

Revista Cubana de Salud Pública

versión On-line ISSN 0864-3466

Rev Cubana Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2004

Costos para la mujer durante la atención prenatal. Ciudad de La Habana, 2000*

Giselda Sanabria Ramos,¹ Ana María Gálvez González² y Manuel Álvarez Muñiz³

Resumen

Se presenta una evaluación económica parcial, del tipo análisis de costos, en el grupo de "gastos de bolsillo". La muestra estuvo constituida por 340 mujeres distribuidas en 2 grupos, uno de control y otro de intervención. La investigación se realizó en 10 policlínicos de 3 municipios de la Ciudad de La Habana, cuyas mujeres generalmente realizan su parto en el Hospital "América Arias." En el momento de la investigación los policlínicos estaban participando en un estudio más amplio, que incluye la evaluación económica y que se clasifica como ensayo controlado aleatorizado multicéntrico, auspiciado por la OMS, para validar un protocolo de atención de 4 consultas prenatales en relación con el programa habitual. La muestra se calculó con una amplitud razonable para el intervalo de confianza de los valores promedios. La fuente de información básica fue un cuestionario aplicado a todas las mujeres. Los principales resultados destacan las particularidades de los costos estudiados no sólo entre los 2 grupos sino entre cada policlínico y son expresados en frecuencias absolutas, y porcentajes, con cálculo de la media, la desviación estándar (DS) y pruebas de significación. La cantidad de consultas superó discretamente las establecidas en el protocolo de atención, el tiempo de transporte y consulta fue similar en ambos grupos. En el costo oportunidad las embarazadas preferían no combinar la consulta con otra actividad. No hubo variaciones estadísticamente significativas entre los 2 grupos, en relación con los gastos de bolsillo asociados con la consulta de atención prenatal.

DeCS: ATENCION PRENATAL/economía; ANALISIS ECONOMICO; ECONOMIA DE LA SALUD; COSTOS DE LA ATENCION EN SALUD; COSTOS Y ANALISIS DE COSTO; EMBARAZO; FEMENINO.

Introducción

Una rápida mirada a indicadores de salud seleccionados de diferentes países¹⁻³ (Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico. La Habana: MINSAP; 1999) evidencian la tendencia creciente de algunas afecciones, la aparición de nuevas y el despertar de otras que se consideraban prácticamente controladas. De forma paralela transcurre el incremento de la población mundial, el surgimiento de tecnologías diagnósticas y terapéuticas de avanzada, cada vez más precisas pero también más costosas. El análisis de estos hechos, permite aseverar que los gastos del sector salud,

aumentan cada vez más y que estos gastos recargan tanto los presupuestos del sector público como el de los propios usuarios.

Ante el panorama general, principalmente agravado en los países en vías de desarrollo, y particularmente en aquellos en que la política estatal favorece la tendencia de satisfacer las necesidades de los servicios de salud a toda la población, se presenta la necesidad de disponer de herramientas adecuadas que permitan hacer un uso más racional de los recursos económicos disponibles; no con el objetivo de economizar sino con el de incrementar y extender las disponibilidades de servicios e incorporar nuevas ofertas sin afectar las existentes. El instrumento idóneo para la toma de decisiones en ese sentido lo constituye la evaluación económica.

Los estudios de gastos de bolsillo forman parte de la evaluación económica, es un procedimiento que se utiliza desde hace tiempo en diferentes ramas productivas, pero en el campo de la salud esa demanda comienza a incrementarse en la segunda mitad del pasado siglo, con énfasis en la última década.⁴⁻⁶ La amplitud temática que cubre la evaluación económica, vinculada a los análisis del sector salud, permite fortalecer con enfoque científico las decisiones vinculadas a las políticas sociales y a una perspectiva sanitarista sustentable.

Los estudios de costos en el sector salud, cubano adquieren relevancia desde la década del 80 y continúan incrementándose durante los años 90 (Camarós J. Diseño del sistema para la determinación del costo de las investigaciones en el Instituto de Desarrollo de la Salud. La Habana: IDS, 1987; Ministerio de Salud Pública. Manual de costos hospitalarios. La Habana: MINSAP, 1985; Gálvez AM. Estudio de los costos institucionales del programa de vacunación en el área de salud Playa. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1994), sin embargo el programa de “Salud Materna e Infantil”, no ha sido suficientemente evaluado desde el punto de vista económico, a pesar de que es una parte importante de los programas destinados a madres e hijos en el país.

La validación de un nuevo protocolo de atención prenatal propuesto por la OMS (Hutton G. *Methods for economic evaluation alongside a multi-centre trial in developing countries. A case study from the WHO antenatal care trial.* London School of Hygiene and Tropical Medicine. Reino Unido: Publishing Group 1997), integra un conjunto de acciones más racionales que las que se ejecutan actualmente en la atención prenatal, incluye sólo aquellas intervenciones de cuidados de salud que han probado ser efectivas para mejorar la salud materna, perinatal e infantil, a partir de la utilización de intervenciones tecnológicas de bajo costo. Estas intervenciones se han integrado a un programa de 4 consultas dirigido a aquellas mujeres que tienen bajo riesgo asociado al embarazo.

El presente informe de investigación refleja una parte del estudio económico asociado al protocolo de la OMS, específicamente el de los gastos en que incurre la mujer embarazada relacionados con la atención prenatal. Este tipo de estudio es conocido también como “gastos de bolsillo”. Los gastos de los usuarios son raramente medidos en las investigaciones de los servicios de salud, tampoco su efecto potencial o real en las decisiones de los pacientes, en general no se encuentran fácilmente datos o información de los costos para los pacientes, aunque cada vez más se reconoce su necesidad.

La interrogante que pretendió despejar la presente investigación fue la relativa a conocer si existe algún tipo de diferencia entre los “gastos de bolsillo” en que incurrieron las embarazadas que fueron atendidas en el nuevo protocolo de atención prenatal de 4 consultas y en los que incurrieron las que se atendieron con el programa vigente de 14 controles.

Métodos

Se realizó una evaluación económica parcial del tipo de análisis de costos,⁶ que examinó los “gastos de bolsillo” en gestantes de 10 policlínicos pertenecientes a 3 municipios de la Ciudad de La Habana, que atienden su parto en el hospital “América Arias”.

Muestra

Las 340 mujeres que se entrevistaron constituyen una muestra representativa; esta cantidad fue seleccionada para cumplir con los requerimientos estadísticos de una amplitud razonable en el intervalo de confianza de los valores promedios, e incluir un número suficiente de embarazadas similar al de los estudios que se realizan en otros países.

La muestra se calculó a partir del análisis del número de casos captados durante 1997 en todos los policlínicos implicados en la investigación.

Se encuestaron 30 mujeres en cada policlínico y 40 en el hospital. El total de embarazadas a encuestar por policlínico se distribuyó de la forma siguiente: 10 que acababan de recibir su primera consulta de incorporación al programa y 20 que acudían a las visitas subsecuentes de control del embarazo. De las 40 entrevistadas en el hospital, 20 correspondieron al grupo control y 20 al de intervención. La entrevista en el hospital solamente se realizó si se confirmaba que el policlínico de procedencia correspondía a uno de los incluidos en la investigación.

Información requerida y variables

Gastos relacionados con la consulta, que incluyen los gastos del transporte para el traslado a la consulta, gasto relacionado con el cuidado de salud (medicamentos, análisis, otros gastos), merienda, regalos o estímulos por agradecimiento al personal de salud y pérdida de salario por acudir a la consulta.

Los costos de oportunidad de las embarazadas y sus acompañantes, tiempo de espera y tiempo de viaje. Aprovechamiento del viaje a la consulta para vincularlo con otra actividad (ir de compras, visitas u otras).

Costo de oportunidad, promedio del salario de las mujeres que refirieron ser trabajadoras, cálculo del costo de un minuto en pesos y aplicación de ese resultado al tiempo utilizado por ella y su acompañante en viaje, espera y consulta.

Instrumento y recolección de la información

Se utilizó un cuestionario de 23 preguntas, similar al utilizado en la investigación de otros países incluidos en el estudio y en versión adaptada para Cuba, su funcionamiento

en el país fue valorado por criterio de expertos y en una prueba de ensayo. Con los resultados obtenidos en esos procedimientos se realizaron los ajustes necesarios y quedó confeccionado el cuestionario que fue aplicado básicamente por la investigadora principal. La entrevista se realizaba cuando la embarazada había terminado su consulta así como las acciones que dentro del policlínico, hospital o consultorio estuvieran relacionadas con la consulta.

La ética en la investigación fue tenida en cuenta para la evaluación de la efectividad del programa, cada mujer con posibilidades de ser seleccionada recibió información detallada sobre el estudio y firmó un acta de consentimiento; se le comunicó la confidencialidad de la información así como su destino. Sólo si estaba de acuerdo se iniciaba la entrevista. Si la embarazada estaba acompañada de su esposo también se requirió su consentimiento.

Procesamiento de los datos

Se utilizó una base de datos diseñada en un programa estadístico con la información recogida en las 340 encuestas. Previo a la introducción de los datos, cada encuesta fue revisada para verificar la información que pareciera confusa, fueron necesarias varias revisiones visuales de la base de datos para identificar “valores perdidos”, se hicieron tablas de cruzamiento para verificar la incongruencia de algún dato. Cuando se encontró alguna discrepancia se revisó la encuesta original y se corrigieron los errores acontecidos durante el proceso de introducción de la información. Finalmente, toda la información quedó “limpia” y disponible para confeccionar las tablas de salida.

Interpretación y análisis de la información

Análisis descriptivo: los gastos recogidos en cada encuesta fueron tabulados y analizados por mujer, por policlínico y el conjunto de los del hospital para cada grupo. Para el análisis e interpretación de los datos se utilizaron, frecuencias absolutas, porcentajes, la media y la desviación estándar. Para el análisis fue necesario asumir datos de algunas variables tales como el gasto del tiempo para la embarazada.

Análisis de sensibilidad: las variables para las cuales se consideró que los gastos de la paciente serían sensibles fueron identificadas y validadas usando valores alternativos. Después se consideraron las implicaciones de estas estimaciones para la solidez y generalización de las conclusiones para los grupos involucrados en el estudio.

Resultados

La investigación se realizó en 3 municipios de la Ciudad de La Habana, seleccionados teniendo en cuenta que las mujeres atendidas por ellos reciben en el hospital “América Arias”, los cuidados relacionados con el parto o algún otro proceder vinculado con el embarazo, cuyo servicio no está disponible en el consultorio de medicina familiar ni en el policlínico. Esta distribución del servicio se debe a las características del sistema de salud cubano: único, integral y regionalizado.

Entre las características generales de las mujeres incluidas en el estudio se encontró que la mitad de las mujeres, en cada grupo, no tienen hijos. En el grupo control 49,4 % de ellas cursan su primer embarazo. En el grupo de intervención esa característica la

presenta 48,8 % de las embarazadas. En los policlínicos “Tamayo” y “13 de Marzo”, se hallaron las mujeres con el promedio de hijos más elevado, 0,80 y 0,83 respectivamente.

La mayor cantidad de mujeres se encuentra entre el grupo de 25 a 29 años. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las edades de las mujeres estudiadas. En cuanto a los embarazos en menores de 20 años; los valores están por debajo del estándar esperado para el año 2000, que es del 15 % . (Programa Nacional de Acción. Sexto informe de seguimiento y evaluación, Cuba.)

Las consultas recibidas al comparar las medias de los 2 grupos, la del grupo control es de 6,28, según la tarjeta de embarazada y la del de intervención es de 5,33. La t de Student es 2,3 y la p = 0,01. Se constató una diferencia estadísticamente significativa. Este resultado era el esperado; también cuando se compararon las medias en ambos grupos en relación con las consultas que han sido referidas por la gestante, la diferencia fue significativa. Una explicación es que aunque la cita está programada con la frecuencia establecida, la embarazada puede acudir cuando lo desee, y en ese caso esa consulta no programada no aparece en la tarjeta, pero sí en el recuerdo de la usuaria. Esto puede explicar las diferencias entre la tarjeta y lo que dice la embarazada (tabla).

Tabla. Resumen por categoría, de todos los costos estudiados

Costo (pesos cubanos \$)	Control	Intervención
Transporte	\$ 0,20	\$ 0,70
Medicamentos prescritos en la consulta	4,28	2,45
Pérdida de salario	0,04	0,17
Análisis de laboratorio	0,0	0,0
Regalos al médico o enfermera	0,66	0,62
Otros costos relacionados con la consulta	0,19	0,48
Consultas no médicas	1,89	1,14
Suplemento alimentario (dieta embarazada)	2,21	2,45
Otros medicamentos durante el embarazo	2,34	2,45
Otros costos relacionados con el embarazo	341,30	285,52
Costo en tiempo (minutos)		
Transportación	7,8	10,0
De espera y de consulta	54,0	56,70
Costo de oportunidad		
Combinar la consulta con otra acción (ninguna)	82 %	74 %
Realizar otra acción en lugar de la consulta (nada)	55 %	50 %
Ir acompañada a la consulta	26 %	32 %
El acompañante espera por ella	76 %	78 %

Discusión

Si se conoce que las mujeres que se ubicaron en el grupo de intervención tenían previsto recibir sólo 4 consultas a partir de su incorporación al programa, se constató que excepto en un policlínico, en que el promedio de consultas está alrededor de 3, en el resto de los policlínicos de intervención, el promedio sobrepasa las 5 consultas. Si se hubiera previsto entrevistar a las mujeres al concluir el embarazo el número de consultas por mujer, aún en los policlínicos de intervención hubiera sido superior al establecido para el programa, resultado que es de esperar por la tranquilidad que representa.

La característica de accesibilidad geográfica de los servicios de salud, con la creación del Consultorio de Medicina Familiar y el especialista de Obstetricia que dan su consulta muy cerca del domicilio de la embarazada, justifica que el porcentaje de mujeres que llegaron caminando a la consulta alcanzara el valor de más del 90 % en ambos grupos.

El gasto de tiempo en que incurre la embarazada por concepto de viaje es mayor en las mujeres que fueron entrevistadas en el hospital en relación con las que lo fueron en el policlínico, resultado esperado pues es un hospital de referencia para todos los policlínicos seleccionados en los 3 municipios. La media y la desviación estándar de cada grupo, así como los resultados de las comparaciones entre ellas no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de espera y consulta para ambos grupos. Tampoco hay diferencias significativas para el tiempo total que la embarazada utilizó para el viaje y la consulta.

Estos resultados hablan de homogeneidad en el tiempo que se dedica tanto a los procedimientos médicos como al de la transportación en todas las unidades de salud estudiadas.

En el caso del costo de oportunidad se recogió la información relativa a si la embarazada tenía programado realizar alguna otra gestión antes de regresar a la casa. En muchos países los puestos de atención prenatal están muy distantes de sus viviendas, por ejemplo en Tailandia un ómnibus recoge a las embarazadas en la mañana y regresan en la tarde lo que deriva en gasto de tiempo por concepto de espera y gasto económico por concepto de alimentación durante la espera. El tiempo de espera es parte del concepto de costo de oportunidad y será retomado para otro tipo de análisis posteriormente.

En la presente investigación, el gasto por tiempo de transporte y espera son bajos, ya que la mujer vive cerca del lugar que recibe la consulta y no necesita hacer ajustes para aprovechar el viaje. No fue extraño encontrar mujeres que vivían en el mismo edificio o en la puerta contigua al consultorio, incluso una que sólo tomaba el elevador para llegar al consultorio ubicado en la primera planta del edificio donde vive. En caso de que la mujer tuviera la necesidad de trasladarse más lejos, especialmente cuando necesita un medio de transporte, ella pudiera “aprovechar la oportunidad” y hacer determinada gestión por algún lugar cercano, especialmente si se tiene en cuenta la dificultad que existe en la capital con el transporte público. La actividad que refirieron hacer con más frecuencia en ambos grupos fue ir de tiendas.

El tiempo es un indicador muy útil para los cálculos de costos, una pérdida excesiva de tiempo atenta tanto contra la posibilidad de la mujer de hacer otras cosas, como por ejemplo, dejar de percibir algún ingreso. Para los proveedores de salud el tiempo ahorrado en un programa es útil para cumplir otro programa. Para este estudio el tiempo fue medido en 2 categorías: “tiempo de transportación” y “tiempo de espera y consulta”. Como la entrevista se realizó al finalizar el servicio fue difícil saber cuánto tiempo era el de espera y cuánto el de la consulta propiamente dicha, ambos se unieron en una sola categoría.

El costo de oportunidad también es visto en la presente investigación desde la óptica de considerar que si la mujer disminuye el número de controles, el tiempo que tiene a su favor para invertirlo en otras acciones es mayor, por eso se le preguntó a la embarazada qué estaría haciendo si no estuviera en la consulta. En este caso el resultado fue que las mujeres refirieron que “nada” y en una proporción similar algunas refirieron que estarían haciendo las tareas domésticas. Este aspecto está vinculado, entre otras cosas, a la proporción de mujeres que durante años recientes no se han vinculado a la vida laboral o la han abandonado. También el no hacer nada puede estar relacionado con la convivencia con familiares que la apoyan en las actividades domésticas.

El porcentaje de las gestantes que estaban trabajando en su empleo habitual fue de 14,7 y 11,7 % para el grupo de intervención y el de control respectivamente. Como información de interés se encontró que el 61,2 % de las mujeres refirieron no estar vinculadas laboralmente y respondieron afirmativamente el 38,8 %. Es decir, que menos del 40 % mantenían vínculo laboral.

Es importante destacar que las investigaciones que tratan de acercarse a los ingresos de la población chocan con la parquedad, evasivas o “no respuesta” de los entrevistados. Es un fenómeno que se da en el ámbito mundial y sin duda también en Cuba.

Para el objetivo de identificar los gastos relacionados con la consulta, los datos de mayor interés son los que se refieren al gasto en medicamentos. Se observó que entre los diferentes tipos de posibles gastos, en valores absolutos, que generó una consulta prenatal está el asociado a la indicación de medicamentos. Al comparar los gastos en medicamentos entre las mujeres del grupo control con las de intervención, estas últimas gastaron menos, casi la mitad que las del de control. Esto pudo estar en correspondencia con la selección de las mujeres para cada grupo.

Hay señales de interés en el comportamiento del dato en los diferentes policlínicos. Se destaca el de Zulueta (control) que reportó más consultas recibidas “referidas por las embarazadas”. La asociación entre cantidad de consultas brindadas y medicamentos indicados coincidieron en ese policlínico. En general, es posible pensar que este comportamiento pudiera ser a causa de que la metodología de la intervención de la OMS estableció que si alguna de las mujeres en el grupo de intervención adquiría alguna enfermedad, que la llevara a clasificar como riesgo, salía del programa; no así las que se incluyeron en el grupo de control, que podían mantenerse en él, pues no afectaba la cantidad de controles. Particularmente en Cuba, en el manual de procedimientos de Obstetricia se orienta que una embarazada debe recibir tantos controles como sea necesario.⁷

Se hace necesario comentar que de las mujeres que refirieron indicación de medicamentos en la consulta, un tercio de ellas reportó medicamentos asociados a las infecciones vaginales, afección que no obligaba a que la mujer saliera de la investigación. Se calculó la media y la desviación estándar para los valores absolutos y a partir de ellas se calculó la **t** y la **p**, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Ante este resultado surgieron algunas interrogantes acerca de que si las mujeres del grupo de intervención estaban bien clasificadas o no o si la indicación del medicamento estaba justificada.

No hubo diferencias significativas para ninguno de los patrones comparados, aunque sí hubo diferencias en los costos en valores absolutos en algunos de los grupos de costos estudiados. Se puso de manifiesto un hecho importante y fue que la atención prenatal a la embarazada sin riesgo no implica costos desmesurados, prácticamente no es costosa para la mujer cubana.

El costo de oportunidad, además de ser referido a las acciones sustitutas, también puede ser valorado con una representación económica del tiempo. Para hacerlo se aplicó la metodología en la forma de calcularlo, a continuación se muestran los cálculos obtenidos:

- Promedio del salario de mujeres que refirieron ser trabajadoras = 180,90 pesos
- Un mes = 180,90 pesos (4 semanas)
- Una semana = 45,22 pesos (44 horas laborables)
- Una hora = 1,02 pesos (60 minutos)
- Un minuto = 0,01 pesos

En cuanto al cálculo del costo de oportunidad en su expresión monetaria para el tiempo de transportación así como el de espera y consulta en que incurrieron la embarazada y su acompañante, despertó interés el de espera y consulta que se vió duplicado en el caso de las mujeres que fueron acompañadas y sus acompañantes esperaron por ellas. Para este caso, en que ese tiempo se aproximó a la hora, los proveedores de servicios de las áreas estudiadas tienen que analizar la posibilidad de investigar las brechas existentes en la ejecución de las acciones y procedimientos, que motivan que las gestantes deban esperar.

Aunque se decidió adjudicar un valor monetario a algunos de los costos de oportunidad estudiados en esta investigación; para este tipo de costo que está relacionado con alternativas de tiempo, algunos especialistas afirman que en ocasiones esa no es la forma más adecuada de expresar el costo oportunidad en un estudio de costos de los servicios de salud porque resulta más evidente si se afirma que el tiempo que se utilizó innecesariamente en una actividad de un determinado programa se podía haber dedicado a otro.

En el caso de las mujeres que refirieron que de no estar en la consulta hubieran estado haciendo alguna otra actividad es obvio que cuando se está utilizando el tiempo en algo, ello pudiera significar el sacrificio de otra acción.

Análisis de sensibilidad

Se ejecutó el análisis de sensibilidad en 2 de las variables consideradas como más sensibles. Ellas fueron: “costo del transporte” y “tiempo de espera y consulta.” Para la primera de las variables, se asumieron 3 posibilidades: (1) que todas las mujeres fueran

caminando a la consulta, (2) que todas fueran en transporte público y (3) que todas utilizaran transporte de alquiler “particular”.

1. El costo para una mujer en el día de la consulta fue de 5,60 pesos en el grupo control y de 5,78 pesos en el grupo de intervención, si en ambos grupos todas las mujeres hubieran ido caminando el costo para el día de la entrevista hubiera sido de 4,70 pesos en el grupo control y de 3,42 pesos en el grupo de intervención.
2. Si todas las mujeres hubieran utilizado el transporte público cuyo costo es de 0,40 centavos (0,80 centavos ida y vuelta) el costo de transportación para cada mujer ese día hubiera sido de 5,50 pesos en el grupo control y 4,42 pesos en el de intervención.
3. Si todas hubieran ido en transporte de “alquiler particular” con un costo de 10,00 pesos (20,00 pesos ida y vuelta) el costo para el grupo control hubiera sido de 24,68 pesos y de 23,42 pesos en el de intervención.

En Cuba el sistema de salud ha acercado el servicio a las usuarias. Primero se ubicaron los policlínicos en los diferentes barrios y después se crearon los consultorios del médico de la familia, esto hace real la alternativa de caminar hasta el consultorio. Si la organización de los servicios decidiera analizar la posibilidad de realizar las consultas en lugares donde fuera necesario utilizar transporte público esa alternativa debe ser valorada cuidadosamente, teniendo en cuenta la disponibilidad del transporte y las dificultades que esto genera, más que el costo en moneda que tiene asignado.

Para el estudio de sensibilidad con la segunda variable “tiempo de espera y consulta” el análisis se hizo valorando 2 posibilidades, 1) que la espera fuera de 10 min y la consulta de 30 para un tiempo mínimo de 40 min, y 2) que el tiempo de espera fuera de 1 hora y el de consulta de 30 min para un total de 1 hora y 30 min para cada mujer.

1. Para el grupo control, el tiempo de espera y consulta fue de 59 min. Si se aplica la alternativa de ajustar el servicio para que se utilice el mínimo de tiempo a expensas de disminuir la espera, el tiempo para este grupo tiene aún una potencialidad de reserva de 19,2 min y de 20 en el grupo de intervención.
2. En el caso de que el tiempo fuera de 1,30 el grupo control aumentaría en 31 min y el de intervención en 30 min. En ambos casos el incremento es casi igual a partir de la homogeneidad en el comportamiento de esta variable.

Para el sistema de salud el análisis de estas alternativas debiera ser útil por la posibilidad de identificar brechas aún presentes en la pérdida de tiempo por espera en la consulta. El análisis de sensibilidad viene a aportar mayor credibilidad a los resultados obtenidos por cuanto presuponen objetividad.

Conclusiones

Puede concluirse que no se demostraron diferencias estadísticas significativas en los gastos por consulta, en que incurren las embarazadas de los 2 grupos de estudios y se puso de manifiesto la accesibilidad a los servicios de salud. El tiempo promedio utilizado por la embarazada para una consulta está próximo a la hora y tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grupos, no se encontró variaciones entre los gastos de las embarazadas en cada grupo relacionados con la consulta, por lo que en cada programa ese gasto se incrementa en la misma medida en

que la embarazada acuda a más consultas. Se demuestra la conveniencia desde la perspectiva de la embarazada, de aplicar el nuevo programa siempre que se demuestre su efectividad.

Summary

This paper presents a partial cost analysis-type economic evaluation, particularly referred to “pocket expenses”. The sample was composed of 340 females distributed into two groups, one is the control group and the other is the intervention group. The research work was performed in 10 polyclinics from three municipalities of the City of Havana; the women taken care of by these centers generally give birth in “America Arias” obstetric hospital. At the time of the research, the polyclinics were participating in a wider study that included the economic evaluation and was classified as a multicenter randomized controlled trial sponsored by WHO, with the objective of validating the care protocol of four prenatal appointments with respect to the ordinary program. The sample was calculated for the confidence interval of average values using reasonable amplitude. The basic source of information was a questionnaire that was applied to all the participating females. The main results underlined the particularities of the studied costs not only between the two groups but also among the polyclinics. They were expressed as absolute frequencies and percentages, with estimation of the median, the standard deviation and the significance tests. The number of prenatal appointments slightly exceeded that established by the care protocol; time spent in transportation and prenatal appointment was similar for both groups. In the opportunity cost, the pregnant women would like not to mix the prenatal appointment with any other activity. No statistically significant variations were observed in the two groups as far as pocket expenses associated to prenatal care appointment was concerned.

Subject headings: PRENATAL CARE/economics; ECONOMIC ANALYSIS; HEALTH ECONOMICS, COSTS AND COST ANALYSIS; PREGNANCY; FEMALE.

Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Nueva York: UNICEF, 1992.
2. OPS. La Salud en las Américas. Washington DC: OPS/OMS; 1998.
3. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York: PNUD; 1998.
4. Jefferson Tom. Elementary Economic evaluation in health care. BMJ 1996. pág 100.
5. López G. Saber convencional e innovación en el análisis económico del sector sanitario. Barcelona: Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya;1994.
6. Drummond M. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2 ed.. Oxford Medical Publications; 1997. pág 10.
7. Colectivo de autores: Manual de procedimientos y tratamientos en obstetricia y perinatología. MINSAP. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 1996.

Recibido: 1 de agosto de 2003. Aprobado: 13 de noviembre de 2003.

Gisela Sanabria Ramos. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle I No. 202 esq a Línea, El Vedado, Ciudad de La Habana, CP 10400, Cuba.

* El presente estudio es un resultado parcial de la investigación Evaluación Económica de la Atención Prenatal en países seleccionados, en el marco de un ensayo controlado aleatorizado de la OMS. Con la participación de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* y la Universidad de *East Anglia* en el Reino Unido. El estudio fue financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido

1 Doctora en Medicina. Máster en Salud Pública y Máster en Tecnología Educativa. Especialista de II Grado en Administración de Salud. Profesora Auxiliar.

2 Licenciada en Economía. Máster en Estadística. Económica. Profesora Auxiliar e Investigadora Auxiliar.

3 Funcionario del Departamento de Economía y Planificación del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

© 2013 1999, Editorial Ciencias Médicas

Calle 23 # 177 entre N y O - Edificio Soto, Piso 2
Vedado, Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba



ecimed@infomed.sld.cu