

RETOS EN SALUD – COSTA RICA 2013

DRA. ROCÍO SAENZ, DR. GUIDO MIRANDA Y DRA. MARÍA ELENA LÓPEZ

PRESENTACIÓN

En el presente análisis se definen las dificultades y fortalezas que tiene el Sistema de Salud costarricense para enfrentar los retos de sostenibilidad en su gestión así como la satisfacción de las necesidades y expectativas en salud de la población. Las recomendaciones buscan hacer un balance entre la situación y el consenso requerido para las transformaciones urgentes en el sistema de salud costarricense en su camino histórico de brindar salud para todos.

El Sistema de Salud costarricense es una expresión de la vivencia continua con el cambio inducido por las finalidades políticas y en la administración del mismo; cambios que pueden provenir de dentro o de fuera del sistema de salud, siendo desde adentro donde se deben generar las transformaciones más urgentes resguardando los principios que le han dado origen y, ofreciendo a las futuras generaciones la posibilidad de una sociedad más justa y saludable.

INTRODUCCIÓN:

El sistema de salud costarricense es considerado nacional e internacionalmente como exitoso y eficiente; es frecuente encontrar en la literatura científica la cita de Costa Rica por sus logros en el control y atención de enfermedades infectocontagiosas, la disminución de la mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida al nacer, éxitos que se comparan a las de los países de mayores ingresos. Así mismo, se menciona que la sostenibilidad de los logros dependerá del abordaje para un perfil epidemiológico caracterizado por enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer, la violencia, los accidentes de tránsito y el envejecimiento de la población a los que el país debe prestar atención. El país cuenta con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma, responsable del financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud de cobertura universal; la que se financia con contribuciones de los afiliados, los patronos y el Estado; administra tres regímenes, a saber el Régimen de Enfermedad y Maternidad, el de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo. El Ministerio de Salud es el responsable de la conducción y dirección política del sistema, la regulación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y el direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico en salud.

El Instituto Nacional de Seguros, institución autónoma, encargada de un seguro obligatorio universal que cubre los riesgos del trabajo y de la enfermedad profesional. Administra, además, los seguros voluntarios del área comercial.

El Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillado, institución autónoma que tiene la responsabilidad legal de la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano y el destino sanitario de las aguas servidas.

El Instituto Mixto de Ayuda Social, institución autónoma encargada del riesgo social de las familias de bajo ingreso y de la distribución financiera del fondo económico conocido como Asignaciones Familiares.

La arquitectura del sistema de salud actual, es producto de un acuerdo o pacto social que inició en los años cuarenta y que a lo largo de su vida institucional ha logrado no solo consolidarse en un sistema solidario sino que ha sabido adaptarse a previos retos históricos. Sin embargo, frente al éxito logrado y a los cambios inducidos por la eficiencia del mismo, no se ha producido la transformación necesaria a los nuevos escenarios y desde los años noventa viene mostrando signos de alerta en su financiamiento, pero es a partir del 2010 que se reconoce públicamente los retos en el financiamiento, gestión y en la calidad, oportunidad y equidad del sistema. Es en esta coyuntura, que se desarrolla el presente análisis, el cual se organiza en dos grandes apartados que dan contenido a los antecedentes y a la situación en donde nos encontramos y los retos a los que ha decidido dar énfasis; selección que responde a la sostenibilidad del sistema y a los efectos negativos que tendría el no enfrentar estos retos para un acuerdo nacional que nuevamente parta de las personas y colectividades y haciendo que las políticas públicas vuelvan a dar respuesta a las necesidades en salud de la población.

I ¿EN DÓNDE NOS ENCONTRAMOS?

La problemática actual en materia de salud se erige en un contexto político en el que destacan elementos económicos y estructurales que condicionan la sostenibilidad de los logros en salud y el abordaje de los nuevos retos sanitarios. La coyuntura socio-política nos ubica en un régimen democrático, pero que en los últimos años se ha caracterizado por incapacidad en la acción política coordinada, altos grados de corrupción y dificultades para la convivencia ciudadana sana, con un alto grado de descontento de la población, que se manifiesta en apatía y desmotivación electoral.

La ausencia de un Sector Salud debidamente integrado en sus componentes y funciones, carente de una legislación vinculante para las instituciones del Sector, anula totalmente el concepto de Rectoría a cargo del Ministerio de Salud y de la posibilidad de la creación de programas integrados interinstitucionalmente.

Estos contextos dificultan tanto el actuar del Estado como la participación política de ciudadanos y grupos sociales organizados; además de cambios en la estructura del empleo y contratación; un predominio de desarrollos urbanísticos descontrolados; la persistencia de la

pobreza; el aumento de la desigualdad social, y en el último tiempo, descontento con la calidad y oportunidad de los servicios públicos de salud con incremento de la oferta de servicios privados, apertura de seguros privados carentes de medición en su impacto en la seguridad social, lo que plantea un escenario en el que los esfuerzos del sistema de salud para ofrecer mejoras en calidad encuentran serias dificultades.

Destaca de igual forma la evolución de las políticas públicas en materia de salud en relación con intereses político-partidarios, el crecimiento del corporativismo de élite, y el avance del llamado “negocio de la salud”. La Reforma del Sector Salud fue planteada en febrero de 1990, como un proyecto técnico a desarrollar en etapas, en un Seminario Nacional participativo, que fue discutido y aprobado; se lo utilizó después como principal argumento para gestionar cinco préstamos con Organismos Internacionales con el correspondiente endeudamiento del Estado sobre los 200 millones de dólares, sin que se haya ejecutado completamente ninguna de sus 12 propuestas de adaptación a las necesidades identificadas.

Con todo esto, nos encontramos con una Costa Rica que aún cuenta con el bono poblacional en edad productiva y una sociedad cuya esperanza de vida al nacer es superior a los 80 años, constituyendo el grupo demográfico de mayores de 60 años el de más rápido crecimiento. Se ha llegado a una tasa actual de natalidad muy por debajo de la de reemplazo, con un aumento sostenido en la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer o aquellas producto de causas externas y violencias. Para ilustrar estos retos, vemos que el cáncer es el responsable del 20% de la muertes anuales, el tumor maligno de mama es el más frecuentemente diagnosticado en las mujeres, de todas las causas de muerte por cáncer ocupa el primer lugar; en promedio se diagnostican 15 casos nuevos por semana y fallecen alrededor de tres; mientras que los de próstata y estómago ocupan los primeros lugares en los hombres. Todas éstas son condiciones presentes y futuras que por su cronicidad, complejidad y potenciales efectos discapacitantes enfrenta y reta al sistema de salud y a la población a establecer nuevas estrategias para su abordaje integral.

A. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PROMOCIÓN EN SALUD

El sistema actual presenta deficiencias en el establecimiento de vínculos entre las acciones, la población y los mismos trabajadores, así como escasos mecanismos de evaluación y gestión por resultados. De esta forma, encontramos que los espacios, mecanismos y herramientas de incidencia política privilegian, una creciente instrumentalización de la participación social por medio de quejas de los “usuarios”, quienes no necesariamente se ven como sujetos de derechos y deberes capaces de incidir en el sistema.

Reconocida hace más de 30 años la necesidad de la descentralización de los programas institucionales para estimular y contar con la participación activa y directa de las comunidades mediante su empoderamiento, los mecanismos establecidos no han logrado la finalidad

propuesta y el concepto de la atención de la enfermedad sigue prevaleciendo ante la necesidad de la educación para conocer las causas determinantes de la salud y las medidas de comportamiento personal para la prevención de las enfermedades mediante la práctica de hábitos y costumbres inductores de una vida sana.

En conclusión, contamos con escasos mecanismos de participación social que además, son poco alentadores para la gobernanza en salud. De igual forma, es evidente una creciente multiplicidad de espacios y actores sociales, con predominio de intereses particulares, entre lo que cabe citar:

- Organismos no gubernamentales y otros grupos sociales no articulados, lo que limita la posibilidades de impacto y uso racional de los recursos
- Juntas de Salud inoperantes en la conducción de cambios en salud, básicamente por limitación de herramientas de incidencia y de gerencia
- Energía y conocimiento de trabajo comunitario no canalizado
- La gran industria médica y sus influencias en la formación y prácticas del personal de salud y en el mercado de la salud
- Los sindicatos y gremios de profesionales y técnicos en salud cuyos intereses particulares muchas veces entran en colusión con los intereses colectivos
- Los grupos político-partidarios y empresariales que llevan a decisiones que impactan negativamente los intereses institucionales y de bienestar colectivo

El modelo de atención integral tampoco ofrece una perspectiva muy alentadora. Aún con la declaración oficial de transformar la Atención Primaria en la política de salud de mayor vigencia económico-social, los servicios hospitalarios siguen consumiendo más del 70% del presupuesto de atención de las personas.

La CCSS en sus instrumentos de planificación, de gestión y de rendición de cuentas no ha ponderado el valor de instrumentos como los censos locales y las visitas domiciliarias, así como la clasificación del riesgo de las familias, ni la organización y participación de la comunidad. Con ello, se están dejando de lado la información poblacional y de necesidades en salud, que contribuyen al análisis de situación de salud y la consiguiente planificación de las políticas públicas, siendo que incluso sorprende la ausencia del interés por llevar a cabo proyectos de análisis y supervisión del desarrollo de los indicadores en salud.

Adicionalmente, se ha ignorado sistemáticamente el estudio de los determinantes sociales de la salud en grupos sociales específicos, que pueden ligar aspectos esenciales de seguridad del trabajo, de protección ambiental, de acceso y uso de los servicios de salud y educación y que se dirijan a la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las colectividades. De igual forma, se han dejado de lado las campañas de promoción de una cultura de educación para la salud, repercutiendo en el abordaje de los procesos de salud enfermedad en las que no se fomenta el auto cuidado; más bien se genera una dependencia institucional por el enfoque restaurativo de la salud.

Predominan en el trabajo extensivo de las instituciones aquellas actividades en eventos vistosos como la aplicación de alta tecnología, con frecuencia ligados a campañas de recaudación de fondos, entre otros, más que los procesos de fomento de una vida larga y saludable que exigen la participación ciudadana y su empoderamiento para mejorar su

situación de salud y el bienestar colectivo desde el nivel local, regional y nacional. Efecto de ese enfoque, es que el modelo de atención tiende a la atención “intramuros” de la enfermedad y especializado, por lo que no se fomenta una cultura de salud producida socialmente, lo que origina debilidad/ausencia de acciones efectivas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.

En conclusión, en este sentido se ha abandonado la estrategia de la Promoción de Salud y de sus acciones intersectoriales, debilitándose el énfasis necesario en la prevención, el autocuidado, la educación para la salud y la participación social en el modelo de atención, vitales para su adecuado desempeño

B. EL MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

Los datos recientes del Informe del Equipo Técnico de Especialistas (conocido como el Informe de la OPS y el Grupo de Notables) evidencian la pérdida de la capacidad de gestión gerencial, el desperdicio de recursos y los conflictos de interés entre diversos grupos que participan del sistema.

Son muchos los factores que pueden estar contribuyendo a esta situación, pero creemos que la debilidad existente en los procesos de rendición de cuentas, en la gestión de los sistemas de información en salud y en la formación de los recursos humanos son las piedras angulares para explicar sus debilidades

Predomina un sistema de rendición de cuentas de carácter economicista y productivista de los diferentes centros de atención y no por el desempeño programático de las redes de atención y mucho menos, en la gestión de la Región de Salud, como elemento integral del Sistema de Salud. Esto evidencia y explica tanto la desarticulación entre los diferentes niveles de atención en el país, como la ausencia de un plan integral en materia del sector de seguridad social y salud que realmente se ejecute y guíe las acciones institucionales. Este modelo de producción por establecimientos impide y es un obstáculo para la medición del desempeño de las redes de atención en relación con la situación de salud de las poblaciones bajo su responsabilidad, las que existen actualmente solo figurativamente sin ninguna responsabilidad en la gestión de salud de las poblaciones supuestamente a su cargo.

Además, la información disponible en el Sector tiene carácter histórico por la tardanza en su aparición, cuando ha perdido su utilidad práctica para la toma de decisiones. Se ha desaprovechado el potencial de las tecnologías de la información y comunicación (TIC's), a pesar de las evidencias existentes de los aportes que pueden generar para fortalecer la gestión de los sistemas de salud.

Los informes de la OPS del 2011 y del grupo de expertos, puede ser consultado para profundizar en estos temas, principalmente en los efectos negativos sobre la calidad, oportunidad y equidad del sistema.

En materia de gestión pública, el sistema resulta ineficaz en cuanto al desarrollo de los procesos de gestión de los recursos humanos en salud para responder a las necesidades en

salud de la población, tanto en los procesos de formación (qué y cuántos formar, para qué y para dónde) como en los procesos de contratación, distribución y permanencia de profesionales y técnicos, vitales para todo el sistema de salud y especialmente para la atención de las poblaciones más alejadas, costeras o fronterizas, con las condiciones de vida más deterioradas y por ende, con mayores riesgos de enfermar y morir.

Las situaciones descritas anteriormente, nos permite afirmar que al contrario de lo que oficialmente se declara, predomina un modelo de atención y gestión de la enfermedad con la consecuente rendición de cuentas por producción (consultas y egresos) por establecimientos y no por el desempeño de redes o aún de establecimientos individuales en cuanto a metas establecidas de salud y siendo además débil y tardío.

Valga resaltar que este modelo dificulta la persecución de fines específicos y promueve responsabilidades difusas, al no haber un plan concreto de desarrollo en el sector de salud que defina los parámetros de la actuación del Estado y de los diferentes actores, y con ello se imposibilita la correcta gestión y evaluación por resultados del trabajo en salud.

C. LA CAPACIDAD DE REGULACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

El sector privado ha influido en los cambios recientes en el sistema de salud, en favor de la desregulación por medio de la simplificación de trámites en la función rectora, la cual es vista como barrera al comercio y no como el deber del Estado de proteger los riesgos potenciales de ciertas actividades comerciales e industriales. Prueba de ello, son los cambios institucionales en aras de simplificar los trámites, que homologaron las normas y procedimientos para regular artículos de limpieza, medicamentos y servicios de salud, demostrando no solo desconocimiento de las especificidades en cada uno de ellos, sino además, abandonando la protección de la población en instrumentos tales como declaraciones juradas sin verificación posterior.

Tanto la contaminación por plaguicidas de aguas superficiales y subterráneas en áreas de alta concentración de producción de piña, como las denuncias de trabajadores en la producción y embolsado del banano, dan cuenta de la tolerancia institucional en los permisos de éstas actividades; así mismo en las zonas de vocación agrícola se han documentado conflictos por el uso del agua; hechos que nos permiten llamar la atención sobre la importancia de ajustar las acciones regulatorias en donde la salud de los trabajadores y pobladores sea la prioridad.

A su vez, los actores prestadores de servicios de salud privados muestran una agresiva oferta de servicios de salud ambulatorios y de internamiento, con una creciente demanda de recursos humanos calificados que minan la oferta de estos servicios a la población que depende de los servicios públicos de alta complejidad como el cáncer, y que en las encuestas de percepción realizadas por la Universidad Nacional muestran la preferencia en los servicios

privados. (Saenz R, Ortiz A, Gutierrez M, Bermufez J, Monge C Perspectiva epidemiológica y socioinstitucional del cáncer de mama en Costa Rica 2011 y Gutierrez, B Estado de Bienestar en Costa Rica, UNA 2012).

En los últimos años, se observa una tácita renuncia a la apertura de espacios de diálogo entre actores privados y entidades de salud pública y seguridad social, lo que podría ser un síntoma de falta de conducción y liderazgo en el sistema de salud. Adicionalmente, la oferta de seguros de salud para enfermedades de alto costo por parte del Instituto Nacional de Seguros, favorece un ambiente para la apertura de seguros de salud y la pérdida de lealtad del cotizante. El incrementar el gasto privado a expensas de debilitar los servicios públicos es un camino recorrido por otros países que perdieron su Seguridad Social.

La crisis que se ha hecho manifiesta del sistema de salud costarricense, ha evidenciado la pérdida de la iniciativa del Estado, con una actitud pasiva en su doble papel en el financiamiento y regulación del sistema; por un lado acumula deudas y por otro cuando cancela dichas deudas no lo hace ofreciendo la liquidez que requiere el sistema para su operación, afectando también la capacidad del sistema de IVM, con la compra de Bonos del Estado, la liquidez necesaria que exige el funcionamiento del SEM, poniendo en peligro la sostenibilidad de un sistema de pensiones que protege a más del 60% de la población trabajadora del país. Como consecuencia, es posible observar la insatisfacción de la población por problemas en la calidad y oportunidad de la atención, lo que se expresa en largas filas para la detección y atención de patologías comunes, así como la persistencia de causas de morbimortalidad potencialmente evitable en los grupos más desprotegidos.

De persistir una política evasiva del mismo Estado con sus responsabilidades en el financiamiento en salud, el mensaje a la población es claro: como sociedad hemos debilitado la gestión basada en los principios de solidaridad y justicia social que formaron la Costa Rica próspera que heredamos. El crecimiento de su población y su envejecimiento acelerado, que constituyen dos triunfos de su modelo de desarrollo, pueden transformarse en verdaderas amenazas tanto por fallas en su sistema de salud, como en el de seguridad económica y previsional.

En este sentido, llama la atención las debilidades de los entes responsables de la conducción de las políticas en salud, como se ejemplifica en la siguiente tabla:

INSTITUCIÓN	DIAGNÓSTICO
Ministerio de Salud:	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad en el ejercicio de la rectoría sectorial para definir políticas de salud integrales y, dificultad de articulación intersectorial para el abordaje de la salud en todas las políticas. - Debilidad en la conducción de políticas públicas y su rendición de cuentas
Ministerio de Planificación y Política Económica	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono de su responsabilidad en la planificación y evaluación sectorial. - Deficiencia en el sistema de rendición de cuentas hacia la población.

Entes contralores	- Tolerancia excesiva que se expresa en evaluaciones expost ricas en diagnóstico y débiles en el señalamiento de responsabilidades, medidas y recomendaciones.
-------------------	--

Con ello no debe interpretarse que el sistema actual de salud es insalvable, sino que se deben realizar esfuerzos conjuntos orientados a reformar puntos concretos si se quieren corregir estas deficiencias.

Retos y Acciones urgentes en materia de salud

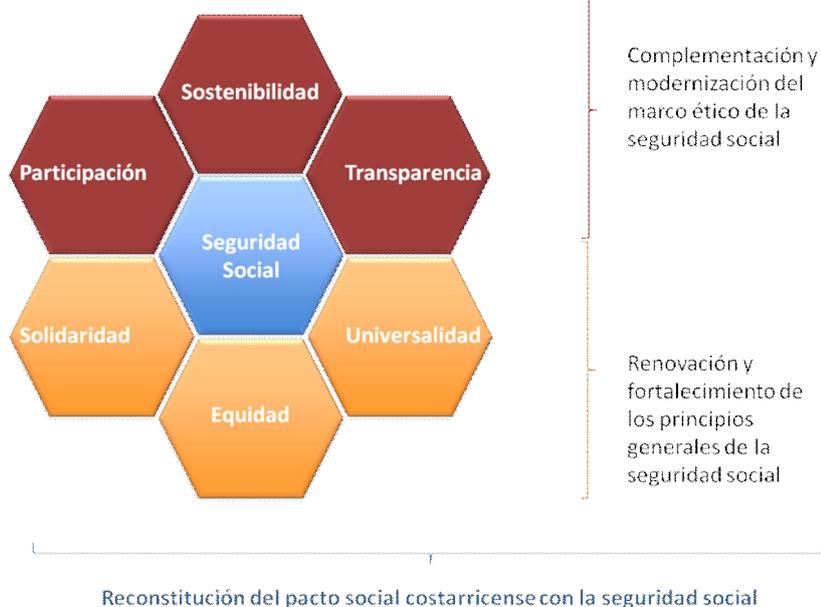
EL ABORDAJE DE ESTA PROBLEMÁTICA SE ENFOCA EN LA GESTIÓN, EN LA QUE A LA VEZ SE ABORDAN PROPUESTAS SOBRE GOBERNABILIDAD, SOSTENIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN; RECONSTITUCIÓN DE UN PACTO SOCIAL POR LA SEGURIDAD SOCIAL, FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN Y POR Ú LTIMO, LAS REFORMAS NECESARIAS PARA UNA ACCIÓN REGULATORIA DESDE EL MINISTERIO DE SALUD.

A. RECONSTITUCION DE UN PACTO SOCIAL EN FAVOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En la problemática actual se pone en evidencia los conflictos de intereses público-privados y la desvalorización de la función rectora de la autoridad sanitaria, indicadores de los retos y desafíos que se enfrentan en el corto, mediano y largo plazo, a no ser por las escasas acciones de cierre de establecimientos por incumplimientos en la normativa física sanitaria. Sin embargo, los esfuerzos orientados a resolver dichas antinomias deben estar estructurados de forma tal que haya un plan integral de acción claramente definido por parte del Estado que defina los roles específicos a los diversos actores que participan en el sistema de salud. Sólo de esta forma, se logrará un contrato social capaz de atender aquellos puntos débiles en el sistema, procurando mantener y fortalecer los logros alcanzados.

Además, debemos como sociedad contestar la pregunta “¿Es la salud un bien sujeto a las leyes del mercado, o es un bien público?”. La determinación ontológica de este concepto influirá en la toma de decisiones posterior, y es iminente la necesidad de definir una postura

La siguiente figura facilita la comprensión de la renovación de principios rectores para el abordaje de la problemática de seguridad social:



Fuente: Sáenz R, Bermúdez, J (2011)

La reconstitución del pacto social costarricense con la Seguridad Social, pasa por renovar los principios que han regido los primeros 70 años de consenso, sin embargo es claro y evidente la necesidad de incorporar nuevos principios que sumen al esfuerzo histórico que el país ha realizado, y que a la vez enfrente la problemática actual y apueste a la inversión social. Los nuevos principios propuestos son la transparencia, la sostenibilidad y la participación.

El primero, busca colocar la rendición de cuentas en el plano que corresponde en el manejo de los intereses de las colectividades. Pasa por hacer lo correcto, pagando lo justo y logrando impactar en los resultados y mejorando la equidad en salud de la población, no es sólo el uso racional de los recursos; requiere además que entes externos a la institución lo certifiquen con oportunidad para tomar las medidas correctivas.

La sostenibilidad, se refiere a la sanidad en el manejo de las finanzas, en una gestión que busca el mayor impacto en la población y con los menores riesgos, pero que además incorpora la planificación de las necesidades en salud, el desarrollo científico y tecnológico y que no pone en riesgo los logros alcanzados por el país.

Por la importancia, la participación la abordamos en profundidad en próximos capítulos, por el momento vale la pena mencionar que la participación es un paso adelante en el cumplimiento del derecho a la salud desde la perspectiva individual y colectiva.

B. GESTIÓN

El reto de la gobernanza busca que el Estado, asuma su responsabilidad como garante de la salud de su población, tal y como está establecido en la Constitución Política con la creación de los seguros sociales, y por resoluciones de la Sala Constitucional que deriva el derecho a la salud del derecho a la vida y por la definición de la salud como un derecho en la Ley General de Salud. En este sentido, el liderazgo, la direccionalidad, la prestación de servicios de calidad y el favorecer espacios de diálogo son elementos que la apuntalan. Sin embargo, se considera indispensable fortalecer programas de protección social y de inversión, así como definir un

sistema de planificación y evaluación acorde a las nuevas y urgentes demandas de sostenibilidad y transparencia.

Para atender las dificultades en mantener una gobernanza saludable del sistema de salud, se plantean cuatro recomendaciones urgentes: a) eliminar la Presidencia Ejecutiva como figura sujeta al Poder ejecutivo; b) que los representantes de los diversos sectores de la Junta Directiva rindan cuentas oportunas de su actuación al sector que representan; c) que se elimine la duplicación y atomización de funciones y establecer un sistema gerencial más acorde con las necesidades actuales; d) que el Ministerio de Salud ejerza su rol rector conduciendo un Sector Salud claramente definido mediante un Consejo Nacional de Salud. Esta organización permite dar dirección efectiva y rendir cuentas oportunamente de los resultados de las políticas de salud y, con apoyo intersectorial y de los entes contralores de la gestión pública, emitir en forma conjunta una evaluación del desempeño del sistema con énfasis en el financiamiento, gasto y calidad en la prestación.

La sostenibilidad en salud debe entenderse como la capacidad de enfrentar los nuevos problemas de salud y defender los logros y éxitos del pasado, lo que necesariamente pasa por un incremento en los ingresos para el sistema de salud y un reacomodo de los presupuestos. Si se omite esta premisa la competencia por los recursos llevará a que se tomen decisiones antojadizas, o concentrada en grandes establecimientos y modas, y no de acuerdo a la evidencia que reflejan las necesidades reales ni al nuevo perfil demográfico y epidemiológico. En este sentido, la realidad de los países de ingreso medio como Costa Rica, es que los hacedores de políticas y tomadores de decisión ante la presión de los recursos, tendrán que competir por los escasos recursos existentes, pudiendo llevar la toma de decisiones a planos personales o particulares. En este panorama las recomendaciones que se realizan están encaminadas a:

- i. Incrementar los ingresos del sistema por medio de la incorporación en la normativa de la obligatoriedad de contribución al sistema de todos los habitantes del territorio nacional con capacidad de pago;
- ii. Pago en efectivo del Estado en su rol de empleador y como Estado, especialmente del pago de los asegurados por cuenta del Estado.
- iii. Asignación de los recursos por redes de servicios con base en evidencia que refleje las necesidades de la población y su perfil epidemiológico.
- iv. Evitar el comportamiento oportunista que demuestran quienes se aseguran de manera intermitente y se benefician del sistema sin que éste reciba los aportes correspondientes.
- v. Asegurar que los análisis de situación de salud orientan la planificación y rendición de cuentas.
- vi. Retornar al funcionamiento de los cinco niveles de Complejidad Progresiva para la Atención de las Personas, mediante las Redes de Atención de la Salud: el Primer Nivel, constituido por la participación de la familia y el hogar para el empoderamiento de la comunidad conjuntamente con su EBAIS (no más de 4.000 personas como población dependiente), ubicado en su propia vecindad geográfica. El Segundo Nivel: las Areas de Salud con incorporación de sus Clínicas Menores e Intermedias de consulta. Tercer Nivel: Hospitales de Cuatro Especialidades, Clínicas Mayores, Centros de Atención

Integral (CAI). Cuarto Nivel: el Hospital Regional como centro de referencia regional y centro supervisor de los programas de especialidades con rendición de cuentas de productividad y de metas en salud de cada centro dependiente. El Quinto Nivel corresponde a los Hospitales Nacionales y a los Especializados, que son los Centros de Referencia de Alta Tecnología de su territorio adscrito. Cabe mencionar que es necesario la integración y articulación entre niveles y entre programas, de tal forma que configuren redes de servicios de salud que aseguren la oportunidad y continuidad de la atención. Crear una gerencia regional gestora y responsable de su territorio.

- vii. La participación en salud, pasa por la promoción del valor para la persona, la familia y la sociedad de contar con una población que vive más años saludablemente. En este sentido, se deben implementar políticas públicas de promoción de la salud desde las familias y comunidades, que incluyan la educación general que fomenten y preserven la salud, iniciando en el nivel escolar, que fortalezcan la participación ciudadana y el papel de las Juntas de Salud como contrapeso a la concentración del poder gremial, de forma tal que se ilustre cómo construir la ciudadanía desde la salud, y como se construye la salud desde la ciudadanía.
- viii. Las Juntas de Salud, deben ser fortalecidas con mecanismos e instrumentos no sólo para la deliberación, sino en la toma de decisiones que implica efectos en las colectividades. Es conveniente el establecimiento de un foro permanente nacional de Juntas de salud que lleve a un análisis periódico y alternativo de la situación de salud y del desempeño del sistema, con particular énfasis en la medición de los gastos de bolsillo y en la evaluación de los procesos de desconcentración administrativa, para con ello contribuir a las políticas de salud más equitativas desde una sociedad civil organizada. La conducción de este proceso debe ser llevada a cabo por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud.
- ix. Modificar radicalmente los currícula universitarios de modo que la formación de los recursos humanos contribuya a que éstos profesionales conozcan y comprenda su función social y el desarrollo del sistema de salud y de la sociedad en que conviven.

C. FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

La Atención Primaria de la salud como estrategia para brindar “Salud para Todos”, no se limita a atender a los pobres o marginados, ni es sólo un nivel de atención de los servicios de salud. Incluye a toda la población, según sus necesidades, distribuyendo los recursos financieros y tecnológicos que la sociedad pone a disposición de todos los ciudadanos. Busca reiterar la decisión de la universalización del acceso a los servicios y consolidar la participación social en salud.

Como punto de partida y para asegurar el enfoque poblacional, se requiere retomar el mapeo y censo de la población, la identificación de las familias y sus riesgos en la ficha familiar determinando aquellos que requieren de una atención específica por los servicios de salud. Esta información que se recolecta en visitas casa por casa, se constituye en la fuente primaria

para la realización del análisis de situación de salud y éste a su vez es el que sustenta la planificación de las acciones en salud en el ámbito, local, regional y nacional.

En Costa Rica, se puso en marcha la estrategia de APS en la década de los 70's con acciones de vacunación, nutrición, salud materno infantil, provisión y control de la calidad del agua para consumo humano, control de enfermedades vectoriales y prevalentes y saneamiento básico, para lo cual se contaba con personal técnico y profesionales principalmente de enfermería, que realizaban y supervisaban las acciones antes descritas; estas acciones se acompañaban de visitas por parte de las unidades móviles médicas y odontológicas cuyo énfasis fueron las acciones preventivas en la atención del recién nacido, embarazo-parto-postparto, planificación familiar y detección temprana del cáncer de cervix.

No es sino, hasta en la década de los 90s, con la reforma del sector salud, que se incorpora a la atención primaria el médico general y con ellos se conforman los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales debían de continuar con las acciones desempeñadas por los programas de salud rural y comunitaria descritos brevemente en párrafos anteriores.

Es así que se establecen cinco programas de atención integral en salud basados en el ciclo de vida: atención integral del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto y el del adulto mayor.

Las recomendaciones que se consideran urgentes en este sentido son:

1. Utilización de tecnologías de información georeferenciadas para la captura y procesamiento de los datos poblacionales necesarios para realizar el perfil de las poblaciones adscritas utilizando los datos sociales y económicos.
2. Habilitación de aplicaciones informáticas que facilitan el trabajo en redes, incluyendo interconsultas con especialistas para el manejo de casos, que integren población, servicios de salud con énfasis en las dirigidas al desarrollo de capacidades de la población infantil, de la autonomía de los adultos mayores y a la facilitación de servicios de cuidado para población con problemas neurodegenerativos y discapacidades.
3. Establecimiento de programas de promoción de la salud incluida la salud mental y no solo de prevención de las enfermedades, apoyando la organización de la población, la educación para la salud y orientación de los servicios a las condiciones particulares.
4. Fortalecimiento de los programas de prevención de las enfermedades como vacunas, nutrición, agua potable, manejo de desechos, programas de prevención y detección temprana de enfermedades crónico degenerativas; salud de los y las trabajadoras, salud sexual y reproductiva, manejo de riesgos ambientales, prevención de adicciones y violencias, con enfoques de equidad y género.
5. Asignación de tecnologías apropiadas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades prevalentes.
6. Incorporación de la supervisión capacitante en la red de servicios y la educación permanente como estrategia de mejoramiento continuo.

En este sentido, los EBAIS y las Áreas de Salud de las que forman parte, retomarán su doble misión de conocer la población asignada y ser la puerta de entrada a la red de servicios. El

ingreso de los datos de las personas y familias es fundamental en este nivel, ya que es aquí en donde se inicia el proceso de atención y las referencias a los niveles superiores de atención.

El segundo y el tercer nivel de atención están conformados por los establecimientos de salud que realizan atención ambulatoria y servicios de hospitalización de las cuatro especialidades básicas: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna, en clínicas y hospitales periféricos. En estos niveles, es necesario aumentar la capacidad resolutive fortaleciendo la capacidad diagnóstica y de tratamiento de las enfermedades más prevalentes y asegurando las condiciones de acceso de toda la población a su cargo. Los recursos humanos en este nivel, serán los responsables de articular la respuesta institucional a las condiciones particulares.

Dentro de las recomendaciones específicas para este nivel se encuentran:

1. Proveer los recursos humanos, físicos y financieros para asegurar la prestación de servicios y la capacidad resolutive normada y que son pertinentes según las características propias de cada área geográfica
2. Incorporar las tecnologías apropiadas para la detección temprana y tratamiento oportuno de las enfermedades más prevalentes en la población
3. Apoyar al primer nivel en la identificación de las necesidades, barreras y brechas de atención y complementando con sus recursos la capacidad resolutive del I Nivel.
4. Evaluación del desempeño de la red de servicios con la participación del primer nivel y la población.
5. Contar con una Junta de Salud conformada y trabajando activamente
6. Asegurar los servicios de emergencias las 24 horas

El cuarto y el quinto nivel concentran la mayor especialización y de tecnología para atender los problemas de salud de mayor complejidad y por lo tanto en ellos se concentran las intervenciones y acciones en salud que proveen mayor economía de escala tanto en los procedimientos diagnósticos, como de tratamiento. Debe de contar con todo el recurso humano y físico para cumplir con esta misión.

Las recomendaciones a este nivel se dirigen a constituirse en la cabeza de la red de servicios y por tanto debe

1. Disminuir los tiempos de espera en los servicios que acumulan la mayor cantidad de casos pendientes
2. Asegurar la referencia y contra-referencia para seguimiento en los otros niveles de atención
3. Establecer un mecanismo de seguimiento para asegurar la continuidad del proceso de atención
4. Maximizar la utilización de salas de cirugía, de servicios de diagnóstico según las condiciones específicas
5. Asegurar los servicios de emergencias las 24 horas.
6. Atención progresiva del Adulto Mayor, utilizando la cama domiciliaria y los Centros Diurnos para su cuidado. El envejecimiento y el abandono social no son patología orgánica.

Todos los niveles deben de apoyar el trabajo voluntariado y de ONGs para el seguimiento de los pacientes crónicos, cuidados paliativos, discapacitados.

D. ESTADO REGULADOR EN SALUD

La propuesta para la Reforma del Sector Salud que se le presentó al país en 1990 , estableció claramente que la Rectoría en Salud es responsabilidad del Ministerio de Salud; decisión que implica el reconocimiento del quehacer del estado regulador en esta materia; es así que rectoría en el sentido estricto de la palabra, significa “gobernar, dirigir, conducir, guiar, mandar o ejercer la autoridad sobre una comunidad o un conjunto de instituciones o personas”.

Para la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud la rectoría de la salud se comprende como “... *la gestión de la política pública de salud en el contexto de un nuevo esquema de relaciones entre el gobierno y la sociedad civil en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Comprende las funciones de formular, conducir, regular, armonizar y evaluar decisiones y acciones públicas para satisfacer, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos sociales.*” (Citado en OPS, Ministerio de Salud Análisis Sectorial de Salud 2002)

Las herramientas que se pueden utilizar para el ejercicio real van desde la negociación hasta la normativa, todas y cada una ellas requiere de liderazgo y conocimiento de los perfiles de salud, de las expectativas de la población, de la respuesta que el país ha desarrollado, de las brechas en esa respuesta y, sobre todo de la utilización de evidencia científica y empírica para el real ejercicio de la función rectora depositada.

Estas funciones rectoras son:

- Conducción de la acción sectorial: la capacidad del ente rector de formular, organizar, dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de instituciones públicas y privadas del sector y de otros actores sociales.
- Regulación y fiscalización: del funcionamiento del sistema de atención a la salud y los factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad. Tiene como propósito diseñar el marco normativo de salud que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. Es una función técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa.
- Asegurar las funciones Esenciales de Salud Pública: la organización y ejecución de las FESP que competen directamente al ente rector, que son indelegables en el ejercicio directo o en su garantía.
- Orientación y modulación del financiamiento: se refiere a la responsabilidad de: a) establecer las políticas para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad requerida para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes; b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial; c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.
- Garantía del aseguramiento: con acceso pleno y dignidad en la atención en salud, mediante la definición de un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a promover la “protección social” y,

particularmente, eliminar la exclusión social. Definir las políticas, regulaciones y otros mecanismos para velar por el cumplimiento del plan básico de servicios de salud. Debe definir las reglas de juego, para que las transacciones del mercado sean transparentes y eficientes.

- Armonización de la provisión: definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios que están descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos desconcentrados.
- Establecimiento de un Sistema de Información del sector Salud, que contenga los datos necesarios para explicar la razón del costo y del beneficio derivado, con datos suministrados mensualmente por cada unidad de producción y reunidos en la respectiva Jefatura Regional, que desempeña el rol de Gerencia Regional. Los datos son analizados mensualmente por la Comisión Nacional de Salud.

Tomando en cuenta que la rectoría en salud es la responsabilidad del Estado, se consideran como recomendaciones urgentes:

1. Establecer una política para evitar el que las personas y las familias se empobrezcan o que caigan en pobreza debido a la necesidad de atención de un problema de salud catastrófico o para asegurar la atención integral de su salud
2. Asegurar el derecho de atención de la salud de toda la población
3. Establecer las metas sanitarias que como país se deben lograr por parte del sector
4. Velar por el pago de responsabilidades del Estado para con la Seguridad Social como empleador y Estado.
5. Establecer mecanismos e instrumentos para la participación de la población en autocuidado personal, familiar y comunitario, para el control de los determinantes sociales de la salud y la gestión de los servicios.
6. Medir la brecha entre las necesidades de la población y la oferta de los servicios requeridos por parte de la población
7. Motivar al sector privado en el diseño de políticas y planes de salud incluyentes, así como en la definición de reglas claras que regulen las relaciones públicas y privadas en la atención en salud.
8. Promover la investigación científica para atender los problemas de salud del país y dentro de un marco ético adecuado que respeta los derechos de la población.

REFLEXIÓN FINAL

Las reflexiones y propuestas descritas responden a una realidad que exige cautela en el uso de los cada vez más escasos recursos económicos y las cada vez mayores demandas y aspiraciones de la sociedad; ya que éstas tienen razón en aspirar mayores niveles de vida y el estado tiene la obligación de ofrecer una respuesta social coherente para satisfacerlas, tarea difícil en un contexto de crisis del sistema y en un escenario de escaso desempeño del Estado costarricense. La creatividad y la evidencia deben fusionarse en un

nuevo contrato que permita re-encontrarnos con los principios y valores que construyeron la Costa Rica que heredamos y que a la vez nos permita sumar los nuevos principios para atender los retos, no solo en el corto plazo sino avanzar hacia un compromiso para un proceso pluralista de modernización que asegure un legado digno para la futuras generaciones en materia de salud.