



Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud

COSTA RICA

EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES

Febrero 2017



ESTUDIOS DE LA OCDE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD: COSTA RICA

EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES

Febrero de 2017



Originalmente publicado por la OECD en inglés bajo el título:
OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica
© 2017 OECD
© 2017 Ministerio de Salud, Costa Rica para la edición en español

“Traducido por: Ministerio de Salud”



Prefacio

Mucho hay que alabar del sistema de salud de Costa Rica: su estabilidad institucional respecto al financiamiento y la planificación; un brazo proveedor cercanamente integrado pero claramente diferenciado, con una atención primaria fuerte en su base; un impresionante grado de coordinación intersectorial a nivel nacional y un diálogo efectivo entre los usuarios y los administradores de servicios de salud a nivel local, impulsando el mejoramiento del servicio. La innovación alrededor de los roles profesionales y el uso ambicioso de expedientes electrónicos de salud también son logros de los que otros sistemas de salud podrían aprender. Todo esto lleva a unos resultados de salud que están al nivel de varias economías de la OCDE: la esperanza de vida es de 79.9 años, comparada con los 80.6 que muestra el promedio de la OCDE, y menos del 1% de la población reporta no usar los servicios de salud debido a razones financieras.

No obstante todo esto, resulta evidente que hay serios puntos de tensión. El gasto lleva una trayectoria ascendente, empujado por los salarios y porque la única base del presupuesto de las unidades es el gasto del año anterior. Este aumento en el gasto no siempre se asocia con una mejora en los servicios: ciertos indicadores clave del desempeño -tales como los tiempos de espera entre la puerta y el quirófano para los pacientes que hayan sufrido de un ataque al corazón- están empeorando. Puede que el Sistema sea quizás *demasiado* estable: la rigidez institucional y los intereses creados han estancado reformas vitales, lo que significa que Costa Rica aún carece de una aplicación sistemática de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y evaluación en tecnologías sanitarias, a pesar de varios intentos por introducir dichas reformas. La presente revisión establece recomendaciones y ejemplos provenientes de las mejores prácticas internacionales con el afán de fortalecer el desempeño del sistema de atención de salud de Costa Rica.

Esta revisión ha sido preparada por la Secretaría de la OCDE que da apoyo a la evaluación del Comité de Salud de la OCDE sobre el sistema de salud de Costa Rica, el cual está siendo emprendido actualmente como parte del proceso para la adhesión de Costa Rica a la OCDE (ver la Hoja de Ruta para la Adhesión de Costa Rica a la Convención de la OCDE [C(2015)93/FINAL]). De acuerdo con el párrafo 14 de dicha Hoja de Ruta, el Comité de Salud acordó la Revisión en su presente versión y publicarla, de modo que permita la familiarización de una mayor audiencia con los asuntos que se abordan en la Revisión. La publicación de este documento y el análisis y recomendaciones que éste contiene, no prejuzga en modo alguno los demás resultados de la evaluación que se le está haciendo a Costa Rica como parte del proceso de su adhesión a la OCDE.

Reconocimientos

La presente Revisión de Sistema de Salud fue escrita por Ian Forde, con los aportes de Ursula Giedion, Amanda Glassman y Tomás Plaza Reneses, como una base para las discusiones del Comité de Salud de la OCDE del día 8 de noviembre del año 2016. Los autores desean expresar su agradecimiento a Francesca Colombo, Mark Pearson y Stefano Scarpetta del Directorio de Empleo y Asuntos Laborales y Sociales de la OCDE, así como al Directorio Legal de la OCDE que está manejando los asuntos de la adhesión, por sus comentarios y sugerencias. Gracias también a Marlène Mohier y Lucy Hulett por su aporte editorial y a Duniya Dedeyn por su asistencia logística.

No hubiera sido posible completar la presente Revisión sin el apoyo de las autoridades de Costa Rica. La Revisión siempre gozó de la pericia y material recibidos de parte de numerosos funcionarios del sistema de salud, profesionales de salud, grupos de pacientes y demás expertos, con los que se reunió el equipo de Revisión durante la misión que se realizó en Costa Rica en junio del año 2016. Estos incluyen directores y funcionarios del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social (incluyendo directores regionales), del Instituto Nacional de Seguros, del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, del Centro Nacional de Rehabilitación, del Bloque Unitario Sindical Social Costarricense; representantes de la Asociación de Cuidadores de la Persona Adulta Mayor, del Proyecto Navegación de Pacientes, de la Fundación Elegir Vivir y de Mujeres que Salvan Vidas; personal clínico y administrativo del Área de Salud de Puriscal-Turrubares y del Hospital San Vicente de Paúl, así como de las juntas (grupos de pacientes) en cada uno de ellos; y también expertos de la Escuela de Economía y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Ana María Aparicio y James Cercone también facilitaron valiosas observaciones al equipo de Revisión.

El equipo de revisión desea agradecer en particular al Ministro Dr. Fernando Llorca Castro y a las Vice-Ministras Dra. María Esther Anchía Angulo y Dra. Virginia Murillo Murillo del Ministerio de Salud; a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidente Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social; al Lic. Elian Villegas Valverde, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros; y sus funcionarios, en especial a María del Rocío Peinador Roldán y Adriana Salazar González, por su apoyo a esta Revisión y su ayuda para organizar la visita de los funcionarios de la OCDE a Costa Rica. Esta Revisión se ha beneficiado de los comentarios de autoridades y expertos costarricenses, quienes revisaron los borradores anteriores.

Índice

Prefacio.....	4
Abreviaciones.....	9
Resumen Ejecutivo y recomendaciones sobre políticas.....	10
1. Estructura y gobernanza del Sistema de Salud de Costa Rica.....	14
1.1. La economía política estable de Costa Rica le ha permitido tener un progreso social y ambiental constante	
1.2. Las mayores necesidades de atención de la salud del país provienen de enfermedades crónicas	
1.3. El sistema de salud goza de una larga estabilidad institucional desde hace mucho tiempo	
1.4. El brazo proveedor de la CCSS se estructura sobre una base bien desarrollada de atención primaria	
1.5. La supervisión gubernamental de los objetivos estratégicos y desempeño de la CCSS es demasiado débil	
1.6. El Ministerio de Salud tiene un fuerte enfoque en la salud pública y en los cuidados preventivos de salud	
1.7. La estabilidad institucional ha sido obstáculo a las reformas en áreas clave	
1.8. Se necesita hacer reformas para dirigir y hacer que la CCSS rinda cuentas más efectivamente	
2. Acceso y calidad	32
2.1. Aun cuando la CUS (Cobertura Universal de Salud) nominalmente “se ha logrado”, los pacientes pueden esperar años por una atención agendada	
2.2. Los gastos de bolsillo están aumentando con el riesgo de crear un sistema de dos niveles	

- 2.3. Costa Rica necesita una política de trabajo más flexible diseñada alrededor de las necesidades de los pacientes
- 2.4. Los tiempos de espera también deberían ser abordados a través de una aplicación efectiva de garantías en tiempos de espera
- 2.5. La calidad y los resultados no se están monitoreando de modo consistente
- 2.6. Las políticas e instituciones abocadas a la mejora de la calidad también están pobremente desarrolladas

3. La gobernanza de la calidad se debe incorporar más efectivamente en el sistema de salud Eficiencia y sostenibilidad financiera.....47

- 3.1. La excesiva dependencia de los ingresos relacionados con el empleo amenaza la sostenibilidad financiera de la CCSS
- 3.2. Los mecanismos de contención de costos son pobres, con escasa evidencia de que un aumento del gasto esté beneficiando a los pacientes
- 3.3. Los impulsores principales del gasto incluyen el crecimiento en actividad hospitalaria, un pobre control de los precios y los aumentos en salarios médicos
- 3.4. En el corto plazo deberían usarse techos para los gastos, revisiones regulares del gasto y sistemas de advertencia temprana para controlar los gastos y estimular la eficiencia
- 3.5. A un plazo más largo, los fondos del sistema de salud deberían provenir cada vez más del presupuesto general del gobierno
- 3.6. Se debería introducir un paquete de beneficios definidos para la atención secundaria, apoyado en valoraciones sistemáticas de evaluación en tecnologías sanitarias
- 3.7. Una innovación en los sistemas de pago permitirían que el valor real y los resultados para los pacientes fueran mejor recompensados
- 3.8. La disponibilidad y el uso de los datos sobre el desempeño se deberían mejorar

Referencias.....	59
Anexo A Ilustración de una red de servicio de la CCSS.....	63
Anexo B Marco de Rendimiento de Atención Primaria de la CCSS.....	64
Anexo C Captura de pantalla de un indicador del desempeño en atención primaria disponible desde el sistema de información EDUS.....	65

Figuras

Figura 1. La esperanza de vida al nacer en Costa Rica es comparable al promedio de la OCDE.....	15
Figura 2. Para el 2050, uno de cada cinco costarricenses tendrá más de 65 años.....	16
Figura 3. La mayoría de las necesidades de atención en salud en Costa Rica provienen de condiciones crónicas complejas	17
Figura 4. Los indicadores de salud y bienestar de Costa Rica son comparables al promedio de la OCDE	18
Figura 5. El seguro de salud cubre cerca de 100% de la población de Costa Rica	20
Figura 6. La atención de la salud en Costa Rica se financia en gran medida con fondos públicos.....	21
Figura 7. Las esperas para las cirugías electivas en Costa Rica han empezado a mejorar, tras haberse deteriorado por varios años	33
Figura 8. El número de médicos y enfermeras (os) que trabajan en Costa Rica ha aumentado considerablemente en los años recientes	34
Figura 9. Costa Rica tiene muchos menos médicos practicantes que los sistemas de salud de la OCDE	35

Figura 10. Los años recientes han visto poco crecimiento en los números de médicos graduados en Costa Rica	36
Figura 11. El déficit de enfermeros practicantes en Costa Rica es aún más pronunciado que el faltante de doctores	37
Figura 12. Los gastos de bolsillo son altos y van en aumento, a pesar del alto gasto en salud	39
Figura 13. El empleo informal está en aumento.....	47
Figura 14. Los egresos por cama han aumentado de modo regular	50
Figura 15. Los aumentos efectivos en los salarios del sector público sobrepasan por mucho los objetivos negociados y la inflación en Costa Rica.....	52

Abreviaciones

CAIS	<i>Centros de Atención Integral en Salud</i>
CCSS	<i>Caja Costarricense de Seguro Social</i>
COESAINCO	<i>Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio</i>
CONAPAM	<i>Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor</i>
GRD	<i>Grupo relacionado por el diagnóstico</i>
EBAIS	<i>Equipos Básicos de Atención Integral en Salud</i>
EDUS	<i>Expediente Digital Único en Salud</i>
PPS	<i>Pago por servicio</i>
LAC	<i>Latinoamérica y el Caribe</i>
ENT	<i>Enfermedad no transmisible</i>
PIB	<i>Producto Interno Bruto</i>
PPR	<i>Pago por rendimiento</i>
SCS	<i>Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE</i>
PNUD	<i>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i>

Resumen ejecutivo y recomendaciones sobre políticas

El sistema de salud de Costa Rica es ampliamente visto como una historia de éxito. Su servicio nacional único de salud fue creado en el año 1941 y ha demostrado una considerable estabilidad institucional desde entonces. Los costarricenses tienen un acceso casi universal a un rango completo de servicios de atención de la salud (que incluyen los más complejos desde el punto de vista tecnológico, como los trasplantes de corazón o pulmones) y gozan de una protección efectiva contra los gastos catastróficos en salud. La esperanza de vida excede la de muchos países de la OCDE.

Pero el gasto se encuentra en una fuerte trayectoria ascendente, aumentando en torno al 7% anual en términos nominales, casi el doble de la inflación general, entre 2011 y 2015. Actualmente, el gasto nacional en salud representa el 9,3% del PIB (por encima del promedio de la OCDE; es importante para un país de ingresos medios). Esto es ocasionado principalmente por fuertes aumentos en los salarios de los médicos, los cuales han aumentado en un 6% por año durante los últimos diez años, mucho más rápido que el crecimiento de la productividad en el sector. Los mecanismos de contención de costos son pobres, con escasa evidencia de que el aumento del gasto traiga beneficio a los pacientes. Frustrados por los tiempos de espera de un año o más para procedimientos tales como cirugías infantiles, la gente aumenta su gasto de bolsillo para recibir servicios de atención de la salud en el sector privado, originando el riesgo de un sistema de dos niveles.

Las reformas que habrían podido hacer frente a varios de estos desafíos, tales como los sistemas de pago con base en resultados, programas de acreditación de hospitales o el sistema de cuentas por GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) en los hospitales, se han intentado pero posteriormente se han descontinuado. Tal parece entonces que la elaboración de políticas sostenibles resulta ser un reto en el sistema de salud de Costa Rica. Es probable que esto se relacione con las disposiciones existentes en materia de gobernanza: no existe un mandato claro para la institución que se encarga de la cobertura de atención de la salud y de proveer los servicios de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ni se han instalado mecanismos efectivos para llevar a cabo auditorías regulares e independientes sobre el desempeño de la CCSS. Es una prioridad, por lo tanto, considerar cómo se podría reforzar el papel del Ministerio de Salud para determinar las prioridades estratégicas de la CCSS dentro del marco legal vigente, que sustenta la estructura del sistema de salud, manteniendo al mismo tiempo la independencia constitucional de la CCSS.

Otra reforma fundamental es en relación con el financiamiento del sistema de salud. La CCSS depende en gran medida de contribuciones relacionadas con el

empleo para sus ingresos, no obstante éstas se han visto bajo presión ya que una proporción creciente de la fuerza laboral está en el sector informal; y la población está envejeciendo. Hoy día, sólo el 53% de la población son contribuyentes formales de la CCSS, comparado con el 70% de hace diez años. Entonces, del mediano al más largo plazo, se deberá reducir la dependencia del ingreso relacionado con el empleo, y dar un viraje hacia una mayor proporción de ingreso por parte del presupuesto gubernamental. De modo más inmediato, el instalar límites robustos al gasto y revisiones regulares a los mismos ayudará a asegurar la sostenibilidad.

Conforme se manejen estos asuntos estructurales, se deberá también lidiar con un número de debilidades operativas para asegurar un sistema de salud que sea equitativo, sostenible y de alto rendimiento para las generaciones actuales y futuras. Las áreas de prioridad para esta acción incluyen:

- Reinstaurar los procesos de gestión del desempeño en los hospitales, por medio de análisis comparativos de calidad y resultados, para complementar el marco de gestión del desempeño que se ha estado desarrollando para la atención primaria;
- Reinstaurar en los hospitales un sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico, para entender mejor los patrones de gasto y los causantes de la inflación dentro del sistema;
- Sistematizar los análisis de relación costo-efectividad de los servicios nuevos (y de los existentes, cuando aplique), permitiendo que se defina un paquete de beneficios para el segundo y tercer nivel de atención y así complementar lo que ya existe en la atención primaria;
- Ampliar la fuerza laboral sanitaria, dándole a la CCSS una mayor flexibilidad sobre cómo y dónde emplea a sus profesionales clínicos (por ejemplo, al permitir que se hagan contratos sustantivos que no sean de tiempo completo), y estimular un mayor desarrollo de roles avanzados para el personal de enfermería, farmacéutico y técnico.

Para sacar el máximo provecho a estas reformas, es fundamental el uso efectivo de los datos de los sistemas de salud. Costa Rica ha logrado avanzar en la construcción de la infraestructura de datos del sistema de salud, pero los datos sobre necesidades y actividades aún no se relacionan bien con los costos y los resultados de los servicios de atención de la salud. El hacer estos enlaces para los grupos de pacientes clave a nivel de instalación, permitirá una asignación de recursos que cada vez se base más en el valor y el desempeño, que en los patrones históricos de gasto. El desempeño del sistema de salud también se verá realizado por una mayor participación en las iniciativas de análisis comparativos internacionales tales como las del *Sistema de Cuentas de Salud* y de los *Indicadores de Calidad de Servicios de Salud* de la OCDE.

Recomendaciones sobre Políticas

En general, Costa Rica cuenta con una infraestructura sólida para brindar una buena atención de la salud a todos sus ciudadanos. No obstante, para lograr garantizar un sistema de salud que sea equitativo, sostenible y de alto rendimiento para las generaciones actuales y futuras, se tendrán que hacer reformas sustanciales. Las áreas de prioridad para la acción son:

Reformar la gobernanza del sistema de salud:

- Considerar cómo podría fortalecerse la función del Ministerio de Salud en la determinación de las prioridades estratégicas de la CCSS, manteniendo al mismo tiempo la independencia constitucional de la CCSS; por ejemplo, priorizando las obligaciones de servicio público y los objetivos de rendimiento acordados;
- Condicionar a la CCSS a rendir cuentas por resultados, requiriendo informes de progreso en relación con su mandato, mediante informes de desempeño anuales, auditorías independientes u otros mecanismos de escrutinio público. La obtención de datos más completos sobre el rendimiento, enfocándose en los resultados de los pacientes debería de ser una prioridad;
- Profundizar la participación de Costa Rica en los análisis comparativos internacionales del desempeño en el sistema de salud a través de presentaciones más completas al *Sistema de Cuentas de Salud, Indicadores de calidad de los servicios de salud de la OCDE y otras iniciativas*.

Accesibilidad y calidad mejoradas, mediante:

- La ampliación de la fuerza laboral sanitaria dando a la CCSS una mayor flexibilidad de cómo y dónde emplea a su personal clínico (por ejemplo, permitiendo contratos sustantivos que no sean de tiempo completo). También es apropiada una regulación de la práctica dual;
- El fomento de un desarrollo ulterior de funciones avanzadas para el personal de enfermería, farmacia y técnico, para que puedan llevar a cabo ciertas tareas hechas tradicionalmente por los médicos;
- Permitir al paciente la elección de su proveedor, incluidos los proveedores del sector privado (pagados con fondos públicos) cuando esto sea lo apropiado;
- Reinstaurar los procesos de acreditación y gestión del desempeño para hospitales, mediante la evaluación comparativa de la calidad y los resultados, en lugar de evaluaciones aisladas del cumplimiento de las normas mínimas;
- Desarrollar una fuerza laboral especializada en atención primaria.

Eficiencia y sostenibilidad financiera reforzadas mediante:

Una mejor comprensión de los patrones de gasto y de las causas de inflación dentro del sistema de salud. Es de particular prioridad reintroducir un sistema de cuentas de Grupos Relacionados por el Diagnóstico en los hospitales;

Reducción de la dependencia de las contribuciones ligadas al empleo y del financiamiento cada vez mayor de los servicios de atención de la salud por el presupuesto gubernamental general, como parte de una revisión más amplia de futuras opciones de financiamiento;

Bloqueo de los aumentos salariales a los empleados de la CCSS (más allá de los autorizados por la ley laboral, tales como los que se relacionan con la inflación), salvo que se puedan relacionar claramente con un aumento de productividad y valor;

Sistematizar el análisis de costo-efectividad de los servicios nuevos (y los existentes, cuando aplique), permitiendo que se defina un paquete de beneficios para el segundo y tercer nivel de atención;

Mejor vinculación de la financiación para los proveedores del segundo y tercer nivel de atención a las necesidades de atención de la salud local y del rendimiento de la instalación, en lugar del gasto histórico.

1. Estructura y Gobernanza del Sistema de Salud de Costa Rica

Esta sección describe el contexto económico y social en el que opera el sistema de salud de Costa Rica, así como las mayores necesidades de atención de la salud que debe manejar el sistema. También considera el marco de la gobernanza y de las instituciones que regulan y proveen los servicios de salud, y determina que el gobierno central debería estar equipado con mecanismos más fuertes para supervisar y dirigir la prestación de servicios de salud.

1.1 La economía política estable de Costa Rica ha permitido tener un progreso social y ambiental constante

Costa Rica ha disfrutado de la estabilidad política por décadas, permitiendo a este país hacer progresos regulares en lo social y económico. Desde el fin de la guerra civil de 1948, se abolió el ejército y se enfocó la inversión de manera más fuerte hacia la educación, la salud de la población, y la cultura. Al mismo tiempo, varias políticas ambiciosas y sostenidas sobre la protección del ambiente y la biodiversidad han traído ganancias mayores en la conservación: Costa Rica ha conseguido revertir sustancialmente su tasa de deforestación, único entre todos los países de los trópicos en haberlo logrado. Costa Rica genera alrededor del 90% de su electricidad a partir de fuentes renovables y ha anunciado su ambición de alcanzar la neutralidad de carbono completa para el año 2021 (OCDE, 2016a).

Costa Rica es un país de rango medio en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD.¹ Se califica en 0.766, colocándolo en el puesto 69 de 188 países y territorios, y por encima del promedio de los países de la región de América Latina. (PNUD, 2015). El producto interno bruto en Costa Rica ha crecido en promedio 4.5% por año entre los años 2000 y 2013, comparado con un 3.8% en promedio entre los países de Latinoamérica y el Caribe. En el 2015 se estimó el PIB per cápita en USD PPP 14 737 (usando los precios de hoy), por debajo del de México (USD PPP 18 077) y Turquía (USD PPP 19 916), pero similar al de Brasil (USD PPP 15 795) y China (USD PPP 13 884, datos de OECD.Stat.). El crecimiento económico estable le ha permitido a Costa Rica tener uno de los niveles de pobreza más bajos de Latinoamérica: 12% de la población vive con USD 4 diarios (4.5% con USD 2.5), alrededor de un tercio del promedio que se da en LAC. El desempleo total era del 8.5% de la fuerza laboral en el año 2014, ligeramente más alto que el promedio de la OCDE del 7.3% en el 2014. Las tasas de desempleo, sin embargo, han aumentado desde un 6.6% en el 2005, afectando especialmente a las generaciones más jóvenes, las mujeres, los pobres y a los residentes de las zonas rurales (OCDE, 2016a).

No obstante, persisten grandes desigualdades socio-económicas, y estas están

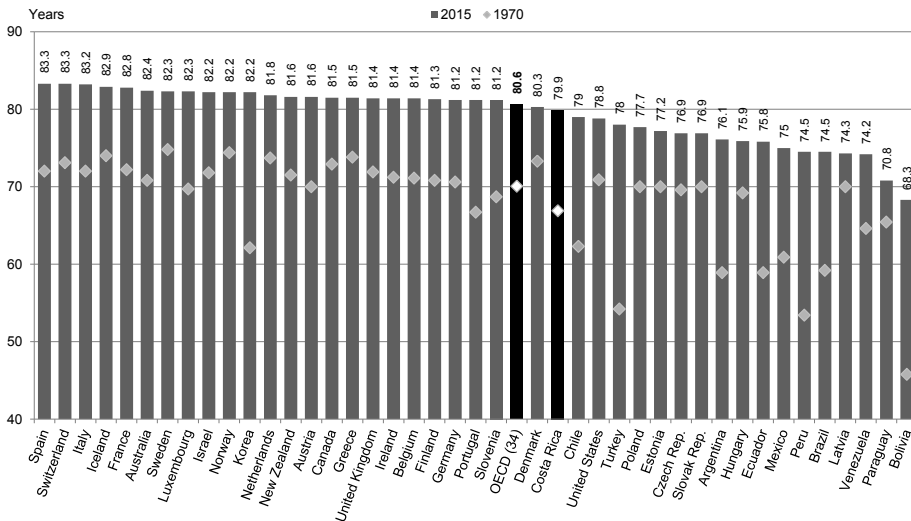
creciendo. El coeficiente de Gini² para Costa Rica en cuanto a la desigualdad está actualmente en 0.509 antes de transferencias e impuestos, y en 0.487 después de transferencias e impuestos (OCDE, 2015a). En promedio para toda Latinoamérica, la desigualdad de ingresos fue 9% más baja en el 2013 que en el 2001, mientras que en Costa Rica fue 9% más alta (si bien la desigualdad de base en muchos países de Latinoamérica era bastante peor que la de Costa Rica). Entre el 2010 y el 2014, el aumento de los salarios del sector público fue la mayor contribución a la desigualdad –en particular los salarios de trabajadores calificados en agencias públicas fuera del gobierno central, incluyendo al principal proveedor de servicios de salud en Costa Rica, la CCSS. Los salarios de la CCSS se analizan en detalle en la Sección 3.

1.2 Las mayores necesidades de atención de la salud del país provienen de enfermedades crónicas de estilo de vida

La esperanza de vida en Costa Rica es similar al promedio de la OCDE, habiendo aumentado de 66.9 años en el 1970 a 79.9 años en el 2015 (OCDE, 2016b). La longevidad en Costa Rica es ahora más alta que en muchos países desarrollados (Figura 1) y excede a la de todos los países comparables de Latinoamérica.

Figura 1. La esperanza de vida al nacer en Costa Rica es comparable al promedio de la OCDE

La esperanza de vida al nacer, entre los países de la OCDE y los países de Latinoamérica, 1970 y 2015 (o años más próximos)

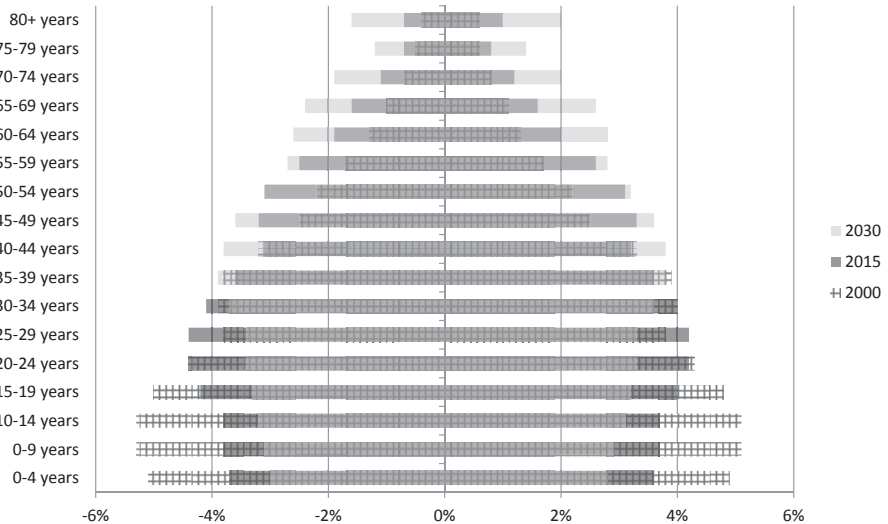


Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

El envejecimiento de la población está sucediendo rápidamente. En el 2010, la población con más de 65 años de edad representaba alrededor de 5% de la población total de Costa Rica. Para el 2050 se espera que esta cifra haya aumentado cuatro veces, a 21%. Por lo tanto, la evolución demográfica es más rápida que en toda la OCD (en donde las cifras promedio equivalentes son de 15% en el 2010 y de 27% en 2050). Se espera que este envejecimiento, que a menudo se asocia con un aumento de la prevalencia de multi- morbilidades, tendrá por lo tanto un impacto importante en la salud de la población de Costa Rica y pondrá una presión añadida al sistema de servicios de salud.

Figura 2. Para el 2050, uno de cinco costarricenses tendrá más de 65 años

La pirámide de población en Costa Rica por género y edad para el 2000, el 2015 y las proyecciones al 2030 (población, %)

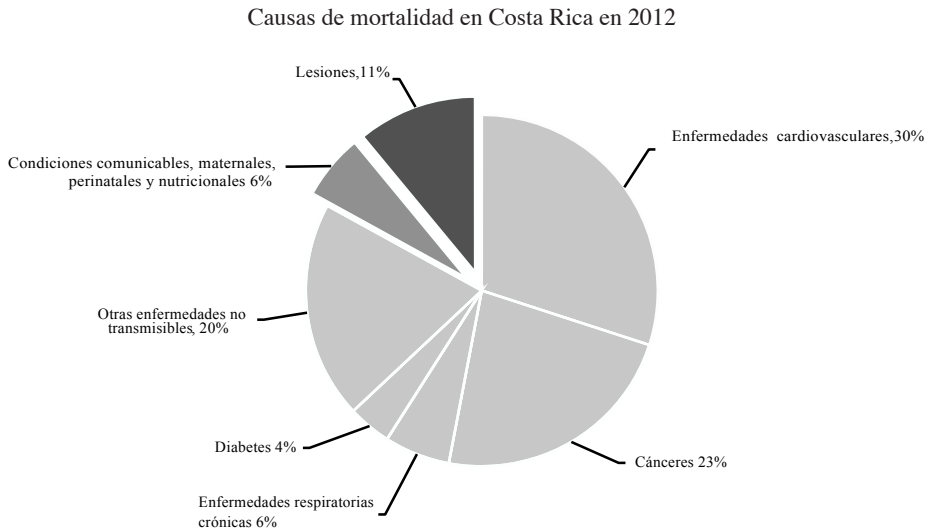


Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, *World Population Prospects: The 2015 Revision*. <https://populationpyramid.net/costa-rica/2015/>.

Las necesidades de atención de salud de Costa Rica, al igual que en muchos países de la OCDE, se basan cada vez más en enfermedades no transmisibles (ENT) tales como enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes. En el 2012, el 83% de todas las muertes en Costa Rica se debió a las ENT; siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte, responsable por el 30%, seguida por los cánceres con el 23% (Figura 3) (OMS, 2014). En una encuesta del 2010, 38% de los adultos padecían de hipertensión, 42% tenían niveles de colesterol altos y 51% tenían poca o ninguna

participación en actividades físicas. La prevalencia de la obesidad era del 24.4% de la población en el 2014, lo que es mayor que el promedio de la OCDE de 19% (OECD, 2016b). Además de esto, se encontró que el 60% de los costarricenses de entre 20 y 44 años de edad estaban con sobrepeso, u obesos. En una nota más positiva, las tasas de fumado en Costa Rica son más bajas que el promedio de la OCDE: 14.5% de la población mayor de 15 años fumaba diariamente en el año 2012 (19.8% de hombres y 9.2% de mujeres) comparado con el promedio de la OCDE de 19.7% en el 2013 (24.2% de hombres y 15.5% de mujeres).

Figura 3. La mayoría de las necesidades de atención en salud en Costa Rica provienen de condiciones crónicas complejas

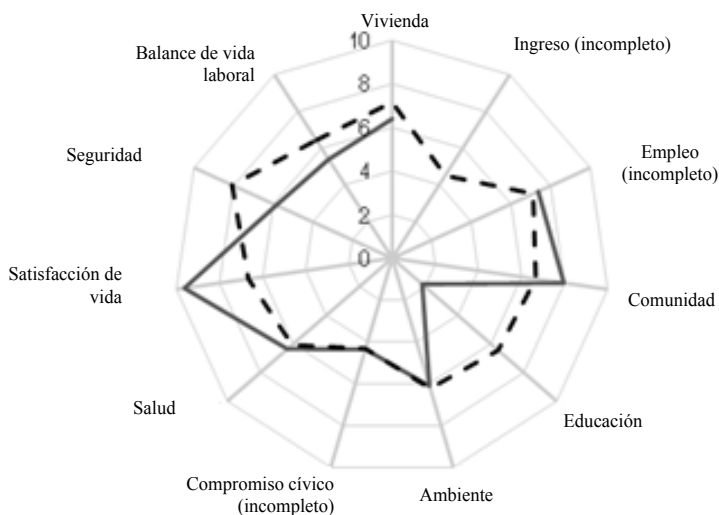


Fuente: OMS (2014), “Costa Rica”, http://www.who.int/nmh/countries/cr_en.pdf?ua=1.

En general, los costarricenses evalúan su salud por encima de la calificación promedio de los países de la OCDE: 6.4 (de una calificación máxima normalizada de 10) comparado al 6.1 del promedio de la OCDE, con los indicadores de bienestar de la misma (Figura 4).

Figura 4. Los indicadores de salud y bienestar de Costa Rica son comparables al promedio de la OCDE

Puntuaciones de índice de Mejor Vida de la OCDE (preliminar e incompleto)
Costa Rica promedio OCDE



Nota: Cada dimensión del bienestar se mide por uno a cuatro indicadores de la serie Índice de Vida Mejor de la OCDE. Los indicadores normalizados se promedian con pesos iguales. Los indicadores se normalizan para ir de 10 (mejor) a 0 (peor) según la siguiente fórmula: $(\text{valor indicador} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}) \times 10$.

Fuente: Encuesta económica de la OCDE: Costa Rica 2016: Evaluación económica, OECD Publicaciones, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-cri-2016-en.

1.3. El sistema de salud goza de una larga estabilidad institucional desde hace mucho tiempo

Los seguros de salud y los servicios de salud en Costa Rica son provistos por un solo comprador-proveedor integrado, financiado por fondos públicos, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La CCSS fue establecida en el 1941, con la introducción de un seguro obligatorio de salud para los trabajadores urbanos con bajos salarios. Veinte años después, el Congreso estableció el seguro de salud universal para todos los trabajadores y su seguro se extendió a los no asegurados, usando transferencias hechas desde el presupuesto nacional. La CCSS es hoy día la mayor entidad autónoma descentralizada de Costa Rica (además es la que administra las pensiones de Estado). Provee el seguro universal de salud al combinar los regímenes de seguridad social de cuatro grupos en un solo fondo nacional:

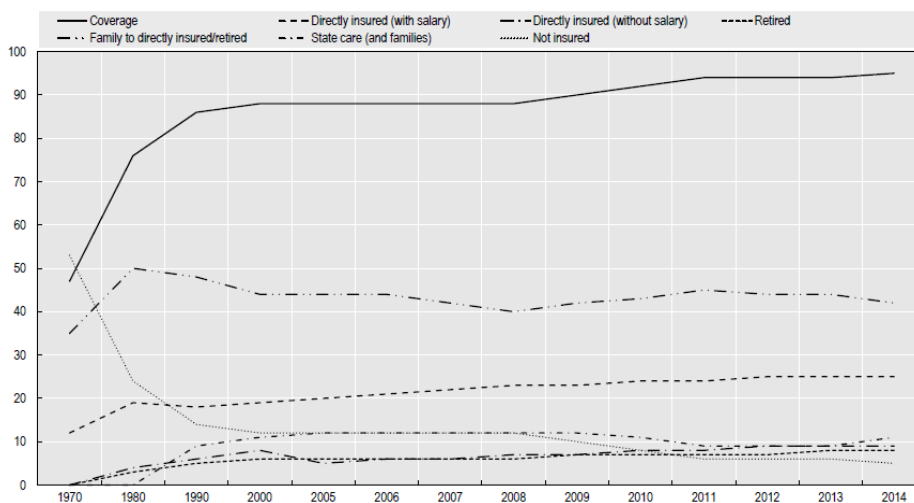
- Los asalariados y sus familias: cerca del 60% del fondo (donde el empleado contribuye con el 5.5% del ingreso, el patrono con el 9.25% y el Estado con el 0.25%, pagado por medio de deducciones obligatorias a la planilla);
- Los trabajadores independientes y sus familias (siempre que su ingreso sea mayor a un mínimo específico, determinado anualmente): alrededor de 25% del fondo (donde el empleado contribuye entre 3.45 y 10.69% del ingreso, y el estado una proporción inversa para alcanzar un total de 12.25% del ingreso);
- Los pensionados y todo dependiente: alrededor de 15% del fondo (donde el pensionado contribuye 5% de su pensión, el fondo de pensiones el 8.75% y el Estado el 0.25%);
- Los Beneficiarios Totalmente Subsidiados (el Estado es único responsable del financiamiento y se basa en impuestos sobre artículos de lujo, tabaco, licor, importaciones y ganancias de la lotería nacional.)
- Este diseño del ingreso es progresivo: el 20% más pobre (los que ganan menos de 5% del ingreso nacional) reciben cerca de 30% del gasto público en servicios de salud. No se pide co-pago por los servicios de la CCSS.

Para el año 2000, el seguro de salud alcanzó al 90% de la población. A partir de ahí siguió un período de estancamiento, y luego la cobertura volvió a expandirse de nuevo en el 2008, alcanzando 95% en el 2014 (Figura 5) (CCSS, 2014). Un aproximado de 5% de la población, que sigue sin tener registro con la CCSS, incluye a algunos empleados informales o temporales (en particular a los de naciones vecinas); a refugiados pobres que no son aceptados a cargo del Estado (por lo que sólo están cubiertos en servicios médicos a través del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados); a inmigrantes indocumentados; a algunos grupos indígenas carentes de registro civil (y que no tienen conocimiento de sus derechos); y a individuos pobres que deberían contar con un subsidio completo pero que no se han identificado como tales.

Todos los habitantes, incluso cuando carecen de seguro, tienen acceso a los servicios de salud de la CCSS en casos de emergencia. Los individuos no asegurados pueden ser internados de emergencia sin costo alguno. El individuo no asegurado también tiene derecho a recibir el cuidado adicional que sea necesario (incluyendo hospitalización y cirugías), y se le cobrará entonces por el servicio que se le brinde. Para situaciones de no urgencia, se requiere el pago por adelantado, o el empadronamiento en alguna de las modalidades de seguros que ofrece la CCSS, según la capacidad de pago.

Figura 5. El seguro de salud cubre cerca del 100% de la población de Costa Rica

Cobertura de servicios de salud de la CCSS, 1970-2014

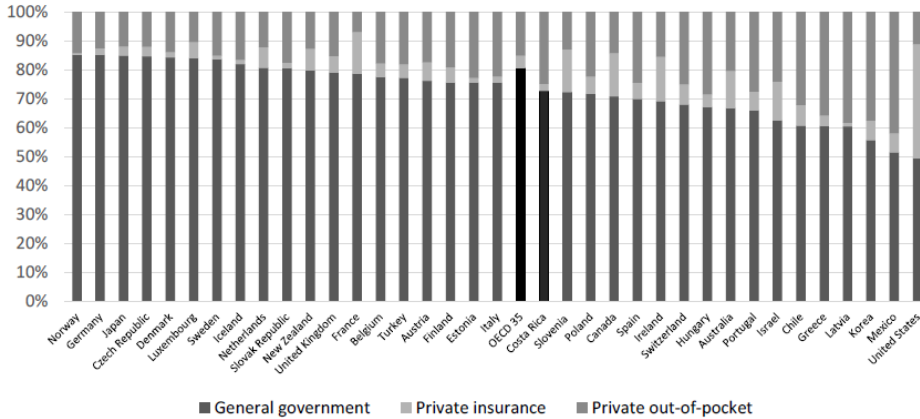


Fuente: Elaboración de los autores con base a Sáenz 2011 y a la CCSS Costarricense del Seguro Social, Memoria Institucional 2002-2014.

En ciertas medidas, el acceso a los servicios y la protección financiera parece ser bueno. En una encuesta del año 2006, sólo 3% de la población reportó tener necesidades de salud sin atender, de los cuales el 70% fue porque no se pudo hacer una cita. Los fondos públicos cubrieron el 73% del gasto total de salud en el año 2014, igual al promedio entre los países de la OCDE (OECD, 2016; ver Figura 6). Los gastos de bolsillo (OOP) como porcentaje del gasto total de servicios de salud fue de 24.9% en el 2014, menos que en los países OCDE de la región (32.8% en Chile, 40.8% en México) – aunque por encima del promedio de 20.1% entre los países de la OCDE (OECD, 2016b). El no buscar servicios de salud por razones financieras sólo se reportó en 0.8% en Costa Rica en una encuesta del año 2012, en comparación con el 4.2% en Chile (Knaul, 2012). Sin embargo, estas referencias de alto nivel son susceptibles a ofrecer falsas garantías, ya que ocultan tendencias preocupantes. Esto se explora con mayor detalle en la Sección 2.

Figura 6. La atención de la salud en Costa Rica se financia en gran medida con fondos públicos

Gastos de salud por tipo de financiamiento, 2015 (o año más cercano)



1. Los Países Bajos declaran la obligación de compartir los costos por cobertura de salud y en la Ley de Gastos Médicos Excepcionales bajo seguridad social, en lugar de bajo gastos de bolsillo, lo que da lugar a una subestimación de la parte de gastos de bolsillo.
2. Los datos se refieren al gasto total de salud (= gasto actual de salud más formación de capital).

Fuente: Estadísticas de Salud de OCDE 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, Datos para Costa Rica de Knaul (2012).

Recuadro 1. Características clave del sistema de salud de Costa Rica

El Ministerio de Salud (MoH) es la máxima autoridad responsable dentro del sector de servicios de salud de Costa Rica. Su papel es implementar la dirección estratégica, regular a los proveedores, permitir la vigilancia epidemiológica y orientar la dirección de la investigación y del desarrollo tecnológico. El MoH es también responsable de financiar ciertos servicios de salud pública junto con la *Caja Costarricense de Seguro Social*, tales como las vacunas. El Ministerio también tiene oficinas al nivel regional y local a cargo del monitoreo epidemiológico y de control de brotes. Los poderes regulatorios adicionales manejan políticas relativas a los deportes, nutrición, calidad del agua, los desechos y otros asuntos ambientales.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el principal asegurador y proveedor de servicios personales de salud. Siendo una institución autónoma con su propia ley de autorización, la CCSS fue creada en el año 1941. Se encarga de organizar independientemente el financiamiento, la compra y la provisión de la mayoría de servicios de salud en Costa Rica. Su misión es proveer servicios de salud y algunos servicios de atención social en una forma integral al individuo, a la familia y a la comunidad, así como la protección financiera ante los gastos catastróficos.

Recuadro 1. Características clave del sistema de salud de Costa Rica (cont.)

El paquete de beneficios no está definido de modo explícito para el segundo nivel de atención. En la atención primaria hay paquetes de beneficios definidos que especifican lo que se debería ofrecer a ese nivel de atención. También existe una lista nacional de medicamentos.

La red de proveedores de la CCSS está organizada en tres niveles de atención diferentes (primer nivel, segundo nivel y tercer nivel). La CCSS tiene 55 000 empleados, los cuales trabajan distribuidos por 29 hospitales, 103 regiones de salud y 1 094 unidades de atención primaria (llamadas *Equipos Básicos de Atención Integral en Salud*, EBAIS). La CCSS provee 13.5 millones de consultas al año, de las cuales poco menos del 10% son consultas para el segundo nivel de atención.

Los pacientes no tienen ninguna escogencia del proveedor o del asegurador. A los individuos se les asigna un EBAIS según su dirección, y los EBAIS a su vez funcionan en red con los centros definidos en el segundo nivel de atención. Los pacientes no tienen acceso directo al segundo nivel de atención, sino que deben ser referidos desde la atención primaria.

Los sistemas de pago a los proveedores son tradicionales, y generalmente no están ajustados según la necesidad o el desempeño. Tanto los centros de atención primaria como los hospitales reciben un presupuesto global, basado en el gasto que se dio el año anterior. Se puede hacer algunos ajustes en caso de ofrecer servicios adicionales, pero el presupuesto no se basa explícitamente en la capitación ajustada por riesgo. Los trabajadores de atención primaria reciben un salario base, con ajustes que se dan según la experiencia, disponibilidad y otros factores, los cuales pueden llegar hasta el 50% del pago final. El personal clínico basado en hospitales también recibe un salario base, con elementos adicionales de pago por servicio como parte de programas especiales para reducir las listas de espera.

Los proveedores privados tienen un rol cada vez más importante. A mediados de los años 1990s se creó una división de compra dentro de la CCSS, la cual permite contratar a proveedores independientes. Hoy día, cerca del 15% de la atención primaria se da dentro de este modelo, siempre pagado por la CCSS.

El Instituto Nacional de Seguros (INS) es una agencia de seguros especializada. Esta únicamente cubre las necesidades de atención de la salud que sean ocasionadas por los riesgos del trabajo o los accidentes de tránsito, incluyendo toda hospitalización y la rehabilitación que esta conlleve. En 2009, Costa Rica desreguló parcialmente el mercado de seguros de salud para permitir a las empresas privadas ofrecer productos de seguros competitivos en cuanto a los riesgos ocupacionales y de transporte.

Los seguros voluntarios privados tienen un rol pequeño, cubriendo sólo al 0.3% de la población y contando por no más del 2% del gasto de salud total del país.

La cohesividad estructural y funcional del sistema de salud de Costa Rica sin duda es una fortaleza, particularmente en una región en que persisten los sistemas de salud desiguales y fragmentados (OCDE, 2015; OCDE 2016a; OCDE, y próximos). Su estabilidad también es excepcional. Como lo notó Cercone y Pacheco (2008), “Una característica notable es que todas las instituciones regulatorias son entidades sólidas con al menos 50 años de existencia... La ley constitutiva de la CCSS se ha mantenido

esencialmente igual desde su promulgación en el año 1943. Se han hecho cambios, pero en promedio, sólo una vez cada 10 años”.

La unidad y estabilidad de la CCSS le ha permitido desarrollar una profunda relación institucional con las comunidades locales y ofrece también un ejemplo de buenas prácticas para los sistemas de salud de la OCDE. La Ley de Descentralización del año 1998 creó las Juntas de Salud Comunitarias, que se eligen democráticamente, para supervisar la entrega de los servicios de salud locales. (Balabanova, 2011). Mejoraron la capacidad de respuesta y aumentaron la participación de la comunidad para establecer prioridades y objetivos de rendimiento relacionados con la salud. La red de casi 150 grupos de usuarios locales (*juntas*) está bien establecida, y colabora activamente con la CCSS a la hora de delegar una amplia gama de responsabilidades. Desde mediar en las peticiones/quejas del público y buscar mejorar las relaciones en general entre la CCSS y los usuarios, las actividades de las *juntas* incluyen identificar las necesidades de los servicios locales y ayudar en la toma de decisiones (para la compra de una nueva ambulancia, clínicas del dolor o kits de mamografías, por ejemplo); colaborar con la vigilancia epidemiológica local (en particular sobre enfermedades infecciosas como el dengue); organizar donaciones de sangre; y organizar actividades de promoción de la salud a nivel local. Las *juntas* reportan sentirse completamente integradas en la infraestructura local de la CCSS, y esta nombra un profesional específico (como un trabajador social) para apoyar sus actividades. Se ha reportado que la CCSS es la institución pública con el mayor nivel de aprobación entre los costarricenses (Cercone y Pacheco, 2008).

1.4 El brazo proveedor de la CCSS se basa en una atención primaria bien desarrollada

Costa Rica apunta acertadamente a su bien establecida infraestructura de atención primaria como un ejemplo exitoso de reforma ambiciosa. Su atención primaria se constituye en una base sólida para el resto del sistema de salud, y sirve como un modelo de interés para los demás sistemas de salud en todas sus fases de desarrollo. Las reformas empezaron siguiendo la Declaración de la OMS sobre Atención Primaria en Alma-Ata en el año 1978, para mejorar el alcance y la calidad de esta atención primaria, particularmente en zonas desatendidas. Los esfuerzos se profundizaron en los años 1990s, cuando Costa Rica estableció las clínicas comunales llamadas *Equipos Básicos de Atención Integral de Salud*, (EBAIS) para ser la unidad funcional de la prestación de servicios de atención primaria.

Cada EBAIS presta servicio a alrededor de 1 000 hogares, y cada uno consiste de al menos un médico, un enfermero o enfermera y un o una asistente de servicios de salud. También puede haber personal de nivel más alto, como trabajadores sociales, dentistas, personal técnico de laboratorio, farmacéuticos, y nutricionistas dando apoyo a la clínica. Los servicios de consulta externa, planificación familiar y servicios médicos comunitarios, y las intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se brindan por medio de los EBAIS. Los EBAIS

refieren a los pacientes a niveles más altos de cuidados médicos cuando esto resulta necesario. Para el año 1995 existían 232 EBAIS en Costa Rica, sobre todo entre las comunidades con atención insuficiente, mejorando en gran medida el acceso rural a la atención primaria. En estas áreas, el acceso adecuado a los servicios de salud subió de 64% en el año 1995 a 79% en el 2000. Hoy día, hay más de 1 000 EBAIS presentes en cada territorio del país y constituyen la base del sistema nacional de atención de la salud. En una nota más negativa, los EBAIS sólo ofrecen citas por la mañana e inicios de la tarde, limitando el acceso a la atención primaria.

Sin embargo, en Costa Rica no existe una fuerza bien desarrollada de especialistas en atención primaria. La mayoría de los médicos que trabajan en los EBAIS no tienen una especialización de post- grado en atención primaria. La medicina de familia existe como especialidad, pero muy pocos médicos se entrenan en ella (menos de 10 por año), aparentemente a causa del duro examen de calificación que desanima a los potenciales reclutas. Costa Rica actualmente está apuntando a que cada autoridad de salud local (de las cuales hay alrededor de 100; ver Recuadro 1) tenga un especialista en medicina familiar, pero no cada EBAIS.

El servicio de atención primaria se sigue desarrollando con el establecimiento de tres Centros de Atención Integral en Salud (CAIS). Estos representan un modelo extendido de atención primaria, y ofrecen servicios de maternidad, camas de atención intermedia (para evitar la admisión hospitalaria o facilitar los egresos por cama), cirugías menores, rehabilitación, clínicas de especialidades (tales como los cuidados paliativos), y diagnósticos tales como rayos X. Los CAIS brindan apoyo a los proveedores de salud en general ofreciendo talleres para los EBAIS (para la comparación y discusión de sus indicadores de desempeño, abajo descritos), al ofrecer telemedicina y visitas a domicilio, y al mantener el enfoque en la atención de los servicios de salud preventivos (por ejemplo, en un CAIS la mayoría de las visitas domiciliarias que se tomaron en el 2015 fueron sobre la promoción de la salud y la atención preventiva; ese mismo CAIS también estableció una comisión local sobre violencia doméstica). Los CAIS se integran hacia arriba con los proveedores del segundo nivel de atención al dirigir el desarrollo de protocolos y rutas para los pacientes en las redes de servicio en psiquiatría, pediatría, atención de adultos mayores y otras especialidades. Este modelo ambicioso e innovador de atención primaria será de interés significativo para los sistemas de salud de la OCDE que busquen reforzar los cuidados integrados centrados en las personas.

La atención secundaria en consulta externa e interna se provee mediante 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de la más alta especialización y complejidad se brindan en el tercer nivel de atención a través de 3 hospitales nacionales generales y 5 hospitales nacionales especializados (pediatría, gerontología, mujeres, rehabilitación y psiquiatría). Estos hospitales están localizados en el área metropolitana de San José,

y equipan a la CCSS para proveer procedimientos altamente complejos, tales como trasplantes de corazón y pulmones. El enfoque sistemático que ha tomado la CCSS para establecer un modelo de “centro y periferio” (*hub-and-spoke*) por todo Costa Rica se ilustra en el Anexo A.

Los niveles de atención están bien diferenciados. Si bien la CCSS está integrada de forma vertical (o quizás a causa de esto), existe una clara jerarquía de servicios y se hacen esfuerzos para asegurar que la atención sea proporcionada al nivel más apropiado. Los datos de la CCSS muestran que el 80% de los casos ingresados en el primer nivel de atención se resuelven en ese nivel, sin ser referidos al segundo nivel de atención. Existen lineamientos para la interconsulta y tales referencias se rechazan si no se toman los pasos apropiados en la atención primaria (los datos de un hospital visitado reflejaron que alrededor del 20% de las interconsultas de atención primaria fueron devueltas por este motivo). Los médicos de hospital también entrenan a sus colegas que laboran en los EBAIS para reforzar la atención primaria.

La CCSS ha desarrollado un marco de trabajo detallado de atención primaria. Este marco evalúa a las autoridades locales de salud sobre 30 indicadores en los campos del acceso, la continuidad, la efectividad, la satisfacción del paciente y la competencia organizacional. Muchos indicadores reflejan procesos (como la cobertura de la vacunación o el rastreo del cáncer), pero cada uno de los cinco indicadores de efectividad refleja resultados, tales como un control adecuado de los lípidos y de la presión sanguínea en personas que padecen de diabetes (ver Anexo B para una lista completa de los indicadores). Para cada indicador, se establece un objetivo a nivel nacional. Se publican registros con los resultados locales, permitiendo que los proveedores cotejen su desempeño con los análisis comparativos locales, regionales y nacionales (Figura 7), y se incluyó un análisis detallado de la variación regional del desempeño en el informe de evaluación de la CCSS para el año 2014 (CCSS, 2014).

Se están creando registros de desempeño a nivel de los proveedores, usando la información originada en la base de datos del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) (ver Recuadro 4). En este se incluyen tanto los indicadores clínicos (similares a los que se presentaron en el Anexo B) como los indicadores de productividad, midiendo estos últimos aspectos tales como los horarios de atención de los EBAIS, el número de pacientes que se atienden por día, el porcentaje de consultas que se hacen en persona, por teléfono y vía internet, y el número de citas que no fueron usadas. Se da una ilustración de la información disponible en el Anexo C. En esa ilustración, la cual data de mayo del año 2016, se dieron 64 006 citas de atención primaria en persona, 5 869 citas telefónicas, y 6 505 citas por internet en Huetar Atlántico (población de 445 000 habitantes). En promedio, los EBAIS atendieron un poco más de 25 pacientes por día. Se pueden hacer los análisis comparativos por autoridad de salud (Cariari, Guácimo y Matina son los que se muestran) y por EBAIS (se muestran los de Matina).

En Costa Rica hay esfuerzos bien avanzados para prestar servicios de salud integrados y orientados a la gente. Hay enfoques innovadores que ilustran modelos de prestación de servicios de los que otros sistemas de salud podrían aprender. La atención domiciliar está bien establecida, por ejemplo. A los pacientes se les da un diario, explicando que la atención domiciliar es parte integral de la red de hospitales y EBAIS, permitiéndoles registrar sus diagnósticos, tratamientos, resultados de pruebas y citas. Se deja espacio para registrar preferencias, inquietudes y preguntas. La última página explica que la finalidad central del diario es ayudar al paciente y a su familia a estar más involucrados en la atención, a estimular el cuidado multidisciplinario y a evitar la duplicación y el desperdicio. La planificación de los egresos hospitalarios por cama también se sistematiza, apoyada por marcos de trabajo nacionales que recalcan que la planificación del egreso hospitalario comienza en la admisión (o incluso antes), con una evaluación multidisciplinaria de las necesidades probables al salir del hospital. Se espera que las regiones desarrollen marcos de servicio que reúnan los diversos elementos del cuidado integrado y centrado en las personas. El marco de la región Huetar Atlántica, por ejemplo, determina en detalle cómo la atención domiciliar y de cuidados intermedios, los hospitales diurnos, los programas de egreso hospitalario planificado y la telemedicina se deberían articular para suministrar una atención más centrada en la persona. También son evidentes los esfuerzos para alinearse con las recomendaciones del Consejo de la OCDE sobre la Salud Mental Integrada, Destrezas y Políticas de Trabajo (ver Recuadro 2).

Recuadro 2. Salud mental y trabajo en Costa Rica

El plan nacional de salud mental de Costa Rica del 2012 al 2021 establece que es prioridad mejorar la detección, cuidado y rehabilitación de personas con problemas de salud mental a través de programas enfocados en la comunidad, y ya no en enfoques que dependan de los hospitales. La importancia de usar iniciativas multisectoriales para lograr esto también se declara en el Plan Nacional de Desarrollo. Una reciente colaboración con el Ministerio de Planificación Nacional y Economía Política, por ejemplo, se enfoca en subir la autoestima de los escolares y en lidiar con el desánimo y la ansiedad. La reinserción en el mercado laboral también es una prioridad.

Se apoyan equipos multidisciplinarios de atención primaria para mejorar la detección y el tratamiento de personas con problemas mentales en una etapa muy temprana. A la fecha, unos 400 de los 1 041 EBAIS han recibido formación adicional en salud mental, y eventualmente todos la van a tener. Las necesidades de los que padezcan de problemas mentales más severos se monitorean a través de un registro nacional de individuos con depresión, desorden bipolar y esquizofrenia. El cuidado especializado para las personas que abusan del alcohol y sustancias está disponible a través del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. También hay un comité nacional de salud mental, con representación de los ciudadanos y usuarios del servicio, abocado a monitorear la accesibilidad y la calidad de los servicios de la atención de la salud mental.

Costa Rica ha desarrollado un rico enfoque multisectorial para manejar los retos de una sociedad que envejece que sirve como modelo de buenas prácticas. Los derechos de las personas mayores de 65 años se destacan en una ley dedicada, que especifica los derechos a participar en la vida económica del país, así como en actividades culturales, deportivas y recreativas. También se especifica el derecho al crédito; a continuar su educación y a un tratamiento preferencial al lidiar con las entidades administrativas. El *Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor* (CONAPAM) es una unidad dedicada que es parte del Despacho del Presidente.

Este coordina el rango de servicios y programas para apoyar un envejecimiento saludable, enfocado en particular hacia los adultos mayores que vivan en la pobreza o que carezcan de apoyo familiar. Además, el sistema de salud de Costa Rica fue el primero de Latinoamérica en desarrollar un plan para manejar la salud y la carga del cuidado social de la demencia (incluyendo el desarrollo de una red de diez clínicas de la memoria), y fue uno de los primeros del mundo en participar del Observatorio de Demencia de la OMS.

Se utiliza cada vez más y más a los proveedores de salud privados para suministrar la atención primaria. En un esfuerzo por expandir el acceso, se está desarrollando un mercado proveedor diversificado para la atención primaria. Actualmente, cerca del 15% de la atención primaria es brindado por proveedores independientes que tienen contrato con la CCSS. Se reporta sin embargo que sigue habiendo problemas con el acceso a la atención primaria (en particular por las tardes, ya que muchos EBAIS sólo atienden pacientes hasta las 3pm), que implican el inevitable congestionamiento en los departamentos de emergencias de los hospitales (ver Sección 2.1). Los individuos pueden también buscar atención privada, financiado directamente de su bolsillo, o más raramente, a través de algún seguro privado. Los proveedores privados son tanto con o sin fines de lucro. La CCSS también contrata con un pequeño número de instituciones privadas para brindar diagnósticos y tratamientos de alta complejidad, con frecuencia para pacientes de cáncer.

1.5 La supervisión gubernamental de los objetivos estratégicos y desempeño de la CCSS es demasiado débil.

La influencia del Ministerio de Salud es débil con respecto a la planificación, el financiamiento y la provisión de los servicios de salud en Costa Rica. La CCSS es un organismo independiente, que cuenta con su propia ley de autorización. Formalmente tiene una “relación de confianza” con el gobierno central (Cercone y Pacheco, 2008) pero se mantiene constitucionalmente independiente y opera de forma autónoma.

La Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” 2015-2018, que fue firmada por el Presidente y por el Ministro de Salud, define la dirección estratégica en la salud pública y los sectores de servicios de salud. Determina las ambiciones en cinco áreas clave: acción intersectorial y participación ciudadana; acceso universal

y equidad; comportamientos saludables, recreación y deporte; salud ambiental; cambio climático y gestión del riesgo. La Política se operacionaliza por medio del Plan Nacional de Salud 2016-2020. Este especifica los lineamientos y objetivos de indicadores clave, y asigna responsabilidad por su implementación a instituciones dadas, las que incluyen a la CCSS.

A pesar de estos mecanismos, se reporta que al Ministerio tiene dificultades para influenciar la planificación estratégica de la CCSS. El Plan Nacional de Salud, por ejemplo, comprende bastante más de 200 objetivos e indicadores, los cuales no están priorizados. Por otra parte, la CCSS no tiene incentivo para seguir las recomendaciones que emite el Ministerio, y el Ministerio no tiene un mecanismo directo que le permita exigirle –en el pasado, el Ministerio incluso ha tenido que recurrir a órdenes judiciales para que la CCSS le revelara sus datos de desempeño.

También hay una insuficiencia de auditorías de desempeño de la CCSS. Tal como se describió en la Sección 2, en el pasado la CCSS ha presentado informes de desempeño. Sin embargo el último fue en el año 2014, y su cobertura de los indicadores era fragmentaria. La CCSS tiene una unidad de estadísticas y análisis, la cual compila y analiza los datos de entrega de servicios, y su Dirección para Compra de Servicios también monitorea los niveles de actividad. Sin embargo ninguno de los dos produce auditorías del desempeño, regulares y transparentes. El Ministerio de Salud reconoce que la información de que dispone para interpretar el desempeño de la CCSS está fragmentada y dispereja, lo que limita su capacidad a la hora de monitorear la calidad y resultados de los servicios de salud. Está buscando lograr una mayor cooperación a nivel inter-institucional, incluyendo el establecimiento de una nueva dependencia de asesoramiento técnico para monitorear mejor el desempeño de la CCSS.

Las entidades del Estado suelen sufrir un riesgo particular de sub-desempeño, debido a la ausencia de dos factores claves de disciplina: la posibilidad de perder la plaza o la de una bancarrota. (OECD, 2016a). La CCSS actualmente goza de ambos privilegios: es el proveedor monopólico de seguros generales de salud y el proveedor casi-monopolista de servicios de salud generales en Costa Rica, y sus déficits financieros son regularmente resueltos por medio de transferencias de la tesorería (ver Sección 3). Dados los fallos en el desempeño que se han identificado en el pasado (a través de programas de acreditación hoy discontinuados o del deterioro de los tiempos puerta-aguja por ejemplo, para pacientes con infartos; ver Secciones 2 y 3), es una preocupación seria la no-existencia de procesos detallados, transparentes y rigurosos que sienten un mandato con prioridades claras para la CCSS.

1.6 El Ministerio de Salud tiene un fuerte enfoque en la salud pública y en los cuidados preventivos de salud

Dado el rol mínimo que tiene el Ministerio en la prestación de servicios de salud, su enfoque está en la salud pública. Las prioridades actuales incluyen la promoción

de la salud, la prevención, la salud ambiental y el impacto de la migración. Los impuestos al tabaco y al alcohol son usados para financiar el instituto nacional que maneja el alcoholismo y la farmacodependencia, y para financiar el CONAPAM (ver Sección 1.4). La estrategia nacional contra las enfermedades no transmisibles y la obesidad define varias metas, incluyendo una reducción de 12% de la prevalencia del fumando, una reducción de 15% del consumo de la sal y una reducción de 2% en los niveles de obesidad infantil antes del año 2021. Varias entidades nacionales fueron convocadas para trabajar en conjunto sobre estas metas, incluyendo los Ministerios de Educación, de Deportes y Recreación, y el de Agricultura. La colaboración público-privada también se explota para las mejoras de la salud pública, en particular para incentivar la actividad física. La CCSS también invierte en salud pública, y recientemente acordó financiar promotores de salud y nutrición para que trabajaran con las personas en las regiones prioritarias. A pesar de que hay un amplio rango de iniciativas de salud pública en marcha, su impacto rara vez se evalúa. Además de eso, una reciente evaluación de la OMS sobre las funciones esenciales de la salud pública encontró debilidades en los mecanismos de control del desempeño y del sistema de cuentas (en particular a nivel sub-nacional) y en la formación de la fuerza laboral en la salud pública.

El Ministerio también se ha vuelto especialmente eficaz para organizar las colaboraciones intersectoriales. Un buen ejemplo de esto es la *Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio (COESAINCO)*, que se estableció en el año 2012. Esta reúne a los Ministerios de Salud, Economía, Comercio Exterior y a la Presidencia, y a un número de entidades de comercio e industria nacionales (que incluye a algunos que representan al sector farmacéutico). COESAINCO ha emitido varias normas y recomendaciones con respecto, por ejemplo, a conseguir agilizar la autorización de mercado para productos nuevos, o la reducción voluntaria de la sal en los productos alimentarios. El tercer sector (entidades religiosas, caritativas u otras no gubernamentales) también tiene un papel importante en proveer algunos aspectos de la salud y del cuidado social. La Junta de Protección Social data del año 1845 y utiliza los ingresos de la lotería nacional para financiar una variedad de programas de promoción de la salud, programas de cuidados paliativos, programas de tratamiento de alcohol y drogas, y apoyo a personas discapacitadas y adultos mayores, entre otras cosas.

1.7 La estabilidad institucional ha sido obstáculo a las reformas en áreas clave

Costa Rica no ha logrado introducir reformas al sistema de salud en un número de áreas importantes de política. Esto es particularmente cierto en el sector hospitalario. Se ha intentado introducir iniciativas para mejorar la calidad y la eficiencia, como un sistema de cuentas GRD o de acreditación (ver Sección 2), pero estos se abandonaron. En el caso de los GRD, esto se dio porque había vencido su licencia de uso (y no se

hizo un esfuerzo por desarrollar un sistema interno que lo reemplazara). En otros casos, como el de la acreditación, los motivos del abandono no siempre han quedado claros. También han fracasado los intentos por sistematizar la evaluación de las tecnologías de salud, algo que no se suele hacer en Costa Rica. En otros casos, se han implementado directrices (que incluyen las directrices del gobierno en 2011, 2012 y 2013 con respecto a la contención de costos) pero es claro que estas no han sido implementadas de modo efectivo, dada la trayectoria ascendente continuada del gasto (ver Sección 3).

Hasta cierto punto, las rigideces son una característica del sistema de salud de Costa Rica, como contraparte predecible de su arraigada estabilidad. Ya se ha discutido la imposibilidad del Ministerio de Salud para obligar a la CCSS y a sus proveedores a rendir cuentas. Y a su vez, la propia capacidad de reforma de la CCSS se ve significativamente constreñida por los grupos profesionales. Una Comisión de Alto Nivel (*Comisión de Notables*) que revisó la CCSS en 2010-2011, hizo ver que las funciones superiores de la institución se rotaban entre cierto grupo de directores, sin que se diera un concurso abierto ni una gestión del desempeño. La Comisión había recomendado que las posiciones administrativas superiores de la CCSS debían ser renovadas mediante el concurso abierto, pero a la fecha del 2016, esa recomendación aún no se había seguido. De modo similar, aun cuando los grupos de usuarios están bien establecidos, (ver más arriba el tema de las *juntas*), parecen ser poco efectivas en ejercer presión para extender los horarios de atención primaria, para dar un ejemplo de una fuente significativa de insatisfacción del público. Las *juntas* no llegan a ser disruptores; tienen la posibilidad de serlo, pero los intereses creados son demasiado fuertes.

Esta excesiva rigidez del sistema debería ser puesta en contexto. Las reformas de 1990 a fines de descentralizar la arquitectura de la CCSS; las reformas a la atención primaria para crear los EBAIS y la creación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS, ver Recuadro 4); claramente demuestran que la CCSS sí tiene la capacidad de reformarse. No obstante, en el sector hospitalario y, de modo más crítico, en los asuntos más amplios de la transparencia y de sentar claramente las responsabilidades, el sistema ha hecho poco o ningún progreso.

1.8 Se necesita hacer reformas para dirigir y hacer que la CCSS rinda cuentas más efectivamente

Costa Rica debería considerar modos para que el gobierno central pueda determinar la obligación de servicio público de la CCSS y poner a la institución a rendir cuentas sobre su prestación, de modo mucho más efectivo que hasta la fecha. El Ministerio de Salud, por ejemplo, debería priorizar mejor los objetivos de desempeño anual para el seguro de salud/prestaciones de la CCSS, como ocurre en otros sistemas de salud que tienen configuraciones institucionales similares. (OCDE, 2016c, 2015a).

No obstante, toda reformulación de la relación entre el gobierno central y la CCSS debería cuidarse de preservar la flexibilidad operativa que la CCSS ya tiene.

En paralelo, hay una necesidad de establecer mejores sistemas de reporte que le permitan al Ministerio de Salud (así como a otras entidades del gobierno central, tal como el Ministerio de Hacienda) monitorear mejor el desempeño de la CCSS, y hacer auditorías del cumplimiento de los estándares relevantes. En esto hay dos aspectos distintos, que son críticos. Primero, la responsabilidad por la prestación del servicio y la calidad de este; segundo, la responsabilidad por la estabilidad financiera y la probidad. La evaluación pública de progreso de parte de la CCSS y/o un auditor independiente, cotejada con los objetivos y estándares acordados, podrían verse reforzadas con un análisis sistemático del desempeño de la CCSS, tanto nacionalmente como en el extranjero. A nivel nacional, tales comparaciones podrían valorar el cumplimiento de los estándares de transparencia, la participación ciudadana, los datos de gobernanza, etc., así como los parámetros de resultados clínicos, satisfacción de los pacientes, etc. En lo internacional, la comparación debería manejar indicadores clave del desempeño del sistema de salud, y estar alineados con el *Sistema de Cuentas de Salud* de la OCDE, los *Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud* y otras iniciativas de análisis comparativo. *Al buscar sentar responsabilidades más claras de la CCSS hacia el gobierno central, Costa Rica parte de una buena posición.* La CCSS goza de un alto nivel de confianza pública; está claro que los objetivos de la CCSS y del gobierno central (de satisfacer eficiente y equitativamente las necesidades de atención de la salud de Costa Rica) están bastante bien alineados; y que sí existen procesos con múltiples partes interesadas a la hora de tomar acuerdos sobre las prioridades del sistema de salud (incluso si el plan nacional que está emergiendo es demasiado blando). Las recientes reformas en el Reino Unido ofrecen un caso de estudio interesante para que Costa Rica lo tome en cuenta. Ahí, la Ley sobre Atención Médica y Social del 2012 reformuló sustancialmente las relaciones entre el gobierno central (el Departamento de Salud) y el proveedor monopólico de seguros y servicios de salud (el Servicio Nacional de Salud). Se creó una nueva entidad, el *NHS England*, cuya función principal es proveer o comprar servicios de salud, y producir mejoras constantes en la calidad y resultados. Las intenciones del Secretario de Estado se le comunican al *NHS England* por medio de mandatos, los cuales sientan prioridades tales como mejorar la calidad de vida de las personas con condiciones a largo plazo, dejándole a la vez libertad al NHS para que pueda innovar. El *Care Quality Commission* es un auditor independiente de la calidad del servicio, y *Monitor* es un auditor independiente de la estabilidad financiera. (OECD, 2016c).

2. Acceso y calidad

Esta sección evalúa la accesibilidad de la atención de la salud en Costa Rica, así como su calidad. Tradicionalmente, los largos tiempos de espera han sido un problema en la CCSS. Si bien estos han estado mejorando, la accesibilidad financiera podría estar empeorando, dada la evidencia de una tendencia ascendente de los gastos de bolsillo de los usuarios. Una preocupación por los tiempos de espera también significa que otras dimensiones de la calidad, particularmente los resultados del paciente, no han recibido suficiente atención.

2.1 Aun cuando la CUS (Cobertura Universal de Salud) nominalmente “se ha logrado”, los pacientes pueden esperar años por una atención agendada

Los tiempos de espera para las cirugías electivas bien sobrepasan el año. Según la última auto-evaluación que publicó la CCSS, el tiempo de espera promedio para la cirugía general era de 452 días. Casi un tercio (31%) de los pacientes ha esperado más de 540 días (CCSS, 2014). Estos tiempos de espera particularmente largos han afectado a ciertas especialidades, que incluyen los reemplazos de articulaciones (978 días), la extirpación de venas varicosas (525 días), o las reparaciones de hernias inguinales (365 días). Si bien estas no son condiciones que amenacen la vida, una espera de tal magnitud no puede satisfacer las expectativas de los pacientes. Los hospitales especializados del tercer nivel de atención han sido los más afectados. Esto incluye al Hospital Nacional de Niños, en donde el promedio de espera para las cirugías ha sido notablemente alto, de hasta 701 días. Es interesante notar que los tiempos de espera en los hospitales que pertenecen a la red de proveedores del INS (ver Recuadro 1), típicamente son de menos de una semana. Si bien el INS ofrece una reducida gama de servicios si se compara a la CCSS, ese corto tiempo de espera también incluye las cirugías electivas.

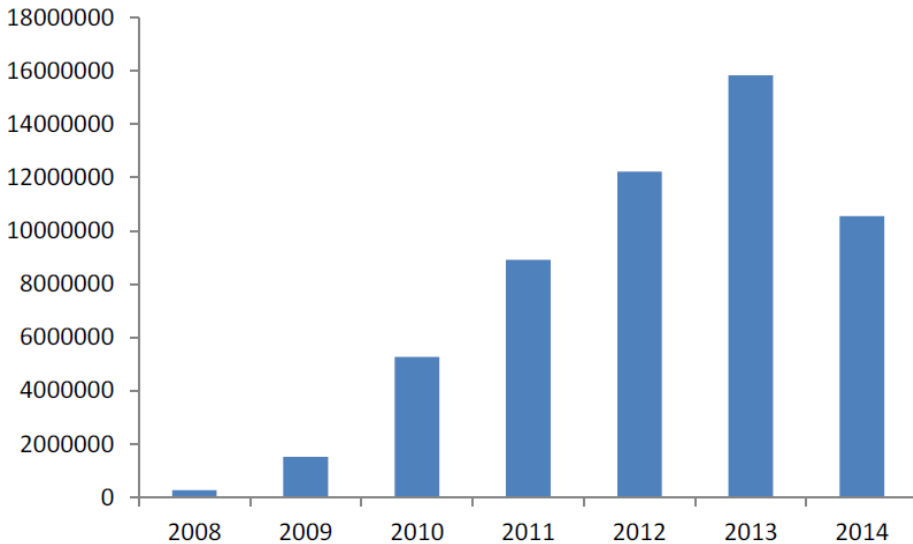
El pobre acceso a la atención primaria también está provocando congestión en las salas de emergencia de los hospitales. Aunque el primer nivel de atención está bien desarrollado (ver Sección 1.4), la mayoría de los EBAIS sólo ofrecen citas por la mañana y principios de la tarde, cerrando alrededor de las 3pm. Se reporta que los pacientes se levantan muy temprano para comenzar a hacer cola para una cita. Tales dificultades hacen que muchos pacientes acudan directamente a los departamentos de emergencias de los hospitales para su atención primaria. En el 2010, el 44% del total de la consulta pública se dio en los servicios de emergencia (43.5% en hospitales y 56.5% en Áreas de Salud), de los cuales el 60% resultaron no ser emergencias verdaderas. En comparación, las visitas no urgentes al departamento de emergencias

fueron casi el 12% de todas las visitas al departamento de emergencias en los Estados Unidos, el 20% en Italia, el 25% en Canadá, el 31% en Portugal, el 32% en Australia y el 56% en Bélgica.

En años recientes, los tiempos de espera para las cirugías han mejorado, como lo muestra la Figura 7. En abril del 2014, la CCSS introdujo una iniciativa nacional a fin de manejar las prolongadas listas de espera. Para setiembre del año 2015, el 93% de los hospitales había logrado reducir sus tiempos de espera, con una reducción global de más de un año (de 613 días en el 2012, a 256 días en el año 2015). Esto se consiguió alentando un uso más eficiente de los quirófanos y de las camas de recuperación, extendiendo el día de operación a tempranas horas de la mañana y por la noche, definiendo tiempos de espera máximos y estableciendo una unidad de monitoreo e intervención en los servicios afectados por esperas excesivas.

Figura 7. Las esperas para las cirugías electivas en Costa Rica han empezado a mejorar, tras haberse deteriorado por varios años

Total de días esperados por cirugías electivas, 2008-2014



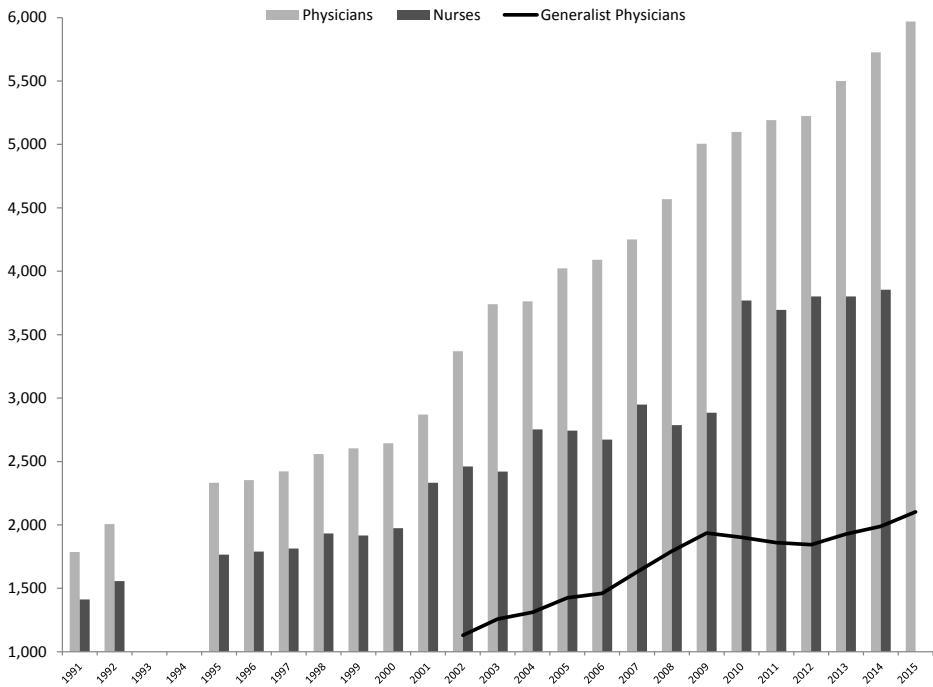
Fuente: CCSS (2014).

Es probable que los largos tiempos de espera se deban, en parte, a los sustanciales faltantes en el número de médicos y enfermeros que laboran para la CCSS. A pesar de su éxito en reducir los tiempos de espera por medio de las iniciativas de eficiencia, es probable que la relativa falta de fuerza laboral médica en Costa Rica sea el factor estructural subyacente que mantiene largas las filas de espera. El número de médicos

y enfermeros de planta que trabajan en Costa Rica ha aumentado considerablemente sobre las últimas dos décadas (Figura 8) pero incluso así, la densidad de médicos por cada 1 000 habitantes permanece en apenas 2.1 por 1 000 habitantes, muy por debajo del promedio de OCDE, de 3.3 médicos en ejercicio por 1 000 habitantes (OCDE, 2016b) (Figura 9). En particular, se reporta que el faltante de médicos en el segundo nivel de atención está contribuyendo presumiblemente a alargar las listas de espera.

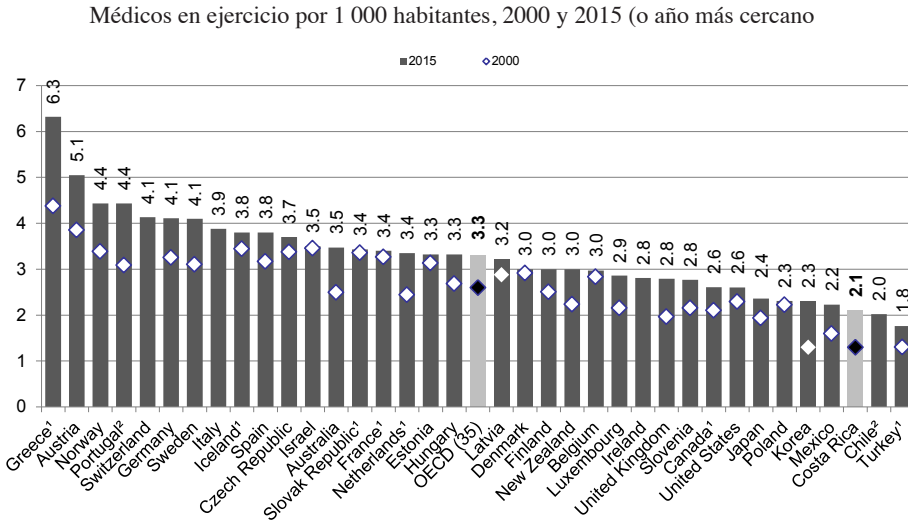
Figura 8. El número de médicos y enfermeras (os) que trabajan en Costa Rica ha aumentado considerablemente en los años recientes

Número de médicos y enfermeros en Costa Rica, 1991-2014



Fuente: Estadísticas de salud de OCDE 2016.

Figura 9. Costa Rica tiene mucho menos médicos practicantes que los sistemas de salud de la OCDE



1. Los datos incluyen no sólo a aquellos médicos que dan atención directa a los pacientes, sino también a los que laboran en el sector salud en calidad de administradores, educadores, investigadores, etc. (cifra que añade otro 5-10% de médicos).
2. Los datos se refieren a todos los médicos con licencia para ejercer (resultando en una gran sobreestimación del número de médicos practicantes en Portugal, de cerca del 30%).

Fuente: Estadísticas de Salud de OCDE 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

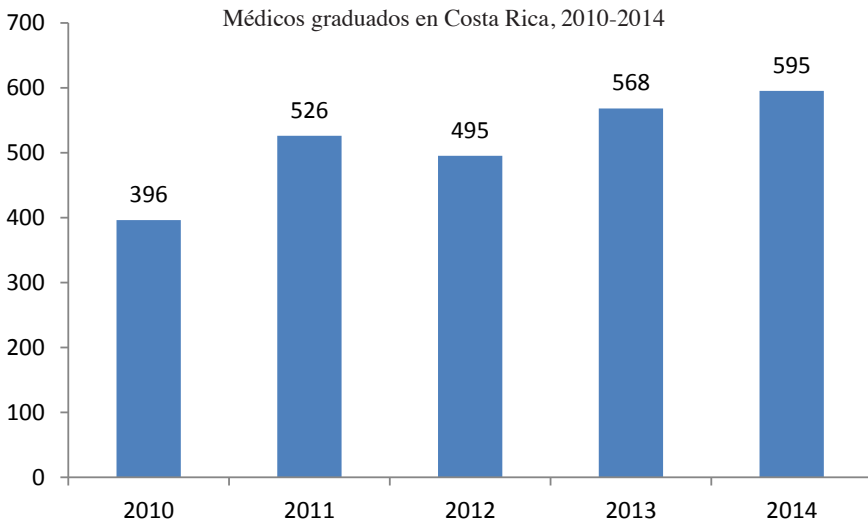
Las instituciones que monitorean las necesidades de la fuerza laboral están bien desarrolladas, pero la flexibilidad de que goza la CCSS para planificar y desplegar al personal médico resulta ser restringida. El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) es una unidad dentro de la CCSS que, por más de 40 años, ha sido responsable de la planificación y el desarrollo estratégico del personal de servicios de salud. Costa Rica también tiene al Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud para monitorear las tendencias de la fuerza laboral y apoyar el diálogo entre las asociaciones profesionales, el Ministerio de Salud, la CCSS, los patronos privados, la academia y otras partes interesadas. Notablemente, sin embargo, el Colegio de Médicos y Cirujanos también ejercen una influencia significativa en este ámbito.

La asociación de profesionales médicos ha prevenido la liberalización de las prácticas laborales. El Colegio, invocando una preocupación sobre el desempleo médico y el mantenimiento de los estándares profesionales, ha impuesto restricciones a la posibilidad de que médicos extranjeros trabajen en Costa Rica cuando se ha declarado el déficit de médicos conocido como “inopia”. La CCSS reporta estas

restricciones como excesivamente prohibitivas. El Colegio también tiene influencia sobre el número de plazas de entrenamiento en las facultades médicas de Costa Rica. El número de graduados médicos creció en un 50% entre el 2010 y el 2014 (Figura 10). Además, los médicos sólo pueden ser nombrados en plazas contadas, de tiempo completo.

Los planes laborales actuales permiten contratar a unos 200 especialistas nuevos por año, lo que apenas cubre la expectativa de los médicos que toman su jubilación, aun cuando el CENDEISS ha estimado que se necesita contratar a 1 500 especialistas adicionales de forma inmediata. Sin embargo la práctica dual no está regulada. Esto significa que los médicos no tienen una dedicación mínima con la CCSS, y que se les permite desarrollar una consulta privada sin restricciones. Hay reportes de médicos que explotan las largas listas de espera para desviar pacientes hacia la atención privada. Dada la cifra comparativa de la fuerza laboral a nivel internacional, resulta poco probable que tenga algún fundamento la preocupación del Colegio sobre desempleo médico.

Figura 10. Los años recientes han visto poco crecimiento en los números de médicos graduados en Costa Rica

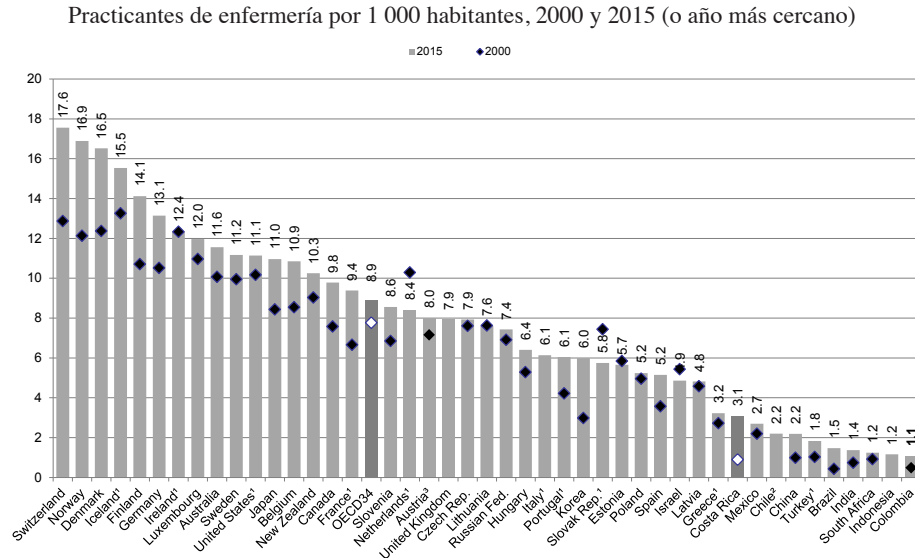


Fuente: Consejo Nacional de Rectores (2015).

Las deficiencias en la fuerza laboral en enfermería son aún más preocupantes. En promedio por toda la OCDE, hay alrededor de tres veces más enfermeros y enfermeras que médicos. Pero Costa Rica, en cambio, reporta 1.5 enfermeros y enfermeras por cada médico. Hay sólo 3.1 enfermeros y enfermeras por cada 1 000 habitantes, comparado al 9.1 por cada 1 000 habitantes del promedio de los países de la OCDE.

(OCDE, 2016b). Las distintas formas de definir el término “enfermero o enfermera” pueden explicar en parte este descubrimiento, (por ejemplo, los enfermeros y enfermeras auxiliares sin título no se pueden contar como enfermeros y enfermeras en Costa Rica, aunque se incluyen en el conteo en otros sistemas de salud). Resulta prometedor que se ha dado un crecimiento rápido en los números de graduados de enfermería, de 647 en el 2010 a 1 541 en el 2014. La oferta de nuevos enfermeros, como resultado, hoy día supera sustancialmente a la de los médicos. (Figura 11).

Figura 11. El déficit de enfermeras (os) practicantes en Costa Rica es aún más pronunciado que el faltante de doctores



1. Los datos incluyen no solo a aquellos enfermeros que brindan atención directa a los pacientes, sino también a los que trabajan en el sector salud en calidad de administradores, educadores, investigadores, etc.
2. Los datos en Chile se refieren a todos los enfermeros que tienen una licencia para practicar (menos de un tercio de estos son enfermeros profesionales con un título universitario).
3. Austria sólo reporta a los enfermeros que están empleados en algún hospital.

Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

La contribución del personal de enfermería a atención de la salud es sustancial, ya que ellos tienen un ámbito de práctica muy amplio comparado con otros sistemas de salud. En la enfermería hay cierto número de especialidades definidas, que incluyen anestesiología o cuidado del cáncer, que están apoyados por programas de Maestría y Doctorado. El personal de enfermería también viaja a recibir formación especializada avanzada. Hay enfermeros que tienen sus propias clínicas para atender una gran gama de condiciones, incluyendo complicaciones diabéticas (tales como las

úlceras del pie), anticoagulación y rehabilitación cardiaca, por ejemplo. Tales papeles de desarrollo avanzado en enfermería son poco usuales incluso en los sistemas de salud de la OCDE, y ofrecen un ejemplo de buena práctica para la consideración de otros sistemas de salud.

2.2 Los gastos de bolsillo están aumentando con el riesgo de crear un sistema de dos niveles.

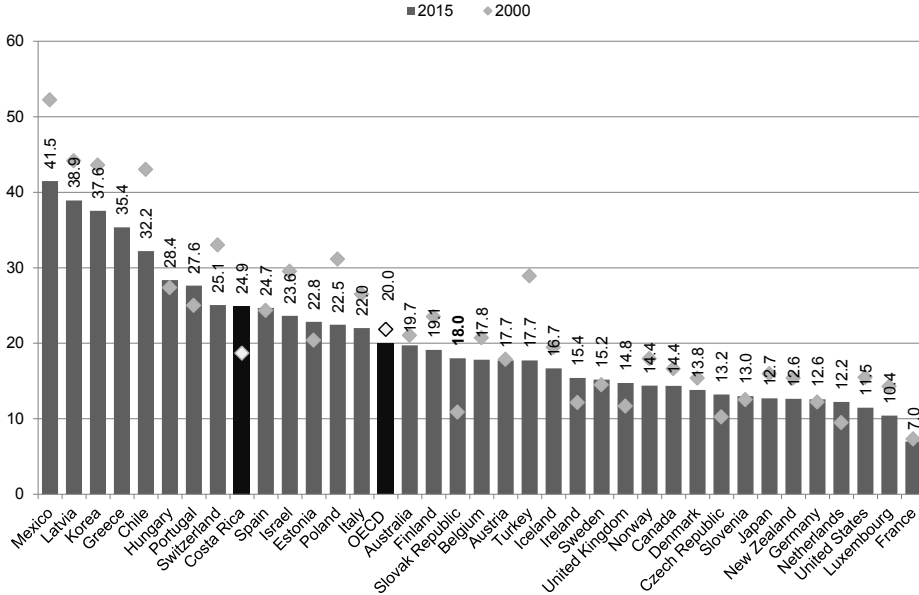
El gasto directo de bolsillo (OOP) del usuario representa la cuarta parte del ingreso del sistema de salud. El financiamiento del sistema de salud se explora en detalle en la Sección 3, pero se está dando una deriva ascendente constante de los gastos de bolsillo, que vale notar en este análisis sobre la accesibilidad. Como parte del gasto total de salud, los gastos de bolsillo han subido de un 18.7% en el 2000, a un 24.9% en el 2014 (Figura 12). En contraste, la mayoría de los sistemas de salud de OCDE sí han logrado reducir los gastos de bolsillo en los años recientes.

Las encuestas de hogares muestran que alrededor del 30% de la población usa algún servicio de salud privado al menos una vez al año, el cual típicamente es provisto por médicos de la CCSS que participan en una práctica dual. En una encuesta, el 60% de los encuestados reportaron preferir a los proveedores de salud privados a los servicios de la CCSS (Gutiérrez, 2009). Además, el 50% de la población pensaba que deberían poder dejar de contribuir al sistema de seguridad social y unirse a un seguro privado en su lugar. Sin embargo en otra encuesta, el 68% opinó que debía ser el gobierno, y no instituciones privadas, que fuera responsable de manejar el sistema de servicios de salud. (Hernández, 2014). Esto puede explicar por qué el seguro de salud privado voluntario (VHI por sus siglas en inglés Voluntary Health Insurance) apenas se ha explotado. El VHI cuenta por sólo el 2% del total del gasto nacional en salud, cubriendo sólo al 0.3% de la población (ver Figura 6 más arriba).

La tendencia del gasto OOP, con grandes números de personas usando los servicios del sector privado, sugiere el desarrollo de un sistema dual. Hay estudios que muestran que los componentes principales del gasto OOP de Costa Rica son las consultas médicas y los fármacos, contabilizando más del 80% del gasto OOP, seguidos por las pruebas de laboratorio contabilizando alrededor de 7% (Knaul, 2012). Los que pueden pagarlo, están evitando cada vez más las largas esperas (o la mala calidad percibida) del sistema público, y comprando los procedimientos básicos en el sector privado. Aun así el gasto catastrófico se mantiene bajo, ya que los individuos optan por regresar a la CCSS para procedimientos mayores. La larga tradición de solidaridad y de servicios básicos pagados con fondos públicos, implican que la insidiosa aparición de un sistema desigual dual sería un fallo mayor de la buena gobernanza. Debe ser prioritario evitar este desenlace, en especial sabiendo que la sociedad puede estar ya fragmentándose, tal como lo evidencia el empeoramiento del coeficiente de Gini (ver Sección 1.1).

Figura 12. Los gastos de bolsillo son altos y van en aumento a pesar del alto gasto en salud

Gastos de bolsillo como parte del gasto total de salud, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud de OCDE.

2.3 Costa Rica necesita una política laboral más flexible, diseñada alrededor de las necesidades de los pacientes.

Costa Rica debería aumentar la oferta interna de trabajadores de salud. Casi todos los países de la OCDE han aumentado considerablemente el número de estudiantes que se admiten a la educación médica y de enfermería en los años recientes, para responder a la escasez actual y proyectada (OCDE, 2016d). En los Estados Unidos, por ejemplo, el ingreso a las facultades de medicina aumentó en un tercio entre el 2001 y el 2013. Hay países, tales como Australia, que en determinadas ocasiones han abandonado sus políticas de *numerus clausus*³ (cupo limitado) en ciertas áreas clínicas críticas con el fin de estimular la oferta. También se han usado políticas específicas para mejorar las tasas de retención por la vida laboral de los profesionales (en particular los enfermeros), tales como ofrecer incentivos financieros para reanudar el entrenamiento o trabajar después de una interrupción de carrera. Costa Rica también debería considerar disminuir las reglas que impiden la contratación de nuevos especialistas a menos que sean por un empadronamiento de tiempo completo.

Acelerar la oferta de especialistas en Medicina Familiar y Enfermeros de Práctica Avanzada también va a permitir un cuidado más centrado en el paciente. Aunque la

base de la atención primaria es fuerte en Costa Rica, la maneja un número relativamente bajo de clínicos que cuentan con especialidad de postgrado en la atención primaria o medicina familiar. Varios países de la OCDE, como Inglaterra, Francia y Canadá, han expandido su formación de postgrado especializada en atención primaria y han buscado convertirlo en una opción más atractiva para los médicos nuevos (mediante aumentar el pago, por ejemplo). El grupo de profesionales responsables de brindar la atención primaria no tiene por qué limitarse exclusivamente a los médicos, ya que algunas de sus funciones fundamentales (exhaustividad, continuidad y coordinación) se pueden delegar en otros grupos de profesionales. En consecuencia, algunos países tales como los Estados Unidos, Canadá y Países Bajos han buscado mejorar el acceso a la atención primaria al expandir programas de formación avanzada centrados en los enfermeros y enfermeras (OCDE, 2016d). Costa Rica está muy avanzada en el desarrollo de funciones extendidas para enfermeros y enfermeras, pudiendo la CCSS considerar expandir la oportunidad de que los enfermeros y enfermeras ofrezcan otros servicios adicionales, que tradicionalmente han llevado a cabo los médicos, que estén en línea con las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo, Salud y Crecimiento Económico (OMS, 2016).

Dar una mayor apertura a trabajadores de salud entrenados fuera del país puede también ser parte de la solución a los problemas de corto plazo que tiene Costa Rica. En el pasado, los países de la OCDE han dependido mucho de personal clínico entrenado en otros países. En promedio en la OCDE en 2013-14, cerca de uno de cada seis médicos y uno en dieciséis enfermeros se entrenaron fuera de su país, sobrepasando a uno de cada tres en países como Israel, Nueva Zelanda, Australia, Noruega e Irlanda. (OCDE, 2016d). Tales cifras desplazan cualquier tipo de preocupación que puedan tener las asociaciones profesionales en Costa Rica sobre la calidad o el valor del personal clínico formado en el extranjero. Es claro que es necesaria la práctica de la ética (al evitar contratar de países en desarrollo que sufren de escasez crítica de personal, por ejemplo), y la mayoría de los países de la OCDE gradualmente están reduciendo su dependencia de los trabajadores extranjeros mediante la expansión de su oferta nacional. La CCSS y el gobierno también deberían explorar el uso de sitios de formación fuera del país para los profesionales de salud de Costa Rica, de no ser viable la expansión de las instalaciones a razón del pequeño tamaño del país.

2.4 Los tiempos de espera también deberían ser abordados a través de una aplicación efectiva de garantías en tiempos de espera.

Las iniciativas dadas únicamente por el lado de la oferta no serán suficientes para reducir sustancialmente las largas filas de espera de los servicios agendados. La experiencia de la OCDE muestra que financiar actividades adicionales, incluyendo contratar al sector privado (o subsidiar seguros privados) resultan ser soluciones débiles y poco sostenibles para las listas de espera largas. (Siciliani et al., 2013). Además, las garantías de tiempo de espera (como los que recientemente introdujo la

CCSS) también son poco efectivas, a no ser que se les haga aplicar de modo riguroso. En cambio, los enfoques que combinan actividades adicionales con garantías efectivas de tiempos de espera y sanciones (de no ser respetados) además de la escogencia del proveedor por parte del paciente (cuando cabe de esperar que no se respeten) son los que han mostrado el impacto más grande y sostenido a la hora de mejorar el acceso.

Costa Rica debería considerar permitir que los pacientes escojan su hospital, incluyendo a los proveedores del sector privado. Este no es un argumento a favor de la privatización, sino más bien un argumento para recuperar el uso cada vez mayor de proveedores privados por parte de los usuarios de vuelta a formar parte de un sistema de seguridad social unificado, financiado con fondos públicos. Varios sistemas de salud de la OCDE con pago individual han introducido reformas que permiten la escogencia del proveedor, incluyendo a algunos proveedores privados que son entonces pagados con fondos públicos. Tales países incluyen a Portugal, Países Bajos, el Reino Unido y Dinamarca. El modelo portugués ha sido particularmente efectivo en disminuir los tiempos de espera, donde los pacientes reciben vouchers que les permiten la libre elección del proveedor cuando se ha alcanzado el 75% del tiempo de la espera garantizada. (Siciliani et al., 2013). La experiencia muestra que basta con que un pequeño número de pacientes escojan un proveedor alternativo para que los administradores del hospital se concentren seriamente en la mejora de su servicio. No obstante, tienen que cumplirse unos prerrequisitos sofisticados, que incluyen una separación efectiva entre la compra y el proveedor; un sistema de pago de estilo DRG; y una base de datos efectiva y oportuna sobre los tiempos de espera para los procedimientos específicos a nivel nacional. El control de costos puede ser difícil de lograr también cuando se trata de reducir rápidamente las listas de espera, en particular cuando predomina el financiamiento basado en la actividad como mecanismo subyacente de pago.

2.5 La calidad y los resultados no se están monitoreando de modo consistente.

Un volumen significativo de datos se recolecta de manera rutinaria alrededor de los servicios de la CCSS, pero estos guardan poca relación con la calidad o los resultados. La CCSS ha publicado evaluaciones sobre su provisión de servicios en el 2013 y el 2014, refiriéndose a unos treinta indicadores tales como acceso, calidad y eficiencia, tanto en el primer nivel de atención como del segundo nivel de atención, pero la mayoría de indicadores se refieren a insumos y actividades. No obstante, sí se miden unos pocos resultados. Se han visto resultados alentadores con la hipertensión, en donde se consiguió un control adecuado en 66% de los individuos con presión arterial elevada, un dato que no ha cambiado desde el 2012. Las mediciones de la presión sanguínea también han aumentado de 30% a 34% (entre la población no diagnosticada) entre el 2013 y el 2014. En contraste, sólo se logró el control adecuado de los niveles de colesterol en cerca del 45% de las personas con dislipidemia. La evaluación consideró razones para no alcanzar la meta del 55%, incluyendo la pobre adherencia a los lineamientos clínicos o pobres sistemas de información.

La evaluación también reportó las tasas de mortalidad en los hospitales, ajustadas según el riesgo por medio de métodos desarrollados por el Canadian Institute of Health Information. Seis de los 23 hospitales tenían tasas significativamente más altas que el promedio nacional, de 2.4 fallecimientos por 100 pacientes. En otra sección, se reportaron los tiempos de puerta al quirófano para los pacientes con ataques al corazón.

Es seriamente preocupante que estos habían empeorado significativamente entre el 2013 y el 2014: el 74% había recibido trombólisis dentro de los 30 minutos en el 2014 (y el 89% dentro de los 60 minutos), comparado a los 85% (97%) del año anterior. La variación entre un hospital y otro no fue analizada para este indicador, ni se han explorado las causas de ese deterioro.

Se reportaron los índices de detección del cáncer de cérvix (y han mostrado estar empeorando) pero no se han reportado los índices de detección de cáncer de mama o cáncer colorectal. No se han reportado los índices de supervivencia al cáncer. Hay estudios independientes, no obstante, que han reportado que la tasa de supervivencia relativa de 5 años al cáncer de cérvix en pacientes diagnosticados en el año 1999, fue 68.3%, más alta que el promedio de la OCDE de 64% para el periodo 1998-2003 (Quirós, 2015; y OECD, 2016b). Se observó una tasa de supervivencia al cáncer de mama de 88% en Costa Rica para pacientes diagnosticados en el 2009 tras un seguimiento intermedio de 46.8 meses, en comparación con el promedio de OCDE de 84.5% (aunque el promedio de OCDE es tras un seguimiento de 5 años) (Rivero, 2014; y OCDE, 2016b). Costa Rica tiene un Registro Nacional de Tumores, pero no parece ser utilizado para monitorear la calidad y la mejora de la calidad.

Resulta preocupante que el reporte más reciente de desempeño de la CCSS se haya publicado en el 2014. No se tienen reportes disponibles más recientes para su comparación, a pesar de que la intención declarada en los reportes del 2013 y del 2014 era instalar una línea base para las comparaciones futuras. Además, hay varios indicadores importantes que no fueron tomados en cuenta en la evaluación del 2014. No se reportaron las tasas de supervivencia tras un infarto, por ejemplo— un indicador clave y directamente relevante a los tiempos de puerta al quirófano en deterioro. Debería notarse también que a la fecha, Costa Rica no ha entregado ningún dato al proyecto de Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud de la OCDE.

La CCSS llevó a cabo una encuesta de satisfacción del paciente en 2012/13, la cual muestra resultados alentadores. Se evaluaron varias dimensiones de satisfacción (como la calidad del ambiente físico, la puntualidad y la empatía del personal) pero el tamaño del muestreo era muy pequeño—sólo 120 internados por hospital, por ejemplo. En conjunto, el 86% de los pacientes se mostraron satisfechos con los servicios de internamiento, y el 83% con los servicios de consulta externa. La encuesta se repitió en 2015, capturando más pacientes y extendiéndose al primer nivel de atención (los resultados no están aún disponibles por escrito).

2.6 Las políticas e instituciones abocadas a la mejora de la calidad también están pobremente desarrolladas

Nominalmente, existe un programa de calidad de los servicios de salud, pero su alcance es muy restringido. El programa, manejado por el Ministerio de Salud y que aplica a la CCSS así como a las instalaciones privadas, se enfoca en acreditar a los proveedores de servicios de salud. Pero la acreditación es de nivel básico, y esencialmente se limita a la verificación de que las instalaciones cumplen con los requisitos mínimos relativos a niveles de personal, equipo y documentación.

Se han abandonado los programas más ambiciosos de monitoreo de la calidad. Entre 1998 y 2007, se había desarrollado un programa voluntario de acreditación para los hospitales generales, con la asistencia de Canadá. Las evaluaciones se hicieron anualmente entre el 2000 y el 2006, tiempo en que el único hospital que cumplió los todos los criterios de la acreditación fue uno del sector privado. Ningún hospital de la CCSS alcanzó los estándares necesarios; de hecho, aparecieron varias deficiencias emergentes que llevaron al cierre de un número de unidades. A pesar de esto, el programa fue discontinuado. El hospital privado que había logrado ser acreditado por una agencia de acreditación internacional (comercial), y hoy en día los únicos hospitales que participan activamente en algún programa formativo de acreditación y mejoramiento (tal como el que maneja la Comisión Internacional Conjunta) son hospitales del sector privado.

Del mismo modo, los estándares de acreditación a la medida para sectores específicos (como el cuidado de los adultos mayores y las instalaciones de cuidado paliativo) han existido previamente, pero han caído en desuso. Hasta abril del año 2008, el Ministerio de Salud tenía un programa con la CCSS para evaluar los servicios de atención primaria, incluyendo la satisfacción del paciente, con resultados que se hacían públicos a nivel de la instalación. Esto también se abandonó, aunque el marco de trabajo descrito en la Sección 1.4 ha rectificado esto.

Se emiten varios estándares mínimos de servicio y lineamientos clínicos, tanto por parte del Ministerio de Salud y de la CCSS, en un proceso de colaboración que involucra al personal clínico, técnico y administrativo en cada nivel de servicio de ambas instituciones. Estos lineamientos no sólo cubren padecimientos específicos (como el cáncer de mama) sino que también manejan las necesidades de grupos definidos de pacientes (como adolescentes o madres post-parto) a fin de estimular una atención integrada y centrada en el paciente. El Ministerio emite estos lineamientos por decreto ejecutivo, y técnicamente es obligatorio obedecerlos. Sin embargo no existen mecanismos para supervisar el cumplimiento efectivo y no hay incentivos que las acompañen, ni sanciones o apoyo para estimular a los proveedores a que adapten sus procesos para cumplirlos. Existe el riesgo, pues, de que dichos lineamientos no se adopten adecuadamente en la primera línea clínica.

La seguridad del paciente no se aborda correctamente. La CCSS sí dispone de un sistema para monitorear, responder y prevenir las infecciones adquiridas en los hospitales. Mas no existe un sistema nacional de monitoreo y aprendizaje para otros eventos adversos.

Se están tomando medidas para manejar las brechas reconocidas en el monitoreo de la calidad y la arquitectura de las mejoras en Costa Rica. El Plan Nacional de Salud 2015-2018 del Ministerio ha establecido un programa de calidad de los servicios de salud que se enfoca en una implementación más amplia del sistema de información EDUS (ver Recuadro 4) y en la reducción de los tiempos de espera

Sin embargo también apunta a sistematizar la medición de las experiencias de los pacientes y establecer estándares e indicadores de calidad, inicialmente alrededor de la donación y trasplante de órganos. Recientemente la CCSS estableció un programa de calidad en el primer nivel de atención (ver Sección 1.4), con planes para el desarrollo de un sistema similar para los hospitales.

Recuadro 4. El Expediente Digital Único en Salud

La CCSS está desarrollando una ambiciosa base de datos de salud personal, construida alrededor del Expediente Digital Único en Salud (EDUS). EDUS comenzó por registrar de modo digital las entradas a emergencias en los hospitales, las admisiones y egresos, y las operaciones quirúrgicas. Su segunda fase integró un expediente personal de salud (el cual contiene diagnósticos y tratamientos) con el sistema nacional de citas, para la atención electiva planificada. Es importante notar que EDUS también tiene un registro “familiar” para cada individuo, registrando de modo sistemático los determinantes más amplios de la salud y el bienestar, tales como otros miembros de la familia con enfermedades complejas, y cualquier dificultad financiera o de vivienda. Esto permite hacer una evaluación más plena de las necesidades del individuo, y también ayuda a establecer los perfiles de salud de la población local, y de las necesidades que esto permita predecir. Los desarrollos futuros integrarán a EDUS con imágenes digitales, expedientes de farmacia y notas clínicas de internamiento (tanto de los enfermeros como de los médicos).

Actualmente, todos los EB AIS están usando el EDUS para registrar sus contactos con el paciente. Algunos EB AIS ya usan el EDUS integrado con las imágenes digitales -permitiendo ver rayos X y compartirlos de modo instantáneo. Para el 2018, se espera que todas las instalaciones del segundo y tercer nivel de atención lo estén utilizando. De lograrse, Costa Rica será uno de los primeros países del mundo en tener un único archivo nacional de salud, que esté unificado a través de todos los niveles de atención.

La intención es que EDUS sea usado por los pacientes. Cuenta con interfaces telefónicas y por página web, permitiendo al usuario interactuar con su expediente. También se están usando los mensajes de texto para enviar mensajes personalizados de promoción de la salud (se habían enviado 375 000 mensajes para febrero del 2016). En octubre del 2015, se lanzó la app de EDUS, que permite a los pacientes ver sus diagnósticos, medicamentos, citas futuras y más información (para febrero del 2016 se había descargado 31 500 veces).

2.7 La gobernanza de la calidad se debe incorporar de modo más efectivo en el sistema de salud

Debe medirse más efectivamente el desempeño del Sistema Nacional de Salud, tanto a nivel local como nacional, usando datos enfocados en los resultados de los pacientes. No se conoce lo suficiente sobre la calidad y los resultados de los servicios

de salud en Costa Rica. Aún si algunas iniciativas importantes están en marcha, tales como el marco de monitoreo de la atención primaria, la calidad no emerge como la idea principal dentro del Sistema de Salud de Costa Rica. Aún se tiende a pensar en “calidad” en términos limitados (típicamente, en los tiempos de espera) significando que persisten importantes brechas en la infraestructura de información del sistema. Aún si existe un observatorio nacional para el cáncer, por ejemplo, las autoridades no lograron presentar datos sobre la etapa del cáncer al momento del diagnóstico (dato vital para comprender la efectividad de los programas de detección y prevención) cuando estos les fueron solicitados.

Debería priorizarse un conjunto de indicadores de calidad, dando particular atención a los resultados de los pacientes. Los indicadores de calidad deberían enfocarse en condiciones crónicas tales como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, así como en la salud mental, en vista de la creciente carga en los servicios de salud de Costa Rica. Existen mediciones de la calidad de la atención primaria para estas condiciones bien establecidas y validadas internacionalmente (como los *Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud* de la OCDE), y estas deberían ser adoptadas en Costa Rica. Costa Rica debería apuntar a presentar datos al proyecto de *Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud* de la OCDE en el año 2017.

También deben abordarse ciertas brechas críticas en las políticas y las instituciones que monitorean y mejoran los servicios de salud. Es muy preocupante, por ejemplo, que los únicos hospitales que participan activamente en los programas de acreditación y mejoramiento formativo, sean los del sector privado. Para asegurar que este tema reciba la debida atención, Costa Rica debe considerar establecer una comisión independiente para el monitoreo y la mejora de la calidad. Esta autoridad, la cual tiene que ser independiente de la CCSS, debería ser responsable de definir los estándares para un servicio seguro y efectivo de parte de todos los proveedores, incluyendo los del sector privado. También debería atribuirse potestades para recolectar, analizar y publicar datos sobre la calidad y los resultados, compartiendo las lecciones de un buen desempeño. La *Care Quality Commission* del Reino Unido (ver Sección 1.8) ofrece un modelo a considerar.

Mejorar la calidad también exige la instalación de mecanismos efectivos para monitorear los eventos adversos y diseminar las buenas prácticas que los puedan evitar. El sistema que se ha establecido en Italia es un modelo de particular interés, el *Observatorio Nacional de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente*, que identifica las lecciones aprendidas transferibles sobre los eventos adversos en los hospitales y las clínicas y organiza talleres y material para compartir las buenas prácticas. El Observatorio ha sido muy efectivo para elevar la consciencia entre los profesionales de salud y alimentar una cultura de cambio por todo el país. (OECD, 2015e).

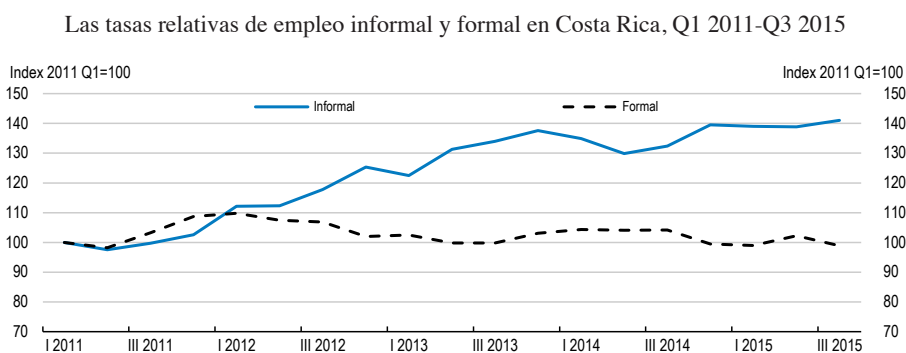
3. Eficiencia y sostenibilidad financiera

Esta sección evalúa la eficiencia y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud en Costa Rica. Las trayectorias ascendentes del gasto significan que la eficiencia de su sistema de salud, la cual es frágil en el mejor de los casos, está en riesgo de deteriorarse. El gasto de salud actual sobrepasa el promedio de la OCDE en cuanto a promedio del PIB. Los aumentos de gastos han sido casi completamente consumidos por aumentos en el número y salario de los empleados de la CCSS, con poca o ninguna evidencia de beneficio a los pacientes. En el corto plazo, Costa Rica necesitará aplicar techos a los gastos y hacer revisiones más efectivas al sector salud. A un plazo más largo, se va a necesitar dar un mejor uso a los datos sobre el desempeño y crear sistemas innovadores de pago, así como ir haciendo una separación de los ingresos provenientes del empleo como base del ingreso del sistema de salud.

3.1. La excesiva dependencia de los ingresos vinculados al empleo amenaza la sostenibilidad financiera de la CCSS

El ingreso de la CCSS depende fuertemente de contribuciones relacionadas con los empleos, los cuales se han visto presionados con la crisis financiera global. Los prospectos de mejora son sombríos—el empleo informal está creciendo rápidamente en Costa Rica, al contrario de muchas economías de Latinoamérica, y hoy representa casi la mitad de todo el empleo (Figura 13). Además, el empeoramiento de la desigualdad salarial y el envejecimiento de la población (ver Sección 1) son otros dos factores que podrían resultar en grandes cantidades de trabajadores informales y adultos mayores, todos los cuales caerían dentro del marco de la afiliación no contributiva a la CCSS.

Figura 13. El empleo informal está en aumento



Fuente: Encuesta Económica de OCDE: Costa Rica 2016: Evaluación Económica, OCDE Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-cri-2016-en.

El sistema fiscal general de Costa Rica tiene una dependencia excesiva de las contribuciones de la seguridad social. Para un contexto más amplio, la *Encuesta Económica de Costa Rica de la OCDE*, indica que en el 2016 el ingreso fiscal total sólo llega a 23% del PIB. Las contribuciones del seguro social contabilizan el 8% del PIB y alrededor del 34% del ingreso total del gobierno, sustancialmente más alto que el promedio regional de 18% en Latinoamérica y que el promedio de la OCDE del 27%. Los ingresos por el impuesto sobre la renta y por el IVA son más bajos que los que recaudan otras economías latinoamericanas (y mucho más bajas que las de las economías de OCDE) debido a que su base fiscal es estrecha y sus tasas de impuestos son bajas. El IVA estándar, por ejemplo, es del 13%, en comparación con el promedio de 19.1% por todas las economías de la OCDE. Además, el umbral libre de impuestos está alrededor del doble del salario promedio –mucho más alto que en la mayoría de las economías OCDE, lo que incluye a México y a Chile. La Encuesta concluyó que, de no ampliarse y profundizarse la base fiscal del ingreso, lo más probable es que la deuda pública se eleve a niveles insostenibles. (OCDE, 2016a).

3.2 Los mecanismos de contención de costos son pobres, con escasa evidencia de que un aumento del gasto esté beneficiando a los pacientes

La disciplina presupuestaria no se aplica robustamente a la CCSS. Su ley constitutiva le da a la CCSS una total autonomía en asuntos financieros. Si bien es cierto que sus cuentas deben ser presentadas ante la Contraloría General de la República, esta institución no cuenta con la autoridad para exigir a la CCSS hacer reasignación o reducción de sus gastos. El presupuesto anual de la CCSS tampoco requiere ser aprobado por la Asamblea Legislativa. Además, la CCSS se ve exenta de la mayoría de las regulaciones que establece el Ministerio de Hacienda y otras autoridades nacionales. Sólo está sujeta a adherirse a los códigos de conducta que conciernen a los asuntos de empleo. Cualquier otro tipo de regulación, ya sea dado por el Ministerio de Hacienda o por otras entidades dentro del gobierno central, no se aplican a la CCSS (Cercone y Pacheco, 2008).

El gasto operativo está fuertemente sesgado hacia el sector hospitalario. Los datos de la CCSS muestran que desde el 2010, los costos en este sector han subido anualmente en un promedio del 7.9%. En contraste, los costos operativos de la atención primaria están en alrededor de 40% de los del sector hospitalario, y suben más despacio, con un promedio de 6.7% al año (Tabla 1). Es de notar que tanto la atención primaria como el sector hospitalario reciben un presupuesto anual global que está basado en el gasto del año anterior, lo que puede contribuir a explicar esta tendencia inflacionaria.

Tabla 1. Los hospitales consumen una porción acelerada del gasto de atención de la salud en Costa Rica

	Gasto						AAGR, 2010- 2015
	(millones de colones de Costa Rica, valores nominales)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Hospitales de Cuidados Intensivos							
Total	596 435	659 720	710 057	752 589	806 089	878 382	8.10%
...de los cuales, el gasto operativo	592 006	652 730	705 943	746 851	798 708	866 441	7.90%
...salarios	420 578	453 677	479 338	516 333	548 532	586 605	6.90%
Cuidados Primarios							
Total	259 454	278 924	291 415	318 999	331 572	357 409	6.60%
... de los cuales, el gasto operativo	256 557	276 365	289 873	316 645	328 660	354 001	6.70%
... salarios	160 935	174 235	180 566	197 956	210 821	225 992	7.10%

Una amplia medición de la eficiencia sugiere que el sistema de salud de Costa Rica se esfuerza por proporcionar el valor real a los pacientes. Como se describió, en el 2005 se usó el 7.5% del PIB para los servicios de salud, subiendo al 9.3% del PIB en el 2014. Esto es algo más elevado que el promedio de la OCDE, sin embargo la expectativa de vida de Costa Rica cae justo por debajo del promedio de la OCDE (si bien es cierto la expectativa de vida también depende de otros factores, incluyendo el nivel de desarrollo). Los problemas a largo plazo como los tiempos de espera excesivos y la inconsistencia de los indicadores de calidad (como el empeoramiento del tiempo de puerta al quirófano para los pacientes que han sufrido un ataque cardíaco, descrito en la Sección 2) también implican que el aumento de la inversión en la salud no se traduce en un aumento de valor de primera línea.

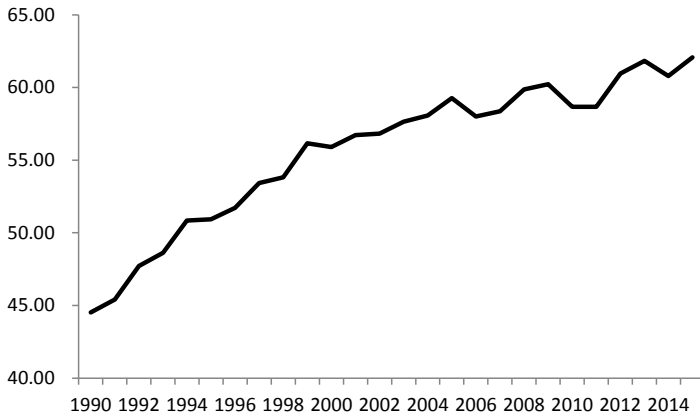
Los indicadores claves de la productividad también resultan preocupantes. Los médicos, que son asalariados, están atendiendo menos pacientes año con año. La tasa de consulta cayó de 2.21 per cápita en el 2010 a 2.18 en el 2015. Esto es sustancialmente más bajo que el promedio de 6.8 de la OCDE -ningún sistema de salud de OCDE reporta una tasa tan baja de consulta (la más baja es México, con 2.6). En resumen, hay poca evidencia de que el rápido aumento en el gasto esté beneficiando a los pacientes. Los sistemas de pago están relacionados a actividades, insumos o costos del año anterior, y no a recompensar los resultados o la calidad. Quedan de manifiesto los efectos negativos que se pueden esperar en los sistemas de pago tradicionales – gastos en aumento sin mejoras en la productividad o los resultados.

3.3 Los impulsores principales del gasto incluyen el crecimiento en actividad hospitalaria, un pobre control de los precios y los aumentos en salarios médicos

El aumento en gastos hospitalarios se puede relacionar con una expansión constante en el volumen de la actividad hospitalaria. La tasa de egresos por cama en hospitales ha subido de 45 egresos en el 1990 a 62 en el 2015, (Figura 14). En Costa Rica la duración media de la estancia (en todas las causas) fue de 6,6 días en 2015. Si bien esto es inferior al promedio de la OCDE de 6,9 días (excluyendo Japón y Corea), cabe señalar que esta cifra no ha disminuido en la última década en Costa Rica, en contraste con la mayoría de los sistemas de salud de la OCDE.

Figura 14. Los egresos por cama han aumentado de modo regular

Número de altas por cama de hospital, 1990 a 2015



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Es de importancia crítica notar que la CCSS no tiene la posibilidad de valorar los episodios hospitalarios de modo preciso. La CCSS mantiene una lista de los precios de los servicios particulares, la cual se actualiza cada seis meses. Sin embargo esta lista se ha criticado en varios puntos. En primer lugar, los costos se derivan de los precios establecidos por el *Colegio de Médicos y Cirujanos*. El *Colegio* afirma tener un proceso justo y robusto para determinar dichos precios, pero es claro que estos no son independientes. En segundo lugar, las tarifas nacionales no reflejan las variaciones entre los costos operativos de los distintos hospitales. El sistema de DRG (relativo al diagnóstico) que usaba la CCSS había revelado que existe una variación significativa de costos y productividad entre los proveedores. Pero cuando se abandonó el sistema DRG, se perdió esta capacidad analítica, dejando a la CCSS con meras aproximaciones de costo a nivel del proveedor individual. Por último, la CCSS no puede sumar los costos a través de una vía de atención para una admisión dada, y vincular el costo total con los resultados. En general, la CCSS se encuentra en la

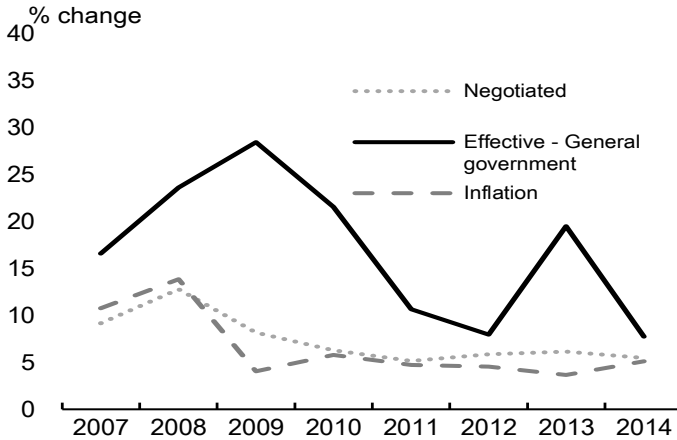
situación insostenible de aumento de la actividad hospitalaria, con poca comprensión de los costos de la misma.

Los salarios cuentan por cerca del 65% del gasto operativo y están subiendo en cerca de 7.0% por año. Esto es cierto tanto de los hospitales como en la atención primaria (ver Tabla 1), y está impulsado por el aumento de individuos en planilla de la CCSS (lo cual es apropiado, dada la escasez de personal; ver Figura 9). Sin embargo, los generosos aumentos en los salarios individuales a los médicos están causando una inflación de la masa salarial. Se ha reportado, por ejemplo, que los salarios para los empleados de la CCSS aumentaron en un 27% en el 2010 y un 18% en el 2011, a pesar de la crisis económica global que prevalecía. (Bodding, 2012). En contraste, la tasa de crecimiento anual del índice de precios en Costa Rica (una medida de la inflación) promedió un 4.8% entre el 2011 y el 2014 (Indicadores CPI de la OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/eee82e6e-en>, accesados el 10 de setiembre del 2016). Tal vez lo más notable de este crecimiento salarial, es cuando se toma en cuenta la productividad en declive de los médicos que se abordó en la Sección 3.4

Los insostenibles salarios del sector público son un problema sistémico en Costa Rica. Los sueldos del gobierno son equivalentes al 13% del PIB, al mismo nivel que Noruega (13.6%) y excediendo fácilmente el promedio de 10.6% de la OCDE. Como se señala en la *Encuesta Económica de Costa Rica, 2016* de la OCDE, la “tasa salarial del sector público en Costa Rica como proporción del PIB es mayor que en la mayoría de los países de la OCDE, aunque su participación en el empleo público es de las más bajas”. Los aumentos efectivos en los sueldos del sector público han excedido en mucho las metas y la inflación en los años recientes (Figura 15). Los salarios excesivos representan una amenaza para el tejido social más amplio. La encuesta también notó que “los salarios crecientes del sector público fueron la mayor contribución a la desigualdad entre el 2010 y el 2014, en particular los salarios de trabajadores calificados en agencias públicas fuera del gobierno central” -como la CCSS- (OECD, 2016a).

Obviamente, las tendencias demográficas y los factores de riesgo con indicios de empeorar también van a añadir a las presiones sobre el gasto. Como se observa en la Sección 1, por ejemplo, las tasas de obesidad son más altas en Costa Rica que en la mayoría de los países de OCDE

Figura 15. Los egresos por cama han aumentado de modo regular
Número de altas por cama de hospital, 1990 a 2015



Fuente: Encuesta Económica de la OCDE: Costa Rica 2016: Evaluación Económica, OCDE Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-cri-2016-en.

3.4 En el corto plazo deberían usarse techos para los gastos, revisiones regulares del gasto y sistemas de advertencia temprana para controlar los gastos y estimular la eficiencia

Debe reforzarse el control del gobierno central sobre el gasto del sistema de salud. En la mayoría de sistemas de salud de la OCDE, la autoridad presupuestaria central (por ej. el Ministerio de Hacienda) establece límites de gastos para el sector público, anualmente o en ciclos de varios años. Los límites se suelen determinar por factores económicos más que de salud, y pueden ser aplicados de manera rígida. Un número de países también han instaurado “sistemas de advertencia temprana”, que alertan al gobierno central que hay un riesgo de exceder el gasto y que permiten que se tomen medidas proactivas oportunamente – en lugar de reducirse a arreglos *post hoc*, como está ocurriendo con la CCSS. Varias autoridades presupuestarias centrales también realizan inspecciones regulares al gasto del sector salud para identificar sus ineficiencias, oportunidades de desinversión y ahorros potenciales (OECD, 2015a).

Debería usarse el Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (SHA) para ayudar a administrar el crecimiento del gasto. La presentación que ha hecho Costa Rica al SHA a la fecha, es excesivamente básica. Los datos únicamente incluyen agregados de alto nivel del gasto total y no se pueden subdividir por función o por proveedor. El alinear las cuentas de la CCSS con el SHA equiparía a Costa Rica con un marco de trabajo robusto que le permita analizar los patrones de gastos y compararlos a las tendencias internacionales.

Este trabajo está en progreso (aparentemente se habían preparado datos con el formato SHA para el 2013) y debería ser acelerado.

El gobierno central y la CCSS deberían aprovechar la experiencia de la OCDE para usar el rango completo de instrumentos de política que controlan el crecimiento del gasto. En Francia por ejemplo, las metas de los *Objetivos Nacionales para el Gasto de Servicios de Salud (ONDAM)* fueron introducidas en 1996 y fueron ratificadas por el Parlamento. Junto con un sistema de alerta temprana, las metas permitieron que se retuvieran los pagos a los proveedores de salud si estos excedían los límites de gastos acordados. En Costa Rica, controlar el gasto salarial de la CCSS es una prioridad particularmente urgente. En el Reino Unido, el gobierno central ha insistido en limitar el gasto en salud en los últimos años, lo que se logrará mediante congelaciones de salarios (o límites al crecimiento salarial) y reducciones del gasto administrativo (OCDE, 2015b).

3.5 A un plazo más largo, los fondos del sistema de salud deberían provenir cada vez más del presupuesto general del gobierno

Costa Rica debería reducir la dependencia de los ingresos relativos al empleo, y financiar cada vez más su sistema de salud desde el presupuesto general del gobierno. Los demás sistemas de la OCDE, que históricamente han dependido del mercado laboral para sus ingresos, están pasando gradualmente al presupuesto general del gobierno como fuente de fondos. Las deducciones de las planillas son una base demasiado estrecha para poder financiar el sistema, dado que menos y menos personas están incluidas en el empleo formal. Esto también es cierto en Costa Rica (ver Figuras 2 y 13), pero otros argumentos hacen el caso especialmente convincente. Además, un uso estructurado y más regular de los fondos de gobierno debería introducir una mayor medida de disciplina presupuestaria al sistema de salud. A la fecha, el gobierno central ya financia importantes programas de salud -preventivos, públicos y ambientales, por lo que un mayor apoyo de parte del presupuesto general permitiría llevar un enfoque más integrado a todas las actividades de los servicios de salud.

Francia proporciona un caso de estudio interesante que Costa Rica podría tomar en cuenta. A partir de 1999, Francia reconfiguró sustancialmente la base de financiamiento de su sistema de salud, primero al introducir un impuesto de fines específicos a todos los ingresos (más allá de sólo a los salarios) y reduciendo casi a cero las contribuciones provenientes de la planilla de los asegurados. Luego, se usaron los impuestos de consumo e impuestos sobre el tabaco, el alcohol, las compañías farmacéuticas, la contaminación y otros elementos para generar ingresos extra (OECD, 2015b, 2016e).

Se debería realizar una revisión técnica detallada de las posibles futuras opciones de financiamiento para el sistema de salud. Costa Rica está considerando, por ejemplo, si los impuestos locales podrían financiar ciertos servicios de salud, tales como la atención primaria. Los “impuestos sobre el pecado”¹ al alcohol, el tabaco y otros productos también se están discutiendo.

Los cargos de usuario o co-pagos formalmente definidos también pueden ser una opción al margen, para sustituir y orientar mejor los niveles crecientes de gastos de bolsillo, alentando el uso de servicios de alto valor y desalentando la atención innecesaria. Se debe tener precaución, sin embargo, con toda reconfiguración de la base del financiamiento. Tanto los co-pagos como los impuestos sobre el pecado, por ejemplo, son típicamente regresivos y asignar nuevos impuestos específicamente a los servicios de salud a nivel local (o nacional) puede traer rigideces innecesarias a la asignación de recursos, y/o resultar contraproducente cuando las asignaciones generales para los servicios de salud sean reducidas. Globalmente, se debería hacer una revisión técnica independiente de las opciones de financiamiento futuras para el sistema de salud de Costa Rica. Es crucial que este trabajo vaya de la mano con los esfuerzos por eliminar el despilfarro y aumentar el valor de lo que se gasta hoy.

3.6 Se debería introducir un paquete de beneficios definidos para el segundo nivel de atención, apoyado en valoraciones sistemáticas de evaluación de tecnologías sanitarias

Costa Rica debería establecer un proceso independiente, transparente y riguroso para evaluar la relación costo/efectividad de las actividades de los servicios de salud. Los intentos previos por establecer una función de evaluación de las tecnologías de salud no han tenido éxito, y actualmente sólo se está analizando el impacto sobre el presupuesto. Establecer unos análisis sistemáticos y rigurosos de costo-efectividad permitirá que la cobertura de los servicios de salud del segundo nivel de atención se defina más claramente, al excluir las intervenciones de baja costo/efectividad. Ya sea que Costa Rica instale su propia agencia y/o colabore con las iniciativas regionales, es importante que los fondos adecuados, la fuerza laboral, el apoyo político y la asistencia técnica internacional tengan una participación, con el fin de entregar evaluaciones oportunas, robustas y transparentes. Estimular la participación del público/paciente en la evaluación de la costo/efectividad también será un apoyo a la credibilidad.

Un número creciente de países de la región Latinoamericana está desarrollando sofisticadas agencias de evaluación de tecnologías de salud. En Colombia, por ejemplo, el *Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud* (IETS) fue creado en 2012.

¹ Los impuestos sobre el pecado son subcargas recaudadas por gobiernos federales y estatales en productos que tienen un costo alto para la sociedad, como el alcohol, el tabaco, el juego, la comida chatarra y los refrescos. Suelen ser promovidos como un medio efectivo de desalentar el consumo que podría tener como resultado problemas sociales.

Este instituto público-privado ha desarrollado su propia metodología para realizar evaluaciones de tecnologías basadas en la evidencia y producir guías y protocolos sobre medicinas, procedimientos y tratamientos. Además hace recomendaciones sobre cuáles tecnologías deberían ser cubiertas por el sistema nacional de salud, y le ofrece a Costa Rica un buen modelo a seguir (OCDE, 2015c).

También deben buscarse oportunidades para identificar y desinvertir en aquellos servicios que tengan escaso valor. El rango completo de la experiencia de la OCDE en este respecto se expondrá en una publicación futura de la OCDE, *Liberando los Recursos del Sistema de Salud: Luchar contra el Gasto Ineficiente y el Desperdicio*. Un ejemplo particularmente promisorio es el de la campaña *Eligiendo Sabiamente* para reducir el desperdicio, el uso excesivo y el daño. La campaña destila lineamientos clínicos complejos a manera de “información práctica de lo que no debe hacerse”, basada en la evidencia. Su intención es que esta información se comparta y discuta con los pacientes, evitando así la alarma sobre el racionamiento. Un ejemplo sería la resonancia magnética de la espalda baja en las primeras seis semanas de un dolor de espalda exento de complicaciones (<http://www.choosingwisely.org>).

3.7 Una innovación en los sistemas de pago permitirían que el valor real y los resultados para los pacientes fueran mejor recompensados

En los hospitales, los datos basados en DRG deben usarse para alejar los reembolsos de los presupuestos históricos. Los presupuestos globales basados en los datos históricos pueden ser inflacionarios si no se basan en análisis detallados de si las actividades satisfacen adecuadamente las necesidades. En contraste, el financiamiento basado en los análisis DRG permite establecer un presupuesto prospectivo mejor afinado, aunado a co-pagos para estimular ciertas actividades o limitar los gastos de otras. Así, muchos sistemas de salud de la OCDE usan sistemas de DRG no sólo para monitorear la actividad del hospital, sino también como una base para su pago. Esto es especialmente cierto en países con un seguro social de salud, como Australia o Países Bajos. Incluso en sistemas financiados por impuestos (y/o utilizan la cobertura de seguro de salud basada en la residencia como en Costa Rica), los sistemas de pago por DRG se usan cada vez más para el pago a los hospitales. Los DRG forman la base para los pagos hospitalarios en Inglaterra, por ejemplo. El ajuste descendente de la tarifa nacional relacionada a estos logró ahorrar un promedio de 1.5% en términos de efectivo entre 2011-12 y 2014-15 (OCDE, 2015b) demostrando el poder potencial de los DRG en entender mejor los presupuestos hospitalarios. Costa Rica debería buscar dejar de basar su presupuesto médico en el gasto histórico, pasando a métodos más estratégicos para centrar y controlar el gasto.

En la atención primaria, los presupuestos deberían incluir un elemento mayor de capitación ajustada al riesgo. Aunque los presupuestos históricos de Costa Rica en la atención primaria implican cierto grado de respuesta a las necesidades locales

de salud, un sistema más transparente de capitación ajustada al riesgo permitiría una asignación más estratégica de los recursos, y una priorización proactiva de las necesidades específicas en salud. Casi todos los países OCDE que usan la capitación ajustan sus factores de riesgo (que incluyen edad, género y estatus de salud) para asegurar que las necesidades de salud de grupos específicos (como los adultos mayores) tengan el manejo adecuado. La capitación se suele combinar con el pago por servicio, a razón de estimular las actividades particulares. Aquí Costa Rica parte de una buena base, debido a que ya tiene un sistema de pago mixto en la atención primaria (ver Recuadro 1) y una rica comprensión de los contextos locales de salud y asistencia social por medio del registro familiar que se tiene dentro del EDUS (ver Recuadro 4).

Los salarios de los trabajadores de los servicios de salud deberían estar más ligados al desempeño. Es urgente que se mejore el control del crecimiento de la masa salarial del sector público, y es inaceptable que estos grandes aumentos no estén acompañados por ninguna mejora convincente en la productividad o resultados para los pacientes. Idealmente, los pagos al personal clínico deberían reflejar el valor, en lo posible. Esto se puede insertar dentro de los esquemas de pago por servicio (FFS) existentes, si se expande la definición del “servicio”. En Japón, por ejemplo, la agenda FFS ha madurado hasta incluir paquetes de servicios de salud pro-activos para las personas con enfermedades crónicas. Además, en lo posible, el valor se debería cuantificar por medio de los resultados mejorados de los pacientes. En Suecia, por ejemplo, el 10% del pago de las cirugías de columna se relaciona con la funcionalidad del paciente luego de la cirugía. Aunque la base de evidencia para los pagos relacionados al desempeño aún está evolucionando, es claro que todo médico con un sistema de pago por servicio debería estar alineado con otros incentivos no financieros y esquemas de incentivos complementarios al nivel institucional y/o local. Pero como mínimo, no se le deberían dar más aumentos salariales a los empleados de la CCSS (más allá de los mandados por la ley de trabajo, como los incrementos relacionados con la inflación), a menos que estos puedan ser relacionados claramente con un aumento de la productividad o el valor real.

3.8 La disponibilidad y el uso de los datos sobre el desempeño se deberían mejorar

La necesidad más apremiante de Costa Rica es contar con una información más robusta y detallada de las actividades de los servicios de salud, sus costos y resultados. Hasta no tener una comprensión más plena de cómo se relacionan las necesidades de los servicios de salud con las actividades, costos y resultados –a nivel del paciente individual- la CCSS seguirá batallando para controlar sus costos, lograr la separación completa de las funciones de compra y proveeduría, y desarrollar modelos de pago más innovadores que incentiven la calidad y la productividad. Esta información debe recopilarse en todo el sistema, así como para grupos específicos de pacientes, y usarse

para predecir la evolución de las necesidades de salud y ajustar las reconfiguraciones potenciales del modelo.

Como primera prioridad se debería volver a instituir un sistema DRG para analizar la actividad hospitalaria, dado que es en ese sector donde los costos se aceleran más rápidamente. Casi todos los sistemas de salud de la OCDE usan sistemas DRG para monitorear y analizar las actividades de sus hospitales. Si bien estos tienen una variación significativa en su detalle y complejidad, permiten a los planificadores de los sistemas de salud entender mejor las tendencias y la variación en el servicio hospitalario. Hay una extensa base de experiencia internacional que puede apoyar a Costa Rica en restablecer un sistema DRG (Busse et al., 2011).

*Una mejor información sobre las actividades hospitalarias debería estar vinculada a los resultados de los pacientes, así como a las vías de atención fuera del sistema hospitalario. Es una tarea ardua, pero en Costa Rica, el marco de trabajo de EDUS (ver Recuadro 4) ofrece una base sólida para ayudar a lograrlo. Costa Rica debería observar la experiencia de los países de la OCDE para acelerar su progreso con el EDUS. En Finlandia, por ejemplo, el proyecto PERFECT *Performance, Effectiveness and Cost of Treatment- (Desempeño, Efectividad y Costo del Tratamiento)* relaciona los datos individuales con los reportes de resultados y los costos de toda la vía de atención en pacientes con cáncer de mama, esquizofrenia y varias otras condiciones. Asimismo, las reformas en Portugal demuestran tener éxito al optimizar tanto el costo como la calidad a través de numerosas áreas clínicas que incluyen la prescripción médica, la cirugía ambulatoria y la atención de las condiciones crónicas. (OCDE, 2015d).*

*Finalmente, la CCSS debería reanudar la publicación anual de sus reportes de desempeño, en formatos orientados al público en general, así como los análisis técnicos más detallados enfocados a los grupos profesionales. El hecho de que los reportes de desempeño sólo estén accesibles para el 2013 y el 2014 es un fallo significativo. Otros sistemas de salud financiados con fondos públicos hacen análisis detallados de su desempeño, los cuales están disponibles al instante y en una variedad de formatos. La CCSS debería aspirar a un nivel similar de transparencia, y asegurar que sus indicadores estén en línea con los análisis comparativos tales como el *Sistema de Cuentas de Salud e Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud de la OCDE*. Canadá ofrece una ilustración particularmente rica y digna de emular. (<https://www.cihi.ca/en/health-system-performance>).*

Notas

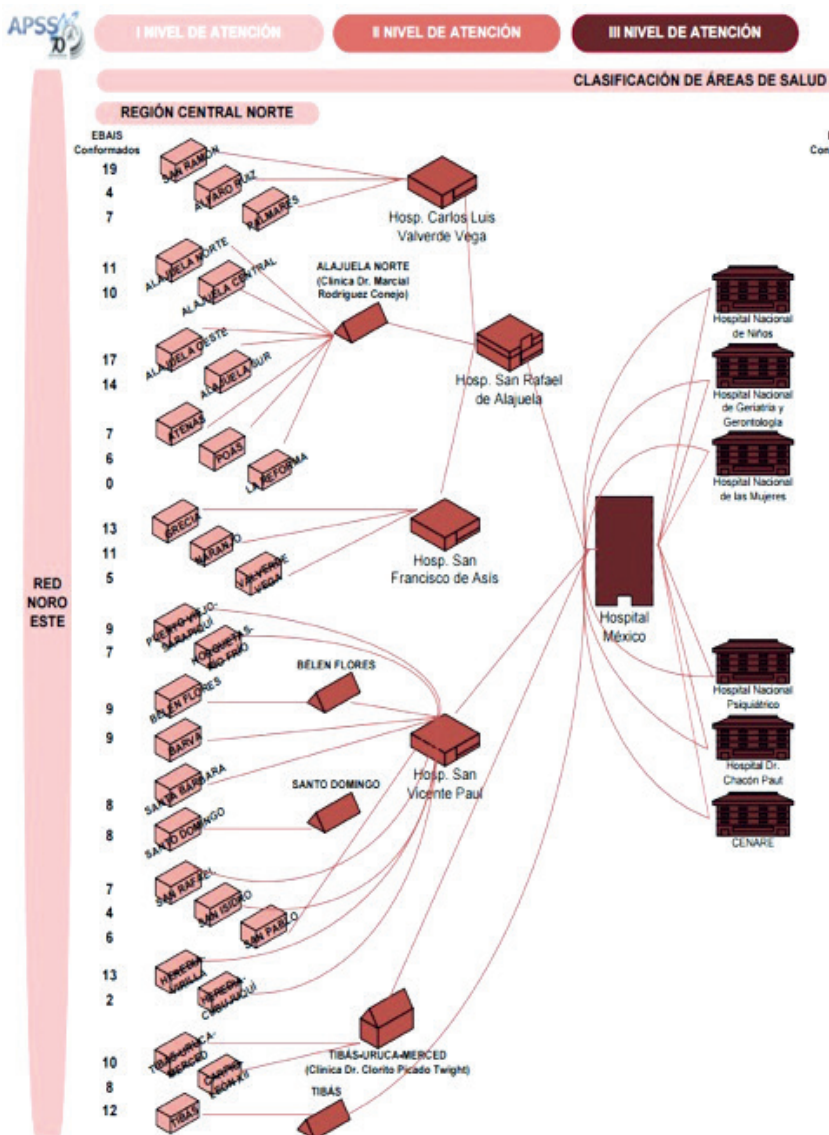
1. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una estadística compuesta de indicadores sobre la expectativa de vida, la educación y el ingreso per cápita, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
2. El coeficiente de Gini resume la distribución del ingreso dentro de una población dada. Un coeficiente de Gini de cero expresaría una igualdad perfecta (por ej. todos reciben el mismo ingreso). Un coeficiente de Gini de 1 expresaría la máxima desigualdad (por ej. una sola persona recibe la totalidad del ingreso).
3. Existen cuotas predeterminadas sobre el número de estudiantes que se admiten a nivel nacional en un programa de formación.

Referencias

- Balabanova, D., M. McKee and A. Mills (2011), “Good Health at Low Cost: 25 years on: What Makes a Successful Health System?”, (*Buena Salud a Bajo Costo, 25 años después: ¿Qué Vuelve Exitoso a un Sistema de Salud?*) London School of Hygiene & Tropical Medicine, London.
- Boddiger, D. (2012), “Costa Rica Restructures Health System to Curb Financial Crisis”, (*Costa Rica Reestructura su Sistema de Salud para Contener la Crisis Financiera*) *The Lancet*, Vol. 379, No. 9819, p. 883
- Busse, R., A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (eds.) (2011), *Diagnosis- Related Groups in Europe*, (*Grupos Relacionados al Diagnóstico en Europa*) Open University Press, Maidenhead, England.
- CCSS – Caja Costaricense de Seguridad Social (2014), *Evaluación 2014: prestación de servicios de salud*. CCSS, San José, <http://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/2014.pdf>.
- Cercone, J. and J. Pacheco (2008), “Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience”, (*Gobernando al Seguro de Salud Obligatorio: Aprendiendo de la Experiencia*), in W.D. Savedoff and P. Gottret (eds.), World Bank Group, Washington DC.
- Gutiérrez, B (2009), “El estado de bienestar costarricense: retos para el nuevo gobierno”, IDEPSO, Heredia.
- Knaul, F., R. Wong and H. Arreola-Orneas (2012), “Household Spending and Impoverishment. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series”, (*Gasto de los Hogares y Empobrecimiento. Vol 1 de la Serie Financiando la Salud en América Latina*) Harvard Global Equity Initiative, en colaboración con la Fundación Mexicana de la Salud y el Centro Internacional de Investigación de Desarrollo; distribuido por Harvard University Press, Cambridge, United States.
- OECD (2016a), *OECD Economic Surveys: Costa Rica 2016: Economic Assessment*, (*Encuestas Económicas: Costa Rica 2016: Evaluación Económica*) OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-cri-2016-en.
- OECD (2016b), *OECD Health Statistics*, (*Estadísticas de Salud*), <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- OECD (2016c), *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards*, (*Revisiones de la Calidad de la Atención de la Salud: Reino Unido 2016: Mejorando los Niveles*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en>.

- OECD (2016d), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, (*Políticas de Personal de Salud en Países OCDE: Empleos Correctos, Destrezas Correctas, Lugares Correctos*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OECD (2016e), *Better Ways to Pay for Health Care*, (*Mejores Modos de Pagar los Cuidados de Salud*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
- OECD (2015a), *OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises*, (*Guías de OCDE sobre Gobernanza Corporativa de las Empresas de Estado*) OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/daf/ca/OECD-Guidelines-Corporate-Governance-SOEs-2015.pdf>.
- OECD (2015b), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, (*Sostenibilidad Fiscal de los Sistemas de Salud: Vinculando las Perspectivas de Salud y las Finanzas*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2015c), *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*, (*Revisiones de Sistemas de Salud: Colombia 2016*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264248908-en>.
- OECD (2015d), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, (*Revisiones de Cuidados de Salud: Portugal 2015L: Elevando los Niveles*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OECD (2015e), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, (*Revisiones de Cuidados de Salud: Italia 2014: Elevando los Niveles*) OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.
- Quirós, I. (2015), “The Cervical Cancer Prevention Programme in Costa Rica”, (*El Programa de Prevención del Cáncer Cervical en Costa Rica*) *ecancer*, Vol. 9:578, <http://dx.doi.org/10.3332/ecancer.2015.578>.
- Rivero, N. (2014), “Breast Cancer Characteristics and Survival in a Hispanic Population of Costa Rica”, (*Características del Cáncer de Mama y Supervivencia en una Población Hispana en Costa Rica*) *Breast Cancer (Auckl)*, Vol. 2014:8, pp. 103- 108.
- Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? (Tiempos de Espera en el Sector Salud: ¿Qué Cosas Funcionan?)* OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- WHO (2016), *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*, (*Trabajando para la Salud y el Crecimiento: Invirtiendo en la Fuerza Laboral en Salud*) Reporte de la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo de Salud y Crecimiento Económico, OMS, WHO Publishing, Geneva.

Anexo A Ilustración de una Red de Servicio de la CCSS

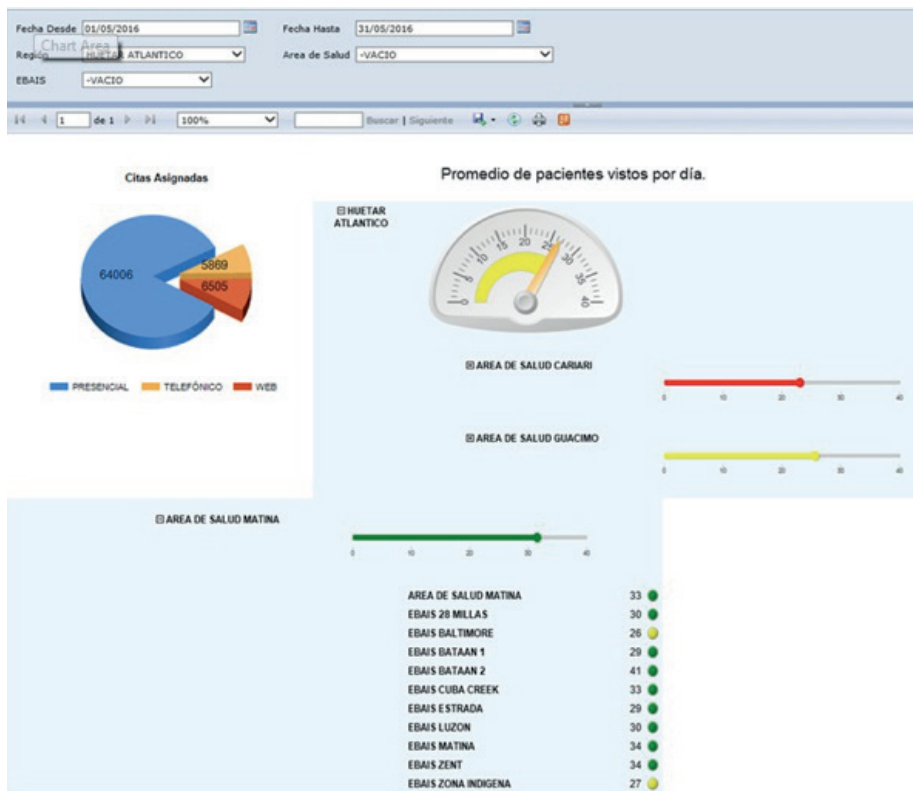


Anexo B
Marco de Rendimiento de Atención Primaria de la CCSS

Dimensión	Indicador	meta 2018
Acceso	Detección de Hipertensión	38% población meta
	Detección de Cáncer Cervical	45% población meta
	Intervención temprana en la infancia	85% población meta
	Intervención temprana en el embarazo	85% población meta
	Detección de VIH en embarazo	60% población meta
	Intervención post-natal temprana	90% población meta
	Vacunación influenza adultos mayores	80% población meta
	Participación en al menos 8 talleres de estilo de vida saludable	0.25% población meta
	Campañas de promoción de la salud	2 campañas
Continuidad	Colposcopia oportuna	100% población meta
	Detección oportuna de la sífilis en el embarazo	80% población meta
	Tratamiento oportuno de la sífilis en el embarazo	100% población meta
	Finalización del plan de inmunización en el primer año de vida. Completación de agenda de inmunización en el primer año de vida	95% población meta
	Finalización del plan de inmunización en el segundo año de vida	95% población meta
	Tasa de abandono de vacuna pentavalente	Menos de 5%
	Detección de anemia en niños menores de 2 años	80% población meta
	Tratamiento de anemia en niños menores de 2 años	100% población meta
Efectividad	Control de lípidos en individuos con dislipidemia	55% población meta
	Controles de presión sanguínea en individuos con hipertensión	65% población meta
	Control glucémico en individuos con diabetes	52% población meta
	Control de presión sanguínea en individuos con diabetes	40% población meta
	Control de lípidos en individuos con diabetes	52% población meta
Aceptación	Calificación de satisfacción de los pacientes	73%
Eficiencia	Índice de Calificación de Eficiencia Relativa	100
Administración	Certificación de Evaluación de Incapacidad	
	Certificación de Apoyo Técnico	
	Certificación de Presupuesto	
	Certificación de Recursos Humanos	
	Certificación de Salud Ocupacional	
	Certificación Seguridad contra Incendios	

Anexo C

Captura de pantalla de un indicador del desempeño en atención primaria, disponible desde el sistema de información EDUS



Fuente: <https://edus.ccss.sa.cr/>.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud

COSTA RICA

EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES

Las presentes revisiones examinan el desempeño de los sistemas de salud en varios países, resaltando los retos y oportunidades claves para el reforzamiento del sistema con base en las mejores prácticas internacionales. Cada revisión brinda recomendaciones focalizadas que apuntan a mejorar la accesibilidad, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud del país en cuestión.

Esta traducción se publica por acuerdo con la OCDE. No es una traducción oficial de la OCDE. La calidad de la traducción y su coherencia con el texto original de la obra son responsabilidad exclusiva del (de los) autor (es) de la traducción. En caso de discrepancia entre la obra original y la traducción, sólo se considerará válido el texto de la obra original.