



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES

*TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MASTER*

*“DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN MECANISMO DE ASIGNACIÓN DE
RECURSOS FINANCIEROS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL PERIODO 2002”*

Tutor: MSc Arturo Herrera Barquero
Alumnos:

Gerardo Sáenz Batalla
Maurin Porras Porras
Nilo Ramos Rojas

SAN JOSE, COSTA RICA
SETIEMBRE 2004

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesores de la Maestría en Administración de los Servicios de Salud Sostenible por el empeño en la preparación de las actividades de todo el curso y la dedicación demostrada para el máximo aprovechamiento de todos nosotros.

Al personal administrativo del Hospital San Vicente de Paúl por la asistencia pronta y oportuna para la obtención de los datos que necesitamos, asimismo por toda la calidad humana que les caracteriza.

Un agradecimiento muy especial al Msc Arturo Herrera Barquero por su ayuda constante y desinteresada sobre todo en los últimos meses, sin su aporte nos hubiera sido imposible finalizar este trabajo.

A la Msc. Grettel Balmaceda García por las revisiones del documento para la presentación final, estas nos permitieron darle la calidad final obtenida.

A la Caja Costarricense de Seguro Social por brindarnos la oportunidad de realizar con éxito esta maestría

DEDICATORIAS

A Lorna Patricia y a Miranda dos extremos de la vida, Lorna cuyo destello de vida fue tan breve y penetrante en el corazón de cada uno de los que la conocieron. Dejó enseñanzas tan profundas y valientes que tu recuerdo vivirá siempre en nuestros corazones. A Miranda que vino a iluminar el camino de la vida y por ser una razón más para vivir. A ambas que Dios las bendiga.

Nilo

A Dios Todopoderoso, quien me ha guiado en este largo camino, y a pesar de que en muchas ocasiones me he apartado de sus enseñanzas, siempre he sentido su mano protectora y a sus ángeles guardianes a mi lado.

A mi madre, ya que gracias a ella y a su fuerza de voluntad aprendí que en la vida hay que trabajar duro y siempre mejorar para poder alcanzar nuestras metas. En este momento solo puedo agradecerle sus cuidados, su dedicación y decirle que le debo todo lo que soy.

A mi hermana Dunia, a quien admiro por su ardua lucha y no desfallecer, quien es y seguirá siendo ejemplo para mí, a sus hijos Josué y Saray, quienes al igual que yo, este año alcanzan su primer triunfo, solo puedo instarlos a que continúen luchando, es difícil, mas no imposible.

Al Nilo y Gerardo, quienes mas que compañeros de tesis, compañeros durante estos dos años, gracias a su compromiso y profesionalismo hemos logrado llegar, a ellos gracias por soportarme...

Maurin.

Al Creador Todo Poderoso por permitirnos culminar de manera exitosa la maestría y aprender día a día las artes de la administración de la salud. A mi esposa Emilia, mis hijas Diana y María José, por su apoyo y comprensión a lo largo de estos dos años. A mis padres por darme en mi vida lo que soy, y a todas aquellos profesores, que, de manera casi desinteresada nos guiaron durante todo el estudio.

Gerardo

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	i
CAPITULO I ANTECEDENTES	
1.1 Contexto Internacional	1
1.1.1 Reformas Sanitarias	7
1.1.2 Mecanismos de Financiación	9
1.1.3 Desarrollo de una financiación sostenible	10
1.2 Contexto Nacional.....	12
1.2.1 Análisis de la Situación Financiera de la CCSS	13
1.3 Contexto Local	17
1.4 Justificación	22
1.5 Delimitación y formulación del problema:	23
1.6 Formulación del Problema:	23
1.7 Objetivo General:	23
1.8 Objetivos Específicos:	23
CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1 PRESUPUESTO	26
2.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS:.....	28
2.2.1 Coeficiente de ineficiencia.....	32
CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO	
3.1 Diseño Metodológico:.....	33
3.1.1 Tipo de Investigación:.....	33
3.1.2 Área de Estudio:	33
3.1.3 Objeto de estudio:	33
3.1.4 Selección de Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:.....	33
3.1.4.1 Técnica de recolección:	33
3.1.4.2 Instrumento de Recolección:	34
3.1.4.3 Conversión Financiera	34
3.1.4.4 Construcción del coeficiente de Ineficiencia (CINE).....	34
3.1.4.5 Índice de Gini:	34
3.1.4.6 Medidas de concentración: Índice de Gini y Curva de Lorenz.....	34
3.1.4.7 Los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR):.....	36
3.1.4.8Propuesta de un mecanismo de asignación de recursos financieros para el servicio de cirugía	36
3.2 Formulación del Problema:	37
3.3 Objetivo general:	37
3.4 Plan de tabulación y análisis:	38
3.5 Cronograma.....	39

CAPITULO IV ANALISIS DE DATOS

4.1	Análisis de los Índices de Producción	40
4.2	Análisis de egresos de los servicios <i>de</i> /HSVP:.....	41
4.3	Análisis del número de procedimientos quirúrgicos del servicio de cirugía en HSVP	41
4.4	Análisis de cirugías de los servicios del HSVP:	42
4.5	Análisis de las atenciones en la consulta externa del servicio de cirugía en HSVP	43
4.6	Análisis de las atenciones en la consulta externa de los servicios del HSVP	45
4.7	Horas de Utilización de la Consulta Externa.....	46
4.8	Nivel de complejidad servicio de cirugía:	48
4.9	Patología Neoplásica	53
4.10	Análisis del Servicio de Cirugía por GDR	58
4.11	Relación gasto producción	59
4.12	Coefficiente de Ineficiencia Aplicado.....	60
4.13	Propuesta Aplicada.....	101
4.13.1	Objetivo General de la Propuesta.....	101
4.13.3	Ventajas de la propuesta.....	101
4.13.4	Acciones afines para la implementación del modelo	102
4.13.5	Metodología propuesta a seguir	103

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones.....	113
5.1.1	Producción servicio de cirugía y otros servicios.....	113
5.1.2	Complejidad.....	113
5.1.3	Eficiencia.....	114
5.2	Recomendaciones.....	114
6.	Bibliografía	95

TABLA DE CONTENIDO GRAFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico No 1	
Egresos Hospitalarios Región Central Norte, CCSS, años 1998 al 2002	Pag. 21
Gráfico No 2	
Porcentaje de Egresos anuales, servicio de cirugía, Hospital San Vicente Paúl, 2000-2003	Pag. 40
Gráfico No 3	
Egresos según Servicio por porcentaje, Hospital San Vicente de Paúl, 2000-2003	Pag. 41
Gráfico No 4	
Índice Operatorio, Servicio de cirugía, Hospital San Vicente de Paúl, 2000-2003	Pag. 42
Gráfico No 5	
Porcentaje de Cirugías según servicio, Hospital San Vicente de Paúl, 2000-2003	Pag. 43
Gráfico No 6	
Porcentaje de Producción en consulta externa, Servicio de cirugía, HSVP 2000-2003	Pag. 44
Gráfico No 7	
Porcentaje de consulta por servicio, HSVP, 2000-2003	Pag. 45
Gráfico No 8	
Horas de utilización de la consulta externa por servicio, HSVP, 2000-2003	Pag. 47
Gráfico No 9	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de cirugía, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2000	Pag. 60
Gráfico No 10	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de cirugía, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2001	Pag. 62
Gráfico No 11	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de cirugía, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2002	Pag. 64
Gráfico No 12	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de cirugía, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2003	Pag. 66
Gráfico No 13	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de medicina interna, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2000	Pag. 68
Gráfico No 14	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de medicina interna, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2001	Pag. 70
Gráfico No 15	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de medicina interna, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2002	Pag. 72
Gráfico No 16	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de medicina interna, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2003	Pag. 74
Gráfico No 17	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de ginecología, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2000	Pag. 76
Gráfico No 18	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de ginecología, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2001	Pag. 78
Gráfico No 19	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de ginecología, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2002	Pag. 80
Gráfico No 20	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de ginecología, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2003	Pag. 82
Gráfico No 21	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de obstetricia, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2000	Pag. 84
Gráfico No 22	
Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de obstetricia, curva de Lorenz	

Hospital San Vicente de Paúl. Año 2001	Pag. 86
Gráfico No 23 Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de obstetricia, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2002	Pag. 88
Gráfico No 24 Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de obstetricia, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2003	Pag. 90
Gráfico No 25 Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de pediatria, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2000	Pag. 92
Gráfico No 26 Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de pediatria, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2001	Pag. 94
Gráfico No 27 Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de pediatria, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2002	Pag. 96
Gráfico No 28 Relación porcentual del gasto vs egresos, servicio de pediatria, curva de Lorenz Hospital San Vicente de Paúl. Año 2003	Pag. 98
Gráfico No 29 Comparaciones de CINE por servicio por año	Pag. 100

TABLAS

Tabla No 1 Total de Camas y Porcentaje por Servicio, CCSS	Pag. 21
Tabla No 2 Operacionalización de las Variables	Pag. 37
Tabla No 3 Porcentaje de utilización de horas médicas en consulta externa, HSVP, 2000-2003	Pag. 46
Tabla No 4 Los primeros 15 diagnósticos, frecuencia y porcentaje, HSVP, año 2000	Pag. 48
Tabla No 5 Los primeros 15 diagnósticos, frecuencia y porcentaje, HSVP, año 2001	Pag. 49
Tabla No 6 Los primeros 15 diagnósticos, frecuencia y porcentaje, HSVP, año 2002	Pag. 50
Tabla No 7 Los primeros 15 diagnósticos, frecuencia y porcentaje, HSVP, año 2002	Pag. 51
Tabla No 8 Número de pacientes con enfermedad neoplasica de mama y estomago, HSVP Servicio de cirugia, años 2000-2003	Pag. 53
Tabla No 9 Porcentaje de pacientes con enfermedad neoplasica de mama y estomago, HSVP Servicio de cirugia, años 2000-2003	Pag. 53
Tabla No 10 Días de estancia de pacientes con enfermedad neoplasica de mama y estomago, HSVP Servicio de cirugia, años 2000-2003	Pag. 54
Tabla No 11 Porcentaje de Días de estancia de pacientes con enfermedad neoplasica de mama y estomago, HSVP Servicio de cirugia, años 2000-2003	Pag. 54
Tabla No 12 Comportamiento de los 50 GDR más frecuentes en el período, HSVP Servicio de cirugía general.	Pag. 55
Tabla No 13 Egresos y costo unitario por mes, servicio de cirugía, año 2000	Pag. 61
Tabla No 14 Egresos y costo unitario por mes, servicio de cirugía, año 2001	Pag. 63
Tabla No 15 Egresos y costo unitario por mes, servicio de cirugía, año 2002	Pag. 65

Tabla No 16	
Egresos y costo unitario por mes, servicio de cirugía, año 2003	Pag. 67
Tabla No 17	
Egreso y gasto por mes, servicio de medicina interna, año 2000	Pag. 69
Tabla No 18	
Egreso y gasto por mes, servicio de medicina interna, año 2001	Pag. 71
Tabla No 19	
Egreso y gasto por mes, servicio de medicina interna, año 2002	Pag. 73
Tabla No 20	
Egreso y gasto por mes, servicio de medicina interna, año 2003	Pag. 75
Tabla No 21	
Egreso y gasto por mes, servicio de ginecología, año 2000	Pag. 77
Tabla No 22	
Egreso y gasto por mes, servicio de ginecología, año 2001	Pag. 79
Tabla No 23	
Egreso y gasto por mes, servicio de ginecología, año 2002	Pag. 81
Tabla No 24	
Egreso y gasto por mes, servicio de ginecología, año 2003	Pag. 83
Tabla No 25	
Egreso y gasto por mes, servicio de obstetricia, año 2000	Pag. 85
Tabla No 26	
Egreso y gasto por mes, servicio de obstetricia, año 2001	Pag. 87
Tabla No 27	
Egreso y gasto por mes, servicio de obstetricia, año 2002	Pag. 89
Tabla No 28	
Egreso y gasto por mes, servicio de obstetricia, año 2003	Pag. 91
Tabla No 29	
Egreso y gasto por mes, servicio de pediatria, año 2000	Pag. 93
Tabla No 30	
Egreso y gasto por mes, servicio de pediatria, año 2001	Pag. 95
Tabla No 31	
Egreso y gasto por mes, servicio de pediatria, año 2002	Pag. 97
Tabla No 32	
Egreso y gasto por mes, servicio de pediatria, año 2003	Pag. 99
Tabla No 33	
Análisis de la producción del año anterior	Pag. 104
Tabla No 34a	
Determinación de estancia y actividad ambulatoria	Pag. 105
Tabla No 34b	
Determinación de costos	Pag. 105
Tabla No 35	
Determinación de los casos atendidos por categoría	Pag. 106
Tabla No 36	
Previsión de casos a atender por categoría	Pag. 106
Tabla No 37	
Comparación del año anterior con la previsión del año de asignación Presupuestaria por GDR, tipo y CDM, servicio Cirugía.	Pag. 107
Tabla No 38	
Previsión de la nueva actividad, servicio de cirugía.	Pag. 109
Tabla No 39	
Previsión de los costos hospitalarios, servicio de cirugía	Pag. 110
Tabla No 40	
Determinación de costos de la unidad GDR, asignación de costos A la consulta extena, servicio de cirugía	Pag. 110
Tabla No 41	
Comparación de la asignación presupuestaria por UPH y por GDR En actividades ambulatorias y hospitalarias, servicio de cirugía.	Pag. 112

Introducción

Los servicios de salud públicos deben basar su actividad en el principio de equidad, entendiendo la equidad, como la garantía del acceso de la población a los servicios. Es sabido que el exceso de demanda, atenta contra esta equidad, dado que no todos los ciudadanos tienen la misma oportunidad de recibir el procedimiento o servicio acorde con su necesidad. La atención al paciente debe ser independiente de factores económicos, geográficos, culturales o étnicos entre otros. *“La iniquidad en los servicios de salud, debe entenderse como una desigualdad evitable, innecesaria e injusta, por lo tanto la iniquidad en salud es un problema de ética.”*¹

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) está conformada por una serie de entidades con distintos grados de resolución de los problemas de salud de los usuarios, estableciéndose una red de atención de acuerdo con la complejidad y el nivel resolutivo. Se han palpado diferentes grados de iniquidad a la hora de la asignación de recursos para el buen funcionamiento de las organizaciones, ya que se pone en práctica el dicho *“el que tiene más galillo traga más pinol”*², y la asignación de recursos financieros por presupuesto histórico conduce a este tipo de iniquidad.

Para estimular la calidad y la eficiencia debe superarse la iniquidad y se debe contar con mecanismos de pago e incentivos adecuados, pues estos vienen a ser definidores de los servicios, fundamentalmente porque las decisiones sobre el gasto y la producción dependen en última instancia de los profesionales sanitarios.

Se estima que la iniquidad no solo se da en la relación usuario – prestador, también se le encuentra a nivel macroeconómico con los diferentes sistemas de pago. El presente estudio centra su atención en esta problemática de asignación

¹ Esta definición ha sido propuesta por Margaret Whitehead en una publicación preparada por ella para la oficina regional de OMS en Europa.

² Frase popular, que indica que aquel con mayor poder obtiene más ganancias.

de recursos financieros a los servicios del Hospital San Vicente de Paúl como una alternativa de búsqueda de eficiencia. Desde esta perspectiva este trabajo se plantea como objetivo el analizar un mecanismo de asignación de los recursos financieros, específicamente en el servicio de cirugía de este hospital.

Actualmente la asignación de recursos a los diferentes servicios no se caracteriza por una equidad distributiva, de forma tal que el presupuesto es dirigido por la administración activa, distribuyéndose el presupuesto de acuerdo con las necesidades y no a la eficiencia o eficacia de los servicios. Se les asigna por igual al servicio eficiente como al no eficiente.

La política de distribución de los recursos trasciende a todos los planos organizativos de los órganos estatales, en nuestro país (Costa Rica) las instituciones autónomas, incluida la Caja Costarricense de Seguro Social, reciben y administran recursos financieros de acuerdo con condiciones que no necesariamente llevan a la búsqueda de la eficiencia. El Estado por tanto, debe corregir fallos dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

1. “Problemas de incentivos: La ausencia de competencia y la imposibilidad de quiebra adormecen las organizaciones. Imposibilidad de discriminación según rendimiento y mérito, así como estabilidad garantizada, adormecen a los individuos.
2. El énfasis en la “legalidad” que niega la preocupación por la eficiencia.
3. Una mala prevención de la arbitrariedad que niega la discrecionalidad, y por tanto, la capacidad de gestión. La arbitrariedad gestora que permita a burócratas y políticos actuar en exclusivo interés propio obviamente ha de evitarse.
4. Internalidades: convertir en público el interés particular. Desviación de poder.

5. Patologías burocráticas que no pasan la cura de adelgazamiento que supone tener que trasladar sus costes a un mercado competitivo.”³

Es obligación de todo funcionario público buscar a toda costa el máximo de eficiencia en la gestión de los servicios que brinda; esta premisa nos motivó para el estudio, análisis y aplicación de una propuesta alternativa para la asignación de recursos que no solo lleve al máximo de eficiencia sino que también de manera no impositiva estimule brindar un servicio de mejor calidad.

³ Del Llano Señarís Juan et. All, Gestión Sanitaria innovaciones y desafíos. Editorial Masson, S.A. Barcelona España 2000

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Contexto Internacional

A finales de la década de los ochentas e inicio de los noventas el Estado de bienestar entra en crisis y con ello el financiamiento de los sistemas de seguridad social, generando así una mayor pobreza y una mayor iniquidad en la prestación de los servicios de salud. La pobreza tendió a concentrarse en zonas marginales de las grandes urbes, o bien a alejarse de éstas, y consiguientemente se crea una barrera física para el acceso a los servicios de salud. Las familias marginadas tuvieron dificultad para trasladarse a un centro de salud o el acceso a éste se vio restringido por su situación social, por lo que el servicio no llegaba en forma oportuna y eficaz. Esto lleva a plantear un cambio de las organizaciones.⁴

“La crisis financiera y las deficiencias de los sistemas tradicionales de seguridad social, cada vez más criticados en los últimos tiempos han despertado sobre si éstos, en forma actual, son adecuados para contener la crisis social. El sistema estatal de servicios sociales se ha desarrollado en forma muy diferente en los diferentes países latinoamericanos. Se puede encontrar una combinación de los sistemas clásicos de seguridad social de previsión de enfermedades, vejez e invalidez, y sistemas de seguridad social de orientación universalista, por ejemplo el caso de servicios gratuitos de salud pública.

En todos los países existen sistemas privados de previsión además de los sistemas públicos de servicios sociales. Argentina, Costa Rica, Cuba, Uruguay, Brasil, Jamaica, Las Bahamas y Barbados tienen sistemas de seguridad social más extensamente desarrollados. En casi todos esos países se estableció relativamente un sistema de seguridad social basado en el modelo de Bismark, el cual se fue extendiendo progresivamente a sectores cada vez más amplios de la colectividad. Al menos formalmente, la población de ese grupo de países está amparado de un 70% al 100% por ese sistema. En el extremo opuesto se encuentran países como Honduras, Guatemala, El Salvador, República Dominicana y Bolivia en donde apenas un máximo del 20% de la población está protegida por sistemas públicos de seguridad social”⁵

⁴ Políticas Sociales en América Latina. Monografias.com

⁵ Políticas Sociales en América Latiana. Monografias.com

El contexto en el que se desenvuelven las organizaciones al año 2004 ha cambiado radicalmente, éste se caracteriza por:

- La búsqueda de eficiencia obliga a un cambio estructural organizacional constante y acelerado, especialmente en algunos aspectos como desconcentración y automatización de procesos.
- Mercados globalizados donde la competencia se incentiva: la ventaja competitiva se hace más importante que la ventaja comparativa.
- Mercados con predominio de la demanda y no de la oferta
- Sectorización de la demanda: los ciudadanos no reciben lo que les ofertan, si no que ellos ahora demandan de acuerdo con sus necesidades particulares; además la exigencia de calidad es una de sus características principales.
- Sociedad bien informada y con acceso rápido a los servicios.
- Trabajadores capacitados, donde su intelecto tiende a reemplazar a su "fuerza".

Frente a la magnitud de estos cambios las organizaciones se han visto en la gran necesidad de adaptarse. Las estructuras jerárquicas piramidales para esta época resultan poco útiles en su producción y en la respuesta a la demanda, por ser lentas con respecto a dicha demanda, ineficaces para alcanzar sus objetivos, ineficientes en los usos de los recursos asignados, poco competitivas y muy rígidas.

Con el marco de la desconcentración de las organizaciones entre ellas las de salud, se tornan importantes algunos elementos que hasta el día de hoy se han dejado de lado, como son las herramientas alternativas para asignar los recursos a las unidades prestadoras de los servicios de salud con el fin de buscar calidad en la atención y satisfacción en los clientes.

Es conveniente recordar que por décadas se destinaron bienes con base en presupuestos históricos, lo que motivó la falta de planificación de actividades en los centros asistenciales y en el nivel central. Esta situación, provocó iniquidad en la distribución del presupuesto al no utilizarse un mecanismo idóneo para la asignación presupuestaria. La influencia política, particularmente por encima de los intereses grupales, conllevó a una mayor o menor asignación presupuestaria sin tomar en cuenta la producción real y la gran variabilidad de ésta. Asimismo, esta modalidad de asignación no contemplaba ningún tipo de incentivos, lo cual no contribuía al desarrollo de una organización responsable de un manejo racional orientado por los resultados y la calidad.

Dentro de este marco de acción, aún se discuten los sistemas de pago por actividades generadas en el sector salud y se siguen generando foros de discusión, sin existir certeza de cuál es el mejor. Esto se debe a la gran “variabilidad”⁶ que existe en la prestación de los servicios y a las características propias de cada servicio. Cada uno de los sistemas de pago tiene sus ventajas e inconvenientes por lo que deben ser analizados cuidadosamente y a la luz de los objetivos por alcanzar.

Entre los múltiples factores que interfieren en el proceso encontramos:

1. La gran cantidad de agentes que participan en el sector. Existen los prestadores de servicios médicos, las organizaciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas y los usuarios del sistema. Estos agentes se relacionan entre sí a través de flujos financieros reales que generan una multitud de sistemas de reembolso.
2. Diversidad de fórmulas de pago; las cuales están relacionadas con la heterogeneidad del producto ofrecido por los agentes sanitarios y con la asimetría de la información. Así, la

⁶ Del Llano Señarís Juan et. All, Gestión Sanitaria innovaciones y desafíos. Editorial Masson, S.A. Barcelona España 2000

contratación de servicios hospitalarios por parte de una aseguradora puede implicar un reembolso por presupuesto global, egresos, ingresos, días de estancia u otros.

Por mecanismo de pago se entiende la forma en que se organiza la compensación económica normalmente monetaria que recibe un prestador sanitario por los servicios brindados a una persona o grupo de personas. El prestador sanitario puede ser una persona (médico, enfermera, etc.) o bien, un grupo organizado que brinda el servicio, (hospital, clínica, etc.).

*“La Organización Mundial de la Salud define un servicio de salud de alta calidad como:
“aquel que se brinda con un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para los pacientes, un alto grado de satisfacción por parte del paciente y un impacto positivo sobre la salud del mismo.”⁷*

Los múltiples retos presentados por las situaciones del sector salud a nivel internacional han obligado a emprender reformas en sus sistemas durante las últimas dos décadas y en muchos de ellos se incorporan avances en las herramientas y modelos de gestión.

“Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras que el modelo es una prolongación de la mente.”⁸

En función de esta definición es válido preguntarse en qué medida las reformas de salud implementadas en América Latina durante las décadas pasadas generaron auténticos cambios en los modelos de gestión. Vicente Ortún Rubio, distingue tres niveles de gestión en el sector de la salud:

⁷ Moze B. Unnecessary hospitalizacion days. Isr. J. Med. L989. 25: 360-361

⁸ Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Ginés González García.
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma>

- *“Macro gestión o gestión pública: la cual “involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la modificación de los estilos de vida y la regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios; la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos, y la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública y privada. Es por tanto una actividad de control y regulación de la oferta a través de creación y adaptación de las reglas de juego, control del número y cualificación de profesionales y centros de atención sanitaria. Evaluación de tecnologías basadas en la efectividad y costo-efectividad de productos e indicaciones para su inclusión o no en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, y los sistemas de financiación e incentivos generales, intentando combinar el control del gasto y orientación de los servicios hacia la eficiencia y la calidad asistencial.*
- *Meso gestión o gestión institucional, que; involucra a los centros, hospitales, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen funciones de compra de servicios y gestión de áreas y centros sanitarios, las políticas esenciales son los sistemas prospectivos de pago por procesos, los perfiles de actividad, mejora de la calidad en sus diferentes versiones y la revisión de la adecuación del uso de recursos, por tanto, en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar los objetivos.*
- *Micro gestión o gestión clínica, donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector de la salud es que el médico es responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.”⁹*

De lo anterior se observa que todos los sistemas se plantean la equidad, pero las medidas concretas para alcanzarla han sido escasas. La equidad en los resultados sanitarios es la mayor de las asignaturas pendientes en todos los sistemas actuales.

En el año 1991, *“la Comisión Nacional para la Evaluación del Sistema Nacional de Salud establecía en el informe final*

⁹ Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Ginés Gonzáles García.
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma>.

conocido como el informe de abril numerosas recomendaciones de reforma de acuerdo con las diferentes estructuras de gestión del sistema nacional de salud; entre las cuales destacan las siguientes:

1. *Separar la financiación de la provisión de servicios sanitarios, como punto principal para mejorar la eficiencia.*
2. *Reforzar en todas las unidades asistenciales, los atributos de dirección y establecer algunos elementos de flexibilidad económica.*
3. *Establecer mecanismos de motivación e incentiación del personal, a través de diferentes modalidades, para lograr su participación y revalorización en la gestión y funcionamiento de cada una de las unidades asistenciales.*
4. *Los presupuestos tienen que ser realistas, ciertos, rigurosos y bien elaborados, que asocien las actividades y los costes. El presupuesto debe ser el principal instrumento de gestión. Los presupuestos deben ser prospectivos y limitados y deben extenderse a las unidades menores de gestión.*
5. *Las técnicas de registro y control debe ser las técnicas de empresa.*¹⁰

*En el año 2000, Tobar F. en su tesis de doctorado expresa: "Alrededor del noventa por ciento de los países de América Latina han implementado alguna forma de transferencia de responsabilidades desde el centro hacia la periferia de los sistemas de salud".*¹¹

Este hecho pudo generar cambios significativos en los modelos de gestión, pero en realidad no se cuenta con estudios o evaluaciones realizados para conocer sobre los alcances reales de la ejecución de estos modelos.

En el año 2001 la OPS emitió un criterio indicando que:

"Uno de los aspectos más importantes es la autonomía presupuestaria. En la medida en que la presupuestación se acerca más a los propios servicios o, en otras palabras, a medida que aumenta la cantidad de unidades presupuestarias, se hace posible

¹⁰ Enrique Gómez Fernández. El contrato-programa como innovación tecnológica en el campo de la gestión hospitalaria, Director de Asistencia Especializada. Servicio Navarro de Salud. editorial, ANALES. Vol 20 N- 3 diciembre 1997.
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n3/edit.html>,

¹¹ Tobar F. La intervención de los servicios públicos de salud. Tesis de doctorado. Universidad del Salvador, Buenos Aires. 2000, documento mimeografiado.

conciliar las conductas de los prestadores con la programación y asignación de los recursos. Aunque aún se pueden contar con los dedos los casos en los que se han implementado auténticos presupuestos clínicos, algunos cambios en las modalidades de contratación y remuneración por los servicios, que se registran en al menos 15 países, facilitan este cambio. Por ejemplo, la remuneración de los servicios a través de módulos diagnósticos, cuyo uso se ha generalizado en Argentina, Brasil y Chile, introduce incentivos para una mayor conciencia en el uso de los recursos por parte de los prestadores”¹²

1.1.1. Reformas Sanitarias

Uno de los principales objetivos de las reformas de los servicios de salud es mejorar la eficiencia; es decir, maximizar el beneficio en términos de salud empleando los recursos disponibles.

“Desde hace tiempo, los formuladores de política, intentan mejorar el desempeño de sus sistemas de salud mediante reformas dirigidas a todas las funciones del sistema, a saber, financiamiento, prestación, rectoría y generación de recursos. Un número creciente de estudios, ha evaluado el impacto de las reformas en diferentes escenarios, pero estos estudios han usado métodos y marcos de referencia cambiantes para evaluar y medir el efecto de los cambios en las políticas y estrategias. Esto dificulta el establecimiento de una distinción entre las verdaderas variaciones de impacto y aquellas que se explican en razón de los diferentes métodos usados”¹³

“El objetivo definitorio del sistema de salud es mejorar la salud, y está integrado por dos componentes. El sistema de salud debiera buscar mejorar el nivel promedio de la salud de la población así como tratar de reducir las desigualdades en la salud de la población.

El objetivo intrínseco es mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las expectativas legítimas de la población relacionadas con el mejoramiento de aquellas dimensiones de su interacción con el sistema de salud ajenas a la salud misma. La capacidad de respuesta no incluye las expectativas de su interacción asociadas con las dimensiones de mejoramiento de la salud, las cuales se reflejan plenamente en el primer objetivo. El término “legítimas” se utilizó en virtud de que algunos individuos pueden tener expectativas frívolas

¹² Ginés González García, Las reformas sanitarias y los modelos de gestión, Temas de actualidad, Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública (9) 6, 2001.

¹³ Estrategia propuesta para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. OMS AÑO 2000

respecto del sistema de salud, mismas que no deberían formar parte de la articulación de este objetivo. La capacidad de respuesta tiene dos sub-componentes clave: el respeto por las personas y la orientación al cliente. De nuevo, el interés no sólo se refiere al nivel promedio de capacidad de respuesta, sino también a las desigualdades en la capacidad de respuesta a la población. El tercer objetivo intrínseco es la justicia en las contribuciones financieras al sistema de salud. Para ser justas, las contribuciones de los hogares para financiar el sistema de salud deben representar un sacrificio equivalente. Sacrificio equivalente significa que ningún jefe de familia debería empobrecer o pagar una porción excesiva de su ingreso para financiar al sistema de salud. Sacrificio equivalente significa también que los hogares pobres deberían contribuir con una porción menor de sus ingresos que la de los hogares ricos”¹⁴.

“1. Desde el punto de vista de la producción, valora los costos de producción para quienes actúan como prestadores de los servicios, los costos en los que incurre el usuario de estos, los costos sociales de producción (esto es quienes reciben los impactos de un problema de salud como los familiares, las empresas, los seguros, el estado).

2. Desde el punto de vista los beneficios, se definen aquellos que son posibles para las instituciones de salud, las personas directamente afectadas, los familiares de los pacientes, las empresas (generalmente medidos en días y horas productivas y salarios pagados), asimismo se busca identificar los beneficios indirectos para las instituciones, el estado, los pacientes y las familias.”¹⁵

En general se está conformando una nueva visión para el sector público. La mayoría de la gente coincide en que dicho sector perderá su condición monolítica, con un perfil más empresarial, menos basado en procedimientos administrativos, operando en una red de compromisos de gestión, más orientado al usuario, y con un cierto nivel de competencia entre prestadores de servicios y en algunos casos, entre financiadores.

Aun tratándose de escuelas, hospitales, instituciones sociales o cualquier otro organismo público, la tendencia es pagar a esas organizaciones en función de sus resultados y no con base en su presupuesto histórico. A los

¹⁴ Estrategia propuesta para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. OMS AÑO 2000

¹⁵ Mejía Estañol Magdalena. La economía de la salud y la evaluación económica. Universidad La Salle, México.

profesionales que trabajan en esas organizaciones también se les pagará por su rendimiento. La preocupación por la eficiencia económica parece traducirse en el esfuerzo por gestionar mejor los sistemas sanitarios.

1.1.2 Mecanismos de Financiación

Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno.

A nivel mundial, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado sobre todo por los rápidos cambios experimentados por la tecnología y por unas instituciones de financiación y prestación de atención crecientemente complejas. Sin embargo, en los países más pobres del mundo, el crecimiento del gasto sanitario ha sido lento, si no nulo. En consecuencia, se observan hoy grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial.

Mientras que el nivel de gasto ha cambiado, los mecanismos de financiación de los sistemas de salud no lo han hecho. En 1978, la OMS barajaba las mismas fuentes de financiación sobre las que hoy se debate, a saber, los impuestos generales, los impuestos para fines específicos, la seguridad social, la financiación de base comunitaria, los honorarios y la asistencia externa; sin embargo, aún no disponemos de estudios sobre las políticas aplicadas. Por ejemplo, en una revisión reciente de 127 estudios sobre planes comunitarios de seguro médico se halló que sólo dos de ellos presentaban la suficiente congruencia interna para poder extraer conclusiones respecto al impacto en la utilización y la protección financiera. Sin una información fidedigna, las políticas de financiación de la salud siguen estando dominadas por las opiniones más que por la evidencia.

1.1.3 Desarrollo de una financiación sostenible

Las decisiones de política sobre los mecanismos de financiación tienen muchas repercusiones. Influyen en aspectos tales como la cantidad de dinero eventualmente movilizable, la mayor o menor equidad con que se recauden y apliquen los recursos, y la eficiencia de los servicios e intervenciones resultantes. El contexto en que se despliegue la financiación sanitaria modificará significativamente sus efectos. Sin embargo, los principios para mejorar la financiación sanitaria son esencialmente los mismos en todas partes: reducir las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio; aumentar el rendimiento de cuentas de las instituciones responsables de gestionar los seguros y la provisión de atención sanitaria; mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas para los fondos de salud; y recaudar dinero mediante mecanismos administrativos eficientes. Por el contrario, las cuestiones de política más importantes relacionadas con la financiación de la salud son muy diferentes en los países ricos y los pobres. Por ello, en el análisis que sigue a continuación se consideran por separado los países de ingresos altos, medios y bajos.

En los países de ingresos altos, con rentas per cápita superiores a US\$ 8000, los recursos para la salud son relativamente abundantes pero no siempre están distribuidos de forma equitativa. Una media del 8% de la renta nacional se dedica a la salud. Entre esos países, el gasto sanitario anual va de US\$ 1000 a más de US\$ 4000 per cápita. Las cuestiones que dominan los debates sobre la financiación de la salud guardan relación sobre todo con la eficacia del gasto, la contención de los costos y la equidad.

En los países de ingresos medios, con una renta per. cápita situada entre US\$ 1000 y US\$ 8000, los recursos son más limitados y el acceso a los servicios de salud es menor. Los países de esta categoría invierten entre el 3% y el 7% de la renta nacional en salud, lo que representa un gasto anual de entre US\$ 75 y US\$ 550 per cápita. En estos casos el sistema de financiación sanitaria suele ser un serio obstáculo para lograr que las intervenciones sanitarias sean accesibles para todo el mundo. Con frecuencia la población está segmentada entre aquellos que poseen un empleo en la administración o el sector formal, las personas que se benefician de unos sistemas de seguro médico relativamente bien financiados, y las personas que dependen de servicios dirigidos por el ministerio y escasamente financiados o que se ven obligadas a pagar de su bolsillo la atención privada. Muchos de estos países, sobre todo de Asia, movilizan muy poco dinero a través del sector público.

En los países de ingresos bajos, con una renta anual per cápita de menos de US\$ 1000, los debates sobre la financiación sanitaria están dominados por la limitación fundamental que constituye la escasez de recursos. En la mayoría de esos países, sólo un 1%-3% del producto nacional bruto se dedica a la salud y, al ser tan baja la renta per cápita, eso se traduce en un gasto sanitario por habitante de entre US\$ 2 y US\$ 50. Aunque estos países invirtieran el 10% de su renta en servicios de salud, esa inversión, repartida equitativamente en toda la población, sólo permitiría ofrecer una atención sanitaria muy precaria.

“Las políticas públicas deben impedir que los honorarios percibidos en el punto de servicio se conviertan en un obstáculo para obtener la atención necesaria, o en una catástrofe financiera para los hogares. En la práctica, las políticas sobre los honorarios dependen de la capacidad de pago de la población, de su impacto en la utilización, del tipo de servicios proporcionados, y del impacto de esos honorarios en la calidad y disponibilidad de los servicios. En los casos en que es posible mantener o mejorar la calidad del servicio, la eliminación de los honorarios puede propiciar un aumento del acceso; ésta parece ser la reciente experiencia de Uganda, donde se eliminaron los honorarios cobrados a los usuarios

gracias a que el Gobierno aumentó simultáneamente su apoyo financiero y administrativo. En los casos en que no es posible mantener o mejorar la calidad del servicio por otros medios, los honorarios pueden operar como incentivos y recursos decisivos para poder seguir ofreciendo los servicios; así ha ocurrido con la Iniciativa de Bamako, en la que el mantenimiento de los honorarios ayudó a garantizar la disponibilidad de los medicamentos mientras otros programas fracasaban. Así pues, la política pública relativa a los honorarios debe ser pragmática, y ha de basarse en una detenida consideración del contexto y del impacto neto en el acceso de la población a unos servicios de salud de buena calidad.

Para sostener el sistema de salud sin depender estrechamente de los honorarios es necesario movilizar otras fuentes, incluidos impuestos generales para fines específicos, cuotas de la seguridad social, primas de seguros privados, o mecanismos de prepago de seguros comunitarios. En la práctica, el recurso a una u otra fuente dependerá de la capacidad de pago de la población, de la capacidad administrativa para recaudar dinero, del tipo y calidad de los servicios que se ofrezcan y de la eficacia de las instituciones y los mecanismos de financiación existentes.¹⁶

1.2 Contexto Nacional

Costa Rica no ha escapado a los cambios ocurridos a nivel internacional y en los últimos años ha llevado a cabo al igual que lo hace en el presente proceso de modernización, tanto en el sector público como privado.

El sistema de salud en nuestro país se ha desarrollado de manera poco planificada llevando esto al establecimiento de métodos o planes sin fines claros fenómeno que observamos por varias décadas. En ello radica la gran insatisfacción costarricense por parte de los usuarios porque pareciera que cuanto más se invierten recursos, menos se logran alcanzar las metas fijadas. Por ello, actualmente se buscan formas distintas de organización, y nuevas maneras de asignación de recursos.

¹⁶ <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index6.html>

1.2.1 Análisis de la situación financiera de la CCSS

Es importante para el análisis respectivo de la asignación de los recursos al revisar la situación financiera de la institución, por lo que hemos extraído algunas citas bibliográficas que dan una idea de dicha situación.

“Es posible identificar varios factores que ponen en riesgo la sostenibilidad financiera de la institución, estos impactan sobre la calidad, equidad y sostenibilidad.

- a. La distribución inequitativa de los recursos. En 1994 el gasto en salud se distribuyó de la siguiente manera, un 30% del gasto total de CCSS lo realizó el primer nivel de atención. Lo que hace inferir que el 70% lo consumió el segundo y tercer nivel. La sostenibilidad financiera quedaría bajo un importante riesgo pues los niveles de atención más complejos son menos costo – efectivos que los niveles más elementales.*
- b. Crecimiento del gasto hospitalario: en 1994 este gasto representó el 67% del gasto total del Seguro de enfermedad y maternidad, y para 1995 representó el 74%. Durante el año 2002 el gasto realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social para la prestación de servicios de salud en los diferentes centros médicos asciende a la suma de 271 032,9 millones de colones, reflejando un incremento del 17% con respecto al gasto total del año 2001 y se compone de un 76% de costos directos y 24.0% de costos indirectos. Estos recursos se dedicaron principalmente al área de hospitalización. Esto se traduce en menos recursos para la atención ambulatoria. Las estimaciones hasta el año 2020 consideran un crecimiento de 16.37% anual para el gasto hospitalario, mientras que la atención ambulatoria crecerá un 6.2% anual. La experiencia internacional estima que el 70% de las patologías pueden tratarse en forma ambulatoria.*
- c. La asignación de recursos al sector salud: la relación entre el gasto en salud y el producto interno bruto (PIB). Esta relación ha oscilado entre 4.48% en 1988 y un 6.42% en 1995.*
- d. El envejecimiento de la población: su impacto en el Sistema de Salud. La población costarricense está iniciando un cambio demográfico que duplicará la población mayor de 60 años en relación con la población total, en menos de 40 años. Esto llevará a un aumento en*

la demanda de servicios de salud, y por consecuencia, en el gasto, intensificando los problemas económicos del sector y la necesidad de mejorar la asignación de recursos entre los usos alternativos. Los pacientes mayores de 60 años tienen una tasa de utilización de la consulta externa de 8.28 consultas per. cápita, mientras que la población de 0 a 59 años tiene una tasa de 3.94 consultas per. cápita. De acuerdo con datos de expertos el 80% de los costos médicos de las personas se generan después de los 60 años. Según Martín Pérez EM, et al. La población geriátrica con lleva una serie de comorbilidades asociadas y severa capacidad funcional, llevando esto a una escasa utilidad de los GDR, ya que no permite evaluar los cuidados continuados, la severidad ni objetivar los síndromes geriátricos, factores condicionantes en evolución del paciente y de más peso que el propio diagnóstico. En su estudio encontraron estancias medias para estos pacientes de 63 días con una gran variabilidad oscilando de 1 a 622 días.¹⁷ Por otra parte, la esperanza de vida al nacer en el año 2001 en Costa Rica era de 73,8 años para los hombres y 78,6 para las mujeres, comparando esta cifras con países europeos tenemos que en España la esperanza de vida al nacer en el mismo año mencionado anteriormente es de 75,3 años para hombres y de 82,6 para las mujeres, países como Inglaterra manejan una esperanza de vida de 75,1 para los hombres y de 79,9 para las mujeres, demostrando esto que Costa Rica maneja índice de esperanza de vida muy similares que los países desarrollados europeos.

- e. La productividad y eficiencia en la CCSS: retos y oportunidades. Esta relación es asimétrica ya que mientras el índice de gasto real representa una tendencia creciente los índices de producción muestran una tendencia constante o decreciente, con excepción de las urgencias. Las causas motivantes de este problema son varias, como el cambio en el perfil epidemiológico, aumento en el costo de la tecnología y su continua sofisticación, las limitaciones a la eficiencia y productividad que imponen los acuerdos sociales e institucionales, la existencia de incentivos que no premian el desempeño de la calidad, sino que se dirigen hacia la antigüedad como aspecto central en la premiación del funcionario.*
- f. El desequilibrio financiero: la brecha entre gastos e ingresos. Es evidente que una multiplicidad de factores*

¹⁷ Martín Pérez EM, Geriatrianet.com, Revista electrónica de Geriatria y gerontología, Vol. 3, Núm. 1 año 2001.

presionan el sector salud y casi todos ellos tienden hacia un aumento inevitable de los costos. A la vez la globalización de las finanzas y las nuevas exigencias sobre la eficiencia de la economía harán cada vez más difícil la recaudación. Entre los años 1986 a 1995 hubo una tasa de crecimiento en los ingresos de 65.1% mientras que los gastos tuvieron una tasa de crecimiento de 74.9%. Durante el año 2002 los gastos se incrementaron en un 17% con respecto a los gastos del 2001, las estancias disminuyeron en 3,7% con respecto al año anterior. En lo relativo a su costo unitario este se incrementó en un 24,4% con respecto al año anterior presentando un valor de estancia de 83 780,07 colones. En la consulta externa hubo un decrecimiento de 1,7% del total de consultas y su costo unitario fue de 11 838,11 colones con un incremento de 14,6%. En cuanto a las consultas de las áreas de salud y cooperativas estas se incrementaron en 10,4%, para un costo de 8 879,11 colones la consulta, 12,9% más alto que el año anterior.

- g. Inversiones de la CCSS. A nivel de la institución existe una falta de registro de inventarios técnicos, procedimientos de seguimiento de historiales de fallo y evaluación de obsolescencia, y el desarrollo de estrategias de mantenimiento preventivas. La ausencia de planes preventivos a mediano y largo plazo podría tener graves consecuencias en la descapitalización y deterioro de las instalaciones. Esta falta de planificación estratégica, implica un alto riesgo para la institución, con su consecuente impacto sobre el nivel de bienestar de la población.*
- h. Características de planificación de la CCSS. La institución utiliza una planificación normativa y centralizada. La actual distribución de la oferta de servicios especializados escapa a una estrategia institucional. El crecimiento se ha efectuado individualmente en cada centro, en razón de los cambios presupuestarios logrados y de las inversiones conseguidas por cada uno de ellos.*
- i. Limitaciones de las compras de servicios de salud. El modelo actual de organización de la CCSS no contempla la función compradora y tiene integradas las funciones de financiación y provisión de servicios de salud. No se han desarrollado procesos de facturación de servicios, de control de flujos de pacientes entre centros, o sistemas de pago de terceros. En el caso de las cooperativas estas fijan la cantidad de población.*

*j. Estilos y cultura de trabajo. La estructura piramidal centralizada obliga a que muchas decisiones ameriten de la aprobación del nivel central”.*¹⁸

Actualmente la asignación de recursos al nivel hospitalario, en la Caja Costarricense de Seguro Social, se realiza en forma centralizada. Los recursos se dirigen a financiar compromisos previos y dar respuesta a nuevos compromisos (inversiones, nuevos servicios y prestaciones). Las limitaciones que surgen de este esquema de asignación de recursos son:

- 1. “Falta de incentivos a la eficiencia: Los hospitales no disponen de ningún incentivo a la adopción de decisiones eficientes, en la medida que los ahorros que consiguen pueden suponer un menor presupuesto en el período siguiente.*
- 2. Recursos orientados a la oferta: La asignación presupuestaria histórica implica, que se destine los recursos de acuerdo con la oferta de recursos humanos e infraestructura, independientemente de necesidades de salud o la demanda real de la población.*
- 3. Percepción del riesgo como inexistente: En la medida que los gastos realizados por los hospitales son cubiertos en su totalidad (presupuestos históricos) incluso en caso de sobregiro presupuestario, los hospitales perciben la restricción presupuestaria como inexistente, contrariamente al sector privado, donde se toman precauciones en función del riesgo existente, el sector público hospitalario puede tomar decisiones en que este riesgo no se percibe, ya que finalmente los costos acaban siendo asumidos de forma colectiva.*
- 4. Control interno: Es importante mencionar en este apartado los últimos logros en lo referente a la rendición de cuentas como se establece en el último manual de “Normas generales de control interno para la contraloría general de la república y las entidades y órganos sujetos a fiscalización” en su artículo 6.5 reza lo siguiente “El jerarca y los demás funcionarios en todos los niveles de la institución están obligados a rendir cuentas por el uso de los recursos, el cumplimiento de los objetivos institucionales y el logro de los resultados esperados, para lo que se apoyarán en el control interno”.*¹⁹

¹⁸ Caja Costarricense de Seguro Social, ¿Por qué cambiar el sistema de asignación de recursos? <http://www.ccss.sa.cr:81/pub/biblioteca/pmasre01.html>

¹⁹ Manual de Normas generales de control interno para la Contraloría General de la República y las entidades y órganos sujetos a su fiscalización. La Gaceta N° 107 del 5 de junio de año 2002, San José Costa Rica.

Desde 1997 en Costa Rica se ha venido aplicando el análisis por GDR para comparación de estándares de hospitales en busca de una norma nacional entre los diferentes hospitales y niveles de complejidad de los nosocomios. Estos análisis se han basado en los eventos del egreso hospitalario, considerando el egreso como la unidad estadística elemental de los servicios de hospitalización.²⁰

El envejecimiento de población llevará a un consumo de recursos mayores, como se ha demostrado en los párrafos anteriores, por lo que debe buscarse un adecuada asignación de recursos para las unidades involucradas, haciendo énfasis en la calidad y eficiencia de los servicios prestados.

Las autoridades de la institución son conscientes que el modelo actual de asignación de recursos se agota y en el marco de la modernización y transformación institucional realiza diferentes esfuerzos para integrar un modelo de gestión en el ámbito hospitalario que incluya los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GDR) para facilitar el modelo de costos y asignación de recursos, lo que implica una nueva organización y una readecuación al modelo de gestión.

1.3 Contexto Local

“El Hospital San Vicente de Paúl se inauguró el 08 de diciembre de 1890. La Junta de Gobierno de esa época y una organización denominada Antigua Hermandad de la Caridad se unieron solidariamente para buscar la mejora de la salud de los heredianos.

En ese mismo momento la compañía del ferrocarril al Atlántico, infraestructura que se convirtió en lugar antifuncional, se traslado al centro de Heredia.

La Hermandad de la Caridad realizó las gestiones para que se adjudicara el viejo edificio del ferrocarril en el mes de mayo de 1875.

El edificio estaba construido en su totalidad de bahareque, el cual se derrumbo producto de un temblor en 1914, situación que obligó a su clausura temporal.

El hospital quedó bajo la conducción de La Hermandad de la Caridad y reactivó la actividad nosocomial en 1924. En 1936 La Hermandad de la Caridad entregó el hospital a la Junta de Protección Social ubicado siempre en el viejo edificio.

²⁰ Caja Costarricense de Seguro Social, ¿Por qué cambiar el sistema de asignación de recursos? <http://www.ccss.sa.cr:81/pub/biblioteca/pmasre01.html>

En 1941 La Junta de Protección Social puso a disposición del público los nuevos pabellones que inició la Hermandad de la Caridad y allí se desarrolló la actividad nosocomial hasta 1975.

Durante el gobierno del Lic. Daniel Oduber Quirós surgió un fenómeno de reestructuración. Los hospitales de la Junta de Protección Social se traspasaron a la Caja Costarricense de Seguro Social.

El 01 de junio de 1976 el Hospital San Vicente de Paúl, pasó a manos de la CCSS, siendo su director el médico Dr. Róger Bernini Rondelli y su administrador don Mario Rodríguez Urpi.

En el momento del traslado, el hospital era prácticamente un hospital geriátrico, el cual contaba con solo 50 camas, y las especialidades médicas estaban en la Clínica Central”²¹

Con la finalidad de conocer sobre la organización y estructura interna del hospital a continuación se detalla la siguiente información:

“El hospital cuenta en este momento con 163 camas en un espacio físico de 7 325,43 m2 de construcción y un área de parqueo de 3 569,77 m2.

Cuenta con las especialidades básicas de:

<i>// Especialidades Médicas</i>		
<i>Medicina</i>	<i>Cirugía</i>	<i>Ginecobstetricia</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicina Interna</i> • <i>Clínica del Dolor</i> • <i>Cardiología</i> • <i>Control Metabólico</i> • <i>Gastroenterología</i> • <i>Visita Comunitaria</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía General</i> • <i>Clínica de Mama</i> • <i>Clínica de Próstata</i> • <i>Ortopedia</i> • <i>Otorrinolaringología</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ginecología</i> • <i>Prenatales</i> • <i>Salud Reproductiva</i>
<i>Pediatría</i>	<i>Psiquiatría</i>	<i>Emergencias</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía Infantil</i> • <i>Pediatría</i> • <i>Neonatología</i> • <i>Lactancia Materna</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica del Adicto</i> • <i>Psiquiatría</i> • <i>Psicoterapia</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidados Intensivos</i> • <i>Urgencias</i>

²¹ WWW.hospitalheredia.sa.cr historia del hospital.

Dentro de la estructura orgánica de la CCSS, el hospital está catalogado como periférico 3; sin embargo al ser el único hospital de la Región de Heredia, y por su alta demanda, labora al igual que un centro regional. Y en áreas como emergencias supera en número de atenciones a algunos Hospitales Nacionales.

En el año 2000 se agregó otro elemento fundamental para el desarrollo del Hospital; la Junta de Salud, representación Comunal que logra mejorar la comunicación entre el usuario del sistema y el Hospital; generando un canal de comunicación que permite palpar las necesidades de nuestros usuarios.²²

Con la aprobación de la Ley 7852 de desconcentración de hospitales y clínicas el 30 Noviembre 1998 y publicada en la gaceta el 24 de Diciembre de ese mismo año, se trasladan una serie de actividades y responsabilidades al nivel local, otorgándoles personería jurídica instrumental. Esto significa que al transformarse el hospital en un sujeto de derecho o en una persona jurídica se le autoriza a actuar con plena discrecionalidad en el manejo presupuestario, contratación administrativa y manejo del recurso humano. Además se establece el compromiso de gestión como una condición ineludible para mantener el estatus de ente desconcentrado con personería jurídica instrumental. De esta forma, en el año 2000 se le otorga al Hospital San Vicente de Paúl dicho estatus.

Así, al transformarse el hospital en un sujeto de derecho, también asume las imputaciones de las acciones positivas o negativas de sus actos; de manera que admite ante el Derecho la responsabilidad jurídica plena que se derive de los actos realizados.

En el año 2001 se analizó la situación del Hospital San Vicente de Paúl y se encontró una gran debilidad como lo es el poco compromiso de las jefaturas en la gestión hospitalaria, lo cual se debe a un déficit de capacitación de las mismas en el ámbito de la gestión. por este motivo se inicia una serie de programas de formación en GDR y desconcentración máxima. Estos cambios han llevado a replantearse las deficiencias existentes en la gestión tradicional y a establecer un nuevo reto en cuanto

²² www.hospitalheredia.sa.cr

a la gestión hospitalaria moderna, volcando la mirada hacia la depuración de la información tradicional, establecimiento de cuadro de mando, y nuevos enfoques informáticos y de complejidad hospitalaria como lo es el GDR. Además, con esta nueva visión se observó la oportunidad de ampliar el ámbito de su aplicación a los servicios de producción final como aquellos servicios que producen egresos hospitalarios (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología).

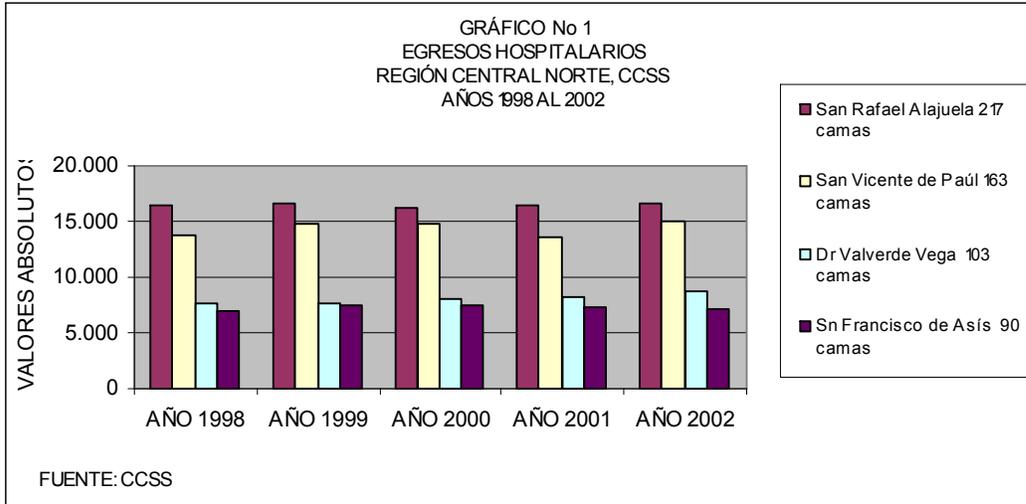
Con esta capacitación se ha logrado mejorar la calidad de atención tanto por la responsabilidad que esto representa como también para cumplir con la ley 7852 mencionada anteriormente, donde se establecen las juntas de salud como entes fiscalizadores de los servicios y la gestión hospitalaria por parte de la sociedad civil. Asimismo se estableció la contraloría de servicios, la cual da oportunidad al usuario del sistema a manifestar sus inconformidades con la prestación de los mismos. Toda esta situación motiva a la gerencia local a instaurar un proyecto de asignación de recursos a las unidades de producción final por GDR, y a solicitar a las jefaturas de los servicios de apoyo crear una unidad relativa de valor (UVR) para su futura evaluación.

Como una herramienta útil para medir la producción y estimular la gestión a nivel local surge el compromiso de gestión el cual utiliza la unidad de medida denominada unidad de producción hospitalaria (UPH):

*“UPH, que se define como la unidad básica de producción resultado de multiplicar la producción realizada por el estándar de cada servicio que representa el consumo de recursos a partir de los días de estancia promedio”.*²³

Para que el lector conozca la variabilidad en la que se encuentra inmerso este hospital, es conveniente comparar el servicio de cirugía de este centro con los servicios de otros centros hospitalarios de perfil similar pertenecientes a la CCSS, para tener un mejor panorama de las condiciones de trabajo.

²³ Hacia un nuevo sistema de asignación de Recursos. Proyecto de Modernización. CCSS. Pág. 52.



Como se puede observar en el gráfico No. 1, el Hospital San Vicente de Paúl, comparado con otros hospitales de la Región Central Norte, ocupa el segundo lugar en producción, superado por el Hospital San Rafael de Alajuela en aproximadamente 2615 egresos ya que este hospital tiene un 25% más de camas, y la producción es un 16% mayor que la del nosocomio analizado. De los cuatro hospitales, el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl cuenta con el menor porcentaje de camas, como se aprecia en la tabla siguiente.

TABLA N° 1
TOTAL DE CAMAS Y PORCENTAJE POR SERVICIO
C.C.S.S.
2002

HOSPITAL	CAMAS	MEDICINA	CIRUGIA	GINECOLOGIA	OBSTETRICIA	PEDIATRIA	NEONATOLOGIA
San Rafael de Alajuela	217	36,87	20,74	6,45	16,13	14,75	4,61
San Vicente de Paúl	163	29,45	14,72	11,66	26,38	10,43	7,36
Carlos Luis Valverde	103	30,10	26,21	4,85	20,39	17,48	-
San Francisco de Asís	90	35,56	15,56	7,78	18,89	18,89	-

Fuente: Anuario Estadístico año 2002, CCSS

1.4 Justificación

Actualmente, en el nivel institucional se aprecia con frecuencia que la asignación de recursos se hace con base en elementos que no responden de manera adecuada a la realidad, tal como la asignación histórica del presupuesto. Esta practica premia al ineficiente, por cuanto, se dan más recursos a centros con mayores estancias sin hacer otras consideraciones como la calidad y al eficiencia. Existen alternativas para evitar estas injusticias que al final perjudican al usuario, dentro de estas se halla la unidad de producción hospitalaria (UPH), cuya asignación presupuestaria tiene su origen en la estancia hospitalaria. A dicha unidad se le otorga un valor en unidades monetarias que al final viene siendo el presupuesto asignado en el período.

Para el Hospital San Vicente de Paúl es posible lograr la asignación final de los recursos por servicio utilizando el sistema de grupos relacionados por diagnóstico (GDR) para definir la complejidad, el peso relativo de las patologías prevalentes y la producción, y así se podría definir conceptualmente el presupuesto basado en la clínica.

Este proyecto es de gran conveniencia para el hospital y para la Caja Costarricense de Seguro Social ya que permitiría el uso eficiente de los recursos y admitiría la comparación en el tiempo con otros centros de similar atención. Además esto llevaría al mejoramiento progresivo de la gestión en su generalidad. El beneficio iría dirigido hacia el servicio, principalmente a los pacientes que son objeto de la atención, y los integrantes del servicio, pues al buscar ellos la mayor eficiencia e involucrarse en la productividad podrían distribuirse parte de los beneficios obtenidos como un incentivo.

De modo que el proyecto tiene un alcance institucional pues tiene posibilidades de extensión a otros centros con los mismos argumentos a su favor.

1.5 Delimitación y formulación del problema:

Se estudia el método de la asignación presupuestaria, el gasto y la producción durante el período 2000 al 2003 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl para determinar su vigencia y proponer nuevas alternativas.

1.6 Formulación del Problema:

¿Es eficiente el mecanismo actual de asignación de recursos financieros para distribuirlos equitativamente, en relación con la producción hospitalaria y la complejidad de los egresos en el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl en el período 2000 al 2003?

1.7 Objetivo General:

Analizar el mecanismo de asignación de los recursos financieros en el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, relacionándolo con la producción y la complejidad de las actividades del mismo, utilizando para ello el sistema de categorías diagnósticas GDR durante los años del 2000 al 2003

1.8 Objetivos Específicos:

1. Determinar la producción del servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl en el período 2000 – 2003 en relación con la de los otros servicios.
2. Determinar el comportamiento de los gastos en el período 2000 - 2003 para el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl y compararlo con la conducta observada de los gastos en los demás servicios del hospital.
3. Analizar la distribución de los recursos presupuestarios en relación con la producción y los gastos del servicio de cirugía durante el período 2000 - 2003 en el Hospital San Vicente de Paúl y relacionar

esta distribución con la presentada en los otros servicios a lo largo del período en estudio.

4. Proponer y aplicar un mecanismo que permita la distribución eficiente de los recursos financieros utilizando los GDR para el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl que contemple en forma adecuada la actividad clínica y la complejidad.

CAPITULO II
MARCO
TEÓRICO

La creación de la competencia pública, se puede dar a través de mercados internos controlados por el Estado, donde el usuario actúa como juez del mismo. Para llevar a cabo esto, es importante la separación entre la financiación y el proveedor de servicios, como se ha hecho en Costa Rica con los compromisos de gestión. El propósito de este mecanismo es aumentar la capacidad de gestión de las empresas pública para responder a las exigencias de los usuarios.

Bajo las premisas anteriormente descritas se identifican dos dimensiones como esenciales del paradigma de la gestión pública eficiente:

1. La flexibilización: Permite introducir cambios en la estructura organizacional que mejoran la eficiencia del presupuesto asignado y, a su vez, reaccionar con mayor rapidez a los cambios en la estructura de la demanda. Permite además introducir incentivos a la mejora en el desempeño personal y tecnológico.
2. La desconcentración: Viene a fomentar la flexibilización al darle potestades al ente desconcentrado en el manejo presupuestario, la contratación administrativa y el manejo del recurso humano.

La separación clara y jurídica entre la provisión y compra de servicios debe ser un paso previo a la implantación de mercados de competencia pública. De hecho, aunque esta separación no lleve a la creación de estos mercados, suele ser un mecanismo impulsor de mejoras en la contabilidad de los servicios, al conocer qué y quién gasta, con lo cual se puede atribuir responsabilidades concretas.

Ahora bien, este mismo sistema es factible aplicarlo a lo interno de las unidades, con el fin de establecer mercados internos o cuasi mercados regulados

por la administración activa, con el fin de lograr equidad en la distribución de los recursos y una mayor eficiencia.

El desarrollo de un sistema de gestión hospitalaria se define como el conocimiento del mercado, el dominio de producto para conseguir, mediante la identificación del consumidor/cliente un plan de mercadeo y de responsabilidad de la prestación de servicios de calidad eficaces y útiles para el paciente. En esta óptica no hay distinciones entre ámbitos públicos y privados, sólo la adaptación a uno u otro escenario de un tronco de doctrina común que constituye la razón de ser del servicio.

La gestión hospitalaria ha sufrido cambios importantes en los últimos años, debido a que los clientes esperan servicios de alta calidad, y amplios beneficios, como consecuencia del rápido progreso tecnológico y de la información. Los centros de salud deben de ser hoy en día más competitivos y adoptar estrategias de excelencia empresarial. Los hospitales deben innovar constantemente, mejorar la calidad de sus productos (entendiendo por producto las diferentes actividades que se ofrecen a los usuarios), incrementar su productividad y reducir sus costos y gastos. Debemos, por tanto, proponer alternativas viables para obtener una mayor eficiencia en la prestación de los servicios, para la cual se ha de contar con una serie de herramientas dentro de las cuales se pueden enumerar el presupuesto y las medidas estadísticas.

2.1 PRESUPUESTO

El presente estudio tiene sus cimientos en las siguientes definiciones:

“El presupuesto es un instrumento de control administrativo que consiste en formular planes para un período futuro, dado en términos numéricos; incluye la identificación de objetivos y metas para el período en que se prepara el presupuesto y en relación con la asignación de recursos necesarios para conseguir sus objetivos. En términos financieros, los

*presupuestos son manifestaciones de posibles resultados, por ejemplo de ingresos o gastos en una empresa.*²⁴

De acuerdo con la Contraloría General de la República se define presupuesto público, como la estimación programada, en forma sistemática, de las condiciones de operación y de los resultados por obtener por un organismo en un período determinado.

La ley 8131 publicada en la Gaceta N° 198 del 16 octubre del 2001 en su artículo 8 (contenido de los presupuestos) divide a los presupuestos en presupuesto de ingresos y de gastos.

*“El presupuesto de ingresos, comprenderá lo generado por la recaudación de tributos, la prestación y venta de bienes y servicios, las transferencias, donaciones y otros, así como las fuentes de financiamiento internas o externas. Presupuesto de gastos, comprende todos los egresos previstos para cumplir los objetivos y las metas.”*²⁵

Según el diccionario de la Real Academia Española gasto público:

*“significa el gasto realizado por la administración para satisfacer las necesidades colectivas”*²⁶.

Por otra parte podemos definir también al gasto público como sinónimo del gasto social:

*“Porcentaje del presupuesto de ingreso y gasto de la entidad destinado al área social, discriminado en los siguientes sectores: educación, vivienda y servicios, seguridad social, cultura y comunicación social, ciencia y tecnología, salud y desarrollo social en un año determinado.”*²⁷

El Hospital San Vicente de Paúl es un Hospital público, por tanto el concepto de gasto se ajusta a la definición anterior.

Por último, la asignación presupuestaria es el monto de efectivo y no efectivo que se le destina a una unidad para un tiempo determinado. El efectivo se

²⁴ Jaramillo Antillón Juan, Principios de Gerencia y administración de servicios médicos y Hospitales. Primera edición, San José Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica: Editorial Nacional de la Seguridad Social, 1998. Pág. 178.

²⁵ Administración financiera de la República y Presupuestos Públicos Ley No. 8131. Publicaciones Jurídicas Enero 2002

²⁶ www.Diccionarios.com. Enciclopedia Universal Larousse.

²⁷ <http://www.pnud.org.ve/IDH99/defgasto.htm>

refiere a la asignación presupuestaria en dinero; mientras que el no efectivo se refiere a la asignación en insumos o medicamentos.

2.2 Los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR):

Para efectos de nuestro análisis y propuesta hemos utilizado este sistema de categoría diagnóstica pues nos ofrece una serie de ventajas dentro de las cuales podemos resaltar que permiten la comparación objetiva en tiempo y espacio de los resultados de desempeño obtenidos por los servicios y centros de salud.

Esta forma de clasificación se utiliza de forma general en:

“•Comparación entre hospitales a través de una amplia gama de recursos y de medidas de resultados.

•Evaluación de diferencias en las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados.

• Ejecución y soporte de los protocolos o guías así como desarrollo de actuaciones ante factores críticos.

• Identificación de los proyectos de mejora de calidad continuos.

• Pago de casos atendidos de una región a otra y/o entre establecimientos.

• Base de gestión interna y de sistemas de planificación.

Algunos de los países que actualmente utilizan los GDR son Portugal, Italia, Bélgica, Australia, Francia, Inglaterra, País de Gales, Irlanda, Suecia y Noruega.

Alemania y Japón están evaluando actualmente la adecuación de los GDR a sus circunstancias particulares.”²⁸

“En España desde el 14 de diciembre de 1987, el consejo inter territorial aprobó establecer un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el comité nacional de estadísticas de salud de EE.UU., como por lo recomendado por la comisión de las comunidades Europeas.”²⁹

Los GDR se basan en el conjunto mínimo básico de datos hospitalarios (CMBDH), de los cuales se consideran dos grandes categorías de variables.

²⁸ Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de la Sanidad y Consumo, Madrid, España.

²⁹ Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de la Sanidad y Consumo, Madrid, España

1. Variables Administrativas:
 - a. Identificación del hospital
 - b. Número de historia clínica
 - c. Fecha de nacimiento
 - d. Sexo
 - e. Residencia
 - f. Financiación
 - g. Fecha de ingreso y alta
 - h. Fecha de intervención Qx
 - i. Circunstancia de ingreso y alta
 - j. Médico y servicio de alta
2. Variables Clínicas
 - a. Diagnóstico principal
 - b. Diagnóstico Secundario
 - c. Procedimiento Quirúrgico y obstétrico
 - d. Otros procedimientos
 - e. Peso del recién nacido
 - f. Tiempo de Gestación
 - g. Código E (causa de lesiones)

Con el CMBDH es posible determinar una serie de índices que permiten realizar la comparación entre hospitales o servicios. El CMBDH es fundamental para obtener el máximo de información aplicable a diversos objetivos de interés médico, así como la interpretación de las estadísticas sobre la base de los GDR. El papel del médico es fundamental a la hora de escribir los diagnósticos tal y como ocurrieron ya que de no hacerlo así la complejidad se verá alterada, dando datos inconsistentes.

La clasificación por GDR se basa en la CIE (Clasificación estadística internacional de enfermedades), Una vez codificados con la CIE, se requiere hacer un agrupamiento de los mismos según el propósito, con que se vayan a utilizar los datos (epidemiológico, de planificación, de administración de servicios, y otros). Un GDR obviamente incluye varias categorías completas de la CIE o parte de ellas. Por este motivo es muy importante tener muy claro que un cuadro que contenga los GDR con el total de egresos, no es adecuado para conocer las causas más frecuentes de hospitalización con fines epidemiológicos o de planificación.

La CDM (Categoría diagnóstica mayor), incluye varios tipos de pacientes, varios servicios, varias categorías de la CIE y varios GDR: unos de tipo quirúrgico, otros de tipo médico; con complicaciones o sin ellas, con diagnósticos coexistentes, por edad, con procedimientos complejos o sin ellos. Cada GDR con definiciones reconocibles clínicamente, permite al médico introducirse en el mundo de la gestión en términos de conocer muy bien el cálculo de indicadores comparables entre hospitales, servicios o médicos.

La casuística es la estructura interna de los casos del hospital, denominada en inglés Case-Mix, y es la combinación de tipos diferenciados de pacientes similares respecto a los cuidados requeridos, tratados en los servicios de internamiento. Esto nos permite comparar el servicio u hospital con otro similar o bien una norma estandarizada

En España se está usando la contabilidad de costos verticalista para determinar los pesos propios o sea pesos españoles (traslado de costos entre servicios).

No obstante, los sistemas de salud presentan también relevantes dificultades que de no resolverse aminorarían el ritmo de progreso debido a la rémora que supone para los países afectados la prematura mortalidad infantil, la discapacidad y la imposibilidad de reaccionar frente a problemas sanitarios emergentes. Los principales problemas por abordar son:

- Asignación equivocada de recursos.
- Desigualdad.
- Ineficiencia.
- Explosión de costos

Los anteriores problemas han contribuido a que en la mayoría de los países se estén abordando procesos de transformación o reforma para mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad de los sistemas de salud.

2.2.1 Equidad en los servicios de Salud y su Relación con los GDR:

“La equidad en la atención de salud incluye equidad en la estructura, proceso y resultados de los sistemas y servicios de salud.”³⁰

“En este contexto se han realizado muchos esfuerzos para desarrollar nuevos modelos para la asignación presupuestaria, por esta razón nacen los GDR en la década de los años sesenta en la Universidad de Yale para facilitar una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Las técnicas industriales estándares para la mejora de la calidad requieren que el rendimiento se mida en múltiples dimensiones. El propósito original de los GDR” era medir el rendimiento de un hospital, es decir, la cantidad de pacientes que trata un hospital para facilitar una mejora de la calidad en el mismo. En este caso, en el Yale New Haven Hospital.

Para efecto de análisis de resultados, y que los mismos sean comparables, seleccionamos un sistema de categorización de diagnósticos que nos permitan relacionar la gestión clínica con los gastos y la complejidad; el sistema que nos pareció mas adecuado fue el de Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) los cuales utilizan variables demográficas y de diagnóstico para clasificar a los pacientes en grupos que se puedan comparar clínicamente con duraciones de estancia en el hospital y con consumos de recursos similares. Por lo tanto, los costos de tratamiento para los casos incluidos en cada GDR deben ser equivalentes.

La agrupación de los GDR está diseñada tanto para ser significativa clínicamente para los médicos (que tenga lógica clínica) como para esperar que los casos que pertenecen a una misma categoría tengan costos y

³⁰ OPS/OMS: Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica, año 2000.

*duraciones de estancia similares. La homogeneidad de recursos de los GDR significa que es útil computar el costo medio del tratamiento.*³¹

MEDIDAS ESTADÍSTICAS:

2.2.1 Coeficiente de ineficiencia

Este coeficiente es una medida de desigualdad en el acceso a un recurso o medio de subsistencia que se desprende de la curva de Lorenz y que se define operativamente como el resultado de dividir el área comprendida entre la recta de equidistribución y la curva de Lorenz para el área total bajo la recta de equidistribución. (León y Vos, 2000).

³¹ Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de la Sanidad y Consumo, Madrid, España.

CAPITULO III
DISEÑO
METODOLÓGICO

3.1 Diseño Metodológico:

3.1.1 Tipo de Investigación:

Según Barrantes:

“se trata de una investigación de tipo cuantitativa pues se fundamenta en aspectos observables y susceptibles de cuantificar, es de tipo retrospectiva, pretende relacionar la asignación presupuestaria con producción.”³²

3.1.2 Área de Estudio:

Servicio de Cirugía Hospital San Vicente de Paúl.

3.1.3 Objeto de estudio:

Asignación de recursos presupuestarios.

3.1.4 Universo y Muestra

Tipo de Muestra: “Se trata de una muestra NO PROBABILÍSTICA, pues se trata de un procedimiento de selección informal, utilizando criterios de especialista”³³

3.1.5 Selección de Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.1.5.1 Técnica de recolección:

Dado el carácter de la investigación se utiliza el análisis documental de diferentes fuentes de información, tales como:

Revisión y análisis de:

- Informes de CLINOS
- Informes mecanizados de asignación presupuestaria
- Reportes de oficina de presupuesto del hospital
- Cuadro de mando
- Boletín mensual estadístico.

³² Barrantes, Rodrigo. Investigación “Un Camino al Conocimiento”. San José, Costa Rica: EUNED. 2002

³³ Barrantes, Rodrigo. Investigación “Un camino al Conocimiento”. San José, Costa Rica: EUNED. 2002

3.1.5.2 Instrumento de Recolección:

-Hoja electrónica Excel

-Procesador de textos

3.1.5.3 Conversión Financiera

Se ha transformado el gasto de colones a dólares con el fin corregir factores que pueden interferir en el análisis, como la devaluación del colón o bien el índice de inflación.

3.1.5.4 Construcción del coeficiente de Ineficiencia (CINE)

Es relación que existe entre las sumas de las frecuencias acumuladas y la suma del gasto acumulado expresado en las diferencias porcentuales de ambas columnas, donde se entiende que entre más se acerque a 1 más ineficiente es el servicio, mientras que entre mas se acerca a 0 es menos ineficiente.

3.1.5.5 Índice de Gini:

El índice de Gini es una medida para la distribución de las rentas de una sociedad determinada, que se utiliza de forma universal y fue propuesta por el economista Corrado Gini.

La curva de Lorenz le debe su nombre al meteorólogo Edward Lorenz y sus aportes en la matemática del caos.

3.1.5.6 Medidas de concentración: Índice de Gini y Curva de Lorenz.

Las medidas de concentración son utilizadas para valorar la distribución de los recursos en poblaciones y a través del tiempo, de los diferentes índices estudiados se eligió el índice de Gini, por ser de aplicación sencilla y entendible

“Las medidas de concentración tratan de poner de relieve el mayor o menor grado de igualdad en el reparto del total de los valores de la variable, son por tanto indicadores del grado de distribución de la variable.

Se denomina *concentración* a la mayor o menor equidad en el reparto de la suma total de los valores de la variable considerada (renta, salarios, etc.).

Las infinitas posibilidades que pueden adoptar los valores se encuentran entre los dos extremos:

1.- **Concentración máxima**, cuando un solo elemento percibe el total y el resto nada. En este caso, existe un reparto no equitativo:

$$x_1 = x_2 = x_3 = \dots = x_{n-1} = 0 \text{ y } x_n.$$

2.- **Concentración mínima**, cuando el conjunto total de valores de la variable está repartido por igual, en este caso se dirá que hay un reparto equitativo

$$x_1 = x_2 = x_3 = \dots = x_{n-1} = x_n$$

De las diferentes medidas de concentración que existen el estudio se centrará en dos:

1. **Índice de Gini**, Coeficiente, por tanto será un valor numérico.
2. **Curva de Lorenz**, gráfico, por tanto será una representación en ejes coordenados.

La equidad en la salud implica la reducción al mínimo de todas las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas (M. Whitehead, 1990). Equidad en la atención de salud supone que los pacientes reciben atención según sus necesidades, equidad en cobertura, accesos, y usos que contribuye al financiamiento de esa atención según su capacidad de pago (equidad en financiamiento) (PAHO 1998)³⁴.

Bajo esta perspectiva, el costo medio para un determinado GDR puede ser provechoso como sistema de pago, así como para la elaboración de presupuestos. Utilizados como parte de un sistema de pagos, los GDR relacionan el tipo de pacientes que trata un hospital (sus diferentes casos) con los costos que debería tener dicho hospital para tratar a esos pacientes. Esto crea un marco efectivo para controlar el uso de servicios en el ámbito de un hospital.

A medida que los GDR se empezaron a utilizar ampliamente como forma de pago y conforme la sanidad evolucionaba, se ha incrementado la demanda de GDR para ser empleados como una aplicación que va más allá de la utilización de recursos, incluyendo los costos y los pagos.

³⁴ www3.uji.es/~mateu/tema4-d37.doc, Medidas de forma y concentración.

3.1.5.7. Los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR):

3.1.5.8 Propuesta de un mecanismo de asignación de recursos financieros para el servicio de cirugía

“Los GDR se desarrollaron en la década de los años sesenta en la Universidad de Yale para facilitar una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Las técnicas industriales estándares para la mejora de la calidad requieren que el rendimiento se mida en múltiples dimensiones. El propósito original de los GDR era medir el rendimiento de un hospital, es decir, los pacientes que trata un hospital para facilitar una mejora de la calidad en el mismo. En este caso, se trataba del Yale New Haven Hospital.”³⁵

Los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) utilizan variables demográficas y de diagnóstico para clasificar a los pacientes en grupos que se puedan comparar clínicamente con duraciones de estancia en el hospital y con consumos de recursos similares.

La agrupación de los GDR está diseñada tanto para que sea significativa clínicamente para los médicos (que tenga lógica clínica) como para esperar que los casos pertenecientes a una misma categoría tengan costos y duraciones de estancia similares. La homogeneidad de recursos de los GDR significa que es útil computar el costo medio del tratamiento de los pacientes que pertenecen a un determinado GDR. Por consiguiente, esta medida se puede emplear para una variedad de propósitos.

De esta manera, el costo medio para un determinado GDR puede ser beneficioso tanto como sistema de pago, como para la elaboración de presupuestos. Utilizados como parte de un sistema de pagos, los GDR relacionan el tipo de pacientes que trata un hospital (sus diferentes casos) con los costos que debería contraer dicho hospital para tratar a esos pacientes. Esto crea un marco efectivo para controlar la utilización de servicios en el ámbito de un hospital.

³⁵ Analisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid España.

3.2 Formulación del Problema:

¿Es eficiente el mecanismo actual de asignación de recursos financieros para distribuirlos equitativamente, en relación con la producción hospitalaria y la complejidad de los egresos en el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl en el período 2000 al 2003?

3.3 Objetivo general:

Analizar el mecanismo de asignación de los recursos financieros en el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, relacionándolo con la producción y la complejidad de las actividades del mismo, utilizando para ello el sistema de categorías diagnósticas GDR durante los años del 2000 al 2003

TABLA NO. 2						
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES						
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental
Determinar la producción y complejidad del servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2000 - 2003_	Producción y Complejidad	Eventos de egreso hospitalario y de Consulta Externa. Complejidad de las atenciones a nivel hospitalario	Egresos, procedimientos y atenciones en consulta externa Diagnósticos prevalentes en los períodos de observación GDR en los períodos de observación	Producción en cada periodo, 2000, 2001, 2002, 2003. Egresos Cirugías Consulta Ext	1-Porcentaje de egresos del servicio de cirugía cada año y comparación del período de aplicación del mecanismo con los otros años 2-Distribución porcentual de egresos del servicio de cirugía con respecto a otros servicios 3-Porcentaje de cirugías del servicio de cirugía respecto al total del hospital 4-Distribución porcentual de procedimientos quirúrgicos del servicio de cirugía con respecto a otros servicios 5-Porcentaje de consultas externas del servicio de cirugía respecto al total del hospital 6-Distribución porcentual de consultas externas del servicio	Se extraerá de los cuadros de mando los datos correspondientes para el cálculo respectivo y analisis posterior aplicando el análisis documental.

					de cirugía con respecto a otros servicios	
Determinar el comportamiento de los gastos en relación con la producción en el periodo 2000 - 2003 para el Servicio de Cirugía	Comportamiento del gasto en relación con la producción	Monto ejecutado del servicio de cirugía de acuerdo a la actividad	Eficiencia en los montos ejecutados de Cantidad de recursos financieros distribuidos	Distribución de los gastos por actividades, análisis de la forma de distribución	1-Gasto unitario por actividad a nivel hospitalario y de la consulta externa 2-Coeficiente de ineficiencia en cada uno de los servicios y en cada uno de los periodos de observación	Se obtiene los datos de del Informe de Costos Compromisos de Gestión de la Gerencia de División Financiera en periodos correspondientes, aplicando el análisis documental.
Analizar la distribución de los recursos presupuestarios en relación con la producción y gastos del servicio de cirugía en el periodo 2000 - 2003 en el Hospital San Vicente de Paúl	Distribución de recursos	Asignación de recursos financieros al servicio de cirugía Hospital San Vicente de Paúl.	Relación entre el costo y la producción del servicio de cirugía general y otros servicios	Montos asignados para las actividades ambulatorias y hospitalarias programadas.	1-Gasto por servicio en cada período de observación y comparación del servicio de cirugía con respecto a los otros.	Se obtendrán los datos de costos del Informe de Costos Compromisos de Gestión de la Gerencia de División Financiera en periodos correspondientes También se obtendrán datos de los cuadros de mando correspondientes aplicando el análisis documental.

3.4 Plan de tabulación y análisis:

La recolección de los datos se realiza a través de la consulta directa de las siguientes fuentes:

- 1- Base de datos Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Información de Estadísticas de Salud. Informe Estadístico Mensual Hospital San Vicente de Paúl.
- 2- Cuadro de Producción Hospitalaria general y por servicios
- 3- Presupuesto general del hospital y asignado por servicios
- 4- Plan Anual Operativo Hospital San Vicente de Paúl.
- 5- Informe mecanizado Sistema Control de Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl del mayor auxiliar de asignaciones presupuestarias.

Luego de la recolección de los datos se precedió a ordenarlos y mediante las herramientas antes expuestas se analizan los resultados y se obtienen las conclusiones respectivas y las recomendaciones procedentes.

3.5 Cronograma.

FECHAS FASE	INICIO	FINAL	2003								2004				
			MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Protocolo	23/05/2003	16/08/2003	■	■	■	■									
Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos	18/08/2003	22/08/2003				■									
Recolección de la información	01/09/2003	10/12/2003					■	■	■	■					
Tabulación y análisis de la información	10/01/2004	30/03/2004						■	■	■	■	■	■		
Elaboración del informe final	01/04/2004	04/05/2004												■	■

CAPITULO IV

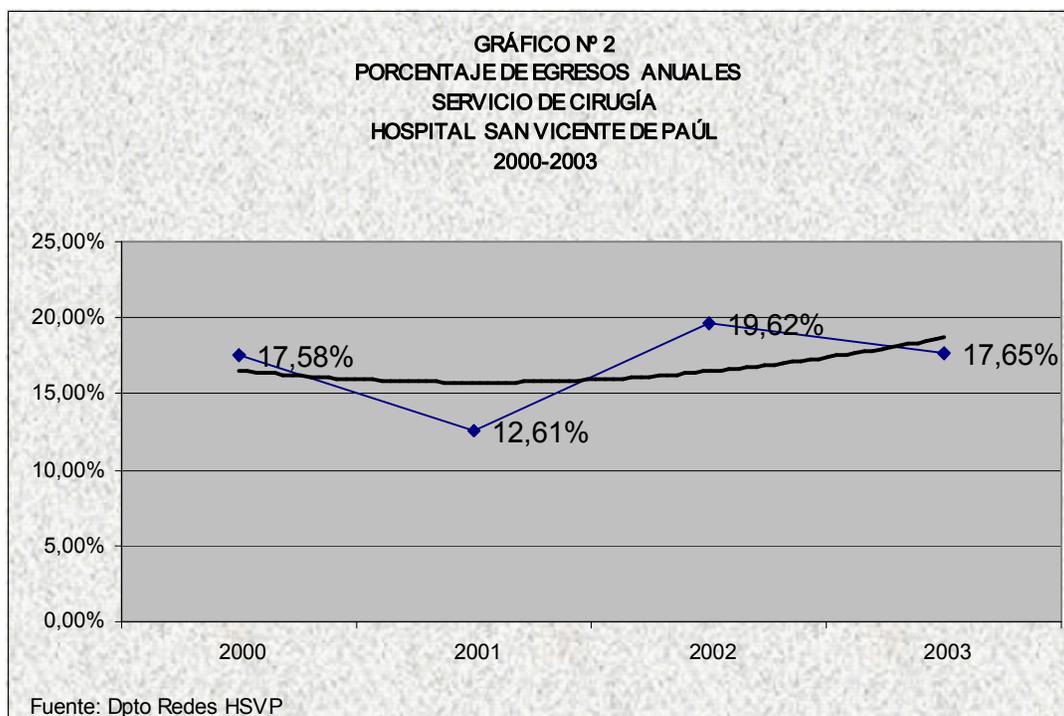
ANÁLISIS DE

LOS DATOS

El análisis de producción se ha basado en dos de los tres productos hospitalarios los cuales son egresos y consulta externa; se han omitido las atenciones en emergencias, por tener poca relación con los mencionados anteriormente y además por tener un comportamiento particular en la provincia de Heredia. Este comportamiento particular se debe al rápido crecimiento de la población y al fallo de la red.

4.1 Análisis de los Índices de Producción

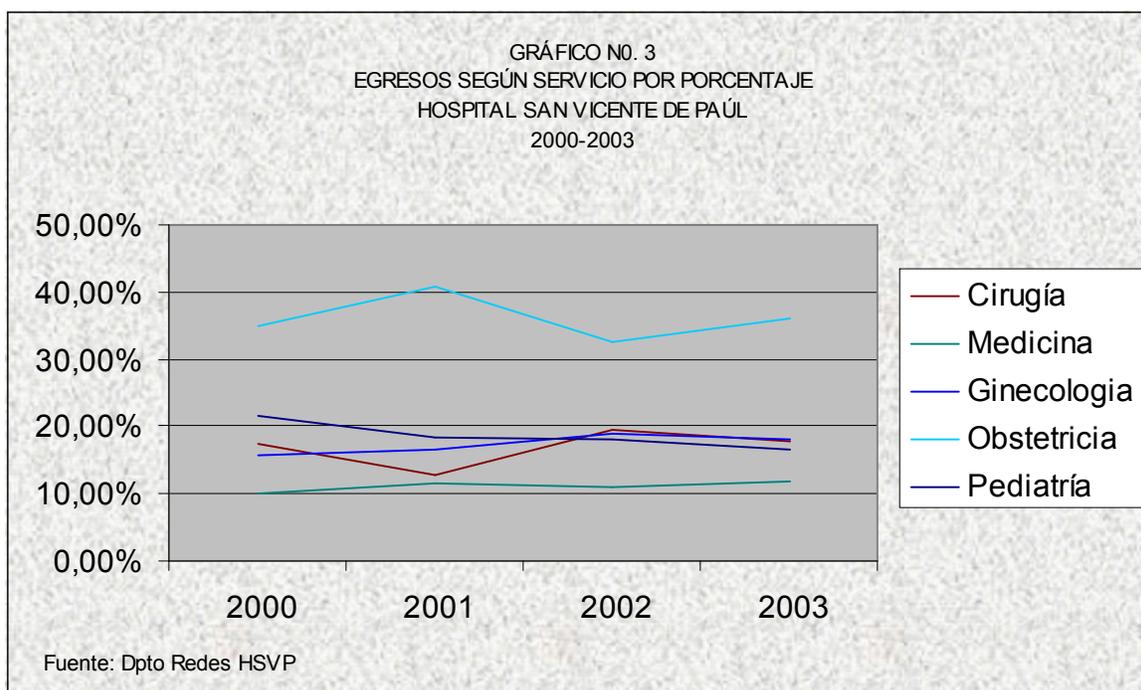
4.1.1 Análisis de egresos del servicio de cirugía en HSVP:



De base, para el año 2000 se encuentra un 17.58% de egresos para el servicio de cirugía respecto al total de egresos del hospital, al año siguiente se reduce comparativamente en un 4.97%. Este fenómeno se explica por el cierre temporal de las salas de operaciones por remodelación de las mismas.

Tal y como se demuestra en el gráfico en el año 2002, se encuentra un aumento de un 11.60% de la producción respecto al año base (en este año se aplicó el presupuesto con base en GRD). En el año 2003 debido a suspensión de la licencia de los GDR la aplicación del plan se detuvo y se aprecia consecuentemente una reducción de un 10% al compararla con el periodo previo (año de aplicación del presupuesto clínico).

4.1.2 Análisis de egresos de los servicios del HSVP:

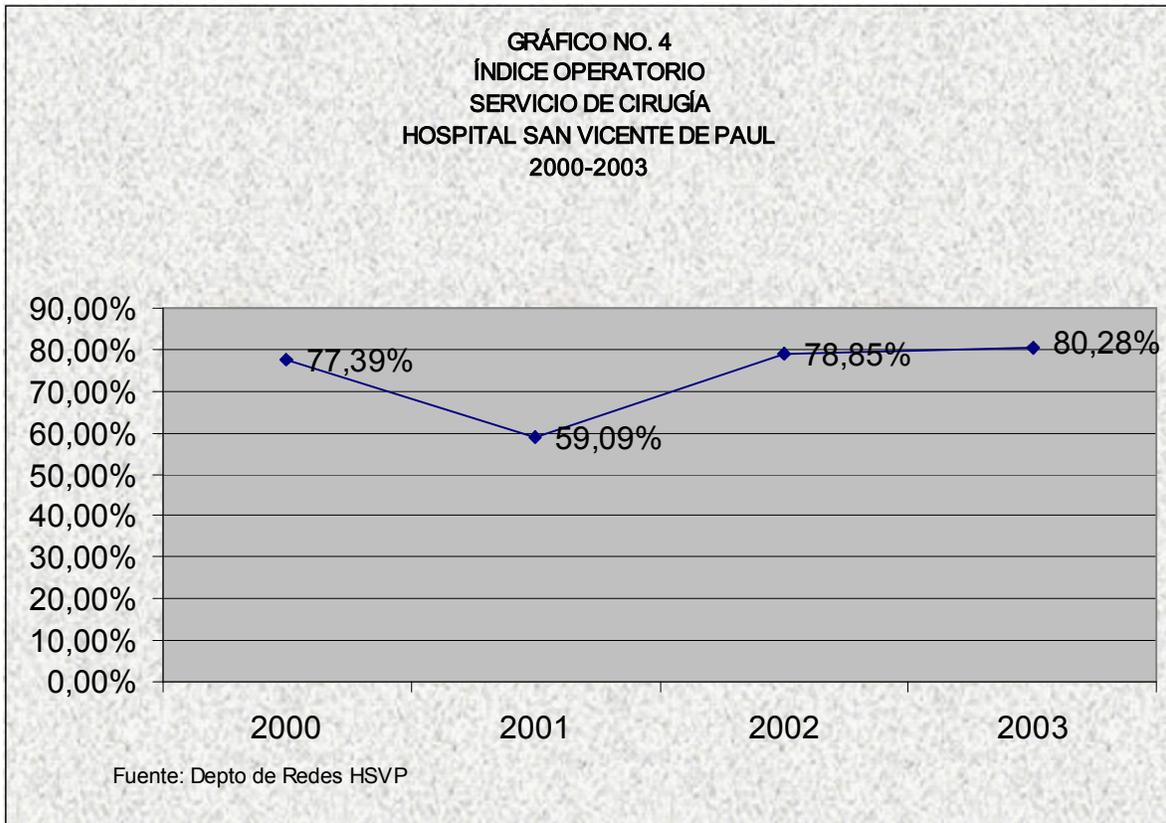


Al analizar la distribución porcentual de los egresos en cada uno de los servicios durante los cuatro años, se nota un nivel muy constante de producción, excepto el servicio de obstetricia que muestran un discreto aumento por efecto del cierre de las salas de operaciones (el único servicio que se mantuvo en actividad durante este periodo fue el de obstetricia)

El servicio de cirugía demuestra elevación transitoria de egresos, con un pico máximo que corresponde al período en que se aplicó el presupuesto clínico (mecanismo propuesto de asignación). Se evidencia el patrón de mayor productividad en cirugía para el año de aplicación del presupuesto clínico, el

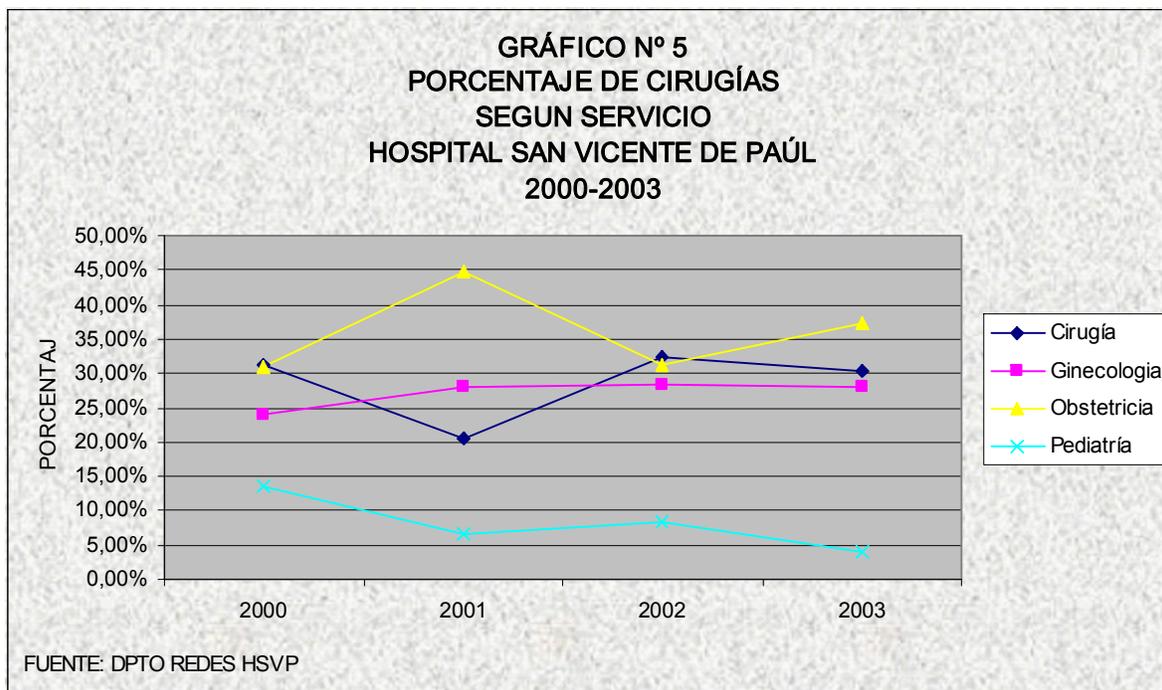
responsabilizar a los servicios en la administración de los recursos financieros, queda evidente, es ideal para favorecer la eficiencia.

4.1.3 Análisis del número de procedimientos quirúrgicos del servicio de cirugía en HSVP:



El índice operatorio, (número de cirugías primarias entre total de egresos durante el año), en el servicio de cirugía muestra que siempre se mantuvo por encima del 77%, con excepción del 2001 por el problema de cierre de salas de operaciones. Al ver el comportamiento en los últimos 4 años el máximo índice operatorio se da en el año 2003.

4.1.4 Análisis de cirugías de los servicios del HSVP:



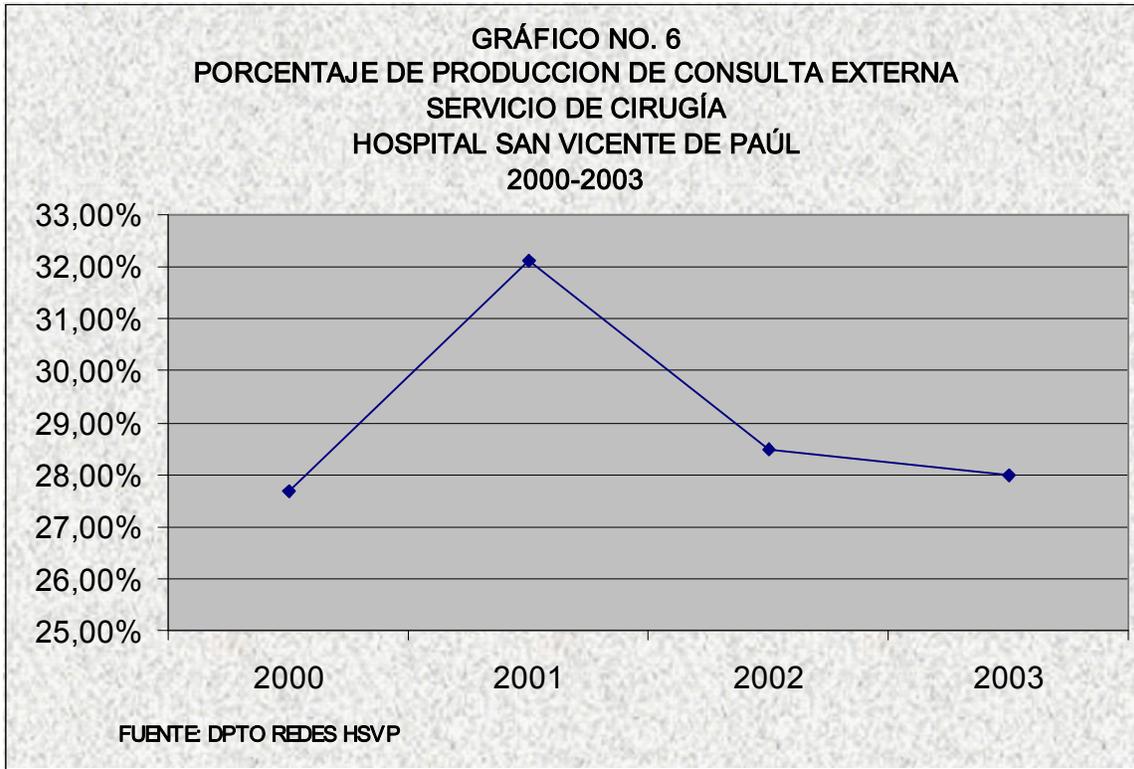
Al comparar los servicios, la cantidad de cirugías efectuadas beneficia sobre todo al servicio de obstetricia por su trabajo sin interrupción, no así al resto de los servicios que sufrieron el cierre de las salas. De este modo se resalta el comportamiento del área de cirugía general durante la aplicación del sistema de asignación de recursos con un descenso en el último año, el cual corresponde al año que se tuvieron que detener las actividades por suspensión de la licencia.

Nuevamente esta comparación es útil pues el gráfico permite resaltar el comportamiento anual de la productividad en cada uno de los servicios que están bajo la misma administración y con una asignación presupuestaria distribuida en forma equitativa.

La reducción en la producción del servicio de pediatría, se debe a una disminución en la natalidad a nivel nacional, lo que lleva a un menor número de

atenciones dirigidas a esta población. (Tasa de Natalidad de 24.57 en 1993 a 18.99 en el año 2003)³⁶

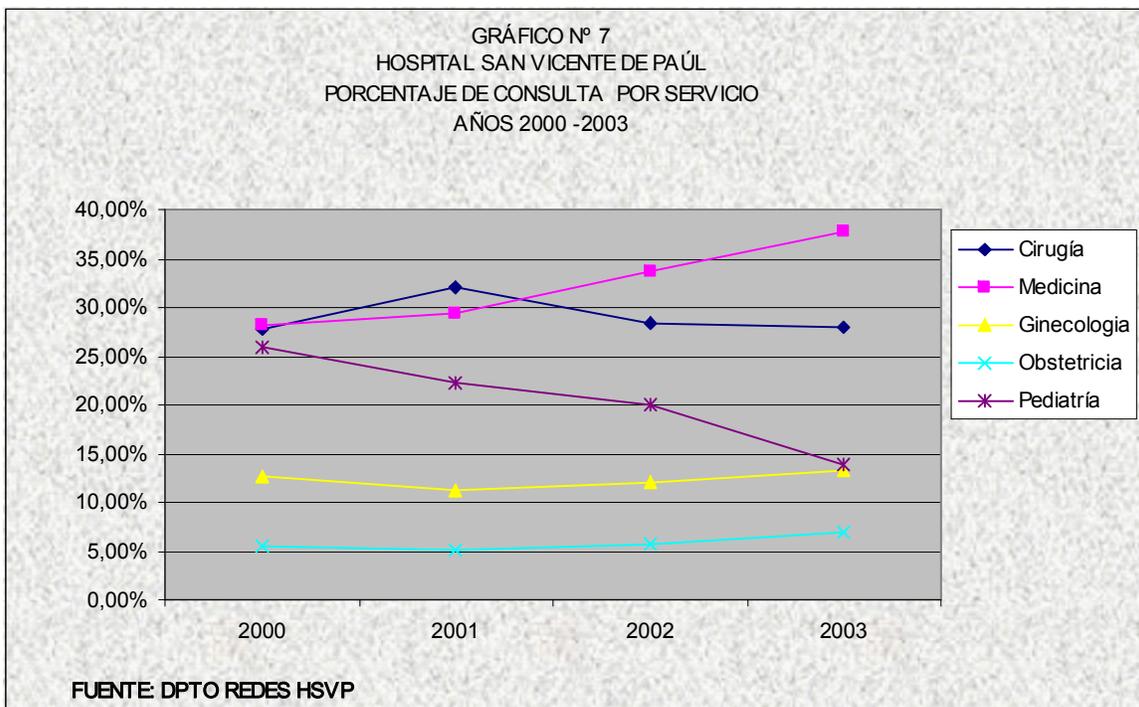
4.1.5 Análisis de las atenciones en la consulta externa del servicio de cirugía en HSVP:



En el análisis llevado a cabo a partir del año 2000, en la consulta externa del servicio de cirugía se encuentra un pico máximo de producción en el año 2001 (Entendemos la producción de la consulta externa como el porcentaje de las consultas externas totales del servicio de cirugía respecto a la consulta total del hospital en cada período). Este año coincide con el período de cierre de las salas por lo que se dedicó la mayoría del tiempo a labores ambulatorias. Durante el período de estudio (año 2002) se da una elevación de un 6.5% con respecto al año 2000

³⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Actuarial y Planificación Económica. Indicadores Sociodemográficos de Costa Rica. Actualizados con el censo del 2000.

4.1.6 Análisis de las atenciones en la consulta externa de los servicios del HSVP:



Si se analiza la actividad de consulta externa entre los diferentes servicios del hospital, se observa que la evolución tiene un comportamiento cambiante y el único servicio con una tendencia de aumento en la producción es el de medicina interna.

En el nivel de la especialidad de pediatría el comportamiento hacia la disminución se explica por el descenso de la tasa de natalidad fenómeno que ocurre a nivel nacional³⁷. En el servicio de cirugía se observa un aumento en el año de cierre de las salas de operaciones debido a que las horas destinadas a hospitalización fueron trasladadas a la consulta externa.

La consulta externa en el área de cirugía es esencial para un adecuado funcionamiento del servicio, por lo que el compromiso de lograr máxima eficiencia

debe involucrar a todo el equipo. Este propósito se mantuvo durante todo el período pero con mayor insistencia durante el tiempo de aplicación de presupuesto clínico por servicios.

4.1.7 Horas de Utilización de la Consulta Externa

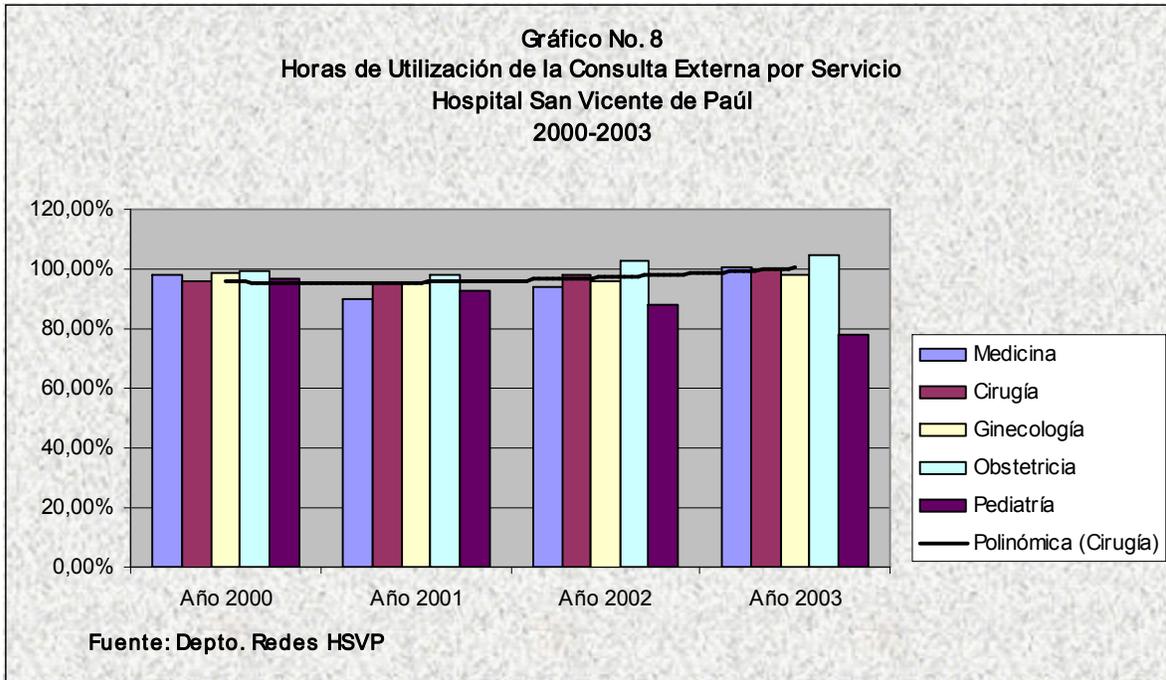
TABLA N° 3 Porcentaje de utilización de horas médicas en consulta externa HSVP 2000 – 2003				
	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003
Medicina	98,21%	90,02%	93,87%	100,36%
Cirugía	95,97%	95,07%	97,70%	100,23%
Ginecología	98,69%	95,46%	95,77%	97,99%
Obstetricia	99,26%	97,89%	102,75%	104,89%
Pediatría	96,75%	92,56%	88,01%	77,80%

El trabajo de la consulta externa es correlacionable con el número de cirugías que se generan, por lo que si no se logra eficiencia en cada una de las áreas de atención existirá siempre una subutilización de la capacidad instalada, o una lista de espera creciente. De esta forma, el aumento de la eficiencia en la producción en las dos áreas es doblemente meritorio.

En el área de la consulta externa no se presentó aumento alguno en la cantidad de los recursos y se dio un aprovechamiento de más de un 98% de las horas asignadas.

Como se puede observar en la tabla anterior la consulta externa presenta una de las horas contratadas aceptable por lo que el enfoque de la investigación se centrará en el área de hospitalización.

³⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Actuarial y Planificación Económica. Indicadores Sociodemográficos de Costa Rica. Actualizados con el censo del 2000



Aparte de los números absolutos y la distribución porcentual por servicio respecto a la consulta, es conveniente ver el comportamiento de la utilización real de horas programadas en cada uno de los servicios. El gráfico demuestra que el porcentaje de utilización de horas de la consulta externa en promedio para los cuatro años es de un 97,24% y para el año 2002 es de un 97,70%, lo que demuestra un uso óptimo de las horas programadas a través de una serie de mecanismos como son:

- a) Distribución racional de los recursos en el año 2002,
- b) Sustitución de pacientes ausentes de una manera ágil y oportuna.
- c) Mayor motivación del personal para la aceptación de las citas de recargo.
- d) Mayor eficiencia en la consulta pues un 66% corresponden a consultas de primera vez.

Con base en la línea de tendencia de las horas utilizadas de consulta externa se observa un aumento progresivo con respecto a los años anteriores.

4.8 Nivel de complejidad servicio de cirugía:

El análisis de la complejidad del servicio es primordial pues de ésta se deriva el consumo de los recursos de forma directa. El área de hospitalización es la que regularmente demanda mayor cantidad de recursos por lo que al analizar los datos de diagnósticos de egreso, expresado en las siguientes tablas, se observa el comportamiento en el servicio de cirugía. Cada año se presenta en una tabla.

TABLA N° 4 LOS PRIMEROS 15 DIAGNÓSTICOS FRECUENCIA Y PORCENTAJE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL AÑO 2000		
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
1.Apendicitis aguda, no especificado	220	16,19%
2.Cálculo de la vesícula biliar sin colestitis	188	13,83%
3.Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	167	12,29%
4.Hernia inguinal unilateral	166	12,21%
5.Desviación del tabique nasal	98	7,21%
6.Amigdalitis crónica	82	6,03%
7.Otros quistes de la bolsa serosa	82	6,03%
8.Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	54	3,97%
9.Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	53	3,90%
10.Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	53	3,90%
11.Catarata traumática	44	3,24%
12.Infección consecutiva a procedimiento, NCOP	44	3,24%
13.Tumor benigno de la mama	38	2,80%
14.Síndrome del túnel carpiano	35	2,58%
15.Fractura de la diáfisis inferior de la tibia	35	2,58%
TOTAL	1359	100%

TABLA Nº 5
LOS PRIMEROS 15 DIAGNÓSTICOS
FRECUENCIA Y PORCENTAJE
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
AÑO 2001

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
1.Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	214	27,94%
2.Apendicitis aguda, no especificado	132	17,23%
3.Cálculo de la vesícula biliar sin colestitis	65	8,49%
4.Hernia inguinal unilateral	63	8,22%
5.Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	34	4,44%
6.Desviación del tabique nasal	32	4,18%
7.Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	32	4,18%
8.Fractura de otro dedo de la mano	32	4,18%
9.Infección consecutiva a procedimiento, NCOP	30	3,92%
10.Quiste pilonidal sin absceso	25	3,26%
11.Tumor maligno del estómago, parte no especificada	24	3,13%
12.Amigdalitis crónica	23	3,00%
13.Tumor maligno de la mama, parte no especificada	21	2,74%
14.Fracturas de otras partes de la pierna	20	2,61%
15.Tumor benigno lipomatoso	19	2,48%
TOTAL	766	100,00%

TABLA Nº 6
LOS PRIMEROS 15 DIAGNÓSTICOS
FRECUENCIA Y PORCENTAJE
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
AÑO 2002

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
1.Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	231	22,76%
2.Apendicitis aguda, no especificado	192	18,92%
3.Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	84	8,28%
4.Cálculo de la vesícula biliar sin colestitis	61	6,01%
5.Desviación del tabique nasal	60	5,91%
6.Síndrome del túnel carpiano	45	4,43%
7.Infección consecutiva a procedimiento, NCOP	44	4,33%
8.Fracturas de otras partes de la pierna	41	4,04%
9.Tumor benigno de la mama	40	3,94%
10.Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	40	3,94%
11.Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	39	3,84%
12.Tumor maligno de la mama	38	3,74%
13.Amigdalitis crónica	37	3,65%
14.Tumor benigno lipomatoso	33	3,25%
15.Fractura de otro dedo de la mano	30	2,96%
TOTAL	1015	100,00%

TABLA N° 7 LOS PRIMEROS 15 DIAGNÓSTICOS FRECUENCIA Y PORCENTAJE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL AÑO 2003		
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
1.Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	261	22,52%
2.Apendicitis aguda, no especificado	173	14,93%
3. Hernia inguinal unilateral o no especificada.	139	11,99%
4.Desviación del tabique nasal	104	8,97%
5.Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	61	5,26%
6.Amigdalitis crónica	62	5,35%
7.Cálculo de la vesícula biliar sin colestitis	60	5,18%
8.Infección consecutiva a procedimiento, NCOP	51	4,40%
9.Fracturas de otras partes de la pierna	46	3,97%
10.Fractura de la diáfisis inferior de la tibia	40	3,45%
11.Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	39	3,36%
12.Tumor benigno de la mama	34	2,93%
13.Extracción de placa o material osteosíntesis	31	2,67%
14.Tumor maligno de la mama, parte no especificada	30	2,59%
15.Tumor maligno del estómago, parte no especificada	28	2,42%
TOTAL	1159	100,00%

Durante todo este período los diagnósticos predominantes fueron los siguientes

1. Apendicitis Aguda: 717 pacientes en el período 2000 al 2003 que representa un 26.77 % de estas en el año 2002.

En la tabla 4 se puede observar que este diagnóstico aparece en la primera posición en orden de frecuencia, en la tabla 5 se desplaza a la posición 2 y en las siguientes tablas se mantiene en esta posición.

2. Apendicitis Aguda Perforada: 233 pacientes en los cuatro años estudiados, para un 36.05 % de estas en el año 2002. En la tabla 4 aparece en la posición novena, se desplaza en la tabla 5 a la posición 5, en la tabla 6 año 2002, se desplaza a la posición 3, volviendo a la posición 5 en la tabla 7.
3. Litiasis Vesicular sin Colecistitis: 374 pacientes en el período estudiado, un 16.30 % de estas en el año 2002. En la tabla 4 aparece en posición 2, tabla 5 aparece en la posición 3, tabla 6 posición 4, y en la tabla 7 aparece en la posición séptima.
4. Litiasis Vesicular con Colecistitis: 873 pacientes en los cuatro años, un 26.46 % de estas en el año 2002. En la tabla 2 aparece en la posición 3, en la posición uno en la tabla 3, tabla 4 y 5 se mantiene en posición 1.
5. Tumor maligno de la mama parte no especificada. Es importante resaltar que en la tabla 2 no aparece este diagnóstico, en la tabla 3 ocupa la posición 13, en la tabla 4 ocupa la posición 12 y en la número 5 ocupa la posición 14.

Es evidente que, de acuerdo con los datos de las tablas, la complejidad se ha elevado observándose que los primeros lugares son ocupados por patologías urgentes y desde luego esto lleva a un mayor consumo de recursos debido a que estas patologías consumen mayores estancias, insumos y medicamentos.

De acuerdo con sumatoria de los porcentajes de la patologías prevalentes en los cuatro años, tenemos que la composición porcentual de las cuatro patologías más frecuentes atendidas en el año 2002 fue de un: **26.39%** por lo que se nota una diferencia mínima en los cuatro períodos. Por otra parte, las patologías de emergencia en el año 2002 fueron proporcionalmente más frecuentes lo que obligó a un mayor consumo de recursos (apendicitis aguda perforada, por ejemplo).

4.9 Patología Neoplásica

Se debe hacer un recuento especial de los pacientes portadores de neoplasias por el manejo regular que se les da, lo cual implica estancias hospitalarias mucho más largas y demandan, por tanto, una mayor cantidad de recursos. El comportamiento de estos fue de la siguiente manera:

TABLA 8 NÚMERO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLASICA DE MAMA Y ESTOMAGO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL SERVICIO DE CIRUGÍA AÑOS 2000 - 2003					
	2000	2001	2002	2003	Total
Tumor Maligno de la Mama	15	22	40	35	112
Tumor Maligno del Estómago	19	29	24	37	109

Fuente: Dpto REDES HSVP

TABLA 9 PORCENTAJE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLASICA DE MAMA Y ESTOMAGO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL SERVICIO DE CIRUGÍA AÑOS 2000 - 2003					
	2000	2001	2002	2003	Total
Tumor Maligno de la Mama	13.4	19.6	35.7	31.2	100
Tumor Maligno del Estómago	17.4	20.1	22.0	33.9	100

Fuente: Dpto REDES HSVP

Queda en evidencia que durante el año 2002 el número de pacientes atendidos con diagnóstico de neoplasia fue el mismo o mayor que en los años anteriores y el siguiente año presenta un aumento significativo, lo que demuestra que el consumo de los recursos fue similar a la presentada en los períodos comparados.

Respecto a los días de estancias, el comportamiento de la distribución en números absolutos fue de la siguiente manera:

TABLA 10 DIAS DE ESTANCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLASICA DE MAMA Y ESTOMAGO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL SERVICIO DE CIRUGÍA AÑOS 2000 - 2003					
	2000	2001	2002	2003	Total
Tumor Maligno de la Mama	98	92	187	170	547
Tumor Maligno del Estómago	201	313	271	393	1178

Fuente: Dpto REDES HSVP

TABLA 11 PORCENTAJE DE DÍAS DE ESTANCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLASICA DE MAMA Y ESTOMAGO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL SERVICIO DE CIRUGÍA AÑOS 2000 - 2003					
	2000	2001	2002	2003	Total
Tumor Maligno de la Mama	17.9	16.8	34.1	31.0	100
Tumor Maligno del Estómago	17.0	26.5	23.0	33.3	100

Fuente: Dpto REDES HSVP

Considerando aspectos fundamentales de nuestro trabajo como son el gasto, el número de actividades y la complejidad, es necesario realizar un análisis aparte de las patologías neoplásicas, las cuales representan una importante fracción del presupuesto, pues, se trata de pacientes que requieren de estancias largas y gran cantidad de exámenes de laboratorios y otros estudios, aparte de procedimientos de mayor complejidad.

Se aprecia en las tablas 10 y 11 que la distribución porcentual de la patología neoplásica para el año de aplicación del presupuesto clínico se mantiene en cifras similares o mayores que los otros tres años de estudio, de esta manera, no podríamos justificar que durante el año observado se diera un aumento de las actividades reduciendo la complejidad de la atención.

TABLA NO. 12
COMPORTAMIENTO DE LOS 50 GDR MAS FRECUENTES EN EL PERÍODO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÛL, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
2000 – 2003

N	GDR	DESCRIPCIÓN	AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		AÑO 2003		PR
			FREC	PESO ACUMUL							
1	167	APENDICECTOM s/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC s/CC	210	165,7320	162	127,8504	124	97,8608	173	136,5316	0,7892
2	162	PQ HERNIA INGUINAL/FEMORAL >17 SIN CC	149	79,9385	65	34,8725	81	43,4565	43	23,0695	0,5365
3	198	COLECISTECTOMIA s/EXPL DUCT BILIA COMUN s/CC	134	152,1570	71	80,6205	64	72,672	226	256,623	1,1355
4	494	COLECISTECT.LAPAROSCOPIA s/EXPL.DUCT.COMUN s/C	120	105,2280	66	57,8754	87	76,2903	78	68,3982	0,8769
5	227	INTERVENCIONES TEJIDOS BLANDOS SIN CC	109	79,2757	46	33,4558	25	18,1825		0	0,7273
6	056	RINOPLASTIA	94	77,0330	48	39,336	45	36,8775		0	0,8195
7	160	PQ HERNIA >17 SIN CC EXCEPTO INGUINAL/FEMORAL	93	62,7378	45	30,357	46	31,0316	60	40,476	0,6746
8	270	OTROS PQ PIEL/TEJIDO SUBCUTANEO/MAMA SIN CC	86	58,4456	61	41,4556	53	36,0188		0	0,6796
9	254	FRACTURA/DISTENS/DISLOC BRAZO/PIERNA >17 s/CC	78	34,0470		0	54	23,571	115	50,1975	0,4365
10	208	ENFERMEDADES DEL TRACTO BILIAR SIN CC	63	37,4409	91	54,0813	16	9,5088	23	13,6689	0,5943
11	262	BIOPSIA/EXCISION LOC MAMA EN ENFERM NO MALIGNA	60	42,6900		0	45	32,0175		0	0,7115
12	189	OTROS DIAGNOSTICOS DIGESTIVOS >17 SIN CC	54	29,3652		0	20	10,876	3	1,6314	0,5438
13	059	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA >17	52	31,0076		0	17	10,1371		0	0,5963
14	251	FRACT/DISTENS/DISLOC ANTEBR/MANO/PIE >17 s/CC	50	22,1150	61	26,9803	49	21,6727	59	26,0957	0,4423
15	039	INTERVENCIONES CRISTALINO	44	22,1584		0		0		0	0,5036
16	165	APENDICECTOM c/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC s/CC	42	51,9330		0	52	64,298	3	3,7095	1,2365
17	183	ESOFAGIT/GASTROENTERIT/OTR DIAG DIG >=18 s/CC	41	22,4680	85	46,58	34	18,632	46	25,208	0,5480
18	231	EXCIS LOC/RETIRADA FIJAC INTERNA EXCP CAD/FEMR PQ MAMA POR ENFERMEDAD NO MALIGNA EXCP GRD	37	44,8847		0	15	18,1965		0	1,2131
19	261	262	37	29,8960		0	18	14,544		0	0,8080
20	281	TRAUMATISMOS PIEL/SUBCUTANEO/MAMA >17 SIN CC	36	16,2828		0	27	12,2121	20	9,046	0,4523
21	219	INTERVENCIONES PIERNA/TOBILLO/HUMERO >17 s/CC	35	32,1265		0	15	13,7685		0	0,9179
22	418	INFECCIONES POSTOPERATORIA/POSTTRAUMATICAS	34	33,2418	54	52,7958	16	15,6432	51	49,8627	0,9777
23	006	LIBERACION TUNEL CARPIANO	34	27,6216		0	27	21,9348		0	0,8124
24	229	PQ MANO/MUÑECA SIN CC EXCP PQ ARTICUL MAYORES	32	19,0880		0	18	10,737		0	0,5965
25	267	PQ PERIANALES Y PILONIDALES	30	24,0660		0	13	10,4286		0	0,8022
26	222	INTERVENCIONES RODILLA SIN CC	29	28,2663		0	14	13,6458		0	0,9747
27	158	INTERVENCIONES ANO Y ESTOMA SIN CC	29	16,7881		0	20	11,578		0	0,5789

TABLA NO. 12
COMPORTAMIENTO DE LOS 50 GDR MAS FRECUENTES EN EL PERÍODO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÛL, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
2000 – 2003

N	GDR	DESCRIPCIÓN	AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		AÑO 2003		PR
			FREC	PESO ACUMUL							
28	060	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA <18	27	5,4108	187	37,4748	10	2,004		0	0,2004
29	290	INTERVENCIONES TIROIDES	20	17,0740		0	12	10,2444		0	0,8537
30	072	TRAUMATISMO NASAL CON DEFORMIDAD	20	12,8380		0	9	5,7771		0	0,6419
31	260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGN s/CC	20	11,4980		0	17	9,7733		0	0,5749
32	155	PQ ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO >17 SIN CC	18	24,9930		0	14	19,439		0	1,3885
33	207	ENFERMEDADES DEL TRACTO BILIAR CON CC	18	18,5166		0		0		0	1,0287
34	225	INTERVENCIONES DEL PIE	17	16,1568		0	16	15,2064		0	0,9504
35	414	OTROS TRANST MIELOPROLIF/NEO MAL DIFERENC s/CC	17	12,3845		0		0		0	0,7285
36	411	ANTECEDENTES NEOPLASIA SIN ENDOSCOPIA	16	8,0240		0	12	6,018	28	14,042	0,5015
37	196	COLECISTECTOMIA c/EXPL DUCTO BILIAR COMUN s/CC	15	23,5425		0		0		0	1,5695
38	149	PQ INTERVENCIONES MAYORES INTESTINO SIN CC	15	23,4810		0		0		0	1,5654
39	224	INTERVENCIONES HOMBRO/CODO/ANTEBRAZO SIN CC	15	10,4745		0	9	6,2847		0	0,6983
40	278	CELULITIS >17 SIN CC	15	8,7330		0	11	6,4042	18	10,4796	0,5822
41	181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL s/CC	15	7,8465		0		0	27	14,1237	0,5231
42	284	ENFERMEDADES MENORES PIEL SIN CC	14	6,0298		0	11	4,7377	5	2,1535	0,4307
43	173	NEOPLASIAS MALIGNAS APARATO DIGESTIVO SIN CC	13	8,5397		0	8	5,2552	45	29,5605	0,6569
44	276	ENFERMEDADES NO MALIGNAS MAMA	13	8,3434		0	15	9,627	5	3,209	0,6418
45	175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	12	6,5484		0		0	11	6,0027	0,5457
46	166	APENDICECTOM s/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC c/CC	11	15,0645		0	9	12,3255	62	84,909	1,3695
47	204	TRANSTORNOS PANCREATICOS NO MALIGNOS OTROS DIAGNOST	11	13,2220		0		0		0	1,2020
48	256	MUSCULOESQUELETICOS/CONECTIVOS	11	7,0609		0	8	5,1352	16	10,2704	0,6419
49	095	NEUMOTORAX SIN CC	11	6,8662		0		0		0	0,6242
50	415	INTERVENCIONES POR ENF INFECCIOSA/PARASITARIA	10	34,7690		0	12	41,7228		0	3,4769
51	197	COLECISTECTOMIA s/EXPL DUCT BILIA COMUN c/CC					10	22,034		0	2,2034
52	467	OTROS FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTADO SALUD					10	4,291		0	0,4291
53	275	NEOPLASIAS MALIGNAS MAMA SIN CC					10	4,845	15	7,2675	0,4845
54	195	COLECISTECTOMIA c/EXPL DUCTO BILIAR COMUN c/CC					10	26,147		0	2,6147

TABLA NO. 12
COMPORTAMIENTO DE LOS 50 GDR MAS FRECUENTES EN EL PERÍODO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
2000 – 2003

N	GDR	DESCRIPCIÓN	AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		AÑO 2003		PR
			FREC	PESO ACUMUL							
55	493	COLECISTECT.LAPAROSCOP s/EXPL.DUCT.COMUN c/CC					10	16,501		0	1,6501
56	248	TENDINITIS/MIOSITIS/BURSITIS					9	6,5475	15	10,9125	0,7275
57	255	FRACTURA/DISTENSION/DISLOCAC BRAZO/PIERNA <18					9	2,5542		0	0,2838
58	243	PATOLOGIA MEDICA COLUMNA VERTEBRAL					9	6,5232		0	0,7248
59	119	LIGADURA Y EXTRACCION VENOSA					9	10,1223		0	1,1247
60	275	NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA s/COMORBILIDADES s/CC							30	14,535	0,4845
61	235	FRACTURA DE FÉMUR							16	13,6016	0,8501
62	301	ALTERACIONES ENDOCRINAS s/COMORBILIDADES Y/O CC							25	15,4525	0,6181
63	445	LESIÓN TRAUMÁTICA EN >17 AÑOS s/CC							18	8,3952	0,4664
64	238	OSTEOMELITIS							8	11,4848	1,4356
65	69	OTITIS MEDIA Y OTRAS INF. DE ORL							6	3.162	0,527
66	203	NEOPLASIA DEL SISTEMA HEPATOBILIAR O PÁNCREAS							5	6.0935	1,2187
67	64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ BOCA Y GARGANTA							5	5.9435	1,1887
TOTAL			2166	1653,4516	1042	663,7354	1254	1005,3113	1260	976.1165	

Fuente: Depto. De Redes del Hospital San Vicente de Paúl.

Indice de palabras clave y definiciones:

1..Frec: Frecuencia, número de casos que se presentaron durante el año.

2..Peso Acumul: Peso acumulado, corresponde a la multiplicación de la frecuencia por el peso relativo para cada diagnostico

3..PR: Peso relativo es el valor particular que se le asigna al GDR relacionado con el costo de atención del mismo en el centro, respecto al estándar, valor de referencia 1.

4.10 Análisis del Servicio de Cirugía por GDR

Analizando el comportamiento de los GDR en el período 2000 al 2003 podemos hacer las siguientes observaciones:

1. Los GDR en el año 2000 incluyen los procedimientos ambulatorios ya que no se contaba con la UCA (unidad de cirugía ambulatoria).
2. Como se aprecia en el tabla No. 12 la ampliación del portafolio de los años 2002 y 2003 incluye patologías con pesos importantes como son los GDR números neoplasia maligna de mama sin comorbilidades sin complicaciones, colecistectomía con exploración del ducto biliar común con complicaciones, tendinitis, miositis, bursitis, colecistectomía laparoscópica sin exploración del ducto común con complicaciones, entre otros.
3. Se nota una disminución progresiva de las actividades hospitalarias las cuales se han trasladado a la unidad de cirugía ambulatoria, lo que refleja procesos establecidos para la búsqueda de la eficiencia y con ello la economía de recursos.
4. Aunque el peso total de los procedimientos es mayor en el año 2000, el portafolio de servicios se amplió a expensas de procedimientos más complejos lo que llevó a estancias mayores (estancia promedio actual mayor de 5 días, cuando al inicio era de 3 días).
5. Durante el año 2002 el aumento en el promedio de las estancias en un 67% obligó a una reducción considerable en el número de los egresos (el número de camas no varió), esto se relaciona con un aumento en la complejidad de los casos atendidos en este nivel.

4.11 Relación gasto producción

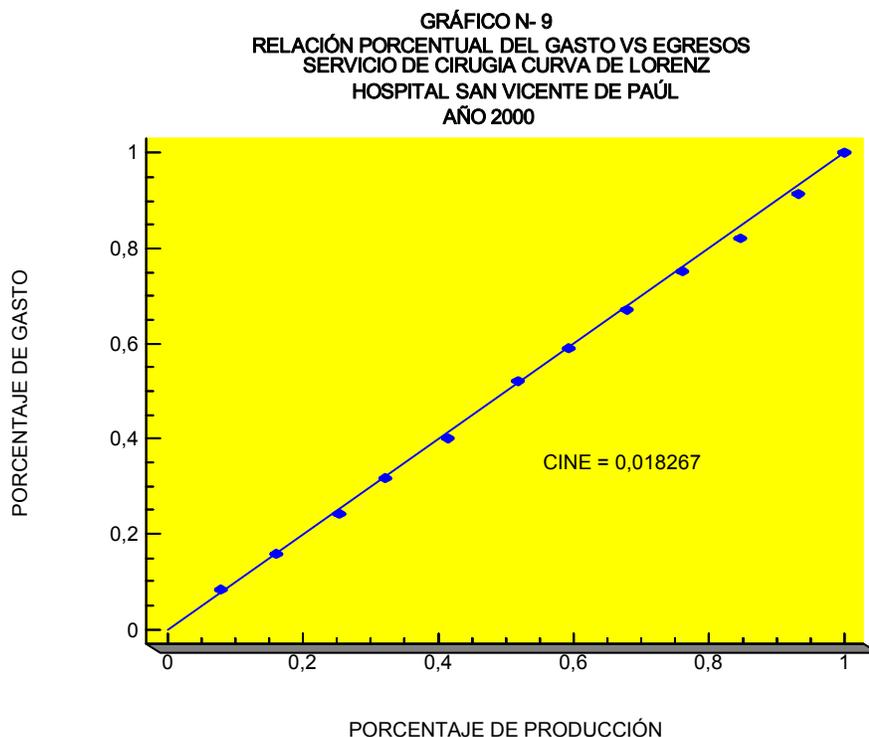
El análisis de la casuística y la relación de gasto de un hospital es sumamente complejo pues la variabilidad de los casos atendidos, la diferencia de servicios prestados y la complejidad de las patologías, dificultan el realizar un adecuado estudio. Por este motivo se hace difícil encontrar una relación entre la producción y el gasto, o bien el presupuesto. A pesar de que la CCSS ha implementado el Plan anual operativo (PAO) en cada una de las unidades, no ha sido posible lograr una coherencia exacta por factores tan disímiles, así como la falta de una contabilidad de costos apropiada. Es aún más trabajoso obtener una integración entre los objetivos propuestos y el gasto a lo interno de por una de las unidades hospitalarias. Es habitual hallar dichas unidades (Cirugía, Medicina, u otros) gestionando únicamente la producción o contabilizando indicadores como estancia promedio, giro cama, índice de ocupación, estancias prolongadas, que si bien son importantes para mejorar la eficiencia, tal vez no sean los mejores.

En el desarrollo de esta investigación, y después de haber analizado gran cantidad de literatura para encontrar un coeficiente que indique el grado de eficiencia o ineficiencia de un servicio hospitalario, se ha hallado un coeficiente basado en la curva de Lorenz. Esta es una curva de frecuencia acumulada que compara la distribución empírica de una variable con distribución uniforme (de igualdad). El coeficiente de CINE (coeficiente de ineficiencia) se encuentra entre 0 y 1, siendo el valor 0 la eficiencia absoluta expresada en forma numérica y 1 la ineficiencia absoluta donde existe una concentración de los recursos.

A continuación se presenta un análisis de la ineficiencia de los diferentes servicios de acuerdo al CINE.

4.12 Coeficiente de Ineficiencia Aplicado

SERVICIO DE CIRUGÍA



FUENTE: DPTO REDES HSVP

Simbología: Cada uno de los puntos corresponde a los meses del año, la distribución ideal es la línea recta

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.018267

En el gráfico de relación porcentual entre el gasto y los egresos para el año 2000, se encuentra que para el noveno mes del año el servicio de cirugía ha consumido el 75,09% del gasto lo que equivale a un 76,34% de los egresos. Este dato indica un uso aceptable del recurso financiero, ya que lo ideal es que a igual gasto igual producción. Si se parte de que la diagonal es la distribución ideal, cuando esta distribución sea igual a la diagonal entonces no existirá un área entre la diagonal y la curva, correspondiendo el cálculo al número cero, pero en este caso dicha área corresponde el 0,018267. El cálculo de este coeficiente de ineficiencia se realiza mediante la siguiente ecuación.

$$\text{CINE} = \frac{\sum_{i=1}^{n-1} (p_i - q_i)}{\sum_{i=1}^{n-1} p_i} \quad 0 \leq \text{CINE} \leq 1$$

La distribución del gasto por servicio, por mes y año será mejor cuanto menor sea el coeficiente de ineficiencia, relacionando las dos variables mencionadas anteriormente: gasto y producción. En cuanto a CINE mayor indica que existe una concentración del gasto en algunos meses y por tanto un costo superior al promedio para esos meses. Se estima que esta situación debe interpretarse como un mayor grado de ineficiencia. En el mes 5 se ha alcanzado el 40% de la producción y en el mes 7 casi el 60% de la producción.

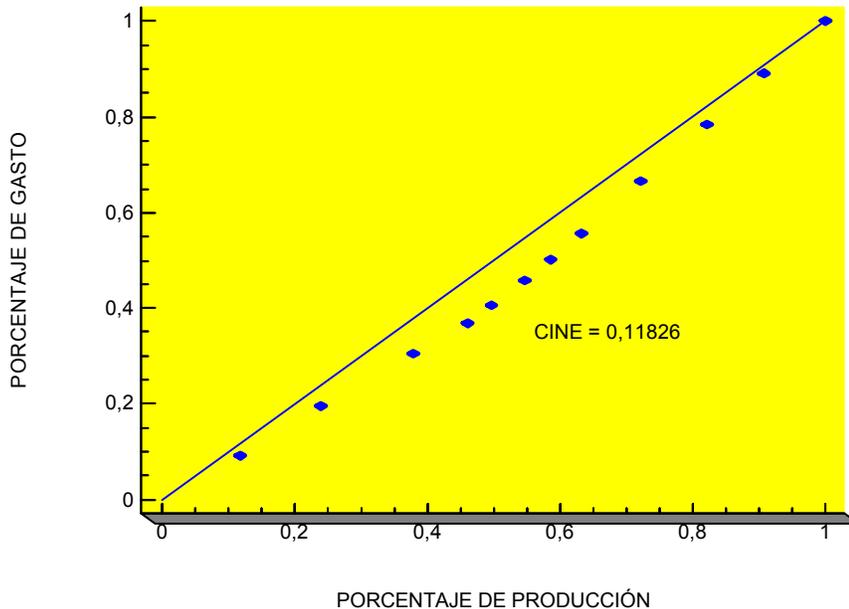
En el caso del servicio de cirugía para el año 2000 el costo promedio fue de \$311.17 por egreso (El costo se obtiene al dividir el consumo total del servicio entre el total de egresos del período). Al observar la tabla 13 tendremos una visión más clara del grado de eficiencia de los servicios.

TABLA 13 EGRESOS Y COSTO UNITARIO POR MES AÑO 2000 SERVICIO DE CIRUGÍA		
	PRODUCCIÓN	COSTO UNITARIO
ENERO	212	\$320.60
FEBRERO	208	\$308.04
MARZO	243	\$300.32
ABRIL	175	\$310.89
MAYO	238	\$306.39
JUNIO	272	\$316.53
JULIO	194	\$314.65
AGOSTO	220	\$312.79
SETIEMBRE	220	\$311.05
OCTUBRE	219	\$306.55
NOVIEMBRE	223	\$309.98
DICIEMBRE	172	\$316.28
TOTAL EGRESOS	2596	
COSTO PROMEDIO		\$311.17

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

Obsérvese que existen 7 meses de los doce por debajo del costo promedio. El promedio de egresos mensuales es de 216, encontrando 5 meses por debajo del promedio mensual, mientras que 7 meses tienen un costo inferior al costo promedio.

GRÁFICO N- 10
RELACIÓN PORCENTUAL GASTO VS EGRESOS
SERVICIO DE CIRUGIA CURVA DE LORENZ
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
AÑO 2001



FUENTE: DPTO REDES HSVP

Simbología: Cada uno de los puntos corresponde a los meses del año, la distribución ideal es la línea recta

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.11826

En el año 2001 hay una curva distinta a la presentada el año anterior, para el mes 5 se ha alcanzado el 49.97% de la producción y para el mes 7 se ha alcanzado el 58.60% de la producción. Visto de otra forma en dos meses de diferencia únicamente ha aumentado la producción en un 8%, manteniéndose los gastos fijos. Esto indica una amplitud del área comprendida entre la línea de distribución ideal y la curva de relación de gasto y egresos. Esto se refleja en el coeficiente de ineficiencia que pasó de 0.018267 a 0.11826.

Hay una disminución del gasto y de la producción para el mismo mes del año 2000.

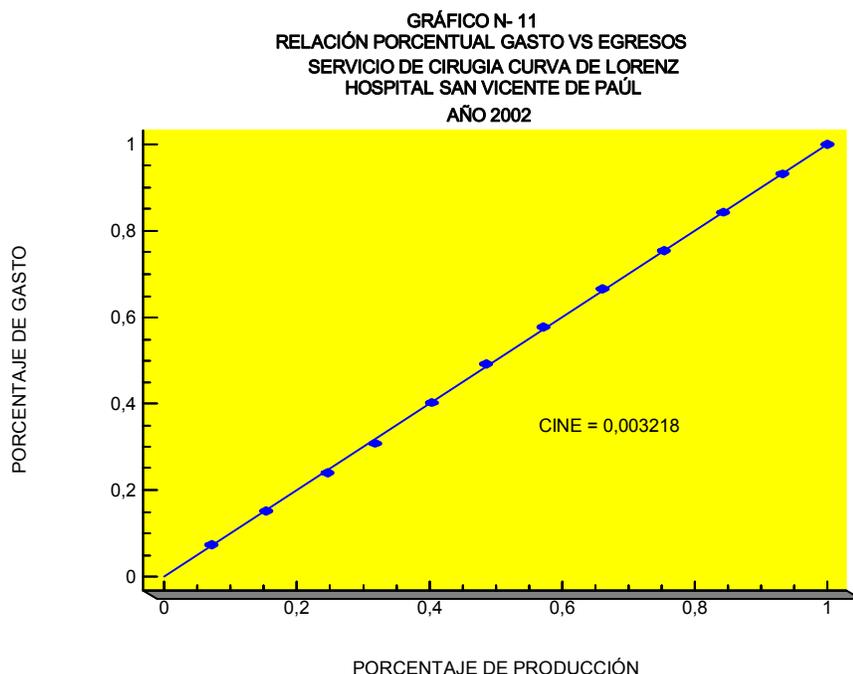
En el noveno mes se ha gastado el 66,56% para obtener una producción de 72,16%, lo cual se refleja en el aumento en el índice de ineficiencia, en el año anterior para el mismo mes se había gastado el 75,09% con una producción de 76,34%, por lo que el gasto ha disminuido en 8% y la producción en 4%.

TABLA 14			
EGRESOS Y COSTO UNITARIO POR MES AÑO			
2001			
SERVICIO DE CIRUGÍA			
	EGRESOS	COSTO	UNITARIO
ENERO	202	336.90	
FEBRERO	201	380.83	
MARZO	233	348.19	
ABRIL	132	358.53	
MAYO	65	406.49	
JUNIO	81	472.84	
JULIO	63	512.10	
AGOSTO	78	541.19	
SETIEMBRE	148	539.22	
OCTUBRE	166	526.61	
NOVIEMBRE	144	545.08	
DICIEMBRE	154	527.79	
TOTAL			
EGRESO	1667		
COSTO			
PROMEDIO		457.98	

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En la tabla 14 se observa una producción de 1667 egresos, comparada con la del año anterior de 2596. Existe, pues, una diferencia de 929 egresos menos. El promedio mensual de egresos es de 139 egresos en 5 meses con una producción muy inferior. Esta situación eleva en forma importante los costos como se nota en esta tabla, donde se hallan meses de 336 ,90 dólares hasta el valor máximo de 539,22 para un promedio de 457,98. En los primeros 3 meses existe

una adecuada producción y un costo razonable, lo cual no ocurre así entre el mes 5 y el mes 8, donde la producción cae en forma importante y los costos aumentan. Estas son las razones por las que el coeficiente de ineficiencia se eleva, resultando 0.11826.



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.003218

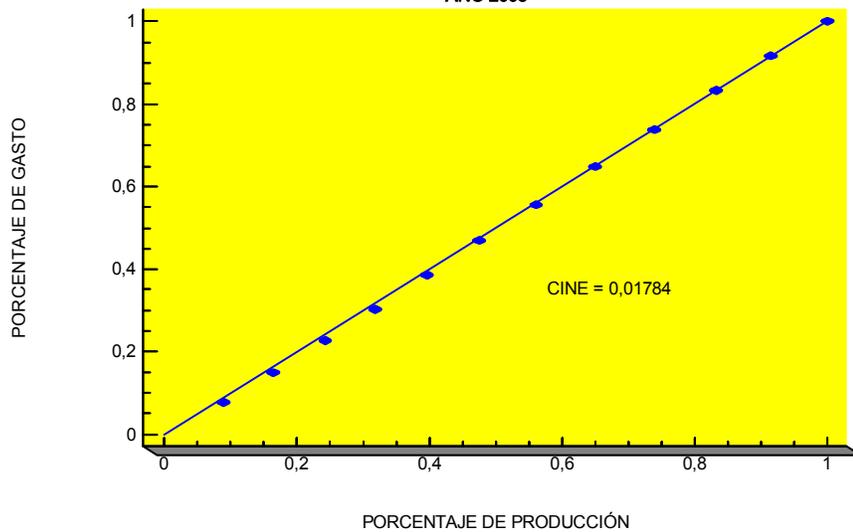
En el año 2002 la curva tiende a disminuir y por tanto disminuye el área entre la línea diagonal y la curva. Con respecto al gráfico del 2001, se advierte una separación de los puntos más uniformes, encontrando que en el mes 5 se había realizado el 40.61% de la producción con el 40,34% del gasto y para el mes 9 se suscitó el 75.44% de la producción con el 75.46% del gasto; la producción aumenta en 3% con respecto al año anterior, el gasto aumenta 8%. Para este año el coeficiente de ineficiencia es de 0.003218.

TABLA 15			
EGRESOS Y COSTO UNITARIO POR MES AÑO 2002			
SERVICIO DE CIRUGÍA			
	EGRESOS	COSTO	UNITARIO
ENERO	178	448.91	
FEBRERO	188	442.26	
MARZO	224	426.93	
ABRIL	168	445.71	
MAYO	211	485.73	
JUNIO	197	477.19	
JULIO	199	468.36	
AGOSTO	218	438.78	
SETIEMBRE	217	444.73	
OCTUBRE	217	440.93	
NOVIEMBRE	210	455.08	
DICIEMBRE	159	464.35	
TOTAL			
EGRESOS	2386		
COSTO			
PROMEDIO			453.25

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

Se contempla en la tabla 15 que 7 meses se encuentran bajo el costo promedio, y 5 meses sobre el costo promedio. Sin embargo, no existe una diferencia significativa entre los valores altos. La producción es uniforme, siendo, el promedio mensual de 198 egresos por mes, de los cuales 5 meses se encuentran bajo el promedio; el mes de diciembre es el de más baja producción y el más alto el mes de marzo. El costo unitario para este año es menor que el costo unitario para el año 2001. Por lo tanto, el grado de ineficiencia baja a 0.003218.

GRÁFICO N- 12
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE CIRUGIA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2003



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.01784

En el año 2003 hay un comportamiento similar al del año 2000 y 2002. En el mes 6 se había realizado el 47.82% de la producción con el 46.91% del gasto. El mes 9 concentra el 73.81% del gasto, con el 73.94% de la producción. Al contrario, en el año 2002 el mes 9 muestra el 75.46% del gasto con el 75.44% de la producción, por lo que se observa una disminución en el gasto en 1%, en la producción y 1% en la producción.

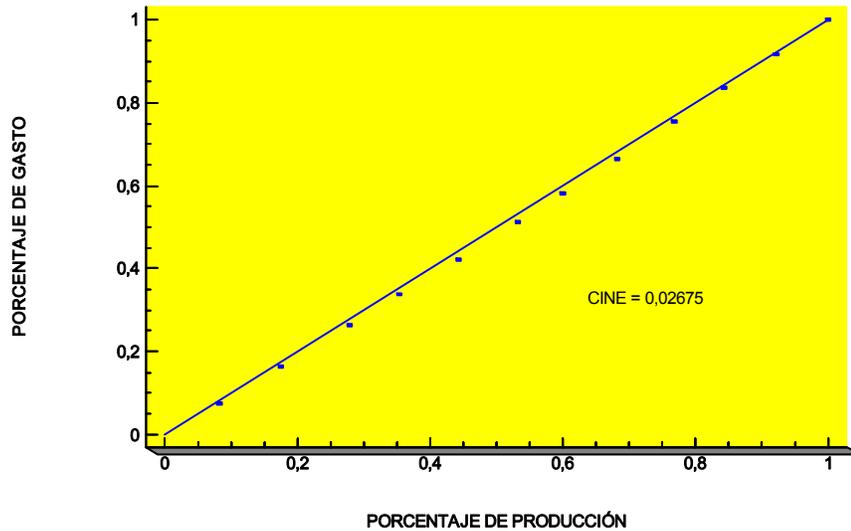
TABLA 16 EGRESOS Y COSTO UNITARIO POR MES AÑO 2003 SERVICIO DE CIRUGIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO
ENERO	156	610.48
FEBRERO	137	666.36
MARZO	136	690.73
ABRIL	130	724.79
MAYO	140	752.02
JUNIO	138	743.65
JULIO	147	736.47
AGOSTO	156	735.96
SETIEMBRE	154	720.84
OCTUBRE	162	726.33
NOVIEMBRE	148	711.49
DICIEMBRE	146	699.60
TOTAL EGRESOS	1750	
COSTO UNITARIO		709.89

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En la tabla 16 se observan 5 meses con costo unitario bajo el promedio y el resto sobre el promedio, con un máximo de 752.02 dólares para el mes de mayo y el inferior en el mes de enero, con un costo de 610.48 dólares. El promedio mensual de egresos es de 145, de los cuales 5 meses se encuentran bajo ese promedio.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

GRÁFICO N -13
RELACIÓN PORCENTUAL GASTO VS EGRESOS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CURVA DE LORENZ
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
AÑO 2000



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE INEFICIENCIA 0.02675

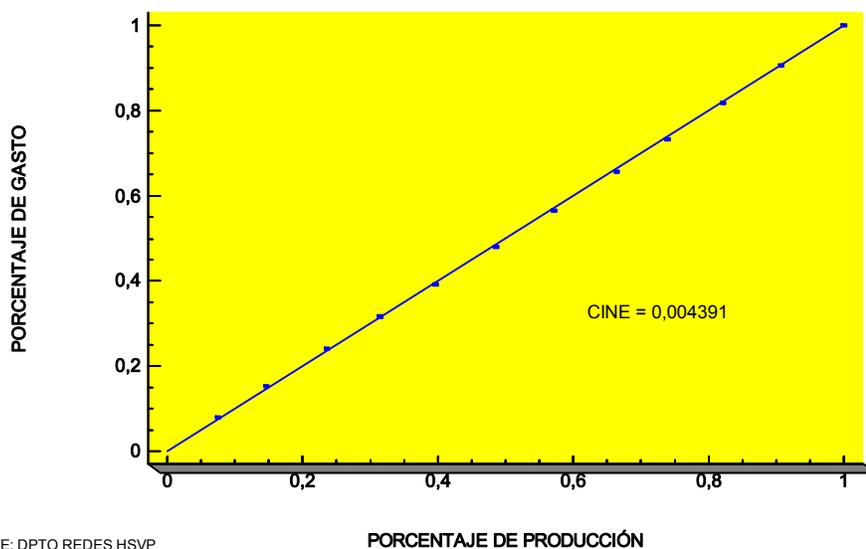
En el servicio de medicina interna la situación es diferente para el año 2000, puesto que el 75.54% del gasto se concentra en los primeros 9 meses, para un 76.79% de la producción; mientras que el servicio de cirugía en ese mismo periodo logró alcanzar el gasto de 75.09%, lo que implica un aumento del área entre la diagonal y la curva, obteniéndose un índice de ineficiencia de 0.02675.

TABLA 17 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2000 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA		
	EGRESOS	COSTO PROM
ENERO	121	513.35
FEBRERO	137	543.31
MARZO	151	535.62
ABRIL	113	547.87
MAYO	131	539.42
JUNIO	131	561.94
JULIO	101	575.68
AGOSTO	120	579.72
SETIEMBRE	127	584.83
OCTUBRE	113	583.70
NOVIEMBRE	113	591.44
DICIEMBRE	116	601.06
TOTAL EGRESOS	1474	
COSTO PROMEDIO UNITARIO		563.16

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

El promedio de producción mensual para el servicio analizado es de 122 egresos con un costo unitario de 563,16 dólares. Se descubre que 6 meses se encuentran por debajo del promedio y 6 meses sobre el promedio, lo mismo ocurre con el costo promedio donde 6 meses están por debajo del costo unitario promedio. Si comparamos el servicio de medicina con el de cirugía, el de medicina realiza la misma producción en siete meses y el de cirugía en seis, lo que implica un grado de ineficiencia mayor para el servicio de medicina (0.02675).

GRÁFICO N - 14
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2001



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.004391

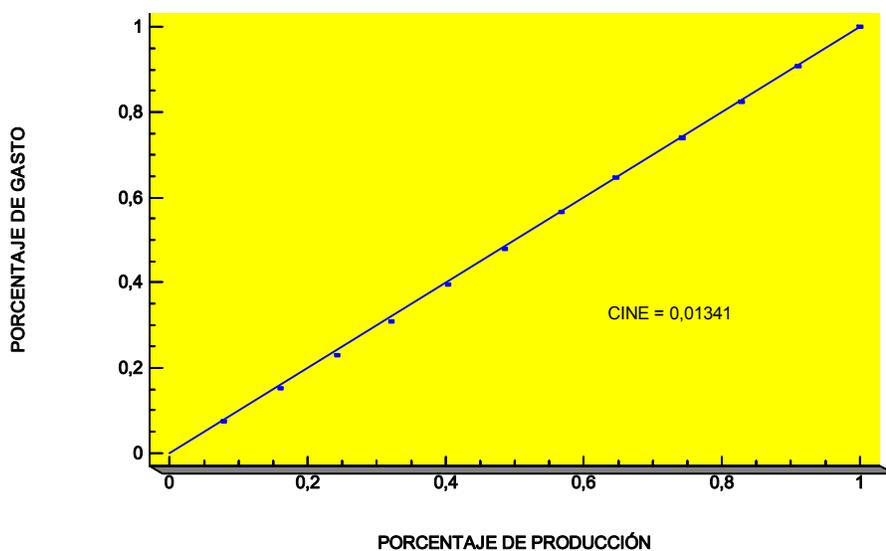
En el año 2001 en medicina interna, 10 meses concentran el 81,66% del gasto y el 82,21% de la producción. Si se compara con el 83,51% del gasto del 2000 con un 84,46% de la producción, se halla que el porcentaje del gasto disminuye en 1%; mientras que el de la producción disminuye en un 2%. Entonces, hay una tendencia a disminuir el CINE en relación con el año anterior, pero aún así se encuentra un área de ineficiencia. El índice de ineficiencia disminuyó con respecto al año anterior.

TABLA 18 GASTOS Y EGRESOS POR MES AÑO 2001 MEDICINA INTERNA		
	EGRESOS	COSTO PROM
ENERO	117	630.23
FEBRERO	109	623.24
MARZO	136	596.10
ABRIL	123	566.39
MAYO	122	572.79
JUNIO	137	600.53
JULIO	134	598.41
AGOSTO	142	594.82
SETIEMBRE	113	608.57
OCTUBRE	129	611.96
NOVIEMBRE	130	631.48
DICIEMBRE	143	614.41
TOTAL EGRESOS	1535	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		604.08

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

El promedio mensual de egresos es de 128, y el costo promedio unitario de 604.08 dólares con un aumento de \$41 con respecto al año anterior (2000). Se debe notar también que aumenta el promedio de egresos por mes con respecto al año anterior. Cinco meses se hallan bajo el promedio mensual de egresos, y 5 meses bajo el costo promedio. Enero y noviembre evidencian un costo sumamente alto en relación con los meses restantes.

GRÁFICO N - 15
 RELACIÓN PORCENTUAL GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2002



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.01341

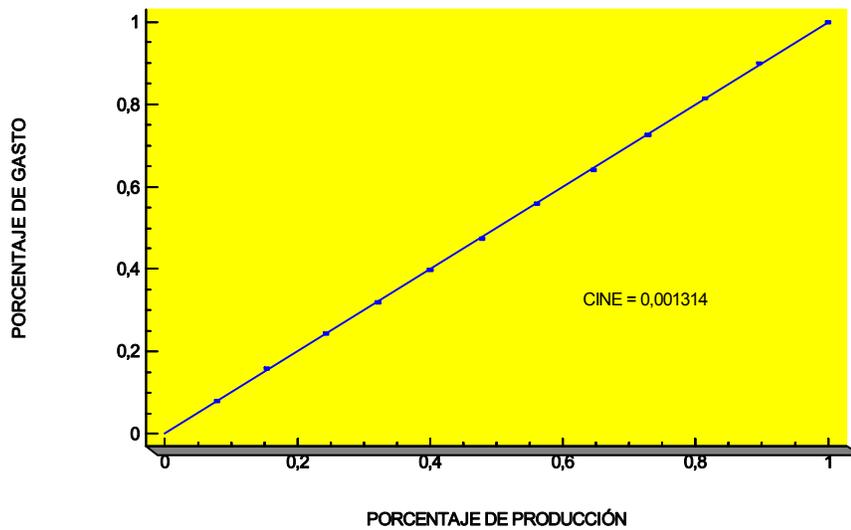
Con respecto al año 2002 se sigue una mejoría en el índice de ineficiencia pasando de 0.02675 a 0.01341. Los primeros 10 meses concentran el 82.52% del gasto y el 82.89% de la producción. Mientras que el año anterior para el mismo mes se halla el 81.66% del gasto con el 82.21% de la producción. Se observa que el gasto aumenta en un 0.86% y la producción disminuye en un 0.68%, llevando esto a una mejora en la distribución del gasto, lo cual a su vez se refleja en el índice de ineficiencia.

TABLA 19 EGRESOS Y GASTOS POR MES AÑO 2002 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA		
	EGRESOS	COSTO PROM
ENERO	128	671.87
FEBRERO	133	668.90
MARZO	130	691.59
ABRIL	130	693.14
MAYO	131	766.80
JUNIO	131	757.84
JULIO	134	751.75
AGOSTO	128	716.79
SETIEMBRE	153	710.71
OCTUBRE	139	707.19
NOVIEMBRE	132	732.97
DICIEMBRE	144	731.66
TOTAL EGRESOS	1613	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		716.77

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En este caso, 6 meses se encuentran bajo el costo unitario promedio, en el mes de mayo el costo es alto, (766.80 dólares) y el valor más bajo es febrero. Se pasa pues a un promedio de producción de 134 egresos por mes, aumentando en 6 egresos con respecto al año anterior.

GRÁFICO N - 16
 RELACIÓN PORCENTUAL GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2003



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.001314

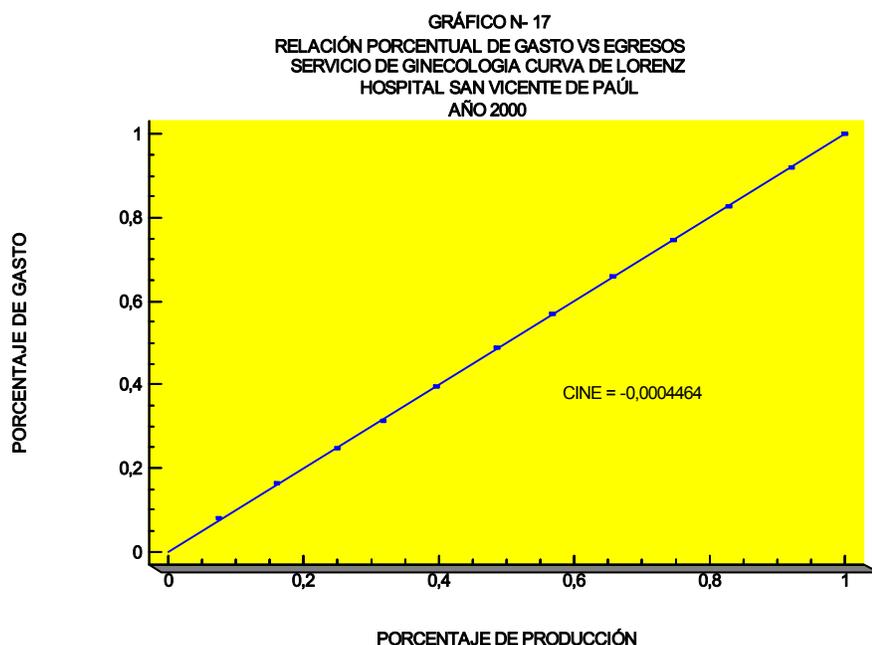
En el año 2003, la gráfica tiene un comportamiento similar a los años anteriores, con una disminución del área; o sea, una disminución del índice de ineficiencia. En los primeros 10 meses se concentra el 81.36% del gasto y el 81.45% de la producción, disminuyendo el gasto en 1.16%, y la producción en 1.43%. Se evidencia una leve mejora del coeficiente de ineficiencia al pasar a 0.001314.

TABLA 20 EGRESOS Y COSTO PROMEDIO POR MES AÑO 2003 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA		
	EGRESOS	COSTO PROM
ENERO	135	\$773.14
FEBRERO	125	\$797.55
MARZO	146	\$755.26
ABRIL	137	\$717.02
MAYO	129	\$769.08
JUNIO	130	\$767.55
JULIO	141	\$761.21
AGOSTO	142	\$763.38
SETIEMBRE	140	\$763.43
OCTUBRE	145	\$782.76
NOVIEMBRE	140	\$779.03
DICIEMBRE	172	\$761.17
TOTAL EGRESOS	1682	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$765.88

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En el año 2003 se aumenta el promedio de egresos en 6 y el costo promedio pasa de 716.77 dólares a 765.88, con una diferencia de 49.11 dólares. Hay por tanto una mejoría paulatina en el servicio de medicina interna que ha sido sostenible en el período analizado.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA -0.0004464

En el año 2000, en ginecología se halla que el 82.64% del gasto produce el 82,69% de los egresos; esta situación se concentra en los primeros 10 meses del año y se produce un área de ineficiencia de -0.0004464. Se produce más egresos con menos gastos.

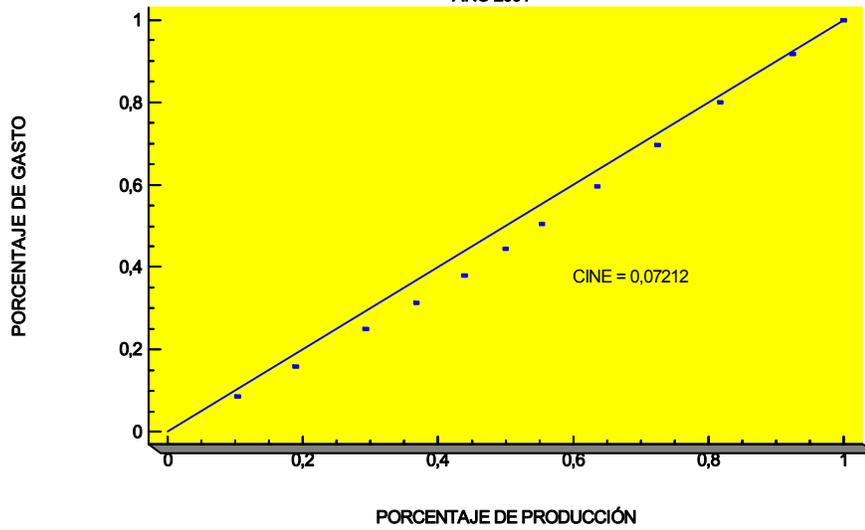
La interpretación que se le debe dar al resultado negativo es, que al aumentar en forma desmesurada la producción se va a afectar negativamente la calidad, o que por efecto de la disminución en el gasto se reduzca considerablemente la calidad de la atención. Visto de otra forma existe un óptimo de la relación gasto-producción, por lo que el ideal es la línea de base que corresponde al 0 absoluto.

TABLA 21 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2000 SERVICIO DE GINECOLOGIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO
ENERO	173	\$374.12
FEBRERO	202	\$332.34
MARZO	209	\$328.77
ABRIL	152	\$346.26
MAYO	189	\$344.22
JUNIO	208	\$355.69
JULIO	192	\$350.37
AGOSTO	208	\$346.03
SETIEMBRE	201	\$345.26
OCTUBRE	191	\$342.12
NOVIEMBRE	223	\$343.38
DICIEMBRE	180	\$351.67
TOTAL DE EGRESOS	2328	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$346.68

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

Se advierte en la tabla 21 que existe una gran variabilidad de producción con meses bajos como enero y abril y meses altos como noviembre. El mes más bajo de producción (enero) tuvo el costo más alto. Diciembre también se relaciona con un costo unitario elevado. Esto pone de relieve que a pesar de ser un servicio de menor costo que los anteriores, la eficiencia no es adecuada.

GRÁFICO N- 18
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE GINECOLOGIA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2001



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.07212

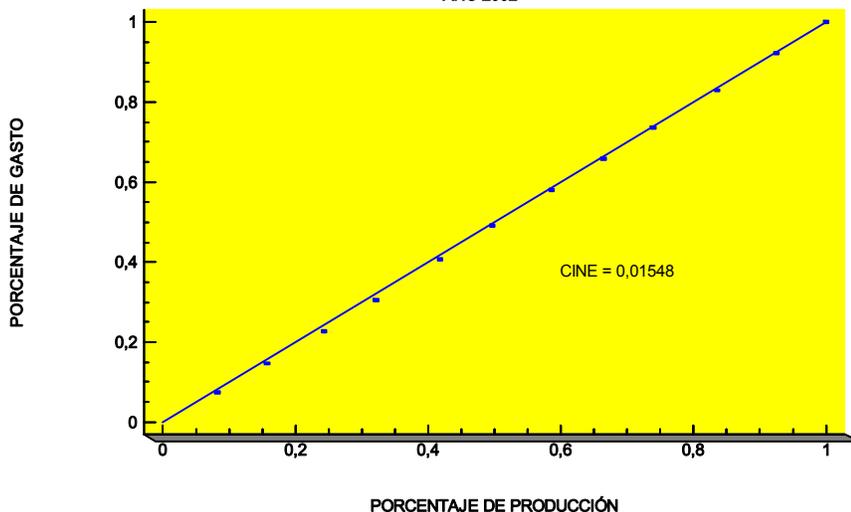
En el año 2001, el 79.97% del gasto lo concentran los 10 primeros meses para un aproximado de 81.92% de la producción del año. Comparado con el año 2000, se nota que el porcentaje del gasto disminuye en 2.67%, y el de producción baja 0.76%, traduciéndose en un aumento del coeficiente de ineficiencia.

TABLA 22 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2001 SERVICIO DE GINECOLOGIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO
ENERO	226	\$315.61
FEBRERO	189	\$327.91
MARZO	229	\$324.89
ABRIL	165	\$329.58
MAYO	158	\$349.65
JUNIO	131	\$399.28
JULIO	120	\$422.04
AGOSTO	178	\$421.66
SETIEMBRE	200	\$421.77
OCTUBRE	208	\$417.78
NOVIEMBRE	232	\$422.47
DICIEMBRE	166	\$414.87
TOTAL DE EGRESOS	2202	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$380.63

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

Una gran variabilidad salta a la vista en la producción, lo mismo que un aumento paulatino del gasto. El promedio mensual de egresos pasó de 194 en el año 2000 a 183 en el 2001, siendo la diferencia de 11 egresos mensuales.

GRÁFICO N- 19
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE GINECOLOGIA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2002



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE INEFICIENCIA 0.01548

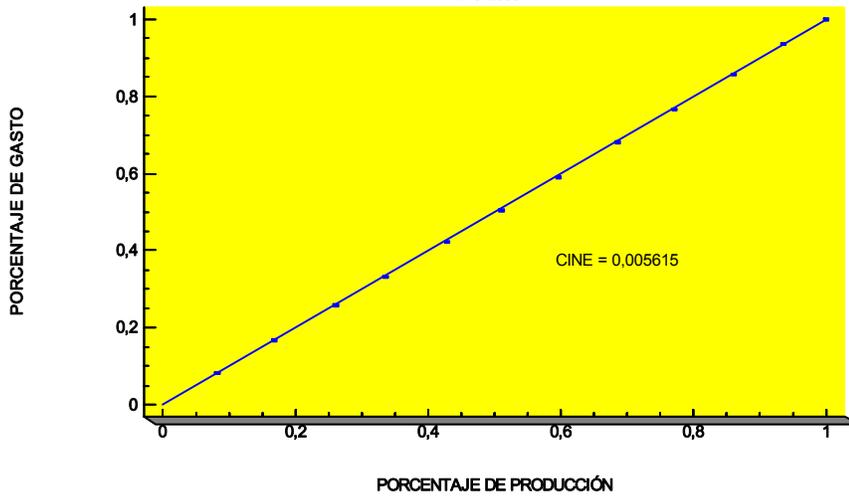
En el año 2002, el índice de ineficiencia llega a 0.01548 mejorando así, pero no alcanza el obtenido en el año 2000 de -0.0004464. El 82.95% del gasto se utiliza para efectuar el 83.48% de la producción concentrándose en los 10 primeros meses con una mejora en CINE de 0.0566 con respecto al año anterior, lo cual se justifica por un aumento del gasto en 2.98% y la producción aumenta en 1.56%.

TABLA 23 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2002 SERVICIO DE GINECOLOGÍA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO
ENERO	227	\$356.30
FEBRERO	208	\$377.60
MARZO	229	\$379.75
ABRIL	219	\$388.26
MAYO	264	\$415.72
JUNIO	221	\$412.12
JULIO	241	\$404.38
AGOSTO	222	\$386.03
SETIEMBRE	209	\$396.64
OCTUBRE	259	\$391.06
NOVIEMBRE	248	\$403.96
DICIEMBRE	207	\$408.85
TOTAL DE EGRESOS	2754	\$4,720.66
COSTO UNITARIO PROMEDIO	229.5	\$393.39

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

La producción mejora con un promedio mensual de egresos de 229 y el costo promedio pasa de \$380.63 a \$393.39. Existe un mes alto de producción (octubre), con un costo inferior al promedio, y meses con producción aceptable pero con costos altos.

GRÁFICO N- 20
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2003



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.0056615

En el año 2003, 85.78% del gasto produce el 86.04% de la producción. Hay un aumento en el porcentaje del gasto y en el de la producción con respecto al año anterior, concentrado en los 10 primeros meses. Aumenta el gasto en 2.83%, y la producción en 2.57%, se disminuir el CINE en 0.0098 para obtener un índice de 0.0056615, siendo menor que del año 2001.

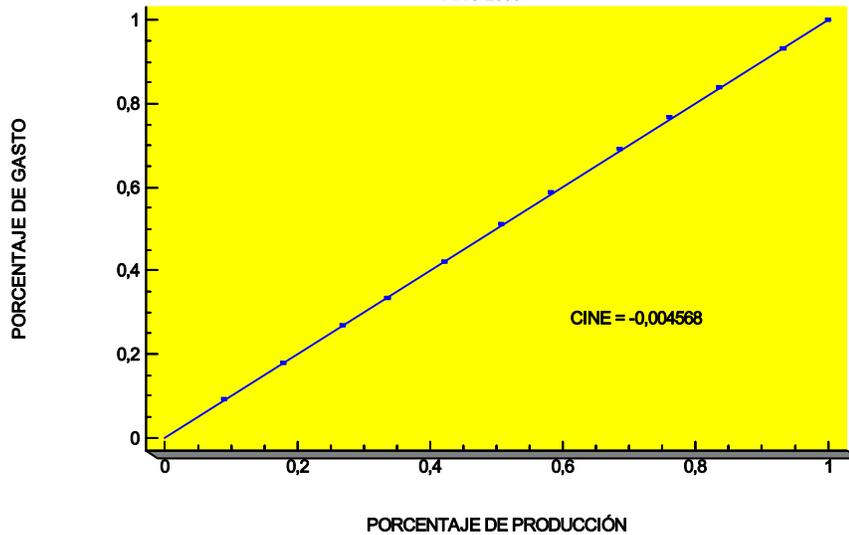
TABLA 24 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2003 SERVICIO DE GINECOLOGÍA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO
ENERO	211	\$472.73
FEBRERO	214	\$476.06
MARZO	240	\$459.28
ABRIL	193	\$448.98
MAYO	237	\$465.99
JUNIO	207	\$469.63
JULIO	222	\$468.49
AGOSTO	227	\$473.68
SETIEMBRE	220	\$469.83
OCTUBRE	230	\$481.62
NOVIEMBRE	197	\$477.42
DICIEMBRE	160	\$480.71
TOTAL DE EGRESOS	2558	\$5,644.43
COSTO UNITARIO PROMEDIO	213.1666667	\$470.37

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

El promedio de egresos mensuales es de 213, con un costo promedio unitario de \$470.37. Si se compara con el año anterior se observa que aumenta el costo y disminuye el promedio mensual de egresos en 16.

SERVICIO DE OBSTETRICIA:

GRÁFICO N- 21
RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
SERVICIO DE OBSTETRICIA, CURVA DE LORENZ
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
AÑO 2000



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE INEFICIENCIA -0.005440

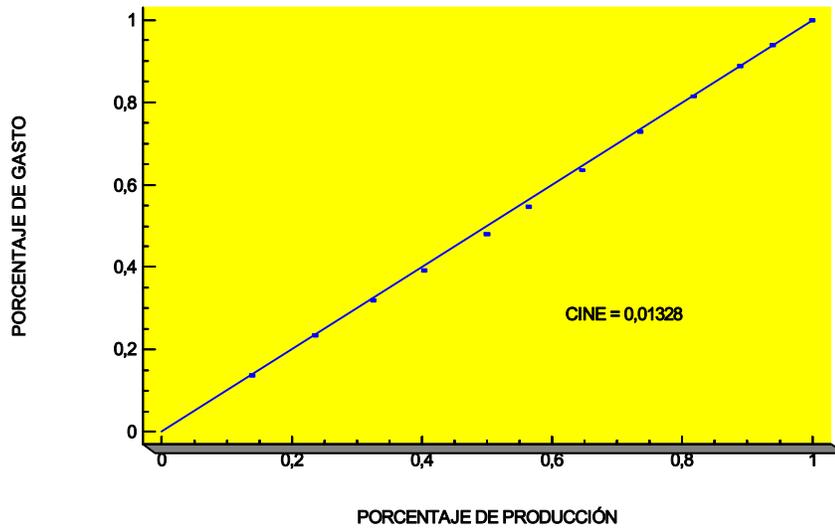
El servicio inicia el período de estudio con un CINE de -0.005440 en el año 2000, en el mes décimo se encuentra que con el 81.22% del gasto se efectuó el 80.92% de la producción.

TABLA 25 EGRESOS Y GASTOS POR MES AÑO 2000 SERVICIO DE OBSTETRICIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	351	\$211.92
FEBRERO	391	\$197.26
MARZO	421	\$202.75
ABRIL	375	\$204.96
MAYO	376	\$206.82
JUNIO	447	\$213.21
JULIO	390	\$209.26
AGOSTO	441	\$206.30
SETIEMBRE	501	\$202.50
OCTUBRE	490	\$197.97
NOVIEMBRE	487	\$199.52
DICIEMBRE	499	\$202.81
TOTAL EGRESOS	5169	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$204.61

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

El promedio de egresos mensuales para el año 2000 es de 431 con un costo unitario de \$204.61. Los tres últimos meses son los de mayor producción y menor costo.

GRÁFICO N- 22
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE OBSTETRICIA, CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2001



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.01609

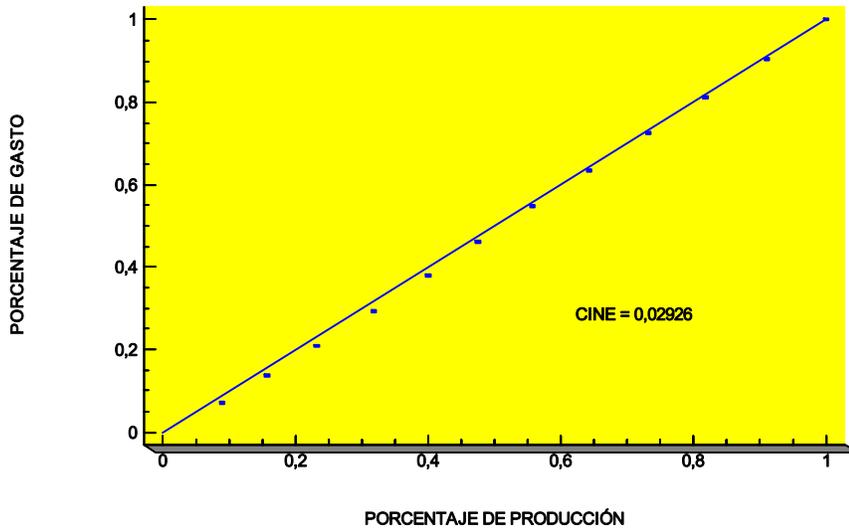
El CINE en este año es de 0.01609. Se demuestra así, un aumento con respecto al año 2000. Se tiene que para el año 2000, en el décimo mes se había gastado el 81.22% para producir el 80.92% de los egresos, y en el año 2001 para el mismo mes se había consumido el 81.66% para producir el 82.04%. Resulta evidente que hay un aumento importante del gasto y un repunte modesto de la producción traduciéndose en un aumento del CINE.

TABLA 26 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2001 SERVICIO DE OBSTETRICIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	446	\$243.43
FEBRERO	421	\$233.77
MARZO	411	\$241.62
ABRIL	455	\$222.33
MAYO	440	\$218.28
JUNIO	432	\$259.72
JULIO	460	\$256.10
AGOSTO	432	\$254.95
SETIEMBRE	459	\$252.28
OCTUBRE	467	\$248.58
NOVIEMBRE	494	\$253.44
DICIEMBRE	474	\$245.46
TOTAL EGRESOS	5391	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$244.16

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

El promedio de producción mensual es de 449 egresos y el costo promedio \$244.16, situación que mejoró con respecto al año anterior en cuanto a producción de egresos.

GRÁFICO N- 23
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE OBSTETRICIA, CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2002



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.02926

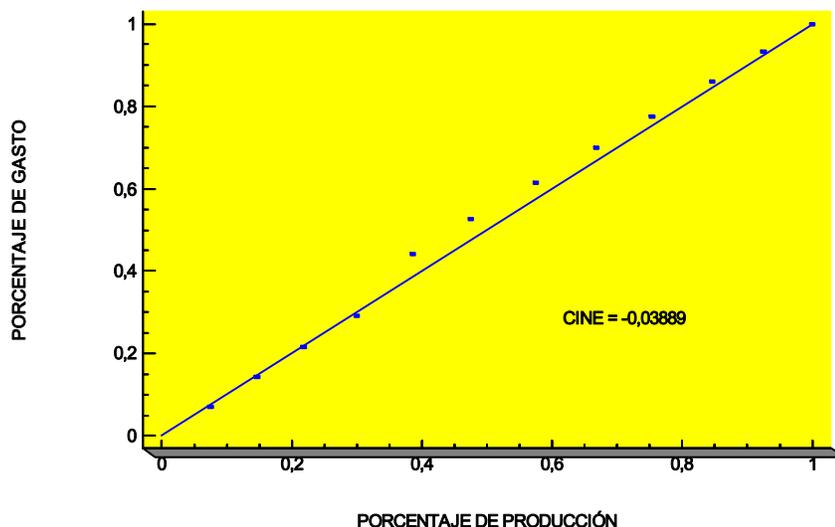
En el año 2002 disminuye el CINE a 0.02926 y por lo tanto existe un aumento de la ineficiencia. Así se tiene que para el décimo mes se consume el 81.12% del gasto para lograr una producción de 81.80%. En relación con el año anterior, se reduce el gasto en 7.44% y la producción se reduce en 7.03%, lo cual implica un aumento del CINE en 0.0159.

TABLA 27 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2002 SERVICIO DE OBSTETRICIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	420	\$268.35
FEBRERO	329	\$303.62
MARZO	350	\$322.90
ABRIL	413	\$319.78
MAYO	387	\$355.39
JUNIO	355	\$355.65
JULIO	384	\$349.74
AGOSTO	406	\$329.96
SETIEMBRE	431	\$334.13
OCTUBRE	400	\$332.03
NOVIEMBRE	431	\$342.70
DICIEMBRE	431	\$341.11
TOTAL EGRESOS	4737	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$329.61

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

Se observa en la tabla 27 una reducción del promedio mensual que pasa de 449 en el año 2001 a 395 en el año 2002; y un aumento del costo unitario promedio importante: \$85.45.

GRÁFICO N- 24
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE OBSTETRICIA, CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2003



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA -0.03889

En el año 2003 el CINE es de -0.03889; nuevamente vuelve a aumentar en relación con el 2002, pero en esta ocasión en forma negativa. Así hay que para el décimo mes el gasto es de 86.11% y la producción es de 84.58%. El gasto aumenta en 4.99% y la producción en 2.77%. Dicha situación refleja un costo alto de producción.

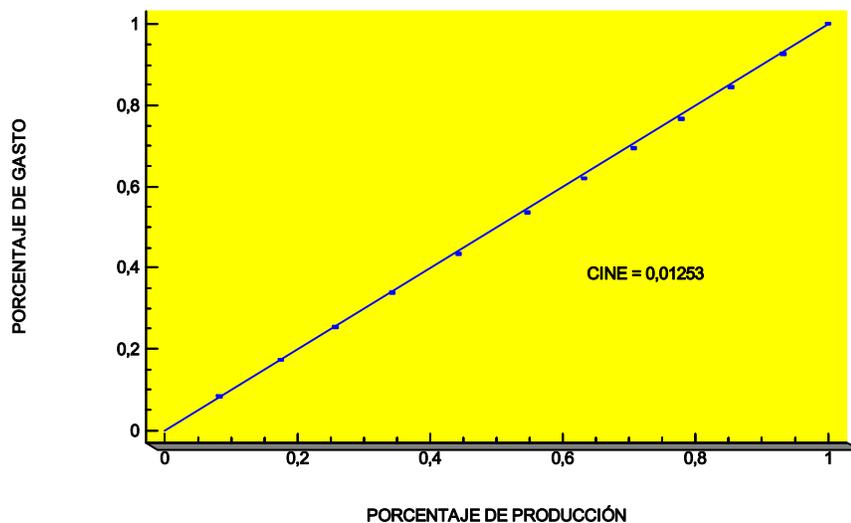
TABLA 28 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2003 SERVICIO DE OBSTETRICIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	384	\$357.59
FEBRERO	375	\$372.80
MARZO	365	\$376.76
ABRIL	426	\$341.91
MAYO	438	\$359.31
JUNIO	459	\$346.84
JULIO	514	\$338.24
AGOSTO	475	\$336.45
SETIEMBRE	440	\$334.96
OCTUBRE	484	\$340.80
NOVIEMBRE	405	\$336.81
DICIEMBRE	390	\$334.42
TOTAL EGRESOS	5155	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$348.07

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En el año 2003, el promedio de egresos mensuales es de 430 y el costo unitario promedio de \$348.07. En este año aumenta el costo unitario en \$18.46, mientras que la producción baja en 19 egresos mensuales. Cuatro meses (enero, febrero, marzo, mayo) se encuentran sobre el costo promedio.

SERVICIO DE PEDIATRIA

GRÁFICO N- 25
RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
SERVICIO DE PEDIATRIA, CURVA DE LORENZ
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
AÑO 2000



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.01253

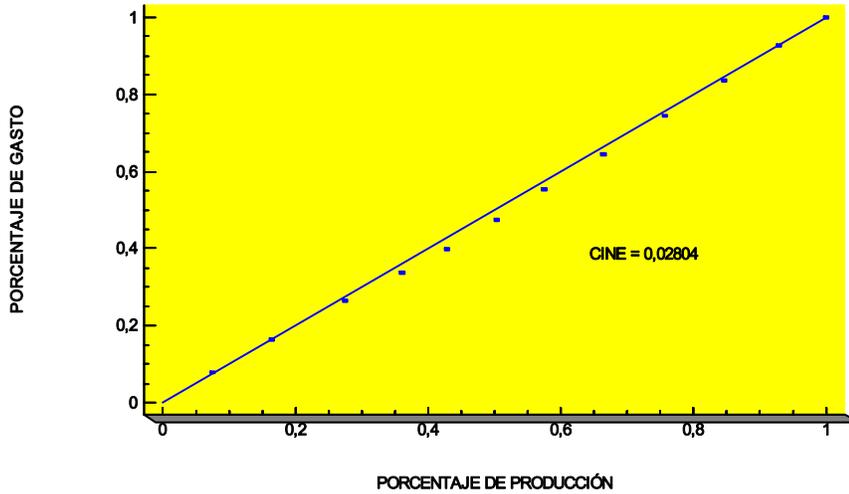
En el servicio de pediatría para el año 2000, el CINE es de 0.01253. Se encuentra el 84.58% del gasto en el décimo mes, y el 85.37% de la producción.

TABLA 29 EGRESOS Y GASTOS POR MES AÑO 2000 SERVICIO DE PEDIATRIA		
	EGRESOS	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	260	\$262.43
FEBRERO	296	\$242.23
MARZO	267	\$250.19
ABRIL	272	\$251.77
MAYO	326	\$243.46
JUNIO	328	\$251.76
JULIO	272	\$251.49
AGOSTO	243	\$255.68
SETIEMBRE	226	\$259.75
OCTUBRE	242	\$260.62
NOVIEMBRE	247	\$264.95
DICIEMBRE	221	\$272.61
TOTAL EGRESOS	3200	\$3,066.93
COSTO UNITARIO PROMEDIO	266.6666667	\$255.58

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

El promedio de egresos por mes es de 266, para un costo promedio de \$255.58 por egreso. Ocho de los meses se encuentran bajo el promedio y hay dos meses (octubre y noviembre) con valores muy altos. Los meses de mayo y junio se hallan con costos que no superan el promedio unitario; sin embargo, se observa una producción baja en diciembre, pero con costos muy altos.

GRÁFICO N- 26
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE PEDIATRÍA, CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2001



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE INEFICIENCIA 0.02804

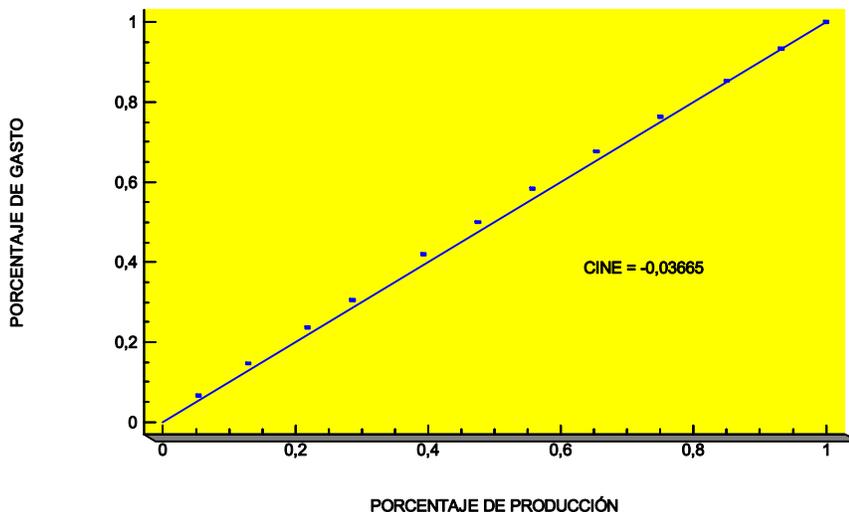
En el año 2001 el CINE alcanza la cifra de 0.02804 con un aumento 0.0155 con respecto al año anterior. En el décimo mes se halla el 83.55% del gasto para una producción 84.52%. En comparación con el año anterior resulta que el gasto disminuye en 1.03% y la producción disminuye en 0,85%. En otras palabras, el gasto se aminora en forma considerable, no así la producción. Por consiguiente es notable un aumento del CINE.

TABLA 30 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2001 SERVICIO DE PEDIATRIA		
	PRODUCCION	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	178	\$388.19
FEBRERO	218	\$338.45
MARZO	275	\$312.94
ABRIL	208	\$301.17
MAYO	164	\$322.60
JUNIO	176	\$358.95
JULIO	182	\$373.06
AGOSTO	215	\$374.85
SETIEMBRE	227	\$374.02
OCTUBRE	210	\$376.13
NOVIEMBRE	205	\$378.69
DICIEMBRE	171	\$375.06
TOTAL EGRESOS	2429	
COSTO UNITARIO PROMEDIO		\$356.18

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En el año 2001, en Pediatría descende el promedio de egresos por mes, pues se pasa de 266 a 202 y el costo de \$255.58 a \$356,18. Sin embargo, el CINE demuestra que el gasto decrece en 1.31% y la producción solo lo hace en 0.85%.

GRÁFICO N- 27
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE PEDIATRIA, CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2002



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA -0.03665

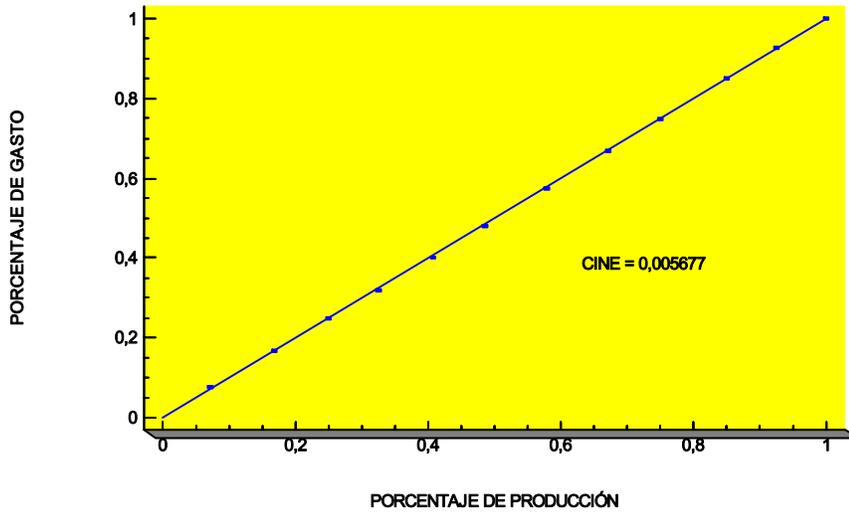
Para el año 2002 el CINE del servicio de Pediatría es de -0.03665. Existe una reducción, según los siguientes datos. En el décimo mes el 85.47% del gasto se utiliza para generar el 84.89% de la producción, aumenta el gasto en 1.92% y la producción aumenta en 0.37%.

TABLA 31 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2002 SERVICIO DE PEDIATRIA		
	PRODUCCION	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	143	\$591.69
FEBRERO	193	\$533.53
MARZO	230	\$490.11
ABRIL	178	\$500.75
MAYO	285	\$505.33
JUNIO	209	\$499.54
JULIO	216	\$490.56
AGOSTO	259	\$453.11
SETIEMBRE	251	\$452.78
OCTUBRE	256	\$445.93
NOVIEMBRE	218	\$464.11
DICIEMBRE	177	\$473.52
TOTAL EGRESOS	2615	\$5,900.95
COSTO UNITARIO PROMEDIO	217.9166667	\$491.75

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En la tabla 31 se observa como en el 2002 aumenta la producción del servicio de Pediatría pasando de 202 egresos promedio mensuales a 217 con un costo de \$491.75, lo que eleva el mismo en un 28%.

GRÁFICO N- 28
 RELACIÓN PORCENTUAL DE GASTO VS EGRESOS
 SERVICIO DE PEDIATRÍA, CURVA DE LORENZ
 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
 AÑO 2003



FUENTE: DPTO REDES HSVP

COEFICIENTE DE INEFICIENCIA 0.005677

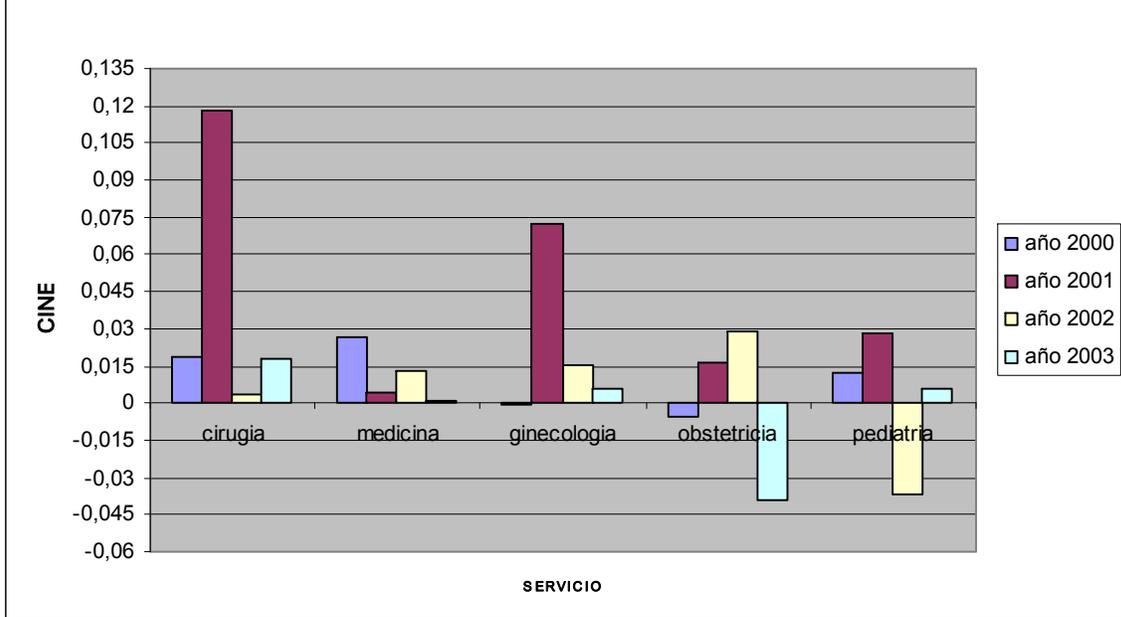
En el 2003 el CINE del servicio de Pediatría vuelve a aumentar. En el décimo mes el gasto es de 84.95% para una producción de 85.17%. El gasto se incrementa en 0.52% y la producción solamente se intensifica en 0.28%. Para ello no se halla una justificación clara del aumento del gasto y elevación deficiente de la producción deficiente.

TABLA 32 EGRESOS Y GASTO POR MES AÑO 2003 SERVICIO DE PEDIATRIA		
	PRODUCCION	COSTO UNITARIO MENSUAL
ENERO	171	\$599.51
FEBRERO	224	\$533.54
MARZO	194	\$547.22
ABRIL	172	\$539.63
MAYO	190	\$574.13
JUNIO	185	\$574.44
JULIO	216	\$564.21
AGOSTO	223	\$557.90
SETIEMBRE	181	\$567.77
OCTUBRE	237	\$577.66
NOVIEMBRE	175	\$574.63
DICIEMBRE	172	\$570.84
TOTAL EGRESOS	2340	\$6,781.46
COSTO UNITARIO PROMEDIO	195	\$565.12

Fuente: Depto Presupuesto Hospital San Vicente de Paúl

En el año 2003, en Pediatría el promedio de egresos mensuales disminuye con respecto al año anterior y los costos aumentan en un 13%, por esta razón el CINE se acentúa.

GRÁFICO N- 29
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
COMPARACIÓN DE CINE POR SERVICIO POR AÑO



Para obtener una visión panorámica se ha unido el CINE por servicio y año en donde se demuestra que el servicio de cirugía es el menos ineficiente. En la columna correspondiente al año 2000 es notable que el servicio de medicina interna fue el más ineficiente de acuerdo con el CINE, seguido por cirugía, pediatría y obstetricia.

En el año 2001 la ineficiencia de cirugía aumentó en forma importante por el cierre de las salas de operaciones; seguido por ginecología, pediatría y obstetricia. Se tuvo que improvisar una sala para obstetricia únicamente, mientras que en Medicina interna inició un proceso de mejora paulatina.

En el año 2002 al aplicarse los presupuestos clínicos se nota una mejoría en todos los servicios pero el salto más importante lo da cirugía. En el año 2003, ante la caducidad de la licencia, se suspende el presupuesto clínico observándose que cuatro de los servicios incrementan el CINE; solamente el servicio de medicina interna logra una leve mejoría.

4.13 Propuesta Aplicada

4.13.1 Objetivo General de la Propuesta

Facultar a las jefaturas de los servicios del Hospital San Vicente de Paúl, mediante la aplicación de herramientas modernas de gestión, para lograr un servicio de máxima calidad, eficacia y eficiencia.

4.13.2 Objetivos específicos de la propuesta

- Responsabilizar a las jefaturas de los servicios del hospital del presupuesto asignado, las cuales deberán responder ante la Dirección del Hospital su producción.
- Fomentar la capacidad de decisión delegada a los jefes de servicio en la consecución de sus objetivos.
- Crear protocolos de tratamiento y estimular su actualización de manera periódica.
- Utilizar el sistema de costos por servicio por GDR y Case-Mix para la asignación presupuestaria y evaluación de sus objetivos.
- Fomentar una cultura de toma de decisiones basada en sistemas de información gerencial.

4.13.3 Ventajas de la propuesta

La asignación de presupuesto a los servicios por GDR permitirá:

- Establecer un PAO con objetivos medibles en relación con la asignación presupuestaria.

- Establecer un plan estratégico de desarrollo.
- Facultar y comprometer a las jefaturas y a todo el equipo del hospital.
- Establecer un sistema de costos por categoría diagnóstica.
- Distribuir en forma racional el presupuesto de acuerdo con la producción de cada servicio.
- Establecer un portafolio básico de productos a ofertar.
- Inculcar una cultura de calidad en el Hospital.
- Establecer un “cuasi mercado” interno donde los diferentes servicios intercambien sus productos y se exija calidad en los mismos.

4.13.4 Acciones afines para la implementación del modelo

- Se establecen programas de capacitación en G.D.R para las jefaturas y el personal en general, para lo cual se cuenta con el apoyo del servicio de Redes de Hospital San Juan de Dios.
- Se crean los consejos clínico-administrativos con la responsabilidad de proponer soluciones a la dirección, discutir las diferentes situaciones y demostrar a la dirección su trabajo a través de actas y resultados.
- Se establece un sistema de evaluación de casos extremos con participación de los consejos clínico-administrativos.
- Se analizan los egresos y estancias por GDR del año anterior inmediato.

- Se determinan las UP (unidades de producción) por GDR del servicio producidas en año anterior.
- Se determinan los costos de insumos.
- Se desarrolla un sistema de costos por servicio.
- Se crean herramientas para costos y case mix mas detalladas que ya se han puesto en práctica.
- Se fabrica un sistema de dirección por objetivos fundamentados en un sistema de información gerencial.
- Se inicia un proceso de estandarización de herramientas de gestión
- Se realiza un seguimiento trimestral en los costos y producción por servicio.
- Se realiza una asignación trimestral otorgándose en tractos iguales o por medio de porcentajes por cada servicio.
- Se entrega a los jefes de servicio los resultados de este seguimiento, para establecer medidas de corrección.

4.13.5 Metodología propuesta a seguir

El proceso se inicia con el análisis de la producción del año anterior. Se recopilan datos de egresos, estancia media y en el caso del Hospital San Vicente de Paúl estancias totales y U.P.H. En el nivel de la actividad ambulatoria se recopilan las consultas de primera vez y consultas subsecuentes, para así determinar las UPH al multiplicar el valor en UPH de la consulta externa por el total de consultas. Véanse las tablas 33 y 34 en donde se expresa la producción del año anterior y la determinación de estancias y costos.

TABLA No 33
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
SERVICIO DE CIRUGÍA
Análisis de la producción del año anterior

GRD	T	DESCRIPCIÓN	Casos		PR	UP		EM
			N	%		CPM	N	
167	Q	APENDICECTOM s/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC s/CC	210	8,09	0,7892	0,0638	165,7320	2,3
198	Q	COLECISTECTOMIA s/EXPL DUCT BILIA COMUN s/CC	134	5,16	1,1355	0,0586	152,1570	3,52
494	Q	COLECISTECT.LAPAROSCOPIA s/EXPL.DUCT.COMUN s/C	120	4,62	0,8769	0,0405	105,2280	2,16
162	Q	PQ HERNIA INGUINAL/FEMORAL >17 SIN CC	149	5,74	0,5365	0,0308	79,9385	1,29
227	Q	INTERVENCIONES TEJIDOS BLANDOS SIN CC	109	4,20	0,7273	0,0305	79,2757	1,32
056	Q	RINOPLASTIA	94	3,62	0,8195	0,0297	77,0330	1,05
TOTALES			816	31,43	4,88	0,25	659,36	1,94
SERVICIO DE CIRUGÍA ACTIVIDAD AÑO 2000			N	EM	E-TOTAL			
HOSPITALIZACIÓN			2.596,00	2,46	6.396,52			
CONSULTA EXTERNA			N	UPH	T-UPH			
PRIMERA VEZ			24.372,00	0,40	9.748,80			
SUBSECUENTE			10.258,00	0,20	2.051,60			
TOTAL			34.630,00		11.800,40			
QUIRÓFANO								
Intervenciones programadas			1818	2,46	4.479,53			
Intervenciones urgentes				4,36	0,00			
Intervenciones ambulatorias			0,00	0,00	0,00			
C.M.A.			2,00	1,00	2,00			
Ingresos no quirúrgicos			776	2,46	1.912,06			
TOTAL			2.596,00		6.393,59			

TABLA No 34 A
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
SERVICIO DE CIRUGIA
DETERMINACIÓN DE ESTANCIAS Y ACTIVIDAD AMBULATORIA

Servicio de Cirugía año 2000	Unidades	Escala UPH	UPH'S
Estancias	6396,515	2,46	
Consulta Primera vez	9748,8	0,4	
Consulta subsecuente	2051,6	0,2	
Interv. Urgentes	0	4,32	
Interv. Programadas	4479,532	2,46	
C.M.A	2	1	
TOTAL DE UPH			18.193,99

TABLA 34 B
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
SERVICIO DE CIRUGIA
DETERMINACIÓN DE COSTOS

Servicio cirugía gasto 2000	C.unitario	Consumo	Costo ToT
Insumos	7.596,00	2.596,00	19.719.216,00
Farmacia	461,00	12.185,00	5.617.285,00
Quirófano	16.615,00	1818	30.206.070,00
A. Clínica	4.597,00	8.657,50	39.798.527,50
Radiología	1.080,00	1.525,00	1.647.000,00
A. Patológica	0,00		0,00
Hematología	332,00	31.160,00	10.345.120,00
Recurso Humano	180.855,32	365,00	66.012.191,80
Horas Extras	1.916,00	200,00	383.200,00
Sustituciones	2.836,98	365,00	1.035.497,70
Semifijos	0,00		0,00
Guardias médicas	86.507,41	365,00	31.575.204,65
Estructura	473,00	18.193,99	8.605.755,97
TOTAL DE GASTO AÑO 2000			214.945.068,62

En el nivel de quirófano se obtienen los datos de las intervenciones programadas, intervenciones urgentes, intervenciones de cirugía mayor ambulatoria e ingresos no quirúrgicos; se establece el valor de UPH al multiplicar el valor predeterminado por el nivel central por la producción realizada.

Posteriormente, se define el gasto para dicha producción; debido a problemas en los sistemas de costos de la Caja Costarricense de Seguro Social, únicamente se incluye insumos, farmacia, quirófano, consulta externa, radiología, anatomía patológica, hematología, horas extras, sustituciones, costos semifijos (luz, agua, impuestos municipales), guardias médicas y depreciación de estructuras.

De los egresos se indica cuáles fueron quirúrgicos, médicos o indeterminados; se hace un análisis de las estancias y los porcentajes de cada uno de los GDR con el jefe del servicio.

TABLA No 35
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
SERVICIO DE CIRUGIA
DETERMINACIÓN DE LOS CASOS
ATENDIDOS POR EL SERVICIO

Año	casos	up
2000		
Proc. Q	1818	1645,6665
Proc. M	776	483,0979
Proc. I	2	2,19
Total	2596	2130,9544

TABLA No 36	
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	
PREVISIÓN DE LOS CASOS A	
ATENDER	
AÑO	2002
TIPO MED	498
TIPO Q	1054

TABLA No 37
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
COMPARACIÓN DE GDR DEL AÑO ANTERIOR CON LA PREVISIÓN DEL AÑO DE ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA
POR GDR, TIPO Y CDM SERVICIO DE CIRUGIA

**UNIDADES DE
PRODUCCIÓN
HOSPITALARIA (UP)
POR GRD**

HOSPITAL: San Vicente de Paul

PERÍODO: 1/01/2000 - 31/12/2000

PROCESO: San Vicente de Paul Período
Cirugía 2000

GRD	CDM	T	DESCRIPCIÓN	Casos			UP			2002	
				N	%	PR	CPM	N	%	N	UP-2002
167	06	Q	APENDICECTOM s/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC s/CC	210	8,09	0,7892	0,0638	165,7320	7,78	240	189,41
198	07	Q	COLECISTECTOMIA s/EXPL DUCT BILIA COMUN s/CC	134	5,16	1,1355	0,0586	152,1570	7,14	200	227,10
494	07	Q	COLECISTECT.LAPAROSCOPIA s/EXPL.DUCT.COMUN s/C	120	4,62	0,8769	0,0405	105,2280	4,94	160	140,30
162	06	Q	PQ HERNIA INGUINAL/FEMORAL >17 SIN CC	149	5,74	0,5365	0,0308	79,9385	3,75	75	40,24
227	08	Q	INTERVENCIONES TEJIDOS BLANDOS SIN CC	109	4,20	0,7273	0,0305	79,2757	3,72	30	21,82
056	03	Q	RINOPLASTIA	94	3,62	0,8195	0,0297	77,0330	3,61	0	0,00
160	06	Q	PQ HERNIA >17 SIN CC EXCEPTO INGUINAL/FEMORAL	93	3,58	0,6746	0,0242	62,7378	2,94	45	30,36
270	09	Q	OTROS PQ PIEL/TEJIDO SUBCUTANEO/MAMA SIN CC	86	3,31	0,6796	0,0225	58,4456	2,74	0	0,00
165	06	Q	APENDICECTOM c/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC s/CC	42	1,62	1,2365	0,0200	51,9330	2,44	50	61,83
231	08	Q	EXCIS LOC/RETIRADA FIJAC INTERNA EXCP CAD/FEMR	37	1,43	1,2131	0,0173	44,8847	2,11	0	0,00
262	09	Q	BIOPSIA/EXCISION LOC MAMA EN ENFERM NO MALIGNA	60	2,31	0,7115	0,0164	42,6900	2,00	20	14,23
208	07	M	ENFERMEDADES DEL TRACTO BILIAR SIN CC	63	2,43	0,5943	0,0144	37,4409	1,76	45	26,74
415	18	Q	INTERVENCIONES POR ENF INFECCIOSA/PARASITARIA	10	0,39	3,4769	0,0134	34,7690	1,63	0	0,00
254	08	M	FRACTURA/DISTENS/DISLOC BRAZO/PIERNA >17 s/CC	78	3,00	0,4365	0,0131	34,0470	1,60	50	21,83
418	18	M	INFECCIONES POSTOPERATORIA/POSTTRAUMATICAS	34	1,31	0,9777	0,0128	33,2418	1,56	34	33,24
219	08	Q	INTERVENCIONES PIERNA/TOBILLO/HUMERO >17 s/CC	35	1,35	0,9179	0,0124	32,1265	1,51	55	50,48
059	03	Q	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA >17	52	2,00	0,5963	0,0119	31,0076	1,46	0	0,00
148	06	Q	PQ INTERVENCIONES MAYORES INTESTINO CON CC	9	0,35	3,3264	0,0115	29,9376	1,40	9	29,94

261	09	Q	PQ MAMA POR ENFERMEDAD NO MALIGNA EXCP GRD 262	37	1,43	0,8080	0,0115	29,8960	1,40	0	0,00
189	06	M	OTROS DIAGNOSTICOS DIGESTIVOS >17 SIN CC	54	2,08	0,5438	0,0113	29,3652	1,38	54	29,37
222	08	Q	INTERVENCIONES RODILLA SIN CC	29	1,12	0,9747	0,0109	28,2663	1,33	60	58,48
006	01	Q	LIBERACION TUNEL CARPIANO	34	1,31	0,8124	0,0106	27,6216	1,30	0	0,00
155	06	Q	PQ ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO >17 SIN CC	18	0,69	1,3885	0,0096	24,9930	1,17	30	41,66
267	09	Q	PQ PERIANALES Y PILONIDALES	30	1,16	0,8022	0,0093	24,0660	1,13	12	9,63
196	07	Q	COLECISTECTOMIA c/EXPL DUCTO BILIAR COMUN s/CC	15	0,58	1,5695	0,0091	23,5425	1,10	35	54,93
149	06	Q	PQ INTERVENCIONES MAYORES INTESTINO SIN CC	15	0,58	1,5654	0,0090	23,4810	1,10	30	46,96
183	06	M	ESOFAGIT/GASTROENTERIT/OTR DIAG DIG >=18 s/CC	41	1,58	0,5480	0,0087	22,4680	1,05	41	22,47
039	02	Q	INTERVENCIONES CRISTALINO	44	1,69	0,5036	0,0085	22,1584	1,04	0	0,00
251	08	M	FRACT/DISTENS/DISLOC ANTEBR/MANO/PIE >17 s/CC	50	1,93	0,4423	0,0085	22,1150	1,04	50	22,12
197	07	Q	COLECISTECTOMIA s/EXPL DUCT BILIA COMUN c/CC	9	0,35	2,2034	0,0076	19,8306	0,93	9	19,83
229	08	Q	PQ MANO/MUÑECA SIN CC EXCP PQ ARTICUL MAYORES	32	1,23	0,5965	0,0074	19,0880	0,90	32	19,09
207	07	M	ENFERMEDADES DEL TRACTO BILIAR CON CC	18	0,69	1,0287	0,0071	18,5166	0,87	20	20,57
164	06	Q	APENDICECTOM c/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC c/CC	8	0,31	2,2374	0,0069	17,8992	0,84	0	0,00
290	10	Q	INTERVENCIONES TIROIDES	20	0,77	0,8537	0,0066	17,0740	0,80	35	29,88
154	06	Q	PQ ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO >17 CON CC	4	0,15	4,2102	0,0065	16,8408	0,79	0	0,00
158	06	Q	INTERVENCIONES ANO Y ESTOMA SIN CC	29	1,12	0,5789	0,0065	16,7881	0,79	60	34,73
281	09	M	TRAUMATISMOS PIEL/SUBCUTANEO/MAMA >17 SIN CC	36	1,39	0,4523	0,0063	16,2828	0,76	36	16,28
225	08	Q	INTERVENCIONES DEL PIE	17	0,65	0,9504	0,0062	16,1568	0,76	30	28,51
195	07	Q	COLECISTECTOMIA c/EXPL DUCTO BILIAR COMUN c/CC	6	0,23	2,6147	0,0060	15,6882	0,74	0	0,00
166	06	Q	APENDICECTOM s/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC c/CC	11	0,42	1,3695	0,0058	15,0645	0,71	15	20,54
204	07	M	TRANSTORNOS PANCREATICOS NO MALIGNOS	11	0,42	1,2020	0,0051	13,2220	0,62	0	0,00
072	03	M	TRAUMATISMO NASAL CON DEFORMIDAD	20	0,77	0,6419	0,0049	12,8380	0,60	20	12,84
414	17	M	OTROS TRANST MIELOPROLIF/NEO MAL DIFERENC s/CC	17	0,65	0,7285	0,0048	12,3845	0,58	10	7,29
260	09	Q	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGN s/CC	20	0,77	0,5749	0,0044	11,4980	0,54	45	25,87
151	06	Q	LIBERACION ADHERENCIAS PERITONEALES SIN CC	9	0,35	1,2606	0,0044	11,3454	0,53	0	0,00
150	06	Q	LIBERACION ADHERENCIAS PERITONEALES CON CC	4	0,15	2,6561	0,0041	10,6244	0,50	0	0,00
468	00	Q	PQ EXTENSO NO RELACIONADO CON DIAGN PRINCIPAL	3	0,12	3,5391	0,0041	10,6173	0,50	0	0,00
224	08	Q	INTERVENCIONES HOMBRO/CODO/ANTEBRAZO SIN CC	15	0,58	0,6983	0,0040	10,4745	0,49	35	24,44
211	08	Q	PQ CADERA/FEMUR >17 s/CC EXCP GRD 209	8	0,31	1,2893	0,0040	10,3144	0,48	0	0,00

TABLA No 38
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
PREVISIÓN DE LA NUEVA ACTIVIDAD
SERVICIO DE CIRUGÍA

GRD	T	DESCRIPCIÓN	Casos		PR	UP	
			N	%		CPM	N
167	Q	APENDICECTOM s/DIAGNOST PRINCIPAL COMPLIC s/CC	210	8,09	0,7892	0,0638	165,7320
198	Q	COLECISTECTOMIA s/EXPL DUCT BILIA COMUN s/CC	134	5,16	1,1355	0,0586	152,1570
494	Q	COLECISTECT.LAPAROSCOPI s/EXPL.DUCT.COMUN s/C	120	4,62	0,8769	0,0405	105,2280
162	Q	PQ HERNIA INGUINAL/FEMORAL >17 SIN CC	149	5,74	0,5365	0,0308	79,9385
227	Q	INTERVENCIONES TEJIDOS BLANDOS SIN CC	109	4,20	0,7273	0,0305	79,2757
056	Q	RINOPLASTIA	94	3,62	0,8195	0,0297	77,0330
TOTALES			816	31,43	4,88	0,25	659,36

SERVICIO DE CIRUGÍA ACTIVIDAD AÑO 2002			
	N	EM	E-TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	1.805,00	2,75	4.972,58
CONSULTA EXTERNA			
	N	UPH	T-UPH
PRIMERA VEZ	16.945,86	0,40	6.778,35
SUBSECUENTE	7.132,39	0,20	1.426,48
TOTAL	24.078,26		8.204,82
QUIROFANO			
Intervenciones programadas	1312	2,75	3.614,42
Intervenciones urgentes		4,36	0,00
Intervenciones ambulatorias	0	0,00	0,00
C.M.A.	761	1,50	1.141,50
Ingresos no quirúrgicos	493	2,75	1.355,75
TOTAL	2.566,00		6.111,67

Servicio de Cirugía año 2002	Unidades	Escala UPH	UPH'S
Estancias	4.973	2,75	
Consulta Primera vez	16.946	0,4	
Consulta subsecuente	7.132	0,2	
Interv. Urgentes	0	4,32	
Interv. Programadas	2.073	2,75	
C.M.A	761	1,5	
TOTAL DE UPH			14.316,49

TABLA No 39
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
PREVISIÓN DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS
SERVICIO DE CIRUGÍA

Servicio cirugía gasto 2002	C.unitario	Consumo	Costo ToT
Insumos	7.596,00	2.566,00	19.491.336,00
Farmacia	461,00	3.498,88	1.612.983,36
			0,00
Quirófano	16.615,00	1312	21.798.880,00
A. Clínica	4.597,00	6.019,56	27.671.934,57
Radiología	1.080,00	1.060,33	1.145.159,86
A. Patológica	0,00		0,00
Hematología	332,00	21.665,56	7.192.966,72
Recursos Humanos		65.249.339,04	65.249.339,04
Horas Extras	1.916,00	200,00	383.200,00
Sustituciones	15.330,00	150,00	2.299.500,00
Semifijos	0,00		0,00
Guardias médicas	86.507,41	365,00	31.575.204,65
Estructura	473,00	14.316,49	6.771.701,88
TOTAL DE GASTO AÑO 2002			185.192.206,08

TABLA No 40
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
DETERMINACIÓN DE COSTO DE LA UNIDAD GDR
ASIGNACIÓN DE COSTOS A LA CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA

UP POR GRD	ASIGNACIÓN PRES.	VALOR 1 PTO GRD	VALOR CONSULT EXT	GRD EN CEXT
2.130,95	185.192.206,08	86.905,76	4.750,00	0,05

ACTIVIDAD AMBULAT.	N-CONSULTAS	REF GRD CEXT	N-GRD CEXT	COSTE CEXT
CONSULTA EXTERNA	24.078,26	0,05	1.068,86	92.889.767,43
CONSULTA 1 VEZ	16.945,86	0,05	926,21	80.492.848,61
SUBSECUENTE	7.132,39	0,02	142,6478428	12.396.918,82
TOTAL				

Se establecen en común acuerdo con la jefatura el número de actividades por realizar en cada uno de los GDR y la estancia.

En algunos de los GDR la previsión de producción puede disminuirse o inclusive ser cero. En nuestro caso, como ejemplo, podemos mencionar que el GDR 162 (Procedimiento quirúrgico de hernia inguinal en menores de 17 años sin complicaciones) que el servicio de Cirugía realizó en el año 2000, en un total de 149 eventos, con una estancia de 192 días. En este particular, se acordó, para el 2002, no realizar ningún evento de este tipo y trasladar esta responsabilidad a Cirugía Mayor ambulatoria. Un ejemplo similar ocurrió con el GDR 270 (otros procedimientos quirúrgicos de piel, tejido subcutáneo, mama sin complicaciones), en este caso el servicio había realizado 86 eventos con una estancia de 128 días y el cual se trasladó a Cirugía Mayor Ambulatoria. En ambos ejemplos, hay una economía de recursos por disminución de estancias.

Este tipo de análisis se realiza con todos los GDR; en otros casos se acuerda aumentar la producción como ocurre en el GDR 198 (colecistectomía sin exploración del conducto común sin complicaciones), en este caso de 120 que habían realizado, en el 2000 se acordó aumentar a 300 y disminuir la estancia media, que había sido de 2.16 a 1.5 días.

Con base en estos datos se obtiene una nueva proyección de la producción del servicio y nuevas estancias totales, con lo cual, basados en los mismos criterios de costos mencionados anteriormente, es posible determinar una proyección del gasto.

Dicha proyección nos permite establecer el valor de un punto GDR haciendo una regla de tres entre las unidades de producción totales por GDR y la asignación futura presupuestaria siempre y cuando conozcamos el costo de una consulta externa. Una vez realizado este procedimiento y proyectando el número de consultas podemos determinar en valores GDR la actividad ambulatoria y su costo.

Realizada esta actividad es posible tener los egresos futuros y la producción de consulta externa y asignar el presupuesto clínico para cada una de las actividades.

TABLA No 41
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
COMPARACIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA POR UPH
Y POR GDR. EN ACTIVIDADES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIA
SERVICIO DE CIRUGIA

PRESUPUESTO POR UPH	VALOR UPH 2002	UPH PREVIST	ASIGNACIÓN PRE
	42.138,46	23.907,45	1.007.423.329,17

HOSPITALIZACIÓN	UNIDADES	EST MEDIA	TOTAL EST	U.P
TOTAL DE PROCESOS	1.805	3,56	6.421,19	1.511,9638
PROCESOS POR GRD	1.312	2,75	3.614,42	
TOTAL RESTO PROC.	493	4,36	2149,48	

CONSULTA EXT		UP		
PREVISTAS	31.256	PACTADO		1.278,70
PRIMERA VEZ	16.946	PRIMERA VEZ	16.945,86	1.068,8563
SUBSECUENTE	0	SUBSECUENTE	7.132,39	142,6478

PRESUPUESTO HOSPITALIZACIÓN		VAL PUNTO GRD	TOT. PTS. GRD	TOTAL COSTE
TOTAL DE PROCESOS	1.805	86.905,76		
U.P	1.511,96			
COSTE				131.398.359,17

PRESUPUESTO AMB.	PNT GRD	VAL. PNT GRD	COSTE	
CONSULT. PRIM-VEZ	1.278,70	86.905,76	111.126.753,15	
CMA	761,00		66.135.281,37	
PRESUPUESTO				177.262.034,52

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5.1.1 Producción servicio de cirugía y otros servicios

- Se aprecia un claro aumento en la producción del servicio de cirugía durante el año 2002 que corresponde al año de aplicación del sistema de asignación presupuestaria de GDR
- De los resultados obtenidos las cifras demuestran que este incremento de la producción se debe a las condiciones favorables del nuevo sistema de asignación de recursos financieros (relación causa efecto).
- El análisis comparativo de los servicios refuerza la tesis de que el mayor impacto a favor de la productividad y la eficiencia, se dio en el servicio de cirugía que fue en donde el sistema presupuestario tuvo aplicación.
- La suspensión del sistema de asignación en el año 2003 llevó a una disminución en la producción a nivel de hospitalización, lo que se justifica por el hecho de no haberse aplicado el presupuesto clínico.
- Debe buscarse una nueva metodología para asignar el presupuesto, que tome en cuenta la complejidad de la producción, en vez de la elaboración de un presupuesto histórico que no motiva la eficiencia.

5.1.2 Complejidad

- El aumento de un 67% en el promedio de estancias se debió a una elevación considerable del nivel de complejidad de las patologías atendidas durante el año 2002. Esta afirmación se confirma por la tabla de GDR del servicio de cirugía para este año.

- Los pesos relativos por GDR, si bien es cierto, dan una visión de aumento o disminución de la complejidad de los casos atendidos a nivel hospitalario, existe otro patrón del comportamiento anual que debe tomarse en cuenta como es la inclusión o la exclusión de los GDR en los 50 primeros diagnósticos de atención, esto se traduciría en un incremento de la equidad en la atención hospitalaria. Se observa que el año 2002 se incluyen en este listado 8 GDR que no se registraban en los períodos previos.

5.1.3 Eficiencia

- La aplicación del coeficiente de ineficiencia (CINE), abre las puertas a una nueva forma de análisis hospitalario, ya que permite correlacionar la producción con otras variables importantes por ejemplo, el gasto y las UPH, sin ser estas las únicas variables que se pueden correlacionar.
- Al realizar la comparación de los servicios, se tiene que en el año 2002 todos tuvieron una leve disminución del CINE, pero en el servicio de cirugía se hace evidente.
- El servicio de cirugía es el de menor CINE de los cinco servicios en el año 2002, dicho de otra forma el servicio de cirugía es el menos ineficiente, mientras que servicios con una alta producción y los costos menores tienen CINE alto, como por ejemplo el servicio de obstetricia.

5.2 Recomendaciones

- La Dirección General del Hospital San Vicente de Paúl debe generar las directrices para el establecimiento de un sistema de información gerencial confiable que sirva como base para la toma de decisiones, que aparte de ser integrado permita el acceso a todos los funcionarios que lo necesiten.
- El equipo gerencial del Hospital San Vicente de Paúl debe solicitar a nivel central la licencia de GDR para la aplicación de planes como el propuesto, y hacer conciencia sobre la necesidad de la misma para mejorar la productividad, la eficiencia y la calidad de los servicios .

- La Dirección General del Hospital San Vicente de Paúl debe extender el análisis de este estudio a otras áreas con el fin de poder realizar comparaciones de utilidad, previo plan de capacitación y motivación a las jefaturas.
- La Caja Costarricense de Seguro Social a través de la Dirección de Presupuesto debe buscar otras alternativas de asignación de recursos financieros que no impliquen aspectos históricos.
- La Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la Gerencia de División Financiera debe implementar el modelo de asignación de recursos en otros centros hospitalarios y evaluar el resultado. Este modelo se ajusta cabalmente a la normativa actual de control interno por lo que sería muy deseable su aplicación a nivel institucional.

6. Bibliografía

6.1 Bibliografía citada

1. Moze B. Unnecessary hospitalizacion days. Isr. J. Med. L989. 25: 360-361
2. Enrique Gómez Fernández, editorial, ANALES. El contrato-programa como innovación tecnológica en el campo de la gestión hospitalaria
3. Tobar F. La intervención de los servicios públicos de salud. Tesis de doctorado. Universidad del Salvador, Buenos Aires. 2000, documento mimeografiado.
4. Ginés González García, Las reformas sanitarias y los modelos de gestión, Temas de actualidad, Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública (9) 6, 2001.
5. Martín Pérez EM, Geriatrianet.com, Revista electrónica de Geriátría y gerontología, Vol. 3, Núm. 1 año 2001.
6. Caja Costarricense de Seguro Social, ¿Por qué cambiar el sistema de asignación de recursos? PG 4
7. Grupos de Diagnóstico Relacionados
8. Hacia un nuevo sistema de asignación de Recursos. Proyecto de Modernización. CCSS. Pág. 52.
9. Jaramillo Antillón Juan, Principios de Gerencia y administración de servicios médicos y Hospitales. Primera edición, San José Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica: Editorial Nacional de la Seguridad Social, 1998. Pág. 178.

³⁸ Analisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid España.

10. Administración financiera de la República y Presupuestos Públicos Ley No. 8131. Publicaciones Jurídicas Enero 2002
11. Casas, Mercé. GRD Cuadernos de Gestión Clínica. IASIST, 1995. España
12. Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de la Sanidad y Consumo, Madrid, España.
13. Mejía Estañol Magdalena. La economía de la salud y la evaluación económica. Universidad La Salle, México.
14. Barrantes, Rodrigo. Investigación "Un Camino al Conocimiento". San José, Costa Rica: EUNED. 2002
15. Del Llano Señaris, Juan. Ortún Rubio, Vicente. Et. Al. Gestión sanitaria innovaciones y desafíos. Editorial Masson S.A, 2000. Barcelona España.
16. Casas, Mercé. Cuadernos de Gestión de Gestión Clínicas: GRD Una guía práctica para médicos. Iasist 1995. Barcelona – España.

6.2 Páginas Web

1. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Ginés González García.
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma>
2. [WWW.hospitalheredia.sa.cr](http://www.hospitalheredia.sa.cr) historia del hospital.
3. www.Diccionarios.com. Enciclopedia Universal Larousse.
4. Donahue III, Manus J. Noticias de Ciencia y Tecnología de aummas: Noticia Número 21. Noviembre 2002. www.aummas.com
5. www3.uji.es/~mateu/tema4-d37.doc, Medidas de forma y concentración.

6.3 Bibliografía consultada

1. Barquín Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. Séptima edición McGraw Hill. México 2003
2. Hospital San Vicente de Paúl. Depto de Redes. Anuario Estadístico 2000-2003.
3. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Depto de Estadística. Anuario Estadístico 2000 - 2003
4. Malagón Londoño y otros. Auditoría en Salud. Para una gestión eficiente. 1era edificación. Editorial Médica Panamericana. Colombia 1998
5. Cercone James A. ¿Qué podemos aprender de Reformas Europeas en Salud?. Conferencia Sanigest Internacional. San José Costa Rica. Marzo 2003
6. Hospital San Vicente de Paúl. Análisis de la producción año 2002.
7. Hospital San Vicente de Paúl. Sistema Automatizado de Gestión Hospitalaria (GALEN). 2001 – 2003
8. Zamora a. Carlos. Evolución y Estado Actual del Sistema Hospitalario de la C.C.S.S. Conferencia presentada en homenaje a la memoria del Dr. Luis Asís Beirute en el Auditorio 1887 del Centro Nacional de Cultura en San José, Costa Rica. Noviembre 6, 2001
9. Yañez G. María de Lourdes. Guía Técnica para la evaluación del negocio, la calidad, la seguridad y el ambiente en la empresa. PANORAMA EDITORIAL. Primera Edición. México 2001.
10. Del Llano Señarís Juan, Ortún Rubio Vicente y otros. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Editorial MASSON, S.A. España 1998

11. Borrel. Carme y otros. La medición de las desigualdades en salud. Febrero 199. Barcelona.
12. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Financiero Contable. Depto de Costos. Sección Costos Hospitalarios. Programa Servicios Médicos Seguro de Salud. Anuario 2002.
13. Quintana Carlos. Elementos de Inferencia Estadística. Primera Reimpresión. San José Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica. 1993.
14. Arellano G. Jaime. Elementos de Investigación. Primera edición. San José Costa Rica, Editorial de la UNED, 1985.
15. Rosemberg. Jerry. Diccionario de Administración y Finanzas. Grupo Editorial Océano. Barcelona España. 1995.
16. Méndez, Carlos. Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en Ciencias Económicas, Contables y Administrativas. Segunda Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A. Colombia, 1997.
17. Baca Urbina, Gabriel. Evaluación de Proyectos. Tercera Edición. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana de México s.A. de C.V., 1996

7 Anexos

Anexo No 1

“Corrado Gini, es el economista que propuso el conocido "índice de concentración de Gini" utilizado universalmente como medida de la equidad en la distribución de las rentas de una sociedad. Italiano, nacido en Motta de Livenza, Treviso, fue desde joven un ejemplo de multidisciplinariedad. Estudió matemáticas y derecho en la Universidad de Bolonia y fue profesor de materias tan diversas como estadística, economía, derecho, biometría, demografía y sociología en las universidades de Cagliari, Luigi Boconi (Milán), Padua, Roma y Minnesota.

Fue también responsable del departamento de estadística del Ministerio Italiano de la Guerra durante la primera guerra mundial; fue miembro de la "Comisión para los problemas de la Postguerra"; fungió como director del Instituto Central de Estadística (1926.1932) y colaborador de la Sociedad de Naciones. Igualmente participó en varias expediciones de investigación antropológica-demográfica en diversas zonas del globo.

*Sus principales aportaciones científicas pertenecen al campo de la **estadística**, por ejemplo, la teoría de las distribuciones, en la estimación de parámetros en la medida del valor y márgenes de error de variables, medidas de variabilidad, etc. En el campo de la **demografía** prestó una atención especial a los fenómenos migratorios.*

*Su concepción de los fenómenos sociales estaba muy influida por ideas biológico-evolutivos. Desarrolló una **teoría del metabolismo social** que proporciona una visión cíclica del desarrollo de la población, y un conjunto de teorías que denominaba **fisiopatología económica** para el estudio de las crisis económicas y sociales.”³⁹*

“En 1963, Edward Lorenz (meteorólogo del MIT) publica "Deterministic Nonperiodic Flow" sobre el comportamiento no lineal de un sistema de 3 ecuaciones lineales. Éste es un modelo simplificado de dinámica de fluidos

³⁹ Enciclopedia multimedia interactiva de economía: Grandes Economistas. www.eumed.net.

*aplicada a los cambios atmosféricos. Su trabajo sería la base formal de la
naciente "matemática del caos".* ⁴⁰

⁴⁰ Donahue III, Manus J. Noticias de Ciencia y Tecnología de aumas: Noticia Número 21. Noviembre 2002.
www.aumas.com