



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : LIMITED
DISTR. : LIMITEE

WHO/SHS/NHP/89.9

SPANISH ONLY

37557

EL PROBLEMA DE LOS COSTOS RECURRENTE
EN EL SECTOR DE LA SALUD EN COSTA RICA



Professor Brian Abel-Smith

Este estudio se ha realizado con el apoyo de la
Division de Fortalecimiento de Servicios de Salud,
OMS, Ginebra y de la USAID, Washington, D.C.

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Capítulo 4 - COSTA RICA

Costa Rica cuenta con una población de 2.75 millones, la cual está creciendo a una tasa de cerca de un 3% anual. El ingreso per cápita es de unos U.S.\$1.334 (1985). El país tiene una larga e ininterrumpida tradición de gobierno democrático, dentro de la cual predominan dos partidos. La Constitución está modelada sobre la de los Estados Unidos, con la separación de poderes entre el Ejecutivo, encabezado por el Presidente, un Parlamento unicameral integrado por 57 miembros, y un Poder Judicial enteramente autónomo (Poder Judicial agregado por el traductor).

1. LOS ANTECEDENTES ECONOMICOS

Al igual que las demás naciones latinoamericanas, Costa Rica padeció severamente a consecuencia de la crisis económica. El crecimiento económico fue de solo el 0.8% en 1980, pero en el año 1981 el Producto Interno Bruto (PIB) decreció en un 2.3% con un posterior descenso del 7.3% en 1982. Como resultado del programa de estabilización, el PIB creció en un 2.9% en 1983, un 8% en 1984, un 1% en 1985 y un estimado 3% en 1986. El PIB per cápita que estaba en 1981 un 1% por debajo del nivel de 1977 descendió a un 11% por debajo de ese nivel en 1982, pero subió a un 8% por debajo de ese nivel en 1986. La inflación llegó al 86% en el año 1982, pero descendió al 16% en 1986. El desempleo subió del 7.4% al 9.5% entre 1981 y 1982, pero había descendido ya hasta el 5.5% en 1987.

El problema más formidable al que tiene que hacer frente Costa Rica es del de su deuda externa. A fines de la década de los 70, Costa Rica se endeudó seriamente con los bancos comerciales extranjeros para poder cubrir los déficits de su balanza de pagos. Estas deudas montaban a cerca de US\$3.643.9 millones al finalizar 1986. Después del alto incremento en el costo del servicio de la deuda en 1981 no fue posible mantener el flujo neto del crédito comercial. Es más la declinación de los precios de las exportaciones, el descenso en las exportaciones a otras naciones

latinoamericanas y el aumento de las importaciones, agravaron la situación de la balanza de pagos. En 1980 el déficit comercial sumó los U.S.\$527 millones.

A mediados de 1981 el gobierno suspendió el servicio de la deuda externa. En Diciembre de 1982 se obtuvo un primer préstamo de "Standby" con el FMI, se reprogramaron las deudas y, como resultado de un descenso en las importaciones, el déficit de la balanza de pagos se redujo a \$28 millones en 1982 y a \$121 millones en 1983. El déficit del sector público no financiero, que alcanzó un pico del 14.3% del Producto Interno Bruto en 1981 fue reducido al 3.6% en 1983 y a cero en 1987.

A partir de entonces, se han obtenido préstamos posteriores del FMI, el Banco Mundial y los bancos comerciales del exterior. Sin la reprogramación de deudas los pagos del servicio de la deuda habrían llegado al 60% de las exportaciones en 1985. Pero el déficit de la balanza de pagos se incrementó de \$121 millones en 1983, a unos \$177 millones en 1985 (cerca del 10% del PIB), pero descendió nuevamente en 1986 al 5.5% del PIB, como resultado, fundamentalmente, de un incremento de un 25% en las exportaciones de productos no tradicionales (las exportaciones tradicionales son café, banano, azúcar y carne de res).

En las negociaciones con el FMI para la renovación del crédito a fines de 1986 éste exigió una reducción de 3 puntos porcentuales en el déficit del sector público. El gobierno decidió lograr esto, hasta en el 1%, mediante recortes en el gasto público y el resto mediante superávits en las instituciones del sector público y mejorando la recolección de impuestos gracias a una administración impositiva más eficiente, mediante la extensión del impuesto sobre las ventas a los servicios e introduciendo nuevos impuestos a las residencias de lujo, la compra de los automóviles más caros y un aumento en los impuestos territorial y de ruedo.

2. DESCRIPCION DEL SECTOR SALUD

2.1 El Desarrollo del Sector Salud

Costa Rica ha alcanzado ya un alto "status" de salud para su ingreso promedio de U.S.\$1.334 per cápita. La expectativa de vida al nacer pasa de los 75 años y la tasa de mortalidad infantil es de 17 por 1.000.

Muchos son los factores que han contribuido a este alto "status" de salud. La Educación gratuita y obligatoria data de 1869 y se estima que, prácticamente, el 92% de la población es alfabeta. El 92%, prácticamente, de la población urbana y el 88% de la rural cuentan con servicios de cañería y el 77% de las casas cuentan con inodoros. El país tiene ventajas naturales para la producción de alimentos y se ha prestado especial atención a la nutrición de los grupos vulnerables mediante el establecimiento de centros de nutrición para madres y niños pre-escolares en una proporción de uno por cada 5.000 habitantes, un programa de comedores escolares, subsidios alimenticios y programas de refuerzo alimentario. La desnutrición medida en términos de bajo el 75% del peso por edad, bajó al 2.5% en 1987.

A lo largo de los años se ha dado alta prioridad al desarrollo de los servicios de salud. El Departamento de Salud se convirtió en un Ministerio pleno en 1927 y el sistema nacional de Seguro Social que se inició en pequeña escala en 1943 está ahora, prácticamente, a disposición de la totalidad de la población.

Los hospitales fueron originariamente hospitales de caridad asociados a la Iglesia Católica. Según leyes de 1950 se estableció una dirección general para la distribución de las ganancias de la lotería hospitalaria establecida en el Siglo XIX. A partir de 1961 se estableció un impuesto mediante timbre y el ingreso que produjo fue asignado a los hospitales por la misma dirección general, esta vez según el número de consultas y días cama ofrecidos. Entretando la Caja Costarricense de Seguro Social había desarrollado sus propias clínicas ambulatorias, primero en San José, luego a lo largo del país conforme la cobertura del sistema se extendía

de los grandes patronos a los más pequeños y a las diferentes regiones del país. Un paso importante, dado en 1956 fue el de cubrir a los dependientes de los asegurados dentro de la atención de la salud y un paso posterior, dado en 1961 fue el de agregar a la Constitución una enmienda para ofrecer servicios universales de enfermedad y maternidad. En 1970 se estableció, entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, un Plan Nacional de Salud y ambas instituciones asumieron, a partir de entonces, la atención total de la población.

Inicialmente la Caja contrataba la provisión de servicios hospitalarios con los hospitales de caridad. En la práctica esto significó el desarrollo de dos patrones de atención dentro de tales hospitales, ya que la Caja podía pagar por patrones más altos de servicio para aquellos que estaban cubiertos por el Seguro. Gradualmente la Caja adquirió y desarrolló sus propios hospitales. Tenía en 1973, tres de tales hospitales, uno en el área rural y dos en San José. Según una ley promulgada en ese año, la Caja podía solicitar el traspaso de los hospitales de caridad, asumiendo su responsabilidad y financiamiento. Al finalizar 1977 todos los hospitales de caridad, con la excepción de uno, habían sido traspasados a la Caja. El hospital final fue traspasado en 1984. Parte de la renta de la lotería hospitalaria y de los ingresos del timbre hospitalario siguieron siendo asignados a la Caja. Los hospitales están organizados en tres niveles. Hay 29 hospitales con un total de 7.100 camas.

Entretando, una de las actividades importantes del Ministerio de Salud había sido la de la campaña para la erradicación de la malaria, con la ayuda de fondos externos. A partir de 1973 se asignó al Ministerio de Salud una función mayor, la del ofrecimiento de un programa de nutrición para niños pre-escolares, mediante el establecimiento de centros especiales a lo largo de todo el país. Esto fue financiado con un impuesto de un 2% a las importaciones. A mediados de los 60 el programa de la malaria había logrado un éxito apreciable, utilizando trabajadores auxiliares de salud y voluntarios extendidos por todo el país. Una vez que la malaria perdió importancia como problema de salud pública, se adoptó la decisión de retener a los trabajadores de la malaria para un plan comprensivo de

salud rural. El plan de salud rural se inició, como parte del primer Plan Nacional de Salud promulgado en 1971, atendiendo las comunidades rurales más dispersas. Este programa ofreció, virtualmente, los mismos elementos de atención primaria de la salud que habrían más adelante de ser identificados en la declaración de Alma Ata de 1978. El programa, se estructuró alrededor de las asociaciones de desarrollo comunal establecidas a partir de 1968. Se establecieron comités de salud comunitaria en cada pueblo y el 85% de los puestos de salud fue construido y equipado por tales comités. Este programa utilizó, extensivamente, a los re-adiestrados auxiliares de salud que trabajaron bajo la supervisión de profesionales de la salud. Para 1978 se habían establecido 400 puestos de salud que atendían áreas promedio de salud de 3.000 personas. Los trabajadores auxiliares visitaban cada hogar de 4 a 6 veces por año. Este programa cubre hoy al 96% de la población rural dispersa. Sus logros específicos incluyen un gran incremento en el saneamiento ambiental, la reducción de la tasa de nacimientos y tasas plenas de inmunización de niños de un año de edad de 82% para BCG, 84% para DPT, 87% para poliomielitis y 52% para sarampión. El programa rural, aunado al desarrollo económico, llevó a una notable disminución en la diferencia entre las tasas rurales y urbanas de mortalidad.

El programa rural fue parte de un movimiento más amplio para cerrar la brecha entre la calidad de vida de los diferentes grupos sociales, con especial énfasis en el levantamiento de los estándares de las secciones, tanto de la población urbana como de la rural, que se habían visto marginadas. Este esfuerzo contaba con apoyo político al más alto de los niveles y se estableció y mantuvo un consenso político entre los partidos, el cual vino a dar continuidad al programa y permitió el que se planeara el desarrollo de recursos humanos mediante común acuerdo.

El mayor apoyo financiero para el programa, de 1974 en adelante, provino de las Asignaciones Familiares establecidas por ley ese año, asignándoseles un 20% del ingreso producido por el impuesto de ventas (proporción ahora reducida al 15% más un impuesto de un 5% a la planilla de todo patrón con más de 5 trabajadores. La idea original que hubo tras la ley fue la de establecer un fondo que ofreciera apoyo en efectivo a los grupos de bajos

ingresos. Cuando la ley fue finalmente aprobada se había decidido que el apoyo fuera en especie, con un muy especial énfasis en la salud y la nutrición. El Fondo financia el programa de comedores escolares, el plan de huertas escolares, un programa para ayudar a los pequeños agricultores, la investigación en nutrición y la tecnología de los alimentos, servicios para niños que necesitan de atención, así como para los deficientes mentales, cañerías rurales, así como el programa general rural de salud y odontología. Una quinta parte del fondo se asigna al pago de pensiones el Régimen No Contributivo ofrecido sobre la base de estudios de necesidad, realizados por la Caja del Seguro Social.

La importancia otorgada en Costa Rica al sector social queda evidenciada por el hecho de que los gastos en servicios de salud habían subido en 1985, hasta el 7.8% del Producto Interno Bruto - bien por encima de la meta global del 5% del Producto Nacional Bruto. El gasto en Educación montaba a un tercio del presupuesto nacional y un 3.7% del PIB. La decisión política de asignar tan alto gasto al sector social ha sido facilitada por la decisión tomada en 1949, de abolir las fuerzas armadas.

De 1982 en adelante, la integración, a nivel de las localidades, de los servicios fundamentalmente curativos prestados por la Caja del Seguro Social, con los preventivos, ofrecidos por el Ministerio de Salud, ha sido uno de los principales objetivos políticos nacionales. Ya en 1985 el 65% de la población era atendido por clínicas integradas. La meta es la de lograr la integración de servicios en todo el país para 1990. Esta meta de un sistema de atención primaria de la salud integrando tanto los servicios preventivos como los curativos, poniéndolos al alcance de la totalidad de la población, es un eslabón central del programa costarricense de Salud para Todos. De manera paralela a la extensión del programa integrado de atención primaria de la salud existe el plan de extender la cobertura de la población rural servida por cañería de un 88 a un 100%, así como el de construir 80.000 casas para personas de bajos ingresos.

Durante los 70 y a principios de los 80, la Caja de Seguro Social ha construido nuevos hospitales y ha mejorado apreciablemente los existentes,

cuya administración asumiera. El número de camas del sistema existente es suficiente para atender las necesidades futuras, hasta donde ello se pueda proveer. Pero se está llevando a cabo una significativa redistribución de camas a fin de adaptarse a la cambiante estructura etaria y al correspondiente patrón de morbilidad.

2.2 La Organización Actual del Sector Público de Salud.

Tres diferentes instituciones públicas prestan servicios de salud, el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social y el Monopolio Costarricense de Seguros (Instituto Nacional de Seguros) - este último ofrece prestaciones en dinero, tratamiento y rehabilitación, a quienes padecen enfermedades y riesgos ocupacionales. Además, hay importantes actividades relacionadas con la salud, que son financiadas por Asignaciones Familiares. La distribución original de responsabilidades entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social estuvo basada en el nivel de atención -el primero brindaba los servicios de atención primaria y la segunda los servicios hospitalarios. Ahora la distinción amplia es entre la Caja, que ofrece, fundamentalmente, servicios curativos, y el Ministerio, que atiende los servicios preventivos. Pero hay áreas de traslape, que no están definidas con precisión. El Ministerio retiene la mayor responsabilidad en cuanto a ciertas enfermedades tales como la malaria, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, las enfermedades zoonóticas y la salud mental. Pero, inevitablemente, la mayor parte de los casos es tratada en los servicios provistos por la Caja. De manera similar, la Caja emprende acciones preventivas individuales, incluyendo inmunizaciones, y algunos esfuerzos colectivos, tales como la educación para la salud; se estima que ofrece cerca de una cuarta parte de los servicios preventivos del país.

La Caja mantiene 29 hospitales divididos en cinco clases, por nivel de atención. Hay nueve hospitales nacionales -todos en San José- los cuales consumen cerca del 64% del gasto hospitalario. Cada una de las seis regiones tiene un hospital y en conjunto los seis consumen el 21% del gasto hospitalario. Hay 14 hospitales periféricos clasificados en tres tipos- según el nivel de atención- los cuales consumen el 15% restante del gasto hospitalario. La Caja mantiene también 123 policlínicas en

donde se ofrece atención ambulatoria, de las cuales 56 habían sido integradas co los servicios del Ministerio de Salud al finalizar 1985. Las policlínicas mayores ofrecen servicio de especialidades, por referencia de los médicos generales que trabajan en ellas. En 1985 ofrecieron 1.8 consultas de medicina general, 0.8 consultas de especialidad y 0.2 consultas odontológicas por habitante.

El Ministerio de Salud administra cuatro programas principales mediante tres presupuestos principales, financiados a base de una compleja variedad de fuentes que describimos más adelante. Está organizado en seis divisiones -administración financiera, epidemiología, salud ambiental, servicios de salud y farmacia y programas de salud primaria. Existe también una unidad de planificación para darle apoyo a la oficina del Ministro.

El Ministerio y la Caja operan a lo largo de cinco regiones, de las cuales la central cubre la capital y está dividida a su vez en dos sub-regiones. El Ministerio mantiene 87 centros de salud casi coincidentes con los 87 cantones en los cuales está dividida la República. Estos son los centros de salud que están siendo integrados con las clínicas correspondientes pertenecientes a la Caja de Seguro social con financiamiento provisto por ésta para la remodelación o expansión de instalaciones que pudiera ser necesario.

Casi el 70% estaba ya integrado a fines de 1986. el Ministerio ha asumido también la responsabilidad de cerca de 500 centros de nutrición que monitorean el estado nutricional de los niños y brindan alimentos a las familias desnutridas, a la de casi el mismo número de puestos de salud, cada uno de los cuales atiende a unas 3.000 personas, en sus hogares, y los cuales cuentan con dos funcionarios pagados. la mayor parte de las horas hombre se utiliza en las visitas familiares aún cuando uno o dos de los funcionarios ofrece una sesión en el puesto durante las horas de la tarde. Sus funciones incluyen la vigilancia nutricional y epidemiológica, la salud ambiental, la educación para la salud y algunos tratamientos elementales (p.ej. ORT). La intención es la de hacer que los centros

de nutrición y los puestos de salud se convierten en satélites de los Centros Integrados de Salud que cubren las mismas áreas. Así, todos los ocho elementos esenciales de la atención primaria de la salud, según la definición de Alma Ata, serán ofrecidos en un servicio local integrado, con la adición del registro de nacimientos y defunciones y la vigilancia epidemiológica.

El Sistema de Riesgos Profesionales (Industriales) ofrecido por el Instituto Nacional de Seguros (INS) incluye la provisión de servicios de salud a los trabajadores lesionados. El Instituto mantiene una unidad de convalecencia con 70 camas, 15 dispensarios-dos de los cuales tiene también unidad de rehabilitación- y una gran unidad de rehabilitación separada. La atención especializada de trabajadores lesionados en San José es provista por 52 médicos privados con base en una lista aprobada a quienes se les pagan honorarios. El honorario cubre tres tratamientos -un cuarto tratamiento lleva a un nuevo honorario. Cuando es necesario el tratamiento quirúrgico, en San José, éste es generalmente brindado en una clínica privada y a los cirujanos se les paga por sesión operatoria con tres grados de pago según el tipo de cirugía. Fuera de la capital el Instituto contrata los servicios con la Caja de Seguro Social y así lo hace también para los casos de cirugía muy especializada, en San José mismo. El Instituto compra sus propios medicamentos y contrata los servicios de Rayos X y Patología, con contratistas privados y, fuera de la capital, con Caja de Seguro Social. El Instituto cuenta con 38 médicos asalariados que proveen los servicios de dispensario, certifican la extensión de la incapacidad, refieren casos a los especialistas privados y hacen la auditoría de los cobros por servicios médicos. Al utilizar al sector privado, en San José, el Instituto ofrece pronto tratamiento de los casos cuya responsabilidad le corresponde.

El Fondo de Asignaciones Familiares, administrado por el Ministerio de Trabajo, es la principal fuente de financiamiento para los servicios rurales de nutrición y odontología ofrecidos por el Ministerio de Salud. Pero también financia la construcción de comedores escolares, los almuerzos que en ellos se ofrecen, los uniformes escolares para los niños pobres,

las huertas escolares, la enseñanza especial para los inhabilitados física y mentalmente, las cooperativas, auxilios a agricultores de bajos ingresos, la enseñanza y la investigación en alimentación y nutrición, los acueductos rurales y los programas de sanidad, y, más recientemente, la habitación para los grupos de bajos ingresos. Financia también al Régimen de Pensiones No-Contributivas. El gasto del Fondo, relacionado con Salud, se muestra en la Tabla I.

TABLA I
GASTOS DE ASIGNACIONES FAMILIARES
EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD
1986 y 1987
(Millones de colones)

	Millones de colones	%
* Salud Rural 480	24.7	
Construcción de capital (Ministerio de Obras Públicas y Transportes)	58.0	3.0
Suplemento de Nutrición	631	32.5
Apoyo a agricultores de bajo ingreso (Ministerio de Agricultura)	21.0	1.1
Acueductos y Alcantarillados rurales	112.0	5.8
Investigación y enseñanza en nutrición	23.0	1.2
Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo	83.0	4.3
Instituciones de Bienestar	113.0	5.6
Investigación en tecnología de los alimentos	5.0	0.3
Provisión de alimentación y uniformes escolares	17.0	0.9
Instituto para el Alcoholismo y la Drogadicción	18.0	0.9
Nutrición y Comedores Escolares (Ministerio de Educación)	383.0	19.7
	<u>1.944.0</u>	<u>100.0</u>

* Pagado al Ministerio de Salud

2.3 El financiamiento, en Salud, del Sector Público

Los servicios en Salud ofrecidos por la Caja de Seguro Social son financiados en la extensión del 85% (1987) mediante cuotas pagadas por patrono, trabajadores independientes (autoempleados). En el caso de los asalariados las contribuciones son obligatorias y son cobradas a una tasa del 5.5% del salario para el trabajador y un 9.25% del total de la planilla para el patrono. Fueron pagadas por 481.000 trabajadores en 1986. A cambio de estas contribuciones, tanto los trabajadores como sus dependientes, tienen derecho a recibir servicios de salud gratuitos y comprehensivos. Los independientes pueden asegurarse, voluntariamente, para obtener servicios gratuitos para ellos y sus dependientes. La cuota es del 12.25% del ingreso cuando éste pase de unos U.S.\$125 (por mes), con una tasa reducida del 9.5% y el 8.5% para los grupos de menores ingresos. Las personas con ingresos menores a los U.S.\$100 (mensuales) no son elegibles dentro del sistema. Además hay convenios con grupos especiales de los independientes de más bajos ingresos mediante un nivel más bajo de contribución. En 1986 contribuyeron para el sistema 123.000 personas.

Tienen también derecho a las prestaciones los pensionados que hayan pagado cuotas en el pasado, así como los pensionados no-contributivos que no lo han hecho. El Gobierno contribuye de sus impuestos con un 4.7% del ingreso de la Caja, parte de su cuota del 0.75% de la planilla nacional, parte como subsidio para cubrir el costo de los indigentes (aún cuando la cantidad pagada es menor al costo de los servicios prestados) y parte del impuesto asignado por timbre hospitalario es pagado a la Caja. Además, el Ministerio de Justicia paga una pequeña suma por servicios prestados a sus pensionados.

Los indigentes adquieren el derecho al uso de los servicios mediante la obtención de una certificación válida por seis meses, del Ministerio de Salud. Durante 1986 hubo un total de 125.000 certificaciones válidas. La política de la Caja es la de tratar primero y buscar el pago después. Una persona que alegue ser indigente, pero no tenga certificación, es enviada a obtenerla después de un primer tratamiento. Esta política, inevitablemente, ha llevado a una acumulación de deudas incobrables.

En la práctica, tanto los pensionados como los indigentes, disfrutaban de un subsidio cruzado por las cuotas cobradas, fundamentalmente, a los asalariados y a sus patronos. A decir verdad, se calcula que mientras sólo cerca de un 5% del ingreso de la Caja proviene del pago del Gobierno para los servicios a los indigentes, el costo de ese servicio viene a ser de cerca de un tercio del costo del total de los servicios prestados por la Caja. Esto es debido a que los indigentes son grandes usuarios de los servicios, particularmente de los servicios hospitalarios, en los cuales muestran largas estadías si se les compara con el resto de la población.

Las personas no indigentes pagan por los servicios, según tres grupos de ingresos, un 25%, un 50% o el 100% del costo total, incluida la depreciación, de los servicios que utilicen. Para servicios extrahospitalarios se hace un cobro inclusivo, el cual cubre la consulta y cualesquiera medicamentos, Rayos X o servicios de Patología provistos. El dinero cobrado llega apenas al 1.4% del ingreso total de la Caja por atención de enfermedad y maternidad. Una fuente más de ingreso para la Caja (un 4.4% del total) es la parte de las rentas de la lotería hospitalaria, canalizado por medio del Ministerio de Salud. Finalmente, un 4.7% del ingreso proviene de alquileres y de renta de inversiones (Ver Tabla 2).

TABLA 2
FUENTES DE INGRESOS
DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN 1987

	<u>Millones de Colones</u>	<u>Porcentaje</u>
Cuotas	12.321	83.8
Impuestos	689	4.7
Pagos de pacientes	199	1.4
Instituto Nacional de Seguros	168	1.1
Lotería Hospitalaria	635	4.3
alquileres, Intereses y Otros	685	4.7
	<u>14.697</u>	<u>100.0</u>

La mayor parte de los ingresos del Ministerio de Salud pueden ser rastreados hasta los impuestos, pero solo una parte menor proviene de impuestos generales. La mayor parte proviene de impuestos específicos. El Ministerio percibe una parte del impuesto sobre las planillas y del de ventas, cobrados por el Ministerio de Trabajo para el Fondo de Asignaciones Familiares, un impuesto del 2% sobre las importaciones, parte del ingreso del impuesto a los cigarrillos y la renta de dos timbres impositivos. Recibe contribuciones voluntarias tanto domésticas como extranjeras, pagos por bienes y servicios, pagados algunos por la Caja de Seguro Social e ingresos por alquileres e inversiones.

El financiamiento de los diferentes servicios prestados mediante el Ministerio de Salud es sumamente complejo. Solamente ofrecemos un resumen de los aspectos principales. La Complejidad total es revelada por el Cuadro 2, adjunto, que muestra los orígenes de los fondos, las dependencias administrativas que los manejan o distribuyen y los tipos de programas que son financiados. En total el Ministerio tiene 26 diferentes fuentes de ingresos. El primer punto a establecer es, sin embargo, simple: el Ministerio recupera el costo de los registros de medicamentos y de ciertos alimentos por parte de los fabricantes. Los flujos de efectivo de estas funciones son, por supuesto, pequeños. Las diversas fuentes de ingresos del Ministerio, en 1985 están clasificadas, por categoría, en la Tabla 3.

TABLA 3
FUENTES DE INGRESOS
DEL MINISTERIO DE SALUD , 1986

	<u>Millones de Colones</u>	<u>Porcentaje</u>
Impuestos	2.384	88.9
Ventas, Licencias	118	4.4
Alquileres	--	--
Intereses	44	1.6
Lotería hospitalaria	124	4.6
Ayuda externa	<u>13</u>	<u>0.5</u>
TOTAL	<u>2.681</u>	<u>100.0</u>

El primer presupuesto de importancia en el Ministerio es el del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social. La composición del Consejo está establecida por ley. Cuenta con cuatro fuentes de ingresos. La primera de ellas es la de la lotería.

En 1986 se recibieron cuotas de 425.000 personas aseguradas. Los registros de pago son clasificados solo por el patrono. Actualmente no existen, como en la Caja de Seguro Social, registros separados de trabajadores. Los casos de incumplimiento son informados al Ministerio de Trabajo, el cual inicia las acciones legales del caso. El gasto del Instituto en servicios de salud por razón de riesgos profesionales (personas afectadas por lesiones industriales) es mostrado en la Tabla 4.

En la Tabla 5 se conjuntan los gastos del sector público en actividades relacionadas con la salud, eliminando la doble contabilidad y mostrándolos por fuente de fondos.

Los recortes y la reorientación del gasto público para el año 1987 no han afectado únicamente al Fondo de Asignaciones Familiares. La Caja de Seguro Social ha visto sus fondos para construcción, equipo médico y muebles, reducido a la mitad por el Ministerio de Hacienda, a fin de que la Caja cuente con un superávit que ayude al financiamiento del déficit fiscal. Como quiera que el Seguro de Enfermedad y Maternidad no puede tener un superávit ha invertido mayor parte del dinero en préstamos a corto plazo:

1. Para permitir la finalización del Proyecto de Cañería de San José (46 millones de colones);
2. Para financiar la contribución local al plan de acueductos financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, el cual comprende a 72 poblaciones (500 millones de colones).

3. Para permitir a la Municipalidad de San José el mantener un servicio de recolección de basuras (6 millones de colones).

Además, la Caja ha acordado financiar el costo de las vacunas y medicamentos necesarios para el programa de trabajo del Ministerio de Salud (30 millones de colones para vacunas y 20 millones para medicamentos).

Los más seriamente afectados con el Ministerio de Salud (y, dicho sea de paso) la Universidad de Costa Rica. De aquí la necesidad de nuevos impuestos).

TABLA 4
GASTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
EN SERVICIOS DE SALUD EN 1986

	<u>Millones de Colones</u>	<u>Porcentajes</u>
Honorarios a médicos	33.9	11.1
Compras a farmacias privadas	3.5	1.1
Compras de servicios al Seguro Social	65.8	21.5
Aprovisionamiento de medicamentos	34.7	11.4
Clínicas	143.0	46.8
Reembolso por viáticos	15.4	5.0
Reembolso por cuotas de hotel	9.4	3.1
Alquileres	--	--
	<u>305.7</u>	<u>100.0</u>

TABLA 5
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR PUBLICO
EN SERVICIOS DE SALUD - 1986

<u>Servicios de Salud</u>		
Caja de Seguro Social	10.936.3	75.1
Ministerio de Salud	2.504.6	17.2
Instituto Nacional de Seguros	305.7	2.1
<u>Actividades relacionadas con la salud</u>		
Fondo de Asignaciones Familiares	809.0	5.5
TOTAL	14.555.6	100.0

2.4 El Sector Privado

Existen tres clínicas u hospitales privados, todos en la capital, los cuales, en conjunto cuentan con 140 camas de las cuales únicamente aparece ocupado un 45%. De los tres hospitales, uno está destinado exclusivamente a casos de maternidad. Uno de los otros dos ofrece servicios de emergencia. Por interpolación de tendencias anteriores puede estimarse que su ingreso combinado fue, en 1987, de unos 5 millones de dólares. Algunos hospitales también ofrecen espacio clínico para la práctica privada de los médicos, tanto en medicina general como especializada. Unos 200 médicos tienen consultorios en estos hospitales y de ellos un número apreciable también trabaja para el Seguro Social a tiempo completo. Se estima que entre 500 y 600 médicos que trabajan para la Caja, mantienen también prácticas privadas.

El gasto de los hogares urbanos en atención de la salud fue estimado como parte de la Encuesta de Gastos de los Hogares de 1974. Llegó al

6.8% del gasto hogareño. Una estimación del gasto hogareño en los servicios curativos está también disponible en una encuesta nacional por muestreo realizada por la Dirección General de Estadísticas y Censos, en 1986, con distinto propósito. La encuesta se basó en las respuestas de 7.409 hogares cuyo gasto promedio en salud fue de U.S.\$44. Una nueva encuesta nacional del gasto hogareño está siendo efectuada por la Dirección General de Estadísticas y Censos, cubriendo, durante un año, a 6.300 hogares.

Las familias no sólo pagan por hospitales privados, servicios médicos y odontológicos privados y medicamentos de farmacias privadas, sino que, si están cubiertos por la Caja de Seguro Social, pueden recurrir a uno de los cerca de 300 médicos que ofrecen lo que es llamado "medicina mixta". Bajo este sistema el paciente paga al médico sobre una base de honorario por servicio, pero recibe medicamentos gratuitos de una lista limitada, así como servicios de Rayos X y de laboratorio, pagados todos por la Caja. Los pagos a médicos, dentro de este sistema se estiman en 90 millones de colones para 1986; el precio por consulta es de la mitad del cobro normal.

Además del gasto por los hogares privados, 500 patronos privados tienen unos 630 médicos asalariados (trabajando para ellos -la mayoría de ellos a tiempo parcial). Los patronos les proveen los consultorios y pagan sus sueldos. La Caja de Seguro Social provee medicamentos y equipos: el precio por consulta es de la cuarta parte del cobro normal.

Además, algunos patronos pagan las cuotas, total o parcialmente (la otra parte es pagada por el trabajador) dentro del seguro privado de salud ofrecido por el Instituto Nacional de Seguros en su capacidad como Monopolio Nacional de Seguros. El Instituto percibió un ingreso de 20 millones de colones por este sistema de seguros grupales durante el año 1985. Los individuos también toman seguros de salud similares y contribuyeron en 1985, con 26 millones de colones para tal compra. Ambos tipos de póliza trabajan sobre una base de reembolso con un deducible por reclamo y el pago de una proporción del costo de cada reclamo por cuenta de la persona asegurada (coaseguro).

Otro sector del financiamiento es el de las contribuciones voluntarias hechas por organizaciones no gubernamentales y los esfuerzos locales de recolección de fondos que incluyen ferias y loterías locales. Hay únicamente seis colectoras nacionales de fondos importantes. Son: la Cruz Roja, la Organización de Planificación Familiar (que también está fuertemente subsidiada por la IPPF), la Teletón (que recolectó fondos para la rehabilitación), y tres hospitales de San José.

Se llevan estadísticas anuales sobre la importación de medicamentos. Estas cifras pueden ser utilizadas sumándoles el valor agregado por la producción local, deduciendo las compras del sector público y sumando los aumentos, según sea necesario.

Como parte de este estudio se comisionó al Instituto de Estudios Económicos de la Universidad de Costa Rica para que hiciera un estudio de todas las posibles fuentes de información a fin de producir estimaciones del gasto privado en salud, para 1986. La encuesta fue asumida por Brenda Klupsen. Se definió el gasto privado como excluyente de los costos de traslado a las instalaciones de salud de las ganancias perdidas. Asimismo, se excluyó el gasto en salud hecho fuera de Costa Rica. Las estimaciones hechas por la encuesta aparecen en la Tabla 6.

TABLA 6
GASTO PRIVADO EN SERVICIOS DE SALUD-1986

	<u>Gasto</u> (millones de colones)	<u>Porcentaje</u>
A. <u>Por hogares</u>		
Médicos	673.8	17.6
Medicamentos	1.633.0	42.6
Pruebas de diagnóstico	211.8	5.5
Atención odontológica	773.3	20.2
Atención hospitalaria	112.6	2.9
Seguros de Salud	46.5	1.2
B. <u>Por organizaciones no gubernamentales</u>	186.0	4.9
C. <u>Por los patronos</u>	193.9	5.1
TOTAL	<u>3.830.9</u>	<u>100.0</u>

En la Tabla 7 se unen los gastos público y privado. En total el gasto en salud llegó el 7.7% del Producto Interno Bruto en 1986.

La encuesta también indica, cuantitativamente, el papel del sector privado dentro de los servicios de salud de Costa Rica. En el caso de las visitas a médicos, el 84% lo son al sector público y el 15% al privado. Pero en vista del más alto precio de los medicamentos utilizados en el sector privado, el gasto privado en medicamentos es un 89% del gasto público. En el caso de la atención hospitalaria solamente el 1.8% de los medicamentos se encuentra en los hospitales privados. El papel más importante del sector privado está en la odontología en la cual el 54.5% de las consultas son al sector privado. En tanto que el papel del sector odontológico privado ha decrecido a partir de la extensión de los servicios al Seguro Social desde 1971, el papel de las consultas al sector médico privado ha aumentado desde 1983, de un 12.5% del total de consultas, a un 15.8% en 1986. Esto es indicativo de una insatisfacción con los servicios ofrecidos por el Seguro Social.

TABLA 7
GASTO CONSOLIDADO, PUBLICO Y PRIVADO,
EN SERVICIOS DE SALUD Y ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD - 1986

	<u>Millones de Colones</u>	<u>Porcentaje del PIB</u>
<u>Gasto Público</u>	14.556	6.1
-Servicios de salud	13.747	5.7
-Actividad relacionada con la salud	809	0.3
<u>Gasto Privado</u>	<u>3.830</u>	<u>1.6</u>
TOTAL	<u>18.389</u>	<u>7.7</u>

2.5 Tendencias en el Gasto en Salud Pública

En la Tabla 8 se muestran las tendencias en el gasto en salud pública para el período comprendido entre 1981 y 1986. La tabla muestra que el gasto público aumentó de un 5.4% a un 5.7% del PIB, entre 1982 y 1986. No es posible descomponer los gastos del Ministerio de Salud, el Fondo de Asignaciones Familiares y el Instituto de Seguros por región geográfica.

TABLA 8
TENDENCIAS EN EL GASTO CONSOLIDADO
EN SERVICIOS DE SALUD PUBLICA, 1982-1986

(Millones de colones)

	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>
Ministerio de Salud	828	1.108	1.288	1.601	2.505
Caja de Seguro Social	4.390	5.978	7.119	8.459	10.936
Instituto de Seguros	68	107	141	237	306
TOTAL	5.286	7.193	8.548	10.297	13.747
Porcentaje del PIB	5.4	5.6	5.4	5.4	5.7

La Tabla 9 muestra el gasto per cápita de la Caja Costarricense del Seguro Social según región geográfica, para el período de 1981 a 1986. Al hacer este cálculo el valor de los servicios utilizados por personas residentes fuera de cada región, son atribuidos a la región de residencia. Con la única excepción de la Región Lejana del Norte, la posición de las regiones menos favorecidas muestra una notable mejoría entre 1981 y 1985.

TABLA 9
GASTO DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL
PER CAPITA, POR REGION, 1981-1986
COMO PORCENTAJE DEL GASTO EN LA SECCION CENTRAL SUR

	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>
<u>Regiones</u>					
Central Sur	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Central Norte	60.0	61.0	60.5	61.2	65.3
Huetar Norte	54.8	42.8	40.0	41.2	44.6
Chorotega	51.8	54.9	53.8	52.9	57.5
Huetar Atlántica	35.2	37.0	39.3	39.0	45.2
Brunca	59.8	61.3	64.0	64.3	73.4

3. UN PLAN FINANCIERO MAESTRO PARA EL GASTO FUTURO

Como parte de este estudio se ha preparado un plan maestro que muestra el gasto planificado del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para el período de 1986 a 1990. El plan costea las metas, objetivos y programas de ambas entidades. Como se menciona anteriormente, uno de los objetivos principales es el de completar el proceso de integración de los centros de salud remanentes, mantenidos por el Ministerio de Salud, con las clínicas correspondientes, mantenidas por la Caja de Seguro Social.

El número de camas hospitalarias del sistema existente es suficiente para manejar las necesidades futuras, como podrá verse luego, pero varios hospitales serán reconstruidos y otros mejorados y será necesaria una apreciable redistribución de las camas, necesaria para ajustarse a la cambiante estructura etaria y a su patrón de morbilidad. Además se planea una inversión mayor en equipo nuevo para ajustarse al cambiante patrón de morbilidad y especialmente para poner a disposición de la población rural, ahora sub-atendida, las nuevas tecnologías médicas.

El gasto per cápita en salud es ya un 37% mayor en las regiones con las peores tasas de mortalidad que en las regiones con las mejores tasas. Se planea elevar este diferencial al 50% al llegar a 1990. Al mismo tiempo se han de emprender mayores acciones para mejorar la salud interno-infantil, no solo en las áreas rurales, sino también en las comunidades urbanas marginadas y en los tugurios.

Se planea la erradicación del sarampión, el tétano y la fiebre reumática para 1990, así como el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis (lograda en 1973) y de la difteria (lograda en 1975). Se planea asimismo el eliminar la desnutrición definida como por debajo del 75% del peso por edad y el reducir la proporción de infantes de menos de 2.5 kilogramos de peso, del 8% al 7%. La campaña para combatir la malaria y algunas otras enfermedades contagiosas se ve obstaculizada por el problema del flujo de refugiados infectados.

Conforme ha cambiado el patrón de morbilidad y mortalidad del típico de una nación en vías de desarrollo al de una nación desarrollada, ha sido necesario hacer el correspondiente ajuste de las prioridades en salud.

Conforme los problemas suscitados por mal abastecimiento de agua potable y una sanidad inadecuada están siendo superados, el centro del trabajo ambiental se está moviendo hacia la contaminación ambiental, especialmente la de los ríos, los problemas causados por productos químicos y plaguicidas y el exceso de ruido. Las campañas contra el alcohol, el tabaco y los accidentes tienen ahora alta prioridad. En el campo preventivo personal, el sondeo de campo por cáncer del cuello de la matriz y la provisión de medicina rehabilitativa para los ancianos y los enfermos crónicos y el tratamiento de cánceres, diabetes, hipertensión y enfermedades mentales son ahora áreas en desarrollo mayor.

Administrativamente, los objetivos claros de la Caja de Seguro Social, para los próximos cuatro años, son los de descentralizar los servicios hasta el nivel distrital que atiende poblaciones promedio de 6.000 personas, el aumentar la extensión de la participación local, el reforzar la colaboración intersectorial y el humanizar la prestación de los servicios. El plan financiero para apoyar el programa ha sido preparado sobre la base de una serie de hipótesis financieras, demográficas y económicas. Las últimas han sido escogidas tras conversaciones con el Banco Central y el Ministerio de Hacienda. Sobre estas bases se han proyectado los recursos financieros disponibles y se ha calculado el gasto con base en las proyecciones de la demanda, las tendencias en los costos unitarios, la apertura de instalaciones nuevas o mejoradas y las prioridades antes señaladas.

El plan financiero está resumido en la Tabla 10, en términos porcentuales, utilizando precios constantes de 1978. La mayor parte del gasto de capital en los servicios de salud está dedicada a equipo médico, más que a nuevas edificaciones. El plan puede lograrse mediante un crecimiento en el gasto en salud más lento que el del crecimiento planificado del Producto Interno Bruto.

TABLA 10
PLAN FINANCIERO PARA EL SECTOR PUBLICO EN SALUD
1987-1990 EN PRECIOS CONSTANTES DE 1978

	<u>1987</u>	<u>1988</u>	<u>1989</u>	<u>1990</u>	<u>INDICE</u> <u>1987=100</u>
<u>Capital</u>					
Ministerio de Salud	2.49	3.02	3.40	4.12	126.75
Caja de Seguro Social	8.99	8.21	8.76	6.07	95.25
Acueductos y Alcantar.	<u>10.96</u>	<u>9.51</u>	<u>9.95</u>	<u>5.30</u>	<u>68.35</u>
Sub-total	22.44	20.74	22.11	15.49	
<u>Corrientes</u>					
Ministerio de Salud	11.60	12.13	12.50	13.76	178.84
Caja de Seguro Social	<u>65.96</u>	<u>67.13</u>	<u>65.39</u>	<u>70.75</u>	<u>144.52</u>
Sub-Total	77.76	79.26	77.89	84.51	
TOTAL	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	
Porcentaje del PIB	7.28	7.06	7.02	6.68	

La Tabla 11 separa el gasto en los seguros de hospitalización del Seguro Social del gasto en los servicios hospitalarios de consulta externa y de salud comunitaria. En tanto se planea que el gasto en los servicios hospitalarios crezca en un 40.7%, en precios constantes, se espera que el gasto en otros servicios se reduzca en un 43.9%. Así se planea que el refuerzo de los servicios comunitarios ayude a contener el crecimiento de los costos hospitalarios.

TABLA 11
SERVICIOS MEDICOS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL*
DIVIDIDOS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS
Y OTRAS ATENCIONES A LA SALUD
(Millones de Colones)

	<u>1987</u>	<u>1988</u>	<u>1989</u>	<u>1990</u>	<u>1990</u> <u>1987=100</u>
Atención hospitalaria	6.752	7.652	8.551	9.500	140.7
Otras atenciones salud	4.041	4.616	5.178	5.815	143.9
TOTAL	<u>10.793</u>	<u>12.268</u>	<u>13.729</u>	<u>15.315</u>	

* Esto cubre únicamente los gastos corrientes y excluye ítems que no pueden ser adjudicados -administración, provisión central, mantenimiento de edificios, préstamos y becas.

4. EL PROBLEMA DE LOS COSTOS RECURRENTE

No hubo, hasta 1987, ningún problema de falta de financiamiento para los costos de operación en ninguno de los cuatro sectores del gasto público en salud. Los costos recurrentes extraordinarios que recaían sobre la Caja de Seguro Social como resultado de los desarrollos de capital eran absorbidos por el crecimiento constante del ingreso por cuotas; el desempleo disminuía, pese al continuado crecimiento demográfico. Se experimentaron dificultades durante el pico de la subida crisis económica en 1981, pero se tomaron medidas urgentes, tanto para contener el gasto como para aumentar el ingreso por cuotas, al identificar a los patronos que estaban incumpliendo la ley que los obligaba a pagarlas. Como se mencionó anteriormente, el problema, en 1987, se resolvió, en gran parte, gracias a nuevos impuestos.

El plan para los próximos cuatro años, como ya se mencionó no incluye un aumento en las camas hospitalarias, sino el reemplazo de nueve hospitales viejos y la remodelación de otros. Esto llevará a mayores costos de operación.

La idea básica del plan es la de completar la integración de los principales servicios preventivos y curativos y esto implicará un gasto adicional apreciable conforme se abran tres y más centros ampliados de salud. Es más, la prioridad del Ministerio de Salud para llevar los servicios a la población rural dispersa requerirá de más personal. En total se planea que el gasto en los costos recurrentes de los hospitales aumente en un 38.6% y en otros servicios de salud en un 41.8%. Casi todo el gasto de capital recaerá en la Caja de Seguro Social. Nada de esto será financiado por ayuda externa.

Tanto el Ministerio de Salud, como la Caja de Seguro Social hacen cuidadosos cálculos de sus costos recurrentes antes de emprender cualquier proyecto de importancia. La Caja, es más, aparta el dinero, tanto para los costos de construcción, como para el equipo, antes de iniciar cualquier proyecto. La Caja pudo mostrar los costos corrientes y de capital para 15 de sus clínicas. La proporción de costos recurrentes a capital varió desde el 34% al 61%. La proporción fue también calculada para tres hospitales, cuya remodelación está programándose o en proceso de ejecución. El aumento de los costos recurrentes tras la remodelación es bajo, mostrando proporciones con respecto a los costos de capital de solo 2.11%, 2.83% y 2.86%.

De acuerdo con las proyecciones económicas actuales, el ingreso por cuotas, de la Caja de Seguro Social deberá, crecer en línea con el gasto extraordinario. Y el reciente pago a la Caja del dinero adeudado por el Gobierno en forma de valores del Estado aumentará el ingreso por intereses. La mayor incertidumbre reside en saber si el Ministerio de Hacienda podrá estar, en el futuro, en posición de pagar la cuota del Estado a la Caja, así como el subsidio por la atención de los indigentes. Los principales problemas del financiamiento de los costos recurrentes extraordinarios no recae sobre la Caja, sino sobre el Ministerio de Salud. El problema se agudizó aún más en 1987, cuando el presupuesto original del Ministerio fue reducido en un 25.2%, hasta el momento en que un ingreso extraordinario por impuestos estuvo disponible. El mayor recorte, de casi el 52% recayó sobre el ingreso proveniente del Fondo de Asignaciones

Familiares. Esto se debió a dos factores. Primero, el porcentaje del impuesto sobre las ventas asignado al Fondo fue reducido del 20% al 15%. En segundo lugar, la proporción del Fondo dedicada a la habitación se aumentó, en 1986, al 18% en 1987, de acuerdo con las nuevas prioridades gubernamentales. Además, una reducción del financiamiento por el Gobierno central redujo el presupuesto original de la Oficina para la Cooperación Internacional en Salud en cerca de un 27%. Esto fue aliviado luego mediante más impuestos.

Los problemas a los cuales se enfrenta el gobierno son dobles. Primero, el gasto público tiene que mantenerse dentro de los límites fijados por el FMI. Segundo, dentro de esto hay que encontrar el espacio necesario para el financiamiento de la prioridad gubernamental en cuanto a la habitación.

El Ministerio de Salud se vio abocado a un problema así de agudo a principios de 1987, cuando solo contaba con el dinero necesario para pagar salarios y nada más. El Ministerio, ante esta situación se acercó a la Caja de Seguro Social para ver si era posible que ella financiara los servicios del Ministerio, a lo cual ésta accedió. Se hicieron asimismo, como parte del Plan Centroamericano en Salud, solicitudes de ayuda externa acordes con el plan del Ministerio. Si bien se espera alguna ayuda basada en esta iniciativa, los donadores tienden a discriminar en contra de los países que, como Costa Rica, cuentan ya con programas sociales exitosos. Las posibilidades de mejora del sector público, en salud, consisten en el aumento del ingreso, o en el logro de ahorros mediante una mayor eficiencia. Ambas opciones son consideradas luego.

5. AUMENTO DEL INGRESO

5.1 Cobros a los usuarios

Pareciera, bajo este rubro, haber tres posibilidades.

Primero, la Caja de Seguro Social podría redoblar sus esfuerzos por cobrar las cuotas debidas por aquellos que no están aún asegurados, debiendo estarlo. El potencial de esta opción es sin embargo limitado,

dada la política de dar el servicio primero para recobrar los costos solo después de que se ha brindado el tratamiento.

En segundo lugar, varios de los hospitales de la Caja ofrecen camas privadas de dos clases -habitaciones dobles y sencillas. Se cobra el costo total por estas habitaciones a los no asegurados y a los asegurados se les cobra la mitad de ese costo. El costo total se calcula incluyendo la depreciación del capital sobre la base del costo histórico, con solo un modesto ajuste, ascendente por inflación. El ingreso podría aumentarse basando los cobros en el costo de reemplazo de capital a lo cual se agregarían los cobros por interés.

Una tercera posibilidad es la de introducir los cobros al usuario para quienes estén cubiertos por el Seguro. Estas posibilidades incluyen el cobro de una suma diaria por atención hospitalaria, para cubrir el costo de la alimentación, con cobros más elevados por los casos de maternidad, ya que este tipo de admisión hospitalaria es conocido de antemano. Los cobros podrían hacerse por consulta curativa y por medicamento suplido. Esta última posibilidad es fuerte en vista del alto contenido de importación de los suministros farmacéuticos.

Los cargos al usuario no podría sin embargo, ser aceptables para ninguno de los dos partidos políticos mayoritarios. La posibilidad de introducir tales cobros fue discutida en 1974. La reacción en aquel momento, de los sindicatos, fue la de exigir una reducción en la cuota obrera si se introducía el cambio, anulándose así uno de los objetivos del cobro.

5.2 Aumento del Ingreso por Cuotas e Impuestos a la Planilla

Las cuotas, o los impuestos basados en la planilla, son cobrados por la Caja de Seguro Social, el Instituto de Seguros (en los Riesgos Profesionales) y el Ministerio de Trabajo (Asignaciones Familiares), por medio de los patronos. El número de inspectores empleado por el Instituto, para el cobro de cuotas, es de 13 y ellos también velen porque

se cumpla con el pago del impuesto sobre planillas, correspondiente al Ministerio de Trabajo. La Caja de Seguro Social emplea a 132 Inspectores. Hay, entre la Caja del Seguro Social y el Instituto de Seguros, algún intercambio de información, pero sus sistemas de cómputo son incompatibles. Es más, mientras la Caja lleva registros individuales, ya que ello es necesario para efectos de pensión, el Instituto de Seguros no lo hace. El cobro del impuesto de planillas por el Ministerio de Trabajo es débil. el Ministerio ha acumulado, desde 1974, un pendiente de pago, debido por los patronos, que se acerca a los 1.000 millones de colones.

El Censo de Población de 1984 enumeró a 575.625 personas empleadas (más 155.823 independientes y 19.517 patronos). De las personas asalariadas sólo 425.000 (74%) están aseguradas por el Instituto de Seguros y 481.000 (84%) por la Caja de Seguro Social. La tasa menor de cobertura por el sistema del Instituto es debida, en parte, al hecho de que los patronos declaran un número menor de trabajadores (especialmente de aquellos que están en alto riesgo) en comparación con la información que dan a la Caja de Seguro Social.

Podrían darse los siguientes pasos para aumentar el ingreso proveniente de cuotas y de impuestos a la planilla:

- a) Establecer sistemas de registro compatibles e intercambiables entre las instituciones. Podrían lograrse economías aún mayores al tener un sistema común de registro en el computador.
- b) Combinar Inspectores
- c) Pagos a los Inspectores sobre una base de comisión, más que mediante salario. Esto fue hecho por la Caja de Seguro Social en 1982 y se tradujo en un ingreso extraordinario de 550 millones de colones durante ese año. Fue necesario abandonar el sistema cuando se juzgó que era incompatible con la estructura gubernamental de pago de salarios. Los Inspectores empleados por el Instituto de Seguros no están, empero, sujetos a la estructura salarial del Gobierno.

La introducción de un pago basado en comisión, igual que el de los agentes del Instituto, está siendo estudiada por la Institución.

- d. Utilizar los registros individuales de la Caja de Seguro Social para dar seguimiento a los casos de personas sin edad de retiro cuyas cuotas han cesado, a fin de establecer si se han convertido en independientes o desempleadas o si están trabajando para un nuevo patrono que está evadiendo el pago de ellas.

6. OPCIONES PARA FINANCIAR LAS ECONOMIAS MEDIANTE UN USO MAS EFECTIVO DE LOS RECURSOS EXISTENTES.

6.1 Extensión del sistema de costos unitarios.

La Caja de Seguro Social tiene ya planes para desarrollar un sistema de costos hospitalarios costeados separadamente las principales especialidades. El costeo de los centros de salud y las clínicas podría ser extendido, de manera similar, para separar los diferentes elementos de la atención primaria de la salud y los costos unitarios, más que los de unidades curativas tales como inmunización, unidades de planificación familiar, prenatales, etc. Es más, podrían atribuirse a los hospitales y clínicas que en realidad los usan más de los costos en que se incurre centralmente, tales como la compra de medicamentos y equipos. La meta de este ejercicio en costos sería la de identificar las unidades de alto costo para ajustar, por ejemplo, de acuerdo con ello los niveles de personal o utilización. En resumen, sería la de obtener un uso más eficiente de los recursos.

Se solicitó al Instituto de Estudios Económicos de la Universidad de Costa Rica un estudio para calcular los costos de operación de dos unidades de atención primaria de la salud. El estudio tenía dos propósitos. El primero era el de comprobar la factibilidad de desarrollo de un sistema de costos. El segundo era el de demostrar los usos que se podrían dar a informaciones de este tipo. Las unidades de atención primaria de la salud escogidas, estaban, ambas, integradas en el sentido de que contenían

servicios tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social. Una era grande, con un personal total de 200 personas y la otra pequeña con un personal total de 33 personas. La diferencia principal en la gama de los servicios prestados era la de que solo la unidad mayor tenía especialistas (un total de 13) y una amplia escala de servicios diagnósticos de apoyo. En el centro menor solo había equipo sencillo de diagnóstico; no contaba con técnicos radiológicos ni auxiliares, y tenía solo un microbiólogo, en tanto que el centro mayor tenía tres en personal radiológico y un microbiólogo.

El estudio dividía cada subtítulo de gasto por subservicio, como se muestra en la Tabla 12. La Tabla excluye el gasto en prestaciones de enfermedad y maternidad. Se calculó también el costo unitario por visita para atención médica y odontológica. La visita por atención médica costó 518 colones en el centro mayor y 329 colones en el menor. Hubo una diferencia aún mayor en el costo por visita odontológica (274 colones en el centro mayor y 136 colones en el menor). La diferencia en el costo por visita médica se debió en parte al hecho de que en el centro mayor los pacientes eran vistos por médicos (incluyendo a los especialistas) en tanto que en el menor podrían ser atendidos por enfermeras y no había en él especialistas. Se debió también a los más altos costos administrativos del centro mayor. En tercer lugar, y no por ello de menor importancia, se debió a los costos más altos de las prestaciones de enfermedad y maternidad. Por otra parte el estudio encontró que los costos de laboratorio eran más altos en el centro menor, pese a que el centro mayor hacía diez exámenes por cada diez consultas y el centro menor solo dos. Las razones para el costo mayor de las visitas odontológicas en el centro mayor fueron las de que se ofrecían tratamientos más especializados y se utilizaban materiales más caros por visita.

El estudio sugirió que podrían hacerse economías de las siguientes maneras:

- a) Concentrando las pruebas patológicas en los laboratorios grandes.

- b) Reduciendo el personal administrativo del centro mayor.
- c) Mediante un mayor control de las certificaciones por enfermedad (incapacidades) en el centro mayor.
- d) Aumentando la carga de trabajo, o reduciendo el personal odontológico, en el centro mayor.

El estudio fue un éxito tanto al establecer la factibilidad de instituir un sistema de costos para la atención primaria de la salud, como al demostrar que tal sistema podría llevar a valiosas recomendaciones en la política de la salud.

6.2 Descentralización de Presupuestos

El primer paso sería el de descentralizar los presupuestos hasta el nivel regional. Cada región asumiría la responsabilidad del pago de su propio personal y a cada una de ellas se le cobraría por los suministros que pidiera con sujeción a límites en cuanto a equipos caros. En el caso de artículos comprados centralmente, tales como los medicamentos, cada región los compraría al almacén central.

TABLA 12
DIVISION DE COSTOS EN DOS CENTROS DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD POR TIPO DE SERVICIO

<u>SERVICIO</u>	<u>CENTRO MAYOR</u>	<u>CENTRO MENOR</u>
Atención médica	85.5	60.0
Medicina conjunta	0.9	0.0
Médico co-empleado	1.2	0.0
<u>Atención Odontológica</u>		
Preventiva	0.0	2.0
Curativa	3.5	3.9
Salud comunitaria/rural ¹	6.4	15.2
Servicio Social	0.7	2.7
Salud Ambiental	0.7	2.3
Nutrición ²	<u>1.1</u>	<u>13.9</u>
TOTAL	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

1. En el centro mayor sólo salud comunitaria
2. Excluyendo productos alimenticios

Si cualesquiera suministros pudieran ser adquiridos más económicamente por compra local, las regiones estarían en libertad de efectuar tales compras. El propósito de la descentralización presupuestaria es el de dar a los administradores regionales la oportunidad de hacer el mejor uso del dinero de que disponen. En una etapa posterior los presupuestos podrían descentralizarse aún más hasta los distritos que cuentan con hospitales, por ejemplo. El sistema de costos unitarios y comparación del rendimiento de los diferentes administradores.

6.3 La reorganización del sistema de atención primaria de la salud

En la actualidad los servicios curativos son prestados por médicos asalariados. En las clínicas mayores las citas se hacen de acuerdo con la disponibilidad en que se encuentren los médicos. Así, rara vez es visto un paciente por un mismo médico en visitas posteriores, aún en el curso de un mismo episodio de enfermedad. Es más, según un acuerdo entre la Caja y el sindicato médico, las citas con los médicos generalmente se hacen con intervalos de 15 minutos aún cuando se trate de repetir una receta. Las clínicas, normalmente, solo están abiertas durante las horas laborales y entre semana. Cualquier necesidad de atención médica en los fines de semana o fuera de horas laborales tiene, normalmente, que ser llevada al hospital. Los médicos curativos no hacen visitas a domicilio. En las clínicas mayores de San José se emplea, también, a especialistas asalariados. En la práctica existe, dentro del mismo edificio, una alta tasa de referencia de médicos generalmente, a los especialistas.

El sistema no satisface ni a los médicos ni a los pacientes. Los segundos tienen, continuamente, que establecer relaciones con médicos nuevos. Los médicos no tienen sus propios pacientes y por tanto no pueden dar seguimiento a sus casos. La baja moral de los médicos queda demostrada por la práctica de llegar tarde y marcharse temprano. Esto perjudica a los pacientes que esperan para ser atendidos y da lugar a una posterior espera en la farmacia, cuando se le pide a ésta que ejecute lo que estaba planeado para todo un día de trabajo en unas pocas horas. Hay también quejas por la falta de cortesía por parte de los médicos. Es más, la alta tasa de la prescripción puede ser también un indicio más de la baja moral entre los médicos.

La solución propuesta en 1986, como parte de este estudio, fue la de la introducción de un sistema de personas cubiertas por el seguro que se afilian con un médico de su escogencia, cuyo médico será pagado, fundamentalmente, sobre la base de una capitación -un pago por mes por cada paciente afiliado con el médico. Se argumentó que esto crearía una corriente en la atención de los pacientes y de su relación con los

médicos, así como un servicio de veinticuatro horas al día durante una semana de siete días. Se fomentarían las visitas a domicilio. Se introduciría también la competencia entre los médicos en busca de la afiliación de pacientes. Aquellos cuyos horarios clínicos fueran más convenientes para los pacientes y que adquirieran un buen nombre, tanto por su cortesía como por su capacidad, atraerían un número de pacientes superiores al promedio. En resumen, estas virtudes serían retribuidas. Por último, se esperaría que el mismo médico asumiera los servicios preventivos necesarios por su lista de pacientes, integrándose así los trabajos de prevención y curación.

Aún cuando se consideró que una remuneración bastante mayor iba a ser necesaria para que el sistema resultara aceptable para los médicos, se esperaban economías gracias a un menor número de referencias a especialista, un uso menor de los exámenes de laboratorio y menores tasas de prescripción. Se han iniciado ya experimentos con el nuevo sistema y la primera evaluación mostró que la gran mayoría de los pacientes lo prefieren. Dependiendo de lo que se aprenda con esta experiencia, hay planes para introducir el sistema nacionalmente.

Una etapa posterior podría ser la de incorporar el costo de los medicamentos y las pruebas diagnósticas y hasta el de las referencias a especialista, al pago de la capitación. Así, un médico que economice en medicamentos, pruebas y referencias recibiría una recompensa muy apreciable. Se pensará que esto es muy radical y que podría tener en riesgo la calidad de la atención, los médicos generales podrían recibir el pago de un porcentaje de las economías logradas de estas maneras en forma de una bonificación. Resumiendo: el sistema de capitación puede verse como un paso hacia una organización de mantenimiento de la salud. (OMS). En los Estados Unidos la principal economía lograda por la OMS está en el uso de las camas hospitalarias. Como en Costa Rica las decisiones en cuanto a la admisión al hospital están en manos de médicos hospitalarios separados, este elemento de la OMS no es aplicable a la situación costarricense.

6.4 Racionalización de los servicios ofrecidos por la Caja de Seguro Social y el Instituto de Seguros.

Como se dijo anteriormente, el Instituto mantiene dispensarios y centros de convalecencia para la atención de los riesgos del trabajo. La Caja de Seguro Social tiene la responsabilidad de la atención de las personas que han sido víctimas de accidentes de tránsito u hogareños. Hay así servicios duplicados que funcionan paralelamente y se podrían lograr economías mediante una combinación de servicios. La ventaja de los arreglos separados, ofrecidos por el Instituto, es la de la rapidez en el tratamiento obtenido que se compara favorablemente si vemos las listas de espera de los hospitales de la Caja de Seguro Social. Otra ventaja que hace que el servicio disfrute de popularidad entre los pacientes, es la de la escogencia de un especialista privado, así como la actitud de los especialistas como resultado del pago mediante una base de honorario modificado que se describiera anteriormente. No parece que fuera imposible el retener algunas de estas características positivas si se combinaran los servicios. Hay potenciales economías de escala en la operación conjunta de centros de rehabilitación, así como de clínicas y dispensarios.

6.5 Racionalización entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

A lo largo de los años la amplitud de los servicios ofrecidos por la Caja de Seguro Social ha venido extendiéndose continuamente, de manera que hay actualmente un apreciable traslape en la provisión de servicios preventivos. Tanto la Caja como el Ministerio mantienen organizaciones regionales para supervisar y apoyar sus servicios. La organización regional de la Caja tiene una responsabilidad mucho mayor, sea esta juzgada en términos del número o antigüedad del personal supervisado, o del dinero gastado. En realidad la región Norte del Ministerio tiene una organización regional que sólo tiene la responsabilidad de un personal de 140 personas con un salario promedio de 15.000 colones mensuales. Esto se compara con la región Norte de la Caja que tiene un personal de 688 con un salario promedio de 22.000 colones.

La integración física de los servicios de la Caja y el Ministerio se está logrando progresiva y constantemente, conforme los dos conjuntos de personal se tienen que asentar en un mismo edificio. La administración conjunta se logra al dar la responsabilidad nominal de la totalidad del centro al médico con mayor antigüedad en el servicio, sea éste de la Caja o del Ministerio. Pero nada de esto garantiza que los dos personales trabajen conjuntamente, compartiendo información, recursos y políticas de planificación. Hay, en muchos centros, una fuerte tendencia a encontrar que la manera más pacífica de convivir es la de no meterse en los asuntos del otro personal. Se podría asegurar una integración mucho más efectiva, así como un más flexible uso del personal, si ambos conjuntos tuvieran un mismo patrono y fueran supervisados por una misma organización regional. La combinación local de los dos servicios podría también dar lugar a economías.

6.6 La compra, almacenamiento y distribución de suministros.

El Ministerio, la Caja y el Instituto compran todos, suministros y los distribuyen. Esto quiere decir que cada organización pública licitaciones por medicamentos y otros suministros, escoge entre las ofertas, recibe los suministros en sus almacenes y luego los distribuye entre sus diversas unidades de operación conforme se van necesitando. Cada organización compra artículos similares o idénticos en cantidades menores que las tres combinadas y, por ende, obtienen precios menos favorables. La cantidad que es necesario almacenar para tres organizaciones es mayor a la que sería necesaria para una sola. La distribución por distintas flotillas de vehículos es también antieconómica. Es más, tanto la caja como el Ministerio fabrican reactivos. La combinación de los sistemas de compra, almacenaje y distribución de suministros podría, evidentemente, dar lugar a economías.

6.7 El camino hacia la racionalización

El complejo sistema actual en la organización y el financiamiento de los servicios de salud en Costa Rica, solo puede comprenderse mediante el análisis de su historia. La disposición de riesgos profesionales separados, financiados por imposiciones relacionadas con los riesgos, sobre los patronos, data de 1924. Su fuente de ingreso ha determinado sus funciones.

Durante un tiempo hubo una clara división de responsabilidades entre el Ministerio y la Caja de Seguro Social. La segunda ofrecía servicios curativos a una minoría de la población y el Ministerio se encargaba del problema de las enfermedades contagiosas que asolaba a la totalidad del país. Una sucesión de parlamentos acumuló, unos sobre otros, una serie de artificios fiscales, primero para ayudar a financiar los hospitales (la lotería y el timbre hospitalario) y luego para ayudar a las familias marginadas con programas en nutrición, agua potable, alcantarillado y salud rural.

Mientras tanto, la Caja de Seguro Social con sus ingresos boyantes se extendió hasta ofrecer servicios curativos para todos y hoy día tiene un traslape extensivo con el Ministerio en la prestación de servicios preventivos.

El sistema clama por una racionalización. Y la actual situación económica crea el ímpetu para llevarla adelante. Pueden obtenerse economías apreciables mediante una más racional distribución de responsabilidades, planificadas más para servir funciones que basadas en las diversas fuentes de financiamiento y la bien intencionada legislación acompañante. Lo segundo ha llevado a sistemas contables complejos y dispendiosos dentro del Ministerio de Salud. Lógicamente, todos los servicios de salud debieran estar en una sola organización y, posiblemente, todas las prestaciones en dinero en otra. Una legislación que se encuentra actualmente en proceso de consolidación podría redefinir funciones y permitir que se mancomunen fuentes de financiamiento que podrían así utilizarse con mayor flexibilidad.

Si, sin embargo, tal radical cambio legislativo diera lugar a retraso y provocara un avispero de controversia, podría quizás lograrse un avance apreciable hacia la racionalización, dada la buena voluntad y el fuerte liderazgo del centro, sobre una base institucional. Sería necesario examinar la redacción de las leyes para ver hasta que punto podría esto ser posible. Por ejemplo, una sola organización actuando como agente de las otras dos, podría ser la que cobra el dinero a los patronos. Una institución podría comprar y distribuir los suministros de los tres. La Caja de Seguro Social podría ofrecer una gama más amplia de servicios actuando con base en políticas establecidas por el Ministerio de Salud.

La escogencia entre estos cursos de acción debe, por supuesto, depender de lo que es legalmente posible, así como de las consideraciones políticas del caso.

7.1 CONCLUSIONES

Este estudio, por tanto, ha llevado a dos conclusiones principales:

- a) La satisfacción, tanto de médicos como de usuarios, podría ser potencialmente mejorada en mucho si se cambiara a un sistema de pago a los médicos, en la atención primaria de la salud, con base mayoritariamente, en un sistema de capacitación. Esto debiera también conducir a mejoras en la calidad debidas a la continuidad de la atención al paciente por un mismo médico. Ahorraría también costos.

- b) Hay campo apreciable para el logro de economías mediante la racionalización de los servicios. Se necesitaría de un estudio posterior más detallado para poder calcular la extensión de las economías que podrían lograrse. Podría incluso ser posible el bajar el nivel de los impuestos combinados a la planilla mediante su cobro más eficaz por una más eficiente entidad combinada, así como por la racionalización de la prestación de servicios.