

DESARROLLO DE NUEVAS MODALIDADES DE ATENCION A LA SALUD EN COSTA RICA

Luis B. Sáenz*

INTRODUCCION

El presente trabajo enumera algunas ideas sobre el desarrollo de nuevas modalidades de atención a la salud en Costa Rica. Comprende aspectos generales del concepto emergente de lo que es salud, y de las implicaciones requeridas para poder llevarlo a la práctica en un contexto de crisis económica. Pretende aportar ideas para el análisis del cambio del modelo de prestación de los servicios de salud en Costa Rica. Se origina de un trabajo previo presentado ante la Comisión de Reforma del Estado, a solicitud de la Dirección de Planificación de la Caja Costarricense de Seguro Social. El trabajo está dividido en cuatro apartados: la presente introducción, el análisis del agotamiento del modelo de salud, generalidades acerca de la organización de posibles alternativas, y la referencia a la necesidad de modificaciones en los niveles centrales y regionales para poder actuar de una manera satisfactoria ante el cambio que se vislumbra. Es difícil ubicar en el tiempo la presente discusión ya que el desarrollo de un nuevo modelo de atención es parte de un proceso ya iniciado. Por esta razón, algunos conceptos se emiten ya con conocimiento de algunos resultados; otros siguen siendo parte de una discusión más general.

Costa Rica tiene indicadores de salud que lo hacen sobresalir entre países con igual y

mayor desarrollo económico. Los programas que han hecho esto posible, obedecen al interés de la sociedad por fomentar y mantener valores de solidaridad y equidad en este campo. Las cifras de gastos en los sectores sociales de Costa Rica muestran que en el período comprendido entre 1975 a 1988 se presentó una disminución del gasto en salud y nutrición, que si bien asciende al haber una recuperación económica a mediados de la década de los 80, este gasto se mantiene inferior al observado al inicio del período analizado. En el cuadro 1 se muestra esta tendencia (1). Según un estudio realizado por el Banco Mundial (2) sobre el gasto público en sectores sociales en Costa Rica, se muestra que la distribución de beneficios de los gastos públicos en salud por familia para 1986 asignaba al 60% de las familias de menores ingresos un 77,1% de lo gastado en atención hospitalaria, un 69,2% de lo

CUADRO 1

EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO PER CAPITA REAL EN PROGRAMAS SOCIALES EN COSTA RICA (Indice 1975 = 100, Dólares EUA)

Año	Total Social	Nutrición y salud
1975	100	100
1978	113	120
1983	78	81
1985	78	71
1988	98	82

* Sección de Investigación de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

gastado en atención ambulatoria y 83,7% de lo gastado en atención preventiva.

Estas cifras evidencian el éxito distributivo de las políticas de universalización de la atención que han garantizado el acceso a los servicios de salud y el favorecimiento a grupos con limitaciones económicas. De la información proveniente de la Encuesta de Hogares realizada en julio de 1990 por la Dirección Nacional de Estadística y Censos, se construyó un indicador para medir la accesibilidad de la población a los servicios de salud por región y zona (3). Según esta información se encontró que existe una aceptable homogeneidad en el acceso a los servicios, con algunos valores intermedios para la región Huetar Norte Urbana y la región Chorotega Rural.

Sin embargo, el panorama futuro de los programas sociales, especialmente del sector salud es incierto debido a la aguda crisis económica de los últimos años. Sin intentar ser exhaustivo en analizar las causas de esta crisis económica se pueden identificar algunos factores como condicionantes de dicha situación: el endeudamiento externo del país, que pasó del 5% del PIB en 1970 al 65% de 1980 y al 89% del PIB 1988 (4); la disminución de los precios internacionales de los productos de exportación costarricenses y el aumento de precios de los insumos y tecnología y un fenómeno interno de disminución del PIB y de las reservas monetarias. Dentro de este esquema, los países como Costa Rica reorganizan su economía y sus instituciones estatales, adquiriendo los programas sociales y especialmente los de salud, una atención prioritaria.

El concepto de atención a la salud se ha transformado en los últimos 15 años. Del enfoque que se ha denominado biólogo, en el cual la enfermedad era el centro para la organización del sistema de salud, se ha virado hacia una concepción en la que el centro es el individuo sano, dentro de una colectividad, un ambiente de trabajo y una familia, que condicionan el desarrollo del individuo como ser biológico y social. Por lo tanto, el propósito del sistema de salud es el mantener al individuo sano, prevenir la

enfermedad y dar atención cuando ésta se presenta. Estos conceptos han sido estudiados, respaldados y difundidos mundialmente por la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con estas nuevas ideas y para hacer frente a las causas actuales de enfermedad y mortalidad, se ha requerido desarrollar un enfoque diferente de la atención a los problemas de salud. Este enfoque se ha basado en una nueva visión de los componentes de la atención de la salud, sus actividades curativas ambulatorias y hospitalarias, así como lo relacionado con la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud. Paralelamente a lo que se ha llamado agotamiento del modelo del enfoque de la salud y la enfermedad, se ha identificado una crisis en la productividad de los servicios de salud que se expresa en bajo rendimiento, con implicaciones en la motivación de los prestatarios de servicios, insatisfacción de los usuarios y en una baja efectividad global del sistema.

De lo anterior se puede concluir que en Costa Rica se ha reducido la inversión general per cápita en salud, durante los últimos 15 años; sin embargo, existe evidencia de que el acceso a los servicios ha sido uniforme y se puede decir que el sistema ha sido equitativo; pero se han identificado a su vez elementos de ineficiencia que hacen necesario que el país se replantee la prioridad que se dará en los años venideros a los servicios sociales y especialmente a los de salud. Necesariamente la planeación de los servicios del futuro requieren de una redefinición de la agenda de la salud y la atención médica, del papel de los participantes, usuarios, prestatarios y organizaciones que forman el sistema de salud. Así mismo, se requiere del análisis de las implicaciones de la forma de financiamiento, contratación y pago de los servicios y de la organización de los establecimientos de salud, de acuerdo con cobertura de población y nivel de complejidad.

En este documento se analizan elementos para la discusión del cambio del modelo, presentando ideas acerca de la ubicación de los problemas de salud y de los servicios de salud, los criterios para introducir una nueva

racionalidad del sistema y los cambios en su organización y los cambios requeridos en el ámbito administrativo de apoyo técnico para enfrentar dicho cambio.

AGOTAMIENTO DEL MODELO Y ENSAYO DE NUEVAS MODALIDADES

Enfoque de la salud y la enfermedad

De acuerdo con la definición de la salud, en que se considera ésta como un "estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad (5) se proponen como estrategias de acción: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Desde esta perspectiva, el desarrollo del sistema actual requiere de nuevos objetivos y programas hacia esta nueva visión, traducida al campo de la formulación de políticas y de la administración.

Atención ambulatoria

Diversos estudios han dirigido la atención a las deficiencias en la atención ambulatoria (6-10) hacia las siguientes causas y consecuencias:

Las consultas curativas y preventivas no se consideran dentro de un marco de atención integral de los problemas de salud de la comunidad.

Los servicios se organizan con base en libre demanda para la atención de medicina general. Además, el rechazo de pacientes no es cuantificado ni considerado para citas futuras a corto plazo ni para la reorganización de la oferta de servicios. Tampoco existe el criterio de lista de espera.

La organización de la consulta no considera criterios de prioridad para el otorgamiento de las citas, y las actividades se circunscriben exclusivamente a las realizadas dentro del establecimiento de salud.

Hay disminución de la eficiencia debido a inadecuado control, falta de normatización de la prestación del servicio o la vigencia de

normas preparadas unilateralmente por el nivel central.

Existe una carencia de incentivos que promuevan el trabajo de mejor calidad.

Los servicios especializados no se apoyan en los servicios de medicina general.

Hay sobreutilización de los servicios de apoyo diagnóstico y exceso de medicación. Hay sobreutilización de los servicios hospitalarios para la resolución de problemas, mediante una inadecuada referencia por parte del médico general, o, el mismo paciente llega a la conclusión de que es en el hospital donde se le puede resolver más adecuadamente su problema.

Las consecuencias se traducen en un elevado costo de la prestación, inefectividad de las acciones, ineficiencia en la utilización de los recursos, ausencia de promoción de una práctica médica de alta calidad e insatisfacción del usuario.

Atención hospitalaria

Los servicios hospitalarios están organizados en cuatro niveles de complejidad, con una cobertura geográfica definida.

Si bien existe una legislación al respecto, la acreditación tecnológica y de personal es un paso que no se ha dado. Comparando algunos indicadores hospitalarios, con otros de países desarrollados se evidencia una posición ventajosa de Costa Rica en este ámbito, al tener menor número de camas para el tratamiento de casos agudos por habitante (1.9 por mil con una estancia promedio de 5 días para casos agudos). Otros países como el Reino Unido tienen 7.7 camas por mil y una estancia promedio de 11 días, Francia tiene 10.7 camas por mil y 9 días de estancia (11). Con menos camas hospitalarias para el tratamiento de enfermedades agudas se ha obtenido una estancia menor. Si bien todos estos países tienen un modelo de atención diferente, la comparación es válida en la medida que ubica a Costa Rica, dadas sus condiciones particulares, tanto por la morbilidad atendida como por las características propias del modelo de atención. Durante los últimos diez años se ha

mantenido una cantidad constante de camas, lo que, al aumentar la población, ha significado una disminución de la relación de camas por habitante, que para 1990 llegó a 2.2 camas/1 000 habitantes, tomando en cuenta todas las camas de los 29 hospitales de la CCSS. Un aspecto cualitativo de la utilización hospitalaria se refiere a la carencia de coordinación entre el nivel ambulatorio de medicina general y las especialidades.

Información de 1988 (12) muestra que, para los hospitales periféricos, regionales y nacionales, entre el 51% y el 81% de los pacientes que ingresaron a dichos centros provenían de los servicios de urgencias. Esto hace que la actividad hospitalaria planeada electiva queda limitada de un 20% a 50% de los egresos. La atención de los pacientes crónicos representa el 25,2% de las estancias y el 3.2% de los casos y el 9.92% de los gastos, para 1986, (13). La proporción del presupuesto institucional para las actividades hospitalarias ha decrecido en los últimos años pasando del 63% en 1986 a 54.3% en 1990. Se puede decir que el sector hospitalario ha mantenido un desarrollo conservador y con objetivos definidos en cuanto a que representa una instancia de tratamiento de alto costo.

Algunos problemas acerca del funcionamiento hospitalario, provenientes de las mismas fuentes de información citadas para la atención ambulatoria son los siguientes:

1. Existe una tendencia a la resolución de problemas de salud que corresponden a otros niveles de complejidad.
2. No hay concordancia entre la definición del nivel de complejidad asignado y el observado.
3. Ineficiencia en la utilización de los recursos humanos, especialmente lo relacionado con el tiempo contratado y utilizado.
4. Administración inefectiva, en la distribución del tiempo, dedicando una importante proporción a resolver problemas de poca relevancia.
5. No hay evaluación de los resultados ni de la calidad de los servicios otorgados.

6. Aprovechamiento inadecuado de salas de operaciones.
7. Descoordinación con los otros servicios, tanto de especialistas de otros centros como con los establecimientos de medicina general.

Prevención

Las actividades de prevención se han centrado en programas de vacunación, mejoramiento del abastecimiento de agua potable y de los sistemas de excretas. Con estas medidas se logró disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas. Estas medidas tuvieron éxito, dado que fueron centradas en problemas ambientales y de protección preventiva individual. Esta perspectiva ha cambiado y el reto que actualmente se presenta es el de mantener los programas para la prevención de las enfermedades infectocontagiosas y, además, enfrentar las enfermedades crónicas que requieren de una estrategia diferente. La etiología de estos nuevos problemas tiene componentes, no sólo biológicos, sino propios de los hábitos de las personas y debidos al ambiente. Por ejemplo, los riesgos del trabajo y la salud laboral así como la contaminación del medio ambiente, constituyen potenciales causantes de enfermedad. Las actividades para la prevención de estas enfermedades requieren de mayor inversión y de la necesidad de un consenso que trasciende a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Nuevos programas de atención y sus perspectivas

Como respuesta a la crisis del modelo de atención se desarrollaron nuevos programas de servicios. Este tipo de iniciativas han diversificado las alternativas a la atención institucionalizada. Durante la primera mitad de los años ochentas surgieron los programas de medicina de empresa y de medicina mixta, aunque no se trataron de programas en sentido estricto. En el programa de medicina de empresa ésta paga al profesional y la

CCSS cubre los servicios de apoyo y medicamentos. En la medicina mixta, el paciente paga al médico y los medicamentos y servicios de apoyo los brinda la CCSS. Una finalidad de estos programas fue el solucionar el descongestionamiento de las clínicas, facilitando el acceso de los trabajadores en las empresas, ofreciendo atención médica en su lugar de trabajo. Se pensó que el trabajador no consultaría en las clínicas, ahorrando tiempo de su trabajo y descongestionando los establecimientos. Por otro lado, mediante el programa de medicina mixta, se ofrecerían servicios a pacientes que deseaban un tratamiento por el médico de su elección, en su consultorio particular. Ambos programas han tenido limitaciones, en relación con el modelo y enfoque de la atención, ya que han mantenido como actividad pivote la atención médica y la prescripción de medicamentos. Sin embargo, existe una gran potencialidad, especialmente para la medicina de empresa, para ubicar en los centros de trabajo programas de atención curativa y preventiva para la corrección de factores de riesgo del ambiente de trabajo, así como la prevención de enfermedades crónicas. La medicina mixta tiene la limitación de que se trata de un pago por acto médico, con las consecuencias de incremento de costos intrínsecas a este tipo de modalidad. Si bien los programas de medicina de empresa y de medicina mixta llegaron a representar una alternativa para el problema del congestionamiento de los servicios, el modelo empleado siguió siendo predominantemente curativo.

Con el interés de impulsar un cambio global en la atención en la comunidad, la CCSS y el Ministerio de Salud decidieron llevar a cabo un proyecto con este nuevo enfoque. Una limitación para que este proyecto fuera desarrollado por las mismas instituciones de salud fueron las restricciones económicas administrativas y los problemas de eficiencia ya descritos. En 1987 se inició el primer proyecto en la comunidad de Barva de Heredia, ensayándose también una forma diferente en la contratación de los profesionales médicos mediante el pago por capita-

ción. Esta modalidad de organización se extendió luego a dos comunidades más, una de la provincia de Heredia y otra de Alajuela. En el programa de capacitación, pionero en lo referente al desarrollo del nuevo modelo de atención, persisten, en mayor o en menor grado, las dificultades anotadas desde el inicio (14, 15) en lo referente a la necesidad de cambio de actitud de los médicos y demás personal en relación con la atención integral a la salud. La competitividad entre los médicos dentro de un sistema de capitación como el que se lleva a cabo no puede desarrollarse plenamente si no hay suficientes médicos contratados para que los adscritos puedan escoger libremente. Es difícil que un sistema de capitación tenga éxito si está circunscrito a una pequeña comunidad o grupo de comunidades en que no se ofrezcan más que los servicios de atención básicos. Una importante limitación de tipo legal ha sido anotada desde el inicio. Según criterios legales, persiste la relación obrero patronal entre los médicos y la CCSS, a pesar de que se intentó superar contratando los servicios a una asociación de médicos. En el año 1988 se fue más allá en la modalidad de contratación, al firmarse un convenio con una empresa cooperativa autogestionaria para que prestara los servicios en la comunidad de Pavas, Coopesalud R. L. Posteriormente, en 1990, otra cooperativa autogestionaria inició, bajo condiciones similares, la prestación de servicios en el cantón de Tibás. Los proyectos cooperativos se establecieron en las comunidades de Pavas y Tibás con líderes que pudieron impulsar los proyectos resolviendo escollos administrativos, legales y económicos (16). Estos proyectos se establecieron con la idea de desarrollar un nuevo modelo de atención, sin las limitaciones de la capitación y haciendo partícipes, como dueños de la empresa, a los funcionarios que prestan el servicio. Ventajas de la experiencia cooperativa han sido el manejo de los recursos, que el trabajador sea dueño de la empresa y el ofrecer incentivos salariales. Aspectos a estudiar cuidadosamente son la aplicación de la legislación cooperativa a los servicios de

salud, el requerimiento de que un porcentaje de los excedentes deban ser aportados a organismos externos tanto del sector salud como de la misma empresa cooperativa; la posibilidad de surgimiento de un monopolio cooperativo para el manejo de los servicios de salud, y el efecto de la economía de escala de los servicios en relación al costo promedio y al costo marginal.

También, en el año 1988, al abrir la CCSS y el Ministerio de Salud el Centro Integrado de Coronado, se implementó un programa de medicina familiar para la capacitación en servicio de los residentes en Medicina Familiar, y se requirió entonces que la modalidad de trabajo de dicho centro fuera la del nuevo modelo de atención. En este caso se mantuvo una forma de contratación tradicional pero se ensayó una racionalidad diferente en la relación médico-paciente, y se dio énfasis a las actividades de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Cuatro años después de haber iniciado estas nuevas experiencias organizativas, aunque se han mantenido los puntos fuertes del modelo, como lo son la cobertura universal y el ordenamiento de los servicios dentro de un sistema de salud, existen interrogantes que deberán aclararse mediante la evaluación y la puesta en marcha de medidas que progresivamente irán reformando la administración institucional. A pesar de que la CCSS ha desarrollado el cambio en el modelo de atención para nuevos servicios, no ha podido replantear con éxito este nuevo modelo en establecimientos en que opera la organización tradicional ya superada. El poder llevar a cabo este cambio en clínicas tradicionales dependerá de factores que giran en torno a modificaciones en la gestión de los servicios, incluyendo elementos de competencia e incentivos al trabajo, en la reorganización de las actividades para dar énfasis a la programación basada en las necesidades de la población y en las posibilidades de negociación de los términos contractuales con los gremios de servidores así como la participación de las comunidades en las decisiones en salud.

Con la finalidad de evaluar estas nuevas modalidades de atención, la CCSS ha recibido

apoyo técnico y financiero de Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo del gobierno de Canadá, para llevar a cabo un proyecto de investigación con el fin de realizar un estudio comparativo de la utilización de los servicios de salud en las modalidades de capacitación, cooperativas y de la modalidad de atención familiar y comunitaria del Centro Integrado de Coronado. Las hipótesis de esta investigación van encaminadas a demostrar que las modalidades experimentales que se están desarrollando ofrecen más y mejores servicios preventivos, mejoran la utilización de los servicios de consulta y de apoyo, reducen hospitalizaciones, son menos costosas y promueven una mayor satisfacción a los usuarios y los prestatarios.

ALTERNATIVAS DE ORGANIZACION

Parámetros para la evaluación global de modelo

La decisión de impulsar un nuevo modelo de atención a la salud debe evaluarse tomando en cuenta cuatro conceptos: eficiencia, efectividad, equidad y libertad de escogencia por parte del usuario, lo que se conoce como la soberanía del consumidor. La comparación que se pueda establecer de cómo estos parámetros se comportan actualmente y cómo se espera que lo hagan en el nuevo modelo, es de utilidad para ir desarrollando el conocimiento y la experiencia necesarias para fortalecer las políticas impulsadas. Definir estos términos, aplicados al campo de los servicios de salud, permite lograr un pensamiento homogéneo al respecto (17).

Eficiencia: Se refiere a cómo los recursos son utilizados para lograr los resultados esperados. Ejecutar actividades a un mínimo costo con adecuada calidad y normativa. Se refiere también a maximizar el beneficio, manteniendo un nivel de costos dado, sin desperdiciar los recursos. También es el minimizar el costo, logrando un nivel de beneficio dado.

Efectividad: Es el logro de un determinado objetivo o beneficio por parte de un programa o servicio de salud. Al relacionar con el costo,

es posible comparar cuál o cuáles alternativas logran adecuadamente el mismo objetivo ya que costo lo realiza cada uno.

Equidad: Se relaciona con el acceso a los servicios, en función de desigualdades geográficas o socioeconómicas. Equidad de acceso es cuando los individuos que perciben una necesidad para utilizar los servicios pueden hacerlo. Se relaciona también con la distribución de la carga del costo del sistema, de acuerdo con las posibilidades de pago y su relación con los servicios requeridos. En un sistema de salud hay inequidad cuando existen dos clases de servicios con niveles de efectividad diferentes de acuerdo con las posibilidades de pago de los individuos.

Libertad de escogencia por parte del usuario:

El médico es el que identifica los servicios de salud que el paciente requiere; el paciente delega su libertad de decidir a un experto que en este caso es el médico. Es decir, el médico se interpone entre las necesidades del individuo y la demanda de servicios. La libertad de escogencia puede estar relacionada con la libertad de pago que puede resultar en la obtención de un servicio de mejor calidad. En un buen sentido, es la posibilidad del individuo de escoger los servicios, independientemente de que esta escogencia le sirva para recibir una mejor atención.

Principios generales del sistema

Salud y servicios de salud

En la actual crisis de financiamiento de los programas de salud, debe considerarse el logro de un adecuado balance entre la inversión para la salud pública y la inversión para los servicios de atención curativa. Este es el primer nivel de aplicación de los conceptos anotados al inicio de este aparte. Cabe la pregunta de hasta dónde se puede lograr aumentar la inversión en servicios efectivos de promoción y prevención, en contraposición a servicios curativos, algunos efectivos y otros que agregan poco beneficio marginal a la salud del individuo y a la sociedad. Parece entonces, que un principio sería el fortalecimiento de políticas que traten de

integrar al sistema de salud dentro de un sólo concepto, el de salud, sin separar prevención y curación.

Cobertura

Hasta el momento la Caja Costarricense de Seguro Social ha tenido un seguro de cobertura universal ya su vez comprensivo, ya que asegura para todo tipo de servicios, y es extensivo para toda la familia. Ha sido un sistema de seguros en que las primas o cuotas de aseguramiento no se relacionan con el nivel de servicios a utilizar o el nivel de riesgo del asegurado o de su familia. Ha sido un sistema equitativo tanto en lo referente a los cotizantes como de los usuarios, ya que el seguro se paga sobre una base de ingreso y el servicio se otorga sobre una base de necesidad. El mantener este sistema, por un lado permite hacer prevalecer principios de equidad y cobertura. Sin embargo, en la actual crisis económica se plantea el interrogante de hasta dónde es posible mantener y determinar cuál es el nivel mínimo de servicios posible que se puede ofrecer a toda la población y a partir de qué punto el paciente debe pagar un complemento por los servicios obtenidos. Sin embargo, las posibilidades no sólo se restringen a las del cobro al usuario, sino al aumento de los ingresos de la institución mediante aumento de las primas o cuotas, o de la eficiencia de la recaudación, así como una disminución del "paquete" de servicios que ofrezca la CCSS. En algunos sistemas de salud se han ensayado medidas de cobro a los usuarios que solamente cubren un porcentaje del servicio ofrecido y que han tenido la finalidad de contener el abuso del servicio. Cabe también preguntarse hasta qué punto medidas para el mejoramiento de la eficiencia interna producirían un excedente de recursos suficiente para no tener que incrementar el ingreso mediante el incremento del monto por pagar por parte del usuario. Esto introduce en la discusión el criterio de orden de prioridad para desarrollar reformas al sistema, en el sentido de analizar cuidadosamente qué debe ser primero, si mejorar la eficiencia

interna del mismo sistema o valorar el cobro por algunos servicios independientemente. Hasta el momento, parece no haber duda de que el principio de universalidad debe permanecer, de que ha tenido éxito en varios países, entre ellos Suecia, el Reino Unido y Canadá y que los principios deben mantenerse al corregirse la ineficiencia interna de la prestación de los servicios. La universalidad del sistema de salud fomenta la búsqueda de una calidad uniforme en el servicio y produce un efecto redistributivo de la riqueza.

Centralización-Descentralización

La centralización como modalidad administrativa ocasiona problemas en la toma de decisiones, la programación, el control y la coordinación y, consecuentemente, en el eficiente uso de los recursos se dificulta además la determinación de problemas locales. Ante la centralización se ofrecen dos posibilidades, la desconcentración, en la que los recursos y su administración son responsabilidad de los establecimientos y la descentralización, en la que las instituciones de salud se transforman en financiadores de los servicios que son prestados por entes externos. La desconcentración se realiza por medio de la jerarquía existente mediante la conformación de órganos (18) con relativa autonomía administrativa y presupuestaria. La desconcentración permite un descongestionamiento de los servicios centrales para dedicar dichos recursos a otras actividades, al disminuir la complejidad de las organizaciones. Ofrecería posibilidades de mejoramiento de la eficiencia, si se acompaña de una apertura en las posibilidades de contratación de personal, de realización de compras así como para desarrollar formas de incentivos y de control administrativo apropiadas para el establecimiento. La descentralización lleva implícito el problema legal de la delegación de la prestación de los servicios a entes externos a la institución. No se establece relación mediante ninguna línea de autoridad y le permite al ente descentralizado procurarse su presupuesto propio.

Ofrece también las ventajas del mejoramiento de la eficiencia, al existir absoluta libertad de contratación y de adquisición de bienes. Se plantean como aspectos negativos a la descentralización, las dificultades de coordinar diferentes entes así como el posible incremento de costos, dado que se pierde el efecto de economía de escala en procedimientos de diagnóstico y tratamiento de mediano y alto costo.

Forma de pago de los servicios

Se debe distinguir cómo se financian los servicios y cómo los establecimientos u organizaciones prestadoras remuneran a los profesionales y a los funcionarios. Por su parte, los servicios pueden ser financiados por medio de impuestos que son recolectados por el Estado y posteriormente asignados a las instituciones de salud, por medio de cuotas o primas que los afiliados o usuarios pagan a las organizaciones aseguradoras, o por medio de tarifas que los usuarios pagan al prestador de los servicios. Por su parte, los entes prestadores de los servicios pueden pagar a los profesionales que dan el servicio de diferentes formas por salario, por capitación, por una tarifa por consulta o acto médico. Es posible establecer combinaciones de estas diferentes formas de pago, tanto a los prestadores como a las organizaciones que se encargan de dar los servicios. Se puede establecer una relación público-privado para el financiamiento y la prestación de los servicios. El siguiente cuadro ilustra las posibles alternativas.

Financiamiento	Prestación	
	Pública	Privada
Público		
Mixto		
Privado		

Fuente: The Economist (19).

Las formas de pago ensayadas en Costa Rica, han sido orientadas más hacia el finan-

ciamiento mixto por empresas, trabajadores y Estado; por otro lado, prestación pública de servicios por medio de los establecimientos de la CCSS y el Ministerio de Salud. Los nuevos programas que se han desarrollado, tanto las cooperativas, la medicina de empresa, la medicina mixta y el programa de capitación, tienen financiamiento híbrido por parte de la CCSS y el Ministerio de Salud y corresponden a una prestación privada. Es posible que el modelo costarricense no se modifique en cuanto a su financiamiento, pero al parecer habrá mayor participación del sector privado como prestatarios de los servicios, así como un incremento selectivo en el costo de los servicios para los usuarios. El desarrollar políticas de salud expresas en ese sentido, requiere prever las variaciones que ocurrirán en los costos, para que el servicio no se encarezca sino que sea mediante un incremento en la eficiencia de la modalidad que se puedan obtener beneficios económicos. El pago de servicios por cobertura, de acuerdo a la cantidad de población de una zona geográfica determinada puede ser una forma de pago que tienda a mantener costos bajos. A esto debe agregarse la posibilidad de que se pueda reconocer un mayor monto por un incremento en el nivel de complejidad de las acciones que se puedan realizar en dicha zona geográfica. Debe garantizarse un incentivo al logro de un máximo de población cotizante al sistema. También representa un reto importante el poder establecer una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención para que no represente un incentivo el traslado de los pacientes a otro centro de mayor complejidad sino que se fomenten las actividades de salud para la población adscrita en una misma localidad.

Acciones de salud

De acuerdo con el perfil de morbilidad actual del país se requiere una cierta cantidad de recursos humanos para realizar actividades de tipo preventivo y curativo. En las comunidades en que se ha puesto en práctica esta nueva modalidad de atención se ha estimado

que el mínimo de personal para la atención a las personas en estas dos áreas requiere un médico familiar o general, un auxiliar de enfermería y un asistente de salud comunitaria para cada conglomerado geográfico de 3500 personas. Como responsabilidad de este equipo básico de salud está el realizar acciones comunitarias y de consultorio para cubrir las demandas de salud de los habitantes adscritos. Estas demandas deberán ser no solamente las sentidas y expresadas sino también las normativas, detectadas por medio de un diagnóstico de salud anotadas en un plan de trabajo. Progresivamente este equipo básico, utilizado como unidad para las acciones comunitarias se reforzaría con la participación de otros profesionales de acuerdo con los problemas de salud detectados, si se pretende obtener como resultado final un cambio en la modalidad de utilización de los servicios. Los requerimientos de personal para extender a nivel nacional esta modalidad requerirá de la formación y redistribución de recursos humanos en las tres áreas mencionadas.

Usuarios, prestatarios y organizaciones de servicios

En la prestación de los servicios existen tres grupos involucrados, los cuales tienen intereses y necesidades propias, y a su vez posibilidades de conflicto existiendo por lo tanto la necesidad de consenso como condición para una buena administración. Estos grupos son los usuarios, los prestatarios y las organizaciones que emplean a los que brindan los servicios.

Se deben identificar estas necesidades para poder diferenciarlas y saber conciliar los intereses de los tres grupos. Los intereses de los usuarios se refieren a la oportunidad y accesibilidad en la atención, al derecho a una atención de buena calidad tanto en las acciones, estudios y tratamientos así como un buen trato por parte del médico. Los proveedores, por su parte, requieren de libertad de criterio para su ejercicio profesional, además de preservar normas éticas de su profesión y buscar una adecuada remuneración de

acuerdo con expectativas personales y sociales. Los intereses de las organizaciones prestadoras de los servicios son el velar por el control de costos, control de la calidad de la atención, así como ofrecer condiciones de trabajo satisfactorias y seguras.

Organización del sistema

Algunas medidas organizativas requieren ser analizadas para el desarrollo del nuevo modelo de atención en condiciones de crisis económica. Definir y diferenciar los ámbitos de las políticas que corresponden a la atención de la salud y a los programas de atención a la enfermedad a nivel nacional, con la finalidad de lograr el compromiso intersectorial y de las organizaciones privadas involucradas y lograr los recursos necesarios con un adecuado balance entre actividades preventivas, curativas y de fomento de la salud.

Mejorar la administración mediante formas más flexibles de contratación en la que se pueda ejercer un control y evaluación del desempeño, como un reconocimiento al aporte creativo de los profesionales y los funcionarios.

En el caso de contrataciones de organizaciones prestadoras de los servicios, garantizar un pago por cobertura, per cápita, por una cantidad de servicios determinada, de acuerdo con un ordenamiento institucional de niveles de resolución y de los problemas de salud propios de la comunidad. Desarrollar formas de trabajo bajo el concepto de proyecto y programa que permitan una evaluación de los resultados esperados.

La determinación de los costos de las acciones en salud adquieren significado cuando se relacionan con los resultados obtenidos. Estos resultados pueden ser el producto del proceso de la atención, en cuyo caso la unidad de medida serán las consultas, los egresos, las visitas al hogar, etc. Sin embargo, es posible efectuar mediciones más complejas involucrando costos, relacionándolos con la efectividad esperada de los servicios o de los programas. La medición

del efecto se hace en unidades de impacto como son la medida de las variaciones en índices de mortalidad y morbilidad, así como el aumento en los años de vida y la calidad de ésta. Un concepto complementario que es necesario introducir cuando se analizan los servicios de salud es el de costo de oportunidad. La aplicación del mismo permite hacer más eficiente la utilización de los recursos, ya que permite seleccionar el programa que más beneficios pueda ofrecer.

El tema de la privatización de los servicios de salud debe ser sujeto a una discusión, no tanto ideológica sino más bien económica, en función del costo y el beneficio, obtener con un sistema público o con un sistema privado. En una primera instancia cabe preguntarse cómo las instituciones estatales están manejando el tema de la eficiencia, en el sentido de si se está presentando como una razón para la privatización los antagonismos entre las fuerzas de poder institucionales y sindicales. Sin profundizar ni entrar en detalle de la justificación o no de la privatización de algunos servicios, cabe enumerar una serie de principios que sustentan una actividad privada. ¿Cuál es la relación entre la privatización del riesgo y la privatización de la ganancia? ¿Hasta dónde y qué fundamentaría el subvencionar los servicios? ¿Cuál es el ámbito de la competitividad? ¿Cómo se regularía la formación monopólica en la prestación de algunos servicios? ¿Con qué criterios se efectuará la privatización de los bienes de capital institucionales? ¿Serán arrendados por montos simbólicos, vendidos, cedidos, alquilados o deberán ser aportados por las empresas que brindarían los servicios?

La atención ambulatoria en un nuevo modelo de atención

Como objetivo general se ha desarrollado una propuesta institucional para crear con el concepto de sistema local de salud un nuevo modelo de atención familiar y comunitaria que brinde servicios integrales de salud a toda la población, con niveles óptimos de

calidad, eficiencia y equidad; y a un costo económico-financiero viable para el mantenimiento del sistema.

Metas y resultados esperados del Nuevo Modelo de Atención

1. Modificar la práctica médica tradicional mejorando la relación médico-paciente.
2. Incrementar el grado de satisfacción del paciente con la atención médica y las demás acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Lograr la integración de un equipo sanitario que vele permanentemente y a diferentes niveles (prevención, curación, rehabilitación) por la salud de la población en las diferentes comunidades.
4. Lograr la participación de la comunidad y el personal de salud en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios.
5. Sentar las bases para un sistema de planificación y administración de los servicios de salud que parta de las necesidades reales de la población, como unidad para la estimación de necesidades futuras.
6. Racionalizar el uso de los servicios de salud por parte de la población, mediante acciones que tiendan al aumento de la confianza de la población en el equipo de trabajo y responsabilizando a la comunidad en la vigilancia de sus condiciones de salud.
7. Mejorar el costo efectividad, haciendo que el costo total para la inversión en los servicios ambulatorios se mantenga dentro la misma proporción en relación al gasto total.
8. Fortalecer y mejorar los procedimientos administrativos en la prestación de los servicios de salud.

La atención hospitalaria en un nuevo modelo de atención

Como objetivo general el papel del hospital dentro de un nuevo modelo de atención será el actuar de acuerdo al nivel de resolución correspondiente, basado en una coordinación con el nivel de atención ambulatorio tanto de medicina general y especializada.

Metas y resultados esperados

1. Coordinación adecuada con los niveles de menor complejidad.
2. Adecuado balance entre la cantidad de pacientes que ingresan al hospital de forma electiva y por urgencias.
3. Desarrollar y trabajar con métodos de la evaluación de la calidad de la atención hospitalaria.
4. Financiamiento con control de las autoridades regionales y locales (SILOS), para que los servicios hospitalarios sean "comprados por los niveles de menor complejidad", favoreciendo la capacidad resolutoria por parte de los niveles ambulatorios, haciendo que en el nivel hospitalario se traten los casos que correspondan a las áreas de atracción, y al nivel de complejidad que corresponda.
5. Promover la creación de establecimientos hospitalarios centralizados de alta tecnología para diagnóstico y tratamiento de patologías complejas.
6. Desarrollar centros de costos para los servicios de atención al paciente y los servicios de apoyo.

CAMBIOS INSTITUCIONALES PARA HACER FRENTE AL DESARROLLO DE LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCION

Necesariamente el cambio hacia un nuevo modelo de atención, independientemente de las variantes que puedan presentarse en

relación con algunos aspectos aún no definidos, requerirá una redefinición del modelo de planificación. En primer lugar, para darle carácter sectorial a la solución de los problemas de salud, para poder coordinar las actividades de los distintos prestatarios y para desarrollar una modalidad de trabajo con base en el diseño de políticas de salud con características de proyecto y de programa. El fortalecimiento del nivel local, regional y central requerirá el desarrollo de una estrategia en las siguientes áreas:

Evaluación de políticas de intervención en los servicios. Esto requiere trabajarse con base en planes anuales en los que se anoten metas y resultados esperados utilizando indicadores de resultado e impacto. Se promueve el diseño de métodos de trabajo basados en el estudio de problemas y en el desarrollo de soluciones con la participación de los funcionarios. Además, promueve la utilización de un estilo administrativo que busque el consenso.

Evaluación de proyectos con una metodología que permita analizar comparativamente las diferentes alternativas para la solución de un problema en particular y comparar los beneficios y los costos para cada uno. Están comprendidas las metodologías de costo/efectividad, costo/beneficio y costo/utilidad.

Fortalecimiento de la investigación de servicios de salud, con base en el interés de mejorar e incorporar conocimiento acerca de los problemas de salud existentes, fomentando la participación de diferentes disciplinas.

BIBLIOGRAFIA

1. Friedmann, S.: Macroeconomic adjustment and social sector expenditure. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. Supplementum 46. pp. 104-109. 1991.
2. Banco Mundial, Informe No. 8519-CR. Costa Rica, el gasto público en los Sectores Sociales. Washington D.C., Octubre 1990.
3. Zamora, C.; Montero, F.: Accesibilidad a los servicios médicos ambulatorios en Costa Rica. CCSS 1991.
4. The World Bank. *Financing Health Services in developing Countries, an agenda for reform*. Washington: 1987.
5. Declaración de Alma Ata, Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1979.
6. CCSS. *Desarrollo de un nuevo modelo de atención ambulatoria*. Diciembre 1986.
7. Sanguinety, J.: *La Salud y el Seguro Social en Costa Rica*. San José: 1988.
8. CCSS. *Informe evaluativo de la gestión administrativa y programática de la Caja Costarricense de Seguro Social 1980- 1990*. San José: 1991.
9. Díaz, M.: *Motivos de insatisfacción de la población costarricense con respecto a los servicios de consulta externa en la Caja Costarricense de Seguro Social*. Tesis de Maestría en Administración Pública, ICAP. 1988.
10. Méndez, J. C.; Peña, G.; Torres, I.; Ward, J.: *Análisis de la problemática existente en la Consulta Externa de las Clínicas Mayores de la CCSS*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Ingeniería Industrial, UCR. 1991.
11. *Sick Health Services, The Economist*. July 16, 1988. pp. 17-20.
12. CCSS, DTSS, *Boletín de Indicadores de servicios de salud*. Vol. 8, No. 101, Octubre 1988.
13. *Ibidem* No. 7.
14. Jaman, B.: *Considerations Regarding the implementation of the capitation system*. San Jose: 1987.
15. SISS, *Evaluación del programa de atención médica por capitación en el cantón de Barva durante 1987*.
16. Rígoli F. *Desarrollo de nuevos modelos de atención en la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: 1991.
17. Brazier, J; Hutton, J.; Jeavons, R.: *Reforming the U.K. Health Care System*. Discussion paper 47. University of York, 1988.

18. Fonseca, S.; Jiménez, J.: Desconcentración de la CCSS en las áreas de recursos humanos, financieros y materiales. Tesis de Licenciatura en Escuela de Ingeniería Industrial, UCR, 1990.

19. A survey of health care. The Economist. July 1991. pp. 3-21.

Otra bibliografía no citada

20. Mranda, G.: La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. San José: EDNASSS, 1988.

21. Fuchs, V.: Who shall live? Health economics and social choice. New York: Basic books Inc, 1983.

22. Draper P. Health Through Public Policy. The greening of public health. London: Green Print, 1991.