

PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL¹

Claudio Arturo Arce Ramírez
Economista. Proyecto de Modernización

RESUMEN

A partir de la definición del concepto de eficiencia, sea técnica o asignativa y de productividad aparente, el artículo presenta información donde se indica que probablemente la utilización de los recursos en los hospitales de la Institución revela carencias en estos aspectos. Esta no es característica privativa de la CCSS sino de las organizaciones de salud en general sean públicas o privadas. La medición de la productividad y eficiencia en sector salud tropieza además de las dificultades propias de medición del producto en salud, con la inexistencia de sus productos en el Sistema de Cuentas Nacionales. Lo relevante del análisis es que permite señalar la existencia de grados de libertad para obtener un mayor producto con los mismos recursos y por tanto obtener ganancias en bienestar.

INTRODUCCIÓN

La labor de la Caja Costarricense de Seguro Social, data de más de medio siglo; durante este medio siglo la sociedad costarricense ha logrado avances muy importantes en el descenso de la mortalidad², la ampliación de la cobertura, la formación de recursos humanos y la investigación científica.

Los avances en la cobertura de la población son en realidad extraordinarios; así por ejemplo en 1944 se situaba en un 3,7% y para 1995 asciende a 86,40%³. Sin embargo, desde el punto de vista del desarrollo de instrumentos y técnicas de gestión empresarial la Institución no ha presentado el mismo grado de desarrollo.

Así, todos los diagnósticos, y estudios realizados en esta dirección concluyen básicamente, en la necesidad de implementar y desarrollar la función gerencial en la Institución, limitada por factores institucionales y acuerdos sociales. Entre los primeros se encuentra la centralización en las decisiones: todas las decisiones se trasladan a una instancia superior y los meca-

nismos de control directo son tan fuertes que hacen innecesaria la estructura de incentivos.

Esta centralización tiene como soporte el predominio del derecho administrativo. Se genera una reglamentación que prescribe detalladamente todas las actua-

ciones y exige todo tipo de documentación para justificarla. Esta característica afecta no solo la eficacia de la Institución sino también su eficiencia y productividad. Esto último es evidente, al funcionario se le resta creatividad e iniciativa y se limita a cumplir lo señalado en los reglamentos.

Por su parte, los acuerdos sociales, se refieren básicamente, a los acuerdos de tipo salarial o que inciden sobre el salario de determinados grupos laborales, por ejemplo Ley de incentivos médicos y laudos arbitrales. El desfase entre el avance de la cobertura en relación con la capacidad gerencial, se evidencia en la facturación, que según los expertos aún en la década de los noventa utilizaba los mismos instrumentos y técnicas de hace 25 años.

Por lo tanto, a pesar de los notables éxitos del sistema de salud, no debe impedir que identifiquemos los problemas que aún quedan por superar. Así, como venimos de una época de avances, venimos también de un modelo de atención que ha acumulado rezagos y pareciera de común acuerdo señalar que estos rezagos son producto de:

- Cambios cuantitativos en la demanda, que se traduce en que la respuesta institucional sea insuficiente dada la demanda, lo que se le agrega la modificación en la estructura demográfica, que presenta una población que tiende al envejecimiento, y que por tanto demanda mayores servicios con costos más elevados.

1. Se agradece la participación del Licenciado James Cercone en la elaboración del artículo. Los posibles errores y omisiones son responsabilidad exclusiva del autor. Las opiniones expresadas en este documento no comprometen en nada al Proyecto de Modernización y son de carácter estrictamente personal.
2. Los avances en la reducción de la mortalidad son en realidad impresionantes, así, se señala que en 1870, las mortalidades eran tan altas que la esperanza de vida al nacer, según se reporta, no alcanzaba los 29 años. Comparemos este dato con el actual de una esperanza de vida superior a los 70 años.
3. Según información del Departamento de estadística de la CCSS.

- Cambios en el perfil epidemiológico referidos, al cambio del perfil de morbi-mortalidad, en donde coexisten algunas enfermedades infecciosas con enfermedades crónicas y degenerativas, que exigen mayor tecnología y nuevas formas de tratamiento, que incrementan los costos, principalmente en hospitalización. A todo esto se le suma un proceso de urbanización del área metropolitana desordenado que genera riesgos para la salud al tiempo que acerca a la población hacia los núcleos donde se concentran los recursos médicos.
- El incremento en el gasto total (privado + público) en salud; por ejemplo para 1994, supuso una cifra del 10,7% con relación al PIB de ese año. Este nivel de gasto no tiene relación con los niveles de calidad de los servicios ni mejoras en la productividad en la prestación de los mismos.

El objetivo del artículo es presentar desde una perspectiva económica, un análisis de la productividad y eficiencia de la Caja Costarricense de Seguro: Para esto se seleccionaron los nueve hospitales nacionales y se obtuvieron los cálculos respectivos. En su primera parte el documento presenta una descripción de la situación actual de la Institución con relación a estos elementos, en la segunda parte se explican los conceptos pertinentes, así como una breve discusión de la medición del producto en salud, en la cuarta parte se presentan los resultados del análisis y finalmente se presentan las conclusiones respectivas.

Es importante mencionar que los indicadores de producción utilizados, son los que tradicionalmente se utilizan, tal es el caso de los egresos, cirugías, consulta de medicina general y especializada. Como es conocido estos indicadores son sensibles por lo tanto son indicativos de las tendencias en cuanto al nivel de producción.

DESCRIPCIÓN: SITUACIÓN ACTUAL

El sistema de salud de Costa Rica se caracteriza (en forma semejante a la de los países con sistemas públicos integrados) por la financiación y provisión pública de dichos servicios, donde el esquema de asignación de recursos en el seno de la CCSS tiene su fundamentación en el presupuesto histórico, o sea que los diferentes establecimientos de salud, se le asigna el presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades reales de la población que atiende, la cobertura y sus resultados económicos-financieros; es una organización que no diferencia las tres funciones de financiación, compra y provisión.

Desde el punto de vista organizacional la constitución interna de las organizaciones del sector salud, es de carácter jerárquicas lo que ha inducido al predominio de una mentalidad de control, centralista, basada en el procedimiento; concepción que choca con la orientación hacia los resultados que cabe esperar de la Administración pública. Este énfasis en lo administrativo ha propiciado la duplicidad de funciones, traduciendo en asignaciones ineficientes de los escasos recursos económicos, materiales, humanos.

Ante estos rezagos, la modernización del sector salud, busca fortalecer los principios que dan fundamento a la provisión pública de servicios de salud, como son la Universalidad,

Equidad y la Solidaridad, para esto es necesario abandonar la mentalidad del control y replantearse la estructura organizativa de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los objetivos son claros: se trata de pasar de una Administración pública basada en el derecho administrativo y firmemente anclada en la centralización, el control y el procedimiento a una organización flexible y más orientada a los resultados en la prestación de servicios. Se busca por tanto rescatar al usuario (cliente) como fin primordial en la prestación del servicio de salud.

Los cambios organizacionales buscan un uso racional de los recursos económicos, financieros y materiales, o lo que es lo mismo se busca la eficiencia y la productividad de los mismos, en otras palabras se busca más salud por el dinero. Los esfuerzos de aumentar la productividad y eficiencia, se insertan dentro de un contexto caracterizado entre otras cosas por una creciente insatisfacción por la calidad (aparente y técnica) de los servicios de salud, por la necesidad de asignar los recursos económicos en función de las necesidades de la población en lugar de hacerlo en función de los servicios de salud, es decir que incentiven la eficiencia, premiando la prestación costo-efectiva de servicios adecuados.

EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA CCSS

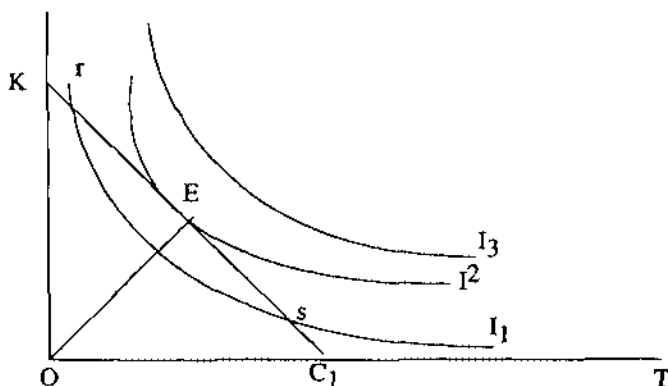
Definiciones básicas

En términos generales se utiliza la noción de eficiencia para designar la relación existente entre los resultados obtenidos en un actividad dada y los recursos utilizados, en salud, o lo que es lo mismo se entiende por eficiencia la consecución de un valor máximo (salud) con los recursos (económicos) disponibles. Convencionalmente los economistas utilizan las acepciones del término eficiencia en relación con: la eficiencia técnica, y la eficiencia económica o asignativa, también existe el concepto de eficiencia de gestión o eficiencia X debida Liebenstein. Esta última no será desarrollada en este artículo pero recordemos que hace referencia al lado de la oferta, a la actuación de una organización determinada.

Se entiende por *eficiencia técnica*, la consecución de un producto *minimizando* los costos, lo que es lo mismo, *maximización* de la producción con unos costos dados. Se produce la eficiencia técnica en el punto en el cual la línea de isocosto (igual costo) es tangente a una isocuantas (curva de igual producto) (Gráfico 1).

En el punto E del gráfico el productor esta maximizando la producción con un costo dado; este costo esta representado por la línea de isocosto c_1 . Los puntos r y s están disponibles al costo que representa c_1 . Pero la producción se puede aumentar sin incurrir en mayores costos seleccionando una combinación de insumos más apropiada. La producción puede llegar hasta F_1 , donde la isocuantas es tangente a la línea de isocosto.

La *eficiencia asignativa*, se define como la producción al menor costo social de los bienes y servicios que más valora la sociedad y distribución de los mismos de una forma socialmente óptima; en términos generales se corresponde con la combi-



K: Capital
 T: Trabajo
 I₁, I₂, I₃: Isocuantas
 E: Producción óptima con el costo dado
 C₁: Línea de isocosto

GRÁFICO 1

nación adecuada de servicios que contribuyen a restablecer la salud, por lo tanto es la eficiencia de mayor nivel y presupone la existencia de eficiencia técnica⁴.

La eficiencia económica (asignativa) engloba consideraciones de oferta y demanda pues tiene lugar en el punto en el cual las tasas marginales de transformación en el lado de la producción igualan las tasas marginales de sustitución en el lado del consumo. Por su parte la productividad se define de dos formas diferenciales:

1. Productividad aparente (factorial): $\frac{\text{Producto total}}{\text{Insumo trabajo (capital)}}$
2. Productividad total de los factores: $\frac{\text{Producto total}}{\text{Total de insumos}}$

En forma simbólica tendríamos:

$$\text{Productividad Total} = \frac{\text{Producto total}}{L+K}$$

Donde,

L = Trabajo

K=Capital

$$\text{Productividad factorial (aparente)} = \frac{\text{Producto total}}{L}$$

4. Tal como lo apunta Ortún, puede darse el caso de que una mayor eficiencia técnica (servicio de amputación de orejas en serie al estilo de la queratotomía radial) no sería favorecida con recursos adicionales bajo el criterio de eficiencia económica. Éstos irían alternativamente, al servicio de vacunaciones, pese a que su eficiencia técnica fuese menor. Siempre, claro está, que la sociedad prefiriese estar mejor inmunizada en lugar de sin orejas. Véase: Ortún Rubio, Vicente: *La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones*. Escola Universitaria de Treball Social. La Llar del Llibre, S.A. EUGE 1991. Pág. 51.

Por lo tanto la productividad nos dice cuánto se produce con el uso de determinados factores; esto implica que un proceso de producción puede tener alta productividad pero no ser eficiente, producir una alta cantidad a un costo elevado, o en salud producir intervenciones con un bajo costo-efectividad (eficiencia económica) pero se supone que todo proceso eficiente presenta altas tasas de productividad.

Como se desprende de lo anterior la diferencia entre productividad y eficiencia radica en la unidad de medida utilizada para representar el concepto. Para la eficiencia⁵ la unidad de medida son explícitamente, los costos; para la productividad son los insumos como tales. Dado que los insumos podrían y son costeados, la medida de productividad se convertiría en medida de eficiencia.

La teoría económica aplicada ha desarrollado distintas herramientas para medir la eficiencia y la productividad. De entre los distintos métodos dos de ellos destacan: los métodos basados en la aplicación de técnicas estadísticas de regresión múltiple para la estimación de medias muestrales y más recientemente, las basadas en la definición de fronteras de costos o producción, a partir de métodos no necesariamente estadísticos, para la identificación del "locus" de eficiencia.

En las aplicaciones "no frontera" la eficiencia global de un hospital por ejemplo se evalúa por medio de la función de producción o su dual de costos. Esta forma funcional ha sido aplicada al sector de la salud, así, por ejemplo Feldstein utilizó esta aproximación para investigar la eficiencia global de una muestra de 177 hospitales de agudos no docentes en el servicio Británico de Salud.

5. Por su parte Donabedian ha especificado tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia gerencial. La eficiencia clínica se refiere concretamente a la producción de salud; se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable. La eficiencia de producción de servicios, se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicios, para que lo especificado por una determinada estrategia de atención puedan lograrse al menor costo posible por último la eficiencia gerencial produce políticas y servicios de soporte.

Sin embargo, las aproximaciones no frontera presentan básicamente dos limitaciones; en primer lugar, no ofrecen información sobre el nivel de eficiencia absoluto. En segundo lugar, supone que todas las variaciones que se registra en el residuo (se refiere al término u de los modelos econométricos) en los centros se debe a cambios en la eficiencia dejando de lado las influencias aleatorias a que están sujetas los residuos.

En las últimas décadas se desarrollan técnicas e instrumentos que miden la eficiencia económica y que superan las anteriores limitaciones. Existe consenso en la aplicación del concepto de frontera, esto es, se consideran centros eficientes aquellos que operan por encima de la frontera de producción o por debajo de la correspondiente frontera de costos. En términos generales, los análisis de frontera se subdividen en frontera de costos y frontera de producción.

En el primer caso se ofrece una estimación del grado de eficiencia de un centro o unidad productiva. Sin embargo, no indican qué parte de la ineficiencia estimada viene generada por la ineficiencia técnica y qué parte por la ineficiencia asignativa. Para estimar la ineficiencia técnica, se han utilizado las aproximaciones paramétrica y las no paramétricas o basadas en la frontera de producción.

Una vez establecidas las definiciones pertinentes, se analizara la situación de la Caja Costarricense de Seguro Social en relación con el comportamiento de estos dos indicadores; antes, es preciso anotar que la búsqueda de eficiencia y productividad, no constituyen por si misma el objetivo final de los procesos de modernización en los sistemas de salud, sino que son *medios o instrumentos* para ofrecer una mayor y mejor oferta de servicios de salud y por lo tanto, mejorar las condiciones de salud de la población (outcome) (Gráfico 2).

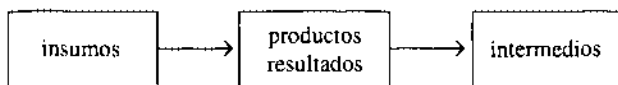


GRÁFICO 2

El output o productos intermedios se refieren a la producción de productos intermedios⁶ (consultas, intervenciones quirúrgicas, análisis clínicos, extracciones dentales, sesiones de radioterapia y otros), mientras que el outcome o resultados se identifica con el bienestar en salud.

6. Se utiliza el producto intermedio como medida del output sanitario, dado las dificultades de medición vinculadas con el producto final, dadas por:

- A. Dificultad de especificar técnicamente la unidad física de servicio relevante y, en consecuencia, tampoco puede asignársele con claridad un precio, entendido, lógicamente, como el valor de una unidad de servicio.
- B. Las variaciones de calidad -dificiles de contabilizar en la producción de bienes- presentan una complejidad aún mayor en los servicios de salud, donde dicha variable resulta además, determinante de la naturaleza de cualquier prestación.

El Gráfico 3, recoge la idea de que la salud es un input que combinado con otras variables ambientales y personales, es lo que Becker llamo una función de producción doméstica que da como resultado un bien *fundamental*: la salud. O en términos de Sen la atención en salud sería transformada por cada individuo dependiendo de sus capacidades personales, ambientales y otras.

La medición del producto en Salud

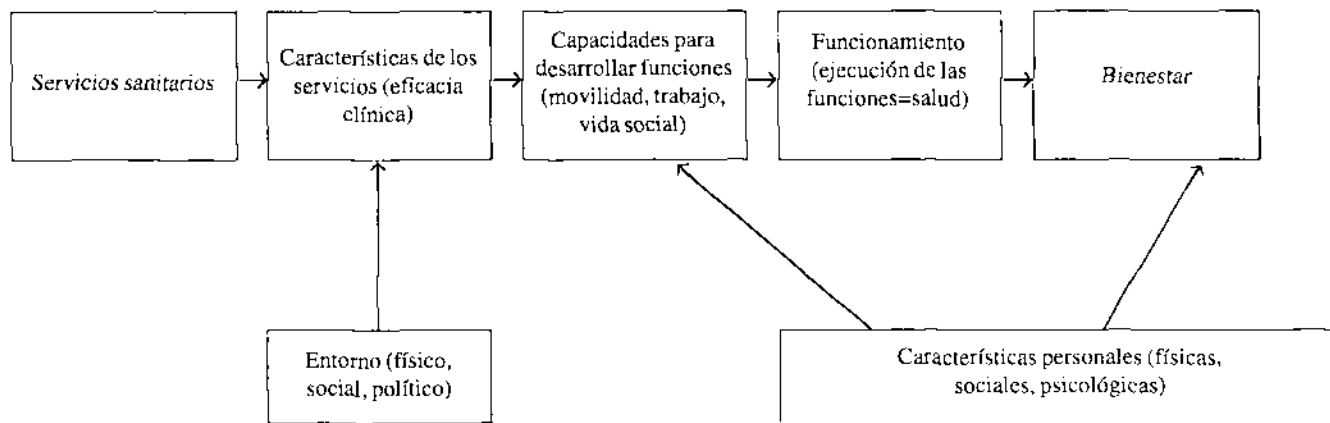
En nuestro país la medición de producto en salud desde una perspectiva macroeconómica, presenta limitaciones severas. El sector Salud, y sus productos, no se reflejan en las Cuentas Nacionales, lo que dificulta realizar análisis sobre el efecto de arrastre de este sector sobre el conjunto de la economía y específicamente sobre la productividad.

En el plano microeconómico, la economía en salud ha desarrollado distintas metodologías que miden el producto final (resultado) en salud. Así, el producto puede medirse en unidades físicas consustanciales al servicio o programa (muertes evitadas, años de vida ganados, otros) o en unidades monetarias que cuantifiquen los beneficios sociales obtenidos y finalmente, en términos de utilidad o satisfacción. De la comparación del producto con los costos resultan, respectivamente, los análisis de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad

El análisis de costo-efectividad considera los resultados en alguna unidad que mida el grado en que el programa cumple sus objetivos en condiciones reales. Por su parte el análisis de costo-utilidad es una forma de evaluación económica que enfatiza la calidad del resultado en salud. La diferencia con el costo-efectividad, es que los efectos en salud se miden, no en unidades naturales relacionadas con el objetivo del programa, sino en una escala que considera simultáneamente tanto el incremento cuantitativo de vida como el incremento en la calidad de vida. Un indicador clásico de esta técnica de evaluación son los años de Vida Ajustados según Calidad (AVAC) cuyas características se desarrolla más adelante.

Un indicador de costo-efectividad lo constituye los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos por incapacidad o muerte prematura. Este indicador permite evaluar el impacto, expresado en unidades de tiempo, de distintas enfermedades en una sociedad determinada, y tiene la ventaja de que ofrece una medida común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades. Así, se vuelve comparable, por ejemplo, un AVISA perdido por un episodio de diarrea en un niño con un padecimiento psiquiátrico en una mujer.

Una medida adaptada al campo de la salud es la de Años de Vida Ajustados según Calidad (AVAC), "Quality Adjuted Life Years". Es una medida basada en la utilidad tal como la conceptúa la Economía del Bienestar Ampliado, esto es no limitándola a la utilidad paretiana del consumo de bienes y servicios sino incorporando información adicional sobre el bienestar individual no derivado del consumo de bienes y servicios. Un AVAC es una medida de los beneficios de la atención en salud que considera tanto los aumentos en la esperanza de vida como mejoras en la calidad de vida, tal y como es valorada por la población relevante en cada caso.



Fuente: Muellbauer (1987); García, José y Bandrés, Eduardo (1994)

GRÁFICO 3

Sin embargo una de las limitaciones que presenta esta técnica es no representar con fidelidad la preferencias de los pacientes, al asumir implícitamente que todos tienen una misma función de utilidad, sujeta, además a una forma funcional muy restrictiva (neutralidad ante el riesgo, preferencia cero por el tiempo e independencia entre las preferencias sobre el estado de salud y el número de años de vida).

Resultados: Productividad y eficiencia en algunos hospitales de la CCSS

Tal y como se mencionó anteriormente las dificultades de medición del producto en salud son importantes, por lo tanto en esta sección se utilizan lo que denominan productos intermedios como proxy del producto. Los productos intermedios son:

- Egresos
- Consulta especializada
- Consulta de medicina general
- Cirugías

De acuerdo con la información estadística se deduce que uno de los elementos que caracterizan el comportamiento de la producción y el gasto de la CCSS, es su asimetría, es decir, que los gastos durante el período 1988-1994 presenta una tendencia creciente, mientras que la producción, entendiéndose, egresos, consulta general, cirugía, consulta especializada, presentan una tendencia constante o decreciente.

El Gráfico 4 presenta estas relaciones con base en índices de gasto real, y cada una de las actividades de producción elegidas. Como se presenta en el gráfico, el índice de *gasto real* presenta un tendencia creciente durante todo el período de 1988-1994, *comportamiento contrario presenta la producción*, así, estos índices presentan una tendencia constante o decreciente en todo el período de estudio.

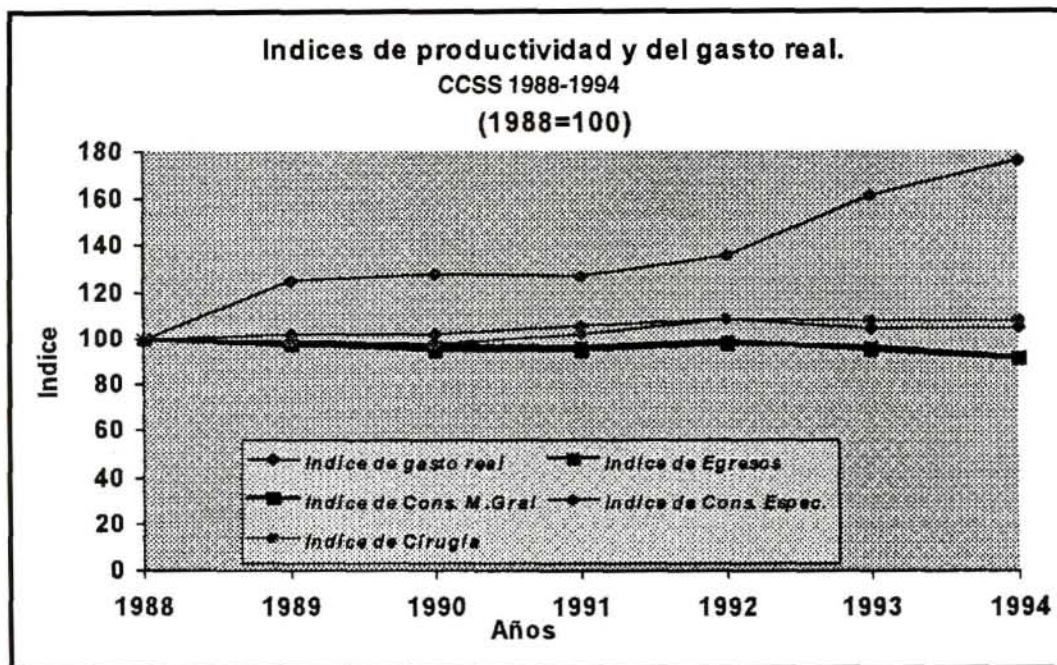
Las razones que explican este comportamiento, se encuentran en una estructura de gastos desvinculada con los resultados, es decir, es consecuencia de la forma como históricamente la Caja Costarricense de Seguro Social asigna sus recur-

sos basado en el presupuesto histórico, el cual carece de incentivos a la eficiencia; esto significa que los hospitales, clínicas y otros establecimientos de las CCSS no disponen de ningún incentivo a las adopciones de decisiones eficientes en la medida que sus ahorros de costos pueden suponer un menor presupuesto en el período siguiente.

Esto implica que contrariamente a lo que se supone ocurre en el sector privado empresarial, donde existen precauciones sobre el efecto de ciertas decisiones en función de su riesgo inherente, en los establecimientos de salud, tal percepción del riesgo es inexistente (presupuesto histórico) ya que finalmente el exceso de gasto acaba asumiéndose colectivamente. Las posibles causas que explican este comportamiento asimétrico entre gastos y producción son:

- Para el año de 1995, un 25% de gasto en servicios personales en efectivo⁷ lo constituyen "incentivos", según se desprende de los datos de la Dirección de Presupuesto de la Caja. Técnicamente, un incentivo se definiría en relación con el cumplimiento de determinados objetivos (mayor calidad, mayor producción u otros), en el caso de la Caja, estos «incentivos» no están vinculados con cumplimientos de resultados.
- Ineficiencia técnica, es decir, no se produce buscando la minimización del costo en las intervenciones. Esto es producto de una forma determinada de concebir la relación entre la medicina y la economía, donde el presupuesto se limita a "seguir" las indicaciones y demandas de la práctica médica.
- Inflexibilidad en el gasto, producto de acuerdos sociales y legales, como por ejemplo, de laudos arbitrales, arreglos conciliatorios.
- Ausencia de incentivos monetarios y no monetarios que ha ocasionado un excesivo control ex-ante, basado en una

7. En la Caja Costarricense de Seguro Social se manejan partidas de efectivo y de no efectivo, un ejemplo de estas últimas lo constituye los medicamentos. En el caso de las medicinas porcentualmente es mayor el gasto no efectivo que el efectivo.



FUENTE: Proyecto de Modernización. Cercone A. James (1996)

GRÁFICO 3

práctica administrativa fundada en la creencia de que todas las decisiones han de ir precedidas de una norma legal, sin la cual se consideran ilegales. Esta hipertrofia tiene graves consecuencias para la eficacia de la administración, dado que por un lado se resta toda capacidad de iniciativa al funcionario y lo transforma en mero ejecutor de las disposiciones legales. Hay mucho más preocupación por el control que por la gestión eficiente además de no permitir un adecuado funcionamiento de los mecanismos de información y de compatibilización de incentivos.

Otra de las consecuencias de la asignación ineficiente desde el punto de vista de la eficiencia asignativa lo constituye la distribución del gasto per cápita por cantón. Así, el Gráfico 3 recoge esta distribución en función del Índice de Desarrollo Social (IDS).

El Índice de Desarrollo Social, elaborado por MIDEPLAN en 1987 evalúa fundamentalmente el nivel de logro respecto al grado de desarrollo social, medido en función de una serie de ocho indicadores sociales relativos a los sectores salud, vivienda y educación. La escala de valor del IDS es entre 1 (mejor situación) y 10 (situación más desfavorable).

Tal como lo muestra el Gráfico 4 los cantones con un menor IDS presentan un menor gasto per cápita en salud. Esto además de que probablemente refleje inequidad en el acceso a los servicios de salud (uno de los indicadores que conforman el IDS son los minutos promedio al centro de salud más cercano) es una muestra de la ineficaz asignación de los recursos.

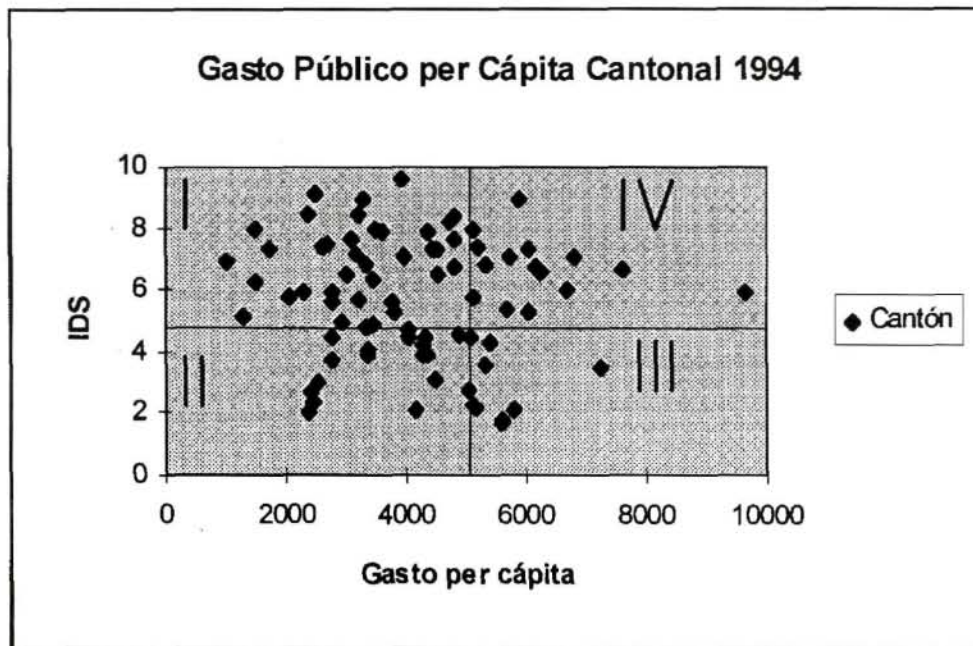
Aquellos cantones con un IDS alto (entre 5 y 10) reciben una menor inversión en salud. Es decir la mayoría de cantones se ubican en el cuadrante I, donde de acuerdo con la meto-

dología constituirían zonas de menor desarrollo relativo. En el cuadrante II, se agrupan aquellos cantones con un IDS alto (menor que 5) pero que presentan un ingreso per cápita bajo. Por su parte el cuadrante III recoge aquellos cantones con un IDS alto y un ingreso per cápita alto. Por estas razones se puede señalar limitaciones desde el punto de vista asignativo, dado que no se están asignando los escasos recursos con base en las necesidades reales de la población:

En síntesis se concluye de la información de estos gráficos que las tendencias en cuanto a gasto total y producción son claras: por un lado los indicadores de producción seleccionados presentan una tendencia a ser constantes o a disminuir en todo el periodo de estudio, el comportamiento de los gastos totales es mantener un ritmo creciente en todo el periodo de estudio. Desde el punto de la eficiencia asignativa, el gasto en salud no se está dirigiendo aquellos cantones con un IDS más bajo (cercano a 10).

Lo anterior nos indica claramente, que en la organización⁸ de la Caja Costarricense de Seguro Social, existen grados de

8. Es decir, suponemos que la productividad no solo depende del proceso tecnológico, sino también como han postulado distintos autores de la eficiencia productiva e incluso por modificaciones del entorno en que se realiza el proceso de producción. La relación outputs/inputs establecida como indicador de productividad-sea parcial o factorial-supone implícitamente que la unidad productiva está operando en la frontera de producción, es decir, con eficiencia productiva. Véase: García Delgado, José Luis et al: La Sanidad como Sector de Actividad Económica en López i Casanovas: Análisis Económico de la Sanidad Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i. Seguretat Social, set. 1994, pág 205.



FUENTE: Dirección General de Estadísticas y Censos. *Situación Demográfica y Políticas de Población en Costa Rica*. MIDEPLAN, FNUAP

GRÁFICO 4

libertad para incrementar la producción con los recursos existentes, esto por supuesto no implica negar lo urgente y necesario de realizar inversiones en tecnología y capital humano, que permitan fortalecer la competitividad del sector salud.

En la línea de argumentos que nos señalan la posibilidad de incrementar la productividad y eficiencia con los recursos existentes de la CCSS es importante reseñar algunas de las conclusiones del trabajo de la OPS "Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud: El caso de Costa Rica", así, muestran que:

1. Si los Hospitales Regionales hubiesen funcionado en promedio con un índice ocupacional de 85%, los egresos de 1993 hubiesen aumentado en 9.686 en ese año.
2. Existirían aproximadamente 104 camas ociosas en 1993, esto bajo el supuesto de un índice ocupacional de 85% como promedio en los hospitales regionales.
3. Según los autores, un 76% de los egresos de los tres Hospitales Nacionales pudieron haberse realizado en nivel de menor complejidad (sea Regional o Periférico).
4. Únicamente un 23.8% del total de cirugías eran de complejidad tal que ameritaban atenderse en los Hospitales Nacionales (o lo que es lo mismo los Hospitales Nacionales realizan un 52% de actos quirúrgicos que pueden hacerse en hospitales de menor complejidad sin impactar negativamente la calidad de la atención). Para llegar a esta conclusión los autores del estudio de la OPS, utilizan el

concepto de resolución potencial de cirugías que se refiere a las cirugías que realizó un nivel nacional o especializado que pudieron haberse hecho en un nivel de menor complejidad, por ejemplo un Hospital Regional o uno Periférico.

5. La realización de cirugías en Hospitales Nacionales que pudieron haberse realizado en hospitales de menor complejidad significó una utilización en el año 1993 de 254 camas. Es términos de gasto tendríamos que a $\$5.138.928^{10}$ se les debió haber dado un uso alternativo, es decir, existe ineficiencia técnica y por tanto asignativa dado que la sociedad pudo haber incrementado su bienestar.
6. En el mismo documento de la OPS, los autores concluyen que "del total de equipo, más de 600 se encuentran subutilizados (un 6% aproximadamente), lo cual representa un problema desde el punto de vista de eficacia y eficiencia. Es decir, hay capacidad potencial disponible que está ociosa"¹¹
7. Finalmente reseñar del estudio de la OPS, que la compra de equipos nuevo, reemplazos y mantenimiento por los Hospitales se realiza en forma individual lo que significa no aprovechar las economías de escala financieras en el proceso de aprovisionamiento.

Una de las consecuencias indirectas de la ineficiencia e ineficacia en la asignación de los recursos, es la alta tasa de infección intrahospitalaria. Así, las cifras preliminares para el

9. Véase: González, Ana Rita et al: *Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud: El caso de Costa Rica*. OPS, Organización Mundial de la Salud, 1995 especialmente el capítulo 3, pág 11-60.

10. Se utiliza el costo promedio de día cama ocupada de 1994 de la CCSS que según la Sección de Costos Hospitalarios de la CCSS se sitúa en $\$20.232.90$.

11. González, Ana Rita et al: *ibídem*, pág 56.

año 1994 señalaban que el promedio de la tasa de infección intrahospitalaria en tres de los hospitales nacionales, se encontraba alrededor del 16%¹² Este porcentaje está muy por encima de lo establecido por la OPS/OMS y tiene implicaciones importantes en términos médicos y económicos.

Los cálculos indican que cubrir el costo de estos tratamientos implicó un gasto de 2.388¹³ millones de colones para el año 1993. El costo de oportunidad de estos recursos monetarios asciende al financiamiento de 122 EBAS que en promedio atenderían a 427 mil personas. Un aspecto relevante para que se produzcan este tipo de gastos es la ausencia de planificación estratégica que no ha permitido establecer criterios de inversión tanto física como humana que consideren las necesidades del mediano y largo plazo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En síntesis, existen grados de libertad para que la Caja Costarricense de Seguro Social obtenga no solamente un mayor producto con los recursos existentes, sino que los obtenga a un menor costo y por tanto incremente su eficiencia social, en tanto que la sociedad se vería beneficiada, especialmente los sectores de menores ingresos que se supone que son los que mayormente asisten a los servicios públicos de salud¹⁴.

CONCLUSIONES

El análisis anterior sugiere la existencia de limitaciones importantes en la eficiencia sea técnica o asignativa y en la productividad en el uso de los escasos recursos de la Institución. Es así, como los indicadores de producción seleccionados presentan una tendencia constante o decreciente, mientras que el gasto real crece a un ritmo creciente, la brecha existente, es claramente una brecha de ineficiencia. Desde el punto de vista de la eficiencia asignativa, la asignación de recursos no se dirige a aquellos cantones que presentan un IDS menor. Es decir, la asignación de recursos no se realiza considerando las necesidades reales de la población, sino como es conocido con base en un presupuesto histórico.

Es importante mencionar que el anterior comportamiento es producto del desarrollo e implementación de incentivos, así, en la organización de la Institución no se premia el mérito y el desempeño sino la antigüedad. A esto se le agrega la existencia de un entramado normativo que atenta contra la productividad y eficiencia técnica. Por lo tanto es necesario ir pasando de una organización inflexible a otra donde el desempeño, el mérito tanto grupal como individual constituyan los pilares del accionar.

12. Gracia, Rooney, Salgado, Patricia y Ureña, Manuel: *Informe final Consultoría de mejoramiento intrahospitalario*. Proyecto de Reforma, San José, Costa Rica. pág 49-51.

13. *Ibidem*: *Informe final Consultoría de mejoramiento intrahospitalario*. pág 50.

14. La investigación realizada por Sáenz y León (1992), confirman en parte esta apreciación, al señalar que el estrato de familias incluidas en el último quintil (con un ingreso bruto mensual aproximado de \$308.100) probablemente utilizan los servicios privados de salud y los estratos correspondientes a los quintiles I y II utilizan preferiblemente los servicios públicos.

Las limitaciones detectadas en la medición del producto en salud, nos indican claramente la necesidad de incorporar las cuentas del Sector salud, en la Contabilidad Nacional. Esto no sólo beneficiaría al sector, sino que permitiría una mejor medición del Producto Interno Bruto del país.

La búsqueda de una mayor eficiencia y productividad, no deben verse como un fin en sí mismo del proceso de reestructuración o modernización del sector salud, ni de la Caja Costarricense de Seguro Social, sino que son instrumentos que posibilitan ofrecer un mejor servicio de salud a toda la población. Un mejor servicio no sólo en lo referente a las dos dimensiones de la calidad: calidad (técnica y aparente), sino también en la consecución de la equidad, entendida básicamente como acceso y asignación de recursos. Es decir, interesa no sólo el servicio de salud, sino también el resultado sobre las condiciones de salud de la población.

Por tanto el aumentar la eficiencia y productividad en el uso de los recursos a nivel hospitalario permitiría obtener ahorros en el largo plazo. El ahorro proviene de los costos fijos dado que como es bien conocido en el largo plazo todos los factores son variables. Este ahorro posibilitaría invertirlo en lo que cada uno de los establecimientos considere lo más urgente en su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

Bandrés Moliné, Eduardo y García Delgado, José: La Sanidad como sector de actividad económica. En: López i Casanovas: *Análisis Económico de la Sanidad*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1994.

Bianchi, Gabriela y Schweiger, Arturo: *Propuesta de metodología de evaluación económica de Proyectos de Atención de Salud*. Asociación de Economía de la Salud. IV jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, Argentina. 1995.

Caja Costarricense de Seguro Social: *Anuarios Estadísticos*. Presidencia Ejecutiva. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Años 1991-1995.

Ferguson C.E y Gould J. P: *Teoría Microeconómica*. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.

Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al: *Economía y Salud: Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México*. Informe final. México, D. F: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

García, Ronny, Salgado, Patricia y Ureña, Manuel: *Consultoría de Mejoramiento Intrahospitalario. Informe final*. Proyecto de Reforma del Sector Salud-CCSS. San José, Costa Rica. Enero, 1995.

González, Ana Rita et al: *Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud: El caso de Costa Rica*. Organización Panamericana de la Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

López Cassanovas, Guillem y Wagstaff, Robert: Indicadores de eficiencia para la gestión pública: Una revisión de métodos. En **Cuadernos de Economía**, Vol. 19. 1991.

Sáenz, Luis y León, Miriam: Gasto de los hogares en servicios de salud privados en Costa Rica: 1987-1988. En **Acta Médica**. Volumen 35. No. 1. 1992.

Ortún Rubio, Vicente: *La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y limitaciones*. Escola Universitària de Trebal Social. La Llar del Llibre, S.A. Barcelona, 1991.