
financiamiento del desarrollo

L a compra de servicios de salud en Costa Rica

Adolfo Rodríguez Herrera
Celeste Bustelo

Unidad de Estudios del Desarrollo
División de Desarrollo Económico

Santiago de Chile, mayo de 2008



Este documento fue preparado por Adolfo Rodríguez Herrera, Consultor de la Unidad de Estudios del Desarrollo, División de Desarrollo Económico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Celeste Bustelo, Economista argentina, en el marco de las actividades del proyecto “Assistance for the inclusion of the European “Nordic Model” in the debate on Reform of Social Protection Schemes in Latin America and the Caribbean” (SWE/05/001), ejecutado por CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).

Gran parte de la información contenida en este documento fue elaborada en el marco de una investigación realizada por los autores para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), de Costa Rica, con el propósito de evaluar la conveniencia y razonabilidad de las contrataciones de proveedores externos para la provisión de servicios del primer nivel de atención en salud. Por ello es en buena medida el resultado de los aportes y del trabajo de un numeroso grupo de funcionarios y equipos de la CCSS así como de los 5 proveedores externos que fueron analizados: Coopesain, Coopesalud, Coopesana, Coopesiba y ASEMECO. Los autores quisieran agradecer las contribuciones de todos ellos, y en particular a Eduardo Doryan, Presidente Ejecutivo de la CCSS, por la confianza brindada así como por autorizarlos para usar en este contexto la información generada en esa investigación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización, tampoco comprometen a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564-4197 ISSN versión electrónica 1680-8819

ISBN: 978-92-1-323204-0

LC/L.2904-P

N° de venta: S.08.II.G.40

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2008. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. El sistema de salud costarricense	9
1. La organización del sistema de salud	9
2. ¿Qué hace del costarricense un sistema público de salud?	11
II. La compra de servicios de salud	15
1. ¿Para qué comprar?	15
2. ¿Qué comprar?.....	16
2.1 Posibilidad de la compra.....	16
2.2 Conveniencia de compra.....	18
3. ¿Cómo comprar?.....	19
4. ¿Cómo pagar?.....	20
4.1 Criterios para seleccionar el tipo de pago	20
4.2 Morfología de los tipos de pago	20
III. La contratación del primer nivel de atención en Costa Rica	23
1. Contexto	24
2. Antecedentes.....	25
3. Las entidades contratadas	25
4. Aportes de los proveedores externos al sistema de salud.....	26
4.1 Aportes al modelo de atención.....	27
4.2 Aportes al modelo de gestión.....	27

IV. Producción del primer nivel de atención	29
1. Desempeño relativo de la prevención	30
1.1 Una ayuda de memoria sobre los compromisos de gestión	30
1.2 Índice de cobertura simple e índice de cobertura con cumplimiento de normas	31
1.3 Comparación de ambos índices	33
2. Desempeño relativo de la consulta	34
V. Costos del primer nivel de atención	37
1. Metodología	38
2. Costo de los programas preventivos.....	39
2.1 Costo per cápita bruto.....	40
2.2 Costo per cápita de la cobertura simple.....	40
2.3 Costo per cápita de la cobertura con cumplimiento de norma.....	41
3. Costo de la consulta general y odontológica.....	41
VI. Conclusiones	43
Bibliografía	45
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	47
Índice de diagramas	
DIAGRAMA 1 ROL IDEAL DEL ESTADO Y DEL MERCADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SU GRADO DE MENSURABILIDAD Y DE CONTESTABILIDAD	18
Índice de gráficos	
GRÁFICO 1 CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIZADA, ODONTOLÓGICA Y DE URGENCIAS POR NATURALEZA DEL PROVEEDOR.....	24
Índice de cuadros	
CUADRO 1 LAS ENTIDADES CONTRATADAS	26
CUADRO 2 PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	30
CUADRO 3 ÍNDICE DE COBERTURA SIMPLE E ÍNDICE CON CUMPLIMIENTO DE NORMA	32
CUADRO 4 CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y ODONTOLÓGICAS POR HABITANTE	36
CUADRO 5 COSTOS DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA	39
CUADRO 6 COSTO DE LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL Y DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	42

Resumen

En los años ochenta, en el marco de la crisis financiera que atravesó el país, la Caja Costarricense de Seguro Social –institución de seguridad social y principal proveedor de servicios de salud en Costa Rica– para hacer frente a las necesidades de salud de la población se vio obligada a promover la constitución de cooperativas para contratarles la provisión de servicios de atención integral de salud. A las cuatro que se constituyeron se sumó una universidad pública y una asociación privada sin fines de lucro, que en su conjunto son responsables de atender a más de medio millón de personas. Este documento presenta los resultados de una evaluación de dicha experiencia, que incluye un análisis comparado de la producción de los proveedores externos y de los proveedores institucionales, así como de los costos relativos de dicha producción. El resultado de la evaluación señala la importancia de mantener la contratación de proveedores externos, pero al mismo tiempo de resolver una serie de deficiencias en torno a la definición de lo que se compra y a la supervisión de su provisión.

Introducción

En el marco de la crisis financiera que enfrentó Costa Rica así como toda la región a finales de los años setenta, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tomó la decisión de poner en práctica un conjunto de experiencias innovadoras en materia de contratación de servicios de atención primaria –más tarde denominada “atención integral de salud”. La más relevante de dichas experiencias fue la contratación de cooperativas constituidas con ese fin, que luego se amplió a la contratación de la Universidad de Costa Rica y de una asociación privada sin fines de lucro. La experiencia, que se inauguró en 1988, ha permitido a la institución proveer servicios de atención primaria a una población que a finales del 2006 representa más de 400.000 personas, casi un 10% de la población nacional. Además, creó un espacio que ha servido para poner en práctica diversas innovaciones que han constituido una fuente de inspiración para las políticas públicas; entre esas innovaciones, apropiadas creativamente por la CCSS, destacan algunas tan relevantes como la organización de los primeros equipos de atención integral en salud, la organización de la atención primaria en programas dirigidos a grupos étnicos específicos, la evaluación de las metas de cobertura por grupo étnico y algunas que no han sido aún incorporadas por la institución, como el expediente electrónico o el copago voluntario en determinados servicios de diagnóstico.

Esta experiencia, no obstante, ha adolecido de algunas deficiencias, entre ellas las siguientes: (i) no se han implementado suficientes mecanismos de control, fiscalización y evaluación, (ii) no se ha desarrollado una metodología claramente definida para la fijación de tarifas y en consecuencia hay inequidades entre los diferentes proveedores y el riesgo de sesgos en las decisiones tomadas por la administración, y (iii) la CCSS no había realizado antes del 2007 una evaluación de la experiencia para determinar si desde el punto de vista de costos y resultados ha contribuido positivamente a los objetivos de la institución (Contraloría General de la República de Costa Rica, 2007). Gran parte de estas carencias han empezado a ser subsanadas en el año 2007, cuando la institución tomó la decisión de mantener el esquema de contratación de proveedores externos para la provisión de esos servicios, en el marco de una redefinición de lo que comprará y de un fortalecimiento del conjunto de la atención integral de salud así como de la supervisión y la evaluación para el conjunto de su red de primer nivel.

En el marco de ese proceso de decisión, la institución realizó un estudio de costos de la atención de primer nivel. Ante la ausencia de una contabilidad de costos que arroje información real sobre los diversos servicios de salud, la CCSS realizó un estudio específico sobre un conjunto representativo de Áreas de Salud.¹ Con varias modificaciones introducidas por los autores para facilitar su comparación, la información sobre los costos de esas Áreas de Salud, que en los diversos cuadros se denominan “Áreas de Salud institucionales”, es presentada en este trabajo. La misma metodología fue utilizada para calcular los costos de los servicios brindados por los proveedores externos de la CCSS.

El primer capítulo describe brevemente el sistema de salud costarricense y aborda la discusión sobre el carácter público o privado del sistema de salud, de cara a la compra de servicios de atención al sector privado. En Costa Rica es una discusión pertinente, pues la opinión pública es muy sensible a cualquier acción que pueda ser interpretada como un movimiento en la dirección de privatizar el sistema público de salud. Aunque la justificada adhesión de la población a su sistema de salud constituye una de las principales fortalezas de éste, y muestra lo exitoso que ha sido su desempeño, el tinte excesivamente ideológico con que se aborda la discusión ha reducido el margen de maniobra del sistema público para introducir innovaciones de gestión que a la larga lo fortalecerían.

El segundo capítulo hace un recuento de alguna experiencia internacional en materia de contratación de proveedores externos para la provisión de servicios de salud y las diferentes modalidades existentes. El capítulo hace un repaso de cuatro preguntas estratégicas para diseñar e implementar una estrategia de compras –¿para qué comprar? ¿qué comprar? ¿cómo comprar? y ¿cómo pagar?– y enlista los componentes básicos que debería contener dicha estrategia. En el apéndice se mencionan las diversas formas de pago existentes, con las ventajas y desventajas de cada una.

El tercer capítulo resume la experiencia de la CCSS en materia de contratación de proveedores externos para la provisión de servicios de atención integral en salud. Se reseñan allí el contexto y los antecedentes de dichas contrataciones, así como algunas de las experiencias innovadoras puestas a prueba por estas entidades tanto en el campo del modelo de atención como en materia de gestión.

El cuarto capítulo presenta un análisis de la producción relativa de los diferentes servicios que ofrecen los proveedores externos y la metodología utilizada para medir dicha producción.

El quinto capítulo hace el análisis comparado de costos, y se divide en dos apartados: el primero analiza el costo per cápita de un 1% de cobertura simple y de cobertura con cumplimiento de norma; y el segundo analiza el costo por consulta de medicina general.

Finalmente, se presentan las conclusiones del conjunto del estudio.

¹ Las áreas de salud constituyen la unidad administrativa básica de la atención de primer nivel. Están constituidas por un equipo de apoyo, consistente en un conjunto de especialistas, y un cierto número de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), cada uno de los cuales está conformado por un médico general, una enfermera, un técnico en promoción de la salud y un funcionario de apoyo administrativo. Cada EBAIS es responsable de la atención de un sector geográfico en el que habitan entre 3.500 y 4.500 personas. Para un detalle de la organización actual de la atención de primer nivel véase Rodríguez y Bustelo (2008).

I. El sistema de salud costarricense

1. La organización del sistema de salud

El sistema de salud costarricense está organizado alrededor de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que se financia como un seguro de pago obligatorio para los trabajadores activos (asalariados e independientes) y los pensionados; el seguro cubre igualmente a todas las personas que viven bajo el nivel de pobreza, en cuyo caso el pago de la prima corre por cuenta del Estado. Con este seguro tienen acceso a las prestaciones el asegurado directo y sus familiares dependientes.² Las personas que no están aseguradas y que no viven bajo el nivel de pobreza tienen acceso a los servicios de salud pero deben pagar el costo de las prestaciones que reciben.

² El seguro de salud cubre al cónyuge y los padres (en caso de que sean dependientes) así como a los hijos menores de 18 años o menores de 25 años si están estudiando.

Las prestaciones de salud son otorgadas principalmente por centros de salud pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aunque para la atención primaria alrededor de un 12% de la población es atendida por entidades privadas sin fines de lucro contratadas con ese fin por la CCSS; por otra parte, en algunas empresas existen médicos de empresa (financiados por la empresa misma) que realizan atención primaria entre los trabajadores y sus familias y que pueden referir a los usuarios a los otros servicios de la CCSS (exámenes de diagnóstico, entrega de medicamentos, consulta especializada), y médicos del programa de medicina mixta, que atienden en consulta privada pero cuyas prescripciones (exámenes de laboratorio y de gabinete así como medicamentos) son cubiertas por la CCSS. El Ministerio de Salud tiene funciones de rectoría y regulación así como de vigilancia epidemiológica.

Los servicios públicos de salud son utilizados por toda la población, aunque con importantes diferencias según el nivel de ingreso, particularmente en lo que se refiere a la consulta externa. De acuerdo con la última encuesta de hogares, de todas las consultas realizadas en el país en el 2004, el 78,8% fueron públicas y solo el 21,2% privadas. Entre las personas pertenecientes al primer decil de ingreso esos porcentajes fueron respectivamente de 96,9% y 3,1%, mientras que en el décimo decil la relación entre consultas públicas y privadas se invierte y esos porcentajes fueron respectivamente de 28,2% y 71,8%. El uso de los servicios públicos de hospitalización es todavía más importante para toda la población: un 97,5% de la estancia hospitalaria ocurre en hospitales públicos mientras sólo un 2,5% en hospitales privados. Entre las personas pertenecientes al primer decil, esos porcentajes son de 99,7% y 0,3%, mientras que en el décimo decil fueron de 81,2% y 18,8% (Castillo, 2008). Estas cifras hablan de la importancia que tiene el sistema público de salud, cuyo funcionamiento explica los altos índices de salud que exhibe Costa Rica.

La prestación de servicios de salud de la CCSS se organiza en tres grandes redes³ que integran los servicios de primer, segundo y tercer niveles de atención (CCSS, 1993). Cada una de estas redes está encabezada por uno de los tres hospitales nacionales existentes, del cual dependen los hospitales regionales y los periféricos, las Clínicas Mayores, las Áreas de Salud y finalmente los EBAIS. Aparte de las redes se encuentran los Hospitales Especializados y el Centros Nacional de Rehabilitación, que dan atención a todo el país, La atención de tercer nivel (hospitalización) es brindada por el correspondiente hospital nacional, los hospitales regionales, los hospitales periféricos y los hospitales especializados; la atención de segundo nivel (consulta especializada) por todos los hospitales y las nueve “Clínicas Mayores” (denominadas “Áreas de Salud de 2 nivel”); y la atención de primer nivel por las Áreas de Salud y los equipos de atención integral de salud (EBAIS), que pueden estar concentrados en la sede de área, tener su propia sede o rotar entre diversos puestos de visita periódica. En algunos casos las Áreas de Salud funcionan dentro de una Clínica Mayor, en cuyo caso el primer y el segundo nivel de atención están a cargo del mismo establecimiento.

La compra de servicios de salud se ha operado en el primer nivel de atención. A finales de 2006 existían 104 Áreas de Salud que regían la actividad de un total de 913 EBAIS y 885 puestos de visita periódica. Los proveedores externos (cuatro cooperativas, una asociación sin fines de lucro y una universidad pública) gestionan en total 11 Áreas de Salud y 142 EBAIS.

³ Se denomina “red de salud” a un conjunto de unidades de producción de servicios de salud, ubicadas cada una de ellas para atender una población concreta, articuladas entre sí pero con diferente capacidad de resolución de problemas de salud, con determinando grado de accesibilidad, eficacia y eficiencia. Más adelante se discuten algunas de las debilidades que en el caso de Costa Rica presenta la articulación de estas tres redes como tales.

2. ¿Qué hace del costarricense un sistema público de salud?

Las reformas de salud de los años ochenta y noventa han tendido a separar las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, así como a poner mayor énfasis en las actividades de atención primaria. Ello ha implicado una resignificación de las funciones del Estado y una nueva articulación entre el Estado y el sector privado. En el marco de esa evolución, suele confundirse las transformaciones esenciales, que cambian el carácter de un sistema de salud y de sus objetivos, de otras transformaciones que simplemente buscan mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema. La contratación de proveedores externos para la provisión de servicios de atención integral en salud, ¿es una transformación del primer tipo o del segundo? El sistema público de salud en Costa Rica ha venido comprando servicios de atención de primer nivel desde finales de los años ochenta. Sin embargo, a pesar de la importancia que han tenido esas compras, la seguridad social no ha obtenido de ella todas las enseñanzas que podría, en gran medida por la persistencia de una serie de prejuicios ideológicos que hacen pensar, a diversos actores del país, que estas compras, aunque necesarias, ponen en la picota el carácter público y solidario del sistema de salud costarricense. Este apartado busca situar adecuadamente las compras de servicios de salud frente a la naturaleza del sistema de salud, con el propósito de despojar de su contenido ideológico la decisión de comprar o no estos servicios; con ese fin presenta una breve discusión sobre las funciones del Estado en un sistema de salud y sobre aquellos rasgos del sistema de salud costarricense que hacen de él un sistema público, solidario y equitativo.

La CCSS tiene encomendadas las siguientes funciones del sistema de salud:

FINANCIAMIENTO. Es el conjunto de acciones tendientes a procurar fondos al sistema. En el caso de Costa Rica, la mayor parte de los ingresos provienen de las contribuciones obligatorias de los asegurados, de tal manera que la mayor parte de los esfuerzos de financiamiento se orientan hacia la afiliación y la recaudación. Otros ingresos que conllevan funciones relacionadas con el financiamiento son las inversiones transitorias y las transferencias que realiza el Estado por concepto del aseguramiento de la población pobre.

ASEGURAMIENTO. Consiste en la afiliación y actualización de derechos de los asegurados, ya sea asegurados directos (trabajadores que se aseguran como asalariados o como trabajadores independientes), asegurados por cuenta del estado (las personas indigentes cuyo aseguramiento es pagado a la CCSS por el Estado) y asegurados indirectos (las personas dependientes del asegurado directo: cónyuge, hijos menores de 18 años y padres dependientes). En lo que corresponde al aseguramiento directo, la función de aseguramiento y la de financiamiento están articuladas: la función de aseguramiento de esas personas constituye al mismo tiempo una función de financiamiento (afiliación), pues genera ingresos (cuotas) para financiar el seguro de salud. No obstante, el aseguramiento va más allá de la afiliación de asegurados directos: además está el aseguramiento de los asegurados directos por cuenta del Estado y el de los asegurados indirectos.

COMPRA DE SERVICIOS. Consiste en el conjunto de procesos que permiten definir los servicios que se brindarán a la población, establecer los contratos explícitos o implícitos que darán lugar a su provisión y evaluar los servicios brindados por los proveedores. En el caso de Costa Rica forman parte de esta función la definición y la evaluación de los compromisos de gestión,⁴ pero esa función va mucho más allá, ya que incluye la definición de las características de cada uno de los servicios (definición de guías y protocolos, entre otros) y de los lugares donde serán suministrados (diseño de la red de servicios), así como la supervisión de los procesos mediante los cuales dichos servicios se entregan.

⁴ Los compromisos de gestión son un instrumento utilizado en la CCSS para programar y evaluar la producción de los servicios de salud. En la sección 1 del capítulo IV se hace una explicación más detallada de este instrumento.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Consiste en la entrega a los diferentes grupos poblacionales del conjunto de servicios de promoción, previsión, curación y rehabilitación que la CCSS tiene el compromiso de brindar a la población del país. Dichos servicios pueden ser brindados por unidades pertenecientes a la institución o por unidades externas contratadas para tal efecto.

¿Cuáles de estas funciones son esenciales para definir la naturaleza pública del sistema de salud así como el carácter equitativo y solidario? Todas las funciones constituyen un conjunto de procesos y acciones, algunos de los cuales podrían ser contratados. La pregunta anterior puede plantearse en términos negativos: ¿cuáles funciones podrían ser contratadas para que las realice un tercero, sin que ello cambie el carácter público o privado del sistema ni ponga en riesgo el carácter equitativo y solidario del sistema?

En materia de financiamiento, el proceso de afiliación y de recaudación podría perfectamente ser contratado a proveedores externos, sin que ello ponga en cuestión la naturaleza del sistema. La decisión de si se contrata inspectores como asalariados de la institución o si se contrata empresas que realicen el trabajo de inspección y afiliación, debe responder simplemente a criterios de eficacia y de eficiencia (productividad y costo). Sin embargo, aunque la decisión de cómo se procuran los recursos no tiene efectos sobre el carácter público o privado del sistema, la forma que adopta el financiamiento sí puede tener efectos fundamentales sobre el carácter equitativo y solidario del sistema.

En el caso de Costa Rica, los servicios de salud son financiados totalmente por las contribuciones de los asegurados, que son obligatorias para asalariados y trabajadores independientes, y por los aportes del estado para las personas cuyos ingresos familiares las colocan por debajo de la línea de pobreza. Esta forma de financiar el sistema de salud permite eliminar las inequidades que surgirían si el usuario tuviera que asumir total o parcialmente el costo del servicio; el surgimiento de estas inequidades son la principal razón por la que no se han adoptado mecanismos como el de copago o el de reembolso a posteriori, cuya carga representa una proporción relativamente mayor del ingreso familiar para las personas de menores ingresos así como para las personas con un perfil de mayor riesgo (especialmente las personas que por su edad o por su nivel de vida tienen una mayor exposición a la enfermedad). Sin embargo, el hecho de que el financiamiento del sistema de salud no sea asumido por todas las rentas personales sino únicamente por las rentas del trabajo (sólo los asalariados y los trabajadores independientes están obligados a asegurarse), introduce una inequidad, ya que las personas cuyos ingresos provienen de rentas del capital y la tierra (dividendos, intereses y alquileres) no contribuyen en el financiamiento de un sistema que tiene la aspiración de brindar un acceso universal a los servicios de salud.

El aseguramiento, a diferencia del financiamiento, constituye quizás el punto esencial en la definición del carácter público o privado del sistema. Que las personas sean aseguradas por el estado (la seguridad social) o por empresas privadas, hace la diferencia central entre un sistema público o privado de salud. Aunque la labor de afiliación pueda ser realizada por empresas privadas, el tema de fondo es la relación contractual a que da lugar el proceso de afiliación: ¿el contrato de seguro se establece entre el asegurado y un asegurador privado, o entre el asegurado y el estado? Un caso extremo es Chile, donde el usuario compra el seguro a una entidad privada, que asume el riesgo de salud de la persona a cambio de una prima; el otro extremo es Costa Rica, donde el estado (la seguridad social) asume dicho riesgo a cambio de una prima.

La función de compra de servicios no define el carácter público o privado del sistema de salud, pero es estratégica para la configuración del sistema y determinante para la equidad y la solidaridad. La definición de cuáles servicios se brindan y a quién se brindan determina la cobertura vertical y la cobertura horizontal de los servicios, con lo cual la función de compra es crucial para la reducción o aumento de las inequidades. El hecho de que determinadas patologías o determinadas zonas geográficas concentren una proporción muy elevada de los gastos, es el reflejo de una típica decisión de compra; en la medida en que los recursos no son inagotables, detrás de esa decisión se

está decidiendo quiénes son los principales beneficiarios de los servicios y quiénes no, lo cual nunca es neutro desde el punto de vista de la equidad del sistema de salud. La función de compra, sin embargo, no se agota en la definición de los servicios y sus beneficiarios, sino igualmente en el control sobre la calidad y cantidad de los servicios prestados por los proveedores; en ese campo es común en diversos países que el Estado descansa en un sistema mixto de control, donde intervienen funcionarios pero igualmente auditores externos y otras entidades privadas de control (certificadores externos, etc.).

La provisión de servicios, siempre y cuando se realice en los términos definidos por el comprador, es indiferente tanto para la naturaleza pública o privada del sistema de salud como para su equidad y solidaridad. Canadá y los Países Bajos, por ejemplo, tienen un sistema de aseguramiento público, pero la totalidad de los servicios son provistos por entidades privadas sin fines de lucro. A lo que debe ponerse atención es que la provisión de servicios sea realizada dentro de las normas y parámetros establecidos por el Estado (la seguridad social, en el caso de Costa Rica), tanto desde el punto de vista de la calidad y cantidad de los servicios como de sus beneficiarios; y esto no es algo sencillo, si se consideran las asimetrías de información que existen en los servicios de salud, particularmente en los del tercer nivel de atención.

Así, pues, la naturaleza pública o privada del sistema depende básicamente del aseguramiento, esto es, de quiénes están en ambos extremos del contrato de aseguramiento, mientras que el diseño estratégico del sistema, y por lo tanto su grado de equidad y de solidaridad, depende de las formas de financiamiento (y en particular de la repartición de la carga financiera) y de la definición de los servicios y sus beneficiarios.

En ese sentido, el hecho de que la seguridad social brinde sus servicios directamente o a través de entidades privadas contratadas para tal efecto, no afecta el carácter público del sistema ni tiene implicaciones sobre la equidad y la solidaridad del sistema. La contratación a privados de servicios de atención en salud no altera la naturaleza pública del sistema, como no lo hace tampoco el hecho de que la institución compre medicamentos a fabricantes privados en vez de producirlos directamente.

Dicho esto, es necesario subrayar de nuevo que la seguridad social tiene la responsabilidad de velar por que los servicios sean brindados en condiciones que no atenten contra la equidad y la solidaridad, tanto por los propios proveedores institucionales como por los proveedores privados. Ello significa tomar las disposiciones regulatorias y administrativas para lo siguiente:

- Garantizar el acceso a los servicios para que todos los ciudadanos cuenten con derechos para ello.
- Dictar estándares básicos de calidad en todos sus servicios y verificar su cumplimiento.
- Diseñar los incentivos adecuados para que aquellos servicios que no son adecuadamente conmensurables (en particular en promoción de la salud) se brinden con calidad y en la cantidad adecuada.
- Promover la innovación en la tecnología de gestión y en la tecnología de producción de los servicios de salud.
- Velar por que las innovaciones y las mejoras de calidad alcancen a todos los proveedores y los usuarios de los servicios.
- Diseñar y establecer incentivos y medidas de contención del gasto, pues la sostenibilidad económica es el requisito básico de toda política de salud, en particular si tiene un fuerte componente solidario.

II. La compra de servicios de salud

La compra de servicios de salud es muy compleja, dadas las características tan particulares que presenta este tipo de servicios, sobre todo en lo que respecta a la asimetría en la información. La decisión de comprarlos puede aportar grandes beneficios al sistema público de salud, siempre y cuando la decisión se funde en una estrategia integral de compra que debe incluir criterios sobre qué se compra (posibilidad y conveniencia de comprar), cómo se compra y cómo se paga. Este capítulo presenta una revisión de los criterios que deben estar presentes al intentar una respuesta a estas preguntas, a partir de la literatura y de la experiencia internacionales.

1. ¿Para qué comprar?

La transición demográfica y el desarrollo de las tecnologías de la salud están teniendo como consecuencia una explosión en los costos de los servicios de salud. Ello pone en riesgo la sostenibilidad de una política inclusiva, equitativa y solidaria. Por otra parte, las tendencias a la concentración del ingreso y la polarización de la sociedad empiezan a reflejarse en el sistema de salud, pues las clases medias utilizan cada vez menos los servicios de salud de la seguridad social, sobre todo en la atención ambulatoria (pero también, aunque menos, en la hospitalización). La legitimidad política del sistema de salud se funda en gran medida en la adhesión de todas las clases sociales, para lo cual es importante que todos los habitantes compartan la percepción de beneficiarse de sus servicios.

Al riesgo de segmentación de los servicios de salud sólo se puede hacer frente a partir de políticas destinadas a contener los costos y a expandir su cobertura horizontal, esto último tanto en el sentido de llevar los servicios a grupos sociales que tienen un menor acceso a ellos, como en el sentido de revertir la tendencia de las clases medias a abandonar el uso de los servicios públicos de salud.

La experiencia de compra de servicios de atención integral de salud constituye un valioso intento de combatir estas tendencias negativas a partir de nuevas formas de colaboración entre el sector público y el sector privado. Esta colaboración ha permitido implementar estrategias de extensión de la cobertura, de reducción de las listas de espera y de contención del gasto que han contribuido a un fortalecimiento de la salud pública y a la consolidación de la Caja Costarricense de Seguro Social como la institución responsable de garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud al conjunto de los habitantes de Costa Rica. La evaluación de estas experiencias y la superación de algunas debilidades podrían aumentar aún más el potencial de su aporte a la seguridad social y la salud pública.

La compra de servicios de salud ofrece las siguientes ventajas:

- Puede mejorar el acceso a los servicios de salud a la población de zonas geográficas y grupos sociales que no se encuentran adecuadamente cubiertos por el sistema de salud.
- Permite superar un conjunto de restricciones que enfrentan las instituciones públicas para ejecutar los recursos disponibles.
- Libera recursos que pueden destinarse a las funciones estratégicas indelegables de planificar, definir estándares, financiar, regular y supervisar los servicios de salud.
- Crea condiciones para aprovechar la mayor flexibilidad del sector privado para innovar y mejorar los servicios.
- Permite poner en práctica, como experiencias piloto, una serie de acciones que una vez probadas y mejoradas podrían incorporarse en la práctica institucional.
- Promueve la sana competencia entre los proveedores externos e internos de servicios de salud.
- Brinda una especie de solución contingente en caso de interrupción en la continuidad de los servicios debido a una catástrofe o a un conflicto laboral, por ejemplo.

2. ¿Qué comprar?

La decisión de comprar a proveedores externos servicios de salud para la población debe fundarse en un análisis de la posibilidad y de la conveniencia de tales compras. En primer lugar, debe definirse cuáles son los bienes y servicios cuya compra es **posible**; en segundo lugar, entre aquellos cuya compra es posible es necesario definir aquellos para los cuales la compra es **conveniente**. La literatura establece una serie de criterios para juzgar la posibilidad y la conveniencia de la compra, criterios que varían según que se compre un factor de producción o un producto. Un repaso de esos criterios puede brindar herramientas para la toma de la decisión.

2.1 Posibilidad de la compra

La literatura de economía de la salud define dos características básicas que debe tener un bien o servicio para que el Estado lo contrate a un tercero y no sea producido directamente por él: la mensurabilidad de los bienes y servicios y el grado de contestabilidad del mercado que los produce. Un mercado puede no ser competitivo (es decir, puede adolecer de un alto grado de concentración),

pero si es muy contestable las firmas que se encuentran en él se ven obligadas a comportarse como si el mercado fuera competitivo.

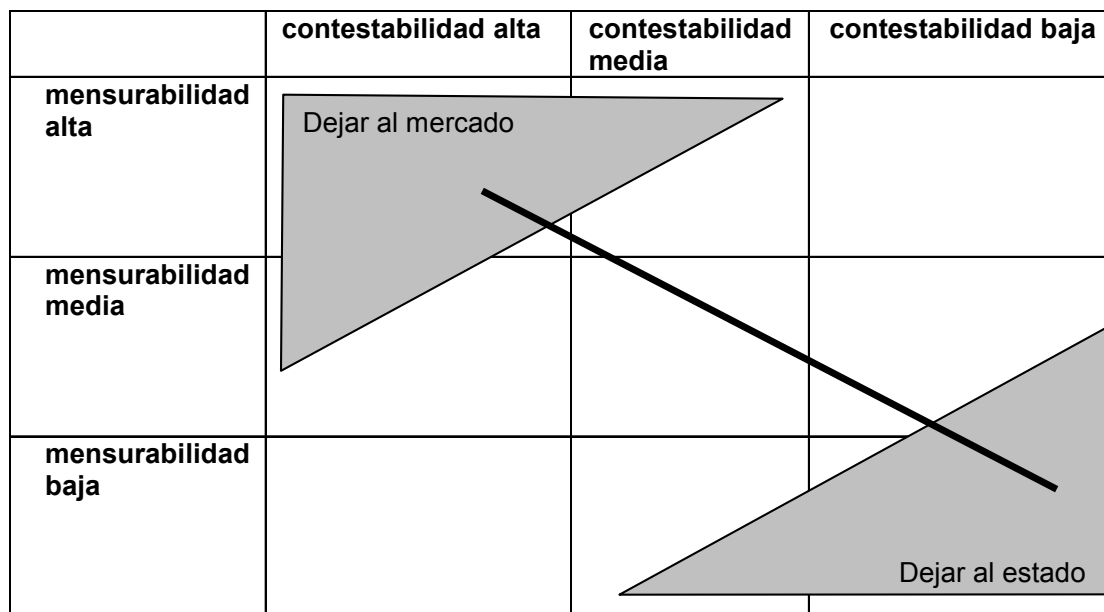
La **CONTESTABILIDAD** de un mercado refiere al grado en que las firmas pueden entrar en él libremente (esto es, sin resistencias de otra firma o de la institucionalidad del mercado) y en que pueden salir de él sin perder sus inversiones. La política de compras a proveedores externos debe privilegiar aquellos bienes y servicios que provengan de un mercado contestable.

La **MENSURABILIDAD** es la precisión con que los insumos, procesos, productos y resultados de un bien o servicio pueden ser medidos. Es difícil medir con precisión los productos y resultados de un servicio de salud, dada la asimetría en la información imperante entre el proveedor y el usuario. La política de compras a proveedores externos debe privilegiar aquellos bienes y servicios cuyos productos y resultados sean altamente mensurables.

Alexander Preker realiza el ejercicio de categorizar en una matriz todos los bienes y servicios de salud, a lo largo de un continuum desde alta contestabilidad y alta mensurabilidad hasta baja contestabilidad y baja mensurabilidad. Esta categorización es hecha tanto para los insumos y factores de producción como para los servicios de salud (las intervenciones propiamente dichas). Mientras que el grado de contestabilidad es el principal problema de los mercados de insumos y factores, el grado de mensurabilidad es el principal problema de los servicios (Preker y otros, 2000).

Estas matrices ofrecen una categorización para establecer la conveniencia de que los insumos, factores y servicios sean comprados a proveedores externos o sean internalizados por el estado. Los insumos, factores y servicios con una alta mensurabilidad y cuyos mercados sean altamente contestables, pueden ser dejados por el Estado para que los produzca la empresa privada en el mercado; por el contrario, aquellos que padecen una baja mensurabilidad y cuyos mercados sean poco contestables, deben ser producidos por el Estado. En un extremo, con muy poca intervención pública –requerimientos de información y algunas normas básicas de calidad– es más eficiente la producción en manos de mercados competitivos que en manos del Estado; en el otro extremo, los mercados son incapaces de ofrecer los servicios y corresponde al Estado asumir su producción. El diagrama siguiente ilustra esta alternativa:

DIAGRAMA 1
ROL IDEAL DEL ESTADO Y DEL MERCADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SU GRADO DE
MENSURABILIDAD Y DE CONTESTABILIDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de Alexander Preker y otros, "Make or buy" decisions on the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000.

Entre esos dos extremos, se abre un conjunto de insumos, factores y servicios que pueden ser producidos o comprados (*make or buy*), de acuerdo con otras consideraciones que atañen a la conveniencia de hacer una cosa u otra.

2.2 Conveniencia de compra

El punto entre esos dos extremos en que para cada caso se coloque un sistema de salud, depende de una serie de criterios que tienen que ver no tanto con la *posibilidad* de realizar las compras a proveedores externos sino con la *conveniencia* de hacerlo. Para ello hay varios criterios:

- Los costos relativos del servicio. Es necesario tener cuidado de comparar cosas comparables. Por ejemplo, si el sector privado es capaz de brindar el servicio con menores tiempos de espera, habría que considerar el ahorro de costos que esa mayor oportunidad representa para el usuario y para los mismos servicios de salud (con niveles mayores de resolución). También habría que considerar, por ejemplo, la posibilidad de que el estado contribuya a una reducción del costo del servicio haciéndose cargo de suministrar en especie los insumos cuya compra presenta grandes economías de escala (como ocurre en Costa Rica con los medicamentos).
- La existencia de externalidades. La compra de un servicio puede implicar algunas externalidades. Un ejemplo de externalidad positiva es que la mayor flexibilidad del servicio gestionado por el sector privado podría facilitar el diseño e implementación de innovaciones que luego puedan ponerse en práctica en una escala mayor. Otro ejemplo de externalidad positiva es que la existencia de proveedores privados podría igualmente dotar a los servicios públicos de un back up en caso de una interrupción de los servicios debido a una catástrofe natural o a cualquier otra causa.

- La capacidad administrativa para monitorear y evaluar la calidad y la cantidad de los servicios comprados. Cuanto menor sea el grado de mensurabilidad, mayor debe ser la capacidad de monitoreo y evaluación. La administración puede tomar acciones para reducir este problema. Por un lado, puede definir estándares y protocolos, y en esa medida reducir la dificultad del monitoreo y la evaluación. Por otra parte, puede apoyarse en algunos servicios de monitoreo del sector privado, tales como las auditorías externas o los certificadores de procesos.
- La autonomía con respecto al proveedor externo. Cuanto menor sea el grado de contestabilidad, mayor será la dependencia que se produzca con respecto al proveedor externo. La administración puede tomar acciones para aumentar la contestabilidad, como por ejemplo construir las instalaciones que utilizará el proveedor privado de servicios de salud, con el fin de que resulte menos difícil sustituirlo en caso de que sea necesario.

3. ¿Cómo comprar?

La literatura y la experiencia internacional señala una serie de elementos que deben estar presentes en una estrategia de compra de servicios. A continuación se detallan los principales de esos elementos:

- Diagnóstico de las condiciones de salud de la población. La institución compradora debe tener muy claras la morbilidad y el perfil epidemiológico de la población que será atendida, para definir el paquete de servicios que se comprará y diseñar un modelo de costeo y de monitoreo.
- Diagnóstico de la capacidad de la red institucional de servicios para responder a dichas necesidades. La institución debe saber cuáles son las deficiencias de su red para satisfacer dichas necesidades así como el sistema en que los servicios comprados se articularán con esa red (sistema de referencias y contrarreferencias).
- Protocolos y guías que definan con meridiana claridad las características y los criterios de calidad de los servicios que se compran y permitan evaluar su provisión.
- Diseño del proceso de compra de manera que garantice la transparencia y la competencia, pero que al mismo tiempo no imponga restricciones en los proveedores que luego reviertan negativamente en la calidad, oportunidad y flexibilidad de los servicios. Ello debe incluir aquellos requisitos en materia de infraestructura y personal que sean indispensables para salvaguardar la calidad de los servicios prestados.
- Definición de los requerimientos de información para los proveedores. Ello implica requisitos de información periódica (financiera y de producción) así como las condiciones en que debe ser almacenada la información de los expedientes médicos, con el propósito de que si el proveedor es sustituido o la institución asume los servicios, dicha información esté disponible para garantizar la continuidad de los servicios a los usuarios.
- Definición e implementación de los mecanismos de control de los procesos de provisión de servicios, la producción, los resultados y la satisfacción de los usuarios, así como de los responsables de implementar esos mecanismos y de tomar las medidas correctivas que corresponda.
- Diseño de un modelo de costeo que permita establecer el costo ideal de los servicios y ajustarlo en función de las condiciones específicas de la población (morbilidad, nivel de ingreso, sexo y edad).

4. ¿Cómo pagar?

La forma de pago es determinante para los objetivos del comprador, ya que la existencia de asimetrías en la información hace que el principal mecanismo con que cuenta el comprador para alinear los intereses del proveedor con los suyos propios es a través de los incentivos implícitos en las formas de pago. En los últimos años se ha producido una gran cantidad de literatura sobre las ventajas y desventajas de los diversos mecanismos de pago (Xingzhu y Mills, 2007; Ron, Abel-Smith y Tamburi, 1990).

4.1 Criterios para seleccionar el tipo de pago

La literatura menciona una serie de criterios para seleccionar el modo de pago. Aunque se reconoce que ninguno de los modos de pago ideados hasta el momento los reúne simultáneamente todos, estos criterios constituyen una guía para discriminar entre diferentes alternativas. Los criterios son los siguientes:

- Incentivar la *contención de costos*
- Incentivar la *calidad de los servicios*
- Incentivar aumentos de *productividad*
- No incentivar sobreproducción o subproducción de servicios
- Ser administrable

Las diferentes formas de pago deben ser evaluadas a partir del cumplimiento de los criterios precedentes. En la medida en que algunos de los criterios son contradictorios, deberá saberse claramente cuáles son los criterios que no se verifican y tomar medidas administrativas para disminuir los efectos no deseados de la forma de pago escogida.

4.2 Morfología de los tipos de pago

La experiencia internacional muestra tres tipos de pagos para los proveedores de servicios de salud:

- Pago directo a los proveedores por el paciente
- Pago directo a los proveedores por el paciente, con posterior reembolso total o parcial
- Pago directo a los proveedores por el comprador tercero

De estos tres mecanismos, la seguridad social costarricense sólo ha utilizado el tercero. La principal desventaja de la segunda modalidad, es que introduce inequidades, ya que las personas de bajos ingresos no cuentan con recursos para asumir el pago mientras el asegurador se lo reembolsa; sin embargo, podría concebirse que algunos servicios pudieran proveerse dentro de esa modalidad, sobre todo para aquellas personas que cuentan con recursos para ello, como un medio voluntario para el usuario de reducir los tiempos de espera.⁵ Excluidos los pagos directos por el paciente sin reembolso, los pagos pueden clasificarse de acuerdo con los siguientes criterios:

- El agente pagador:
 - pago directo (pago realizado directamente por el comprador)

⁵ Un número importante de usuarios de la CCSS financia de su bolsillo en el sector privado los servicios de diagnóstico, con el fin de acortar los tiempos de espera. Muchas veces también se procuran en el sector privado los medicamentos que no están dentro del cuadro básico de medicamentos de la seguridad social. La CCSS podría considerar reproducir la experiencia de alguna cooperativa, que establece convenios con proveedores privados para que estos vendan servicios de diagnóstico a aquellos usuarios que lo desean, a un precio más bajo que el de mercado. También podría considerar la posibilidad de reembolsar al usuario el monto que esos servicios costarían a la CCSS, que por economías de escala representa sólo un porcentaje del precio que el usuario paga al proveedor privado.

- pago indirecto (pago es realizado por el paciente y posteriormente reembolsado total o parcialmente).
- El periodo de pago:
 - pago prospectivo (pago se realiza antes de procurado el servicio)
 - pago retrospectivo (pago se realiza una vez provisto el servicio).
- La unidad de base para el pago:
 - pago por acto (pago por evento determinado)
 - pago por capitación (pago por número de personas adscritas para recibir un determinado paquete de servicios)
 - pago por salario (se contrata el equipo de salud por un determinado salario)
 - pago *per diem* (pago por tiempo de estadía del paciente)
 - pago por presupuesto (asignación de un monto global para el otorgamiento de los servicios), que a su vez puede clasificarse en 3 tipos: (i) variable (el comprador aporta más fondos si es necesario), (ii) objetivo (comprador aporta más fondos, pero los rebaja del presupuesto del año siguiente) y (iii) fijo (el comprador no aporta más fondos una vez que se han agotado).

Los contratos, explícitos o implícitos, entre el agente pagador y el proveedor contienen una o varias formas de pago que pueden clasificarse de acuerdo con los anteriores criterios.

En el caso del pago de la CCSS a su propia red de servicios, el pago es (i) directo (ii) prospectivo y (iii) por presupuesto fijo. Esto quiere decir que la institución asigna un monto para cada unidad, con el cual ésta debe hacer frente a sus gastos y sólo en casos extraordinarios realiza un ajuste al alza. Dicho monto es revisado anualmente, a partir de la ejecución del año anterior, razón por la cual se dice que la asignación de recursos se realiza por presupuesto histórico, ajustado generalmente por inflación.

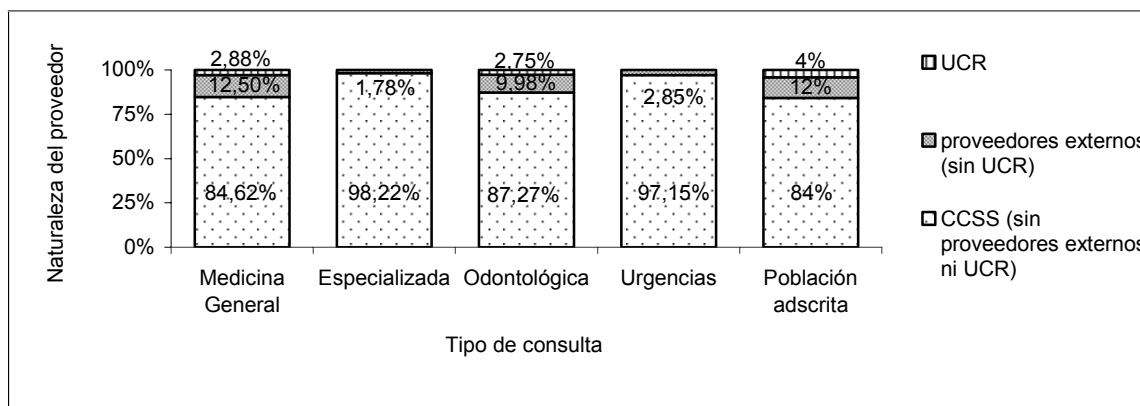
En el caso de la compra de servicios a proveedores externos, se ha dicho en diversos lugares que el pago es per cápita; sin embargo, la realidad es que constituye una asignación por presupuesto histórico, con ajustes a lo largo del tiempo por inflación. Cuando el ajuste anual del presupuesto diverge sensiblemente de la tasa de inflación, ello generalmente se debe a que se han abierto nuevos servicios a los que a partir de entonces continuará asignándoseles recursos por presupuesto histórico con ajuste por inflación.

III. La contratación del primer nivel de atención en Costa Rica

En los últimos 18 años la CCSS ha contado con 6 proveedores externos de servicios de atención ambulatoria: cuatro cooperativas, una asociación privada sin fines de lucro y una universidad pública (la Universidad de Costa Rica, UCR). Este capítulo hace una reseña del origen de la contratación de estos servicios a entidades jurídicas privadas, así como de innovaciones que han representado aportes al desarrollo de la gestión de los servicios de salud.

El gráfico siguiente da una idea de la importancia relativa de los proveedores externos, tanto en relación con la población atendida como en relación con algunos rubros de producción:

GRÁFICO 1
CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIZADA, ODONTOLÓGICA Y DE URGENCIAS POR
NATURALEZA DEL PROVEEDOR
 (Año 2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por el Departamento de Estadística de la Dirección Actuarial de la Caja Costarricense del Seguro Social.

1. Contexto

La principal circunstancia al origen de las contrataciones de proveedores externos para la provisión de servicios de atención ambulatoria, fue la difícil situación financiera que atravesó la CCSS durante la década de los años ochenta, en virtud de la cual la expansión horizontal y vertical de sus servicios sufrió un serio retraso. Las dificultades financieras de los años ochenta son el resultado de un conjunto de factores.

En primer lugar, en los años setenta se había dictado la Ley de Universalización de la Salud, que transfirió a la CCSS la responsabilidad de gestionar todos los hospitales públicos. El traspaso efectivo se dio a lo largo de toda la década, hasta culminar con el Hospital San Juan de Dios en 1978. La mayor parte de estos hospitales se encontraban en una situación precaria, con grandes lagunas de inversión en equipamiento y en infraestructura. A partir de su traspaso a la CCSS, esta institución debió destinar recursos para garantizar su operación (salarios, medicamentos, insumos, mantenimiento, etc.) y para modernizar la infraestructura y el equipamiento hospitalario.

En segundo lugar, el país sufrió a principios de los años ochenta una seria crisis externa, que tuvo varias consecuencias para la CCSS: (i) los fondos de reservas de salud y de pensiones perdieron gran parte de su valor real, ya que estaban invertidos en bonos públicos emitidos en colones y con tasa de interés fija, mientras el país sufría una aguda devaluación y un serio proceso inflacionario; (ii) en 1982 los médicos de la CCSS realizaron una huelga que duró 43 días a raíz de la cual se hicieron fuertes concesiones a ese gremio, cuyos salarios representan uno de los principales rubros de gastos de la Seguridad Social; y (iii) el gobierno central fijó un tope de gasto a la CCSS y le limitó la creación de plazas. En el marco del traspaso de los hospitales, esta última disposición tuvo serias consecuencias financieras para la institución.

La celebración de contratos con entidades externas para la provisión de servicios de salud permitió evadir los límites a la creación de plazas y extender la cobertura de los servicios. Esta coyuntura coincide con una evolución del concepto de salud, tanto en la institución como en los foros internacionales. Se pasaba de una mirada biológica, en la cual la enfermedad era el centro de la organización del sistema de salud, a un enfoque mucho más integral que involucraba no sólo al individuo, sino también a su familia, su ambiente de trabajo y su comunidad; la promoción y la

prevención de la salud empezaban a revelarse como una prioridad para hacer frente a las principales causas de pérdida de años en el tercer mundo (Ferrero Aymerich, 2007). La constitución de las cooperativas fue una ocasión para que funcionarios innovadores de la CCSS pudieran poner en práctica de forma más sistemática algunas de estas ideas.

2. Antecedentes

El modelo de las cooperativas representa un punto de inflexión en el modelo de atención de la salud y en el modelo de gestión. Existen tres experiencias que anteceden al modelo cooperativo y que contribuyen a madurar las ideas que le dieron origen.

Desde el punto de vista del modelo de atención, el modelo desarrollado por las cooperativas, y más tarde generalizado a todo el país, tiene dos antecedentes: la experiencia conocida como “hospital sin paredes”, que tuvo lugar en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, en San Ramón, una ciudad secundaria, y que luego se extendió a San Antonio de Nicoya, en el Pacífico Norte, y el programa de medicina familiar que tuvo lugar en la Clínica de Coronado, una pequeña ciudad del Valle Central. El primero era un programa de atención de la salud fuera del hospital: los médicos y enfermeras se trasladaban hacia los lugares alejados llevando vacunas y haciendo visitas médicas. Este proyecto alcanzó importantes logros en las condiciones de salud aunque a un costo muy alto, ya que se trataba de recursos concebidos para la atención hospitalaria que se desviaban hacia la atención primaria. En 1973 se inicia el programa de San Antonio de Nicoya como una extensión de San Ramón. Se consolidan equipos básicos para la atención ambulatoria con médicos y auxiliares de enfermería, y se hacen visitas domiciliarias. El segundo antecedente es el programa de medicina familiar que se llevó a cabo en la Clínica de Coronado. Se inició en 1988 y consistió en dividir a la población atendida por la Clínica (en ese momento 40.000 habitantes) en sectores de salud y asignar la atención de cada sector a un equipo básico encabezado por un médico de familia. Este modelo fue implementado posteriormente en una cooperativa y en la segunda mitad de los años noventa generalizado al conjunto del país.

Desde el punto de vista del modelo de gestión, el antecedente de contratación de una entidad externa para proveer servicios de atención en salud, es el pago por capitación a una asociación de médicos. En 1987, la CCSS y el Ministerio de Salud decidieron crear un proyecto con un nuevo enfoque de atención: el modelo de **pago por capitación**. En el pueblo de Barva de Heredia, en la falda de las montañas al norte del Valle Central, se constituyó una asociación de médicos llamada ACEPROME, a cargo de brindar los servicios; la CCSS pagaba a la asociación los servicios de los médicos como un per cápita (según el número de personas inscritas en la lista de pacientes de cada médico) y ésta le pagaba a los médicos en función de los servicios prestados (Corrales Díaz, 1997). La CCSS y el Ministerio de Salud brindaban las instalaciones físicas, los equipos y el resto del personal. Esta modalidad presentó algunas limitaciones, especialmente en materia de gestión: el personal de la CCSS, el Ministerio de Salud y los médicos de la asociación tenían diferentes horarios y culturas institucionales que no consiguieron armonizarse, y la comunidad manifestó su descontento con los resultados alcanzados.

A pesar de las limitaciones de estas experiencias, las tres fueron pilares para el desarrollo del cooperativismo en la prestación de los servicios básicos de salud.

3. Las entidades contratadas

A partir de 1988 han sido contratados 6 proveedores externos de servicios de atención ambulatoria, que en el 2007 siguen contratados: cuatro cooperativas, una asociación privada sin fines de lucro y una universidad pública. Cada proveedor está a cargo de dos Áreas de Salud. Las Áreas de Salud

constituyen la unidad administrativa básica de la atención de primer nivel. Están constituidas por un equipo de apoyo, consistente en un conjunto de especialistas, y un cierto número de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), cada uno de los cuales está conformado por un médico general, una enfermera, un técnico en promoción de la salud y un funcionario de apoyo administrativo. Cada EBAIS es responsable de la atención de un sector geográfico en el que habitan entre 3.500 y 4.500 personas. Esta organización de la atención de primer nivel surgió en el marco de la reforma integral de salud que empezó a implementarse a partir de la segunda mitad de los años noventa, con resultados extraordinarios. Al 30 de diciembre del 2006 existían en Costa Rica 104 Áreas de Salud y un total de 913 EBAIS en todo el país.⁶ El cuadro siguiente muestra la población atendida por los diferentes proveedores externos y el número de EBAIS que cada uno gestiona:

CUADRO 1
LAS ENTIDADES CONTRATADAS
(2006)

Proveedor	Población ^b	Porcentaje	EBAIS	Porcentaje
Coopesalud	179 969	4,13	26	2,85
Coopesain	93 569	2,15	25	2,74
Coopesiba	60 734	1,39	13	1,42
Coopesana	73 848	1,69	17	1,86
Total cooperativas	408 120	9,36	81	8,87
ASEMECO	104 062	2,39	18	1,97
UCR	178 064	4,08	43	4,71
Total externos	690 246	15,83	142	15,55
CCSS ^a	3 668 825	84,17	771	84,45
Total	4 359 071	100,00	913	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por la Dirección Actuarial, la Dirección de Compra de Servicios de Salud y los 5 proveedores externos de la CCSS.

^a No incluye los proveedores externos.

^b Número de habitantes adscritos a las Áreas de Salud gestionadas por la entidad correspondiente.

4. Aportes de los proveedores externos al sistema de salud

Como se mencionó en la sección 2 del capítulo II, uno de los motivos para contratar proveedores externos para la prestación de servicios de salud es la presencia de externalidades positivas. Entre las razones aducidas por la CCSS para contratar a proveedores externos para la provisión de servicios de salud, fue crear un espacio de experimentación donde la seguridad social pudiera poner a prueba innovaciones, tanto en el campo del modelo de atención como en el campo de la gestión. Algunas de esas innovaciones se han puesto en práctica con la participación activa de la CCSS; otras han sido fruto de la iniciativa de los proveedores externos, muchos de ellos dirigidos por exfuncionarios de la CCSS que decidieron pasarse a los proveedores externos; otras han sido resultado de la dinámica competitiva misma y de los esfuerzos de adaptación del modelo a las condiciones concretas de la población atendida.

Los aportes de los proveedores externos al sistema de salud pueden ordenarse en dos grandes grupos: los relacionados con el modelo de atención y los relacionados con la gestión y la organización.

⁶ Para un resumen de la reforma de salud de Costa Rica véase Rodríguez (2006). Para un detalle de la organización actual de la atención de primer nivel véase Rodríguez y Bustelo (2008).

4.1 Aportes al modelo de atención

Uno de los principales aportes de las cooperativas es haber inaugurado de manera experimental la organización de la prevención en programas específicos para diferentes poblaciones meta y la constitución de los equipos de atención integral (EBAIS) ubicados en la zona de residencia de la población beneficiaria. Coopesalud fue la cooperativa que llevó a la práctica estas innovaciones, que se venían discutiendo al interior de la CCSS (Coopesalud, 1993). La experiencia, que tenía como antecedente el modelo de salud familiar implementado por una clínica de la CCSS en la zona semirural de Vázquez de Coronado, fue incorporada en el diseño de la reforma integral de salud que se inició a cabo en la segunda mitad de los años noventa; tanto en el diseño como en la implementación de la reforma jugó un papel muy relevante el Dr. Fernando Marín, Viceministro de Salud durante la administración Figueres Olsen (1994-1998), quien había sido funcionario de la CCSS y fundador de Coopesalud a finales de los años ochenta (Coopesalud, 1988).

Los proveedores externos han puesto en marcha diversos programas de promoción de la salud y de participación comunitaria. Coopesain cuenta con el Programa de Estilos de Vida Saludables (PROEVISA), iniciado en 1993 y orientado a prevenir las enfermedades cardiovasculares. Coopesana cuenta con proyectos específicos en hábitos saludables para enfermedades cardiovasculares (clases de aeróbicos, charlas de nutrición y programas en las escuelas contra la obesidad en los niños, entre otros) y realiza giras a los sectores más alejados del cantón dando consulta médica y haciendo campañas de promoción de la salud. En Coopesiba desde el año 2000 funciona una Asociación de Hipertensos que en el 2001 se extendió a diabéticos y un programa de obesidad que ha logrado que hasta un 20% de los participantes recuperen su peso ideal y lo mantengan, y tiene un programa dirigido a los adultos mayores que incluye paseos, charlas y educación a los familiares de los adultos mayores. Coopesalud tiene un programa de embarazos no deseados en adolescentes, uno destinado a los “jóvenes de las barras” (muchachos que pasan gran parte de su tiempo de ocio en las calles) (Mora y Li Chen Apuy, 2005). La Universidad de Costa Rica realiza ferias de salud y ha participado activamente en campañas contra los delitos sexuales contra niños y jóvenes; además ha intentado vincular la actividad artística a las actividades promoción de la salud, a través del Proyecto Saludarte, mediante la coordinación con varias unidades académicas relacionadas con las Artes (Sáenz y Macaya, 2005). Coopesain, finalmente, cuenta con el programa de cirugía mayor ambulatoria de la Clínica de Tibás, que se creó en el año 1990 y fue ampliado en 1993 para atender a pacientes del Hospital Nacional de Niños; entre noviembre de 1990 y el 2006 se han realizado 27.000 intervenciones quirúrgicas, y ello ha facilitado la reducción de las listas de espera en el mencionado centro de salud (Becerra Gómez, 2007). Muchos de estos programas también existen en las Áreas de Salud gestionadas por la CCSS, pero en algunos de ellos los proveedores externos han sido pioneros.

4.2 Aportes al modelo de gestión

En relación con los aportes en materia de gestión, uno de los más relevantes ha sido el uso de la interconsulta: gran parte del tiempo de los especialistas de las Áreas de Salud no es destinado a la consulta directa de pacientes sino a la interconsulta, con el propósito de elevar la capacidad resolutoria de los médicos generales a cargo de los EBAIS. Con esto se pretende que menos usuarios utilicen los servicios de consulta especializada del proveedor en cuestión, o que se reduzca la referencia al segundo nivel de la CCSS. Este programa se conoce como “nivel básico reforzado”, y sólo muy pocas Áreas de Salud de la CCSS lo han puesto en práctica, aunque la institución acaba de tomar la decisión de extender el modelo al conjunto de sus propias Áreas de Salud. Algunas Áreas de Salud gestionada por la CCSS, como la de Coronado y la Carlos Durán, cuentan con un modelo desarrollado de interconsulta (Rodríguez y Bustelo, 2008).

Un segundo aporte en materia de gestión es el expediente electrónico. En 1993 Coopesana puso en funcionamiento el primer expediente electrónico de Costa Rica, que en una versión más avanzada, cofinanciada por las otras cooperativas, fue puesta a disposición de éstas e incluso de algunas Áreas de Salud de la CCSS. El expediente electrónico es un sistema de información que da acceso en línea al historial sanitario del paciente y de su familia, así como a toda su relación con la red de servicios (quién lo atendió, dónde, cuándo, qué se le diagnosticó, qué se le recetó, dónde se lo refirió, etc.). Este sistema permite una mayor comunicación entre el Área de Salud y los EBAIS. Reduce el traslado de documentos y las necesidades de apoyo administrativo, evita la pérdida de los expedientes en papel, minimiza el costo de traslado a los pacientes y facilita la detección de la pluriconsulta. En junio del año 2007 cuatro de los seis proveedores externos contaban con el expediente electrónico.

Puede mencionarse muchas otras innovaciones en materia de gestión. Por ejemplo, Coopesiba ha logrado reducir a diez minutos la entrega de medicamentos en farmacia a través de una plataforma de servicios que permite acelerar la entrega de las medicinas; Coopesana implementó un sistema de citas telefónicas con un fuerte componente educativo para que los pacientes tengan la disciplina de no ausentarse sin antes cancelar la cita, sobre todo en las enfermedades crónicas que tienen la cita programada con mucho tiempo de anticipación; Coopesalud cuenta con un sistema de control metrológico que permite garantizar la precisión de los instrumentos de medición como balanzas, termómetros, cintas métricas, etc.

IV. Producción del primer nivel de atención

En este capítulo se hace un análisis del desempeño en materia de producción tanto de las Áreas de Salud gestionadas por proveedores externos como de un grupo seleccionado de ocho Áreas institucionales y del conjunto de las Áreas de Salud gestionadas por la CCSS. El grupo de ocho Áreas institucionales constituye la muestra de Áreas de Salud para la cual se hizo un estudio detallado de costos, cuyos resultados se presentan en el capítulo siguiente.

Un desafío para comparar el desempeño de los proveedores externos con el de las Áreas gestionadas por la CCSS es que los servicios brindados sean medidos de tal manera que se consideren sus diferencias de cantidad y de calidad, con el fin de que sean adecuadamente comparados. Para ello no basta comparar los costos globales ni los costos per cápita de las diferentes Áreas de Salud, sino que debe medirse la producción en términos de su calidad; sólo así puede posteriormente calcularse el costo de producir servicios con ese nivel específico de calidad.

Los proveedores externos de servicios de primer nivel de atención concentran su oferta principalmente en el nivel básico de atención integral, que incluye tres tipos de programas: promoción de la salud, prevención de la salud y consulta de morbilidad (general y odontológica). El servicio de promoción de la salud es el más inmensurable de ellos, y por esa razón no se considera en este análisis; la producción en materia de consulta general suele ser medida en número de consultas; la producción de los programas preventivos se mide por el grado de cobertura alcanzada. Una metodología para medir y comparar la cobertura alcanzada en los programas preventivos fue desarrollada a partir de la evaluación de los compromisos de gestión, un instrumento utilizado en la CCSS para programar y evaluar la producción de los servicios de salud. La sección 1 presenta esa metodología y comenta sus resultados. La sección 2 presenta los niveles de producción medida en términos de número de consultas, tanto en medicina general como en odontología.

1. Desempeño relativo de la prevención

1.1 Una ayuda de memoria sobre los compromisos de gestión

En la prevención de la salud, la CCSS ha organizado sus servicios en 15 programas destinados a poblaciones específicas. La población potencialmente beneficiaria de un programa determinado (el universo pertinente) se denomina “población blanco”: por ejemplo, la población blanco de un programa de vacunación para niños menores de un año en una cierta Área de Salud son todos los niños menores de un año adscritos a esa área, y la población blanco del programa de post-parto, son todas las mujeres que dan a luz en el transcurso del año en cuestión. El cuadro siguiente muestra los programas preventivos de la atención integral en salud, así como el grupo poblacional que corresponde a cada uno de ellos:

CUADRO 2
PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
(Por población blanco)

Población	Programa	Cohorte
Niños	Atención integral menores de 1 año	menores de 1 año
	Atención integral de 1 a 6 años	de 1 a 6 años
	Inmunizaciones: III DPT	menores de 1 año
	Inmunizaciones: III Polio	menores de 1 año
	Inmunizaciones: III Hepatitis B	menores de 1 año
	Inmunizaciones: III H Influenza	menores de 1 año
	Inmunizaciones: I Dosis SRP	menores de 2 años
Adolescentes	Atención integral de los adolescentes	entre 10 y 19 años
Mujeres	Posparto	mujeres recién paridas
	Citología < de 35 años	menores de 35 años
	Citología > de 35 años	mayores de 35 años
	Prenatal	mujeres embarazadas
Adultos	Hipertensos	personas hipertensas
	Diabéticos	personas diabéticas
Adultos Mayores	Atención integral de los adultos mayores	mayores de 65 años

Fuente: Dirección de Compras de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social

Cada año la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS negocia con las diferentes Áreas de Salud una meta de cobertura para cada una de esas poblaciones, es decir, se define lo que se denomina la “población meta” de cada programa y al año siguiente evalúa su cumplimiento. En esa evaluación se determinan dos indicadores: el grado de cobertura simple y el grado de cobertura con cumplimiento de normas. La **cobertura simple** es el porcentaje de la población blanco de cada programa que fue efectivamente cubierto –es decir, objeto de vacunación o de seguimiento post-parto, en los dos ejemplos anteriores. Por ejemplo, si en una determinada Área de Salud la población blanco del programa de posparto es de 5.000 mujeres, y de ellas 4.000 atienden la consulta, se dice que la cobertura simple de ese programa es de $4.000/5.000 = 80\%$. La **cobertura con cumplimiento de normas** es el porcentaje de la población blanco de cada programa que fue cubierto con cumplimiento de normas. Esta última cobertura se evalúa por muestreo: se toma una muestra de todos los usuarios cubiertos por el programa y se evalúa si en sus expedientes consta que durante la consulta se siguieron los procedimientos establecidos en los protocolos de atención del programa en cuestión. Así, pues, si de las 4.000 mujeres que asistieron a la consulta se determina por procedimientos estadísticos que sólo 3.000 fueron atendidas de acuerdo con lo establecido en los protocolos, se dice que la cobertura con cumplimiento de normas fue de $3.000/5.000 = 60\%$. En algunos programas, como el de vacunación o el de citología, la cobertura simple es igual a la cobertura con cumplimiento de normas: la vacuna se puso o no se puso, la citología se hizo o no se hizo. Pero en otros programas puede darse que una persona aparezca en las estadísticas de cobertura simple, porque fue objeto de atención en ese programa, pero que no aparezca en las estadísticas de cobertura con cumplimiento de normas porque su atención no se hubiera realizado de acuerdo con el protocolo.

Todos los años se realiza la evaluación de los 15 programas de prevención en cada una de las Áreas de Salud, de manera que por área hay 15 indicadores de cobertura simple y 15 de cobertura con cumplimiento de normas. El indicador de cobertura con cumplimiento de normas suele ser menor que el de cobertura simple, salvo cuando no hay diferencia entre los dos tipos de cobertura (como en el caso de la vacunación o de las citologías). Los indicadores de cobertura simple y los de cobertura con cumplimiento de normas se calculan desde finales de los años noventa para todas las Áreas del país y constituyen el principal y más antiguo instrumento de monitoreo sobre la cobertura y la calidad de los servicios de salud.

1.2 Índice de cobertura simple e índice de cobertura con cumplimiento de normas

A partir de los 15 indicadores de cobertura simple y de los 15 indicadores con cumplimiento de normas calculados anualmente para cada Área de Salud, se calculó un índice de cobertura simple y un índice de cobertura con cumplimiento de normas. Para ello se hizo un promedio ponderado para cada Área de Salud de los indicadores de cobertura, utilizando como ponderador de cada programa su población blanco dividida por la suma de las poblaciones blanco de todos los programas. El índice de cobertura simple expresa la cobertura que en promedio alcanzó el Área de Salud para todos los programas de atención básica; el índice de cobertura con cumplimiento de normas expresa la cobertura con cumplimiento de normas que en promedio alcanzó el Área de Salud para todos los programas.

Las diferencias entre las Áreas de Salud en la cobertura simple no siempre son responsabilidad del proveedor. Por una parte, existen Áreas de Salud que disponen de menos recursos que otras, lo cual les impide alcanzar resultados descollantes, por mejor gestionadas que se encuentren; es el caso, por ejemplo, de Áreas compuestas por EBAIS cuya población adscrita es mucho mayor que los 4.500 habitantes que constituyen la norma ideal de la CCSS. Por otra parte, hay Áreas de Salud cuya población tiene un nivel de ingresos alto y que por ende prefiere utilizar

servicios de salud privados, con lo cual una parte de la población blanco de esa Área de Salud nunca aparecerá cubierta por el Área de Salud a pesar de los esfuerzos que ésta realice.

El cuadro 3 presenta para el año 2006 el índice de cobertura simple, el índice con cumplimiento de normas y la relación entre ambos para cada una de las Áreas de Salud gestionadas por proveedores externos, las Áreas institucionales seleccionadas y el promedio del conjunto de Áreas gestionadas por la CCSS.

CUADRO 3
ÍNDICE DE COBERTURA SIMPLE E ÍNDICE CON CUMPLIMIENTO DE NORMA

(Por área de salud, 2006. Porcentajes)

Área de Salud	Cobertura simple	Cobertura con norma	Relación simple ^d
Coopesalud			
Pavas	40,5	38,5	95,2
Desamparados 2	46,6	45,0	96,7
Coopesain			
Tibás	44,5	40,4	90,8
San Sebastián	39,9	38,5	96,5
Coopesana			
Santa Ana	50,4	50,2	99,6
San Francisco	49,4	47,2	95,7
Coopesiba			
Barva	51,8	50,0	96,5
San Pablo	50,1	45,3	90,4
ASEMECO			
Escazú	43,6	40,4	92,8
Carpio – León XIII	44,6	41,3	92,8
Promedio de terceros ^a UCR	45,0	42,7	94,9
Montes de Oca	28,9	26,2	90,6
Curridabat	32,2	28,5	88,6
San Juan – San Diego	37,3	31,4	84,3
CCSS			
Cartago	39,8	35,8	90,0
Guácimo	49,0	41,6	84,8
Aserrí	44,2	41,7	94,3
Belén Flores	30,4	24,4	80,4
Oreamuno	49,1	46,8	95,2
Poás	48,9	47,8	97,6
Valverde Vega	45,7	42,7	93,5
Paraíso	45,5	43,2	95,1
Promedio Áreas seleccionadas ^b	43,4	39,8	91,8
Promedio todas las Áreas CCSS ^c	44,6	36,0	80,7

Fuente: Elaboración propia, a partir de información suministrada por la Dirección de Compra Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

^a Promedio ponderado por la población blanco de las Áreas gestionadas por terceros correspondientes. El promedio no incluye a la Universidad de Costa Rica

^b Promedio ponderado por población blanco de las Áreas institucionales seleccionadas.

^c El promedio institucional no incluye los resultados de los terceros.

^d Índice de cobertura con normas como porcentaje del índice de cobertura simple.

En lo referente a la cobertura simple, la situación de los proveedores externos de servicios de atención integral en salud es heterogénea: la Universidad de Costa Rica se encuentra por debajo del promedio institucional y del promedio de las Áreas seleccionadas, ASEMECO y Coopesaín se encuentran apenas por arriba del promedio de las Áreas seleccionadas pero en el caso de Escazú, Tibás y San Sebastián están por debajo del promedio institucional. En el caso de Coopesalud el Área de Desamparados 2 está por encima del promedio tanto institucional como de las Áreas seleccionadas mientras que Pavas está por debajo. Tanto Coopesana como Coopesiba se encuentran en ambas Áreas de Salud por encima del promedio institucional y de las Áreas seleccionadas semejantes. Al considerar los promedios, los proveedores externos tienen una cobertura simple de 45%, ligeramente por encima del promedio de 43,4% de las Áreas institucionales seleccionadas y del 44,6% del conjunto de las Áreas gestionadas por la CCSS.

En lo referente a la cobertura con cumplimiento de norma, los proveedores de servicios de atención integral en salud, con la excepción de Coopesalud en Pavas, de Coopesaín en San Sebastián y de la Universidad de Costa Rica, han mostrado índices de cobertura con cumplimiento de normas superiores tanto al promedio institucional como a las Áreas institucionales seleccionadas. Puede verse que el peor desempeño lo tienen la UCR, en las tres Áreas que gestiona, y el área institucional de Belén-Flores. Al considerar los promedios, los proveedores externos tienen una cobertura con cumplimiento de norma de 42,7%, superior en más de un 7% a la cobertura de las Áreas institucionales seleccionadas y superior en casi un 19% a la cobertura del conjunto de las Áreas gestionadas por la CCSS.

Se dijo antes que las diferencias en el desempeño de las Áreas de Salud, en lo que se refiere a la cobertura de los programas, no siempre obedece a problemas de gestión sino que podría deberse a diferencias en los recursos asignados. Si se considera que el número de habitantes por EBAIS es una expresión de los recursos asignados, no pareciera que las diferencias en los promedios de cobertura recién discutidos se deban a diferencias equivalentes en el número de habitantes por EBAIS. De acuerdo con los datos oficiales, en el 2006 el número promedio de personas por EBAIS es de 4.746 entre los proveedores externos, mientras que en las Áreas institucionales seleccionadas es de 4,848 y en el promedio de todas las Áreas gestionadas por la CCSS es de 4.755; es decir, que las diferencias en el número de habitantes por EBAIS son mucho más pequeñas que las existentes entre los índices de cobertura, tanto simple como con cumplimiento de norma. De esto se infiere que las diferencias en productividad en los programas de prevención observadas en los índices globales de cobertura entre los proveedores externos, las Áreas institucionales seleccionadas y el conjunto de la institución, no se explican por diferencias sustantivas en el número de personas por EBAIS. El capítulo V hace un análisis de los costos per cápita de las diferentes coberturas que permitirá ver hasta qué punto las diferencias de cobertura obedecen a una gestión más eficiente de unas Áreas que de otras.

1.3 Comparación de ambos índices

Para comparar el desempeño de las Áreas de Salud desde el punto de vista de su cobertura, puede compararse en cada una de ellas la diferencia entre la cobertura simple y la cobertura con cumplimiento de normas. ¿Por qué esa diferencia constituye un indicador de la gestión de un Área de Salud? Lo más difícil para un Área de Salud es captar al usuario: que éste llegue a una consulta y se le puedan aplicar los protocolos de los programas de prevención. Si el Área de Salud realiza una excelente gestión de los programas, la cobertura simple será todo lo elevada que es posible, dadas sus restricciones de recursos y los hábitos que su población asignada tiene de usar los servicios públicos de salud; pero si la cobertura con cumplimiento de normas es muy parecida a la cobertura simple significa que toda persona que llega a consulta es atendida en los programas preventivos de acuerdo con lo establecido por los protocolos. Si a una persona que llega a consulta no se le aplican correctamente los protocolos, se trata de un caso perdido desde el punto de vista de los programas

preventivos. Por ello la diferencia entre la cobertura simple y la cobertura con cumplimiento de normas evidencia la posible existencia de deficiencias en los procedimientos de atención.⁷

Como puede verse en el cuadro anterior, las diferencias entre la cobertura simple y la cobertura con cumplimiento de norma son mucho menores entre los proveedores externos que entre las Áreas institucionales. Entre los primeros, casi el 95% de los habitantes cubiertos por los programas preventivos han sido atendidos de acuerdo con las normas; entre las Áreas institucionales seleccionadas, el 91,8% de los habitantes cubiertos fueron atendidos de acuerdo con las normas; entre todas las Áreas gestionadas por la CCSS, sólo un 80,7% de los habitantes cubiertos por los programas preventivos fueron atendidos de acuerdo con las normas. Eso quiere decir que si las Áreas de Salud gestionadas por la CCSS hubieran aplicado los protocolos con la diligencia con que lo hicieron los proveedores externos, su cobertura con cumplimiento de normas hubiera sido mucho mayor, sin necesidad de ningún recurso adicional. ¿Por qué los proveedores externos aplican con más rigor los protocolos de atención?. La principal razón que se invoca es que los sistemas de información existentes entre ellos facilitan la labor de los médicos y los obliga a ser más metódicos y sistemáticos en el proceso de atención. El hecho de que el expediente clínico no evidencie la aplicación de los protocolos no necesariamente significa que no fueran aplicados, sino que podría manifestar descuido del médico en el registro escrito de esos procedimientos. La existencia de sistemas de información minimizaría el descuido del médico, ya sea en la aplicación de los procedimientos o en su registro.

2. Desempeño relativo de la consulta

El principal mecanismo a través del cual los habitantes de un Área de Salud son captados para los programas preventivos, es la consulta de morbilidad. Cuando la persona llega al EBAIS por alguna dolencia, un funcionario administrativo determina si se trata de la primera consulta del año y si, por ende, debe ser objeto de una atención integral; la enfermera le hace una pre-consulta (toma los signos vitales, el peso, etc.) y cuando pasa a la consulta con el médico general para que su malestar sea atendido, éste aplica los procedimientos de los programas preventivos, dependiendo de cuál sea el grupo etáreo y el sexo de la persona.

Por ello todos los proveedores de primer nivel de atención, internos o externos, brindan consulta de medicina general. Aparte de ella, brindan consulta odontológica, que es uno de los servicios otorgados por las Áreas de Salud en el marco de la atención integral de salud. Algunos brindan otras consultas especializadas y consultas de urgencias, dependiendo del contrato de marras. Todos estos servicios se cuantifican por el número de consultas. Se trata de un indicador más superficial que el de las acciones preventivas, ya que no implican una evaluación de la calidad de la consulta, como sí existe en los programas preventivos.

El peso específico que tienen los proveedores externos y las Áreas institucionales seleccionadas en la oferta global de estos cuatro tipos de servicios de la CCSS, se presentó en el gráfico 1. Puede verse que los proveedores externos tienen un peso muy importante en las consultas de medicina general y las consultas odontológicas, y que el número de esas consultas por paciente es mayor en los proveedores externos que entre las Áreas institucionales: mientras que la población adscrita a los proveedores externos constituye un 11,72% de la población nacional, las consultas de medicina general brindadas por dichos proveedores representa el 12,5% del total nacional.⁸

⁷ Es necesario aclarar que una atención sin cumplimiento de norma no es necesariamente una atención deficiente: lo ocurre es que el médico no hizo constar en el expediente que se hayan aplicado correctamente los protocolos, y por ello se registra como un caso de cobertura sin cumplimiento de norma.

⁸ En las consultas especializadas y de urgencias la participación de los proveedores externos es mucho menor (por debajo del 2% y el 3% respectivamente) porque en la mayoría de los casos no les han contratado esos servicios.

El cuadro 4 muestra que el número de consultas de medicina general por habitante de los proveedores externos es en promedio casi un 20% mayor que en las Áreas seleccionadas y casi un 7% mayor que en el conjunto de Áreas gestionadas por la CCSS. El número de consultas odontológicas por habitante de los proveedores externos, por el contrario, es en promedio un 8% menor que en las Áreas seleccionadas y casi un 15% menor que en el conjunto de Áreas gestionadas por la CCSS.

Tiene gran pertinencia preguntarse sobre las causas de esta diferencia de productividad. Responder seriamente a esa pregunta nunca estuvo entre los objetivos de esta investigación, y para brindarla se requeriría verificar un conjunto de hipótesis; sin embargo, uno de los factores que posiblemente influyen en la diferencia de productividades es el hecho de que los proveedores externos –con la exclusión de la Universidad de Costa Rica–, por ser privados, cuentan con más y mejores instrumentos para imponer una mayor disciplina a su personal, y en particular a su personal médico: desde incentivos por productividad y desempeño que se encuentran prohibidos en el sector público hasta sanciones por ausentismo o por baja productividad que pueden llegar incluso al despido, lo cual es muy difícil de realizar en una institución pública.

CUADRO 4
CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y ODONTOLÓGICAS POR HABITANTE
(Por área de salud 2006)

Área de Salud ^a	Número de consultas	
	Medicina general	odontológicas
Coopesalud	1 523	514
Pavas	1 587	473
Desamparados 2	1 441	565
Coopesain	1 910	404
Tibás ^b	1 991	381
Tibás ^c	1 800	345
San Sebastián	1 822	428
Coopesana	1 463	314
Santa Ana	1 528	275
San Francisco	1 381	365
Coopesiba	1 629	374
Barva	1 677	328
San Pablo	1 551	447
ASEMECO	1 763	214
Escazú	1 762	177
Carpio – León XIII	1 765	261
Total terceros	1 646	387
CCSS		
Cartago	1 224	386
Guácimo	1 941	426
Aserrí	1 250	340
Belén Flores	1 262	488
Oreamuno	1 416	402
Poás	1 827	502
Valverde Vega	1 795	584
Paraíso	1 181	439
Total Áreas seleccionadas	1 380	417
Total CCSS	1 544	455

Fuente: Elaboración propia, a partir de información de la Dirección Actuarial y de la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS.

^a En la línea correspondiente a cada proveedor, consta el número de consultas promedio ponderado de las dos Áreas de Salud que gestiona.

^b Se usó información poblacional de la Dirección Actuarial.

^c Se usó información poblacional de la Dirección de Compras de Servicios de Salud.

V. Costos del primer nivel de atención

Como se mencionó en el capítulo II, uno de los criterios centrales al decidir la conveniencia de comprar servicios de salud a un proveedor es el ahorro que pueda generar frente al escenario de producir directamente esos servicios. De allí la relevancia de comparar el costo de los servicios producidos por la CCSS con el costo de los servicios comprados a los proveedores externos. Esto planteó dos problemas metodológicos. En primer lugar, la comparación requiere una estructura uniforme de costos totales para las Áreas institucionales y para las Áreas gestionadas por proveedores externos; sin embargo, la CCSS no cuenta con una contabilidad de costos que le permita saber cuánto cuestan sus diferentes servicios y procedimientos. En segundo lugar, es necesario realizar una comparación no de los costos globales, sino de los costos específicos de los diversos productos de las Áreas, lo cual plantea el problema de escoger las unidades de medida de dichos productos, algo que no es sencillo en el sector de la salud. Gracias a un meticuloso estudio de costos (CCSS, 2007), que incluyó una serie de labores in situ, se consiguió reconstruir la contabilidad de costos de ocho Áreas institucionales representativas, lo cual permite comparar el costo de sus servicios con el de los proveedores externos. A continuación se explica la metodología utilizada en el cálculo de los costos y en los dos apartados siguientes se discuten los resultados.

En todo caso, se trata de los costos que los servicios de salud representan para la CCSS, ya sea que ella los produzca directamente o que los compre. Desde el punto de vista de la sociedad, los costos de los servicios provistos por los proveedores externos son más bajos que lo que esos costos representan para la CCSS, ya que los excedentes que generan son considerados como costos para la CCSS.

1. Metodología

En relación con el primer problema, se procedió de la siguiente manera. En la CCSS se realizó una depuración contable con un meticuloso trabajo de campo en una muestra de ocho Áreas de Salud institucionales que fueron consideradas representativas y comparables con los proveedores externos. Tomar el presupuesto como indicador de los costos de un Área de Salud es engañoso, ya que las plazas presupuestarias no siempre corresponden con las que efectivamente se desempeñan en el área, mientras que hay gastos relevantes que no son imputados a las Áreas de Salud sino que se contabilizan en otros programas de la institución. La información obtenida en el trabajo in situ de la depuración contable permitió excluir los gastos correspondientes a personal que no se desempeñaba efectivamente en el área. Además se excluyeron los gastos de alquileres y depreciaciones así como los subsidios por incapacidad y maternidad,⁹ ya que ambas partidas introducen una distorsión, dado que aunque aparecen en el presupuesto de las Áreas de Salud no guardan relación con su desempeño sino con el tipo de infraestructura y con el comportamiento de la población. Finalmente, se incluyeron algunos gastos no contabilizados en el presupuesto de cada Área de Salud, como los gastos administrativos que a nivel de presupuesto aparecen imputados a la administración central de la CCSS pero que corresponden a gastos propios de las Áreas de Salud. En el caso de los proveedores externos, se verificó que los ingresos reportados en su contabilidad correspondan estrictamente con los pagos realizados por la CCSS y se eliminaron los gastos de alquileres y depreciaciones (no así los subsidios por incapacidad y maternidad, que son pagados directamente por la CCSS a los asegurados).

En relación con el segundo problema, de elegir la base comparable, los costos globales o los costos per cápita no son el indicador adecuado para comparar el costo de producción de las diferentes Áreas, ya que esconden las diferencias en el desempeño: tras un costo per cápita idéntico pueden ocultarse muy diferentes niveles de producción (número de consultas o cobertura con cumplimiento de normas). Más preciso sería determinar índices de producción de las diferentes Áreas de Salud, y comparar específicamente el costo de producción de cada uno de esos tipos de productos, tal como se hizo en el capítulo anterior. Para medir con mayor precisión dichos productos se procedió a segregar los costos totales en los cuatro subniveles de servicios de atención que se ofrecen en las Áreas de Salud: (i) la atención básica integral de salud –que incluye labores de promoción, básicamente de carácter educativo y para las cuales no hay medición disponible, y labores de prevención, agrupadas en los 15 programas evaluados anualmente y que se realizan a través de la consulta de medicina general–; (ii) la consulta especializada; (iii) la consulta odontológica y (iv) la consulta de urgencias. Los costos globales de todas las Áreas, tanto las institucionales como las gestionadas por proveedores privados, fueron segregadas en esos cuatro niveles en proporciones determinadas por la mano de obra directa dedicada a cada uno de esos servicios. En el caso de los proveedores externos, también fueron distribuidos en esas mismas proporciones los montos correspondientes a los excedentes (diferencia entre los pagos realizados por la CCSS y el costo total de los servicios brindados), pues desde el punto de vista de la CCSS los excedentes constituyen un costo de los servicios.

⁹ La CCSS otorga un subsidio equivalente al salario a partir del tercer día de incapacidad por enfermedad de un trabajador o por cuatro meses (uno antes del parto y tres después) en el caso de maternidad. Estos subsidios forman parte del presupuesto de las áreas de salud institucionales, pero no así en el caso de los proveedores externos.

Los programas preventivos constituyen quizás el componente más importante de la atención básica, sobre todo por los efectos que tiene sobre la salud de la población y sobre la reducción de costos del sistema. El punto de vista que debe privilegiarse a la hora de evaluar los contratos con proveedores externos es desde el costo que representa alcanzar un determinado nivel de cobertura con cumplimiento de normas en los programas preventivos.

2. Costo de los programas preventivos

El cuadro 5 muestra tres formas de presentar el costo de los programas preventivos, que se explican a continuación.

CUADRO 5
COSTOS DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA
(Por área de salud 2006, dólares de EE. UU.)

Área de Salud	Costos per cápita		
	Brutos	1 por ciento de cobertura simple	1 por ciento de cobertura cumplimiento de normas
Coopesalud	28,78	0,67	0,70
Pavas	28,28	0,70	0,73
Desamparados 2	29,42	0,63	0,65
Coopesain	32,14	0,76	0,81
Tibás ^a	34,37	0,77	0,85
Tibás ^b	31,08	0,70	0,77
San Sebastián	29,72	0,74	0,77
Coopesana	25,28	0,51	0,52
Santa Ana	26,39	0,52	0,53
San Francisco	23,87	0,48	0,51
Coopesiba	24,94	0,49	0,52
Barva	23,19	0,45	0,46
San Pablo	27,78	0,55	0,61
ASEMECO	25,20	0,57	0,62
Escazú	25,46	0,58	0,63
Carpio – León XIII	24,86	0,56	0,60
Promedio de terceros ^c	27,71	0,62	0,66
CCSS			
Cartago	23,21	0,58	0,65
Guácimo	38,65	0,79	0,93
Aserrí	35,27	0,80	0,85
Belén Flores	37,40	1,23	1,53
Oreamuno	28,75	0,59	0,61
Poás	39,14	0,80	0,82

Área de Salud	Costos per cápita		
	Brutos	1 por ciento de cobertura simple	1 por ciento de cobertura cumplimiento de normas
Valverde Vega	43,54	0,95	1,02
Paraíso	22,01	0,48	0,51
Promedio Áreas institucionales seleccionadas^c	30,29	0,71	0,79

Fuente: Elaboración propia, a partir de información suministrada por el Departamento Financiero Contable, la Dirección Actuarial, la Dirección de Compra de Servicios de Salud y los 5 proveedores externos analizados de la Caja Costarricense de Seguro Social.

^a Para calcular per cápita se usó información poblacional de la Dirección Actuarial

^b Para calcular per cápita se usó información poblacional de la Dirección de Compra de Servicios.

^c Promedio ponderado por la población total adscrita de cada Área de Salud. Para el promedio de terceros se usó en Tibás datos de la Dirección Actuarial. En la línea correspondiente a cada proveedor consta el costo promedio ponderado de las dos Áreas de Salud que gestiona.

2.1 Costo per cápita bruto

El primer costo presentado, correspondiente a la primera columna, es el costo per cápita bruto, que se obtiene al dividir el costo total del Área de Salud correspondiente a los programas preventivos por la población adscrita. Este costo no considera las diferencias en la producción, sino simplemente cuánto cuesta cada persona adscrita al Área de Salud, independientemente del porcentaje de la población que haya sido cubierta por los programas.

Los costos per cápita brutos de los proveedores externos para el año 2006 no han sido más elevados que los institucionales. Puede verse allí que el costo per cápita de los proveedores externos fue, en general, inferior al costo per cápita del promedio de las Áreas institucionales; sin embargo, hay grandes diferencias en el costo per cápita entre las diferentes Áreas institucionales así como entre las diferentes Áreas gestionadas por proveedores externos, aunque en este último caso las diferencias son menores.

2.2 Costo per cápita de la cobertura simple

El segundo costo presentado, correspondiente a la segunda columna, es el costo per cápita de la cobertura simple, que se obtiene al dividir el costo per cápita bruto de la primera columna por el índice de cobertura simple. Este costo corresponde con el costo de un 1% de cobertura simple. Tal vez un ejemplo lo aclare. Supóngase que el área C con 1000 dólares de costos totales obtiene una cobertura de 100% y el área A con 1000 dólares de costos totales obtiene una cobertura de 50%. La producción en este caso es la cobertura alcanzada y se mide en porcentajes. Estos datos indican que con los mismos recursos un área obtuvo el doble de producción que la otra. ¿Cuánto cuesta una unidad de producto en cada área, es decir, cuánto cuesta un 1% de cobertura? La respuesta se obtiene de dividir el costo de la producción total de cada área por la producción alcanzada, es decir, de dividir 1000 dólares por 100% en el caso del área C y por 50% en el caso del área A; así, un 1% de cobertura cuesta $1000/100 = 10$ dólares en el área C y $1000/50 = 20$ dólares en el área A.

Como se ve en el cuadro, un 1% de cobertura simple con el promedio de los proveedores externos cuesta 0,62 dólares per cápita mientras que con el promedio de las Áreas seleccionadas cuesta 0,71 dólares, es decir, un 14,3% más. Salvo en el caso de Coopesaín, el costo de un 1% de cobertura simple es más bajo en todas las Áreas gestionadas por proveedores externos que en las Áreas institucionales seleccionadas, con la excepción de Cartago, Oreamuno y Paraíso que destacan como las Áreas institucionales cuya cobertura resulta menos costosa.

2.3 Costo per cápita de la cobertura con cumplimiento de norma

Finalmente, el tercer costo presentado, correspondiente a la tercera columna, es el costo de la cobertura con cumplimiento de normas, que se obtiene al dividir el costo per cápita bruto de la primera columna por el índice de cobertura con cumplimiento de normas. Este costo corresponde con el costo de un 1% de cobertura con cumplimiento de normas.

El costo promedio de un 1% de cobertura con cumplimiento de norma es en general más bajo entre los proveedores externos que entre las Áreas de Salud institucionales seleccionadas. Para el año 2006 un 1% de cobertura con cumplimiento de normas costó obtenida por los proveedores externos, en promedio, 0,66 dólares per cápita, casi un 20% menos de los 0,79 dólares que costó obtenerla en las Áreas seleccionadas.

Entre los proveedores externos, sólo el área de Tibás, gestionada por Coopesaín, se encuentra por encima del promedio de las Áreas institucionales. Coopesana y Coopesiba, por otra parte, son los proveedores externos con menores costos: para el año 2006, por ejemplo, un 1% de cobertura con cumplimiento de normas en Santa Ana y San Francisco costó respectivamente un 67% y un 64% de lo que costó, en promedio, en las Áreas institucionales seleccionadas, y en Barva y San Pablo 59% y 78%, respectivamente. Entre las Áreas institucionales seleccionadas, Belén-Flores es con diferencia la más costosa, mientras que Paraíso, Oreamuno y Cartago se destacan por el bajo costo con que alcanzan sus resultados.

3. Costo de la consulta general y odontológica

El principal servicio de salud que ofrecen los proveedores externos es el llamado nivel básico de atención integral, que incluye según se dijo tres tipos de programas: acciones de promoción de la salud, acciones de prevención y acciones curativas. La promoción de la salud es muy difícilmente cuantificable, y por ello se descarta del análisis de desempeño y de costos. Las acciones de prevención, según se vio, son cuantificadas por la CCSS a través de la evaluación de los compromisos de gestión: hay una cuantificación simple –la cobertura simple– y una más compleja, que incluye una evaluación de la calidad de la cobertura alcanzada –la cobertura con cumplimiento de normas. Las acciones curativas se cuantifican a través del número de consultas, tanto de medicina general como de odontología; se trata de un indicador menos completo que el de las acciones preventivas, ya que, al igual que las consultas de medicina general, no implican una evaluación de la calidad de la consulta, como sí existe en los programas preventivos. Aparte del nivel básico de atención integral, algunos proveedores externos brindan otros dos tipos de servicios: consulta especializada y consulta de urgencias; su análisis se descarta, dada la heterogeneidad de estos servicios, que hace poco viable su comparación, así como la escasa importancia relativa que tienen estos servicios entre los proveedores externos.

El cuadro 6 muestra los costos que para la CCSS representa una consulta de medicina general y una consulta de odontología, según la produzca ella misma o la produzcan los proveedores externos. Para calcular el costo por consulta de medicina general, se divide el costo total del nivel básico de atención por el total de consultas de medicina general, disponibles por Área de Salud en la página web de la CCSS. El cuadro muestra que en el año 2006 el costo promedio de la consulta general en los proveedores externos es alrededor de un 77% el de las Áreas institucionales seleccionadas. De los proveedores externos es Coopesalud el que muestra los costos promedio por consulta más altos, mientras que ASEMECO y Coopesiba muestran los más bajos. En cuanto a las Áreas institucionales seleccionadas, es Belén-Flores la que tiene el costo promedio más alto, mientras que Oreamuno, Paraíso y Cartago muestran el costo promedio más bajo.

Por otra parte, el costo por consulta odontológica se obtiene de dividir el costo de los servicios de odontología, con el cual se cuenta tanto para los ocho Áreas institucionales seleccionadas como para los proveedores externos, por el número total de consultas, disponible en la web de la CCSS. El cuadro muestra que el costo de una consulta odontológica suministrada por un proveedor externo representa para la CCSS un 65% del costo de producir esa consulta con sus propios odontólogos.

CUADRO 6
COSTO DE LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL Y DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA
(Por área de salud 2006, dólares de EE.UU.)

Área de Salud	medicina general	odontología
Coopesalud	18,9	12,1
Pavas	17,8	13,0
Desamparados 2	20,4	11,3
Coopesain	16,8	15,1
Tibás	17,3	17,1
San Sebastián	16,3	13,1
Coopesana	17,3	18,7
Santa Ana	17,3	18,2
San Francisco	17,3	19,2
Coopesiba	15,3	11,2
Barva	13,8	11,8
San Pablo	17,9	10,4
ASEMECO	14,3	13,4
Escazú	14,4	15,8
Carpio – León XIII	14,1	11,3
Promedio de proveedores externos ^a	16,8	13,5
CCSS		
Cartago	19,0	13,2
Guácimo	19,9	15,5
Aserrí	28,2	19,1
Belén Flores	29,6	32,0
Oreamuno	20,3	23,2
Poás	21,4	25,2
Valverde Vega	24,3	27,2
Paraíso	18,6	19,1
Promedio Áreas institucionales seleccionadas ^a	21,9	20,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de información de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, la Dirección Actuarial, el Departamento Financiero Contable y los proveedores externos analizados de la Caja Costarricense de Seguro Social.

^a Promedio ponderado por la cantidad de consultas de cada Área de Salud. En la línea correspondiente a cada proveedor, consta el costo promedio ponderado de las dos Áreas de Salud que gestiona.

VI. Conclusiones

La contratación de proveedores externos de servicios de salud en Costa Rica tiene su origen en una situación extraordinaria: la necesidad de expandir la cobertura de los servicios de salud en el marco de una serie de restricciones financieras que afectaron a la seguridad social en los años ochenta. Sin embargo, la implementación de la idea resultó altamente positiva. Los niveles de producción han sido más elevados que en el conjunto de la institución, si se considera tanto la cobertura de los programas de prevención como las consultas por habitante. Queda pendiente la búsqueda de las razones por las cuales esto es así; entre ellas, sin embargo, muy probablemente tiene un gran peso el hecho de que los proveedores externos –con la exclusión de la Universidad de Costa Rica, cuya productividad es más baja incluso que la de la CCSS– cuentan con un conjunto de instrumentos para imponer una mayor disciplina entre su personal. Las diversas personas entrevistadas coincidieron en afirmar que la menor productividad del conjunto de la CCSS guarda relación con el ausentismo y las llegadas tardías, que entre el personal médico de la CCSS no es tan reprimido como entre el personal de los proveedores externos. No obstante, se requeriría una investigación específica para afirmar con mayor confianza que la disciplina de la fuerza laboral es la principal causa de la diferencia de productividad.

Los mejores resultados de producción entre los proveedores externos no obedecen a que cuenten con más recursos materiales que las Áreas institucionales, pues sus costos son en general más bajos que los de las Áreas institucionales seleccionadas, particularmente cuando se consideran no los costos per cápita brutos sino los costos por unidad producida (unidad de cobertura simple, unidad de cobertura con cumplimiento de norma, unidad de consulta). Lamentablemente, esta conclusión se restringe a las Áreas institucionales seleccionadas, ya que no se puede comparar los costos de los proveedores externos con los del conjunto de las Áreas de la institución, pues habría que realizar una depuración de los costos de éstas semejante a la que se hizo para las Áreas institucionales seleccionadas. Sin embargo, es de esperar que esta conclusión pueda generalizarse, ya que como se vio la diferencia entre la cobertura simple y la cobertura con calidad es más pequeña en las Áreas gestionadas por terceros que en el conjunto de la CCSS, lo cual evidencia una gestión más eficiente de los recursos.

Además, los proveedores externos, por la mayor flexibilidad con que pueden operar, han sido capaces de introducir un conjunto de innovaciones, muchas de ellas promovidas desde la misma CCSS, que a la larga han significado aportes sustantivos al desarrollo del sistema público de salud. Algunas de las innovaciones que la CCSS puso en práctica de forma experimental en el espacio ofrecido por los proveedores externos son el establecimiento de los primeros EBAIS, la organización de la prevención en programas específicos para los diferentes grupos poblacionales y la evaluación de metas de cobertura de los programas preventivos.

La experiencia internacional hace ver que la provisión de servicios de salud en el marco de sistemas públicos de salud (incluidos sistemas de seguridad social) es a menudo brindada por terceros, pero generalmente se trata de terceros sin fines de lucro, ya que en general es más fácil alinear sus incentivos con los objetivos estratégicos del sistema público de salud. Esto coincide con lo observado en Costa Rica, pues algunos programas desarrollados por los proveedores externos no tienen sentido para una empresa maximizadora de ganancias; tal es el caso, por ejemplo, de los programas destinados a elevar el nivel de resolución del primer nivel de atención, programas que no redundan en mayores beneficios para el proveedor sino para el comprador (la CCSS), que es quien gestiona los servicios de segundo nivel de atención.

Para consolidar esta situación, sin embargo, se debería considerar la posibilidad de impulsar una reforma legal que consolide la posibilidad de la seguridad social de conceder la provisión de servicios de atención integral de salud a entidades sin fines de lucro constituidas con ese fin.

Bibliografía

- Becerra Gómez, Javier (2007), "Análisis de la prestación de servicios de salud por parte de las cooperativas y su relación con la Caja Costarricense de Seguro Social", San José, Costa Rica. Coopesaín R.L.
- Castillo, Jacqueline (2008), "Estimación de los aportes y prestaciones recibidas en el Seguro de Salud" en INEC, Simposio Costa Rica a la Luz de la Encuesta de Ingresos y Gasto de los Hogares 2004", San José, Costa Rica. Por aparecer.
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) (2007), "Estudio costo institucional prestación de servicios de salud. Primer nivel, especialidades, urgencias.", Departamento de Costos, Dirección Financiero Contable, San José, Costa Rica. Mimeografiado.
- ___ (1993), "Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención", Informe Final, febrero. Mimeografiado.
- Contraloría General de la República de Costa Rica (2007), "Informe sobre los resultados del estudio realizado en la Caja Costarricense de Seguro Social en relación con la contratación y prestación de servicios de atención integral de salud por parte de terceros", Área de Servicios Sociales, División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, San José, Costa Rica.
- Coopesalud (1993), "Liderazgo, calidad, respeto, servicio, innovación", Coopesalud R.L. Mimeografiado.
- ___ (1988), "Contrato entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud, R.L.", Coopesalud R.L., marzo. Mimeografiado.
- Corrales Díaz, Daisy (1997), "El cooperativismo, una opción administrativa para los funcionarios de salud del Cantón de Barva de Heredia. USL", San José, Costa Rica. 320.pp.
- Ferrero Aymerich, Alberto (2007), "Las cooperativas de salud en el sistema de salud costarricense", Coopesalud R.L., abril.

- Mora, Johnny y Sandra Li Chen Apuy (2005), "Sostenibilidad de las cooperativas en el sistema público de salud: Fundamento doctrinal, impacto socio-económico y propuesta jurídica", COOPESAIN R.L. – COOPESALUD R.L. – COOPESANA R.L. - COOPESIBA R.L., febrero.
- Preker, Alexander S. y otros (2000), "Make or buy" decisions en the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization, 78(6).
- Rodríguez Herrera, Adolfo (2006), "La reforma de salud en Costa Rica", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 173 (LC/L.2540-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- Rodríguez Herrera, Adolfo y Celeste Bustelo (2008), "Costa Rica: Modelos alternativos del primer nivel de atención en salud", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 202 (LC/L.2905-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- Ron, Aviva, Brian Abel-Smith y Giovanni Tamburi (1990), Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach. International Labour Office, Geneva.
- Sáenz, Luis Bernardo y Román Macaya (2005), "Análisis de los avances en la implementación del modelo de atención integral en salud. Informe de resultados", Convenio UCR-CCSS, Programa de Atención Integral en Salud, Universidad de Costa Rica, junio.
- Xingzhu, Liu y Anne Mills (2007), Payment Mechanisms and Provider Behavior, en A. Prever et al. Public Ende, Private Jeans. Strategic Purchasing of Health Services. The World Bank, Washington D.C.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

financiamiento del desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

201. La compra de servicios de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, Celeste Bustelo, (LC/L.2904-P), N° de venta S.08.II.G.40 (US\$10.00), 2008.
200. Bancarización privada en Chile, Roberto Zahler, (LC/L.2896-P), N° de venta S.08.II.G.32 (US\$10.00), 2008.
199. Un matrimonio difícil: la convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos, Marcelo Tokman, Cristóbal Marshall, Consuelo Espinosa, (LC/L.2851-P), N° de venta S.07.II.G.175 (US\$10.00), 2007.
198. Nuevo marco de capital para la banca: alcances a su implantación en América Latina y el Caribe, Günther Held, (LC/L.2821-P), N° de venta S.07.II.G.146 (US\$10.00), 2007.
197. Development banking in the Eastern Caribbean: the case of Saint Lucia and Grenada, Wayne Sandiford, (LC/L.2471-P), Sales N° E.07.II.G.77 (US\$10.00), 2007.
196. New directions for development banking in the caribbean: financing to take advantage of unlimited supplies of labour skills and entrepreneurship, Vanus James, (LC/L.2735-P), Sales N° E.07.II.G.73 (US\$10.00), 2007.
195. BancoEstado Microcréditos, lecciones de un modelo exitoso, Christian Larraín, (LC/L.2734-P), N° de venta S.07.II.G.72 (US\$10.00), 2007.
194. Desafíos de la banca de desarrollo en el siglo XXI. El caso de Honduras, Walter Mejía, (LC/L.2733-P), N° de venta S.07.II.G.71 (US\$10.00), 2007.
193. A new approach to development banking in Jamaica, Keith R. Collister, (LC/L.2732-P), Sales N° E.07.II.G.70 (US\$10.00), 2007.
192. The dynamics of specialist development banking: the case of the agriculture development bank of Trinidad and Tobago, Anthony Birchwood, (LC/L.2731-P), Sales N° E.07.II.G.69 (US\$10.00), 2007.
191. Perspectivas del fondo latinoamericano de reservas, Miguel Urrutia Montoya, (LC/L.2730-P), N° de venta S.07.II.G.68 (US\$10.00), 2007.
190. La banca de desarrollo en México, Miguel Luis Anaya Mora, (LC/L.2729-P), N° de venta S.07.II.G.67 (US\$10.00), 2007.
189. Estudio sobre las buenas prácticas de las IFIS en función a la normativa de suficiencia patrimonial de Basilea I, Roberto Keil, (LC/L. 2720-P), N° de venta S.07.II.G.61 (US\$10.00), 2007.
188. Access to credit in Argentina, Ricardo N. Bebczuk, (LC/L. 2703-P), Sales N° E.07.II.G.52 (US\$10.00), 2007.
187. Análisis de la evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en Chile, Ricardo Pulgar Parada, (LC/L.2631-P), N° de venta S.06.II.G.156 (US\$10.00), 2006.
186. Insurance underwriter or financial development fund: what role for reserve pooling in Latin America?, Barry Eichengreen, (LC/L.2621-P), Sales Number S.06.II.G.145 (US\$10.00), 2006.
185. Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe, James Cercone, (LC/L.2620-P) N° de venta: S.06.II.G.144 (US\$15.00), 2006.
184. Pensiones para todos: análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema chileno de previsión social, Eduardo Fajnzylber, retirada.
183. Sistemas contributivos, densidad de cotizaciones y cobertura de pensiones, Eduardo Fajnzylber, retirada.
182. Risk-Adjusted Poverty in Argentina: measurement and determinants, Guillermo Cruces and Quentin Wodon, (LC/L.2589-P), Sales Number E.06.II.G.118 (US\$10.00), 2006.
181. Fertility and female labor supply in Latin America: new causal evidence, Guillermo Cruces and Sebastian Galiani, (LC/L.2587-P) Sales N° E.06.II.G.117 (US\$10.00), 2006.
180. El acceso a la jubilación o pensión en Uruguay: ¿cuántos y quiénes lo lograrían?, Marisa Bucheli, Natalia Ferreira-Coimbra, Álvaro Corteza, Ianina Rossi, (LC/L.2563-P), N° de venta S.06.II.G.91 (US\$10.00), 2006.
179. Public policy for pensions, health and sickness insurance. Potential lessons from Sweden for Latin America, Edward Palmer, (LC/L.2562-P), Sales Number E.06.II.G.90 (US\$10.00), 2006.
178. Social Security in the English-speaking Caribbean, Oliver Paddison, (LC/L.2561-P), Sales Number E.06.II.G.89 (US\$10.00), 2006.

177. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica, Ricardo Bitrán, (LC/L.2554-P), N° de venta S.06.II.G.81 (US\$10.00), 2006.
176. Ciclo económico y programas de compensación social: el caso del sistema Chile Solidario, Américo Ibarra Lara y Gonzalo Martner Fanta, (LC/L.2553-P), N° de venta: S.06.II.G.80 (US\$10.00). 2006.
175. La reforma de salud en Nicaragua, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2552-P). N° de ventas S.06.II.G.79 (US\$10.00). 2006.
174. La reforma de salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2541-P). N° de ventas S.06.II.G.69 (US\$10.00). 2006.
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006.
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006.
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00). 2006.
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00). 2006.
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedi, (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00). 2006.
168. Inclusion of the European "Nordic Model" in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00). 2006.
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L.2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00).2006.
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00). 2005.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00). 2005.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culppeper, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.
158. Asian bond market development: rationale and strategy, Yung Chul Park, Jae Ha Park, Julia Leung, Kanit Sangsubhan, retirada.
157. La banca de desarrollo en América Latina y el Caribe, Romy Calderón Alcas, (LC/L.2330-P) N° de venta: S.05.II.G.81 (US\$10.00). 2005.
156. Regional financial integration in east Asia: challenges and prospect, Yung Chul Park, retirada.
155. A experiência brasileira com instituições financeiras de desenvolvimento, Carlos Eduardo de Freitas, (LC/L.2328-P), N° de venta P.04.II.G.115 (US\$10.00), 2005.
154. Evolución, perspectivas y diseño de políticas sobre la banca de desarrollo en el Perú, Marco Castillo Torres, (LC/L.2274-P), N° de venta S.04.II.G.25 (US\$10.00), 2005.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: