

# Reforma del sector salud en Costa Rica

Antecedentes, lo que sabemos de resultados, y algunas interrogantes

*Marcela Román Forastelli*

*26 de abril*

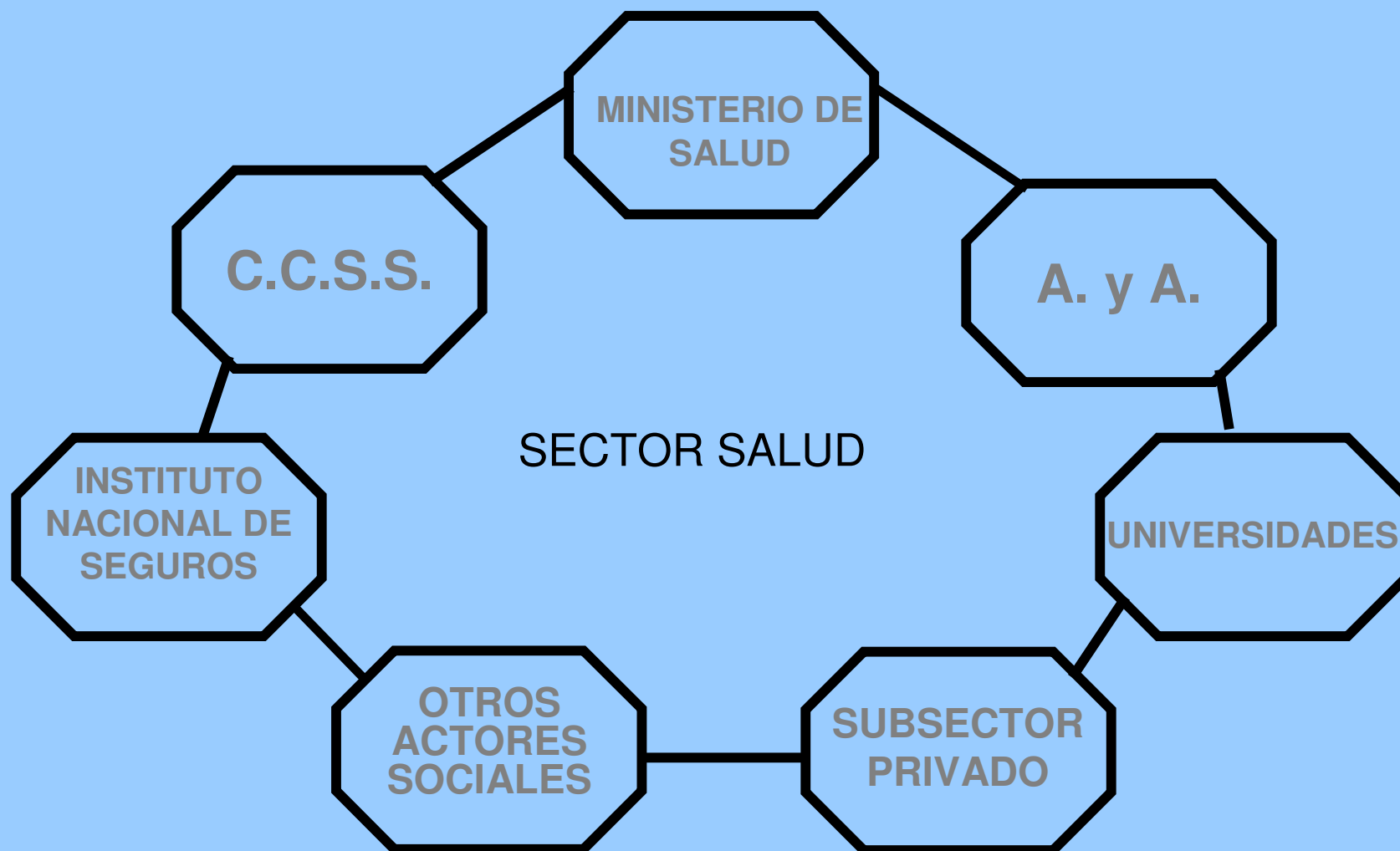
# Organización del contenido

- Antecedentes.
- Principales componentes del proyecto de reforma.
- ¿Cómo evolucionó la situación del país durante el proceso?
- Poca evaluación de resultados.
- Los datos posibles.
- Algunas interrogantes.

# Principales fuentes de información

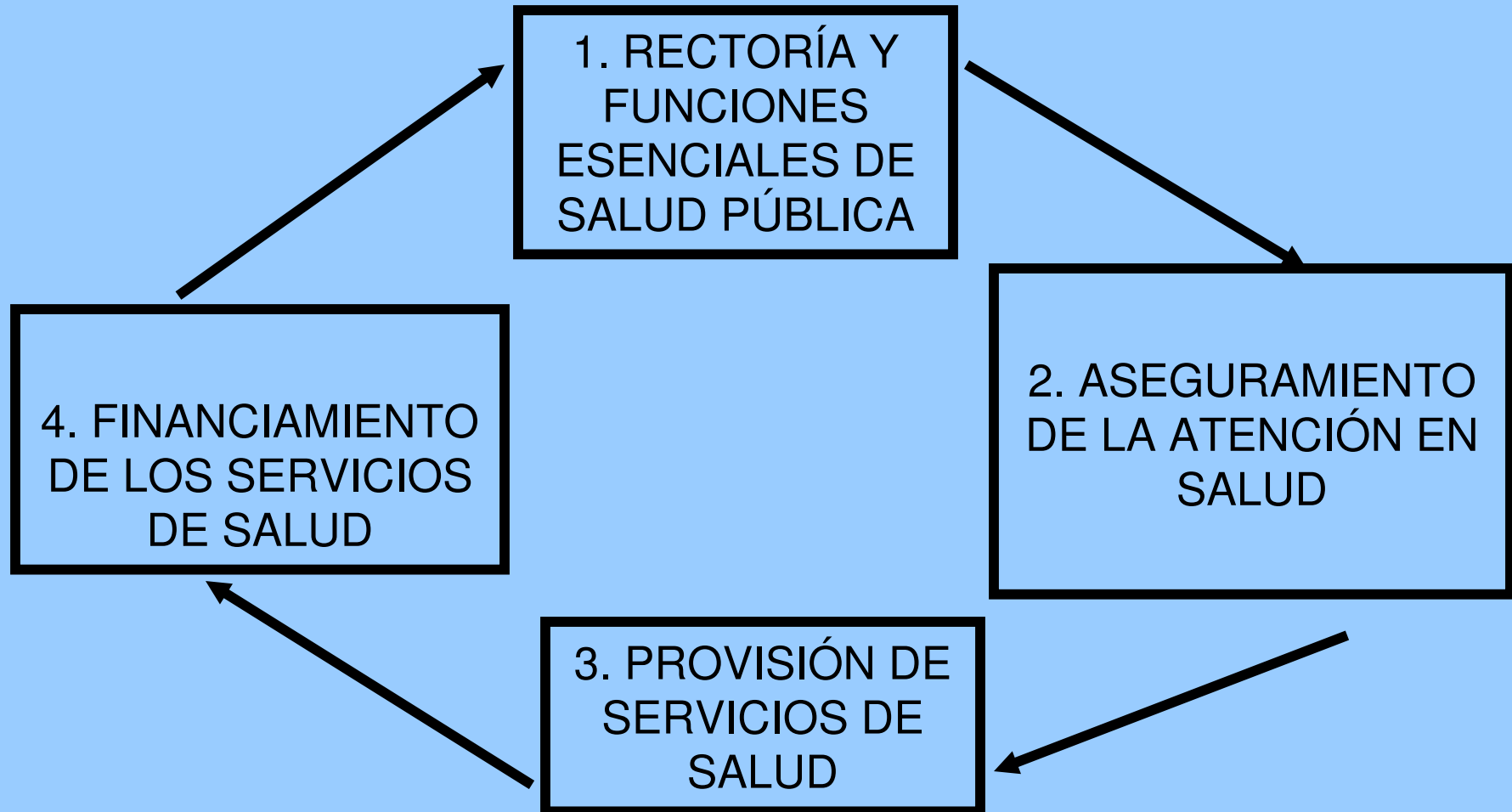
- Programa Estado de la Nación. Informes X y XI. 2004, 2005.
- Román, M.; Herrera, A. ; Orozco, A. 2002. La rectoría del sector salud: balance de logros y tareas pendientes. MES/UCR.
- Rosero, L.; Güel, D. 1998. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). INISA – OPS.
- Sáenz. M. Presentación del Análisis Sectorial de Salud. 2003.
- Arce, C. y Sánchez, J.C. 2001. Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social. CCSS.
- MINSA-OPS. 2003. Análisis Sectorial de Salud.
- OPS. 2001. Informe. Salud de las Américas. Costa Rica, 2002.
- World Bank. 2003. Implementation completion report on a Loan in the amount of US\$22 million to the Republic of Costa Rica for a Health Sector Reform Project.
- Price Waterhouse. Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. 1997
- MIDEPLAN-MINSA. Proyecto de Reestructuración del Ministerio de Salud. 1993.
- Contraloría General de la República. Reforma del Sector Salud. 1998.
- OPS/OMS. Análisis de las reformas del sector de la salud en los países de la subregión de Centroamérica y al República Dominicana.
- Martínez, J.; Castro, M. 2001. La reforma del sector salud: diseño en el papel y principales problemas en su implementación.
- Clark, M.A. 2002. Health sector reform in Costa Rica: reinforcing a public system. Tulane University.

# ¿Sabemos de quiénes estamos hablando?



- El sector salud está formado por actores muy dispersos y heterogéneos, con diferentes niveles de autonomía y capacidad financiera.
- Existe un amplio marco normativo que define funciones, responsabilidades, fuentes de financiamiento: Ley General de Salud, LGAP, Ley Orgánica del Ministerio, leyes de empréstitos, Constitución política, Decretos ejecutivos.
- La Ley le otorga al MINSA la función de rectoría.

# Funciones básicas del sistema de salud



**Antecedentes**

# **Antecedentes del proceso de reforma en Costa Rica**

Al iniciar la década de los noventa, en el marco de discusión sobre la reforma del Estado Costarricense, el Gobierno de la República emitió un decreto ejecutivo (20262-P-H-RE-S del 20 de febrero de 1991) mediante el cuál instaló una Comisión Evaluadora del Sector Salud. Esta Comisión identificó los principales problemas que el sector enfrentaba, y sus resultados sirvieron de base a la Unidad Preparatoria de Proyectos de MIDEPLAN que, con participación de funcionarios del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social elaboraron el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, publicado por MIDEPLAN en 1993.






# Dificultades que se proponían abordar

- Cambios en el patrón demográfico y de morbi-mortalidad que implicaban una demanda de tratamientos de mayor costo, que rebasan la capacidad de respuesta del sistema de salud.
- Servicios ambulatorios de salud que no lograban responder a los requerimientos de la nueva demanda (debilidades como brechas de cobertura en grupos de escasos recursos, centralización excesiva, dificultades de financiamiento, largos plazos de espera).
- Una visión curativa de los problemas de salud que había resultado en la separación de funciones preventivas en el Ministerio de Salud y curativas en la Caja Costarricense del Seguro Social, lo que impedía una atención integral de los problemas de salud.
- Procesos de reforma en el Ministerio de Salud habían debilitado los servicios de atención primaria (déficit de personal y centros de atención).
- Reducción de la participación del gasto público en salud dentro del gasto total.

## ¿Cómo se financió?

- Durante la década de los noventa una importante cantidad de recursos externos, apoyados con fondos locales de contrapartida, financiaron la ejecución de los componentes del programa.
- En su conjunto los fondos ascienden a \$254.530,4 millones (octubre de 1992 y marzo del 2004) .
- La responsabilidad por el cumplimiento de objetivos contenidos en los contratos de préstamos fue asignada por Ley a la C.C.S.S. (Unidad Ejecutora del Proyecto de Reforma).

| <b>NOMBRE</b>   | <b>ACREEDOR</b>  | <b>OBJETO</b>   | <b>MONTO EN \$<br/>(en miles)</b> |
|---|--|---|-----------------------------------|
| Aprobación del Contrato de préstamo suscrito entre el Banco Centroamericano de Integración Económica y el Gobierno de la República de Costa Rica.   | BCIE   | Reconstrucción de la Infraestructura Física de Salud de la Región Huetar Atlántica                              | 8,000.0                           |
| Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica.  | BID  | Financiar programa mejoramiento de los servicios de salud y construcción del Hospital de Alajuela.              | 42,000.0                          |
| Aprobación del contrato de préstamo suscrito entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.  | BIRF (BM)       | Proyecto Reforma de Salud   | 22,000.0                          |
| Aprobación del Convenio de crédito entre el Instituto de crédito oficial del Reino de España y la Caja Costarricense de Seguro Social y del Convenio de Financiación entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Banco Bilbao Vizcaya, S.A. | Instituto de Crédito Oficial del Reino de España \$20.000,0 y Banco Bilbao Vizcaya S.A. \$20.000,0 | Financiamiento del programa nacional de renovación del sistema hospitalario de la CCSS                          | 40,000.0                          |
| Aprobación del Contrato de Préstamo suscrito entre el Banco Centroamericano de Integración Económica y la Caja Costarricense de Seguro Social.  | BCIE   | Proyecto de construcción y remodelación del Hospital de Liberia Dr. Enrique Baltodano Briceño y otras unidades. | 27,175.4                          |
| Aprobación del acuerdo entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República de Costa Rica y el Ministerio de Relaciones Exteriores de Finlandia y el Convenio de Crédito y Cooperación.   | Banco Sampo PLC de la República de Finlandia   | Financiar compra de equipo y servicios relacionados con el programa de renovación de los hospitales nacionales. | 32,000.0                          |
| Aprobación del Contrato de Préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.  | BIRF          | Financiar el proyecto de fortalecimiento y modernización del Sector Salud                                       | 17,000.0                          |
| Aprobación del Contrato de Préstamo suscrito entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Banco Centroamericano de Integración Económica con la fianza solidaria del Gobierno de la República de Costa Rica                                  | BCIE   | Financiamiento del Proyecto denominado Plan Nacional de Infraestructura Hospitalaria.                           | 60,000.0                          |
| Aprobación del Contrato de Préstamo entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo, Programa de Desarrollo del Sector Salud.   | BID           | Financiamiento del Programa de Desarrollo del Sector Salud  | 6,355.0                           |

*Fuente: Contraloría General de la República.*

# El proyecto de reforma

# Componentes y objetivos de la Reforma del Sector Salud

|  |   |
|--|---|
| Fortalecimiento Institucional de la CCSS           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Adecuar el nivel central y regional de la CCSS, y promover la descentralización.</li></ul>  |
| Readecuación del Modelo de Atención de la CCSS     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Convertir al primer nivel de atención en la puerta de entrada al sistema e implementar la atención integral como estrategia.</li></ul>  |
| Nuevo modelo de asignación de recursos financieros | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sustituir la asignación de recursos de tipo histórico e incrementalista por una asignación prospectiva, competitiva y ligada a objetivos y metas de producción y calidad de los servicios de salud.</li></ul> |
| Rectoría del Ministerio de Salud                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Asumir el rol rector, definir la política nacional de salud. Transferir las funciones operativas de atención a las personas a la CCSS.</li></ul>  |

# ¿Parte de una moda?

- Los temas de reforma del Estado y descentralización han estado presentes en la agenda nacional y regional de discusión desde hace al menos dos décadas.
- Una evaluación de los procesos de reforma en Centroamérica y República Dominicana (OPS/OMS, 2000) permite identificar similitudes y diferencias de proceso de Costa Rica en el marco regional.
- Las lecciones de la experiencia internacional señalan que los ritmos a los que caminan los procesos de reforma dependen de las condiciones institucionales de cada país, y mientras más débil sea el desempeño del Ministerio de Salud, mayor son los riesgos de que el rumbo que tome el Sistema Nacional de Salud no sea el adecuado.

## Análisis de las reformas del sector salud en los países de la subregión de Centroamérica y la República Dominicana

| ASPECTOS  | IMPLEMENTACION   |
|---|--|
| 1. Génesis de las reformas.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Guatemala y Costa Rica a finales de los 80.</li> <li>- Resto de los países durante los 90.</li> </ul>  |
| 2. Principales razones declaradas para iniciar las reformas:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar la cobertura de los servicios de salud.</li> <li>-Incrementar la eficiencia.</li> <li>-Mejorar la calidad en la provición de servicios de salud.</li> <li>-Proceso iniciado por el Ministerio de Salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nicaragua es el unico país donde los inicios de la reforma los dirige el sector económico.</li> <li>- El resto los inicio el Ministerio de Salud o Secretarías de Salud.</li> </ul>  |
| 3. Dinámica de las Reformas.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría estuvo o estan ligados al proceso de reforma del estado.</li> <li>-Los Ministerios de Salud son los principales protagonistas aunque hay participación de diversos actores.</li> <li>-Presencia importante de organismos internacionales como: OPS/OMS, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial</li> <li>-Limitada participación de la población.</li> </ul> |

| ASPECTOS   | IMPLEMENTACION  |
|--|---|
| 4. Existencia de agenda de reforma.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Todos los países.</li> <li>- Excepto Costa Rica y Belice.</li> </ul>  |
| <p>5. Puntos desarrollados en la agenda de reforma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reorganización y reestructuración de las instituciones proveedoras de servicios de salud.</li> <li>- Introducción de nuevas modalidades en la provisión de servicios de salud.</li> <li>-Modernización del marco jurídico del sector salud.</li> <li>-Reorientación en la asignación de recursos públicos con mayor nivel de eficiencia y equidad.</li> <li>-Garantía de acceso a los servicios de salud y sostenibilidad financiera.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-El Salvador, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.</li> <li>- El Salvador y Nicaragua.</li> <li>-El Salvador y República Dominicana.</li> <li>- Guatemala y Panamá.</li> <li>- Guatemala, Panamá y República Dominicana.</li> </ul>   |
| 6. El proceso de Reforma sectorial se ha inscrito de diversas formas en los países.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belice, Comisión Nacional de Reforma del Est</li> <li>-El Salvador, Programa Nacional de Reforma y Modernización del Estado.</li> <li>-Guatemala, Programa de desarrollo y de modernización del Estado.</li> <li>- Honduras, Programa de Modernización del Sistema de Servicios de Salud.</li> </ul> |



| ASPECTOS               | IMPLEMENTACION   |
|------------------------|--|
| 15- Modelo de gestión. | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tendencia a avanzar en la introducción de acuerdos o compromisos de gestión, subrogación de servicios, copagos por los usuarios y nuevas modalidades de asignación de recursos.</li> <li>-Algunos países han desarrollado la posibilidad legal y la capacidad institucional para implementar la compra y venta de servicios a terceros.</li> <li>-No se han adoptado criterios empresariales de autogestión para los establecimientos sanitarios públicos.</li> </ul>                          |
| 16- Recursos Humanos.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-No se ha producido modificaciones importantes en los procesos de formación para responder a las necesidades planteadas por las reformas.</li> <li>-Pocos cambios en curriculos de pregrado y postgrado.</li> <li>-Participación de los trabajadores en salud y sus representantes en el proceso han sido limitadas.</li> <li>-No hay claramente estímulos al desempeño del personal.</li> <li>-Se enfocan a promover la practiva profesional medico y tecnico de atención primaria.</li> </ul> |

| ASPECTOS  | IMPLEMENTACION   |
|---|--|
| 17- Calidad y evaluación de tecnologías en salud. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría de las iniciativas en calidad se han circunscrito al desarrollo de encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios.</li> <li>- Se ha impulsado la creación de círculos de calidad en los centros de salud.</li> </ul>   |
| <b>18- Evaluación de resultados.</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Los países suministran información muy limitada sobre los resultados obtenidos.</b></li> </ul>   |
| 19- Equidad.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Panamá presento mejora en la cobertura sobre el programa de inmunizaciones</li> <li>-Costa Rica y Panamá presentaron avances en la cobertura de control prenatal y orientación de anticonceptivos en mujeres.</li> <li>- Con relación al acceso a los servicios solo se tiene información sobre la ampliación de los horarios de atención.</li> </ul> |
| 20- Equidad en la distribución de los recursos.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe un incremento en la distribución de los recursos y en la disponibilidad de recursos humanos principalmente en médicos y enfermeras, sin embargo esto no permite estimar si es suficiente para cubrir la demanda estimada.</li> </ul>   |

| <b>ASPECTOS</b>                                  | <b>IMPLEMENTACION</b>   |
|--|---|
| 21 –Efectividad y calidad.                       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sobre efectividad los países no han presentado información.</li><li>- Sobre calidad, se informa de conformación de comités de calidad.</li><li>-A pesar que en algunos países se senala la posibilidad de que el usuario seleccione el prestador del servicio, a menudo no sucede.</li><li>-Se han implementado encuestas de opinión de los usuarios.</li></ul>   |
| 22- Eficiencia en la asignación de los recursos. | <ul style="list-style-type: none"><li>- Se han introducido mecanismos más eficientes en lo relativo a los recursos de cooperación externa y a la recuperación de costos.</li><li>-No hay evidencia de que la reforma haya influido decisivamente sobre el suministro de agua potable, alcantarrillado y disposicion de excretas.</li><li>- No hay evidencia de que la reforma haya influido en la reasignación de recursos para el desarrollo de acciones intersectoriales y programas de prevención de patologías de alta prevalencia.</li></ul> |

En resumen, y comparando con el resto de países latinoamericanos, con relación al ejercicio de la rectoría, los comportamientos más generalizados son:

- Poca capacidad de influir para lograr una adecuada política de financiamiento del sector: liderazgo, negociación.
- Poca capacidad para garantizar los planes de salud que requiere la población: liderazgo, planes de salud, compra de servicios.
- Poca capacidad para enfrentar y armonizar la creciente diversificación de la provisión de los servicios de atención directa a las personas: Gestión de políticas, liderazgo, negociación, planes de salud, compra de servicios.

¿Cómo le fue al país en general durante los años de implementación de la reforma?

Valoración del X Informe Estado de la Nación

## X Informe estado de la Nación: valoración general

- El Décimo Informe testimonia una época de profundos cambios en la política, la economía y la sociedad costarricenses. En los distintos órdenes de la vida social, y por diversas y contrastantes tendencias, la Costa Rica del 2003 era muy distinta a la de 1990.
- No fue una época de estancamiento, tampoco otra “década perdida”. Sin embargo, desde una perspectiva estratégica, fue una época insuficiente que, además, partió de una situación menguada por la crisis de la deuda de los ochenta.

## X Informe estado de la Nación: valoración general

- Una época que inició con la consolidación de un nuevo estilo de desarrollo se encuentra, hoy en día, enzarzada en crecientes conflictos distributivos sobre posesiones y posiciones.
- El crecimiento por sí solo resultó insuficiente. La advertencia sobre la necesidad de combinar metas económicas y sociales para salir del atascadero era, además de ética, extremadamente realista: crecimiento y estabilidad con fortalecimiento de la inversión social y redistribución del ingreso, en favor de los más pobres. Pero solo se avanzó parcialmente en algunas partes de ese conjunto; en otras se involucionó.

## X Informe Estado de la Nación: valoración capítulo Equidad e integración social

- En los últimos diez años no hubo una conexión inmediata entre la expansión de capacidades en desarrollo humano y el logro de una mayor equidad. Costa Rica logró ampliar las capacidades de sus habitantes en el ámbito del desarrollo humano, pero la sociedad también se volvió más inequitativa.
- Además, los logros en desarrollo humano no fueron homogéneos en todos los ámbitos. En algunos se experimentaron retrocesos considerables, como en el caso de la seguridad ciudadana, en torno a la cual los datos sugieren que la sociedad costarricense tiene hoy mayores problemas de violencia delictiva, especialmente en los delitos contra la propiedad y contra la vida.



## Una sociedad que cambió...

- De mayor tamaño (3.050.556 a 4.169,730)
- Más urbana (50% a 59%)
- Más diversa (extranjeros aumentaron de 3,7% a 7,8%)
- Más longeva (esperanza de vida para de 76,8 a 78,6).
- Disminuyen personas en edades jóvenes y aumentan las de edades avanzadas.
- Aumentan familias nucleares sin hijos y monoparentales.
- Incremento de delitos cometidos en ocasión de robo o asalto, aumento en las víctimas muertas por armas de fuego y las muertes por droga o por encargo.

# Se ampliaron las oportunidades

- Salud: Se crean y expanden de los EBASIS. Preocupa sostenibilidad del sistema. En el 2003 solo el 44,7% de la PEA estaba cubierta por del régimen de IVM.
- Inversión social: crece en los noventa, aunque no superamos los setenta. Mejora la distribución de la inversión social (regiones, grupos de edad, género) pero esto no logra revertir las brechas existentes.
- La inversión social per cápita recibida por el quintil más rico superaba la recibida por el más pobre en 69% en los noventa y para el 2002 es todavía un 49% más alta.
- Disminuye porcentaje de hogares vulnerables pero hay alarmas.
- Importantes sectores de población no asegurada en los estratos de ingreso inmediatamente superiores a la línea de pobreza. Un 55,4% de las personas de más de 60 años no esta pensionada ni cotiza.
- A medida que se reduce el ingreso de los ocupados aumenta la no cotización (88% de los ocupados en hogares de extrema pobreza).

# Desempeño del sector salud en relación con los principios básicos del sistema

## Universalidad:

- Aumenta la cobertura global del seguro de salud de 81.9% en 1990 a 86.8% en 2003 (seguro por cuenta del Estado para población en condición de indigencia).
- La cobertura contributiva de la PEA más bien disminuyó de 67.1% en 1990 a 53.4% en 2004. Más dramático en el caso de trabajadores independientes (39.1%).
- La creación de los EBAIS aumentó no solo la cobertura, sino el acceso de la población a los servicios de salud.

## Equidad:

- Diferencias espaciales en cobertura total y en el tipo de atención. Existen diez cantones que tiene coberturas de entre 77% y 53% inferiores al promedio nacional (Censo 2000).
- Pérdida relativa de las formas contributivas de aseguramiento (23,8% asegurados directos 2004).

## Sostenibilidad:

- La tasa de gasto global de operación es mayor a la tasa de cotización (Dirección actuarial).
- Creciente incumplimiento del Estado de sus obligaciones financieras con la CCSS (Deuda de FODESAF cercana a los 200.000 millones de colones).
- Se redujo la participación relativa de la inversión en salud respecto a la ISP total en casi cuatro puntos. Escaso crecimiento en términos per cápita.

# Desempeño del sector salud en relación con los cambios institucionales

Eficiencia: resultados dispares.

- Por ejemplo, mejoran indicadores hospitalarios, pero persisten importantes problemas con listas de espera.

Reformas institucionales:

- Separación de funciones entre el MINSA y la CCSS.
- Constitución de los EBAIS.
- Creación de los compromisos de gestión.
- Creación de la SUGESS y las Juntas de salud.
- Programa de garantía de calidad (habilitación y acreditación de establecimientos de salud).
- Crecimiento de la compra de servicios de salud a proveedores de distinta naturaleza (cooperativas, UCR, empresas privadas).

Lo que no cambió:

- Escaso desarrollo de seguros privados.
- Modelo de asignación histórica de los presupuestos de la CCSS.

¿Qué dicen los pocos estudios que evalúan de resultados del proceso de reforma?

Rosero, L.; Güel, D. 1998. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). INISA – OPS.

- ¿Cuán equitativo es el acceso a los servicios de salud en Costa Rica? ¿Hasta qué punto el actual proceso de reforma del sector salud ha alterado el entorno de oferta de servicios y su accesibilidad?
- Respecto a la demanda de servicios y su localización espacial, en el contexto del proceso de reforma, el estudio encuentra que la reforma ha tenido lugar primero en lugares apartados, en poblaciones más dispersas y de menor condición socioeconómica.
- Las tendencias en la salud de estas poblaciones, medidas con la tasa de mortalidad infantil, no son diferentes que en las poblaciones que no están participando en la reforma.
- En lo referente al acceso a los servicios de salud y su equidad, en cambio, la reforma sí parece haber tenido un impacto, pues ha mejorado el acceso en las poblaciones que se encontraban en situación menos favorable, reduciendo las inequidades.

- La reforma del sector salud en Costa Rica se ha iniciado en áreas periféricas, de menor nivel socioeconómico, con una población más dispersa y con menor acceso a servicios y en las cuales los establecimientos de salud son de menor tamaño y menor complejidad.
- Gracias fundamentalmente al establecimiento de los EBAIS, la reforma ha reducido la brecha en la equidad de acceso. La proporción de población con acceso deficiente o inequitativo a los servicios de salud pasó de 20% a 15% en las áreas pioneras que iniciaron la reforma en 1995. En cambio, en las áreas que no se ha producido la reforma, la proporción con acceso deficiente se ha mantenido en alrededor de 3,5%.
- El progreso en las áreas de la primera ola de la reforma fue, sin embargo, mínimo en la equidad de acceso medida por la distancia al establecimiento más cercano. Esto sugiere que las ganancias se han debido, no tanto a la apertura de nuevos establecimientos, sino a la mejora de los existentes, especialmente con la creación de los EBAIS.

## Arce, C. y Sánchez, J.C. 2001. Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social. CCSS.

- El proceso de reforma del sector salud muestra avances importantes en áreas estratégicas: calidad, mejoramiento del nivel y composición de la inversión, reducción de la infección intrahospitalaria, la equidad y la participación social. Sin embargo, aún existen áreas donde los avances son modestos, principalmente el componente de asignación de recursos y la consolidación de la separación de funciones entre el comprador, financiador y proveedores, asimismo en la introducción de ciertos grados de libertad de elección del usuario del prestador de servicios de salud, y fundamentalmente en el diseño del rol de asegurador público de la CCSS.
- Compara pocos indicadores entre 1997 y el 2001.



- Sobre equidad: señala aumentos en la cobertura por implementación de los EBAIS y mejora en equidad citando a Rosero.
- Sobre eficiencia en la gestión de los recursos públicos: destaca aumento en la inversión total y per capita en salud y el incremento en el % destinado al primer nivel.
- Sobre calidad de la provisión de los servicios de salud: cita disminución de las infecciones intrahospitalarias, disminución de estancias innecesarias prolongadas, aumento de la atención ambulatoria y de las consultas por primera vez.
- Sobre el fortalecimiento de la regulación sanitaria: menciona creación de la SUGESS y que la implementación de CdG mejora la percepción sobre la eficacia de los mecanismos de control, fiscalización y sanción.
- Sobre participación social: valora la creación de las Juntas de Salud, las Contralorías de Servicio y la promulgación de la carta de derechos y deberes de los asegurados.
- Sobre otros avances: rápida cobertura de compromisos de gestión.

## World Bank. 2003.

- The Health Sector Reform Project for Costa Rica had a highly satisfactory outcome with highly likely sustainability, high institutional development impact, and highly satisfactory performances by both the Bank and the Borrower.
- The project ' s achievements included both health outcomes and institutional changes. In terms of health outcomes the project has made contributions in four areas: extending the primary care model to nearly 100 percent of the population; reducing the demand for hospitalization in areas of avoidable morbidity; reduction of infant mortality; reduction of hospital infections through improved monitoring and evaluation under the management agreements and the development of quality assurance mechanisms.
- With regard to institutional changes, the project demonstrates progress in terms of the introduction of the PHC model, the separation of functions, changes in financial resource management, and the introduction of performance based payment systems.

## Clark, M.A. 2002. Health sector reform in Costa Rica: reinforcing a public system. Tulane University.

Four important themes emerge from the Costa Rican “story.”

- First, the health reforms reflect a mix of priorities dating from the original negotiations
- between the Costa Rican government and the World Bank. While the Costa Ricans were
- concerned to restructure primary care and steer more resources toward that level, World Bank representatives pushed for the separation of the purchasing and providing functions within the public system as well as other institutional modifications.
- Second, we can see the importance of “change teams” in directing the health reforms toward particular goals. The turnover of political appointments resulting from the change of government in 1998 led to the substitution of one change team and its priorities by another.
- Third, the actual degree of independent decisionmaking for operating units under deconcentration has been quite limited.
- Fourth, the Costa Rican reforms have combined rapid and gradual implementation (EBAIS) along with extensive consultation and negotiation with stakeholders (Desconcentration process).

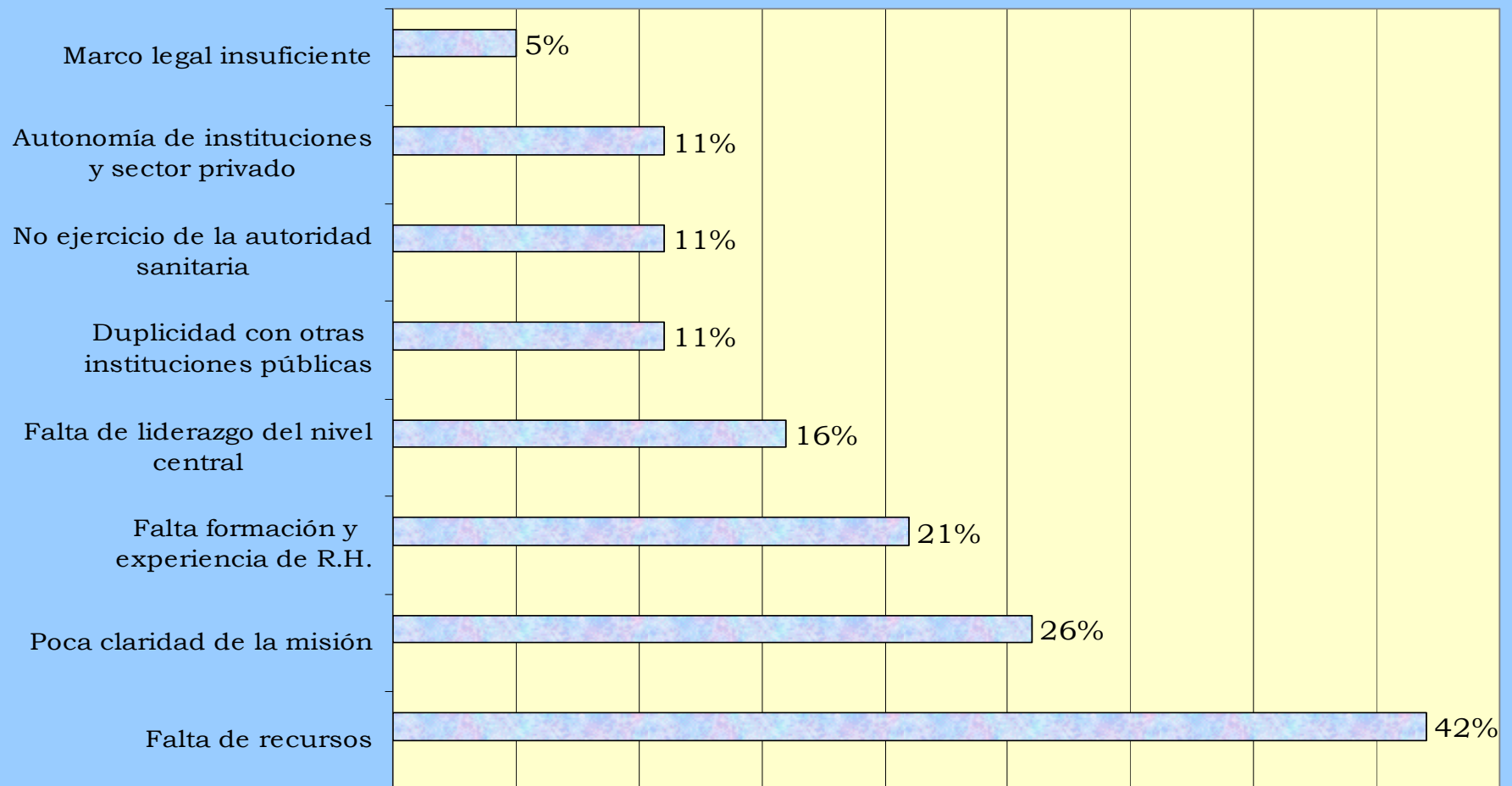
## Matínez, J. 2001. La reforma del sector salud: diseño en el papel y principales problemas en su implementación.

- Estudia las inconsistencia entre la propuesta conceptual y el proceso de implementación.
- Critica la desatención de los riesgos que dicha inconsistencia conlleva para el sistema de salud y para los principios de la seguridad social.
- Se concentra en cinco preocupaciones: descentralización sin mejora de las capacidades centrales de planificación estratégica y mecanismos de control; conflicto de intereses que genera la creciente importancia de la prestación de servicios por proveedores privados, falta de acciones decididas para fortalecer la capacidad recaudadora de la CCSS, escasa participación ciudadana y rendición de cuentas y, debilidad de la función de rectoría.

## Los datos posibles

Algunas reflexiones generales alrededor del  
Análisis sectorial en salud, y otras fuentes.

## CAUSAS DEL EJERCICIO PARCIAL DE LA RECTORÍA POR EL MINISTERIO DE SALUD



\* Ministerio de Salud. Encuesta de opinión de actores sociales 2002.

## SITUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO SECTORIAL

- Roles poco definidos, duplicidad-traslape de funciones
- Rectoría sectorial, aún no se ejerce plenamente
- Reforma incompleta, procesos en desarrollo
- Modernización institucional no es homogénea
- Frágiles mecanismos de regulación en salud
- Planificación sectorial de corto plazo, no estratégica
- Capacidades limitadas, resistencia para nuevos roles
- Limitados recursos financieros y tecnológicos
- Desconcentración mínima, persiste el centralismo
- Estructuras organizacionales no orientadas al usuario
- Diferente regionalización de Ministerio de Salud y CCSS

# SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO Y LA PROVISIÓN

- Sólo el 81% de la población cuenta con seguro público de salud
- Inequidad en el aseguramiento cantonal; oscila entre 51% y 93%
- Existe inadecuada utilización y entrega de los servicios de salud
- No se garantiza equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad
- No existe sistema de regulación económica de mercados de salud
- Existen debilidades en los sistemas de información para gerencia
- Insuficiente investigación para analizar oferta, demanda y calidad
- Débiles procedimientos de acreditación, habilitación y evaluación
- Equipos de mejoramiento continuo de calidad sin seguimiento
- Necesario apoyo permanente a proyectos de mejora de calidad



# LA DEMANDA. COBERTURA Y CALIDAD INSUFICIENTES

Cuadro N° 1  
Costa Rica: cobertura de atención integral total y con calidad,  
según programa de atención  
2001

| Programa                          | Cobertura total* | Cobertura con criterios de calidad |
|-----------------------------------|------------------|------------------------------------|
| Adulto Mayor                      | 46.66%           | 32.65%                             |
| Diabéticos                        | 65.07%           | 18.81%                             |
| Hipertensos                       | 75.51%           | 26.63%                             |
| Tamizaje de Hipertensión Arterial | 98.6%            | n.a.                               |
| Atención Prenatal                 | 82.08%           | 43.34%                             |
| Adolescentes                      | 35.75%           | 24.58%                             |
| Niños de 1 a 6 años               | 43.83%           | 35.29%                             |
| Niños menores 1 año               | 89.66%           | 53.55%                             |
| Niños menores de 28 días          | 56.00%           | 38.00%                             |

\* El denominador utilizado es la proyección, con base en los datos del censo 2000, de la población objetivo de cada programa, a junio del 2001.

**Fuente:** Dirección compra de Servicios de Salud. Informe de evaluación de compromisos de gestión, año 2001. Marzo, 2002.

# AUMENTA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS A TERCEROS

Caja Costarricense de Seguro Social. Seguro de Salud  
 Contratación de Servicios por partidas presupuestarias  
 Años 1997 - 2001  
 (en millones de colones)

## SERVICIOS CONTRATADOS A TERCEROS. AÑO 2000

| Año  | 2188    | 2190    | 2191    | 2192    | 2193 | TOTAL   | % var. |
|------|---------|---------|---------|---------|------|---------|--------|
| 1997 | 301,7   | 1.843,0 | 300,1   | 376,5   | 37,7 | 2.859,0 | -      |
| 1998 | 566,3   | 2.267,4 | 404,3   | 517,8   | 46,1 | 3.801,9 | 33,0   |
| 1999 | 4.544,6 | 0,0     | 600,5   | 670,2   | 51,7 | 5.867,0 | 54,3   |
| 2000 | 6.819,1 | 0,0     | 789,0   | 962,9   | 56,6 | 8.627,6 | 47,1   |
| 2001 | 7.630,4 | 0,0     | 1.012,2 | 1.259,4 | 60,3 | 9.962,3 | 15,5   |

Fuente: Informes de liquidación presupuestaria más Inf. Liquidación compromisos presupuestarios 1

Partidas presupuestarias:

- 2188 Contratación de servicios médicos, farmacia y laboratorio
- 2190 Contratación de servicios área de salud
- 2191 Contratación limpieza de edificios
- 2192 Contratación de servicios de vigilancia
- 2193 Contratación de servicios mantenimiento zonas verdes

### SERVICIO

|                   |   |
|-------------------|---|
| SEGURIDAD         | 5 |
| LIMPIEZA          | 4 |
| MEJORAMIENTO ORG. | 4 |
| LABORATORIO       | 4 |
| LAVANDERÍA        | 2 |
| APOYO DIAGNÓSTICO | 1 |
| ALIMENTACIÓN      | 1 |
| OTROS             | 1 |

FUENTE: ENCUESTA 2002

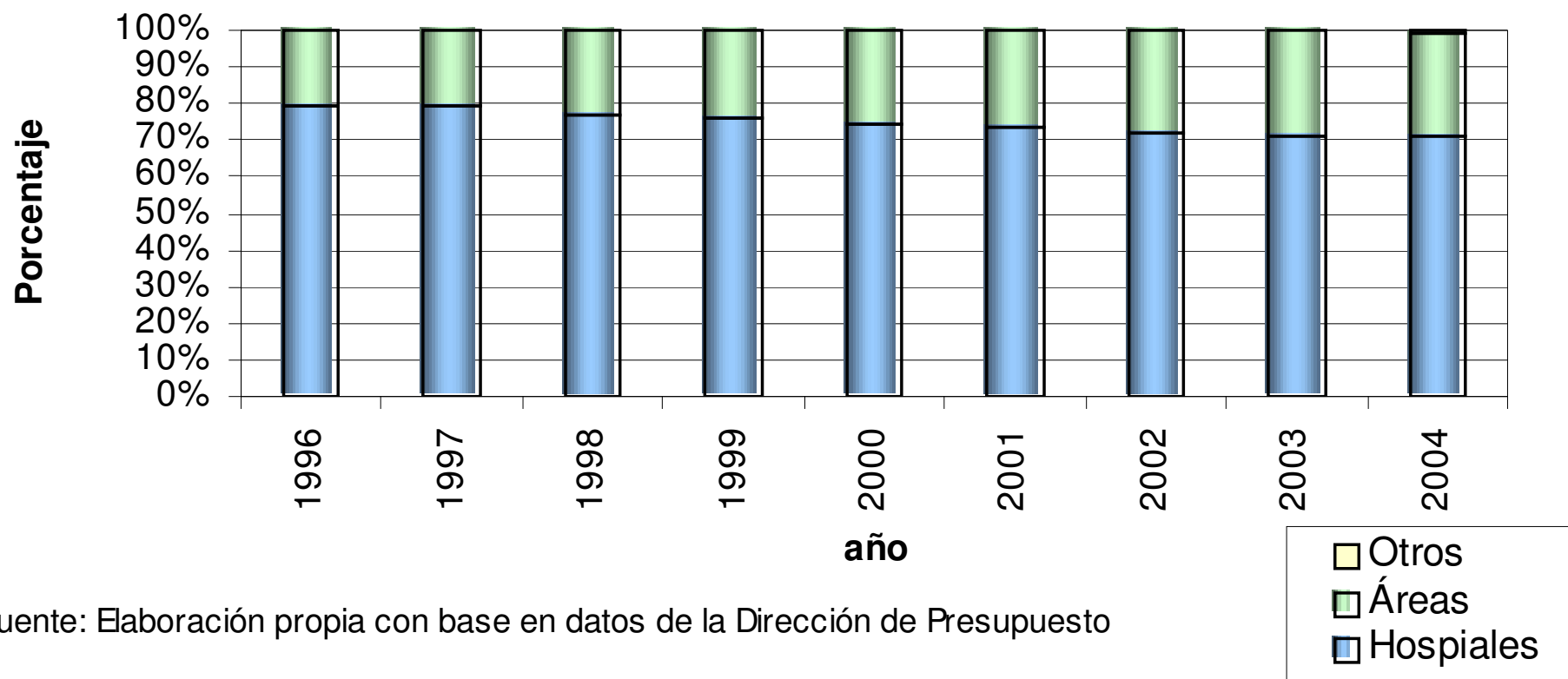
# SITUACIÓN DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO

- Gasto creciente en los últimos años, principalmente gasto privado
- Gasto per cápita creciente, pero es constante en relación al PIB
- Una cuarta parte del gasto total, es gasto de bolsillo de las familias
- Disminución de gasto público. Gasto bajo en relación con otros países
- Leve incremento del gasto a primer nivel. Se mantiene gasto hospít.
- Nuevo modelo de asignación de recursos. Hacia efectividad
- La contribución de la seguridad social se concentra en una institución
- El Estado no cumple obligaciones legales financieras
- Mercado de seguros privados poco desarrollado; tendencia creciente
- Expansión de compra de servicios privados con fondos públicos

# LEVE INCREMENTO DE GASTO A PRIMER NIVEL. GASTO HOSPITALARIO NO BAJA

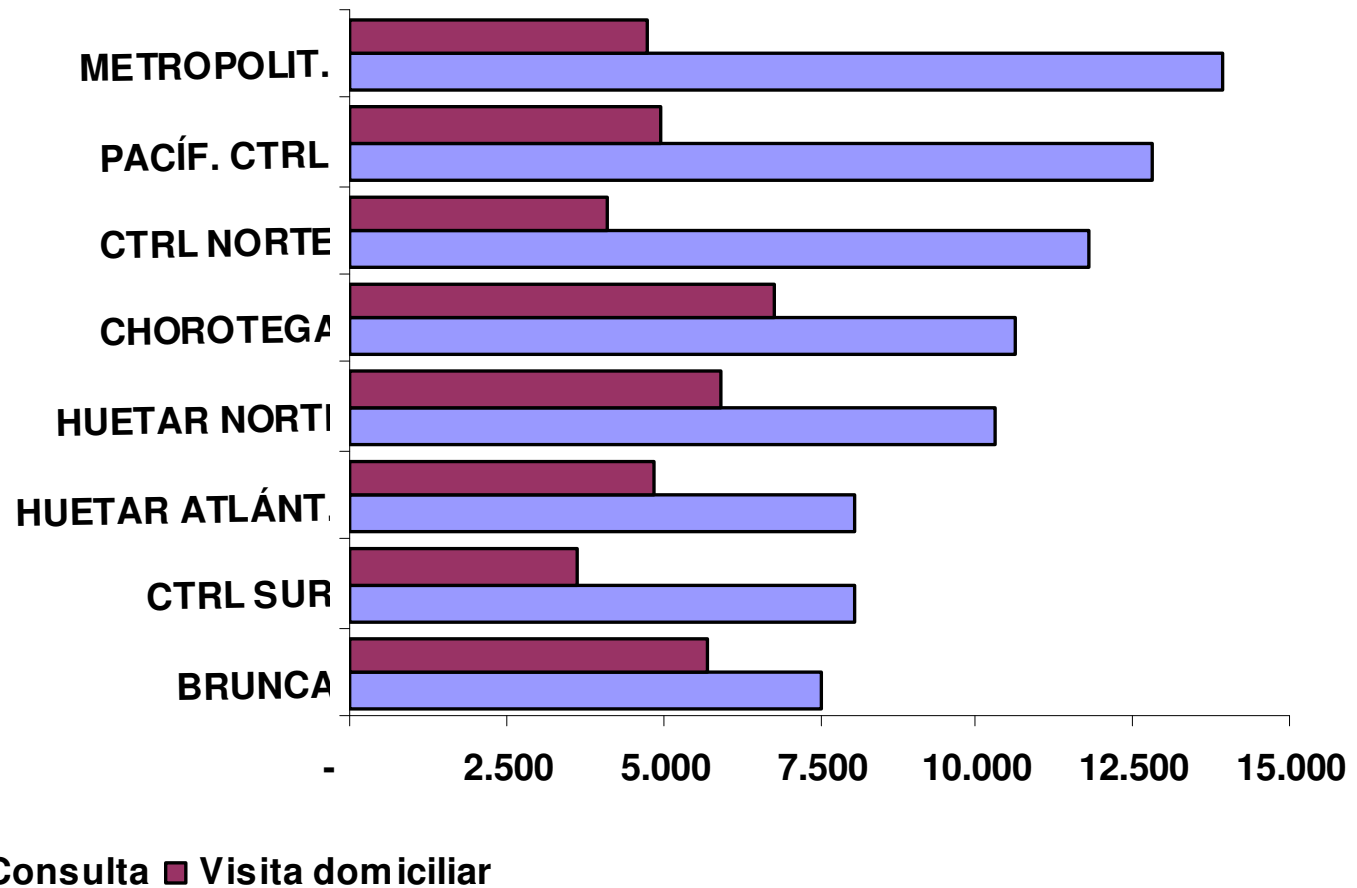
## Gráfico

### Asignación recursos financieros por tipo de centro



# Indicador Análisis de Costos con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG

Gasto medio por consulta y por visita domiciliar, según región. Año 2004



## **Indicador Análisis de Costos con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG**

**Costo medio de la consulta especializada, por servicio y según nivel de complejidad. Año 2004**

|                    | <b>PERIF. 1</b> | <b>PERIF. 2</b> | <b>PERIF. 3</b> | <b>REG.</b> | <b>NAC.</b> |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-------------|
| <b>Obstetricia</b> | 88.554          | 111.534         | 62.095          | 71.757      | 105.917     |
| <b>Medicina</b>    | 64.574          | 46.796          | 70.221          | 54.693      | 86.775      |
| <b>Ped/neonat.</b> | 51.139          | 72.770          | 72.645          | 70.454      | 84.381      |
| <b>Cirugía</b>     | 61.079          | 96.472          | 86.608          | 83.327      | 87.887      |
| <b>Ginecología</b> | 109.377         | 80.893          | 92.361          | 97.838      | 91.539      |

# EL FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR PRIVADO CRECE Y SE REDUCE EN EL PÚBLICO

Financiamiento del Sector Salud en Costa Rica  
Distribución del total respecto a subsector  
-1984, 1996, 1998 y 2000-

|                                       | 1994         | 1996         | 1998         | 2000         |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>SUBSECTOR PÚBLICO</b>              | <b>73.0</b>  | <b>72.7</b>  | <b>71.1</b>  | <b>69.4</b>  |
| <b>I. MINSA y otras instituciones</b> | <b>15.5</b>  | <b>12.3</b>  | <b>9.1</b>   | <b>7.5</b>   |
| <b>II. Seguro Social</b>              | <b>57.4</b>  | <b>60.5</b>  | <b>62.0</b>  | <b>61.9</b>  |
| <b>II.1. Aporte de Afiliados</b>      | <b>49.8</b>  | <b>53.2</b>  | <b>53.1</b>  | <b>52.9</b>  |
| Empresa Privada                       | 26.5         | 30.0         | 27.9         | 27.8         |
| Gobierno e Instituciones Aut.         | 18.6         | 18.4         | 19.7         | 19.9         |
| Trabajadores independientes           | 1.6          | 1.3          | 2.1          | 1.7          |
| Pensionados                           | 3.1          | 3.5          | 3.4          | 3.6          |
| <b>II.2. Otros</b>                    | <b>7.7</b>   | <b>7.2</b>   | <b>8.9</b>   | <b>9.1</b>   |
| <b>SUBSECTOR PRIVADO</b>              | <b>27.0</b>  | <b>27.3</b>  | <b>28.9</b>  | <b>30.6</b>  |
| Hogares                               | 24.3         | 24.6         | 26.1         | 27.7         |
| Seguros Privados                      | 0.5          | 0.5          | 0.6          | 0.7          |
| ONG's                                 | 2.2          | 2.2          | 2.2          | 2.2          |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente:** Estimaciones propias con base en información del Banco Central de Costa Rica y diversos estudios del sector privado.

# Retos que planteó el primer análisis sectorial de salud, 2003

- Redefinir roles y límites en la organización sectorial
- Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio
- Revisar el marco legal y establecer reglamentaciones
- Diseñar mecanismos para garantizar el aseguramiento
- Modular el financiamiento en el sector salud
- Mejorar la equidad, calidad y ética de los servicios
- Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud
- Definir políticas y regulaciones en formación de recursos humanos
- Fomentar la investigación en salud pública
- Implantar reglamentaciones en tecnología sanitaria
- Impulsar la planificación estratégica y la gestión
- Mejorar la asignación de recursos (eficiencia)
- Fomentar la participación social en las decisiones
- Promover la desconcentración, agilizar la respuesta
- Estimular la rendición de cuentas en el sector
- Atender temas especiales que atentan la salud humana



# Retos derivados de la experiencia internacional

- La experiencia internacional tiene una serie de lecciones que mostrar sobre el ejercicio de una rectoría efectiva. Figueretas et al (2002) plantean que el principal reto, y probablemente el más difícil, para los sistemas sanitarios de Latinoamérica es mejorar la función de rectoría, ya que esto tiene implicaciones y condicionantes básicos para el desempeño del resto de las funciones. “La capacidad técnica y política para manejar el proceso de cambio, recabar y utilizar la información indónea, regular al sector privado y negociar con los distintos actores se ha demostrado clave, tanto en el éxito como en el fracaso de muchas reformas sanitarias en toda la región (Europa)”.

## Alunas interrogantes

La reforma como objeto de estudio no ha sido sistemáticamente estudiado

# Ante la ausencia de conclusiones .... algunas interrogantes

- ¿Será posible que se consolide y complete el proceso de reforma sin el fortalecimiento de la función de rectoría?
- ¿Cómo redefinir la relación entre la CCSS y el MINSA?
- ¿Podremos ver a corto plazo (mediano) innovación en las modalidades de organización de la prestación de los servicios?
- ¿Hasta dónde puede avanzar el modelo de asignación de recursos (pago por rendimiento) sin modificar las formas de contratación de recursos humanos?
- ¿Cuándo será el tiempo de modernizar la administración central de la CCSS?
- ¿Cuánto tiempo deberá pasar para tener un más sistema de los costos de los servicios?
- ¿Han cambiado significativamente las condiciones del diagnóstico inicial de porqué es necesario una reforma?
- ¿Qué podemos esperar (demandar) del resto de los actores del sector salud?
- ¿Es la sostenibilidad financiera del seguro de salud un reto prioritario?
- ¿Cómo potenciar la participación social en salud?

.....inagotable lista de preguntas en temas específicos: regulación de proveedores privados, calidad de medicamentos, estrategias de aseguramiento, tecnologías médicas, recursos humanos, poblaciones especialmente vulnerables, rol de la Sala constitucional, etc.

....plantea importantes retos de investigación

## Dos premisas básicas

- Sin importar las respuestas, no se deben sacrificar los principios de universalidad, equidad y solidaridad de la seguridad social.
- Sin importar los instrumentos para implementar nuevas etapas en la reforma, cumplir con las reglas de transparencia y rendición de cuentas.

## Un recordatorio

- Es preciso poner en la perspectiva del contexto internacional la valoración de los éxitos y desafíos del sistema de seguridad social de Costa Rica.