Facilitación de Visita al Sistema de Salud de Costa Rica por miembros de la Comisión Nacional de Salud, de la Asamblea Legislativa y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador

San Jose, Costa Rica

November 1-7, 1998

Gustavo Corrales

BASICS Technical Directive:000 ES 01 013
USAID Contract Number:HRN-C-00-93-00031-00

In November 1998, Gustavo Corrales facilitated a health care study tour to San Jose, Costa Rica, for Salvadoran members of the Ministry of Health, National Health Commission, and the National Assembly.

The attached appendix details his activities and experiences on this trip.

APPENDIX

PROYECTO BASICS/USAID

INFORME DE CONSULTORIA

Facilitación de Visita al Sistema de Salud de Costa Rica por miembros de la Comisión Nacional de Salud, de la Asamblea Legislativa y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador

Del 1 al 7 de noviembre, 1998

Dr. Gustavo Corrales

Activity Code 000-ES-01-013.

San Salvador, El Salvador, noviembre de 1998

I. Propósito de la asistencia técnica

Facilitar la visita al sistema de salud de Costa Rica de los miembros de la Comisión Nacional de Salud (CNS), nombrada por el presidente de la República para dar los lineamientos para la reforma del sector salud, así como de las diputados de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la Asamblea Legislativa (CSMA), y del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS). El fin de esta visita, así como la efectuada en los días previos a Colombia, fue observar de primera mano el funcionamiento de sistemas de salud con reformas importantes, y obtener elementos de utilidad para una eventual reforma en el sector en El Salvador.

II. Antecedentes

La Misión de USAID/El Salvador y el Proyecto BASICS han estado apoyando durante el transcurso de este año el desarrollo de las actividades de la CNS y de la CSMA. La CNS ha estado desarrollando una serie de actividades orientadas tanto a mejorar el nivel de conocimiento de sus miembros en cuanto a las caracteríticas de un proceso de reforma, así como a difundir el concepto de la reforma y captar el grado de percepción y entendimiento en los diversos grupos de poder en la sociedad salvadoreña. Para esto se ha realizado revisión bibliográfica, talleres, seminarios, encuestas, estudios de grupos focales, visita de consultores, y, finalmente, estas visitas hacia países seleccionados con procesos de reforma en salud.

En el caso de Costa Rica se trata de una reforma excepcional. Ocupa el segundo lugar en América Latina del Indice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD; su tasa de mortalidad infantil es de 11 por mil nacido vivos y la expectativa de vida al nacer de 78 años. Es una reforma que se extiende por casi 50 años y que ha tenido la notable habilidad de adaptarse a las nuevas tendencias y corregir sus errores. En realidad, la reforma parece un proceso, en cierta manera, sin fin; continuo y con la capacidad de autogenerarse y superar los problemas producto de su mismo desarrollo. Tal como los funcionarios de la Caja lo mencionaron: el tema de la salud y educación es asunto político en Costa Rica que siempre están en la agenda de los partidos; es un tema que no puede ser ignorado por nadie. Este es un patrón de civilidad notable.

III. Situación actual

Los siguientes son algunos puntos relevantes que se encontraron en la visita, y que pueden tener relevancia para la propuesta de reforma en El Salvador:

- El proceso de desarrollar su sistema de salud ha tomado a Costa Rica unos 55 años a la fecha. Estos han sido lo eventos relevantes:

  - **Creación: <u>1943</u>**, Ley Constitutiva de la CCSS.
  - **Inicio de Universalización: <u>1961</u>**, reforma del artículo 177 en el sentido de universalizar la seguridad social en un plazo de diez años.

- **Seguro de Hospitales: 1973**, Ley de Traspaso de los hospitales a la Caja;
- **Incorporación de Pensionados: 1975**, Ley No. 5905 que crea el Seguro Obligatorio para los Pensionados.
- **Incorporación de Trabajadores Independientes: 1978,** se establece el Régimen de Afiliación Voluntaria para todos los trabajadores por cuenta propia.
- **Asegurados Subsidiados: 1984**, se establece el Régimen de Asegurados por Cuenta del del Estado, que incluye los indigentes.
- **Inicio de la autonomía de los proveedores, 1989,** fue constituida la clínica de Tibás en forma de cooperativa de empleados, financiado por capitación y basada en una modificación legal (Ley 5345). Otras clínicas han estado en el mismo proceso.
- **Atención primaria, 1993,** Ley No. 7374, "Ley de Mejoramiento de la Salud de los Costarricenses" donde se traspasan los servicios de atención primaria (centros de salud) a la Caja. El Ministerio de Salud asume un rol eminentemente rector.
- **Obligatoriedad. Desconcentración:1998**, Ley de Seguro Universal Obligatorio para todos los costarricenses. Propuesta de leyes para la desconcentración y la creación de la Sociedades Anónimas Laborales (SAL).
- **Autonomía de los provedores: 1999,** aplicación de la Ley de Desconcentración y SAL para separar las funciones de financiador-comprador de las de proveedor de servicios a través de la autonomía de gestión de éstos últimos. También incluye una propuesta para la garantía de calidad y acreditación de los servicios de salud (superintendencia de salud) .

Este ha sido un proceso que ha dominado el panorama de la salud en Costa Rica en la segunda mitad de este siglo; ha tomado poco más de 50 años lograr el principio de universalidad de la cobertura, lo cual ha estado fundamentado en los principios de la solidaridad a través de un sistema de salud unificado dirigido por el Estado, la equidad, y la subsidiaridad por parte del Estado. Claramente este proceso se ha orientado a una separación de funciones: Ministerio, rector; Caja, financiadora-compradora; y los proveedores: los que fueron de Ministerio, los de la Caja y los privados. Además se agrega la función de Garantía de Calidad y Acreditación que no está aún bien perfilada.

Se está en proceso de introducir elementos de gestión de tipo empresarial como la planificación estratégica, análisis de costo-beneficio, la competencia, pago (presupuestos) por resultados y/o capitación (por demanda y no por oferta), gestión orientada hacia los clientes, estudios de satisfacción, salarios de especialistas por eventos, etc...

- De tal manera que la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) se ha convertido en prácticamente la mayor y casi única institución (con sólo la existencia de algunos servicios privados) que financia y provee los servicios de salud a la población. Los recursos de la Caja han crecido a un ritmo superior a la inflación, sin embargo, durante los últimos años el costo de sus operaciones ha

aumentado sustancialmente, tanto que aun cuando sus gastos son mayores la producción se ha mantenido constante (índice de productividad). Además y a pesar de contar con un sistema de salud prácticamente universal, los recursos (determinados por el gasto per cápita) tienden a concentrarse en las poblaciones con mejor índice de desarrollo social (IDS) indicando cierto grado de inequidad en desmedro de los que tiene un IDS menor. Esto ha llevado a un cambio en al forma de asignar los fondos (SARF, Sistema de Asignación de los Recursos Financieros) orientados a la asignación no por presupuestos históricos a la oferta sino que por la naturaleza de la demanda (cantidad de población y sus características sociodemográficas y de salud).

Los altos funcionarios de la Caja reconocen que la misma se ha vuelto una institución gigantesca, centralizada, aislada de la población, relativamente ineficiente, con cierto nivel de inequidad, y, en alguna manera, fuera de control, con tendencias de gasto y productividad preocupantes. Todo esto es una preocupación central a las últimas reformas que ha emprendido el sector salud en el país.

- El Ministerio de Salud (MS) se ha convertido en esencialmente un regulador (rector) del sector, y en un promotor y vigilante del cumplimiento de las normas legales sanitarias y de las condiciones de eficiencia y calidad de los servicios de salud (acreditación). Aun cuando estas funciones son de extrema importancia y de mucho trabajo, el MS parece estar en un proceso de adaptación, una vez que sus funciones de proveedor y de intermediario financiero han terminado (los MS tienen la ilusión de ser financiadores, sin embargo, el financiador del gobierno central es el Ministerio de Hacienda o Finanzas, cuyas reglas del juego siempre son veleidosas e impredecibles en buena manera, especialmente para los sectores sociales).

- Sin embargo, estas funciones están en un proceso de transición, y se encuentran formas mixtas. El MS aún conserva algunos centros de salud que eventualmente serán transferidos a la Caja. También está a cargo de actividades de participación comunitaria como la capacitación de voluntarios (educadores comunitarios de salud, ECOS), control de vectores (dengue, malaria), y vigilancia epidemiológica. Sobre la función de garantía de calidad se ha mencionado la creación de una superintendencia de servicios de salud.

- Aun cuando los datos brindados por los varios funcionarios no fueron totalmente coincidentes, se estima que alrededor del 70-80 % de la población es asegurada obligatoria de la Caja, el resto son asegurados voluntarios, los asegurados por el Estado y los no asegurados (se estima que estos últimos no son más del 5 por ciento, sin considerar a los inmigrante ilegales nicaraguenses que son unos 600,000). Los asegurados obligatorios son aquellos que trabajan para un patrón identificable; los asalariados contribuyen con un 5.5 % de sus salarios; el patrono con el 9.25 % de los salarios de los trabajadores; y el estado como tal, con el 0.25 % de los salarios de todos los trabajadores del país. Los pensionados pagan un

poco menos (5.0, 8.75, 0.25 %, respectivamente). Los asegurados voluntarios (trabajadores independientes) deben pagar el 13.75 % de sus ingresos de referencia; en caso de no alcanzar el nivel de la escala contributiva, la diferencia debe ser asumida por el estado, aparte de su aporte de 0.25 % por cada asegurado. En el caso de que el asegurado no pueda contribuir el Estado asume el pago total, como sería el caso de los indigentes. En este momento, el seguro es obligatorio para todos los ciudadanos.

- En la Caja hay experiencias bastantes notables de descentralización de la administración hacia los proveedores, como es el caso de la clínica de Tibás, que funciona bajo un régimen de total autonomía de gestión tanto del Ministerio de Salud como de la Caja. Fue constituida en junio de 1989 basada en una modificación legal (Ley 5345), y en enero de 1990 se inauguró. La Caja le paga a la clínica por capitación (unos $40.00 por año por persona) y es responsable por un grupo de población (unas 70,000 personas). Las instalaciones son de la Caja y están arrendadas a la cooperativa por una suma simbólica. La clínica tiene la responsabilidad de resolver todos los problemas de salud hasta el segundo nivel de atención (comprende cirugía ambulatoria), además de lo referente a la promoción y prevención de la salud (visitas domiciliar, vacunas, educación nutricional, etc...).

  Todo empleado permanente es miembro de la cooperativa, y sólo éstos pueden ser miembros. Eligen un consejo de administración que nombra al director de la clínica. Hacen un contrato de gestión con la Caja donde se especifican los resultados esperados y por los cuales se paga; sin embargo, la clínica puede - con entera libertad - redistribuir los fondos según sus necesidades. La clínica tiene libertad de vender servicios a otras intituciones, como efectivamente lo hace. Los procedimientos que no pueden realizar son enviados a otros servicios de la Caja que corre con los gastos. La clínica esta obligada a cumplir con las normas dictadas por la Caja (procedimientos, sistema de información, etc...). Sobre los excedentes financieros ellos disponen de los mismos según decisiones del consejo de administración y la asamblea de cooperativista, dentro de un marco de incentivos que pueden ser capacitaciones, becas, mantenimiento, compra de equipo menor, etc...

  Esta clínica como tal conforma el segundo nivel de atención y cabeza de un área geográfico-poblacional denominada Area de Salud, constituida además por los EBAIS (se explica adelante). Parece que el Area es la unidad organizacional y operativa básica del sistema de atención de salud integral del país; este modelo ofrece similitudes notables con el modelo de Sistema Sanitario actualmente en desarrollo en El Salvador. Es un modelo que garantiza la integralidad de la atención – promocional, preventiva, curativa y rehabilitación - , y del primer y segundo nivel.

- Para acelerar este proceso de autonomía está en proceso la aprobación de la Ley de Desconcentración que le otorgará mayor autonomía de gestión a los hospitales y clínicas, aunque siempre dependiendo del nivel nacional de la Caja. Han expresado temor que la descentralización total (como el caso de Tibás) podría debería ser una etapa final, a pesar del excelente resultado que ha producido y del cual se sienten orgullosos (fue la primera cosa que mostraron). Tal vez el problema es que ahora la Caja es una institución extremadamente poderosa: maneja 1 billón de dólares anuales y alrededor de 30,000 empleados. Desistir de este poder distribuyéndolo entre los proveedores no es fácil, además de que el sindicado de empleados se sentiría sumamente amenazado porque la descentralización significaría su posible desaparición, y con ello, evidentemente, su poder.

- Actualmente la Caja esta promoviendo la ley de Sociedades Anónimas Laborales (SAL) que deben estar constituidas por al menos un 51% de empleados de la institución, y ninguno puede tener más del 10% del capital accionario. Esto parece ser una alternativa a las cooperativa pero va, definitivamente, dentro del contexto de empresas de beneficio social para la autonomía de los proveedores. Evidentemente aun cuando los costarricenses están en un proceso intenso de introducir elementos de la empresa en los servicios de salud, éste no tiene las características de un sistema abierto y al libre juego de la oferta y la demanda, y menos con fines de lucro como principal motivación. Hay un claro control de costos (capitación), regulación estatal de procedimientos, y cobertura universal con servicios integrales equitativos. Como es sabido (ya ha sido mencionado en otros informes previos), la privatización de la salud en un mecanismo de mercado abierto ha sido fuertemente rechazado en El Salvador, al menos por la gran mayoría de las entidades consultadas.

- La participación social no tiene un estilo de control social de la gestión, y aparentemente las autoridades electas como los alcaldes, participan relativamente poco en los asuntos de salud. En el caso de la clínica de Tibás hay un comité de vigilancia comunal, que aunque no puede participar en la toma de decisiones si pueden cuestionar un nombramiento o sugerir cambios de personal o de la calidad de los servicios, o discutir otro tipo de problemas con los directivos de la clínica. Tiene más un carácter de apoyo que de gestión.

- La Caja cubre todos los servicios demandados por la población, desde los preventivos y promocionales, y los del primer hasta el tercer nivel de atención. Sólo en algunas situaciones como cuando las cantidades de medicamentos sobrepasan un mes de administración, y en el caso de que no esté regulado específicamente como es con el sida, el derechohabiente debe pagar por su cuenta el exceso. También cuando se trata de un procedimiento que la Caja no puede realizar (como una resonancia magnética) el contribuyende debe pagar el exceso sobre un costo que la Caja cubre; y lo mismo es cuando en caso de hospitalización el cliente desea una mejor hotelería (habitación individual, por ejemplo), o un médico en particular. Por tanto no existe el concepto de "canasta básica de

servicios" que aparece en el estudio de ANSAL y que ha sido también enfáticamente rechazado.

- El Contrato de Gestión (CG) parece ser el instrumento central de acuerdo entre las instituciones proveedoras y la Caja en sí. Como la gran mayoría de aquéllas actualmente pertenecen a esta última, no es razonable realizar contratos consigo misma; por eso están promoviendo al Ley de Desconcentración para dar mayor autonomía e independencia a los proveedores y la capacidad de realizar estos contratos. Esto implica que los presupuestos ahora ya no se harán en base a la historia del gasto de la oferta sino que de acuerdo con la demanda esperada, ya se por actos o por capitación. Para que estos CG funcionen a plenitud parece ser necesario tres cosas:

  - estudios actuariales para determinar costos reales;
  - un sistema de información y monitoría y evaluación que proporcione y analice los resultados; y
  - un modelo de financiamiento que asegure que los recursos para cumplir con las obligaciones contraidas por el proveedor serán asignados a cabalidad y oportunamente.

  Con esto la Caja se estará convirtiendo paulatinamente en un ente financiador-comprador, liberando la función proveedora a instituciones desconcentradas y progresivamente con mayor autonomía de gestión.

- En el aspecto de servicios la Caja parece tener dos problemas centrales: Uno es las largas lista de espera para algunos procedimientos, fundamentalmente quirúrgicos. Dos, el descuido durante los últimos años de la atención primaria y el trabajo a nivel de las comunidades. Para el primero la solución central propuesta es el aumento de la oferta en horas fuera de la rutina con pagos extraordinarios al personal (cirugía vespertina), sobre lo cual hay controversia porque algunos indican que el problema es más de ineficiencia: los cirujanos, especialmente, no están realizando todos los procedimientos de que son capaces en el tiempo que tienen disponible (productividad); y las salas de operaciones no están siendo usadas plenamente. Buena parte de esta situación de ineficiencia se atribuye a una gestión todavía centralizada con presupuestos históricos y sin incentivos a la productividad; se supone que con la Ley de Desconcentración, la autonomía de gestión consecuente, los Contratos de Gestión y el pago por capitación o acto, los problemas de ineficiencia pueden ser solucionados de mejor manera.

  Sobre el segundo problema, la Caja ha inventado del EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral del Salud).

- El EBAIS, es una unidad de salud que se responsabiliza por el cuidado directo primario – promocional, preventivo, curativo y de referencia – de unas 3,500 a 4,000 personas en poblados circunscritos agrupados en sectores, y que dependen

de una área de salud que debe contar con una clínica de referencia del segundo nivel. El EBAIS cuenta con un médico general, una enfermera, una auxiliar de enfemería, un ATEBAIS (asistente técnico del EBAIS que se encarga de asuntos administrativos como registros médicos, farmacia, etc...), y un ATAP (asistente técnico de atención primaria) que realiza las visitas a la comunidad.

El EBAIS y su enfoque cerca de la gente y con sus acciones de tipo promocional, preventivo, curativo y referencial en las comunidades, de hecho es la base y la puerta de entrada del sistema de salud. Se orienta hacia uno de los problemas mencionados que es la ineficiencia derivada de brindar atenciones de primer nivel en instituciones de segundo e incluso tercer nivel a un costo muy alto comparativamente con los beneficios diferenciales. El fortalecimiento del EBAIS es una medida para corregir ese problema, y se basa en un hecho simple: es más barato y apropiado tratar un problema cuando inicia que cuando se ha complicado. Esta es una actividad ambiciosa, bien orientada, y por lo demás notable para un tipo de institución como los seguros sociales que se han caracterizado por ser extremadamente "hospitalarios" y fascinados con la tecnología de punta y la sofisticación. Pero esto ha sido así, tal vez, porque esa la su visión que la sociedad les ha asignado.

- Aun cuando no fue un tema exhaustivamente abordado, hay una genuina preocupación por la calidad. En este momento el MS tiene funciones de acreditación, sin embargo, el planteamiento es crear una superintendencia de servicios de salud que asegure la garantía de calidad. Junto con el Contrato de Gestión, asegurar la garantía de calidad son dos elementos claves del proceso de reforma basado en la autonomía de los proveedores. La Caja busca como comprador, además de la máxima cantidad de servicios al menor costo posible, asegurar la mejor calidad. Los proveedores se compromenten, desde luego, a proveerlos con la mayor eficiencia posible. Parece un acuerdo razonable.

- Finalmente, hay un problema en cuanto al proceso de aseguramiento y pago de la cuotas del seguro; la evasión parece ser importante y no hay actualmente mecanismos apropiados para contrarrestarla. Se está hablando de contratación (externalizar) este proceso a través de empresas privadas.

A parte de las observaciones al sistema de salud costarricense, se tuvo la oportunidad de platicar con los diputados de los distintos partidos representados en la Asamblea Legislativa:

- Sin excepción, aunque con diversos grados de excepticismo y entusiasmo, los diputados señalaron que la reforma del sector salud era una tarea impostergable. Los diputados Norman Quijano, René Rodríguez, Violeta Menjívar y Miguel Sáez Varela, que evidentemente tiene un claro liderazgo en sus facciones, indicaron fehacientemente la necesidad de la reforma. Es más, consideraron que la reforma era ineludible y que debería ser una clara política de estado. El diputado Quijano

indicó que una de sus primeras acciones sería comunicarse con el candidato de su partido para promover la reforma. El diputado Rodríguez sugirio una reunión para abril para discutir a fondo y para fines legales, todos los contenidos de la reforma, una vez que el panoramo político esté claro (que ya se sepa quién será el próximo presidente).

Los diputados de Arena mostraron más entusiasmo y más claras líneas de acción, lo cual es explicable en parte por su carácter de gobierno y la sensación de una nueva victoria; los del FMLN, aunque estusiasmados, se mostraron más cautos. El punto que parece será de mucha fricción es lo de privatización. Es posible que Arena quiera privatizar en el término textual de la palabra en un sistema de libre competencia y libre demanda y oferta, a lo cual el FMNL y otros partidos se opondrían, aunque es posible que también se haya comprendido, como producto del viaje, que cualquier reforma de salud debe darse bajo el amparo y regulación del Estado y no en el sentido de libre empresa. Por otro lado, la eventual desarticulación del ISSS en su conformación actual, podría también generar la oposición del FMNL ya que gran parte de su fuerza política radica en los trabajadores organizados en las ciudades.

III. Conclusiones y recomendaciones

1. Evidentemente el proceso de la reforma ha llegado a un punto de madurez en el que es necesario pasar a propuestas concretas de cómo hacerla. El modelo seguido por Costa Rica da muchas luces sobre lo que parece apropiado (es un sistema ciertamente exitoso) y sobre lo errores que vale la pena prevenir. Hay también elementos a considerar de la reforma en Colombia como la idea de la Empresas Promotoras de Salud (EPS), que se encarguen de proceso de asegurar y prevenir la evasión.

Es por tanto recomendable pasar en el corto plazo a la elaboración de una propuesta marco que se pueda ir enriqueciendo progresivamente. No se sabe como los líderes políticos manejarán este asunto para fines proselitistas, pero es posible que se convierta en un punto central de la campaña, sería apropiado por tanto tener preparada una propuesta bastante coherente.

2. Parece que un modelo de reforma fundamentado en:

- la autonomía de los proveedores – con un primer y segundo nivel de atención integrado en una unidad de gestión y pagado por capitación; y un tercer nivel pagado por evento;
- un MSPAS como rector-normador-modulador del sistema de salud articulado en un consejo nacional de salud;
- un ente nacional asegurador y financiador-comprador de servicios;
- y una superintendencia nacional para la garantía de calidad de los servicios;

se perfila como el modelo ideal. En cual debe apoyarse en:

- un seguro universal de salud obligatorio para todos los que pueden pagar, y subsidiado para el resto;
- un modelo legal de autonomía de gestión de los proveedores, tanto del Ministerio como los del ISSS;
- crear o convertir el actual ISSS en una caja de financimiento de los proveedores;
- crear o transformar el actual Consejo Nacional de Salud Pública (CNSP) en una entidad de coordinación de las intituciones del sector presidida por el Ministerio de Salud;
- transformar el Ministerio de Salud en una entidad coordinadora - rectora-normadora.

3. Actualmente el Ministerio de Salud se encuentra en un franco proceso para desarrollar el Sistema Sanitario como la estrategia central de su modernización, y a su vez, como base de la reforma en salud. Este parece ser el concepto básico sobre el cual se debe lograr la autonomía de los proveedores.

Se debe procurar que el Sistema Sanitario sea un elemento clave de la propuesta de reforma del sector.

4. Como parte de la discusión de una eventual propuesta de reforma, se deben prever la investigaciones necesarias. Por ejemplo, el financimiento es uno de los factores centrales para una reforma; el sector salud no debe depender de un financiamiento incierto de los Ministerios de Hacienda a través de los fondos fiscales (impuestos). Es absolutamente necesario la existencia de un fondo nacional de salud, previsible, conocido e intocable para otros fines que no sean los de salud.

Una investigación en este sentido es necesario para determinar la capacidad del país de pago a través de medios parafiscales (seguro obligatorio, universal e integral), los mecanismos de recolección, de administración, de compra de servicios, etc…

5. Finalmente, fue bastante notable que el viaje logró una mejor interacción entre los miembros de la CNS y de la CSMA de la Asamblea Legislativa, además de ampliar el panorama sobre la naturaleza de la reforma, especialmente entre los diputados. Los horarios de visitas y reuniones, que fueron intensos, se cumplieron con bastante regularidad.

Definitivamente, los eventos en los cuales los diversos actores de la reforma tienen la oportunidad de interactuar se desarrollan mejores lazos de entendimiento, y se identifican los puntos de disenso. En el futuro es evidente que será necesario continuar este tipo de contactos a nivel nacional para llegar a una propuesta final de reforma.