

REFORMA DE SALUD EN COSTA RICA: ¿AMENAZA EL MODELO DE GESTIÓN LOS PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD, EQUIDAD Y SOLIDARIDAD?¹

Juliana Martínez² y Mauricio Castro M.³

Resumen

En su diseño original, la reforma del sector salud proponía mantener y fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, pilar del sistema de salud desde la creación del seguro social en los años 40. Este postulado diferencia la reforma costarricense de otras en curso en la región latinoamericana. Sin embargo, los principios postulados por una reforma pueden verse amenazados por el modelo o los instrumentos de gestión que esa misma reforma propone.

La reforma del sector salud crea un nuevo modelo de organización, basado en *acuerdos contractuales* entre entidades, centrales y desconcentradas, públicas y privadas. En su conjunto, estas herramientas abren actualmente un conjunto de “portillos”, tanto para la privatización de servicios, como para la fragmentación del sistema.

Este trabajo presenta una descripción global de la reforma “en el papel”, identifica las presiones sobre el seguro de salud derivados del diseño del nuevo modelo, explica cómo estas presiones amenazan los principios que rigen la seguridad social, y enumera acciones para contrapesar estas amenazas.

Introducción

1 Este documento se escribió, en gran medida, para contribuir a un debate sobre la reforma del sector salud iniciada a lo largo del año 2000 por parte de la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP). Agradecemos también los agudos comentarios de Leonardo Garnier y Fernando Herrero a una versión anterior de este documento.

2 PhD en sociología, especialista en políticas sociales.

3 Lic. en derecho, especialista en derecho laboral, asesor sindical.

La actual reforma del sector salud se propone, al menos en el papel, mantener y fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad que han sostenido el sistema de salud desde la creación del seguro social en los años 40. Este postulado diferencia a la reforma costarricense de otras que son parte de la “familia” de reformas en curso en la región latinoamericana, las cuales han tendido a restringir la universalidad de la salud a los servicios básicos, y a eliminar los principios de equidad y solidaridad, mediante, por ejemplo, la privatización del propio financiamiento de la salud.⁴

Qué quieren decir los principios de universalidad, equidad y solidaridad enunciados como pilares de la seguridad social?:

1. Que toda la población debe tener derecho a los mismos servicios de salud (*principio de universalidad*);
2. independientemente de sus ingresos (*principio de equidad*); y,
3. a través de mecanismos re-distributivos de quienes tienen mayores a quienes tienen menores ingresos (*principio de solidaridad*)

El mantener estos principios corresponde al mandato constitucional por el cual los seguros sociales son universales y obligatorios, además de administrados y gobernados en forma monopólica por la Caja Costarricense del Seguro Social. En este sentido, el preservar estos principios como orientadores de la reforma es, ni más ni menos, ajustarse al mandato constitucional existente.

Sin embargo, **los principios postulados por una reforma pueden verse amenazados por el modelo o los instrumentos de gestión que esa misma reforma propone.** Cuanto mayor la capacidad de identificar los “portillos” que puedan conducir el proceso por caminos no buscados, mayor su capacidad de prevenir consecuencias no deseadas.

La reforma del sector salud, concretamente en lo que se refiere a la CCSS y a su seguro de salud, incorpora un conjunto de herramientas legales y de gestión que permiten la creación de un nuevo modelo de organización de los servicios de salud, basado en *acuerdos contractuales* entre distintas entidades, centrales y desconcentradas. Esto es lo que actualmente se conoce como un mercado interno o cuasimercado y que se traduce, entre otras herramientas, en

4 Por un análisis de características de dichas reforma, ver Sojo, A. (1997). La reforma finisecular del sector salud en América Latin y el Caribe: Su derrotero e instrumentos. In *Las políticas de salud en el umbral de la reforma* (pp. 35-66). San José: UNICEF.

la creación de los “compromisos de gestión”.

El objetivo de este trabajo es presentar una descripción global de la “reforma en el papel”, identificar las presiones sobre el seguro de salud derivados de la creación misma del cuasimercado, su amenaza a los principios que rigen la seguridad social, y posibles acciones para contrapesar estas amenazas.

Desde un punto de vista técnico, los riesgos que la reforma conlleva para los principios de la seguridad social son eso, riesgos, y no efectos automáticos a los que la reforma del sistema de salud tenga que necesariamente conducir. La posibilidad de enfrentar exitosamente estos riesgos dependerá de la capacidad técnica para identificarlos correctamente, incluyendo la capacidad de recoger las percepciones de usuarios(as), trabajadores(as), y ciudadanía en general, y, sobre todo, de la capacidad de generar coaliciones capacidad política para promover medidas que los enfrenten.

A continuación presentamos:

1. una caracterización del menú de regímenes para la organización de los sistemas de salud disponibles al momento del diseño de la reforma;
2. una caracterización del modelo escogido, en especial en relación a su modelo de gestión;
3. los fundamentos o las razones argumentadas para diseñar el modelo propuesto;
4. los riesgos que ya en su fase de implementación el modelo puede plantear a los principios de universalidad, equidad y solidaridad que orientan el sistema de salud costarricense; y,
5. un conjunto de medidas que serían necesarias como contrapesos para lograr que el modelo de gestión que propone la reforma no atente sino que, por el contrario fortalezca los principios de la seguridad social.

Una pregunta válida: ¿existe necesidad alguna de reforma?

Los logros de los servicios de salud costarricense dieron la vuelta al mundo en los años 70, cuando el país logró bajar su mortalidad infantil de más del 60/1000 a poco más del 20/1000 en el quinquenio 1975/80, para luego convertirse, desde los años 80 y hasta ahora, en el país con la segunda

mortalidad infantil más baja de América Latina y el Caribe.⁵ Asimismo ha alcanzado amplia difusión internacional el carácter universal de los servicios, una cobertura de más del 80%,⁶ y la posibilidad de que todas las personas, contribuyan o no al sistema, tengan derecho a la atención de su salud.⁷

Al mismo tiempo, y paralelamente a la crisis económica que afectó al país en los años 80, la atención estatal de la salud en el país también se volvió sinónimo de largas colas, despersonalizada atención, y un alto grado de descontento, no contra la existencia de la seguridad social en tanto tal, pero sí contra la realidad de sus servicios.⁸ Calidad y oportunidad se vieron entonces sentadas en el banquillo de los acusados.

Como respuesta, nos encontramos así ante una situación en la cual los sectores medios y en general quien pueden recurrir al mercado privado de servicios de salud, “emigran” al sector privado por una buena parte de sus servicios de salud. La excepción es la atención hospitalaria, la cual es utilizada por casi toda la población. Sin embargo, en este caso, por las vía de los hechos opera el co-pago de la salud, a través de los llamados “biombos”, además de otras formas de utilización privada de la infraestructura e insumos de la Caja.⁹

Simultáneamente, importantes segmentos de la población no cotizan a la seguridad social (en 1998, el 30% de la población asalariada y casi la mitad de los trabajadores no asalariados), pero cuando lo necesitan, utilizan sus servicios.¹⁰ En suma, **el financiamiento de la salud sigue siendo formalmente universal, equitativo y solidario, no así la realidad del financiamiento ni de los servicios que realmente recibe la población.**

Además de los problemas propios de los servicios de salud, se agrega la restricción presupuestaria, impuesta por el escenario macro económico, la cual

5 Rosero, L. (1983, San José). Las políticas socioeconómicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense. *asociación demográfica costarricense*, pp. 37-58.

6 Durán, F. (1989). *La Cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad*. San José: Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional, Presidencia Ejecutiva, CCSS.

7 Mesa-Lago, C. (1994). Changing Social security in Latin America and the Caribbean: Towards the alleviation of social costs of economic reform. Lynne Rienner.

8 Miranda, G. (1989). *Historia de la Medicina Social en Costa Rica*. San José: Asociación Costarricense de Historia y Filosofía de la Ciencia.

9 Cercone, J., Fabio Durán & Erlend Muñoz-Vargas. (2000, Noviembre). Compromisos de gestión, rendición de cuentas y corrupción en los hospitales de la CCSS. *Inter-American Development Bank, Research network working paper*.

10 F. Herrero y F. Durán, “El Sector Privado en el Sistema de Salud de Costa Rica”, Informe de consultoría. CEPAL. Diciembre, 2000. San José, Costa Rica.

obliga a hacer más con una menor cantidad de recursos. Es en este marco de problemas del sector y de restricciones macro económicas, que en 1994 y como parte de las reformas estructurales y del Estado que se vienen llevando a cabo en el país y en el continente, Costa Rica inicia un proceso de transformación global de su sector salud, proceso que además fue precedido por otros intentos de reforma, de carácter parcial.^{11 12}

Puede entonces afirmarse que los problemas del sistema de salud costarricense tenían, y por lo pronto siguen teniendo que ver, con al menos los siguientes problemas:

6. De *ingresos* a la Caja, reflejados, por ejemplo, en la evasión y la sub-declaración;
7. De *inversión*, reflejada, por ejemplo, en las restricciones a la inversión de los fondos del seguro de salud en los fines para los cuales dicho fondo fue creado y la fijación de porcentajes de superávit por parte de la Autoridad Presupuestaria;¹³ y,
8. De *gestión*, reflejados en la saturación de algunos servicios, la ausencia de otros, el enorme crecimiento de la demanda de atención hospitalaria, los tiempos de espera, entre otros.
9. De *servicios*, reflejada en el énfasis en la medicina curativa altamente especializada, que actúa frente a la enfermedad, por oposición a la medicina preventiva y de menor nivel de complejidad.

Los dos primeros problemas, de ingresos y de inversión, son de carácter político, y relativamente independientes del modelo de gestión que se adopte. Los dos segundos, sin embargo, están directamente relacionados con dicho modelo. Juntos, todos estos problemas se reflejan en la incapacidad de la Caja de brindar servicios oportunos y de calidad a la población, y hacen pensar en la necesidad de transformaciones, de índole política e institucional, en el sistema

11 Trejos, J. D. & L. G. (1994). *Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica*. Reformas de políticas públicas, vol. 18. Santiago de Chile: CEPAL.

12 Martínez, Juliana. 1999. "Poder y alternativas: la disponibilidad de agendas internacionales en las reformas de la salud en Costa Rica, 1988-1998". *Anuario Centroamericano de Estudios Sociales*, nro. 25(1), 159-182.

13 De acuerdo a Rodolfo Piza, Presidente Ejecutivo de la Caja, actualmente el fondo del seguro de salud de la CCSS es de 60 mil millones de colones. Mesa de negociación entre autoridades de la Caja y sindicatos, enero del 2001.

de salud. De qué transformaciones se trate, allí está, precisamente, el gran interrogante.

“Menú” de opciones al momento de elegir un modelo de reforma

A continuación se discuten las opciones de regímenes organizacionales disponibles al momento de diseñarse la reforma de salud en Costa Rica. Se trata de las opciones planteadas por las reformas “de segunda generación” para las cuales el eje de la modernización del estado no es ya el eje público-privado como lo fue en los años 80, sino eje régimen de organización administrativo-nuevo gerenciamiento público.¹⁴

Para poner en contexto el menú de opciones, cabe entonces distinguirlos en tres *modelos de gestión* disponibles, no excluyentes entre sí, para proveer servicios de salud:

10. el *administrativo*, que era entorno al cual se organizaba el seguro social costarricense antes de iniciar su proceso de reforma;
11. el de *mercado*, es decir el encuentro entre oferta y demanda sin intervención del estado para planificar y mediar dicha relación; y,
12. el de *cuasimercado*, que combina elementos de gestión y participación privada con financiamiento público de los servicios.

Veamos con mayor detalle en qué consiste cada uno, siempre teniendo presente que en la realidad, estos regímenes pueden presentarse en forma combinada, explícita o implícitamente. El objetivo es, finalmente, valorar, aunque sea rápidamente, fortalezas y debilidades de cada propuesta.

Un problema que busca resolver la reforma: régimen administrativo y carencia de planificación

En este régimen los distintos participantes en el sistema de salud se relacionan entre sí a través de líneas jerárquicas; los presupuestos se asignan

¹⁴Savedoff, W. (1998). *La organización marca la diferencia*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

en función de criterios históricos (es decir, en función de los recursos asignados previamente); el control de los servicios ofrecidos se realiza en forma administrativa; y la toma de decisiones se realiza centralmente por parte de la cabeza del sistema. Este era, precisamente, el modelo de gestión en función del cual estaba organizada la Caja antes de la reforma, y que aún predomina. Es además el régimen organizativo tradicional del estado costarricense.

Como parte de la explicación a la crisis fiscal propia de los años 70 y 80, la modalidad tradicional de administración de lo público se ha visto sentada en el banquillo de los acusados. Esta crítica se ha extendido a todos los servicios sociales, y ha sostenido que los regímenes administrativos enfrenta dos grandes problemas que lo inhiben de cumplir satisfactoriamente con sus objetivos.¹⁵

En primer lugar, este régimen no tiene forma de responder a la “asimetría de información” que se produce entre quienes conducen los sistemas (“principales”) y quienes prestan los servicios (“agentes”). Dicho en una forma muy sencilla: quienes conducen la institución en cada uno de sus niveles, desde el central hasta los hospitales y las clínicas, carecen de mecanismos para saber si sus decisiones están siendo, efectivamente, llevadas a la práctica.¹⁶

Es decir, bajo relaciones administrativas, las autoridades de un hospital toman ciertas decisiones acerca de las relaciones médico-paciente pero no tienen manera de conocer qué es lo que en realidad ocurre en un consultorio. Lo mismo ocurre en relación al control de calidad de servicios en las entidades prestadoras de servicios, cuando se trata de que sean evaluadas en oficinas centrales.

En segundo lugar, en este esquema, los recursos se asignan en función de quien tengan mayor capacidad de ejercer presión sobre quienes toman las decisiones. Esto lleva a que la asignación de los recursos se realice, generalmente, en función de criterios históricos y no en función de las necesidades de la población, necesidades que, por otra parte, se desconocen centralmente (ver gráfica 1)

15 Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public service*. Second Edition, Oxford, UK: Basil Blackwell.

16 Banco Interamericano de Desarrollo. 1997. *Cómo organizar con éxito los seguros sociales*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.

Demanda de
Recursos Asignación de recursos
 contra demanda

Gráfica 1.

En este esquema, las necesidades de la población no necesariamente son consideradas en la asignación de los recursos. Las instancias centrales operan en función de la demanda de quienes proveen los servicios. Estos a su vez se guían por la demanda de la población que llega a sus instalaciones y no de la población en general.

Por otra parte, más allá de la presupuestación histórica, no es evidentemente cómo las instancias centrales pueden determinar prioridades de recursos entre distintos hospitales, clínicas, etc. Es así que finalmente en este régimen tienden a primar los intereses de los proveedores de los servicios más fuertes, en función de criterios que no necesariamente responden a las reales necesidades de la población.

Problema que dice querer evitar la reforma: el régimen de mercado y carencia de planificación

En un régimen de mercado los proveedores de salud se relacionan con los

usuarios a través del encuentro entre oferta y demanda; los proveedores reciben recursos a cambio de la venta de sus servicios; no existe control más allá de los propios de cada proveedor y la toma de decisiones se realiza se realiza también por parte de cada proveedor.

En este escenario no existe un sistema único de salud aunque sí puede haber dos variantes:

- i. mercado con financiamiento de la seguridad social: los recursos recaudados se distribuyen entre los proveedores de acuerdo a afiliación (como ocurre con el segundo pilar de pensiones) y por lo tanto los proveedores compite por asegurados; y,
- ii. mercado sin financiamiento de la seguridad social: cada quien recurre al proveedor que puede financiar de acuerdo a sus ingresos.

En el caso de Costa Rica la variante que ha existido hasta el momento es la segunda. Es decir, al margen de la seguridad social, las familias que cuentan con los ingresos suficientes, pueden recurrir a proveedores privados de servicios y pagarlos con recursos de sus propios bolsillos. En el año 1998 este gasto correspondía al 30% del total del gasto en salud en el país¹⁷ (ver gráfica 2).

Gráfica 2.

Así como una de las principales críticas al régimen administrativo provino de un análisis genérico de la gestión pública, una de las críticas más agudas del régimen de mercado ha provenido del análisis específico de los servicios de salud. Más concretamente, se trata de un aporte realizado desde la economía de la salud, el cual señala que a diferencia de otros bienes y servicios, la salud es un bien que no se consume de acuerdo a preferencias y costos.

¹⁷ F. Herrero y F. Durán. 2000.

Mientras que un carro se compra en función de preferencias y costos (es decir, lo que a uno le gusta y lo que uno puede pagar), un bien como la salud no: un trasplante no es algo apetecible, y no lo es aunque estuviera de oferta. Además, si uno necesita un trasplante, lo necesita independientemente de cuánto cueste en el mercado. En suma: los servicios de salud no se consumen en función de preferencias y costos.

Al mismo tiempo, es en el interés de quienes proveen cierto tipo de servicios médicos, el crear una demanda de sus servicios. En un régimen de competencia por la generación de ganancias, la tendencia será a que los proveedores de servicios de salud ofrezcan aquellos servicios que más lo permiten. En suma: los servicios de salud tenderán a ser ofertados, no en función de las necesidades de la gente, sino de los márgenes de ganancia posible.

Esta combinación de factores, desde la oferta y desde la demanda, hace que el mercado no sea, en modo alguno, un buen asignador de servicios de salud. Por el contrario, dadas las características de los servicios de salud, el mercado falla en la asignación de recursos, y termina produciendo problemas tanto en materia de equidad como de universalidad y solidaridad social.

Así por ejemplo, países como los EEUU han demostrado que las relaciones de mercado en *estricto sensu* en servicios como los de salud, conducen a un espiral de gasto de la mano de la exclusión de importantes sectores de la sociedad. No en vano los EEUU son el país del mundo con el mayor gasto en salud (13% del PIB) y casi 50 millones de personas sin cobertura médica.

En otras palabras, la dinámica del mercado promueve una sobre utilización de los servicios de salud por parte de la población con mayor poder adquisitivo, dado que es en el interés de los proveedores ofrecer tantos servicios como se los demanden los usuarios de mayores ingresos o con menores riesgos en la salud. Más aún, en un mercado existen grandes presiones de los vendedores por vender más, y la demanda con poder adquisitivo tiende a comprar tanto como pueda. Así, en el mercado de salud se tiende a concentrar servicios en el segmento de la población con mayor poder adquisitivo. En este caso, nuevamente, encontramos un “riesgo moral” de los proveedores frente a los recursos disponibles por parte del sistema de salud.

La “tercera vía”: el cuasimercado

En este régimen los distintos componentes del sistema se relacionan entre sí por medio de la competencia planificada centralmente en función de un diagnóstico de las necesidades de servicios de salud de las poblaciones atendidas por cada proveedor; los presupuestos se asignan en función de compromisos de desempeño llamados “compromisos de gestión”; el control central se realiza a través de la evaluación del cumplimiento de dichos compromisos; la toma de decisiones acerca de cómo llevar a cabo dichos compromisos se realiza por parte de cada proveedor de servicios (ver gráfica 3).

Necesidad de la población

Asignación de recursos

provisión de servicios

Gráfica 3.

Llama la atención en relación al régimen de mercado, que bajo el de cuasimercado, existe una instancia central encargada de la toma de decisiones y la asignación de los recursos. Esta es, pues, una diferencia cualitativa importante con el esquema de mercado, en el cual son, supuestamente, los consumidores, quienes toman esas decisiones (con todas las distorsiones que ya examinamos para el caso de los servicios de salud).

Este es el modelo de organización de los servicios de salud por el que optó la Caja durante los años 90 y en función del cual se ha venido llevando a cabo la reforma. Los problemas y debilidades de este sistema aún no han sido claramente establecidos en la realidad, dado que se trata de un modelo en experimentación. Si bien varios países en el mundo han llevado a la práctica aspectos del modelo (como la división de funciones y la creación de los compromisos de gestión), no se observan experiencias que comprendan un sistema único de salud y basado en la seguridad social como el costarricense.

Además, las evaluaciones de estas experiencias sólo recientemente comienzan a aflorar, luego de un período de “encantamiento” con la propuesta.¹⁸

En todo caso, dado que se trata del modelo de gestión adoptado por la reforma costarricense, posponemos momentáneamente el examen de sus problemas y posibles amenazas para los principios de la seguridad social (ver sección 5).

Cada uno de los regímenes examinados resuelve en modos diferentes aspectos claves del funcionamiento organizacional, tales como su financiamiento, división de tareas, asignación de recursos y evaluación del desempeño. Además, estas modalidades de prestación de servicios sociales, se superponen y combinan, a veces explícitamente, a veces en forma implícita.

Por ejemplo, actualmente coexisten en el país relaciones típicas del régimen administrativo (por ejemplo, en la Caja), junto con relaciones de mercado (a través de la presencia de la medicina privada), y recientemente, con el establecimiento del cuasimercado (como parte de la propuesta de reforma de la Caja).

Sin embargo, aunque estos regímenes coexistan en un momento dado del tiempo, en general es posible identificar cuál o cuáles de estas modalidades actúan como “ordenadoras” de las restantes en un contexto determinado: el régimen de mercado hasta la creación del seguro social; el régimen administrativo desde la creación del seguro social hasta el inicio de la reforma actualmente en curso; y el régimen de cuasi mercado que se ha propuesto como eje de la reforma actual.

La reforma en el papel en Costa Rica

A continuación se caracteriza la reforma actualmente en curso. Para ello, se describe el reordenamiento general del sistema y los principales instrumentos de gestión que dicho reordenamiento involucra.¹⁹

18 Aunque, como nos lo señaló Fernando Herrero, en este momento comienza a verse un desencantamiento con los cuasimercado, particularmente en relación a la experiencia en el Reino Unido y Nueva Zelanda.

19 Esta sección se basa en el documento oficial de la reforma. Ministerio de Salud/Caja Costarricense del Seguro Social. 1993. Resumen de Reforma del Sector Salud. Martínez, J. (1998). Una descripción más detallada de la propuesta de reforma se encuentra en Martínez, Juliana. 1998. Policy environments and selective emulation in the making of health policies: The

Reordenamiento de la canasta de servicios

La reforma promueve un reordenamiento de la canasta de servicios en función de tres niveles: hospitalario, clínicas, y áreas de salud (integrado por los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud). En cada uno de estos niveles, los ahora llamados “proveedores” de servicios, ofrecerán una canasta homogénea de servicios que, con las adaptaciones pertinentes, garanticen la universalidad de los servicios. Para ello se propone aumentar la cobertura y el tipo de servicios que se ofrecen en el primer nivel de atención y especificar la oferta de servicios del segundo y tercer niveles (gráfica 4).

Canasta de servicios según niveles

3ero. 2do. 1er.

Gráfica 4.

Asignación territorial

Las personas deben acceder a los servicios de salud de los tres niveles de atención en función de sus del domicilio de las personas usuarias, con excepción de los servicios que solo ofrecen los hospitales nacionales. Se trata esta también de un instrumento para promover la equidad en el acceso a

case of Costa Rica, 1920-1997 [diss]. University of Pittsburgh.

servicios de salud. Todas las personas, independientemente de su lugar de domicilio, deben tener acceso a servicios oportunos y de calidad.

Para ello se propone reorganizar el tránsito o referencia de personas usuarias entre niveles. En todos los casos se insiste en una asignación de las personas a los servicios de la seguridad social *en razón de su lugar de residencia*.

En relación al primer nivel de atención el objetivo anterior se busca mediante:

- b. la ampliación de cobertura, y la universalización de servicios que anteriormente habían sido considerados solo para la población de escasos recursos; y,
- c. la definición de una nueva canasta de servicios de prevención y atención primaria para la salud.

Asignación territorial de los servicios

3er. 2do. 1er.

Comunidad 1

Comunidad 2

Grafica 5.

División de funciones: rectoría, financiamiento, compra y provisión

La reforma propone una separación de funciones entre instituciones y dependencias, a partir y en función de las cuales se reorganice el sector salud.

Dicha división de funciones se produce:²⁰

13. Entre el Ministerio de Salud y CCSS por la cual la rectoría (a cargo de la definición de lineamientos estratégicos en salud, y control de su cumplimiento) queda en manos del Ministerio y los servicios que el Ministerio anteriormente prestaba, programas de prevención y atención primaria, se trasladaron a la Caja; y,
14. Al interior de la CCSS, por la cual la caja esta se divide en tres tipos de órganos:

- i. financiadores (Gerencia Financiera),
- ii. compradores (Gerencia Administrativa), y,
- iii. proveedores de servicios (Gerencia Médica y proveedores públicos o privados; el modelo asume que es indistinto que se trate de unos o de otros).

La lógica de esta reorganización es que ninguna dependencia sea, a la vez, juez y parte de las decisiones de compra y venta de servicios, de esta forma emulando el funcionamiento del mercado, en el cual los actores se relacionan en función de la oferta y la demanda.

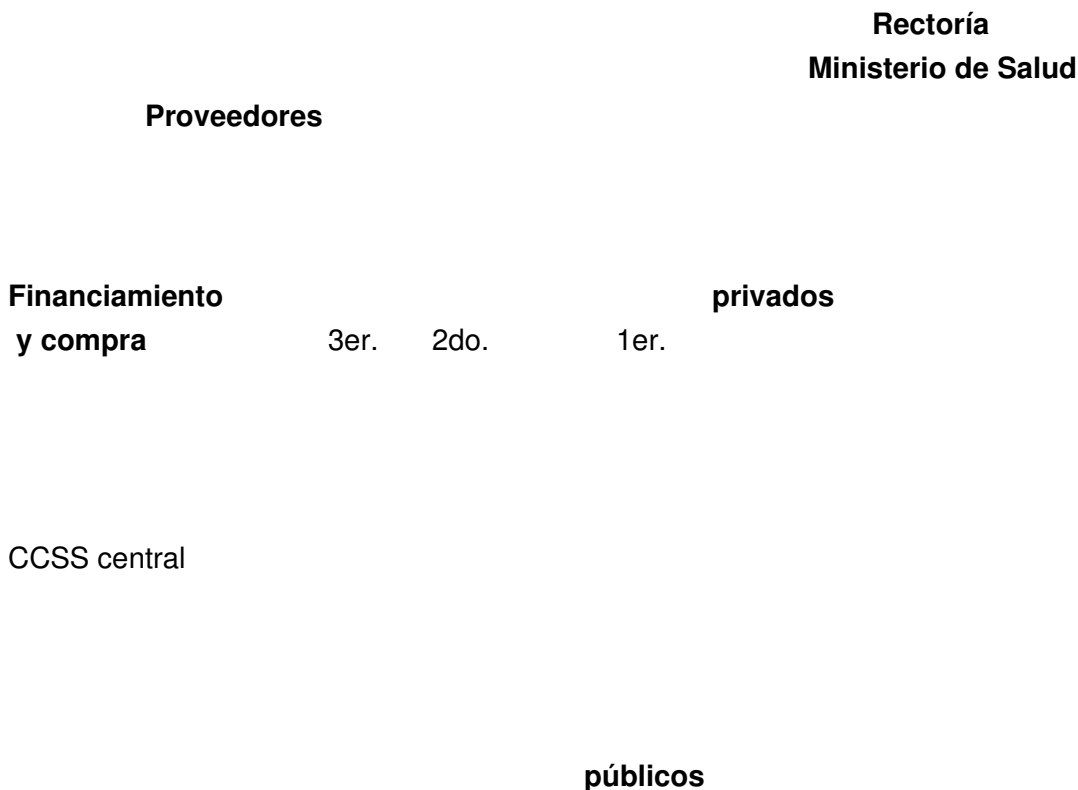
Para tal efecto, dentro de un sistema público de seguridad social se ha incorporado la ficción jurídica de órganos desconcentrados que venden a la Caja que es la compradora y financiadora de los servicios que prestan los órganos desconcentrados. Sólo así pueden los distintos entes “hacer como si” estuvieran siendo parte de relaciones de mercado, es decir de compra y de venta de servicios.

A los efectos de promover esta reorganización del sistema, el marco legal interno de la Caja, por medio de la Ley de Desconcentración Hospitalaria y su reglamento, se otorga a cada órgano proveedor desconcentrado, personalidad jurídica instrumental, de forma tal que con mayor o menor grado de independencia, administre sus recursos humanos, su presupuesto y las contrataciones administrativas que considere necesarias. Los alcances o grado de tal desconcentración y el régimen contractual de compra y venta de los servicios de salud, se incorporan entonces en los denominados compromisos de

20 Sistemas de compra de la Caja Costarricense del Seguro Social. (1998). San José: CCSS.

gestión.

Gráfico 6.



Asignación de recursos

La principal innovación del modelo de reforma en materia de asignación de recursos es la asignación de recursos en función de necesidades poblacionales. Se trata de las políticas “basadas en la evidencia”.²¹ Para ello, las instancias centrales, en particular la compradora, deberá desarrollar un conjunto de sistemas de información que le permitan conocer cuáles son las necesidades de la población en materia de salud (y no solo de quienes llegan a las dependencias de la Caja).

Esta determinación de necesidades se puede realizar en forma conjunta con los proveedores (por ejemplo con los EBAIS) pero constituye un mecanismo

21 Niessen, L., Els Grijseels. (2001). The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Institute of Medical Technology Assessment, Erasmus University, Rotterdam.*

central de asignación de los recursos. Este mecanismo se traduce luego en acuerdos de trabajo con cada uno de los proveedores, conocidos como *compromisos de gestión*.²² Estos compromisos deben reflejar la determinación de necesidades y prioridades realizada previamente.

La reforma no propone eliminar por completo los mecanismos administrativos de control y coordinación del sistema (es decir, en función de la jerarquía y línea de mando entre oficinas centrales y dependencias de salud, y al interior de dichas dependencias). Sin embargo si complementa y da centralidad a un mecanismo contractual de relaciones en función de objetivos y compromisos de desempeño.

La nueva modalidad de asignación de recursos requiere que se produzca un cambio en la asignación de recursos, de la asignación histórica (es decir, de acuerdo a los presupuestos anteriores), a una asignación prospectiva (es decir, a acuerdo a los servicios futuros previstos). Para que esto sea posible es necesario que:

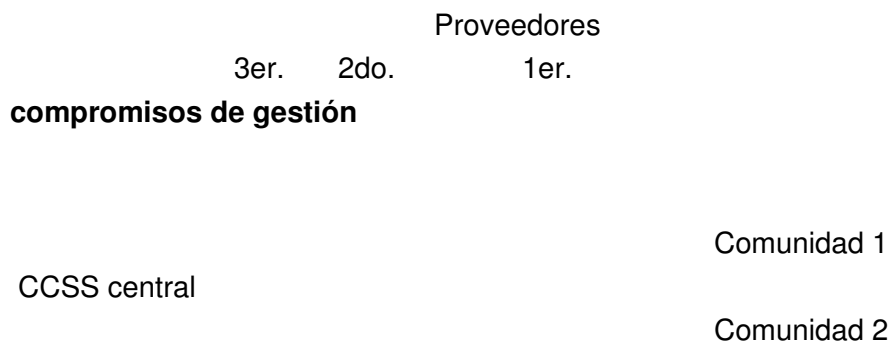
1. se incorporen criterios demográficos en función de los cuales anticipar servicios (por ejemplo, una dada cantidad de personas de la tercera edad, mujeres en edad de procreación; atención coronaria para personas de más de determinada edad; etc.);
2. las instancias centrales puedan comparar el desempeño de proveedores de un mismo nivel de servicios; y,
3. que el número y características de la población atendidas por los respectivos servicios sea relativamente estable.

Todo ello es posible mediante la creación de un conjunto de sistemas de información, capaces de proveer insumos para los momentos de planificación, monitoreo, evaluación y asignación de los recursos.²³

De nuevo, el marco legal que crea Para llegar a cabo este nuevo mecanismo de asignación de recursos, es la Ley de Desconcentración Hospitalaria y su reglamento.

22 Sojo, Ana. 2000. "Compromisos de gestión en un escenario eminentemente público: Costa Rica". En Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie de Políticas Sociales de la CEPAL, nro. 39. Julio. Santiago de Chile. Páginas 1-18 y 43-49.

23 Contraloría General de la República. 1999. *Panorama de la reforma del sector salud*. Costa Rica, Junio.



determinación de necesidades

Financiamiento

Se propone que el financiamiento de los servicios de salud sigan siendo una combinación de presupuesto nacional (la menor parte²⁴), y contribución tripartita a la seguridad social (la mayor parte), en manos de la CCSS. En este aspecto encontramos continuidad con la situación anterior a la reforma. Lo que cambia es el mecanismo de asignación de los recursos entre proveedores de servicios de salud que forman parte de la seguridad social, y el fomento de la utilización de mecanismos de contratación administrativa con entidades privadas.

Al igual que los principios de universalidad, equidad y solidaridad, el mantenimiento de un financiamiento tripartito y centralmente administrado²⁵ por la entidad a cargo de la seguridad social, la CCSS, tiene respaldo en el artículo

24 Financiamiento del Ministerio de Salud y financiamiento del Régimen no contributivo de la Caja.

25 El financiamiento de la seguridad social continúa teniendo una administración centralizada, aunque se otorga mayor autonomía en la gestión de los presupuestos acordados centralmente, a cada proveedor en tanto órgano desconcentrado (Ver Ley de Desconcentración Hospitalaria y su Reglamento).

73 constitucional. En este sentido, la reforma del sector salud se ajusta a dicho mandato, a diferencia de lo sucedido con la ruptura del monopolio de la seguridad social en materia de segundo pilar de pensiones, derivada de la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador.

En relación al financiamiento, resta aún resolver el problema de la dualidad de regímenes, es decir, de aquellos miembros de la población económicamente activa que aún hoy no tienen obligación de contribuir al financiamiento de la seguridad social, como es el caso de los trabajadores independientes.

A los efectos de garantizar los principios del sistema, y como parte del propio proceso de flexibilización laboral, el crecimiento del sector informal y el incremento de los contratos por servicios profesionales en el mercado de trabajo costarricense, es imperioso promover que estos trabajadores sean obligatoriamente parte de la seguridad social, a la mayor brevedad posible. En principio, la incorporación de estos trabajadores al régimen de la seguridad social en forma obligatoria, sería realizada por la CCSS a más tardar en febrero del año 2006.

Instrumentos legales

En el caso de la reforma de salud actualmente en curso en Costa Rica, tanto para la identificación como la puesta en marcha de distintos instrumentos de la reforma hacia el cuasimercado, el sector salud en general, y la Caja Costarricense de la Seguridad Social (CCSS) en particular, han capitalizado dos tipos de herramientas legales:

1. aquellas que atañen a la administración pública en general y que ya habían sido aprobadas al momento del inicio de la reforma sectorial de la salud (tales como la Ley de Contratación Administrativa, Ley de Sociedades Anónimas Laborales o la Ley de Concesión Pública); y,
2. aquellas normas más específicas, diseñadas y aprobadas dentro del propio marco de la reforma (tales como la Ley de Desconcentración Hospitalaria y su reglamento²⁶, los compromisos de gestión, el Reglamento para la

26 Ley de Desconcentración Hospitalaria No. 7852 del 30 de noviembre de 1998 (Gaceta No. 250 del 24 de diciembre de 1998); Reglamento a la Ley No. 7852, Junta Directiva de la CCSS (Gaceta No. 13 del 19 de febrero del 2000).

Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros²⁷).

La Caja y el cuasimercado

El cuasi mercado busca incorporar la competencia como mecanismo de gestión pública, y un escenario capaz de simular premios y castigos, pero sin crear un mercado en *estricto sensu*, sino simulándolo mediante la creación de un cuasimercado y manteniendo la planificación a nivel central.

La diferencia entre un mercado y un cuasimercado es que en el segundo el Estado se reserva una planificación en la asignación de los recursos que no tiene que ver con la contribución que han hecho a éste las personas atendidas. En el mercado el estado pierde la capacidad de planificación de los recursos que requiere cada proveedor para satisfacer las necesidades de un cierto grupo de la población, elemento que, precisamente, se critica del sistema de asignación de recursos previo a la reforma.

En materia de servicios de salud mantener un ordenamiento central de los servicios se considera de fundamental importancia dado que existe una gran asimetría de información entre quienes financian, compran y proveen los servicios. Sucede con los proveedores lo mismo que ocurre cuando alguien lleva el automóvil al mecánico y no puede sino creerle que realmente cierto trabajo era necesario y que se realizó eficientemente y al menor costo posible. Dicha asimetría de información se extiende a los usuarios, frente a quienes los proveedores no tienen más incentivo que darles lo que piden, sea esto o no razonable.

Si recibir servicios de salud fuera como comprar automóviles, un asunto de gustos y de nivel de ingreso de los consumidores, entonces el mercado podría ser un instrumento adecuado. Sin embargo, en el caso de la salud, todo el fundamento de la reforma hacia un cuasimercado está orientado a que, ni los proveedores ofrezcan, ni los usuarios soliciten, servicios que no sean necesarios. Para ello **la planificación central** es crucial, y para contar con dicho instrumento es también crucial poder **asignar los recursos según el número y características de las poblaciones atendidas** por cada proveedor.

Ahora bien, el **cuasimercado puede ser un punto de llegada, o en un**

27 Artículo 29 de la sesión de Junta Directiva de la CCSS no. 7421 del 9 de marzo de 2000, publicado en La Gaceta No. 62 del 28 de marzo del 2000.

paso hacia la creación de un sistema de salud regido, en su prestación, por reglas de mercado, en cuyo caso, aún cuando el financiamiento siguiera siendo público, se estaría quebrantando los principios de la seguridad social. Y sin embargo, las amenazas a los principios de la seguridad no provienen, exclusivamente, de los proveedores privados. A continuación vemos por qué.

Amenazas del modelo a los principios de la seguridad social

Hemos caracterizado la reforma del sector salud en cursos y provisto un análisis sintético de los supuestos detrás de ésta. Como cualquier política, ésta será el resultado, tanto de las visiones de las personas que la llevan a cabo, como de consecuencias muchas veces no intencionales de las acciones, *producto de la dinámica propia del nuevo modelo institucional*. Es en estas últimas que hacemos énfasis en este trabajo.

Las fuentes de presión y vulneración de los principios de la seguridad social provienen tanto de los proveedores públicos como privados y se derivan de la lógica ordenadora que la reforma del sector propone mediante la incorporación de los compromisos de gestión en tanto adaptaciones gerenciales del sector privado al público. Para cada una de estas tres grandes fuentes de presión, se explicita el riesgo que dicha presión supone, concretamente, para los principios del sistema, y cómo es que esto ocurre.

Cabe señalar que este análisis se refiere, exclusivamente, a los servicios de salud y no a los servicios complementarios (tales como alimentación o alojamiento en hospitales). Es cierto que es muy importante establecer qué tipo de gestión de los servicios complementarios es más adecuada para unos y otro grupos sociales sin que, a la vez, se atenten contra los principios ordenadores del sistema. Sin embargo, por lo pronto creemos importante restringir el análisis a los servicios de salud propiamente dichos.

Provenientes de los proveedores privados

1. **Presión:** por pasar de prestación pública dominante a prestación privada dominante.
2. **Riesgo:** cuantos más prestadores privados tenga el sistema, mayor presión

habrá por establecer relaciones de *mercado*, por ende sin planificación alguna y regidas por el simple encuentro de oferta y demanda. Existe en el país ya la evidencia de la presión que ejercen los proveedores privados por actuar fuera de cualquier marco de planificación, así como de la ausencia de mecanismos para determinar calidad y costos de los proveedores privados.²⁸

3. **Consecuencia:** si no se atiende el riesgo, se produce una ruptura de los mecanismos que unifican el sistema de salud (asignación territorial de personas y definición de niveles de atención), y con ello los principios de la seguridad social.
4. **Medida:** participación privada mínima, al menos en tanto y cuanto el sistema carece de capacidades centrales para la determinación de la demanda, el seguimiento, control de calidad y determinación de costos.

El actual diseño institucional genera presiones del sector privado por recursos de la seguridad social. El gasto privado en salud por parte de las familias costarricenses es pequeño en comparación al generado por la recaudación del seguro de salud de la Caja,²⁹ y al cual contribuyen en forma obligatoria los trabajadores asalariados y, hasta ahora, en forma voluntaria los trabajadores independientes.

Es en este marco que la amenaza fundamental no viene dada por la presión de que los servicios privados de salud capten recursos de la seguridad social. Lo que interesa a los prestadores privados no es la privatización del financiamiento ni de su recaudación, al menos por ahora, los cuales son, por el contrario, sumamente atractivas. La amenaza fundamental es, por ahora, el incremento de la presión por la privatización de la *provisión* de servicios de salud.

Como se dijo más arriba, *existe una diferencia cualitativa, no solo de grado, entre un mercado y un cuasimercado*: el segundo admite planificación centralizada y una organización y distribución de los recursos del sistema de acuerdo con los principios de la seguridad social y de acuerdo a un conjunto de criterios (tales como los niveles de atención, parámetros poblaciones, etc.). En este escenario existe, pues, un único sistema de salud al interior del cual se promueven la universalidad, equidad y solidaridad del sistema mediante

28 Defensoría de los Habitantes, l. c. r. (2001). *Oficio Nro. 01078-2001-DHR*. San José.

29 De acuerdo a datos disponibles, el gasto privado en salud de las familias costarricenses en 1988 correspondía al 30% de total del gasto en salud. F. Herrero y F. Durán. 2000.

mecanismos redistributivos, indispensables para poder llevar a cabo dichos principios.

La incorporación de proveedores privados incorpora la presión hacia que la Caja no sólo financie los servicios acordados originalmente en los compromisos de gestión para una población predeterminada en función de su lugar de residencia, sino que lo haga para tantas personas aseguradas como el proveedor sea capaz de atender.

La presión por incorporar en el sistema la noción de que los proveedores atienden demanda (y no solo población previamente asignada), a su vez empuja a ir estableciendo relaciones de mercado en lugar de relaciones propias de un cuasimercado.

Bajo un escenario de mercado, en cambio, en lugar de un mecanismo central de asignación de recursos, es el encuentro “espontáneo” de oferta y demanda el que define cuántos recursos se otorgan a qué proveedor. Se trata éste de un escenario bajo el cual la viabilidad de preservar los principios de universalidad, equidad y solidaridad del sistema bajo es nula.

Actualmente la prestación de servicios de salud de la seguridad social por parte de privados es pequeña y no excede el 2% del gasto de la institución.³⁰ Sin embargo, en los últimos años esta participación ha aumentado muy rápidamente y todo indica que continuará aumentando. La limitación en la participación privada es una medida necesaria para evitar este riesgo. Al menos lo es en tanto y en cuanto la Caja tenga posibilidades reales de evaluar y de contrapesar las consecuencias que dicha incorporación tendrá para el conjunto del sistema.

Provenientes de proveedores privados y públicos

Presión: por la disminución de costos y expansión de ingresos

Riesgo: que los proveedores exitosos demanden capacidad de expandir servicios (sea población fuera de su radio de atención, sea servicios fuera de la canasta correspondiente a su nivel de atención). En suma, se trata de pasar de competencia por recursos centrales a competencia por captar asegurados(as), y de canasta de servicios según niveles de atención a canasta definida por cada proveedor. Evidencia de esta presión se comienza a evidenciar, por ejemplo, entre hospitales que capitalizan las

³⁰ F.Herrero y F. Durán. 2000.

presas de otros, facturando por servicios provistos por la atención de pacientes correspondientes a otros hospitales del área metropolitana.

5. **Consecuencia:** si no se atiende el riesgo, se produce una ruptura de los mecanismos que unifican el sistema de salud (asignación territorial de personas y definición de niveles de atención).
6. **Medidas:** en relación a disminución de costos de operación, cláusula social interna por la cual se internalicen los costos (o inversión) sociales, tales como la seguridad social o los riesgos de trabajo; en relación a expansión de ingresos, limitación a los proveedores de ofrecer servicios fuera de la canasta propia de su nivel de atención, e inhibición de competencia por personas.

El modelo apuesta principalmente a que el cumplimiento de los objetivos institucionales se realicen a partir de una lógica de premios y castigos. Dentro de esta lógica, los incentivos pueden ser monetarios o no monetarios, individuales o colectivos. En cualquiera de los casos, la lógica del modelo promoverá que los proveedores disminuyan sus costos de operación y aumenten sus ingresos.

En relación a los *costos de operación*, contando con personería jurídica instrumental (ver apartado 4.2), los proveedores tienen capacidad de gestionar de sus recursos humanos, financiero-presupuestaria, y administrativa. Esto quiere decir que los proveedores (hospitales, áreas de salud) tienen capacidad de contratación de terceros, es decir, a empresas o a personas, cuya contratación conlleve un costo menor que los costos en los que incurriría el proveedor si realizara estas acciones con sus propios trabajadores(as).

La terciarización implica que las personas empleadas en la prestación de dichos servicios, se encuentran regidas por un régimen laboral no asalariado, o bien, por un régimen laboral flexible de facto. Por esta razón, la contribución a las políticas sociales, sean éstas directas o mediante impuestos al salario, disminuyen o desaparecen cuando los trabajadores pasan al régimen privado, afectando los ingresos de dichas políticas sociales. Esto incluye, evidentemente, las cuotas de la seguridad social. Paradójicamente, la Caja termina promoviendo o al menos permitiendo, la evasión a la seguridad social.

En cuanto al *aumento de los ingresos*, es de esperar que los proveedores más exitosos demanden, ellos también, mecanismos que les permitan aumentar sus ingresos, tales como la capacidad de aumentar su cobertura más allá de la asignación territorial, proveer una mayor variedad de servicios, o un régimen

privado complementario de contratación con los asegurados para proveer servicios de salud (es decir, no servicios accesorios como alimentación u hotelería, sino propiamente de salud)³¹.

En este escenario, quienes accedieran a los servicios de los mejores proveedores tendrían un mejor sistema de seguridad social que el resto de los asegurados, incluyendo servicios a los que otras personas aseguradas no tienen acceso como parte de ese determinado nivel de atención. En segundo lugar, quienes los que puedan pagar los servicios complementarios de salud tendrían también mejores servicios de salud.

En suma, se trata de un escenario en el cual, mediante la vulneración de la asignación territorial de las personas a los proveedores, de la distinción de servicios según niveles de atención, y de la posibilidad de vender servicios no previstos como parte de la canasta general del sistema, se amenazan los principios de universalidad, equidad y solidaridad.

Como vemos, en este aspecto, el cuasimercado genera presiones simultáneas similares desde los proveedores públicos y privados. Lo que define la presión no es necesariamente el carácter público o privado del proveedor, sino que la búsqueda de generación de ganancias en el marco de un cuasimercado de servicios de salud, amenaza el ordenamiento del sistema en función de los criterios de asignación territorial de las personas a los proveedores, y de canastas homogéneas de servicios según niveles de atención.

En todo caso las medidas tendientes a lidiar con esta presión y los riesgos que conlleva, tienen que ver con el establecimiento de “reglas de juego” que impidan que ésta se haga a costas de las condiciones laborales (efecto en el corto plazo) y del propio financiamiento del sistema (efecto en el mediano plazo). Esto requiere del establecimiento de una “cláusula social interna” que impida este tipo de abaratamiento de costos. En relación a la expansión de los ingresos, se requiere que reglas muy claras de ordenamiento del sistema.

Provenientes de ambos tipos de proveedores

31 De forma similar a lo que se estableció con la Ley de Protección al Trabajador en el segundo pilar de pensiones, bajo el argumento de que en tanto sean servicios (de pensión) *complementarios*, no se produce una quiebra de la universalidad, la solidaridad y la equidad.

7. **Presión:** por olipolización de la provisión de servicios (es decir, una reducción del número de proveedores).

Riesgo: que los proveedores exitosos demanden capacidad de expandir servicios (sea población fuera de su radio de atención, sea servicios fuera de la canasta correspondiente a su nivel de atención). En suma, se trata de pasar de competencia por recursos centrales a competencia por captar asegurados(as), y de canasta de servicios según niveles de atención a canasta definida por cada proveedor. La evidencia de este riesgo es una combinación de los dos riesgos anteriores.

8. **Consecuencia:** si no se atiende el riesgo, se produce una ruptura de los mecanismos que unifican el sistema de salud (asignación territorial de personas y definición de canasta de servicios según niveles de atención) y se con ellos los principios de la seguridad social.
9. **Medida:** fortalecimiento de los criterios ordenadores del sistema: la asignación territorial de las personas a los proveedores, y la definición de canastas de servicios según niveles que operen coordinadamente.

La presión del actual diseño institucional es hacia una competencia por personas y con ella, hacia la transformación del cuasimercado en un modelo de mercado, *aunque sea con financiamiento público*. Es decir: si un servicio es mejor que otro, es de esperar que sea de su interés expandir los recursos que recibe de la CCSS mediante una expansión de la personas a quienes atienden. Es de esperar que EBAIS, clínicas y hospitales más eficientes quieran comenzar a competir por más recursos a través de este mecanismo.

Si esto sucede las personas tienen la opción de elegir a los mejores proveedores y por lo tanto de concentrarse en los proveedores exitosos. El problema es que, de eliminarse o vulnerarse la asignación territorial de los servicios, *se vulnera también el mecanismo de asignación de recursos*, el cual se basa en una combinación de la cantidad de personas a atender, y el tipo de necesidades anticipadas en función de criterios demográficos (tales como sexo y edad, y riesgos de salud asociados).

Al amenazarse el sistema de asignación de recursos se vulnera la equidad y solidaridad del sistema, dado que es éste el que puede permitir la re distribución

de los recursos entre grupos poblacionales. Es decir, el sistema se queda sin saber cuántos recursos debería darle a qué servicios.

En relación a la canasta de servicios, si los proveedores expanden sus servicios más allá de los que se definen como correspondientes para el primer, segundo o tercer niveles, entonces se presentan dos problemas. En primer lugar, los usuarios que reciben servicios de estos proveedores, ya no reciben servicios en condiciones de igualdad con el resto de los asegurados(as) del sistema. En este esquema se vulnera el principio de equidad.

En segundo lugar, el financiamiento de dichos servicios amenaza también los principios de equidad y solidaridad, dado que alguien tiene que financiar dichos servicios. Este financiamiento puede venir de dos fuentes: los recursos centrales de la Caja, provenientes de toda la población asegurada, o el bolsillo de las personas que reciben estos servicios “extra”. Esta segunda forma es lo que usualmente se denomina “copago” o complementariedad.

Ambas formas de financiamiento suponen amenaza a los principios de la seguridad social, en el primer caso porque toda la población asegurada financia los servicios que reciben unos pocos. En el segundo caso porque la población asegurada está pagando doble por sus servicios (mediante la contribución y mediante el copago) y muy probablemente lo resienta, o bien, segregue la población que está en posibilidad de hacer tal copago y la que no puede hacerlo.

En todo caso, las medidas tendientes a prevenir estas situaciones giran en torno al fortalecimiento de los criterios ordenadores del sistema: la asignación territorial de las personas a los proveedores, y la definición de canastas de servicios según niveles que operen coordinadamente.

Trayectoria de la amenaza a los principios de universalidad, equidad y solidaridad

Las tres fuentes de presiones que se identifican a continuación tienen actualmente un agravante que trasciende al modelo de reforma, y que tiene que ver con la implementación de la reforma. Este agravante se sintetiza señalando que la reforma ha avanzado en forma acelerada en la desconcentración de los servicios, no así en la creación de capacidades para la determinación de necesidades de salud, y el monitoreo y evaluación de la oferta de servicios, en función de los cuales asignar los recursos. Este factor relativo a la

implementación del proceso viene así a acentuar las presiones propias de un modelo como el descrito anteriormente.

Relacionando estos aspectos críticos entre sí es posible dibujar una cierta “*trayectoria*” de la presión. Es decir, es posible dibujar una cierta secuencia de presiones que atentan con los principios de universalidad, equidad y solidaridad del sistema:

1. presión por una mayor provisión privada de servicios, vulnerando el carácter público de la provisión de servicios, a través de la *libre participación privada en la prestación de servicios financiados por la CCSS*;
2. presión porque los usuarios puedan elegir a qué proveedores del seguro social recurrir, rompiendo asignación territorial de servicios y por tanto de recursos, mediante la *libre escogencia/elección de prestadores financiados por la CCSS*;
3. presión porque los proveedores de servicios decidan qué servicios brindar independientemente del nivel primario, secundario o terciario de servicios, u otras consideraciones de las instancias centrales de la CCSS, promoviendo la *libre determinación de la oferta de servicios financiados por la CCSS*; y,
4. presión porque las cuotas de la seguridad social se trasladen directamente, de los asegurados, a los proveedores escogidos por éstos, y/o, que los asegurados realicen un “copago” o cotización complementaria para obtener mejores y mayores servicios de salud, de esta forma promoviendo una *descentralización del financiamiento de la seguridad social y una ruptura del sistema único de salud* (y por tanto de sus principios), similar al segundo pilar de pensiones.

Estas presiones tienen espacio, márgenes de maniobra, dentro del diseño institucional actual. Se trata de *presiones endógenas o internas y no externas al sistema*. El problema de esta cadena de presiones es que, de tener lugar, provocarían una ruptura de los principios de universalidad, equidad y solidaridad del sistema de salud.

Recomendaciones

Los riesgos señalados son riesgos y no efectos a los que la reforma del sistema de salud tenga que necesariamente conducir. Muy por el contrario, combinado con la capacidad política de incidir, la identificación de las presiones propias del diseño institucional propuesto y de las amenazas que éstas suponen para los principios de la seguridad social, pueden permitir enfrentar dichas amenazas.

Del análisis presentado en este documento, se desprenden un conjunto de medidas que, en su conjunto y junto con aquellas relativas al fortalecimiento de los ingresos y la inversión de la CCSS, podrían permitir contrarrestar las presiones y riesgos propios del modelo para los principios de la seguridad social. Estas son:

1. la creación y fortalecimiento de los mecanismos de *planificación central* de las necesidades de salud de la población asegurada;
2. el fortalecimiento de la *asignación centralizada de recursos* por parte de la CCSS y de acuerdo a las necesidades reales de la población;
3. la consolidación de *canastas de servicios homogéneas* en los proveedores correspondientes a cada nivel de atención, excepto, claro está, las adaptaciones debidas a las características poblacionales;
4. el fortalecimiento de la *asignación territorial* de los servicios, por lo tanto desalentando la libre escogencia de proveedores;
5. la *limitación de crecimiento de proveedores privados* de servicios de salud, más allá de los estrictamente necesarios para resolver problemas específicos en forma temporaria;
6. la *restricción a que los proveedores públicos aumenten sus ingresos* por la vía de aumentar población, canastas de servicios, o regímenes complementarios;
7. la *restricción a que los proveedores públicos disminuyan sus costos de operación* mediante la contratación de terceros que no cumplen con la seguridad social (cláusula social interna);
8. el establecimiento de *mecanismos de participación ciudadana* que permitan la rendición de cuentas de la reforma.