

Introducción al Análisis de Costos en la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria

Mayor (Med.) Héctor Anatasia

Jefe del Servicio de Psiquiatría - H.C.FF.AA.

PALABRAS CLAVE: Economía, Psiquiatría, Hospital, Costos, Psicofármacos.

KEY WORDS: Economics, Psychiatrist, Hospital, Costs, psychoactive drugs.

RESUMEN

Objetivo: Se intenta una aproximación al análisis de costos en la asistencia psiquiátrica hospitalaria en un hospital general.

Metodología: Aunque no se dispone de la información necesaria para un análisis completo, se utilizan datos estadísticos asistenciales en internación y consulta externa, datos epidemiológicos e información sobre consumo de medicación, fundamentalmente psicofármacos. Se evalúan indicadores de calidad asistencial y costos de consumo de medicación.

Resultados: Se realizan promedialmente 9516 consultas externas anuales por diez médicos, con un promedio de 18 minutos/paciente, y un rendimiento de 3,3 consulta/hora psiquiatra; un costo mensual de medicación de U\$82.329. Dividido sobre el promedio de consultas mensuales (819), resulta un costo en psicofármacos de U\$ 100,6 por consulta. Predominan los ansiolíticos (43%), antidepresivos (17%) y neurolépticos (24%). Se internaron en el año analizado 308 pacientes psiquiátricos, con porcentaje de ocupación 75%, y 12,7% días de estadía promedio, y un consumo de psicofármacos mensual de U\$ 7.972. Dividiendo sobre el promedio mensual de internados (35), resulta un costo de psicofármacos de U\$ 227,8 por paciente internado. En internación el rubro más importante son los neurolépticos

(47%), hipnóticos (24%), y ansiolíticos y sedantes (19%). La encuesta epidemiológica sobre 948 pacientes muestra predominio de depresiones (66%), trastornos de ansiedad (12%) y psicosis (8%).

Conclusiones: Aunque no se dispone del total de información, se evalúan indicadores asistenciales que pueden ser considerados aceptables; respecto al costo de medicación, se sugieren estrategias para reducir los manteniendo la calidad asistencial.

SUMMARY

Objective: It is intended to make an approach to the analysis of Psychiatric Assistance costs in a General Hospital.

Methodology: There is a lack of information necessary to make a complete analysis. However, there is statistical assistance data about hospitalization and external consults, epidemiologic data and information about medicine consumption, specially psychoactive drugs. Besides, assistance quality indicators are evaluated.

Results: On average, 9,516 external consults are carried out by ten doctors per year, they last an average time of 18 minutes per patient, the consultation level of efficiency is 3.3 per hour and per psychiatrist, and the monthly medication

cost calculated is U\$ 82,329. The result of dividing this amount by the average number of monthly consults (819) is \$U 100.6 This is the amount expensed in psychoactive drugs per consult. This drugs mostly consumed comprises anxiolytics (43%), antidepressants (17%), and neuroleptics (24%). 308 psychiatric patients were hospitalized during the studied year with an average occupation of 75%, 12.7 days of stay and a monthly expense in psychoactive drugs of U\$ 7.972. If this amount is divided by the monthly average of hospitalizations (35), the result is U\$ 227.8 per patient which is the amount expensed in psychoactive drugs. Referring to hospitalizations the most prescribed group of drugs are: neuroleptics (47%), hypnotics (24%) and both anxiolytics and tranquilizers (19%). The epidemiological survey conducted with 948 patients showed a predominance of depressions (66%), anxiety disorders (12%) and psychosis (8%).

Conclusions: Although the total amount of information needed is not available, assistance indicators are evaluated and they can be considered as acceptable. On account of medical expenses, some strategies are suggested in order to reduce costs and maintain the assistance quality level.

RESUME

Objectif: On essaye d'établir un approche à l'analyse des coûts dans l'assistance psychiatrique hospitalière dans un hôpital général.

Methodologie: Même si n'on dispose de renseignements nécessaire pour un complet analyse, on emploie des renseignements statistiques d'assistance dans l'internation et la consultation externe, renseignements épidémiologiques sur des psychomédicaments. On fait l'évaluation des indicateurs de qualité d'assistance et des coûts de médicaments.

Resultats: On fait 9516 consultations annuelles par dix médecins. 18 minutes/malade, et un rendement de 3,3 consultation/heure

psychiatre: un coût mensuel de médicaments de U\$ 82.329. Si l'on divise sur la moyenne de consultations mensuelles (819) on obtient un coût en psychomédicaments de U\$ 100.6 par consultation, prédominant les anxiolytiques, (43), les antidépresseurs (17%), et les neuroleptiques (24%). Pendant l'année il y a eu 308 malades psychiatriques avec un taux d'occupation 75% et 12.7 jours avec une consommation mensuelle de psychomédicaments de U\$ 7.972. Si l'on fait la division de la quantité mensuelle d'internés (35), nous avons un coût de psychomédicaments de U\$ 227,8 par malade interné. En internation le plus importan sont les neuroleptiques (47%), hypnotiques (24%), anxiolytiques et sédatifs (19%). L'enquête épidémiologique sur 948 malades montre la prédominance de dépressions (66%), problème d'anxiété (12%), et psychose (8%).

Conclusions: Même, si nous n'avons pas de renseignements on fait l'évaluation des indicateurs d'assistance considérés acceptable. Au sujet du coût des médicaments, l'on suggère qualité d'assistance.

I. INTRODUCCION

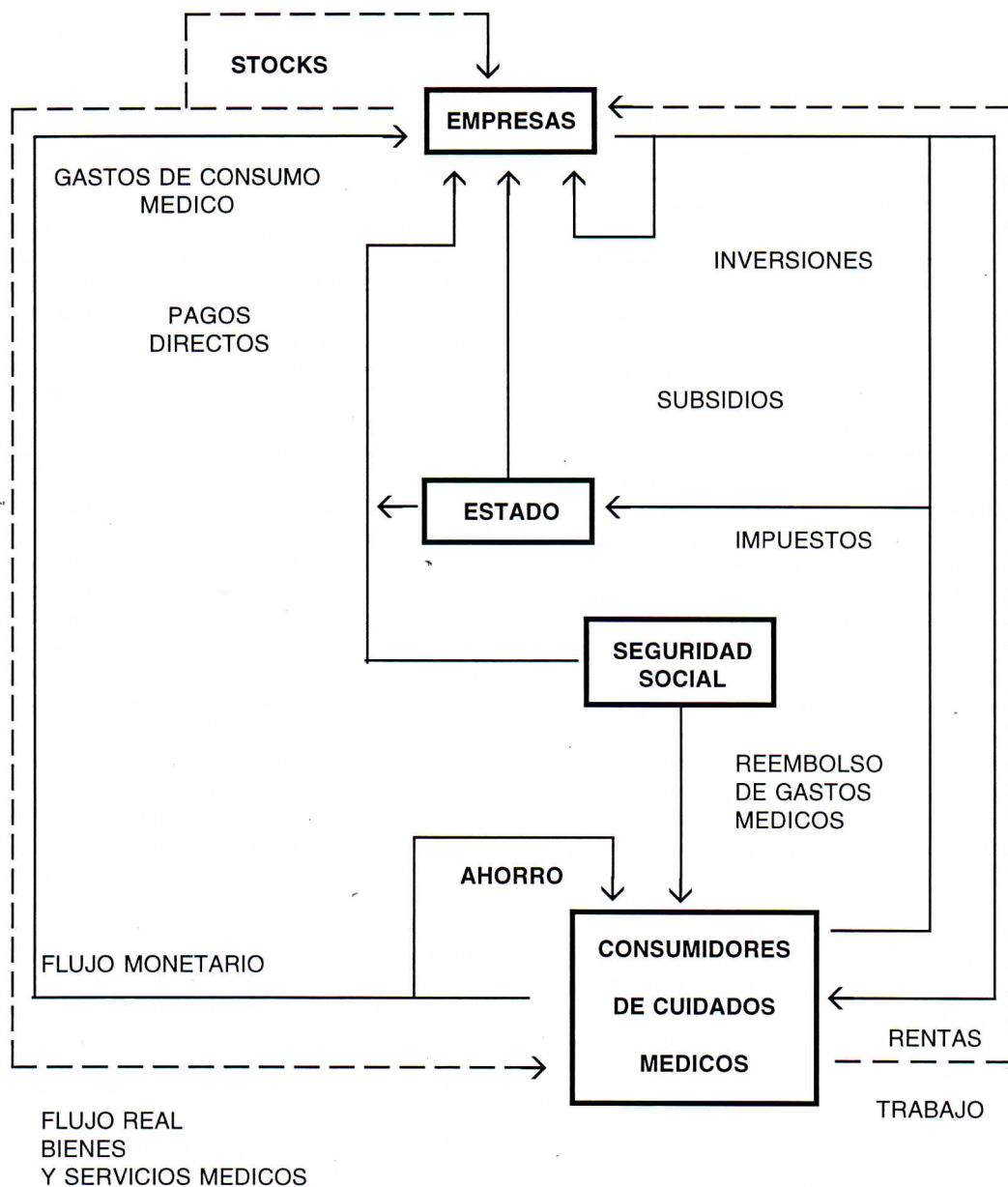
Intentaremos una aproximación al complejo y fundamental aspecto del análisis de costos en la asistencia psiquiátrica hospitalaria, muchas veces olvidado por parte de los administrativos, y sobre todo por los profesionales médicos. Aunque se realizarán precisiones de carácter general, la óptica estará orientada a la asistencia en un servicio de Psiquiatría en el contexto de un hospital general de tercer nivel, como el Hospital Central de las FF.AA. La aparición de nuevas modalidades de internación psiquiátrica (hospital de día, hogares comunitarios), sumado a la tendencia a la reintegración social precoz del paciente crónico obliga a hacer estudios comparativos de costos de cada modalidad. Analizaremos aquí aspectos relacionados con costos directos en la internación psiquiátrica ambulatoria (Policlínica y Emergencia) y costos de tratamiento medicamentoso (psicofármacos). Previamente señalaremos aspectos económi-

cos globales y su relación con el sistema de salud, antes de encarar la metodología de trabajo. Debido a la inexistencia en nuestro hospital de una oficina con la misión específica de evaluar costos no pudimos realizar un cálculo completo, pues se requiere información proveniente de varios departamentos, no siempre disponible para su utilización. En base a estadísticas de nuestro servicio y encuestas epidemiológicas intentaremos profundizar en algunos indicadores de calidad asistencial, analizándose además los gastos de medicación, fundamentalmente psicofármacos. En otros casos nos hemos debido limitar a señalar la metodología de obtención de costos, en la creencia que constituye igualmente un primer avance en la sensibilización respecto a su análisis. Plantearemos finalmente algunas sugerencias a efectos de mejorar la eficiencia y calidad asistencial sin incrementar costos.

1.1 Circuito Económico y Medicina.

El cuidado de los enfermos, objeto mismo de la Medicina, ha sido considerado durante mucho tiempo un aspecto del conjunto de la vida económica y social. Nadie ignora que los cuidados médicos necesitan estar financiados, pero las relaciones entre Medicina y Economía no habían sido encaradas directamente hasta los últimos tiempos. No existe país, por rico que sea, que pueda darse el lujo de malgastar sus recursos; todos enfrentan el vertiginoso aumento de los gastos en salud, y la competencia por la distribución del producto nacional bruto. Este hecho, asociado muchas veces a dificultades financieras de los estados, ha obligado a encarar las actividades médicas como íntimos participantes de la vida económica de una nación. Sabemos que la Economía depende del complejo juego de agentes económicos, que intervienen ya en la producción o en el consumo; en la producción encontramos las empresas, ubicadas en todos los sectores de la vida económica (explotación agrícola, industrial y actividades terciarias). Producen bienes y servicios de todo tipo, que en parte son almacenados y en gran

parte son adquiridos por la segunda categoría de agentes económicos, los consumidores; éstos al mismo tiempo que consumen bienes y servicios, contribuyen a las actividades productivas proporcionando su trabajo a las empresas. Esta relación empresas-consumidores constituye el denominado circuito económico, esquema general donde circulan los flujos de producción y consumo. Estos flujos de elementos reales (bienes y servicios, trabajo), constituye la parte material de la vida económica, existiendo además otros flujos de naturaleza monetaria que dan al circuito sus medios de funcionamiento. Los consumidores adquieren los bienes y servicios efectuando gastos que se imputan a sus rentas; los desembolsos de los consumidores llegan a las empresas como contrapartida de la producción que ha sido adquirida. A su vez, las unidades productivas vierten a los consumidores remuneraciones que les aseguran sus gastos de consumo; constituyéndose así un circuito monetario que funciona en el sentido inverso al flujo real (Fig. 1). La Medicina debe insertarse en este esquema general de agentes económicos; los economistas consideran que las actividades médicas también son asimilables al esquema producción-consumo. El sistema de salud está constituido por diferentes empresas (hospitales, consultorios médicos, industrias del medicamento), encargados de distribuir una parte del conjunto de bienes y servicios, producidos por el aparato económico. Los bienes y servicios médicos satisfacen las necesidades de salud de los consumidores, que son los adquirentes, consumiéndolos igualmente que las mercaderías y otros servicios. Un cierto número de consumidores, los profesionales de la salud, aportan su contribución en la esfera de la producción, trabajando en el sistema de salud. Desde el punto de vista monetario, los consumidores deben efectuar gastos para satisfacer sus necesidades de salud; gastos que aseguran el financiamiento de las unidades de producción médica, encargadas de distribuir estas remuneraciones a las diferentes categorías de personal que emplean. Este esquema debe ser completado con la introducción de un tercer agente entre empresas y consumidores

**FIGURA 1** (Modificado de J. Sabatini, 1990)

(Estado, Seguridad Social), que interviene por un lado a través de la regulación de salarios, costos, impuestos, que permiten el financiamiento de gran parte de los gastos de consumo médico o a través del pago directo de las unidades de producción médica. Por otro lado, los consumidores reciben en ciertos casos indemnizaciones, rentas por incapacidad, etc., provenientes de las instituciones de protección social. El sistema de salud está formado por gran número de unidades de producción, con diferentes actividades, tamaño heterogéneo y diseminadas geográficamente. Aparentemente existen pocos elementos comunes entre un médico general que ejerce una profesión liberal, un hospital o sanatorio, un laboratorio de análisis clínicos y una empresa de administración sanitaria. Pese a esta aparente disparidad, existe un objetivo común que es proporcionar cuidados médicos y mantener el estado de salud de la población. En una óptica macroeconómica, encarando el sistema económico en su conjunto, surge como primer elemento a analizar el trabajo, porque sin trabajo no hay producción posible. Las actividades de salud requieren numeroso personal, por tratarse de servicios orientados a relaciones interpersonales; en algunos países las actividades sanitarias constituyen el 9,9% del total de empleos del sector terciario, luego de la enseñanza, que emplea el 10,7%. Vemos así que los servicios de salud intervienen fuertemente en el empleo total, considerándose que los costos ligados a recursos humanos son nada despreciables (55-65%). Esta importancia del empleo vuelve al sistema muy sensible respecto a la evolución de los salarios, aspecto fundamental en países de inflación importante como el nuestro (30% anualizada). El consumo de los usuarios del sistema sanitario (bienes y servicios médicos) se considera un consumo final por estar situado al extremo de la cadena de consumo. A su vez las empresas que proporcionan cuidados médicos requieren cierta cantidad de consumos para obtener su producción, denominados consumos intermediarios. Por ejemplo, los hospitales deben adquirir toda una serie de bienes o servicios necesarios para su funcionamiento, tales

como alimentos para los alimentos hospitalizados, requiriéndose un conjunto de empresas que los provean.

1.2 Recursos y Salud.

Las enfermedades, al obligar a utilizar el sistema de salud, generan diferentes gastos que se engloban bajo la denominación genérica de «costos de la enfermedad», que pueden ser analizados a diferentes niveles. Los costos directos, incluyen los correspondientes a la adquisición de bienes y servicios médicos (productos farmacéuticos, servicios de atención ambulatoria, servicios de hospitalización común, cuidados intermedios o cuidados intensivos); el tipo y cantidad de cuidados necesitados dependen de la naturaleza y gravedad de la patología a tratar. Muchas veces, el sujeto enfermo o accidentado se encuentra incapacitado para trabajar, debiendo proporcionarle la seguridad social un subsidio o indemnización temporal o definitiva; si el sujeto muere, puede transformarse en una pensión para los beneficiarios. Los gastos generados por las enfermedades son muy importantes, y al ser generalizados al conjunto de la población se convierten en sumas considerables, generando en los administradores públicos la tendencia a frenar estos gastos. Desde el punto de vista teórico, el mercado de cuidados médicos sería extremadamente imperfecto: para algunos, la socialización de financiamientos altera la ley de oferta y demanda. Otros consideran que el carácter esencialmente público de los productores de cuidados desnaturaliza el mismo concepto de mercado. La delegación del poder de decisión por parte de los consumidores hacia los productores (derivada de la incapacidad de los primeros para realizar juicios fundamentales sobre los bienes y servicios que adquieren), llevaría al mercado más allá de la demanda. Las políticas de regulación en materia de gastos de salud se justifican porque que los consumidores disponen de rentas limitadas, que al ser destinados a la adquisición de bienes y servicios médicos, no pueden ser utilizados en otros sectores del consumo. En períodos de

prosperidad económica, al aumentar el poder adquisitivo de los consumidores, la situación es menos crítica, manteniéndose igualmente el supuesto básico: lo que se consume en salud no puede ser consumido en el resto de la vida económica. Al hablar de «gastos» de salud, se está señalando implícitamente que los des-cuentos destinados a financiar bienes y servicios médicos son sustraídos a la esfera productiva, perjudicando la inversión y el crecimiento económico de la nación. El considerable descenso de la tasa de mortalidad ha correspondido históricamente con un gran crecimiento del saber médico. Hoy día parece difícil demostrar una relación de proporcionalidad entre los recursos destinados a la salud y los beneficios colectivos en términos de disminución de mortalidad. Sin embargo, la eficacia de la Medicina no puede ser evaluada en base al único criterio de la tasa de mortalidad. Muchos avances se han realizado en áreas tales como diagnóstico precoz, mejora en calidad de vida de los pacientes, o mejor conocimiento de patologías que no implican necesariamente riesgo vital (en los países desarrollados y en el nuestro, las afecciones crónicas y degenerativas sobresalen dentro de la morbilidad). Puede considerarse que los beneficios derivados de las actividades médicas obedecen a una ley de rentabilidad decreciente, pues una vez logrados los mayores beneficios, como la vida siempre se mantiene de duración limitada, las ganancias no pueden incrementarse infinitamente. Los efectos de las actividades de salud sobre la producción también deben ser tenidos en cuenta, porque las diferentes enfermedades generan pérdidas económicas por inactividad o invalidez. Las patologías de todo tipo contribuyen a disminuir la capacidad de trabajo de una población, así como su productividad, y en consecuencia reducen el conjunto de la producción nacional. La aplicación de la teoría del capital humano a la salud considera que los gastos de salud constituyen inversiones que permiten mantener la capacidad productiva de la población y obtener beneficios económicos en el futuro.

1.3 Economía y Psiquiatría.

Para muchos profesionales en Psiquiatría (e incluso para muchos médicos), la idea misma de hacer una estimación de costos y beneficios de los cuidados a los enfermos aparece como moralmente repugnante, considerando que es muy difícil medir la calidad de vida o el sufrimiento en términos monetarios. Justamente la mediocre calidad de vida y el sufrimiento evitable de muchos pacientes ha generado una toma de conciencia colectiva que ha cuestionado el sistema de las instituciones psiquiátricas tradicionales. Observamos actualmente el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento, favoreciendo la precoz readaptación social y profesional, a través de servicios ambulatorios y domiciliarios. Hoy día, no solamente el clínico sino también el político o el administrador se encuentran confrontados con la elección de técnicas alternativas de tratamiento u hospitalización careciendo muchas veces de indicadores confiables sobre eficacia o costo. El problema de la evaluación comparativa de costos y beneficios se encuentra actualmente en primer plano. No es suficiente con que un método de diagnóstico o tratamiento sea eficaz, sino que además debe ser económicamente rentable, en una adecuada relación costo-beneficio. Muy sensible a las diferentes corrientes del pensamiento social, la Psiquiatría ha logrado beneficiarse de una relativa apertura de la sociedad a los problemas de salud mental en las últimas décadas, coincidiendo con los progresos de la psicofarmacología y las neurociencias. En un contexto de crecimiento limitado de los recursos y considerando el papel de la Psiquiatría dentro de la Medicina, se vuelve fundamental su evaluación económica. No debemos olvidar que la Economía es una ciencia, y la Psiquiatría (como toda la Medicina), un dominio particular de aplicación de esta ciencia pero nunca un dominio «natural» de aplicación. Esto genera dos consecuencias importantes: por un lado, el estudio económico de un área que esencialmente no pertenece a la economía requiere cierto número de adaptaciones de la disciplina a las

características del estudio; y por otro lado, las conclusiones del economista son exclusivamente ayudas para la decisión y no imperativos para el encargado de tomar decisiones. La ciencia económica, considera que los recursos naturales o resultados del trabajo son siempre relativamente escasos, y por tanto nunca se puede disponer indiscriminadamente de todos los bienes. Aunque algunos sean más abundantes que otros, todos son limitados en un momento dado. Como las necesidades de los sujetos son limitadas, se plantea inevitablemente un problema de elección: cuáles necesidades satisfacer teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos? Toda elección a favor de una necesidad limita las posibilidades de satisfacción de otras necesidades, así, toda decisión de proporcionar recursos suplementarios a la salud puede ser analizada como una disminución relativa de recursos disponibles para otras necesidades que debe cubrir el Estado. Para el economista, la justificación de la elección realizada en el momento de tomar decisiones consiste muchas veces en evaluar costos y compararlos con determinados criterios elaborados para evaluar las ventajas extraídas de esta elección. Si las ventajas son más importantes que el costo, la elección es económicamente racional; por lo contrario, la realización de una operación donde los costos fueran superiores a los beneficios logrados (si todos los otros factores son iguales), no sería una elección óptima. Aunque todas las evaluaciones económicas están basadas en el principio citado, se distinguen por la interpretación diferente que cada enfoque a los términos costos y ventajas, de manera general, el costo representa la evaluación de medios implicados en un determinado programa. A todo costo corresponde un financiero; según que el economista tome en cuenta el conjunto completo de éstos o no, el costo será más o menos elevado; todo depende de lo que se intente evaluar. Por ejemplo, se puede querer estimar el costo total de la enfermedad mental para la colectividad en su totalidad o para cada categoría diagnóstica. En el primer caso al evaluador le interesa el conjunto de los recursos dedicados a la Psiquiatría, comprendiendo el costo de producción de cuidados (equipo, personal, ma-

terial), pero además todos los otros gastos relacionados con los enfermos mentales (subsídios por incapacidad, etc.). El segundo caso propone el mismo esquema, pero analizado a nivel de cada categoría de enfermedad. Según el primer punto de vista, la distinción de los financieros interesa poco, porque se atiende más al volumen global de recursos dedicados a la asistencia psiquiátrica que al funcionamiento de estos gastos; interesa el costo colectivo de la Psiquiatría y no el costo individual. La búsqueda de este último tipo de costos interesa al comparar el costo de varias estructuras alternativas frente a la internación tradicional. Cualquiera sea el entorno donde se encuentre el paciente, la misma enfermedad genera costos en la medida en que el ambiente debe adaptarse a él y no a la inversa. Incluso en su domicilio, el enfermo genera costos a su entorno por la desorganización social y familiar que significa su presencia. Las ventajas obtenidas pueden ser de varios tipos: puede ser una eficacia, una utilidad o un beneficio. La eficacia puede ser definida como la capacidad de obtener el mejor resultado con los mínimos medios; la utilidad como la expresión de las preferencias de los individuos, y el beneficio como el saldo neto entre los gastos y las ganancias.

1.4 Análisis de Costos en Psiquiatría.

El conocimiento de costos se torna más complejo en el análisis económico de la Salud y la Psiquiatría, desde el momento en que muchas veces los resultados no son directamente observables. La actividad del médico es una actividad de tipo monopolista caracterizada por el poder total que dispone respecto a la cantidad y cualidad de sus prescripciones, con ausencia de control por parte del consumidor (paciente). La evaluación de costos en Psiquiatría requiere que nos alejamos del modelo médico tradicional hacia un modelo de tipo bio-psico-social. Si en el modelo médico los actores y medios están bien delimitados y son cuantificables, en el segundo caso la naturaleza de las intervenciones es mucho menos precisa y no siempre adaptable a una cuantificación. Analizar resul-

tados en Psiquiatría, requiere una evaluación precisa psiquiátrica, expresable numéricamente; ¿pero es posible expresar en cifras las diferentes intervenciones psiquiátricas? ¿Aunque ésto sea efectivamente realizable, es posible establecer una comparación adecuada entre cifras? Serían posibles tres tipos de aproximaciones: a partir de los productores o a partir de los consumidores, análisis que pueden ser realizados simultáneamente. Podemos considerar el consumo de medicación psicofarmacológica como un producto fácilmente cuantificable, y constituye uno de los rubros de mayor incidencia en los costos asistenciales. Según datos de otros países (Francia), los psicotrópicos representaban el 3,6% del total de la medicación consumida en 1970, cifra que asciende al 4,7% en 1980, ubicándose luego de la medicación cardio-vascular, analgésicos, antirreumáticos, medicación digestiva y antibióticos. Aunque el consumo legal de psicofármacos en los últimos años se incrementó mucho, el consumo de hipnóticos se mantuvo estable, debiéndose el incremento a la mayor utilización de ansiolíticos y antidepresivos. Al analizar los productos, encontramos los prescriptores (médicos), que juegan un rol esencial por ser los que realizan la indicación al paciente y también la cuantifican. Dentro del tercer ítem (consumidores), encontramos que 75% de los psicofármacos son consumidos por pacientes psiquiátricos o insomnes (42% y 38% respectivamente), pero el resto es utilizado en pacientes portadores de patología médica (cardiovascular, digestiva endócrina, etc.). Como señalamos, los resultados obtenidos se miden de manera diferente según se intente evaluar eficacia, utilidad o beneficio. La eficacia mide el resultado obtenido teniendo en cuenta los medios utilizados; resultado que pueden ser expresados en unidades físicas, por ejemplo, como años ganados, de vida. Para que sea posible comparar entre diferentes alternativas, los resultados deben estar expresados en la misma unidad, hecho que ocurre pocas veces dificultando los análisis comparativos. Los estudios costo-eficacia en Salud Mental realizados mayoritariamente en países anglosajones con-

sideran como principales componentes para evaluar eficacia, la mejoría sintomática del paciente y la capacidad de reintegro familiar y social. Para medir la eficacia de programas más específicos, tal como la desintitucionalización de pacientes psiquiátricos a través de nuevas alternativas de hospitalización, debe considerarse un elemento suplementario: la sobrecarga de tareas familiares que significa el cuidado de psicóticos crónicos en el propio hogar. Este elemento modifica la ganancia neta obtenida a través del desarrollo de modalidades alternativas a la hospitalización psiquiátrica en la medida que genera gastos suplementarios que deben ser integrados en una evaluación global.

1.5 Análisis Costo-Eficacia.

El análisis de eficacia de un programa en Psiquiatría plantea varios problemas; por ejemplo, considerar el resultado como la suma de algunas características evaluadas significa necesariamente una reducción respecto a la realidad, permitiendo solamente comparaciones con situaciones parecidas o patologías similares. La aparente facilidad de medida del resultado en términos físicos que permite el análisis de eficacia es algo ilusoria considerando que el objetivo perseguido es relacionar este resultado con sus costos de obtención. La estimación en términos monetarios de los diferentes componentes del resultado puede ser lograda únicamente a través de reducciones más o menos importantes de aspectos particulares. La evaluación de la sobrecarga familiar generada por el cuidado del paciente psiquiátrico crónico en su hogar, implica un análisis diferencial de la utilización del tiempo por parte de las personas del entorno del paciente en el hospital y en el domicilio. El hacerse cargo del cuidado de un paciente en domicilio requiere que el entorno le dedique tiempo para tareas materiales pero también para relacionarse con él, tiempo que debe ser valorado en una análisis adecuado. Los estudios costo-eficacia anglosajones han medido este aspecto considerando la pérdida de salario familiar generada por el retorno del

paciente a su domicilio. Este criterio no parece muy afortunado, pues puede haber miembros de la familia que no trabajen o que su tiempo no está valorizado por el mercado de trabajo, pero que participan eficazmente en la reintegración social del paciente. Para juzgar la eficacia total de un programa en términos costo-eficacia, es necesario que todos los componentes del resultado sean superiores al costo, o dicho de otro modo, que los costos sean mínimos para todas las dimensiones del resultado. Si uno de los componentes es al mismo tiempo el más eficaz pero el más costoso, no se pueden extraer conclusiones respecto a la eficacia total del programa. Para superar estas limitaciones, el economista puede utilizar otros estudios: costo-utilidad y costo-beneficio.

1.6 Análisis Costo-Utilidad.

En el análisis costo-unidad, el resultado es evaluado en términos de utilidad, es decir según las preferencias individuales expresadas para diferentes estados de salud: un hombre puede preferir vivir menos tiempo pero en mejores condiciones de salud física y moral, en cambio otro puede privilegiar la longevidad. Existirían entonces cierto número de estados de salud característicos que los sujetos esperan obtener cuando recurran al sistema de salud. La comparación entre el costo de obtención de cada estado con el grado de preferencia que le otorga el individuo determina la racionalidad económica del programa. Esta metodología, capaz de tomar en consideración las aspiraciones individuales, presenta además la ventaja de permitir identificar la alternativa más eficaz si un programa es a la vez el más costoso y el más eficiente, es decir, el más adecuado para lograr los objetivos fijados. Como contrapartida, su implementación requiere un profundo estudio acerca de la definición de la noción de preferencia para un estado de salud; requiriendo que todos los individuos puedan establecer escalas de preferencia de estos diferentes estados.

1.7 Análisis Costo-Beneficio.

Este tipo de análisis se utiliza para evaluar el beneficio que la sociedad puede obtener de una determinada acción. Esta metodología supone implícitamente que se está comparando una situación de oferta de cuidados con la situación de ausencia de ellos, estando expresados los resultados en términos monetarios. Requiere la estimación de todos los costos de la operación y todos los beneficios que la colectividad puede obtener. Este beneficio neto debe ser de carácter positivo para que el programa sea puesto en práctica, considerándose el programa que brinda mayor beneficio como el que más contribuye al bienestar social. Las tentativas de evaluación de tratamientos psiquiátricos son todavía poco frecuentes, porque los datos estadísticos son muchas veces incompletos y contradictorios; además, la complejidad metodológica de la evaluación científica ya señalada, no han favorecido el desarrollo de estos estudios. La evaluación de costos distingue habitualmente entre costos directos (costos hospitalarios, extrahospitalarios, cuidados de enfermería y otros profesionales, medicamentos, etc.), y los costos indirectos (pérdida de salarios por trabajo, prestaciones de seguridad social, etc.). La gran mayoría de estudios han encarado solamente los costos directos; pues los otros costos (sociales, psicológicos), son raramente cuantificados. Respecto a la evaluación de eficacia o de beneficio, la bibliografía es escasa; la evitación del síndrome de hospitalización ha sido muchas veces invocada para fomentar la creación de servicios externos, pero los resultados son aún contradictorios. La simple dicotomía entre hospital psiquiátrico y servicios complementarios-externos no es suficiente para regular las influencias del entorno. Los estudios que analizan las readaptación social y profesional de los pacientes demuestran claramente la utilidad y eficacia de los servicios complementarios, pero deben realizarse evaluaciones económicas adecuadas.

1.8 Análisis Económico en el Hospital.

En todo hospital es fundamental conocer detalladamente el manejo de cantidades y bienes que puedan ser expresadas en dinero, cifras que permitirán a la dirección del hospital evaluar el panorama financiero de la institución. Actualmente muchos hospitales presentan sistemas de contralor orientados no solamente a conocer el estado financiero, sino además a efectos de permitir el dictado de todas aquellas medidas y regulaciones necesarias para el correcto funcionamiento; ejerciendo además supervisión y control de todas las cuentas. Dentro de sus funciones, la contraloría prepara y controla los presupuestos que requiera la dirección; tiene a su cargo la planeación, establecimiento y vigilancia de la contabilidad, presentando estados de cuentas y balances periódicos que permitan conocer la marcha del nosocomio. El establecer normas y procedimientos de control interno permite evitar errores, desperdicios y fugas en las diferentes actividades del hospital. En contabilidad es tradicional el concepto de partida doble, o sea: por un lado se anotan en cuentas especiales la valoración de los bienes que posee el hospital, tales como edificio, mobiliario, instrumental, material de consumo depositado en los almacenes, así como aquellos ingresos financieros que en el presente o en un futuro puedan aumentar lo que se ha llamado el «haber» del hospital. Por otra parte, en partidas separadas se agrupan todas las cuentas negativas que significan erogaciones o deudas, como impuestos, depreciaciones, amortización del capital invertido, pago de renta, salarios a empleados, compromisos asumidos por el hospital, que constituyen el pasivo de la institución. En instituciones de tipo privado y carácter empresarial, debe considerarse además la ganancia, o sea la diferencia entre los valores del debe y el haber. Su objeto además es evaluar el déficit en caso de que el resultado sea desfavorable desde el punto de vista económico. En las instituciones hospitalarias que operan sin fines de lucro o como parte de un sistema de prestaciones médicas, la contabilidad debe además conocer desde el punto de vista numérico, si la operativa del hospital es económica de acuerdo

con la calidad de atención médica planteada. Además, debe controlarse si el proceso de inversiones previsto en los presupuestos de ha desarrollado de acuerdo con las normas establecidas y los fines de la institución. El presupuesto de un hospital es el instrumento administrativo que permite conocer los recursos económicos con que cuenta la institución para la satisfacción de sus necesidades. A medida que se va ejecutando en un período determinado, debe gastarse según un plan previamente establecido. El presupuesto debe cubrir dos aspectos fundamentales: a) la determinación en forma clara y explícita de los recursos económicos necesarios para satisfacer las necesidades en un período dado; y b) la forma en que se ha de disponer de esos fondos gradualmente para afrontar los compromisos económicos, de acuerdo a un plan de inversión establecido. En toda institución el ejercicio del presupuesto es un principio regulador de las erogaciones, a fin de mantener adecuada relación entre gastos y fondos que constituyen la base fundamental de financiamiento del hospital.

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 Análisis de Costos en el Hospital.

Se ha definido como contabilidad de costos un método de registro en el cual se anotan todos los elementos que se deberán erogar para llevar a cabo una actividad o tarea. En el hospital, la contabilidad de costos tiene varias funciones: 1) determinar el grado de eficiencia de las operaciones; 2) establecer con claridad la proporción en que se gastan los recursos del hospital; 3) establecer los datos para la preparación del presupuesto, en la operación futura del hospital; 4) proporcionar la información de lo que ha acontecido; 5) permitir la comparación de las cantidades numéricas de la operación de unidades médicas similares. El costo es la relación entre los gastos diversos que hay que hacer para producir una actividad y relacionar la cantidad de dinero empleado, con la cantidad de trabajo producido en el hospital. Los costos se clasifican en dos grupos: a) costos históricos o

reales, que son aquellos calculados a partir de la experiencia que se tiene sobre las erogaciones diversas que se hicieron en una actividad o trabajo, y b) costos predeterminados cuando con anticipación se calcula la erogación necesaria para obtener el trabajo a que se hace referencia. Hay dos criterios en lo referente a la obtención de costos: primero, el que adiciona a los elementos del costo los gastos financieros, como amortización y depreciación del capital, el interés sobre las inversiones de activo fijo, seguros contra riesgos, etc. Segundo, el criterio de considerar dichos gastos por separado, reduciendo la cuantificación precisa del costo únicamente a los gastos de operación. En lo referente a erogaciones, pueden considerarse tres componentes del costo: 1) El material directo, o gasto de recursos materiales; son aquellos bienes de uso directo en una operación o servicio; 2) la mano de obra directa, o gasto de recursos humanos, es decir el pago de salarios y otras prestaciones del personal interviniente; 3) los gastos indirectos, o sea las erogaciones necesarias para llevar a cabo la prestación de los servicios que contribuyen en forma indirecta. Estos últimos son los de evaluación más compleja, y se dividen a su vez en material indirecto, trabajo directo y gastos indirectos. En el renglón de material indirecto se considera papelería, artículos de conservación, artículos de limpieza, combustibles, etc., necesarios para mantener en servicio a todo el hospital. El renglón trabajo indirecto comprende el esfuerzo y trabajo humano dedicado a dirección, administración, supervisión, vigilancia y mantenimiento; además se agregan los sueldos de los integrantes de los servicios indirectos (administrativos, auxiliares o servicios generales), que pueden considerarse erogaciones indirectas respecto a la atención médica. Los gastos indirectos, son aquellos necesarios para conservar los bienes físicos dedicados a proporcionar directamente el servicio de atención médica de un hospital (electricidad, teléfono, oxígeno centralizado, etc.). En toda institución hospitalaria deben determinarse cuáles son los gastos de una prestación final o fundamental, y cuáles son correspondientes a servicios o prestaciones

intermedios que concurren en la realización de la primera. Los costos de servicios finales o básicos en el hospital son aquellas prestaciones que pueden realizarse de manera independiente unas de otras: hospitalización, cuya unidad en el costo unitario es el «día paciente», la atención y tratamiento del paciente en policlínica denominado costo por «consulta», y la atención en servicio de urgencia denominado «atención de urgencia». Pueden determinarse además algunos costos unitarios intermedios; por ejemplo, el Dpto. de Radiología puede tener como unidad el «estudio radiológico», el costo de cirugía y anestesia, denominado «costo de operaciones por minuto o por hora»; en el laboratorio de Análisis Clínicos el costo unitario puede ser la «determinación o análisis»; en el servicio de Alimentación puede ser el costo de servicio proporcionado o sea el «servicio de comida»; en el servicio de Farmacia puede ser la «receta despachada»; en el Archivo Clínico puede ser el costo por «expediente» en actividad; en Lavandería, el costo por «kilogramo de ropa lavada»; en mantenimiento puede ser el costo unitario de la orden de «reparación atendida». En contabilidad de costos el fin primordial es la determinación analítica del costo operativo en cada uno de los servicios de la institución, obteniendo el costo unitario de cada una de las prestaciones que proporciona, que al ser comparados a través de estadísticas periódicas permiten precisar la tendencia del aprovechamiento de los recursos financieros. La consideración exclusiva del costo unitario en general, puede conducir a errores interpretativos, pues este costo unitario varía en relación con los cargos fijos y los cargos variables que componen el mismo costo. En el funcionamiento de un hospital existen toda una serie de gastos que se tienen que hacer forzosamente, sin tener en cuenta los pacientes. Estas erogaciones se refieren al capital invertido, costo de muebles y enseres, salarios del personal que atiende a pacientes, personal de supervisión o servicios indirectos. Existe otra serie de gastos que varía con la población de pacientes, referidos a alimentos, medicamentos, material de curación, lavado de ropa, que estarán en relación con el número de

pacientes internados en un momento dado. Estos son los gastos variables, que en contraste a los cargos fijos que permanecen inalterados, pueden tener variaciones que conduzcan a errores en la apreciación del costo en general. Esto ha llevado a que en muchas instituciones se obtenga por separado el día-cama general aparte del costo por día-paciente; es decir, se determinan en forma exacta los cargos fijos y variables que componen esta cifra. Se deduce de lo anterior que la cama vacía es la cama más costosa, pues todos los cargos fijos siguen actuando en el costo; si hay camas vacías en los hospitales estatales no se está proporcionando el servicio requerido por la comunidad. Si esto ocurre en las instituciones privadas no está ingresando el dinero que se debe recibir por servicio del paciente internado. En el sector privado, el análisis de costos es fundamental para la supervivencia de las empresas, a efectos de enfrentar un mercado competitivo. En el sector estatal, los términos «competitividad» y «rentabilidad» continúan aún sonando extraños en muchos oídos, aunque existen indicadores que sugieren un cambio, sobre todo teniendo en perspectiva la venta de servicios a terceros.

2.2. Análisis de Costos en el Servicio de Psiquiatría.

Analizaremos someramente las características generales del Servicio de Psiquiatría de nuestro hospital, que cuenta con una sala de internación mixta con capacidad de 16 camas, un sector de asistencia ambulatoria en Policlínicas, realizando además asistencia psiquiátrica en el Dpto. de Emergencia y en salas generales o de otras especialidades (interconsultas). el análisis de costos requiere el cálculo del día/cama de internación, y el costo de cada uno de los otros actos médicos (consulta/Policlínica; consulta/Emergencia y consulta/interconsulta). Para obtener el costo de la consulta en Policlínica y Emergencia, deben tener en cuenta los siguientes ítems: 1) Recursos Humanos (Salarios); conociendo el monto de los salarios de todo el personal involucrado

(técnico y no técnico), se puede calcular la cuota parte relativa a la consulta ambulatoria, teniendo en cuenta el tiempo requerido por cada actividad asistencial; 2) Insumos: debe realizarse un listado de todos los elementos materiales utilizados en el área de Consulta Externa suministrados por el Dpto. de Abastecimientos; 3) Exámenes y tratamientos no medicamentosos intra/extrahospitalarios: los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento deben proporcionar información discriminada y costos respectivos; 4) Costos de Medicamentos utilizados, proporcionada por el Dpto. de Farmacia; 5) Otros insumos, incluyendo gastos fijos de funcionamiento (luz, agua, gas, teléfono), y mantenimiento. La información con sus respectivos costos deberá ser prorrateada según el total de consultas durante un período determinado, a efectos de obtener el costo por consulta. Este indicador deberá ser analizado cuidadosamente en forma evolutiva, pudiendo ser comparado con otras instituciones estatales y privadas a efectos de comparar eficiencia. Para obtener el costo día/cama de internación consideraremos similares ítems, con información proporcionada por el Dto. Financiero Contable (salarios y gastos fijos), Dpto. de Abastecimientos (material fungible, material blanco y material estéril, papelería y otros insumos), Dpto. de Alimentación (alimentación de pacientes internados), Servicios de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorio de Análisis Clínicos, Imagenología, EEG, ECG, electroconvulsoterapia, etc.), Dpto. de Farmacia y Droguería (medicación). Utilizando la información disponible, calcularemos además el rendimiento y productividad de los recursos humanos del servicio, en base al número total de horas dedicadas a la atención de los pacientes. Disponemos de información computarizada sobre consumo de psicofármacos, a nivel de Consulta Externa y sala de internación.

III. RESULTADOS

En el servicio de Psiquiatría durante el año tomado como referencia (1992), se realizaron un total de 9516 consultas en Policlínicas, a

cargo de diez médicos psiquiatras (Cuadro 1); la evolución mensual del total de consultas de muestra en el Gráfico 1 (promedio mensual 819). El análisis del tiempo dedicado a la asistencia muestra un total de 2.804 horas, con un total de 18 minutos por paciente. La evaluación del rendimiento de los recursos humanos (médicos), fue 3,3 consulta/hora psiquiatra en Consulta Externa. El consumo de medicación en un mes elegido al azar, muestra un total de 3166 unidades, con un costo total de U\$ 91.593 (cifras actualizadas). El Cuadro 2 muestra los psicofármacos discriminados por familia, por unidades y su costo; el total mensual de unidades de psicofármacos expedidos en consulta ambulatoria es 2.761, con un costo total de U\$ 82.329 (la diferencia corresponde a la medicación no psicotrópica). Dividiendo el gasto mensual total de psicofármacos entre el promedio de consultas del mes (819), obtenemos un costo promedio de psicofármacos de U\$ 100,6 por consulta. El 43% de unidades consumidas corresponde a ansiolíticos, y el 17% a medicación antidepressiva; a los neurolépticos corresponde el 24% de las unidades. Analizando los costos respectivos, al 43% de los ansiolíticos corresponde solamente el 10% del costo; en cambio, el 24% de los neurolépticos se lleva el 47% del costo total. Dentro de este rubro, el neuroléptico palmitato de pipotiazina se lleva el 51% del costo con solamente el 15% de unidades. Los datos respecto a nuestros pacientes, definidos como los que consultan por primera vez o que no consultan desde tres años atrás como mínimo, arroja un elevado índice de cronicidad, cercano al 90%. Respecto a la internación psiquiátrica (sala 11), durante el mismo año se internaron un total de 308 pacientes totalizando 3.542 días de estadía, y un promedio de días estadía/paciente de 12,7, con un porcentaje de ocupación de 75%, y un promedio de 35 pacientes por mes. Durante el período 91/92, hubo períodos de superpoblación que obligaron a alquilar camas en sanatorios psiquiátricos (28 pacientes en 1992); este hecho nunca se volvió a repetir desde 1993 a la fecha. En Gráfico 2 muestra un análisis comparativo de promedios de días de estadía entre el servicio

de Psiquiatría y la internación en las cuatro especialidades básicas de nuestro hospital. Se observa mayor variación en los promedios de sala psiquiátrica que en los otros servicios, donde hay menor variación anual. Comparando los días de internación psiquiátrica del período 91/93 con un dato actualizado (marzo 96), se observa un decremento importante, pues de alcanza un valor mínimo de 8,39. El consumo mensual de medicación en sala fueron 561 unidades, con un costo total de U\$ 14.336. El análisis por familia, unidades y costo de psicofármacos se muestra en el Cuadro 3; el total mensual de unidades de psicofármacos son 296 con un costo total de U\$ 7.972; como en el caso anterior, la diferencia corre por cuenta de los otros medicamentos no psicotrópicos. Si dividimos el costo total de psicofármacos entre el promedio mensual de pacientes, obtenemos un costo de psicofármacos promedio por paciente internado de U\$ 227,8. El rubro más importante son los neurolépticos (47% de unidades) seguidos por hipnóticos (24%), y ansiolíticos y sedantes (19%). Respecto a costos, el rubro neurolépticos lleva el 47% del costo total, así como a hipnóticos le corresponde el 32%; debe señalarse que el midazolam ampollas, se lleva el 93% del total de hipnóticos. El rendimiento de recursos humanos (médicos) fue 3,2 paciente/día/psiquiatra; la productividad de las Enfermeras Universitarias en sala fue 0,8 hs.Enf.Univ./paciente/día, y para los Auxiliares de Enfermería 4,8 hs. Enf/paciente/día. El análisis epidemiológico de un total de 948 horas consultas de Policlínicas se muestran en el Gráfico 3; aplicando estos porcentajes el total de consultas podemos tener una estimación aproximada de la prevalencia de tipos de patología psiquiátrica. Surge claramente un predominio de la patología depresiva (66%) y trastornos de ansiedad (12%), seguidos por psicosis agudas y crónicas (8%).

IV. DISCUSION

El análisis de los resultados muestra un rendimiento y productividad adecuada en Consulta Externa; el promedio de 18 minutos/pa-

ciente se encuentra muy cercano al ídel establecido por la OMS de 20 minutos/paciente para la consulta psiquiátrica externa. Se ha estimado en el mutualismo (IAMC y UMU) que el tiempo dedicado a consulta psiquiátrica es la mitad del aconsejado por la OMS. No debemos olvidar que en la asistencia psiquiátrica el tiempo dedicado a la entrevista psiquiátrica puede convertirse en una importante variable terapéutica, pudiendo ser considerada un adecuado indicador de calidad asistencial. El servicio de internación también muestra adecuado rendimiento y productividad; es único en nuestro medio por tratarse de una internación mixta, de corta estadía, exclusivamente para cuadros psiquiátricos agudos y/o descompensados, y anexo a un gran hospital general. Cuando se creó el primer servicio denominado de «corta estadía» en el Hospital Vilardebó, hace dos décadas, se había fijado como tiempo máximo promedio de internación 21 días. Estos servicios surgieron por la necesidad de acortar las internaciones de tipo «asilar», con duración promedial de meses, enmarcados en el cambio de las instituciones psiquiátricas que señalamos. Actualmente las internaciones psiquiátricas mutuales tienen una duración promedio de 16-18 días, y las hospitalarias 20-30 días. A partir de 1993, al ajustarse los criterios de internación y las pautas de tratamiento, nunca más se requirió la contratación de camas psiquiátricas extrahospitalarias. La importante reducción observada en los promedios de días de estadía (de 12.7 a 8.39), coincide con un cambio en la organización asistencial de la sala psiquiátrica. En febrero/96 se designan dos médicos con funciones de residentes de sala, supervisados por un Jefe de sala, sustituyendo la organización anterior donde cada uno de los médicos del servicio era responsable del seguimiento de sus pacientes si éstos se internaban. El cambio se realizó en la convicción de que la presencia estable de médicos en sala significaría una mejor calidad asistencial, y un acortamiento de los días de internación con un contralor más estricto de la evolución y tratamiento de los pacientes. Nuestro servicio, que podríamos denominar de «internación ultra corto», es un ejemplo de integra-

ción de Psiquiatría con el resto de la Medicina, por el volumen de interconsultas y estudios paraclínicos efectuados en el marco de una evaluación integral bio-psico-social de los internados. El análisis epidemiológico muestra preponderancia de síndromes depresivos y ansiosos (75.5%), considerado patología psiquiátrica menor, frente a los cuadros psicóticos (7.7%), de mayor gravedad. Durante el año analizado hubo más de 7.000 consultas por problemas depresivos y ansiosos, coincidiendo con las estadísticas internacionales que muestran una prevalencia de 5-15% de depresiones y 3-17% para trastornos ansiosos en la población general. Aunque estas patologías habitualmente no requieren internación (excepto las depresiones melancólicas que constituyen la minoría), son las responsables del mayor consumo de psicofármacos. En la consulta ambulatoria el 60% de las unidades expedidas corresponde a los ítems ansiolíticos y antidepresivos, así como el 40% del costo mensual. Esto coincide con estadísticas de países como Francia, donde 47.8% del total de psicofármacos corresponde a ansiolíticos, 13.9% a antidepresivos, 24.3% a hipnóticos y 8.8% a neurólépticos. Dentro del rubro «neurólépticos», el 47% del costo mensual corresponde a la forma depósito (aprox. U\$S 2.378 mensual, correspondiendo a U\$S 28.536 al año), modalidad de tratamiento más eficaz para prevenir las recaídas de las psicosis crónicas por abandono de medicación oral, y las reinternaciones frecuentes denominado «síndrome de puerta giratoria». En este aspecto, se pueden sugerir modificaciones en los productos actualmente incluidos en el vademecum, pues el palmitato de pipotiazina (único depósito incluido), tiene un costo por ampolla de U\$S 385, mientras que el decanato de haloperidol que posee acción similar, cuesta menos del 40%. Solamente ésto permitiría un ahorro de más de U\$S 10.000 al año. Dentro del rubro «antidepresivos», que son medicamentos de elevado costo comparativo, la sugerencia sería restringir el vademecum a solamente un producto por familia, por la semejanza de efecto terapéutico de la mayoría de ellos. Dada la elevada prevalencia de la patología ansioso-

depresiva, podrían encararse programas terapéuticos no farmacológicos. Por ejemplo, para los trastornos ansiosos, terapias de relajación y anti-stress; para los trastornos depresivos, terapias cognitivo-conductuales y terapias de «tiempo limitado» o terapias breves. Las estadísticas internacionales llegan a señalar un 80% de eficacia de los tratamientos psicoterápicos, coincidiendo con disminución de días de hospitalización y cuidados médicos.

V. CONCLUSIONES

Cada vez es más importante la utilización correcta de los recursos, que como enseña la economía, nunca son suficientes. Esto se aplica hoy con gran intensidad en el campo de la Salud, tornándose imprescindible encarar un análisis económico serio de las actividades médicas. La Psiquiatría también debe encarar este desafío, pues requiere los recursos tanto o más que cualquier otra especialidad. Es particularmente difícil la evaluación de variables psicológicas o sociales, con gran componente subjetivo, pero es el camino a recorrer. El análisis del servicio de Psiquiatría del Hospital Central revela un aceptable rendimiento y productividad, así como un tiempo de entrevista y promedio de días de internación. Se sugieren modificaciones en la prescripción de psicofármacos así como la posibilidad de implementar programas de terapias no farmacológicas a fin de reducir costos.

CONSULTA EN POLICLINICA ENERO-DICIEMBRE/1992

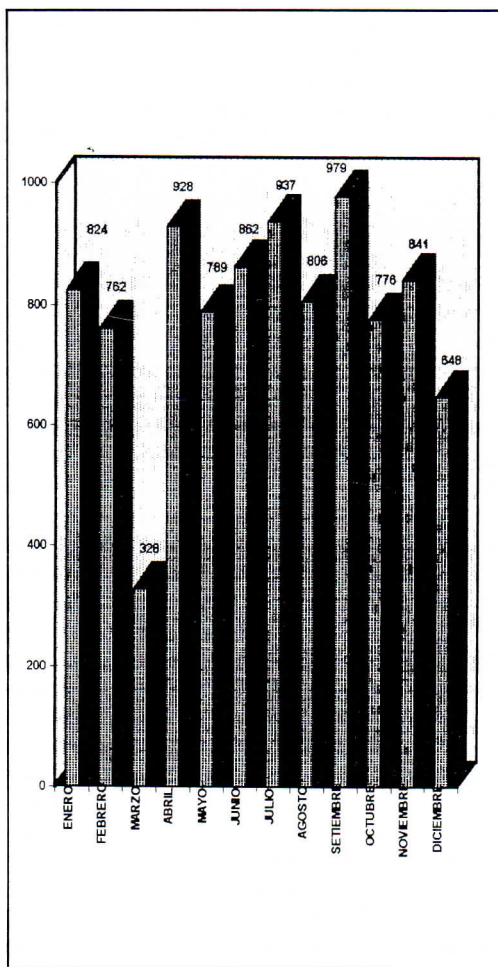


Gráfico 1

CONSULTA EN POLICLINICA DISCRIMINADA POR MEDICO PSIQUIATRIA
PERIODO: ENERO A DICIEMBRE/1992

MEDICO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB.	OCTUBRE	NOVIEMB.	DICIEMB.	TOTAL
A	130	120	52	119	115	112	111	163	175	165	196	149	1607
B	125	116	50	109	120	109	114	165	240	165	128	76	1517
C	72	67	29	117	103	99	109	127	136	70	146	101	1176
D	113	105	45	95	77	93	93	114	131	120	99	74	1159
E	117	108	46	156	121	173	153	874					
F	146	135	58	124	106	78	130	851					
G	25	23	10	116	86	100	147	151	186	164	142	132	1282
H	80	86	111	92	130	78	577						
I	96	88	38	92	61	98	473						
TOTAL	824	762	328	928	789	862	937	806	979	776	841	684	9516

CUADRO I

CONSUMO MENSUAL DE PSICOFARMACOS
EN POLICLINICAS

Sedantes	Antidepresivos		Neurolépticos		Antiepilépticos		Antiparkinson		Hipnóticos		Otros									
	UNID	\$	UNID	\$	UNID	\$	UNID	\$	UNID	\$	UNID	\$								
Bromazepan	541	2218	Fluoxetina	205	480	haloperidol	12	2055	Hidantoína	24	843	L-Dopa	10	738	Zopiclona	56	1822	Prometaz	4	60
Clobazam	37	1034	Moclobemida	31	7518	Cloroprom	19	161	Clonazep	15	650	Proclic	3	86	Flunitraz	269	3023	Tiaprida	9	1068
Diazepam	284	1309	Clorimipram	84	10060	Levopromaz	152	4212	Fenobarb	6	137	Profen	51	2935	Midacolv	5	199			
Lorazepam	236	1128	Imipramina	40	554	Propericiaz	29	1965	Carbamax	5	97									
Alpraxolam	66	1674	Maprotilina	106	5559	Tioridazina	98	5140	Valproato	3	76									
						Cloroprot	59	3514												
						Sulpiride	71	1335												
						Pipotiazina	97	19733												
TOTALES	1188	8369	466	24171	64738115	53	1803	64	9759	3305044	13	1128								
	43%	10%	17%	29%	23%	46%	2%	2%	2%	5%	0,5%	1%								
TOTALES	2761	82389																		

CUADRO 2

CONSUMO MENSUAL DE PSICOFARMACOS EN INTERNACION

Neuróticos	Antiparkinsonianos		Sedantes		Hipnóticos		Antidepresivos		Total Unidades	Total Costo				
	UNI	\$	UNID	\$	UNID	\$	UNID	\$						
Haloperidol	51	1153	Profenamina	10	574	Prometazina	32	363	Zopiclona	2	65	Fluoxetina	14	33
Cloroprom	26	233				Fosf. de Codeina	5	200	Flunitraz	8	90	Maprotilina	7	386
Levopromaz	37	560				Bromazepan	7	29	Midazolam	60	2381			
Pipotiazina	11	1527				Diazepam	11	63						
Sulpiride	15	315												
TOTALES	140	3788	10	574	55	655	70	2536	21	419	296	7972	7972	7972
	47%	48%	3%	7%	19%	8%	24%	32%	7%	5%				

CUADRO 3

PROMEDIO COMPARATIVO DE DIAS DE INTERNACION

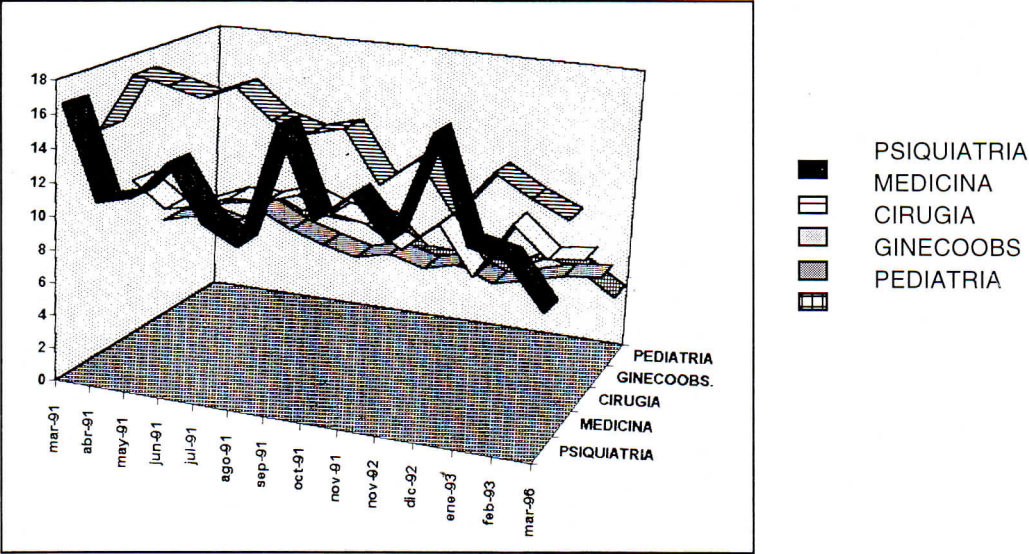
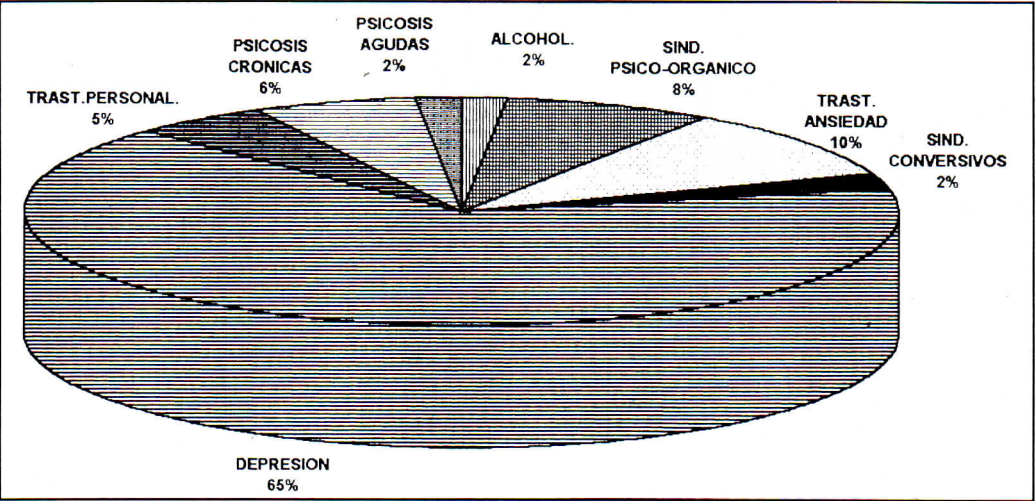


GRAFICO 2

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO



TOTAL ANUAL DE CONSULTAS 1992

GRAFICO 3

BIBLIOGRAFIA

1. APPLEBY L., PRAKASH D. et al: «Length Stay and Recidivism in Schizophrenia: A Study of Public Psychiatric Hospital Patients», *Am. J. Psychiatry* 150:1, 1993.
2. ANASTASIA H.: «Proyecto de Reestructura Asistencial del Servicio de Psiquiatría (Sector Consulta Externa)»; memorándum interno, Hospital Central FF.AA., Montevideo, 1992.
3. BALDESSARINI R., KANDO J., CENTORRINO F.: «Hospital Use of Antipsychotic Agents in 1989 and 1993: Stable dosing with Decreased Length of Stay» *Am. J. Psychiatry*, 152:7, 1995.
4. BARQUIN M.: «Dirección de Hospitales», Ed. Interamericana, México, 1979.
5. BARRAL P.: «Du coût au bénéfice des nouveaux médicaments», *Confrontations Psychiatriques* No. 32: «Economie de la Santé et Psychiatrie», París, 1990.
6. BENOIT J.: «Une certaine difficulté: chiffrer l'aspect psychothérapique de la psychiatrie», *Confrontations Psychiatriques* No. 32, París, 1990.
7. CHANOIT P.: «L, approche économique de l'anxiété et des dépressions», *Confrontations Psychiatriques* No. 32, París 1990.
8. GERIN P., DAZORD A.: «Aspects économiques des approches psychothérapiques», *Confrontations Psychiatriques* No. 32, París 1990.
9. MATTURRO L.: «Estudio del Dpto. de Psiquiatría desde la óptica de Administración de los Servicios de Salud «Monografía de Curso Pasaje de Grado, Escuela de Sanidad FF.AA., Montevideo, 1993.
10. MELTZER H., COLA P., WAY L., et al: «Cost-Effectiveness of Clozapine in Neuroleptic-Resistant Schizophrenia» *Am. J. Psychiatry* 150-11, 1993.
11. PETERSON O., BURGESS A., BERFERSTAM R., et al: «¿Cuál es el rendimiento del dinero en la Asistencia Médica? Experiencia en Inglaterra, Suecia y Usa» *The Lancet*, 8 de abril, 1967.
12. PINET-DUMONT N., ECHAUDÉMAISON C., LAGRANGE M., «Initiation Economique et Sociale» Ed. Nathan, París, 1985.
13. SABATINI, J.: «Les relations entre le secteur Santé et la vie économique» *Confrontations Psychiatriques* No. 32, París, 1990.
14. WEINSTEIN M., STASON W.: «Fundamentos del Análisis de Eficacia en función de los Costos en relación con la Salud y el ejercicio de la Medicina « *New England Journal of Medicine* 296:716-721, 1977.