

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SOSTENIBLES

**LA POLICONSULTA Y SU
IMPACTO EN LOS COSTOS DE
LOS EBAIS CONCENTRADOS DEL
ÁREA DE SALUD ALAJUELA SUR
DURANTE EL AÑO 2001**

AUTOR: Dr. Luis Alonso Picado Rodríguez.

TUTOR: Dr. Mario Arias Murillo.

ASESORA: Máster Iris Obando.

DEDICATORIA

A DIOS POR ILUMINARME Y DARME FORTALEZA

A MIS PADRES POR SU AYUDA INCONDICIONAL.

A MIS HERMANOS POR SU APOYO.

A MI SOBRINA ALEXIA HERRERA PICADO.

¡GRACIAS!

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por bendecirme con el don de la vida y la salud, gran regalo para poder lograr mis metas.

Gracias Palo y Abue por siempre creer en mi y por los innumerables favores.

Gracias Papi y Mami por enseñarme con su ejemplo que la perseverancia es un ingrediente indispensable para triunfar en la vida.

Gracias Joseline por ser la hermana que eres.

Gracias Cristian por darme fuerzas para seguir adelante.

Gracias Ismael por su apoyo y consejos.

Agradezco a mi tutor, Dr. Mario Arias Murillo, por su ayuda incondicional, consejos y dirección en la elaboración de la presente investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron en la realización de esta investigación.

A todos de corazón, ¡muchas gracias!

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Tabla de contenido.....	iii
Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco Conceptual	
Antecedentes.....	5
Antecedentes internacionales.....	5
Antecedentes nacionales.....	8
Antecedentes locales.....	11
Justificación.....	17
Problema de Investigación.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos.....	21
Capítulo II. Marco Teórico	
El sistema de salud de la caja costarricense del seguro social.....	23
La Caja Costarricense del Seguro Social.....	24
Niveles de atención del sistema de seguridad social costarricense.....	26
Equipos básicos de atención y organización local.....	27
Capacidad resolutoria.....	31
Elementos teóricos sobre policonsulta.....	32
El Dpto. de Salud Mental de la CCSS.....	33
El Diagnóstico Clínico en la consulta externa del primer nivel de atención.....	33
Variables demográficas.....	37
Los costos en los procesos productivos de los servicios de salud.....	40
Los costos y el periodo de planeación.....	42
Economía de escala.....	48
Deseconomías de escala.....	49
Reforma sectorial, satisfacción del consumidor y contención de costos.....	50
Medidas de contención de costos: Formas generales de acuerdo con las experiencias de países de la Comunidad Europea y de las Américas.....	57
Control gerencial.....	65
Capítulo III. Metodología de la investigación.	
Tipo de Investigación.....	78
Área de estudio.....	78
Universo y muestra.....	78
Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	79
Fuentes de información.....	79
Tabulación y análisis de la información.....	79
Operacionalización de variables.....	80
Capítulo IV. Análisis de resultados	
Características de los pacientes policonsultantes de los EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur.....	83
Características de la policonsulta.....	88

Costos variables directos generados por la policonsulta	93
Conclusiones y Recomendaciones	97
Bibliografía	109
ANEXO I (Hoja de recolección de Información).....	111
ANEXO II (Escala De Zung para la Depresión).....	116
ANEXO III (Datos Sociodemográficos de la Población del Cantón de Alajuela).....	118
ANEXO I (Encuesta de Consulta Externa, Consultas por causa, según tipo de establecimiento. CCSS)....	122

RESUMEN EJECUTIVO

La presente es una investigación tipo descriptivo y cuantitativo en la cual se perfilan las características sociodemográficas de los pacientes policonsultantes y sus motivos de consulta más frecuentes en relación con los costos variables directos que se generan en los servicios ofrecidos por los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur durante el año 2001. Se documentó que el 19.75 % de la población atendida estos EBAIS son policonsultantes, es decir, consultan por iniciativa propia seis o más veces en un año. Se analizaron 100 expedientes de pacientes policonsultantes (con representación equitativa entre los cuatro EBAIS bajo estudio). El tamaño de la muestra se determinó por conveniencia bajo los supuestos de un nivel de confianza de 95%, una varianza máxima de $P=50\%$ y $Q=50\%$, y un error permisible del 10%.

Se identificó el siguiente perfil sociodemográfico para los policonsultantes de los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela Sur: Mujeres casadas o en unión libre de clase media baja con edad entre 30 y 50 años y primaria completa. Este perfil no se puede extrapolar a otras áreas de salud de modo que para obtener el perfil sociodemográfico de los policonsultantes, cada área de salud debe estudiar a su población individualmente.

Con respecto a los motivos de consulta se evidenció que no difieren de las observadas a nivel nacional en el primer nivel de atención. Se considera que los motivos de consulta no médicos fueron más frecuentes de lo que se anotaron y pudieran estar en relación con síntomas generales, como cefalea, colitis y ansiedad, que también figuran dentro de las causas médicas de policonsulta. La distribución de las causas por las que los pacientes con enfermedades crónicas consultaron fue similar a las causas por las que consultaron los pacientes conocidos sanos.

Respecto a los costos variables directos, se concluye que la CCSS no cuenta con la información necesaria que le permita conocer el costo real de sus servicios, de modo que no es posible en este momento, con la información disponible, estimar el costo por subprocesos de atención en los servicios de atención primaria de la Caja Costarricense del Seguro Social. Se estima que el 20.8% del presupuesto total anual del área de salud lo consume la policonsulta de estos EBAIS concentrados.

Se recomienda capacitar y motivar al personal de los EBAIS para que detecten los trastornos psicosociales y los consideren como motivo de consulta de los pacientes, unificar los diagnósticos no médicos dentro del Área de Salud Alajuela Sur para evitar el subregistro de estas afecciones y así lograr intervenir más eficazmente. Además se propone referir a grupos de apoyo a aquellos pacientes que en la cuarta consulta anual muestren evidencia objetiva de trastornos psicosociales o que consultan una séptima vez en el año. El objetivo es abrir un espacio para dar apoyo a los pacientes con problemas socioeconómicos y trastornos psicosociales de modo que se logren satisfacer sus reales necesidades y darle herramientas para mejorar su situación. No se puede definir en forma estricta con antelación todas las actividades que estos grupos deberán realizar pues esto depende como se dijo anteriormente de las necesidades de los participantes. Se recomienda incluir dentro de los compromisos de gestión en forma progresiva la obligación de presentar una lista por cada EBAIS de los pacientes policonsultantes identificados, incluyendo número de expediente, nombre, sexo, edad, motivo de consulta e intervenciones realizadas a nivel local y un plan de acción local. Por último, se sugieren una serie de indicadores de gestión para monitorear e intervenir oportunamente en la policonsulta de los EBAIS San Rafael Norte, Sur, Este y Oeste del Área de Salud Alajuela Sur.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios en el año 1941, la Caja Costarricense del Seguro Social ha tenido como base ideológica la solidaridad, la universalidad y la equidad. En un principio, la oferta de servicios era suficiente para satisfacer las demandas de los asegurados a un costo sostenible.

No obstante, con el correr de los años, el crecimiento de la población y sus demandas de salud han aumentado a un ritmo acelerado, poniendo en peligro la sobrevivencia del sistema de seguridad social de Costa Rica.¹

La actual crisis económica mundial y nacional nos exige aumentar la productividad de todos los sectores de nuestra economía, y el Sector Salud no escapa a esta realidad.

Al mismo tiempo que han aumentado los costos, el crecimiento del financiamiento del sistema ha sido insuficiente por varios motivos, entre los cuales se pueden citar: una disminución significativa del aporte del Estado, la evasión y/o morosidad en el pago de las obligaciones obrero patronales, el reporte de salarios inferiores a los reales para disminuir las cuotas² y la sobreutilización por parte de los usuarios que exigen cada vez más de los servicios.

El uso indiscriminado de los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social es un problema muy mencionado, pero poco estudiado. A pesar de sus grandes repercusiones sociales y económicas, no existen en los centros de atención de esta institución estrategias efectivas para evitar los efectos nocivos de tal patrón de conducta.

¹ Miranda Gutiérrez Guido La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. 2ª Edición. San José, Costa Rica. Editorial Social de Salud y Seguridad Social, 1994. p 117-195, 311-365.

² Durán, Fabio, Evasión de Contribuciones a los Seguros Sociales; 1987; Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional; Caja Costarricense de Seguro Social

La policonsulta es una de las causas más importantes de la existencia de largas filas de espera con la consecuente inhabilidad del sistema de ofrecer atención en forma oportuna a quien la necesita. Esto además crea insatisfacción en los usuarios y una falta de credibilidad en el sistema de seguridad social, alimentando la evasión del pago de cuotas obrero patronales, creando así un círculo vicioso.

Si bien es cierto que las largas filas son en sí mismas un desincentivo para consultar³, existe una selección adversa de pacientes pues con frecuencia los que se abstienen de acudir a los centros de salud son los que más necesitan atención médica. Así, la policonsulta, aunque aumenta la productividad, disminuye la efectividad e impacto de los servicios y a la vez eleva sus costos variables directos e indirectos.

Si sólo se considerara el factor tiempo como un recurso, sale a la luz el gran costo de oportunidad en que incurren los servicios al tener que dedicar más tiempo a la atención de molestias menores, sacrificando en la misma medida las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que son más efectivas en mejorar el nivel de salud de la población⁴.

Con el propósito de asegurar la sostenibilidad del sistema, la Caja Costarricense del Seguro Social creó los Compromisos de Gestión⁵ a la vez que inició un proceso de descentralización y desarrollo de la capacidad gerencial a nivel de las Clínicas Periféricas⁶. Esta estrategia se implementó a la luz del hecho de que cada Área de Salud tiene características propias que obligan a la creación de intervenciones adecuadas a la realidad

³ Jack, William. Principles of Health Economics for Developing Countries. The World Bank Washington D.C. 1ª Edición. 1999.

⁴ Ajzen I, Fishbein M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice Hall, Inc. 1980.

⁵ Contratos entre los prestatarios de los servicios y el nivel central en los cuales los primeros se comprometen cada año a cumplir con determinadas metas de producción y de mejoramiento de la calidad con los segundos, quienes por su parte aportan el presupuesto e incentivos financieros.

⁶ Vergara, Carlos. El Contexto de las Reformas del Sector de la Salud. Panamerican Journal Of Public Health 8(112), 2000.

específica de la población atendida.

En esta investigación se perfilan las características sociodemográficas de los pacientes policonsultantes y sus motivos de consulta más frecuentes en relación con los costos variables directos que se generan en los servicios ofrecidos por los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur durante el año 2001.

Una vez detectadas en forma precisa estas variables, se formulan recomendaciones y se proponen algunos indicadores adecuados a la realidad de esta Área de Salud para abarcar mejor su problemática.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

El sector salud atraviesa una etapa de gran conflictualidad a escala universal. Los recursos parecerían no alcanzar para cubrir adecuadamente las necesidades de atención a la población y sin embargo, son utilizados en el marco de un modelo de organización sectorial fuertemente cargado de irracionalidad en el que resalta la sobre prestación de servicios en ciertos ámbitos de la comunidad y la falta de cobertura en otros. La reforma del sector salud aparece así como un tema de suma importancia en la agenda de política pública, tanto de países desarrollados como de aquellos en vías de desarrollo. La satisfacción del consumidor y la contención de costos se presentan como componentes críticos de dicha reforma sectorial⁷. Sale a la luz una cultura sanitaria que condiciona el comportamiento de proveedores y usuarios de servicios de salud que genera un círculo vicioso que reclama ser desactivado.

Se han ideado mecanismos de contención de costos en los sistemas de salud en Europa y América. Aquellos enfocados a la contención de la demanda incluyen: la recuperación de costos y copagos, reducciones de la cobertura de las prestaciones, establecimiento de carencias, exenciones de impuestos a los servicios privados, fomento de la salud y prevención de la enfermedad, cambios en las formas de pago a los proveedores, cambios en las formas de transferencia de los recursos financieros desde el nivel central a las unidades ejecutoras y el desarrollo de medidas de información.

En la literatura internacional, es difícil encontrar una clara definición de lo que se entiende por policonsulta. Sin embargo, en los estudios realizados en los Estados Unidos por el Instituto Nacional de Salud Mental (Regier y otros, 1993 y Kessler et al, 1994), este patrón de conducta se ha asociado con trastornos psicosociales.

Durante los últimos 7 años, se publicaron en los Estados Unidos dos de los más importantes estudios epidemiológicos sobre la ocurrencia de trastornos depresivos. El primero

⁷ Katz, Jorge, et al. Reforma del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos. Naciones Unidas. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 1995.

de ellos, un estudio realizado por el Área de Captación Epidemiológica (ECA) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), reveló que 9.5% de los habitantes en los Estados Unidos mayores de 18 años sufre algún tipo de trastorno de ánimo durante períodos de un año (Regier y otros, 1993). Más recientemente se publicaron los resultados del Estudio Nacional de Patologías Convexas (NCS), que probaban que la ocurrencia los trastornos de ánimo de un año de duración entre la población de los Estados Unidos había aumentado a 11.3% (Kessler et al, 1994).

Las tasas de ocurrencia de los trastornos depresivos en pacientes que sufren otras enfermedades físicas son aún más elevadas. Los trastornos depresivos presentan similitud en muchos países. Síntomas somáticos, el retardo psicomotor y la anhedonia son los que se presentan con más frecuencia en este tipo de pacientes en todo el mundo⁸.

En general, resulta más frecuente que los pacientes que sufren una enfermedad depresiva sean diagnosticados y tratados por un médico de atención primaria que por un psiquiatra. En los Estados Unidos, país donde la cantidad de psiquiatras es relativamente alta, 50% de los pacientes con enfermedades depresivas graves son atendidos por sus médicos de atención primaria, y sólo el 20% es tratado por psiquiatras (Pérez-Stable y otros, 1990).

El “fenómeno Iceberg” es el nombre que acuñó Watts hace tres décadas para describir el hecho de que de todos los pacientes de una comunidad, sólo un pequeño porcentaje buscaba ayuda profesional y consultaba a los médicos clínicos y que de ellos, un número muy reducido llegaba a la consulta de un especialista (Watts, 1999)⁹.

Siempre hay una razón por la cual un individuo consulta al EBAIS. Esto se conoce como motivos de consultas y se dividen en dos grandes subgrupos, a saber: los motivos

⁸Programa Educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos. Modulo Uno: reseña y aspectos fundamentales. NCM. NCM Publishers, Inc. Nueva York, NY. 2000

⁹ Programa Educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos. Modulo Uno: reseña y aspectos fundamentales NCM. NCM Publishers, Inc. Nueva York, NY. 2000.

médicos y los motivos no médicos de consulta. Se entiende por motivos médicos de consulta a todos aquellos relacionados con afecciones físicas u orgánicas. Los motivos no médicos de consulta se refieren a todas las causas de consulta que se relacionan con una alteración de la salud mental del individuo.

Una de las consecuencias económicas de la depresión no tratada en forma adecuada es el aumento de la utilización del servicio médico. La Asociación Mundial de Psiquiatría ha demostrado en estudios relacionados con patología psiquiátrica que la depresión se asocia con visitas más frecuentes al médico, con un aumento en la realización de análisis clínicos de laboratorio y en la compra de medicamentos innecesarios. Además, estimó que el 66% de los pacientes con depresiones no diagnosticadas efectúan más de seis visitas por año a algún médico de atención primaria por trastornos somáticos que en realidad están enmascarando una depresión subyacente¹⁰. Dentro de los motivos médicos de consulta más frecuentes, entre estos policonsultantes, se encuentran las molestias digestivas en primer lugar, seguido por molestias del sistema nervioso central, molestias indeterminadas, cardiorrespiratorias y genitourinarias¹¹.

Se estima que el 42% de las consultas de atención primaria se vinculan de alguna forma con trastornos de la salud mental. Existen evidencias concretas de que los médicos clínicos y otros profesionales del área de la salud primaria de hecho reconocen los trastornos depresivos y los tratan con éxito. En vista de ello, la Comisión Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión (PTD) y la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) se unieron para desarrollar un programa educativo cuyo propósito es facilitar la comprensión de los trastornos depresivos y mejorar su reconocimiento y tratamiento, especialmente en los servicios de atención primaria de la salud.

Los costos relacionados con las enfermedades depresivas no tratadas o tratadas

¹⁰ Tomado del Programa Educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos.

¹¹ Muñoz Vivas, Milagros. Características de los Pacientes Policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, 1991. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina

inadecuadamente, están aumentando en todos los países. Las cifras de que se dispone corresponden a países altamente industrializados y muestran que los costos directos (tanto los costos de los tratamientos para la depresión como los de medicamentos antidepresivos, la psicoterapia, la terapia electroconvulsiva y la hospitalización psiquiátrica) son importantes; sin embargo, son los costos indirectos los que ocasionan las cargas más pesadas. Entre ellos se incluyen el aumento en la utilización de los sistemas de cuidado de salud para el tratamiento de otros problemas médicos que generalmente son síntomas somáticos que ocultan una enfermedad depresiva subyacente, las hospitalizaciones prolongadas originadas en otras enfermedades, el ausentismo laboral, la disminución de la productividad en el puesto de trabajo y finalmente, la muerte prematura por suicidio.

ANTECEDENTES NACIONALES

La actual situación económica nacional e internacional nos exige optimizar la eficiencia en todos los sectores productivos de la economía nacional. Es por ello que la Caja Costarricense de Seguro Social ha planteado la necesidad de lograr un uso racional de los servicios dentro del sistema asistencial de salud, para evitar implicaciones de orden económico¹² (Amador, G. 1985), sugiriendo modificaciones a nivel de la estructura organizativa y administrativa de los servicios y en la atención médica que se presta (CCSS, 1986).

La sobreutilización de los servicios de salud, referente también a la eficacia, eficiencia y efectividad de los mismos, hace que la consulta externa se haya convertido en una de las áreas más problemáticas (Vargas, M. 1990). La población manifiesta en forma repetida su disconformidad con la atención médica que se brinda a nivel ambulatorio (CCSS, 1989) (Periódico “La Nación”. 21 de marzo 1981 pagina 16-A) (Periódico “La República”. 7 de mayo 1984 página 25). Los tiempos de espera en todos los servicios han aumentado en una forma preocupante de modo que se obstaculiza enormemente la entrega oportuna de servicios

¹² Amador, G., Iturrino. M., Lépiz. A. Análisis Psicosocial del fenómeno de la policonsulta realizado en las Clínicas Periféricas de la CCSS. UCR. 1985.

médicos, incluidos los exámenes de laboratorio y gabinete. Esto ha sido percibido por los usuarios como una disminución de la calidad en la atención que compromete la credibilidad en los servicios de salud.

En 1978, Segura, H et al. realizó un estudio sobre la Consulta Externa en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez¹³ y en 1985, Amador, G et al. realizó un estudio denominado Análisis Psicosocial del fenómeno de la Policonsulta en las Clínicas Periféricas de la CCSS¹⁴, ambos estudios demuestran la existencia de policonsulta en la consulta externa de las Clínicas Periféricas de la Caja Costarricense del Seguro Social. Ambos estudios determinaron que esto obedece a diferentes circunstancias, algunas justificadas, como es el caso de padecimientos médicos agudos o crónicos, que requieren evaluación periódica, o bien, injustificadas, que pueden ser de índole social, laboral, familiar o psicológica y en donde las consultas no tienen justificación médica aparente.

Dentro de las causas médicas de consulta que más frecuentemente se asocian a la policonsulta se citan la hipertensión arterial no asociada a cardiopatía, cefaleas, gripe, bronquitis, diarreas, gastritis, colitis y úlceras, problemas relacionados con angustia o ansiedad, entre otras. Dentro de las causas no médicas se citan la búsqueda de contacto humano, de beneficios secundarios, evasión de responsabilidades, consultas como un ritual, demandantes de prestación de servicios y búsqueda de solución a problemas emocionales, entre otros.

Los autores de estos estudios consideran que uno de los factores que puede estar influyendo en el hecho de que un paciente sea policonsultante, es el aspecto poco integral que le brinda el médico en la consulta y su consecuente insatisfacción¹⁵.

¹³ Segura, H. Vargas, H. Estudio de la Consulta Externa en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. CSUCA, p 10. 1978.

¹⁴ Amador, G, Iturrino, MI, Lépiz, A. Análisis Psicosocial del fenómeno de la policonsulta realizado en las Clínicas Periféricas de la CCSS, UCR 1985.

¹⁵ Díaz, M. Motivos de insatisfacción de la población costarricense con respecto a los servicios de consulta externa en la CCSS ICAP. San José. 1988.

Estudios realizados previamente, como el realizado por Cabezas¹⁶ en 1991, el cual analizó los factores vinculados al uso de la consulta de salud de la población de 15 a 44 años, mencionan como causas de policonsulta motivos médicos y no médicos, siendo predominante este patrón de conducta en la población femenina entre los 20 y 60 años.

No existe una clara definición en la teoría de lo que es la policonsulta. En un estudio sobre las características de los pacientes policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, en 1991 por Muñoz et al.¹⁷ define al policonsultante como aquella persona que recurre con una frecuencia de siete o más consultas al año a los consultorios del Seguro Social, dicha asistencia a la consulta debe ser por iniciativa propia. Se observó en este estudio que:

- El sesenta y siete por ciento de los pacientes policonsultantes asistieron de siete a diez veces al año.
- Las mujeres consultaron con más frecuencia que los hombres y el grupo etario predominante fue el de 20 a 60 años en uno y otro sexo. Los principales motivos de consulta fueron las infecciones de vías respiratorias superiores, el intestino irritable y dolor abdominal, la sepsis urinaria, lumbalgia, trastornos de la menstruación, depresión y bronquitis, entre otros.
- La mayoría de los policonsultantes vivían en el área urbana y entre las ocupaciones sobresalieron las amas de casa, seguidas de los operarios industriales, los comerciantes, los vendedores y un porcentaje considerable en el grupo de desempleados y pensionados.
- Con respecto a las consultas no médicas, éstas se relacionaron con el grupo etario adulto y el sexo femenino, en el caso de agresión, y con los hombres en los casos de alcoholismo crónico. Los investigadores consideraron que estos motivos de consulta fueron más frecuentes de lo que se anotaron.

¹⁶ Cabezas, M., Sánchez, A. Análisis de algunos factores vinculados al uso de la consulta de salud de la Población de 15 a 44 años, UCR. 1991.

¹⁷ Muñoz Vivas, Milagros. Características de los Pacientes Policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, 1991. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina.

ANTECEDENTES LOCALES

El Área de Salud de Alajuela Sur se fundó como tal en 1999 y cuenta con once EBAIS, atiende a una población de cincuenta y siete mil doscientos cuarenta y cinco habitantes.

Tabla 1. Distribución por EBAIS y Género de la Población Atendida en el Área de Salud Alajuela Sur. Año 2001

EBAIS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
La Guácima	3737	3837	7574
El Roble	3101	3061	6163
San Rafael Este	2345	2232	4577
San Rafael Oeste	2407	1621	4028
San Rafael Norte	2457	1975	4432
San Rafael Sur	2411	1714	4125
Rincón Chiquito	3147	2918	6065
Villa Bonita	2005	2251	4256
Ciruelas	2276	2294	4570
San Antonio del Tejar	2325	2353	4678
Río Segundo	3255	3522	6777
TOTAL	29466	27778	57244

FUENTE: Consolidado de los técnicos de Atención Primaria de los diversos EBAIS. 2001.

En la Clínica San Rafael de Alajuela, su sede, tiene instalados cuatro EBAIS concentrados, a saber: San Rafael Norte, San Rafael Sur, San Rafael Este y San Rafael Oeste. Esta clínica atiende a la población de San Rafael de Alajuela desde hace 15 años y son estos EBAIS los que presentan el problema de la policonsulta de forma más severa según su Directora Médica, la Dra. Milagros Muñoz. Los restantes EBAIS están ubicados en las correspondientes comunidades a las que atienden.

En el Área de Salud, tomando en cuenta a todos sus EBAIS, durante el año 2001 se brindaron 76485 consultas médicas a la población (ver tabla 2).

Tabla 2: Consultas médicas brindadas en el Área de Salud Alajuela Sur durante el año 2001 por subprogramas.

	Número total de consultas	Primera vez en el año	Subsecuentes en el año
Total general	76485	19108	57377
Medicina General	57826	11605	46221
Planificación Familiar	4376	1650	2726
Crecimiento y Desarrollo	6323	2515	3808
Pre y post natal	4875	1143	3732
Detección	3017	2151	866
Visita Domiciliar	68	44	24

Fuente: Datos obtenidos del Sistema de Información del Área de Salud Alajuela Sur

Se puede inferir que el 75.6% de las consultas dadas corresponden a medicina general (morbilidad), y sólo un 24.4% corresponde a los subprogramas contemplados en los Compromisos de Gestión. En general cada persona consultó 3 veces a la consulta durante el año 2001. En las tablas 3, 4, 5 y 6 se muestra la misma información que la tabla 2, pero detallada por cada uno de los EBAIS concentrados.

Tabla 3: Consultas médicas brindadas en el EBAIS San Rafael Norte durante el año 2001 por subprogramas.

	Número total de consultas	Primera vez en el año	Subsecuentes en el año
Total general	7642	1552	6090
Medicina General	5807	855	4952
Planificación Familiar	494	156	338
Crecimiento y Desarrollo	508	152	356

Pre y post natal	574	146	428
Detección	255	242	13
Visita Domiciliar	4	1	3

Fuente: Datos obtenidos del Sistema de Información del Área de Salud Alajuela Sur

Tabla 4: Consultas médicas brindadas en el Área de Salud Alajuela Sur durante el año 2001 por subprogramas.

	Número total de consultas	Primera vez en el año	Subsecuentes en el año
Total general	5132	1000	4132
Medicina General	3945	530	3415
Planificación Familiar	268	59	209
Crecimiento y Desarrollo	346	124	222
Pre y post natal	359	117	242
Detección	213	170	43
Visita Domiciliar	1	0	1

Fuente: Datos obtenidos del Sistema de Información del Área de Salud Alajuela Sur

En promedio, los cuatro EBAIS concentrados de esta Área de Salud brindaron un total de 26 350 consultas con expediente durante el año 2001, para un promedio de 549 consultas por mes o 28 por día (cabe aclarar que no se están considerando en este cálculo las citas que consumen doble cupo, como los de paciente nuevo o las de posparto que consumen un cupo para la madre y dos para el niño o niña, ni tampoco se cuantificaron las consultas hechas con hojas para la atención de urgencias, esto implica un importante subregistro de la demanda).

Los pacientes se quejan de la constante dificultad para lograr obtener una cita en los diversos EBAIS. A diario se forman largas filas de pacientes frente a las instalaciones de los Centros de Atención del Área desde las cuatro de la mañana, con tal de obtener una cita médica. Según informan los encargados de Registros Médicos de los diversos EBAIS, de 10 a 15 usuarios de los cuarenta que acuden a diario todas las mañanas a solicitar cita por cada EBAIS deben ser rechazados por falta de cupo. Esto es, entre un 22 y un 33% de las

solicitudes de citas médicas son negadas diariamente.¹⁸ Algunos de estos pacientes logran ser atendidos con hojas de emergencia en el transcurso del día si tienen la suficiente paciencia para esperar largas horas por una consulta de cinco minutos o menos.

Por otro lado, el evitar saturar las agendas de la consulta externa es un reto diario para el personal de los EBAIS y estas frecuentemente se llenan con citas de recargo, lo que afecta la accesibilidad a los servicios y limita aún más el tiempo que se puede dedicar a cada paciente, comprometiendo la calidad de la atención que deja de ser integral por este y otros motivos.

Según la entrevista realizada a la Dra. Elizabeth Posada, Coordinadora del EBAIS San Rafael Oeste, hay varios motivos que provocan la conducta policonsultante en la población. Ella considera que la agresión doméstica y la carencia de afecto, junto con los “carruseles” creados por los médicos dentro de su consulta, son dos de las causas más importantes en lo que a policonsulta se refiere. De manera interesante, señala que según su propia experiencia, si bien hay una insatisfacción de parte de los policonsultantes que los hace tener esta conducta, si el médico le presta demasiada atención a su problemática psicosocial, se favorece el surgimiento de una relación de dependencia por parte del paciente que termina siendo un fuerte estímulo para consultar con aún mayor frecuencia. Por lo que considera que el médico debe buscar ubicarse en una posición que le permita ayudar al paciente desde el punto de vista psicosocial sin ser el eje de esa ayuda, sugiriendo la creación de grupos focales o equipos para manejar los trastornos afectivos y de salud mental.

A pesar de que se sabe que el problema de la sobreutilización de los servicios existe en el Área de Salud, no hay estudios ni información en este Centro respecto a su problema de policonsulta. Tampoco existen sistemas de control gerencial que ayuden a detectar las fuentes e intervenir en forma oportuna. Según la Directora del Área, la Dra. Milagros Muñoz, el problema de la policonsulta es mayor en los EBAIS concentrados en la Clínica San Rafael por ser los que tienen mayor tiempo de estar atendiendo a la población. Sin embargo, no hay datos sobre la prevalencia de la policonsulta de esta Área de Salud.

¹⁸ Dato tomado, durante una entrevista con la Jefe de Registro Médicos del Área de Alajuela Sur.

Debido a lo anterior, para efectos de este estudio, se efectuó un muestreo aleatorio por conveniencia de expedientes de los cuatro EBAIS concentrados del Área Alajuela Sur con el fin de tener un estimado de la prevalencia de la policonsulta en los mismos. En total se revisaron 800 expedientes, 200 de cada uno de los EBAIS concentrados obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 7: Resultados de muestreo preliminar para determinar la prevalencia de la policonsulta en los EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur.

EBAIS	Número de expedientes revisados	Número de expedientes con 6 ó más consultas por iniciativa propia del paciente durante el año 2001	Porcentaje de pacientes policonsultantes de la muestra.
NORTE	200	38	19%
SUR	200	45	22.5%
ESTE	200	35	17.5%
OESTE	200	40	20%
TOTAL	800	158	19.75%

Fuente: Expedientes médicos de los pacientes atendidos por los EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela sur.

De la tabla anterior se observa claramente que el 19.75 % de la población atendida por los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur son policonsultantes, es decir, consulta por iniciativa propia seis o más veces en un año.

Cabe destacar que el Área de Salud Alajuela sur tuvo un presupuesto de ¢502, 782.375 millones para el año 2001. El costo de los servicios varía por EBAIS y por mes debido a factores como las diferencias entre los salarios de los integrantes de los mismos y la demanda

de consultas, medicamentos y exámenes de gabinete y laboratorio entre otros factores. Para el año 2001 los costos de cada uno de los EBAIS se reportaron como sigue:

Tabla 8: Costos de los EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur Durante el año 2001.

EBAIS	Costo total en el año 2001	Porcentaje del presupuesto del Área de Salud	Costo promedio del por consulta médica	Costo promedio por medicamento prescrito
NORTE	¢68 592 993,6	13.6%	¢8 111.6	¢164
SUR	¢71 725 084,8	14.3%	¢11 453.8	¢189
OESTE	¢75 109 233,6	14.9%	¢12 083.6	¢183
ESTE	¢77 833 120,8	15.5%	¢12 486.4	¢166
Promedio	¢73 315 108,2	14.6%	¢11 033.85	¢175.5

Fuente: Datos obtenidos del sistema de costos de la Administración del Área de Salud Alajuela Sur. 2001

JUSTIFICACIÓN

Ante la crisis económica que sufre la Seguridad Social Costarricense, la cual atenta contra su sostenibilidad, además de los retos ante las nuevas exigencias de la población, se hace imperativo eliminar el despilfarro procurando un uso racional de los recursos con que cuenta la Institución.

La sobreutilización de los servicios de consulta externa es un problema generalizado a nivel nacional que además de aumentar los costos de la atención de forma injustificada, aumenta la insatisfacción de los clientes internos y externos de la Institución.

Este estudio es un requisito de graduación para la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles de la UNED, y es a la vez de gran interés para el posgrado, ya que busca mejorar no sólo la eficiencia en el uso de los recursos, aumentando la sostenibilidad de nuestro Sistema de Salud, sino también la satisfacción del usuario, la calidad intrínseca y extrínseca y el impacto de los servicios ofrecidos a la población.

El alcance social de este trabajo es muy amplio ya que cuanto más se logre disminuir el uso inconsciente y abusivo de los servicios de salud, en la misma medida se aumentará la accesibilidad de los servicios, aumentando la efectividad del sistema, su equidad, impacto y sostenibilidad.

Nada se logra aumentando la cobertura si no se es sensible a las necesidades de la población que se atiende. Si un paciente consulta en repetidas ocasiones, debe estar buscando algo que no se le está brindando. Tal vez ni el mismo paciente sabe lo que realmente necesita. El deber como profesionales de la salud es abocarse a satisfacer las necesidades de la población, lo que los obliga en primera instancia, a conocerlas. Esto permitirá ser más eficaces y tener un mayor impacto en el nivel de salud de la población. De lo anterior deducimos que con este estudio se benefician tanto los pacientes, al aumentar la posibilidad de que sus necesidades reales en salud sean atendidas y satisfechas, como del personal de salud, al disminuir la carga de trabajo impuesta por la policonsulta, que sólo logra desmotivar a los prestatarios directos de los servicios. Además, si se logra disminuir la policonsulta, aumentaría el acceso a los servicios para las personas que menos acuden, logrando alcanzar así una mayor cobertura poblacional o equidad de los servicios.

Al analizar el patrón de conducta de los policonsultantes, con sus causas más importantes, se da un primer paso hacia la eliminación de esta problemática, orientándose mejor respecto de sus características, su impacto en costos y posibles vías de intervención efectivas para combatirla. Si por ejemplo se encontrara que los trastornos afectivos se

relacionan estrechamente con la policonsulta, quizá se lograría más apoyo por parte de los dirigentes de la Caja Costarricense de Seguro Social para desarrollar y ampliar la capacidad de manejo de la patología afectiva en el primer nivel de atención. Esto quizá hasta revolucionaría el paradigma actual de la asistencia médica, pues aunque se busca un enfoque integral, el aspecto biológico sigue estando por encima de las demás esferas que conforman el ser humano.

Al contar con un sistema de indicadores gerenciales hechos a la medida, la gerencia del Área Alajuela Sur podrá monitorear adecuadamente la sobreutilización de los servicios y crear estrategias efectivas y eficientes que le permitan tener un impacto positivo en los costos y calidad de los servicios. Podría verse esto como un proyecto piloto cuyos principios se pueden extrapolar a otras áreas de salud del país.

Las fuentes de información requeridas para realizar el estudio se encontraron en los pacientes mismos y sus expedientes, lo cual hizo viable la investigación desde el punto de vista técnico. Sin embargo, a pesar de que el personal de los EBAIS estaba motivado a colaborar con el estudio, no se logró su participación en la recolección de la información debido a limitaciones de tiempo y de personal. Esto obligó a reducir el tamaño de la muestra, determinada a conveniencia, para el estudio con el fin de lograr su ejecución. Cabe destacar que se estudió el fenómeno de la policonsulta solamente en los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur.

El estudio en sí no tiene obstáculos políticos, jurídicos ni económicos, sin embargo, no ocurre lo mismo con las recomendaciones que se planean elaborar, ya que éstas se deben apegar a los lineamientos jurídicos y políticos de la Institución y del país.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los costos variables directos de la policonsulta en los subprocesos de atención médica

y provisión de medicamentos se ven afectados por las características sociodemográficas y por los motivos médicos y no médicos de consulta de la población policonsultante de los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur durante el año 2001.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar cómo las características sociodemográficas y los motivos médicos y no médicos de consulta de la población policonsultante atendida en los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud de Alajuela Sur durante el año 2001, afectan los costos variables directos de los subprocesos de atención médica y provisión de medicamentos, con el propósito de diseñar un sistema de indicadores gerenciales.

Objetivos Específicos:

- Elaborar un perfil de las características sociodemográficas de los pacientes policonsultantes de los EBAIS San Rafael Norte, Sur, Este y Oeste del Área de Salud Alajuela Sur, a saber: género, edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, estado civil, lugar de residencia.

- Conocer los cinco motivos más frecuentes de consulta, tanto médicos y no médicos, de los pacientes policonsultantes de los EBAIS San Rafael Norte, Sur, Este y Oeste.
- Identificar los costos variables directos que la policonsulta de los EBAIS San Rafael Norte, Sur, Este y Oeste del Área de Salud Alajuela Sur genera en los subprocesos de atención médica y provisión de medicamentos.
- Proponer algunos indicadores gerenciales que permitan monitorear e intervenir oportunamente en la policonsulta de los EBAIS San Rafael Norte, Sur, Este y Oeste del Área de Salud Alajuela Sur.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

EL SISTEMA DE SALUD DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL¹⁹

El sector salud costarricense lo componen: el Ministerio de Salud²⁰, el Ministerio de Planificación Económica y Política Nacional²¹, el Ministerio de la Presidencia, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados²², la Caja Costarricense del Seguro Social²³, el Instituto Nacional de Seguros²⁴ y la Universidad de Costa Rica²⁵. La rectoría del sistema recae sobre el Ministerio de Salud.

A lo largo de la presente década, el modelo predominante de los servicios de salud ha sido un modelo biologista de atención de la demanda, predominantemente hospitalario y con poca apertura al trabajo comunitario. A partir de la Reforma del Sector Salud, el modelo emergente busca un enfoque más integral, anticipando la demanda y con mayor trabajo comunitario.

La Reforma del Sector Salud se diseñó en el marco de la Reforma del Estado, bajo los

¹⁹ Madrigal Bermúdez, Laura. Complejidad de los casos dermatológicos referidos a la consulta externa del Hospital Monseñor Sanabria. Tesis de Maestría. UNED. San José Costa Rica. 2001

²⁰ MS

²¹ MIDEPLAN

²² ICAA

²³ CCSS

²⁴ INS

²⁵ UCR

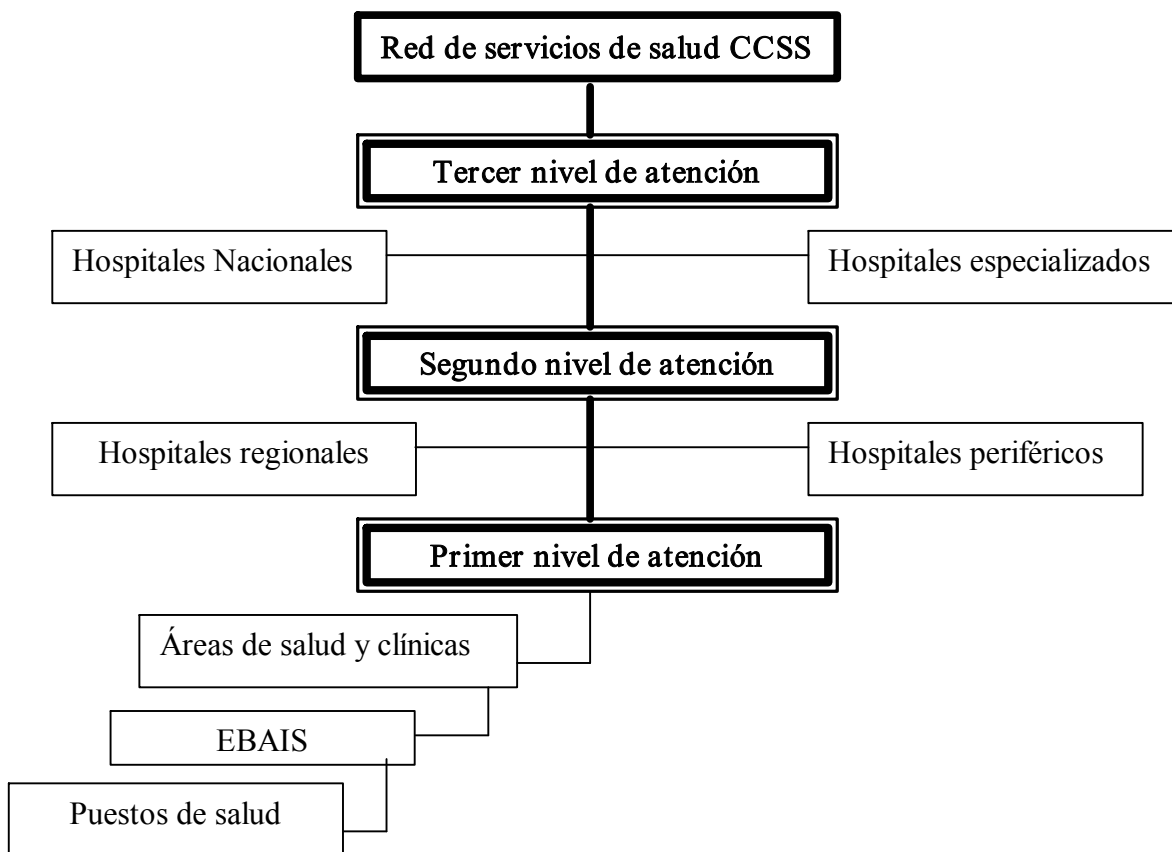
principios de universalidad, solidaridad y equidad. El proyecto contempla la ejecución de ciertos componentes: fortalecimiento institucional de la CCSS; readecuación del modelo de atención en salud; revisión y mejoramiento del sistema de financiamiento y creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación en Salud (LYNN, M, 1988).

La readecuación del Modelo de Atención en Salud organiza los servicios en tres niveles, íntimamente relacionados entre sí, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Deben trabajar de manera coordinada y eficiente, teniendo como base la estrategia de Atención Primaria de la Salud para asegurarle a toda la población una atención oportuna, integral y continua.

LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

La atención directa de las personas corresponde a la CCSS. Sus servicios se han organizado en tres niveles. El primer nivel de atención incluye clínicas y EBAIS, un segundo nivel incluye los hospitales regionales y periféricos y un tercer nivel incluye todos los hospitales nacionales incluyendo los centros subespecializados. Este tercer nivel de atención es el de mayor complejidad y costo.

Gráfico # 1. Organización por niveles de la CCSS



Fuente; Miranda Gutiérrez, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica 2a Edición. San José, Costa Rica Editorial Social de Salud y Seguridad Social, 1994.

NIVELES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE

TERCER NIVEL

Corresponde a los establecimientos de salud más desarrollados del país y por ende los más complejos. Se encuentran localizados en el Área Metropolitana. Se dividen en: Hospitales Nacionales (México, San Juan de Dios, Calderón Guardia, Max Peralta), y Hospitales Especializados (de Niños, Psiquiátrico, Blanco Cervantes y de la Mujer).

Cuentan con una capacidad resolutive especializada, por lo tanto resuelven casos calificados en las especialidades de medicina, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, geriatría, entre otras, y las sub-especialidades que de cada una de ellas se deriven, contando con la estructura física y los recursos técnico- administrativos para el desarrollo de la capacidad resolutive acorde a su nivel. Sus servicios se otorgan para el segundo nivel y reciben pacientes referidos de otros centros, cuando por la índole del caso no pueden ser resueltos adecuadamente en otros sitios.

SEGUNDO NIVEL

Lo constituyen los hospitales regionales y periféricos. Al primer grupo pertenecen los hospitales de Puntarenas, San Carlos, Pérez Zeledón, Alajuela, Liberia y Limón. Se encuentran ubicados generalmente en la Ciudad sede de la Región Programática de Salud. Funcionan como hospitales generales con las cuatro especialidades básicas y las sub-especialidades de mayor demanda de la región. Su misión es brindar apoyo a los niveles de menor complejidad localizados en la misma zona.

Los hospitales periféricos se clasifican según su creciente nivel resolutive, en tipos 1, 2 y 3. Constituyen el respaldo de las clínicas de consulta externa, centros y puestos de salud ubicados dentro de su área de atracción, debiendo atender el nivel de patología acorde con los recursos humanos, físicos y técnicos con que cuenta: en caso contrario se refiere al nivel superior.

PRIMER NIVEL

El primer nivel de atención está conformado por una red de servicios, con un conjunto de establecimientos de mayor o menor capacidad resolutive que pertenecen a un área de salud con una población determinada y que brindan servicios básicos ambulatorios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y atención del ambiente, de una manera estrechamente coordinada y eficiente.

La red del primer nivel de atención está constituida por seis tipos de establecimientos, que en orden creciente de complejidad son:

- El Puesto de Salud Rural
- El Puesto de Salud o la Clínica de Atención Integral tipo 1
- La Clínica de Atención Integral tipo 2
- La Clínica de Atención Integral tipo 3
- La Clínica de Atención Integral tipo 4 (que corresponde también a un nivel intermedio).

EQUIPOS BASICOS DE ATENCIÓN Y ORGANIZACIÓN

LOCAL

El equipo básico de atención es el recurso humano mínimo para la prestación de los servicios de salud por la CCSS en el primer nivel. Se compone de: un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria. Este conjunto de funcionarios, en ocasiones con el apoyo directo de algunos otros técnicos (REDES y Farmacia) constituyen el Equipo Básico de Atención Integral de la Salud o EBAIS.

La presencia del médico en el EBAIS se definió tomando en cuenta el perfil de morbilidad de la población y los problemas prioritarios del país, la disponibilidad de recursos y la expectativa de la población. Este perfil de salud y la determinación de prioridades, se desarrollan en el marco de una situación epidemiológica de transición, donde los problemas propios de países pobres se mezclan con otros que requieren de una tecnología más cara y

compleja para su atención. Esta situación plantea la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, dándole una mayor capacidad resolutive.

Estos equipos básicos están apoyados por otro grupo de profesionales que conforman el Equipo de Apoyo para todos los EBAIS de un Área de Salud determinada. El equipo de apoyo está integrado por: Trabajador Social, Nutricionista, Médico de Familia, Enfermera General, Odontólogo, Farmacéutico y Microbiólogo. Ambos grupos: el EBAIS y el Equipo de Apoyo, conforman el Equipo de Salud.

Teóricamente, tanto en el EBAIS como en el equipo de apoyo, el tipo y cantidad de recurso humano puede ser modificado, permanente o transitoriamente, para atender necesidades y problemas de salud específicos de un área o sector, según sus características particulares; sin embargo en la práctica, esto depende más bien de la disposición de plazas que del personal que se solicita.

El Equipo de Salud es el responsable de la atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado. Este equipo debe partir de la concepción de salud como un proceso de construcción social y, por lo tanto, debe tomar en consideración los diversos determinantes del proceso Salud- Enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicológico, y otros de los diferentes grupos sociales.

La ubicación física de los EBAIS dentro de la red de servicios del primer nivel de atención, en una determinada área de salud, se efectúa de acuerdo con los siguientes criterios básicos:

- Tamaño, densidad y distribución geográfica de la población.
- Cantidad, tipo y distribución de los establecimientos de la red.
- Vías de comunicación y accesibilidad de dicha red.
- Cantidad y tipo del recurso humano disponible.
- Equidad en la distribución de los recursos, de acuerdo con las necesidades de salud de cada comunidad.
- Política institucional de utilizar infraestructura del menor costo posible, para brindar la

atención ambulatoria.

- Costo- beneficio y economías de escala.

Un fuerte desarrollo del primer nivel de atención en salud procura la Caja Costarricense de Seguro Social, con la finalidad de elevar la calidad, la equidad, la continuidad, la satisfacción y la relación costo beneficio y costo efectividad de los servicios de salud.

Con este propósito se desarrollan una serie de proyectos tendientes a fortalecer la gestión en este primer nivel de atención que teóricamente es el punto de entrada de la población al sistema de salud.

La confección de guías clínicas, el mejoramiento de los sistemas de información, el desarrollo de un sistema de auto evaluación de áreas de salud, un mayor equipamiento y una mejor definición de los segmentos poblacionales que se atienden son, entre otros, los grandes proyectos que están en ejecución para darle al primer nivel el desarrollo que requiere.

Y es que, de acuerdo con expertos nacionales e internacionales, los sistemas de salud deben desarrollar este primer eslabón de los servicios, en virtud de que se considera la fórmula más efectiva y eficiente para abordar los problemas que afectan a los costarricenses.

De acuerdo con datos aportados por el Proyecto de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, hasta diciembre del 2001, estaban constituidos 747 EBAIS y 91 Áreas de Salud. La metas de las autoridades institucionales es que en un mediano plazo la totalidad de la población costarricense esté cubierta bajo ese modelo de atención.

Un ochenta y ocho punto seis por ciento (88.6%) de la población costarricense tiene cobertura en el primer nivel de atención mediante la integración y servicio que brindan los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, en diversos puntos del territorio nacional. Actualmente se encuentran funcionando 822 EBAIS a lo largo de todo el territorio nacional y un total de 97 Áreas de Salud. A la fecha, falta conformar 123 EBAIS que se ubicarán principalmente en la zona central del país según se comunicó en el boletín "Modernización"

#53 (setiembre 2003).

Según las cifras, un total de 3.252.531 personas están protegidas por este servicio lo que revela que el porcentaje de población que queda por atender bajo ese modelo de atención ronda el 11.4 por ciento y la mayor parte se concentra en la zona central de nuestro territorio²⁶ como muestra la siguiente ilustración:

Áreas de Salud y EBAIS funcionando según Modelo Readecuado de Atención.

CCSS, Julio 2003



Fuente: Boletín Informativo "Modernización, comunicación para un mejor cambio" # 53, setiembre 2003

CAPACIDAD RESOLUTIVA

Es posible definir capacidad resolutive de acuerdo con muchos factores, por ejemplo oferta, demanda, diagnósticos, terapéutica, curación total, entre otros. La capacidad resolutive es un concepto acuñado a finales de los años setenta (SIIMEANT, 5. 1991).

²⁶ Tomado del Boletín "Modernización; Comunicación para un mejor cambio" # 43, marzo 2002. CCSS.

Desde el punto de vista general, se entiende por capacidad resolutive de un centro de atención, la suficiencia de sus recursos locales para contribuir al mejoramiento en la calidad de vida, solucionar los problemas de salud, alterar las situaciones adversas y conservar el nivel de salud alcanzado (SIMEANT, 5. 1991).

Donabedian, uno de los pioneros en manejar este término, define la capacidad resolutive como la evaluación de los recursos que producen servicios, que incluyen por un lado la clara identificación de los recursos bajo estudio y por el otro, la determinación de la capacidad de cada recurso de producir servicios. Esto se relaciona para definir el grado en que los recursos en cuestión y los servicios que estos producen o son capaces de producir corresponden al volumen y la distribución de la necesidad y de la demanda. (DONABEDIAN, A., 1973)

Para alcanzar este análisis, es necesario distinguir entre los servicios producidos y los servicios que potencialmente pueden producir esos recursos bajo ciertas condiciones. Es necesario distinguir también entre el volumen agregado de la demanda, la necesidad y las características de distribución de éstas. Es decir, no sólo la congruencia entre la oferta, la demanda y la necesidad sino también, si esa oferta está disponible donde y cuando se le requiere.

ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE POLICONULTA

No hay consenso internacional en lo que se entiende como policonsulta. En el estudio realizado por Muñoz y colaboradores en 1991 sobre las características de los pacientes policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, se definió al paciente policonsultante como sigue:

“El paciente policonsultante se define como aquella persona que recurre con una

frecuencia de siete o más consultas al año a los consultorios del Seguro Social. Dicha asistencia a la consulta es por iniciativa propia.²⁷

La policonsulta es un patrón de conducta en el cual intervienen muchos factores. Según la entrevista realizada al Dr. Mario Arias Murillo, Subdirector General del Hospital San Juan de Dios, la falta de afecto, la agresión física y psicológica, la falta de credibilidad en el profesional, los carruseles propiciados por los mismos médicos, las relaciones de dependencia que desarrollan los pacientes con sus médicos son factores que propician la policonsulta. Como se ha mencionado anteriormente, la depresión enmascarada es quizá la causa más importante de este patrón de conducta.

Los trastornos depresivos no son sólo frecuentes en la población en general, sino que representan uno de los trastornos que más se reiteran en la consulta primaria. Los estudios de ocurrencia de los trastornos depresivos que se desarrollaron en el ámbito de la consulta primaria dieron como resultado distintas cifras, todas ellas relativamente altas.

El Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social

El Departamento de Salud Mental de la CCSS fue creado por acuerdo de la Junta Directiva de la institución en la sesión número 6945 del 21 de julio de 1995 (artículo 25). Pertenece a la Dirección Técnica de Servicios de Salud. Es el ente institucional encargado de la dirección y coordinación del sistema de servicios de salud mental por medio de un proceso de evaluación, planificación y asesoría técnica. Es también el interlocutor inmediato de las autoridades institucionales en el campo de la salud mental.

Para su organización y funcionamiento el Departamento se articula horizontalmente

²⁷ Muñoz Vivas, Milagros. Características de los Pacientes Policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, 1991. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina.

con otras unidades por medio de la conformación de equipos de trabajo para acciones o proyectos específicos.

El principal ámbito de acción del departamento es la conducción del proyecto “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental” el cual plantea la reestructuración de la red de atención y acciones de promoción de la salud mental. Este modelo no se expone por estar fuera de los alcances de esta investigación.

El Diagnóstico Clínico en la Consulta Externa del Primer Nivel de Atención

A. Definición de motivos de consulta

Se entiende por motivos médicos de consulta a todas aquellas consultas relacionadas con afecciones físicas. Los motivos no médicos de consulta se refieren a todos los motivos de consulta que se relacionan con una alteración de la salud mental del individuo²⁸.

B. Definición de diagnóstico

Identificación de un proceso o enfermedad por el cual consulta el paciente mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas, anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especiales.²⁹

C. Principales motivos de policonsulta³⁰

²⁸ Tomado del Boletín “Modernización; Comunicación para un mejor cambio”. #43, marzo 2002. CCSS.

²⁹ [www. harcourt-brace.es](http://www.harcourt-brace.es).

³⁰ Manual Merck, novena edición. Editorial Océano 1992

Dentro de las principales causas de policonsulta por motivos médicos se citan: la hipertensión arterial no asociada a cardiopatía, cefaleas, gripe, bronquitis, diarreas, gastritis, colitis y úlceras, problemas relacionados con angustia o ansiedad, entre otros. En fin, todas las causas de conducta relacionadas con una afección física.

Dentro de los motivos no médicos de consulta se citan la búsqueda de contacto humano, de beneficios secundarios, evasión de responsabilidades, consultas como un ritual, demandantes de prestación de servicios y búsqueda de solución a problemas emocionales, entre otros. Además de agresión, divorcio, disfunción marital, alcoholismo, problemas de aprendizaje y trastornos de conducta.

Para efectos de este estudio se realizará una breve descripción de las principales enfermedades vinculadas con la policonsulta.

Hipertensión Arterial: Elevación de la presión arterial sistólica y/o diastólica, ya sea primaria (hipertensión esencial) o secundaria.

Cefalea: Es un síntoma asociado a enfermedades de diversa índole, ya sea craneales o sistémicas agudas, tumores intracraneales, traumatismos craneales, hipertensión grave, hipoxia cerebral y muchas enfermedades de ojos, dientes, nariz, garganta y oídos. Sin embargo, estos trastornos sólo explican una pequeña parte de los casos que consultan al médico a causa de una cefalea, los restantes sufren generalmente cefaleas tensionales, migraña o un dolor de cabeza para el que no puede hallarse causa estructural alguna. Las cefaleas pueden deberse a estimulación, tracción o presión ejercida sobre cualquiera de las estructuras sensibles al dolor de la cabeza, a saber, todos los tejidos que recubren el cráneo, los pares craneales 5, 9 y 10 y los nervios cervicales altos, los grandes senos venosos intracraneales, las grandes arterias de la base del cráneo y las arterias grandes de la dura, y la duramadre a nivel de la base del cráneo. La dilatación o la contracción de las paredes de los vasos sanguíneos estimula terminaciones nerviosas que causan cefalea. De las muchas posibles causas mencionadas, la cefalea se origina con mayor frecuencia en las estructuras extra craneales e intracraneales.

Gripe: Infección respiratoria aguda por el virus influenza, que causa fiebre, coriza, tos,

cefalea, malestar general e inflamación de las mucosas respiratorias.

Bronquitis: Inflamación aguda del árbol traqueobronquial, que suele ser autolimitada y cura por completo con recuperación de la función.

Diarrea: Aumento de la frecuencia, el contenido líquido o el volumen de la descarga fecal.

Gastritis: Inflamación de la mucosa gástrica. Se puede clasificar la gastritis en erosiva o no erosiva, en función de la gravedad de la lesión de la mucosa. También puede clasificarse según el lugar de afectación en el interior del estómago (cardias, cuerpo, antro). La gastritis puede clasificarse de nuevo histológicamente como aguda o crónica fundándose en el tipo de célula inflamatoria. Ningún esquema de clasificación concuerda perfectamente con la fisiopatología, en gran medida tienen lugar solapamientos. La gastritis aguda se caracteriza por una infiltración de células polimorfonucleares de la mucosa del antro y del cuerpo. La gastritis crónica implica algún grado de atrofia (con pérdida de capacidad funcional de la mucosa) o de metaplasia

Colitis: (Colon espástico) Trastorno de la motilidad que afecta a todo el tracto gastrointestinal, causante de síntomas recurrentes gastrointestinales altos y bajos, que consiste en grados variables de dolor abdominal, estreñimiento y/o diarrea y distensión abdominal.

*Trastornos de ansiedad*³¹. Todos los seres humanos tienen experiencia de miedo y ansiedad. El miedo es una respuesta emocional, fisiológica y conductual frente a una amenaza exterior conocida (p. ej., un intruso, un coche sin frenos). La ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo. La ansiedad adaptativa ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar de forma que mejore su actividad ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas. La ansiedad maladaptativa genera malestar y alteraciones funcionales. Conforme aumenta la ansiedad, se incrementa proporcionalmente la eficacia de

³¹ La escala de Zung para la depresión (ver anexo 2) es una forma efectiva y aplicable a nivel de atención primaria para la detección de trastornos de ansiedad y psicosociales.

la actividad, pero sólo hasta un nivel óptimo, más allá del cual la actividad ve reducida su utilidad, con el consiguiente aumento de la ansiedad. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otro tipo de alteración psiquiátrica. No obstante, a menudo pasan desapercibidos y por tanto, no se tratan.

Trastornos psicosociales. Trastornos originados en la problemática social, la cual repercute negativamente en la salud mental de los individuos.

Variables Demográficas

En cualquier tipo de investigación que se lleve a cabo se investiga un grupo de características propias de los individuos que componen la población bajo estudio. Son características propias de los individuos que forman parte de la población y se derivan directamente de la información individual suministrada, además de otras características que se desentrañan en el proceso de tabulación de datos, tales como composición familiar o distribución geográfica.

La segmentación sociodemográfica consiste en dividir la población en grupos, a partir de variables como la edad, el sexo, el tamaño de la familia, el ciclo de vida de la familia, los ingresos, la ocupación, el grado de estudios, la religión, la raza y la nacionalidad. Los factores sociodemográficos son la base más popular para segmentar los grupos de usuarios o clientes. Una explicación es que las necesidades, las preferencias y las tasas de uso varían de acuerdo con las variables sociodemográficas. Otra es que las variables sociodemográficas se pueden medir con más facilidad que la mayor parte de otros tipos de variables (psicográfica,

conductual, entre otros). Aún cuando los segmentos del mercado se definen antes de partir de otras bases, por ejemplo la personalidad o el comportamiento, es preciso conocer sus características sociodemográficas a efecto de determinar el tamaño del mercado meta para alcanzarlo en forma eficiente.

TABLA 9. VARIABLES DEMOGRÁFICAS TÍPICAS³²

VARIABLE	DESCOMPOSICIÓN TÍPICA
EDAD	Menos de 6, 6-11, 12-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65+
SEXO	Masculino, femenino.
TAMAÑO FAMILIA	1-2, 3-4, 5+
CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA	Joven, soltero; joven, casado, sin hijos, joven, casado, hijo menor de 6 o más; Viejo, casado, con hijos; Viejo, casado, sin hijos de menos de 18 años; viejo, soltero; otros.
INGRESOS	Menos de \$10,000; \$10,000 - \$15,000; \$15,000 - \$20,000; \$20,000 - \$30,000; \$30,000 - \$50,000; \$50,000 - \$75,000; \$75,000 y más.
OCUPACIÓN	Profesional y técnico; administrador, ejecutivo y dueño; oficinista, vendedor, artesano, capataz, operativo; agricultor; retirado; estudiante; quehaceres del hogar; desempleado.
EDUCACIÓN	Primaria o menos, algunos estudios de educación media; terminada la educación

³² Kotler, Phillip, et al. Mercadotecnia. Editorial Prentice Hall. Sexta Edición. 1994. Méjico. P.285-288.

	media; algunos estudios superiores; terminados los estudios superiores.
RELIGIÓN	Católica, protestante, judía, otras.
RAZA	Blanca, negra, asiática, hispana.
NACIONALIDAD	Estadounidense, británica, francesa, alemana, escandinava, italiana, latinoamericana, Oriente Medio, japonesa.

Fuente: Kotler, Phillip, et al. Mercadotecnia. Editorial Prentice Hall. Sexta Edición. 1994. Méjico. P.285-288.

Definición de variables demográficas³³:

A continuación se definirán algunas variables demográficas que si bien no son todas las que existen, son las relevantes para este estudio.

Sexo y edad: El sexo es la variable que permite clasificar a la población en hombres y mujeres. La edad es el intervalo de tiempo entre la fecha de nacimiento y la fecha o momento del estudio expresado en unidades de años cumplidos por la persona.

Escolaridad: Se define como el grado o año máximo aprobado por una persona, al momento del estudio, en el sistema de educación regular: público o privado, dentro o fuera del país, debidamente reconocido o autorizado.

Ocupación: es el oficio, actividad profesional, o tipo de trabajo efectuado por el individuo, cualquiera que sea la rama de actividad económica de que forme parte. La ocupación de una persona la constituye el tipo de trabajo que efectúa.

³³ www.inec.go.cr

Nivel de ingresos: Es el ingreso que perciben los trabajadores mensualmente en su ocupación principal, ya sea por concepto de trabajo dependiente en el caso de los asalariados, o por concepto de trabajo independiente, en el caso de los patronos o de los trabajadores por cuenta propia.

Estado civil: Se refiere a la condición legal de la persona al momento del estudio.

Actualmente se divide en varias categorías que son:

- casados (personas que contraen lazo legal),
- viudo (que no ha contraído enlace nuevamente)
- divorciado (rompimiento de lazo por vía legal)
- soltero (entendiéndose por tal la persona que nunca se ha casado)
- unión libre (persona que viven en unión consensual)
- separados (las personas que rompen el lazo afectivo sin romper el lazo legal).

Lugar de procedencia: Es el lugar de residencia del individuo al momento del estudio.

LOS COSTOS DE LOS PROCESOS PRODUCTIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD³⁴

Costo De Oportunidad

El objetivo de toda empresa es maximizar las ganancias, ya sean monetarias o sociales. La relación entre los factores de producción es crítica en este sentido. El costo de producción se asocia directamente con el costo de los factores que se utilicen para producir una cantidad determinada de producto, es decir, está vinculado directamente con el gasto monetario en que incurre una empresa al producir un bien.

³⁴ Rosales Obando, José. Elementos de Microeconomía. 112 reimpresión de la 1ª edición San José, Costa Rica Editorial UNED, 1994. páginas 79 a 98

El costo de oportunidad es el valor de la alternativa desechada por la alternativa elegida, es el mejor uso alternativo de los recursos. El costo de oportunidad es aplicable a las decisiones individuales, ya sea de la sociedad o de la empresa. Es por esto que en la toma de decisiones, no sólo es importante cuánto se va a gastar, sino también, cuál será el mejor uso alternativo de los recursos, o sea, su costo de oportunidad.

Costos Implícitos Y Explícitos

En el funcionamiento de cualquier empresa se debe hacer frente a una serie de gastos que corresponden a un conjunto de factores productivos que compra o contrata. Así por ejemplo, compra de maquinaria, de equipo, de trabajo, alquiler de edificio; compra de servicios como: agua, pago de impuestos, además de que debe tomar en consideración la depreciación del capital disponible para la empresa. Todos estos constituyen desembolsos en los que toda empresa debe incurrir. Debe pagarse por esos factores productivos utilizados en la producción, pagos que se efectúan con base en facturas o cualquier otro documento aceptado por la empresa. Para este tipo de desembolsos las empresas usan un sistema de contabilidad donde anotan o llevan el control, tanto de los egresos con los ingresos considerándose este como un método contable utilizado para llevar el control de la solvencia económica del funcionamiento.

A los desembolsos monetarios se les conoce con el nombre de costos explícitos, costos contables, o costos históricos de una empresa.

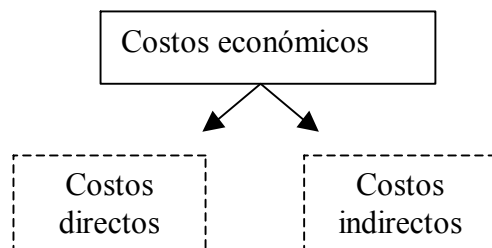
COSTOS DIRECTOS: son los pagos que la empresa realiza en la compra o alquiler de los factores de producción o en otras obligaciones registradas en la contabilidad.

Existe otro tipo de costos que no representa un desembolso real, pero que se vincula con la toma de decisiones en la empresa. Son costos que están en relación directa con el costo de oportunidad. Es decir, la empresa ha decidido emplear sus recursos en su mejor uso alternativo, por lo que incurre en un costo; el costo de oportunidad. A este tipo de costos que son de vital importancia en la eficiencia económica de la empresa, se les conoce con el nombre de implícitos. Aunque la empresa no debe efectuar ningún desembolso o pago en este tipo de costos, debe tomarlas en cuenta, ya que expresan lo que esos recursos hubieran podido

generar de ingreso sí se utilizaran en otros usos alternativos.

Costos Indirectos: constituyen el ingreso que deja de percibir una empresa, cuando decide utilizar sus recursos en la producción de un bien y renuncian a los otros usos alternativos.

Para que una empresa pueda determinar sus beneficios económicos debe tomar en consideración los costos explícitos e implícitos, comprendidos dentro del concepto de costo económico, el cual, por lo tanto, constituye un concepto más amplio que el costo contable.



LOS COSTOS Y EL PERIODO DE PLANEACIÓN

El corto plazo es un periodo de producción donde la empresa mantiene uno o varios factores fijos con otro u otras variables. En el corto plazo encontraremos factores cuya cantidad será fija en cualquier nivel de producción. Como estos factores no cambian, su costo también será fijo.

Multiplicando el precio de los factores fijos por la cantidad que se use, obtendremos el costo fijo que constituye el costo fijo explícito o gasto fijo en el corto plazo. Los costos implícitos, por ser una decisión del empresario en un periodo dado, se consideran costos fijos en el corto plazo y su magnitud no cambiará el volumen o nivel de producción.

Costos Fijos: son aquellos costos que no cambian con el nivel de producción. Incluyen el costo fijo explícito en el corto plazo, más los costos implícitos.

En el corto plazo las empresas utilizan para su producción uno o varios factores variables, los que cambiarán según se altere el nivel de producción, conforme aumente la producción aumentará el empleo de los factores variables. De la misma forma aumentarán los costos asociados a los factores variables de la producción. El costo variable se determinará según el precio y la cantidad del factor o factores variables que utilice a cada nivel de producción, constituyéndose en un costo variable explícito o desembolso que efectúa la empresa.

Costos Variables: son aquellos costos que cambian con el nivel de producción.

En el corto plazo el costo total para obtener un nivel de producción determinado está constituido por la sumatoria de los costos fijos más los costos variables.

$$\text{COSTO TOTAL} = \text{Costo fijo} + \text{costo variable}$$

El largo plazo se define como un periodo suficientemente largo para que todos los factores de la producción se consideren variables. Es un periodo en el cual la empresa realiza todos los cambios necesarios para su funcionamiento, es decir, constituye un periodo de planeación. En estas circunstancias no es posible hablar de costos fijos, ya que no existen factores fijos. Así, en este periodo sólo existen costos variables.

LOS COSTOS DE PRODUCCIÓN EN EL CORTO PLAZO

Determinantes básicos de los costos en el corto plazo.

La función de costos depende de un conjunto muy variado de determinantes, los que influyen directamente sobre su comportamiento; se tomarán en cuenta aquellos que por su naturaleza tienen mayor influencia. Entre estos se pueden mencionar: la tecnología, el precio de los factores, el tipo de producto y también los factores fijos, que en el corto plazo, establecen límites a la producción, por lo que constituyen un determinante de los costos en este periodo.

Los factores fijos: Toda empresa planea su periodo de acuerdo con las distintas combinaciones de los factores disponibles. A partir de las distintas alternativas posibles de producción, la empresa seleccionará una cantidad fija de uno o varios factores para determinar su función de producción en el corto plazo. Como la empresa compra estos factores fijos en el mercado de los factores a un precio determinado, el gasto en que incurre será por tanto fijo, incluyendo además los costos implícitos. Así tenemos que cualquier cambio que ocurra en los factores fijos influirá sobre la curva de costo total, provocando el desplazamiento de ésta como se observará en el análisis de los costos totales y medios en el corto plazo.

El precio de los factores: Toda empresa compra sus factores de producción en el mercado de los recursos, por lo tanto el precio de estos bienes dependerá de la interacción de la oferta y la demanda, fuerzas que establecen un precio de equilibrio. En el corto plazo la empresa comprará la cantidad de bienes que desea a ese precio, por lo que en el periodo de corto plazo se considera dado. En otras palabras, para la determinación del costo total, el precio de los factores no cambia. Si ocurre una variación en los precios de los factores productivos ocurrirá un desplazamiento de la curva de crecimiento en el costo total.

La tecnología: El factor tecnológico es muy amplio y depende de un conjunto muy diverso de variables tales como la organización de éstos para la determinación de la función de producción. De ahí que es muy sensible a las variaciones de sus determinantes. En el corto plazo y para la determinación de los costos totales a cada nivel de producción se considera que el estado de la tecnología está dado. Por ello, al igual que los dos anteriores, cualquier variación de la tecnología ocasionará un desplazamiento de la curva de costo total.

El producto: Al decir que los determinantes anteriormente mencionados los mantenemos constantes en el corto plazo, se puede llegar a la conclusión teórica de que el costo total de un bien depende del tipo y cantidad de producto que se planea producir; conforme se aumenta la producción se aumenta la utilización de mayores cantidades de los factores variables, creciendo por tanto el costo total de producción.

Los factores fijos, el precio de los factores y la tecnología son determinantes que se mantienen bajo la condición “Ceteris Paribus”, por lo que cualquier cambio que se produzca

en ellos provocará desplazamientos de los costos totales, mientras que los cambios que ocurran en la cantidad del producto, ocasionarán movimientos sobre la misma curva de costos totales.

Costos Fijos, Variables Y Totales.

Costos fijos totales: Son aquellos que no dependen del nivel de producción, no varían al cambiar la cantidad de producto que se elabore. Estos costos fijos los determinan por lo tanto la cantidad de factores fijos que estima la empresa para el corto plazo y sus precios correspondientes, los cuales sabemos se toman como constantes en el corto plazo.

Por otra parte los factores fijos representan la escala de planta que la empresa mantendrá en el corto plazo para los distintos niveles de producción y fijan un límite superior a la producción de la empresa. Los costos fijos totales en términos generales incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Alquiler de edificios o depreciación si son propios.
2. Salarios del personal administrativo como gerentes, contadores, recepcionistas y vigilantes.
3. Depreciación de la maquinaria y equipo o su arriendo.
4. Mantenimiento y depreciación de la tierra si la empresa lo requiere.
5. Beneficio normal que deben representar los costos implícitos de la producción.

Se consideran los costos fijos como aquellos en los que se incurre aunque no se produzca ninguna cantidad de producto.

Costos variables totales: Los costos variables totales (CVT) en el corto plazo se definen como aquellos costos que cambian con el nivel de producción. Estos costos varían conforme cambie la cantidad de factores variables que se utilizan en la producción de los

distintos niveles de producto. Por otra parte, los costos variables también dependen del precio de los factores; sin embargo, el aumento de los CVT en el corto plazo estarán determinados por la cantidad de factores variables que se emplean en la producción.

Si el precio de los factores es constante, el CVI cambiará en función de la cantidad de los factores que se utilicen estableciéndose una relación directa entre ellos, a saber, al aumentar el empleo de los factores aumenta el CVI o a la inversa.

Los costos variables totales incluyen, entre otros:

1. Pago por la materia prima que se use.
2. Salarios de trabajadores relacionados directamente con la producción.
3. Gastos de mantenimiento, reparaciones u otros dependientes del nivel de producción.

Costos totales: Los costos totales (CI) los definimos como la sumatoria de los costos fijos totales más los costos variables totales. Hay una relación directa entre el volumen de la producción y el CVT; es decir, al aumentar la producción, aumenta el costo. No existe una relación proporcional entre los CVT y el nivel de producción, sino que se presentan dos fases: (a) una primera fase que muestra que el aumento en los costos varía, en una proporción menor al aumento en la producción, reflejando los rendimientos crecientes del factor variable, por que se asocia con la primera etapa de la función de producción y (b) una segunda fase en la cual los costos aumentan en una proporción mayor al aumento del nivel de producción correspondiente a la etapa de rendimientos decrecientes del factor variable en la función de producción.

Costos Medios Y Marginales

Los costos medios o costos unitarios de producción adquieren importancia relevante en la medida que muestran los costos por cada unidad producida a cada nivel, información importante en la toma de decisiones de la empresa y por consiguiente, dentro de la teoría microeconómica. Las curvas de los costos medios o unitarios son las curvas de costo fijo

medio, costo variable medio, la curva de costo total medio y la curva de costo marginal.

Costo fijo medio: El costo fijo medio se obtiene dividiendo el Costo fijo total entre las distintas cantidades producidas. Como el CFT es un monto fijo en el corto plazo, al dividirse por niveles de producción mayores, la cuantía del CFM es cada vez menor.

Costo variable medio: El costo variable medio es el costo variable total dividido por la cantidad de unidades producidas. Tomando en consideración el comportamiento de los CVI, a medida que se aumente el nivel de producción, la curva de CVM disminuye hasta cierto punto, donde es mínimo y luego comienza a aumentar invariablemente. La parte decreciente de la curva de CVM se relaciona con el carácter creciente de la productividad del factor variable, al llegar al punto mínimo del CVM se considera que la eficiencia del factor variable en combinación con el factor fijo es óptima. De este punto en adelante, la productividad del factor variable empieza a decrecer, aumentando por lo tanto la curva de CVM.

Costo total medio: Los costos totales medios o costos por unidad a cada nivel de producción son el resultado de la división del costo total entre el número de unidades producidas. A medida que se aumentan los niveles de producción, mayor será la eficiencia de los factores fijos y variables hasta un punto en el que es máxima la eficiencia de ellos. De este punto en adelante la eficiencia de los factores disminuye, aumentándose los costos totales medios de la producción. Se considera que en este punto el nivel de producción de una empresa es óptimo, ya que se logra minimizar los costos de producción. Sin embargo, es importante mencionar que en este nivel no necesariamente hablamos del equilibrio de la empresa bajo el criterio de la maximización de las ganancias, ya que para ello debe conocerse el precio de venta del bien.

Costos marginales: Otro tipo de costos que juega un papel importante en el comportamiento de una empresa son los costos marginales. El costo marginal es el aumento en el costo total al aumentar el nivel de producción en una unidad. Como el costo fijo total no varía al cambiar el nivel de producción presentándose como una línea horizontal paralela el eje de las cantidades, los costos fijos marginales en el corto plazo serán siempre igual a cero. De ahí que el costo marginal está determinado por los cambios en el costo variable total que son

los que afectan las variaciones de los costos totales. El costo marginal, en los primeros niveles de producción disminuye; llega a un punto mínimo y luego empieza a aumentar. Dicha forma de los costos marginales refleja el comportamiento analizado en la teoría de la producción, específicamente en la forma que adopta el producto marginal.

LOS COSTOS EN EL LARGO PLAZO

El Costo Medio en el Largo Plazo

El largo plazo se define como un periodo suficientemente largo para que todos los factores de producción se consideren variables. Es por ello que se utiliza dicho periodo como de planeación de una empresa, la que, en función de la cantidad de producto que desea producir, se enfrenta a un conjunto muy variado de métodos productivos. Si el volumen de producción es poco, la empresa se orientará hacia una planta pequeña por el contrario, si el nivel de producción es bastante elevado, se orientará a una planta grande que le permitirá producir la cantidad óptima basada en el mercado. Cada una de las plantas, entre las cuales puede seleccionar la empresa, representan inversiones alternativas. Una vez decidida la planta a utilizar y realizada la inversión se convierten en factores fijos de la empresa por lo que operará por lo tanto en condición de corto plazo. La empresa entre las distintas alternativas presentadas seleccionará una de ellas de acuerdo con el nivel de producción, de tal manera que sea el costo mínimo.

ECONOMÍA DE ESCALA

Las economías de escala resultan de aquellas fuerzas que hacen que el costo medio a largo plazo disminuya al aumentar el nivel de producción y las escalas de planta. Tradicionalmente se mencionan dos razones fundamentales como las más influyentes en las economías de escala, a saber:

1. la posibilidad de crecimiento de la división y especialización del trabajo y

2. la posibilidad de crecimiento tecnológico.

En lo que respecta a la división y especialización del trabajo podemos decir que juega un papel básico en el comportamiento de los costos en las distintas escalas de planta.

En cuanto a las posibilidades del crecimiento tecnológico como una de las formas de disminuir el costo de producción de un bien, debe tomarse en consideración que se relaciona directamente con el nivel de producción que se desea obtener. Así, es más fácil disminuir los costos de producción de una unidad introduciendo mejoras tecnológicas cuando la escala de planta es mayor. Desde el punto de vista tecnológico, no sólo se puede hablar de cambios cuantitativos sino también de cualitativos en la producción.

De esta manera las economías de escala están influidas por dos fuerzas básicas: la división del trabajo y la especialización por un lado y los factores tecnológicos por otro. Ambas fuerzas hacen que se reduzca el costo de producción por unidad, ubicándose este comportamiento en la parte donde disminuye la curva de costo medio de largo plazo.

DESECONOMÍAS DE ESCALA

Las fuerzas anteriormente vistas originan un aumento de la eficiencia de los factores al aumentar las escalas de planta que ocasiona una disminución de los costos por unidad. Sin embargo, este comportamiento llega a un límite, un punto donde la curva de costo medio a lo largo es mínima, a partir de este nivel la curva aumenta invariablemente. Este comportamiento ascendente en el costo medio a largo plazo se le atribuye al aspecto administrativo de una empresa. Mientras más grande sea una escala de planta, mayores serán las dificultades para el control y la coordinación de las distintas actividades. Mientras más grande es una empresa, más se diversifican los niveles de mando y toma de decisiones, perdiendo por lo general contacto entre la gerencia y los departamentos, secciones y demás dependencias. Con ello se tiende a disminuir la eficiencia operacional de la empresa. Por lo general se incrementan dentro de ella las comunicaciones escritas, los informes, los gastos telefónicos y aumenta el número de empleados necesarios para este tipo de labores, lo que en última instancia ocasiona una disminución en la eficiencia y un aumento en el costo unitario

de producir un nivel de producción.

Las economías y deseconomías de escala se pueden ubicar en toda la curva de costo medio a largo plazo. Es decir, a medida que aumentan los niveles de producción, se pueden presentar los dos tipos de comportamiento. Ocurre sin embargo, que en las mismas escalas de planta, las economías de escala sobrepasan a las deseconomías disminuyéndose el costo unitario. Por el contrario, a partir del punto mínimo, el efecto de las deseconomías de escala son mayores que el ocasionado por las economías de escala, ocasionando a partir de un punto el aumento en los costos unitarios en las distintas escalas de planta.

REFORMA SECTORIAL, SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR Y CONTENCION DE COSTOS

Los niveles de salud de la población mundial han experimentado grandes avances en las últimas décadas en todos los países del mundo, los que han sido aún más notables en el caso de la mayoría de los países del Tercer Mundo. Esto se puede apreciar en la mejoría de los indicadores globales de salud y mortalidad —como son las tasas de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, y mortalidad general— y en el mejoramiento de algunos factores determinantes de los niveles de salud.

Paralelo a estos resultados favorables, que nos inducirán a pensar que todo marcha bien y que el futuro es auspicioso, se han ido manifestando fenómenos e insuficiencias que apuntan en la dirección contraria. La transición demográfica y su reflejo en los perfiles epidemiológicos se traduce crecientemente en morbilidades de mayor complejidad de resolución, lo que por sí sólo involucra la necesidad de incurrir en mayores gastos por parte de los países³⁵. Ello es reforzado por los notables avances en medicina, en el perfeccionamiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que sin duda han contribuido poderosamente a una mayor eficacia resolutive, brindando por tanto una respuesta adecuada a las necesidades emergentes, pero que también tiene una dimensión negativa en el creciente

³⁵ Márquez, P. (1990), “Control de Costos en Salud: una revisión de experiencias de países en las Américas”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

incremento de los costos. Estos últimos han aumentado persistentemente muy por encima de los aumentos de la eficacia y en un significativo número de casos, los aumentos de eficacia son a lo menos discutibles si no francamente irrelevantes.

El sector salud atraviesa una etapa de gran conflictualidad a escala universal. Los recursos parecerían no alcanzar para cubrir adecuadamente las necesidades de atención de la población y sin embargo son utilizados en el marco de un modelo de organización sectorial fuertemente cargado de irracionalidad en el que resalta la sobre prestación de servicios en ciertos ámbitos de la comunidad y la falta de cobertura en otros³⁶. La reforma del sector salud aparece así como un tema de suma importancia en la agenda de política pública tanto de países desarrollados como de aquellos en vías de desarrollo. La satisfacción del consumidor y la contención de costos aparecen como componentes críticos de dicha reforma sectorial³⁷. Sale a la luz una cultura sanitaria que condiciona el comportamiento de proveedores y usuarios de servicios de salud el cual genera un círculo vicioso que reclama ser desactivado.

La dinámica de funcionamiento de los mercados de salud ha demostrado una y otra vez las dificultades que existen para su adecuada regulación, persistiendo y en muchos casos acrecentándose la inducción de consumo por parte de los proveedores, sobre demanda por parte de los usuarios e innecesaria proliferación de tecnologías y equipos de alta complejidad, que son más marcadas aún en los segmentos de mercado de los grupos de altos ingresos. Lo que a su vez se ha traducido en crecientes disparidades en el acceso a la salud y en la calidad de las atenciones de salud que logran los distintos segmentos de la población.

El desarrollo de la conciencia sobre la importancia de la salud en cuanto componente significativo del bienestar de las personas está gradualmente llevando a las sociedades a enfatizar las acciones encaminadas a brindar mayor equidad en salud, pero hoy en día es cada vez más claro que a los sentimientos humanitarios se suman muy buenas razones económicas

³⁶ Katz, J. Y A Muñoz (1988), Organización del sector salud: puja distributiva y equidad". CEAL., Buenos Aires.

³⁷ Katz, Jorge, et al. Reforma del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos. Naciones Unidas. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 1995.

para invertir en salud: el sector posee una capacidad intrínseca para potenciar las habilidades y aumentar la productividad de los individuos; su creciente importancia como sector económico con elevado efecto multiplicador del empleo y de la producción; su impacto sobre el mejoramiento de la competitividad internacional, entre otros.

En la mayoría de los países desarrollados existe prácticamente universalidad de cobertura a través de su población, pero el envejecimiento de la misma ha generado gastos crecientes en salud, simultáneamente con una disminución de los recursos aportados para su financiamiento en muchos de los países. La tendencia al desfinanciamiento resultante se agudiza por el aumento de los costos de la atención de salud debido a las tendencias ya discutidas, que se traduce en aumentos significativos del gasto por persona cubierta³⁸. Las restricciones al gasto que se intenta efectuar por distintas vías llevan en muchos casos a los proveedores a efectuar “ajustes” disminuyendo la cantidad de atenciones y/o su calidad, lo que termina por deteriorar el acceso y/o la satisfacción de los individuos. Esta también surge en el caso de los países con sistemas públicos de salud como Inglaterra, España e Italia y en menor medida Canadá, porque los segmentos poblacionales de ingresos altos aspiran a lograr mejor satisfacción de sus necesidades de salud que las que el sistema universal está en condiciones de proporcionar. Ellos están dispuestos a pagar por mayor satisfacción, pero no existen mecanismos que así lo permitan³⁹.

En el otro extremo, en la mayoría de los países subdesarrollados existen grandes déficits de cobertura, grandes deficiencias de calidad —en lo técnico, en la humanidad del trato y en las amenidades—, e inequidad entre los distintos grupos sociales conjuntamente con ausencia de mínimos esenciales en el caso de los grupos de menores ingresos e indigentes. En lo específico de la región de Latinoamérica y el Caribe, existen estudios que permiten sostener que también existe gruesa ineficiencia en el uso de los recursos disponibles para salud y que la emergencia de nuevas formas organizacionales ya sea como resultado de políticas activas o por “default”, esto es, como resultado del funcionamiento irrestricto de los mercados, han

³⁸ Molina, Raúl. Et al. Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública 8 (1/2). 2000.

³⁹ Anderson GF, Poullier JP. Health Spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. Health Aff 1999;18:178-192.

hecho manifiestas las deficiencias de los sistemas actuales para dar respuestas adecuadas a las preferencias de los grupos de ingresos medios altos y altos e incluso a muchos de los trabajadores del sistema formal de la seguridad social.

Así, la reforma del sector salud se convierte en el presente como un requisito indispensable para enfrentar los desafíos de recuperar las economías de la región de Latinoamérica y el Caribe y para encaminarse en la senda de crecimiento sostenido y auto sostenible⁴⁰. Y en el caso de los países desarrollados, en un desafío insoslayable para aumentar la satisfacción de los usuarios y contener los aumentos del gasto en salud.

La reforma sectorial persigue aumentar el nivel de salud de la población, el cual es un elemento principal del bienestar de las personas. Los aumentos del nivel de salud se logran mediante mejoras en la cobertura de prestaciones y en la cobertura poblacional, que determinan los grados de equidad del sistema de salud; aumentos de la naturaleza y calidad de los servicios y atenciones de salud y aumentos de la eficiencia tanto productiva (producción al mínimo costo, para una calidad predeterminada) como asignativa (producción de los bienes y servicios que las personas reciben como necesarios)⁴¹.

Mejorar la satisfacción del consumidor es un componente de la reforma sectorial por tres razones: uno, porque ella es función directa de la percepción que tengan las personas sobre la capacidad de los sistemas de salud para dar respuesta a lo que ellas entienden como sus necesidades de salud. En este sentido, está asociada con la eficiencia asignativa, siendo un componente de la maximización del bienestar. Dos, también es función directa de la calidad y del acceso a los servicios y atenciones de salud. Y tres, la satisfacción del consumidor en salud es un componente importante de la gobernabilidad política bajo formas de gobierno democrático.

Las medidas de contención de costos, por su parte, están dirigidas a moderar los

⁴⁰ Duran, Fabio y Acuña, Alberto, Monografía: Financiamiento de la Seguridad Social Considerando Variables Macroeconómicas; Dirección Actuarial, Caja Costarricense de Seguro Social, 1989.

⁴¹ Cercone, James. Alternativas en la Organización, Financiamiento y Prestación de Servicios. Gestión Vol. 4 No 1 Primer Semestre 1996 / Pág. 20.

aumentos de los precios de las atenciones y servicios de salud y los “excesos” de consumo, con la finalidad de limitar el aumento secular del gasto en salud. Ellas inciden tanto sobre la oferta como sobre la demanda, persiguiendo aumentar la eficiencia productiva, reducir la inducción de consumo, mejorar la asignación de los recursos empleados y perfeccionar las decisiones de las personas en cuanto a su consumo de atenciones y servicios. Son así un componente crucial de la reforma sectorial, contribuyendo a mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos⁴².

Satisfacción del consumidor y contención de costos, son componentes críticos de la reforma sectorial. Sin embargo, pueden estar inversamente relacionados si las características y fuerzas inmanentes en el sector salud son libradas a su propia dinámica. Entre dichas fuerzas cabe mencionar: las peculiaridades de los mercados de salud; la conducta de los proveedores de atenciones y servicios de salud; la dinámica del desarrollo científico y tecnológico que exhibe el sector y la evolución demográfico-epidemiológica.

Las peculiaridades de los mercados de salud, dadas por la asimetría de información que medie entre proveedor y usuario de los servicios y la imperfecta información que este último posee, así como la capacidad del proveedor para determinar su propia demanda, la priorización absoluta de la salud por encima de todas las necesidades; el desarrollo de mecanismos de financiamiento de un “tercer pagador” y el fenómeno de “moral hazard”, son características que obstaculizan el comportamiento de las personas como consumidores soberanos conscientes de las restricciones de recursos. La conducta de los proveedores se refiere a la priorización absoluta del empleo de la tecnología de punta con el fin de minimizar el riesgo a todo costo; búsqueda de “ingresos objetivo”, en el caso de los profesionales y de la maximización de ganancias en el caso de las empresas privadas con fines de lucro; búsqueda de “cuasi-rentas innovativas” mediante la propiedad de tecnología más avanzada, ya sea en la forma de equipamiento o capital humano; participación en la propiedad de empresas proveedoras de atenciones y servicios ambulatorios y sanatoriales; acuerdos comerciales con los proveedores de atenciones y servicios no personales para obtener retribuciones por la derivación de pacientes, etc. Estos fenómenos resultan en que los proveedores no sólo tienen

⁴² Abel-Smith, IB., Contención de Costos y Reforma del Sector Salud en Países Miembros de la OCDE. Estudios Públicos. 58, otoño, 1995.

incentivos directos para aprovechar en su propio beneficio su capacidad para determinar la demanda por salud, sino que además desarrollan diversos mecanismos para maximizar sus ingresos en todas las dimensiones de la atención de salud. Esto refuerza los incentivos para inducir demanda, falta de conciencia de costos y presiones para que se establezcan mecanismos de “tercer pagador”.

La dinámica de mercado en el desarrollo científico y tecnológico tiene que ver con el fenómeno de que la mayor parte del desarrollo tecnológico está centrado en la obtención de “cuasi-rentas innovativas”, por lo que los productores se desarrollan predominantemente en las áreas de mayor lucratividad, así como la diferenciación de servicios y productos y discriminación de precios; métodos de comercialización por parte de los productores de equipamiento y fármacos que inducen la sobre prestación por parte de los médicos y otros profesionales de la salud. Esto resulta en que el desarrollo tecnológico y su introducción refuerza el paradigma sanitario medicalizado y contribuye poderosamente a aumentar los costos.

La evolución demográfico-epidemiológica lleva a que las poblaciones experimenten un proceso de “envejecimiento” que da curso a la creciente prevalencia de morbilidades degenerativas, de mayor costo y aleatoriedad en la recuperación. Este proceso significa que con el tiempo todos los países -incluidos los de la Región de Latinoamérica y el Caribe, aunque en distintas fases y con distinto ritmo- se vean enfrentados a prestar mayor atención a los sistemas de recuperación y curación de la salud antes que al fomento y la prevención, al menos por razones de urgencia⁴³. Inmerso este proceso en un ambiente medicalizado, como el que prevalece en el presente, agrega razones de urgencia y de vida o muerte a su reforzamiento, lo que contribuye a generar mayores presiones de costos y aumentos del gasto en salud.

Resulta así entonces, que los aumentos de la satisfacción del consumidor tienden a lograrse con sustanciales aumentos de los costos, ya que los mayores recursos necesarios para dichos efectos alimentan la dinámica “natural” del sector, la que permite a los proveedores

⁴³ Govindaraj R, Chellaraj G, Murria CJ. Health Expenditures in Latin America and the Caribbean *Social Science Medical*. 1997; 44:157-169.

aumentar sus ingresos personales y tasas de rentabilidad. Es obvio que en este juego no todos ganan siempre y entre los que ganan, no todos ganan en igual medida. Pero sí es claro que las sociedades se ven obligadas a pagar una cuenta cada vez más onerosa, como lo demuestra la experiencia de las últimas décadas en la mayoría de los países del mundo, en especial la de los más opulentos.

La reforma sectorial, por lo tanto, se enfrenta al dilema de que dos de sus principales componentes son contrapuestos: las ganancias en satisfacción del consumidor implican aumentar los costos; contener costos, bajo las condiciones actuales, redundaría en una menor satisfacción del consumidor. Estas contraposiciones (trade-offs) no impiden la existencia de soluciones al problema de maximizar el bienestar, pero ellas necesariamente implicarían tener que sacrificar satisfacción del consumidor, si es que se desea al mismo tiempo moderar los aumentos de costos y aumentos de gasto.

Sin embargo, si la reforma sectorial apunta también a enfrentar las características y fuerzas que hemos destacado, será posible aumentar la competitividad en estos mercados y la eficiencia del sistema de salud. Ello permitirá -al menos dentro de un rango- lograr simultáneamente aumentos de la satisfacción del consumidor y contención de costos, lo que significaría mayor bienestar para igual empleo de recursos.

**MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS:
FORMAS GENERALES DE ACUERDO CON LAS EXPERIENCIAS DE
PAISES DE LA COMUNIDAD EUROPEA Y DE LAS**

AMÉRICAS^{44, 45}

Contención de costos vía demanda.

La contención de costos vía demanda es aquella que reduce el consumo de servicios de salud ya sea reduciendo la cantidad demandada o generando reducciones de la función de la demanda.

Recuperación de costos y copagos. La recuperación de costos consiste en cobrar a los usuarios parte de los costos de su atención y su ámbito de aplicación corresponde a los servicios públicos. En el caso de los sistemas privados se recurre a los copagos que efectúan los usuarios “de su propio bolsillo” ya sea al momento de comprar un bono que representa el valor total de la atención de salud, o la parte del valor de la atención que no es reembolsada por la entidad de financiamiento o gestión que los cubre.

Cuando no alteran los valores percibidos por los proveedores, su efecto sobre estos es insignificante, pero sí reducen la cantidad de servicios demandados en la medida que significan imponer sobre los usuarios algún “costo”. Por ello, no encontrarían mayor resistencia de parte de los primeros -incluso podrían ser muy bien aceptados si es que favorecen la mayor opcionalidad de proveedor- pero enfrentarán diversos grados de rechazo por parte de los usuarios dependiendo de su situación inicial, de la mayor o menor incidencia sobre sus ingresos y de la forma como se diferencien según los niveles de ingreso y según las prestaciones de que se trate.

Reducciones en la cobertura de las prestaciones. Consisten en la disminución de las prestaciones y servicios de salud que los mecanismos establecidos garantizan a los usuarios. Típicamente, en los países desarrollados estas reducciones han comprendido las atenciones dentales, los lentes ópticos, el pago total o parcial de medicamentos ambulatorios y la

⁴⁴ Abel, Smith, IB. (1984). Cost Containment in Health Care. A study of 12 European Countries 1977-1983, Bedford Square Press/ NCVO, Londres.

⁴⁵ Márquez, P. (1990), Control de costos en Salud: una revisión de experiencias de países en las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, vol. 109, No 2, agosto, OPS, Washington, D.C.

cobertura de morbilidades de mayor costo. Esta modalidad de reducción de gastos ha adquirido características mucho más dramáticas -y ciertamente menos racionales- en la región de Latinoamérica y el Caribe, donde las reducciones presupuestarias a los establecimientos de salud han llevado a que estos reduzcan las coberturas atendiendo a criterios muy variados y a que se exija -incluso en las hospitalizaciones- a los propios usuarios obtener parte o la totalidad de los insumos de salud indispensables para la realización de los procedimientos.

Establecimiento de carencias. Son periodos de tiempo -a contar del momento de la adscripción a un determinado sistema de seguridad social- durante los cuales los usuarios no pueden acceder a los servicios de salud seleccionados: por ejemplo, a la cobertura de partos, de intervenciones quirúrgicas, atenciones dentales, entre otros. Ello es empleado como una forma de reducir la selección adversa, pero también permite disminuir los gastos al reducir la cobertura de prestaciones por un periodo de tiempo determinado. Esta modalidad ha sido empleada crecientemente en los seguros de salud, tanto en los países desarrollados como en la región de Latinoamérica y el Caribe en los sistemas de prepago de salud.

Exenciones de impuestos. Se dan ya sea por los montos correspondientes a los pagos de las contribuciones para la salud (o primas de seguros) o de los copagos y exención de la obligación de contribuir para salud. Estas exenciones han sido establecidas con la finalidad de incentivar el desplazamiento de los usuarios desde los sistemas estatales hacia aquellos privados, con la finalidad de concentrar estos últimos en los segmentos poblacionales de menores ingresos y en los indigentes. Ello se ha presentado en el caso de Irlanda, Portugal, parcialmente en el caso de España, e incluso para los ancianos en Inglaterra, entre otros. En el caso de Chile, las contribuciones obligatorias para salud están exentas del pago de impuestos y ellas pueden ser empleadas para afiliarse a las ISAPRES, que son entidades privadas de financiamiento-gestión. En la medida que los sistemas de salud previamente existentes hayan sido de “reparto” (pay as you go) -como sucede en la mayoría de los casos- estas medidas necesariamente involucran su desfinanciamiento. Pero, por otro lado, tiene la ventaja de abrir nuevas opciones para las personas de modo que puedan obtener servicios de salud acordes con sus preferencias y por tanto mejoran la eficiencia asignativa.

Fomento y prevención de la salud. Corresponde a un cambio en la estrategia de salud,

enfaticando la preservación de la salud por encima de la curación una vez que la enfermedad se ha presentado. Está demostrado que estas estrategias son mucho más costo-efectivas y por lo tanto tienen un fuerte impacto positivo en la reducción de los costos. Ello, no obstante que el progresivo envejecimiento de la población necesariamente involucra que las personas enfrentarán una mayor frecuencia de episodios mórbidos y ellos serán más agudos y el costo de recuperación mayor.

Cambios en las formas de pago a los proveedores. Desde pagos por acción de salud a formas en que se retribuye a los proveedores por resultados. Los pagos por capitación y los nomencladores globalizados son ejemplos de estos últimos. Actúan reduciendo la demanda por los proveedores y transfieren a éstos los riesgos derivados de la variabilidad de las prácticas médicas. Tienen por desventaja la posibilidad de que los proveedores reaccionen reduciendo la calidad o incluso defraudando el mecanismo, por lo que su implementación debe ser acompañada de mecanismos de monitoreo eficientes y fuertes penalidades por incumplimiento de los estándares y en caso de fraude.

Cambios en las formas de transferencia de los recursos financieros desde el nivel central a las unidades ejecutoras. En el caso de los sistemas públicos, en los cuales dichas transferencias han sido tradicionalmente por la vía presupuestaria y mediante *per diem* en las hospitalizaciones. Persigue iguales finalidades que el cambio en la forma de pago a los proveedores, así como también recurre a mecanismos semejantes. Tendría ventaja comparada con los anteriores en que por tratarse de unidades pertenecientes a una misma entidad (el sistema público) podría esperarse que los riesgos de reducción de calidad y defraudación sean menores que en aquellos. Sin embargo, ello no estará de por sí garantizado, de modo de que el monitoreo será igualmente necesario a fin de al menos asegurar de que los estándares técnicos de proceso sean logrados así como también las metas de salud perseguidas.

Sistemas de intermediación (agentes informados). En el proceso de decisiones por parte del usuario, que permitan a éstos disponer de asesoría técnica en lo médico y financiero en cuanto a la efectividad de las distintas alternativas de recuperación y al costo total y formas de financiamiento. Estos sistemas permiten reducir las asimetrías de información de los mercados de salud, por un lado, y ajustar las decisiones de los usuarios a su capacidad y

disposición a pagar por los servicios de salud que se les ofrezcan. De este modo se consigue reducir los fenómenos de moral hazard y disminuir la sobre demanda y sobre prestación.

Desarrollo de medios de información. Para todos los agentes respecto de la efectividad de los servicios de salud y de los distintos proveedores. Actúan en forma complementaria a los anteriores, aunque pueden existir en forma independiente. Naturalmente, mayor información por sí sola no logra iguales resultados en la reducción de las asimetrías de información, pero al menos contribuye a generar mayor cautela y conciencia de costos por parte de los usuarios.

Contenciones de costo vía oferta de servicios de salud.

Las contenciones de costo que afectan la función de oferta de servicios de salud, ya sea incidiendo sobre la eficiencia productiva o forzando a asumir los riesgos del proceso de atención por parte de los proveedores. Estos son los siguientes:

Implantación de mecanismos de control presupuestario y de presupuestos prospectivos, en el caso de los sistemas públicos. Ello persigue que el gasto esté directamente asociado a la programación de actividades a realizar en el periodo futuro, la que luego sirve de referencia para seguimiento y control de gestión y en definitiva, disciplina y responsabilidad financiera. Constituye un avance respecto de la presupuestación retrospectiva o histórica y la racionalización de índole administrativa y operacional que este proceso impone. Se traduce en mayor eficiencia productiva y control de los gastos, lo que constituye su ventaja. No obstante, por una parte, debe ir acompañado de incentivos adecuados con el fin de que los distintos agentes proveedores y usuarios estén identificados con las metas y comprometidos para su logro y por otra, su principal desventaja radica en la falta de asociación con resultados de salud y con los grados de satisfacción de los usuarios.

Limitaciones a las dotaciones de personal como forma de forzar aumentos de su productividad. También son referidas a los sistemas públicos principalmente y su éxito dependerá crucialmente de las alternativas de trabajo que enfrenten los trabajadores de la salud. Requiere que existan holguras en la productividad del trabajo y en equipamiento e

infraestructura en la situación inicial y es preciso acompañar el proceso de medidas que permitan garantizar que se mantenga la calidad de las atenciones. Puede servir como medida de contención de costos en el corto plazo al producirse presiones de gasto (como muestran las experiencias de Irlanda, Italia, y España a partir de mediados de los ochentas), o reducciones en los recursos (como sucedió en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe durante los años ochenta), pero es insostenible en el mediano plazo si no se materializan actividades -como capacitación, intensificación del uso de capital y ajustes en la razón de uso de los distintos profesionales de la salud-destinadas a sostener dichos aumentos de productividad en forma permanente.

Creación de alternativas para la atención hospitalaria. Por ejemplo: cirugía ambulatoria, convalecencia extrahospitalaria desplazamiento de crónicos y ancianos hacia establecimientos de cuidado de largo plazo. Estas medidas buscan aumentar la productividad de la infraestructura propiamente hospitalaria y de ese modo reducir los costos medios. En la mayoría de los países desarrollados estas medidas han sido implementadas desde hace bastante tiempo, pero en los países de Latinoamérica y el Caribe su implantación es incipiente y la iniciativa ha estado concentrada en el sector privado.

Cambios en las formas de pago a los proveedores de servicios ambulatorios, sustituyendo los pagos por acción de salud por los pagos por resultado. Estos últimos obligan al proveedor a asumir los costos por variabilidad de los diagnósticos y terapias, generando incentivos para controlar los costos, lo que opera como un aumento de la oferta de servicios. Su contrapartida está en las reducciones de calidad y en la selección de riesgos que aquellos pueden efectuar. Un ejemplo de este tipo de medidas es el pago por capitación⁴⁶, que induce a enfatizar la prevención y la detección precoz de enfermedades y a aumentar la efectividad de los tratamientos.

Normatización y seguimiento de las prácticas médicas. Persiguen establecer estándares de proceso que sirvan de referencia para implantar diferencias con respecto a lo que se determine como prácticas adecuadas. Las desviaciones no explicadas con respecto a aquellas

⁴⁶ Forma de contratación de servicios de salud en el que se paga una determinada cantidad de dinero por cada habitante de la población cubierta sin tomar en cuenta si acuden o no a los centros de salud.

sirven para establecer un ordenamiento de los proveedores conforme su productividad y como información para los agentes intermedios y para los usuarios. Sirve como un poderoso mecanismo de contención de costos al establecer en qué consiste la práctica razonable, permite mejorar progresivamente la productividad de los proveedores al inducirlos a atenerse a ellas, reduce los riesgos de iatrogénica y aumenta la calidad técnica de los servicios. Ejemplos de seguimiento son el registro de los servicios prestados por los proveedores por cada episodio de una morbilidad; el registro y seguimiento de las prácticas de derivación de pacientes, de prescripción de fármacos y de otorgamiento de licencias por enfermedad. En los países desarrollados, las compañías de seguros de salud mantienen estos registros en forma regular y la introducción de las técnicas de calidad total a partir de los años ochenta han constituido avances en esta dirección. Distinto es el panorama en los países de Latinoamérica y el Caribe, donde los sistemas de registro son débiles y sólo recientemente se han realizado experiencias de calidad total en consultorios de atención primaria, en Bolivia, en hospitales públicos en Chile⁴⁷ y en México.

Acreditación y límites al número de profesionales e instituciones autorizadas para ofrecer sus servicios tanto en los sistemas de seguridad social como los seguros de salud. La lógica de estas medidas es limitar el crecimiento de la oferta de servicios de salud con el fin de limitar de ese modo la expansión de demanda que éstos finalmente terminarían por inducir. Casos notables de esta política son Inglaterra, Canadá, Irlanda y Francia, mientras en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe sucede lo contrario, con países como Argentina y Uruguay donde ya a comienzos de los años noventa existía una fuerte sobre dotación de médicos, pero en muchos otros países ello sucederá durante la presente década.

Una segunda dimensión de este tipo de medidas es el límite al número de médicos autorizados para atender a pacientes de los seguros de salud y la seguridad social, lo que permite asegurar su calidad y avenimiento a las normas convenidas al tiempo de asegurar una oferta adecuada a las necesidades. Varios países europeos tienen estas limitaciones (Alemania, Dinamarca, Irlanda, Inglaterra, España y Portugal), pero la experiencia de

⁴⁷ Miranda, E (1992), Evaluación de la experiencia Chilena con las ISAPRES, en Tendencias económicas de los sistemas de salud, Virgolino, Mi y González— García, G., editores, Asociación de Economía de la Salud Argentina, Buenos Aires.

Latinoamérica y el Caribe es más incipiente. Si bien la seguridad social mantiene listados con los profesionales que pueden ejercer con su concurso, normalmente los requisitos habilitantes para ello no son restrictivos. En los países de Latinoamérica y el Caribe donde las formas privadas han experimentado un fuerte desarrollo, se produce el fenómeno inverso de que la seguridad social y el aparato público de salud deben efectuar especiales esfuerzos para retener la migración de profesionales, por lo que los estándares habilitantes tienden a reducirse progresivamente.

Control y límites a la incorporación y disponibilidad de equipamiento médico sofisticado y de elevado costo. La lógica de estas medidas es similar a la discutida en el punto anterior. Baste con señalar que la mayoría de los países europeos tienen a lo menos alguna forma de control y regulación de este tipo, mientras en los países de Latinoamérica y el Caribe son frecuentes la multiplicidad de equipamiento entre el aparato público, las distintas ramas de la seguridad social y entre estos y el sector privado. Casos notables de este fenómeno los encontramos en Argentina, Uruguay, Perú y Chile.

Regulación del precio de los insumos básicos (sueldos y salarios, por ejemplo); precio de los fármacos, precio de los insumos sanitarios. Aunque las políticas públicas a este respecto varían y en algunos países aún se fijan precios en forma más o menos arbitraria, de lo que se trata aquí es de identificar las características de las respectivas estructuras de mercado y obrar conforme principios económicos sanos. En el caso de los sueldos y salarios, dependerá en buena medida del poder monopsonico con que se cuente en dicho mercado de trabajo; en el caso de los fármacos, será necesario negociar con los proveedores de modo de aprovechar sus prácticas discriminantes de precio a favor de las economías locales cuidando de no afectar la inversión en desarrollo científico tecnológico; igual situación sucede con los insumos básicos, aunque aquí la innovación es menos relevante. Prácticamente todos los países de la Comunidad Europea han implementado alzas de los salarios limitadas a los aumentos del costo de vida, mientras en Canadá se negocian anualmente entre las asociaciones de profesionales provinciales y las respectivas autoridades. En cuanto a los fármacos y los insumos generales, estas regulaciones se han basado ya sea en los costos o en los márgenes de utilidad, pero con resultados mixtos.

En la región de Latinoamérica y el Caribe se han aplicado controles de precios, pero sus efectos -por las mismas razones señaladas anteriormente- han sido generalmente de corto plazo, lo que se ha visto complicado por las presiones de los años recientes para respetar la patentabilidad de productos. Lo anterior no hace sino destacar la necesidad de mejorar la capacidad local para súper vigilar y negociar con los proveedores, en el caso de los fármacos e insumos generales y de adoptar una política unificada entre todos los demandantes de servicios de salud y los aranceles profesionales.

Regulación del desarrollo de instalaciones y establecimientos, con el fin de evitar la sobre dotación. Varios países de la Comunidad Europea han aplicado políticas de regulación en este ámbito, notablemente aquellos que poseen aparatos públicos de salud fuertes -Inglaterra, España, Italia- pero incluso en otros como Francia la autoridad pública tiene decisiva injerencia. En Canadá existe regulación por la vía de autorizaciones y en Estados Unidos es escasa. En la región de Latinoamérica y el Caribe sucede que en la mayoría de los países se dan duplicaciones incluso al interior de la propia infraestructura pública, mientras el sector paraestatal y en especial el privado -de creciente dinamismo en las décadas recientes- no están reguladas. Sin embargo, algunos países exhiben coordinación al interior de la infraestructura pública y de la seguridad social -Cuba, Costa Rica y Chile- y en otros se acrecienta la necesidad de avanzar en esta dirección. Pero se trata de un ámbito en que queda mucho camino por recorrer.

Regulación de los sistemas formadores de médicos, dentistas y otros profesionales de la salud con el fin de asegurar su disponibilidad y niveles de calidad adecuados evitando de este modo la sobre dotación. En este mecanismo también debiera procurarse que la “ideología sanitaria” de los profesionales enfatice el fomento y la prevención de la salud y que ellos adquieran conciencia sobre la efectividad y costos de sus intervenciones.

Como conclusión de esta revisión, se puede destacar la existencia de una variedad amplia de medidas de contención de costos que actúan tanto por la vía de la demanda como por la vía de la oferta. Las experiencias analizadas muestran resultados mixtos y los avances en la región de Latinoamérica y el Caribe son aún incipientes, lo que sugiere por un lado la conveniencia de aprovechar dichas experiencias rescatando sus elementos exitosos y por otro

lado, emplear este arsenal de ideas y mecanismos para abocarse a su perfeccionamiento, ajuste a las realidades de la región de Latinoamérica y el Caribe y a su paulatina implantación.

CONTROL GERENCIAL ⁴⁸

La evaluación es una actividad inherente al hombre que se encuentra presente en todas sus acciones. Se evalúa (aún sin tener conciencia de ello) cuando se compara algún artículo o servicio contra las expectativas, cuando se analiza el resultado del esfuerzo diario, cuando se estudia la capacidad, la producción, la eficiencia, la efectividad, la rentabilidad y el costo, entre otros de una acción, un bien, un servicio, un programa, una inversión o una empresa.

En la época actual, caracterizada por una profunda crisis económica que hace necesario garantizar la mayor eficiencia posible en el uso de los recursos, la evaluación se ha transformado en un requerimiento indispensable, tanto para las entidades públicas como para las privadas; de manera que se dedica un gran esfuerzo a diseñar modelos más o menos comprehensivos de evaluación.

Cuando se trata de programas de interés social, la evaluación adquiere todavía mayor importancia porque permite entre otras cosas, identificar el impacto de las intervenciones en los diversos grupos de la población. De este modo, la evaluación se ha convertido cada vez más en un requisito de los programas de inversión tanto públicos como privados, cuya finalidad es obtener indicadores precisos que permitan:

1. Determinar por anticipado la viabilidad política, económica, financiera, social, institucional, jurídica, técnica, sanitaria y ecológica.
2. Establecer, durante la ejecución, el rendimiento, el impacto, la capacidad de gestión, los logros obtenidos, la productividad, la eficiencia, los costos, el cumplimiento de objetivos, la relación gasto/progreso, la calidad de los productos (tanto técnica, como desde la

⁴⁸ Fonseca Renault, Jorge El proceso de control en los servicios de salud. Antología Curso Control de Gestión Editorial UNED San José, Costa Rica 2002. pp 6 a 20.

perspectiva de los usuarios), el apego a los tiempos y la trascendencia social.

3. Medir, al finalizar el proyecto, el impacto, los logros obtenidos, los costos, la ejecución presupuestaria, el cumplimiento de los objetivos, entre otros.

Evaluación significa comparar, comprobar o verificar determinadas condiciones o características en relación con una idea u objeto. Lo anterior implica la preexistencia de un modelo contra el cual comparar, de manera que el proceso de evaluación nace precisamente de la planificación misma y para muchos autores forma parte de él. Pero además se compara, comprueba o verifica con el propósito de determinar las desviaciones respecto al modelo para seguir una de dos conductas: corregir las diferencias o garantizar que los resultados anómalos han sido enmendados. En el primer caso se parte de la comparación con el modelo ideal y en el segundo con el modelo defectuoso. En todo caso, la segunda pretensión involucra algún tipo de acción correctiva que en el mejor de los casos es una pretensión inherente a la evaluación, pero que no está involucrada dentro del concepto, ya que se puede evaluar sin tener intenciones de actuar para mejorar la comparación con el patrón tal es el caso, por ejemplo de la evaluación académica tradicional a que son sometidos los estudiantes.

Si se pretende introducir medidas correctivas para enmendar las desviaciones que se pudieran identificar, el término evaluación se quedaría corto en su alcance y sería más correcto utilizar el vocablo control, que implica, además de los significados de la palabra precedente, regular, y mantener dentro de ciertos límites una cosa, sea ésta tangible o no; o ejercer restricción o dirección sobre la acción de otros.

En vista de lo anterior, siendo el término control más comprehensivo y por lo tanto más descriptivo y útil desde la perspectiva gerencial, ya que involucra la intencionalidad de modificar (positivamente: mejorar) algo, será el utilizado en este documento.

No obstante lo anterior, conviene tener presente que algunos autores diferencian la evaluación de programas y el control administrativo. Tres elementos distinguen ambos

términos⁴⁹:

- El control administrativo no cuestiona la oportunidad de una política o programa, en cuanto a los recursos aplicados a la consecución de objetivos externos, sino que únicamente verifica que los recursos previstos hayan sido bien aplicados bajo las normas existentes.
- Los controles se ejercen desde una perspectiva organizacional estrechamente ligada con las estructuras administrativas existentes; mientras la evaluación privilegia la perspectiva longitudinal basada en la idea de política o programa, rompiendo la vinculación jerárquica.
- La inspección y el control se basan en los desplazamientos sobre el terreno, en las constataciones de hechos observables y en el juicio personal del inspector. En tanto la evaluación es más amplia, metodológicamente más exigente e implica más tiempo.

Existen además otras palabras en castellano que tienen significados relacionados y que conviene analizar para evitar errores conceptuales. El primer término no es en realidad castizo, ya que constituye una derivación de la palabra monitor y tiene una amplia utilización en el argot administrativo. Se trata del monitoreo, que representa en realidad una forma de verificar, de manera constante, un comportamiento o el cumplimiento de un conjunto de estándares de operación o resultado fijados de antemano. Por extensión del término monitor, constituye un conjunto de procedimientos que, además de verificar el cumplimiento de ciertas condiciones, cuenta con dispositivos para alertar ante la presencia de determinados patrones o desviaciones, de manera que su interés está primordialmente centrado en la ejecución de un programa o proyecto.

La *inspección* denota el examen o reconocimiento atento de una cosa, de manera que constituye un método de evaluación. Aunque su connotación es muy semejante a la del monitoreo, se diferencia de éste en el plano temporal, ya que no es necesariamente constante y no involucra mecanismos de alerta que se disparen ante la ocurrencia de desviaciones. Un aspecto que lo diferencia del término siguiente es que se aplica general mente a objetos pero

⁴⁹ Ballart, Xavier. ¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso. Ministerio para las Administraciones Públicas, Sea-darla General Técnica, Instituto Nacional de Administración Pública. 1992. p.75.

no a personas.

La *supervisión* es también una técnica de evaluación que se aplica a personas o actividades que ellas ejecutan. Etimológicamente significa visión desde arriba, por lo que con frecuencia denota la inspección que realiza un superior jerárquico o una autoridad técnica al trabajo que ejecutan sus subalternos de línea o por expertise, con el propósito de evitar y corregir oportunamente las desviaciones.

Finalmente, la *auditoria* es un conjunto de acciones tendentes a garantizar el uso correcto de los recursos y la aplicación de procedimientos apropiados, tradicionalmente, en el área financiera pero cada vez con más frecuencia se habla de auditoria operacional, auditoria de dirección; o en el ámbito de la planificación estratégica de auditoria interna y auditoria externa. En ambos casos se utilizan como conceptos equivalentes a diagnóstico de situación.

Evaluación se refiere al análisis de los resultados finales de un programa o proyecto, por lo que coincide con los alcances del control ex-post.

El control como instrumento de gestión

El control es, sin lugar a dudas un componente de gran utilidad para la gestión de los programas o proyectos, porque permite:

1. Valorar la eficiencia de un programa en funcionamiento, en alcanzar sus objetivos,
2. Basarse en los principios del diseño investigativo para distinguir los efectos de un programa de aquellos de otras fuerzas operando en una situación determinada, y
3. Mejorar el programa a través de las modificaciones en las operaciones corrientes.⁵⁰

⁵⁰ Wholey, J. S. ,et-al. Federal Evaluation Policy: Analysing the Effects of Public Programs. Washington, D.C.. Urban Institute 1995 p 23.

Desde una perspectiva más amplia, Rossi y Freeman⁵¹ indican que consiste en “la aplicación, sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización y diseño, implementación y utilidad, de los programas de intervención social”.

A partir de todos los elementos anteriores, se conceptuará control como un componente de la teoría y la actividad gerencial que se ocupa de obtener información útil para determinar las cualidades de la gestión y sus productos en relación con estándares o modelos preelaborados, para explicar los fenómenos que se observan y para diseñar medidas correctivas que permitan un diseño, operación y resultados eficaces, eficientes y efectivos.

Se trata entonces de un conjunto de actividades, realizadas en forma continua, que permiten fijar con precisión los límites de las informaciones requeridas y contar con las informaciones necesarias, para elaborar modelos explicativos y opciones de intervención en apoyo a la toma de decisiones.

Tipos de Control

El control debe poder ser aplicado tanto a las diversas fases de un proyecto o programa, como a los diversos insumos y componentes de la organización, a las diferentes actividades que se ejecutan, a los productos intermedios o finales y al impacto de la organización en su ambiente. Dependiendo del grado de desarrollo del programa o proyecto se podría establecer una primera tipología:

- ***Evaluación ex-ante:*** Se refiere al análisis de viabilidad de un programa o proyecto que se realiza durante su planificación con el propósito de establecer la o las opciones más adecuadas desde la perspectiva técnica, política, económica, financiera, institucional, social y ambiental. También involucra estudios como el análisis de costo/beneficio, costo/eficiencia y costo/efectividad para determinar la opción más adecuada.

⁵¹ Rossi, P.H. y Freeman, H. E. Evaluación: Un enfoque sistémico para programas sociales. México Trillas. 1989. pp.19-20.

- **Evaluación concurrente:** Es la que se realiza durante la ejecución del proyecto o programa para determinar el avance, la relación logros / gastos, la adecuación de la organización, las desviaciones respecto a la planificación, el rendimiento de los recursos, etc: todo ello con el fin de poner en operación medidas correctivas que permitan garantizar su eficacia, eficiencia y efectividad.
- **Evaluación ex-post:** Se ejecuta una vez concluido un programa o proyecto con la intención de determinar el nivel de logro de los objetivos finales, el impacto en la situación que a través de él se deseaba modificar.

En lo que respecta al objeto de control, se podrían establecer tantos tipos de control como componentes y perspectivas (estructural, funcional) se identifiquen en una organización:

Control de la eficacia: Consiste en el análisis de la capacidad del objeto de evaluación para alcanzar los objetivos deseados en el tiempo previsto.

Control de la eficiencia: Se refiere a la relación entre insumos y productos, de manera que valora el logro de los objetivos en relación con la cantidad de recursos que se utilizan para alcanzarlos.

Control de la efectividad: Permite establecer el impacto del programa o proyecto en la modificación de los indicadores que se proponía cambiar.

Control de la calidad: Determina el nivel de satisfacción de los clientes internos y externos con los productos generados por la intervención, así como el grado de adecuación de ese producto respecto a un patrón considerado como “ideal” (patrón de referencia).

Control financiero: Se refiere al análisis de los flujos de caja de un programa o proyecto a través del tiempo.

Control del impacto económico: Denota el estudio del efecto del programa o proyecto en la economía global, mediante la indagación de los precios sombra, los flujos financieros en la sociedad, los costos sociales, efectos externos, impuesto y subsidios, etc.

Control de la gestión: Analiza el desempeño gerencial de los diferentes estamentos de la institución (planificación, recursos humanos, dirección, auditoría, la alta gerencia, departamentos operativos, etc.) o de toda ella. Incluso la misma función de control puede y debe ser controlada.

Adicionalmente, desde la perspectiva de quienes participan en el proceso de control se podría establecer una nueva taxonomía, según se establece a continuación:

Control externo: Lo realizan personas no vinculadas con las políticas, programas o proyectos y no forman parte de la institución u organización responsable de su ejecución.

Control interno: Participan funcionarios de la institución que no están a cargo de la ejecución de proyectos, programas o políticas que se analizan.

Control mixto: Es realizado por personas de los dos grupos antes descritos.

Autocontrol: Corresponde al esfuerzo que hacen los responsables directos de la ejecución, a cargo de actividades específicas.

Control Participante: En ella los ejecutores directos asumen en papel protagónico, tanto en el diseño como en la operacionalización.

El control en el proceso de toma de decisiones.

No cabe duda que el control es un insumo básico para alimentar los sistemas de información y que el producto de ésta se constituye en el mejor apoyo para el proceso de toma de decisiones. Brinda información respecto a los problemas existentes, las diversas opciones para enfrentarlos, los avances del programa o proyecto y de las medidas correctivas que se

ejecutan y sobre la forma en que los logros pueden ser consolidados.

Entonces, el control resulta particularmente importante en condiciones de crisis como las que se viven, porque permite priorizar las asignaciones de recursos, identificar las opciones de intervención más adecuadas para enfrentar los problemas. Monitorear el desarrollo de las actividades, los logros y la eficiencia en la utilización de recursos que resultan siempre escasos para dar respuesta a las necesidades crecientes de la población.

Pero también el control, a través de los sistemas de información y desde la perspectiva del monitoreo, permite detectar los cambios que ocurren en el medio ambiente para diseñar medidas correctivas que contribuyan a asegurar el logro de los objetivos previamente definidos o la finalización de una intervención por innecesaria o inefectiva. Así, permite a los tomadores de decisiones de los diversos niveles organizacionales, tomar medidas preventivas al anticipar desviaciones o correctivas cuando se enfrentan a situaciones de hecho.

Por supuesto, no es posible dejar de mencionar la importancia de los productos del control en el ejercicio de la planificación, ya que permite identificar con claridad la situación actual mediante el diagnóstico, proyectar las condiciones futuras con intervención, así como establecer la imagen objetivo (situación deseada) y las opciones para alcanzarla.

El Control como amenaza para los gestores.

Al analizar un programa no se puede dejar de medir el desempeño deseado (cuando se trata de evaluación ex-ante) o real (en caso de concurrente o ex-post) de los planificadores y ejecutores. Por esta razón, el proceso evaluativo se transforma en una amenaza real o potencial para los diversos grupos de actores relacionados con el objeto de control.

Del grado de temor que el proceso evaluativo genere, dependerá en mucho la actitud que asuman los ejecutores en cuanto a la entrega de información oportuna completa fidedigna. Quizás en ese sentido la mejor estrategia que se puede utilizar es involucrar a los gestores en el diseño y operacionalización de la evaluación, así como mantenerlos informados de los avances del proceso.

No obstante lo anterior, es deseable contar con el apoyo del nivel político estratégico para asegurar la colaboración de los ejecutores, de manera que la evaluación no sufra retrasos y no se encuentren mayores limitaciones durante la recolección de la información. También debe promocionarse la evaluación como un útil instrumento de gestión para mejorar el desempeño y garantizar la adecuación del programa a las necesidades sociales; de forma que se desvincule de la intencionalidad punitiva que suele dársele, o con la que se le ha asociado.

Es necesario además, en este aspecto, tomar en cuenta que en América Latina es apenas incipiente una cultura de “petición y rendición de cuentas”, por lo que existe especial animadversión hacia los procesos de control, máxime que incluso los sistemas de evaluación del desempeño individual y colectivo se encuentran muy poco desarrollados y que los sistemas de remuneración en general no están vinculados con éstos.

Lo mencionado antes ocurre a pesar de que existe en la actualidad, y desde hace bastante tiempo una franca tendencia a la desconcentración y descentralización que no se acompaña de los instrumentos y metodologías necesarias para garantizar la eficiencia e impacto de los programas y la satisfacción de los beneficiarios.

Propósitos del control

Los propósitos del control pueden ser diversos y dependen en gran medida de quien se encuentre impulsando el proceso, pero en todo caso, el principal propósito es el de producir información que sea relevante para los interesados en que se realice y que les permita tomar decisiones sobre bases científicas.

Dependiendo de quién y para qué demande el control, los propósitos se pueden clasificar en dos categorías generales: explícitos e implícitos. Los propósitos explícitos se refieren a los objetivos conocidos, cuya intencionalidad gira alrededor de identificar los errores y aciertos para corregir los primeros y potenciar los segundos, con el fin de lograr un mejor nivel de desempeño del programa o proyecto. Generalmente se relacionan con exigencias contractuales establecidas por la entidad que aporta el financiamiento o por

gestiones de oficio realizadas con el quehacer de entidades fiscalizadoras externas tipo contralorías, o por la auditoría interna de una organización.

Los propósitos implícitos son aquellos que no se ponen en evidencia y buscan apoyo informativo para desacreditar o valorizar a los impulsores y ejecutantes de la intervención. Asimismo, pueden relacionarse con la necesidad de postergar una decisión, solicitando información adicional.

Cuando se trata de programas sociales, deben tomarse en consideración, además de los grupos decisorios políticos y de los ejecutores, otros grupos de interés como son los beneficiarios directos (clientes), los proveedores de diversos insumos, las asociaciones gremiales y sindicales, los grupos que pudieran ser perjudicados y la competencia. Los intereses de los grupos mencionados (u otros) variarán en cada caso y deben investigarse con detenimiento para conocer a profundidad los propósitos de la instauración de mecanismos y sistemas de control.

Limitaciones usuales para el proceso de control.

A partir de las líneas actuales se puede colegir que la animadversión hacia la evaluación se constituye en un factor limitante que puede incidir seriamente sobre los resultados que finalmente se obtengan, ante la negativa de los ejecutores de brindar la información que se requiera, la entrega inoportuna o incompleta de la misma o el aporte de datos falsos.

La falta de claridad y precisión de los objetivos y metas de la intervención puede ser fuente de dificultades para diseñar y ejecutar un control que realmente permita establecer la necesidad, la idoneidad de la operación y los logros producto de la intervención.

El diseño de la metodología de la evaluación se inicia con la planificación del programa o proyecto y su sistema de información. Cuando esto no se ha hecho efectivo, con frecuencia se encuentra que la disponibilidad de información es insuficiente para identificar con claridad la situación del objeto de control.

El costo de los procesos de control puede y resulta ser de hecho un factor limitante para hacer una valoración sistemática de una intervención, máxime que en muchos de los casos este objeto del gasto no se incluye en el presupuesto.

La complejidad de la realidad social y sus condicionantes, así como la ausencia de verdades absolutas que sirvan de base para el análisis de los programas y proyectos en este ámbito representa una dificultad muy seria para enfrentar el reto de controlarlos.

Los programas de interés social no pueden ser controlados con amplitud si no se toma en cuenta el parecer de los beneficiarios y clientes. Sin embargo, suele ser difícil lograr su participación y más aún establecer si la intervención llena o no sus necesidades y expectativas, sobre todo porque no se acostumbra tomarlos en cuenta en la fase de diseño y toma de decisiones.

Una limitación más se refiere a los problemas metodológicos en cuanto a demostrar causalidad de los fenómenos, la cantidad y tipo de información requerida y la dificultad de crear indicadores pertinentes a lo que se desea medir.

CAPÍTULO III

Metodología de la Investigación

Diseño Metodológico

A. Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptivo y cuantitativo.

B. Área de estudio

Pacientes de la consulta externa de los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur.

C. Universo y muestra

El universo del estudio lo constituyen todos los pacientes que acuden a la consulta externa de los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud de Alajuela Sur. Tomando en cuenta el gran tamaño de la población, las limitaciones de tiempo y personal para la realización del estudio y considerando que un 19.75% de la población de estos EBAIS (unas 11,305 personas) consulta siete o más veces al año, o sea, son policonsultantes, según reveló el estudio preliminar de prevalencia de este fenómeno, se realizó un muestreo al azar, escogiendo el tamaño de la muestra por conveniencia, utilizando el criterio profesional del investigador, para hacer el estudio viable desde el punto de vista técnico. Para ello se determinó escoger del archivo cada tercer expediente hasta obtener cien expedientes de pacientes policonsultantes de los EBAIS bajo estudio, procurando una representación equitativa de la población policonsultante de cada EBAIS bajo estudio (un promedio del 25% de la muestra por cada uno de ellos).

Como no se ha realizado una investigación similar a ésta, se desconoce la varianza y desviación estándar de esta temática, bajo estas circunstancias el tamaño de la muestra se basará bajo los siguientes supuestos:

1. Nivel de confianza de un 95%.
2. Varianza máxima de P=50% y Q=50%.
3. Error permisible del 10%

La fórmula para el cálculo es la siguiente:

$$n = [Z_{\alpha/2} * (\sqrt{P*Q}) / d]^2$$

$$n = [1.96 * (\sqrt{0.5*0.5}) / 0.10]^2$$

$$n = 96.04 \text{ aproximado a } 100$$

Se utilizó como criterio de inclusión que el paciente consultara siete o más veces por iniciativa propia del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001, quedando documentadas éstas en el expediente médico. Los expedientes que no cumplían con el criterio de inclusión se devolvían al estante. De estos pacientes, el 88% fueron mujeres y el 12% restante fueron hombres. Se excluyeron del estudio todos aquellos pacientes que acudieron siete o más veces pero por indicación médica, para control o seguimiento, ya que éstos no cumplían con la definición de policonsulta utilizada en esta investigación⁵². Tampoco se incluyeron en este estudio las consultas de urgencia realizadas en la Clínica San Rafael, ya que en este centro no se lleva un registro adecuado de las mismas.

D. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Se diseñó una ficha de recolección de información (ver anexo 1), a la que se le realizó

⁵² Thomas, P. Determinantes Psicosociales del fenómeno de la policonsulta Revista Centroamericana de Ciencias Médicas. San José, 1982.

una prueba previa para validarla como instrumento de recolección de datos. Los datos se recolectaron a partir de los expedientes clínicos y de entrevistas telefónicas o visitas a los pacientes. No se incluyeron en la muestra aquellos expedientes con letra ilegible. No se encontró mayor dificultad con los expedientes escogidos ya que en su gran mayoría contaban con la información necesaria para llevar a cabo el estudio.

F. Fuentes de información

Las fuentes de información fueron primarias y secundarias. Entre las primarias se encuentran entrevistas con médicos y personal de salud de los diversos EBAIS y entrevistas telefónicas a los pacientes o visitas a sus hogares. Las fuentes de información secundarias las constituyen los expedientes de salud de cada paciente del EBAIS y el sistema de información del Área de Salud Alajuela Sur.

G. Tabulación y análisis de la información

Este estudio fue realizado durante los meses de junio a octubre del 2002. El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS. Con el mismo se realizaron las medidas estadísticas básicas como la media aritmética (promedio), la moda, asimetrías, cruce de variables y otros. Una vez procesada y analizada toda la información, se expone en el trabajo final, presentado en forma de texto y complementado con gráficos, para una mejor comprensión de los resultados obtenidos. Cabe resaltar que durante el análisis de los datos se originaron muchos cuadros y gráficos, de los cuales solo los más representativos se incluyeron en el trabajo final pero se comentaron todos los resultados obtenidos. Se toma además como supuesto para el análisis de los datos que el comportamiento entre los distintos distritos y cantones de la Provincia de Alajuela es uniforme en cuanto a su perfil sociodemográfico.

H. Operacionalización de variables:

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES DEFINICIÓN OPERACIONAL
Elaborar un perfil de las características sociodemográficas de los pacientes policonsultantes del Área de Salud Alajuela Sur.	Características sociodemográficas.	Grupo de características propias de los individuos que forman parte de la población que se derivan directamente de la información individual suministrada. Además de otras características que se desentrañan en el proceso de tabulación de datos, tales como composición familiar o distribución geográfica.	Sexo Edad Escolaridad Ocupación Ingreso Económico Mensual Estado civil EBAIS de	Masculino Femenino 0-10 11 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70 70 y más Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria Técnica Ninguna No corresponde Estudiante Oficios del hogar Rentistas Pensionados o jubilados Discapacitados para trabajar Profesionales Trabajadores especializados Comerciantes 50 mil y menos 51 a 100 mil 101 a 150 mil 151 a 200 mil 201 a 250 mil 251 a 300 mil 301 a 350 mil 351 a 350 mil 351 mil y más Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo San Rafael Este

			pertenencia	San Rafael Oeste San Rafael Norte San Rafael Sur
Conocer los cinco motivos más frecuentes de consulta tanto médicos y no médicos de los pacientes policonsultantes del Área de Salud Alajuela Sur	Diagnósticos	Identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especiales por lo cual consulta el paciente	Enfermedad	Hipertensión Arterial Cefalea Gripe Bronquitis Diarrea Gastritis Colitis Úlceras Depresión Trastornos psicosociales
Identificar los costos variables directos que la Policonsulta de los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur genera en los subprocesos de atención médica y provisión de medicamentos.	Costos variables directos.	Gastos generados por la Institución en el proceso de atención médica y provisión de medicamentos por motivo de policonsulta en los cuatro EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur.	Consulta médica Provisión de medicamentos.	Número de consultas hechas por los policonsultantes que sobrepasa el número de consultas esperables para cada habitante durante el período en estudio. Número de medicamentos prescritos a pacientes policonsultantes.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS

Características de los pacientes policonsultantes de los EBAIS concentrados del Área de Salud de Alajuela: 2001.

Características de los policonsultantes

Este estudio se basa en la recolección de 100 expedientes de pacientes policonsultantes del año 2001 que asisten a los EBAIS concentrados del Área de Salud de Alajuela Sur. Como se definió anteriormente los policonsultantes son las personas que consultaron en el EBAIS más de siete veces en un año por iniciativa propia, los cuales quedaron representados por EBAIS de la siguiente manera:

Cuadro 10. Distribución porcentual de los pacientes policonsultantes según EBAIS de procedencia por sexo. Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.

EBAIS de procedencia	Total	Sexo	
		Masculino	Femenino
Total	100	12	88
San Rafael Este	26	2	24
San Rafael Oeste	27	4	23
San Rafael Norte	22	3	19
San Rafael Sur	25	3	22

Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

El 86% de los pacientes son mujeres; de acuerdo con la edad, los hombres policonsultantes se concentran en las edades de sesenta años y más mientras que las mujeres se concentran en los grupos de 30 y 50 años de edad (42%). Probablemente debido a que este subgrupo de población, por lo general, tiene menos barreras de acceso a los servicios de salud, pues tienen un horario más flexible y no tienen que pedir permiso a un patrono para acudir a la clínica. El 9% de los policonsultantes son niños entre 0 y 10 años a los cuales no podemos considerar como policonsultantes pues consultan por iniciativa propia sino por la de sus madres o encargados (ver cuadro 11).

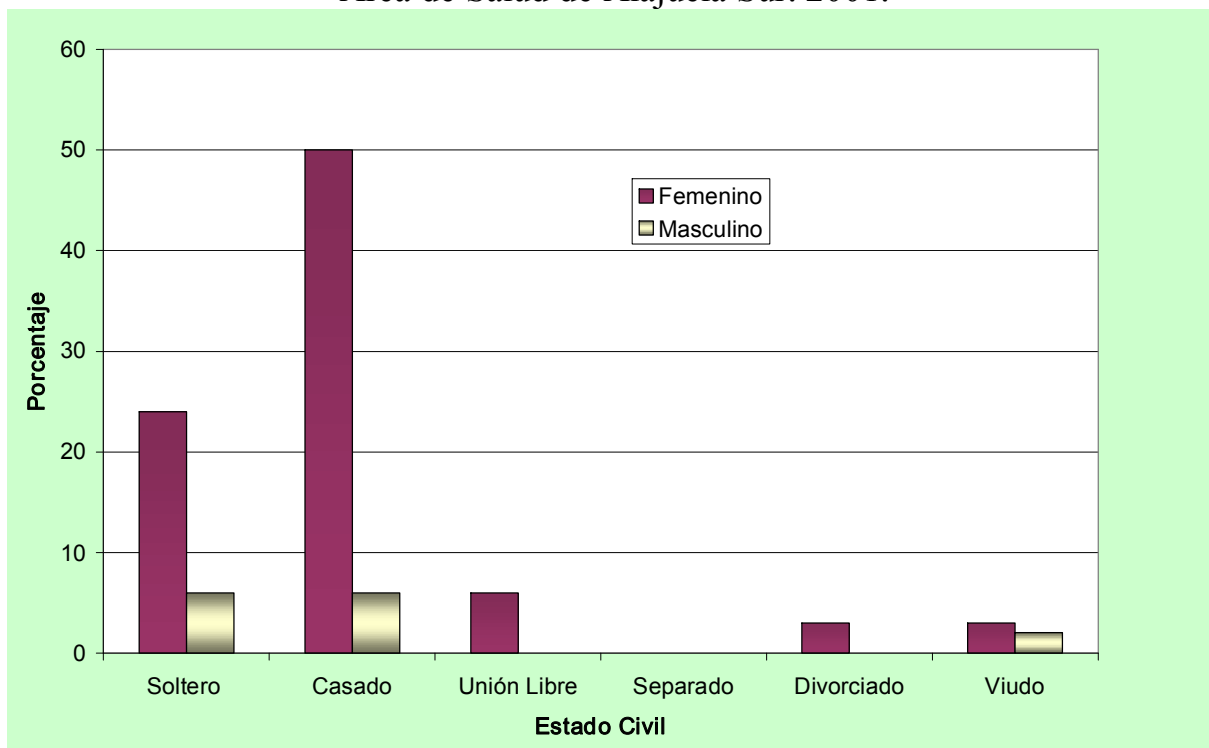
Cuadro 11. Distribución absoluta de los pacientes policonsultantes según grupo de edad por sexo.
Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.

Edad En Años	Ambos sexos	Sexo	
		Femenino	Masculino
Total	100.0	86	14
0 – 10	9	5	4
11 – 20	5	5	0
21 – 30	17	16	1
31 – 40	21	20	1
41 – 50	23	22	1
51 – 60	14	12	2
61 – 70	9	5	4
71 y más	2	1	1

Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

El 62% de los policonsultantes son casados o bien viven en unión libre concentrándose principalmente entre los 30 y 40 años, el 30% de los policonsultantes son solteros concentrándose entre las edades menores de 30 años y 8% son viudos o bien divorciados, concentrándose en las edades adultas (ver gráfico 2 y cuadro 12). Entre el grupo de los solteros(as), el 30% son menores de 10 años, no pudiendo considerárseles a ellos como los verdaderos policonsultantes pues sus consultas no fueron por iniciativa propia sino por la de su padre, madre o encargado. No obstante, el 53% de los solteros se concentró entre los 20 a 40 años. El 78% de los casados tuvieron entre 30 a 60 años. La mayoría de los pacientes que conviven en unión libre (83%) tuvieron de 10 a 30 años cumplidos. No hubo en esta muestra pacientes policonsultantes que registraran su estado civil como "separado". En todos los grupos predominó el sexo femenino.

Grafico 2. Distribución porcentual de los pacientes policonsultantes según estado civil y por sexo.
Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.



Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

Cuadro 12. Distribución Absoluta según sexo, edad y estado civil de los pacientes policonsultantes de los EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur. 2001

	Edad en años															
	0 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		61 a 70		71 y más	
Estado Civil	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
Soltero	5	4	3		8	1	6	1	2							
Casado					5		14		17	1	10	2	3	3	1	
Unión Libre			2		3		1									
Separado																
Divorciado									3							
Viudo									1				2	1		1

Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

El nivel de escolaridad del 63% de los policonsultantes es de a lo sumo primaria completa, lo cual concuerda con el porcentaje observado a nivel nacional y provincial para Alajuela (ver anexo III). La mayoría de los hombres se ubican en educación primaria mientras que las mujeres se distribuyeron a lo largo de todos los niveles educativos, encontrándose que sólo un 2% tiene educación universitaria.

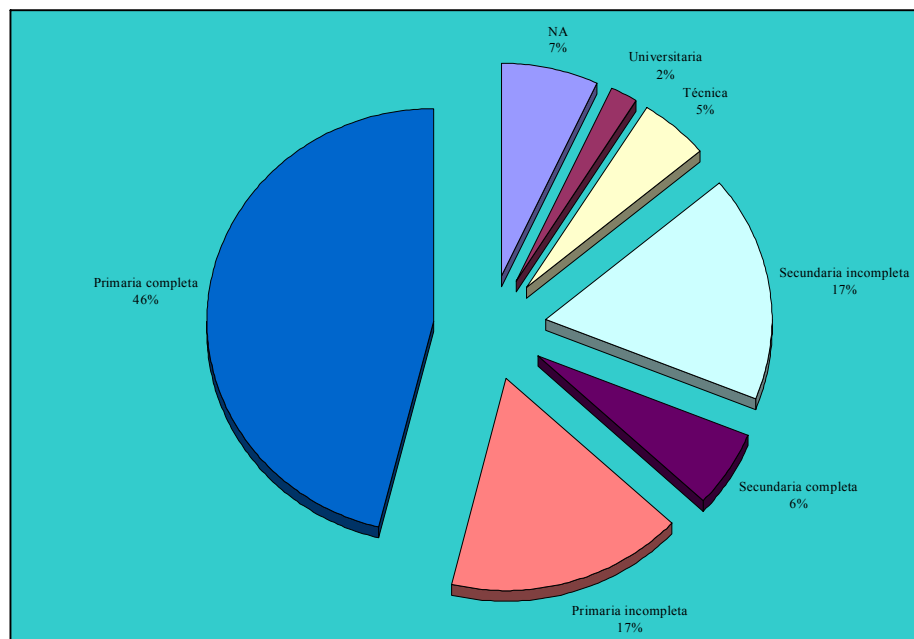
Cuadro 13. Distribución de los pacientes policonsultantes según ocupación por sexo. Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.

Ocupación	Total	Sexo	
		Masculino	Femenino
Total	100	12	88
Estudiante	2	0	2
Oficios del hogar	65	2	63
Rentistas	1	1	0
Pensionados o jubilados	6	3	3
Discapacitados para trabajar	1	0	1
Profesionales	2	1	1
Trabajadores especializados	18	4	14
Comerciantes	5	1	4

Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

Sólo el 25% de los policonsultantes tienen una ocupación, concentrada en trabajadores especializados en una relación de 3 mujeres por cada hombre, se encontraron cinco personas dedicadas al comercio y 2 personas que realizan labores profesionales. En actividades no remuneradas se encontró una alta proporción de mujeres que se dedican a labores del hogar (63%), mientras que los hombres se concentran en pensionados.

Gráfico 3. Distribución de los pacientes policonsultantes según nivel educativo.
Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.

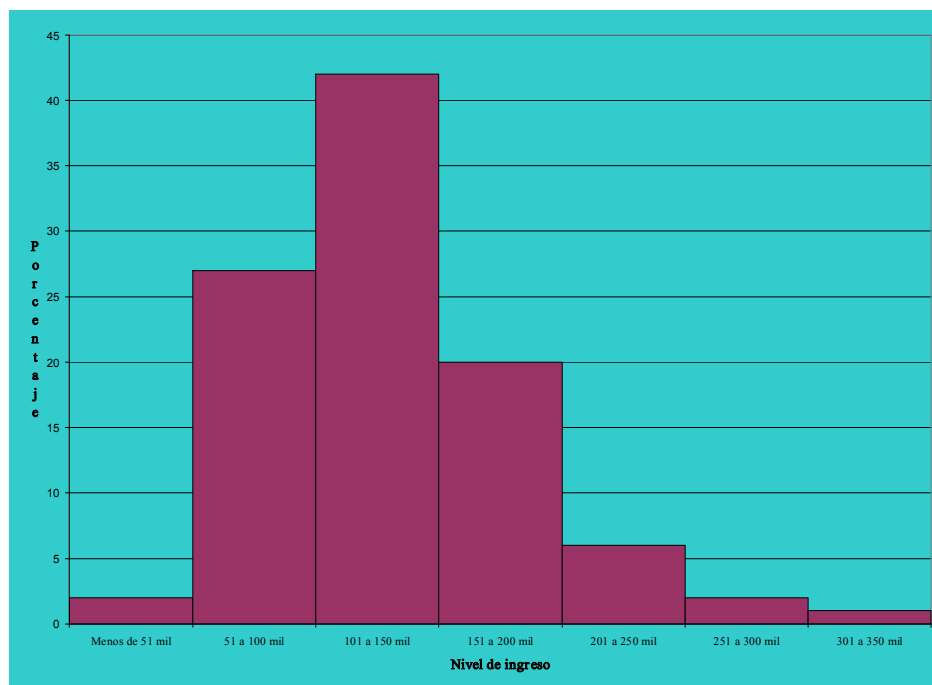


Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

El nivel de ingreso del hogar de los policonsultantes se concentra principalmente entre los 101 y 150 mil colones mensuales, donde se observa que las personas que tienen un mayor nivel educativo tienden a tener niveles más altos de ingresos.

En cuanto al estado de salud de los policonsultantes el 25% de ellos padecen enfermedades crónicas tales como hipertensión arterial (11), diabetes mellitus (8), asma bronquial (6), cáncer (2) y epilepsia (1).

Gráfico 4. Distribución de los policonsultantes según nivel de ingreso. Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.



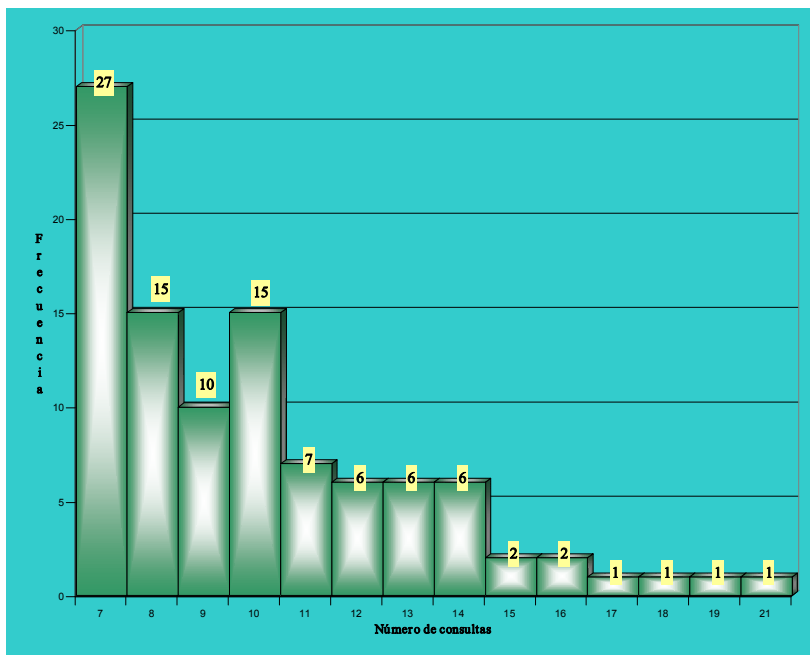
Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

Características de la policonsulta

El número de consultas de los policonsultantes varía entre 7 y 21 consultas al año, cuyo promedio fue de 9.97 consultas al año, sin que se mostrara diferencia estadísticamente

significativa por grupos de edad, sexo y el padecimiento de una enfermedad crónica ($p > 0.05$), sin embargo se presentó diferencia estadísticamente significativa en el número promedio de consultas según el nivel educativo de las personas mostrándose una relación inversa entre el número de consultas y el nivel educativo, esto es que entre mayor es el nivel educativo menor es el promedio de consultas observado.

Gráfico 5. Distribución de los policonsultantes según el número de consultas realizadas en el año. Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.



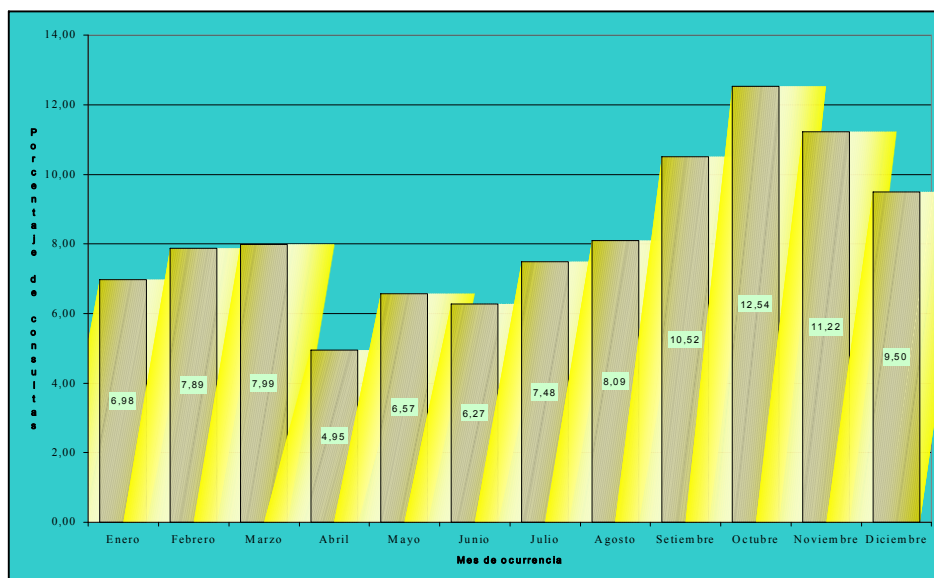
Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

Cabe destacar que el 67% de los policonsultantes tienen entre 7 y 10 consultas al año. En el primer semestre del año se da una menor concentración de consultas, especialmente en el mes de abril afectado por los días feriados que se dan en ese mes del año en estudio. Se debe destacar que se muestra una mayor concentración de consultas en el último trimestre del año, especialmente en el mes de octubre, luego mostrando un leve descenso en los meses de noviembre y diciembre.

Del total de consultas el 97.3% de las consultas se les prescribió al menos un medicamento, lo que implica que las policonsultas generaron el despacho de 1609 medicamentos, esto es que en promedio se prescribieron 1.69 medicamentos por consulta, siendo el valor modal de dos medicamentos por consulta.

A las personas menores de 20 años se les prescribió en promedio más medicamentos que a las personas de mayor edad, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el promedio de medicamentos prescritos entre los hombres y las mujeres. Sin embargo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el promedio de medicamentos según el nivel de escolaridad de las policonsultantes ya que a mayor nivel educativo menor es el promedio de medicamentos que se les recetaban.

Gráfico 6. Distribución de las consultas de los policonsultantes según mes de ocurrencia.
Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.



Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes.2001

Las cinco principales causas de consulta de los policonsultantes son por enfermedades tales como la infección de las vías respiratorias superiores (19%), la colitis (11%), infecciones urinarias (7%), síndromes gástricos (7%) y dolores articulares (6%).

Las causas de consultas tienden a tener una distribución similar a lo largo del año exceptuando las causas de consulta por infección de las vías respiratorias superiores que tienen una mayor prevalencia en los meses de febrero, setiembre y octubre (ver gráfico 6). Los síndromes gástricos tienen su mayor prevalencia en los meses de febrero, mayo y noviembre, mientras que los dolores musculares se presentan a mediados de año, la bronquitis y las crisis asmáticas que presentan una mayor prevalencia en los meses de la estación lluviosa.

También se encontró causas de consulta que se relacionan con problemas de conducta y depresión que muestran su mayor prevalencia durante el último trimestre del año (40%). Se debe considerar que se encontraron causas de consulta relacionadas con problemas de pareja y violencia doméstica.

Se prescribieron un promedio de medicamentos mayor a las consultas debidas a trastornos mentales, urgencia de HTA, crisis asmática, descompensación DM, infección vías respiratorias inferiores, tos irritativa mientras que las causas de consulta por problemas de aprendizaje, divorcio y agresión no se prescribieron medicamentos.

Las infecciones de vías respiratorias superiores, la colitis, la bronquitis, las crisis asmáticas y las infecciones de vías respiratorias inferiores fueron las causas de consulta que generaron más policonsultas, hasta el caso de que un paciente acudió 11 veces por la misma causa.

En cuanto a la combinación de causas de consulta se encontró que todas ellas se encuentran altamente correlacionadas, tal es el caso de un paciente que acudió por problemas de divorcio, también acudió pro depresión y colitis.

La causa más frecuente por la que consultaron las mujeres fue por infecciones en las vías respiratorias, colitis e infección urinaria, siguen en orden de importancia otras causas relacionadas como el dolor de estómago, cefaleas y dolores articulares.

En los hombres las primeras causas fueron infecciones en las vías respiratorias, lumbalgias y bronquitis, es importante mencionar que la prevalencia de enfermedad diarreica aguda y depresión aparecieron dentro de los primeros cinco lugares de motivos de consulta los pacientes hombres policonsultantes.

Cuadro 14. Distribución de las consultas según causa por sexo del paciente.
Área de Salud de Alajuela Sur: 2001.

Causa de consulta	Número		%		SEXO			
					Masculino		Femenino	
					Número	%	Número	%
Total	997	100,00	116	100,00	881	100,00		
Tos irritativa	1	0,10	1	0,86				
Problemas de aprendizaje	1	0,10	1	0,86				
Alcoholismo crónico	2	0,20	2	1,72				
Infección vías respiratorias superiores	190	19,06	21	18,10	169	19,18		
Colitis	109	10,93	4	3,45	105	11,92		
Infección urinaria	65	6,52	1	0,86	64	7,26		
Síndrome gástrico	65	6,52	3	2,59	62	7,04		
Dolor articular	63	6,32	7	6,03	56	6,36		
Lumbalgia	60	6,02	13	11,21	47	5,33		
Cefalea	48	4,81	3	2,59	45	5,11		
Trastornos mentales	38	3,81			38	4,31		
Depresión	41	4,11	6	5,17	35	3,97		
Enfermedad diarreica aguda	41	4,11	6	5,17	35	3,97		
Bronquitis	37	3,71	8	6,90	29	3,29		
Crisis asmática	32	3,21	6	5,17	26	2,95		
Insomnio	23	2,31	5	4,31	18	2,04		
Hemorroides	18	1,81	4	3,45	14	1,59		
Vulvovaginitis	14	1,40			14	1,59		
Adenopatías	14	1,40	1	0,86	13	1,48		
Dispareunia	12	1,20			12	1,36		
Dermatitis alérgica	11	1,10			11	1,25		
Infección vías respiratorias inferiores	11	1,10	2	1,72	9	1,02		
Urgencia de HTA	15	1,50	6	5,17	9	1,02		
Trauma menor	13	1,30	5	4,31	8	0,91		
Várices	8	0,80			8	0,91		
Alergia respiratoria	8	0,80	1	0,86	7	0,79		
Crisis convulsivas	7	0,70			7	0,79		
Dolor torácico	9	0,90	3	2,59	6	0,68		
Dermatitis por contacto	6	0,60			6	0,68		
Tinia inguinal	7	0,70	2	1,72	5	0,57		
Descompensación DM	10	1,00	5	4,31	5	0,57		
Convulsión febril	5	0,50			5	0,57		
Trastornos visuales	3	0,30			3	0,34		
Trastornos mentales	3	0,30			3	0,34		
Agresión	2	0,20			2	0,23		
Trastornos de la conducta	2	0,20			2	0,23		
Divorcio	2	0,20			2	0,23		
Conjuntivitis	1	0,10			1	0,11		

Fuente: Expedientes médicos de los pacientes policonsultantes. 2001

Las infecciones respiratorias superiores fue la causa por la que al menos el 20% de los pacientes consultaron independientemente de la edad del entrevistado; las enfermedades diarreicas agudas fue la una de las causas más comunes por las que los pacientes menores de 10 años consultaron. La colitis fue una de las causas más importantes de consulta en todos los pacientes exceptuando los menores de 10 años.

La distribución de las causas por las que los pacientes con enfermedades crónicas consultaron fue similar a las causas por las consultaron los pacientes que no la padecen.

Costos variables directos generados por la policonsulta.

Al tratar de analizar los costos variables directos que la policonsulta generó durante el año 2001 en el área de salud Alajuela Sur se encontraron grandes obstáculos para determinar un costo real ya que la Caja Costarricense del Seguro Social no cuenta con la información necesaria para determinar en forma precisa los costos de operación y atención ni a nivel de procesos ni de subprocesos de atención. Sin embargo se cuenta con estimaciones generales del costo de la consulta a nivel institucional y de áreas de salud que incluyen pruebas de laboratorio y gabinete, medicamentos y atención especializada pero que no desglosan el costo por subprocesos de atención.

Para calcular estos costos, se tienen tres valores, a saber:

1. **Costo por consulta según el sistema de costos hospitalarios de la Caja Costarricense del Seguro Social a nivel general para el 2001.** Este valor es un promedio del costo de las consultas de todos los niveles de atención ya sea primaria o

especializada e incluye el costo por medicamentos pruebas de laboratorio y gabinete. El valor reportado es de ¢11 098.90 por consulta.

2. **Costo por consulta a nivel de atención primaria.** Este es el costo promedio de la consulta de atención primaria (incluidos los laboratorios, exámenes de gabinete y medicamentos) de todas las áreas de salud de Costa Rica. El valor para el 2001 corresponde a ¢8.500.
3. **Costo promedio de la consulta médica de los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela Sur.** Este valor fue tomado del sistema de costos que maneja la Administración de ésta área de salud. Afortunadamente, se cuenta con un estimado del costo promedio por medicamento prescrito (ver tabla 8 en la página 19). El valor de lo consulta varía entre los diversos EBAIS por lo que se tomó como valor el promedio del costo entre los cuatro EBAIS objeto de esta investigación. El costo promedio por consulta de estos EBAIS es de ¢11033.85. El costo promedio por medicamento prescrito de estos EBAIS es de ¢175.50. Cabe hacer la salvedad que el costo promedio por consulta incluye el costo de los medicamentos, por lo que al analizar el costo generado por la policonsulta en medicamentos se debe tener muy presente que el mismo ya está contemplado en el costo por consulta y no debe sumarse a éste.

Para el análisis de los costos en este estudio, se trabajó con el valor promedio del costo de la consulta médica de los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela Sur por considerar que al ser un valor dado por el sistema de costos de ésta área de salud permite un acercamiento más preciso a los costos reales que genera la policonsulta. No se utilizó en costo general de la consulta a nivel institucional ya que al incluir el costo de la atención especializada (la cual no existe en el área de salud Alajuela Sur) incluye también costo por exámenes que no se realizan a nivel de atención primaria, por lo que sería poco representativo del Área de Salud Alajuela Sur. Tampoco se tomó el valor que da la Institución al costo promedio de la consulta a nivel de áreas de salud y que al incluir todas las áreas de salud del país es sujeto de tener sesgos importantes y no ser representativo para el área de salud Alajuela sur.

Es importante tener presente el costo social que genera la policonsulta. Este es un aspecto muy difícil de estimar, por ello se hace mención del mismo para recalcar su existencia.

Se incluyen dentro de este costo lo siguiente: costo por días no laborados para las empresas, el trabajador y el país, costos de transporte y alimentación, costo de oportunidad individual y colectiva tanto de usuarios como de los proveedores de los servicios de salud, entre otros.

Durante la investigación preliminar se realizó un muestreo para determinar la prevalencia de la policonsulta en los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela Sur en la cual se determinó que aproximadamente el 19.75% de la población atendida por los EBAIS Norte, Sur, Este y Oeste cumplía con los criterios para catalogarse como policonsultantes (ver tabla 7). Se sabe además que estos EBAIS atienden una población de nueve mil seis cientos veinte (9620) habitantes (7542 mujeres y 2078 hombres). Esto nos da una población aproximadamente de 1899 policonsultantes. Si tomamos en cuenta que el 50% de los policonsultantes acuden entre 7 a 9 veces al año, tenemos un total aproximado de 15 192 consultas durante el año 2001. Sin embargo, debe hacerse la siguiente salvedad: en general, cada una de las personas atendidas por los EBAIS del área de salud Alajuela Sur consultó tres veces durante el 2001. Por esta razón, sería indebido tomar en cuenta todas las consultas de la población policonsultante para calcular los costos que ésta genera pues no se pretende evitar que estos pacientes consulten sino que lo que se busca es reducir o eliminar la sobreutilización de los servicios de atención de estos EBAIS. En vista de lo anterior se consideró durante este análisis que del total de consultas realizadas por estos pacientes (15 192), 5697 consultas corresponden al promedio usual de consultas que puede realizar esta población sin que se considere que estén sobreutilizando los servicios. De ahí que si tomamos el resto de las consultas que corresponden a sobreutilización de los servicios (9 495) y lo multiplicamos por el costo de cada consulta en estos EBAIS (¢11 033.85) obtenemos un valor de ¢104 766 405.75. El costo por medicamentos calculado a partir del valor modal de dos medicamentos recetados en cada consulta por el valor promedio de cada medicamento prescrito de ¢175.50 arroja un costo estimado de ¢1 666 372.50 (este valor está contemplado en el costo por consulta).

El Área de Salud Alajuela Sur tuvo un presupuesto de ¢502, 782.375 millones para el año 2001. De los datos anteriores se extrae que el 20.8% del presupuesto total anual del área lo consume la policonsulta de estos EBAIS concentrados. Si tomamos en cuenta solamente el

presupuesto de estos EBAIS (ver tabla 8) el porcentaje del mismo que debe ser destinado a la atención de los policonsultantes corresponde a un 35.7%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En lo relativo al sexo de los policonsultantes, según la muestra tomada para este estudio, la mayoría de los policonsultantes son del sexo femenino (88%) y los restantes son del sexo masculino. Tomando en cuenta que la distribución porcentual de la población de la provincia de Alajuela según sexo es de 49.5% mujeres y 50% hombres (ver anexo III), podemos concluir que el sexo femenino es una de las características sociodemográficas de los pacientes policonsultantes.

Los hombres policonsultantes se concentran en las edades de sesenta años y más, mientras que las mujeres se concentran en los grupos de treinta y cincuenta años de edad (42%). El 9% de los policonsultantes fueron niños y niñas menores de 10 años por lo que se puede presuponer que en realidad no son ellos sino sus madres es o encargados los policonsultantes. El 33% de la población de la Provincia de Alajuela tiene entre 30 y 50 años, siendo por lo tanto poco confiable suponer que la edad sea un factor que caracterice a los policonsultantes de modo que nos permita identificarlos. (Ver anexo III).

La mayoría de los policonsultantes son casados o viven en unión libre. No hubo diferencia significativa en cuanto al EBAIS de pertenencia entre la población policonsultante de la muestra.

El 63% de los policonsultantes tienen a lo sumo primaria completa. No se encontró información a nivel de provincia, cantón o distrito respecto a nivel de escolaridad. Sin embargo se reporta un porcentaje de alfabetización del 96% para el Cantón central de Alajuela, lo que apoya a la baja escolaridad como una de las características de los pacientes policonsultantes (ver anexo III).

La mayoría de las mujeres policonsultantes se dedican a oficios del hogar, mientras que los hombres se concentran dentro del grupo de trabajadores especializados o pensionados. La mayoría de los hogares de los policonsultantes percibe un ingreso mensual que oscila entre los 101 mil y 150 mil colones. Sin embargo hay un grupo no despreciable que percibe ingresos que van de 51 mil a 100 mil y otro grupo con ingresos entre 151 mil y 200 mil. Esto nos hace concluir que la mayoría de los policonsultantes son de clase media baja.

De lo anterior podemos establecer el siguiente perfil sociodemográfico de los policonsultantes de los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela Sur: Mujeres casadas o en unión libre de clase media baja con edad entre 30 y 50 años y primaria completa. Este perfil no se puede extrapolar a otras áreas de salud de modo que para obtener el perfil sociodemográfico de los policonsultantes, cada área de salud debe estudiar a su población individualmente.

Con respecto a los motivos de consulta se evidenció lo siguiente:

1. Las cinco principales causas médicas de consulta de los policonsultantes son por enfermedades tales como la infección de vías respiratorias superiores (19%), la colitis (11%), infecciones urinarias (7%), síndromes gástricos (7%) y dolores articulares (6%). Estas causas de consulta no difieren de las observadas a nivel nacional en el primer nivel de atención (ver anexo IV).
2. En cuanto a la combinación de causas de consulta se encontró que todas ellas se encuentran altamente correlacionadas.
3. Sólo el 11.4% de las consultas analizadas en la muestra tuvieron como diagnóstico un motivo de consulta no médico. Entre estas causas no médicas de consulta encontramos: Depresión (4.8%), trastornos mentales (3.8%), insomnio (2.3%), Agresión (0.2%), trastornos de la conducta (0.2%), alcoholismo crónico (0.2%), divorcio (0.2%) y problemas de aprendizaje 0.1%).
4. Con respecto a las consultas no médicas, éstas se relacionaron con el grupo etario adulto y el sexo femenino en el caso de agresión y con los hombres en los casos de alcoholismo crónico.
5. Se considera que estos motivos de consulta no médicos fueron más frecuentes de lo que se anotaron y pudieran estar en relación con síntomas generales, como cefalea, colitis y ansiedad, que también figuran dentro de las causas médicas de policonsulta.
6. La distribución de las causas por las que los pacientes con enfermedades crónicas consultaron fue similar a las causas por las que consultaron los pacientes conocidos sanos.

Respecto a los costos variables directos, se concluye que:

1. La Caja Costarricense del Seguro Social no cuenta con la información necesaria que le

permita conocer el costo real de sus servicios.

2. No es posible en este momento, con la información disponible, estimar el costo por subprocesos de atención en los servicios de atención primaria de la Caja Costarricense del Seguro Social.
3. Aproximadamente el 19.75% de la población atendida por los EBAIS Norte, Sur, Este y Oeste del área de salud Alajuela Sur es policonsultante.
4. El 50% de los policonsultantes acudieron entre 7 a 9 veces a consultar durante el año 2001.
5. El 20.8% del presupuesto total anual del área de salud lo consume la policonsulta de estos EBAIS concentrados.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar y motivar al personal de los EBAS para que detecten los trastornos psicosociales y los consideren como motivo de consulta de los pacientes. Es importante además que el personal desarrolle las destrezas necesarias para atender estas patologías a nivel de atención primaria. Al analizar la información arrojada por la encuesta a nivel de consulta externa acerca de los motivos de consulta de los pacientes según el tipo de establecimiento en la CCSS en junio del 2002, llama la atención que de las 93.072 consultas otorgadas solo 117 se anotaron dentro del rubro de problemas psicosociales y hubo 1.185 consultas por signos y síntomas de "causa desconocida", las cuales perfectamente podrían corresponder a síntomas inespecíficos alegados por policonsultantes. Para esta capacitación, el investigador sugiere que se busque asesoría externa, una de las probabilidades más viables es involucrar al Departamento de Salud Mental de la CCSS.

2. Unificar los diagnósticos no médicos dentro del Área de Salud Alajuela Sur para lograr una mejor tabulación de la información de modo que se evita el subregistro de estas afecciones y así lograr intervenir más eficazmente. Se puede utilizar el siguiente formato:
 - a) **Alcoholismo** (*Consiste en el consumo abusivo de alcohol de forma prolongada y el consiguiente desarrollo de una conducta anómala debida a la droga*)
 - b) **Dependencia y abuso de drogas** (La **adicción**, concepto sin definición universalmente aceptada, se utiliza aquí para referirse a un estilo de vida caracterizado por el consumo compulsivo y el interés excesivo por una droga diferente del alcohol. La adicción puede darse sin dependencia física, pero siempre conlleva un riesgo de lesiones y la necesidad de frenar su consumo, sea con la comprensión y conformidad del adicto o sin ellas)
 - c) **Psicosis** (La **psicosis aguda con agitación**, es decir, con comportamiento agresivo o violento, es un tipo corriente de urgencia psiquiátrica. Frecuentemente, antes del diagnóstico definitivo hace falta un tratamiento sintomático. Los pacientes con psicosis aguda requieren hospitalización o tratamiento en un grupo de crisis en un piso tutelado u otra alternativa al hospital si se juzga que suponen peligro para sí mismos o para los demás. El diagnóstico habitual en estos pacientes es el de trastorno bipolar I, esquizofrenia, trastorno psicótico breve, demencia delirante y consumo abusivo, intoxicación por sustancias o síndrome de abstinencia.)
 - d) **Episodio Depresivo y/o Ansiedad** (La ansiedad y la depresión son afecciones comúnmente producidas por el estrés psíquico, que pueden expresarse como síntomas en cualquier sistema del

organismo. No plantean dificultades diagnósticas si están afectados varios sistemas orgánicos y el paciente describe su angustia y su aprensión personales. Pero si el paciente expresa síntomas a través de un único sistema y no puede indicar su malestar emocional, aparecen los problemas diagnósticos. Estos casos a menudo se describen como depresión enmascarada, aunque en ocasiones un término más apropiado es ansiedad enmascarada. Son frecuentes los síntomas disfóricos y depresivos, como insomnio, menosprecio de sí mismo, retraso psicomotor y perspectivas pesimistas, pero el paciente puede negar una depresión real del humor o bien reconocer la presencia de depresión, pero insistir en que es secundaria a un trastorno orgánico difícil de localizar.)

e) Trastornos neuróticos

f) **Problema Psicosocioeconómico** (cuando se detecta que el paciente tiene una afección originada de su problemática social, económica o familiar)

g) **Signo y Síntoma de causa desconocida.** (cuando el paciente acude por un síntoma o signo que no es atribuible a una afección médica pero que aún no se puede descartar su origen orgánico. Este debe ser un diagnóstico temporal pues debe procurarse definir si el paciente está somatizando o no su problemática psicológica).

3. Llevar un control estricto en el expediente del número de veces que el o la paciente consulta por iniciativa propia. Esto se puede lograr anotando en el encabezado de cada nota médica “CONSULTA NÚMERO: _____” de modo que al llegar a la consulta número 4 y 7 del año respectivamente, se le aplique un test al paciente para diagnosticar trastornos psicosociales. Se recomienda la Escala de Zung para la depresión (anexo 2), por ser fácil de aplicar a nivel de atención primaria.
4. Crear grupos focales de apoyo psicológico y referir a ellos todos los pacientes que en la cuarta consulta anual muestran evidencia objetiva de trastornos psicosociales o que consultan una séptima vez en el año. El grupo de trabajo debe ser interdisciplinario y puede ser encabezado por el trabajador social del Área. El tamaño de los grupos depende de la demanda, por lo que deberá definirse este punto sobre la marcha, así mismo la frecuencia de las reuniones y los sitios de encuentro se definirán según la conveniencia de los participantes. El objetivo es abrir un espacio para dar apoyo a los pacientes con problemas socioeconómicos y trastornos psicosociales de modo que se logren satisfacer sus reales necesidades y darle herramientas para mejorar su situación. No se puede definir en forma estricta con antelación todas las actividades que estos grupos deberán realizar pues esto depende como se dijo anteriormente de las necesidades de los participantes.

5. Incluir dentro de los compromisos de gestión en forma progresiva la obligación de presentar una lista por cada EBAIS de los pacientes policonsultantes identificados, incluyendo número de expediente, nombre, sexo, edad, motivo de consulta e intervenciones realizadas a nivel local. Sería valioso, luego de obtenida esta información en forma local, que cada EBAIS presentara un plan de intervención acorde con las necesidades y características locales. Posteriormente se podrían fijar metas razonables para disminuir las consultas de los policonsultantes. A modo de ejemplo se propone la calificación de los siguientes puntos:

- Existencia de una lista de pacientes definidos como policonsultantes con datos personales de cada uno de ellos.
- Actividades realizadas dentro del grupo de apoyo psicosocial (con listas de asistencia, resumen de cada actividad en un libro de actas y fotografías de las mismas).
- Reporte del costo de operación de los grupos focales incluyendo horas laborales dedicadas y otros gastos (recursos y materiales).
- Presentación de un Plan de Acción a nivel local para el próximo periodo que incluya los objetivos, metas, actividades, recursos y fechas de las actividades a realizar por parte de los grupos de apoyo psicosocial.
- En el expediente médico:
 - Enumeración de las consultas por iniciativa propia en el encabezado de cada nota médica.
 - Aplicación del Test de Zung a los pacientes durante la cuarta y la séptima consulta por iniciativa propia.
 - Referencia al grupo de apoyo psicosocial de la zona a aquellos pacientes con un puntaje mayor de 50 en el Test de Zung o alguna otra evidencia de afección psicosocioeconómica

6. A continuación se sugieren una serie de indicadores de gestión para monitorear e intervenir oportunamente en la policonsulta de los EBAIS San Rafael Norte, Sur, Este y Oeste del Área de Salud Alajuela Sur:

$$\frac{\text{policonsultantes totales}}{\text{población total atendida en el EBAIS}} \times 100$$

Definiciones operativas:

La variable “policonsultantes totales” se refiere al número de pacientes policonsultantes que acudieron a consulta durante el periodo determinado tomando en cuenta únicamente la primera consulta anual.

La variable “población total atendida en el EBAIS” se refiere al número de personas que acuden por primera vez en el año a consulta.

Este indicador da información respecto de cual es el porcentaje de la población que acudió al EBAIS que es policonsultante.

Para recolectar la información necesaria para calcular este indicador, se debe recurrir a la agenda diaria del EBAIS, donde se anota la primera consulta en el año de cada paciente. De estos se debe apartar a aquellos catalogados como policonsultantes utilizando las listas de pacientes policonsultantes de cada EBAIS.

Se debe aplicar una vez al año.

$$\frac{\text{No. De consultas realizadas por policonsultantes}}{\text{No. De consultas totales}} \times 100$$

Definiciones operativas:

La variable “No. De consultas realizadas por policonsultantes” se refiere a la totalidad de consultas hechas por los policonsultantes en el periodo.

La variable “No. De consultas totales” es la totalidad de consultas dadas en el periodo. Este indicador da información respecto a cual es el porcentaje de consultas que son dedicadas a los

policonsultantes en el periodo.

Se debe aplicar una vez al año.

$$\frac{\text{No de policonsultantes} \times 7 \times \text{Costo por consulta}}{\text{Costo de operación de grupos focales}}$$

Definiciones operativas:

La variable “No. de policonsultantes X 7 X Costo por consulta” es el número de policonsultantes registrados en el periodo por 7 (que es la cantidad mínima de consultas requeridas para poder catalogar a un paciente como policonsultante) por el costo estimado por consulta.

La variable “Costo de operación de grupos focales” se refiere al costo de operación de los grupos focales dedicados a la atención de los policonsultantes.

Este indicador nos da un índice de eficiencia y siempre debe ser mayor de uno.

Se debe aplicar una vez al año.

$$\frac{\text{No. De consultas realizadas por los Policonsultantes luego de ser dados de alta por los grupos focales}}{\text{No. De policonsultantes del periodo anterior} \times 7} < 1$$

Definiciones operativas:

La variable “No. De consultas realizadas por los Policonsultantes luego de ser dados de alta por los grupos focales” se refiere a todas las consultas realizadas por los policonsultantes luego de recibir intervención integral en los grupos focales.

La Variable “No. De policonsultantes del periodo anterior x 7” se refiere al número de consultas esperables si los policonsultantes no hubiesen recibido atención para su patología psicosocial.

Este indicador da información sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones realizadas.
Es un control ex-post. Siempre debe ser menor de uno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abel, Smith, B. (1984). Cost Containment in Health Care. A study of 12 European Countries 1977-1983. Bedford Square Press./ NCVO. Londres.
2. Abel-Smith, E., Contención de Costos y Reforma del Sector Salud en Países Miembros de la OCDE. Estudios Públicos, 58, otoño. 1995.
3. Amador, G., Iturrino. M., Lépiz. A. Análisis Psicosocial del fenómeno de la policonsulta realizado en las Clínicas Periféricas de la CCSS. UCR. 1985.
4. Anderson GF, Poullier JP. Health Spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. Health Aff 1999;18:178-192.
5. Ballart, Xavier. ¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso. Ministerio para las Administraciones Publicas, Secretaria General Técnica. Instituto Nacional de Administración Pública. 1992. p.75
6. Cabezas, Ivi, Sánchez, A. Análisis de algunos factores vinculados al uso de la consulta de salud de la población de 15 a 44 años. VCR. 1991.
7. Cercone, James. Alternativas en la Organización. Financiamiento y Prestación de Servicios. Gestión Vol. 4 No 1 Primer Semestre 1996 / Pág. 20.
8. Consolidado de los Técnicos de Atención Primaria de los Diversos EBAIS para el año 2001.
9. Díaz, M. Motivos de insatisfacción de la población costarricense con respecto a los servicios de consulta externa en la CCSS. ICAP. San José, 1988.
10. Durán, Fabio y Acuña, Alberto; Monografía: Financiamiento de la Seguridad Social Considerando variables macroeconómicas; Dirección Actuarial, Caja Costarricense de Seguro Social, 1989.
11. Durán, Fabio; Evasión de Contribuciones a los Seguros Sociales; 1987; Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional; Caja Costarricense de Seguro Social.
12. Fonseca Renauld, Jorge. El proceso de control en los servicios de salud. Antología Curso Control de Gestión. Editorial .UNED. San José, Costa Rica. 2002. pp 6 a 20.
13. Govindaraj R, Chellaraj G, Murria CJ. Health Expenditures in Latin America and the Caribbean. Social Science Medical. 1997; M :157469.
14. Katz, J. Y A. Muñoz (1988), "Organización del sector salud: pugna distributiva y equidad". CEAL, Buenos Aires.
15. Katz, Jorge, et al. Reforma del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos. Naciones Unidas. Comisión Económica Par-a América Latina Y el Caribe. Santiago de Chile. 1995.
16. Madrigal Bermúdez. Laura. Complejidad de los casos dermatológicos referidos a la consulta

- externa del Hospital Monseñor Sanabria. Tesis de Maestría. UNED. San José Costa Rica. 2001.
17. Manual Merck, novena edición. Editorial Océano. 1992.
 18. Márquez. P. (1990), "Control de Costos en Salud: una revisión de experiencias de países en las Américas". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud. Washington. D.C.
 19. Miranda Gutiérrez, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo cmi Costa Rica. 2ª Edición. San José. Costa Rica. Editorial Social de Salud y Seguridad Social, 1994. p 117-195, 3 11-365.
 20. Miranda. E. (1992). Evaluación de la experiencia chilena con las ISAPRES. En Tendencias económicas de los sistemas de salud, Virgolino, M. Y González —García. G., editores, Asociación de Economía de la Salud Argentina, Buenos Aires.
 21. Molina, Raúl. Et al. Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública 8 (1/2), 2000.
 22. Muñoz Vivas. Milagros. Características de los Pacientes Policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, 1991. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina.
 23. Programa Educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos. Módulo Uno: reseña y aspectos fundamentales. NCM. NCM Publishers, Inc. Nueva York, N.Y. 2000
 24. Rosales Obando, José. Elementos de Microeconomía. 11ª reimpresión de la 1ª edición. San José, Costa Rica. Editorial UNED, 1994. páginas 79 a 98.
 25. Rossi. P.H. y Freeman. H. E. Evaluación: Un enfoque sistémico para programas sociales. México. Trillas. 1989. pp. 19-20.
 26. Segura, H. Vargas, H. Estudio de la Consulta Externa en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. CSUCA. p 10. 1978.
 27. Tomado del Boletín "Modernización: Comunicación para un mejor cambio". # 43, marzo 2002. CCSS.
 28. Wholey, J.S., et al. Federal Evaluation Policy: Analysing the Effects of Public Programs. Washington, D.C.: Urban Institute. 1995. p. 23
 22. www.harcourt-brace.es.
 30. www.inec.go.cr

ANEXO 1

Hoja de Recolección de

Información

HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Formulario No.

--

Lugar de Procedencia

San Rafael Este	
San Rafael Oeste	
San Rafael Norte	
San Rafael Sur	

Edad (en años cumplidos)

0 a 10	
11 a 20	
21 a 30	
31 a 40	
41 a 50	
51 a 60	
61 a 70	
71 y más	

Sexo

Masculino	
Femenino	

Estado Civil

Soltero	
Casado	
Union libre	
Separado	
Divorciado	
Viudo	

Escolaridad

Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Técnica	
Universitaria	
No corresponde	

Ocupación (en caso de ser menor de edad o no tenga oficio, anotar la ocupación de la persona que mantiene el hogar y marcar una X en el cuadro)

Estudiante	
Oficios del hogar	
Rentistas	
Pensionados o jubilados	
discapacitados para trabajar	
Profesionales	
Trabajadores especializados	
Comerciantes	

Ingreso económico

50 mil y menos	
51 a 100 mil	
101 a 150 mil	
151 a 200 mil	
201 a 250 mil	
251 a 300 mil	
301 a 350 mil	
351 mil y más	

Número de consultas del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001 a las que asistió (fuera de las citas de control por enfermedades crónicas): _____

¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? _____

Motivos de consulta registradas durante el periodo de estudio

# de consultas	Motivo de consulta	# de medicamentos recetados	Fecha (día – mes)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ANEXO 2

Escala de Zung para la Depresión

Escala de Zung para la depresión

Instrucciones:

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no lo estuviera.

ANEXO III

DATOS

SOCIODEMOGRÁFICOS

DE LA POBLACIÓN DEL

CANTÓN DE ALAJUELA

A continuación se presentan algunos datos sociodemográficos de la provincia de Alajuela y su cantón central según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en base al Censo 2000. No se encontraron datos a nivel de distritos. Cabe decir

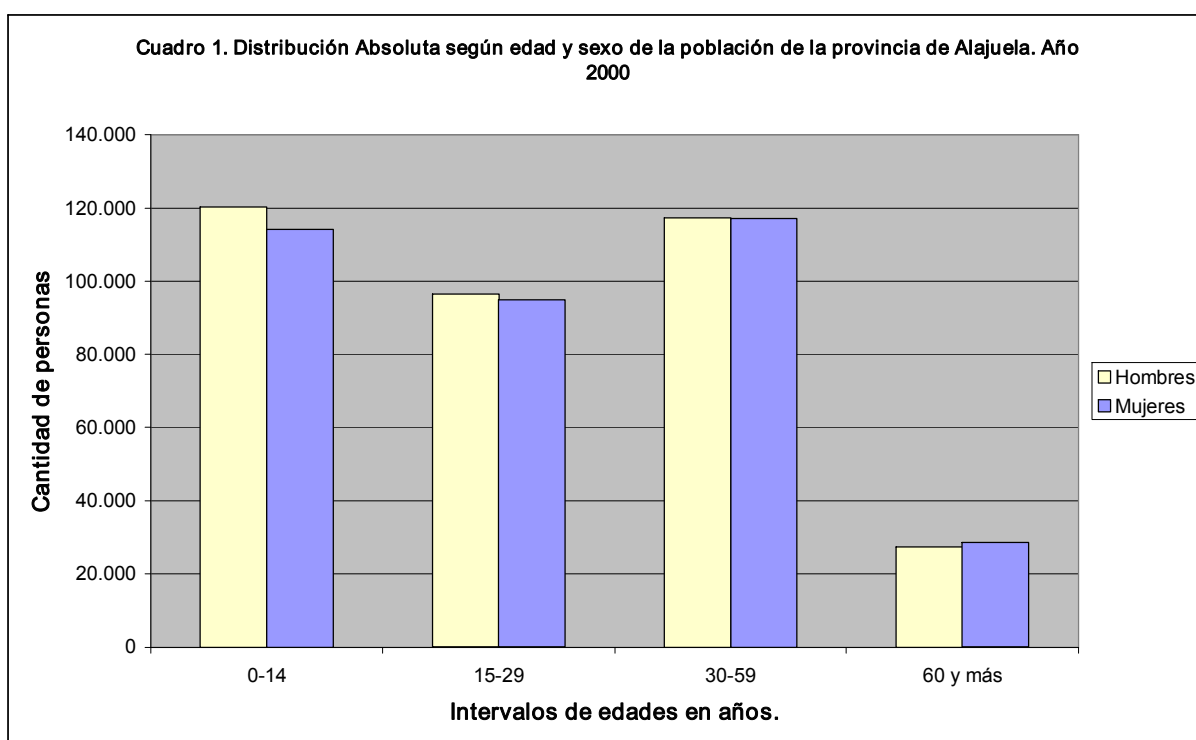
que el cantón central de Alajuela está conformado por los siguientes distritos: San Rafael, San Antonio del Tejar, Río Segundo, Central, La Guacima.

Provincia de Alajuela

Tabla 1. Distribución población según edad y sexo de la Provincia de Alajuela. 2000

	Total	0-14 años	15-29 años	30-59 años	60 años y más
Alajuela	716.286	234.557	191.194	234.532	56.003
Hombres	361.562	120.366	96.393	117.339	27.464
Mujeres	354.724	114.191	94.801	117.193	28.539

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Censo 2000.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Censo 2000.

Cuadro 2. Distribución absoluta del Alfabetismo según sexo de la población de la Provincia de Alajuela

Alfabeta

Analfabeta

Hombres	266.184	17.563
Mujeres	87.003	3.310
Total	353.187	20.873

Fuente: : Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Censo 2000.

Cantón Central de Alajuela

Población Ocupada Del Cantón Central de Alajuela Por Sexo Según Censo 2000

Rama de actividad	Total	Hombres	Mujeres
Agricultura y ganadería	8.658	7.462	1.196
Pesca	27	22	5
Minas y Canteras	129	117	12
Industria Manufacturera	22.065	15.634	6.431
Electricidad, Gas y Agua	253	92	151
Construcción	5.315	5.216	99
Comercio y Reparación	13.310	9.756	3.554
Hoteles y Restaurantes	4.013	2.204	1.809
Transporte y Comunicación	5.842	5.198	644
TOTAL	80.650	56.409	24.241

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Censo 2000

Extensión Territorial: 388.43 Km²

Densidad Poblacional: 574 habitantes por Km²

Índice de Desarrollo Social: 61.5%

Porcentaje de Alfabetismo: 96.1 %

Índice de Rezago Social: 4.5 % (nivel bajo de rezago)

ANEXO IV

Encuesta De Consulta Externa, Consultas por Causa, Según Tipo de Establecimiento. C.C.S.S.

Encuesta De Consulta Externa, Consultas por Causa, Según Tipo de Establecimient.
C.C.S.S. Junio 2002

<i>Causas de consulta</i>	<i>Total</i>	<i>Establecimiento</i>					
		<i>Hospital Nacional</i>	<i>Hospital Regional</i>	<i>Hospital Periférico</i>	<i>Clínica</i>	<i>Primer Nivel</i>	<i>Empresa</i>
<i><u>Total</u></i>	<i><u>165.450</u></i>	<i><u>24.556</u></i>	<i><u>11.049</u></i>	<i><u>9.316</u></i>	<i><u>21.078</u></i>	<i><u>93.072</u></i>	<i><u>6.379</u></i>
<i>Infeciosas y parasitarias</i>	<i>3952</i>	<i>301</i>	<i>96</i>	<i>134</i>	<i>517</i>	<i>2678</i>	<i>226</i>

<i>Enf. infecciosas intestinales</i>	1.270	29	14	43	199	912	73
<i>Enf. bacterianas</i>	357	31	14	4	33	252	23
<i>Enf. vírica excepto gripe</i>	983	34	24	19	121	696	89
<i>Rickettsiosis</i>	81	3		3	17	54	4
<i>Sífilis y otras venéreas</i>	134	4	3	5	15	99	8
<i>O. infecciosa o parasitaria</i>	904	29	39	57	123	630	26
<i>SIDA</i>	223	171	2	3	9	35	3
Tumores	2343	1491	211	75	186	365	15
<i>Tumor maligno</i>	1.557	1.172	80	31	104	166	4
<i>Tumor In situ o Benigno</i>	443	191	97	29	50	74	2
<i>Tumor no especificado</i>	343	128	34	15	32	125	9
Endocrina, Nutric. y metab	12497	1803	701	661	2623	6413	296
<i>Enf. de la tiroides</i>	1.329	481	114	101	197	409	27
<i>Diabetes mellitus</i>	5.954	767	338	322	953	3.470	104
<i>Obesidad y/o hiperaliment.</i>	2.864	264	124	89	1.048	1.283	56
<i>Deficiencia de la nutrición</i>	773	66	44	67	99	484	13
<i>Otra metabólica</i>	1.577	225	81	82	326	767	96
Hematopoyéticas y Sangre	2078	451	93	132	219	1148	35
<i>Anemia</i>	1.565	185	76	100	175	1.001	28
<i>O. sangre y hematopoyética</i>	513	266	17	32	44	147	7
Trast. Mentales y comportam.	6383	2059	759	639	1155	1647	124
<i>Alcoholismo</i>	116	17	12	6	19	50	12
<i>Depend. y abuso de drogas</i>	194	57	20	2	18	94	3
<i>Psicosis</i>	379	107	77	62	75	56	2
<i>Episodio depresivo</i>	2.291	667	330	177	495	580	42
<i>Ansiedad</i>	1.107	257	89	81	225	402	53
<i>O. Trastornos neuróticos</i>	569	144	69	78	93	177	8
<i>Otra alteración mental</i>	1.727	810	162	233	230	288	4
E. Sistema nervioso	3951	1081	386	256	460	1629	139
<i>Epilepsia</i>	1.071	304	136	99	142	386	4
<i>Migraña y /o cefalea</i>	1.704	202	140	89	174	980	119
<i>Otras sistema nervioso</i>	1.176	575	110	68	144	263	16
Ojos y anexos	5070	2175	840	322	693	903	137
<i>Catarata</i>	896	392	206	66	162	67	3
<i>Defecto de refracción</i>	900	452	143	59	162	79	5
<i>Conjuntivitis</i>	629	76	56	25	80	335	57
<i>Otra ojos y anexos</i>	2.645	1.255	435	172	289	422	72
Oído y mastoides	3424	695	284	172	438	1651	184
<i>Otitis media</i>	1.482	123	60	62	152	968	117
<i>Otra oídos y mastoides</i>	1.942	572	224	110	286	683	67
Enf Sist Circulatorio	11713	1616	962	700	1538	6575	322
<i>Hipertensión esencial</i>	8.456	597	472	372	1.163	5.610	242
<i>Enf. isquémica del corazón</i>	675	211	117	97	78	161	11
<i>Otra Enf. del corazón</i>	938	378	108	81	87	271	13
<i>Várices miembro inferior</i>	807	206	162	110	105	212	12
<i>Hemorroides</i>	346	72	32	16	42	157	27
<i>O. Enf. del S. Circulatorio</i>	491	152	71	24	63	164	17
Enf del S. Respiratorio	21896	1460	868	825	2902	14551	1290

<i>Sinurinoфарингитис aguda</i>	1.305	56	32	24	208	885	100
<i>Faringitis aguda</i>	3.651	41	64	64	476	2.722	284
<i>Amigdalitis aguda</i>	2.373	42	96	62	257	1.770	146
<i>O. afecc. Ag. vía resp. sup</i>	4.956	152	133	168	577	3.588	338
<i>Rinosinufaringitis crónica</i>	1.128	183	161	69	215	450	50
<i>Otra enf vía respirat. sup.</i>	2.999	344	155	156	336	1.848	160
<i>Bronquitis</i>	1.427	87	71	46	250	890	83
<i>Asma</i>	2.615	384	101	188	311	1.548	83
<i>Otra respiratoria</i>	1.442	171	55	48	272	850	46
Enf S. Digestivo	10237	1309	676	660	1289	5678	625
<i>Ulc. Gastroduodenal</i>	452	85	42	43	75	183	24
<i>Gastritis y duodenitis</i>	3.261	151	146	180	489	2.059	236
<i>Enteritis y colitis no infecc.</i>	2.312	106	76	85	292	1.552	201
<i>Trastorno vesícula biliar</i>	547	198	90	84	43	123	9
<i>Cirrosis y otra del hígado</i>	276	120	27	17	41	62	9
<i>Enf. del páncreas</i>	85	32	6	8	2	32	5
<i>Otra del digestivo</i>	3.304	617	289	243	347	1.667	141
Piel y tejido subcutáneo	10357	1108	770	446	1341	6048	644
<i>Celulitis</i>	362	7	25	20	19	266	25
<i>O.infec. piel y tej.Cel. Subc.</i>	2.742	172	191	109	256	1.857	157
<i>Dermatitis y eczema</i>	3.289	223	155	134	441	2.054	282
<i>O. Afec. Inflam. piel y tej.Subc.</i>	1.540	253	187	72	127	815	86
<i>O. de piel y tej. Cel. Subcut.</i>	2.424	453	212	111	498	1.056	94
S. Osteomusc. y tej conjun.	12792	3118	953	909	1406	5675	731
<i>Artropatía y trastorno afin</i>	5.354	1.441	333	430	632	2.255	263
<i>Dorsolumbopatías</i>	4.246	632	271	239	424	2.364	316
<i>Trastornos tejidos blandos</i>	1.418	355	208	123	174	460	98
<i>Tej. Conj. osteopatías y otra</i>	1.774	690	141	117	176	596	54
Sistema genitourinario	12555	2581	1443	1150	1469	5549	363
<i>Nefritis</i>	100	35	4	4	12	39	6
<i>Otra enf. del riñón</i>	538	210	43	37	47	189	12
<i>Cistitis</i>	1.751	88	71	69	164	1.272	87
<i>Otra Enf. sistema urinario</i>	1.909	602	230	166	194	666	51
<i>Enf. de la mama</i>	1.213	320	172	203	136	367	15
<i>Inflam. útero, vagina y vulva</i>	1.980	172	284	227	282	955	60
<i>Trastorno menstrual</i>	2.135	243	211	168	298	1.140	75
<i>Otras Enf. genital</i>	2.929	911	428	276	336	921	57
Complic. obstétrica direc.	1.429	392	168	212	141	491	25
Afecciones p. perinatal	239	30	55	12	71	71	
Anomalías congénitas	675	366	127	78	28	73	3
Causas externas	2624	511	231	156	247	1292	187
<i>Traumatismos</i>	1.645	366	190	116	197	652	124
<i>Quemadura y envenenamien.</i>	65	6	3	2	5	39	10
<i>Otras causas externas</i>	644	45	13	24	35	495	32
<i>Secuela de accid. o violencia</i>	270	94	25	14	10	106	21
Signos y Sintomas	3707	508	145	191	371	2348	144
<i>Sint. Dolor abdominal y pélvis</i>	931	35	48	58	109	647	34
<i>Sint. Cefalea</i>	723	36	23	29	72	516	47

<i>Signo y síntoma causa desc.</i>	2.053	437	74	104	190	1.185	63
<i>Cotrol sin hallazgo patológico</i>	37528	1501	1281	1586	3984	28287	889
<i>Procedim. Específ. sin patolo.</i>	3.982	425	139	376	357	2.602	83
<i>Probl. Psicosocioeconómico</i>	305	62	7	24	88	117	7
<i>Cons. repetición tratamiento</i>	6.585	464	236	348	760	4.500	277
<i>Control sin hallazgo patológ.</i>	26.656	550	899	838	2.779	21.068	522