

EL DINERO EMPLEADO EN SALUD: ¿ES UN GASTO O UNA INVERSIÓN?

Dr. Edgar Cabezas S.
Jefe de Sección de Cirugía
Hospital San Juan de Dios

El mundo nunca podrá disfrutar de paz, a menos que el ser humano tenga seguridad en su vida cotidiana. En estas circunstancias, la búsqueda debe ir encaminada a lograr un mejor desarrollo humano, no mediante las armas.

Cuando la crisis se van sucediendo, los programas políticos a menudo se centran en las cuestiones inmediatas, que muchas veces no son las más importantes⁽¹⁾.

Como ocurre tan frecuentemente en las cuestiones relativas a los seres humanos, nada es simple y nada está inmovilizado para siempre. La humanidad debe esforzarse en mejorar la capacidad de lograr cambios para progresar, y la magnitud de las situaciones humanas debería seguir trabajando para establecer un orden mucho mejor.

En los últimos 50 años, se ha logrado un cambio sin precedentes; los países en desarrollo avanzan a un ritmo tres veces más acelerado que el de los países industrializados de hace un siglo⁽¹⁾.

Aun así, vivimos en un mundo de contrastes que inquieta: muchos padecen de hambre, pero por otro lado, en los países desarrollados se desecha gran cantidad de alimentos; hay niños que no disfrutaron su infancia por su pobreza, y se gastan miles de millones en armas que no son necesarias.

La inversión de capital privado se ha incrementado en un grupo de países en desarrollo, pero estos no pasan de diez en el mundo. Costa Rica no está entre ellos, por supuesto. Aun así, es interesante saber que, de 1970 a 1992, esos capitales aumentaron de 5.000 millones de dólares a 102.000 millones⁽¹⁾. Los datos sobre las disparidades económicas, nos confirman que los ricos serán más ricos y los pobres más pobres. Esto parece ser un círculo vicioso que afecta a muchos de los países subdesarrollados.

Para ilustrar esto, hay informes que demuestran que un quinto de la población mundial posee en sus manos más del 80% de la economía mundial y el resto "se reparte" entre los que quedan. Consecuentemente, ese *factor económico* es fundamental y tiene que ver mucho con el progreso de los diversos países, sobre todo los denominados "en desarrollo", a los cuales pertenece Costa Rica. Aun así, nosotros somos un fenómeno muy interesante pues, pese a ser un país pobre, ocupamos el puesto número 39 en desarrollo entre los 173 países estudiados en el mundo⁽¹⁾. Si no cuidamos ese puesto privilegiado, podríamos

llegar a un deterioro más profundo de nuestra manera de vivir.

INVERTIREN SALUD

Lo que se destina en salud, claramente significa que no es gasto, si no una inversión.

Hay cosas importantes que poner aquí, por ejemplo: "que las condiciones de salud han mejorado más en los últimos 40 años que en toda la historia de la humanidad"⁽²⁾, pese a la crisis que se vive.

Además: "El mejoramiento de la salud contribuye al crecimiento económico de cuatro maneras: 1) reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores; 2) permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles; 3) aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; y 4) libera, para diferentes usos, recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades"⁽²⁾.

Además de lo anterior, se tiene establecido que hay tres factores que tienen gran importancia en la disminución de la mortalidad y estos son: a) el aumento de los ingresos; b) los avances en la tecnología médica; y c) los programas de salud pública, en combinación con la divulgación de los conocimientos sobre la salud.

El Banco Mundial clasifica a los diferentes países en cuatro grupos, así:

- Buenos resultados con bajo gasto.
- Buenos resultados con alto gasto.
- Malos resultados con bajo gasto.
- Malos resultados con alto gasto.

Veamos algunos ejemplos:

- Del primer grupo tenemos países como China, Paraguay y Grecia.
- Del segundo grupo, Honduras, India y Costa Rica.
- Del tercer grupo, Siria, Egipto, Zambia y Ghana,
- Del cuarto grupo, Francia, Mozambique y Estados Unidos.

Esto nos da orientaciones interesantes en cuanto al caso de Costa Rica. Somos un país en desarrollo, relativamente pobre, con excelentes resultados en salud, pero con un gasto (inversión) alto. Esto nos dice que tenemos que ponerle mucha atención a lo que se destina para la salud. Estamos llegando a límites muy peligrosos, pues es difícil que crezca mucho más que los logros obtenidos. No podemos perder los logros alcanzados; pero si los estudiamos, podemos racionalizar muy bien el uso de los dineros y lograríamos una mayor satisfacción para toda la población.

Veamos una serie de situaciones en nuestro país en relación con el tema.

Un interesante trabajo sobre financiamiento de acciones en salud nos dice: "Cuando las posibilidades de mayores ingresos se empiezan a restringir, aparece el diagnóstico de los problemas financieros enfocado hacia la insuficiencia de controles en cierto tipo de gastos y otorga mayor importancia a la racionalización de estos. Por último, cuando el sistema ha logrado cierta madurez, y se presentan problemas graves en el financiamiento, el diagnóstico tiene un enfoque más integral, reconociendo problemas tanto del lado de las fuentes como la asignación de recursos, y se cuestiona la sustentabilidad financiera desde el punto de vista económico. A este nivel, las soluciones que se proponen deben trascender lo puramente financiero, para profundizar en los esquemas o modelos de atención y organización que se están utilizando."³³

En un análisis del gasto en el sector salud en Costa Rica³⁴, se presenta una importante gama de consideraciones que me parece necesario detallar.

El sector salud está constituido por:

Caja Costarricense de Seguro Social
Ministerio de Salud
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
Instituto Nacional de Seguros
Universidades Públicas (docencia e investigación). Fundamentalmente U.C.R.
Municipalidades (administración de acueductos)
Organizaciones comunales

El gasto público en salud en Costa Rica, pasó de 3.313 millones de colones en 1980, a 81.409 millones en 1993, o sea, que se multiplicó casi 25 veces, con un crecimiento anual de un 28%. De acuerdo con el trabajo en mención, el gasto creció en un 44%³⁵.

A lo anterior se agrega lo siguiente: "Atendiendo a la distribución relativa por institución, el gasto público en salud se encuentra fuertemente concentrado en la Caja Costarricense de Seguro Social. En 1993, la Caja concentró cerca del 77% del gasto total del sector, mientras que la Universidad de Costa Rica absorbió solo el 1,1% del gasto."³⁶ Es importante hacer ver que el Ministerio de Salud, en ese mismo período, redujo su gasto en un 50%, mientras que la Caja lo aumentó en un 13%.

Es también necesario dar el dato de cómo se orienta la naturaleza de las acciones que está encaminando el sector, esto es a: curación, rehabilitación, promoción, prevención y formación de recursos e investigación.

Aun cuando se encontró dificultad para ver claramente la orientación del gasto, se pudo determinar que un 80% de los gastos se destinan a curación y rehabilitación, de los cuales un 93% fueron efectuados por la Caja y el resto (7%) por el INS.

En lo referente a promoción y prevención de la salud, lo que se destinó fue un 16%, compartido por partes iguales por el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

Finalmente, lo que se refiere a formación e investigación, la cifra es de un 4%, lo que significa la suma de 1.113 millones de colones, que no es despreciable del todo; es razonable que podría ser un poco mayor, aun cuando no se tiene claro si fue gastado por la universidad en programas de enseñanza médica u otros programas de salud.

En cuanto a la relación con el PBI (producto interno bruto), en ese mismo período, la cifra varió, pues de un 8% en el 80, pasó a un 7,5% en el 93. Aun así, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido de un 20,4 (por mil), a un 13,7 en el 93. De la misma manera, la esperanza de vida al nacer pasó de 73,5 años en el 80, a 75,8 en el 93.

Una parte de las conclusiones del señor Durán, del trabajo ya citado, son muy interesantes y es importante reproducirlas:

"Por otra parte, la relación entre las variables analizadas tiende a sugerir que, aparte del tamaño real del gasto público en salud, existen un conjunto de factores socioeconómicos y culturales que influyen sobre los niveles de morbilidad, tal como ha sido planteado por diversidad de autores.

Por último, dadas las actuales limitaciones prácticas para clasificar la información de gasto público en salud según programas o naturaleza de las acciones, y debido a la importancia de contar con dicha información para apoyar el proceso de toma de decisiones del sector, resulta de suma urgencia el rediseño del actual sistema de información, especialmente en los casos de la Caja, el INS y el Ministerio de Salud."³⁷

En cuanto al financiamiento para la salud, el problema no es solo de Costa Rica, lo cual lo confirma un importante reporte sobre la salud en Centro América, que anota: "El financiamiento del sector salud se está convirtiendo en un problema creciente, inaguantable e insostenible en Centro América, agravado porque la población crece rápidamente, cambian los perfiles epidemiológicos, los servicios de salud son cada día más ineficientes y los recursos se continúan asignando con criterios poco orientados a lograr la equidad."³⁸

Así, hay en nuestro país situaciones muy importantes por la repercusión que tiene y que puede generar la inversión (no el gasto) en las acciones de salud y cómo la vamos a distribuir de la mejor manera posible. Recordemos que el Banco Mundial dice que Costa Rica tiene buenos resultados con mucho dinero invertido.

Se anota, y con razón, que las medidas preventivas son lo mejor y más oportuno, lo cual está muy bien si estas se orientan muy claramente en su definición y en el momento oportuno de aplicarlas; porque si no se hace, salen muy caras.

Un estudio efectuado en los Estados Unidos, señala algo muy interesante: "Pero en efecto, ha brotado una colección de

estudio que demuestra que la prevención es raramente un robo. En una revisión reciente de datos disponibles, la Oficina de Distribución de Impuestos y Tecnología (Office of Technology Assessment-OTA), de ese país, reportó que todos los servicios preventivos que ellos evaluaron, solo tres se pagaban por sí solos al final; estos eran: control prenatal para las mujeres sin recursos, pruebas para recién nacidos para desórdenes congénitos (como la Fenilquetonuria e Hipotiroidismo) así como la mayoría de las inmunizaciones de la niñez. Al contrario, salvo individuos de alto riesgo, el tamizaje (estudio para diagnóstico de algunos tipos de enfermedades), para el cáncer cuesta más que lo que hace la terapia. Más aun solo cuando a grupos restringidos o seleccionados se les efectúa inmunizaciones de adultos y procedimientos para detectar enfermedades de transmisión sexual prueban la economía.

El tamizaje para la hipertensión arterial generalmente cuesta más que el tratamiento del ataque al corazón o la terapia efectuada a las víctimas de las oclusiones arteriales.¹⁶⁾

El cuanto al cáncer de mama, que es una de las enfermedades que producen alta mortalidad en las mujeres, el grupo de estudio estableció que lo más razonable es cubrir con mamogramas a mujeres entre los 59 y 69 años. Y se señaló: "Si se tamizan mujeres en los cuarenta para cáncer de mama, uno afecta las vidas de unos 18 millones de gente sana."¹⁶⁾ Algo similar recomiendan analizar cuando se tiene solo el colesterol como único dato anormal, o en los exámenes "preventivos" para detectar cáncer de próstata por métodos de laboratorio como medio de tamizaje.

En el otro aspecto de la atención de la salud, tenemos el fenómeno de los grandes y medianos hospitales. Estos se habían relegado en los análisis, pues lo que se invierte en ellos los hacer ver como centros de enorme gasto. Costa Rica no escapa de ese fenómeno.

La población de la GAM (Gran Área Metropolitana) corresponde al 60% del total del país y para atender sus demandas de atención médica, se usa el 32% de las camas que la C.C.S.S. tiene; esto significa que el resto de la población nacional (el 40%) es atendido por el 68% de las camas hospitalarias.

A esto tenemos que agregar que los hospitales no metropolitanos refieren a los centrales un 12% de su población. El resultado de esa ecuación es que con el número anterior de camas hospitalarias (32%) se le da servicio al 72% de la población costarricense. Se le viene a la mente a uno que esto semeja lo que el Banco Mundial ha señalado en relación con la mala administración de los recursos de salud en otros países.

Vamos a citar algunos ejemplos para que se empiece a generar alguna solución adecuada para nuestro país.

Hace unos años se estimó que, para 1995, Costa Rica debería tener 7.609 camas de hospital; sin embargo, en la actualidad, se tienen aproximadamente unas 5.900. Esto nos da una proporción en la siguiente forma:

Relación de camas por mil habitantes

1960	1970	1980	1994
5,4	3,9	2,9	2,3

Deducimos fácilmente que el número proporcional de cama hospitalaria en Costa Rica se ha ido reduciendo de manera importante. Este es un dato al que hay que ponerle mucha atención, pues es del dominio público el problema generado por las largas listas de espera para efectuar tratamientos quirúrgicos a pacientes delicados y cómo, para un examen como es el caso de un T.A.C., un ultrasonido o una gastroscopia, se tienen que esperar meses cuando ello puede significar un gran riesgo para la vida de algunas personas.

Pero todavía hay cosas más interesantes. Como una línea muy clara del actual gobierno, se tiene determinado que el dinero no alcanza ni va a ser suficiente si no se hacen los esfuerzos necesarios de racionalizar lo que se invierte. La atención de la salud no parece poder escaparse de esta decisión.

Hay estudios muy recientes que fijan como mínimo, para 1995, un déficit de camas hospitalarias de aproximadamente 380, entre las que se necesita atención especial para la rama de la Gineco Obstetricia. Esto, si no vemos como atenderlo bien, significa un enorme desembolso para la Caja, la cual señala tener dificultades económicas, particularmente por lo impuesto sobre limitación del gasto.

Entonces, qué otra alternativa se puede tener. Pienso que como se ha mencionado aquí varias veces: hacer uso racional de los recursos.

Para dar ejemplo de lo anterior se tiene lo siguiente:

Un hospital X gasta para atender alrededor de 60 mil urgencias, más de 213 millones de colones; otro, que llamaremos A, atiende al doble de la demanda anterior (más de 120.000), con un costo de 134.920 millones de colones, o sea la mitad, aproximadamente.

Veamos más: un hospital especializado, que no tiene claro si es de atención de crónicos o agudos, B, disminuye sus egresos, baja su consulta externa, se le disminuyen sus camas y tiene uno de los costos más elevados del país por egreso. Además, sus gastos indirectos son tan elevados que consumen el 46,6% de los gastos totales, mientras que otro de agudos solamente destina en ese rubro el 28,5% de su presupuesto. (Gasto indirecto es el relativo a servicios de apoyo, a la administración y otros.)

Aquí es donde se tiene que determinar cuál es la mejor política por seguir, cuáles son las tendencias más adecuadas para determinar dónde se tiene que poner mejor el colón. Termino anotando conceptos de un médico que se ha dedicado a estudiar la problemática de la salud, el Dr. Juan Jaramillo A., quien ha expresado: "Desde un punto de vista económico, el sector salud utiliza recursos para producir bienes y servicios, con ello afirmamos que se trata de un sector productivo. En los tiempos modernos, si se quiere lograr la eficiencia en la acción hospitalaria, *debe considerarse el hospital como una empresa social* (subrayado mío). Visto así, debemos recordar que, el fin de la gestión empresarial, es poder lograr un equilibrio adecuado entre el costo y el beneficio."¹⁷⁾

He dejado para el final otro concepto de enorme trascendencia en la gestión de esa empresa denominada hospital, y es

lo que nos dice Peter Druker, un gran pensador de la economía:

"Los trabajadores de hoy poseen la mayoría del capital de la sociedad, a través de sus derechos de pensiones, y reciben casi todas las recompensas de la sociedad por medio de sus salarios y beneficios sociales."

Y más adelante anota que "los gerentes han descubierto que la forma más segura para aumentar la productividad es organizar el trabajo más inteligentemente, en vez de forzar a los empleados a trabajar más horas."⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

- 1) Tenemos que ponerle mucha atención a lo que se destina en dinero para la atención de la salud, pues estamos llegando a límites muy peligrosos, ya que es difícil que lo asignado crezca mucho más que los logros ya obtenidos.
- 2) El mejoramiento de la salud contribuye muy efectivamente al crecimiento económico de los países, por lo tanto, el dinero que se aplica a esta no es un gasto, *es una inversión*.
- 3) La C.C.S.S. concentra el 77% del dinero del Sector Salud. Se determina que el 80% de las acciones se orientan a curación y rehabilitación. De estas acciones, la C.C.S.S. ejecuta el 93% (I.N.S. 7%).
- 4) Las medidas preventivas en salud son lo mejor y más oportuno, lo cual está muy bien si estas se orientan muy claramente en su definición y en el momento adecuado de aplicarlas; porque si no, salen muy caras. Hay ejemplos con estudios que demuestran lo anotado anteriormente.
- 5) Hay una clara desproporción en la carga que se le da a los hospitales del Área Metropolitana, pues esta tiene el 32% del total de camas del país; con estas, se le da servicio médico a la población de la G.A.M., que es el 60% del total del país, más un 12% que es referido de los otros hospitales. Lo anterior explica la enorme saturación de estos, que los está volviendo ineficientes, a pesar del enorme

esfuerzo que realizan para cumplir con su cometido.

- 6) Es importante tomar determinaciones, analizar los resultados y las tendencias, con el fin de utilizar lo más eficientemente el dinero que se destina a la atención de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Informe sobre desarrollo humano 1994. Publicado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) por el Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.
- 2) Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Banco Mundial 1818 H. Street, N.W., Washington, D.C. 204033 EE.UU.
- 3) Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Volumen 1. Segundo Semestre 1993. Número 2. Pág. 21. Msc. José Alberto Acuña, Director Actuarial de la C.C.S.S.
- 4) Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Volumen 1. Segundo Semestre 1994. Número 2. Pág. 15. Fabio Durán Valverde, Róger González Chacón.
- 5) La salud en Centroamérica. Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS). Marzo 1995.
- 6) The Price of Prevention. Kritin Leutwyler, Scientific American, April 1995. Madison Avenue, New York.
- 7) Juan Jaramillo. Comunicación a la Comisión Nacional de Hospitales, 1995.
- 8) Condensado de "The Economist" en la rama de administración. Revista SUMA, edición 7, Pág. 50, 1994.