

ELEMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN COSTA RICA ENTRE 2002-2005

Gustavo Gatica López
David Rodríguez Aguilar

Escuela de Economía, universidad nacional.

Introducción

El sistema de salud de Costa Rica se vio afectado por la crisis económica que atravesó el país a finales de los setenta y principios de los ochenta, lo cual implicó una reforma basada en las políticas promovidas por el Consenso de Washington tomando en cuenta las particularidades históricas y sociales que tenía el país.

De esta manera, la reforma pasó por dos fases: una, en los ochentas, caracterizada por los esfuerzos de estabilización financiera que buscaban evitar la quiebra del sistema de seguridad social, pero sin provocar un deterioro en los positivos pero frágiles avances hacia la universalidad de los años anteriores. Y otra, que se inicia en los noventa, más bien enfocada a la reforma propiamente dicha del sistema de salud, buscando adecuarlo a las nuevas realidades del entorno pero, de nuevo, sin sacrificar la visión original de un sistema de salud que buscaba ser integral.

A partir de los años noventa, se empezaron a gestar cambios en el sector salud que involucraban el papel que jugaban las diferentes instituciones. El Ministerio de Salud pasó de ser la institución que proveía y financiaba servicios de salud, a una función rectora que lo ubicaba como la máxima autoridad nacional en aspectos de salud.

Por lo tanto, las acciones de las instituciones públicas, privadas, mixtas y no gubernamentales, así como las personas individuales relacionadas con la producción social de servicios de salud, se regirán a partir de las políticas, programas sectoriales y normas que emita el Ministerio de Salud.

A partir de 1998, el Ministerio de Salud modificó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes en su personal y capacitó a sus funcionarios para desempeñar las nuevas tareas. Se estableció el Consejo Sectorial como un órgano de concertación coordinado por el Ministerio de Salud para ejercer la dirección y conducción sectoriales y la Política y el Plan Nacional de Salud como instrumentos para orientar las acciones nacionales en materia de salud, para dar direccionalidad al sector y para fortalecer de manera integral el proceso interno de planificación.

Todos los programas que involucran actividades de atención directa a las personas, incluyendo los servicios de apoyo clínico son transferidas a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (OPS, 2002)

Entonces, a partir de los noventa, el sector salud ha llevado a cabo un proceso de reforma orientado a mejorar la eficiencia social del sistema nacional de manera que se pudiera mantener y elevar la cobertura y calidad de los servicios con el menor impacto posible en los. Este proceso de reforma ha tenido por característica que se ha seguido en forma consistente por las diferentes administraciones que han llegado al poder en Costa Rica.

Algunos estudiosos consideran que el sector salud es uno de los pocos en donde se ha definido una Política de Estado a nivel nacional, debido a la consistencia en la aplicación de políticas que se han dado en este campo, mientras que otras áreas sufren con los cambios que se dan dependiendo del presidente de turno.

Con este trabajo se pretende hacer un breve análisis de las políticas en salud que se han implementado en la administración de Abel Pacheco de la Espriella (2002-2006). Para ello, primeramente se da una revisión de lo relacionado con políticas en el sector salud en el Plan Nacional de Desarrollo “Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez” 2002-2006 (PND).

Seguidamente, se hará una revisión de lo planteado en la Política Nacional de Salud 2002-2006, documento preparado por el Ministerio de Salud, para tener un marco conceptual sobre a donde estarán orientadas las acciones del Gobierno en el área de salud.

Para ello, se revisará cuáles son los objetivos y como está organizada la forma de evaluación de las acciones estratégicas asociadas a estos objetivos. Además se hará una revisión para saber con base en cuales indicadores de proceso es que se miden los avances en las políticas.

En la siguiente sección se hará referencia a los indicadores de resultados o de eficiencia, que son aquellos que se ven influenciados por las acciones realizadas por las políticas en el corto y mediano plazo. Seguidamente, se hará una revisión de los indicadores de impacto, o sea, aquellos que miden en forma general como está la situación de la salud en Costa Rica.

En la última parte del documento se presentan algunos desafíos que han identificado tanto el Ministerio como otros investigadores con respecto al sistema de salud en cuanto a políticas y luego se presentan las conclusiones.

I. Lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006

En el área temática de “Salud y Deportes” se encuentra el diagnóstico y las propuestas para este sector por parte del PND. Es en esta área en donde se establece que la administración de Pacheco de la Espriella continuará con el proceso de reformas al sector salud que se ha estado llevando a cabo desde la década de los noventa.

Después de un diagnóstico de la situación del sector, el PND establece cinco retos relacionados con el sector para los cuales se deben de implementar políticas y acciones estratégicas. Tomados del PND, estos son:

1. La integración de las instituciones involucradas en defender la salud de los costarricenses es un elemento de primer orden para alcanzar los retos del sector.
2. Mantener y ampliar las coberturas de los servicios a nivel preventivo y de atención a la enfermedad, considerando el nuevo perfil epidemiológico, así como las demandas de los grupos etéreos y temas específicos.
3. Eficiencia en los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
4. Reforzar acciones que conlleven a una protección del medio ambiente y sus distintas presentaciones.
5. Estabilidad financiera y sostenibilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte en el largo plazo.

Una mirada a estos retos y se puede notar que están orientados hacia el cumplimiento de los lineamientos que se han promovido desde hace veinte años, así como para atacar algunos de los elementos más apremiantes en el sistema de salud nacional.

El primer y segundo reto se puede decir que son la continuidad de las políticas de salud que se habían planteado anteriormente, en donde se han dado cambios en las funciones de los actores que integran el sistema en busca de una mayor eficiencia en términos de las condiciones actuales, lo cual se plantea en el reto tres.

El cuarto reto está muy en línea con los principios con que el Ministerio de Salud ha trabajado desde mediados de siglo, en donde la relación con la agencia de Acueductos y Alcantarillados (AyA) es fundamental para que la sociedad costarricense disponga de agua potable en la mayor parte del territorio nacional.

El quinto reto se refiere a un problema estructural que se ha detectado con los regímenes de invalidez, vejez y muerte. De acuerdo al PND y citando estudios actuariales de la CCSS, los costos del seguro crecerán más rápidamente que los ingresos, dando por resultado que para el año 2012 la tasa de cotización del 7,5% de los salarios no alcance para cubrir los gastos y que para el año 2028 se alcanzará un estado de insolvencia total.

II. La Política Nacional de Salud 2002-2006

Para la elaboración de las políticas nacionales de salud que caracterizaron el período 2002-2006, el

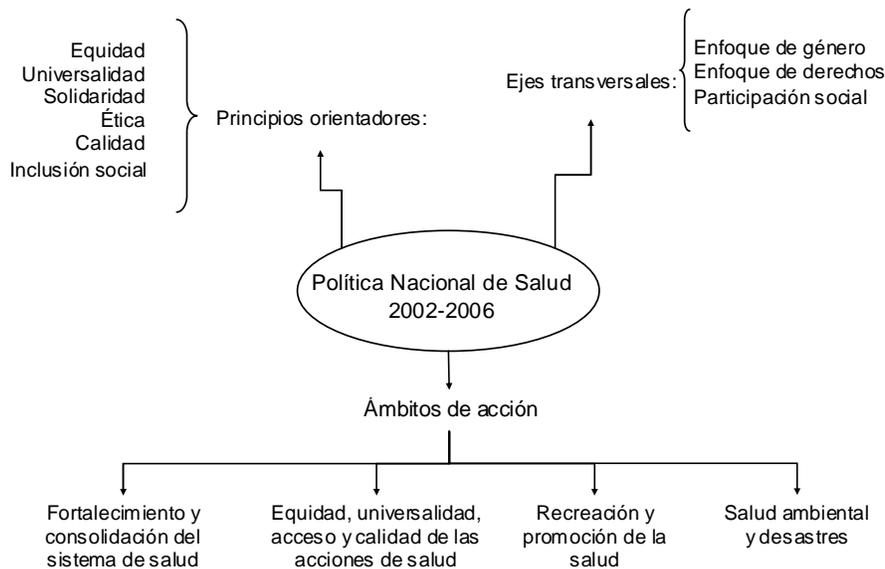
Ministerio de Salud utilizó como insumos el Programa de Gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo, el Análisis del Sector Salud, la Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Política Nacional de Salud 1998- 2002, el Plan Nacional de Salud 1999-2004, el Plan Vida Nueva, las Políticas Universales, las Metas del Milenio, las leyes y decretos específicos. La metodología utilizada mediante talleres y concertación entre las diferentes instancias relacionadas con salud en el país dio por resultado una serie de objetivos:

1. Consolidar el proceso de Reforma del Sector Salud.
2. Garantizar la atención integral a la salud para el mejoramiento de la calidad de vida de los costarricenses y las costarricenses.

3. Proteger y mejorar el ambiente humano
4. Garantizar el recurso de agua y de alcantarillado sanitario para una mejor calidad de vida de los costarricenses y las costarricenses.
5. Modernizar la Seguridad Social.
6. Apoyar e incentivar la práctica del deporte en el ámbito nacional y su proyección internacional.
7. Desarrollar mecanismos para enfrentar los desastres y emergencias.

Para el cumplimiento de los objetivos señalados, las políticas nacionales de salud se diseñaron mediante principios orientadores y ejes transversales, así como una serie de ámbitos de acción para la elaboración de políticas, los cuales se muestran en el cuadro 1.

Figura 1.
Principios orientadores, ejes transversales y ámbitos de acción de la Política Nacional de Salud



Para cada ámbito de acción se proponen una serie de políticas y estrategias para su cumplimiento, las cuales se encuentran en el documento de Política Nacional 2002-2006.

III. Evaluación de las políticas de salud (Indicadores de proceso)

Son dos las fuentes que se tienen para hacer un balance de los resultados de las políticas de salud. La primera de ellas consiste en los informes que

envía el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) a la Asamblea Legislativa sobre los resultados de su gestión que se recogen en la llamada Memoria Anual.

Este informe esta estructurado de manera que se describe con gran detalle indicadores y estadísticas de salud, las inversiones realizadas, los logros institucionales alcanzados en los departamentos del Ministerio, las normas legislativas realizadas y los desafíos por delante.

Debido a su nivel de detalle, así como la forma en que está estructurado, este informe no permite un seguimiento accesible a los resultados basados en los objetivos y ámbitos planteados en las políticas nacionales.

La otra fuente de información consiste en los informes que hace el MIDEPLAN con respecto al cumplimiento de las metas, los objetivos, las prioridades y las acciones estratégicas realizadas en función del PND. Este tipo de evaluación se hace con base en los objetivos planteados en las políticas nacionales.

En el gráfico 1 se nota como la evaluación para el Programa Operativo Anual de las acciones realizadas en el 2004 dan una gran mayoría de acciones concluidas en forma excelente, teniendo un 69% para un total de 58 metas cumplidas. El segundo porcentaje más alto consiste en las metas cuyo cumplimiento es considerado como malo, siendo el 16% para un total de 13 metas sin cumplir.

En la siguiente sección se considera lo hecho para cada uno de los objetivos planteados anteriormente:

1. Modernización y fortalecimiento del sector salud:

Para este objetivo se establecieron ocho líneas estratégicas: La primera de ellas fue la de incorporar procesos de planificación con la participación de actores sociales involucrados en la producción nacional de salud. La meta para el 2004 fue la de incorporar 20 áreas para lo cual fue cumplida, haciendo un total de 79 áreas geográficas en total con sus planes estratégicos desde el año 2002. La clasificación para esta acción estratégica y objetivo fue de excelente por parte del MIDEPLAN.

La segunda acción estratégica consistió en fortalecer el sistema de información del Ministerio de Salud en los tres niveles de gestión en apoyo al ejercicio de rectoría que se le ha asignado. Para el año 2004 no hubo meta y los avances que se esperaban tanto a nivel del Ministerio como en las tres regiones y el hospital que se tenían como metas fueron nulos, por lo que la clasificación en la evaluación fue de malo.

La tercera acción estratégica consistió en la implementación de un proyecto de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud

pública (FESP), cuyo objetivo consiste en mejorar la gestión institucional sobre la producción de la salud y fortalecer la práctica de la salud. Los indicadores para esta acción consistieron en el número de regiones de salud con planes correctivos implementados, para lo que en el año 2004 se tenía por meta 3 y se alcanzaron 4, por lo que la clasificación fue de excelente.

La cuarta acción se relaciona con el registro, control y normalización de medicamentos, alimentos y productos químicos. Para ello, se planteó como objetivo el contar con la normativa, el registro y el control de productos seguros y de calidad para la población. Los indicadores fueron el número de normas creadas, el número de registros, el número de controles realizados y el número de denuncias atendidas.

Entre el año del 2002 y el 2004 se realizaron 16 normas, cerca de 25 mil registros, aproximadamente 2 mil controles realizados y cerca de 600 denuncias atendidas, cumpliendo con las metas planteadas y recibiendo calificaciones de excelente y muy bueno en la evaluación de los planes.

La quinta acción se relaciona con la creación y funcionamiento de la Auditoría General de Servicios de Salud. El objetivo de esta acción fue la de garantizar el mejoramiento continuo de los servicios de salud así como los derechos y deberes de los ciudadanos. Para el año 2004 se tenía un reglamento de ley elaborado sin publicar y se estaban definiendo los miembros del consejo. Estos avances fueron calificados como Muy Bueno por parte del MIDEPLAN.

La sexta acción tenía que ver con la consolidación de la Secretaría de Política Nacional de Alimentos y Nutrición (SEPAN). Con ello se busca garantizar la seguridad alimentaria nutricional como componente fundamental de la seguridad integral del ser humano. El indicador se tenía el porcentaje de avance en la consolidación, que para el 2004 fue del 70%, quedando diez puntos porcentuales menos de la meta que se había planteado. La calificación dada fue de Muy Bueno.

La séptima acción buscaba el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para ejercer la función rectora, mediante el desarrollo de nuevas capacidades institucionales del Ministerio de Salud para ejercer dicha función. El indicador de evaluación consistió en el porcentaje de avance

que se tiene en este fortalecimiento, para lo cual al 2004 se tenía como meta el 10% y fue cumplido, obteniendo una calificación de Excelente.

Por último, la octava acción estratégica consistió en el seguimiento y evaluación de la Agenda Sanitaria Concertada, la cual tenía como propósito desarrollar procesos institucionales sectoriales que permitieran dirigir y conducir los esfuerzos de los actores sociales relacionados con la producción social de salud.

El indicador para la evaluación consistió en el porcentaje de avance en la ejecución de los diez compromisos de la Agenda, para lo cual en el 2004 se planteó como meta el 50%. Al finalizar el año se tenía definido un marco teórico y un diseño de los procedimientos e instrumentos para la evaluación, que se considera el 70% de avance para lo que se dio una calificación de excelente.

2. Procesos de educación continúa según las necesidades del país.

Con el fin de alcanzar el objetivo de apoyo a la atención integral en salud se planteó esta política. La acción estratégica que se formuló para llevar a cabo esto fue la de capacitar al personal de servicios de salud relacionados con el quehacer institucional. Para ello, se realizaron trece cursos durante el 2004, a los cuales hay que sumar los 15 que se habían hecho en los años posteriores. La meta era precisamente el desarrollo de trece cursos por lo que la calificación para esta acción fue de Excelente.

3. Fortalecimiento de la promoción de la salud mediante estilos y condiciones de vida saludables

En esta área de políticas se plantearon ocho acciones estratégicas. La primera de ellas consistió en la integración de todas las acciones de salud con enfoque de género. Los indicadores de verificación consistieron en el número de instituciones en las que se ha incorporado la perspectiva de género.

Sin decir como se institucionalizan esta perspectiva, para el año 2004 dos instituciones cumplieron con esta acción. No había ninguna meta específica para este año, por lo que al obtener dos instituciones la calificación fue de excelente.

La segunda acción estratégica fue la implementación del Programa Costa Rica da Vida al Corazón, la cual tiene como propósito el desarrollar acciones de promoción, prevención y vigilancia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Los indicadores para la evaluación consisten en el número de regiones en las que se ejecuta el programa y la cual para el 2004 fue de cuatro. Al final del año había nueve regiones de salud implementando el programa, por lo que la calificación dada por el MIDEPLAN fue de Excelente.

La tercera acción estratégica se refiere a la implementación del programa espacios libres de humo de tabaco. El indicador de verificación consistió en el número de centros educativos y de trabajo en donde se aplica el programa. Para el año 2003 se tenían 153 centros operando con este programa, la meta para el 2004 fue de 90 pero solo se llegaron a incorporar 16 nuevos centros, por lo que la calificación obtenida fue de Malo.

La cuarta acción involucra otro proyecto el cual es el de educación para el tiempo libre y la salud en la infancia de 0 a 6 años. El propósito de dicho proyecto es el de capacitar a los educadores de los centros CEN-CINAI en el uso del juego, educación del tiempo libre, recreación y salud para la edad preescolar. El indicador de verificación consiste en el número de educadores de los CEN-CINAI capacitados, para lo cual al 2003 se tenían 380. La meta para el 2004 fue de 120 educadores y se llegaron a capacitar 178, por lo que la calificación obtenida fue de Excelente.

La quinta y sexta se caracterizan por haber obtenido una baja calificación debido a que no se implementaron acciones. Los programas relacionados con la capacitación y mejoría de la condición física del adulto mayor, y de la promoción de la recreación y de la actividad física fueron calificados como Malos dado que no hubo avances en los indicadores seleccionados para la evaluación

Por otro lado, la séptima y octava acción, relacionadas actividades en parques recreacionales, recibieron calificaciones de Excelente al cumplirse las metas de aumentar el número de personas participantes en estos programas y el número de obras construidas.

4. Fortalecimiento de los servicios preventivos

Para este objetivo se tienen catorce acciones estratégicas a implementar. La primera de ellas se relaciona con la implementación del Programa de Evaluación del primer nivel de atención (EBAIS), con el fin de garantizar la calidad y equidad de la atención en salud de este nivel. El indicador para evaluación consistió en el porcentaje de EBAIS evaluados, cuya meta para el 2004 era de 31% llegando a tener el 34% de estas instituciones evaluadas. La calificación brindada fue de excelente.

La segunda acción estratégica consistió en el fortalecimiento de los programas de vacunación mediante la evaluación de su cobertura. El indicador para la evaluación fue el número de evaluaciones realizadas y la meta para el 2004 fue de 4, llegándose a cumplir obteniendo una calificación de excelente.

Con la tercera acción estratégica se buscaba el fortalecimiento del sistema de investigación y vigilancia epidemiológica mediante la elaboración de normas y actualización para la prevención y control de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica y el contar con un análisis de situación de salud para fortalecer la planificación estratégica.

El indicador de verificación para el primero de ellos fue el número de normas creadas, cuya meta para el 2004 fue de 4 llegándose a crear 5 normas, obteniendo la calificación de excelente, mientras que para el análisis se llegó a diseñar el protocolo y se empezaron las labores del proceso, para otra calificación de excelente.

Las siguientes cuatro acciones estratégicas se relacionan con la salud infantil. Entre los temas que tratan estas acciones están la nutrición y desarrollo infantil para grupos sociales de bajos recursos, la promoción y evaluación del crecimiento y desarrollo en infantes menores de siete años mediante atenciones en los CEN-CINAI y fortalecimiento del Sistema Nacional de análisis de mortalidad infantil.

De todos estos, la única acción que no tuvo una calificación de Excelente fue la del Sistema Nacional de análisis de mortalidad infantil, en donde no se cumplió con la meta de analizar el 80% de las muertes de menores de un año, llegando al 56% y no se llegó al nivel de avance

esperado de los planes de prevención de mortalidad infantil.

La octava acción se relaciona con el sistema nacional de análisis de mortalidad materna, en donde se busca la prevención de muertes de mujeres embarazadas, en parto y en puerperio. Los indicadores de evaluación consisten en el porcentaje de muertes maternas analizadas cumpliéndose con la meta del 72%, y en el porcentaje de avance en los planes de prevención de mortalidad materna, en donde se cumplió la meta del 20%.

La novena acción esta ligada al fortalecimiento de alimentos y vigilancia nutricional. Con ello se busca disminuir los problemas nutricionales por carencia de micro nutrientes, por lo que hubo un control en cuatro tipos de alimentos (sal, harina de trigo, harina de maíz y leche)

La décima acción corresponde a la formulación, divulgación, implementación y seguimiento de proyectos relacionados con el VIH/SIDA y salud mental. Esta es una de las acciones que recibió una calificación de Malo, debido a que se esperaba 350 mil niños y adolescentes y 6100 hombres sensibilizados y capacitados, además de 500 niños y adolescentes en explotación sexual o riesgo de adquirir SIDA con servicios de atención integral, junto con 800 ceropositivos a los que mediante acciones especiales puedan mejorar su calidad de vida.

Los resultados al 2004 fueron que 1046 hombres que tiene sexo con hombres participaron en talleres de capacitación, 210 personas que viven con VIH/SIDA asistieron a los talleres para mejorar su calidad de vida, 62 niñas en explotación sexual se encuentra recibiendo atención psico-social y 48 reciben atención médica.

La undécima acción consiste en la elaboración del Plan Nacional de Violencia Social, en donde se busca desarrollar acciones nacionales de prevención de violencia. Para el 2004 se cumplió la meta de la formulación de dicho Plan.

Las últimas acciones se relacionan con la vigilancia epidemiológica, así como atención y desarrollo de la salud en poblaciones indígenas y emigrantes. Estas últimas acciones se califican con base en los análisis realizados y en la implementación de los modelos de salud desarrollados, para los cuales recibieron una

calificación de Excelente por parte del MIDEPLAN.

5. Calidad y seguridad de los servicios que brindan los establecimientos de salud y afines

Para cumplir con esta política, se desarrollaron cinco acciones estratégicas. La primera de ellas consiste en el registro y habilitación de establecimientos de salud y afines. Con ello se busca garantizar la seguridad, equidad y calidad en la atención que brindan los establecimientos de salud. Para el 2004 se establecieron 1263 establecimientos tipo A, B1 y B2, cumpliendo con la meta establecida.

La segunda y tercer acción se relaciona con la formulación, actualización y modernización de normas de evaluación de reglamentos para la habilitación de establecimientos de salud.

El indicador utilizado consistió en el número de normas oficializadas y el número de reglamentos oficializados e implementados, las cuales fueron calificadas como buenas por parte del MIDEPLAN a pesar de que se quedaron por debajo de las metas establecidas.

La cuarta acción se refiere a la habilitación de los centros de atención integral para infantes para garantizar la seguridad, equidad y calidad en la atención. Se establecieron 221 de estos centros sobrepasando la meta de los 100 que se habían propuesto.

Por último, la quinta acción se trata del desarrollo de investigaciones para dar respuesta a problemas prioritarios en el ámbito de la salud pública. El indicador de avance consiste en el número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales, las cuales para el 2004 fueron de 5, sobrepasando la meta de 3 que se había establecido.

6. Eliminación de fuentes de contaminación

Para esta política destacan las acciones relacionadas con el control de establecimientos tanto en la construcción como de las actividades que se realizan mediante permisos para construcción y funcionamiento. Además destacan las actividades de monitoreo del aire y del agua residuales y programas de manejo de desechos sólidos. La mayor parte de estos fueron

catalogados como de cumplimiento Excelente en el cumplimiento de las metas.

Por el contrario, hubo algunas acciones calificadas como de resultados Malos, como Programa de Saneamiento Básico Rural, la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y el control de establecimientos catalogados como de alto riesgo.

7. Fortalecimiento de la seguridad social

Para cumplir con esta política se establecieron dos tipos de acciones estratégicas. La primera de ellas se trata de la implementación del programa de atención de consulta externa a personas con discapacidad o que se encuentran en condición de abandono, marginación, riesgo social, entre otros.

El indicador consiste en el número de personas atendidas en consulta externa, para lo cual se tenía una meta de 4900 para el año 2004, llegando a sobrepasarse este número con un total de casi 5500 consultas.

Y la segunda acción estratégica consiste en el programa de atención a personas discapacitadas que residen en el Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE). El indicador consiste en el número de personas atendidas en el PANARE, con lo cual no se cumplió la meta de 21900 sino que se atendieron 19962 personas.

IV. Indicadores de Efectividad

Los apartados anteriores buscaban hacer un análisis de cómo es que se ha llevado a cabo el proceso de elaboración e implementación de políticas. Este proceso conlleva acciones de política que buscan tener impacto sobre variables de desempeño del sector salud, por lo que se mide la efectividad de las políticas tomadas. Estos indicadores se pueden clasificar en:

1. Recursos

Esta información es utilizada como un indicador de cuanto recurso se le habilita al sector para su desempeño. La tabla 1 muestra la cantidad de recurso total en colones constantes que se le asigna al sector no solo mediante los aportes del Ministerio de Salud, sino con las otras instituciones participantes del sector como lo son la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto

Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y las Municipalidades.

De la tabla se desprende que hubo un aumento de los recursos dados al sector a partir del 2002 tanto

en términos de porcentaje del PIB como en el gasto per cápita, en comparación con los dos años precedentes.

Tabla 1.
Costa Rica: Gasto del sector salud total y per capita
(en colones constantes)

Año	Total de gasto del sector salud deflatado (millones de colones)	Gasto per cápita del sector salud (en colones)
2000	143 135.45	19 697.05
2001	146 699.99	19 152.21
2002	163 029.35	21 085.02
2003	172 281.75	36 576.67
2004	170 744.96	21 478.13

Nota: los datos se dan en colones constantes de enero de 1995.

Fuente: Memorias institucionales del Ministerio de Salud 2004.

La tabla 2 muestra los recursos que aporta el Ministerio de Salud al sector. En ella notamos que los recursos crecientes que experimenta el sector salud no provienen del Ministerio, todo lo contrario, la tendencia fue a disminuir la cantidad

de recursos que esta institución aporta al sector tanto en términos totales como en gasto per cápita. Esto está muy en relación con las tendencias a estrechar las funciones del Ministerio como órgano rector, delegando otras a instituciones.

Tabla 2.
Costa Rica: Gasto del Ministerio de Salud en el sector total y per capita
(en colones constantes)

Año	Total de gasto del Ministerio deflatado (millones de colones)	Gasto per cápita del Ministerio (en colones)
2000	7 554.13	1 982.6
2001	7 748.96	1 933.4
2002	8 802.92	2 175.8
2003	5 886.40	1 389.9
2004	5 974.24	1 436.2

Nota: los datos se dan en colones constantes de enero de 1995.

Fuente: Memorias institucionales del Ministerio de Salud 2004.

Hay otros indicadores de recursos, como lo son el número de médicos, enfermeras y odontólogos por habitantes, pero no se cuentan con series de tiempo como para poder hacer comparaciones de evolución al respecto.

2. Acceso

Estos son todos aquellos indicadores que denoten una característica relacionada a la facilidad o no del uso de los servicios de salud. En la tabla 3 se muestran dos de estos indicadores

De esta tabla se desprende que cada año mayor cantidad de población tiene acceso por medio de programas de atención primaria, o los mencionados EBAIS. La tendencia se ha sido al aumento, no solo durante la administración presente, sino desde 1995. Por otro lado, el acceso a servicios de salud por medio de seguros también se ha mantenido en crecimiento, con altos porcentajes a los habitantes en materia de acceso a salud.

Tabla 3.
Costa Rica: Indicadores de acceso al sistema de salud entre 1995 y el 2004

Año	Población cubierta por programas de atención primaria	Población cubierta por seguro de salud
1995	868 483	3 454 433
1996	1 275 304	3 539 811
1997	1 687 089	3 625 189
1998	2 283 206	3 710 567
1999	2 657 878	3 795 945
2000	2 717 959	3 881 323
2001	3 252 531	3 963 915
2002	3 570 941	4 046 507
2003	3 599 939	4 129 099
2004	--	4 211 692

Fuente: Proyecto Estado de la Nación con información del CCSS.

Otros indicadores que denotarían acceso son aquellos relacionados con distribución geográfica de los centros de salud en los diferentes poblados. Otro indicador de este tipo para lo cual no se tiene la serie es la cantidad de consultas por habitante, pero no se tienen las series necesarias para hacer comparaciones.

3. Eficiencia

Con estos indicadores se busca determinar que tan eficientes son algunos de las variables relacionadas con el sistema de salud. Algunos de estos indicadores deberían de incluir el número de

pacientes que hay por médico general o el costo promedio por egreso a los centros de salud. Los que se tienen disponibles con base en la información que suministra el Estado de la Nación se pueden observar en la tabla 4.

En ella se nota que la eficiencia en la estancia promedio en hospitales se ha mantenido casi sin variaciones, mientras que la tasa de mortalidad hospitalaria ha aumentado en los últimos tres años, es decir, por cada 1000 ingresos al sistema hospitalario se ha dado un aumento en el número de fallecimientos.

Tabla 4.
Indicadores de eficiencia en atención a Saludos cordiales (1998-2004)

Año	Estancia promedio en hospitales (días)	Tasa de mortalidad hospitalaria (por cada 1000 ingresos)
1998	5.50	20.04
1999	5.80	19.72
2000	5.46	18.98
2001	5.33	19.85
2002	5.16	21.25
2003	5.73	21.87
2004	5.23	21.74

Fuente: Proyecto Estado de la Nación con información del CCSS.

V. Indicadores de impacto

Generalmente estos indicadores son los que se anda teniendo incidencia con todos los movimientos de política y acciones estratégicas implementadas. Sin embargo, en muchos casos los efectos sobre estas variables o indicadores no son inmediatos, sino que se requiere de un periodo de tiempo para ver como fue se tradujeron esas

acciones en resultados. Entre los más utilizados están los indicadores de mortalidad, como los muestra la tabla 5. En este caso vemos que el problema más representativo en cuanto a enfermedades está con lo relacionado al aparato circulatorio.

Sin embargo, en los 6 años mostrados en la tabla se nota que hay una tendencia al decrecimiento,

sobre todo a partir del año 2002. La otra enfermedad importante que ha tenido una tendencia a disminuir su incidencia son las del aparato respiratorio y la de causas externas

(accidentes), mientras que los tumores y enfermedades del aparato digestivo aumentan o mantienen su nivel de incidencia.

Tabla 5.
Costa Rica: Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas¹ 1999-2004
(tasa por cada 100 000 habitantes)

Año	Total	Enfermedades del aparato circulatorio	Tumores	Clasificación suplementaria de causas externas	Enfermedades del aparato respiratorio	Enfermedades del aparato digestivo	Las demás causas
1999	39.9	11.9	8.1	4.7	4.1	2.6	7.6
2000	39.2	12.4	8.1	4.8	3.9	2.7	7.3
2001	38.8	12.1	8.5	4.4	3.9	2.5	7.4
2002	36.7	11.0	7.9	4.5	3.1	2.6	7.5
2003	37.9	10.5	8.2	4.6	3.7	2.7	8.2
2004	37.5	10.8	8.4	4.3	3.6	2.6	7.8

Fuente: Proyecto Estado de la Nación con información del Ministerio de Salud.

Otro de los indicadores importantes consiste en la esperanza de vida al nacer. En teoría, todas las acciones concernientes a salud están orientadas a que los individuos tengan una mejora en su calidad de vida mediante la salud y puedan disfrutar más años de ella. En Costa Rica la tendencia ha sido hacia un aumento en la

esperanza de vida, como lo indica la tabla 6. De un período de vida de 77.3 que había en 1999 se pasó a uno de 78.73 en el 2004. La diferencia entre sexos es notoria, teniendo las mujeres períodos más largos de vida que los hombres por diferencias sustanciales.

Tabla 6.
Costa Rica: Esperanza de vida al nacer por sexo
(1999-2004)

Año	Población	Hombres	Mujeres
1999	77.33	74.97	79.80
2000	77.73	75.35	80.22
2001	77.58	75.37	79.90
2002	78.54	76.16	81.03
2003	78.41	76.23	80.69
2004	78.73	76.53	81.03

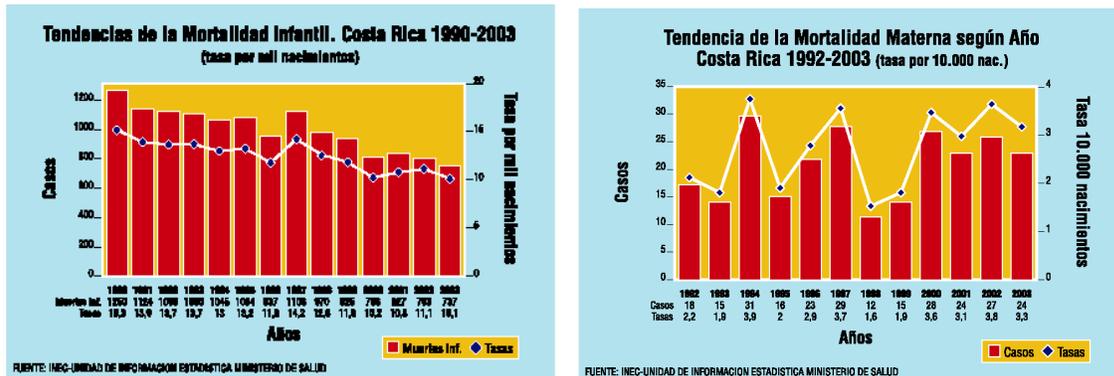
Fuente: Proyecto Estado de la Nación con información del Ministerio de Salud.

Otros indicadores de impacto se encuentran en las tasas de mortalidad infantil y materna que se muestran en la figura 2. Como se podrá notar, la

mortalidad infantil tiende a disminuir en el período 1990-2003, mientras que la materna tiende a mantenerse.

¹ Este tipo de indicadores son muy útiles para evaluar la situación actual y proponer acciones de políticas. Sin embargo, como se hizo notar, estas acciones generalmente requieren un período de tiempo antes de que sus efectos se hagan notar. No se puede esperar que con las acciones de políticas descritas en el apartado anterior empiecen a verse inmediatamente disminuciones en estos indicadores.

Figura 2.
Costa Rica: Tendencias en la mortalidad infantil y materna



Fuente: Ministerio de Salud

Son varios los indicadores de impacto que se utilizan para evaluar el estado general de la salud en Costa Rica, como son las estimaciones de tiempo potencial perdido debido a enfermedades específicas, incidencia de enfermedades como sarampión, tuberculosis, cólera, malaria o SIDA, entre otros. Se han utilizado los anteriores ejemplos porque son los representativos o principales fines para los cuales el sistema de salud está orientado, pero más información se puede acceder en la dirección de estadísticas del Ministerio de Salud.

VI. Desafíos del Sector Salud en Costa Rica

Una revisión de la literatura obtenida da diferentes versiones con respecto a los desafíos que tiene por delante el sector. Las memorias institucionales del Ministerio de Salud se han limitado a expresar aquellos desafíos que tienen como institución para poder ejercer su papel de rector, los cuales son:

- Obtención de recursos para la implementación de sistemas informáticos para la auditoría.
- La implementación de un sistema de información estandarizado para evaluar el primer nivel de atención.
- Incluir en la Ley General de Salud, como parte de los derechos humanos en salud y equidad de género, el capítulo referido a los Derechos Sexuales y Reproductivos
- Lograr que los resultados de los diferentes abordajes metodológicos de la evaluación de servicios de salud sean efectivamente tomados en cuenta por las instituciones prestadoras.
- Ampliar la cobertura de control de productos, integrando a los niveles locales en las actividades desconcentradas, con capacitación,

elaborando programas en las áreas de alimentos, productos químicos, productos naturales.

Desde el punto de vista de políticas y del Ministerio, estos desafíos puede ser una orientación para guiar acciones en el período que queda de acciones de la administración. Sin embargo, diversas instancias e investigadores hacen un llamado para que se analice y se encauce mejor la política de modernización del sistema de salud del país. Esto se da a raíz del cambio de funciones en donde las esferas públicas y privadas tienen nuevos roles, pero el proceso ha sido confuso y falta de una guía más clara para dirigirlos. Garnier hace referencia a problemas que han surgido a raíz del proceso de modernización del sector:

1. *La compra de servicios*: el proceso de modernización no ha dejado en claro criterios adecuados y mecanismos de evaluación para la compra de servicios para el sector salud, (se habla principalmente de la CCSS como proveedora y financiadora de servicios), lo cual puede prestarse para que se eleven los costos sin que redunde en mejoras en la calidad o cobertura
2. *Ausencia de una contabilidad de costos y de planeamiento de inversión*: esta falta de información conlleva a que no se hagan decisiones acertadas en cuanto a la compra de equipo, servicios, medicamentos e infraestructura.
3. *Falta de planeación estratégica en la provisión de servicios*: dada la falta de esta orientación, Garnier opina que los Compromisos de Gestión no son suficientes para los servicios de salud trabajen con

calidad, sino que hospitales, clínicas y áreas de salud han atomizado esfuerzos que conllevan a aumentos en los costos y reducción de calidad.

4. *Recursos humanos orientados a las necesidades del sector salud:* la sobrepoblación de médicos y odontólogos contrata con la falta de profesionales médicos en otras áreas, lo cual puede ser influido por la falta de una orientación de los recursos humanos.
5. *El problema de las filas y biombos:* este problema que fue contemplado en el PND sigue siendo una limitante para que el sector de un servicio de calidad y justo para los pacientes.

A pesar de que al Ministerio no le corresponden directamente la atención de estos asuntos, su papel como organismo rector debe contemplarlos para considerar las mejores estrategias. De esa manera, la acción estratégica que se plantea el Ministerio de la elaboración de una planificación estratégica con la participación de los actores sociales involucrados en la producción social de salud debe tener nuevas orientaciones y metas de verificación.

VII. Conclusiones

El sector salud de Costa Rica ha estado conllevando una serie de reformas debido a los cambios en los sectores políticos y económicos inspiradas en el Consenso de Washington. Estos cambios conllevan a que el Ministerio de Salud pasara de ser el ente proveedor, financiador y rector del sistema a quedarse con el rol de rector. Este proceso se ha venido implementando desde los años 90 y es el único que se considera en el país como una verdadera Política de Estado debido a la congruencia con que los diferentes gobiernos han estado implementando la reforma hasta mediados de la década de los 2000. Además de la función de rector para el Ministerio, las reformas han ido orientadas a brindar a la Caja el papel de proveedor de servicios y recursos financieros del sistema, y dándole al sector privado una participación más activa.

El PND 2002-2006 delinea en forma muy puntual los aspectos que se pretendían atender durante la administración. Siete puntos en particular fueron los que pusieron las bases para la formación de la política nacional de salud, sin embargo, se notan concordancias y diferencias entre uno y otro. Entre las concordancias están la integración de las instituciones relacionadas con la producción social

de salud en el país, el mantenimiento y la cobertura de servicios a nivel preventivo y de atención a la enfermedad y el reforzamiento de acciones que conlleven a una protección del medio ambiente y sus distintas presentaciones. Sin embargo, en el Plan Nacional de Salud no se toca el tema de la eficiencia de los servicios de la Caja ni la estabilidad financiera y sostenibilidad del régimen de invalidez, vejez y muerte. A pesar de que la CCSS tiene su propia estructura, como organismo rector el Ministerio debería de coordinar esfuerzos con la Caja para lograr los lineamientos trazados en el PND, lo cual es lo suficientemente importante como para que tenga su propia acción estratégica.

Lo anterior trae dos conclusiones interesantes: la primera de ellas es que la función de rectoría del Ministerio parece no cumplirse debido a la falta de una planeación estratégica con uno de los miembros más importantes en la provisión de servicios de salud del país, a pesar de que el indicador de impacto que mide MIDEPLAN indica que la acción estratégica de planeación tuvo una calificación de excelente. Al parecer no se está calificando de forma adecuada o los indicadores de verificación para las acciones estratégicas no apuntan hacia verdaderas metas de logros y se quedan evaluando acciones con poca importancia.

La segunda conclusión de interés consiste en que esa falta de orientación ha dejado a la Caja con vacíos institucionales que han elevado los costos y le provocan problemas con la provisión de servicios de salud al país y de confiabilidad, debido a los casos de irregularidades que han sacudido a la opinión pública. Como ente rector el Ministerio de Salud debería de coordinar mayores esfuerzos con la Caja para orientarla mejor hacia objetivos de eficiencia en la gestión.

Con base en lo anterior, las diferentes acciones estratégicas que se plantearon para el Ministerio quedan con la duda de la evaluación realizada. Sin embargo, diferentes tendencias se pueden notar por medio de ellas. La evaluación de servicios y creación de instituciones para ello resalta en este sentido, en donde se busca que el país cuente con una especie de auditora nacional de los servicios de salud. Sin embargo, resaltan los malos resultados en la implementación de un sistema de información para el apoyo a la gestión de rectoría.

Las otras acciones estratégicas parecen estar alienadas con la propuesta hecha en el PND, sin

embargo, resalta la poca relación que se establece con la CCSS. Por ejemplo, en el caso de la acción estratégica de calidad y seguridad de los establecimientos que ofrecen servicios de salud, una acción interesante hubiera sido considerar aquellos de la Caja también. Sin embargo, resalta el apoyo a los EBAIS por medio de los mecanismos de evaluación para su buen funcionamiento.

En las otras acciones estratégicas se notan las buenas intenciones y concordancia de las políticas, pero el hecho de que varias de ellas fueran calificadas como de aplicación regular a mala, y considerando que los indicadores de evaluación y metas no eran en muchos casos muy exigentes, se crean dudas con respecto a si verdaderamente se cumplió con lo que se esperaba.

Sin embargo, fue una buena forma de analizar el primer nivel de análisis de indicadores consistentes en proceso/resultados/impactos. Hay una tendencia en varios ámbitos a que las políticas sean formuladas para responder directamente a los resultados esperados en términos de impacto, sin embargo, la experiencia demuestra que para alcanzar algunos objetivos se deben de aplicar movimientos discrecionales en direcciones que a veces no son tan evidentes.

Los indicadores de resultados nos dicen que a pesar de los problemas que tiene el sistema de salud en la actualidad, algunas variables se

mantienen positivas. Sin embargo, hace falta mucha información e indicadores para poder hacer un completo análisis sobre el sector salud, en especial sobre indicadores de calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Los indicadores de impacto muestran tendencias favorables en variables clave. Sin embargo, y como se resaltó en el trabajo, estos indicadores de impacto no se dan por acciones inmediatas, sino que son el resultado de todo un proceso y acciones en el pasado que los pusieron en los niveles en los que están. Si la situación actual del sistema presenta un deterioro, este se verá reflejado en algún tiempo en los indicadores de impacto, dándose un perjuicio grande para el país. Este deterioro se ve reflejado en la incidencia de enfermedades como el dengue, las cuales en algún momento estaban relativamente controladas pero en los últimos meses ha habido un importante brote de esta enfermedad.

Para evitar esta situación, la función de rectoría por parte del Ministerio de Salud debe de ser usada para orientar estratégicamente los recursos de la CCSS. Como órgano administrativo y proveedor de servicios, la Caja tiene un papel de suma importancia en la producción social de salud en el país, y debe de ser apoyada tanto en el fomento de las leyes y estructura organizativa que se busca, así como el apoyo estructural con respecto al sistema de invalidez, vejez y muerte, del cual no se toca nada ni en el Plan Nacional de Salud ni en las evaluaciones del MIDEPLAN.

Bibliografía

Garnier, Leonardo. *El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso*. Costa Rica: ponencia preparada para el Seminario "Crecimiento, equidad y ciudadanía: hacia un nuevo sistema de protección social" organizado por el doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, septiembre 2005. 25 p.

Martínez, Juliana. *Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios*. Costa Rica: UCR. Mayo 2005. 32 p. Documento preliminar.

MIDEPLAN. *Informe final sobre el cumplimiento de las metas, los objetivos, las prioridades y las acciones estratégicas 2004 y su aporte al desarrollo económico, social y ambiental del país. Tomo I*. Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, marzo 2005. 42 p.

Informe final sobre el cumplimiento de las metas, los objetivos, las prioridades y las acciones estratégicas 2004 y su aporte al desarrollo económico, social y ambiental del país. Tomo II. Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, marzo 2005. 32 p.

Plan *Nacional de Desarrollo “Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez” 2002-2006*.
En: <http://www.mideplan.go.cr>

Ministerio de Salud. *Memoria Institucional 2004*.
Costa Rica: Ministerio de Salud, abril
2005. 211 p. En:
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/memoriaA.htm>

Política nacional de salud 2002-2006. Costa Rica:
Ministerio de Salud, marzo 2003. 84 p.

Análisis Sectorial Salud Costa Rica 2002. Costa
Rica: Ministerio de Salud, 2002. 323 p.

Proyecto Estado de la Nación. *Décimo Informe
Estado de la Nación en Desarrollo
Humano Sostenible*. San José, Costa Rica,
2004. 448 p.

Fuentes de información:

Anuarios estadísticos de la CCSS:
<http://www.info.ccss.sa.cr/actuarial/anuarios/anuario05av/default.htm>

Indicadores de Salud – MIDEPLAN:
<http://www.mideplan.go.cr/sides/social/indx05.htm>
