

11227
20/10/70



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA

Costos de Internamiento en el Servicio de
Medicina Interna del Hospital General
"10. de Octubre", ISSSTE

TESIS DE POSGRADO
Que para Obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Presenta

Dr. Enrique Ignacio Soltero Martínez

Asesor:
DR. OSCAR SAITA KAMINO

Profesor del curso:
DR. OSCAR SAITA KAMINO

MEXICO, D. F.

1985.

~~FALLA DE ORIGEN~~



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. RESULTADOS
- V. DISCUSION
- VI. CONCLUSION
- VII. BIBLIOGRAFIA

COSTOS DE INTERNAMIENTO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL GENERAL "1o. DE OCTUBRE. I.S.S.S.T.E.

INTRODUCCION

El aumento creciente de los costos de atención médica, es uno de los aspectos de mayor preocupación para todos los gobiernos y organismos de salud del mundo, sobre todo, si se toma en --- cuenta una gran parte de ellos tiende a procurar una atención igualitaria a toda la población y ejercer una medicina cada -- vez más eficiente, lo que significa aumento en su complejidad y por lo tanto en su costo. (1)

La atención médica y el incremento de sus costos constituyen - un aspecto complicado de la administración de los servicios de salud, problemas que interesa a directivos, planificadores, ad-- ministradores de hospitales, clínicas o centros médicos del -- sector público, descentralizado o privado; médicos tratantes, proveedores de equipo médico, pacientes, etc. (1)

El costo de la atención médica puramente terapéutica es tal, - que apenas una minoría insignificante de la población puede su-- fragarla sin graves contratiempos de su presupuesto. Para la - gran mayoría, las cifras ordinarias alcanzan un orden fuera de todas sus posibilidades. (2)

En el Hospital General "1o. de Octubre" del Instituto de Segu-- ridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no se tienen antecedentes de estudios sobre costos de atención mé-- dica, aunque el costo día-cama ha sido estipulado en quince -- mil pesos.

El médico, eje principal de la atención médica, tiene la res-- ponsabilidad directa de proporcionar fundamentalmente, servi--

cios de la más alta calidad posible, pero no puede evadir su responsabilidad de actuar sin desbordamientos de los niveles económicos de su clientela, de las instituciones donde trabaja y de las condiciones generales del país. (1)

OBJETIVOS

Determinar el costo de internamiento en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General "10. de Octubre" del I.S.S.T.E. en los 5 de los padecimientos más frecuentes motivo de internamiento.

Hacer conocer al médico el costo de la atención médica.

MATERIAL Y METODOS

Se decidió realizar el estudio en pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna por los siguientes padecimientos:

Accidente vascular cerebral
Cirrosis hepática
Diabetes mellitus
Insuficiencia cardíaca congestiva
Neumonía

Los pacientes fueron seleccionados al azar en grupos de 20, durante los meses de junio a octubre de 1984.

El método de estudio fue a través del expediente clínico, incluyéndose órdenes médicas, hojas de enfermería, estudios de laboratorio realizados, estudios de gabinete realizados, estudios especiales, material de apoyo utilizado y medicamentos.

Se determinaron los días estancia de cada paciente, y el promedio obtenido de los parámetros anteriormente mencionados fue utilizado para la obtención de los costos unitarios.

Los costos que se tomaron en cuenta para los diversos estudios de laboratorio, gabinete, procedimientos especiales y medicamentos, así como material de apoyo, fueron los que predominaban en el momento de la investigación en el ámbito de la medicina privada tomándose en cuenta que fueran de buena calidad. El costo día-cama fue el fijado por la administración del hospital, vigente durante el estudio, previamente mencionado de quince mil pesos.

El monto total de la erogación económica promedio por paciente, se consideró como el costo de internamiento para el paciente que ingresó al Servicio de Medicina Interna del Hospital General "10. de Octubre".

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna por alguno de los 5 padecimientos más frecuentes motivo de internamiento, siendo seleccionados en grupos de veinte.

CUADRO No. 1
COSTOS DE INTERNAMIENTO
PACIENTES INCLUIDOS

Padecimiento	No. de pacientes
Accidente vascular cerebral	20
Cirrosis hepática	20
Diabetes mellitus	20
Insuficiencia cardíaca congestiva	20
Neumonía	20
Total	100

Los costos determinados correspondieron a los siguientes parámetros: días-cama, estudios de gabinete, estudios de laboratorio, material de apoyo y medicamentos, dividiéndose el costo total entre el número de días estancia promedio del paciente, teniéndose en esta forma el costo día de internamiento por paciente.

Para el grupo de pacientes con accidente vascular cerebral, el promedio de edad fue de 69.1 años y el de días-cama de 14. --- (cuadro No. 2).

CUADRO No. 2
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

No. de pacientes	20
Promedio de edad	69.1
Promedio días-cama	14

Entre los estudios de gabinete y de laboratorio practicados, se incluyeron BH, QS, EGO, punción lumbar con análisis citoquímico del LCR, radiografía del tórax y del abdomen, TAC de cráneo, ECG, gasometría arterial y electrolitos séricos. El material de apoyo utilizado, tanto en éste como en los demás padecimientos, incluyó en forma general, sondas (nasogástrica y --urinaria), catéteres endovenosos, equipos de venoclisis, vendas, soluciones, sangre y plasma, tiras reactivas para determinación de glucosa en orina y en sangre. Los principales medicamentos considerados fueron dipiridamol, dexametasona, difenilhidantoina, cimetidina, etc.

Los costos de los diversos parámetros incluidos, para el accidente vascular cerebral, dieron un total por paciente de - - - \$288,504.00 para una estancia promedio por paciente de 14 días, resultando un costo día por paciente de \$20,607.42 (tabla 1).

TABLA I

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Costos promedio de internamiento por paciente

Días cama	\$ 210,000.00
Estudios de gabinete	18,378.00
Estudios de laboratorio	32,034.00
Material de apoyo	12,892.00
Medicamentos	15,200.00

Total por paciente	288,504.00
--------------------	------------

Costo día por paciente	20,607.42
------------------------	-----------

Para el grupo de pacientes con cirrosis hepática, el promedio de edad fue de 55.4 años, y el de días cama de 16.5 (cuadro -- No. 3).

CUADRO No. 3

CIRROSIS HEPATICA

No. de pacientes	20
Promedio de edad	55.4
Promedio día-cama	16.5

Entre los estudios de gabinete y de laboratorio practicados, - se incluyeron radiografías del tórax y del abdomen, endoscopia gástrica, SEGD, gamagrama hepático, ultrasonografía hepática, 3H, Q.S., E.G.O., PFH completas, gasometría arterial, electrolitos séricos, ECG. El material de apoyo principalmente equipo - para enemas evacuantes, lavado gástrico, sangre, plasma, son-- das, soluciones, catéteres, así como medicamentos, como neomi-- cina, kanamicina, cimetidina, metoclopramida, propranolol, y en su caso, los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo. -- Los costos de los diversos parámetros incluidos en los pacien-- tes con cirrosis hepática, dieron un total de \$ 372,646.00 en-- tre una estancia promedio de 16.5 días, resultando un costo-día de internamiento de \$22,584.60.

TABLA II

CIRROSIS HEPATICA

Costos promedio de internamiento por paciente

Días-cama (16.5)	\$ 247,500.00
Estudios de gabinete	30,119.00
Estudios de laboratorio	33,548.00
Material de apoyo	51,139.00
Medicamentos	10,340.00
<hr/>	
Total por paciente	372,646.00
<hr/>	
Costo-día por paciente	\$ 22,584.60

En el grupo de pacientes con diabetes mellitus, el promedio de edad fue de 49.6 años, y el de días cama de 9.7 (cuadro No. 4).

CUADRO No. 4

No. de pacientes (5 M) (15 F)	20
Promedio de edad	49.6
Promedio días-cama	9.7

Los estudios realizados fueron radiografías del tórax y del abdomen, electrocardiograma, urografía excretora, B.H., Q.S., -- E.G.O., gasometría y electrolitos, tiras reactivas para determinar glucosa en sangre y orina, sondas, catéteres, soluciones, equipos de venoclisis, bolsas colectoras y vendas. Los medicamentos principalmente utilizados fueron antibióticos, insulina, hipoglucemiantes orales, cimetidina, diuréticos y antihipertensivos. Conviene señalar que en el grupo de pacientes estudiados, solo hubo 2 casos de pacientes con insuficiencia renal -- crónica secundaria, lo cual habría aumentado los días estancia y el costo.

Los costos de los diversos parámetros incluidos, para los pacientes con diabetes mellitus, dieron un total de \$194,615.00 para una estancia promedio por paciente de 9.7 días, resultando un costo-día de internamiento por paciente de \$20,063.00 -- (tabla III).

TABLA III

DIABETES MELLITUS

Costos promedio de internamiento por paciente

Días-cama (9.7)	\$ 145,500.00
Estudios de gabinete	11,338.00
Estudios de laboratorio	20,324.00
Material de apoyo	13,881.00
Medicamentos	3,572.00
<hr/>	
Total por paciente	194,615.00
<hr/>	
Costo-día por paciente	20,063.00
<hr/>	

En el grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, el promedio de edad fue de 72.4 años, y el de días-cama de 9.1 (cuadro No. 5).

En este grupo fueron excluidos aquellos pacientes cuya causa de insuficiencia cardíaca fuera secundaria a valvulopatías ya que se consideró que la necesidad de implantar una prótesis -- valvular o realizar una comisurotomía notablemente el costo -- promedio en el paciente que ingresa, más frecuentemente, por -- insuficiencia cardíaca secundaria a enfermedad aterosclerosa-hipertensiva.

CUADRO No. 5

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

No. de pacientes	20
Promedio de edad	72.4 años
Promedio de días-cama	9.1 días

Los estudios de gabinete y de laboratorio más frecuentemente -
realizados en estos pacientes fueron: B.H., Q.S., E.G.O., gaso
metría arterial, enzimas cardíacas, electrolitos séricos; elec
trocardiograma, radiografías del tórax, serie cardíaca, vitalo
grafía. El material de apoyo utilizado consistió en catéteres,
soluciones, equipos de venoclisis, vendas, tiras reactivas. --
Los medicamentos utilizados, antihipertensivos, digital, diuré
ticos, dipiridamol, salbutamol, cimetidina, sales de potasio.

Los costos de los diversos parámetros incluidos en pacientes -
con insuficiencia cardíaca congestiva, dieron un total de - --
\$197,023.00 para una estancia promedio por paciente de 9.1 días,
resultando un costo-día por paciente de \$21,650.87 (tabla IV).

TABLA IV

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Costos promedio de internamiento por paciente

Días-cama (9.1)	\$ 136,500.00
Estudios de gabinete	21,899.00
Estudios de laboratorio	24,378.00
Material de apoyo	10,919.00
Medicamentos	3,327.00
<hr/>	
Total por paciente	197,023.00
<hr/>	
Costo-día por paciente	21,650.87
<hr/>	

Para el grupo de pacientes internados por neumonía, el promedio de edad fue de 62.7 años, y el de días cama de 10 (cuadro No.6)

CUADRO No. 6

NEUMONIAS

No. de pacientes	20
Promedio de edad	62.7
Promedio días-cama	10

Los estudios de gabinete y laboratorio realizados incluyeron - radiografías del tórax, tomografía lineal en algunos casos, vitografía, electrocardiograma, B.H., Q.S., E.G.O., gasometría arterial, electrolitos séricos. El material de apoyo utilizado catéteres, cánulas, humidificador con oxígeno, soluciones, vendas. Medicamentos como antibióticos, salbutamol, antiagregantes plaquetarios, cimetidina, digoxina y otros.

Los costos de los diversos parámetros incluidos en los pacientes con neumonía, dieron un total de \$ 185,268.00 para una estancia promedio por paciente de 10 días, resultando un costo - día por paciente de \$ 28,526.80 (tabla V).

TABLA V

NEUMONIAS

Costos promedio de internamiento por paciente

Días-cama (10)	\$ 150,000.00
Estudios de gabinete	8,528.00
Estudios de laboratorio	14,372.00
Material de apoyo	8,172.00
Medicamentos	4,196.00
<hr/>	
Total por paciente	185,268.00
<hr/>	
Costo-día por paciente	18,526.80
<hr/>	

Como se puede ver en el Cuadro No. 7, el costo día de interna-

miento para el paciente con alguno de los cinco padecimientos incluidos en este estudio e ingresado en el Servicio de Medicina Interna, fué superior al costo día-cama determinado por la administración del hospital, previamente mencionado de quince mil pesos.

CUADRO No. 7

COSTO DIA DE INTERNAMIENTO
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
H. G. "1o. DE OCTUBRE"

Accidente vascular cerebral	\$ 20,607.42
Cirrosis hepática	22,584.60
Diabetes mellitus	20,063.00
Insuficiencia cardíaca congestiva	21,650.87
Neumonía	18,526.80

DISCUSION

Los resultados de este estudio sobre costos de internamiento en el Servicio de Medicina Interna del H.G. "10. de Octubre", de los cinco padecimientos más frecuentes motivo de internamiento, demuestran que el costo día de hospitalización por paciente es superior al costo día cama fijado por la administración del hospital, en aproximadamente un 33.3 por ciento, lo cual indica que los costos de atención médica en la institución están mal calculados, es un hecho real que debe preocupar tanto a directivos y administradores, pero también al médico en quien recae la responsabilidad de proporcionar una atención de calidad aceptable sin que el balance riesgo-beneficio para la salud del paciente, sea alterado negativamente por el incremento en los costos. (3)

Los costos de atención médica son los gastos que se erogan en programas de salud que realizan hospitales, clínicas u otro tipo de unidades en el cuidado de una población o de pacientes, en cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (1)

Los tres elementos que constituyen los costos en lo que se refiere a erogaciones son:

- a) Material directo, por ejemplo: medicamentos, material de curación, gabinete, laboratorio.
- b) Mano de obra directa, por ejemplo: salarios, honorarios.
- c) Gastos indirectos, por ejemplo: la construcción de la unidad médica, luz, mobiliario, depreciación de equipo.

La suma de estos tres componentes se divide por el número esta

dístico de las prestaciones otorgadas en cada departamento y -
cuya unidad es variable, el cociente se denomina costo unitario de una prestación.

En este estudio, se partía de la base de un costo unitario ---
asignado a la suma de dos de los componentes, mientras que se
desconocía el costo del material directo, ya que la relación -
entre los insumos utilizados para cada paciente en particular
es difícil determinar, y prácticamente no existen estudios pre
vios ni información suficiente de instituciones públicas y/o -
privadas. (4)

Es por eso que en este estudio, el análisis del costo de inter
namiento a partir de costos directos o unitarios, nos permite
conocer un poco sobre los insumos de los pacientes aunque des-
conozcamos su repercusión por el momento en la aplicación de -
programas específicos de atención médica. (5)

Los insumos utilizados en el paciente hospitalizado, varían de
acuerdo a la causa del padecimiento que origina su ingreso.

Sin embargo, en los cinco tipos de padecimientos estudiados, -
no se encontró gran variación en cuanto al material utilizado,
excepto en el uso de medicamentos y la aplicación de sangre y
plasma en los pacientes afectados por cirrosis hepática.

Entre los factores que incrementan los costos de intrenamiento
en los diversos pacientes, se pueden considerar los de tipo --
técnico-administrativo, técnico-médico, médico propiamente e -
inclusive los propiciados por el mismo paciente. (6)

Desde el punto de vista administrativo, el costo se incrementa
cuando el paciente permanece más días debido a rezago en la ac
tualización de la vigencia, retardo en las entrevistas de tipo
socio-económico y la falta de agilización del egreso médico, -

lo cual ocasiona más días estancia del paciente, principalmente en el fin de semana.

Desde el punto de vista técnico-médico es necesario hacer notar que la falta de estudios especiales, por ejemplo TAC o gammagrama, además de que prolongan la estancia del paciente, en ocasiones la indicación de tales estudios puede ser muy precisa, y los costos de internamiento se incrementan aunque el beneficio para el paciente no sea mayormente significativo.

Otro tanto ocurre con los estudios de laboratorio y gabinete que se solicitan. Aunque es innegable la utilidad de los mismos para el apoyo del diagnóstico clínico, el uso repetitivo de los mismos no aumentará la calidad de la atención médica y si el costo de los insumos utilizados. Es también necesario hacer notar que el retraso en la realización de un estudio y el desinterés administrativo en la entrega de resultados aumentan los costos de internamiento.

Hay además un dato interesante que es necesario señalar, en estudios previamente realizados (7), se investigó la utilidad de los exámenes de laboratorio practicados en forma rutinaria (independientemente de lo sugerido por el estudio clínico del enfermo). Se encontró que la proporción de diagnósticos nuevos --no sospechados clínicamente-- varió en forma considerable según la prueba, del 22.6 por ciento en el caso de la radiografía de tórax al 0.0 por ciento en el caso de las determinaciones séricas de creatinina, ácido úrico, albúmina, globulinas y colesterol.

Un hallazgo de interés fue, que aparentemente, los médicos ---tienden a no hacerle caso a resultados anormales de laboratorio cuando desde el punto de vista clínico no hay "razón" para ello.

Por lo tanto, es necesario que el médico recuerde que ningún -

recurso de laboratorio y gabinete puede substituir a la práctica clínica efectiva ya que ésta es la determinante en la utilidad de los estudios paraclínicos. (8)

En relación con el paciente, éste incrementa los costos cuando por razones no médicas retarda el egreso hospitalario. Un ejemplo frecuente es aquel paciente que no egresa porque sus familiares no acuden por él, y aquellos que encuentran mayor comodidad que en su domicilio, objetando el egreso el mayor tiempo posible aduciendo todo tipo de problemas médicos y no médicos.

Como se puede deducir, el incremento de los costos es un aspecto complicado en el otorgamiento de un servicio de salud, y - en nuestro hospital como en todos, es una compleja maquinaria en la que cada persona tiene una función asignada, debiéndola conocer perfectamente para brindar una atención médica de óptima calidad sin un gran incremento en los costos.

Para satisfacer las demandas de atención médica, que traducidos en demanda de servicios genera una población determinada, existen en el hospital una serie de recursos humanos, financieros y técnicos que actúan como satisfactores (9). Cuando éstos no son suficientes respecto a las necesidades, como generalmente acontece en nuestro medio hospitalario, adquiere mayor importancia el proceso administrativo, cuya función central es la obtención del máximo aprovechamiento de las diversas clases de recursos de que disponen las unidades médicas para la congruencia de acción en un propósito común que es el otorgamiento de atención médica oportuna, suficiente y de máxima calidad, todo ello con el trato humano adecuado. Si la solitud de servicios médicos es mayor que la capacidad para otorgarlos, y si esta capacidad no puede ser incrementada mediante la dotación de nuevos recursos, la única manera de intentar reestablecer el equilibrio entre la oferta y la demanda, es aprovechar más eficazmente los medios de que se dispone.

En nuestro país, el gasto público en salud, como porcentaje -- del producto interno bruto (PIB), para 1982, fue de 1.4 por -- ciento, y en relación al presupuesto del sector público, de -- 3.8 por ciento. Estos mismos conceptos, a nivel internacional, registran un promedio de 4.6 y 17.1 por ciento, respectivamente. Tales porcentajes demuestran que México, en relación con otros países, estuvo por debajo en lo que se refiere a la asignación de recursos para la salud. (10)

Un problema aún más grave que la escasez de recursos financieros lo constituye la distribución programática de los mismos, (10).

Del total del gasto público en salud, a la atención médica, se asigna el 78 por ciento; al mejoramiento ambiental, 3 por ciento, a la asistencia social el 1,5 por ciento, en tanto que los servicios administrativos consumen más del 17 por ciento..

El presupuesto asignado al sector salud en 1984 fué de 425,356 millones de pesos, superior en 39 por ciento en relación al correspondiente al año anterior. (11)

Sin embargo, se hace notar que los montos destinados durante los años 1983 y 1984, revierten la tendencia de disminución de la participación del presupuesto para la salud en relación al total federal que se observó en años anteriores.

A este panorama de la salud en México, se debe sumar una circunstancia que reviste carácter internacional: el desmedido incremento en los costos de atención médica.

Las causas más significativas del incremento de los costos son el aumento constante de la población y los progresos de la ciencia médica que alarga la esperanza de vida, aumentando en paralelo los padecimientos de larga duración. La pirámide de población en la atención médica, requiere una forma de reloj de are

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

na: en el extremo inferior, muchos niños y en el superior casi igual número de ancianos. Ambos grupos demandan asistencia médica con mayor frecuencia, ésto es, más consultas externas, -- más admisiones a hospital, más visitas, mayor consumo de medicamentos y otros artículos relacionados con la salud. (12)

El hospital se ha convertido obligadamente con mayores inversiones, en el centro principal de la asistencia médica, ya que en poco más de dos decenios ha expandido sus servicios, y haciendo realidad los preceptos de prevención, curación, rehabilitación, enseñanza investigación y coordinación, ha cambiado muchas de sus características y funciones; por ejemplo: medicina preventiva, visita domiciliaria, tococirugía en área de urgencias, riñón artificial, cuidados intensivos, trabajo social, isótopos radiactivos, medicina del trabajo, planificación familiar, etc. Por otro lado, los salarios han aumentado en forma significativa al requerirse personal más calificado y por la -- obligada diversificación del trabajo, tanto para tratamientos directos como indirectos y para el manejo de nuevos y más sofisticados equipos. El mayor número de admisiones hospitalarias por mil individuos y la tardanza en solicitar atención médica, son cargas financieras que no se pueden soslayar. La falta de educación médica, hace que los pacientes no acudan a los servicios con la oportunidad debida y cuando lo hacen, su estado demanda mayor número de atenciones. En servicios médicos -- institucionales acontece lo mencionado, debido también a la -- falta de educación médica, pues con frecuencia asisten no por necesidad sino por la conocida actitud de "revancha": "si me quitan, aunque sea poco, voy a desquitarlo", dicen. También en perjuicio de costos razonables y refiriéndose al personal médico, que no logra integrarse a la institución, cabe señalar como se extienden recetas innecesarias, incapacidades no justificadas o se amplían los períodos de estancia hospitalaria de -- igual forma innecesarios. (12)

Hay otros factores no menos importantes, que pueden considerarse dentro del marco administrativo: imprevisiones, fallas o defectos de planificación, de organización y de la inteligencia y adecuada integración de los recursos humanos y materiales.

Por otro lado, no se debe olvidar a dos grupos que participan significativamente en el problema que nos ocupa: primeramente, la industria que provee las instalaciones y equipos para clínicas, hospitales y otros edificios médicos y que en apego a su estructura socioeconómica, alienta la diversificación de sus productos, impulsa la llamada economía de desperdicio y provoca la prematura obsolescencia de los recursos materiales; a eso se agrega la carencia de normas de calidad y la frecuente escasez de instructivos para el uso y manejo de instalaciones, --- equipos, aparatos e instrumentos, cuyo resultado no es otro -- que el incremento de los costos. (12)

En segundo lugar, se encuentra la industria químico-farmacéutica que es una potencia significativamente influyente en los -- efectos socioeconómicos de la atención médica.

La industria farmacéutica promoviendo su mercado, influye en -- los costos de la atención médica de muchas maneras: inspirando programas de investigación, promoviendo experimentos y subvencionando trabajos de investigación médica, referidos a las cualidades de sus productos. (12)

Sin embargo, el incremento en los costos, no debe ser un impedimento cuando se demuestra que los beneficios obtenidos en la atención médica son claramente significativos. Tan sólo en cirugía, ha habido descensos significativos en la mortalidad quírúrgica, como de 75 a 3 por ciento en la resección gástrica -- por úlcera, de 30 a 6 por ciento en intervenciones quirúrgi--cas por hernia estrangulada (13). Ganancias en salud que tienen origen en la acción multidisciplinaria de cirujanos y otro personal calificado y diestro en sus labores, buenos equipos, técnicas bien ejecutadas en anestesia, hemostasia precisa, ---

transfusiones de sangre, buen equilibrio hidroelectrolítico, - modernos productos farmacológicos, asepsia vigorosa, control - de signos vitales y otros recursos.

Es explicable que cada nuevo equipo, cada técnica que se adopta y cada nuevo procedimiento que se ejerce, eleve los costos. Se calcula que por adquirir otros equipos que no existían y reponer algunos, el costo hospitalario crece entre 15 y 20 por ciento por año. (14)

En relación a la cantidad en que han aumentado los costos, la contestación se encuentra en el aumento de los costos de los componentes, que en general ha sido, en los últimos años, de un 60 a 65 por ciento, he aquí algunos ejemplos unitarios: 35 a 40 por ciento en costos de construcción, 25 por ciento de aumento en salarios, 20 por ciento de aumento en sábanas, toallas y ropa en general, 35 por ciento de aumento en alimentos, 55 a 60 por ciento en medicamentos, 35 a 40 por ciento en materiales médico-quirúrgicos. En hospitalización un 25 a 30 por ciento, an análisis clínicos un 40 por ciento, en estudios radiológicos un 35 por ciento.

Uno de los parámetros que mejor idea nos puede dar del incremento de costos, es sin duda el día-cama en un hospital.

En el IMSS, el costo día-cama, se ha incrementado en un 38.6 por ciento y la consulta externa por individuo en un 54.2 por ciento.

En el hospital mencionado, el costo operacional, considerando incluidos en él: laboratorio clínico, rayos X, sangre, ropa, alimentos, etc., sufrió un incremento del 111.4 por ciento. Estos datos, no obstante su irregularidad y en algunos casos su insuficiencia, concuerdan con el incremento encontrado en el costo día-cama en el presente estudio, que fue de 33.3 por -i-

ciento, y presentan una idea suficientemente clara de la situación en cuanto al aumento de los costos de la atención médica.

Se puede asegurar que el aumento de los costos de atención médica en los últimos años (costos unitarios), ha sido muy superior al aumento en el nivel general de precios, más de 3 veces según la OMS, y que ningún aumento al presupuesto para la salud por parte del sector público será suficiente para garantizar servicios a un grupo de población cada vez más grande que no puede financiar su atención médica.

Todo lo anterior significa, que el incremento en los costos de atención médica se debe a razones económicas, sociales, culturales y técnicas.

CONCLUSIONES

El aumento creciente y constante de los costos de la atención médica, constituye un aspecto complicado de la administración de los servicios de salud, y es ocasionado por factores económicos, sociales, culturales y técnicos.

En nuestro país, prácticamente no existen estudios previos sobre costos de internamiento para un padecimiento determinado, por lo que en este estudio se toma como base la relación entre los insumos utilizados en cada paciente para obtener un costo-día de hospitalización, el cual fue superior en un 33,3 por ciento al previamente fijado por la administración del hospital.

El gasto público en salud como porcentaje del PIB y en relación al presupuesto del sector público, se encuentra en México por debajo en lo que se refiere a la asignación de recursos pa

ra la salud cuando se compara con otros países. Por otro lado, el alza del costo de la atención médica ha sido tres veces superior al costo general de la vida, según la OMS.

Es por esto que los costos de la atención médica, deben ser -- acuciosamente contabilizados, para mantenerlos dentro de límites que permitan la sobrevivencia de las instituciones y garan ticen servicios oportunos y eficaces, en un justo equilibrio - de alta calidad y costo mínimo.

Los costos en la atención médica pueden ser modificados en --- aquellos renglones ya señalados, de abuso en la solicitud de - la atención por parte de los usuarios, y del mal uso y abuso - de los medios con que cuentan los responsables de otorgar di-- cha atención.

Seguramente los costos calculados en el presente trabajo no -- son los reales con la información con la que se pudo contar, - ya que no se tuvo la posibilidad de obtener los gastos del hospital por los siguientes conceptos: impuesto predial, mantenimiento, depreciación, transportes, agua, luz, teléfono, papele ría y alimentos. Por lo tanto el costo día-cama proporcionado por la adminsitración del hospital, seguramente no corresponde a la realidad.

Por último creo, que el problema más grave para que en nuestro medio se llegue a conocer la realidad en relación con el costo-beneficio de la atención médica, es la falta de información ca si absoluta, empezando desde las necesidades de atención por zonas y tipo de patología prevalente, tipo de construcción --- ideal de acuerdo a la atención que proporcione, personal que - deben de tener a cada nivel y la proporción adecuada del mismo, los insumos que se deben de surtir de acuerdo al tipo de atención, la cantidad de esos mismos insumos por periodo determinado, etc., por lo que se observa la lista puede ser muy larga, y por lo que se puede concluir que la tarea al futuro es de di

mensiones titánicas, pero debemos de iniciarla para llevar en el futuro un adecuado estudio, planeación y evaluación del -- trabajo en la atención de la salud, ya que como se vislumbra -- los costos de la atención médica por los problemas de la econo -- mía mundial, se incrementarán casi en forma geométrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Espinosa, V. Costos crecientes de la atención médica, Gaceta Médica de México, 110: 5; 311, 1975.
2. Quijano, M. Financiamiento de la atención médica, Gaceta Médica de México, 110: 307, 1975.
3. Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. - 1a. Ed., 1984.
4. Guías Diagnóstico Terapéuticas del IMSS, Marzo, 1975.
5. Fajardo, G. Las técnicas costo-beneficio y costo-efectividad para la toma de decisiones en los problemas de atención médica. Gaceta Médica de México. 119; 232, 1983.
6. Laguna, J. El proceso de integración de los servicios de salud. Gaceta Médica de México. 119: 5; 219, 1975.
7. Viniegra, L. La importancia del trabajo clínico en la validez predictiva de los exámenes de laboratorio. Rev. Invest. Clin. 32: 281, 1980.
8. Lisker, R. Utilidad de los exámenes de laboratorio y gabinete realizados en forma rutinaria. Rev. Invest. Clin. 32: 287, 94, 1980.
9. Alvarez, J. Atención médica e infraestructura sanitaria. - Gaceta Médica de México. 110: 317, 1975.
10. De-Wit-G, A. Características sobresalientes de los servicios de salud en México. Salud Pública de México. 18: 222, 1976.

11. Villanueva, M. La toma de decisiones en la administración hospitalaria. Boletín Médico del IMSS. Mayo, 1976.
12. Ríos, A. Factores socioeconómicos que incrementan los costos de la atención médica. Gaceta Médica de México, 110: - 5; 335, 1975.
13. Trejo, O. La salud y la industria farmacéutica. Ponencia; Conv. Nal. Salud. México, 1973.
14. Zamarripa, C. El avance de la medicina y la tecnología como factores de incremento de los costos de la atención médica. Gaceta Médica de México, 110: 325, 1975.