

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA



**PANORAMA DE LA REFORMA
DEL SECTOR SALUD**

COSTA RICA
Junio, 1999

INDICE DE CONTENIDOS

PANORAMA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	1
Presentación.....	1
SECCION I SURGIMIENTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	3
SECCION II CONTEXTO ECONOMICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	7
Aspectos macroeconómicos de la reforma del sector salud.....	7
El financiamiento del seguro de salud y su solidez	8
La solvencia del seguro de salud: Aspectos de largo plazo	8
La liquidez del seguro de salud	11
SECCION III LA RECTORIA DEL SECTOR SALUD	13
Sustento legal del fortalecimiento y la reestructuración del MINSA	13
Marco jurídico que permite al MINSA ejercer plenamente su papel rector	13
Rectoría de la producción social de la salud: Consenso político y coordinación interinstitucional	15
¿Puede el MINSA ejercer una rectoría efectiva de la salud?.....	15
¿Hasta dónde se ha avanzado en el proyecto de rectoría del MINSA? Logros alcanzados y agenda pendiente	16
SECCION IV LA READECUACION DEL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD	22
Integración de servicios MINSA-CCSS y creación de EBAIS y áreas de salud	22
Articulación de la red de servicios: Sistema de referencia y contrarreferencia	23
La extensión de la oferta de servicios y el reto de la equidad.....	25
Evaluaciones al modelo readecuado y al servicio brindado por los equipos de salud	27
La posición de las nuevas autoridades de salud sobre la apertura de áreas y EBAIS	28
El protagonismo de la CCSS en la construcción social de la salud: Las experiencias del nivel local	30
Financiamiento para la atención primaria y prioridades institucionales de la CCSS.....	31
Autonomía local y desconcentración.....	32
El enfoque biólogo de la atención: Un paradigma difícil de desterrar	33
SECCION V EL NUEVO MODELO DE ASIGNACION DE RECURSOS	34
Compromisos de gestión: Logros alcanzados y elementos a considerar en su puesta en ejecución	34
Juntas de salud hospitalarias.....	36
La autonomía de los hospitales y centros de salud	37
SECCION VI MODERNIZACION DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	38
Desarrollo del componente.....	38
Nuevo enfoque institucional.....	39
Acciones realizadas en la ejecución del proyecto.....	40
Aspectos clave para consolidar el proyecto de modernización	41
SECCION VII SISTEMAS DE INFORMACION	44
Primeras propuestas para desarrollar el componente de sistemas de información	44
Propuestas para el desarrollo de sistemas de información en el MINSA	45
Propuestas para el desarrollo de sistemas de información en la CCSS	46
Coordinación MINSA-CCSS en materia de sistemas de información sectorial en salud	47
Balance del desarrollo de sistemas de información en el MINSA.....	48
Retos en la implantación de los sistemas de información de la CCSS en el nivel local	48
SECCION VIII CONSTRUCCION Y SUSTITUCION DEL HOSPITAL DE ALAJUELA	51
Descripción del proyecto	51
Consideraciones sobre la ejecución del proyecto	52
SECCION IX CONCLUSIONES	55
FUENTES DE INFORMACION	59
Entrevistas	59
Documentos.....	60

PANORAMA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene los resultados de una evaluación global sobre el proyecto conocido como “Reforma del Sector Salud”, el cual impulsan las autoridades del Sector Salud desde 1993, para lograr una transformación integral del modelo de atención de la salud que prevalece en nuestro país, con el propósito, entre otros, de conservar y, de ser posible, mejorar los índices de salud que muestra el país.

Dicha evaluación, efectuada por un equipo de trabajo interdisciplinario de la Contraloría General, toma como punto de partida la ejecución de una propuesta ya existente. Lo anterior con el propósito de determinar si las acciones emprendidas por las instituciones que participan en la citada Reforma son pertinentes, y si las mismas han hecho posible o se orientan al logro de los objetivos previstos, de acuerdo con los recursos asignados.

La evaluación del proyecto de Reforma del Sector Salud incorporó un estudio comprensivo de sus componentes, para obtener una visión integral de ésta, así como de aquellos factores externos que inciden en su implantación. El procedimiento de evaluación aplicado parte de una metodología genérica, basada en la comparación entre insumos y productos

involucrados, con el fin de determinar la eficiencia y efectividad en cada uno de los componentes evaluados. Dichos componentes se hicieron equivalentes a “proyectos”, entendidos éstos como unidades mínimas o elementales, susceptibles de evaluar en forma independiente, que posibilitaran la emisión de juicios sobre cada uno de ellos dentro del contexto general de la Reforma del Sector Salud.

El estudio comprendió la evaluación de las actividades que mostraban mayor grado de avance al mes de agosto de 1998. Se examinó el cumplimiento de los objetivos contenidos en los contratos de préstamo suscritos con los organismos internacionales que financian la Reforma y su relación con los objetivos establecidos para cada componente. El énfasis del estudio estuvo enfocado en la gestión de las unidades ejecutoras de la Caja Costarricense de Seguro Social, responsables del desarrollo de los componentes de la Reforma.

El presente documento incluye, en su primera sección una breve reseña sobre el surgimiento de la Reforma del Sector Salud. Seguidamente, en las secciones II a VIII se presentan los resultados obtenidos por el equipo de trabajo interdisciplinario, en la evaluación global del avance alcanzado por la Reforma, en las que se abordaron los temas que se detallan a continuación:

Sección	Tema
II	Contexto económico de la Reforma del Sector Salud
III	La rectoría del Sector Salud
IV	La readecuación del modelo de atención de la salud
V	El nuevo modelo de asignación de recursos
VI	Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social
VII	Sistemas de información
VIII	Construcción y sustitución del Hospital de Alajuela

Finalmente, en la sección IX se formulan las conclusiones derivadas de la evaluación global, las cuales pueden coadyuvar en la ejecución de futuras acciones que se desarrollen en el marco de la Reforma del Sector Salud.

Este informe ha sido preparado por un equipo coordinado por Mario Zúñiga Fallas e integrado por Mercedes Valle Pacheco, Giselle Castro Salazar, Gino Ramírez Solís, Hernán Solano Murillo, Daniel Sáenz Quesada y Adrián Pearson Berrick.

Se agradece a los funcionarios responsables de ejecutar la Reforma del Sector Salud, el haber facilitado información y condiciones de trabajo adecuadas para la realización del presente estudio. Igualmente, se reconoce el aporte brindado por diversos especialistas en el campo de la salud y funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salud, quienes mediante sus opiniones aportaron importantes elementos de juicio que enriquecieron la evaluación efectuada por esta Contraloría General.



Javier Masís Figueroa
Coordinador Técnico
Proyecto Piloto
Área de Fiscalización – Servicios de Salud

SECCION I

SURGIMIENTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, la participación del Estado costarricense en la atención de la salud fue de naturaleza indirecta y de corte asistencialista. Los servicios hospitalarios eran brindados por organizaciones de caridad, que recibían aportes estatales por medio de impuestos, loterías y subvenciones. La creación del Banco de Seguros (hoy Instituto Nacional de Seguros) en 1924, para atender la patología derivada de los riesgos del trabajo, así como de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social (actualmente Ministerio de Salud) en 1927, fueron los primeros pasos para otorgarle intervención al Estado en el tema de la salud.

En 1943, es creada la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para administrar un régimen público de seguridad social, que comprende un seguro de “enfermedad y maternidad”, establecido con criterios de universalidad en cuanto a la cobertura de la población, así como uno de “invalidez, vejez y muerte”. Durante las tres décadas comprendidas a partir de la creación de la CCSS, se realizaron grandes esfuerzos por universalizar la cobertura del seguro social en Costa Rica, lo que contribuyó a alcanzar y conservar niveles de salud destacables.

Sin embargo, en vista de que el enfoque prevaleciente hasta inicios de la década de los años 70 era de curación de la enfermedad y rehabilitación física, surgen los primeros planes nacionales de salud, mediante los cuales se organizó la prestación de los servicios de atención de la salud: el Ministerio de Salud (MINSAL) se ocupó de los servicios de salud preventiva, mientras que la CCSS priorizó la medicina curativa. En ese sentido, con la promulgación de la Ley No. 5349 del 24 de setiembre de 1973, esa institución pasa a ser la administradora de la red hospitalaria pública del

país. El Estado costarricense destinó una elevada porción de sus presupuestos al gasto social en salud, lo que dio como resultado que el país alcanzara niveles de salud comparables con los de países desarrollados.

En la década de los años 80, se produce un severo deterioro de las finanzas públicas, que reduce la capacidad del Estado para incrementar el gasto en salud y ampliar la cobertura de los servicios. El gasto en salud, que en 1980 representaba un 7,6% del Producto Interno Bruto, cayó a un 5,6% en 1990. Aunado a ello, durante esta década se generó un profundo debate nacional sobre el posible agotamiento del modelo vigente de atención en salud, caracterizado por un enfoque biológico, que enfatiza la atención de la enfermedad.

Con la década de los años 90, surge la Reforma del Estado Costarricense. En el marco de esta Reforma y con base en el Decreto Ejecutivo No. 20262-P-H-RE-S del 20 de febrero de 1991, una Comisión Evaluadora del Sector Salud realizó un análisis sectorial del cual se derivaron los problemas más relevantes del Sector, los que debían resolverse para el logro de la eficiencia y eficacia en la función pública en el área de la salud (Recuadro No. 1). Posteriormente, se conformó una Unidad Preparatoria de Proyectos, con participación de funcionarios del MINSAL y de la CCSS, quienes elaboraron una propuesta técnica que fue incorporada por las autoridades políticas al “Plan Nacional de Reforma del Sector Salud – Lineamientos Fundamentales” emitido por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) en 1993 y que sirvió de base para que durante los primeros años de la presente década se realizara un importante esfuerzo de carácter político, para la obtención del financiamiento necesario para llevar a cabo la Reforma.

Recuadro 1

Problemas más relevantes del Sector Salud

Entre las condiciones que sirvieron de fundamento a la formulación del Programa de Reforma del Sector, se destacan las siguientes:

- La reducción del gasto destinado a los programas de salud preventiva del MINSA, así como la disminución de su cobertura. El gasto pasó de representar un 33,7% del gasto total del Sector Salud en 1976, a un 11,4% del total en 1990, mientras que la cobertura de dichos programas se redujo de un 63% a un 49% de la población nacional, entre 1979 y 1989. Por su parte, la distribución del gasto público per cápita en el primer nivel de atención por cantón, mostraba signos de inequitatividad en la distribución de los recursos, con un alto grado de asignación de estos a los cantones con mayor concentración urbana de la Gran Área Metropolitana.
- Variaciones importantes en el perfil de morbi-mortalidad, con un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, incremento en la esperanza de vida al nacer, modificaciones en la estructura demográfica con una población que tiende al envejecimiento, concentración de la población en el área urbana y agravamiento de problemáticas socioeconómicas como agresión sexual, alcoholismo y farmacodependencia. Estas patologías traen consigo un encarecimiento de los costos de atención, pues demandan formas de tratamiento y tecnologías con mayores niveles de complejidad.
- El modelo de atención prevaleciente, que prioriza la curación de la enfermedad, mostraba señales de agotamiento para responder en forma efectiva al incremento en las patologías, en especial las de índole social. Adicionalmente, se evidenciaban signos de discontinuidad en la prestación de los servicios. Como respuesta a lo anterior, se consideró necesario introducir un enfoque biosicosocial, integral y continuo de la atención de la salud, basado en la estrategia de atención primaria.
- Desde la década de los años 80, los índices de gasto real de la CCSS presentan una tendencia creciente, mientras que los índices de productividad de sus servicios médicos muestran una tendencia constante o decreciente.
- Pese a que la legislación prevé que el MINSA lleve a cabo la función rectora en el Sector, la institución no ha logrado posicionarse como instancia de planificación integral, control y evaluación sectorial. Por su parte, al MINSA le ha sido encomendada la ejecución de un gran número de programas operativos, principalmente de salud preventiva, considerados incompatibles con su función rectora.
- Las instituciones del Sector muestran un alto grado de centralización en la administración de los recursos financieros y materiales, lo que dificulta la autogestión de las unidades prestadoras de los servicios de salud, además de que existe una distribución desigual de los recursos entre zonas geográficas y grupos poblacionales.
- Los sistemas de información existentes en el Sector presentan debilidades en cuanto a su sistematización, oportunidad y confiabilidad, lo que dificulta un conocimiento apropiado de la gestión y por ende una toma de decisiones acertada.
- No existe una participación amplia y definida de las comunidades en la toma de decisiones e impulso de acciones que redunden en una mejoría del estado de salud de la colectividad.
- La atención ambulatoria brindada por la CCSS ha generado inconformidad en los usuarios en lo que respecta a la prontitud de la atención y al trato que se brinda al asegurado.

El propósito de la Reforma del Sector Salud es responder a los problemas antes enunciados, mediante la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, la modificación del modelo utilizado para la asignación de los recursos a las unidades que brindan dicha atención y la introducción de cambios sustanciales en la organización y funcionamiento de las instituciones del Sector, de forma que la CCSS asuma la atención integral de la salud y el MINSA fortalezca su función de rectoría sectorial. Todo ello, a fin de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud a la población, bajo los principios de universalidad,

solidaridad y equidad del sistema de seguridad social costarricense y dentro de un marco de optimización de los recursos humanos, financieros y materiales disponibles en el Sector. Para los fines del presente documento, este objetivo puede ser resumido como “elevar la eficiencia en la administración de los recursos del Sector Salud”.

Para el cumplimiento del objetivo antes señalado, se establecieron grandes áreas de acción, bajo la forma de Proyectos específicos, que en el marco de la Reforma se les ha denominado “componentes” (Cuadro 1).

Cuadro 1
Componentes de la Reforma del Sector Salud

Componente	Objetivos formulados para el componente
<i>Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud.</i>	<i>Fortalecer la función rectora del MINSa dentro del Sistema Nacional de Salud. Consolidar la labor estratégica del MINSa en torno a las funciones de:</i> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Dirección y conducción de la salud.</i> ➤ <i>Regulación del desarrollo de la salud.</i> ➤ <i>Vigilancia.</i> ➤ <i>Investigación científica y desarrollo tecnológico.</i>
<i>Readecuación del modelo de atención.</i>	<i>Garantizar a toda la población una oferta mínima de servicios bajo un concepto de atención integral de la salud. Incrementar la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de los servicios de atención de la salud. Fortalecer los principios que han sustentado la seguridad social costarricense: universalidad, solidaridad y equidad.</i>
<i>Modelo general de asignación de recursos y de compra de servicios de salud y evaluación de alternativas de gestión y atención de la salud.</i>	<i>Diseñar y aplicar un modelo general de asignación de recursos y compra de servicios de atención de la salud, que tome en cuenta la gestión de los establecimientos que prestan tales servicios.</i>
<i>Fortalecimiento institucional de la CCSS.</i>	<i>Readecuar la organización y estructura de la CCSS para que pueda cumplir eficientemente su misión. Desarrollar sistemas operativos y funcionales que se adecúen a las principales funciones institucionales. Elaborar una estrategia de modernización que garantice calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.</i>
<i>Financiamiento.</i>	<i>Rediseñar el modelo de financiamiento del Sector Salud, a partir del establecimiento de mecanismos que estimulen la afiliación universal, la reducción de la evasión y la mejora de la recaudación, para así alcanzar el equilibrio financiero del sistema de salud.</i>
<i>Sistema de información.</i>	<i>Desarrollar en forma sistemática y gradual un sistema de información sectorial en salud, que sirva de apoyo a la planificación, programación, dirección, vigilancia, monitoreo, control, evaluación y toma de decisiones a nivel sectorial e institucional, así como a la administración de la red de servicios técnico administrativos y a la gestión local.</i>
<i>Desarrollo del recurso físico en salud.</i>	<i>Fortalecer la infraestructura física de la red de servicios de salud existente en el país.</i>
<i>Sistema de suministros.</i>	<i>Establecer criterios para mejorar la selección y normalización de los suministros. Ajustar el subsistema de programación a la política de desconcentración de los servicios de salud. Revisar legislación, normas y procedimientos relativos a compras de bienes y servicios. Rehabilitar instalaciones de almacenamiento de mercancías. Diseñar un proyecto que asegure un sistema adecuado de eliminación de desechos químicos, farmacéuticos y hospitalarios. Desarrollar un programa para optimizar la prescripción y designación de medicamentos.</i>
<i>Fondo nacional de formación y capacitación en salud.</i>	<i>Crear un Fondo Nacional de Formación y Capacitación, que apoye y fortalezca los procesos de modernización y gestión, mediante el financiamiento de programas de capacitación para el recurso humano del sector público de la salud.</i>
<i>Fortalecimiento institucional de INCIENSA.</i>	<i>Orientar el papel de INCIENSA hacia el control de calidad y la vigilancia de la salud, mediante la elaboración de un estudio de factibilidad y la formulación y ejecución de un programa de desarrollo institucional.</i>

Fuente: *Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1994).*

Dentro del financiamiento conseguido para llevar a cabo la Reforma, se destacan los préstamos otorgados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por US \$ 42 millones (más US \$18 millones de contrapartida local) y del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) por US \$ 22 millones (más US \$ 10 millones de contrapartida local), ambos en vigencia a partir de 1994. Otros empréstitos que no se negociaron originalmente dentro del marco de la Reforma, deben entenderse como contribuciones adicionales a ella. Este es el caso de los préstamos otorgados por el Instituto de Crédito Oficial del Reino de España, por US

\$ 20 millones, el Banco Bilbao Vizcaya S.A. por US \$ 20 millones y el Banco Centroamericano de Integración Económica por US \$ 8 millones (más US \$ 4,71 millones de contrapartida local)¹. La responsabilidad por el cumplimiento de los objetivos contenidos en los contratos de préstamo respectivos, fue asignada por ley a la CCSS, institución que conformó unidades ejecutoras con el fin de llevar a cabo las

¹ La totalidad de los préstamos, más sus contrapartidas locales, asciende a US \$ 144,7 millones.

actividades requeridas para alcanzar tales objetivos.

Es importante señalar que el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, preparado por MIDEPLAN, al cual se hizo referencia anteriormente, establecía un conjunto de acciones a ejecutar que involucraban al Instituto

Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y al Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto Nacional de Seguros (INS). Sin embargo, los contratos de préstamo aprobados en el marco de la Reforma, no contemplaron el financiamiento de actividades relacionadas directamente con estas instituciones.

SECCION II

CONTEXTO ECONOMICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

En los últimos años el Sistema Nacional de Salud ha venido experimentando una contradicción entre los resultados obtenidos y la percepción de los ciudadanos. Por una parte, es posible observar índices de salud comparables con países desarrollados: expectativas de vida y patrones de mortalidad y morbilidad similares a los presentados en los países con alto ingreso per cápita. Sin embargo, la percepción por parte de los ciudadanos sobre la calidad de los servicios brindados por el Sistema ha venido declinando, lo cual ha provocado serias dudas respecto de la forma en que tradicionalmente se han administrado tales servicios.

Ante esta dicotomía, se ha visto como necesario el reforzamiento del principio de eficiencia en la administración de los fondos públicos destinados a los cuidados de la salud, esfuerzo presente en los diferentes componentes de la Reforma del Sector Salud.

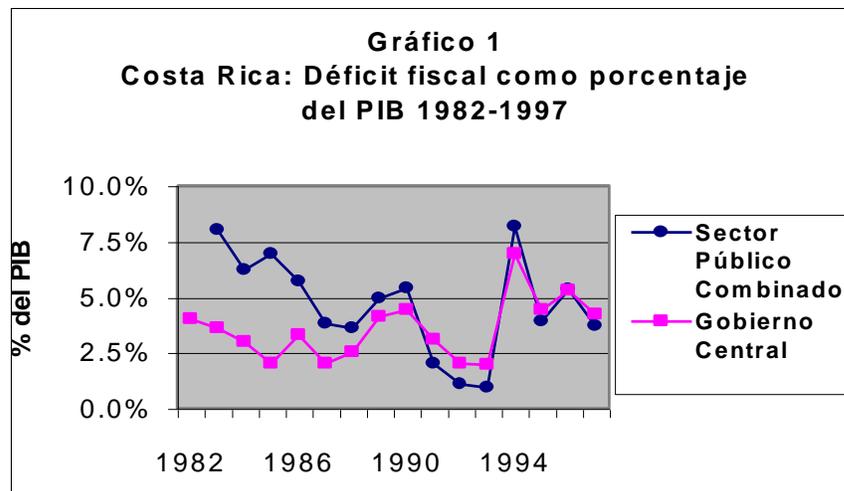
ASPECTOS MACROECONOMICOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

El contexto fiscal de inicios de la presente década se caracterizó por un persistente déficit global del sector público como porcentaje del PIB, que generó importantes dudas sobre su

sostenibilidad en el largo plazo. Los esfuerzos por solucionar dicho problema han sido evidentes a través de los años, sin embargo la estructura de gastos e ingresos presenta una fuerte rigidez que ha impedido su control por parte de las autoridades fiscales.

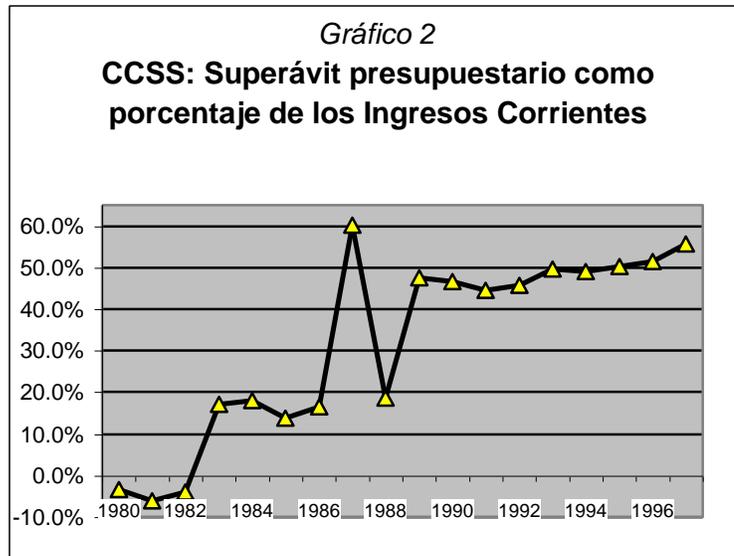
El déficit fiscal ha sido financiado esencialmente por deuda, tanto interna como externa. Sin embargo, durante los últimos años el uso del financiamiento interno se ha visto muy incrementado, lo que ha tenido considerables efectos en el mercado financiero, tanto por los crecientes compromisos por concepto de intereses, como por su efecto sobre las tasas reales de interés, lo cual podría desestimular la inversión privada y el crecimiento económico.

Bajo estas condiciones, se observa también una práctica recurrente y gradual de cubrir parte del déficit fiscal del Gobierno Central mediante la creación de superávits en el resto del sector público. Este financiamiento artificial del Gobierno Central por medio de superávits recurrentes en el resto del Sector Público, permite que el déficit consolidado del Sector como porcentaje del PIB tienda a mantenerse relativamente estable (Gráfico 1).



Este efecto se observa también en las cuentas de la CCSS, pues –al igual que otras instituciones públicas de servicios- en los últimos años ha experimentado superávits presupuestarios persistentes (Gráfico 2). Al mismo tiempo, se observa también una disminución en la proporción del gasto destinado a la formación bruta de capital (inversión en

infraestructura y equipo), lo cual podría afectar en forma indirecta la calidad de los servicios prestados por la institución, al tomar en consideración que, como cualquier otra relación productiva, la seguridad social depende en forma directa tanto de la infraestructura instalada, como de la cantidad y calidad del recurso humano empleado.



EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD Y SU SOLIDEZ

Según la definición utilizada por la Caja Costarricense de Seguro Social², la solidez del seguro de salud (entendido éste como el Régimen de Enfermedad y Maternidad), se refiere a la necesidad de que un sistema guarde congruencia interna y estabilidad en el corto, mediano y largo plazo. Igualmente implica que los recursos deben ser utilizados en los programas para los cuales fueron creados, de acuerdo con las necesidades de protección de los grupos beneficiarios.

Dentro de este concepto es posible relacionar el término “solvencia” con la solidez de mediano y largo plazo, mientras que la de corto plazo se vincula con el término “liquidez”. A continuación se examinan ambos conceptos comparando los ingresos y gastos del régimen.

LA SOLVENCIA DEL SEGURO DE SALUD: ASPECTOS DE LARGO PLAZO

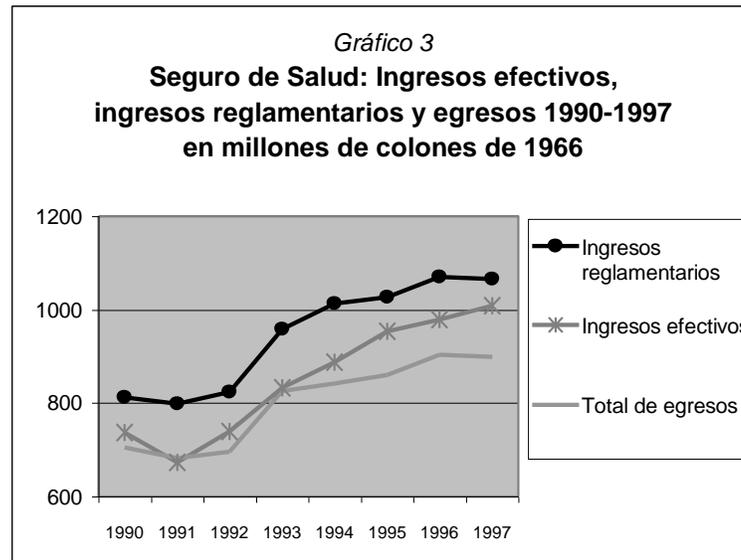
Los ingresos reglamentarios del seguro de salud se componen de las obligaciones legales de tres grandes participantes: Estado, patronos y asalariados. El Estado posee triple participación, debido a que interviene como patrono, como asistente al sector indigente y como copartícipe de la cuota de trabajadores independientes que optan por cotizar en este seguro. Del total de ingresos reglamentarios, aproximadamente el 16% tiene su origen en el aporte total del Estado, con la particularidad de que las obligaciones reglamentarias del Gobierno Central constituyen automáticamente ingresos devengados por el seguro, independientemente del momento en que sean canceladas.

² Caja Costarricense de Seguro Social (1995-d), p. 5.

Al observar los datos de ingresos reglamentarios y egresos efectivos del seguro de salud, es posible notar que éste seguro se ha mantenido superavitario, debido a que los ingresos reglamentarios superan aproximadamente en un 15% los egresos efectivos. No obstante, esta brecha entre ingresos y egresos tiende a disminuir cuando se consideran los ingresos efectivos del seguro, los cuales comprenden el año, independientemente del periodo al cual correspondan. Este comportamiento entre ingresos y egresos del seguro permite concluir que durante los últimos años el Régimen ha sido solvente, debido al superávit permanente entre ingresos reglamentarios y egresos efectivos³ (Gráfico 3).

Este crecimiento real en los costos del seguro responde a varios factores entre los que es posible destacar el cambio en el perfil de morbilidad que experimenta el país, a raíz del envejecimiento gradual de la población, que por ende presenta enfermedades que requieren cada vez más atenciones especializadas, junto con otras causas como el incremento en los accidentes, nuevas enfermedades, etc.

Factores que afectan la solvencia futura del seguro de salud. La solvencia futura del seguro es incierta y depende del comportamiento de varios factores exógenos cuyo efecto neto es difícil de estimar, aunque sí es posible identificar los componentes que la afectan.



Los egresos del seguro de salud. En relación con el comportamiento de los gastos del seguro de salud, durante los últimos seis años éstos han crecido a una tasa promedio anual real del 4,5% (excluyendo los efectos de la inflación). En lo que se refiere a los costos del servicio, el costo real por estancia hospitalaria ha crecido a una tasa promedio anual real del 3,5%.

Por el lado de los ingresos es necesario considerar factores tales como el crecimiento en el salario medio, la tasa media de participación en el mercado laboral (especialmente la femenina), la estructura de tasas reglamentarias de cotización y la posibilidad de extender la cobertura contributiva al sector independiente, entre otros.

³ Esta deducción parte del supuesto de que los egresos efectivos reflejen bien los requerimientos reales del sistema.

Por otra parte, el monto total de egresos del seguro de salud se ve afectado por el crecimiento en los salarios y el crecimiento económico en general, los costos de la tecnología médica utilizada, el costo medio por estancia hospitalaria, las tasas de hospitalización y de consultas, fenómenos migratorios, así como el tamaño del gasto directo o fijo incurrido por el sistema. Estos factores deben ser considerados en cualquier intento por estimar el comportamiento de los gastos del seguro de salud. En relación con este tema es necesario recalcar que algunos componentes de la Reforma del Sector Salud pretenden disminuir la estancia media y las tasas de hospitalización por medio de un refuerzo del primer nivel de atención, el cual se ha venido impulsando mediante la implementación del modelo readecuado de atención de la salud. De ahí que se pueda afirmar que parte de la estabilidad del sistema financiero depende del grado de éxito que pueda tener el citado modelo, el cual supone la liberación de recursos por medio de la mejora en la gestión, la atención preventiva y la resolución de la morbilidad desde un nivel ambulatorio.

La evasión y la morosidad del sector privado.

La estrategia adoptada por la CCSS en su componente de "Financiamiento" se encuentra orientada hacia aquellos aspectos sobre los cuales la institución dispone de un mayor margen de maniobra. Este es el caso de las medidas para combatir la evasión del pago de la cotización por parte de patronos y asalariados del sector privado, así como la subcotización originada al reportar un ingreso menor al efectivo. Las estimaciones que realiza la CCSS sobre la evasión total al seguro de salud ubican dicho efecto en cerca del 20% de los ingresos reglamentarios. Estudios realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja estiman la evasión total para el año 1996 en un monto cercano a los ¢26.840 millones, de los cuales el 71% corresponde a la estimación por concepto de "pagos de trabajadores asalariados" o "patronos no asegurados" y un 29% por concepto de "subdeclaración de salarios"⁴ (Cuadro 2).

Otro dilema financiero que demanda la toma de acciones por parte de la CCSS ha sido el crecimiento en la morosidad en el pago de las obligaciones, en donde la institución reporta un

crecimiento en las cifras de morosidad que se duplica en los últimos tres años. Para el año 1995 el porcentaje de morosidad representó cerca del 2,8% de la facturación de cuotas, mientras que en 1997 dicho porcentaje llegó al 7%⁵. Las autoridades de la CCSS explican dicho crecimiento en las estadísticas de morosidad, en la debilidad que presentan los mecanismos legales existentes para ejecutar un cobro más efectivo de esas sumas, así como por la ausencia de incentivos y la desactualización de las multas por atrasos.

Cuadro 2
Caja Costarricense de Seguro Social: Estimación de Evasión para 1996
(en millones de colones corrientes)

Tipo de Evasión	Millones de ¢	%
Total	26.839,0	100,0%
No aseguramiento	19.087,0	71,1%
Subdeclaración de salarios	7.752,0	28,9%
% de ingresos por cuotas	23%	
% de ingresos reglamentarios	20%	

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Dificultades para universalizar el financiamiento del seguro de salud.

Una característica que actualmente muestra el sistema de prestación de servicios de la salud, es el hecho de que se encuentra universalizado en su cobertura, pero no presenta una contraparte de universalidad en su financiamiento, debido entre otros aspectos, a que existe un problema asociado con la dificultad de las autoridades financieras de la institución, para demostrar la existencia de una relación patrono-trabajador en las transacciones del mercado laboral, requerimiento establecido en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, lo cual genera un problema de evasión por parte de patronos y asalariados del sector privado, tanto por efecto de la evasión total, como por la subcotización al reportar un ingreso menor al efectivo.

Sobre este particular, actualmente se encuentra en la corriente legislativa un Proyecto de Ley de Reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS, presentado por su Junta Directiva, que pretende establecer la obligatoriedad de que los

⁴ Caja Costarricense de Seguro Social (1998-i), p. 11.

⁵ Idem, p. 12.

trabajadores independientes coticen para los regímenes de seguridad social de la institución, la actualización de las sanciones aplicables a los patronos y trabajadores que evadan, oculten o falseen información, la creación de las bases legales para agilizar los procesos de cobro administrativo y judicial, así como la imposición al Gobierno Central a incluir dentro del Presupuesto Nacional la totalidad de sus obligaciones con la CCSS⁶.

Bajo la estructura de financiamiento descrita anteriormente, se puede señalar que cualquier esfuerzo para mejorar la solvencia del seguro de salud con medidas tendientes, por ejemplo, a la ampliación de la masa cotizante, o a un incremento futuro de los porcentajes de cotización, no necesariamente solucionan la problemática de liquidez que experimenta dicho seguro, la cual está más relacionada con la asignación global del gasto del Gobierno Central y con el grado de restricción impuesto al gasto del Sector Público como un todo, como se expondrá a continuación.

LA LIQUIDEZ DEL SEGURO DE SALUD

La liquidez del seguro de salud se relaciona con el grado de disponibilidad de fondos para la operación y la prestación de los servicios de atención de la salud.

Una comparación entre ingresos reglamentarios e ingresos efectivos del seguro de salud, permite observar que las diferencias entre ambos se deben exclusivamente a faltantes de pago del Gobierno Central por concepto de cuotas reglamentadas, pago de la facturación de los asegurados por el Estado e intereses por obligaciones pasadas. Estos faltantes de pagos no necesariamente afectan la solvencia del régimen, debido a que las obligaciones no liquidadas por el Gobierno automáticamente se convierten en cuentas por cobrar, las cuales luego se documentan en forma extraordinaria y constituyen deuda interna del Gobierno Central con la CCSS. Sin embargo, el no cumplimiento oportuno de las obligaciones por parte del Gobierno puede afectar su liquidez, pues disminuye la estimación de los ingresos presupuestarios del seguro.

En cuanto al comportamiento de los ingresos y gastos del seguro de salud, es importante

señalar que ambos sufren los efectos derivados de las políticas de Gobierno.

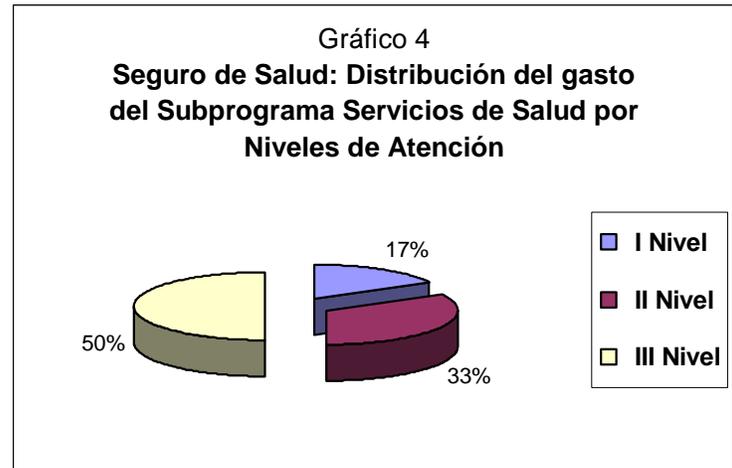
Desde el punto de vista de los ingresos, se observa que los montos incluidos en el Presupuesto del Gobierno Central por concepto de pago de cuotas al seguro de salud son menores que las obligaciones reglamentarias, lo cual tiene considerables implicaciones para las finanzas públicas y las estadísticas de deuda interna, debido a que los faltantes de pago por concepto de cuotas a la CCSS, al final de año se convierten automáticamente en deuda flotante con la institución. Dicho proceso implica una autorización legislativa para endeudamiento extraordinario del Poder Ejecutivo, debido a que la diferencia entre obligaciones reglamentarias y cuotas presupuestadas, se convierte directamente en deuda no documentada del Gobierno, que durante el período 1992-1997 ascendió, en total, a un 48,7% de los ingresos reglamentarios. Esta deuda se ha bonificado periódicamente en forma extraordinaria. A fines de 1997, el saldo de la deuda no documentada del Gobierno Central con el seguro de salud de la CCSS ascendía a ₡21.174,6 millones, luego de una bonificación extraordinaria por ₡32.272,2 millones, llevada a cabo en diciembre de ese año.

Por su parte, la posibilidad de que el Gobierno pueda cumplir con el mandato legal de cancelar la totalidad de sus obligaciones con la CCSS, se vincula con el grado de desarrollo económico que ha alcanzado el país, así como con la capacidad fiscal del Gobierno de cumplir oportunamente con las obligaciones impuestas. En todo caso, se debe tener presente que la posibilidad de que el Estado le permita a la CCSS que destine una mayor cantidad de recursos financieros a la ejecución de sus programas de salud, es una decisión de política económica y social, por cuanto involucraría, dado el déficit fiscal del Gobierno Central, disminuir la asignación de recursos financieros a otros programas y actividades públicos.

Desde el punto de vista de los egresos, la CCSS no goza de independencia en la determinación y manejo del presupuesto en función de la prestación de los servicios de salud, debido a la restricción impuesta por la reforma a la Ley de Equilibrio Financiero, que incluyó los gastos de salud dentro del control de la autoridad presupuestaria, lo que limita la libre disponibilidad de los recursos.

⁶ Caja Costarricense de Seguro Social (1998-k).

En el ámbito financiero, las acciones más importantes de la CCSS se han orientado a la búsqueda de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos a su disposición. En tal sentido, en vista de que aproximadamente el 83% de los gastos presupuestados del Subprograma Servicios de Salud se destinan al segundo y tercer nivel de atención, los que brindan principalmente atención hospitalaria,⁷ la estrategia institucional pretende disminuir la estancia hospitalaria media y las tasas de hospitalización por medio de un refuerzo del nivel primario de atención (Gráfico 4). Por lo tanto, la estabilidad del sistema financiero depende en parte del grado de éxito que pueda tener el modelo readecuado de atención de la salud, debido a que supone la liberación de recursos por medio de la mejora en la gestión, la atención preventiva y la resolución de la morbilidad desde un nivel ambulatorio. Paralelamente, el nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS busca que las unidades prestadoras de los servicios de salud brinden sus servicios de la forma más eficiente posible, para lo cual se les ofrecen incentivos si alcanzan metas de producción y calidad predeterminadas.



⁷ Información basada en el Presupuesto del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, correspondiente a 1998.

SECCION III LA RECTORIA DEL SECTOR SALUD

El componente de la Reforma del Sector Salud denominado “Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud” tiene como propósitos fortalecer la función rectora del MINSa dentro del Sistema Nacional de Salud, así como consolidar la labor estratégica del MINSa en torno a las funciones de dirección y conducción de la salud, regulación del desarrollo de la salud, vigilancia e investigación científica y desarrollo tecnológico, de conformidad con la normativa vigente. El Proyecto comprende actividades de consultoría y capacitación con el fin de revisar y adecuar las funciones y la estructura organizativa del MINSa a su misión de ente rector del sector, capacitar a su personal para hacer efectiva dicha misión, e instalar un sistema de información⁸.

SUSTENTO LEGAL DEL FORTALECIMIENTO Y LA REESTRUCTURACIÓN DEL MINSa

El análisis del marco constitucional y legal vigente, así como de la jurisprudencia constitucional en materia de ordenamiento jurídico administrativo, permite establecer que la estructura mínima que le confirió al MINSa su Ley Orgánica, sólo puede ser modificada mediante la promulgación de otra ley que la varíe, o simplemente que traslade la posibilidad de definir su organización interna por la vía del reglamento. Sobre el particular permanece pendiente la modificación de dicha Ley, de forma que se dote al MINSa de una nueva estructura administrativa.

En todo caso, la estructura organizacional requiere ajustarse a las transformaciones funcionales pretendidas en el marco de la Reforma del Sector Salud, de manera que el MINSa disponga de los niveles de autonomía local y regional necesarias para alcanzar la rectoría prevista.

Es importante señalar que los contratos de Préstamo suscritos con el BID, vigentes desde 1994, establecen que el Componente de Reestructuración del MINSa incluye actividades de consultoría y capacitación con el fin de “Revisar y adecuar el perfil funcional y la estructura organizativa del Ministerio de Salud según su misión de ente rector”. Sin embargo, el retraso en la ejecución del Proyecto, sobre lo cual se ahondará más adelante, condujo a que la revisión de estos perfiles se llevara a cabo durante 1997, sin que a la fecha se haya logrado una modificación legal en ese sentido.

MARCO JURIDICO QUE PERMITE AL MINSa EJERCER PLENAMENTE SU PAPEL RECTOR

Para que el MINSa cumpla con su función rectora, necesita la convergencia de una serie de elementos de índole política, administrativa y operativa; sin embargo, también debe contar con un elemento adicional (no único), que es la existencia de normativa apropiada y suficiente para el ejercicio de sus fines.

Para el cumplimiento de su función rectora, el MINSa cuenta con un marco jurídico básico, que le define la conducción de las políticas sectoriales (Recuadro 2). Sin embargo, este marco se complementa con disposiciones constitucionales y legales que le otorgan atribuciones a las instituciones autónomas del Sector, como son la CCSS, el ICAA, el INS y la Universidad de Costa Rica, para fijar políticas, así como para establecer y aplicar normativa en materia de su competencia. La relación del MINSa con estas instituciones es de dirección y no de jerarquía, respecto de los dictados del Poder Ejecutivo. En tal caso, la gestión del MINSa está condicionada por las prioridades sectoriales que se incorporen en el Plan Nacional de Desarrollo, así como por su capacidad de concertación política, para lograr que las metas de las referidas instituciones, sean congruentes con tales prioridades.

⁸ El tema del sistema de información será abordado en la Sección VII del presente documento.

Recuadro 2

Legislación que ampara la función de Rectoría por parte del MINSA

Ley General de Salud, No. 5395 del 30 de octubre de 1973:

“Artículo 2°- Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud ... la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestad para dictar reglamentos autónomos en estas materias.”

Ley Orgánica del Ministerio de Salud, No. 5412 del 8 de noviembre de 1973:

“Artículo 1°- La definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud ...”

“Artículo 2°- Son atribuciones del Ministerio:

- a) Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento;*
- b) Dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general; y ordenar las medidas y disposiciones ordinarias y extraordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población;*
- c) Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud, velando por el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas pertinentes;*
- ch) Ejercer la jurisdicción y el control técnicos sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas, así como coordinar sus acciones con el Ministerio;*
- d) La fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas, total o parcialmente, por el Estado o por las municipalidades o con fondos públicos de cualquier naturaleza;*
- g) Realizar todas las acciones y actividades y dictar las medidas generales y particulares, que tiendan a la conservación y mejoramiento del medio ambiente, con miras a la protección de la salud de las personas;*
- i) Mantener un sistema de información y estadística, relativo a la materia de salud, para cuyos efectos todas las instituciones que realicen acciones de salud pública y privada, están obligadas a remitir los datos que el Ministerio solicite, todo conforme al Reglamento respectivo; y*
- j) Cualquier otro que señalen la ley o los reglamentos, sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud.”*

Decreto Ejecutivo No. 14184-PLAN del 8 de enero de 1983:

“Artículo 12.- Corresponderá en forma indelegable al Ministro del Sector, en conjunto con el Presidente de la República:

- a) Definir la Política de Gobierno para su Sector;*
- b) Dirigir y coordinar al Sector...;*
- c) Velar porque la organización y funcionamiento de las instituciones del sector respondan adecuadamente a los requerimientos de los objetivos sectoriales, así como a las directrices o disposiciones superiores en materia de política y reforma administrativa.”*

Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN del 15 de febrero de 1983:

“Artículo 2°- Integran el Sector (Salud):

- a) El Ministerio de Salud;*
- b) El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica;*
- c) El Ministerio de la Presidencia;*
- ch) El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados;*
- d) La Caja Costarricense de Seguro Social;*
- f) Además, para asuntos específicos, los programas o actividades a cargo de las siguientes entidades que deban enmarcarse dentro de las políticas del Sector:*
 - Instituto Nacional de Seguros, en su programa de riesgos profesionales y cualesquiera otros atinentes a prevención y tratamiento;*
 - Universidad de Costa Rica, en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas; y*
- g) Cualesquiera otras instituciones que determine el Presidente de la República, atendiendo propuesta del Ministro de Salud.”*

Decreto Ejecutivo No. 19276-S del 9 de noviembre de 1989:

Artículo 1°- Entiéndase por Sistema Nacional de Salud el conjunto de instituciones y establecimientos que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad.

Artículo 11- El Sistema Nacional de Salud está conformado por...:

- a) Ministerio de Salud...*
- b) Caja Costarricense de Seguro Social...*
- c) Instituto Nacional de Seguros...*
- ch) Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados...*
- d) Universidades...*
- e) Servicios médicos privados, cooperativas y empresas de autogestión...*
- f) Municipalidades...*
- g) Comunidad...”*

En cuanto al marco de actuación del MINSA, el artículo 2° de su Ley Orgánica contiene un conjunto de atribuciones que no están orientadas al ejercicio de la rectoría, tales como las contenidas en sus incisos e), f) y h), relativas, en su orden, a la ejecución de acciones en materia de medicina preventiva; realización de acciones en materia de medicina curativa y de rehabilitación; y a la importación de ciertas drogas estupefacientes, sustancias y medicamentos, que aún permanecen dentro del marco de actividades dado al Ministerio.

Por otra parte, los gestores del Proyecto de Rectoría desde un inicio consideraron de importancia estratégica mantener bajo la administración del MINSA sus programas de Promoción y Protección de la Salud, Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano, así como el de Nutrición y Desarrollo Infantil, tanto en lo que se refiere a la función rectora de dichos programas, como a su manejo operativo. Estos programas operativos son de una gran envergadura y concentran la mayor parte del personal que actualmente labora para el Ministerio, lo que puede limitar la orientación de los recursos hacia el cumplimiento de las labores de rectoría sectorial previstas que, según se ha aducido, no han podido llevarse a cabo en forma efectiva a causa del énfasis puesto en las labores operativas.

Resulta de gran importancia que las autoridades del MINSA revisen la existencia de actividades adicionales que lo distraen de su tarea rectora, de forma tal que se puedan plantear modificaciones jurídicas concretas al marco funcional del Ministerio.

RECTORIA DE LA PRODUCCION SOCIAL DE LA SALUD: CONSENSO POLITICO Y COORDINACION INTERINSTITUCIONAL

Una condición indispensable para el avance del Proyecto de Rectoría ha sido el traspaso a la CCSS, a partir de 1996, de los servicios asistenciales y preventivos que hasta ese momento habían estado bajo responsabilidad del MINSA, para que la primera de estas instituciones asumiera la atención integral de la salud de las personas, prevista en el componente de "Readecuación del modelo de atención". Sobre este particular, el traspaso de programas y personal del MINSA a la CCSS ha

contado con un alto grado de coordinación interinstitucional.

La subsistencia del Proyecto de Rectoría se debe, en gran medida, a que la concepción de que el MINSA debe cumplir un papel de rector de la producción social de la salud en Costa Rica, ha formado parte de la agenda nacional de desarrollo de las tres Administraciones que han gobernado el país durante el transcurso de la presente década. Adicionalmente, desde la fase de diagnóstico y formulación del Proyecto de Rectoría y hasta el presente, sus objetivos así como las actividades específicas que se han llevado a cabo para cumplir con dichos objetivos, en términos generales han guardado congruencia con las problemáticas cuya necesidad de atención dio pie al Proyecto.

¿PUEDE EL MINSA EJERCER UNA RECTORIA EFECTIVA DE LA SALUD ?

Un balance de la función rectora del MINSA muestra que esta institución no ha logrado una vinculación estrecha con las instituciones que conforman el Sector, tales como el ICAA, el INS y las universidades.

En el caso particular del INS y el ICAA, entidades que de acuerdo con la legislación vigente forman parte del Sector Salud, no han sido incorporadas en forma continua en la formulación y desarrollo del Proyecto de Rectoría del Sector, pese a que son parte integrante del ámbito institucional sobre el cual se ejerce la rectoría sectorial. Por ejemplo, la Unidad Preparatoria del Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, fue constituida únicamente con funcionarios del MINSA, la CCSS y la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De igual manera, para la operacionalización del Proyecto, las instancias creadas solo contaron con participación del MINSA y la CCSS. Por ejemplo, en la Carta de Declaración Política respecto a la Reforma del Sector Salud, que el Gobierno de la República presentó en setiembre de 1993 a la Presidencia del Banco Mundial, se informa sobre la creación de un Consejo Interinstitucional MINSA-CCSS, responsable, entre otros asuntos, del análisis y diseño de la estructura organizativa y operativa del MINSA con miras a su papel rector. El Consejo finalmente quedó conformado por el Viceministro de Salud, así como por los jefes de la

Dirección General de Salud del MINSA, de la Gerencia Médica de la CCSS y de las Direcciones Regionales del MINSA y de la CCSS, quienes en definitiva coordinaron el traspaso de programas y funcionarios del MINSA a la CCSS.

Por su parte, la fase de ejecución del Proyecto no ha contado con una participación activa del INS, del ICAA ni de la Universidad de Costa Rica (que también desarrolla programas en el área de salud y forma parte del Sector) lo que puede dificultar que el MINSA, en su momento, alcance el nivel de incidencia deseado sobre la gestión de tales instituciones. Ello es crucial, si se toman en cuenta las problemáticas diagnosticadas para el Sector, en el Foro Nacional de Salud, denominado "Hacia la construcción colectiva de la salud", realizado en abril de 1998. En relación con el INS se indicó que el país carece, a las puertas del siglo XXI, de una política coherente, coordinada y concertada en materia de salud y seguridad en el trabajo y que se pretende atender el problema con paradigmas que sobradamente han demostrado su debilidad para proporcionar resultados de mayor impacto⁹.

En cuanto al ICAA, se admitió que en lo que respecta a la vinculación, comunicación y coordinación de las entidades del sector agua y saneamiento con las del sector salud, son prácticamente nulas y no existen programas integrados para la atención primaria de la salud, lo que quiere decir que aún cuando el ICAA utiliza información del Ministerio de Salud para definir y dirigir sus programas a las zonas más deprimidas y en aquellas en que este Ministerio está desarrollando programas, esto no responde a un procedimiento formalmente establecido y sistemático que permita aunar los esfuerzos de las distintas entidades hacia el logro de un objetivo común¹⁰.

Respecto a la participación de las universidades en el Proyecto, es menester señalar que los programas curriculares de formación del recurso humano en salud, aún no han sido adecuados a la nueva orientación de los servicios de salud, aspecto fundamental para que la rectoría se vea acuerpada con una gestión regional y local de construcción social de la salud efectiva. Al

respecto, en el citado Foro Nacional de Salud, se señaló que en las instituciones de Educación Superior consultadas (Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional, Universidad Estatal a Distancia) y en el CENDEISS (CCSS), la promoción de la salud no forma parte de los planes de estudio o de capacitación. Actualmente, lo que existe es un módulo que contempla aspectos conceptuales de la promoción de la salud, en el curso especial de posgrado de gestión local de salud para los médicos generales de los EBAIS¹¹.

Con respecto a la CCSS, el balance de la función rectora del MINSA muestra que ha existido una mayor relación interinstitucional, pero sería prematuro asegurar que estos vínculos se han consolidado en forma definitiva. Esto se hace más notorio en el nivel regional y local, en donde hace falta clarificar aún más, entre los funcionarios del MINSA, el alcance de esta relación, a fin de que orienten su gestión en función de las facultades y competencias de que gozan (Recuadro 3).

¿HASTA DONDE SE HA AVANZADO EN EL PROYECTO DE RECTORIA DEL MINSA? LOGROS ALCANZADOS Y AGENDA PENDIENTE

En el documento que contenía los términos de referencia del Proyecto de Rectoría, elaborado por la Unidad Preparatoria de Proyectos, se detalló la problemática que le dio origen al Proyecto, su objetivo general y específicos, los productos por alcanzar para satisfacer los objetivos y la fecha estimada para concluir cada uno de los productos.

De acuerdo con el cronograma de actividades contenido en el documento, los productos debían concluirse entre 1992 y 1996. Sin embargo, en estos años, el nivel de implementación del Proyecto fue muy escaso. Durante este lapso, pueden destacarse, como avances en el cumplimiento del Proyecto, la elaboración de los documentos que contenían propuestas de perfil funcional (diciembre de 1992) y de perfil estructural básico del MINSA (agosto de 1993), así como la puesta en marcha de algunas consultorías sobre el modelo de financiamiento propuesto para el MINSA. Con tales productos, se logró algún avance en el

⁹ Instituto Nacional de Seguros (1998), p. 6.

¹⁰ Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (1998), p. 6.

¹¹ Ministerio de Salud (1998-a), p. 33.

cumplimiento de los objetivos específicos del componente No. 1 “Desarrollo de las funciones estratégicas del MINSA” y del Componente No. 2 “Estructura organizacional, financiamiento y presupuesto”. Ahora bien, el cumplimiento de las

actividades relativas a los componentes No. 3 “Desarrollo institucional” y No. 4 “Evaluación del impacto” presentaban un retraso significativo.

Recuadro 3

Percepción del nivel regional y local del MINSA sobre el desarrollo del Proyecto de Rectoría

Entrevistas sostenidas con personal del nivel regional y local del MINSA evidenciaron que en estos niveles de la organización subsiste un panorama de incertidumbre respecto de la evolución del Proyecto de Rectoría. Entre las consideraciones del personal se destacan las siguientes:

- *En el ámbito local, la CCSS ha provisto al MINSA de información periódica para el ejercicio de la rectoría sectorial. Entre las demás instituciones del Sector Salud, se carece de una práctica consolidada de remisión de información a las Áreas de Salud del MINSA, de manera que esta se obtiene solo ante requerimiento expreso de las Áreas, lo que limita el conocimiento de la gestión realizada por importantes actores que intervienen en la construcción social de la salud. Los instrumentos de evaluación que el MINSA aplica en el nivel local solo están abarcando los servicios que brinda la CCSS en clínicas y por medio de los EBAIS. La evaluación no se ha extendido a otras instituciones ni a servicios de salud privados, lo que indica que el alcance de la rectoría parte de un ligamen interinstitucional MINSA-CCSS.*
- *Con el traslado del personal del MINSA a la CCSS, la disponibilidad de recurso humano calificado para ejercer la rectoría sectorial en esos niveles es mínima, si se excluyen los funcionarios que continúan ejecutando acciones de salud en forma directa (Alimentación y Nutrición, Control de Vectores, Saneamiento Ambiental). Es necesario desarrollar con mayor claridad el perfil funcional de las Direcciones de Área, así como conformar equipos interdisciplinarios y con formación profesional para el abordaje de los problemas de salud del Área, quienes se encuentren preparados para llevar a cabo procesos de negociación y concertación.*
- *Pese a los esfuerzos del MINSA por proveer de capacitación a directores de Área mediante posgrados en salud pública, buena parte del personal sigue careciendo de formación idónea en aspectos tales como registros estadísticos y saneamiento, además de que no se cuenta con una política definida sobre capacitación en las nuevas funciones y actividades que se perfilan para el MINSA, lo que ha dado como resultado que en este campo no se haya avanzado al mismo ritmo que en otras etapas del proceso de consolidación institucional.*
- *El modelo organizacional propuesto para el MINSA presupone un mayor nivel de autonomía de los niveles regionales y locales en los procesos de planificación, administración de los recursos y control. Esta condición se estaría alcanzando en cuanto a la labor de planificación, mediante los Análisis de Situación de Salud (ASIS) llevados a cabo en el ámbito local. Sin embargo, la adquisición de bienes y servicios y la administración de los recursos financieros presentan un nivel de centralización muy elevado, básicamente en las dependencias ubicadas en las oficinas centrales del MINSA.*
- *El modelo de rectoría sectorial introduce modificaciones en el perfil funcional de los niveles regionales y locales del MINSA. Al respecto, se hace necesario avanzar con prontitud en la clarificación de las condiciones laborales del personal de esos niveles, mediante la elaboración de los manuales de puestos y las reclasificaciones correspondientes, pues las clases de puestos actuales aún no responden a las labores de rectoría previstas.*

Incluso, durante 1994 y 1995, comisiones interinstitucionales MINSA-CCSS, con participación de asesores de la OPS, elaboraron un gran número de propuestas para un Plan Operativo del Proyecto. Sin embargo, pese a una cantidad considerable de recursos humanos, financieros y materiales destinados a esta labor, ninguna de las propuestas fue puesta en ejecución. El examen de los documentos, permite observar cómo en cada uno de ellos se retrasaba la iniciación de las actividades ahí contempladas.

En cuanto a los motivos que contribuyeron a que se presentara el referido retraso en el cumplimiento del cronograma de implementación del Proyecto, se ha señalado que el retraso se originó, principalmente, por la necesidad de la Administración Figueres Olsen de dar prioridad, durante 1994 y 1995, a las campañas de combate del dengue, la malaria y el sarampión, así como por el apoyo brindado a

la Readequación del modelo de atención, cuyo eje principal fue la constitución de los EBAIS¹².

Sin perjuicio de tales argumentos, es menester señalar que durante 1994 y 1995, hubo un nivel de relación bastante limitado entre las autoridades del MINSA y de la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, encargada esta última de la administración del Proyecto de Rectoría. La razón de este distanciamiento parece obedecer a que, al establecerse mediante Ley que la administración del Proyecto de Rectoría del Sector Salud le corresponde a la CCSS, por medio de la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, ello implicó que el MINSA no dispusiera del margen de discrecionalidad necesario para orientar el uso de los recursos del financiamiento externo, mientras que, por otra parte, el proceso de planificación llevado a cabo en la Unidad Ejecutora se extendió de tal manera que la etapa de ejecución del Proyecto no pudo iniciarse durante esos años.

A inicios de 1996 y en vista de que no se había puesto en ejecución ninguna de las propuestas para un Plan Operativo, se establece la Oficina Coordinadora del Proyecto de Rectoría, dependiente del Despacho del Viceministro de Salud. Esa Oficina asume la responsabilidad por la ejecución del Proyecto y a inicios de 1997, luego de meses de negociaciones y acuerdos entre personeros del BID, la CCSS y el MINSA, comienza a ejecutar un Plan Operativo del Proyecto.

El producto más importante generado durante la gestión de la Oficina Coordinadora ha sido una propuesta de reestructuración del MINSA, aprobada por MIDEPLAN el 25 de febrero de 1998.

Sobre este particular, las nuevas autoridades del MINSA tienen establecida como meta la revisión de las actividades, funciones y responsabilidades en el ejercicio de la rectoría, asignadas en la propuesta de reestructuración a los funcionarios del nivel regional y local del MINSA, por cuanto existen dudas en cuanto a si la cantidad de personal, así como el nivel técnico con que éste cuenta, son los apropiados para llevar a cabo la gestión encomendada,

¹² Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1998-c), p. 214.

máxime tomando en cuenta que en la propuesta se les extienden las facultades de que disponen para resolver determinados asuntos en su área técnica y geográfica.

La situación antes descrita demanda como una tarea impostergable la clarificación del papel que van a desempeñar esos funcionarios dentro del perfil de rectoría propuesto pues, dentro del ámbito de acción que en definitiva cubra el MINSA, debe existir una lógica concordancia entre las funciones y actividades encomendadas y la cantidad e idoneidad del contingente responsable de llevarlas a cabo¹³. Caso contrario, puede producirse un serio debilitamiento de la labor del MINSA en aquellos campos en los que aspira a posicionarse.

Por su parte, se han logrado avances en la readequación de los programas de salud pública que seguirán siendo ejecutados por el MINSA, mediante actividades tales como implementación del cambio organizacional en la División de Saneamiento Ambiental y en la Dirección de Controles y Registros, constitución del área de Acreditación de Servicios de Salud, obtención de asesoría técnica en la validación de la propuesta metodológica de ASIS, institucionalización de la metodología de evaluación de resultados y diseño de un programa para clasificar las solicitudes de permisos sanitarios de funcionamiento ante el MINSA de acuerdo con el nivel de riesgo de la respectiva actividad.

La capacitación del personal del MINSA, financiada con recursos del BID, se ha orientado, fundamentalmente, a maestrías para el personal profesional, en áreas tales como gerencia de proyectos, salud pública, legislación ambiental, epidemiología, bioética y farmacia industrial. Sin embargo, a mayo de 1998, permanecía pendiente el desarrollo de un programa de capacitación para el personal de nivel técnico que ejecuta las acciones de Salud Pública del MINSA, que cubra aspectos tales como el establecimiento de estándares, la

¹³ Sobre la estructura organizativa propuesta para el MINSA, la misión técnica del Banco Mundial que visitó el país en 1997, señaló que no parecía justificada una función rectora articulada en tres niveles administrativos (central, regional y dirección de área), por lo que recomendó que el MINSA ejerciera su función rectora desde el nivel central, a fin de evitar una doble estructura CCSS-MINSA en el ámbito regional y local. Véase: Banco Mundial (1997).

vigilancia epidemiológica y el uso de instrumentos estadísticos para la vigilancia de la salud.

Existen aspectos en los cuales se requiere un mayor esfuerzo del MINSA, a fin de alcanzar la consolidación del modelo de rectoría propuesto. Estos son:

Consolidación del traspaso de los programas operativos, personal y recursos materiales.

Pese al avance notable en la conformación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), aún permanece abierto un número elevado de puestos y centros de salud del MINSA, principalmente en la Gran Área Metropolitana, así como un grupo de funcionarios del MINSA que aún no han sido trasladados a la CCSS. Mientras no se encuentre articulada en forma definitiva la red de servicios de salud, bajo la administración de la CCSS, el MINSA no podrá direccionar sus esfuerzos hacia las funciones sustantivas, ni se logrará la consolidación definitiva del modelo readecuado de atención de la salud.

Cumplimiento del plazo para ejecutar el Proyecto. De acuerdo con el Plan Operativo establecido, el Proyecto de Rectoría debe estar concluido el 13 de noviembre del año 2002. Sin embargo, presenta retrasos en su ejecución, lo que tiene implicaciones de gran importancia para el desarrollo de la Reforma del Sector Salud como un todo, por cuanto se entiende que

un bajo nivel de cumplimiento de las metas formuladas puede producir un efecto multiplicador sobre los demás componentes, en especial sobre el de Readecuación del modelo de atención, dando como resultado que estos se desarrollen en forma desvinculada de las orientaciones de política sectorial que deben gestarse desde el MINSA, con la consiguiente pérdida de integralidad y efectividad en su ejecución.

Otra consecuencia importante del retraso en la ejecución de las actividades previstas lo es que una porción considerable del financiamiento por U.S. \$ 4.170.000, aportado por el BID para el desarrollo del Proyecto, no se ha ejecutado dentro de los plazos originalmente establecidos, dando como resultado que al 31 de julio de 1998, sólo se haya ejecutado aproximadamente el 16,97% del total de recursos otorgados (Cuadro 3). Esto ha incidido en el pago de comisiones de compromiso por el financiamiento aprobado por el BID y no ejecutado por el Proyecto, con el consiguiente incremento del costo financiero de este¹⁴ y evidencia que la programación de actividades no contempló holguras de una magnitud equiparable a las que en definitiva está demandando actualmente el Proyecto, cuyo plazo para la aplicación de los fondos externos finaliza el 19 de enero del año 2000. Ello ha dado pie a que las autoridades del MINSA estén negociando con el BID una ampliación de cinco años para la ejecución del financiamiento.

¹⁴ A julio de este año, las comisiones pagadas ascendían a U.S. \$1.198.207 (U.S. \$769.756 por el Préstamo No. 711 OC/CR y U.S. \$428.451 por el No. 712 OC/CR). Si bien es cierto estos préstamos también están financiando la construcción tanto del Nuevo Hospital Regional de Alajuela como de infraestructura física para sedes de EBAIS, una parte de estas comisiones puede atribuirse al bajo nivel de ejecutoria del Proyecto de Rectoría, tal como se mencionó anteriormente.

Cuadro 3

Ejecución de los fondos del Proyecto de Rectoría del MINSA al 31 de julio de 1998, provenientes del financiamiento otorgado por el BID y de la contrapartida nacional, establecidos en los contratos de préstamo Nos. 711 OC/CR y 712 OC/CR (en U.S. dólares)

Concepto	Fondos asignados	Fondos ejecutados	Porcentaje de ejecución
Financiamiento BID	\$4.170.000,00	\$707.605,59	16,97%
Contrapartida nacional	624.000,00	310.959,85	49,83%
TOTAL	\$4.794.000,00	\$1.018.565,44	21,25%

Fuentes:

Ministerio de Salud. Listado Histórico de Contabilidad General. Información al 6 de agosto de 1998.

Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Unidad Ejecutora de Proyectos CCSS-BID-MS. Area Financiera.

Banco Interamericano de Desarrollo (1992).

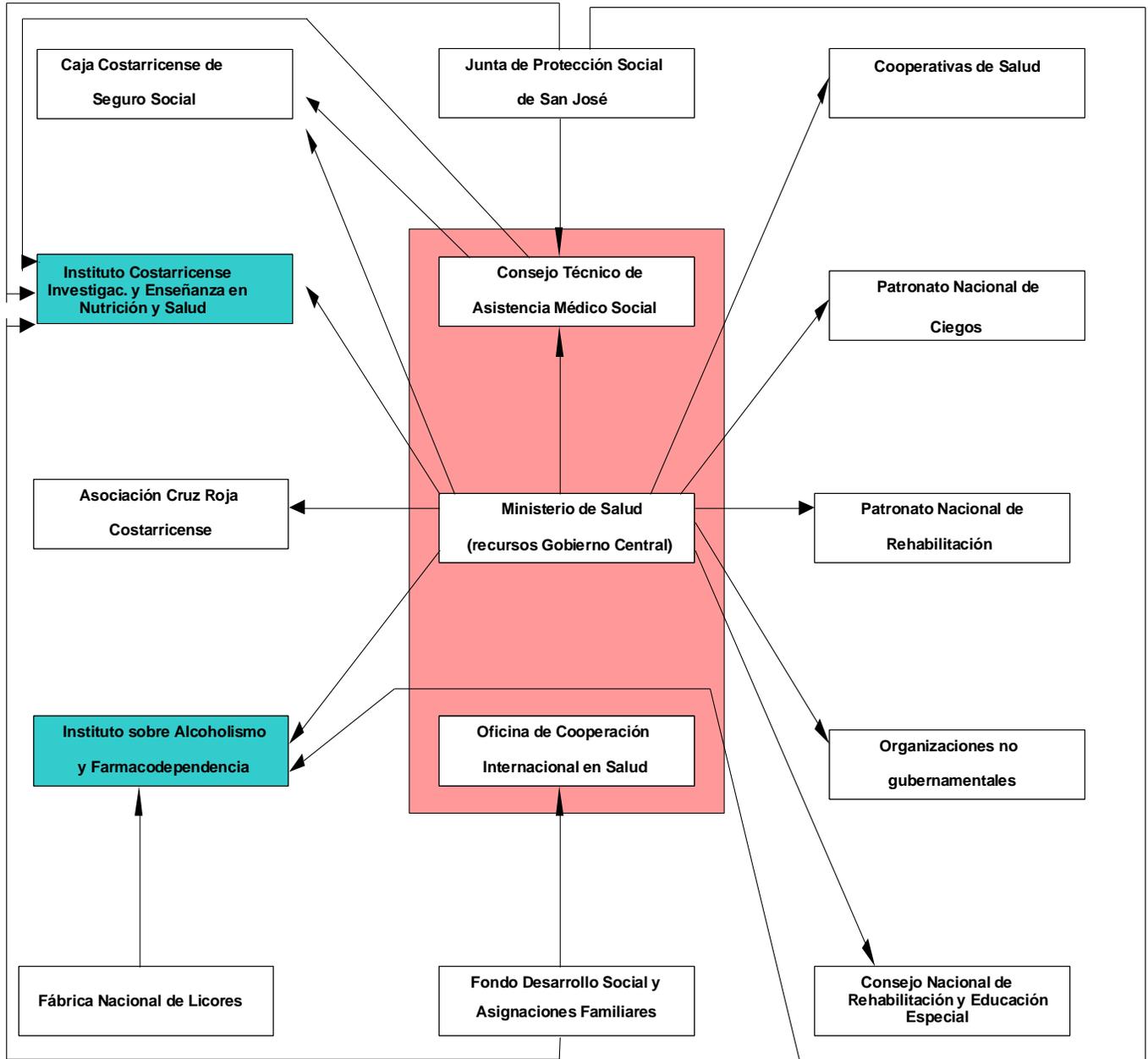
Simplificación del modelo de financiamiento.

El MINSA tiene como uno de sus retos importantes la simplificación del modelo de financiamiento existente, pues los recursos provienen de fuentes muy diversas, además de

que el recorrido que siguen hasta su ingreso al MINSA es sumamente complejo, lo que dificulta una programación apropiada de los gastos a ejecutar y tiene una incidencia negativa sobre la efectividad de los programas (Figura 1).

Figura 1

Detalle de las fuentes de financiamiento del MINSA y de sus instituciones adscritas y de la movilización de los recursos financieros a través de sus organismos presupuestarios



- Organismos Presupuestarios del Ministerio de Salud
- Instituciones adscritas al Ministerio de Salud
- Ruta de los recursos financieros

Fuente: Contraloría General de la República. Presupuestos de instituciones del Sector Salud, 1997.

SECCION IV

LA READECUACION DEL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD

Bajo el modelo readecuado de atención de la salud, la CCSS aborda en forma integral el proceso de salud-enfermedad, es decir, desde una óptica biológica, psíquica y social. La atención se debe brindar de manera continua y abarca tanto al individuo como al entorno familiar, comunitario y ambiental en el cual se desarrolla, dándole énfasis a las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria. La readecuación plantea la necesidad de que las acciones en materia de salud se inspiren en todo momento en los principios básicos del sistema de salud costarricense: universalidad, solidaridad y equidad. Los servicios deben cubrir a toda la población, sin limitaciones geográficas, sociales, económicas y culturales, lo que implica introducir mejoras en la accesibilidad, cobertura, oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios prestados, así como en la contribución al financiamiento del sistema.

El instrumento principal para poner en operación el modelo readecuado ha sido la constitución de los equipos de salud del primer nivel de atención, compuestos por Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y Equipos de Apoyo. Los EBAIS se integran con un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria (ATAP), quienes atienden poblaciones entre 4.000 y 5.000 personas y desarrollan el programa de atención integral en salud, que comprende acciones de promoción y prevención de la salud, atención ambulatoria de enfermedades mediante consulta de medicina general, así como acciones en rehabilitación, en sitios como escuelas, colegios, fábricas, empresas, el establecimiento de salud donde estén ubicados, salones comunales y viviendas. Las poblaciones atendidas por varios EBAIS se agrupan en Areas de Salud (normalmente equivalen a cantones), a cargo de un Director Local de Salud, quien además dirige un Equipo de Apoyo integrado por un médico de familia, una enfermera general, un odontólogo, un farmacéutico, un microbiólogo, un trabajador social y una nutricionista, quienes realizan supervisión y educación continua y apoyan a los

EBAIS de su Area en la atención de los problemas de salud de toda la población a su cargo, además de que son responsables de prestar servicios de farmacia, laboratorio y odontología.

Una característica importante del proceso de salud-enfermedad es la variada índole de sus factores determinantes. Para el caso concreto del modelo readecuado de nuestro país, la amplia gama de causas de la condición de salud de los individuos limita la posibilidad de efectuar interpretaciones que relacionen en forma directa el efecto de las acciones de salud adoptadas con la readecuación, sobre los índices de salud de la población sujeta a análisis. Además, se ha señalado que los servicios que brindan los sistemas nacionales de salud sólo resuelven una porción limitada de los problemas de salud de las personas y que para obtener una aproximación confiable del impacto de las medidas adoptadas sobre los indicadores de salud, mediante un análisis del comportamiento de los referidos indicadores a través del tiempo, tal análisis ha de llevarse a cabo solo después de transcurrido un período prolongado y que las acciones se hayan adoptado en forma continuada y en espacios geográficos claramente delimitados.

Tal cuadro de situación obliga a evaluar el modelo readecuado, con base en el avance que muestren los elementos que han sido considerados clave para el éxito del modelo.

INTEGRACION DE SERVICIOS MINSA-CCSS Y CREACION DE EBAIS Y AREAS DE SALUD

El avance importante que a la fecha muestra el proceso de apertura de Areas de Salud se debe, fundamentalmente, a que se llevó a cabo en forma concertada y participativa.

La puesta en marcha del proceso de apertura ha corrido a cargo de la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización de la CCSS, así

como la divulgación del marco conceptual de la readecuación a todos los grupos de la institución y externos a ella, interesados en conocer del proceso. A partir de 1995 la Dirección Técnica de Servicios de Salud, dependencia de la Gerencia Médica de la CCSS, se hace cargo de la consolidación de las Areas abiertas y por abrir en el futuro. Por su parte, las Direcciones Regionales del MINSA y de la CCSS participaron en la elaboración de las propuestas de sectorización y ubicación de las sedes de EBAIS, con el concurso de aquellas comunidades que mostraban un alto grado de organización social.

ARTICULACION DE LA RED DE SERVICIOS: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La organización de los servicios de salud, mediante una red de establecimientos prestadores de los servicios, se plantea como consecuencia lógica de la existencia de una escala de complejidad de las patologías biológicas, psíquicas y sociales que requieren ser atendidas, tanto en forma ambulatoria como hospitalaria, así como una necesidad derivada de la limitación de recursos disponibles para la atención. Por lo tanto, el funcionamiento eficiente de la red de servicios de salud, bajo niveles resolutivos predeterminados, ha sido considerado como uno de los elementos centrales de la readecuación, pero a su vez uno de los más complejos.

El panorama actual en cuanto al nivel resolutivo ¹⁵de los centros prestadores de servicios sigue presentando muchas de las inconsistencias detectadas y discutidas por el personal de salud, como por ejemplo: subutilización de la capacidad instalada en algunos centros, sub o sobredimensionamiento físico en otros, saturación, consulta externa de medicina general en los servicios de emergencia y adscripción de segmentos poblacionales para

¹⁵ La capacidad de resolución de un establecimiento de salud está dada por el nivel de complejidad que posee. Entendiéndose por complejidad el grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por este. Se considera que la complejidad está compuesta por los siguientes elementos: (a) grado de diferenciación de todos los servicios (finales, intermedios y administrativos), (b) grado de especialización y capacitación del recurso humano que presta los servicios y (c) equipamiento.

consulta externa en medicina general, a centros de un mayor nivel de complejidad.

En el marco de la readecuación del modelo de atención, la OPS, en asocio con la CCSS, realizó un estudio de la capacidad resolutiva de los niveles secundario y terciario de atención en salud, del cual se desprenden conclusiones importantes, que pueden contribuir a orientar los ajustes que en el futuro se lleven a cabo en la oferta de servicios (Recuadro 4)

Durante el cuatrienio 1994-1998, el énfasis institucional de la CCSS estuvo orientado a la consolidación de la red de establecimientos prestadores de servicios del primer nivel de atención, con el propósito, entre otros, de ayudar a descongestionar en el mediano plazo la demanda existente en el segundo y tercer nivel. Se espera que las acciones de salud del primer nivel atiendan las patologías en etapas de avance cuya resolución no demande referencia a centros de mayor nivel de complejidad. Ahora bien, para ajustar la red de servicios de salud existente, al nivel resolutivo deseado, se requeriría de una inversión sustancial, pues algunas de las inconsistencias antes señaladas solamente pueden ser atendidas si se dispone de un mayor contingente de recursos humanos para ello, mientras que otras demandarían crecimiento de infraestructura y adquisición de equipo. En todo caso, la articulación de la red de servicios debe tender, tanto como las circunstancias lo permitan, hacia ese nivel deseado, pues en el mediano y largo plazo contribuyen a reducir los costos de la atención y así los centros de atención más especializada dejarían de llevar a cabo actividades que en principio corresponden a otros de menor complejidad.

Por su parte, el funcionamiento efectivo de un sistema de referencia y contrarreferencia a lo largo de toda la red de servicios de salud favorece la continuidad de la atención, pues los profesionales en salud se informan entre sí sobre los diagnósticos de las atenciones, de modo que el tratamiento de las enfermedades puede llevarse a cabo con un mayor grado de conocimiento por parte del personal involucrado.

Recuadro 4

La OPS en conjunto con la CCSS, realizaron un estudio de la capacidad resolutive del segundo y tercer nivel de atención en salud de esta última institución. Del referido estudio se derivaron los siguientes productos:

- *Determinación del perfil de resolutive en cuanto a consulta externa, hospitalización y urgencias que presentaban, a 1995, los establecimientos que componen los niveles II y III de atención.*
- *Inventario físico del equipo biomédico de la CCSS en el nivel hospitalario y en clínicas tipo III y IV.*
- *Distribución del personal médico por servicio y tipo de establecimiento para esos hospitales y clínicas, oferta de camas y consultorios, así como la condición del espacio físico de los servicios de apoyo.*
- *Protocolización de más de 2000 patologías dentro de 216 grupos de diagnóstico relacionados (GDR), que equivale a aproximadamente el 70% del total de morbilidades registradas en el nivel hospitalario.*
- *Elaboración de seis opciones de capacidad resolutive y realización de un cálculo de costos directos e indirectos para cada una de ellas. Es importante señalar que, de estas opciones, la que presentaba el menor costo comparativo era la que se fundamentaba en una modificación de la distribución y volumen de la demanda, sobre la base del impacto que se espera generen las acciones oportunas y eficaces en la atención primaria.*
- *Descripción de los esquemas de adscripción dentro de la red de establecimientos prestadores de servicios en los niveles II y III, así como una propuesta de readscripción para esos niveles, para lo cual se identificó la necesidad de que existan tres nuevos hospitales de mediana complejidad para atender las poblaciones del Area Metropolitana que tienen adscripción directa a los hospitales nacionales.*

Adicionalmente, el estudio generó algunos hallazgos importantes sobre los servicios de salud proporcionados en los citados niveles de atención, entre los que se destacan los siguientes:

- *Los hospitales nacionales realizan un 52% de actos quirúrgicos que pueden efectuarse en hospitales de menor complejidad, sin impactar adversamente la calidad de la atención.*
- *Los hospitales regionales manejan básicamente el mismo grupo de diagnósticos que los hospitales periféricos, y cualitativamente resuelven patologías de similar complejidad que los periféricos. Por ende no se constituyen en una opción de verdadera referencia para el nivel periférico.*
- *Los hospitales periféricos I, II y III manejan el mismo grupo de patologías, y no se refieren entre sí mismos, es decir que los tres tipos de periféricos conforman un solo nivel de complejidad.*
- *El 76% de los egresos de los tres hospitales nacionales pudo haberse realizado en un nivel regional (29%) o Periférico (47%), sin impactar adversamente la calidad de la atención.*
- *No existen procesos rutinarios y sistemáticos en la CCSS para determinar el perfil de la consulta en los servicios de urgencia.*
- *El país presenta diversos esquemas de adscripción, con poblaciones que deben ser atendidas directamente en un hospital nacional para cualquier tipo de patología, lo que provoca que se dedique una parte importante de sus recursos a patologías de baja y mediana complejidad, incluyendo atención primaria, así como casos de clínicas que refieren directamente a un hospital nacional, lo que provoca que se atiendan patologías de menor complejidad que podrían haberse resuelto en un hospital periférico o regional si este existiera.*
- *No existe un sistema de referencia adecuado, debido a que hospitales de niveles diferentes manejan básicamente el mismo grupo de patologías. Con frecuencia los pacientes recurren al nivel más complejo sin haberse dirigido a los demás hospitales de la red. Además, no existe un sistema de contrarreferencia efectivo, dado que los pacientes que se refieren casi nunca son devueltos a los niveles inferiores.*
- *La CCSS carece de una base de datos que cuente con un detalle de la dotación de equipo médico por centro, con sus especificaciones técnicas, estado actual, vida útil y nivel de utilización real y potencial.*
- *Uno de cada diez equipos biomédicos de la CCSS no está en buen estado.*
- *El 6% del equipo biomédico se encuentra subutilizado.*
- *Los hospitales no trabajan unidos, no hay una guía fuerte y uniforme para trabajar con la adquisición, operación, mantenimiento y reemplazo del equipo biomédico.*
- *Hay desbalances en los servicios, con las unidades quirúrgicas y de emergencias muy equipadas y con buenas estructuras, mientras que las unidades de tratamiento intensivo presentan debilidades estructurales y algunas de estas últimas, aunque cuentan con muy buenos equipos, estos no rinden su potencial por falta de espacio.*
- *La adquisición de los equipos no es coordinada entre las dependencias de la CCSS.*
- *Los hospitales de menor complejidad muestran una baja capacidad instalada.*
- *Los servicios de apoyo en los hospitales presentan, en mayor o menor grado, grandes inconvenientes en cuanto a sus instalaciones, como por ejemplo: espacio físico reducido, falta de iluminación, ventilación inadecuada y poca exclusividad derivada de que se comparten áreas.*

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social-Organización Panamericana de la Salud (1996).

Sobre este particular, los compromisos de gestión suscritos por la CCSS con las Areas de Salud y hospitales, para los años 1997 y 1998 contienen cláusulas organizativas y de actividad de atención, que establecen el registro de referencias de consulta externa, urgencias y hospitalización, por parte de estos prestadores de servicios. Sin embargo, no se han establecido indicadores adicionales que impacten en forma significativa la gestión en términos de capacidad resolutive y de niveles de referencia y contrarreferencia, por lo que estos aspectos aún no están siendo abordados dentro de dicha modalidad de gestión de los recursos.

Según se pudo constatar en las visitas efectuadas a Regiones y Areas de Salud, la mayoría de los médicos especialistas no están llenando los formularios de contrarreferencia, pese a que están llamados a realizar dicha labor. Estos profesionales aducen que la preparación de los referidos formularios consumiría mucho tiempo, en perjuicio de la oportunidad en la atención. Amén de esta consideración, quizás el mayor reto sea introducir una cultura de registro de actividades entre los especialistas. Por su parte, de acuerdo con los procedimientos establecidos, generalmente es el paciente quien debe trasladar la contrarreferencia al médico general, lo que implica que este deberá realizar una labor educativa entre la población, para garantizar que se reciban los formularios de contrarreferencia y con ello se fomente la continuidad en la atención.

LA EXTENSION DE LA OFERTA DE SERVICIOS Y EL RETO DE LA EQUIDAD

Gran parte de los recursos invertidos en la Reforma del Sector Salud, han sido destinados a reposicionar la estrategia de atención primaria como puerta de entrada a los servicios públicos de salud.

La estrategia adoptada priorizó la constitución de Areas y EBAIS en las Regiones periféricas del territorio nacional¹⁶, lo que dio como resultado que la tasa de médicos, auxiliares de

enfermería y asistentes técnicos de atención primaria por cada 1.000 habitantes, muestre un mayor crecimiento porcentual en esas Regiones y que en ellas se encuentre casi finiquitado el traspaso de los funcionarios del MINSA a la CCSS.

Ya para 1995, el 25,7% de la población nacional se encontraba cubierta por los EBAIS. Esa cifra ascendió al 37,0% en 1996 y al 48,0% en 1997¹⁷, así como a un 64,2% en mayo de 1998¹⁸ (Gráfico 5), cobertura importante si se toma en consideración que excluye la mayor parte de la población ubicada en las Regiones centrales del país, en las que, a mayo del presente año, se ubicaban 23 de las 24 Areas de Salud que se encuentran sin inaugurar o funcionando parcialmente, según datos de la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización de la CCSS (Cuadro 4).

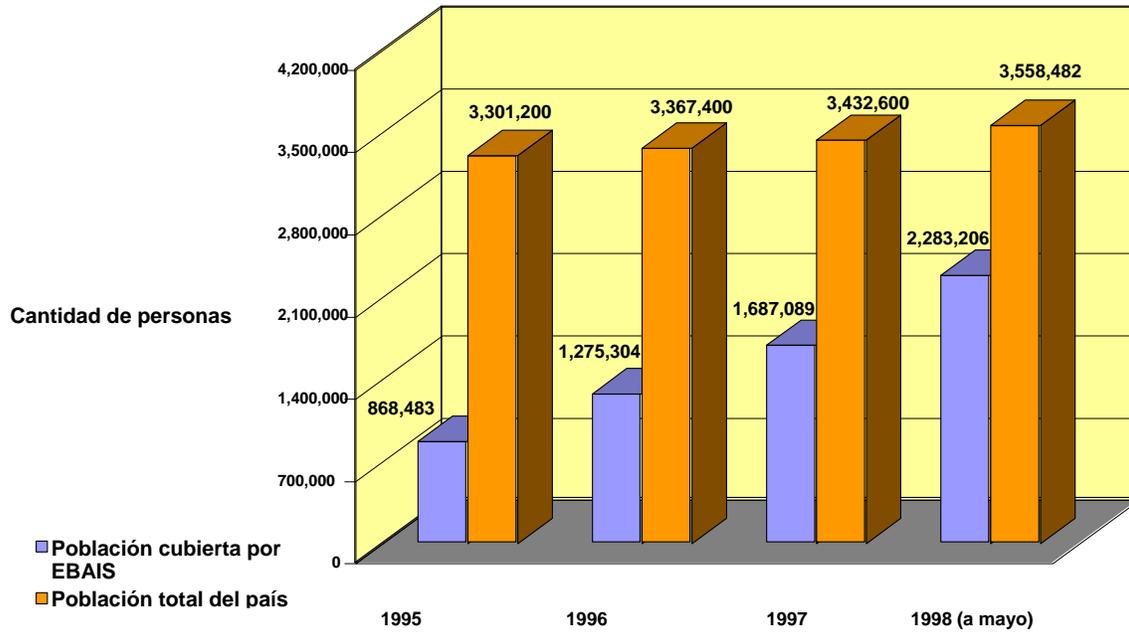
El que se haya iniciado la constitución de Areas y sectores fuera de la Gran Area Metropolitana ha permitido que las necesidades de los grupos de población que presentaban condiciones más inequitativas en la distribución de los recursos y en el acceso a los servicios de salud, fueran atendidas con un criterio de democratización de oportunidades.

¹⁶ Para efectos del presente análisis, las siete regiones de salud que conforman la división regional adoptada por la CCSS, serán organizadas en dos grupos: Regiones centrales (Central Norte y Central Sur) y Regiones periféricas (Huetar Norte, Huetar Atlántica, Chorotea, Pacífico Central y Brunca).

¹⁷ Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1998-b), p. 61.

¹⁸ De acuerdo con datos suministrados por la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización de la CCSS.

Gráfico 5
Población cubierta por EBAIS, período 1995-1998
(cifras acumuladas)



Fuentes: Unidad Ejecutora Proyecto Modernización de la CCSS
 Dirección General de Estadística y Censos

Cuadro 4
Áreas de la CCSS inauguradas, funcionando parcialmente y sin inaugurar,
a mayo de 1998

Región	Áreas de Salud inauguradas, con todos sus EBAIS en funcionamiento			Áreas de Salud funcionando parcialmente (pendientes de inaugurar pero con EBAIS abiertos)					Áreas de Salud sin inaugurar (con todos sus EBAIS sin abrir)			Total		
	Áreas	EBAIS abiertos	Poblac.	Áreas	EBAIS abiertos	Poblac.	EBAIS por abrir	Poblac.	Áreas	EBAIS por abrir	Poblac.	Áreas	EBAIS	Poblac.
Central Norte	15	124	546.096	4	8	27.855	52	208.777	7	93	374.738	26	277	1.157.466
Central Sur	10	89	364.009	6	31	133.348	75	337.507	6	70	328.390	22	265	1.163.254
Chorotega	12	79	288.777	0	0	0	0	0	0	0	0	12	79	288.777
Huetar Norte	7	45	155.389	0	0	0	0	0	0	0	0	7	45	155.389
Huetar Atlántica	9	96	340.258	0	0	0	0	0	0	0	0	9	96	340.258
Pacífico Central	8	63	182.409	0	0	0	0	0	0	0	0	8	63	182.409
Brunca	5	45	163.161	1	19	81.904	6	25.864	0	0	0	6	70	270.929
Total	66	541	2.040.099	11	58	243.107	133	572.148	13	163	703.128	90	895	3.558.482

Fuente:
 Unidad Ejecutora Proyecto Modernización Caja Costarricense de Seguro Social

EVALUACIONES AL MODELO READECUADO Y AL SERVICIO BRINDADO POR LOS EQUIPOS DE SALUD

Las evaluaciones del modelo readecuado y de la oferta de servicios de los equipos de salud, llevadas a cabo hasta el momento, ponen en evidencia condiciones importantes que son susceptibles de mejora.

La primera evaluación de las Areas de Salud.

Esta fue llevada a cabo en setiembre de 1995 a las 31 Areas de Salud de la CCSS que en ese momento se encontraban en funcionamiento. La evaluación mostró que los funcionarios del nivel local conocían el marco conceptual del modelo y el perfil funcional definido para los equipos de salud y que admitían los avances alcanzados en el proceso de desconcentración administrativa y en la capacitación al personal, aunque también externaron su preocupación por la falta de reestructuración y readecuación de funciones en los niveles central y regional, la carencia de una cultura institucional orientada hacia la participación social, la formación de profesionales en el modelo de atención anterior y la escasez de recursos materiales y personal de apoyo para llevar a cabo su labor¹⁹. Para cada uno de los temas antes citados, se establecieron las principales fortalezas y debilidades. Fruto de este diagnóstico, se definió un conjunto de estrategias de intervención, con las que se procuraba hacer frente a las debilidades encontradas. Una de las medidas más importantes adoptadas en relación con el seguimiento antes señalado, fue reforzar dentro del proceso de consolidación de Areas, el tema del trabajo en equipo, pues en ese momento no mostraba el grado de desarrollo deseado.

El estudio de la Sección de Investigación de Servicios de Salud.

Esta investigación se realizó durante el segundo semestre de 1996 y abarcó toda la población de EBAIS y Areas de Salud inaugurados a ese momento, con el fin de determinar el grado de implementación del modelo en cuanto a aspectos conceptuales, administrativos, organizacionales y de recursos humanos, materiales y físicos, e identificar la

información disponible y la oferta de servicios existente en las Areas de Salud. Por su parte, interesaba conocer la opinión de los funcionarios de los EBAIS y equipos de apoyo de las Areas, sobre los aspectos favorables, desfavorables, logros, recomendaciones y apoyo recibido por parte de los niveles superiores. Entre los hallazgos positivos más relevantes, se destaca el hecho de que existía un cumplimiento elevado de las actividades básicas de atención integral, que el proceso de implementación ha promovido el trabajo en equipo al interior del EBAIS y que la información sobre la producción de servicios, en cuanto a las actividades de atención a las personas, promoción, educación y atención al ambiente, se encontraba disponible en la mayoría de las Areas de Salud. Por su parte, se presentaban debilidades importantes en aspectos como el proceso de planificación de los EBAIS y Areas de Salud, la participación comunitaria, el apoyo de la Administración del Area y del Equipo de Apoyo en relación con el Sistema de Información, en las visitas a los centros de trabajo, en los programas de educación y comunicación en salud, en el monitoreo del cumplimiento de metas por parte de los EBAIS y en el mecanismo de control y seguimiento de las referencias y contrarreferencias²⁰.

Evaluaciones de Areas que firmaron compromisos de gestión.

Durante 1997, las cinco Areas de Salud que suscribieron compromisos de gestión fueron objeto de evaluaciones, a fin de precisar el grado de cumplimiento de las cláusulas organizativas, de actividades, de calidad y servicio al usuario y de atención integral, estipuladas en tales compromisos. Aunque las evaluaciones solo cubren una porción muy limitada dentro del total de Areas inauguradas (al finalizar 1996 la cifra era de 45 y al concluir 1997 ya alcanzaba 53), los resultados obtenidos ofrecen la ventaja adicional de que parten del cumplimiento de metas previamente negociadas, lo que hace suponer un esfuerzo importante de parte de esas Areas, por alcanzarlas. Por ejemplo, en la evaluación del primer semestre se señala que aún no existe una verdadera participación social, pues los Análisis de Situación de Salud (ASIS) siguen siendo teóricos, a lo interno de los servicios de salud y no trascienden a otros

¹⁹ Los resultados de la evaluación se encuentran consignados en el Acta de la Sesión No. 6999 de la Junta Directiva de la CCSS, del 13 de febrero de 1996.

²⁰ Caja Costarricense de Seguro Social (1997-d), pp. 1-9.

actores sociales, por lo cual no se vislumbra un plan local de salud. Igualmente se indicó que los equipos de apoyo requieren capacitación en el diseño e implementación de proyectos, pues algunos de los presentados no reúnen los requisitos mínimos. Además, que la mayoría de los centros no verifican que los registros llevados por ellos, estén respaldados por actividades anotadas en los expedientes²¹. Por su parte, en la evaluación de cláusulas adicionales del segundo semestre se indicó la necesidad de que las Áreas incrementen la supervisión de la labor realizada por los médicos, pues algunos expedientes aún no cumplen los requisitos mínimos y se observó hasta la no aplicación de las Normas de Atención Integral para el Primer Nivel de Atención, manifestándose reticencia del personal médico a mejorar la calidad de los expedientes individuales²².

Frente a este escenario de condiciones susceptibles de mejora, las autoridades técnicas del sector admiten que, si bien las Áreas fueron abiertas cuando probablemente no contaban con todas las condiciones deseables para ello, sí reunían condiciones básicas para iniciar la oferta de servicios, tales como una sectorización bien definida, capacitación mínima al personal, así como cierta infraestructura y equipo.

Algunos sectores sostienen que el logro más enriquecedor que se ha alcanzado con el nuevo modelo de atención no es cuantificable, aunque esto represente un claro reto de diseñar mecanismos de medición con el fin de aproximar valoraciones relevantes. Lo que se ha afirmado por las autoridades de salud es que se ha producido un cambio importante en la forma en que el personal concibe la atención en salud y sus prácticas como, por ejemplo, que los funcionarios tomen en cuenta la existencia de diversos determinantes del proceso de salud que deben abordarse, que se debe integrar a la comunidad en el proceso y que se requiere trabajo conjunto con otras instituciones y grupos organizados, para atender los problemas de salud de la población. Además, que siendo este cambio de actitud, concepción y práctica lo más valioso del proceso, debe fortalecerse y a su vez entenderse que sus mayores efectos se obtienen en el mediano y largo plazo.

²¹ Idem, pp. 16-17.

²² Caja Costarricense de Seguro Social (1998-e), pp. 54-55.

Debe rescatarse, asimismo, el esfuerzo desplegado por diversas dependencias de la CCSS para superar cada una de las limitaciones antes apuntadas y abonarse a ello el hecho de que las transformaciones involucradas en la readecuación del modelo de atención, rebasan el marco institucional de la CCSS, para cubrir a diversos actores que participan en el proceso de construcción social de la salud, por lo que la gestión de esta institución se encuentra condicionada por el papel activo, pasivo u obstruccionista que cada uno de ellos asuma en este proceso. De toda suerte, los resultados de las evaluaciones realizadas hasta el presente demuestran que, transcurridos aproximadamente cuatro años desde que se comenzó a operacionalizar la readecuación, en algunos aspectos el avance alcanzado sigue siendo incipiente y demandará, según manifiestan algunos expertos, uno o dos lustros más para conseguir la consolidación deseada.

LA POSICION DE LAS NUEVAS AUTORIDADES DE SALUD SOBRE LA APERTURA DE AREAS Y EBAIS

Durante los primeros meses de la Administración Rodríguez Echeverría, las nuevas autoridades del MINSA y de la CCSS han llevado a cabo un análisis del avance que muestra la Reforma del Sector Salud. En ese sentido, una de las medidas adoptadas por la CCSS ha sido demorar el proceso de apertura de Áreas de Salud, a efecto de evaluar los EBAIS en funcionamiento. Como producto de la evaluación se pretende reforzar los EBAIS que muestren debilidades y retomar posteriormente el proceso de apertura en las zonas del país donde esto aún sigue pendiente.

La medida comentada anteriormente puede examinarse desde el punto de vista de su impacto sobre los servicios de salud brindados en las Regiones Periféricas del país, así como su efecto sobre el desarrollo del modelo readecuado en las Regiones Centrales.

Las Regiones Periféricas. Cifras contradictorias e inequidad intrarregional.

De acuerdo con cifras oficiales suministradas al finalizar la administración anterior, a mayo del presente año se habían inaugurado 66 Áreas de Salud, los EBAIS constituidos ascendían a 599 y la población cubierta bajo esta modalidad de atención alcanzaba 2.283.206 personas. Si las

cifras se circunscriben a las Regiones Periféricas del país, se tienen 41 Areas, 347 EBAIS y un total de 1.211.898 habitantes cubiertos. Sin embargo, cifras ofrecidas recientemente presentan diferencias sustanciales. Para ejemplificar esta situación, datos a mayo de 1998 dan cuenta de que en la Región Brunca están funcionando 64 de los 70 EBAIS previstos y que cinco de sus seis Areas ya fueron inauguradas, pues completaron el proceso de apertura de EBAIS. Quedaba pendiente únicamente la apertura del Area de Salud de Pérez Zeledón, por cuanto aún no habían sido abiertos seis de sus EBAIS. En cambio, la información divulgada en setiembre de ese año señala que son 53 los EBAIS en funcionamiento en esa Región y que sólo dos de las seis Areas de Salud tienen la totalidad de los EBAIS funcionando, siendo condición para la apertura de un Area de Salud el que todos sus EBAIS se encuentren listos para operar²³.

Esta discrepancia en los datos plantea un reto para las nuevas autoridades del Sector, como lo es el de la inequidad intrarregional: mientras algunas Areas cuentan con EBAIS en funcionamiento desde hace tres años y medio, parte de estas regiones no dispone aún de tales servicios y sus pobladores deberán aguardar meses para contar con EBAIS.

Por su parte, la apertura de un Area de Salud de la CCSS implica que esta institución asume las actividades y funciones que venía llevando a cabo el MINSA en esos sitios. Ello hace suponer que, para un número importante de habitantes de esas Regiones, el Programa de Atención Integral a las Personas no está siendo aplicado en forma completa.

La información más reciente sobre Areas y EBAIS constituidos permite suponer que durante el período 1995 a 1998 se apresuró el proceso de apertura de Areas, aún cuando algunas de estas no reunían los prerrequisitos básicos para su creación, con el fin de tornar irreversible el proceso de cambio.

Las Regiones Centrales. Oferta diferenciada.
En las Regiones Central Norte y Central Sur

²³ Los datos más recientes corresponden a la exposición denominada "Experiencia y características en la prestación de servicios efectuados por el Primer Nivel de Atención en la Región Brunca", presentada por la Dirección de Servicios Médicos de esa Región. Véase: Caja Costarricense de Seguro Social (1998-n).

(Gran Area Metropolitana) se han constituido 25 Areas de Salud y fueron inaugurados 252 EBAIS, con una adscripción de 1.071.308 personas. Sin embargo, aún no han sido inauguradas 23 Areas de Salud, falta establecer 290 EBAIS y queda sin cubrir una población de 1.249.412 habitantes.

En estas Regiones, la prestación de servicios de atención primaria por parte de la CCSS, que se lleva a cabo en sus Areas abiertas, coexiste con los servicios que brinda el MINSA en aquellas zonas en las que no se han abierto Areas y EBAIS.

La propuesta formulada por la CCSS para prestar los servicios de atención en salud en dichas Regiones²⁴ puede sintetizarse de la siguiente manera:

- En zonas con niveles socioeconómicos bajos y zonas urbano-marginales, se conservaría el esquema de organización de EBAIS aplicado hasta el presente en las Regiones Periféricas, con la variante de compra de servicios de farmacia y laboratorio.
- En zonas urbanas que presenten un nivel socioeconómico medio y alto, se estimularía la modalidad de libre elección médica con compra de servicios a sociedades o agrupaciones de médicos
- Incorporación de todas las actividades del Programa de Atención Integral a las Personas, dentro de la modalidad de médico de empresa.
- En el resto del sector urbano, ampliar la cobertura poblacional de cada EBAIS a segmentos de 8.000 a 10.000 personas, reunir cuatro o más EBAIS en una clínica para obtener ahorros y modificar la conformación del personal de cada uno de ellos, así como formación de Asistentes Técnicos de Atención Primaria que se especialicen en las patologías sociales que se presentan más frecuentemente en las áreas urbanas.

²⁴ Propuesta presentada por la Gerencia de Modernización y Desarrollo de la CCSS. Véase: Caja Costarricense de Seguro Social (1998-n).

La propuesta esbozada por la CCSS concuerda con las recomendaciones formuladas por la Misión del Banco Mundial en su "Informe de su visita de Medio Período"²⁵, por lo que es posible esperar que no se presenten obstáculos para la recepción de los recursos del financiamiento externo, pendientes de ejecutar.

Ahora bien, esta oferta diferenciada de servicios de salud coloca sobre el tapete interrogantes fundamentales:

- ¿Se pretende que los desembolsos que realice la CCSS por cada acción de salud llevada a cabo sean equivalentes, indistintamente de la modalidad empleada para realizar la oferta de servicios y de la condición pública o privada del prestador del servicio?
- ¿Se combinarán dos o más formas de ofrecer el servicio cuando dentro de un mismo segmento geográfico coexistan grupos poblacionales que presenten diferencias marcadas en cuanto a sus condiciones socioeconómicas y socioculturales?
- ¿En qué tanto las medidas concuerdan con el marco filosófico de la readecuación?

Si bien es cierto la CCSS se encuentra, por el momento, en una fase de discusión intra e interinstitucional sobre el modelo de atención en las Regiones Centrales del país, del cual aún no se han derivado acuerdos de Junta Directiva que redireccionen el modelo, las decisiones que se tomen habrán de considerar que al diferenciar la oferta de servicios, ello no acarree consigo una notoria diferenciación en la accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención.

EL PROTAGONISMO DE LA CCSS EN LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA SALUD: LAS EXPERIENCIAS DEL NIVEL LOCAL

Una de las condiciones fundamentales para el éxito de la readecuación del modelo de atención es la integración y coordinación de todos los actores sociales que intervienen en la construcción social de la salud: MINSA y sus órganos adscritos, CCSS, INS, ICAA, Universidades públicas y privadas,

municipalidades, colegios profesionales, organizaciones privadas o cooperativas que prestan servicios de salud, organizaciones comunales y no gubernamentales, instituciones asistenciales financiadas total o parcialmente con fondos públicos, otros ministerios e instituciones autónomas y públicas, así como la comunidad.

Cuando se examinan los proyectos de salud exitosos, efectuados en el nivel local, que han implicado participación social e integración interinstitucional, se observa el papel protagónico asumido por la CCSS, pues la institución ha direccionado las etapas de formulación, ejecución y evaluación de dichos proyectos. Además, ha sido la CCSS, por medio de sus equipos de salud, la que se ha encargado de aglutinar a diversos actores sociales de cada una de las comunidades²⁶.

¿A qué se debe que la institución disponga de ese alto grado de convocatoria? Quizás la razón pueda encontrarse en el hecho de que la readecuación del modelo de atención no sólo ha implicado una variación en el conjunto de acciones de salud a efectuar por parte de la CCSS, sino que ha creado espacios para que funcionarios del nivel local, que representan a diversas disciplinas de las ciencias sociales y de la salud, puedan llevar a cabo, con un enfoque integral de la salud, proyectos acordes con las necesidades de las comunidades que atienden.

Sin embargo, este modelo de gestión participativo y multidisciplinario, aún no se presenta en otras instituciones públicas que llevan a cabo acciones relacionadas con el campo de la salud. Para que el nivel local de estas instituciones pueda integrarse a los proyectos diseñados por la CCSS y destine recursos humanos, financieros y materiales para tal propósito, requiere autorización del nivel central, pues su personal no está facultado para decidir en forma directa. Ello provoca que la mayoría de estas instituciones no logren avanzar al mismo ritmo de la CCSS, lo cual puede

²⁵ Banco Mundial (1997), párrafos 32-33.

²⁶ Algunos de estos proyectos fueron presentados en el Primer Encuentro Nacional de Areas de Salud, llevado a cabo los días 23 y 24 de abril de 1998 y en ellos se evidencia la participación, en las diferentes etapas de los proyectos, de líderes comunales, asociaciones de desarrollo, comités de salud, instituciones de los campos de la salud, la educación y el ambiente, así como empresas privadas y organizaciones artísticas y deportivas.

aminorar la marcha del proceso de cambio, pues este depende de un abordaje conjunto de las situaciones de salud, no sólo en la fase de diagnóstico, sino en cuanto a que cada institución defina las actividades específicas en las que le corresponde involucrarse.

FINANCIAMIENTO PARA LA ATENCION PRIMARIA Y PRIORIDADES INSTITUCIONALES DE LA CCSS

Una de las discusiones más relevantes en relación con el tema de los servicios públicos de salud, es la relativa a la distribución óptima del gasto por cada uno de los niveles de atención.

Sobre este particular, el Banco Mundial recomienda que los países en desarrollo con ingresos medianos (U.S. \$2.500 per cápita como lo es el caso de Costa Rica) destinen aproximadamente el 35% del total de gasto público en salud, a medidas y servicios de salud pública y a un conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales, que en nuestro país están siendo brindados por los programas de atención primaria²⁷. Es importante señalar que en 1997 se destinó a este nivel de atención el 20,4% del monto total del Subprograma Servicios de Salud de la CCSS, cifra que se redujo al 17% en 1998.

Ahora bien, del total de gastos del Sector Salud durante 1997, el 81,3% correspondió a la CCSS²⁸. Por su parte la participación relativa del MINSA, que no impacta en forma adversa los datos señalados en el párrafo anterior, alcanzó el 5,9%, cifra que marca un importante descenso en relación con el período 1993 – en que la participación fue de un 10% - que se explica por el traspaso a la CCSS de gran número de sus programas operativos de atención de la salud.

Es importante resaltar que estudios elaborados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS, relativos al gasto en servicios de salud, muestran que para 1993, período en el cual aún no se había iniciado la

ejecución del proceso de Reforma del Sector Salud, se destinaba un 16,3% del total de gastos del Sector a la promoción y prevención de la salud²⁹. Ello muestra, al realizar una comparación con el 17% asignado en 1998 para esos propósitos, que con la readecuación del modelo de atención, ejecutada a partir de 1995, no se ha producido un crecimiento importante del gasto destinado a la realización de acciones en atención primaria y salud preventiva, si no más bien una redistribución de ese gasto entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (Gráfico 6).

A partir de la puesta en marcha de la readecuación del modelo de atención, ha sido prioridad institucional de la CCSS fortalecer la oferta básica de servicios de atención en salud, por lo que habría que suponer que la asignación de recursos por nivel de atención muestre una orientación acorde con dicha priorización. Esto es de gran significación, en virtud de que es de esperar que una porción importante de los recursos presupuestarios del MINSA sean destinados en el futuro a consolidar su función rectora y ello reduce la disponibilidad de recursos destinados a los programas operativos del MINSA que se orientan a los servicios básicos de atención pública en salud (control de vectores, saneamiento ambiental, nutrición, etc.).

Independientemente de las discusiones que puedan producirse al interior de la CCSS, en cuanto al porcentaje de gasto óptimo que debe destinarse a la atención primaria, así como sobre los criterios para clasificar y distribuir las atenciones en cada nivel, la coyuntura actual muestra un proceso de consolidación de Areas de Salud aún embrionario, que demanda que la institución aseguradora mantenga niveles de inversión elevados, pues de lo contrario puede producirse un debilitamiento en el servicio, que lleve a valoraciones erróneas sobre la marcha del modelo readecuado.

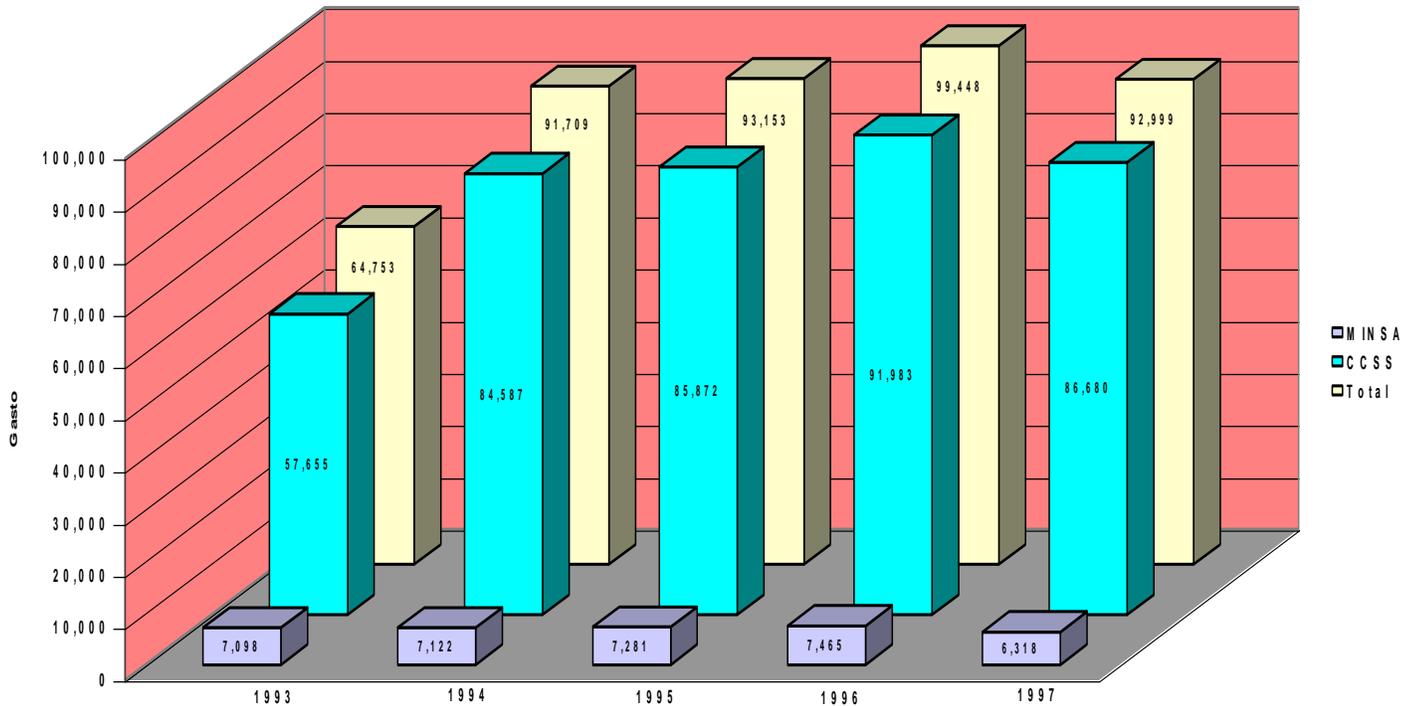
²⁷ El conjunto de medidas y servicios de salud pública contemplan: programa ampliado de inmunizaciones, programas de salud en las escuelas, lucha contra el tabaco y el alcohol, información sobre salud, nutrición y planificación de la familia, control de vectores, prevención de las enfermedades de transmisión sexual, seguimiento y vigilancia. Véase: Banco Mundial (1993), p. 68.

²⁸ Ministerio de Salud (1998-b), p. 79.

²⁹ Caja Costarricense de Seguro Social (1994-a), pp. 11-12.

Gráfico 6

Gasto en salud del MINS A y la CCSS en el período 1993-1997, en millones de colones constantes (Año base = 1993)



Fuente: Ministerio de Salud (1998-b), p.79
 Datos ajustados con el deflador implícito del Producto Interno Bruto

AUTONOMIA LOCAL Y DESCENTRALIZACION

La creación de las Areas de Salud y la constitución de los equipos de salud, contempla un modelo de gestión local con un alto grado de autonomía, tanto en la planificación y ejecución de las acciones de salud establecidas en el Programa de Atención Integral a las Personas, como en la administración de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para ejecutar ese Programa.

En el marco de la readecuación del modelo de atención, las acciones más importantes para concretar esa autonomía se han orientado a que la planificación tenga un flujo bidireccional y no unidireccional, es decir, el nivel local lleva a cabo el Análisis de Situación de Salud, con el concurso de otros actores sociales, para que sea consolidado en la Dirección Regional y de ahí pase al nivel central de la CCSS. La labor que cada una de las instancias superiores cumple en este proceso, es la de fungir como

asesor, con el objeto de constatar que la planificación local se sujete a las normas de atención integral para el primer nivel, al Plan Nacional de Salud y a las políticas de la institución aseguradora. Así, se deja de lado una modalidad de planificación centralizada, respecto de la cual los niveles inferiores no gozaban de mayor margen de maniobra.

La facultación al personal del nivel local para que asigne, distribuya y organice discrecionalmente los recursos a su disposición, a fin de cumplir con la oferta de servicios de salud, es otra de las medidas adoptadas.

Un tercer elemento que incide en forma directa en la autonomía de gestión ha sido el compromiso de gestión³⁰. Las Areas de Salud que han suscrito compromisos se liberan de ciertos vínculos de naturaleza administrativa con las Direcciones Regionales, de forma que el

³⁰ El tema de los compromisos de gestión se abordará con mayor detalle en la Sección V de este documento.

nivel central de la CCSS, por medio de su Gerencia Administrativa, asume el papel de comprador dentro del esquema comprador-financiador-prestador, establecido en el nuevo modelo de asignación de recursos de la institución. Además, los compromisos de gestión asignan responsabilidades y metas tanto a las Áreas de Salud como a diversas dependencias del nivel central de la CCSS y en su negociación el nivel local tiene la oportunidad de plantear las limitaciones de recursos para lograr el cumplimiento del compromiso.

Por su parte, la emisión del Reglamento para la Obtención de bienes y servicios en forma desconcentrada de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como la reciente aprobación de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, a los que se refiere con mayor amplitud la Sección V de este documento, denotan una clara intención en cuanto a dotar a los prestadores de servicios, de un mayor grado de autonomía en la administración de los recursos.

EL ENFOQUE BILOGISTA DE LA ATENCION: UN PARADIGMA DIFICIL DE DESTERRAR

Un factor condicionante del éxito del modelo readecuado de atención es la capacidad que muestren los prestadores de los servicios de salud, para que sus prácticas y su enfoque de atención respondan a un modelo de atención integral, en sustitución del modelo biólogo que ha prevalecido, el cual enfatiza en la curación de la enfermedad. En este sentido, la formación académica de los profesionales de la salud es fundamental, pues genera el bagaje de conocimientos y experiencias necesarios para el cumplimiento de este propósito.

Según se ha señalado, dos foros organizados por CENDEISSS durante 1996 y 1997, con la participación de representantes de universidades públicas y privadas que imparten carreras del área de la salud, evidenciaron la reticencia, de una parte del sector académico, a introducir modificaciones sustanciales al proceso de enseñanza-aprendizaje y al diseño curricular de sus carreras, pues consideraron que estos respondían satisfactoriamente al nuevo modelo de atención de la salud.

La institución de educación superior en la que se han tomado acciones más concretas para ajustarse al cambio del modelo de atención ha sido la Universidad de Costa Rica: Enfermería y Farmacia han sido dos de sus carreras que ya han introducido modificaciones curriculares acordes con el nuevo enfoque de la salud. Por su parte la Escuela de Salud Pública, en asociación con el CENDEISSS, ha impartido cursos de posgrado en gestión local de salud, para los profesionales en medicina que integran los EBASIS. Estos cursos han provisto a los participantes de un marco de referencia sobre los principios inspiradores de la Reforma del Sector Salud, así como de herramientas para la planificación local, atención integral, participación social y calidad de los servicios.

Según se indicó en las visitas realizadas a Regiones y Áreas de Salud, un número importante de los profesionales en ciencias médicas que integran los equipos de salud son quienes han presentado mayores dificultades para ajustarse al modelo de atención, por cuanto tienen una formación académica con un énfasis individualista, que no favorece el trabajo en equipo, ni fomenta las acciones de prevención y promoción a grupos de personas. Ahora bien, resulta difícil romper con el modelo biólogo de atención ya que la apertura de Áreas y el acercamiento de los servicios de salud a las comunidades ha producido un incremento de la demanda por el servicio de consulta externa de medicina general, sobre todo en poblaciones que tradicionalmente habían presentado dificultades para el acceso a ese servicio. Las presiones de los asegurados por recibir la atención fácilmente pueden provocar que ésta se “medicalice” y que se retorne al modelo curativo tradicional, al reducirse el tiempo disponible del médico general para llevar a cabo las acciones de prevención, promoción y rehabilitación de la salud, lo cual puede ocasionar que dichas labores tengan que ser asumidas en forma casi exclusiva por el personal de enfermería y los asistentes de atención primaria.

Otra limitación para modificar el enfoque biólogo lo representa la existencia de sedes de EBASIS ubicadas dentro de hospitales y clínicas, lo que provoca que tanto los usuarios como el personal de salud perciban el servicio como parte de la atención de morbilidad en consulta externa, que tradicionalmente se había ofrecido en esos sitios.

SECCION V EL NUEVO MODELO DE ASIGNACION DE RECURSOS

Con el nuevo modelo de asignación de recursos financieros, se introducen modificaciones sustanciales en la forma de asignar dichos recursos a los hospitales y Areas de Salud de la CCSS, así como a las cooperativas u otro tipo de empresas prestadoras de servicios de salud que pudieran crearse en el futuro, con la finalidad de que estas unidades administren los recursos públicos asignados con criterio gerencial y empresarial, de forma que los servicios se produzcan con más eficiencia, mejor calidad y orientados a la satisfacción del usuario. Ello implica que se desarrollen instrumentos administrativos para que se disponga de los

recursos y se haga uso de ellos, asumiendo los beneficios o riesgos de sus actuaciones.

Bajo las circunstancias actuales, en las que la institución aseguradora debe llevar a cabo ingentes esfuerzos para atender las demandas de recursos financieros provenientes de los prestadores de servicios, el modelo de asignación de recursos busca fomentar la competitividad entre las mencionadas unidades, de manera que los recursos sean otorgados privilegiando a quienes obtienen de ellos la mayor conveniencia social posible (Recuadro 5).

Recuadro 5

Marco conceptual del modelo de asignación de recursos financieros

- *Separación de las funciones de financiamiento, compra y prestación de servicios, de manera que al financiador-comprador le corresponderá, entre otros aspectos, definir la asignación de recursos en forma equitativa con base en las necesidades de la población, la demanda, la producción óptima, el contenido de las prestaciones, la identificación de la población adscrita, los compromisos de gestión, el control y la evaluación. Por su parte, el prestador deberá brindar los servicios a la población, en los términos de un presupuesto por producción de servicios de salud.*
- *Fortalecimiento de la función gerencial, manifestado a través del desarrollo de la mentalidad empresarial, la competitividad de los prestadores de servicios y el mejoramiento y modernización de los procesos productivos.*
- *Descentralización y autonomía de hospitales.*
- *Sustitución de presupuestos definidos sobre una base histórica, por la asignación de recursos basada en un presupuesto de producción.*
- *Definición de los objetivos de salud específicos para cada prestador de servicios, en plena concordancia con el plan estratégico de la CCSS el cual, a su vez, deberá estar concatenado con el Plan Nacional de Salud, elaborado por el órgano rector del Sector.*
- *Establecimiento de compromisos de gestión como instrumentos para vincular la actividad (objetivos de salud institucionales) con los recursos asignados y trasladar el riesgo al prestador.*
- *Alternativas en los mecanismos de pago a las Areas de Salud y a los hospitales, que se manifiestan en la flexibilización de la ejecución del presupuesto y de la gestión de los ingresos, de manera que se reintegren los recursos que las unidades recaudan mediante la venta de servicios y el cobro a los no asegurados, entre otros.*
- *Premio a los proveedores eficientes mediante el establecimiento de reservas que darán la oportunidad, a cada centro, de otorgar incentivos a los funcionarios por el cumplimiento de lo definido en los compromisos de gestión.*

COMPROMISOS DE GESTION: LOGROS ALCANZADOS Y ELEMENTOS A CONSIDERAR EN SU PUESTA EN EJECUCION

De acuerdo con el marco conceptual que orienta este modelo de asignación de recursos y que ha guiado las acciones adoptadas durante los

últimos años, los compromisos de gestión se constituyen en uno de los elementos medulares dentro del proceso de modernización de la CCSS. En este instrumento se materializa el acuerdo a que llegan financiador-comprador (CCSS, representada por la Gerencia Administrativa) y el proveedor (representado por la máxima autoridad del hospital o Area de Salud) en relación con las actividades por

desarrollar, los recursos financieros asignados, la calidad esperada de los servicios que se prestarán, las evaluaciones por realizar, los sistemas de información que se utilizarán y los incentivos por otorgar, entre otros aspectos.

Es importante señalar que con la firma de estos documentos, se pretende alcanzar una vinculación adecuada entre la actividad, el plan anual operativo y el presupuesto de cada unidad de prestación de servicios médicos que lo firme; además, se espera que promuevan la eficiencia en su accionar así como la autonomía y la desconcentración.

Los compromisos de gestión persiguen un claro objetivo de eficiencia en la administración de los recursos destinados a las acciones de salud de la CCSS. Bajo esta premisa, quizás el logro más importante que encierran viene a ser su contribución al rompimiento del esquema de administración centralizada de los recursos institucionales, pues fortalecen a las unidades prestadoras de los servicios de salud al obligarlas a establecer sus objetivos, los servicios que están en capacidad de brindar y los recursos humanos, materiales y financieros que van a requerir para cumplir su función, así como al introducir dentro de su cultura administrativa los conceptos de "costo" y aseguramiento de la calidad y la utilización de instrumentos que facilitan el ejercicio de la función gerencial, aspectos que refuerzan la tesis de que las unidades prestadoras están en capacidad de gozar de una autonomía relativa y que pueden administrarse con una mayor independencia del nivel central.

Adicionalmente, existen condiciones beneficiosas que se han derivado de la puesta en práctica de los compromisos de gestión, entre las que pueden destacarse las siguientes:

- Cambio de actitud entre el personal, acerca de la importancia de registrar todos los actos médicos y demás actividades de salud.
- Toma de conciencia sobre la necesidad de evaluar los planes institucionales, con el fin de utilizarlos como verdaderos instrumentos para la toma de decisiones.
- Mejoría del rendimiento en la prestación de algunos servicios.

- Facilidad en la introducción de mejoras en los espacios físicos para satisfacer las necesidades de los clientes.
- Mejoras en el equipamiento de los servicios de atención directa a los clientes, así como de los servicios que apoyan dicha atención.
- Ampliación de los horarios de atención.
- Integración de equipos de trabajo, que se han formado con la idea de promover la participación de los trabajadores en el mejoramiento de los procesos.

Ahora bien, además de los aspectos positivos que los compromisos de gestión han generado dentro del sistema de prestación de servicios de salud, pueden mencionarse algunos factores de importancia que requieren ser reforzados para que también contribuyan a su éxito:

- El proceso de formulación de los compromisos de gestión debe tener como marco orientador el Plan Estratégico de la CCSS. Sin embargo, no se observa que este haya sido un elemento importante para guiar tal proceso.
- En la determinación de los servicios que se compromete a prestar cada hospital (producción hospitalaria) no se consideran los niveles de complejidad que posee cada uno de ellos, sea este nacional, regional o periférico. Las condiciones en las que opera cada centro hospitalario son muy diversas, por lo que no siempre son válidas las comparaciones que se puedan llevar a cabo. Por ejemplo, se puede citar que el Hospital William Allen atiende 14 especialidades y el Hospital San Francisco de Asís atiende solamente cuatro especialidades y ambos son hospitales periféricos; el Hospital San Juan de Dios atiende a un determinado núcleo de población que en su composición y necesidades es diferente del que es atendido por el Hospital Calderón Guardia.
- La puesta en ejecución efectiva de los compromisos de gestión lleva asociada la posibilidad de realizar cambios durante el período de vigencia de ese instrumento, para adecuarlo a las posibilidades reales de los centros de prestación de servicios médicos. Sin embargo, las partes

involucradas, a saber, financiador-comprador y prestador no han establecido un mecanismo que permita efectuar, dentro de ciertos parámetros, las modificaciones requeridas al mencionado compromiso.

- El proceso de negociación y firma de los compromisos de gestión ha provocado un recargo de funciones administrativas en las jefaturas de los servicios médicos, en detrimento de las funciones propias de su formación profesional.
- La capacitación en materia de evaluación dentro de la CCSS ha sido limitada, por lo que resulta de interés prestar atención en ese campo.

JUNTAS DE SALUD HOSPITALARIAS

Las Juntas de Salud Hospitalarias son instancias de participación ciudadana que contribuyen a la gestión de los centros hospitalarios, como apoyo a la administración y como enlace entre ésta y el asegurado. Estas Juntas han sido concebidas como órganos auxiliares de la Junta Directiva de la CCSS, en las que se representen las comunidades adscritas a los hospitales.

Se encuentran regidas por el Reglamento de las juntas de salud hospitalarias, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en su sesión No. 7122 del 29 de abril de 1997, con las reformas introducidas en la sesión No. 7158 del 9 de setiembre del mismo año. El citado reglamento establece que las Juntas de Salud se integran por siete miembros, uno designado por la Junta Directiva, otro de una terna propuesta por la municipalidad del cantón en que tiene su asiento el hospital y los cinco restantes, de ternas propuestas por las distintas organizaciones comunales y de servicio, con asiento en el área de adscripción del hospital de que se trate, que tengan personería jurídica vigente durante al menos un año.

Las funciones que se le asignan a esas Juntas en el referido Reglamento son las siguientes: colaborar con la administración del hospital; representar a los usuarios ante la CCSS y servir de vínculo entre el hospital y la comunidad; vigilar porque el ambiente en que se brinda la atención sea seguro y cómodo; verificar que la atención que se ofrece cumpla los principios de equidad, humanidad, continuidad, oportunidad, accesibilidad y eficiencia; procurar que el

usuario, la familia y la comunidad participen en la determinación, análisis y solución de sus problemas de salud; promover actividades como conferencias, ferias de salud, campañas educativas de saneamiento; vigilar la atención de quejas y verificar su pronta resolución; propiciar, apoyar y conocer estudios respecto del nivel de satisfacción de los clientes de los servicios de salud que presta la CCSS y participar en el análisis y solución de los problemas detectados en aquéllos estudios.

A pesar de que se trata de una actividad cuya puesta en ejecución es muy reciente, como también sucede con los compromisos de gestión, resulta necesario mencionar algunos aspectos que demandan especial atención:

- Las expectativas creadas a lo interno de las Juntas de Salud, en cuanto a las funciones a realizar, exceden lo dispuesto en el reglamento que regula su accionar, en muchos casos inspiradas en un sano interés por mejorar la atención a los usuarios. Lo anterior debe ser regulado por la administración de la CCSS, en vista de que puede ocasionar problemas en la gestión de los hospitales, al exceder sus potestades dichas Juntas. En otros casos, su participación en la actividad hospitalaria más bien se encuentra limitada por la decisión del Director del hospital.
- Se promulgó recientemente la Ley No. 7852 "Ley de desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social", en la cual se conforman las "juntas de salud" como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas. Ello obliga a la CCSS a resolver sobre la continuidad y marco de actuación de las Juntas Hospitalarias que actualmente se encuentran constituidas, a fin de canalizar sus esfuerzos de la mejor manera posible.
- Es importante que en el Reglamento de Juntas de Salud vigente se incorporen, entre otros aspectos, los siguientes: mecanismos de destitución de sus miembros en caso de abusos o irregularidades en el ejercicio de sus funciones, así como de sustitución en caso de renuncia; porcentaje de representatividad de cada comunidad (número de miembros); mecanismos de coordinación y comunicación con la Junta

Directiva de la CCSS; competencias de la Junta para la solución de conflictos con el asegurado, para el trámite de las quejas y para la relación con las Contralorías de Servicios, la administración del hospital y la misma Defensoría de los Habitantes.

LA AUTONOMIA DE LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

Una de las estrategias adoptadas como parte de la modernización de la CCSS ha sido llevar a cabo un proceso de desconcentración de funciones y responsabilidades, pues las autoridades de esa Institución han considerado necesario facultar a las unidades que brindan los servicios de salud, para que administren los recursos a su disposición y organicen sus actividades en forma independiente. Esta estrategia de cambio se plasmó mediante acuerdo de Junta Directiva adoptado en Sesión No. 7133, celebrada en junio de 1997, en el cual se estableció, entre otros aspectos, que “Se facultará a las unidades para que asuman su gestión con autoridad y responsabilidad.”

Entre las acciones adoptadas se destaca el establecimiento del Reglamento para la Obtención de bienes y servicios en forma desconcentrada de la Caja Costarricense de Seguro Social, que incrementó el acceso directo a los recursos por parte del nivel local³¹.

Se ha entendido que para cristalizar los cambios en el modelo de gestión institucional se requiere de reformas legales, lo que impulsó la promulgación de la citada Ley No. 7852, en la cual se propone la creación de Juntas con la finalidad de mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la participación ciudadana.

La Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, recientemente aprobada, en términos generales proporciona una herramienta jurídica importante para promover la implementación de los compromisos de gestión, pues supedita el otorgamiento de la personería jurídica instrumental para estas unidades, indispensable para gestionar el manejo presupuestario, la contratación administrativa, así como la conducción y la organización de los recursos humanos, a la suscripción y vigencia de los compromisos.

³¹ Caja Costarricense de Seguro Social (1997-k).

SECCION VI

MODERNIZACION DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

El componente de Fortalecimiento Institucional de la CCSS procura mejorar la capacidad operativa de la institución, por medio de un conjunto de reformas en las políticas institucionales. Se busca que la CCSS ofrezca las condiciones necesarias para que la Reforma del Sector Salud se desarrolle de la mejor manera posible y que posibilite la introducción de modificaciones en el modelo de atención de la salud, en su financiamiento y en la asignación de los recursos dentro de la CCSS, que permitan una mejor prestación de los servicios y por ende, elevar la eficiencia en la administración de los recursos.

La Unidad Preparatoria de Proyectos definió como objetivos del componente de Fortalecimiento Institucional: “Readecuar la organización y estructura de la CCSS para que pueda cumplir eficientemente su misión. Desarrollar sistemas operativos y funcionales que se adecuen a las principales funciones instituciones. Elaborar una estrategia de modernización que garantice calidad y eficiencia en la prestación de los servicios”.³²

DESARROLLO DEL COMPONENTE

Desde sus inicios, la ejecución del componente de Fortalecimiento Institucional contó con una participación muy activa de la Junta Directiva de la institución, en las decisiones que crearon las condiciones y generaron los productos necesarios para que el proceso se llevara a cabo. Por su parte, la participación del nivel gerencial se manifestó mediante la integración de comisiones e incluso en la formulación misma de los proyectos.

El desarrollo de este componente fue incorporado dentro del denominado “Proyecto de Modernización de la CCSS”, que también incluye la readecuación del modelo de atención, el nuevo sistema de asignación de recursos y los sistemas de información de la institución

aseguradora, a ser llevados a cabo por una Unidad Ejecutora, que depende directamente de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS.

La ejecución del Proyecto de Modernización sufrió un retraso de aproximadamente 18 meses para su inicio, debido principalmente a la demora sufrida en los trámites para la aprobación del financiamiento externo aportado por el Banco Mundial, lo que generó un aumento en su costo financiero debido al pago de comisiones de compromiso, que al mes de agosto de 1998 suma \$214.183,50, así como un atraso inevitable en la ejecución de las etapas previstas para el citado proyecto, por lo que se tuvo que solicitar a la institución financiadora una ampliación en la fecha de conclusión, la cual se logró extender al 31 de enero del 2001.

La mayor parte del financiamiento externo fue destinado a servicios de consultoría, adquisición de equipo y muebles, así como a entrenamiento y trabajadores (Cuadro 5).

Con la creación de la Gerencia de Modernización de la Caja, en junio de 1998, la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización quedó bajo la coordinación de dicha Gerencia.

Cabe mencionar la importancia que toma esta Gerencia dentro del proceso de fortalecimiento institucional de la CCSS, en vista de las funciones que se le asignan para la planificación estratégica y desarrollo institucional, así como para la coordinación de las unidades ejecutoras de empréstitos con instituciones financieras internacionales (Recuadro 6).

³² Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1994).

Cuadro 5
Gastos financiados por el Banco Mundial, para el Proyecto de Modernización de la CCSS

Categoría de gasto	Monto original	Modificación
Obras civiles	700.000,00	1.700.000,00
Equipo y muebles	4.500.000,00	6.340.000,00
Servicios de consultores	8.600.000,00	11.549.000,00
Entrenamiento y trabajadores	5.300.000,00	3.100.000,00
Impresión de manuales y materiales de entrenamiento	500.000,00	79.000,00
Cargos de costos de operación	400.000,00	232.000,00
Sin asignación	2.000.000,00	0,00
Total	22.000.000,00	22.000.000,00

Nota: La columna Modificación se refiere a una reasignación que se dio a los fondos de dicho préstamo, mediante nota OUT1059 del 23-6-98 del Banco Mundial.

Recuadro 6
Funciones de la Gerencia de Modernización y Desarrollo

Unidades asignadas:

- Dirección de Planificación.
- Dirección Actuarial.
- Desarrollo organizacional.
- Coordinación de los proyectos financiados con recursos externos.

Funciones:

- Marcarle el derrotero a la CCSS, con el propósito de que marche al unísono hacia una organización ágil, eficiente, con capacidad de servicio, pero sobre todo humana.
- Formular las grandes políticas institucionales con la finalidad de que sean avaladas por la Junta Directiva de la institución.
- Formular la planificación estratégica institucional.
- Dirigir los proyectos que son financiados con recursos del BID, BIRF, BCIE y el Gobierno Español.
- Lograr mayor coordinación y cumplimiento de los proyectos citados, trabajando en las áreas de readecuación del modelo de atención, asignación de recursos financieros, fortalecimiento institucional, oportunidad de servicios y nuevos modelos de gestión.

Fuente: Acuerdo de Junta Directiva de la CCSS, tomado en el artículo 10 de la sesión No.7228 del 1-6-98. Boletín informativo de la CCSS del mes de junio del 98, "Modernización".

La administración de la CCSS ha centrado su interés en impulsar la readecuación del modelo de atención de la salud y en el diseño e implantación de un nuevo modelo de asignación de recursos financieros, de manera que a partir de estos modelos, se generen los cambios que requiere la organización para su puesta en ejecución en los niveles central, regional y local. Posteriormente, se busca el consenso entre las autoridades superiores de la institución y la aprobación de las directrices más importantes por parte de la Junta Directiva.

Bajo esta premisa institucional, la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización ha utilizado los recursos del financiamiento externo

para diseñar diversas alternativas de acción, principalmente mediante la modalidad de consultorías, así como para crear las condiciones necesarias para que la administración de la CCSS tome las decisiones que conduzcan en particular al fortalecimiento de la institución y en general al cumplimiento de los objetivos de la Reforma del Sector Salud.

NUEVO ENFOQUE INSTITUCIONAL

Se ha señalado que para atender la demanda creciente de servicios y lograr la cobertura que impone el marco legal existente, así como para responder a la satisfacción efectiva de las

necesidades de la población, la CCSS debe desarrollar un proceso de modernización funcional y estructural que le permita lograr eficiencia y calidad en el cumplimiento de las metas propuestas en el marco de la Reforma del Sector Salud.

Como punto de partida del cambio, la institución propone llevar a cabo un proceso de descentralización administrativa y funcional que facilite el fortalecimiento de las unidades regionales y locales, en donde la toma de decisiones sea más oportuna y acorde con las necesidades identificadas localmente. La descentralización así orientada daría mayor fortaleza a una atención integral de la salud, brindada con criterios de excelencia en la gestión. También permitiría satisfacer las necesidades de la población, mediante el otorgamiento de mayor capacidad resolutoria a las unidades locales que prestan los servicios, para que estas actúen a la altura de las demandas existentes.

Esta descentralización tiene por objeto dotar a las unidades regionales y locales de mayor autonomía de gestión, siempre dentro de la responsabilidad de hacer válidos los principios filosóficos de la seguridad social, a saber: solidaridad, universalidad, unidad, igualdad y obligatoriedad. Como complemento a lo anterior, es fundamental la transparencia en la administración de los recursos que se obtienen

por la vía de la aportación obligatoria de patronos, trabajadores y del Estado, para convertirlos en beneficios que la ley orienta y obliga.

Además, las políticas de salud deben considerar al usuario como el principal elemento, tanto desde el punto de vista individual como colectivo.

En tal sentido, se define como fortalecimiento institucional el conjunto de decisiones político-técnicas que deben tomarse, para que la nueva organización que se establezca supere las debilidades organizacionales actuales y prepare profesional y técnicamente a su recurso humano para la prestación de los nuevos servicios que demanda la población costarricense.

ACCIONES REALIZADAS EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Dentro de las acciones adoptadas para avanzar en la modernización de la CCSS reviste fundamental importancia el acuerdo adoptado por su Junta Directiva en el artículo 4 de su sesión No. 7133 del mes de junio de 1997, que establece un perfil funcional que orienta la organización hacia la consolidación de los principios del modelo de atención de la salud y del nuevo modelo de asignación de recursos financieros (Recuadro 7).

Recuadro 7

Perfil funcional de la CCSS

Para fortalecer los principios contenidos en los nuevos modelos de atención de la salud y de asignación de recursos financieros, se establecieron las siguientes líneas de acción:

- *La CCSS es una única organización encargada de proporcionar protección para la salud y atención de la enfermedad y dar pensiones bajo los principios de la seguridad social.*
- *Se dividirán las funciones de financiamiento, recaudación, compra y provisión.*
- *Se establecerá una relación entre el plan de financiamiento/compra y provisión, basada en el compromiso de gestión.*
- *Se facultará a las unidades para que asuman su gestión con autoridad y responsabilidad.*
- *Se promoverá el desarrollo de una organización orientada a resultados y a la satisfacción del cliente.*
- *Se promoverá la gestión coordinada de los centros proveedores de servicios de salud, enmarcada dentro de una red de servicios.*
- *El proceso de cambio organizativo se hará con los recursos humanos disponibles.*
- *Se evolucionará hacia una cultura de rendición de cuentas.*
- *Se promoverá el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación interna y externa, para la sensibilización y difusión del proceso de cambio.*
- *La utilización de los sistemas de información es clave en la planificación y el control de la gestión.*
- *La nueva organización facilita la participación social.*
- *La participación de los trabajadores de la CCSS en el proceso es imprescindible en el proceso de cambio.*

A partir de esos principios, la organización se ha dedicado a preparar una nueva propuesta organizativa, en donde básicamente se mantienen las gerencias existentes pero se redefinen sus funciones. La Gerencia Administrativa se hará cargo de las actividades correspondientes al comprador de servicios y la Gerencia Médica se responsabilizará de la provisión de éstos, la Gerencia Financiera tendrá como responsabilidades la recaudación de fondos y la comunicación con instituciones como el Ministerio de Hacienda y la Contraloría General de la República. La Gerencia de Operaciones continuará con sus responsabilidades relativas a las adquisiciones, la planificación de inversiones en infraestructura y la formulación de políticas para la adquisición de tecnología. También debe destacarse el acuerdo tomado por la Junta Directiva de la institución en sesión No.7219, artículo 18, del 28 de abril de 1998, para la aprobación de la nueva estructura orgánica de la función de planificación y compra de servicios a cargo de la Gerencia de División Administrativa.

Sobre el tema de la descentralización de la CCSS, reviste particular importancia la aprobación de la citada Ley No. 7852, para permitirles mayor autonomía en la gestión presupuestaria, en la contratación administrativa y en el manejo de los recursos humanos.

Para la puesta en marcha de la descentralización, es necesario el traslado paulatino de funciones, inicialmente mediante la delegación y desconcentración. Para ello es necesario fortalecer la capacidad de gestión local mediante la introducción de una función gerencial y que ésta sea la columna vertebral de la organización local, con personal idóneo, sistemas y procesos que puedan ser analizados y modificados ante la evidencia de problemas, junto con una cultura de costo-efectividad en las prestaciones.

Adicional a estos aspectos, a continuación se detallan otros logros o productos de la gestión realizada.

- Desarrollo de la Gerencia de Operaciones, mediante la generación de instrumentos entre los que sobresalen el "Desarrollo informático y modelo de suministros área de adquisiciones" y "Normalización de la gestión de compras ante el nuevo modelo de asignación de recursos de la CCSS".

- Actividades de comunicación institucional, tanto de naturaleza interna como externa.
- Realización de dos encuestas de opinión para conocer el sentir de los asegurados sobre el servicio brindado por la institución.
- Diagnóstico de los principales problemas de gestión en áreas de salud y hospitales, mediante la utilización de los compromisos de gestión.
- Programas de capacitación en gestión, atención al cliente y mejoramiento de la capacidad resolutive.
- Proyecto para la modernización y sustitución de equipo hospitalario, por U.S. \$40 millones.
- Desarrollo del proyecto para la gestión de listas de espera.
- Establecimiento de equipos de calidad en todas las regiones.

ASPECTOS CLAVE PARA CONSOLIDAR EL PROYECTO DE MODERNIZACION

Las decisiones adoptadas por la administración de la CCSS y las acciones llevadas a cabo por la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización de la institución, han permitido perfilar nuevos modelos de gestión de los servicios públicos de salud. No obstante lo alcanzado, existen aspectos en los que se deben concretar o reforzar los esfuerzos realizados hasta el presente.

Formulación de un sistema de evaluación del desempeño e incentivos. Al mes de agosto de 1998, se encontraba en proceso de adjudicación una consultoría para el diseño del sistema de evaluación del desempeño e incentivos del personal de la CCSS; sin embargo, debido al impacto que esto tiene sobre el desempeño de los funcionarios y dado que se desea incrementar la eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en los servicios, dicho aspecto requiere de especial atención por parte de la administración de la CCSS.

Mantenimiento de los esfuerzos para el desarrollo de sistemas y controles que puedan determinar el comportamiento de la demanda de servicios de salud. Se tienen en

ejecución proyectos para el desarrollo de sistemas de información, que permitan contar con datos sobre las labores realizadas por parte de la CCSS, así como para la determinación de las necesidades de atención de la salud de la población, para lo cual la institución debe aunar esfuerzos en vista de la importancia estratégica que posee este tipo de información, para la adecuada planificación y programación de las labores de atención de la salud.

Elementos a considerar en la implantación del modelo descentralizado de gestión.

Existen tres aspectos que requieren ser estudiados con una mayor profundidad, con el propósito de implantar en forma efectiva el modelo descentralizado de gestión. Ellos son: adquisición de suministros, contratación de personal y manejo del presupuesto.

En lo que respecta a la adquisición de suministros, la Junta Directiva de la CCSS aprobó el Reglamento interno a la Ley de Contratación Administrativa, en el que se establecen límites de gasto local más elevados y se inicia un proceso de descentralización de trámites en los establecimientos de salud. Estos mecanismos, recientemente implantados, requieren de seguimiento con el fin de determinar cuál es su comportamiento en cuanto a la oportunidad de contar con suministros y evaluar cuáles serán los siguientes pasos para descentralizar, de acuerdo con criterios de economía de escala. En cuanto a la adquisición de tecnología y equipo para la prestación directa de los servicios y para el apoyo de éstos, la política que se contempla es la de formular lineamientos institucionales para decidir entre compras en el nivel central o local. Aquí es importante establecer criterios de categoría o de nivel tecnológico para cada grupo de establecimientos, con el fin de mantener un equilibrio entre la utilización de la tecnología y su costo.

Como ya se indicó anteriormente, en la Gerencia de la División de Operaciones se están adoptando medidas para generar las condiciones necesarias que faciliten la puesta en práctica de la descentralización de compras en los centros prestadores de servicios de salud. Para ello, se han contratado consultorías para elaborar los instrumentos necesarios para facilitar la gestión de esos centros en cuanto a contratación administrativa. Sin embargo, es necesario que esas condiciones que han sido

consideradas necesarias para la contratación administrativa en forma descentralizada, se encuentren presentes en los centros, como condición previa a la descentralización que se está gestionando para ellos.

En relación con la contratación de personal, al examinar las acciones llevadas a cabo dentro del componente de Fortalecimiento Institucional, se observa que se han efectuado algunos estudios sobre el particular, a saber:

- En 1996 se formularon términos de referencia para la realización de una consultoría, cuyo objetivo es adaptar el marco legal y políticas vigentes de la CCSS, de manera que sean congruente con el nuevo modelo de asignación de recursos.
- En 1997 se realizó una consultoría para estudiar las actuales políticas y normas de administración de recurso humano de la CCSS.
- En 1998, se llevó a cabo un estudio de políticas de contratación de recurso humano.

A pesar de que se han realizado estas actividades, aún no se han derivado políticas institucionales ni medidas concretas sobre el particular.

En cuanto al manejo presupuestario, la acción institucional busca hacer más expeditos los mecanismos de modificación presupuestaria y de reagrupación de partidas, con el fin de que el presupuesto se vaya flexibilizando y adecuando a las nuevas políticas. Ello ha motivado que se hayan realizado gestiones ante esta Contraloría y ante la Autoridad Presupuestaria, para obtener las autorizaciones correspondientes. Sin embargo, es menester que se desarrollen todas las condiciones necesarias para que las unidades de atención puedan formular y ejecutar sus propios presupuestos, para que de esta manera puedan evaluar su gestión.

Fortalecimiento de la capacidad administrativa de las unidades prestadoras de los servicios de salud.

A pesar de los esfuerzos realizados para proveer de infraestructura, equipo, recurso humano y capacitación a los hospitales, clínicas y áreas de salud, algunas de estas unidades de salud no

disponen aún de la capacidad administrativa suficiente para llevar a cabo todas las funciones que exige una gestión descentralizada de recursos humanos, presupuesto y adquisiciones. Este fortalecimiento, sin embargo, plantea la necesidad de que la CCSS tome las previsiones necesarias para evitar la presencia de un excesivo burocratismo en dichas unidades, que podría aparecer al fomentarse la búsqueda de un modelo de gestión descentralizada.

Adicionalmente, es fundamental que las Areas mejoren su capacidad resolutoria, para lo cual se requiere que se definan en forma precisa las características que deben poseer el médico general del EBAIS y los asistentes técnicos de atención primaria, así como establecer claramente la formación universitaria requerida. En ese sentido, se han realizado dos talleres entre las universidades y la CCSS, para iniciar conversaciones sobre ese tema; no obstante, aún no existe ningún acuerdo concreto al

respecto. Valga acotar que a partir de 1997, la CCSS llevó a cabo un curso “de nivelación” entre los médicos generales recién graduados, con el propósito de que adquieran conocimientos sobre las labores a realizar en las Areas de Salud.

Definición del papel del nivel regional. En cuanto al papel que le corresponde desempeñar a las Direcciones Regionales de la CCSS, dados los nuevos modelos de atención y de asignación de recursos, se hace perentorio establecer cuál será su participación, sea como comprador o prestador de servicios o bien, si se contempla que intervenga en ambas funciones. Al respecto, la administración de la CCSS, a finales de 1998, no contaba con una definición sobre el papel que jugarían estas unidades, a pesar de que representan una estructura organizativa de considerable dimensión dentro de la institución aseguradora.

SECCION VII

SISTEMAS DE INFORMACION

En el marco de la Reforma del Sector Salud, el componente denominado “Sistema de Información” se estableció con el propósito de desarrollar en forma sistemática y gradual un sistema de información sectorial en salud, que sirviera de apoyo a la planificación, programación, dirección, vigilancia, monitoreo, control, evaluación y toma de decisiones a nivel sectorial e institucional, así como a la administración de la red de servicios técnico administrativos y a la gestión local.

En el presente documento, el análisis de dicho componente se circunscribe a las propuestas presentadas y puestas en ejecución por el MINSA y la CCSS, en relación con el desarrollo de sistemas de información computadorizados que apoyen los planteamientos establecidos en la Reforma del Sector Salud. Ambas entidades son las más importantes del Sector: la primera de ellas en su condición de rectora sectorial y la segunda por su carácter de principal prestadora de servicios de salud del país. De toda suerte, el financiamiento externo del componente tuvo como destinatarias solo a esas dos instituciones.

PRIMERAS PROPUESTAS PARA DESARROLLAR EL COMPONENTE DE SISTEMAS DE INFORMACION

La propuesta técnica del componente de Sistema de Información, elaborada entre 1992 y 1993 por la Unidad Preparatoria de Proyectos, fue dividida en dos partes: una propuesta para el desarrollo de Sistemas, contenida dentro del componente de “Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud”, descrito en la Sección III del presente documento, la cual recibe financiamiento del BID, así como otra que corresponde al componente de “Sistema de Información”, al cual se hizo alusión al inicio de esta Sección, que cuenta con recursos del BIRF.

El Proyecto de “Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud” prevé, entre otros aspectos, la ejecución de un plan estratégico de desarrollo en la institución, que involucra cambios en los

sistemas, programas y recursos humanos. En relación con los sistemas y programas, se formula una propuesta para el desarrollo de un sistema de información de carácter sectorial que descansa en dos pilares. El primero de ellos es el monitoreo y evaluación de las instituciones del Sector y el segundo es la gestión local. Sin embargo, dicha propuesta se limita a un conjunto de aplicaciones computacionales, relacionadas directamente con las funciones del MINSA, que no comprende una integración con sistemas de información de otras instituciones.

Por su parte, el componente de “Sistema de Información” propone el desarrollo de un Sistema sectorial en salud, compuesto por un sistema de información gerencial en salud que registre y produzca indicadores de gestión en salud a nivel local, un programa de automatización de procesos de información a nivel hospitalario, un subsistema de información local en salud en el primer nivel de atención y un programa de automatización de los procesos de ingreso, pago y custodia de valores en la red de agencias y sucursales de la CCSS. Ahora bien, aunque en este componente se incluyen sistemas de información para la Rectoría del MINSA así como para la prestación de servicios de la CCSS, más bien se trata de un componente orientado, principalmente, hacia el desarrollo de sistemas para la CCSS.

Por lo tanto, se observa que desde las primeras propuestas técnicas sobre sistemas de información, formuladas en el marco de la Reforma del Sector Salud, se independizaron las acciones llevadas a cabo por el MINSA y la CCSS. Esta condición se confirma al examinar los esfuerzos en materia de sistemas, desplegados a partir de ese momento por ambas instituciones.

PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION EN EL MINSA

Plan Maestro para el Desarrollo del Sistema de Información en Salud. Se emite en 1995 y plantea un modelo para un Sistema a nivel sectorial, cuyo desarrollo queda bajo responsabilidad de la Dirección de Sistemas de Información del MINSA. El documento contiene un diagnóstico de la situación informática que presentaban, en ese momento, el MINSA y otras entidades del Sector (CCSS, INS e ICAA) e incluye el modelo del sistema de información propuesto.

Este Plan Maestro constituye un esfuerzo aún mayor por alcanzar un verdadero sistema sectorial y además, cuenta con un enfoque mucho más amplio que el modelo de Sistemas planteado en el componente de Rectoría del MINSA. No obstante, es necesario destacar que no logra un nivel suficiente de detalle en su descripción de los sistemas, de la interconexión entre éstos, de los formatos de la información requerida y resultante de cada uno, ni de los procesos asociados con su mantenimiento.

Adicionalmente, el Plan Maestro establece que la base para el acopio de información corresponde a la red de servicios de salud en el nivel local, por lo que las fuentes de información provienen de los EBAS de la CCSS y de los programas de Saneamiento Ambiental y de Nutrición y Atención Integral del MINSA, así como de la atención intramuros de los hospitales, clínicas y consultorios privados. Es importante destacar que, si bien el Plan se formula como respuesta a requerimientos de información de índole sectorial por parte del MINSA, los Sistemas que se incluyen en la propuesta se nutren de la información suministrada por el MINSA y la CCSS, por lo que, en la práctica, no integra a otras instituciones y actores sociales que están llamados a operar como proveedores de información para el ejercicio de la Rectoría sectorial.

Análisis de requerimientos de plataforma tecnológica para el MINSA. Corresponde a una segunda etapa del Plan Maestro descrito en el punto anterior y fue desarrollada en diciembre de 1996. Incluye un diagnóstico sobre la situación de los equipos de cómputo del

Ministerio, los programas de aplicación que se encuentran operando en cada uno de los equipos, el recurso humano del área informática, la infraestructura relacionada con la función de informática y la plataforma computacional del nivel regional.

Además, hace referencia a algunas consideraciones que, de persistir, impiden alcanzar el desarrollo del Sistema de Información requerido, pese a que este es prioritario para el éxito de los procesos puestos en marcha por el MINSA. Entre esas consideraciones se destacan las siguientes:

- Se cuenta con información que no satisface requisitos mínimos de calidad.
- Se dispone de equipos inoperables, casi obsoletos o que no apoyan los nuevos sistemas de información.
- Los niveles regional y local carecen de recursos mínimos que se requieren para alcanzar las metas fijadas.

El análisis de requerimientos contempló además una propuesta para la adquisición de equipo de cómputo, que incluye las características técnicas de éste, uso que se le daría, equipos servidores y complementarios, programas de base de esos equipos (sistemas operativos, bases de datos, paquetes y comunicaciones), costo de los programas y arquitectura de red propuesta.

Como puede observarse, a fines de 1996 el MINSA ya contaba con estudios que en forma aproximada definían los requerimientos de sistemas en el nivel institucional y, en alguna medida, en el ámbito sectorial. Sin embargo, estos esfuerzos no se han visto acuerpados con acciones concretas para la puesta en operación de los planteamientos ahí contenidos. Más aún, la elaboración de una propuesta de reestructuración del MINSA, a que se hizo referencia en la Sección III de este documento, hace necesario que se revisen nuevamente esos estudios, con el fin de determinar y llevar a cabo cualquier ajuste que se considere pertinente para que los sistemas mantengan concordancia con los planteamientos del Proyecto de Rectoría del MINSA en particular, así como de la Reforma del Sector en general.

PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION EN LA CCSS

Plan Maestro en Sistemas de Información.

Este Plan fue elaborado en 1993 por el Consejo de Desarrollo Tecnológico de la CCSS y se circunscribe a los sistemas que le corresponde desarrollar a la CCSS en relación con el componente "Sistema de Información". El documento contiene los siguientes aspectos:

- Diagnóstico sobre la situación que se daba en ese entonces en el área de información de la CCSS, considerando equipos, sistemas, recursos humanos e infraestructura física.
- Políticas institucionales para el desarrollo de un Sistema institucional desconcentrado que apoye la conducción política, la planificación, la gestión y la comunicación y que en este sentido fortalecerá el Sistema de Indicadores de Gestión (SIG) y el Sistema de Producción, Rendimientos, Recursos y Costos (P.R.R.C.). Tales políticas contemplan la racionalización de los recursos informáticos, para lo cual se establece que la dotación de equipo debe ajustarse a procesos de desconcentración y responder a un plan de desarrollo informático, que considere tasas de rendimiento, incremento en la calidad del servicio y costo-beneficio de la inversión.
- Políticas en materia de Sistemas de Información, las cuales se encuentran clasificadas en generales, de organización, de sistemas, de equipo, de normativa y de capacitación. Estas políticas enmarcan el actuar de la institución en lo que respecta al desarrollo y adquisición de equipo y programas.
- Cartera de proyectos, compuesta casi por los mismos proyectos presentados en el Componente "Sistema de Información".
- Estrategia de implantación de los Sistemas antes mencionados, cuya finalización estaba prevista para enero de 1997.

El Plan Maestro contiene dos políticas en materia de Sistemas que merecen destacarse: una de ellas es que el funcionamiento del área

de Sistemas de Información en la CCSS será totalmente desconcentrado en su gestión operativa y centralizado en aspectos de planificación estratégica, normalización y definición de políticas generales, teniendo como referencia la planificación estratégica institucional. La otra política señala que el Plan Maestro es el conductor del desarrollo informático institucional y, de conformidad con este lineamiento técnico general, las Gerencias de División deberán elaborar su plan informático e instrumentarlo por medio de análisis de requerimientos de información local.

Plan de Sistemas de Información (Andersen Consulting).

Fue preparado dentro de la consultoría contratada a la firma Andersen Consulting en diciembre de 1996, como parte del proyecto global de "Diseño e Implantación de los Mecanismos de Asignación de Recursos" (nuevo modelo de Asignación de Recursos). Este plan fue considerado fundamental por esa firma, por constituir los sistemas de información el elemento central dentro de un modelo de asignación de recursos basado en la planificación estratégica por objetivos de salud.

El Plan tiene como propósito desarrollar los sistemas que respondan a los requerimientos funcionales que demanda el modelo de Asignación de Recursos al primero, segundo y tercer nivel de atención, así como al nivel regional, además de satisfacer las necesidades de información que se derivan de la separación de las funciones de financiamiento y prestación de los servicios de salud.

Para atender los requerimientos de las unidades responsables de la función prestadora de servicios, el Plan establece el desarrollo de "Sistemas de Gestión Operativa". Estos sistemas satisfacen además las necesidades de información propias de la función financiadora, para la cual se plantea el establecimiento de un "Sistema de Planificación y Control de Gestión", subdividido en tres sistemas: Sistema de Planificación de Estrategias de Salud, Sistema de Compra de Servicios y Seguimiento de Contratos y Sistema de Control de Gestión de los Establecimientos de Salud. A cada uno de estos sistemas, se les definió objetivos, entradas y salidas de datos, funciones, perfil del usuario y su relación con los demás sistemas.

Para la ejecución del Plan se define una metodología que consiste en la elaboración de un diagnóstico de la situación actual, la presentación de un modelo conceptual de los sistemas y un modelo de datos, el planteamiento de la arquitectura técnica y la formulación de una estrategia de proyectos, así como la propuesta para un plan de acción, en la cual se incluyen los proyectos de diseño e implantación de sistemas y bases de datos requeridos en el Plan de Sistemas de Información.

Cabe mencionar que los planteamientos de este documento no constituyen una descripción detallada de los sistemas propuestos sino, más bien, una presentación general de las tareas relacionadas con la implantación de tales sistemas y, además, su enfoque está más orientado al ajuste de los sistemas al Modelo de Asignación de Recursos.

Propuesta de la Gerencia de División Médica.

Los componentes “Readecuación del modelo de atención” y “Modelo de asignación de recursos”, descritos en las Secciones IV y V de este documento, tienen como fundamento la realización de transformaciones en la prestación de los servicios de salud, así como en la organización de las unidades que brindan tales servicios y en la relación que éstas mantienen con los demás niveles organizativos de la CCSS. En ese sentido la División Médica, en su condición de dependencia responsable de la oferta de servicios de salud, se muestra altamente susceptible a cambios en su organización, accionar y sistemas.

Basada en el Plan de SI de la firma Andersen Consulting, la Gerencia de la División Médica ha emitido documentos que contienen la propuesta para el desarrollo de Sistemas de Información para esa dependencia. Los más importantes son el “Plan Operativo Sistemas de Información en Salud”, formulado en primera instancia para el período 1996 – 2000 y ajustado posteriormente para ejecutarse en el período 1998-2003, así como el documento “Sistema de Información en Salud”, emitido en 1998 y coincidente con el anterior.

Este Plan se encuentra organizado en cinco etapas, correspondiendo las cuatro primeras de ellas al desarrollo, en su orden, de cada uno de los siguientes sistemas: “Sistema de Identificación de las Personas”, “Sistema de Administración de Pacientes”, “Sistema de

Información en Salud” y “Sistema de Planificación, Compra de Servicios y Control de Gestión”. La quinta etapa comprende capacitación de usuarios y adquisición de recursos.

El Plan también considera, para etapas futuras, el desarrollo de nuevos módulos (Farmacia, Base de datos institucional, Enfermería, Ficha Familiar, Sistema Automatizado de Laboratorio, Expediente Electrónico, Imágenes Médicas y Apoyo a la Toma de Decisiones), así como la interconexión de hospitales y Areas de Salud a la red institucional de Sistemas de Información.

COORDINACION MINSA-CCSS EN MATERIA DE SISTEMAS DE INFORMACION SECTORIAL EN SALUD

Tal como ya se indicó, el componente “Sistema de Información” establece el desarrollo de un Sistema de carácter sectorial. Sobre el particular, el análisis de las acciones llevadas a cabo por el MINSA y la CCSS en esa materia denota que no se ha podido lograr la coordinación adecuada entre ambas instituciones para el logro de este propósito.

Por ejemplo, se carece de una instancia interinstitucional, formalmente establecida, para el desarrollo de un sistema de tal envergadura. Más bien, se observan esfuerzos aislados por parte de ambas entidades, en donde cada una de ellas procura el desarrollo que requiere para cumplir con sus funciones. El MINSA, que es la institución llamada a promover el establecimiento de este sistema de información, ha obtenido algunos logros en el desarrollo de sistemas para sus actividades adjetivas, pero le falta consolidar los sistemas para sus actividades de Rectoría sectorial, que involucran tanto información generada internamente, como de parte de instituciones del Sector y ajenas a él. Las razones de esta situación se abordarán más adelante.

Por su parte, cuando se examinan las diversas propuestas sobre Sistemas de Información que han sido presentadas por el MINSA y la CCSS desde la iniciación del Programa de Reforma del Sector, se observa que algunos de los Sistemas sugeridos se encuentran incluidos en varias de esas propuestas, mientras que otros SI difieren entre unas y otras.

De toda suerte, es menester destacar que pese a las limitaciones antes señaladas, en términos generales los sistemas del MINSA y la CCSS, vistos individualmente, mantienen una concordancia adecuada con los planteamientos de la Reforma.

BALANCE DEL DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION EN EL MINSA

Sistemas de información de las áreas sustantivas. El MINSA cuenta con algunos Sistemas que apoyan parte de sus actividades sustantivas. Estos sistemas presentan la característica de que no se encuentran integrados, ni cuentan con información que involucre otras fuentes del Sector, consideradas necesarias para disponer de un mejor criterio para la toma de decisiones. Por su parte, la institución no ha logrado una definición e implantación amplia y bien ajustada de los sistemas requeridos para apoyar las actividades sustantivas y la función rectora de la organización, lo que dificulta la planificación y evaluación estratégica, así como la vigilancia de los servicios de salud, tanto al interior del MINSA como en el ámbito sectorial.

Esta falta de definición puede atribuirse a dos condiciones fundamentales. Una de ellas tiene relación con el tardanza en el diseño y aprobación de la nueva estructura organizacional del Ministerio, proceso que fue impulsado principalmente durante 1997 y 1998, según se indicó en la Sección III de este documento y que no solo comprende el establecimiento de nuevas unidades organizativas, sino también procesos nuevos, o bien diferentes de los tradicionales. La otra condición, también comentada en la Sección III, es la falta de conclusión del traslado de personal y unidades de atención del MINSA a la CCSS.

No obstante lo anterior, el MINSA está llevando a cabo diversas actividades, con el fin de identificar sus necesidades de información, bajo un esquema de coordinación intra e interinstitucional, así como para precisar algunas de las tareas prioritarias para el desarrollo de sus Sistemas de Información.

Sistemas de información de las áreas adjetivas. El desarrollo de Sistemas que apoyen las actividades adjetivas de la institución ha sido

considerado prioritario para alcanzar las metas previstas en el componente de "Rectoría y fortalecimiento del MINSA". En ese sentido, pese a que se contrató el desarrollo de un conjunto integrado de Sistemas de Información administrativos (sistemas Financiero Contable, de Suministros y de Recursos Humanos), estos aún no se encuentran operando de una manera integrada, por incompatibilidad de los sistemas Financiero Contable y de Suministros, así como por problemas en la operación del sistema de Recursos Humanos.

Es importante señalar que el MINSA se ha trazado como meta que a fines de 1998, dichas aplicaciones estén en ejecución al 100% de su capacidad, lo que ha llevado a adoptar diversas medidas que permitan alcanzar tal propósito.

Sistemas de información de apoyo general. El MINSA ha desarrollado tres proyectos de particular importancia, denominados "Netsalud", "Telemedicina" y "Sistema de Información Geográfico", para apoyar en forma general las actividades del sector.

El proyecto Netsalud logra la interconexión, tanto a nivel nacional como internacional, de distintas entidades relacionadas con las actividades de salud, por medio de la red mundial Internet. Mediante el servicio de Telemedicina, se alcanza la interconexión de la CCSS y sus hospitales, el MINSA y el CENDEISS, lo que permite la interconsulta con especialistas y la atención de pacientes en servicios de urgencia. El Sistema de Información Geográfico es una herramienta computacional que permite manejar información geográfica sobre la distribución de la población (casas de habitación, establecimientos comerciales, etc.) en diferentes lugares del país. Debido a lo reciente de su desarrollo, estos proyectos aún no alcanzan una cobertura deseable de usuarios, por lo que el reto institucional radica en su extensión.

RETOS EN LA IMPLANTACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION DE LA CCSS EN EL NIVEL LOCAL

La readecuación del modelo de atención ha traído consigo la necesidad de realizar modificaciones importantes a los sistemas de información y a la tecnología de información de la CCSS, debido a que la institución amplió sus

prácticas de salud en el primer nivel, de manera que estas evolucionaran desde un enfoque tradicional de medicina curativa hacia un concepto de atención integral de la salud.

Como parte del cumplimiento del Plan Operativo de Sistemas de Información de la Gerencia Médica para el período 1998-2003, antes comentado, en la actualidad se está impulsando la implantación de tres Sistemas para el nivel local que brinda atención primaria (Áreas de Salud y EBAIS). Estos son: "Sistema de la Ficha Familiar", "Sistema de Información en Salud" (SIS) y "Sistema de Expediente Electrónico", los

que bien pueden entenderse como un solo sistema con una estructura modular.

El examen del avance alcanzado hasta el presente en la implantación de los sistemas de información de la CCSS, previstos para el nivel local, muestra que el desarrollo de los sistemas y del recurso humano que los utiliza, sigue siendo endeble pues, paradójicamente, algunos de los focos actuales de vulnerabilidad que presentan los sistemas en el nivel local, guardan similitud con los diagnosticados por la institución en 1993 (Recuadro 8).

Recuadro 8

Diagnóstico de situación del área informática de la CCSS en el nivel local: balance en 1998

En la etapa de transición actual del modelo de atención, se requiere de una Tecnología de Información acorde con los nuevos requerimientos, mientras que los Sistemas del primer nivel han de ajustarse para incorporar las acciones de promoción y prevención. Adicionalmente, en virtud de que el modelo prevé la migración hacia una estructura organizacional altamente desconcentrada y grados considerables de autonomía de gestión en los niveles de la organización que brindan los servicios, se ha hecho necesario diseñar Sistemas que permitan a las Áreas de Salud disponer de información sobre las acciones de salud ejecutadas, así como para el registro y control administrativo y financiero-presupuestario. Sobre este particular, se determinaron las siguientes condiciones en el nivel local de la CCSS:

- Las Áreas de Salud visitadas aún no cuentan con la plataforma necesaria mediante la cual puedan contar, de una manera ágil y rápida, con información completa y oportuna tanto para la atención de pacientes como para la gestión administrativa.
- Existe ausencia de una clara coordinación entre las diferentes dependencias que brindan la atención directa y las autoridades responsables de la función de informática en la CCSS. Por ejemplo, en el Área de Salud de Chacarita, el sistema de Ficha Familiar se está utilizando por iniciativa del nivel local. En el Área de Salud de Barranca se llevaron a cabo intentos por contratar el desarrollo de un sistema de información gerencial. Por su parte, se han desarrollado iniciativas de implantación del sistema de Expediente Electrónico para el caso particular del Área de Salud de Aserrí.
- No todas las áreas cuentan con un sistema automatizado para el procesamiento de la información proveniente de la Ficha Familiar y en algunos casos donde sí se cuenta con este sistema, se enfrentan situaciones como falta de integración con el resto de los sistemas de atención, así como serias dificultades para darle mantenimiento a la información de este sistema, en virtud del tiempo que demanda el proceso de digitación.
- Existe incongruencia entre la operación del Sistema de Expediente Electrónico y las labores establecidas para los médicos en los procesos de atención: al galeno se le asignan 15 minutos para atender a cada paciente y durante ese tiempo debe realizar indagación, examen, diagnóstico, lectura del expediente y anotación de sus observaciones en el sistema informatizado. Lo anterior se ve agravado por los requerimientos que establecen los Compromisos de Gestión e incluso por los tiempos de respuesta de los equipos donde se encuentra operando el Sistema.
- Se carece de estudios para precisar proyecciones que permitan establecer parámetros de crecimiento en el volumen de información almacenada en los Sistemas, con el propósito de prever necesidades futuras de programas y equipo y procurar una continuidad adecuada en el funcionamiento de esos sistemas.
- No se localizaron políticas relacionadas con mecanismos de seguridad para la protección de los equipos, ni con planes de contingencia adecuados para minimizar los periodos de interrupción de operaciones.
- No se cuenta en la actualidad con Sistemas uniformes en las diversas Áreas de Salud, lo que provoca dificultades de registro en la mayoría de éstas, así como falta de estandarización en el llenado de la información. Incluso, algunos instrumentos diseñados para recolectar la información (v.gr. la agenda diaria) han sido objeto de modificaciones frecuentes, lo que ha dificultado la adaptación al cambio.
- En algunas Áreas se ha considerado necesario diseñar Sistemas manuales o computadorizados, como complemento al Sistema de Información en Salud (SIS), por cuanto se considera que éste no resuelve a la totalidad de las necesidades de información del nivel local, o bien porque por medio de él no se logran atender determinados requerimientos de información, provenientes del nivel central de la CCSS.
- El personal del nivel regional y local de la CCSS sufre de dificultades para adaptarse a los nuevos Sistemas y Tecnologías de Información. Por ejemplo, mucha información que antes se procesaba exclusivamente en forma manual, ahora debe almacenarse en medios magnéticos y poco personal cuenta con destrezas suficientes para resolver las dificultades técnicas con los programas o con el equipo, aún las de naturaleza elemental, con el agravante de que no se dispone de personal en el nivel local o regional que brinde apoyo técnico ni mantenimiento a los sistemas y al equipo.

SECCION VIII

CONSTRUCCION Y SUSTITUCION DEL HOSPITAL DE ALAJUELA

El proyecto de construcción y sustitución del Hospital San Rafael de Alajuela forma parte del denominado "Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud", que fue formulado en el marco de la Reforma del Sector Salud. Este programa tiene como objetivo fortalecer el modelo actual de atención en salud, mediante la mejor organización de los recursos de la red de servicios, para brindar una atención más humana e integral a la familia y a la comunidad.

Durante los últimos años se ha observado un nivel de saturación en los hospitales nacionales y especializados. Este se atribuye a una baja resolución en las clínicas y en los hospitales periféricos y regionales, situación a la cual no escapa el Hospital de Alajuela. Con la construcción y sustitución de este hospital se pretende mejorar la red nacional de servicios hospitalarios, pues se considera que procurando una adecuada atención en su área de atracción, se reduce el alto porcentaje de referencias a hospitales nacionales y así la disfunción que ello provoca en la red hospitalaria.

Desde que se planteó la necesidad de construir un nuevo hospital para Alajuela ha transcurrido una década sin que éste haya llegado a concretarse. Mientras tanto, los problemas señalados entonces no han desaparecido, a pesar de los ingentes esfuerzos que la Dirección del Hospital ha efectuado para que éste siga operando (Recuadro 9).

Para aliviar un poco la situación del Hospital San Rafael de Alajuela, mientras se logra finalizar el proyecto del nuevo hospital, la CCSS invertirá alrededor de ₡400 millones en infraestructura. Se remodelarán las salas de cirugía y se construirá un nuevo quirófano; asimismo, se

está finalizando una negociación con la Municipalidad de Alajuela para trasladar la biblioteca pública a otra propiedad del municipio, con el fin de acondicionar el edificio y trasladar ahí el servicio de emergencias. La remodelación de la biblioteca estaría a cargo de la Dirección de Desarrollo de Proyectos de la CCSS.

DESCRIPCION DEL PROYECTO

Como respuesta a la problemática planteada, se propuso el Nuevo Hospital de Alajuela, cuyo papel será el de un hospital regional, con un nivel de resolución del 85 al 90% de la demanda de su área de atracción, que ofrecerá servicios de internamiento y consulta externa en 25 especialidades; contará con 33 consultorios, 9 salas de operaciones, 3 salas de cirugía ambulatoria, salas de parto (3 salas de expulsión, 1 con 6 camas de labor y 1 quirófano), centro de documentación y área de docencia, así como servicios de diagnóstico como laboratorio clínico, endoscopia, rayos x, electrocardiografía, rehabilitación física, terapia respiratoria y ocupacional. Además, se previó la implantación del servicio de medicina nuclear en el futuro.

El Nuevo Hospital de Alajuela estará ubicado en el barrio San Luis de Alajuela, aproximadamente 1 Km al noroeste del Aeropuerto Juan Santamaría, en el extremo noroeste de la Radial Francisco J. Orlich. El área del terreno es de 82.138,25 m²; el área estimada de construcción, de 30.000 m², y el área destinada a estacionamientos y circulación, de 13 488 m², por lo que queda una zona verde de 31.476 m².

Recuadro 9

Situación actual del Hospital Regional de Alajuela

En la actualidad el Hospital San Rafael de Alajuela cuenta con 225 camas, en un edificio antiguo y con problemas evidentes de hacinamiento (especialmente en el área de emergencias). Las condiciones físicas del Hospital no permiten el desarrollo fluido de las atenciones que el recurso humano puede brindar, tanto por efecto de la falta de salas y camas para la estancia hospitalaria, como por la escasez de quirófanos.

La problemática señalada por los principales grupos interesados de la zona, se puede clasificar en dos tipos de debilidades:

- *Insuficiencia en la oferta de servicios, debido a que el Hospital actual no dispone de la capacidad física suficiente para satisfacer el aumento en la demanda de la población asignada.*
- *Problemas derivados de la falta de calidad de las instalaciones actuales, agravados por los serios daños sufridos durante el terremoto de 1990. Los problemas se presentan en aspectos como la iluminación, el ornato, el espacio para movilizar los pacientes, la improvisación de pasillos como salas de observación, etc.*

Las deficiencias en la estructura física y la ausencia de espacio disponible para ampliaciones adicionales, no permiten solventar la demanda que se ha detectado con el crecimiento de la población.

Por otra parte, con el propósito de hacer frente a la demanda de servicios, el Hospital ha crecido en forma desordenada, al margen de lo señalado en los reglamentos que rigen el desarrollo de la construcción en nuestro país y por tanto, en vez de ser un sitio con condiciones óptimas para la recuperación de los pacientes, con ventilación e iluminación directa y suficiente, se encuentra por doquier que se ha “robado” espacio a los patios de luz. El jardín central, que otrora fuera la fuente principal de ventilación e iluminación de los salones de convalecientes, prácticamente desapareció por completo, para dar paso a construcciones improvisadas, como las salas de operación existentes, en donde se encuentran en peligrosa conjunción el área para el ingreso de pacientes a sala, la pileta para el lavado de los implementos de limpieza general y los vestidores para el personal que tienen, además, fregadero y horno de microondas. No obstante esto, los antiguos salones no dan abasto a la cantidad de pacientes que ingresan en los meses de mayor demanda, de modo que las camas se disponen dejando apenas espacio para que se movilice de lado una persona, inclusive en las áreas de circulación.

Adicionalmente, la distribución del espacio existente tampoco fue planificada, sino que, de nuevo, la improvisación impera y cada servicio se las arregla para resolver sus propios problemas de espacio. Así, si se recorre el Hospital, se observan cuadros como los siguientes:

- *Un servicio de Emergencias con enfermos en los pasillos, “salones de observación” en áreas de circulación entre un servicio y otros, así como sillas dispuestas en los pasillos para la observación de pacientes.*
- *Un servicio de “Rayos X” con una “sala de espera” donde antes era un patio de luz, y en cuya pared se abrió un boquete hacia el exterior, para que los usuarios de la Consulta Externa ingresaran sin tener que entrar al Hospital.*
- *Un depósito de “ropa limpia” situado contiguo al servicio sanitario del salón de recuperación para hombres.*
- *En el servicio de Pediatría, un área de juegos en lugar del patio de luz que proveía ventilación e iluminación directa a uno de los salones.*

A los problemas señalados anteriormente se suman que la accesibilidad al servicio de Emergencias es restringida, pues el servicio está localizado al costado este del Hospital, y la calle de acceso es de un solo sentido, y requiere de un largo recorrido para desembocar a la vía principal, de modo que las ambulancias tienen dificultad para maniobrar, pues además de lidiar con el tiempo, también deben hacerlo con el tránsito.

CONSIDERACIONES SOBRE LA EJECUCION DEL PROYECTO

La evaluación del proyecto de construcción y sustitución del Hospital Regional de Alajuela se subdivide en tres grandes partes, cuyo orden obedece al ciclo genérico de proyectos dentro de la técnica de evaluación socioeconómica de proyectos de inversión.

La primera parte consiste en un estudio de las acciones emprendidas durante la etapa de preinversión, de modo que lo que interesa en esta fase es examinar las condiciones iniciales sobre las que se basaron los estudios de planificación hospitalaria, las metodologías de planificación empleadas y el grado de respuesta que daba el proyecto ante el problema observado. La segunda parte consiste en una evaluación de la implementación del proyecto, por medio de un monitoreo de las acciones

llevadas a cabo por la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, tomando en consideración los principales obstáculos externos que influyeron sobre dicha ejecución. Finalmente, se identificó la situación actual del proyecto con el fin de verificar si las condiciones iniciales del estudio se mantienen, así como las perspectivas futuras del proyecto si esas condiciones hubiesen cambiado.

Como resultado de dicha revisión se considera conveniente hacer las siguientes observaciones.

- La planificación del proyecto de inversión se basó en la oferta potencial e histórica de servicios médicos, más que en la demanda por atenciones hospitalarias de la población asignada, pues esta última debería estimarse de acuerdo con el número de atenciones que es socialmente deseable prestar a la población. Esto tiene como consecuencia la posibilidad de que no se determinen con precisión los requerimientos máximos y mínimos de infraestructura, equipo y recursos humanos, lo cual abre la posibilidad de sobredimensionar o subdimensionar los proyectos de inversión.
- Para determinar la demanda y oferta futuras, así como el dimensionamiento del hospital, entre otros supuestos, se partió de que no se iba a aumentar la capacidad hospitalaria instalada en la Región Central. No obstante, actualmente la CCSS se encuentra en la etapa de planificación del proyecto de construcción del Nuevo Hospital de Heredia, de manera que esa condición varió.
- El estudio de localización se llevó a cabo después de adquirido el terreno para la construcción del hospital. No se efectuó un estudio previo para buscar las condiciones óptimas para ubicar el proyecto, sino que, cuando el terreno ya se había adquirido, se analizaron aspectos importantes, tales como la existencia de suministro de agua potable, las características del suelo, la existencia de alguna restricción para construir en ese terreno debido a su cercanía del Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, así como los niveles de contaminación por ruido en dicho sitio. El realizar un estudio de este tipo, previo a la adquisición del terreno, permite analizar las ventajas y desventajas que ofrecen distintas zonas, y determinar cuál es la más apta para albergar el tipo de proyecto que se desea desarrollar. Por las características de éste, existen factores de mayor importancia que el precio que deben guiar la toma de decisiones.
- Si se compara el área que se determinó mediante el programa físico realizado para el hospital y el diseño arquitectónico final, existe una diferencia de 10.000 m² y aunque las causas de esta marcada diferencia no se estudiaron en particular, debe alertar sobre la metodología que la CCSS emplea para determinar el tamaño de sus edificaciones. Si el programa físico es uno de los insumos para que el equipo diseñador comience a elaborar el anteproyecto, en su definición debió participar al menos un arquitecto, pues esos profesionales tienen el conocimiento para proponer cuánta área se necesita para desarrollar una determinada actividad y además tienen mayor criterio para validar el programa con los usuarios antes de empezar a diseñar. En este caso, mientras la Dirección de Planificación de la CCSS elaboraba el programa físico (sin la participación de ese profesional), simultáneamente se estaba diseñando el anteproyecto en el Departamento de Arquitectura de esa institución.
- Hasta agosto de 1998, la situación del proyecto de construcción del Hospital San Rafael de Alajuela era la siguiente: prácticamente ha transcurrido el tiempo previsto en los préstamos suscritos con el BID para construir el proyecto y éste no se ha iniciado (el hospital debía estar terminado en febrero de 1999); se cuenta con los planos arquitectónicos y estructurales; no existen planos electromecánicos; existe una estimación del equipamiento necesario; el movimiento de tierras para el diseño arquitectónico propuesto está terminado, con un costo de \$2.033.638; el terreno donde se construirá el hospital no ha alcanzado el nivel de consolidación esperado, y se recomienda esperar más para dar tiempo a que las deformaciones del suelo se estabilicen, con lo cual se podría empezar la construcción en febrero de 1999 (de tenerse el diseño electromecánico); existen los borradores de

- los carteles para la contratación de la empresa supervisora de las obras y para la precalificación de empresas constructoras, así como también el formato del cartel para la construcción y equipamiento del Hospital.
- Durante el desarrollo del proyecto se presentaron diversos problemas técnicos, de los cuales el mejor ejemplo es lo sucedido con el diseño electromecánico, que evidencian una falta de coordinación entre las dependencias técnicas de la CCSS durante la etapa de planificación, y posteriormente, entre éstas y la Unidad Ejecutora encargada de llevar a cabo el proyecto, lo cual ha afectado la normal evolución de éste.
 - La CCSS solicitó al BID una prórroga de plazo, pero esta entidad supedita esa acción a que se reformule el proyecto, revisando los aspectos técnicos, jurídicos y financieros del Hospital, de manera que se logren los objetivos del programa que el Banco financió “dentro de un plazo razonable de ejecución.” En respuesta, la CCSS está promoviendo la contratación de alguna empresa o consorcio internacional que evalúe el trabajo realizado hasta la fecha, y plantee una propuesta para contratar, bajo la modalidad “llave en mano”, el diseño, la construcción y equipamiento del nuevo hospital. Lo anterior trae consigo un aumento significativo en el costo de la obra, pues habría que diseñar de nuevo el hospital.
 - De acuerdo con la ejecución del proyecto, a julio de 1998 sólo se había ejecutado un 9% del financiamiento total, debido a los diferentes atrasos ocurridos durante su proceso de desarrollo. La ejecución de recursos del préstamo, sin tomar en cuenta el aporte local, llega al 8% del total del préstamo, mientras que de la contrapartida local se ha ejecutado un 14,5% del total comprometido.
- Al 30 de junio de 1998 el BID había desembolsado un total de U.S. \$6.488.864, que equivalen aproximadamente al 25% del financiamiento externo contenido en los contratos de préstamo Nos. 711 y 712 OC-CR, correspondientes al Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud BID-CCSS-MS. En vista de este bajo nivel de ejecución del financiamiento, se ha pagado un total de U.S. \$1,2 millones por concepto de comisiones por montos no desembolsados, de las cuales se podría deducir que la mayor parte corresponde al Proyecto del Hospital de Alajuela, pues el monto asignado a éste representa un 71,5% del total del préstamo. Adicionalmente, si se compara con los demás componentes del Programa, resulta el proyecto con menor porcentaje de ejecución (9%). Con respecto a esta situación, cabe señalar que sobre el saldo no desembolsado del financiamiento, el país debe pagar una comisión de 0,75% anual, la cual empieza a devengarse 60 días después de la fecha del contrato, lo cual debe ser un aspecto de especial interés en la ejecución de este Programa.

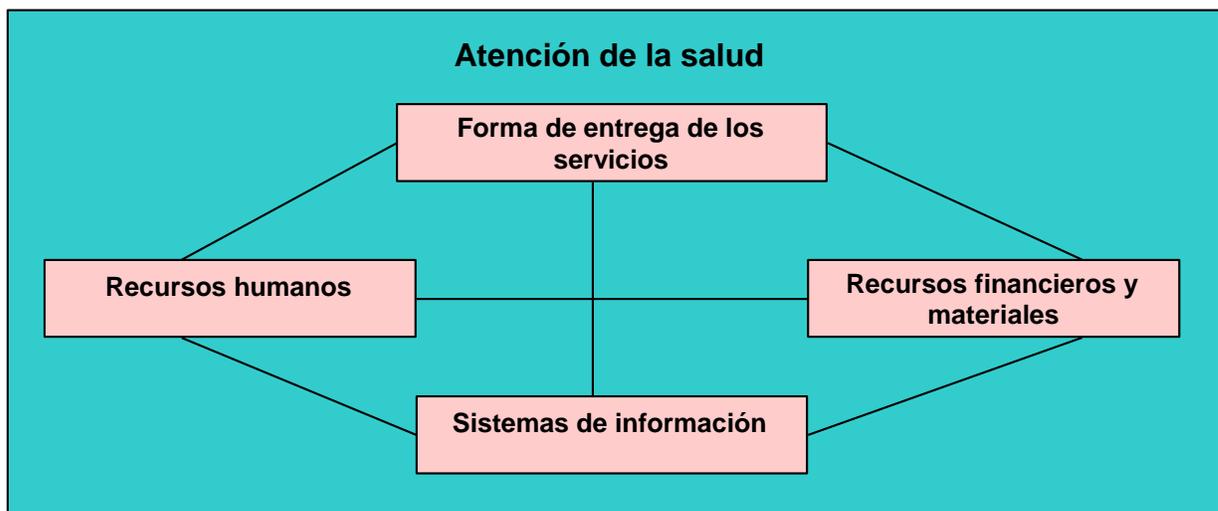
SECCION IX CONCLUSIONES

La Reforma del Sector Salud ha sido concebida como un conjunto articulado de transformaciones, que deben introducirse en las instituciones del sector, con el fin de incrementar la eficiencia en la consecución y empleo de los recursos a disposición de las instituciones del sector y de esta manera conservar las conquistas en materia de salud y seguridad social alcanzadas por nuestro país desde finales de la primera mitad de este siglo.

Ahora bien, ¿Se hacía necesaria un Reforma del Sector? La respuesta, según nuestro criterio, ha de ser afirmativa, en vista de que se busca responder a una amplia gama de problemáticas que afectaban la prestación de los servicios de salud en nuestro país, señaladas por especialistas en el campo de la salud, principalmente a partir de la década de los años ochenta, entre ellas, la reducción del gasto destinado a la salud, la disminución en la

cobertura de algunos de los programas, las variaciones en el perfil de morbi-mortalidad que traen consigo el encarecimiento de los costos de atención, el estancamiento o disminución de los índices de productividad de los servicios médicos de la CCSS, así como importantes debilidades en el ejercicio de la rectoría sectorial, una alta centralización en la administración de sus recursos financieros y materiales en algunas instituciones y deficiencias en los sistemas de información que dificultan una toma de decisiones adecuada.

La Reforma comprende transformaciones en aquellos componentes que intervienen en la prestación de los servicios de salud y su eje fundamental es la formulación y puesta en práctica de un nuevo modelo de atención de la salud.



Otra interrogante fundamental es la siguiente: ¿Se ajustan las estrategias adoptadas con el fin de solventar las necesidades detectadas en el marco de la Reforma, a las condiciones económicas del país? En términos generales, puede señalarse que sí. Por ejemplo, las restricciones de índole fiscal a las que se ven

sometidas las instituciones del sector público, de las que no se escapan las del Sector Salud, volverían poco viable un Programa de Reforma que presuponga un crecimiento significativo de los ingresos del Sector, en el corto plazo. Por lo tanto, los esfuerzos para incrementar el flujo de fondos para ejecutar las acciones de salud, se

han orientado hacia aquellos aspectos sobre los cuales se dispone de un mayor margen de maniobra, como lo es el caso de las medidas adoptadas por la CCSS para combatir la evasión del pago de la cotización por parte de patronos y asalariados del sector privado, así como la subcotización originada al reportar un ingreso menor al efectivo. Este enfoque parte de una base conservadora, pues reconoce que con las limitaciones financieras del Estado costarricense, no se vislumbra la posibilidad de que el incremento en la demanda por servicios de salud, pueda cubrirse por la vía de una mayor inyección de recursos al Sector.

Lo anterior explica que se haya enfatizado en alcanzar una mayor eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, en aras de garantizar la sostenibilidad financiera de los servicios públicos de salud en el mediano y largo plazo. De ahí que los componentes de la Reforma que guardan más relación con las actividades sustantivas de la CCSS y del MINSA -readecuación del modelo de atención, nuevo modelo de asignación de recursos financieros y Proyecto de Rectoría del MINSA- procuran, entre otros aspectos, evitar duplicidades de esfuerzos a nivel interinstitucional, una mayor resolución de la morbilidad en el primer nivel de atención y que las unidades prestadoras de los servicios brinden los servicios con mayor eficiencia y economía, sin descuidar niveles de calidad predeterminados.

La estrategia de la CCSS para impulsar su proyecto de modernización, que fundamentalmente persigue la racionalidad en el empleo de los recursos a su disposición, abarca dos frentes: el primero de ellos (readecuación del modelo de atención) busca mejorar el nivel de resolución de los servicios de salud, partiendo del nivel primario de atención y enfatizando en las acciones preventivas, de forma que genere un descongestionamiento paulatino de los servicios en niveles de mayor complejidad, con el consiguiente ahorro de recursos. El segundo frente (sistema de asignación de recursos) parte del nivel terciario y secundario de atención (hospitales), enfatizando en la eficiencia operacional y en las economías de recursos en los servicios de salud más onerosos, para posteriormente involucrar en las metas de eficiencia a las unidades prestadoras de servicios del primer nivel de atención (Áreas de Salud).

En los dos primeros años de aplicación de los compromisos de gestión (1997-1998), el sistema de asignación de recursos ha desafiado algunas de las rigideces estructurales de la CCSS, pues al conceder mayor margen de maniobra a los prestadores de servicios y comprometerlos al logro de determinadas metas, es posible estimular iniciativas individuales para el cumplimiento de los objetivos, el trabajo en equipo, un mayor compromiso entre los funcionarios y, sobre todo, incrementar los niveles de rendimiento en la prestación de algunos de los servicios. Sin embargo, el éxito relativo de esta iniciativa puede convertirse en un arma de doble filo para las autoridades de la CCSS. Ello, por cuanto el modelo contempla el otorgamiento de beneficios a los prestadores de servicios que alcanzan las metas prefijadas, lo que demanda una modificación de los criterios que tradicionalmente han prevalecido en el sector público, en lo que a materia de incentivos salariales y extrasalariales se refiere. Por su parte, el marco normativo en materia laboral en general, y en particular en lo que al aspecto salarial del sector público se refiere, que requiere algunos ajustes para que concilie con los esfuerzos de la CCSS, no avanza al mismo ritmo de transformación que experimenta la institución. Esto puede frenar el proceso y provocar desestímulo al cumplimiento de las metas previstas. La hipótesis que puede desgranarse es que el compromiso del personal hacia el aseguramiento de la calidad no se sostiene en el mediano y largo plazo si no son percibidos los beneficios asociados con el esfuerzo realizado.

La Reforma comprende la introducción de modificaciones sustanciales en las instituciones del Sector. Sobre este particular, tanto el MINSA como la CCSS han sido objeto de transformaciones paulatinas en su perfil funcional. Sin embargo, sus estructuras organizativas siguen mostrando niveles de rigidez que bien pueden frenar el impulso del cambio institucional. Ello, por cuanto el modelo de organización contemplado para ambas instituciones debe ser lo suficientemente flexible como para permitir la introducción de modalidades de administración regional y local desconcentradas, que se caractericen por la autonomía en la planificación financiera y administración del presupuesto, en la contratación y gestión de personal, en la provisión de suministros y en la organización de los recursos disponibles para atender las

demandas existentes. El esfuerzo por adecuar el marco jurídico a los modelos propuestos se materializa con la presentación, ante la Asamblea Legislativa, de un proyecto para reformar la Ley Orgánica del MINSA, así como con la aprobación de la Ley que otorga personería jurídica instrumental a las unidades prestadoras de servicios de la CCSS, tales como los hospitales, clínicas y Areas de Salud.

Paralelamente a las transformaciones de índole jurídica, otro gran reto pendiente para la Reforma es el de introducir a los funcionarios del MINSA y de la CCSS en las nuevas modalidades de gestión previstas, tanto en lo que se refiere a la naturaleza de las labores que en el futuro seguirán desarrollando ambas instituciones, como en la forma de entrega de estos servicios, pues ello involucra trabajo en equipos autodirigidos, facultación, cultura de rendición de cuentas, trabajo interdisciplinario e interinstitucional, etc.

A pesar de que la Reforma contemplaba que las transformaciones institucionales en la CCSS y en el MINSA se produjeran en forma simultánea, ha sido la primera de estas instituciones la que ha alcanzado un mayor avance en su proceso de cambio, lo que le ha valido, por el momento, asumir una posición de liderazgo en la construcción social de la salud, mediante la realización de proyectos acordes con las necesidades de las comunidades que atienden y bajo un enfoque integral de la salud. Hay que rescatar el hecho de que un número importante de los funcionarios que se encuentran desarrollando estos proyectos proviene del MINSA, lo que podría validar la tesis del personal del nivel regional y local del MINSA, en el sentido de que la institución se ha visto debilitada con el traslado de un importante número de personal de ese Ministerio hacia la CCSS.

Podría especularse que, en vista del retraso sufrido por el MINSA en la consolidación de su proceso de reestructuración y readecuación funcional, así como por el debilitamiento de su base de conocimiento y experiencia técnica y profesional, en el corto plazo será la CCSS y no el MINSA, la conductora del proceso de construcción social de la salud, y plantea un reto fundamental, cual es delimitar aún más la esfera de actuación del MINSA, supeditándola en exclusiva a la rectoría sectorial. Ahora bien, esto demanda la toma de decisiones de índole

política por parte del Ejecutivo, sobre quién deberá llevar a cabo en el futuro las funciones que actualmente desempeña esta institución y que no concuerdan plenamente con el papel rector que se visualiza para ella, de manera que la institución concentre todos sus esfuerzos en las labores estratégicas en el campo de la salud, que en buena medida superan el marco de actuación del MINSA y de la CCSS, para cubrir a todos los actores sociales que intervienen en la construcción social de la salud: MINSA y sus órganos adscritos, CCSS, INS, ICAA, universidades públicas y privadas, municipalidades, colegios profesionales, organizaciones privadas o cooperativas que prestan servicios de salud, organizaciones comunales y no gubernamentales, instituciones asistenciales financiadas total o parcialmente con fondos públicos, otros ministerios e instituciones autónomas y públicas, así como la comunidad. El ejercer la rectoría sectorial y ser a su vez ejecutor eficaz de políticas y programas de prestación de servicios de salud, es una pretensión que parece rebasar las posibilidades del MINSA, habida cuenta de que esta conjunción de esfuerzos, según han manifestado las propias autoridades del MINSA, parece ser una de las razones más importantes que históricamente han frenado la función rectora.

La estrategia adoptada por la CCSS para la readecuación del modelo de atención, ha dado prioridad a la constitución de Areas de Salud y EBAIS fuera de la Gran Area Metropolitana, con lo que se atendieron las necesidades de los grupos poblacionales que mostraban condiciones más inequitativas en la distribución de los recursos asignados a la salud y en el acceso a los servicios ofrecidos.

Durante los primeros meses de la actual Administración, las nuevas autoridades del MINSA y de la CCSS han realizado un análisis del avance de la Reforma, del que se adoptó como una de sus medidas el demorar el proceso de apertura de Areas de Salud y EBAIS, a efecto de evaluar los EBAIS en funcionamiento y con ello reforzar aquellos que muestren debilidades y retomar posteriormente el proceso de apertura en las zonas del país donde esto aún sigue pendiente. Esto podría frenar el traspaso de personal y servicios del MINSA a la CCSS, lo cual pospone temporalmente la aplicación en forma completa del Programa de Atención Integral a las Personas de la CCSS.

Adicionalmente, se estudia la posibilidad de introducir variantes en la aplicación de este Programa en las Regiones Centrales del país. De este análisis aún no se han derivado acuerdos de Junta Directiva que redireccionen el modelo de atención, aunque es de esperar que las decisiones que se adopten no acarreen consigo diferencias marcadas en la accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención, entre zonas geográficas y grupos de población, ni que impliquen reducciones en el gasto destinado a la atención primaria que puedan producir un debilitamiento en el servicio, que conduzca a valoraciones erróneas sobre la marcha del modelo readecuado de atención.

Cuando se examina el desarrollo de los sistemas y tecnología de información para el MINSA y la CCSS en el marco de la Reforma, se observa que ha sido bastante limitado y que refleja los efectos que se presentan con la transición de unos sistemas de trabajo a otros: surgimiento de nuevas estructuras organizacionales, con la consiguiente demanda de plataformas de información; aprendizaje de prácticas de salud y formas de trabajo novedosas, sobre las cuales el personal de ambas instituciones no disponía de una base amplia de conocimiento; ajustes en los procesos de trabajo vigentes; nuevos datos sobre salud que deben capturarse, procesarse, emitirse y analizarse; diseño de instrumentos de recolección de datos que respondan a las necesidades de información emergentes, etc. Todo apunta a que dicho desarrollo informático no va a alcanzar su verdadero despegue, sino hasta que otras transformaciones institucionales se hayan consolidado, por cuanto la reestructuración del MINSA y los cambios en la CCSS que se han derivado del nuevo sistema

de asignación de recursos, se produjeron con posterioridad a la elaboración de muchas de las propuestas originales sobre sistemas de información, lo que ha dado como resultado que se desactualicen, o bien, que surjan necesidades y usuarios de la información no previstos originalmente.

Pese a que se constituyeron unidades ejecutoras para los proyectos de la Reforma que fueron financiados con empréstitos externos, con la finalidad de volver más expedito su desarrollo, en algunos casos el nivel de ejecutoria no ha sido el deseado. El ejemplo más palpable de ello es el proyecto de construcción y sustitución del Hospital de Alajuela, que al mes de agosto de 1998 no se había iniciado, pese a que se cuenta únicamente con seis meses más para que concluya el plazo de construcción convenido con el BID. Amén de un gran número de justificaciones aducidas por la CCSS para explicar esta situación, es importante señalar que durante el desarrollo del proyecto se presentaron diversos problemas técnicos, que evidenciaron falta de coordinación durante la etapa de planificación, entre las dependencias técnicas de la CCSS y, posteriormente, entre éstas y la unidad ejecutora encargada de llevar a cabo el proyecto, lo que afectó su normal evolución. De las comisiones de compromiso por el financiamiento aprobado por el BID y no ejecutado por el Proyecto, por un orden de aproximadamente U.S. \$1.2 millones, puede deducirse que la mayor parte de ellas se ha originado en el bajo nivel de ejecución del proyecto del Hospital de Alajuela, pues para este proyecto se destinó el 71,5% del financiamiento total y sólo se ha ejecutado el 8% del aporte externo.

FUENTES DE INFORMACION

ENTREVISTAS

Allen, Patricia. Dirección de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.

Arias, Jorge. Director Unidad Ejecutora Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

Ayala, Norma. Coordinadora Componente Readecuación del Modelo de Atención. Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Ballesteros, Róger. Ex director Unidad Ejecutora Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

Bartels, Rodrigo. Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Bonilla, Mario. Director Hospital Monseñor Sanabria.

Brenes, Humberto. Director Hospital William Allen.

Calderón, Julio. Director Hospital San Francisco de Asís.

Carmona, Sergio. Gerente División de Operaciones. Caja Costarricense de Seguro Social

Carvajal, Xinia. Viceministra de Salud.

Cerda, Ilse. Informática Biomédica. Caja Costarricense de Seguro Social.

Céspedes, Orlando. Subadministrador Hospital William Allen.

Díaz, Carlos. Dirección de Planificación Institucional. Caja Costarricense de Seguro Social.

Durán, Fabio. Director Actuarial y de Planificación Económica. Caja Costarricense de Seguro Social.

Escalante, René. Gerente División Administrativa. Caja Costarricense de Seguro Social

González, Dora. Subdirectora de Sistemas de Información. Ministerio de Salud.

González, Marta. Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Guzmán, Ana. Compromisos de Gestión. Caja Costarricense de Seguro Social.

Hernández, Luis Paulino. Director Hospital Rafael Angel Calderón Guardia.

Jaramillo, Juan. Asesor del Director Hospital Rafael Angel Calderón Guardia.

Jenkins, Edgar. Asesor Gerencia Administrativa. Caja Costarricense de Seguro Social.

Jiménez, Efraín. Administrador Hospital San Francisco de Asís.

Lobo, Alexandra. Subdirectora General de Salud. Ministerio de Salud.

Márquez, Giovanni. Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Mata, Ileana. Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Miranda, Guido. Ex presidente Ejecutivo. Caja Costarricense de Seguro Social.

Mora, José L. Administrador Hospital William Allen.

Murillo, Gabriela. Dirección de Desarrollo de Proyectos. Caja Costarricense de Seguro .

Noriega del Valle, Jorge. Administrador Hospital Monseñor Sanabria.

Orlich, Rolando. Unidad Ejecutora Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

Pacheco, Vilma. Encargada del proceso de Manejo de Información. Dirección de Protección del Ambiente Humano. Ministerio de Salud.

Parada, Nery. Jefe Departamento de Planificación. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

Pérez, Francisco. Director Hospital San Rafael de Alajuela.

Piedra, Marielos. Directora de Planificación Institucional. Caja Costarricense de Seguro Social.

Portilla, Marco. Administrador Hospital San Rafael de Alajuela.

Rodríguez, Sandra. Unidad Ejecutora Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

Sáenz, Luis Bernardo. Director Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Sáenz, Rocío. Directora de Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud.

Soto, Manrique. Director Hospital San Juan de Dios.

Torres, Ivania. Gerente Unidad Ejecutora Proyecto de Modernización Caja Costarricense de Seguro Social.

Vilchez, Carlos. Administrador Hospital Rafael Angel Calderón Guardia.

Directores Regionales y de Area, Equipos de Apoyo y miembros de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud. Regiones Central Sur, Chorotega y Pacífico Central. Caja Costarricense de Seguro Social.

Funcionarios de la Gerencia de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social.

Funcionarios del nivel regional y local. Ministerio de Salud.

DOCUMENTOS

Andersen Consulting-Consorcio Hospitalario de Cataluña (1997). Diseño e implantación de mecanismos de asignación de recursos y para la modernización de los procesos críticos de la Gerencia Financiera y Médica. San José, Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1949). Constitución Política de la República de Costa Rica. Segunda edición. Investigaciones Jurídicas, S.A. San José, Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1973-a). Ley No. 5349 del 24 de setiembre de 1973.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1973-b). Ley General de Salud. No. 5395 del 30 de octubre de 1973.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1973-c). Ley Orgánica del Ministerio de Salud. No. 5412 del 8 de noviembre de 1973.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1974). Ley de Planificación Nacional. No. 5525 del 2 de mayo de 1974.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1977). Ley No. 6088 del 7 de octubre de 1977.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1978). Ley General de la Administración Pública. No. 6227 del 2 de mayo de 1978.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1992). Aprobación del Contrato de Préstamo suscrito entre el Banco Centroamericano de Integración Económica y el Gobierno de la República de Costa Rica (No. 16-FDS). Ley No. 7311 del 01 de octubre de 1992.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1993). Aprobación de los Contratos de Préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica. Ley No. 7374 del 3 de diciembre de 1993.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1994). Aprobación del Contrato de Préstamo No. 3654-CR y sus anexos, suscrito entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financiar el Proyecto de Reforma del Sector Salud. Ley No. 7441 del 25 de octubre de 1994.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1997). Aprobación del Convenio de Crédito entre el Instituto de Crédito Oficial del Reino de España y la Caja Costarricense de Seguro Social y del Convenio de Financiación entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Banco Bilbao Vizcaya, S.A. Ley No. 7683 del 31 de julio de 1997.

Banco Interamericano de Desarrollo (1992). Propuesta Préstamos Nos. 711 y 712.

Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud: indicadores del desarrollo mundial. Washington D.C., EE.UU.

Banco Mundial (1997). Ayuda Memoria Proyecto de Modernización del Sector Salud de Costa Rica (3654-CR). Misión de Evaluación de Medio Camino (7 al 17 de julio de 1997).

Caja Costarricense de Seguro Social (1984-1997). Anuarios Estadísticos 1984-1997. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1991-a). Diagnóstico, Proyecto de Construcción Hospital San Rafael de Alajuela, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Departamento de Planes y Proyectos. Dirección de Planificación Institucional.

Caja Costarricense de Seguro Social (1991-b). Estudio Técnico: Localización. Departamento de Planes y Proyectos. Dirección de Planificación Institucional.

Caja Costarricense de Seguro Social (1991-c). Programación Física Hospital San Rafael de Alajuela. Departamento de Planes y Proyectos. Dirección de Planificación Institucional.

Caja Costarricense de Seguro Social (1991-d). Programación Funcional Hospital San Rafael de Alajuela. Departamento de Planes y Proyectos. Dirección de Planificación Institucional.

Caja Costarricense de Seguro Social (1993-a). Plan Maestro en Sistemas de Información. Consejo de Desarrollo Tecnológico

Caja Costarricense de Seguro Social (1993-b). Plan Maestro para el desarrollo del Sistema de Información Sectorial en Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (1993-c). Proyecto Reforma Sector Salud – CCSS. Resumen Ejecutivo.

Caja Costarricense de Seguro Social (1994-a). El Gasto Público en Salud: metodología y estimación 1980-1993. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1994-b). Fortalecimiento de la Rectoría y Reestructuración del Ministerio de Salud. Anexo No. 1. Unidad Ejecutora Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1994-c). Plan Estratégico 1994-1998.

Caja Costarricense de Seguro Social (1995-a). Gestión. Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Volumen 3. Segundo semestre 1995. Número 2.

Caja Costarricense de Seguro Social (1995-b). Modernización. Boletín oficial.

Caja Costarricense de Seguro Social (1995-c). Proyecto para la Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Plan Operativo, Términos de Referencia para Consultores y Metodología de Selección de Firmas y Consultores Individuales. Unidad Ejecutora Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (1995-d). Seguro de Salud: Fortalecimiento Financiero del Programa de Atención Primaria. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1996-a). Actas de las sesiones de la Junta Directiva Nos. 6999-96, 7009-96, 7028-96, 7048-96, 7055-96, 7063-96, 7064-96.

Caja Costarricense de Seguro Social (1996-b). Plan Operativo Sistemas de Información en Salud, período 1996–2000. Gerencia de División Médica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1996-c). Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Plan Operativo. Unidad Ejecutora Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-a). Actas de las sesiones de la Junta Directiva Nos. 7122-97, 7133-97, 7158-97, 7162-97, 7182-97, 7189-97, 7204-97.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-b). Anuario Estadístico 1996. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-c). Compromisos de Gestión de diversos hospitales y Areas de Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-d). Descripción cuanti-cualitativa del proceso de implementación del modelo readecuado de atención Costa Rica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-e). El Proceso de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social durante 1996. Proyecto de Modernización.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-f). Gestión. Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Número extraordinario.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-g). Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos. Proyecto de Modernización. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-h). Informes evaluación compromisos de gestión primero y segundo semestre 1997.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-i). Propuesta de Reforma a la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social: Ley de Justicia Tributaria. Justificación, Objetivos y Resultados Esperados. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-j). Reglamento de Juntas de Salud Hospitalaria.

Caja Costarricense de Seguro Social (1997-k). Reglamento para la Obtención de bienes y servicios en forma desconcentrada de la Caja Costarricense de Seguro Social. Gaceta No. 211.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-a). Actas de las sesiones de la Junta Directiva Nos. 7228-98, 7242-98.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-b). Borrador del Manual para Elaborar Estudios de Factibilidad de Infraestructura Física en Servicios de Salud. Departamento Desarrollo de Servicios de Salud. Dirección de Planificación Institucional.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-c). Compromisos de Gestión de diversos hospitales y Areas de Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-d). Contexto Político, Económico y Social de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. En Foro Nacional de la Salud: "Hacia la construcción colectiva de la salud".

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-e). Evaluación de cláusulas adicionales compromisos de gestión Areas de Salud. II Semestre de 1997.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-f). Evaluación de cláusulas adicionales compromisos de gestión Hospitales. II Semestre de 1997.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-g). Informe del Proyecto Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social 1997. Proyecto de Modernización.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-h). Informes evaluación compromisos de gestión primero y segundo semestre 1998.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-i). Plan Operativo Sistemas de Información en Salud, período 1998-2003. Gerencia de División Médica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-j). Proyecto de Ley de desconcentración de Hospitales y Centros y Areas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Expediente No. 12676.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-k). Reforma a los artículos 3, 44, 45,, 46, 47, 48, 53, 55 y 74 de la Ley No 17 del 22 de octubre de 1943, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Gaceta No. 113.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-l). Seguro de Salud: Financiamiento y Asignación de Recursos. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. En Foro Nacional de Salud: “Hacia la construcción colectiva de la salud”.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-m). Sistema de Información en Salud. Gerencia de División Médica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998-n). Taller “Modelos de Prestación de Servicios para el primer nivel de atención en el área metropolitana”. Gerencia de Modernización y Desarrollo.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1993-a). Componente Sistema de Información. Unidad Preparatoria de Proyectos

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1993-b). Modelo General de Asignación de Recursos y Compra de Servicios. Evaluación de Alternativas de Gestión y Atención a la Salud. Tomo 1. Término de referencia. Unidad Preparatoria de Proyectos. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1993-c). Propuesta de readecuación del modelo de atención. Unidad Preparatoria de Proyectos. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1993-d). Proyecto de Reforma Sector Salud. Componente de Financiamiento. Unidad Preparatoria de Proyectos. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1993-e). Proyecto de Reforma Sector Salud. Componente de Modernización de la CCSS. Unidad Preparatoria de Proyectos. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1993-f). Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Unidad Preparatoria de Proyectos.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1994). El Proyecto de Reforma del Sector Salud. Resumen. Unidad Preparatoria de Proyectos.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1995). Normas de atención integral de salud. Primer nivel de atención.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1996). Funciones y actividades del equipo de salud del primer nivel de atención. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud (1998). Tecnológico y competitivo. En Foro Nacional de Salud: “Hacia la construcción colectiva de la salud”.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud-Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-Instituto de Desarrollo Económico (1997). Memoria del Seminario de Reforma del Sector Salud en Costa Rica: Su viabilidad Política y Sostenibilidad Financiera. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Organización Panamericana de la Salud (1996). Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El Caso de Costa Rica.

Castro, Carlos (1998-a). El proyecto de rectoría en salud, definiciones y avances. En “La reforma del Sistema Nacional de Salud: estrategias, avances y perspectivas”.

Castro, Carlos (1998-b). La reforma del sector salud y el modelo de atención integral. En “La reforma del Sistema Nacional de Salud: estrategias, avances y perspectivas”.

Contraloría General de la República de Costa Rica (1980-1997). Memorias Anuales. 1980-1997. San José, Costa Rica.

Contraloría General de la República de Costa Rica (1995). Manual sobre Normas Técnicas de Control Interno Relativas a los Sistemas de Información Computadorizados. Dirección General de Planificación Interna y Evaluación de Sistemas.

Contraloría General de la República de Costa Rica (1997). Fiscalización en Sitio FS-18A-97: Movimiento de tierras y estabilización de taludes del nuevo Hospital de Alajuela. Dirección General de Control de Obras Públicas.

Cruz, Juan Ernesto. Meléndez, José Carlos (1995). Análisis Descriptivo de la Deuda del Gobierno de la República con la Caja Costarricense de Seguro Social. Documento Técnico. Dirección General de Estudios Económicos. Contraloría General de la República.

Escola, Héctor Jorge (1989). El interés público como fundamento del Derecho Administrativo.

Fajardo, Gonzalo (1981). El Estado de Derecho y la Ley General de la Administración Pública. Revista del Seminario Internacional de Derecho Administrativo.

Farrer, Herbert. Ramírez, José M. (1995). Estudio de Impacto Ambiental para el Nuevo Hospital de Alajuela.

Feldstein, Paul (1988). Health Care Economics. Third Edition. University of California. Delmar Publishers Inc. United States of America.

Fontaine, Ernesto (1994). Evaluación Social de Proyectos. Décima Edición. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (1998). El Recurso Hídrico. En Foro Nacional de Salud: “Hacia la construcción colectiva de la salud”.

Instituto Nacional de Seguros (1998). Análisis de Riesgos laborales. En Foro Nacional de Salud: “Hacia la construcción colectiva de la salud”.

Jaramillo, Juan (1998). Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social y Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

Katz, Jorge. Miranda, Ernesto (1995). Reforma del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Serie de Políticas Sociales 12. Naciones Unidas. Santiago, Chile.

Martín, Amando (1998). Reflexiones sobre la atención primaria de salud.

Martínez, Juliana. Seligson, Mitchell. Trejos, Juan Diego (1996). Reducción de la Pobreza en Costa Rica: El Impacto de las Políticas Públicas. Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Serie Divulgación Económica 51. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José Costa Rica.

Ministerio de la Presidencia (1991). Decreto Ejecutivo No. 20262-P-H-RE-S del 20 de febrero de 1991.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1979). Decreto Ejecutivo No. 10653-P-OP del 5 de octubre de 1979.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1983-a). Decreto Ejecutivo No. 14184-PLAN del 8 de enero de 1983.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1983-b). Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN del 15 de febrero de 1983.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1985). Decreto Ejecutivo No. 16068-PLAN del 15 de febrero de 1985.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1986). Decreto Ejecutivo No. 17299-PLAN del 23 de octubre de 1986.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1988). Decreto Ejecutivo No. 18423-PLAN del 20 de julio de 1988.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1993). El Plan Nacional de Reforma del Sector Salud – Lineamientos Fundamentales.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1994). Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998 “Francisco J. Orlich”.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1997). Principales indicadores sociales de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1998-a). Costa Rica: panorama nacional 1997: balance anual, social, económico y ambiental. San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1998-b). Principales indicadores de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (1998-c). Governando en tiempos de cambio: Administración Figueres Olsen. San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica-Ministerio de Salud-Presidencia de la República-Programa de Reforma de Estado (1993). Plan Nacional de Reforma del Sector Salud: Lineamientos Fundamentales.

Ministerio de Salud (1989). Decreto Ejecutivo No. 19276-S del 9 de noviembre de 1989.

Ministerio de Salud (1990). Decreto Ejecutivo No. 19675-S del 30 de abril de 1990.

Ministerio de Salud (1994). Plan Operativo para la Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo de Sistemas. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud (1995). Plan Maestro para el Desarrollo del Sistema de Información en Salud.

Ministerio de Salud (1996). Análisis de requerimientos de plataforma tecnológica para el Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (1997-a). Informe Anual 1996.

Ministerio de Salud (1997-b). Informe No. DGA-491-97 relacionado con el “Alquiler y la Adquisición del Sistema de Información para la División Administrativa a la empresa Proyectica”. Auditoría Interna

Ministerio de Salud (1998-a). Documento base para la ponencia denominada: Análisis del componente de Promoción de la Salud. Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud. En "Foro Nacional de Salud: "Hacia la construcción colectiva de la salud".

Ministerio de Salud (1998-b). Informe Anual 1997. Cuatro años después...

Ministerio de Salud (1998-c). Informe semestral. II semestre 1997. Oficina Coordinadora del Proyecto Rectoría.

Ministerio de Salud (1998-d). Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (1998-e). Proyecto de Ley de reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Gaceta No. 145.

Ministerio de Salud-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1997). Costa Rica, las políticas de salud en el umbral de la reforma. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud-Oficina Panamericana de la Salud (1993). Estudio sobre la Rectoría del Ministerio de Salud. Análisis jurídico del perfil funcional. San José, Costa Rica.

Miranda, Guido (1994). La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. Segunda edición, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social-Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

Mora, Rolando (1991). Informe Geotécnico, Estudio Técnico Hospital San Rafael de Alajuela.

Organización Panamericana de la Salud (1990). La Salud en el Desarrollo. Decimoquinta Reunión. Washington, D.C., EE.UU.

Partido Unidad Social Cristiana (1997). Programa de Gobierno 1998-2002.

Phelps, Charles (1997). Health Economics. Second Edition, University of Rochester. Addison Westley Educational Publishers, Inc. United States of America.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Consejo Nacional de Rectores-Defensoría de los Habitantes (1995). Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. Serie: Documentos de discusión. No. 3.

Price Waterhouse (1996-1997). Informes de Auditoría.

Procuraduría General de la República (1989). Pronunciamento No. C-217-89.

Procuraduría General de la República (1995). Pronunciamento No. C-178-95.

Ramos, Alejandro (1991). Análisis Demanda, Oferta y Dimensionamiento, Proyecto Hospital San Rafael de Alajuela. Caja Costarricense de Seguro Social.

Real Academia Española (1992). Diccionario de la lengua española. Vigésima primera edición, Editorial Espasa Calpe S.A., Madrid, España.

Sáenz, Luis Bernardo (1998). La Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social. En "La Reforma del Sistema Nacional de Salud". Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (1993). Voto No. 243-93 de las 15:45 horas del 19 de enero de 1993.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (1994-a). Voto No. 3309-94 de las 15:00 horas del 5 de julio de 1994.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (1994-b). Voto No. 6256-94 de las 9:00 horas del 25 de octubre de 1994.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (1994-c). Voto No. 6471-94 de las 9:34 horas del 4 de noviembre de 1994.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (1998). Voto No. 998-98 de las 11:30 horas del 16 de febrero de 1998.

Salas, Alvaro (1997). Retos de la Modernización en el Sector Salud Costarricense.

Sojo, Ana (1998). Hacia unas nuevas reglas del juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica.

Torche, Arístides (1997). Métodos para la Evaluación de Proyectos del Sector Salud. Instituto de Economía. Pontificia Universidad Católica de Chile. Trabajo Docente No. 59. Santiago, Chile.

Trejos, Juan Diego (1993). Sistemas de entrega de los servicios sociales: Una agenda para la reforma en Costa Rica. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de Trabajo 153.

Vio, Fernando (1997). Informe Consultoría Misión de Medio Período. Componente 2: Redefinición del modelo de atención primaria de salud.