

# Recortes en la CCSS: cuidado con no distinguir la grasa del músculo

# Cuts in the CCSS: Beware of not distinguishing fat from muscle

Melvin Morera Salas

Licenciado en Economía, Master en Economía de la Salud, PhD Economía Aplicada. Caja Costarricense de Seguro Social.  
mmoreras@ccss.sa.cr

Recibido: 12 febrero 2012

Aceptado: 5 marzo 2012

No solo nuestro sistema de salud está en el proceso de recorte de gastos. En el mundo, muchos sistemas están implementando medidas de austeridad que implican disminuciones en la participación del gasto en salud respecto a la Producción Nacional. Un ejemplo lo vemos en España, donde mediante una reforma a la ley se definen una serie de medidas urgentes para garantizarla sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (1). Incluyen entre otros aspectos la disminución del gasto en salarios, recurso humano y actividades.

A propósito de estos recortes, la comunidad de investigadores en economía de la salud está empezando a discutir las consecuencias de disminuciones indiscriminadas en el gasto sin criterios clínicos ni de eficiencia y sin los estudios de impacto tanto económico como en términos de resultados en salud que tendrán a medio y largo plazo. Como bien lo apuntan algunos autores: “a la hora de disminuir el gasto en salud cuidado con no distinguir la grasa del músculo”(2-3).

La cacareada crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), discutida en muchos artículos en la prensa costarricense, en varios ámbitos dentro del sector salud, e incluso en un editorial de la prestigiosa revista “TheLancet” (4), indican que las finanzas de la CCSS registraron un desequilibrio significativo en el período 2005-2011. Datos muestran que los gastos del Seguro de Salud se incrementaron en un 77 % en ese período (muchos millones de colones fueron producto de incrementos en salarios y personal) mientras los ingresos sólo crecieron un 65 % producto de la disminución del empleo como consecuencia de la

recesión económica.

Ahora, ya con el agua hasta el cuello, se empieza la tarea de implementar medidas de ajuste: 41 medidas de contención del gasto según se publica en la Web de la CCSS el 23 de junio de 2012, emanadas de un acuerdo de la Junta Directiva.

Tal como lo aconsejan los especialistas internacionales (2), los recortes que se llevarán a cabo en la CCSS deben guiarse por la sensatez y no por el pánico, implementando medidas que incrementen los márgenes de mejora de la eficiencia del sistema que se conocen y reclaman desde hace tiempo.

Preocupan algunas medidas presentes en dicho acuerdo como el freno a la inversión en capacitación del recurso humano e incentivos de carrera profesional que podrían implicar una disminución en las habilidades del personal a mediano y largo plazo.

Pero aún más, preocupa la ausencia de muchas otras que sean del orden de mejorar la productividad y la eficiencia en el uso de los recursos, muchas incluidas en la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud y la Junta de Notables. Como muy bien lo apunta una publicación de la Asociación de Economía de la Salud de España ([http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO\\_DEBATE\\_SNS\\_AES.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf)): “*lo realmente importante, más allá del montante total de recursos invertidos, es lo que se obtiene a cambio de ellos*”. Existen en la literatura innumerables ejemplos donde no siempre más es mejor (5).

En este orden de intervenciones algunas líneas de acción recomendadas por la literatura son

- Definición de una cartera de servicios basado

en criterios de evaluación económica que lleve a intervenciones costo-efectivas: para esto es imprescindible implementar una agencia de evaluación en nuestro sistema de salud, tipo NICE del Reino Unido.

- Reducir costos en lo que no añade salud: lo que en la literatura se denomina “desinversión” que implica dejar de comprar medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios con escaso valor clínico (3, 6).
- Integración de niveles de atención: reducir o eliminar duplicación de exámenes de laboratorio y pruebas diagnóstica.
- Aprovechar los recursos ociosos implementando segundos y terceros turnos: utilización de quirófanos (20% de los días disponibles no se utilizan en jornada ordinaria y sólo se utilizan los de emergencia en horario de tarde y noche). Con los recursos el pago al personal médico en jornada no ordinaria se pueden financiar aproximadamente 1 000 plazas equivalentes de médico especialista ([http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/EstudiosRealizados/Analisis\\_del\\_desempeno\\_hospitalario.pdf](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/EstudiosRealizados/Analisis_del_desempeno_hospitalario.pdf)).
- Mejorar el desempeño de los prestadores de servicios de salud: en este sentido es donde se deben implementar indicadores de medida que ayuden a mejorar la eficiencia, adecuación y satisfacción de los pacientes. Un ejemplo de ello son los porcentaje de cesáreas respecto al total de parto de bajo riesgo, donde la mayoría de los hospitales están incumpliendo el parámetro recomendado por la Organización Mundial de la Salud (10-15 %).
- Sistemas de priorización clínica y transparencia en la gestión de las lista de espera.
- Guías clínicas para modificar la práctica clínica (7): en la CCSS ya están identificados los Grupos Relacionados de Diagnóstico con mayor variabilidad en la estancia media, que serían prioritarios de intervención mediante guías clínicas.
- Implementar sistemas electrónicos y únicos de información en salud: El caso de ejemplo es el Sistema Integrado de Información en Salud de la CCSS (EDUS) que presenta un lento proceso de implementación, a pesar de muchas pruebas de su adecuación en la práctica diaria de los centros de salud.

## REFERENCIAS

1. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº 98, 24 de abril de 2012; Sec. I: 31278-312.
2. González B y Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. Gaceta Sanitaria 2012; 26(2): 176-177.
3. Puig-Junoy J. Recortar o desinvertir?. Economía y Salud 2011; 72 Disponible en: [www.aes.es/boletines/news.php?idB=13&idN=110](http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=13&idN=110)(última revisión 06-05-2012).
4. Boddiger D. Costa Rica restructures health system to curb financial crisis. The Lancet 2012; 379(9819):883.
5. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? JAMA 1999; 281: 446-53.
6. Repullo J.R. Taxonomía práctica de la “desinversión sanitaria” en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. 2012; 27 (3): 130-8.
7. Wright J, Hill Peter. Gobierno Clínico. Editorial Elsevier, primera edición, España 2007.