuevamente. Ante esta situación los economistas han señalado que

led to, among other things, the strengthening of primary care services together with the optimal use of resources. The present paper was aimed at updating the main theoretical elements that support the importance and usefulness of efficiency as a required attribute of modern healthcare systems, particularly at the primary level of care. There is a consensus that efficiency of this level of care is based on longitudinality, continuity, the filtering role of these services and their global vision of the patient. On the other hand, this category holds the double condition of end and means at the same time in order to improve healthcare services. However, with a view to systematizing the assessment of this category and using it as a tool in the management of health care units, it is necessary to avail of a tool that comprises the best pieces of experience gained in this field and can be applicable to the Cuban healthcare system.

**Key words:** Primary health care, health services efficiency, medical services evaluation.

“lograr una mayor eficiencia con los recursos existentes debería ser el mejor criterio de priorización”.<sup>4</sup>

La necesidad de los gobiernos en todo el mundo de contener el gasto en salud también suscitó un debate sobre la necesidad de transformar conceptual, estructural y funcionalmente los sistemas de salud y sentó su base principal en la instrumentación de la estrategia de la atención primaria; con lo que todos los países se vieron llamados a dedicar mayores recursos humanos y materiales y a dar mayor importancia a los servicios del nivel primario de atención de salud, no sólo como posible medida de impacto económico sino como base imprescindible para el logro de la meta “Salud para Todos”.<sup>5</sup>

El Sistema de Salud Cubano ha sentado sus bases desde sus orígenes en la estrategia de la atención primaria de salud (APS). Uno de los primeros pasos en su instrumentación se dio en los años setenta con la creación de los policlínicos, a lo que le sucedió en los años ochenta la creación del modelo de salud familiar que a su vez se fortaleció en los años noventa. Durante más de cuarenta años el gobierno cubano ha creado las bases para un desarrollo

sólido de los servicios del nivel primario de atención.<sup>5</sup>

Durante ese mismo período la política del estado cubano ha sido la de mantener y aumentar los recursos destinados a la salud. Esto se refleja en el gasto por habitantes que pasó de 111,31 pesos en el año 1995<sup>6</sup> a 180,26 pesos en el 2003,<sup>7</sup> a pesar de la crisis económica que enfrentó el país en esa etapa y que llevó a que sólo en el quinquenio 1989-1993 su PIB mostrara un descenso de 35 %.

No obstante, el uso eficiente de los recursos que el país destina a los servicios de salud siempre ha sido y será una premisa del gobierno. Si bien desde el punto de vista macroeconómico se han logrado niveles elevados de eficiencia reconocidos a nivel mundial,<sup>8</sup> en el nivel microeconómico, todavía queda mucho por hacer.

En el presente trabajo se pretende actualizar los principales elementos teóricos que fundamentan la importancia y utilidad de la eficiencia como atributo necesario de los sistemas de salud modernos, y en particular para los servicios del nivel primario de atención.

### **Conceptos básicos. Eficiencia. Eficiencia en salud**

Eficiencia es un término de uso común al cual suelen dársele variados significados. El diccionario de la Real Academia Española la define como la “virtud y facultad para lograr un efecto determinado” pero en su acepción más técnica la eficiencia contempla también el esfuerzo que se hace para lograr un efecto.

Los orígenes económicos del término eficiencia se hallan en la teoría del bienestar y más concretamente en la formulación paretiana. La misma define que siempre y cuando se cumplan los supuestos de: a) competencia perfecta del mercado, b) ausencia de bienes públicos y c) ausencia de externalidades; el consumidor y el productor llegan a una situación en la cual ninguno de los factores de producción puede ser reasignado sin que uno de ellos este mejor que el otro a costa del

bienestar del perdedor. Esto es llamado eficiencia de *Pareto*, la cual no es una solución única sino que depende de la distribución del ingreso.

Otra definición dada para la eficiencia desde la visión de las ciencias económicas ha sido la de: “término relativo y abstracto que pretende medir, mediante un cociente, la relación que se establece entre los recursos (*inputs*) y los productos, intermedios o finales (*output*, *outcomes*), que se desean alcanzar”.<sup>4</sup>

En Economía, en general, se aceptan tres niveles básicos de eficiencia: eficiencia técnica, eficiencia de gestión y eficiencia económica y se incorporan además al concepto de eficiencia los términos eficiencia estratégica y eficiencia operativa.<sup>4</sup> (*Galvéz AM. Concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Febrero, 1999, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana*).

Le eficiencia técnica se alcanza cuando a partir de una cantidad dada de recursos se logra obtener el máximo de resultados.<sup>4</sup> Se entiende entonces que una intervención es técnicamente ineficiente cuando los mismos resultados pueden obtenerse consumiendo menos cantidad de al menos un tipo de los recursos necesarios.

La eficiencia de gestión o productiva se refiere a la maximización de los resultados en salud dado un costo, o la minimización del costo a partir de un resultado en salud deseado.<sup>4</sup> En este caso esta medida de la eficiencia se aplica en escenarios donde para lograr un mismo resultado en salud se pueden emplear varias alternativas que necesitan diferentes recursos. De aquí que el análisis se basa en el costo relativo de esos diferentes insumos para determinar la eficiencia de cada una de las variantes.

La eficiencia económica o asignativa tiene en cuenta no sólo la eficiencia productiva con la que los sistemas de salud obtienen sus resultados sino también el cómo estos se distribuyen en la comunidad.<sup>9</sup> Entiéndase que la eficiencia asignativa es mayor en tanto la asignación de los re-

curso maximice los resultados alcanzados desde la perspectiva de la sociedad en general.

En salud la eficiencia se refiere a la producción de servicios de salud, al menor costo social posible. Se plantea además que la eficiencia se entiende como la medida en que las consecuencias de un proyecto de salud, deseables o no, estén justificados o no desde el punto de vista económico (*Galvéz AM. Concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Febrero, 1999, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana*).

En el glosario de términos publicado por la OMS la eficiencia se define como *la capacidad para producir la “máxima salida” a partir de determinada “entrada”*. La propia OMS, señala que el concepto de “eficiencia del sistema de salud” es equivalente a lo que llaman “desempeño global” y que éste se define a partir de los resultados alcanzados por un sistema a partir de determinado nivel de recursos.<sup>10</sup>

De los diferentes conceptos enunciados se deriva que para medir la eficiencia de un sistema o de un subsistema de salud cualquiera habrá que tener por lo menos información sobre los recursos empleados y los resultados alcanzados.

En cuanto a los resultados que forman parte de este cociente (resultados/recursos) no existe una manera única de definirlos. En primer lugar porque la decisión sobre estos no está solamente en manos de los médicos y otros profesionales vinculados a esta disciplina ya que la salud es una aspiración de todas las personas. En segundo lugar, porque la salud es un concepto que integra el resultado de las interacciones del hombre y los grupos sociales con el medio donde viven, bien desde el punto de vista económico, social, cultural y físico y le correspondería a la sociedad como un todo, la responsabilidad de definir el resultado que se debe alcanzar en materia de salud.<sup>11</sup> En el caso particular del nivel primario de atención resulta aún más difícil si se tiene en cuenta la naturaleza multidisciplinaria de la misma.

## Antecedentes de la estrategia de la atención primaria de salud

Los orígenes del término atención primaria se encuentran, desde el punto de vista histórico, en el decenio de 1960 a 1970 en el marco político de la guerra fría.<sup>12</sup> Un rol muy importante jugaron los misioneros médicos de los años sesenta. Estos trabajaron en los países en desarrollo y centraron sus esfuerzos en el entrenamiento básico de trabajadores comunitarios equipados con medicamentos esenciales y métodos simples (*Paterson G. The CMC store, 1968-1998. Periódico Contact 161-2, 1998, 3-18*).

En esa misma época se produjo una expansión masiva de los servicios de medicina rurales en China, propiciando que los trabajadores sanitarios vivieran en el mismo lugar donde brindaban sus servicios. Esto favoreció la medicina preventiva y permitió se combinaran las alternativas occidentales con las tradicionales.<sup>13</sup>

En 1970 en el periódico "Contact" se empleó, probablemente por primera vez, el término atención primaria de salud. En la Vigésimo Octava Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en 1975 se habló de la creación de programas nacionales en atención primaria de salud, y en 1976 la Asamblea lanzó la propuesta "Salud para todos en el año 2000".<sup>12</sup>

En 1978 en Alma-Atá, tuvo lugar la conferencia internacional de atención primaria de salud, cuya declaración sentó las bases para el desarrollo de esta estrategia sanitaria. Las principales ideas expuestas en aquella reunión fueron: el empleo de tecnologías apropiadas, la oposición al elitismo médico y el concepto de salud como una herramienta para el desarrollo socio-económico. Según la Declaración de Alma-Atá, la atención primaria de salud, es "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de

autorresponsabilidad y autodeterminación". La APS fue designada el nuevo centro de los sistemas públicos de salud, para lo cual se necesitaba un acercamiento intersectorial y un trabajo mancomunado entre prestadores públicos y privados.<sup>12</sup>

En 1979, en la Trigésimo Segunda Asamblea de la Organización Mundial de la Salud se aprobó una resolución declarando a la APS como la llave para lograr un nivel aceptable de salud para todos.<sup>14</sup> Sin embargo, múltiples fueron las interpretaciones que posteriormente se le dieron al término y a pesar del entusiasmo internacional fue muy difícil lograr su aplicación. La declaración de Alma-Atá fue duramente criticada y tildada de idealista e inalcanzable en los plazos propuestos. Una nueva alternativa se propuso y se denominó "atención de salud primaria selectiva".

Esta vez se trataba de un paquete de intervenciones técnicas de bajo costo para asir los principales problemas de salud en los países pobres. En un principio las intervenciones no estaban del todo establecidas; luego se redujeron a cuatro grupos que se denominaron GOBI: monitoreo del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones.<sup>12</sup>

Todavía hoy el debate persiste y versa sobre tres aspectos fundamentales: ¿qué significa APS?, ¿cómo esta debe ser financiada y cómo debe ser organizada? Existen al menos dos perspectivas bien definidas para el análisis de estos puntos. Para los más radicales la APS implica una revolución social, para otros, es una adición a los servicios médicos existentes, el primer contacto médico, una extensión de los servicios médicos hacia áreas rurales o un paquete de intervenciones específicas e incluso algunos la consideraron medicina de segunda clase.<sup>15</sup>

La realidad de los países, sobre todo del tercer mundo, es que las metas de salud no se han alcanzado y ninguno de los modelos ensayados han dado los resultados esperados. En 1997 la Organización Panamericana de la Salud adoptó una nueva meta denominada esta vez "Salud para Todos en el Siglo 21".<sup>12</sup> A la luz del tercer milenio la estrategia de la APS continúa como uno de los principales tópicos en la agenda

de los países de las Américas y en especial de la OPS, muestra de esto es la resolución CD44.R6 del año 2003,<sup>16</sup> donde el Consejo Directivo de la OPS / OMS solicita a los Estados Miembros que: "hagan esfuerzos porque el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las desigualdades en salud; renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos; reconozcan el potencial de la misma para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud; promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia y respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud". De igual forma, solicita la organización, entre otros aspectos, "que evalúen los diferentes sistemas basados en la APS, que identifiquen y difundan información sobre las mejores prácticas con miras a mejorar la aplicación de las políticas pertinentes; pongan énfasis renovado en el apoyo para la aplicación de modelos localmente determinados que sean flexibles y adaptables y organicen una consulta regional para la definición de futuras orientaciones estratégicas y programáticas en relación con la atención primaria de salud".

### La atención primaria de salud en Cuba

En Cuba, el desarrollo de la APS ha tenido características muy particulares que parten de la propia concepción del sistema de salud cubano. Este refleja a la sociedad socialista cubana como un todo. El sistema es financiado por el Estado y se basa en las necesidades de la población y no en las relaciones de solvencia financiera. La atención médica y dental es un derecho constitucional por el que no se le cobra directamente a los pacientes, los que a su vez no pagan ninguna contribución específica por ello.<sup>17</sup>

Sus orígenes datan de enero de 1960 cuando se aprueba la Ley 723 que crea el Servicio Médico Social Rural

(SMSR), que ofrece a todos los recién graduados de medicina, contrato con salario muy atractivo y estimulante para su tiempo y para un recién graduado y fue este el primer programa de impacto en lo relativo a la APS y a la salud pública en general. Coincidiendo con la implantación del SMSR en las pequeñas ciudades, cabeceras de municipios, se crearon las Unidades Sanitarias. En 1964 se creó una institución que fue el centro de la APS en años sucesivos y es el Policlínico Integral. Diez años después surgió un nuevo modelo de APS, que se llamó "Medicina en la comunidad" y a su unidad base, "Policlínico comunitario".<sup>18</sup>

En la actualidad en el centro del programa de salud cubano aparece el médico y la enfermera de la familia y el equipo del policlínico, los cuales atienden a la comunidad. La atención primaria mantiene una relación estrecha con la atención médica secundaria especializada y con la terciaria altamente especializada en los policlínicos y en los hospitales, donde las avanzadas mediciones de diagnóstico se llevan a cabo junto con los complicados tratamientos quirúrgicos y médicos.

En tanto las principales causas de morbilidad y mortalidad se desplazaron hacia las enfermedades crónicas no transmisibles, se impuso la necesidad de una nueva organización de la atención médica y que el entrenamiento de los médicos fuera cualitativamente superior. El médico tenía que estar preparado tanto para la medicina preventiva como para la curativa y estar en una estrecha relación con las personas que atendía.

El programa de salud primario se desarrolló gradualmente. Desde 1984, con la experiencia en el policlínico de Lawton y su posterior generalización a todo el país, el equipo de salud de la APS pasó a formar parte de la comunidad donde laboraba. Esta tendencia modificó la calidad y la cantidad de las prestaciones médicas a partir de un fortalecimiento de las de carácter ambulatorio. El policlínico, en esta nueva etapa, se constituyó en la base de apoyo y control del médico de la familia.<sup>19</sup>

El médico de la familia junto con la enfermera trabajan en un consultorio y cubren un bloque de la ciudad o de un poblado en las zonas rurales. Generalmente, viven donde trabajan; se asigna un consultorio y apartamentos para las familias del médico y de la enfermera. Dependen de un salario y sus apartamentos están exentos de renta. El médico de la familia tiene la responsabilidad de velar por la salud de un número determinado de familias o personas, desde la infancia hasta la ancianidad. Estas son atendidas tanto en su consultorio como en visitas a las casas.

El médico cubano que trabaja en el nivel primario de atención de salud, además del tratamiento al enfermo, emplea muchas horas en la medicina preventiva; en la prevención primaria o completa, mediante la educación y la promoción de la salud para cambiar los estilos de vida, las inmunizaciones, las medidas higiénicas para el vecindario; en la prevención secundaria de las enfermedades asintomáticas por medio de su temprana detección organizada (por ejemplo del cáncer, de las enfermedades cardiovasculares, de la diabetes); y en la prevención terciaria para el tratamiento continuo de las enfermedades sintomáticas para reducir las complicaciones y las incapacidades.<sup>20</sup>

El médico de la familia recibe un entrenamiento de tres años para convertirse en especialista en Medicina General Integral. La palabra "integral" se refiere a una combinación de los puntos de vista biológicos con los sociales y psicológicos. Está preparado tanto para la medicina curativa como para la preventiva. Como parte del equipo de atención para la salud, los profesores e instructores del policlínico local van con regularidad al consultorio del médico de la familia. Ellos son especialistas en Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Psicología y participan como asesores y profesores del médico de la familia.<sup>20</sup>

Dentro de las actividades más importantes que realizan los médicos de los servicios primarios de salud en Cuba están: la atención prenatal, la atención al lactante y al niño, la educación y la

promoción de la salud individualmente, en grupos y en la comunidad, el seguimiento de todas las personas bajo su cuidado a través de un sistema de dispensarización y el "diagnóstico anual" de la situación de salud en la comunidad, el cual se presenta anualmente por el médico de familia ante su comunidad en busca de un análisis crítico y de sugerencias.

### **La eficiencia de los servicios médicos primarios. Bases teóricas. Situación en Cuba**

Según *Vicente Ortún* la eficiencia de los servicios médicos primarios se basa en la longitudinalidad, la continuidad, el papel de filtro de estos servicios y en la visión global que se tiene del paciente.<sup>21</sup> En algunos países este papel de filtro sólo opera en la dimensión económica en tanto propicia un pago menor cuando se llega al especialista como es el caso de Canadá y Noruega.

Es precisamente en la posibilidad del médico general de dar seguimiento tanto a los problemas concretos de salud de las comunidades (continuidad) como al individuo dentro de su comunidad a lo largo de la vida (longitudinalidad) que reside las mayores reservas de eficiencia de la atención médica primaria.

En primera instancia, en relación al proceso diagnóstico puede afirmarse que el seguimiento continuo del individuo realizado por el médico comunitario o de familia permite acopiar información sobre los factores de riesgo a los que este se expone, las predisposiciones genéticas del mismo y de esta forma le permite hacer un ejercicio diagnóstico más certero. Esto se traduce en un aumento en la probabilidad de las enfermedades en los pacientes remitidos, lo que también contribuirá a justificar los métodos diagnósticos y la terapéutica asumidos.

En relación a mantener una visión global del paciente se sabe que esto supone un incremento de eficiencia y se ha señalado entre otros elementos las tendencias internacionales a retomar la visión global del enfermo desde

una óptica integradora, la concertación del gasto sanitario en un número reducido de pacientes y a la mejor situación del médico general para desempeñar el rol de agente del paciente.

Existen estudios previos que apuntan hacia el reforzamiento de la atención primaria a partir de razones tecnológicas, demográficas, sanitarias y económicas.<sup>22,23</sup> Por otra parte la experiencia aportada por empresas líderes en la prestación de servicios de salud se basa en el principio de que cada paciente debe tratarse en el nivel asistencial adecuado.<sup>19</sup>

La eficiencia de los servicios primarios de salud se basa en la capacidad resolutoria de los médicos, en tanto resuelvan adecuadamente los problemas de salud que les competen, y remitan a aquellos pacientes realmente meritorios.

Empíricamente se ha encontrado que aquellos sistemas con una mejor atención primaria son más eficientes. Ejemplo de ello es la reforma exitosa realizada en el Reino Unido, donde se dio mayor poder decisorio a este nivel de atención.

Por otra parte se ha demostrado que los médicos seleccionan mejor que los propios pacientes aquellos que necesitan de una atención secundaria o de urgencia hospitalaria, así como que los médicos generales suelen emplear menos recursos y menos tecnología que los especialistas incluso para tratar los mismos problemas.

Resulta imprescindible lograr que la población reconozca a los servicios primarios de atención como el primer contacto con el sistema sanitario para que la resolutoria del servicio y su eficiencia sea la más cercana a la máxima.

En Cuba, la premisa de contar con una APS eficiente se rige por el principio de que el paciente reciba todo cuanto sea necesario para restablecer su salud, el análisis económico de las conductas médicas no significa gastar menos, sino obtener mayores beneficios sociales con menos costos. No se trata de la asignación o no de recursos, sino de utilizarlos en función del impacto que se necesita alcanzar con las accio-

nes y de la medición de los resultados o beneficios a través de los cambios en la situación de la morbilidad.<sup>24</sup>

Del modelo cubano de desarrollo de la atención primaria y del éxito de su trabajo depende la eficiencia general del sistema al reducir demandas sobre otros niveles del sistema de mayor complejidad y por lo tanto de mayor costo.

Según Gálvez,<sup>8</sup> en el contexto cubano pueden identificarse dos direcciones de trabajo en aras de superar los niveles de eficiencia alcanzados y de eliminar las brechas que puedan afectarla. Una, dirigida a los aspectos técnico-organizativos del Sistema Nacional de Salud y una segunda, hacia la identificación de las entidades y actividades específicas donde se deben priorizar los esfuerzos. En relación con el primer aspecto, señala entre otros, el desarrollo de los sistemas de información y dentro de estos la búsqueda de indicadores que abarquen no sólo la dimensión cuantitativa de las actividades realizadas, sino que de alguna forma logren reflejar la calidad de los servicios brindados y el impacto sobre la salud de la población. En relación con el segundo aspecto, hace especial énfasis en la APS y afirma que elevar la eficiencia en este nivel constituye aún un desafío para los economistas de la salud en Cuba.

Si bien se ha reconocido que la capacidad resolutoria de los servicios primarios de atención sería la mejor medida de sus resultados (para los fines de la eficiencia), generalmente el abordaje de la relación recursos-resultados se ha realizado a partir de estudios ecológicos o mediante la evaluación de aspectos parciales que si bien tienen una validez limitada intentan mostrar cómo se comporta este indicador en esas áreas. Dentro de los aspectos que con mayor frecuencia se estudian están: la adecuación del ingreso hospitalario y las urgencias, la satisfacción del paciente, el uso de la tecnología, la calidad de la prescripción y el gasto por persona.<sup>19</sup> En el caso de Cuba, los estudios realizados evalúan aspectos como: la satisfacción del paciente, la calidad de la prescripción y la demanda de la atención de urgencia.

Chang y otros<sup>25</sup> demostraron la insatisfacción de los pacientes con determinados servicios brindados en los policlínicos principales de urgencia del municipio "10 de Octubre". Por otra parte Pereda y otros<sup>26</sup> demostraron que el mayor porcentaje de la demanda asistencial en el área de medicina interna de los servicios de urgencia del hospital "Dr. Luis Díaz Soto" y del policlínico "Dr. Mario Escalona" estaba formado por las urgencias primarias y las no urgencias de pacientes que acudían al hospital por decisión propia y con afecciones que no requerían atención hospitalaria pues tenían solución en el nivel primario. En relación con la dispensarización, pilar fundamental del trabajo del médico y la enfermera de la familia en Cuba, un estudio realizado en el municipio "Plaza de la Revolución" señala que aproximadamente la sexta parte de los pacientes del área no estaba dispensarizada. Además señala que la norma establecida de un 100 % de la población a dispensarizar no es posible cumplirla.<sup>27</sup> La calidad de la prescripción médica también enfrenta una situación difícil, sobre todo en la APS donde a raíz de múltiples factores económicos y sociales, el médico de la familia ha perdido actualización en el tema, adolece de falta de materiales actualizados de consulta y mantiene arraigados malos hábitos como la receta por complacencia al paciente.<sup>28</sup>

Según Sansó y otros,<sup>29</sup> el nivel de resolutoria para los más prevalentes problemas a los cuales se enfrentan hoy los equipos de salud en la APS cubana, es más bien bajo. Las principales afecciones crónicas no transmisibles que padece nuestra población, no siempre pueden ser bien estudiadas en todas las áreas de salud o desde ellas. En este sentido, las dificultades económicas que limitan la adquisición de reactivos, medios de cultivo, material para radiografía o equipos, pudieran esgrimirse como la génesis de este fenómeno. Ciertamente, y muy a pesar

de los especialistas, son limitados los recursos de que se dispone en estos tiempos de período especial, pero al parecer el problema se agrava a partir de que no están correctamente distribuidos, y que la organización del sistema no es realmente óptima en este sentido. A tenor con este último planteamiento, vale la pena señalar que los autores del presente artículo no han encontrado publicado un estudio cubano que evalúe de manera integral la eficiencia de las unidades que conforman hoy la APS en el país.

Finalmente se puede concluir que la categoría eficiencia, en el marco de la salud pública actual, exhibe una doble condición de fin y medio para lograr el perfeccionamiento de los servicios de salud y en especial aquellos que articulan el nivel primario de atención. Por otra parte para regularizar la evaluación de esta categoría y lograr que se emplee como un instrumento en la gestión de las unidades de salud, se hace necesario contar con una herramienta que incorpore las mejores experiencias descritas en este campo y a su vez sea aplicable al sistema de salud cubano.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llambias J. Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado. *Rev Cubana Salud Púb.* 2003;29(3):236-45.
2. Buglioli M. La salud por el mundo. El gasto no deja de crecer. Agosto 2000 [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: [www.escenario2.org.uy/numro2/buglioli.html](http://www.escenario2.org.uy/numro2/buglioli.html)
3. Fresno C. Sistemas de atención de salud (1). *Rev Cubana Salud Púb.* Enero 1996 [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22\\_1\\_96/spu05196.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu05196.htm)
4. Palmer S, Torgerson DJ. Definitions of efficiency. *BMJ.* 1999;318:1136.
5. Cosme J, Cárdenas J, Miyar R. Economía y salud: conceptos, retos y estrategias. La Habana:OPS/OMS;1999 (serie desarrollo de la representación OPS/OMS Cuba No. 22).

6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Ejecución del presupuesto y gastos por habitantes, 1958-1995. Anuario Estadístico 1995 [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgibin/wxis/anoario/?IsisScript=anoario/iah.xis&tag5001=mostrar^>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Ejecución del presupuesto y gastos por habitante 1959, 1960, 1965-2003. Anuario Estadístico 2003 [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anoario/?IsisScript=anoario/>
8. Galvéz AM. El concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana (tesis). La Habana: MINSAP, Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.
9. Drummond M. Output measurement for resource-allocation decision in health care. In: McGuire A, Fenn P, Mayhew K, editores. *Providing health care. The economics of alternative systems of finance and delivery.* Oxford: Oxford University Press; 1991.
10. World Health Organization. Concepts, methods and debates [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm>
11. Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Rev Cubana Salud Púb.* 2004;30(1):17-36.
12. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Amer J Public Health.* 2004;94(11):1864-74.
13. Sidel VW. The barefoot doctors of the people's republic of china. *The New Eng J Med.* 1972;286:1292-300.
14. WHA 32.30, formulating strategies for health for all by the year 2000, world health organization, 32nd world health assembly, Geneva, 7-25 may 1979 [serie en Internet]. [citada 25 Jun 2004]. Disponible en: <http://policy.who.int/cig-bin/>
15. Stephen WJ. La atención primaria médica y el porvenir de la profesión médica. *Foro Mundial de la Salud.* 1981;365-85.
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 44.o Consejo directivo. 55.a Sesión del Comité Regional. Resolución CD44.R6. Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/aps\\_resolucion.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/aps_resolucion.htm)
17. George Eisen MD. La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Rev Cubana Salud Púb.* 1996;22(2):4-5.
18. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2003;19(1), [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_1\\_03/mgi10103.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi10103.htm)
19. Rojas Ochoa F. La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002 [serie en Internet]. [citada 27 Ene 2005]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02/mgi0152002.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0152002.htm)
20. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Medicina General Integral: Programa de Especialización. La Habana: MINSAP; 1989.
21. Ortun V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
22. Tomlinson B. Report of the inquiry into london's health service, medical education and research. Londres: HMSO; 1992.
23. Culley GA. "Friendo chicken" medicine: the business of primary care. *J Farm Pract.* 1994;38:68-73.
24. Hidalgo P. Palabras de apertura del IV Simposio Internacional de Economía de la Salud. *MEDISAN.* 1998;2(4):5-6.
25. Chang M, Alemán MC, Cañizares M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(5):541-7.
26. Pereda J, Díaz I, Pereda R, Sosa A. «Filtro sanitario» en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. *Rev Cubana Med.* 2001;40(3):181-8.
27. Sansó F, Fernández A, Larrinaga M. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(6):605-12.
28. Sansó F. ¿Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción? *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002;18(2).
29. Sansó F, Batista R. Hacia una mayor capacidad resolutoria y calidad de la atención en nuestra medicina familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(3):213-5.

Recibido: 31 de mayo de 2005. Aprobado: 23 de junio de 2005.

*Anai García Fariñas.* Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Vicedirección de Epidemiología y Salud Pública. Infanta No.158 e/ Clavel y Llinás. Centro Habana. La Habana 10300, Cuba. Teléf.: 53-7-878 8479  
e-mail:alastor@infomed.sld.cu