

**Proyecto de investigación
bajo el apoyo de *The Alliance***

rBriceño, aCasanova, jMuiser,
mRomán, pSlon, jrVargas et al.

■ **Main research question**

- ¿Cuáles son las principales características que han permitido que el **Sistema Nacional de Salud** de Costa Rica lograr una cobertura universal y una amplia protección del riesgo financiero?

■ **Activities**

- Sus principales temas de la reforma son sus características principales dificultades financieras en distintos períodos y circunstancias y cómo se fue resolviendo
- Analizando los datos de atención primaria de salud y los resultados son la variable residual de control

Purpose

- un análisis del desempeño del sistema de salud de Costa Rica, con un enfoque en el papel de la política de seguridad social universal (1990 - 2008)

ana' alisis del proceso político que construyó este sistema durante más de 70 años

- proveer comprensión de cómo se pueden mantener los logros en un contexto cambiante
Lecciones aprendidas

Para medir el desempeño, las encuestas de hogares se utilizaron porque reflejaban las políticas implementadas, **no los prejuicios**

Purpose

- El análisis de políticas se centrará en las reglas formales e informales que caracterizan a un proceso que está determinado por un alto grado de autonomía relativa de la CCSS
- El Ministerio de Salud es de jure el cabeza del sector (PEMEX-SEMIP en mi experiencia)
- La existencia de fuertes intereses privados por los trabajadores de la salud (para no hablar de médicos, los farmacéuticos y los EBAIS)
- La hipótesis es que hay una tendencia a evitar el conflicto en Costa Rica, y que las reglas formales impopulares se tratan mediante la coordinación informal, entre otros instrumentos

Proceso histórico

- una visión desde la óptica de North utilizando el enfoque de Reich (*“policy maker”*)
- “Las instituciones son las reglas de juego en una sociedad o más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana”
- “las instituciones reducen la incertidumbre” porque proporcionan una guía para la interacción humana
- Hay instituciones formales e informales, creadas y evolucionadas

Proceso histórico

- El proceso de fijar agenda puede ser impredecible. Un líder puede convertir lo impensable en la siguiente agenda
- Kingdon (1995) da 3 requisitos: a) situación objetiva, b) una solución posible y c) flujo de eventos políticos
- Reich identifica 4 factores centrales a la reforma:
 - i) agentes
 - ii) poder
 - iii) posición
 - iv) percepción

análisis de Reich los 40

PolicyMaker 4 - [creation]

File Step-by-Step Maps/Tables Help

Back Help Level: All

2B. Current Position Map

High Support	Medium Support	Low Support	Non-Mobilized	Low Opposition	Medium Opposition	High Opposition
CalderónG MD	V. Sanabria	F. CalderónG	press	T. SoleyGuell	Industry Board	A. PeñaChavarria
G. PadillaCastro	Mario Luján, MD	Republican Party	congress	Nat. IssuesCenter	private sector	Nat. Union Party
	C.M. Jiménez	M. Etchebame	Julio Acosta		workers	Medical Union
		Ministry Health	Manuel Mora			INS
		Raúl Gurdíán				
		Horacio Castro				

23:37

análisis de Reich los 70



análisis de Reich los 70

- Ahora hay menos actores
- El que el CCSS sobreviviera al 48
- Que 1961 fuera bipartidista (ejecutivo y legislativo de diferente partido)
- El espacio de oposición extrema aparece vacío
- El CCSS empieza a ser nacional !!!
- El resultado es claramente verde sobre rojo
- Todavía el líder define el rumbo
- Monseñor Rodríguez, Fournier, JPS et al de un lado; el Dr. Orlich y el joven Morales del otro

análisis de Reich los 90

PolicyMaker 4 - [CRnhs1990]

File Step-by-Step Maps/Tables Help

Back Help Level: All

2B. Current Position Map

High Support	Medium Support	Low Support	Non-Mobilized	Low Opposition	Medium Opposition	High Opposition
	AlvaroSalas	WorldBank	press	privateSector	MINSA union	
	rodolfoPiza	IADBank	congress	otherUnions	nhsUnions	
	jmFigueres	healthMinistry	otherMinistries			
	raCalderonF		pharmaceuticals			

3. Strategies

3A. Opportunities & Obstacles

3B. Suggested Strategies

3C. Strategy Table

4. Impacts

4A. Strategy Impacts

4B. Future Position Map

4C. Future Feasibility

4D. Strategy Implementation

Report

ES

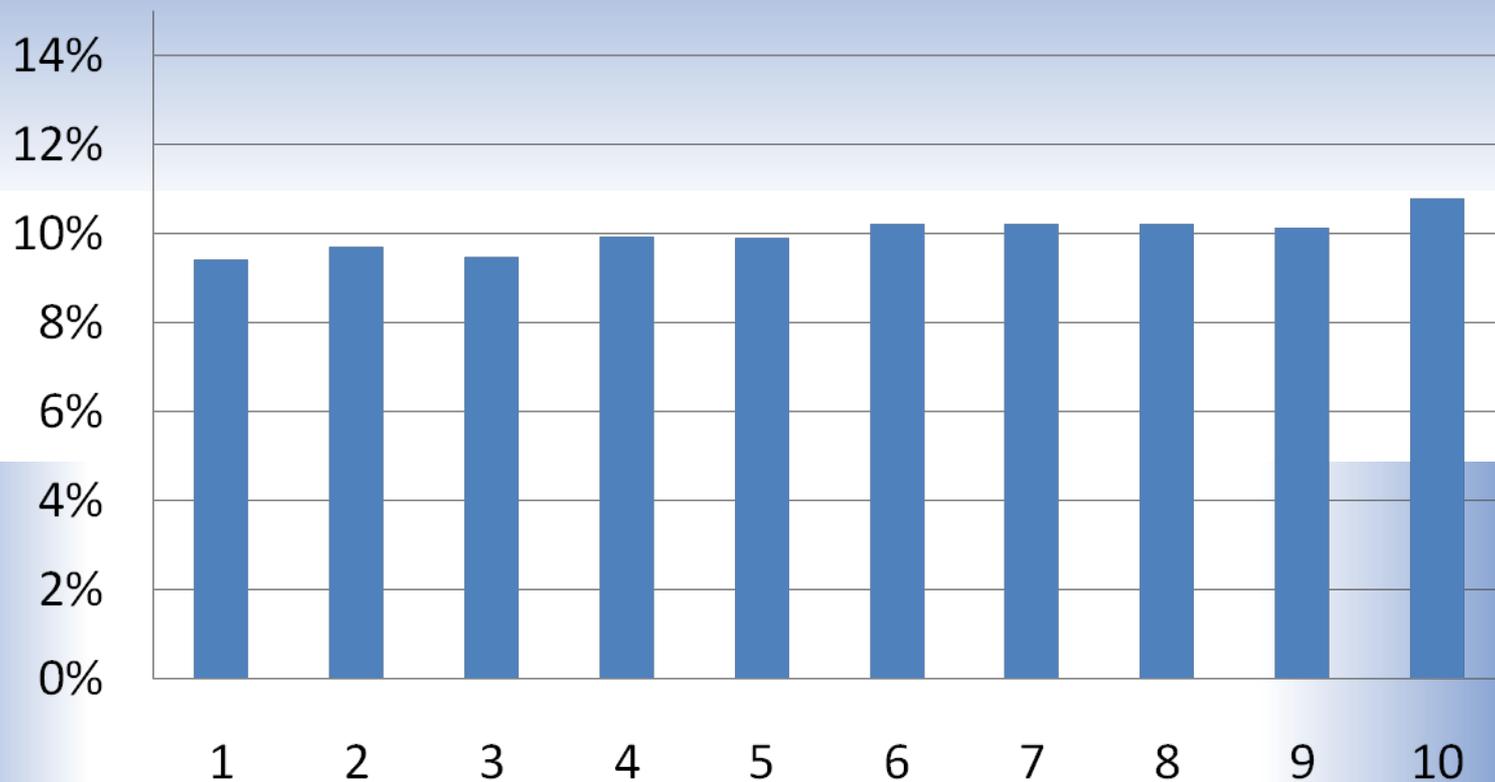
0:11

análisis de Reich los 90

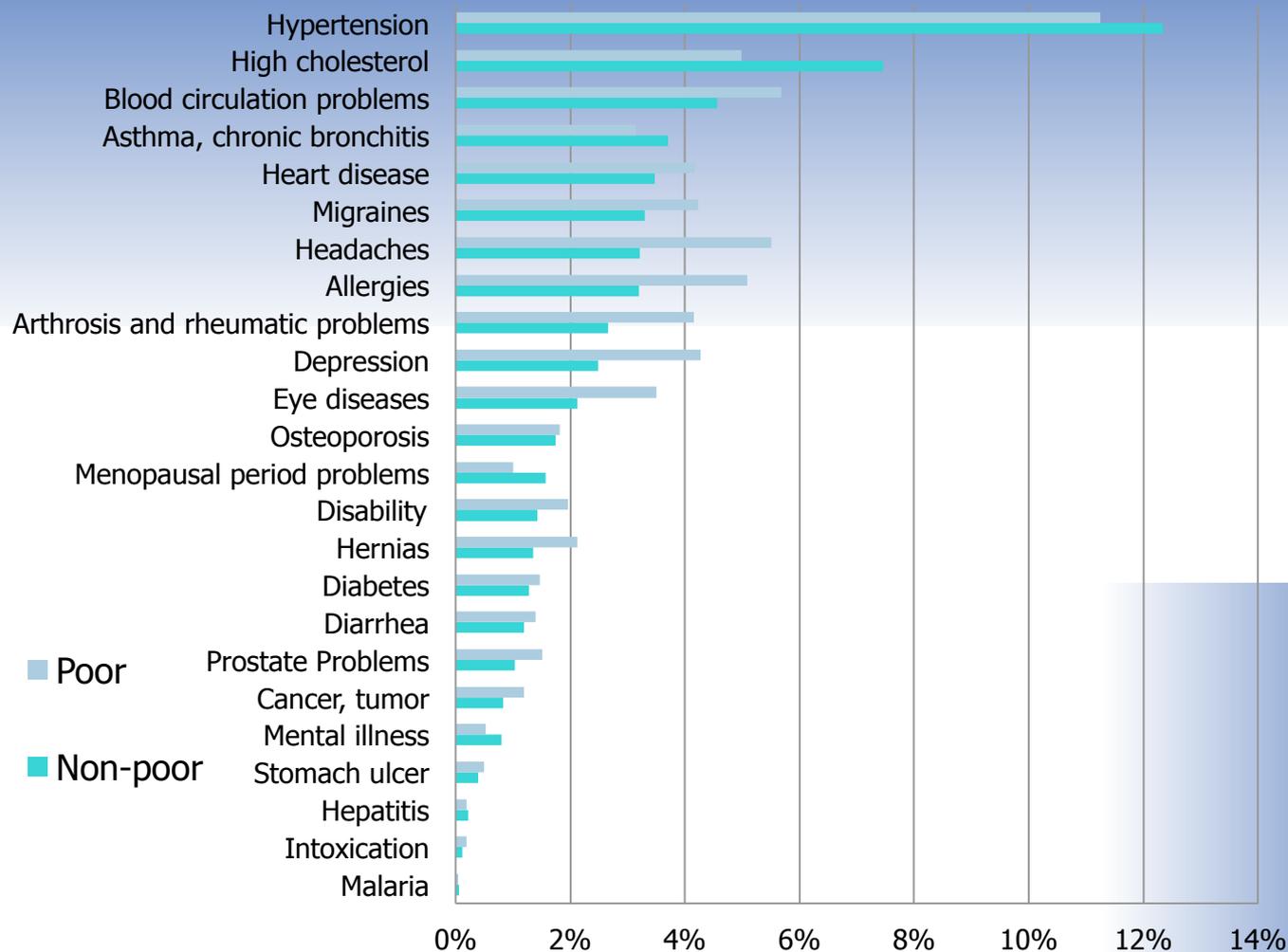
- Aún menos actores
- La extrema oposición y el extremo apoyo aparecen vacíos
- El centro (blanco) se ha vuelto muy fuerte
- El Sistema Nacional de Salud se ha vuelto una política de Estado
- Tandem Salas y Piza es más importante que Figueres-Rodríguez-Calderón
- El Sistema es nacional (... mirando al mar)
- El Consenso Washington hace aparición, pero lo hace bajo las reglas que CR le dicta (Nuñez-Durán vs Rockefeller aprendido 60 años antes)

Cuando cobertura universal deviene en equidad

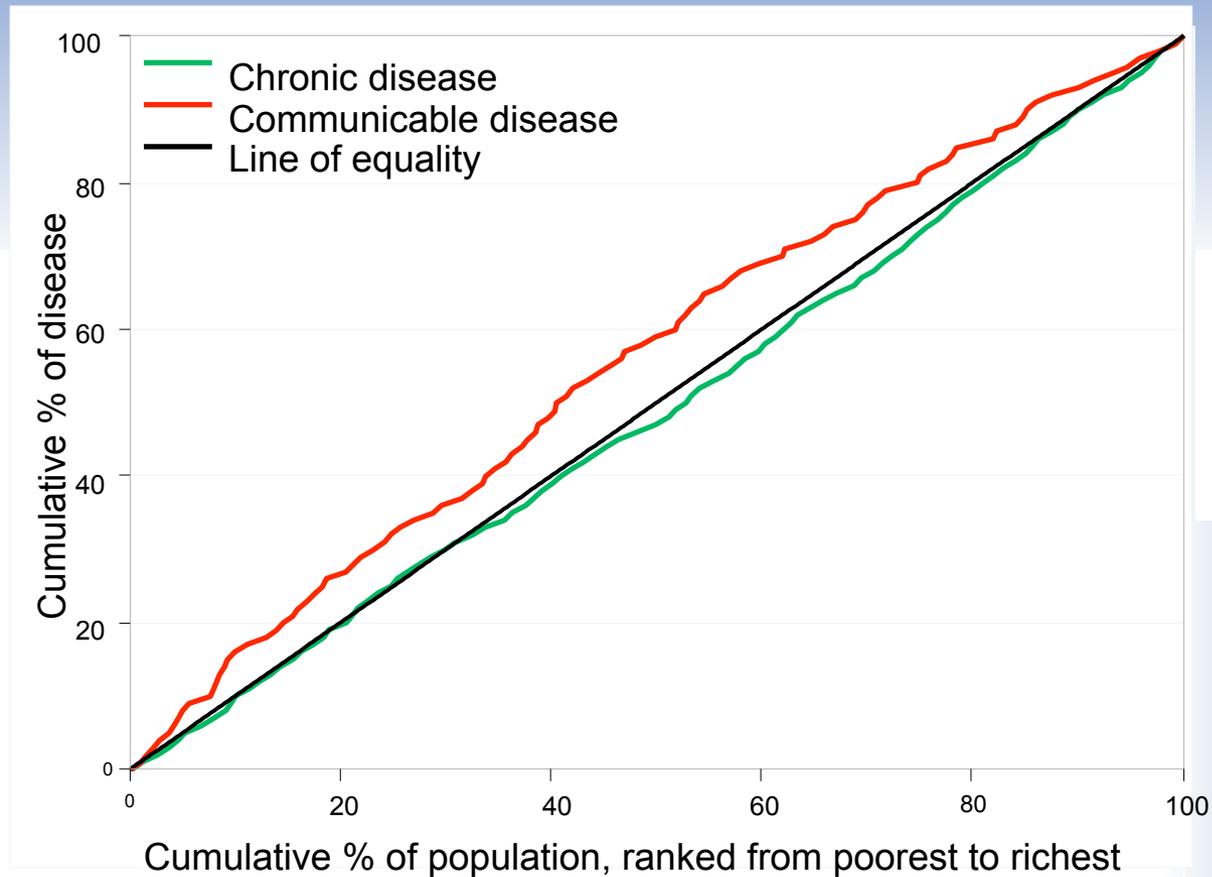
cobertura del seguro de salud por deciles de ingreso, 2006



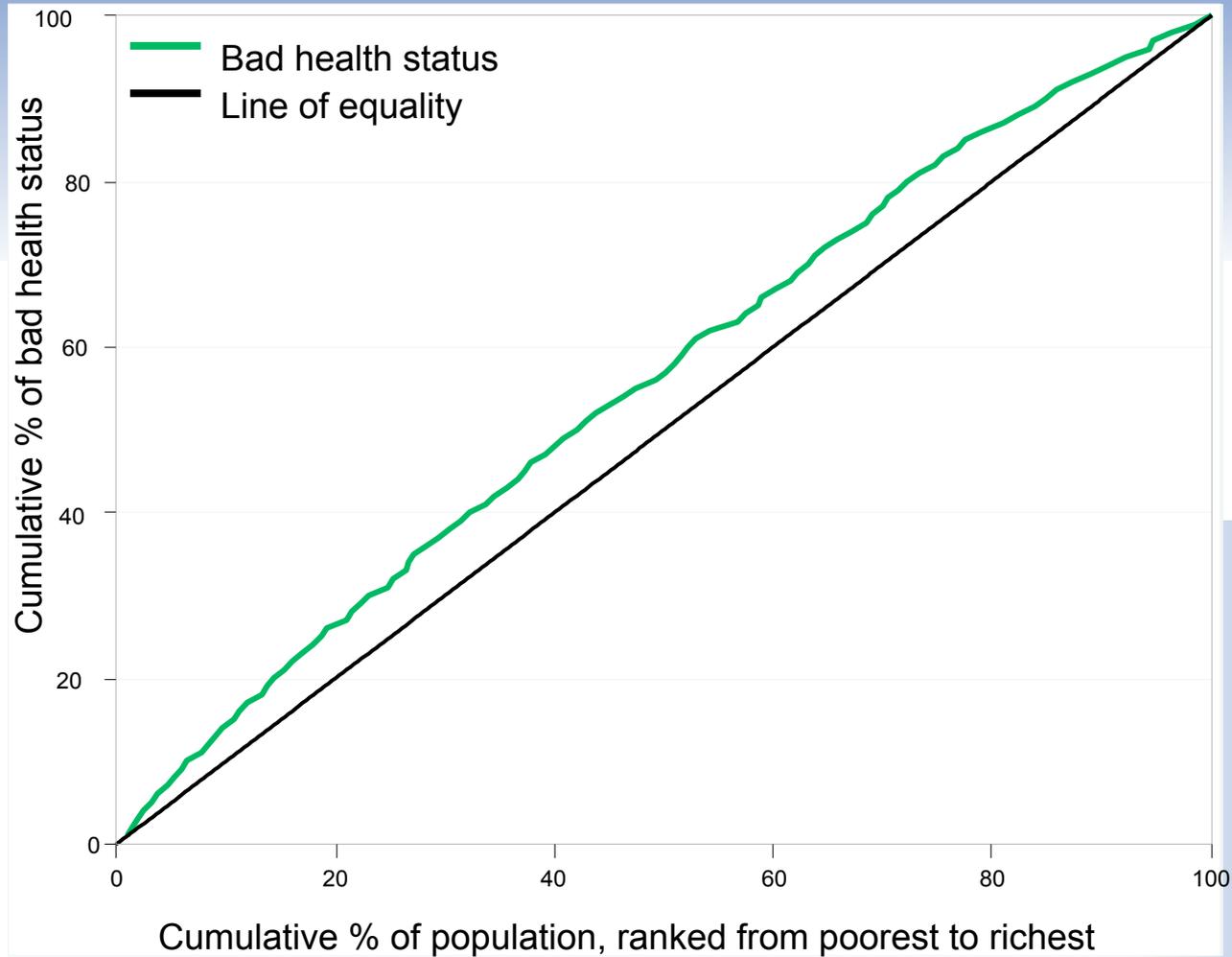
Prevalencia de enfermedades, 2006



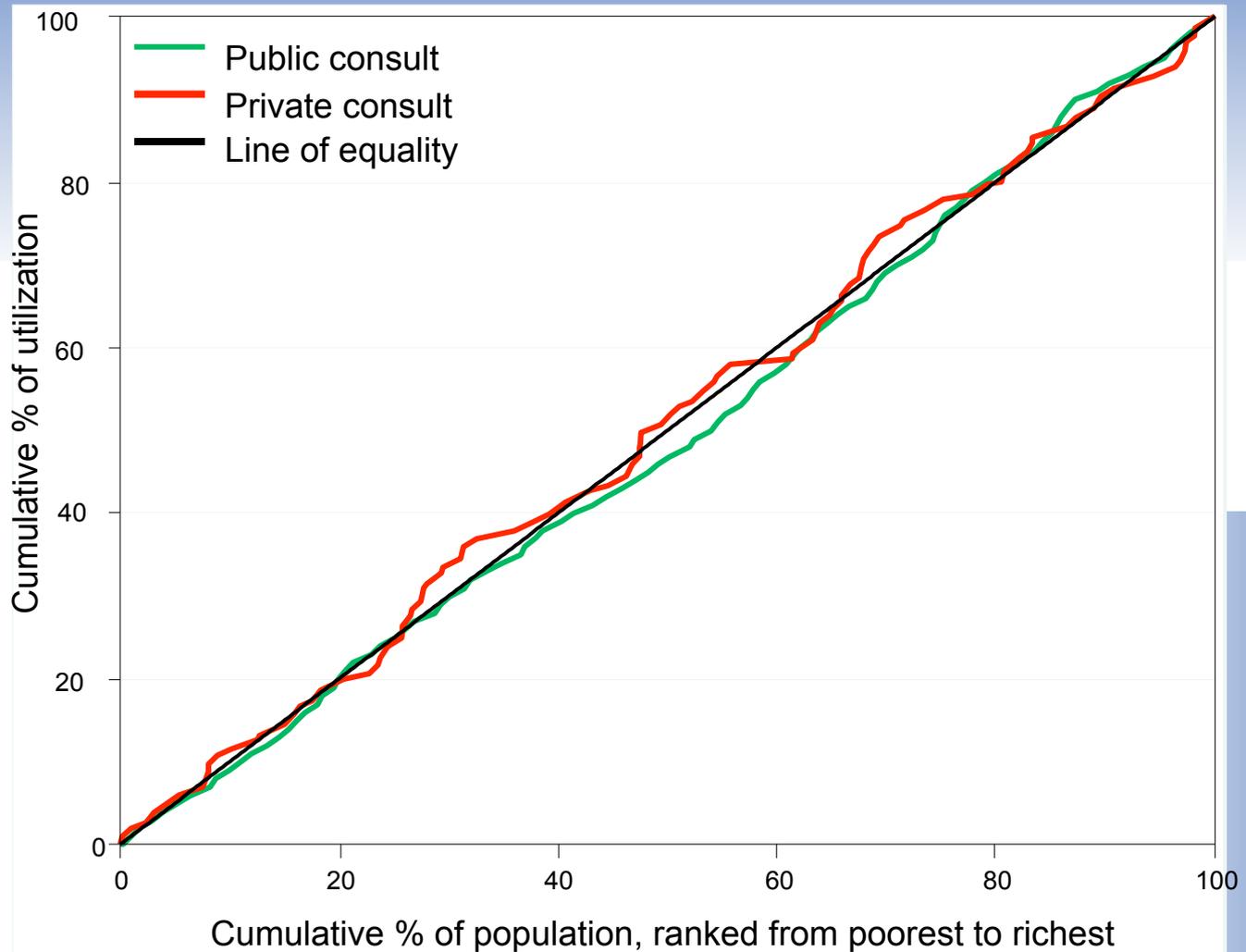
resultados: desigualdad en enfermedades



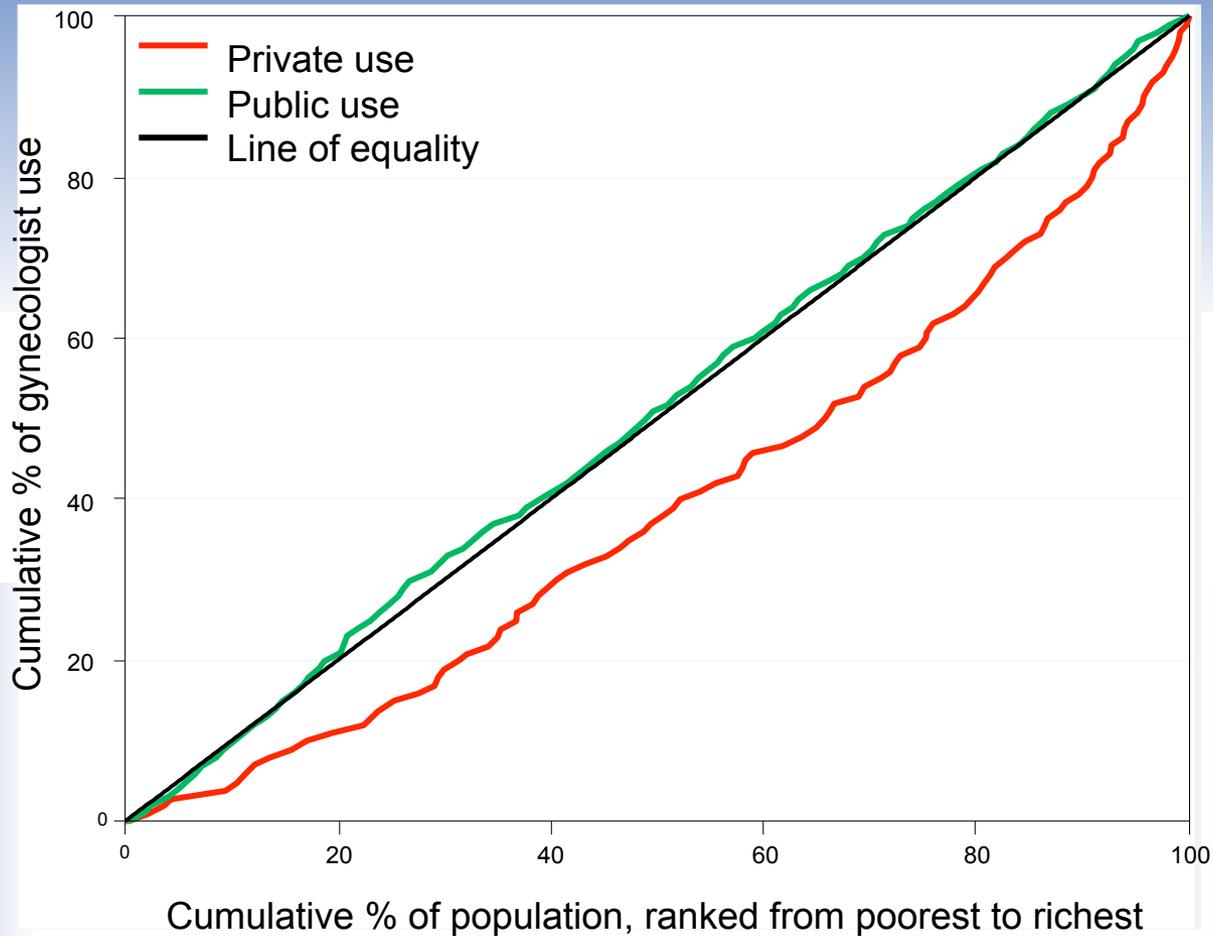
resultados: mala salud e inequidad



Uso: Equidad en consulta médica



Uso: Equidad en servicios ginecologicos



Uso: Equidad en hospitalización



Retos a la sostenibilidad

- El cambio demográfico - pirámide inversa de la tasa de dependencia de los mayores en aumento
- La disminución de las proyecciones de población activa
- Cambio epidemiológico - transmisibles a las enfermedades crónicas
- Retos a la financiación solidaria: Listas de espera, La “percepción” de calidad (cuando yo era niño ...)
- El papel del sector privado-regulación
- las lecciones perdidas de la gestión alterna (Coop incomprendidas por la CGR et al), ¿UCR?
- La evasión en el pago de las empresas y los problemas de recolección
- Paquete de servicios (definición legal)

La prestación contratada y la administrada

- La limpieza en el CCP está “privatizada”
- ¿está sucio? ¿es malo? ¿es perverso?
- Análisis de la base de datos PAREO del CCP:
<http://ccp.ucr.ac.cr/farmacoeconomia/docPareo.html>
- En las cooperativas de salud promedio realizado significativamente más visitas generalistas per cápita y menos visitas de especialistas que las clínicas tradicionales.
- Los niveles más altos de producción no están relacionados con mayores costos de los servicios prestados desde el per cápita y el costo por unidad producida son más bajos

La prestación contratada y la administrada:

problemas

- Hay debilidad del sistema de seguimiento y suministro de sus actividades, debido a la falta de un acuerdo contractual claro (CGR,CCSS)
- En satisfacción del usuario se estimó 2 modelos. Los hombres tienen una mejor percepción de las y sus niveles mejoran con la edad.
- Las más sanos también tienen niveles más altos de satisfacción. El otro modelo da el resultado opuesto
- El tipo de clínica no tiene ninguna influencia en la percepción del estado de salud o en el índice de satisfacción de los pacientes

La prestación contratada v la administrada

```
Instrumental variables (2SLS) regression                                Number of obs =      508
                                                                    Wald chi2(5) =      26.08
                                                                    Prob > chi2 =      0.0001
                                                                    R-squared =      0.0122
                                                                    Root MSE =      .66136

-----+-----
Perception~x |          Coef.   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf. Interval]
-----+-----
HealthStatus |    .340887    .4474536     0.76   0.446    - .536106    1.21788
   Male      |    .146651    .0600207     2.44   0.015     .0290127    .2642893
   tip_clin  |    .0738555   .0597127     1.24   0.216    - .0431793    .1908904
   Age       |    .0068233   .0019588     3.48   0.000     .0029841    .0106625
escolaridad |   -.0381746   .0392377    -0.97   0.331    - .115079    .0387299
   _cons    |    3.289814   .3796085     8.67   0.000     2.545795    4.033833

-----+-----
Instrumented:  HealthStatus
Instruments:  Male tip_clin Age escolaridad Hypertension Cholesterol
              Diabetes WealthIndex
```

- Este es sólo un ejemplo (y homenaje mudo a Rosero)

La prestación contratada y la administrada

- Del análisis de componentes principales. El primero está relacionado con los aspectos del personal de la clínica y su atención más cálida
- El segundo componente agrupa los aspectos de gestión como las horas de apertura, el tiempo para entregar los medicamentos, procedimientos para obtener acceso a especialistas, etc
- El tercero agrupa información proporcionada por el médico durante la consulta, la capacidad de explicar las enfermedades o condiciones que son tratados y los procedimientos de gestión de los medicamentos

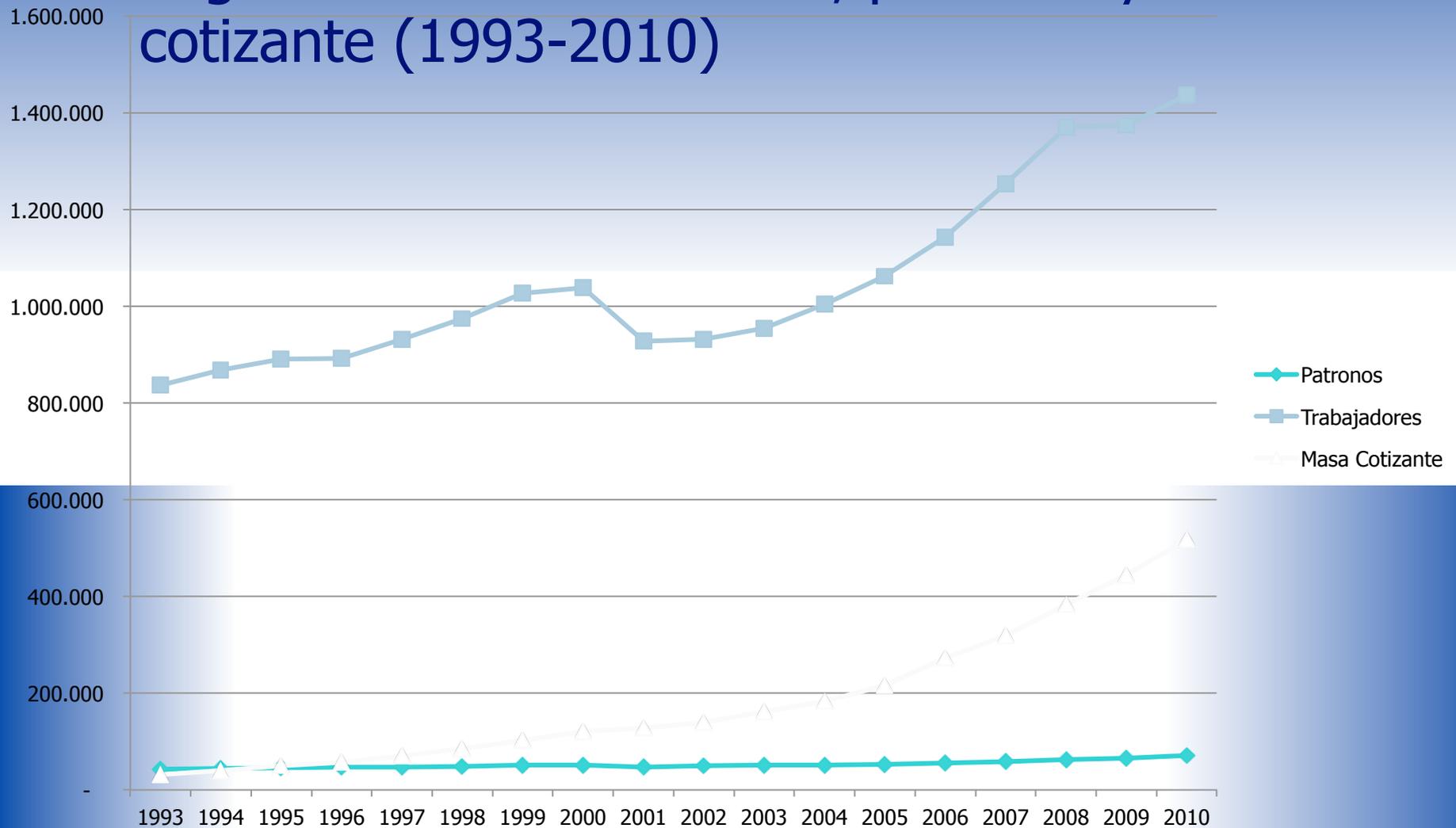
La prestación contratada y la administrada

- Un cuadro que resume algunos de los hallazgos:

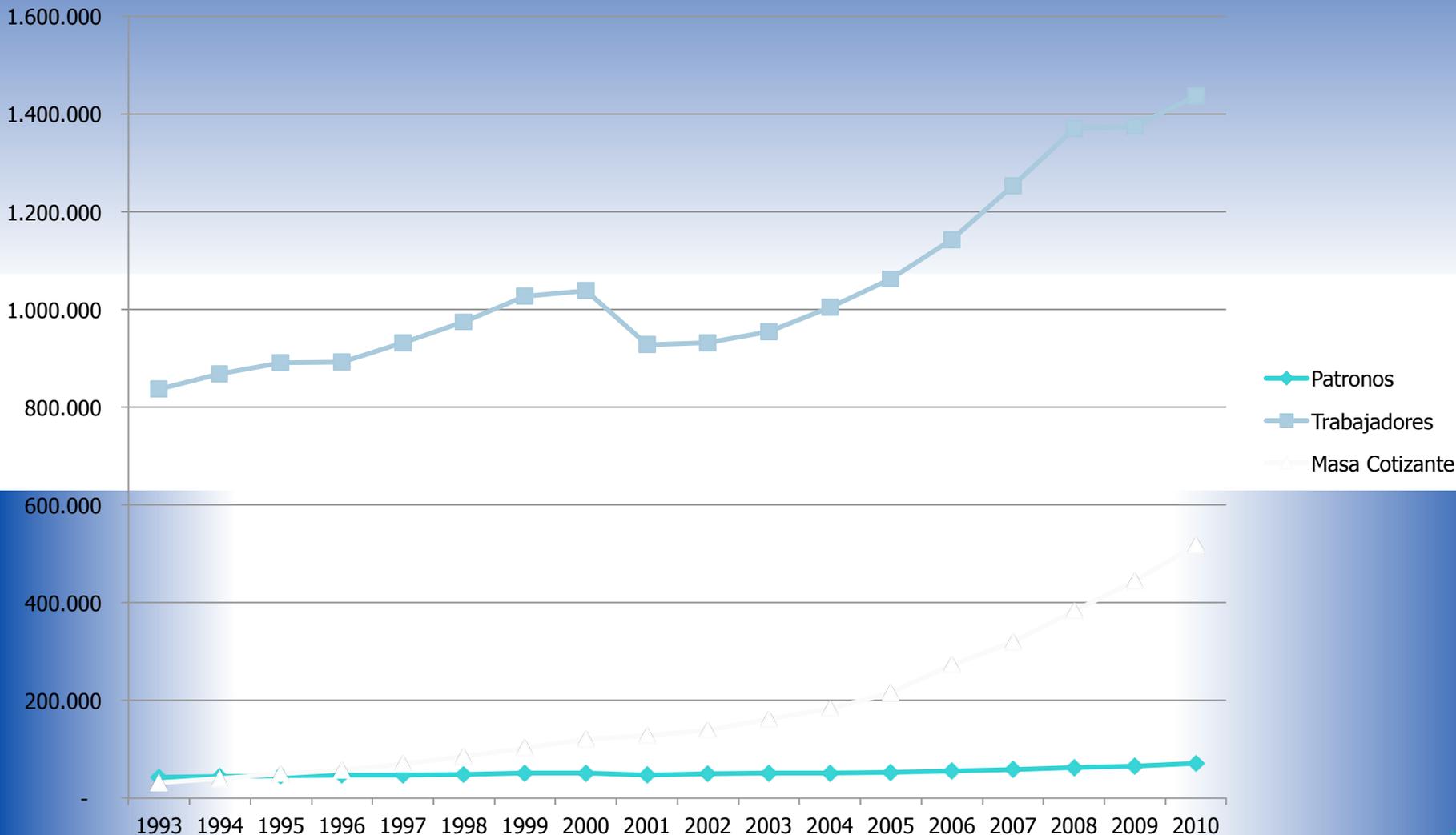
Perception	Type of clinic				Total	
	Cooperative		Ebais		Absolute	Relative
	Absolute	Relative	Absolute	Relative		
Very bad	122	3.6%	115	2.7%	237	3.1%
Bad	115	3.3%	147	3.5%	262	3.4%
Regular	667	19.4%	621	14.8%	1288	16.9%
Good	1574	45.8%	2213	52.9%	3787	49.7%
Very good	957	27.9%	1089	26.0%	2046	26.9%
Total	3435	100.0%	4185	100.0%	7620	100.0%

Situación patrimonial y prospección

■ Seguro de salud: afiliación, patronos y masa cotizante (1993-2010)



SEGURO DE SALUD PATRONOS, TRABAJADORES ASEGURADOS Y MASA COTIZANTE SEGÚN AÑO JUNIO, 1993 - 2010



Fuente: CCSS

Masa cotizante en millones de colones.

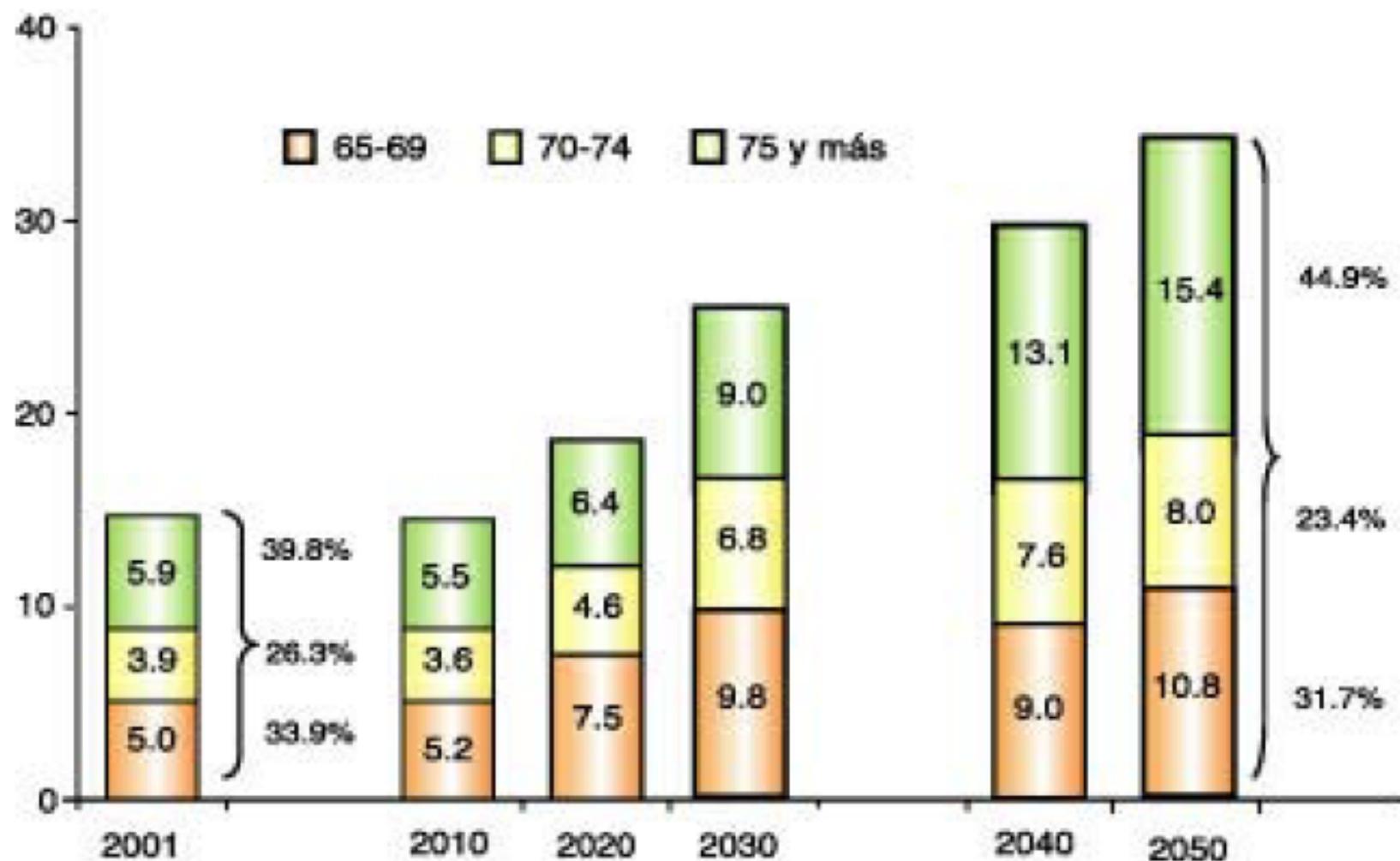


- Equitativa y eficiente recaudación de ingresos, mediante el cual las contribuciones financieras deben obtener en cantidades suficientes.





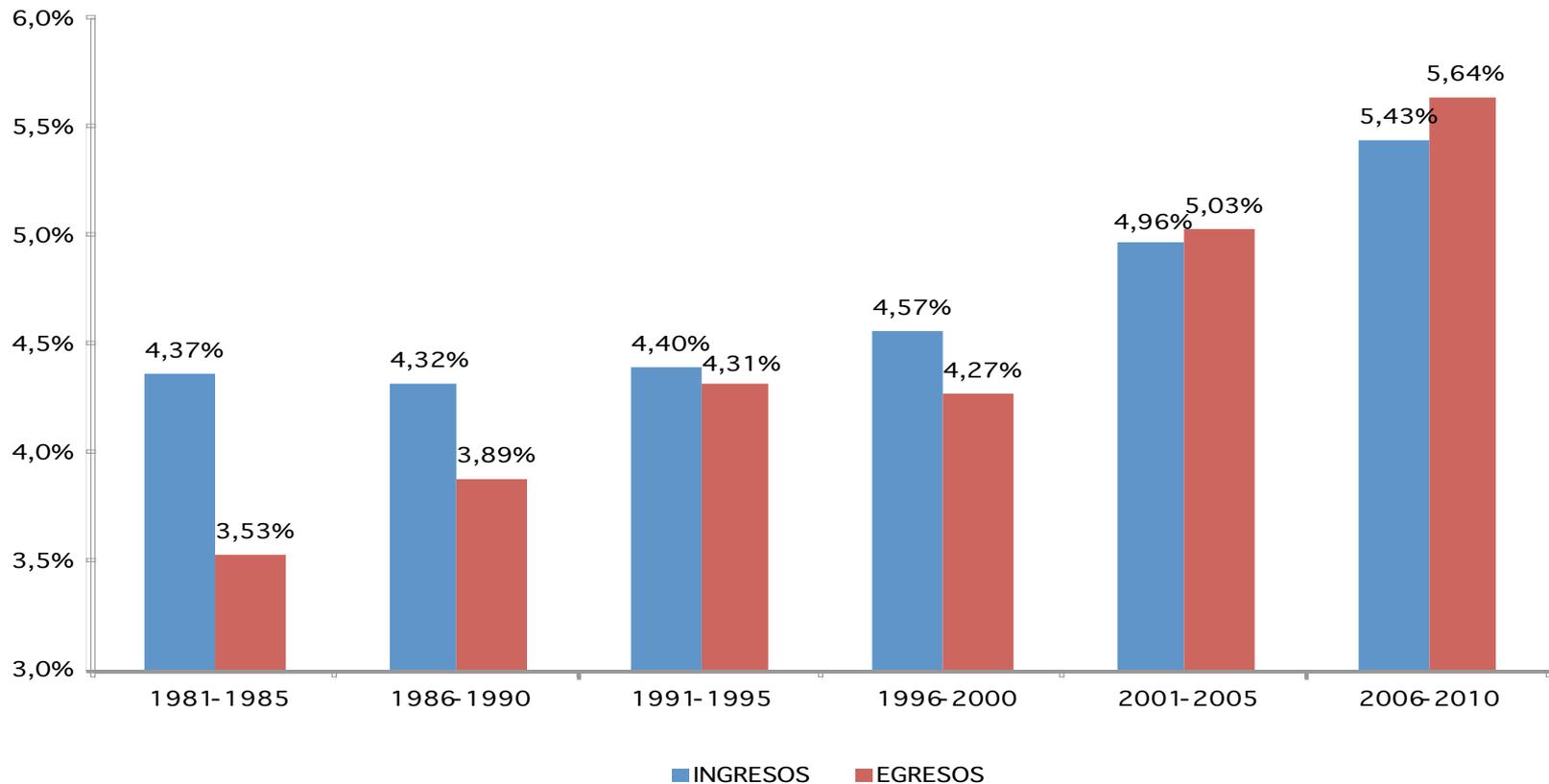
Gasto en salud de la población mayor de 65 años. Distribución porcentual por grupos de edad, 2001-2050



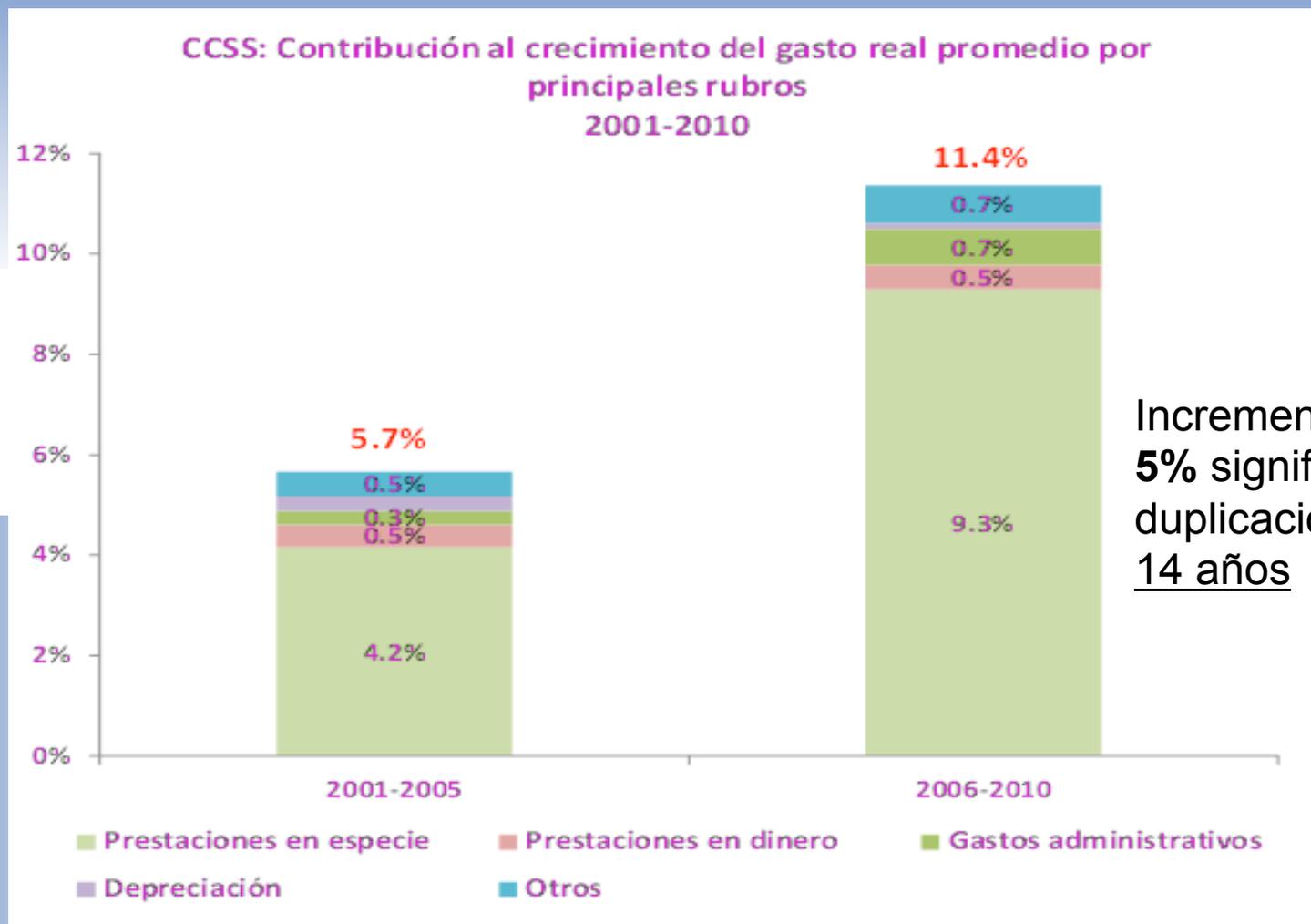
Fuente: Estimación con base en la Encuesta de Hogares y CNS 2001

TENDENCIAS GENERALES : INGRESOS Y GASTOS

SEGURO DE SALUD: INGRESOS Y EGRESOS COMO PORCE
PROMEDIOS QUINQUENALES
1 9 8 2 1 0 1 0

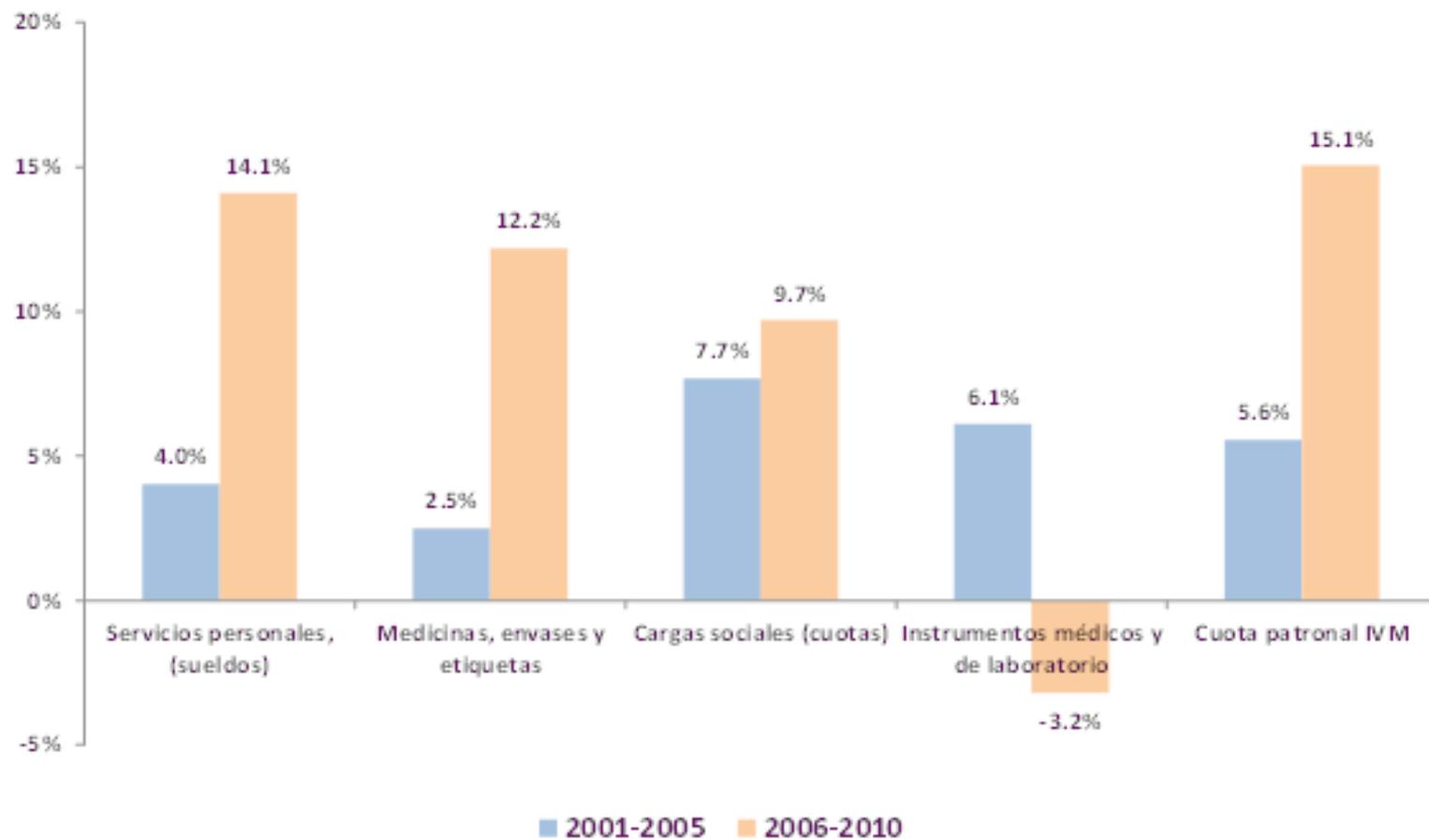


DISPARADORES DEL GASTO: 2001-2010



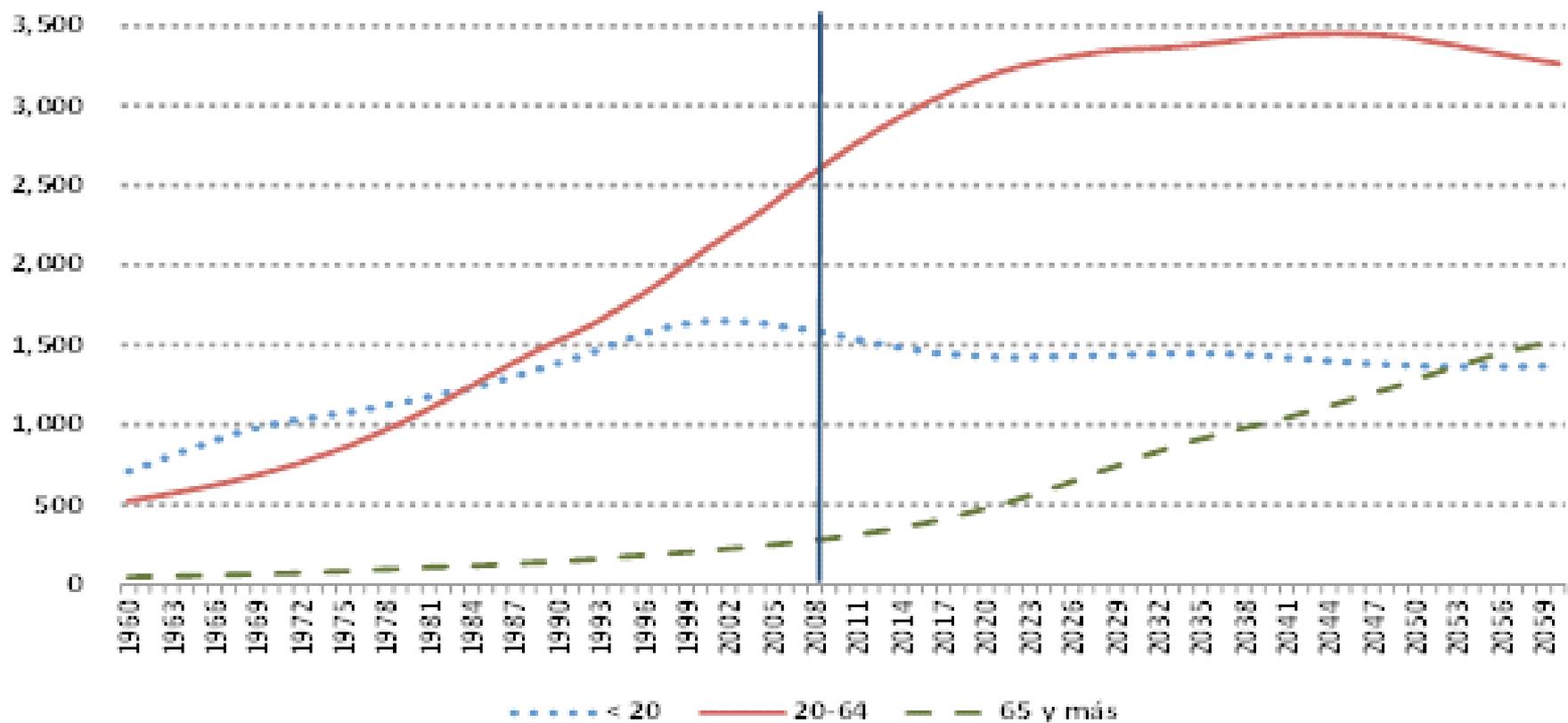
DISPARADORES DEL GASTO: 2001-2010

Prestaciones en especie: Crecimiento anual promedio de las principales partidas
2001-2010



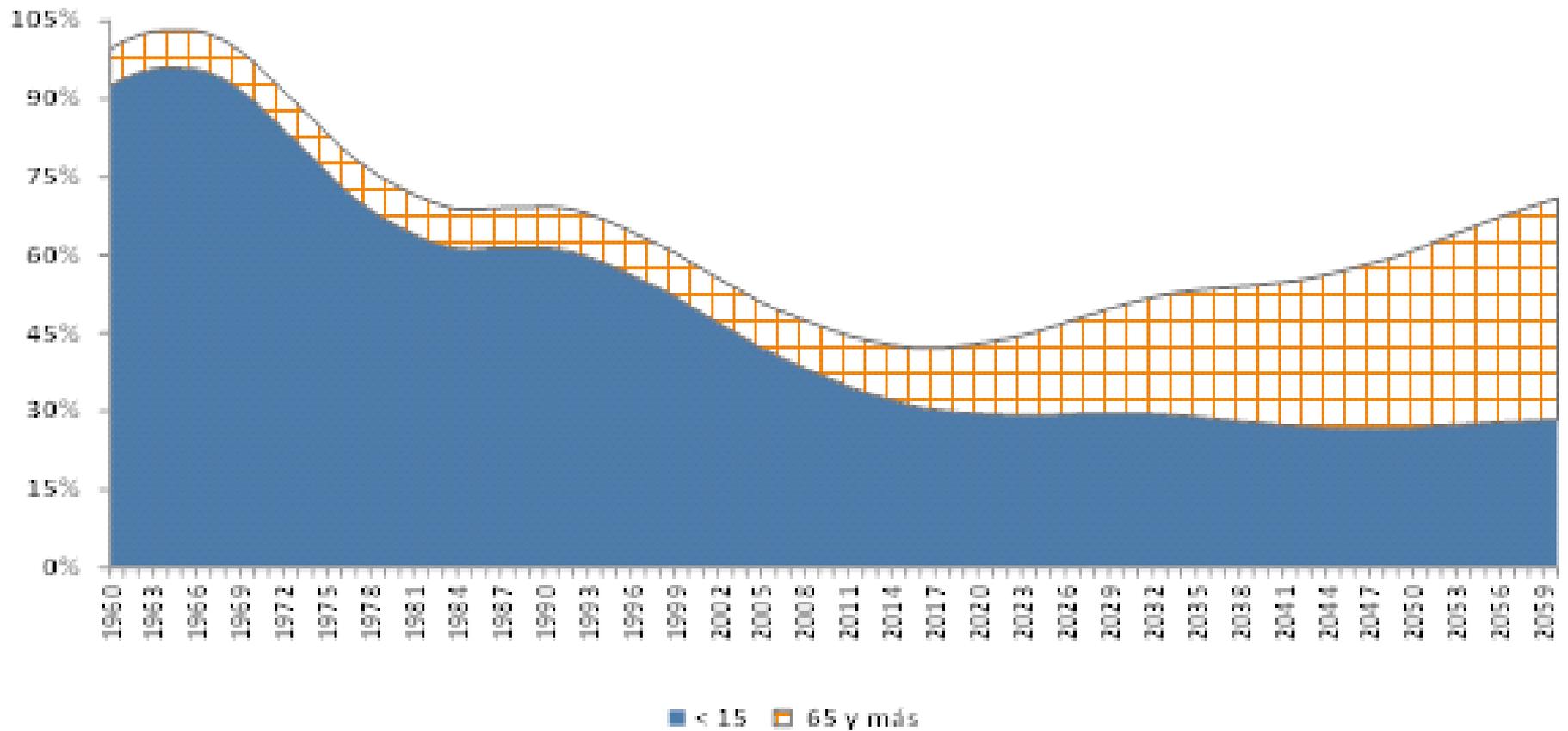
PERFIL DEMOGRÁFICO

Costa Rica: Evolución de la población en tres grandes grupos de edades.
1960-2060
Cifras en miles de personas



PERFIL DEMOGRÁFICO

Costa Rica: Razón de dependencia demográfica por principales grupos
1960-2060



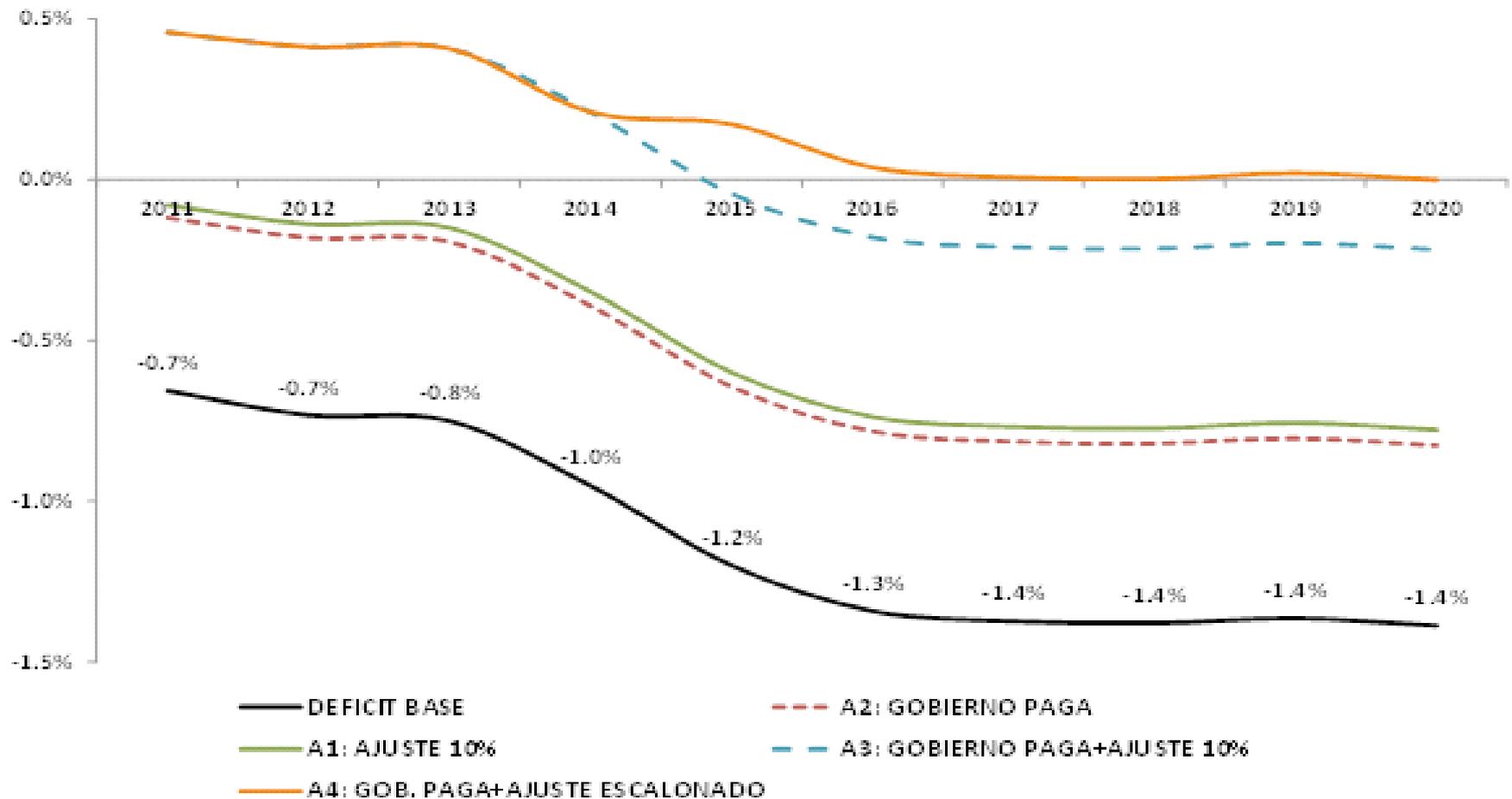
ESCENARIOS DE POLÍTICA DE INGRESOS

Dadas las dificultades de modificar el gasto de la CCSS a la baja en un período relativamente corto, las opciones de política que se analizan parten de cuatro escenarios alternativos por el lado de los ingresos:

- **A1:** Se varían los porcentajes de cotización (tasa efectiva) incrementándolos en un 10% respecto a su nivel promedio en 2006-2010.
- **A2:** Se elimina el porcentaje de morosidad del gobierno, es decir, el faltante de obligaciones estatales pasa de un 8.75% de los ingresos a un 0%.
- **A3:** Este escenario combina los dos anteriores, es decir, incrementa el porcentaje de cotización en un 10% y parte del supuesto de que no existe morosidad gubernamental.
- **A4:** Finalmente, este escenario constituye una variante del anterior, ya que el ajuste en el porcentaje de cotización es escalonado: 10% para el lapso 2011-2014 y 3.5% a partir del 2015.

BRECHA ESTIMADA DE FINANCIAMIENTO

DEFICIT SEGUN ESCENARIO DE POLITICA
PORCENTAJES DEL PIB
2011-2020



Alcances de la Jurisprudencia Constitucional ¿Cuál es el origen de los amparos por medicamentos?

- un médico de la CCSS prescribió un medicamento y un Comité Asesor Técnico Científico lo negó.
 - el asegurado recibió información de un medicamento que no está recibiendo (su médico, medios masivos de comunicación o casas farmacéuticas).
 - un asegurado se cansó de esperar por un tratamiento: desabastecimiento, problemas de gestión.
- En pocos casos documentados: las personas aseguradas (algunas muy recientemente!) exigen un medicamento prescrito en consulta privada o que del todo no le ha sido recetado (Sin Lugar).
- A todo habitante lo asiste el derecho de interponer un recurso de amparo ante la Sala Constitucional cuando considera que un derecho le ha sido vulnerado... es un proceso fácil y sin costo.
- **iNi Tatica Dios está encima de La Sala!** (*dura lex est lex*)

Dos puntos de partida necesarios para entender la lógica del problema

La LOM

- Siguiendo las recomendaciones de la OMS, más de 25 años de política esencial de medicamentos.
- LOM es una lista abierta.
- Tiene +- 460 principios activos (+- 10% del total disponible en el mercado).
- La Lista constituye un reglamento, describe procedimientos de solicitud y compra e indicaciones terapéuticas.

Nuestra Sala IV

- Tribunal de última Instancia. En otros países, Ordinarios.
- Los 3 tribunales más agresivos del mundo son Colombia, Brasil, y Costa Rica.
- En materia de salud no permitimos que se alegue razón presupuestaria.
- Podría ser, pero cuando lleguemos a la escasez.....priorización de los servicios.

Sin embargo no es tema de discusión en el marco de la crisis

Un recorrido por las noticias del 2011

- Amplia cobertura mediática de lo que se ha llamado Crisis financiera de la CCSS.
- Ni en el Informe de OPS, ni en el de la Comisión de Notables se menciona el tema.
- Un solo entrevistado por los medios lo señala como parte del problema.

Los temas de la Junta Directiva de la CCSS

- Entre mayo 2006 y diciembre del 2011 la Junta Directiva celebró 433 sesiones. Solo en 5 se menciona el tema.
- Algunas adicionales (no más de 10) discuten la problemática general de compras de medicamentos.

Actores y roles

Nivel institucional formal:

- Junta Directiva ¿ ?
- Dirección Jurídica
- CCF (Farmacoterapia)

Sala constitucional:

- Los votos de mayoría
- Los votos salvados (hasta 2008)
- La jurisprudencia

Los centros de atención:

- Direcciones generales
- Direcciones de Farmacia
- CLF Farmacoterapia
- Especialistas

Los asegurados:

- Los pacientes oncológicos
- Otros pacientes de patologías especiales
- Los molestos con la ineficiencia

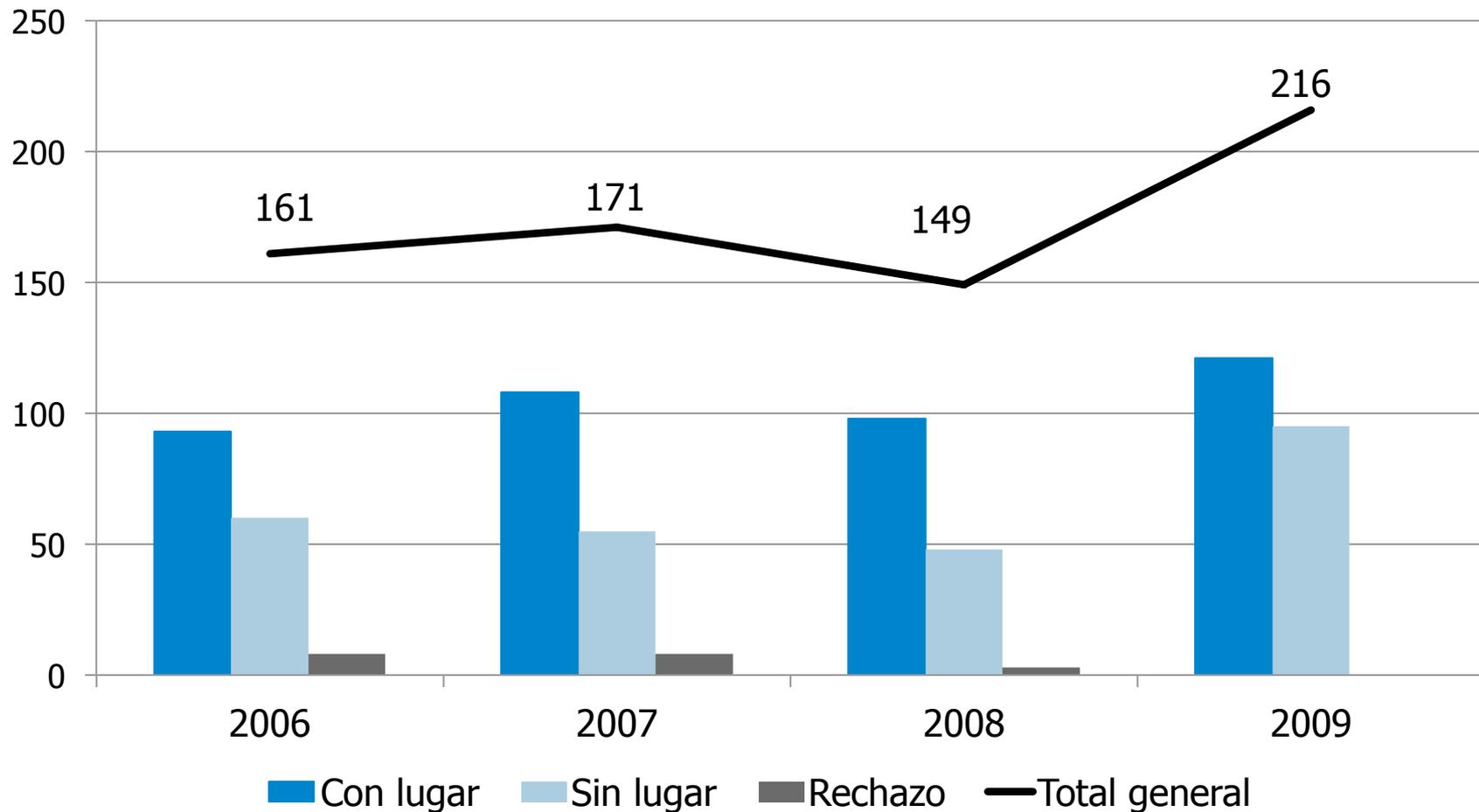
Un punto sobre los actores "ausentes"

- El Ministerio de Salud
- Los sindicatos
- El Colegio de Médicos
- La academia
- El Colegio de Farmacéuticos

Algo sobre la metodología: preparando la base de datos

- Definición de caso válido: incluya la palabra **medicamentos** en el texto de la sentencia y sea contra la CCSS o alguno de sus establecimientos en cualquier nivel de atención.
- De la lectura de la sentencia completa se extrajeron 7 variables y se volcaron en una hoja de Excel. Luego se crearon variables adicionales con clasificaciones de las originales.
- Utilización de la base de datos en línea SCIJ del Poder Judicial (capacidad de replicar).
- Se excluyeron sentencias contra centros de atención institucional (privados de libertad), amparos por tratamientos de radioterapia, quimioterapia y otros procedimientos contra el cáncer.
- De las 697 sentencias localizadas entre 2006-2009, se conservaron 13 en las que no se especifica el nombre del medicamento.

Total de amparos por medicamentos, según resolución. 2006-2009



Medicamentos estrella

Medicamentos	2006-2009	% total amparos	% acumulado	1: LOM 2:No LOM
Trastuzumab	77	11,26	11,26	1
Plavix Clopidogrel	32	4,68	15,94	1
Sutent Sunitinib	21	3,07	19,01	2
Bevacizumab	19	2,78	21,78	2
Anastrozole (ARIMIDEX)	18	2,63	24,42	1
Ibersartán (Aprovel)	18	2,63	27,05	1
Rituximab	17	2,49	29,53	1
Glevec Imatinib	15	2,19	31,73	1
Omeprazol	15	2,19	33,92	1
Viagra Sildenafil	14	2,05	35,96	2
Risperdal (risperidona)	13	1,90	37,87	1
Zoladex (goserelina)	10	1,46	39,33	2
Temozolamida (Temodal)	9	1,32	40,64	2
Actigall (ácido ursodeoxicólico)	9	1,32	41,96	1
Olanzapina (Telorzan, Ziprexa)	9	1,32	43,27	2
Toxina boltulínica	9	1,32	44,59	1
Glargina (insulina)	8	1,17	45,76	2
Pancreatina	7	1,02	46,78	1
Enbrel (Etanercept)	6	0,88	47,66	1
Interferón	6	0,88	48,54	1
Xeloda capecitabina	6	0,88	49,42	1
Metformina	6	0,88	50,29	1
Tramal tramadol	6	0,88	51,17	1
Zometa (ácido zoledrónico)	6	0,88	52,05	1
Carbamazepina	5	0,73	52,78	1

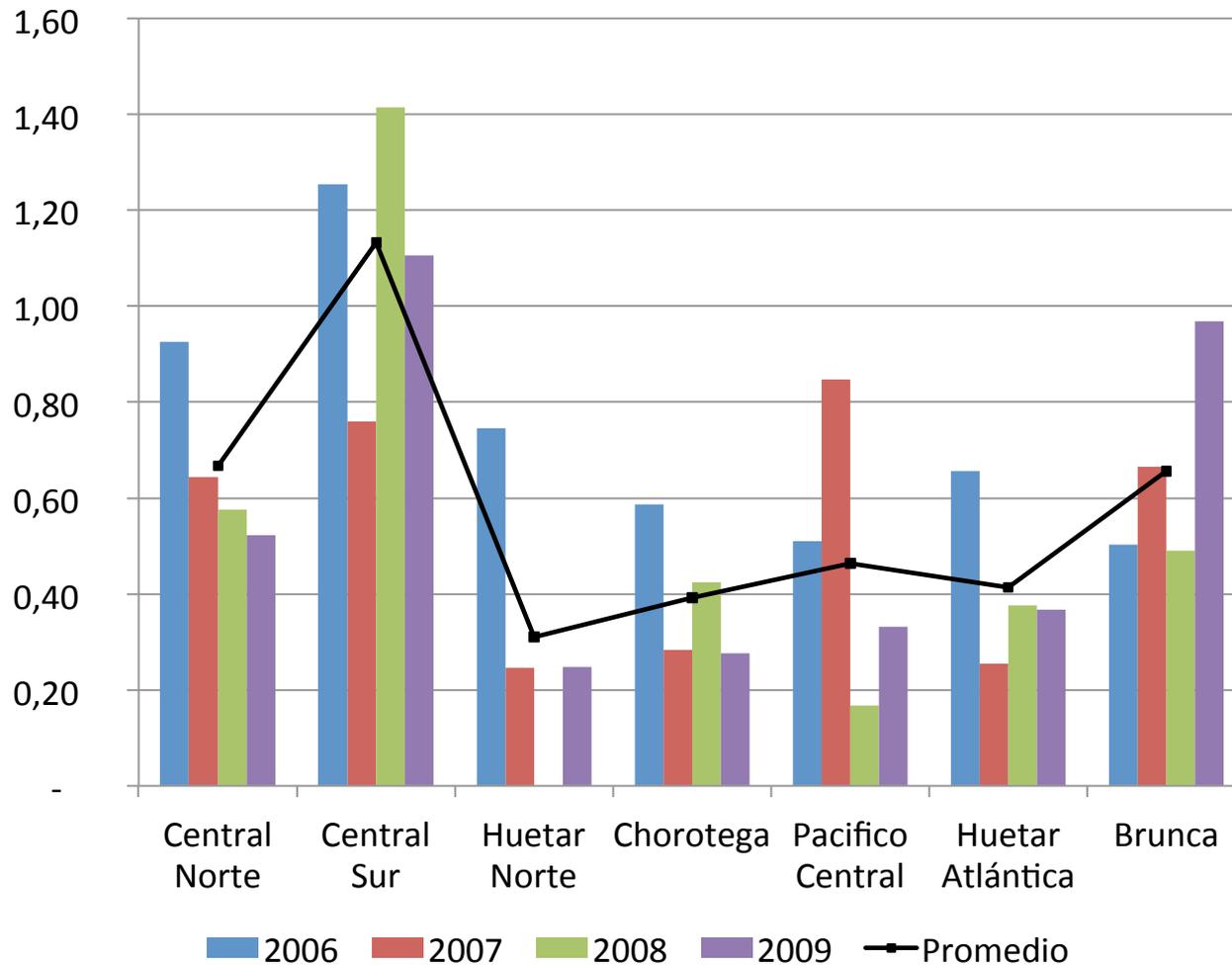
Actualizando al 2010...

- Se levantó la información y se preparó la base de datos, pero aún está en revisión.
- Primera sorpresa, importante reducción de los casos: 94 recursos en total
 - Con lugar: 47
 - Sin Lugar: 47
- Segunda "sorpresa": cambio de medicamentos
-> ¿innovaciones terapéuticas?
- Tercera "sorpresa": vuelven los votos salvados, pero en 3 recursos declarados sin lugar.

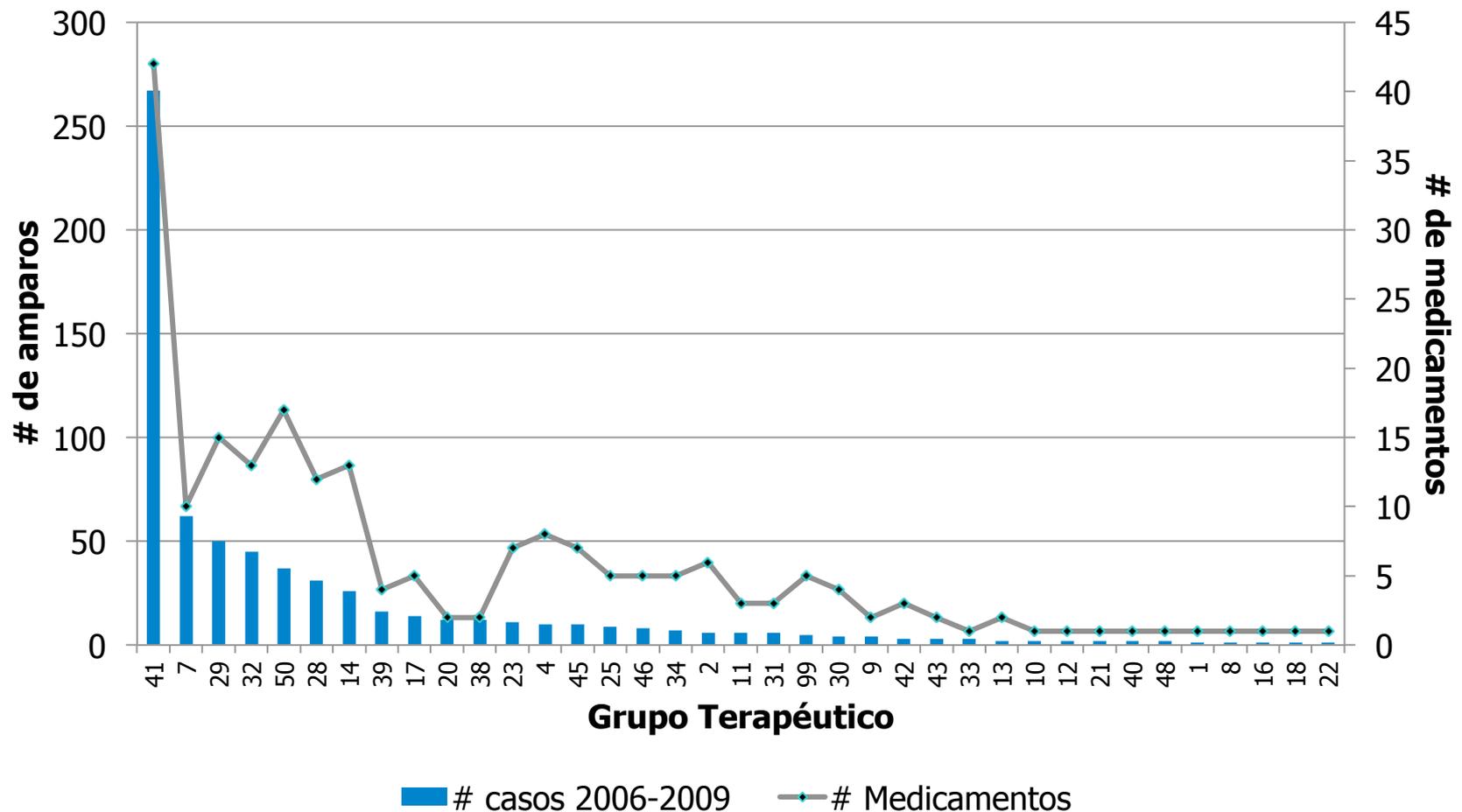
Tasas de amparos por cada 100.000 medicamentos despachados y consultas médicas brindadas

	2006	2007	2008	2009	Total amparos 2006-2009
Por medicamentos despachados en:					
Total	0,28	0,28	0,24	0,33	697
Consulta Externa	0,46	0,45	0,37	0,48	697
Hospital Rafael Ángel Calderón	3,07	2,77	2,75	3,09	150
Hospital San Juan de Dios	2,15	3,84	3,81	3,23	108
Hospital México	5,11	3,26	2,47	2,18	125
Por consulta médica en:					
Total	1,72	1,84	1,56	2,20	697
Hospitales Nacionales	9,17	8,94	9,26	9,50	403
Hospital Rafael Ángel Calderón	11,02	10,07	14,05	17,26	150
Hospital San Juan de Dios	6,78	13,50	13,50	11,40	108
Hospital México	15,04	11,06	8,28	7,04	125
Áreas Salud 2do Nivel	0,65	0,32	0,85	0,50	44
Áreas Salud 1er Nivel	0,10	0,07	0,08	0,04	19

Tasa de amparos por cada 100.000 consultas médicas según Región



213 tipos diferentes de medicamentos solicitados en 4 años vía 697 amparos constitucionales



En resumen: tipología de casos

> frecuencia

Por grupo terapéutico:

- Oncológicos
- Otros

Por impacto presupuestario:

- Medicamentos de alta frecuencia y bajo costo
- Medicamentos de baja frecuencia y alto costo

Por tipo de medicamento :

- Medicamento fuera de la LOM
- Medicamento LOM, pero de uso restringido
- Medicamento LOM

Por el fondo del reclamo:

- Mal servicio: desabastecimiento, oportunidad.
- Barrera de acceso

Impacto financiero: aproximaciones generales

- En 2008, el 1,17% del presupuesto de medicamentos se consumió a través de recursos de amparo declarados con lugar.
- Equivale a poco más de US\$ 1,7 millones.
- El gasto per cápita se estima en US\$21.110,67 , versus US\$ 37 en promedio por asegurado.
- Solo 2 (Ibersatán y Trastuzumab) están entre los 20 más consumidores de gasto.
- Todavía son cifras subestimadas.
- Falta costear un 36% adicional de casos (que no pertenecen a los 20 más "caros").
- El total difícilmente alcance el 1,5%.

Cuatro puntos relevantes para la discusión ...que preocupan más que el volumen de casos

- ¿Médico tratante o médico prescriptor?
 - Criterio individual versus criterio cuerpo colegiado
- ¿Alcanzan los recursos para darle todo a todos?
 - Racionalidad, oportunidad, eficiencia.
- ¿Y los principios de equidad y solidaridad?
 - ¿Cuál es el derecho de los que no son solidarios con el sistema?
- ¿A quién le corresponde llenar el vacío (ambigüedad) respecto del paquete de prestaciones a que tiene derecho un asegurado?
 - A la CCSS, la Sala IV, la Asamblea Legislativa...

¿Qué opciones tenemos? CCSS

- Estudios de costo/efectividad de las opciones terapéuticas.
- Reglamentar el amplio paquete de prestaciones y sus actualizaciones: todo lo reglamentado, con alta calidad en la prestación de los servicios y un buen sistema cerrado de actualización.
- Reglamentar el acceso a los beneficios del seguro de salud: acceso gradual al conjunto de prestaciones, con una vía para las excepciones.
- Política de formación en especialidades médicas ¿17 oncólogos médicos en toda la CCSS?
- Discutir el contrato laboral de los especialistas: ¿por qué un médico contratado por la Institución puede prescribir –sin consecuencias- fármacos que están fuera de la LOM? ... cuando hay un reglamento que se lo prohíbe...