



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud  
Cuba

García Fariñas, Anaí; Barroso Utrá, Isabel; Rodríguez Salvá, Armando; De Vos, Pol; Van der Stuyft, Patrick; Bonet Gorbea, Mariano

Costos directos del ingreso en el hogar en Cuba

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-marzo, 2008

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## **Costos directos del ingreso en el hogar en Cuba**

### **Direct costs of home-based care in Cuba**

**Anaí García Fariñas<sup>I</sup>; Isabel Barroso Utrá<sup>II</sup>; Armando Rodríguez Salvá<sup>III</sup>; Pol De Vos<sup>IV</sup>; Patrick Van der Stuyft<sup>V</sup>; Mariano Bonet Gorbea<sup>III</sup>**

<sup>I</sup>Máster en Economía de la Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Bioestadística. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de I Grado en Epidemiología. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup>Especialista en Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Bélgica.

<sup>V</sup>Especialista en Epidemiología. Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Bélgica.

---

#### **RESUMEN**

**Introducción** El ingreso en el hogar es una alternativa asistencial de la atención primaria cuyos objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos. En Cuba han sido pocos los estudios sobre esta modalidad que aborden diferentes entornos geográficos.

**Objetivos** Estimar y caracterizar el costo directo del ingreso en el hogar para diferentes áreas geográficas en Cuba.

**Métodos** Se desarrolló un estudio parcial, descriptivo, de costos entre 2001 y 2002 en cuatro áreas geográficas del país. Se consideraron aquellos costos asumidos por el Sistema Nacional de Salud y parte de los asumidos por las familias. Las partidas empleadas fueron: recursos humanos, material gastable, medios diagnósticos y tratamiento farmacológico. Se estimó el costo por paciente y por causa de ingreso. El total de pacientes ingresados fue de 837.

**Resultados** El costo por paciente osciló entre los casi 10,00 y 20,00 pesos. El área rural mostró el mayor costo en este aspecto. Las partidas de mayor aporte fueron el salario y el tratamiento farmacológico. La diferencia entre el costo por paciente del área rural y el resto estuvo determinada por el tratamiento. El ingreso en el hogar representó un gasto de familia promedio, por compra de medicamentos, que osciló entre los 7,00 y los 18,00 pesos por paciente.

**Conclusiones** El ingreso en el hogar generó costos medios similares en las áreas urbanas y rurales. Las enfermedades respiratorias fueron las de mayores costos asociados y el aporte de las diferentes partidas fue similar independientemente del área geográfica y del motivo que causó el ingreso. A medida que la gravedad del paciente aumentó, se observó diferencias en los costos entre las áreas, y los incrementos se produjeron a expensas fundamentalmente de la partida "tratamiento".

**Palabras clave:** Costos, ingreso domiciliario, ingreso en el hogar, atención primaria de salud.

## SUMMARY

**Introduction** Home-based care is a primary health care option mainly aimed at improving the patient care and at using available economic resources more effectively. There have been few studies on this care modality that included different geographical settings in Cuba.

**Objectives** To estimate and to characterize the direct cost of home care in the various geographical areas of the island.

**Methods** A partial cost study was conducted from 2001 to 2002 in four Cuban geographical areas. Those costs afforded by the national healthcare system and part of those paid by the families were analyzed. The considered items were human resources, waste materials, diagnostic means and drug therapy. Cost per patient and per cause of home care was estimated. The total number of patients cared at home was 837.

**Results** The cost per patient ranged from nearly 10,00 to 20,00 pesos. The rural setting showed the highest cost in this regard. Items that contributed the most were salary and drug therapy. The difference between cost per patient in a rural area and in the other areas was determined by the kind of treatment. Home-based care accounted for an average family cost, in terms of purchase of drugs, from 7,00 to 18,00 pesos per patient.

**Conclusions** Home care generated comparable average costs in both rural and urban areas. Respiratory diseases were the most costly and the contribution by the various items was similar regardless of the geographical area and of the cause of home care. As the condition of the patients became more critical, differences in terms of costs between urban and rural areas were observed, and cost increases mainly occurred at the expense of the item "treatment."

**Key words:** Costs, home-based care, primary healthcare.

---

## INTRODUCCIÓN

El ingreso en el hogar (IH) es una alternativa asistencial de la atención primaria que se define como un conjunto de cuidados médicos y de enfermería a pacientes en su domicilio cuando necesiten ingreso con seguimiento continuo pero no necesariamente en un medio hospitalario. Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos.<sup>1-3</sup>

En Cuba, esta modalidad de atención es realizada por el equipo básico de salud (EBS) que está formado por el médico y la enfermera de la familia. Estos atienden a una población geográficamente determinada, bajo la asesoría de los profesores de los grupos básicos de trabajo (GBT). Este grupo está integrado por especialistas de medicina general integral, medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y psicología, radica en un policlínico local y atiende aproximadamente de 15 a 20 EBS.<sup>4</sup> De esta forma el ingreso en el hogar lo realizan y atienden personal médico no especializado, lo que marca una diferencia en relación con otras modalidades practicadas en el mundo.<sup>5</sup>

En la literatura se ha descrito las ventajas de esta modalidad de atención y los efectos que puede tener sobre la calidad del servicio. Se ha informado, entre otras, que permite una atención más integral al enfermo,<sup>6</sup> elimina los riesgo de infección hospitalaria,<sup>7</sup> permite la

utilización de la terapia familiar en el abordaje clínico-terapéutico del paciente<sup>8</sup> y estimula el desarrollo profesional y el accionar independiente de la enfermera.<sup>9</sup>

En relación con la utilización de los recursos, las opiniones no siempre coinciden. Algunos autores han referido que el ingreso en el hogar pudiera propiciar un uso más racional de las camas y recursos hospitalarios,<sup>10,11</sup> así como reducir los costos de la atención, tanto para la familia como para el hospital.<sup>12-14</sup> Sin embargo, en otro estudio se divulga incrementos en los costos.<sup>15</sup>

Cualquier abordaje del tema "costo" implica dejar esclarecido, al menos tres elementos: su conceptualización, la perspectiva del análisis y la necesidad del descuento. El costo puede entenderse como el valor monetario de los recursos que se utilizan para producir un bien o servicio.<sup>16</sup> Este valor puede variar, entre otros factores, debido a la perspectiva asumida en el análisis la cual determina, en última instancia, las partidas que se seleccionarán para calcularlo. Para el campo de la salud, *Drummond*<sup>17</sup> ha descrito al menos tres perspectivas: la del sector de la salud, la del paciente y su familia y la de cualquier otro sector de la sociedad.

Otro elemento a tener en cuenta sería el momento en que se consumirán los recursos pues de ser en el futuro tendrá que escogerse una técnica de descuento para actualizar el valor de esos recursos al momento concreto en el que se estimará el costo.

El término "costo directo" merece ser esclarecido. Para los contables tradicionalmente el costo directo es entendido como aquellos costos imputables directo a los insumos necesarios para producir un bien o servicio.

En este sentido, se puede mencionar el costo de la mano de obra que puede relacionarse físicamente con el servicio y de los materiales que se consumen durante el proceso (de prestación) y que son medibles desde el punto de vista económico.<sup>16</sup> Sin embargo, en el campo de la evaluación económica (parcial y total) este término es empleado con otro significado y según la Guía para Evaluaciones Económicas en Cuba, se entiende como los recursos consumidos por un programa. Suelen ser los recursos del sector sanitario, pero igualmente podrían incluir gastos de bolsillo de los pacientes, así como recursos de otras instituciones públicas y voluntarios, incluye además los gastos generales o estructurales (*overheads* en inglés) que los contables usualmente clasifican como indirectos.<sup>18</sup>

En Cuba son pocos los estudios que abordan este tema y los resultados encontrados resultan a veces, contradictorios. Además en ningún caso se ha estudiado la temática desde la arista de las posibles diferencias urbano-rurales, que si bien el IH se rige por una metodología establecida para el país, permite adaptaciones coyunturales en función de las necesidades de la población que pudieran tener un efecto en el costo del servicio tanto para el Sistema Nacional de Salud como para la familia. El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de determinar y caracterizar el costo directo del ingreso en el hogar en cuatro GBT representativos de áreas geográficas diferentes.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de costos del IH. Se empleó una técnica de muestreo no probabilístico basado en el criterio de expertos de la Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios para seleccionar cuatro GBT de manera tal que las diferentes zonas geográficas representativas del país, establecidas por la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba,<sup>19</sup> estuvieran presentes. Fueron incluidos en el estudio el total de pacientes ingresados en el

hogar reportados por cada GBT en el periodo comprendido entre julio de 2001 y junio de 2002.

Para la estimación del costo directo se consideraron los directos asumidos por el Sistema Nacional de Salud y parte de los asumidos por las familias, específicamente la compra de medicamentos. Se estimó el costo por paciente en general y según los motivos de ingreso más frecuentes.

Los GBT seleccionados estuvieron enclavados en los siguientes entornos geográficos: GBT No. 3 del policlínico "26 de Julio" del municipio Playa en La Habana (área urbana metropolitana), el GBT No. 1 del policlínico "Comunitario de Cruces", del municipio Cruces en la provincia Cienfuegos (área urbana no metropolitana), el GBT del policlínico "Mártires del 13 de Marzo" en el poblado Cabezas en el municipio Unión de Reyes de Matanzas (área rural) y el GBT No. 2 del policlínico "Comunitario de Fomento" del municipio Fomento en Sancti Spiritus como área rural montañosa.

Se empleó una hoja de vaciamiento de datos para obtener información de cada paciente sobre: características sociodemográficas, fecha de ingreso y egreso, causa de ingreso, número de visitas realizadas por los especialistas y su tiempo de duración, pruebas diagnósticas indicadas (radiografías, electrocardiogramas, pruebas de laboratorio clínico y pruebas de laboratorio microbiológico), materiales empleados (algodón, gasa, alcohol, soluciones antisépticas, entre otras), el tratamiento farmacológico indicado y la procedencia de los medicamentos (el policlínico, la seguridad social o la farmacia comunitaria).

Se consideraron motivo de ingreso tanto los diagnósticos al ingreso como tal, como la condición de ser egreso precoz hospitalario. Los diagnósticos que provocaron el ingreso fueron clasificadas para este artículo según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na revisión (CIE-9)<sup>20</sup> en: afecciones gastrointestinales (CIE-9 códigos 001-009, 120-129, 555-558), afecciones respiratorias (CIE-9 códigos 460-466, 470-478, 480-487, 490-496), afecciones ginecoobstétricas (CIE-9 códigos 610, 611, 614-676), cardiovasculares (CIE-9 códigos 401-405, 410-429), dermatológicas (CIE-9 códigos 680-709), aparato urinario (CIE-9 códigos 580-589) y las infecciosas (CIE-9 códigos 052, 057, 061, 100). El egreso precoz hospitalario se definió como todo paciente con alta hospitalaria que requiriera, por criterio de la institución que le dio el alta, de cuidados médicos o de enfermería continuos en el hogar. Además, se identificaron como pacientes con afecciones en estadío terminal a todos aquellos que portaran una afección que los llevara inexorablemente a la muerte y que requirieran de cuidados paliativos continuos.

Para estimar el costo directo del servicio se sumaron los valores de las partidas: recursos humanos, material gastable, medios diagnósticos y tratamiento farmacológico. El costo por recursos humanos fue igual a la sumatoria del producto del tiempo total en horas (dedicado a cada paciente) por el salario por hora recibido por cada uno de los integrantes del equipo de salud: médico de la familia, enfermera de la familia y cada especialista del GBT. El costo por material gastable fue igual a la sumatoria de los materiales consumidos por paciente por el precio unitario disponible en los almacenes de los polyclínicos. El costo por medios diagnósticos se estimó a partir de las pruebas realizadas al paciente y su precio nacional unitario. Este precio es un valor promedio nacional estimado por el Ministerio de Salud Pública de Cuba (Lic. Pedro Bernal. Dirección de Contabilidad. Viceministerio de Economía. MINSAP. Comunicación personal, 2006).

Para su cálculo se tuvieron en cuenta los materiales necesarios, los recursos humanos y gastos indirectos como el agua, la electricidad y la depreciación de los equipos. Para estimar

el costo por tratamiento farmacológico se consideró el tipo de medicamento, la dosis indicada, la frecuencia de administración, el tiempo de duración del tratamiento y el precio unitario disponible en las farmacias comunitarias.

El costo se estimó en pesos cubanos de 2002. Se consideró la tasa de cambio oficial 1 peso cubano = 1 dólar estadounidense. No se incluyó lo relativo a la depreciación de los locales donde se realizó la primera consulta médica, pues su uso fue mínimo en el servicio objeto de estudio.

Para el análisis del costo se emplearon las proporciones, la media aritmética y la desviación estándar. Debido a la gran dispersión de los datos y para hacer un mejor análisis de la determinación del costo por paciente y por cada una de las partidas se realizó un análisis estratificado. Para ello se conformaron cuatro estratos: costo bajo, costo medio, costo alto y ningún costo. El primer grupo lo conformaron los pacientes cuyo costo se encontró por debajo del primer cuartil, el segundo grupo fueron los pacientes cuyos costos estuvieron entre el primer y el tercer cuartil, el tercer grupo fueron los que estuvieron por encima del tercer cuartil y el cuarto aquellos que tuvieron un costo igual a cero. Este último grupo sólo se aplicó para el análisis del costo por partida pues hubo pacientes en los que no se observó costo por material gastable, medicamentos o pruebas diagnósticas. Para evaluar la contribución de los factores: edad, sexo, área geográfica, y causa de ingreso sobre cada una de las partidas que determinaron el costo por paciente se realizó una regresión logística debido a que el modelo lineal no tuvo buen ajuste.

## **RESULTADOS**

Durante el período evaluado hubo un total de 837 ingresos en el hogar distribuidos de la siguiente forma: 225 en el área rural (GBT Unión de Reyes), 190 en el área montañosa (GBT Fomento), 287 en el área urbana (GBT Cruces) y 135 en el área urbana metropolitana (GBT Playa). Las afecciones respiratorias fueron el primer motivo de ingreso en el hogar en todas las áreas geográficas, le siguieron las afecciones gastrointestinales en el área rural, la condición de ser egreso precoz hospitalario en el área urbana, y en las áreas montañosa y urbana metropolitana, las afecciones ginecoobstétricas (figura 1).

La medida de los costos por paciente fue: área rural 20,56 pesos (SD 95% 40,35), área montañosa 14,49 pesos (SD 95% 46,63), área urbana 11,47 pesos (SD 95% 18,62) y área urbana metropolitana 9,99 pesos (SD 95% 12,34). El análisis por estrato mostró que en los grupos "costo bajo" y "costo medio" los valores de costo por paciente fueron similares en las cuatro áreas, con valores aproximados entre los 11,00 y los 12,00 pesos para el primer grupo y entre los 25,00 y 27,00 pesos para el segundo. En el grupo "costo alto" los valores fueron variables entre las áreas y el mayor valor lo mostró el área rural con casi 90,00 pesos por paciente (figura 2).

El aporte de las partidas fue similar en las diferentes áreas geográficas y dentro de cada uno de los estratos. El salario fue la partida de mayor aporte, seguida del tratamiento farmacológico y los medios diagnósticos. En las cuatro áreas, la partida salario mostró valores entre los 7,00 y 8,00 pesos para el grupo "costo bajo" y de aproximadamente 16,00 pesos para el grupo "costo medio". Los valores para el grupo "costo alto" fueron particularmente elevados en el área rural donde llegaron a alcanzar los 49,00 pesos. Los mayores costos por concepto de tratamiento farmacológico se observaron en los grupos "costo medio" y "costo alto" del área rural con valores de 8,25 pesos y 33,19 pesos, respectivamente. En relación con el costo por medios diagnósticos se encontró que el grupo "costo bajo" fue ligeramente superior en las áreas rural y urbana, donde superaron el valor

de un peso por paciente, y para el grupo "costo alto" el mayor valor se encontró en el área urbana con un valor aproximado de 24,00 pesos que fue casi 1,5 veces mayor que en el resto de las áreas. El material gastable fue la partida que menos contribuyó al costo por paciente, sin embargo en el área rural se observaron valores superiores al resto de las áreas para los grupos "costo bajo" y "costo alto". En el primer caso el valor fue de 0,30 pesos lo que representó un incremento de aproximadamente 10 veces y en el segundo el valor fue de 5,34 pesos para un incremento aproximado de 1,4 veces (tabla 1).

La compra de los medicamentos asumida por la familia representó el 84,72% del costo por esta partida (valor promedio de 17,50 pesos por paciente), el 32,96% en el área urbana (valor promedio 6,53 pesos por paciente), el 14,70% en el área urbana metropolitana (valor promedio 8,05 pesos por paciente) y sólo el 9,44% en el área montañosa (valor promedio 10,25 pesos por paciente).

El costo por paciente asociado a los cuatro primeros motivos de ingreso se muestra en la tabla 2.

El mayor costo por paciente estuvo asociado con las afecciones respiratorias con un valor de 37,45 pesos, el cual fue dos veces mayor que el de las afecciones ginecoobstétricas y las gastrointestinales y 1,3 veces el del egreso precoz hospitalario. La contribución de las diferentes partidas en el costo se comportó de manera similar a lo antes mencionado; con un particular incremento en la partida salario para las afecciones ginecológicas (85% del costo por paciente), seguida de la partida tratamiento farmacológico cuya mayor contribución fue en las afecciones respiratorias donde superó el 35%.

Una vez controlado el efecto de la edad de los pacientes y el sexo se encontró que el área geográfica donde se realizó el ingreso en el hogar no tuvo un efecto significativo sobre el gasto por salario. Las afecciones gastrointestinales provocaron un gasto significativamente menor y las afecciones en estadio terminal, un gasto por salario significativamente mayor. Además, se observó que el gasto por tratamiento farmacológico en el área rural fue significativamente mayor que en el resto de las áreas, así como que las afecciones en estadio terminal y las afecciones respiratorias ocasionaron costos significativamente mayores por este concepto (tabla 3).

## **DISCUSIÓN**

Sobre el costo directo del ingreso en el hogar y sus partidas pueden influir la edad y el sexo del paciente, la ubicación geográfica, los motivos de ingreso, las características del recurso humano que brinda el servicio, el número y tipo de examen complementario, y el tratamiento farmacológico indicado.

El salario y el tratamiento farmacológico fueron las partidas que más contribuyen al valor del costo directo promedio de un paciente ingresado en el hogar independientemente del área geográfica y de la causa que motivó el ingreso. Las afecciones respiratorias, fueron la causa más frecuente de ingreso en el hogar y junto a los pacientes en estadio terminal, las de mayores costos.

Aunque se limita a una muestra no aleatoria de GBT, el presente trabajo resulta una contribución al estudio del costo directo del ingreso en el hogar en diferentes contextos

geográficos y para los principales motivos de ingreso y profundiza en la contribución de cada una de las partidas del costo. Por otra parte, aunque aborda de manera limitada el gasto de bolsillo para la familia, es una primera aproximación y sirve de punto de partida para posteriores estudios.

Los resultados encontrados confirmaron lo encontrado por otros autores cubanos en relación con los motivos de ingreso más frecuentes, donde las afecciones del aparato respiratorio ocupan el primer lugar.<sup>3,8,21</sup> De igual forma un estudio realizado en España registra resultados similares.<sup>22</sup> Estudios nacionales previos han informado un costo por paciente de 31,87 y 58,52 pesos.<sup>8,21</sup> Sin embargo, las partidas empleadas difieren de las de este estudio; el primero, sólo considera dentro del costo, el salario y el tratamiento farmacológico y el segundo contempla gastos de bolsillo como alimentación y transporte que no se incluyeron en este estudio.

En el marco internacional los valores de costo por paciente registrados por otros países son muy diversos y mucho mayores que los aquí encontrados. *Moalosi*<sup>11</sup> en Bostwana comunica un costo por paciente de 1 726,00 dólares para pacientes crónicos de tuberculosis que fueron atendidos continuamente en el hogar. *Li*<sup>23</sup> realiza un estudio en Canadá donde evalúa el costo del tratamiento en el hogar de la artritis reumatoidea y encuentra un costo por paciente que asciende a 210,87 dólares canadienses (173,55 USD).

*Sheppeerd*<sup>1</sup> plantea que los egresos precoces de pacientes adultos mayores tuvieron un costo por paciente de 2 279,74 libras (1 348,96 USD) y que los pacientes con enfermedad crónica obstructiva generan un costo por paciente de 2 379,7 libras esterlinas (1 404,78 USD).

Los resultados del presente estudio reflejaron que los pacientes ingresados en el hogar generaron costos similares independientemente de que el servicio se brindara en áreas rurales o urbanas siempre y cuando estos valores del costo por paciente fueran iguales o menores al valor medio. Sin embargo, a medida que el costo por paciente aumentó se observaron diferencias entre las áreas geográficas con un especial incremento en el área rural debido fundamentalmente a la partida tratamiento, la que recibió un efecto significativo del motivo de ingreso.

En el área rural se observó que en el costo por paciente hubo un incremento de la proporción del estrato "costo alto" a la vez que el valor promedio del mismo también aumentó. Este comportamiento puede ser un indicativo de que en esta área ese servicio se empleó para tratar pacientes más complicados desde el punto de vista clínico y que por tanto demandaron gastos mayores.

El hecho de que los costos por salario no estén influenciados por el área geográfica es una muestra del nivel de especialización alcanzado por el personal médico que labora en la atención primaria de salud del Sistema Nacional de Salud cubano.

El incremento significativo en el área rural del valor del costo por tratamiento farmacológico, es un reflejo de una organización de los servicios adaptada a las necesidades y posibilidades concretas del lugar y pudiera relacionarse con un mayor nivel de complicación de los casos atendidos y por consiguiente el empleo de esquemas terapéuticos más caros, por lo general característicos de instituciones de la atención secundaria de salud.

El costo significativamente menor en la partida pruebas diagnósticas mostrado por el área urbana metropolitana pudiera estar relacionado con un menor uso de estos medios a partir de un menor grado de complicación de los casos ingresados, así como a través del posible

acceso a estos servicios en otras instituciones del sistema de salud pertenecientes a los niveles secundarios y/o terciarios.

Era de esperar que las afecciones ginecoobstétricas y los pacientes egresados precozmente de los hospitales fueran los que menores costos asociados tuvieran en cuanto a pruebas diagnósticas, pues en ambos casos prácticamente no se les indicó ninguno de los exámenes incluidos en este estudio.

La distribución en el aporte de las diferentes partidas encontrada en este estudio coincidió con lo descrito por otros autores<sup>21</sup> donde se señala que dentro de los costos tangibles directos se destaca lo relacionado con el tiempo de trabajo del personal de salud en sus visitas a los pacientes. El hecho de que la partida tratamiento fuera la segunda de mayor aporte es un reflejo de lo que representa la prescripción farmacológica en el IH y constituye un elemento a favor de potenciar la capacitación continua del personal médico para que pueda realizar una prescripción racional y eficiente de los medicamentos.

El efecto del IH sobre la economía familiar sólo pudo abordarse en este estudio de forma parcial al considerar únicamente el gasto de la familia en la compra de medicamentos. Sin embargo, se ha informado una tendencia a aumentar los costos de bolsillo del paciente y sus familiares, fundamentalmente en la adquisición de productos para reforzar la alimentación del enfermo.<sup>21</sup> El hecho que el gasto promedio de bolsillo por medicamentos en el área rural fuera tres veces superior al del área urbana está relacionado con las características ya descritas de este servicio en esta área. No obstante, puede observarse que aún el gasto promedio más elevado no sobrepasó los 20,00 pesos. Esto es un reflejo del esfuerzo del estado cubano por hacer accesible los medicamentos a toda la población, entendido esto, no sólo como la presencia del medicamento en la farmacia sino también en términos de accesibilidad financiera al subsidiar los precios a los que la población los adquiere.

El análisis de los resultados encontrados en este estudio sugirió la necesidad de evaluar en futuras investigaciones si la estrategia desarrollada en el área rural de asumir casos más complicados dentro del ingreso en el hogar resulta, desde el punto de vista económico, en un flujo de gastos desde la atención secundaria (donde hubiesen sido atendidos) hacia la atención primaria de salud o si en efecto, se produjo un ahorro neto. Por otra parte, también valdría la pena profundizar en los gastos de bolsillo de forma más integral y valorar si el IH produjo efectos beneficiosos en términos de ahorro familiar en relación con el ingreso hospitalario tradicional.

## **CONCLUSIONES**

Se puede señalar que el ingreso en el hogar generó costos similares en las áreas urbanas y rurales siempre y cuando el valor no sobrepase el valor medio, mientras que a medida que se incrementó el valor del costo por paciente se observaron diferencias entre las áreas producidas a expensas fundamentalmente de la partida tratamiento. Las enfermedades respiratorias fueron las de mayores costos asociados. Las partidas de mayor aporte fueron el salario y el tratamiento independientemente del área geográfica y de la causa que motivó el ingreso. Entre el 14 y el 85 % de los costos por medicamentos fueron asumidos por los pacientes.

## **Agradecimientos**

El equipo de investigación agradece la colaboración de los Drs. *Alexis Fernández, José Hernández, María del Rosario Lanza y Nidia Marques*, así como a los médicos y enfermeras de la familia de los GBT donde se ejecutó la investigación.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane Review). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.;2004.
2. Ferregut JN, Delgado A, Forcellendo CR, Camejo MR. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16:606-8.
3. Vera CR, Fernandez E, Alonso J, Basanta L, Zuazaga G. Comportamiento del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5):429-34.
4. Ministerio de Salud Pública. Organización y funcionamiento del equipo básico de salud (EBS). [serie en Internet]. [citado 29 Ene 2004]. Disponible en: URL: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta /organizacion.pdf>
5. Mitre RM, Morales M, Llopis A, Sette J, Real ER, Días JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública. 2001;10:45-55.
6. Márquez N. Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr.[serie en Internet]. 2002[citado 9 Sep 2004];18. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02 /mgi0252002.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02 /mgi0252002.htm)
7. Saura I, Hernández LL, Rodríguez ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14:494-8.
8. Bouza HP, Márquez PM, Martín J, Montano G, Romero RE, Vergel M. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. Medicentro. 2004;8(1):1-8
9. Garrida RJ, Reyes MR, Cordero V, Rodríguez E. El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet]. 2003[citado 19 Ago 2004];19(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_1\\_03 /mgi02103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03 /mgi02103.htm)
10. Remonnay R, Devaux Y, Chvetzoff G, Morelle M, Carrere MO. Cancer treatment at home or in the hospital: what are the costs for french public health insurance? Findings of a comprehensive-cancer centre. [serie en Internet]. [citado 9 Ago 2004]. Disponible en: URL: <http://df.doi.org/doi:10.1016/j.healthpol.2004.07.001>
11. Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J, Moeti T, Binkin N, Kenyon T. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(9 Suppl 1):S80-5.
12. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spier N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. BMJ. 1999;319:1547-50.

13. Jester R, Hicks C. Using cost-effectiveness analysis to compare hospital at home and inpatient interventions. Part2. *J Clin Nurs.* 2003;12:20-7.
14. Vera CL, Lima L, Alonso JL, Lasanta L, Zuazaga G. Ictus cerebral e ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17:520-5.
15. Shepperd S, Harwood D, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimization analysis. *BMJ.* 1998;316:1791-96.
16. Fonseca Renaud J, de la O Espinosa A. Los costos de los servicios. Manual de Administración Financiera para Gerentes de Salud. Washington,D.C.: OPS;1996.
17. Drummond M, OBrien B, Stoddart GL y Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford University. Oxford New York. 1997:6-17.
18. Galvez AM. Guía metodológica para la evaluación económica en salud: Cuba, 2003. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004;30 (1):128.
19. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Metodología para el Censo 2002. La Habana: ONE; 2002.
20. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades. Vol I. Washington, D.C.:OPS;1975. (Publicación Científica; 353).
21. Márquez N, Jiménez L, Torres JH. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998;14 (5):445-9.
22. Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel;1998.
23. Li LC, Coyte PC, Lineker SC, Wood H, Renahan M. Ambulatory care or home-based treatment? An economic evaluation of two physiotherapy delivery options for people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2000;3(4):183-190.

Recibido: 10 de abril de 2007.

Aprobado: 7 de agosto de 2007.