

Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central

Adolfo Rodríguez Herrera
agosto del 2005

INTRODUCCIÓN	2
A. SITUACIÓN GENERAL DE LOS PAÍSES	2
B. ORGANIZACIÓN Y RECURSOS DEL SECTOR SALUD	4
C. DISEÑO GENERAL DE LAS REFORMAS	6
D. LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA	8
E. NICARAGUA	10
1. ATENCIÓN PRIMARIA DEL MINISTERIO DE SALUD	10
2. CONTRATACIÓN DE EMPRESAS MÉDICAS PREVISIONALES POR EL INSS	12
F. HONDURAS	14
1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD	14
2. PROGRAMA SILOSS DEL IHSS	18
G. COSTA RICA	20
1. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA	20
2. EBAIS Y ÁREAS DE SALUD	23
2. PROVEEDORES EXTERNOS DE SERVICIOS DE SALUD.....	25
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA SOBRE LOS PAÍSES	28

Introducción ¹

En el último decenio, Costa Rica, Honduras y Nicaragua han diseñado e iniciado la implementación de ambiciosos programas de reforma de su sistema de salud, todos ellos con apoyo financiero del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. El componente más relevante de las tres reformas y el que exhibe mayores logros es la extensión de la cobertura, sobre todo del primer nivel de atención, que comprende innovaciones en las formas de asignación de recursos, relaciones novedosas entre el sector público y el privado, y una mayor participación de la sociedad civil y del poder local en la gestión y control de algunas. Gracias a ello, se han alcanzado mejoras en los diferentes indicadores de salud, particularmente en mortalidad infantil, esperanza de vida y prevalencia de enfermedades, aunque el alcance de los logros varía entre los países, según los recursos destinados y el grado de desarrollo institucional.

Este estudio describe exhaustivamente los programas innovadores de extensión de la cobertura en atención de primer nivel de salud. No pretende analizar el conjunto de la reforma, ni siquiera el conjunto de la atención primaria, sino únicamente aquellas experiencias que han introducido nuevos paradigmas y modelos de gestión en los servicios de atención de primer nivel y no es objeto del estudio abordar la interrelación del nivel primario con los otros dos.

La primera sección hace un esbozo muy general de la situación económica, demográfica y de salud de cada país. La segunda, que se refiere a la organización del sector salud, destaca las semejanzas y las diferencias existentes entre los tres. La tercera, resume sucintamente tres procesos de reforma. La cuarta sección realiza una reflexión sobre los desafíos de la extensión de la cobertura y la situación de los tres países en esa materia. Las secciones quinta, sexta y séptima, finalmente, presentan las experiencias innovadoras nacionales.

A. Situación general de los países

Costa Rica, Nicaragua y Honduras hacen frente a situaciones radicalmente diferentes, tanto desde el punto de vista de su situación económica y de los recursos que destinan a la atención de la salud, como desde el punto de vista de su morbilidad y sus indicadores demográficos. Costa Rica es el país más próspero, con un ingreso per capita que representa casi cinco veces el de los otros dos; el ingreso

¹ Este documento se basa en una investigación más amplia sobre las reformas de salud de los tres países realizada para la CEPAL. El autor agradece el apoyo de diversos funcionarios de las instituciones gestoras de la seguridad social y de los Ministerios de Salud de los tres países, así como los comentarios de Andras Uthoff, Daniel Titelman, Guillermo Cruces y Ana Sojo de la CEPAL. Igualmente desea destacar el papel de la economista Olga Barquero Alpizar, que participó activamente en la compilación y procesamiento de información así como en diferentes discusiones sobre la estructura, la orientación y las conclusiones.

per capita de Nicaragua ha venido aumentando en el último decenio, aunque a partir de un nivel extraordinariamente bajo, producto de la guerra. Al mayor ingreso per capita en Costa Rica corresponde una proporción mucho más baja de la población en situación de pobreza. El gasto per capita en salud y la proporción del PIB destinado a salud han aumentado tanto en Nicaragua como en Costa Rica.

**Indicadores Económicos: PIB, inflación, gasto en salud, pobreza
1995-2003**

	Costa Rica		Nicaragua		Honduras	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003
PIB en millones de \$	11,715.8	16,397.2	3,182.7	4,320.4	3,960.1	5,045.3
PIB per cápita \$	3,371.5	3,935.4	710.9	820.1	700.4	720.7
Inflación	22.5%	9.9%	9.9%	8.9%	26.8%	9.2%
Gasto en Salud per cápita (\$)	168.8	247.7	50.1	59.8	nd	nd
Gasto público en Salud (% PIB)	5.0%	6.3%	6,4% 2/	7.9%	nd	nd
Porcentaje de población pobre	24.6%	21.4%	nd	nd	65,9% 1/	63.5%

1/ dato de 1999

2/ dato de 1997

FUENTE: Estimación propia, a partir de Indicadores sociales, Instituto Nacional de Estadística y Censos, CR
Instituto Nicaragüense de Estadística y Censos, Banco Central de cada país

Las diferencias en el nivel de pobreza y de gasto de salud se ven correspondidas por indicadores demográficos muy diferentes. La esperanza de vida al nacer en Costa Rica excede los 78,6 años, mientras que en Nicaragua y Honduras es de 69,8 y de 68,8 años, respectivamente; la tasa de mortalidad infantil es de solo 10,1 por mil en Costa Rica, mientras en Nicaragua y en Honduras es de 35,5 y 31,8. No sólo debe destacarse de estos indicadores la distancia de Costa Rica con respecto a sus vecinos sino, sobre todo, el progreso realizado por los otros dos países, y muy particularmente por Nicaragua, que en general muestra un mejor desempeño que su vecino del norte; y la tasa de fecundidad es en Costa Rica poco menos que la mitad de la hondureña, que se mantiene estancada frente a una notable reducción tanto en Nicaragua como en Costa Rica.

**Indicadores Demográficos
1995 y 2003**

	Costa Rica		Nicaragua		Honduras	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003
Población Total (miles)	3,469,800	4,169,730	4,426,700	5,482,300	6,048,157	6,863,510
Tasa de Fecundidad Global	2.8	2,1	4.5	3.7	4.0	3.9
Esperanza de Vida al nacer	76.0	78,6	67.2	69.8	68.7	68.8
Tasa cruda de natalidad por 1000 hab	23.9	17,7	36.4	30.9	31.1	31.8
Tasa bruta de mortalidad por 1000 hab	4.2	3,8	6.3	5.2	5.3	5.1
Tasa de mortalidad infantil por 1000 hab	13.3	10,1	48.0	35.5	37.1	31.8

FUENTE: Instituto Nicaragüense de Estadística y Censos, Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, Banco Mundial
Organización Panamericana de la Salud.

Como contrapartida a un mejor nivel de salud, el proceso de transición demográfica está mucho más avanzado en Costa Rica que en sus vecinos, resultado del aumento en la esperanza de vida y la caída en la tasa de fecundidad. Ello plantea desafíos diferentes al sistema de salud costarricense, frente a un perfil epidemiológico cuyo tratamiento es mucho más costoso y los logros son más moderados. Mientras que en Nicaragua y Honduras el gran reto es mejorar las condiciones de atención a los

embarazos, los partos y los niños menores de un año, y la promoción y prevención de la salud se concentran en las campañas de vacunación y la mejora de las condiciones de la vivienda y los hábitos de higiene, en Costa Rica el desafío es reducir los costos del envejecimiento mediante la promoción de hábitos de vida saludables durante la vida adulta.

La producción de servicios de salud sigue la misma pauta. En general los tres países han aumentado el número de consultas y de egresos hospitalarios durante los últimos años, aunque sólo Costa Rica lo ha hecho a un ritmo superior a su tasa de natalidad; Nicaragua los ha aumentado a una tasa cercana a la de natalidad y Honduras a una tasa muy inferior, con lo cual sus indicadores per capita se han deteriorado: el número de consultas aumentó a un ritmo promedio de 4,16% anual en Costa Rica y de 3,56% anual en Nicaragua entre 1995 y el 2004, mientras que en Honduras aumentó a un ritmo promedio de 1,82% entre 1998 y el 2003; por su parte, el número de egresos aumentó a un ritmo promedio de 1,75% en Costa Rica entre 1996 y el 2004, de 0,9% en Nicaragua entre 1997 y el 2004, y de 1,47% en Honduras entre 1999 y el 2003.

Producción de salud: número de egresos hospitalarios y de consultas
1995-2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
egresos									
Costa Rica	292,605	268927.3	274220.14	274899.65	281913.97	298,297	292,092	325,846	329,013
Nicaragua	246,809	244,709	250,272	216,587	255,002	261,976	258,901	247,160	262,889
Honduras SS 1/	nd	nd	nd	nd	215,611	211,995	214,285	235,217	228,616
consultas									
Costa Rica		4,421,639	4,635,534	4,957,170	5,150,301	4,932,956	5,074,443	5,546,902	5,854,730
Nicaragua INSS		752,243	1,160,172	1,335,983	1,600,121	1,725,057	1,864,336	2,008,924	2,279,921
Nicaragua MINSA		nd	6,742,305	7,006,248	6,114,624	7,762,066	7,148,886	7,089,979	7,449,789
Nicaragua			7,902,477	8,342,231	7,714,745	9,487,123	9,013,222	9,098,903	9,729,710
Honduras SS 1/		nd	nd	1,338,178	1,262,129	1,380,093	1,372,711	1,627,652	1,464,404

1/ Sólo incluye información de la Secretaría de Salud, no del IHSS.

FUENTE: Indicadores de la Seguridad Social, CCSS, Costa Rica.

Informe de Cuentas Nacionales 1995-2001, Dirección General de Sistemas de Información, MINSA, Nicaragua.

División de Planificación del INSS y Oficina de Estadística-DGPD-MINSA, Nicaragua

Programa de atención y egresos hospitalarios, Secretaría de Salud, Honduras.

B. Organización y recursos del sector salud

En los tres países el sector salud está formado básicamente por el Ministerio de Salud (en Nicaragua, además, hospitales públicos pertenecientes al Ministerio de Gobernación y al de Defensa), la Seguridad Social y proveedores privados. Sin embargo, la articulación entre las instituciones públicas a cargo de la atención de la salud y entre éstas y los proveedores privados, así como sus funciones, varían entre los diferentes países, lo cual ha influido sobre el diseño particular de cada reforma.

En Nicaragua, toda la red de unidades de provisión de servicios que poseía el Instituto Nicaragüense de la Seguridad Social (INSS) antes de 1979 fueron transferidas al Ministerio de Salud durante el primer año de la revolución sandinista. El INSS siguió recaudando la cotización obligatoria sobre los salarios, pero una parte de ella era transferida al Ministerio bajo el nombre de "cuota técnica". En 1993 hubo una nueva reforma de salud que devolvió al INSS la posibilidad de brindar a sus asegurados servicios diferenciados de salud. Ello no dio lugar a un proceso de construcción o adquisición de clínicas u

hospitales, sino a un programa de compra de servicios de salud a los diferentes proveedores públicos y privados existentes. Así, en Nicaragua la Seguridad Social se limita a cumplir las funciones de aseguramiento y compra de servicios, y la provisión está a cargo del Ministerio de Salud así como de los hospitales del Ministerio de Gobernación y del Ejército que, al igual que las clínicas y hospitales privados, brindan servicios a su población meta y venden servicios al INSS. La expansión de la cobertura en Nicaragua se ha realizado mediante programas ejecutados principalmente por la red de atención primaria del Ministerio de Salud, consistente en centros de salud con médico y sin médico, y del programa del INSS de compra de servicios a empresas médicas provisionales.

Costa Rica se encuentra en el otro extremo. Toda la red de servicios se ha ido concentrando en la Seguridad Social. En los años 80 se trasladaron a la Caja Costarricense de Seguro Social todos los hospitales administrados por la Junta de Protección Social y en 1995 se le trasladaron todos los centros de atención primaria administrados hasta entonces por el Ministerio de Salud. A partir de ese momento, el Ministerio de Salud se ha venido especializando en la función de rector del sector y es responsable de algunos programas de base poblacional, tales como el combate de la malaria y el dengue. Así, la CCSS es el único proveedor público de servicios de salud, y en su mayoría los servicios son producidos por su propia red de centros de salud, clínicas y hospitales, aunque también compra servicios de atención de primer nivel a un pequeño grupo de proveedores. La extensión de la cobertura en las prestaciones se ha producido mediante el desarrollo de la red de áreas de salud y de equipos de atención integral en salud (EBAIS), que cubre prácticamente todo el país.

El caso de Honduras es más complejo, ya que no pareciera existir una adecuada distribución de funciones entre la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Aunque la mayor parte de la red pertenece a la Secretaría, el Instituto tiene una red propia, concentrada en la capital y en la segunda ciudad del país, y está planeando asumir la administración de nuevos hospitales que la Secretaría ha constituido y que es incapaz de administrar por falta de recursos financieros. Al mismo tiempo el IHSS tiene un programa de extensión de la cobertura basado en la compra de servicios a proveedores privados, que ya ha sido puesto en marcha en más de 10 ciudades secundarias.

El cuadro siguiente muestra algunos datos sobre la red de los tres países.

**Número de establecimientos
y de camas
2004**

País y recursos	Número
Costa Rica	
Hospitales	29
Clínicas	10
EBAIS	857
Consultorios	1,800
Áreas de Salud	103
Camas	5,850
Honduras	
Hospitales	54
Camas Sector Público	4,784
Nicaragua	
Hospitales	32
Centros de Salud	1,043
Policlínicas	1
EMP	49
Camas INSS	4,044
Camas MINSA	5,029

FUENTE: Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de Estadística, CCSS, Costa Rica. Anuario Estadístico INSS, Nicaragua. Oficina de Estadística, MINSA, Nicaragua

C. Diseño general de las reformas

Las ambiciosas reformas del sistema de salud de los años noventa tienen en común varios ejes, aunque en su implementación se han presentado diferencias significativas en razón de las condiciones particulares de la salud y del grado de desarrollo institucional. A continuación se hace un breve resumen de los componentes de la reforma y de las diferencias entre los tres países.

Desarrollo de funciones de rectoría. En los tres países se ha buscado fortalecer la capacidad del Ministerio en las funciones de rectoría, y principalmente en las funciones de regulación y acreditación de entidades. Sin embargo, el desarrollo institucional en esta dirección ha sido más complejo en los países donde el Ministerio además tiene funciones relevantes en la provisión de servicios, pues a menudo los recursos se han concentrado en financiar los procesos de descentralización o los procesos de modernización hospitalaria, en vez de su capacidad rectora.

Separación de funciones. La propuesta inicial de reforma incluía una separación de los seguros de salud y de pensiones, por una parte, y al interior del seguro de salud una separación de las funciones de aseguramiento, compra de servicios y provisión de servicios. En Costa Rica los dos seguros estaban separados, y en los otros dos países fueron separados en el contexto de la reforma, lo cual implicó un aumento de los recursos disponibles para el seguro de salud. Sin embargo, en ninguno de los tres se ha conseguido separar claramente los costos de administración de los dos seguros. En cuanto a la

separación de aseguramiento, compra y provisión, los niveles son desiguales. El caso más radical es el de la seguridad social nicaragüense, que se ha especializado en el aseguramiento y en la compra servicios, pero no los provee, y que ha venido desarrollando un eficaz programa de monitoreo de calidad y de supervisión sobre la red de proveedores. En el otro extremo se encuentran los Ministerios de Salud de Honduras y Nicaragua, que aunque han comprado servicios en el marco de sus programas de extensión de cobertura en la atención primaria, no han desarrollado de manera significativa la capacidad institucional de compra, monitoreo y supervisión. Un caso intermedio es la seguridad social de Honduras y de Costa Rica, que han constituido unidades especializadas en la compra de servicios que aún tienen una capacidad muy limitada o inexistente de monitoreo y supervisión.

Nuevo modelo de gestión. En los tres países se ha promovido el establecimiento de los compromisos de gestión como una herramienta para propiciar las mejoras en la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. El instrumento debería ir acompañado de una desconcentración de funciones que dé mayor autonomía a los centros proveedores de servicios, de manera que cuenten con los instrumentos para responder por sus compromisos. Sin embargo, el proceso de desconcentración de potestades ha sido relativamente limitado en Costa Rica, aunque se ha acelerado en el último año, y prácticamente inexistente en Nicaragua y Honduras. Por otra parte, en ninguno de los tres países el compromiso de gestión ha ido acompañado de una transferencia efectiva de riesgos que incluya la sustitución paulatina del presupuesto histórico por un presupuesto por producción (en la atención de segundo y tercer nivel) o per capita (en la atención de primer nivel). Esto ha limitado el potencial del compromiso de la gestión en la modernización del sector.

Modernización hospitalaria. En los tres países ha habido un proceso de modernización hospitalaria, aunque sólo en Nicaragua y Honduras ha conllevado un programa especial de inversión en capacitación, equipo e infraestructura. En el caso de Nicaragua se seleccionó seis hospitales que se beneficiaron de un profundo proceso de reestructuración, de capacitación y de inversión en infraestructura y equipo. En el caso de Honduras el programa de modernización abarcó doce hospitales. En ambos países el proceso ha implicado una mejora en diferentes indicadores hospitalarios, aunque aún ha pasado poco tiempo para que una evaluación arroje resultados concluyentes.

Extensión de la cobertura en la atención de primer nivel. Los programas de extensión de cobertura han sido muy desiguales, lo cual es normal dadas las diferencias en la situación de partida. Costa Rica, en un extremo, ha seguido una estrategia consistente en la expansión de su propia red de atención primaria mediante la constitución de los equipos de atención integral de salud, aunque en unos pocos casos ha recurrido a la contratación de proveedores externos para el otorgamiento de los paquetes. Honduras, en el otro extremo, ha apostado por la contratación casi exclusiva de proveedores externos más o menos al margen de la red institucional: desde la constitución de equipos itinerantes para la provisión de un paquete básico y contratos per capita, hasta la constitución de clínicas comunales que reciben un subsidio calculado per capita. Nicaragua, por su parte, ha apostado a una estrategia intermedia, que combina el financiamiento de acciones a cargo de su propia red con la contratación de entidades externas mediante capitación.

D. La extensión de la cobertura

Al hablar de un sistema bismarckiano de seguro social, se usa el término “cobertura” para referirse a dos conceptos que no necesariamente coinciden. Por una parte, está la cobertura de las prestaciones de salud propiamente dichas, tanto desde el punto de vista horizontal –esto es, la población que tiene acceso efectivo a las prestaciones– como desde el punto de vista vertical –la diversidad y calidad de dichas prestaciones. Por otra parte, está la cobertura de aseguramiento, que se refiere al porcentaje de la población que paga la prima del seguro; en este último sentido, se abre una diferencia entre los asegurados directos y los asegurados indirectos, cuyo derecho se deriva del asegurado directo.

En América Central una parte del sector salud más o menos relevante según los países, está organizada de acuerdo con los principios bismarckianos del seguro social, es decir, existen instituciones que brindan sus servicios de salud a la población que ha comprado un seguro de salud. Es el caso del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, el Instituto Hondureño de Seguridad Social o la Caja Costarricense de Seguro Social. La cobertura de aseguramiento de estas instituciones varía entre un país y otro: si se consideran los asegurados directos como una proporción de la PEA, los porcentajes oscilan entre el 16% para Nicaragua y Honduras y el 52% para Costa Rica; si se consideran los asegurados directos e indirectos como una proporción de la población, los porcentajes oscilan entre el 14% para Honduras, el 22% para Nicaragua y el 88% para Costa Rica.

La población asegurada tiene acceso a un paquete de servicios que varía entre los diferentes países. Sin embargo, es evidente que no sólo la población asegurada recibe servicios de salud, sino que los países cuentan con una red pública y privada para proveer dichos servicios al resto de la población, incluida aquella que vive en condiciones de extrema pobreza. La manera particular en que se articulan la red privada, el seguro social y la atención de la población más pobre constituye un rasgo muy significativo de la institucionalidad sanitaria de un país.

De los tres países que se analizan, Honduras se encuentra en uno de los extremos. La población no asegurada es atendida por el sector privado, cuando se trata de una población solvente, o por la Secretaría de Salud, que como se ha dicho tiene su propia red que dispensa gratuitamente servicios a la población. Esto implica una clara segregación entre la población asegurada, que acude al IHSS, y la población no asegurada, cuyo segmento pobre es asistido por la red de la Secretaría. Dicha separación de poblaciones va acompañada de una diferencia en la calidad de los servicios y en los tiempos de espera.

En el otro extremo se encuentra Costa Rica, que integra los servicios a la población asegurada y no asegurada en la Caja Costarricense de Seguro Social. La población asegurada recibe esos servicios como parte del aseguramiento, mientras que la población no asegurada los debe pagar al costo, salvo si se trata de personas que viven en condiciones de pobreza extrema: en dicho caso, el Estado asume el pago de la prima de aseguramiento y la Caja les brinda los servicios gratuitamente. Esto no implica que en Costa Rica sea inexistente la segregación entre los diferentes grupos de ingreso, al menos en la atención primaria: la población de ingresos medios y

de edad productiva aunque esté asegurada no suele utilizar los servicios de atención primaria de la CCSS, sino que acude a consulta externa en el sector privado²; sin embargo, la población de ingresos bajos de todas las edades así como la población de ingresos medios de edad avanzada sí utilizan los servicios de atención primaria de la CCSS, de manera que los servicios de la población en extrema pobreza no son diferentes de los que recibe la población asegurada.

Los esfuerzos institucionales por integrar la atención a la población asegurada y a la población no asegurada, tanto en el nivel primario y secundario como en los servicios de hospitalización, tiene la ventaja de reducir la posibilidad de que se deteriore la calidad de las prestaciones a la población de menores ingresos. No obstante, en la medida en que los servicios no sean diferenciados, presenta el riesgo de que la evasión se vea incentivada entre la población de ingresos medios y altos, ya que las prestaciones que reciben son idénticas independientemente del nivel de cotización. En el caso de Costa Rica se ha valorado la posibilidad de ofrecer a los contribuyentes de ingresos más altos algunos servicios diferenciados, en particular en relación con la hostelería y los tiempos de espera, pero las propuestas han enfrentado la oposición de quienes ven en ello el inicio de un proceso de diferenciación en las prestaciones.

Nicaragua es un caso intermedio entre Honduras y Costa Rica. En los últimos años se están ensayando algunas estrategias que podrían propiciar una mayor integración de los servicios brindados por el Ministerio de Salud a la población pobre y los servicios brindados por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social a la población de ingresos medios. Como se verá, esta última institución compra los servicios para sus asegurados a la red existente en el país, tanto pública como privada, pero en el caso de la red pública, especializada en la atención de la población que no tiene medios para acceder al seguro social ni a los servicios privados, exige para sus asegurados un tratamiento diferenciado, sobre todo en materia de tiempos de espera y de hostelería. Lo que en Costa Rica es interpretado como un paso hacia la diferenciación de los servicios y por tanto hacia un deterioro de la atención a la población más pobre, en Nicaragua está constituyendo un instrumento para mejorar los servicios brindados a los más pobres y en esa medida propiciar una mayor integración social mediante la salud. Así, el grado de integración en la calidad de la atención a los diferentes segmentos de la población no es tan alto como en Costa Rica pero es mucho mayor que en Honduras.

El siguiente cuadro muestra la evolución de la cobertura del seguro de salud en los tres países. Mientras que en Honduras y Nicaragua en los últimos años se ha iniciado un proceso de expansión de la cobertura contributiva, en Costa Rica es notorio el estancamiento o bien el retroceso del aseguramiento contributivo, aunque resulte relativamente alto en relación con el resto de la región, ya que la población cotizante con respecto a la PEA ha pasado del 60,8% en 1990 al 53,4% en el 2004. Si bien los progresos son más difíciles cuanto mayor es la cobertura, ya que los sectores que quedan por incorporar son aquellos que más padecen la informalidad, lo cierto es que se trata precisamente de los sectores más necesitados de protección, por lo que su afiliación constituye un doble desafío.

² Los servicios hospitalarios de la CCSS sí suelen ser utilizados de manera bastante generalizada por la población de ingresos medios.

**Cobertura: porcentaje de cotizantes y de
asegurados con respecto a la PEA y a la población
2000-2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Cotizantes/PEA					
Costa Rica	55.6	52.4	52.5	52.2	53.4
Honduras	nd	14.8	14.0	15.2	17.7
Nicaragua	13.0	13.0	16.0	16.0	nd
Asegurados/Población Total					
Costa Rica	87.9	87.5	86.8	85.3	87.8
Honduras	nd	nd	nd	nd	14.0
Nicaragua	nd	nd	nd	nd	22.1

FUENTE: Boletín Estadístico IHSS, Honduras

Departamento de Estadística de la CCSS, Costa Rica

Anuario Estadístico del INSS, Nicaragua

Las diferencias entre los países son aún mayores si, en vez de la población cotizante, se consideran todos los asegurados. La diferencia entre el número de cotizantes y el número de asegurados viene dada por todas las personas que están aseguradas sin cotizar, y en Costa Rica es significativa, en virtud de todos los grupos a los que se concede el aseguramiento sin requisito de cotización. Las personas que reciben la condición de aseguramiento sin requisito de cotización en los tres países son los miembros del grupo familiar, aunque los límites del aseguramiento son diferentes al igual que las prestaciones: en los tres países se incluye al cónyuge, pero para un reducido grupo de prestaciones en los casos de Honduras y Nicaragua, y a los hijos, pero hasta los 11 años en Honduras, hasta los 12 años en Nicaragua³, y hasta los 18 años o los 25 si están estudiando en Costa Rica. En Costa Rica, además, tienen derecho al seguro de salud sin requisito de cotización la población en pobreza extrema y por la cual el estado paga la prima de aseguramiento, los niños y los adolescentes, las mujeres embarazadas y los discapacitados.

E. Nicaragua

En el marco de la reforma del sector salud ha habido cinco programas relevantes de extensión de la cobertura: uno de ellos ha sido impulsado por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social para brindar servicios de salud diferenciados a la población asegurada y cuatro por el Ministerio para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en poblaciones postergadas o de difícil acceso geográfico. Las cinco intervenciones implican nuevas modalidades de gestión y financiamiento que han arrojado interesantes resultados.

1. Atención primaria del Ministerio de Salud

Las cuatro intervenciones realizadas desde el Ministerio de Salud para extender la cobertura de la atención primaria, son las siguientes:

³ Antes del 2005 sólo los hijos menores de 6 años estaban cubiertos por el seguro familiar.

- a) Nuevo modelo de gestión: Mejoras de gestión y provisión de servicios de salud mediante el establecimiento de convenios de gestión con las estructuras regionales del Ministerio (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, SILAIS) y los centros de salud del Ministerio de Salud. Intervención ligada a incentivos, mejoras de infraestructura y equipamientos. Ha sido financiada con empréstitos externos otorgados por el Banco Mundial.
- b) Fondo de Maternidad e Infancia Segura (FONMAT): Ampliación de cobertura y mejora de la calidad de los servicios de salud mediante la entrega de un paquete de servicios para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido hasta que cumpla un año, mediante los proveedores propios del Ministerio de Salud. La intervención ha consistido en una asignación prospectiva de recursos económicos para la prestación del paquete, infraestructura, equipamiento, capacitación y recursos para la movilización comunitaria. Ha sido financiado con empréstitos externos otorgados por el BID, con una modalidad de financiamiento decreciente en la perspectiva de que el financiamiento vaya siendo progresivamente asumido por el Ministerio.
- c) Extensión de cobertura mediante subrogados: Ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la entrega de un paquete básico de servicios a poblaciones sin acceso a los servicios públicos por medio de la contratación de ONG. Se trata de contratos de prestación de servicios entre el Ministerio y la ONG, financiado con empréstitos otorgados por el Banco Mundial.
- d) Apoyo a las casas maternas: Apoyo financiero del Ministerio de Salud a las casas administradas por los gobiernos locales y la sociedad civil con la función de albergar a las mujeres de zonas rurales durante los días previos y posteriores al parto.

Los tres primeros programas, todos del Ministerio de Salud, se centran en la atención primaria y tienen objetivos muy concretos para extender la cobertura de servicios de salud y con base de actuación en los proveedores de servicios propios del Ministerio, los SILAIS y los centros de salud. Aunque a posteriori las evaluaciones oficiales señalan que pudo haber una mayor integración de estas intervenciones y la estructura ordinaria del Ministerio, lo cierto es que desde siempre existió la preocupación de que fuera así y de que no se tratara de intervenciones producidas a espaldas de la institucionalidad estatal nicaragüense. En segundo lugar, las tres intervenciones se basan con menor o mayor intensidad en la estrategia de separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios que se viene dando de forma creciente en Nicaragua, tanto en el Ministerio como en el INSS: FONMAT contempla el establecimiento de compromisos de gestión con la red de atención primaria y asignación de recursos por una mezcla de capitación y evento; el nuevo modelo de gestión contempla los convenios de gestión como un primer paso para establecer presupuestos por capitación y no sobre base histórica, y extensión de cobertura mediante subrogados el desarrollo de contratos de prestación de servicios con establecimientos proveedores independientes del Ministerio.

Las dos primeras intervenciones basaron su estrategia en la red de proveedores del Ministerio. Originalmente el FONMAT consideraba la posibilidad de contratar proveedores privados y ONG, pero el monto asignado no resultaba suficiente para financiar todo el paquete, de manera que sólo los centros de salud, cuyo personal era financiado por el Ministerio, resultaban competitivos. La tercera intervención consistía en contratar ONGs con pago per cápita para brindar un paquete básico igualmente concentrado en la atención de la maternidad, pero sólo se contrató dos empresas el primer año y

apenas una de ellas permaneció brindando los servicios en los años subsecuentes, por lo cual el programa nunca tuvo mayor importancia.

Las dos primeras intervenciones, basadas en la red de atención primaria del Ministerio, consistieron en apoyo financiero para capacitación y para mejorar la infraestructura y el equipamiento, de manera que aumentara la capacidad resolutive de los centros de salud, particularmente en lo que se refiere a los servicios de maternidad. El FONMAT financió además un monto complementario por evento –entre US\$ 37 y US\$ 45 por cada parto que tuviera lugar en la comunidad–, con lo cual se buscaba sufragar una atención continuada y sistemática de carácter longitudinal, desde la detección del embarazo (a los dos meses en promedio) hasta que el niño cumpliera 1 año, pasando por el control prenatal, la atención del parto, del puerperio y del niño.

La capacitación se otorgó a los funcionarios de los Centros de Salud, pero además a la población voluntaria. Debe recordarse que durante el gobierno del Frente Sandinista se constituyó una amplia red de brigadistas y voluntarios que jugó y aún juega un papel muy importante en la atención de la salud de la población. La labor de los Centros de Salud y los Puestos de Salud se apoya en esta red, que ha sido reactivada mediante estas dos intervenciones. El principal instrumento utilizado por estas dos intervenciones para la regulación de la relación entre el Centro de Salud y la Administración Central fue el convenio de gestión (denominado también compromiso de gestión o contrato de servicios). El instrumento se ha ido mejorando para que juegue un papel efectivo en la organización de incentivos a nivel de los establecimientos proveedores. Estaba prevista la existencia de incentivos personales al desempeño, pero fueron eliminados por temor de la administración recién entrada al poder de que se prestaran para la corrupción.

Por su parte, las casas maternas constituyen albergues cerca de los Centros de Salud para mujeres de lugares remotos que van a dar a luz o que acaban de hacerlo. Existen 9 a lo largo del país, que han atendido a 3,000 parturientas, alrededor del 10% de los partos de sus distritos. Pertenecen a la comunidad organizada y reciben apoyo financiero y técnico de parte del Ministerio de Salud. Generalmente se trata de organizaciones populares pequeñas con una amplia base local, a menudo de origen campesino. Originalmente se rehabilitaron edificios viejos para instalar las casas, pero gracias a la cooperación internacional se ha empezado a construir edificios especialmente diseñados para albergar las casas maternas. Las casas maternas son regidas por un comité formado por el centro de salud, del gobierno local, de la organización líder de la sociedad civil y a veces del Ministerio de Educación. A menudo la organización de la sociedad civil aporta una persona tiempo completo para gestionar la casa, y el Ministerio de Salud aporta la atención brindada por el personal del Centro de Salud, que realiza visitas diarias para atender a las mujeres albergadas, así como un capital anual decreciente para cubrir los costos de operación. A veces, los gobiernos locales proporcionan el terreno para construir el nuevo edificio y aportan una cantidad adicional de dinero para ayudar a cubrir los costos de operación. Con frecuencia se forman redes de patrocinadores que ofrecen recursos complementarios.

2. Contratación de Empresas Médicas Previsionales por el INSS

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social recobró desde 1993 la posibilidad de brindar servicios de atención diferenciados a sus asegurados, y comenzó a comprarlos a las clínicas y hospitales existentes. Para hacerlo contrata los servicios a las Empresas Médicas Previsionales (EMP),

sociedades anónimas constituidas al interior de los diferentes hospitales, que asumen la responsabilidad de brindar una canasta de prestaciones a los asegurados directos, que incluye la atención de más o menos 800 enfermedades, así como atención en medicina general a los hijos menores de doce años y atención en obstetricia a las esposas. No está incluida la atención de enfermedades agudas cuyo tratamiento sea muy costoso, como enfermedades cardiovasculares y como cateterismos. A cambio de brindar esa canasta, las EMP reciben un per capita anual homogéneo que a mediados del 2005 era de 214 córdobas, el equivalente de US\$ 12.5. Dicho monto es asignado entre todas las EMP en función del número de asegurados que se hayan adherido a ellas, ya que los asegurados deben escoger una y pueden cambiar de EMP una vez al año. El INSS paga per capita, sin co-pago ni límite en la cantidad de veces que el asegurado puede hacer uso de la EMP, y ésta no puede segmentar servicios sino que está obligada a brindar la totalidad del paquete; en caso de que no disponga de algunos de los servicios exigidos por el INSS, está obligada a subcontratarlos. En caso de incapacidad del trabajador, la EMP debe asumir el pago del subsidio monetario por enfermedad.

Para ser acreedoras de un contrato, las EMP deben pasar un proceso de acreditación, y una vez que se lo han adjudicado se ven sometidas a un proceso de supervisión y monitoreo bastante riguroso: en cada EMP el INSS destaca un médico supervisor a tiempo completo, responsable de velar por la calidad de los procedimientos y de recibir las quejas de los usuarios. Paulatinamente el INSS ha ido elevando los requisitos de acreditación, y ello ha conllevado una mejora notable en la infraestructura y el personal de las EMP: de unas cuantas “clínicas de garaje” con que comenzó el programa a mediados de los 90, hoy existe una red privada relativamente bien equipada que está desarrollándose aceleradamente.

Para el año 2004, el INSS poseía contratos con 48 EMP para los servicios médicos de sus asegurados, y existía un total de 292.037 de personas adscritas a esas 48 empresas. Es importante rescatar que el INSS ha venido haciendo un importante esfuerzo por mejorar la atención brindada por estas empresas y por aumentar la cantidad de ellas que brindan sus servicios. En particular, porque en las regiones donde no existe red de servicios de salud se instalen Empresas médicas previsionales que le permitan ampliar su cobertura. De hecho, como se mencionó antes, el INSS no exige la afiliación al seguro de salud a los asalariados de regiones donde no cuenta con un proveedor de servicios. Su estrategia de extensión de la cobertura ha consistido en identificar proveedores y promover que proveedores de calidad abran operaciones en las zonas donde no está instituido, con lo cual la obligatoriedad del seguro de salud puede ser hecha efectiva. El número de personas adscritas a estas empresas pasó de 92.000 en 1995 a casi 300.000 en el 2004, lo que representa una mejora importante en la cobertura de asegurados por parte del INSS.

Las EMP pueden ser públicas o privadas. La mayor parte de los hospitales públicos han constituido EMP que venden sus servicios a los asegurados del INSS, a los que brindan entrada y servicios diferenciados. En cuanto a la entrada, los asegurados del INSS no deben someterse a las “colas” que deben hacer los usuarios ordinarios de la red del Ministerio, y en cuanto a los servicios diferenciados se trata principalmente de servicios de hostelería: habitaciones con mejores acabados y mayor intimidad, opciones de comida, etc. Los pagos per capita que hace el INSS por sus asegurados adscritos a una EMP pública son utilizados para contratar el personal adicional en que el hospital es deficitario o para equipar los servicios diferenciados. En el marco de la modernización de los hospitales del Ministerio de Salud, un componente consistía precisamente en mejorar la contabilidad de costos y todo el proceso de facturación y cobro por estos servicios vendidos al INSS.

En el año 2005 el INSS va a iniciar en este marco un programa piloto de aseguramiento de trabajadores independientes. El programa en que los trabajadores independientes aporten al INSS una prima de aseguramiento equivalente al monto que el INSS reconoce per capita a las EMP, con lo cual recibirían el tratamiento de cualquier asalariado asegurado. La experiencia se ha iniciado en la primera mitad del 2005 con los vendedores del mercado Roberto Huembes.

F. Honduras

Uno de los elementos más importantes de la reforma del sector salud en Honduras, tiene que ver con la extensión de la cobertura. Menos del 50% de la población es atendida por la Secretaría de Salud y menos del 23% por el IHSS. Particularmente delicada es la situación en amplias poblaciones muy pobres que carecen de acceso a la red de servicios, básicamente por la distancia de los centros de salud más cercanos.

Para hacer frente al desafío de aumentar la cobertura el país ha puesto en marcha un conjunto de experiencias, algunas de ellas muy novedosas, que se encuentran en la actualidad en fase de experimentación. Pueden distinguirse cuatro programas de extensión de la cobertura, con orientaciones diferentes: uno es un programa de extensión de la cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social, realizado mediante la compra de servicios a proveedores públicos y privados, y tres son de la Secretaría de Salud, dos de ellos basados también en la compra de servicios a terceros y el último en la capacitación de la población civil.

1. Atención primaria de la Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud ha venido extendiendo la cobertura de su atención mediante tres programas.

- a) Nuevos modelos de gestión de ProReforma: Financiamiento per capita y asistencia técnica para la atención primaria para centros de salud constituidos por la comunidad o por los gobiernos locales. El programa se financia con recursos del Banco Mundial.
- b) Equipos Itinerantes del PRIESS: Contratación de equipos itinerantes mediante presupuesto per capita para el otorgamiento de paquetes básicos de atención primaria en comunidades altamente dispersas, mediante visitas periódicas. El programa se financia con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo.
- c) Programa Acceso: Capacitación a población voluntaria de comunidades rurales alejadas para la realización de diversas actividades de atención primaria a la salud. Se financia con recursos técnicos de la cooperación sueca.

a) Nuevos Modelos de Gestión de ProReforma

El programa denominado "Nuevos modelos de Gestión" ha impulsado por el momento dos únicas experiencias que benefician alrededor de 76,000 personas. Se trata del apoyo a dos clínicas: una de medicina general, constituida por una comunidad semirural denominada El Guante, a dos horas de Tegucigalpa, y otra clínica también general pero capaz de atender partos, constituida por una asociación

de gobiernos locales denominada Mancosaric. Ambas experiencias suponen la asistencia técnica de la Secretaría de Salud y la transferencia de un subsidio de la Secretaría.

La Clínica Asistencial “La Caridad”, de la comunidad de El Guante, está administrada por un patronato comunal. Originalmente la comunidad había construido con donaciones privadas y el apoyo de una organización religiosa extranjera un edificio para que la Secretaría de Salud instalara un Centro de Salud. Ante la incapacidad de la Secretaría de poner el personal necesario y asumir la administración del Centro, la comunidad se organizó para administrarlo, con un subsidio monetario de la Secretaría. La Clínica ofrece un conjunto de servicios asistenciales y preventivos a una población aproximada de 5,500 personas, a cambio de un pago que le hace la Secretaría de US\$ 16 anuales per capita, que se complementa con un prepago adicional de más o menos US\$ 1,5 por persona, distribuido según la capacidad de pago de la familia. La canasta establecida con la Secretaría debe ser ofrecida a todos los miembros de la comunidad, pero se pueden concertar otros pagos para ampliar la canasta: por ejemplo, emergencias fuera del horario, servicio de ambulancia, extracciones y obturaciones dentales. La Secretaría se compromete a otorgar asistencia técnica y capacitación al personal, y realizar la evaluación de los resultados y recomendaciones de mejora. El modelo basa su accionar en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades. Descansa en la articulación de un equipo básico de salud, constituido por 8 personas (un medio general, un odontólogo, dos auxiliares de enfermería, un administrador, un contador y un conserje) y los patronatos organizados en cada una de las aldeas incluidas en área de influencia del proyecto.

Durante el primer año de funcionamiento, los fondos aportados por el Estado alcanzaron el monto de US\$ 65,000, de los cuales la mitad se dedicó a insumos y equipo y un tercio a personal. Por concepto de pre-pago se recaudó poco más del 10% de esa suma entre 705 familias, que representan el 80% de toda la comunidad. La mayor parte de las familias que no aportaron el pre-pago en efectivo, lo hizo mediante trabajo voluntario, desde trabajos de jardinería y mantenimiento hasta la conducción de la ambulancia (hay 10 chóferes en disponibilidad que dan su servicio voluntario).

La Clínica Materno-Infantil Mancosaric tiene el mismo origen: uno de los ayuntamientos de la mancomunidad construyó un edificio para que la Secretaría instalara una Clínica Materno-Infantil, pero ante la incapacidad de ésta tomó la decisión de unirse con otros municipios y administrar la Clínica. Aquí el financiamiento es tripartito: los gobiernos locales transfieren a la Clínica un porcentaje de su presupuesto, la Secretaría transfiere un presupuesto anual que depende de la producción estimada para el año y que se liquida a posteriori, y los pacientes asumen un co-pago por los servicios. Los pagos hechos por los pacientes atendidos en la clínica son simbólicos: por un parto normal pagan sólo 200 lempiras; por el resto de los servicios generalmente se cobran 50 lempiras. Esto representa mucho menos que los gastos de transporte hasta el Hospital de Occidente, que rondan los 600 o 800 lempiras. Sin embargo al paciente se le entrega una factura detallada donde se indican los costos reales de los servicios recibidos, y se señala cuánto es el subsidio del Estado, que cubre la mayor parte del valor de la atención. En cuanto al subsidio estatal que recibe la Clínica, se establecen tarifas por producto, tanto en atención asistencial (partos, referencias de embarazos de alto riesgo al hospital, atención de emergencias, etc.) como en prevención (controles prenatal y post-parto, egresos con método anticonceptivo moderno, manejo de desechos) y promoción de la salud. Con base en esas tarifas y en una estimación de la producción anual, se fija un presupuesto del cual se transfiere un 80% al inicio del año, y el 20% se liquida al final del año con base en una evaluación de resultados. Hasta el momento el subsidio estatal se ha financiado con fondos de un préstamo del Banco Mundial.

El personal que trabaja en la Clínica conoce la población de la MANCORSARIC; es decir, que está familiarizado con los niveles de pobreza de la zona. Se ha abierto la clínica con el mínimo personal, compuesto por una enfermera profesional que podría asumir la dirección de la clínica, ocho auxiliares de enfermería por turno, médicos para las 24 horas del día, un administrador y personal de seguridad, limpieza, lavandería y mantenimiento. Por tradición el personal de gobierno, y en particular el de salud, ha sido contratado por la Secretaría de Salud con un salario fijo, independientemente de los productos alcanzados. En este caso, la clínica espera celebrar contratos por producción en algunos puestos clave. Por ejemplo, la contratación de médicos se hace de forma grupal y no individual. Esto generó grandes suspicacias en los gremios médicos, que han manifestado su preocupación de que la experiencia constituya un intento de privatizar la salud.

La posibilidad de que esta experiencia sea replicada es mayor que en el caso de la Clínica de El Guante, sobre todo por la participación municipal, que le da un respaldo institucional que puede suplir en parte las debilidades en la organización y la capacidad gerencial, y un respaldo financiero que podría compensar las discontinuidades en el flujo de recursos de la Secretaría. No obstante, la replicación de la experiencia exigiría un programa específico de consolidación de las mancomunidades municipales, y la solución del problema de la salud constituye una motivación ideal para propiciar ese fortalecimiento.

b) Equipos itinerantes del PRIESS

El Programa Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud ha consistido en suministrar un paquete básico de servicios de salud a vastas poblaciones rurales en extrema pobreza, mediante equipos itinerantes que contratados per capita a Organizaciones no Gubernamentales (ONG) u otros proveedores privados. En los tres años de funcionamiento ha llegado a cubrir a 1142 comunidades rurales conformadas por 60,000 familias y 289,000 habitantes diseminadas a lo largo de los 95 municipios más pobres del país. El pago per capita es de aproximadamente US\$ 18 por año.

En un inicio el programa otorgaba una canasta de servicios básicos diferente de la utilizada por la Secretaría en su propia red, y ponía un excesivo énfasis en la atención materno-infantil. Sin embargo, a raíz de la validación realizada con 20 comunidades se decidió eliminar algunos servicios que encarecían excesivamente la canasta, entre ellos la atención al parto, de manera que se alineó la canasta con la ofrecida por la Secretaría en su red tradicional de atención primaria.

A los equipos itinerantes responsables de entregar el paquete básico se les asigna un conjunto de aldeas, de manera que en promedio puedan visitar cada aldea durante un par de días cada 45 días. Durante los primeros 3 meses de la contratación, el equipo itinerante debe recibir un proceso de capacitación, hacer un reconocimiento detallado del terreno y levantar la línea base mediante un censo casa por casa. Una vez levantada la línea base, comienza a realizar su rol de visitas itinerantes. El equipo está integrado por 5 profesionales y técnicos en salud (1 médico general o enfermera profesional, 2 auxiliares de enfermería y 2 promotores de salud). Este equipo concentra la atención de varios caseríos en su aldea respectiva o un centro de convergencia y visita en su domicilio a las familias en riesgo que necesiten algún servicio del paquete. Este equipo atiende, en promedio a una población de 8.000 personas, equivalentes a 1.333 familias de las comunidades beneficiarias.

Por otra parte, el equipo itinerante se apoya en cada aldea en lo que se ha llamado un equipo de salud permanente, constituido por personal voluntario de la comunidad, que se reúne con el equipo itinerante en cada visita y recibe capacitación y medicamentos para atender las necesidades de la comunidad entre las visitas del equipo itinerante. La Secretaría de Salud ha desarrollado un programa básico de capacitación de estas personas en diversos roles dentro de su comunidad. Los programas de capacitación se han organizado en torno a 5 tipos de funciones: (i) colaborador voluntario de vectores, (ii) consejera de lactancia materna, (iii) miembros de la junta de agua y saneamiento, (iv) monitor de control de peso y talla y (v) partera.

El programa se inició sin un sistema de monitoreo y control, lo cual impidió que se generara la información necesaria para evaluar el impacto y el costo efectivo del programa, así como para realizar la supervisión necesaria sobre los proveedores. Este problema ha sido subsanado con un sistema muy complejo, que permite generar gran cantidad de información pero que consume un tiempo excesivo de las ONG proveedoras del paquete.

El financiamiento del BID disminuyó progresivamente del 90% en el primer año, hasta el 54% en el tercer año. Este plan se ejecutó en municipios con elevada concentración de pobreza y aprovechando los resultados de otros programas complementarios existentes. Hasta la fecha, la Secretaría de Salud no había comprometido los recursos presupuestarios que permitirían dar continuidad al programa, cuyo financiamiento, con recursos reembolsables del BID, llegaba hasta mediados del año 2005.

La experiencia del PRIESS es mucho más ambiciosa que las dos experiencias anteriores, y sin lugar a dudas fue capaz de llenar un vacío en la atención de las comunidades alejadas. Sin embargo, la distancia entre las visitas a la comunidad de los equipos itinerantes hace que el programa se adapte muy bien para la promoción de la salud –de las cuales hay una gran necesidad en las zonas rurales de Honduras–, pero en menor medida para la prevención y que no sea capaz de llenar el vacío existente en la atención asistencial. Además, el programa no fue incorporado dentro de la institucionalidad de la Secretaría, lo cual ha tenido como consecuencia que con el fin del financiamiento del BID la continuidad del programa se vea seriamente comprometida.

c) Programa Acceso

El programa menos ambicioso desde el punto de vista de sus metas de cobertura y de los recursos financieros involucrados, pero que tiene más trayectoria y ha mantenido mayor continuidad en el país, es el Proyecto “Extensión, consolidación y profundización del proceso nacional de acceso”, conocido como Acceso, financiado por la cooperación sueca. El objetivo primordial de este programa es promover el acceso a los servicios de salud por medio de la descentralización de los servicios y de nuevos modelos de participación social con comunidades y municipalidades organizadas para la prevención y la promoción de la salud.

Entre sus experiencias novedosas en gestión de la salud se encuentra un programa de clínicas comunitarias. Cada clínica comunitaria en realidad consiste en un equipo de personal voluntario que brinda atención primaria a una comunidad de menos de 1000 habitantes. Este equipo está formado por 7 personas que periódicamente reciben capacitación del proyecto y realizan su labor bajo la supervisión de un Centro de Salud. Hay 21 Clínicas Comunitarias, de las cuales la más antigua, San Miguel Lajas, tiene casi 10 años. Todas han recibido un capital semilla para compra de medicamentos. Cobran una cuota baja para el mantenimiento de la clínica y la compra de medicamentos, y reciben un cuadro básico de medicamentos de la Secretaría de Salud.

En materia de capacitación una de las experiencias más sobresalientes del proyecto ha sido la capacitación recibida por más de cien enfermeras auxiliares, seleccionadas entre las seis mayores etnias indígenas. Estas enfermeras fueron entrenadas durante un año en sus lugares de habitación y el proyecto propició la transmisión intercultural como parte importante de la formación. El proyecto también ha dado capacitación, entrenamiento y planeamiento a organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos que ofrecen servicios básicos a comunidades ubicadas especialmente en áreas rurales y que antes del Proyecto no contaban con esa atención.

2. Programa SILOSS del IHSS

En Honduras la obligatoriedad del aseguramiento rige en todo el país sólo para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; en el caso del seguro de Enfermedad y Maternidad, la obligatoriedad es efectiva sólo allí donde el IHSS da servicios de salud. Así, tradicionalmente este seguro sólo había sido obligatorio en las dos ciudades en que el IHSS tenía red de servicios: Tegucigalpa y San Pedro de Sula. Sin embargo, a partir del año 2003 se inició el programa denominado “Sistemas Locales de Seguridad Social” (SILOSS), que busca extender la cobertura a otras ciudades secundarias del país, para lo cual se contrató a entidades públicas y privadas que proveen servicios de salud.

El IHSS hace un contrato por los servicios de primer nivel de atención, que se basa en pagos per capita, y otro para el segundo y el tercer nivel de atención, que se basa en el pago por evento. El programa está organizado de tal forma que se contrata a varios proveedores para atender la población de una determinada área geográfica. Los asegurados directos de esa área escogen uno de los proveedores disponibles, al que deben afiliarse formalmente; mientras estén afiliados al proveedor escogido, sólo ese podrá brindarles servicios de salud (salvo casos de urgencias), y pueden cambiar de proveedor una vez al año. Los pagos por los servicios de primer nivel se hacen en función del

número de afiliados (asegurados directos) que tenga el proveedor, y los pagos por los servicios de segundo y tercer nivel se hacen en función de los servicios efectivos que el proveedor haya brindado a la población afiliada.

Para brindar la atención de primer nivel, el proveedor debe contar con un Equipo de Salud Familiar (ESAF) por cada 5,000 derechohabientes. El ESAF está constituido por un médico general, una enfermera profesional, una enfermera auxiliar, un promotor de salud y un asistente técnico (a cargo este último de realizar el reclutamiento de afiliados). El proveedor aporta las instalaciones y el equipo médico, así como el personal, los exámenes de laboratorio y los medicamentos incluidos dentro del cuadro básico definido por el IHSS. Los pagos de los servicios de primer nivel tienen dos componentes: un pago per capita y un pago por desempeño. Para el primer componente, se establece una tarifa per capita de común acuerdo entre las partes, que oscila entre US\$ 30 y US\$ 35 al año por todo el paquete. Este monto parecería alto si se compara con los US\$ 15 y US\$ 16 que se pagan per capita por la atención de primer nivel en otros programas de extensión la cobertura analizados en este documento; sin embargo, debe aclararse que la base de cálculo es distinta, ya que en esos otros casos el per capita se calcula sobre la base de toda la población existente en el área de influencia, mientras que en este caso se calcula sólo sobre el número de asegurados directos, pero el proveedor se obliga a dar la atención no sólo a éstos sino también a sus beneficiarios (hijos menores de 11 años y cónyuge en lo que se refiere al embarazo y el puerperio, así como a la detección de cáncer de cerviz y de mama). El pago por desempeño está sujeto a que el proveedor haya obtenido una calificación global superior a 80%. Con el propósito de desestimular la referencia al segundo y tercer nivel de atención, se estipula un nivel máximo de referencia considerado como aceptable por el IHSS, por encima del cual se le deduce al proveedor un pago estipulado de previo por cada referencia en exceso así como los gastos reales de diagnóstico y medicamento que dicha referencia haya generado. Esta medida no se ha implementado, debido a las deficiencias en los sistemas de información de la institución.

El proveedor se compromete a brindar un paquete básico de servicios, que incluye las acciones de promoción, prevención y asistencia, tanto al asegurado directo como a sus beneficiarios (que son los asegurados indirectos o familiares: los hijos menores de 11 años del asegurado y el cónyuge en lo que se refiere al embarazo y el puerperio, así como el control de cáncer de cerviz y de mama). En materia asistencial, el proveedor se compromete a brindar consulta en medicina familiar, gineco-obstetricia, pediatría, odontología preventiva y curativa, y realizar procedimientos sencillos como vendajes, curaciones, suturas básicas y electrocauterización, nebulizaciones y rehidratación oral, acompañadas de procedimientos de diagnóstico básico como toma de muestras de laboratorio, ultrasonido y electrocardiografía.

A mediados del 2005 existían 26 proveedores en diez ciudades. Aún no existe ninguna experiencia del programa SILOSS en la zona rural. La experiencia de SILOSS es muy reciente para sacar conclusiones sobre su eficiencia y comparar la calidad y el costo de los servicios brindados por las llamadas “empresas subrogadas” con los brindados por la red del IHSS. A juzgar por algunas encuestas de satisfacción, los usuarios se encuentran en general satisfechos con la oportunidad y la calidad de la atención recibida. Sin embargo, la expansión del programa no parece haber ido de la mano con una adecuada asimilación de la experiencia. En efecto, el programa ha crecido muy aceleradamente, y el IHSS no ha hecho una evaluación profunda de los problemas surgidos en las primeras experiencias. De hecho, una de las debilidades del programa SILOSS es su limitada capacidad de monitoreo y supervisión. Una de las prioridades del IHSS en este momento es

precisamente desarrollar esa capacidad mediante programas de capacitación y asistencia técnica y mediante un fortalecimiento de la gerencia respectiva con nuevos recursos humanos y tecnológicos. En gran medida el éxito definitivo de esta experiencia, que podría marcar sustancialmente el desarrollo futuro de la provisión de servicios del IHSS, dependerá de que el instituto consiga cumplir eficazmente con las complejas responsabilidades que se desprenden de su función como comprador de servicios.

G. Costa Rica

La reorganización de la atención primaria constituyó el elemento más descollante y exitoso de la reforma costarricense de salud. Tanto durante las negociaciones con los organismos multilaterales como durante la primera fase de implementación de la reforma, éste fue el componente que las autoridades defendieron e impulsaron con mayor ahínco, lo cual contrastó con la actitud del Banco Mundial, que siempre miró con relucancia este componente, por el efecto que podía tener sobre los costos del sistema. De esta reorganización ha participado un modelo alternativo, aunque no excluyente, que a pesar de su éxito se ha mantenido en una escala relativamente restringida: la compra de servicios a cooperativas de salud y otros proveedores externos. Antes de hacer referencia ambos componentes de la reforma, y en vista del éxito relativo de Costa Rica en este campo, vale la pena hacer un recuento de la historia de la extensión de la cobertura, tanto en materia de prestaciones como en materia de aseguramiento.

1. Evolución de la cobertura

En la extensión de la cobertura de las prestaciones ha habido varios hitos relevantes. El primero de ellos fue la extensión del seguro de salud en 1965 a todo el grupo familiar: el cónyuge y los hijos menores de edad o estudiantes a tiempo completo hasta los 25 años. Un problema de aseguramiento vinculado a esta medida es el oportunismo de los miembros de la familia que trabajan pero no lo reportan, ya que de todas formas tienen acceso a las prestaciones por su condición de asegurados familiares; en el caso de las mujeres cónyuges que trabajan, algunas sólo reportan su condición de trabajadoras y asumen la condición de asegurado directo en el momento de quedar embarazadas, con el fin de beneficiarse de los subsidios de maternidad –que cubren únicamente a los asegurados directos–, y se dan de baja poco después de reintegrarse al trabajo. El segundo hito fue la creación en 1974 del Régimen No Contributivo de Pensiones, destinado a las personas mayores de 65 años que no cuenten con una pensión y que vivan en condiciones de pobreza extrema. Este seguro otorga una pensión relativamente baja (por debajo del 50% de la pensión contributiva mínima), pero sus beneficiarios tienen acceso al seguro de salud, lo cual representa posiblemente su principal atractivo. El tercer hito fue la creación en 1996 del seguro estudiantil, que da cobertura de servicios a todos los estudiantes del país, independientemente de que sus padres sean o no asegurados. Con esta medida se buscaba alcanzar simultáneamente dos objetivos sociales: mejorar la protección de los niños y promover que los padres los envíen a la escuela como un medio indirecto de garantizarles el acceso a la salud. Luego han sido promulgadas diversas leyes que dan acceso a los servicios de salud a diferentes grupos, tales como los niños y adolescentes y a los discapacitados, sin que ninguna de ellas cree fuentes de recursos para financiar dichos servicios. Y el cuarto hito ha sido el programa

de extensión de la atención primaria mediante los EBAIS y las áreas de salud, que prácticamente ha dado acceso a los servicios de atención primaria a toda la población del país.

En la extensión de la cobertura de aseguramiento ha habido igualmente varios hitos. El primero de ellos fue la creación del seguro por cuenta del estado, que constituye un programa mediante el cual el Estado asume el pago del seguro de salud para las personas que viven en condiciones de extrema pobreza, de tal manera que su atención no sea financiada por el resto de los asegurados sino por el conjunto de la población nacional que paga impuestos. La contribución por cada asegurado por cuenta del Estado es equivalente a la contribución de un asalariado sobre la base del salario mínimo de contribución. El segundo hito fue la creación en 1975 del programa de asegurados voluntarios, que abrió la posibilidad de que aquellas personas que lo desearan, aunque no fueran trabajadores, pudieran cotizar voluntariamente al seguro de salud. El tercer hito fue la creación en 1984 del programa de convenios de aseguramiento colectivo, instrumento que autoriza a la CCSS a negociar con organizaciones gremiales una póliza colectiva para todos los miembros, tasada con base en un ingreso presuntivo. La responsabilidad por la recaudación de las aportaciones es la organización gremial que, a su vez, debe garantizar a la CCSS que los beneficiarios del seguro colectivo no tengan ingresos superiores a cierto nivel por encima del ingreso presunto, responsabilidad cuyo cumplimiento no ha sido adecuadamente exigido por la CCSS. Este programa fue concebido especialmente para el aseguramiento de campesinos, aunque posteriormente se ha extendido a diversos grupos de trabajadores independientes.

El cuarto hito es el establecimiento en 1995 de la obligación de afiliarse al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte para todas las personas que estuvieran afiliadas al seguro de salud. Con esta medida se buscaba forzar la afiliación al seguro de pensiones a aquellas personas que voluntariamente estaban afiliadas al seguro de salud. Como estrategia para aumentar la cobertura contributiva de pensiones dió muy buenos resultados, porque el aseguramiento en el régimen de pensiones prácticamente se triplicó entre los no asalariados en los dos o tres años que siguieron a la medida. El quinto hito, finalmente, es el establecimiento de la obligatoriedad del aseguramiento entre todos los trabajadores, aunque no sean asalariados. Esta obligatoriedad entró en vigencia en enero del 2005, y fue establecida en la Ley de Protección al Trabajador, promulgada en el año 2000. Ya en 1975 hubo un intento de establecer esta obligatoriedad mediante una medida administrativa, que sin embargo tuvo que ser suspendida 3 años después precisamente por carecer de sustento legal.

Actualmente la CCSS está diseñando un programa que podría constituir un sexto hito en materia de extensión del aseguramiento, esta vez dirigido a la población inmigrante. Con dicha población existe un serio problema, ya que no es posible asegurarla mientras su residencia en el país sea ilegal. No obstante, se le prestan servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención. Por ello, la CCSS ha venido presionando al Estado para que se tomen medidas que permitan normalizar su estatus migratorio. El programa que está a punto de iniciarse busca regularizar el estatus migratorio y la condición de aseguramiento de los trabajadores estacionales que entran al país desde Nicaragua y Panamá para la recolección de café. Estos trabajadores permanecen en el país durante los meses que dura la recolección del café, y se van desplazando desde las tierras de bajura, donde la recolección comienza más temprano, hacia las tierras de altura, en que el grano madura más tarde. Esta población es beneficiaria de los programas preventivos de primer

nivel, tales como las vacunaciones que las brigadas de la CCSS realizan en los cafetales durante la cosecha; sin embargo, por su carácter estacional no son adecuadamente controlados, de manera que algunos niños son vacunados aunque ya hayan cumplido con su cuadro básico, y otros no reciben su tratamiento completo, de manera que han desarrollado microorganismos poliresistentes. Con esta población se implementará un convenio colectivo de aseguramiento, a cargo del Instituto del Café, entidad pública no gubernamental que brinda servicios a los cafetaleros. Aunque se trata de un grupo reducido en relación con la masa global de inmigrantes indocumentados, servirá de base para extender el programa a otros grupos de inmigrantes estacionales y, sobre todo, constituye un primer paso de aseguramiento de trabajadores estacionales.

El porcentaje de personas no aseguradas es de solamente un 12,2%, como pudo verse en el cuadro presentado en la sección D. Es probable que el número de no asegurados esté subestimado, dado que existen asegurados dependientes (hijos menores de 25 años y cónyuges) que perciben ingresos y que, por lo tanto, tendrían la obligación de afiliarse como asegurados directos. Pero la extensión del seguro de salud se ha estancado durante toda la década de los 90, e incluso ha venido retrocediendo en los últimos años.

Una de las dificultades para extender el aseguramiento es que el diseño actual del seguro de salud no genera incentivos suficientes para que las personas se aseguren. El Reglamento del Seguro de Salud, emitido por la Junta Directiva de la CCSS, prevé que quienes utilicen los servicios de salud sin estar asegurados los paguen al precio de mercado. Esta disposición no se aplica a las personas sin capacidad económica para pagar el seguro, ya que ellas son aseguradas por cuenta del estado. De acuerdo con el reglamento, la consulta de urgencia puede ser pagada a posteriori, pero cualquier otra consulta tiene que ser cancelada de previo. Sin embargo, esta disposición no se cumple, ya sea porque la gestión de facturación y cobro no es lo suficientemente diligente, ya sea porque la población no asegurada evade los controles presentándose en la consulta de urgencias a horas en que no se realiza la verificación de derechos en los establecimientos de salud. Ahora bien, aunque la institución aplicara a rajatabla esta disposición y extendiera a la noche la verificación de derechos, siempre existiría la posibilidad de que, ante un evento catastrófico, la persona se asegure: el seguro de salud no contempla ningún tipo de periodo de carencia, de manera que después de pagar la primera cuota la persona tiene derecho a ser atendida como cualquier otra. De esta manera, muchas personas, incluidos en particular los profesionales independientes, que tienen altos niveles de ingreso pero utilizan la seguridad social únicamente en casos muy serios de hospitalización, sólo tienen un incentivo real para asegurarse cuando saben que los costos de curación son mucho mayores que el costo del seguro.

El diseño del seguro no tiene medidas que desestimulen el riesgo moral. Se observan comportamientos oportunistas ("free-rider") que debieran regularse, ya que atentan contra el sostenimiento del seguro de salud. Es el caso de extranjeros que se aseguran al sufrir enfermedades crónicas o de alto costo; o el aseguramiento de mujeres que tenían derecho al aseguramiento familiar por cuenta de su pareja pero que al quedar embarazadas se aseguran como trabajadoras asalariadas o independientes para obtener prestaciones monetarias por incapacidad, a las cuales no tendrían derecho si sólo son aseguradas familiares. De allí que se discuta la posibilidad de establecer periodos de carencia.

2. EBAIS y áreas de salud

La reorganización de la atención primaria tuvo dos ejes: el traslado a la CCSS de todas las funciones de atención en salud ofrecida tradicionalmente por el Ministerio de Salud y la constitución de los EBAIS y las áreas de salud. Sus principales propósitos eran cumplir con el mandato constitucional y legal de ofrecer una cobertura universal en salud a toda la población nacional (Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961) y de descongestionar la red hospitalaria.

Con respecto al primero de ambos ejes, se transfirió a la CCSS el personal, las instalaciones y el equipo de los centros de salud con que el Ministerio de Salud llevaba adelante sus campañas de atención primaria en todo el país, principalmente en el campo de atención poblacional (vacunación, planificación familiar, etc). El Ministerio sólo mantuvo algunos programas de atención poblacional, como el control del dengue, la malaria y la rabia canina. Todos los demás programas de base poblacional, así como los de atención individual, fueron asumidos por la CCSS; en contrapartida, el Estado asumió el compromiso de seguir trasladando a la CCSS el presupuesto que el Ministerio de Salud había consagrado tradicionalmente a la atención primaria. La resistencia opuesta por el personal del Ministerio a trasladarse a la CCSS se vio reducida por el hecho de que la escala salarial de esa institución era más generosa, y porque las autoridades de la CCSS se comprometieron a mantener todas las ventajas laborales de que disfrutaban esos funcionarios. No obstante, el proceso de fusión fue muy complejo, sobre todo debido a las diferencias de cultura institucional entre ambas entidades, y durante los primeros años los servicios de atención poblacional sufrieron un cierto deterioro. Por su parte, el gobierno no ha cumplido con el compromiso de transferir a la CCSS al menos el monto correspondiente a los costos salariales de los funcionarios trasladados. Allí se origina uno de los componentes de la deuda acumulada del Estado con la CCSS⁴.

El otro eje de la reorganización de la atención primaria fue la constitución de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y de las áreas de salud. En Costa Rica ya existían importantes antecedentes para esta reorganización. Uno fue el llamado “Hospital Sin Paredes” de San Ramón, una próspera región originalmente cafetalera a 60 Km. de San José. Se trataba de un programa de atención de la salud fuera de las paredes del hospital, que alcanzó importantes logros en materia de mejora de las condiciones de la salud aunque a un costo muy alto, ya que se desviaban los recursos hospitalarios hacia la atención primaria. A partir de esa experiencia se introdujo más tarde en un pueblo semirural una experiencia en que los servicios de salud eran ofrecidos a la comunidad por una asociación de médicos que actuaban en edificios y con equipo de la CCSS y que eran pagados bajo la modalidad per capita. Este modelo enfrentó una serie de dificultades de gestión por su carácter experimental, y fue sustituido por una cooperativa que hasta el día de hoy sigue vendiendo sus servicios a la CCSS. Al momento de iniciar las negociaciones del préstamo con el Banco Mundial, ya el modelo de los EBAIS y las áreas de salud se encontraba bastante depurado e incluso había un par de experiencias en curso en clínicas periféricas.

⁴ La deuda acumulada del Estado con la CCSS, sólo por concepto de los salarios de los funcionarios del Ministerio que pasaron a la CCSS, superaba a finales del 2004 los US\$ 100 millones.

El territorio nacional fue dividido en áreas de salud, agrupadas en 7 regiones sanitarias. Cada área de salud cuenta con un Equipo de Apoyo y con un determinado número de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS). Los EBAIS constituyen un equipo mínimo de atención que brinda sus servicios desde una clínica o desde un centro de salud, a una población dada de entre 3,500 y 7,000 habitantes, según sea la densidad de población en el territorio atendido. El EBAIS está conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS), aunque excepcionalmente, para poblaciones con determinadas patologías, el número de auxiliares y asistentes puede duplicarse. Se encuentra asesorado por un Equipo de Apoyo cuyos servicios cubren a todos los EBAIS de un Área de Salud. Estos Equipos de Apoyo están conformados por un médico de familia, un odontólogo, un farmacéutico, un microbiólogo, un nutricionista, un trabajador social, una enfermera general y un técnico en registros médicos, y cada uno apoya el trabajo de entre 9 y 10 EBAIS en promedio.

Todos los servicios de primer nivel de atención que ofrece la CCSS en el país son brindados por los EBAIS (y sólo excepcionalmente en los servicios de urgencia de los establecimientos hospitalarios). En este nivel de atención se ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Los servicios se agrupan en dos categorías: (i) programas de atención integral, básicamente en prevención y promoción, agrupados en diferentes grupos de edad que consideran necesidades de género y (ii) atención de la demanda por morbilidad prevalente.

Los programas de atención integral fueron definidos a mediados de los años noventa, en el contexto de la reforma sectorial y a partir del análisis de la situación de salud nacional en el que se identificaron doce necesidades prioritarias. Los programas se dirigen a la atención de niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, están a cargo de las áreas de salud (y por tanto de los EBAIS aglutinados en ellas) y su cobertura y calidad se evalúan anualmente en el marco de la evaluación de los compromisos de gestión.

La estrategia de implantación de los EBAIS generó un amplio apoyo por parte de la población, que originalmente los miraba con cierto recelo por su costumbre de recibir atención hospitalaria. Sin embargo, el hecho de que a la cabeza del equipo hubiera un médico fue fundamental para la legitimidad del programa; de hecho ésa fue la razón que adujeron las autoridades costarricenses durante la discusión del préstamo con el Banco Mundial, que consideraba demasiado costosa esta participación de médicos en los equipos. Los primeros EBAIS se implantaron en las comunidades más pobres o con atención más deficiente, y rápidamente las otras comunidades empezaron a presionar por contar con su propio EBAIS. En muchos casos la comunidad se organizaba para donar los terrenos o construir el edificio, de manera que la misma población fue un elemento que aceleró la implementación del programa. A finales de 1998 se había instalado cerca de 400 EBAIS, más de la mitad de los programados. A mediados del 2005 existían en Costa Rica 893 EBAIS y 103 áreas de salud. Prácticamente toda la población nacional tiene acceso geográfico a la atención primaria.

Los logros en este campo de reorganización de la atención primaria son contundentes. Todas las funciones en este campo fueron transferidas a la CCSS y la cobertura ofrecida por ésta en la atención primaria se ha venido expandiendo con los EBAIS, hasta cubrir el día de hoy prácticamente toda la superficie del país, aunque con algunas inequidades sobre todo en materia de infraestructura

(edificaciones). La participación relativa de la atención de primer nivel dentro del gasto de la CCSS se ha venido incrementando de manera casi ininterrumpida (del 18,8% de todo su gasto en salud en 1997 a 23,8% en el 2004), y ello ha repercutido de manera sensible en la morbilidad y la mortalidad materno-infantil del país. Para ilustrarlo un dato: la tasa de mortalidad por mil nacimientos vivos pasó de 52,86 en 1972 a 13,72 en 1992; y a pesar de que se pensaba que sería muy difícil bajar ese indicador de esos niveles, en los años subsecuentes ha seguido reduciéndose de manera continua hasta alcanzar el nivel de 10,1 en el año 2004. Como parte de las discusiones sobre el relanzamiento de la reforma de salud, se están diseñando nuevos programas de promoción de la salud y de prestaciones sociales, en los cuales se tiene retraso.

Persiste un problema de financiamiento. Como se dijo, en Costa Rica todos los trabajadores deben asegurarse obligatoriamente, sean asalariados o independientes, y la población en extrema pobreza es asegurada por el estado, con lo cual son asegurados no contributivos. Y éstas son las dos fuentes que financian la atención de primer nivel: en lo que se refiere a la población que vive en condiciones de extrema pobreza, transferencias estatales que a menudo se retrasan y generan una deuda que sólo de tiempo en tiempo es amortizada. Por otra parte, las cotizaciones de los asegurados directos contributivos. No existe, por tanto, una fuente específica de financiamiento para la población que no tiene un seguro contributivo. Las personas no aseguradas que utilizan los servicios de atención de primer nivel son trabajadores asalariados e independientes de bajos ingresos, que no califican para ser asegurados por cuenta del estado debido a que no son lo suficientemente pobres o que no tienen un estatus migratorio legal. Resolver este problema de financiamiento de la atención primaria constituye un desafío del sector y un punto pendiente de la agenda de reforma.

2. Proveedores externos de servicios de salud

Los EBASIS tienen dos antecedentes, como se mencionó. El primero de ellos es el Hospital sin Paredes de San Ramón, hospital que pertenecía a la Junta de Protección Social y que por iniciativa de su director empezó a prestar servicios de atención primaria ambulatorios. Los resultados fueron muy positivos desde el punto de vista de la eficacia del sistema, pero muy ineficientes, porque la estructura de costos hospitalaria no es apta para este tipo de experiencias. El segundo antecedente son las cooperativas de servicios de atención primaria, que surgieron en los años 80 con el fin de atender una serie de comunidades semi-urbanas cuya atención era deficitaria y se confrontaba con las dificultades de coordinación propias del modelo de atención vigente en ese momento.

El primer paso que se dio en la dirección de constituir las cooperativas fue una asociación denominada ACEPROME, conformada por médicos para atender una zona de Barva, pueblo al norte del Valle Central. La CCSS pagaba a la asociación los servicios de los médicos per capita, y la asociación pagaba a los médicos en función de los servicios prestados a los pacientes. La CCSS y el Ministerio de Salud daban el local y ponían el resto del personal. Hubo una serie de problemas con la experiencia, no tanto por la calidad del servicio como por los problemas de gestión: el personal de la CCSS, el Ministerio de Salud y los médicos de la asociación tenían horarios diferentes y culturas institucionales que no consiguieron armonizarse. La población manifestó su malestar y solicitó que la CCSS asumiera directamente la provisión de los servicios. Tras largas discusiones la comunidad, el personal médico y las autoridades locales acordaron con la CCSS que se constituyera una cooperativa para brindar todos los servicios de atención primaria y que fuera contratada por la CCSS mediante un

contrato de pago per capita. Treinta y cuatro de los cuarenta funcionarios de la CCSS que estaban brindando servicios en la zona abandonaron sus puestos de trabajo y constituyeron la cooperativa. La comunidad deseaba que la cooperativa asumiera la totalidad de los servicios de salud, pero ello era imposible debido al costo de la infraestructura y el equipo de la atención hospitalaria.

El trabajo de la cooperativa se extendió a otras zonas aledañas, y poco a poco se constituyeron cooperativas en otras zonas del Valle Central. En la actualidad existen 5 proveedores contratados: tres cooperativas, la Universidad de Costa Rica (que es la principal universidad del país, propiedad del Estado) y ACEMECO, una asociación vinculada a una clínica privada. En total cubren alrededor de un 15,8% de la población del país.

Estos proveedores trabajan con un pago per capita, que se negocia anualmente de forma bilateral. De la evaluación de los compromisos de gestión se desprende que la cobertura con calidad ofrecida por los proveedores externos es en general mayor que la ofrecida por la red de la CCSS. La cobertura con calidad en la atención primaria se refiere al cumplimiento pleno de los protocolos establecidos. Por ejemplo, de la evaluación de los compromisos de gestión del 2003 se desprende que un 59% de los menores de un año fueron vacunados oportunamente y de manera completa; en el caso de la población a cargo de los proveedores externos, ese porcentaje fue del 74%. Otro ejemplo: el 46% de las mujeres embarazadas del país recibieron el control pre-natal completo establecidos en los protocolos sanitarios; en las regiones atendidas por los proveedores externos, dicho porcentaje fue del 61%. Aunque menor, también hubo diferencias en la atención de los adultos mayores: un 65% de la población mayor de 65 años fue objeto de todos los controles establecidos en los protocolos durante el año 2003, mientras que en las regiones atendidas por los proveedores externos ese porcentaje ascendió al 73%. Esta mejor calidad de la atención se ve reforzada por índices de satisfacción de los usuarios mucho más altos que los del resto del país, según se desprende de la información procesada por la Superintendencia de Servicios de Salud, una dependencia interna de la CCSS que estuvo durante varios años a cargo de evaluar la calidad de los servicios .

Sin embargo, a pesar de su calidad y su oportunidad, los costos de la atención de los proveedores externos no parecieran ser mayores. La Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS procedió a estimar para los años 2001, 2002 y 2003 el gasto de las diferentes áreas de salud del primer nivel de atención, agrupadas por región, con su correspondiente población de acuerdo con la información del Censo Nacional del 2000. En la estimación sólo se consideró el primer nivel de atención y se excluyeron del costo las transferencias por incapacidad, ya que éstas son asumidas por la CCSS y no constituyen un desembolso real para los proveedores externos. Entre el año 2000 y el 2004, el costo de la atención primaria per capita para el conjunto del país pasó de US\$ 33,4 a US\$ 49,7. Sin embargo, lo que es relevante en este contexto es que el costo de la atención brindada por los proveedores externos –esto es, el pago per capita– representó para la CCSS en el año 2004 entre US\$ 35 y US\$ 40 según el proveedor, esto es, entre un 75% y un 80% de lo que cuesta la atención primaria en el conjunto del país.

La experiencia de contratación de proveedores externos en la atención primaria ha sido bastante positiva. Sin embargo, hay varios campos en los que podría hacerse un esfuerzo por sacar enseñanzas de ella e introducir mejoras. Por ejemplo, el cálculo de las poblaciones sigue siendo una estimación y no se promueve un censo de pacientes que permita realizar una estimación de riesgo más realista y un pago basado en un dato real y no estimado. Asimismo, los convenios de gestión no

necesariamente ponen los incentivos en la dirección adecuada, y a veces tienden a imponer obligaciones que implican una intromisión en la gestión de los proveedores en vez de limitarse a metas referidas exclusivamente a los resultados.

Conclusiones

En las reformas de salud de los tres países el componente más relevante y con resultados más claros ha sido la extensión de la cobertura de las prestaciones de salud. Aunque sólo en Costa Rica hay datos que muestran una reorientación de los recursos desde la atención hospitalaria hacia la atención primaria⁵, lo cierto es que en los tres países se percibe un interés creciente por fortalecer la atención primaria en sus componentes asistencial y preventivo y más moderadamente en su componente de promoción. Los resultados de esta reorientación son evidentes en los diferentes indicadores, tales como la mortalidad infantil y la desaparición de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y la reducción de otras como la tuberculosis, el dengue y la malaria. La profundidad, la extensión y la continuidad de los esfuerzos, así como sus resultados, han guardado relación con el volumen de los recursos financieros destinados a la salud y con el grado de desarrollo institucional de cada país. Puede decirse que, dada la escasez de recursos, la estrategia de focalizar los recursos en la atención de los problemas más serios entre la población vulnerable puede ser muy exitosa, pero su sostenibilidad depende de que no esté desarticulada de la institucionalidad del país. Y esto quiere decir muy concretamente dos cosas:

En primer lugar, la continuidad de los programas sólo es posible en la medida en que sean incorporados en la gestión institucional del país y se les dote de fuentes permanentes de financiamiento. La estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y de las Áreas de Salud en Costa Rica así como de los centros de salud y los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) van en esa dirección. Sin embargo, algunas de las experiencias más innovadoras de la región han sido diseñadas, ejecutadas y monitoreadas por equipos especiales que desaparecen una vez que se ha agotado el financiamiento de la experiencia, con lo cual no sólo se interrumpe la intervención sino que igualmente se pierde el saber hacer adquirido durante su implementación. Este hecho tiene varios orígenes, pero quizás el más visible es el bajo nivel de remuneración y reconocimiento de los funcionarios de los Ministerios de Salud: esto dificulta la contratación en la nómina regular de personal calificado y genera una alta tasa de rotación entre el personal de planta. La solución de este problema es compleja, y quizá pase por la implementación de mecanismos de remuneración por resultados, tales como los que se consideraron en la concepción original del instrumento denominado “compromisos de gestión”.

En segundo lugar, las experiencias de atención de primer nivel no pueden ser concebidas como programas aislados sino que requieren un rediseño de toda la red y una articulación muy precisa entre los diferentes niveles de atención. La experiencia más ambiciosa en ese sentido ha sido la costarricense, que ha aumentado la capacidad resolutoria de la atención ambulatoria y establecido con relativa claridad la puerta de entrada de los pacientes al sistema, con procedimientos de referencia y contra-referencia. También en Nicaragua se encuentran esfuerzos bien encaminados en esa misma

⁵ De acuerdo con los informes de liquidación presupuestaria de la CCSS, la atención ambulatoria de primer nivel representaba un 18,8% del gasto en salud de esa institución en 1997 y un 21,8% en el 2004.

dirección, particularmente en los recientes procesos de modernización hospitalaria. Para mejorar la calidad de la atención a lo largo de la red y reducir los costos del sistema, es necesario avanzar mucho más en ambos países, y por supuesto también en Honduras, que en ese campo se encuentra más retrasada. En este último país el grado de desarticulación entre los diferentes niveles de atención se ve agravado porque la arquitectura institucional del sector es deficiente. A diferencia de Costa Rica y Nicaragua, donde las funciones del Ministerio y de la institución a cargo de gestionar el seguro de salud (CCSS e INSS) están delimitadas y la articulación entre ambas instituciones más o menos organizada, en Honduras existen duplicaciones y estrategias contradictorias que limitan el resultado de los diferentes esfuerzos.

En cuanto a las experiencias en sí mismas, Honduras y Nicaragua han apostado por la contratación de servicios a proveedores externos con pagos combinados per capita y por producción. Costa Rica ha sido más conservador al respecto, ya que los servicios de atención de primer nivel son ofrecidos por establecimientos de su propia red, que se financian mediante presupuestos históricos; sin embargo, tiene experiencias exitosas de pago per capita a cuatro proveedores externos responsables de la atención de primer nivel en áreas urbanas que aglutinan a un 15% de la población asegurada. En sus experiencias de atención primaria con la red propia, los otros dos países han sido tan conservadores como Costa Rica, aunque Nicaragua ha tenido experiencias exitosas de pago per capita a sus proveedores propios en programas específicos dotados de financiamiento complementario al presupuesto histórico.

Los nuevos modelos en atención de primer nivel que se han desarrollado en Centroamérica durante los últimos 10 años no sólo han arrojado resultados significativos, sino también valiosas enseñanzas para el rediseño de las políticas de salud en la región. Todos los procesos de reforma se encuentran a medio camino, incluso en el área de la atención de primer nivel, que es donde más se ha avanzado. La profundización de la reforma es necesaria para dar sostenimiento a los logros alcanzados y profundizarlos allí donde los resultados son aún incipientes. Dicha profundización pasa por institucionalizar experiencias y articularlas con el conjunto de la red, por dar una mayor autonomía a las unidades proveedoras de servicios, lo cual incluye la transferencia de competencias y una asignación de recursos basada en la producción y el desempeño de las diferentes unidades, y por propiciar una mayor integración del sector privado a la lucha contra la exclusión, integración que debe acompañarse en una mayor especialización del sector público en las áreas de regulación y supervisión.

Bibliografía sobre los países

Costa Rica

1. Bortman, Marcelo. Situación de salud de Costa Rica 2002. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 2002. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
2. Castro Valverde Carlos y Luis Bernardo Sáenz. La reforma del sistema nacional de salud. Ministerio de Planificación y Política Económica, San José, Costa Rica, 1998.
3. Clark, Mary A. Health sector reform in Costa Rica: reinforcing a public system. Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms, Washington D.C., 2002.

4. CCSS. Dirección de Compra de Servicios de Salud. “Alianzas estratégicas entre la Caja Costarricense de Seguro Social y los proveedores externos de servicios de salud”, Enero del 2005.
5. CCSS. Programa Servicios Médicos Seguro de Salud. “Anuario 2002, información contable y estadística periodo 1998-2002”, 2003.
6. CCSS. Programa Servicios Médicos Seguro de Salud. “Anuario 2002, información contable y estadística periodo 1998-2002”, 2004.
7. CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. “Anuario Estadístico”. Agosto del 2004. Disponible en www.ccss.sa.cr
8. CCSS. “Indicadores de seguridad social”. Disponible en www.ccss.sa.cr
9. López, Guillermo. Cobertura de los Trabajadores No Asalariados en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS, Mayo del 2003
10. Martínez, Juliana y Carmelo Mesa-Lago. La reforma de la seguridad social en Costa Rica en pensiones y salud: avances, problemas y recomendaciones. Fundación Friedrich Ebert, San José, Costa Rica, 2003.
11. Ministerio de Salud. Análisis sectorial de salud. San José, Costa Rica, 2002. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
12. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 2004. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
13. Picado Gustavo, Jacqueline Castillo et alt. Costo Económico del Cáncer en Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, mayo del 2004
14. Rosero Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. Revista Panamericana de Salud Pública, 2004:15 (2), 94-103.

Honduras

1. Durán Valverde, Fabio. Diagnóstico de la seguridad social de Honduras. Organización Internacional del trabajo, marzo del 2003.
2. Jara Consuegra, Jorge. Consultoría para la implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Componente de Extensión de Cobertura. Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud (PRIESS). Tegucigalpa, diciembre 2004.
3. OPS. Perfil del Sistema de Salud en Honduras disponible en <http://www.lachr.org>
4. OPS. Análisis de Situación – Honduras 2004 disponible en www.paho-who.hn
5. OPS. Perfil Básico de Salud en Honduras disponible en www.paho.org
6. Proyecto de Reforma del Sector Salud (PROREFORMA). “Nuevo Modelo de Salud familiar-comunitario. Sistematización de la experiencia para establecer un nuevo modelo de atención primaria de salud en el Guante, Municipio de Cedros, Francisco Morazán.” Tegucigalpa, abril del 2004.
7. Proyecto de Reforma del Sector Salud (PROREFORMA). “Nuevo Modelo de Salud intermunicipal. Sistematización de la experiencia para establecer una clínica de emergencias y partos en los municipios de la MANCORSARIC, en el Departamento de Copan.” Borrador, Tegucigalpa, junio del 2004
8. Torres, Noemi. Mapeo de servicios de salud. Proyecto de Extensión de Cobertura de la Seguridad Social a los Excluidos y Pobres, Organización Internacional del Trabajo, noviembre del 2003.

Nicaragua

1. MINSA, División General de Planificación y Desarrollo, "Cuentas Nacionales en Salud. Informe 1995-2001".
2. Organización Panamericana de la Salud, El Perfil del Sistema de Servicios de Nicaragua, 2003.
3. Progenial. Servicios "Integrados para Combatir la Mortalidad Materna en Nicaragua: La Experiencia de Casas Maternas", Programa de Modernización del Sector Salud, Ministerio de Salud, Managua, mayo del 2004.
4. Roser Vicente. "Evaluación de las intervenciones en atención Primaria en Salud del Programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud", Programa de Modernización del Sector Salud, Ministerio de Salud, Managua, setiembre del 2004.