



Desafíos

Para mantener e incrementar la inversión pública en salud

Foro regional: Salud Universal: una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible

Costa Rica en cifras

4.832.234

Población

51.000 Km²

Extensión

US\$10.099

PIB per cápita

0736

IDH

21,4%

Hogares en condición de pobreza

6%

Hogares en pobreza extrema

US\$198-145

Línea pobreza urbana-rural

0,486

Coeficiente de Gini (2010-2014)

79,3

Esperanza de vida al nacer

1,86

Tasa global de fecundidad

8,01 p/c1000NV

Mortalidad infantil

10.5% aprox

Gasto en salud / PIB

US\$1,000

Gasto per cápita en salud

Democracia Presidencialista Sistema Político
Ejército abolido desde 1 de dic. 1948



Costa Rica después de más de 50 años ...

Indicador	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2014
Población (miles)	1,199	1,758	2,302	3,050	3,925	4,509	4,832
Hogares pobres (%)	50	29	19	27	21	21	22
Esperanza de vida al nacer (años)	62.5	65.4	72.6	76.7	77.7	79.0	79.3
Mortalidad infantil (x 1000 nacidos)	68	61	19	15	10	9.5	8
Cobertura de la seguridad social	15	39	70	82	88	90	95
Población con agua domiciliaria (x 1000 hab)	640	770	860	941	974	980	985
Años de escolaridad	3.6	5.3	5.9		7.4	8.9	9.1
PEA femenina (%)	16	19	22	30	35	38	40

Fuente: INEC y Programa Estado de la Nación

La salud como Derecho Fundamental en Costa Rica

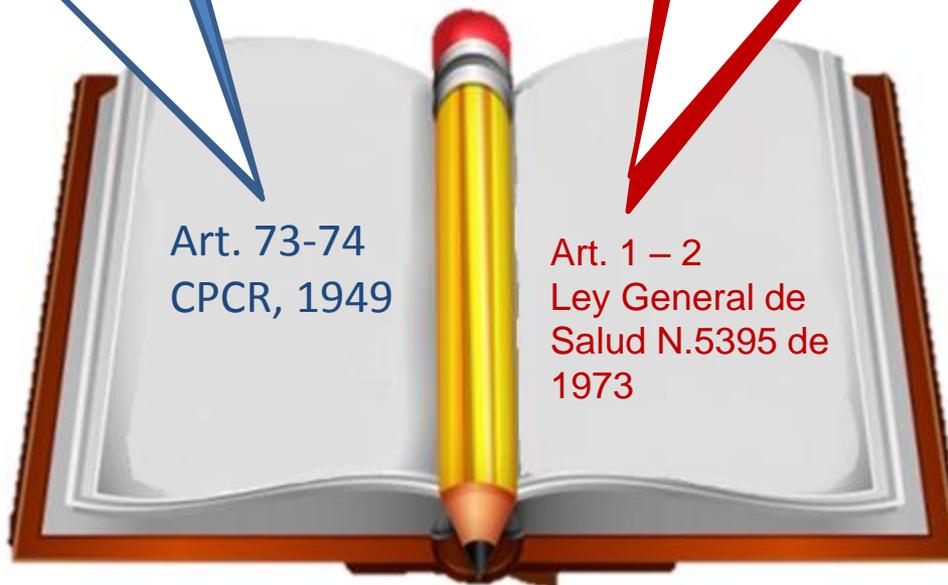
Sustento constitucional define como **irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social.**

Art. 73-74
CPCR, 1949

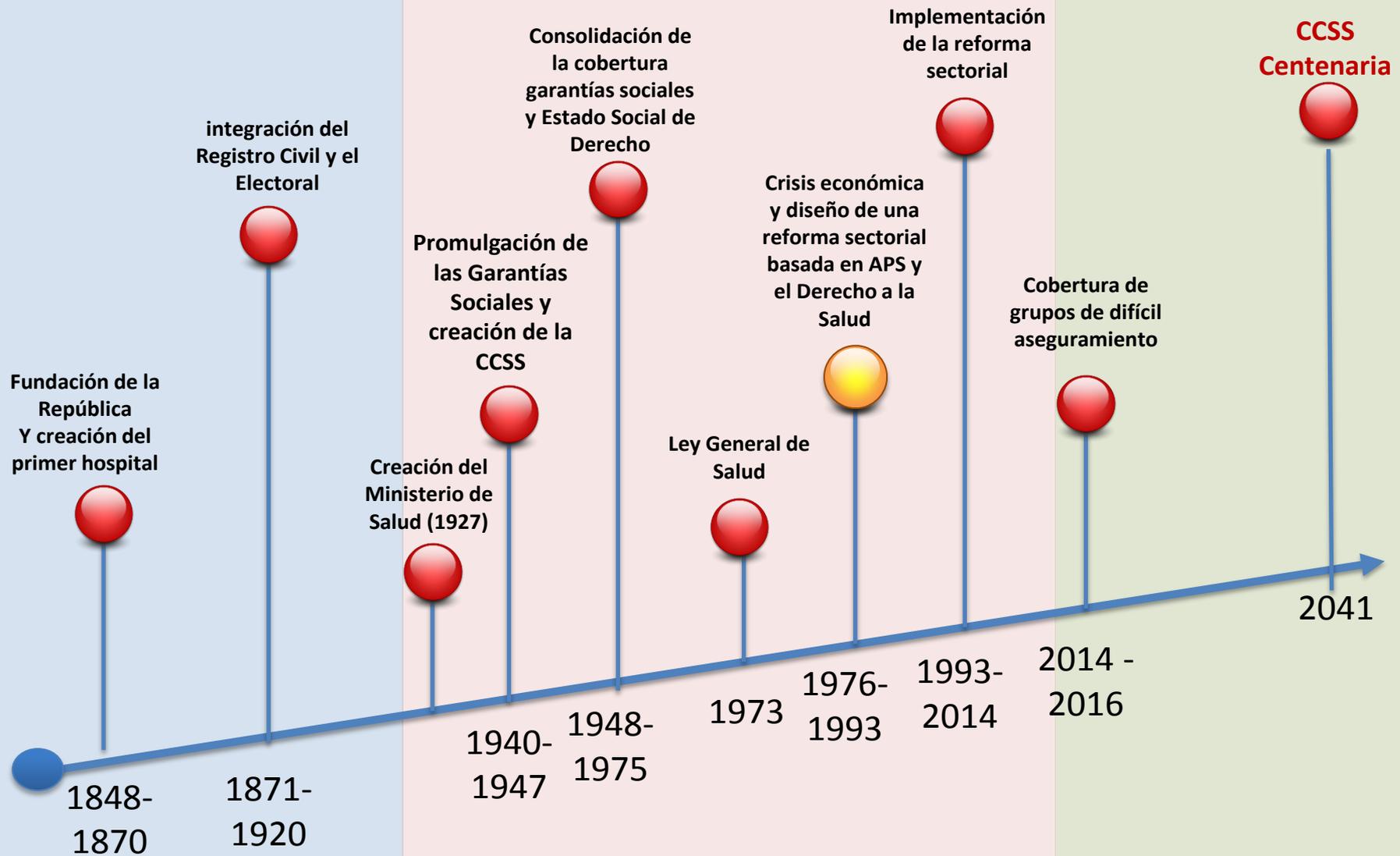
La salud de la población se define:

- Como un bien de interés público.
- Lo cual ha marcado como función esencial del Estado el velar por la salud de la población, otorgando **el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país**

Art. 1 – 2
Ley General de
Salud N.5395 de
1973



Camino del Sistema de Salud Costarricense



Actores claves del Sector de Salud en Costa Rica



Ministerio de Salud

Rector y conductor del Sector Salud.



CCSS

Proveedor público único:

Cobertura de servicios igual para todos (desde vacuna hasta cirugías de corazón o tratamiento contra el cáncer).



Cubre riesgos laborales y accidentes de tránsito.



Acceso a agua potable y alcantarillados.



Universidades

Formación de profesionales y técnicos de salud



Municipalidades

Recolección y tratamiento de residuos.



Sector privado

- Concentrado en consultas especializadas.
- Venta de medicamentos.
- Exámenes de laboratorio.
- Cirugías de baja complejidad.

- Gasto de bolsillo alto, dando limitaciones de los seguros privados de servicios médicos.

Rutas adoptadas por los países de América Latina para superar la segmentación de la Cobertura Universal



Una única institución de carácter público que administra los recursos, se financia así misma y presta los servicios de salud.

Fue seguido por los países en su mayoría durante la década de 1990 y tiene por objeto el establecimiento de la libre elección de la entidad administradora de los recursos y prestadores de los servicios

Consistió en la ampliación de los servicios de salud disponibles para los pobres y la población no asalariada, y lograr que los beneficios de atención de salud a la que todos los ciudadanos tienen derecho explícito

Cobertura Universal de la Salud desde un modelo de seguridad social



Seguridad social integrada, cobertura universal en salud con proveedor público único de servicios



- Atención Integral
- Prestaciones en dinero
- Riesgos del Trabajo
- Accidentes de Tránsito



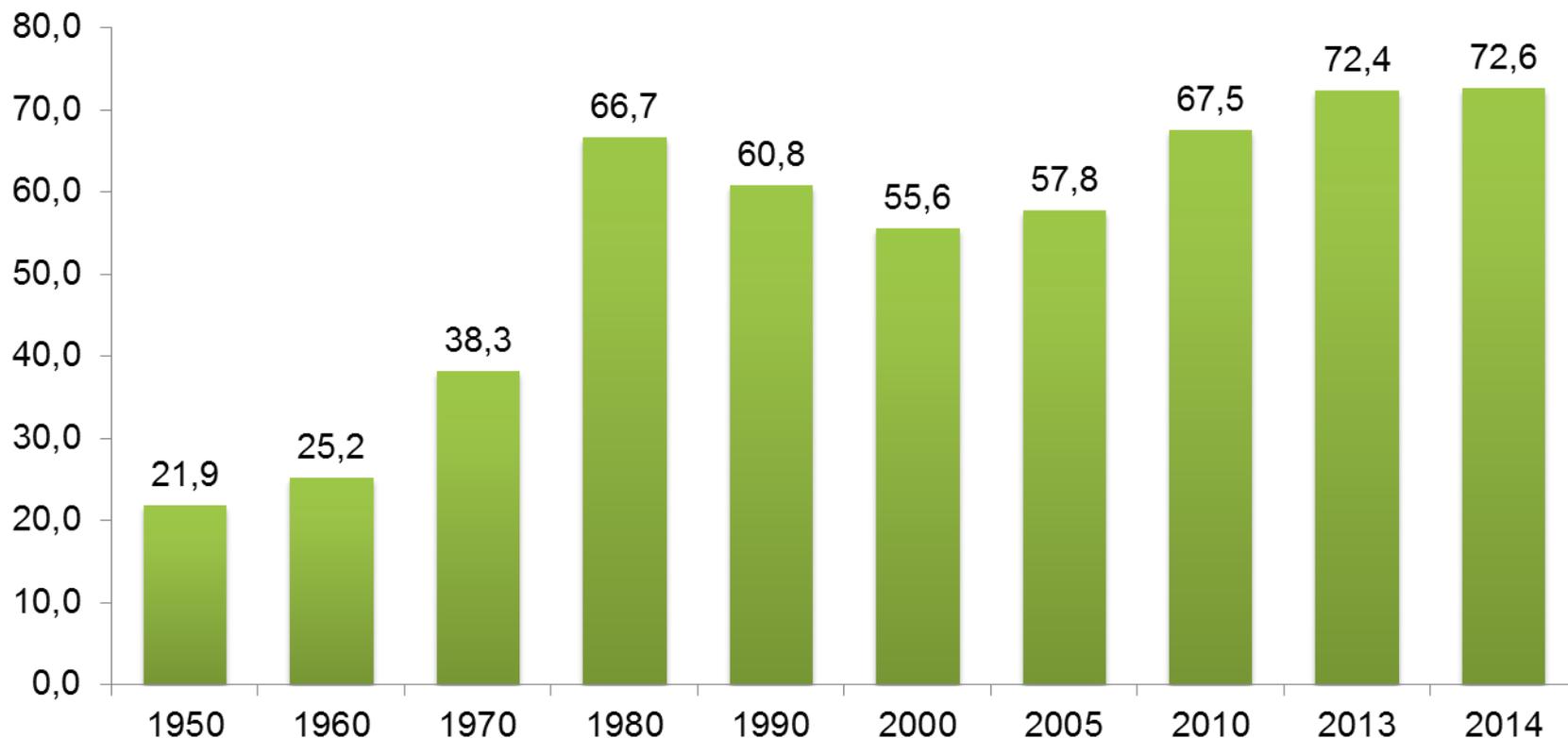
- Regímenes Básicos
 - IVM (CCSS)
 - Especiales (MEP, PJ, etc.)
- Régimen Complementario Obligatorio
- Régimen Complementario Voluntario
- Régimen No Contributivo



- Ciudadano de Oro
- Preparación para la Jubilación
- Educación y capacitación
- Estancias y ayuda social

- Trabajadores asalariados.
- Trabajadores independientes.
- Asegurados Voluntarios.
- Convenios especiales (TI – AV).
- Pensionados y Jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
- Asegurados beneficio familiar.
- Asegurados por cuenta del Estado

Cobertura contributiva del Seguro de Salud Periodo 1950 - 2014



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

Porcentajes de contribución de los patronos que reportan trabajadores asalariados a la CCSS



Cuotas administradas por la CCSS

Concepto	Patrono	Trabajador	Estado	Total
Seguro Salud	9.25%	5.50%	0.25%	15%
Invalidez, Vejez y Muerte	5.08%	2.84%	0.58%	8.5%
Total	14.33%	8.34%	0.83%	23.5%

Recaudación CCSS a otras instituciones

Banco P.	0.5%	1.00%	-	1.5%
FODESAF	5.0%	-	-	5.0%
FCL	3.0%	-	-	3.0%
ROPC	1.5%	-	-	1.5%
INA*	1.5%	-	-	1.5%
IMAS	0.5%	-	-	0.5%
Total	12%	1.00%	-	13%

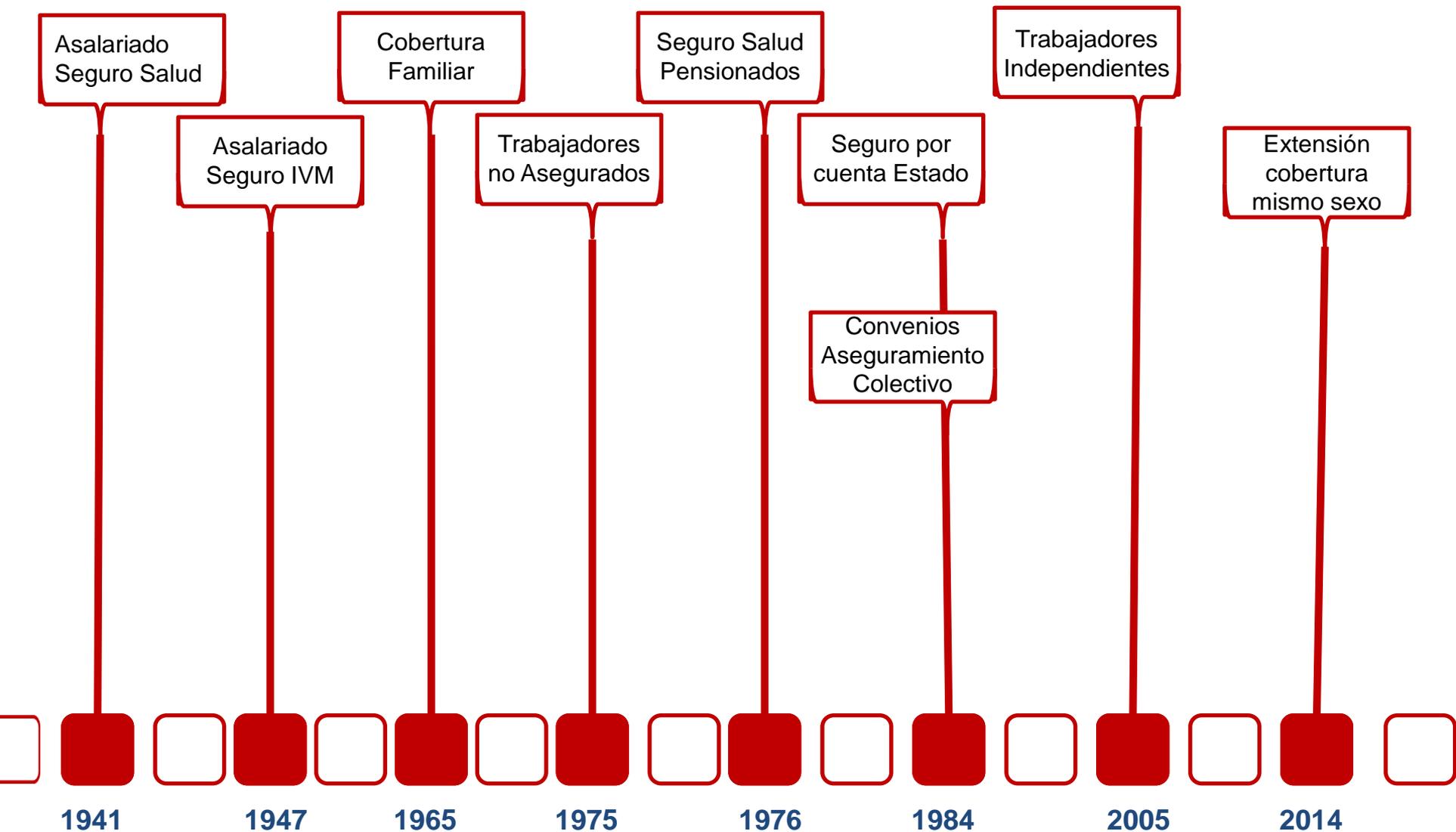
26.33%

9.34%

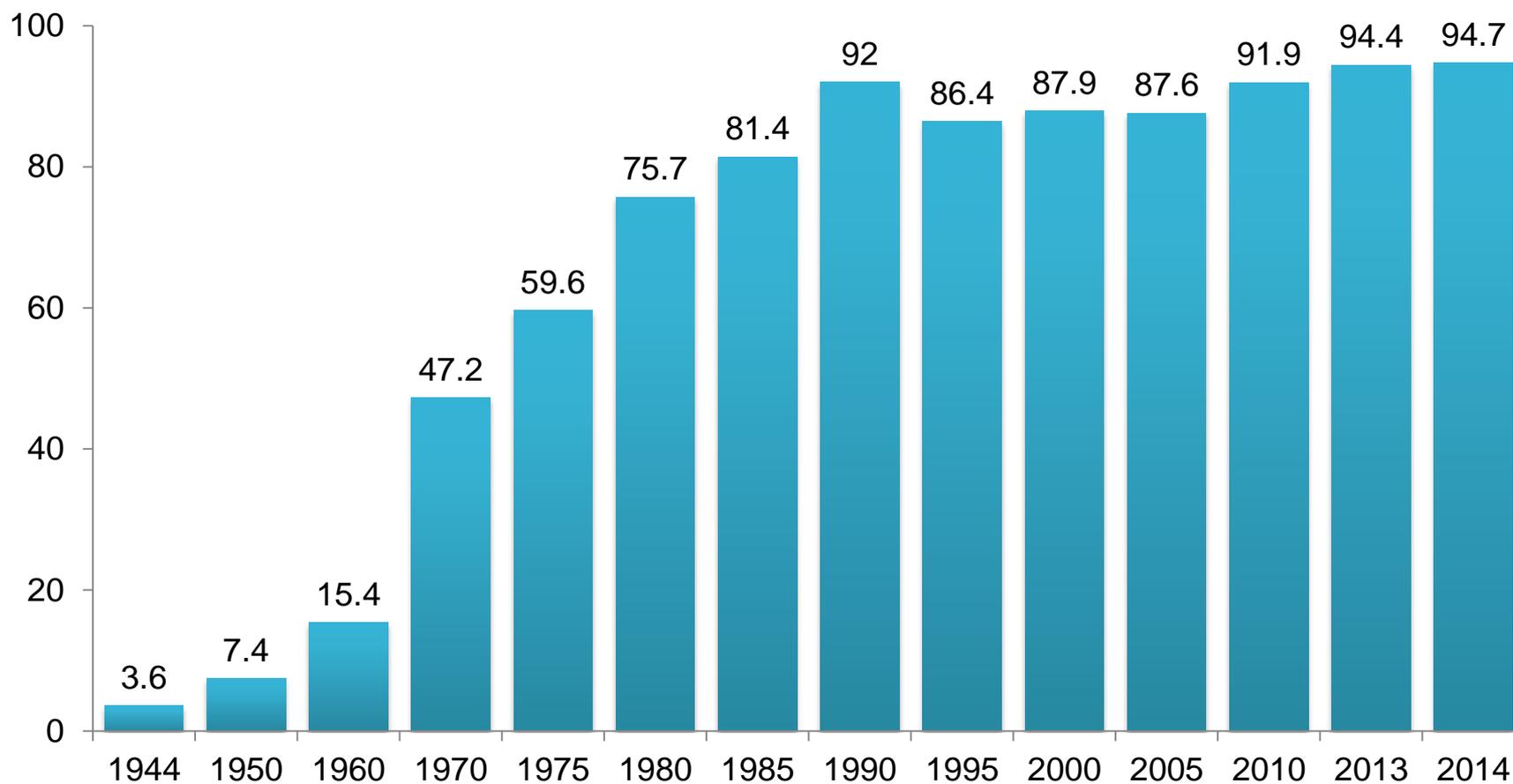
0.83%

36.50%

Evolución histórica de las diversas modalidades de aseguramiento contributivo y no contributivo



Cobertura administrativa del Seguro de Salud se acerca al 95% en el año 2014



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

Cobertura del Seguro de Salud basado en aseguramiento contributivo y no contributivo

Aseguramiento No Contributivo



Aseguramiento Contributivo



Costo mensual del Aseguramiento Seguro de Salud

Régimen Contributivo y No Contributivo

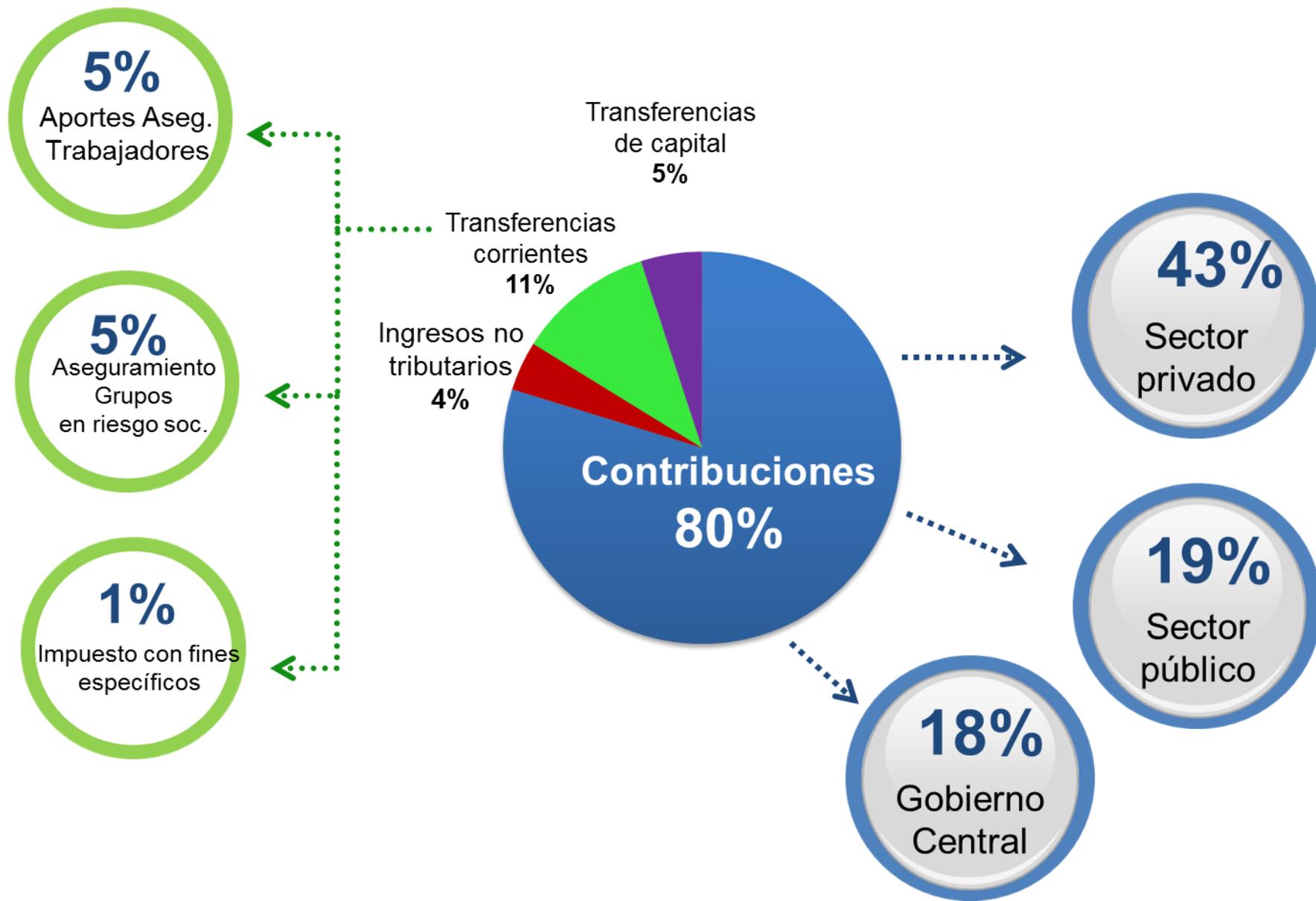
Régimen Contributivo



Régimen No Contributivo



Distribución del ingreso del Seguro de Salud, promedio 2012-2015



Cobertura administrativa más cobertura geográfica de los establecimientos de salud



94,4%

Cobertura de la Seguridad Social



Tercer Nivel

3 Hospitales nacionales
6 Hospitales especializados

Segundo Nivel

104 Áreas de salud
13 Hospitales periféricos
7 Hospitales regionales

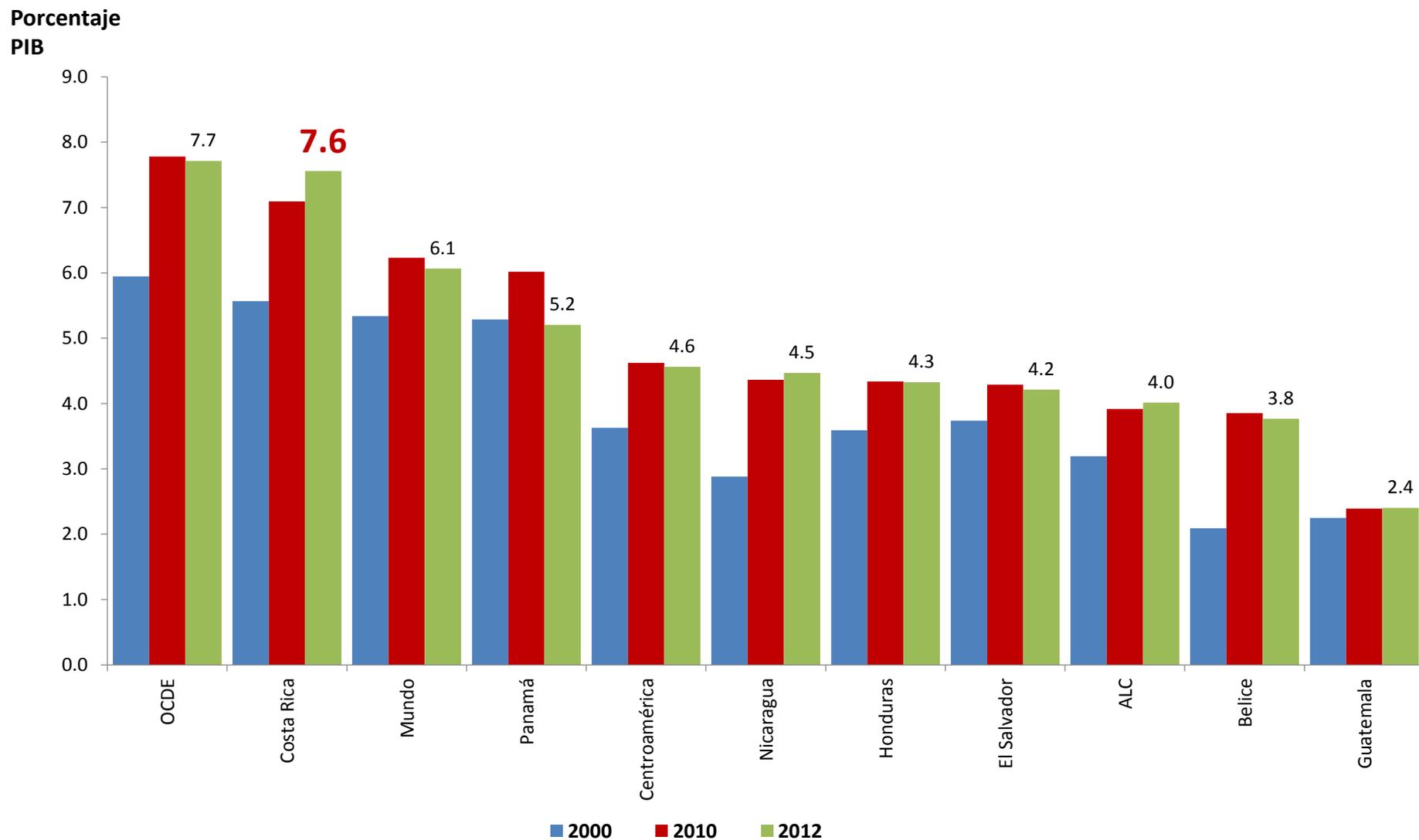
Primer Nivel

1030 EBAIS
725 Puestos de visita periódica

Perfil de la inversión en salud más inversiones complementarias

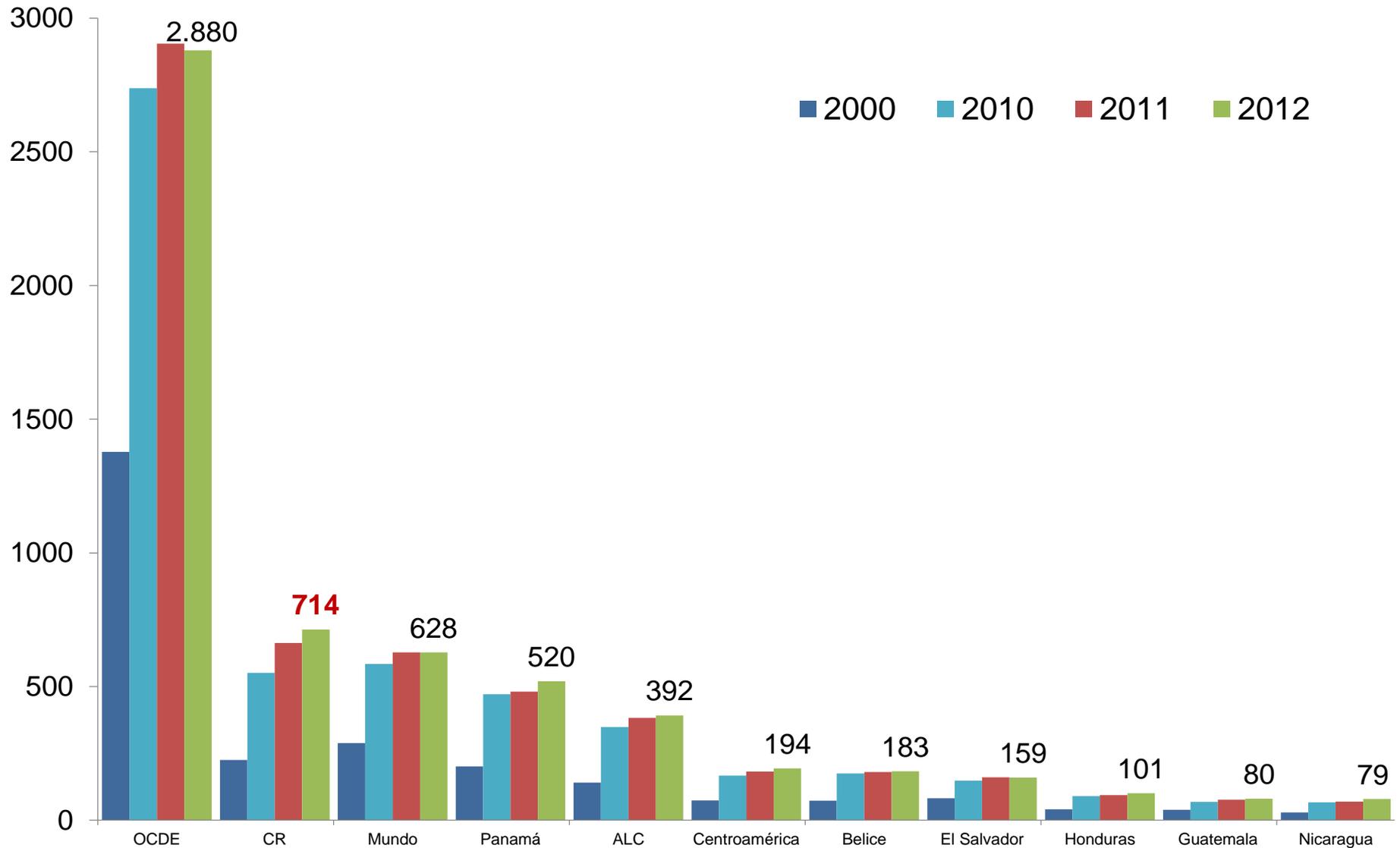


Participación de gasto público en salud en el PIB



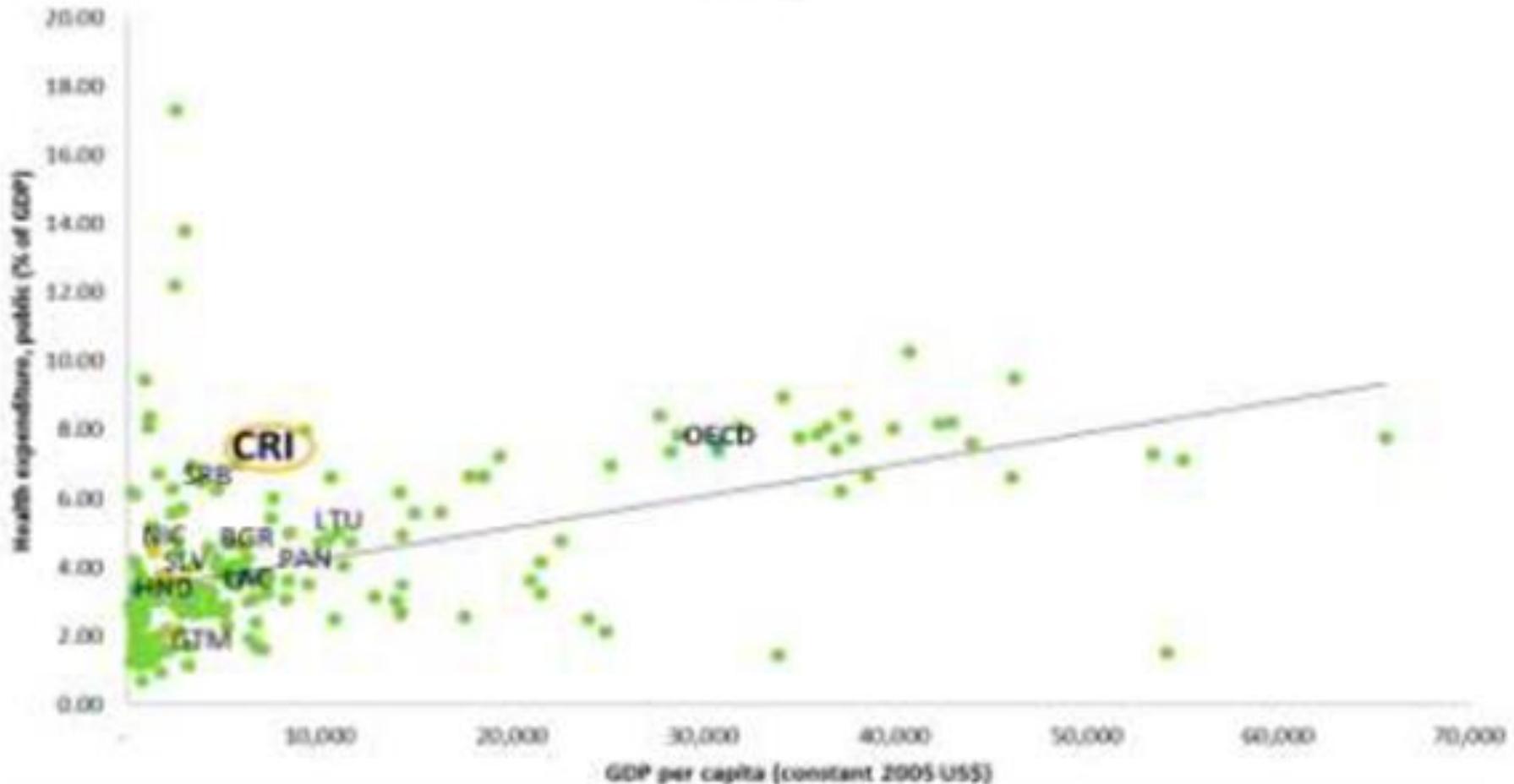
Fuente: Indicadores Sociales del Estado Nación

Inversión pública en salud por persona – dólares per cápita -

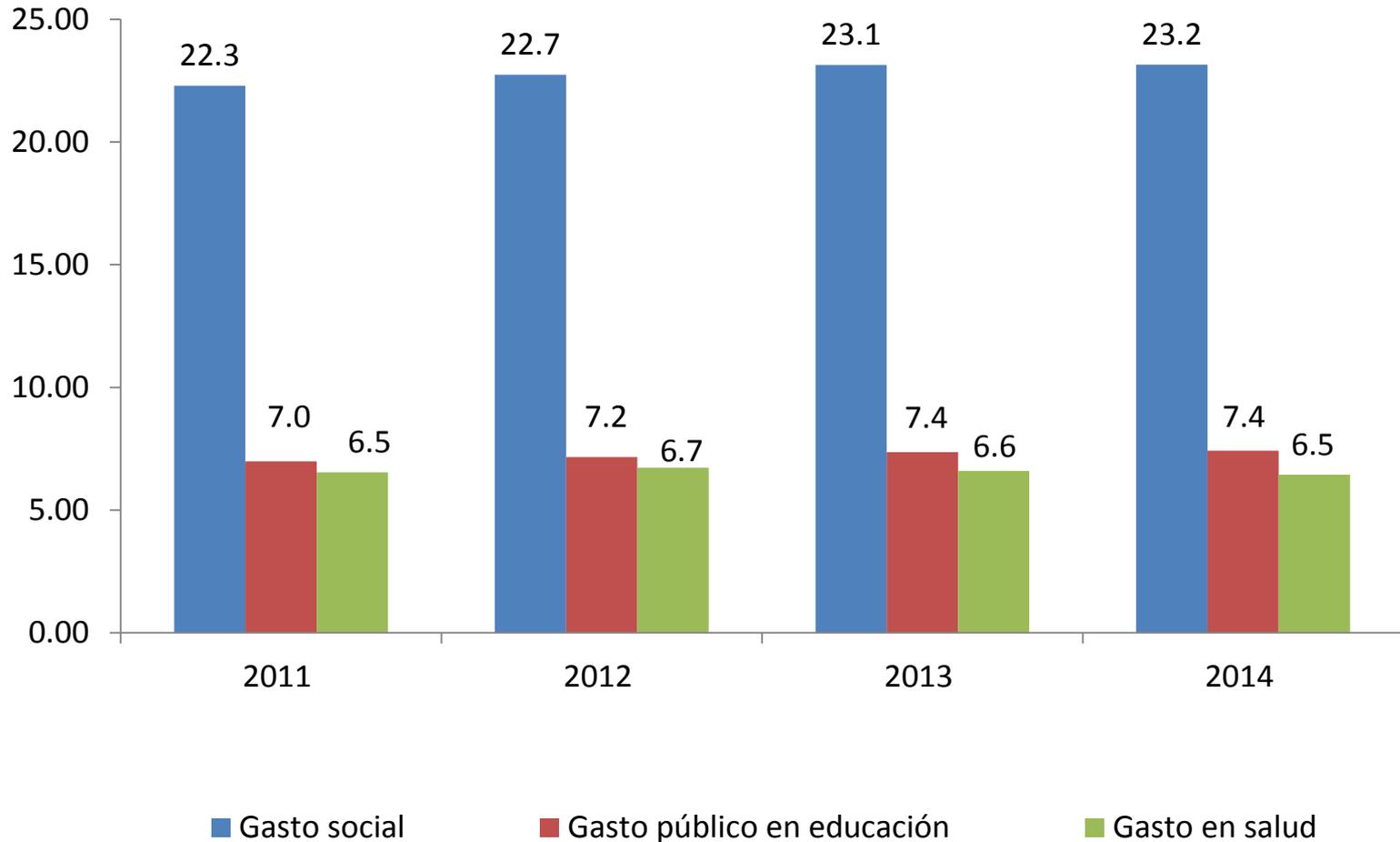


Gasto público en Salud (% PIB) vs PIB per cápita (PPP): Costa Rica y países de OECD, 2012

Public Health expenditure, (% of GDP) vs GDP per capita, PPP
2012



Indicadores de gasto social como porcentaje del PIB (más de 60% en salud más educación)



Inversiones en otras áreas sensibles y relacionadas con la salud de la población

Educación
96.50%



Electricidad
99%



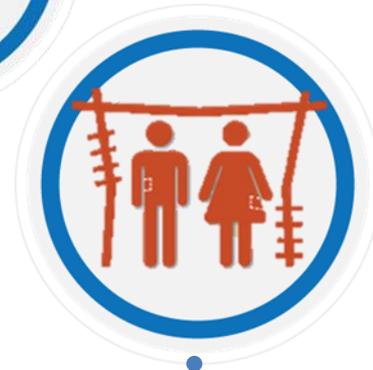
Agua potable
99,5%%



Letrinización
95%



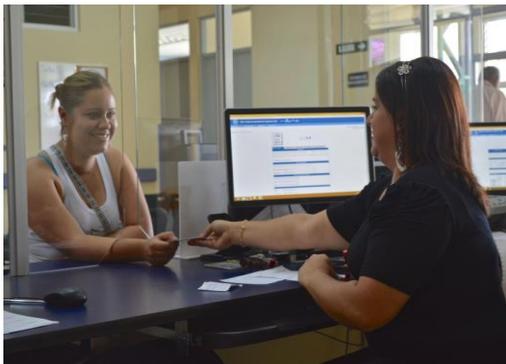
Pobreza
21%



Costa Rica presenta resultados de salud destacados en relación con otros países del Área

Países	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Expectativa de vida al nacer (años)	Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos)
Brasil	12	74	72 (2005)
Chile	7	80	16 (2013)
Colombia	15	74	73 (2005)
Costa Rica	8	80	20 (2013)
Cuba	5	79	39 (2013)
Ecuador	19	76	46 (2013)
Guatemala	26	72	113 (2013)
México	13	78	38 (2013)
Nicaragua	20	75	51 (2013)
Panamá	15	78	56 (2013)
Estados Unidos	6	79	15 (2005)

Uso de los servicios de salud por parte de la población

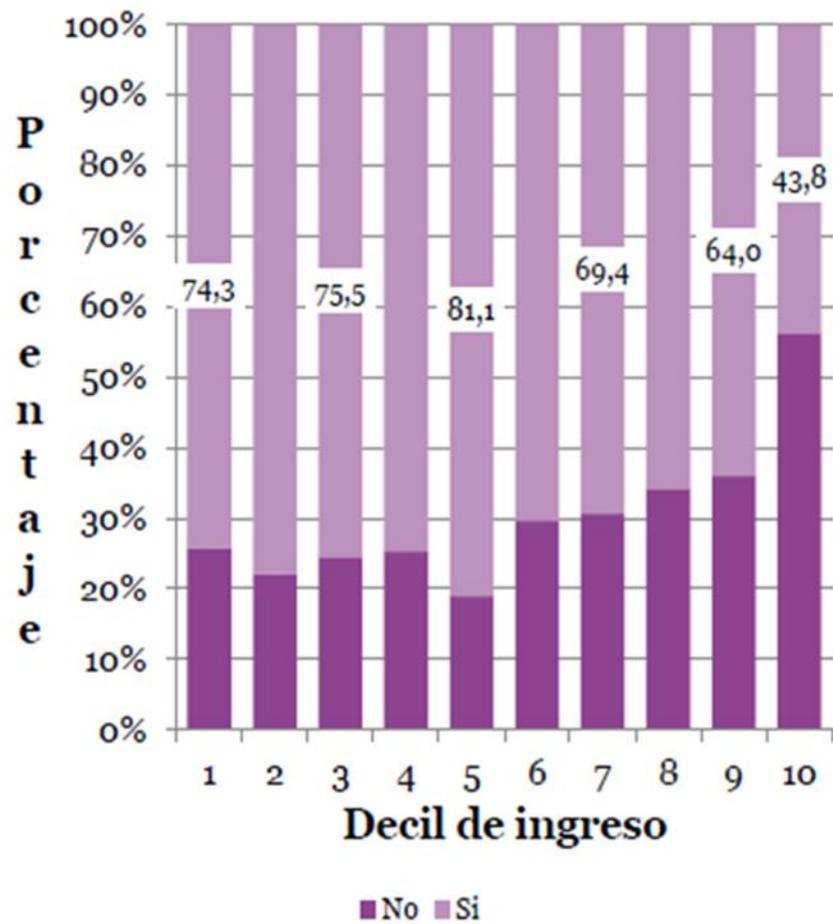


Porcentaje de uso de los servicios públicos y privados por los hogares

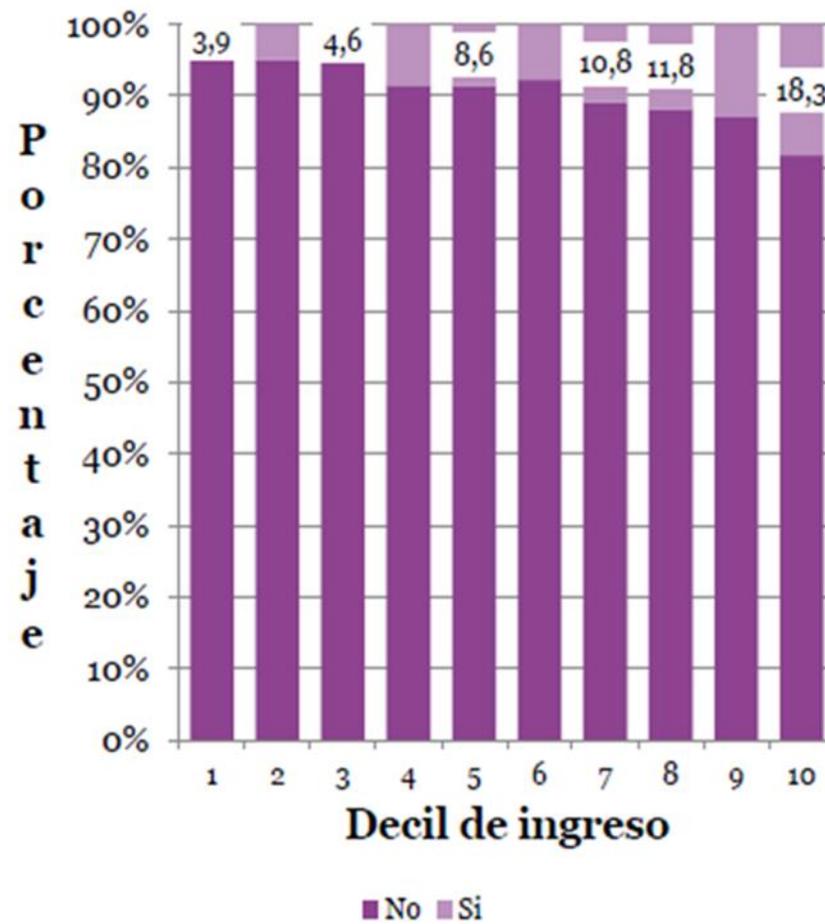


Porcentaje de hogares que usaron consulta general según decil de ingreso por tipo de servicio. Costa Rica.: 2013

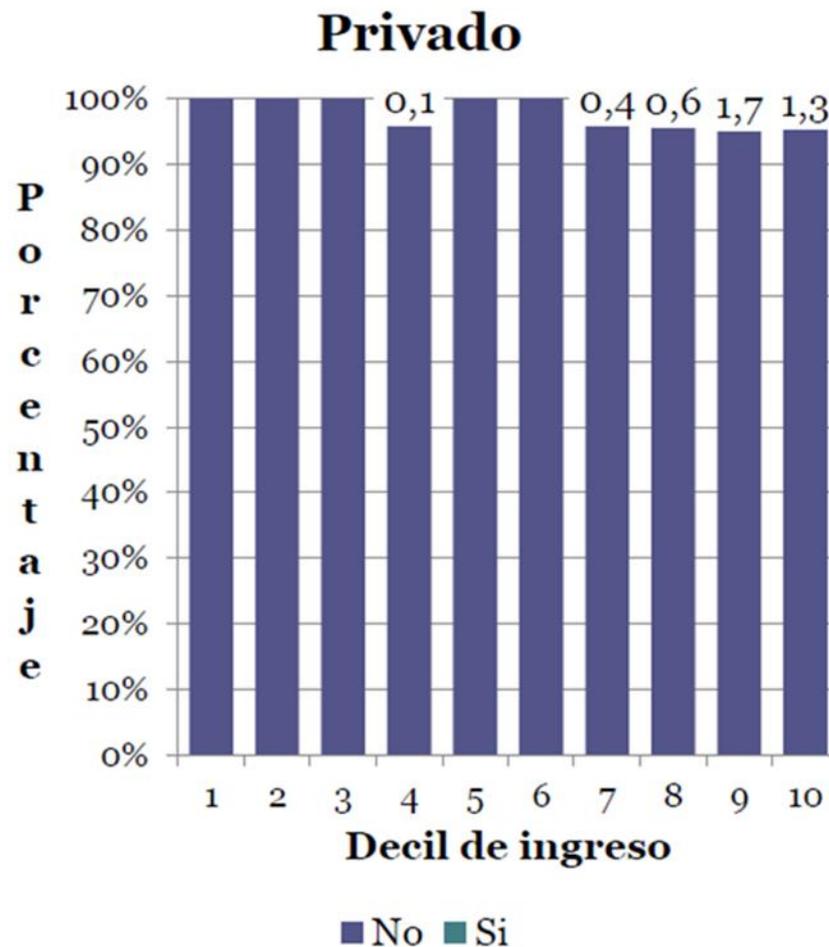
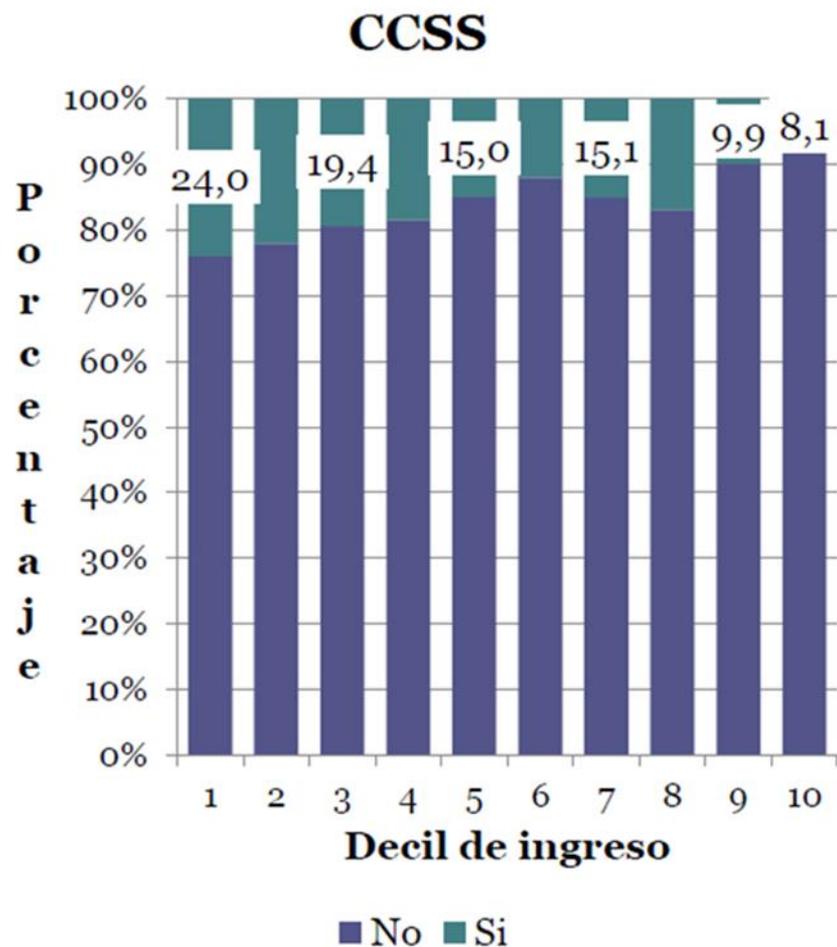
CCSS



Privado



Porcentaje de hogares que hicieron uso de hospitalización según decil de ingresos por tipo de servicios. Costa Rica.: 2013



Fenómenos que “presionan” el nivel de financiamiento



Algunos factores de corto y mediano plazo que presionan la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud



Envejecimiento

La atención de los adultos mayores de 65 años consumirá el 30% del presupuesto del seguro de salud en el 2050

En el 2050 el 40.7% de los egresos y el 56.8% de las estancias serán consumidas por el grupo de población mayor a 65 años



Enfermedades crónicas

Número de casos de cáncer al 2020 aumentará en un 48.2%.

Según el estudio de Carga de Enfermedad para el 2010 se pierden 50.680,9 AVAD por Enfermedad isquémica del corazón, 20.124,1 AVAD por Accidente Cerebrovascular y 21.445,7 AVAD por Anomalías congénitas.



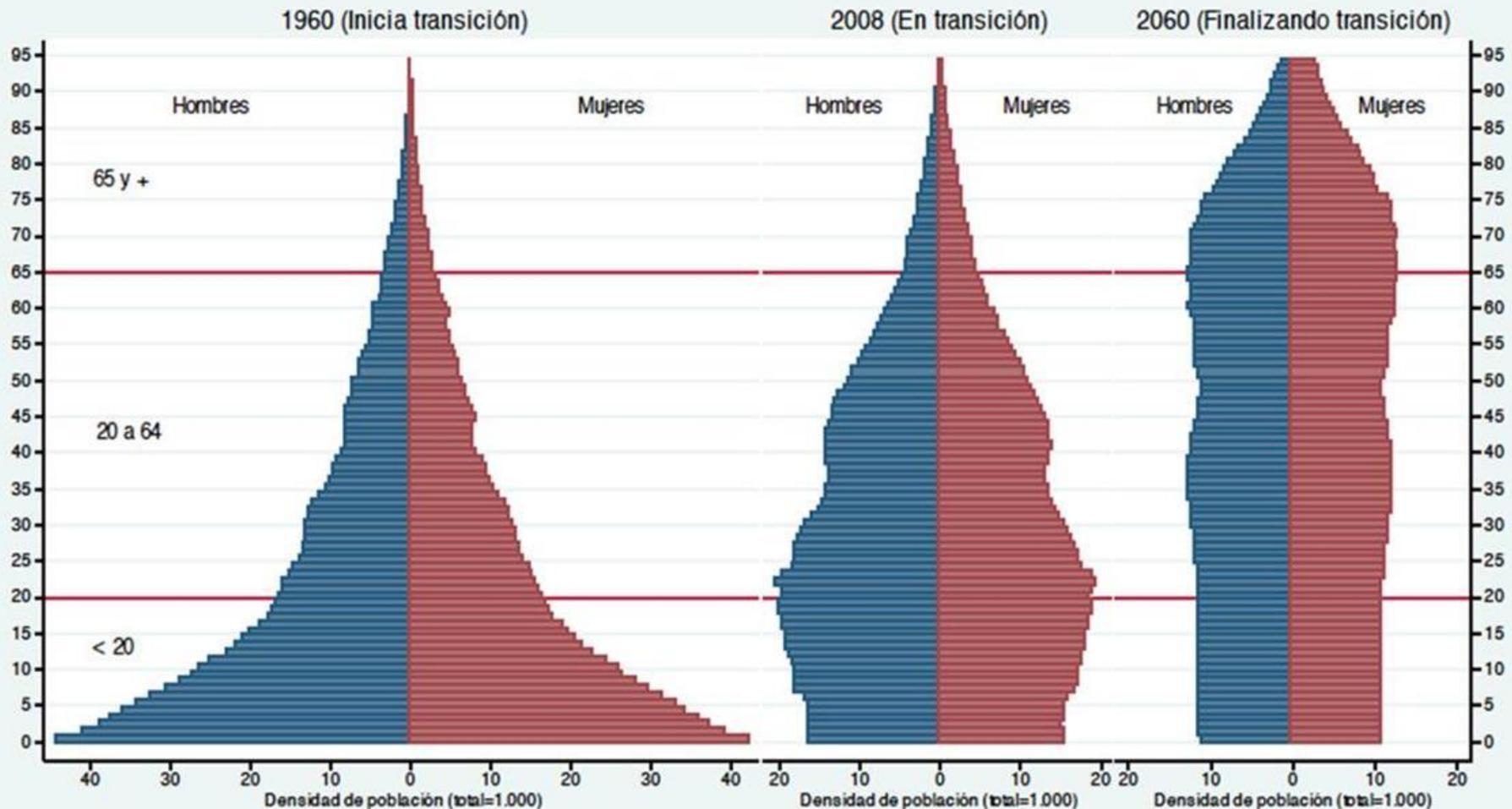
Tecnologías médicas

Probable incremento gastos en medicamentos e insumos médicos (Sunitinib, costo unitario de ¢7.7 millones para tumores del estroma gastrointestinal)

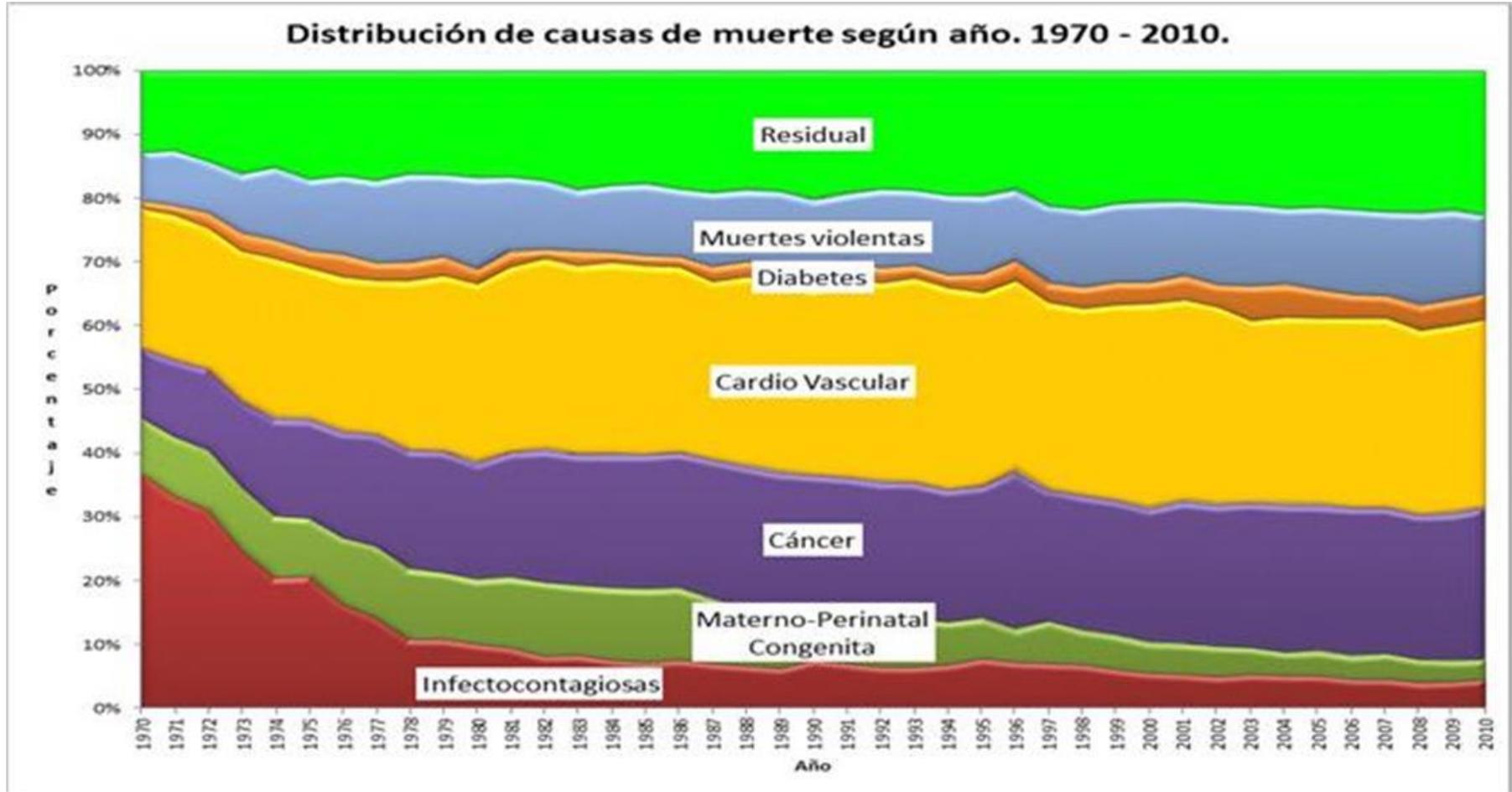
Demanda de equipamiento de más alto costo: Mamógrafos digitales, Radio-cirugía,

Transición demográfica “presiona” los servicios del Seguro de Salud

Envejecimiento poblacional



Transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y de alto costo



Fuente: Castillo R. Jacqueline. Impacto del envejecimiento en los sistemas de Seguridad Social. Dirección Actuarial y Planificación Económica. CCSS Julio, 2013.

Tecnología médica de alto costo: conjunto seleccionado de equipos de uso habitual

Nombre del equipo-categoría	Costo promedio (US\$)
Rayos-X digitales	\$226,946
Mamógrafo digital	\$348,102
Sistema de simulación de Radioterapia (CT)	\$559,707
Laboratorio de caterización	\$715,149
CT Escáner	\$832,334
Angio	\$1,275,911
Resonancia magnética	\$1,459,217
Tomografía computadorizada	\$1,515,976
Acelerador lineal	\$2,867,661
Radio-cirugía	\$3,315,641

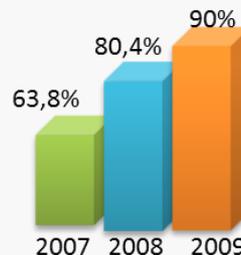
Medicamentos de alto costo que cubre pocos pacientes

Año	Descripción	No. de pacientes	Costo anual por paciente (US\$)
2012	Imatinib 400 mg	241	22,813
	Cisplatino 10 mg	7	24,350
	Idarrubicina 5 mg	1	193,596
	Interferon Beta 1B 0,25 mg (8 mlls UI)	18	18,881
	L-Asparaginasa 10 000 i.u. 10 ml	5	20,942
	Paclitaxel 6 mg/ml fco-amp 5 ml	2	286,160
	Epirubicina 50 mg fco-amp 37 ml	11	61,430
2005	Imatinib 400 mg	No se utilizaba	
	Cisplatino 10 mg	7	22,886
	Idarrubicina 5 mg	1	258,823
	Interferon Beta 1B 0,25 mg (8 mlls UI)	144	9,064
	L-Asparaginasa 10 000 i.u. 10 ml	3	25,768
	Paclitaxel 6 mg/ml fco-amp 5 ml	11	78,183
	Epirubicina 50 mg fco-amp 37 ml	8	60,569

Judicialización de la salud: intervención de la Sala IV en priorización de atenciones



Reclamos fueron en su gran mayoría para medicamentos que no estaban en el catálogo oficial de la CCSS.



Litigios por acceso a consultas médicas

22,6%



Litigios por desabastecimiento de medicamentos.

Demandas se efectuaron por acceso a prótesis y ortesis

49,6%

8,4%



Demandas relacionadas con medicamentos

11,9%

35,6%

Cirugías

13,1%

25%

Otros procedimientos

1,8%

10,8%

Otros tratamientos

3,9%

13,7%

Consultas médicas

4,3%

29,9%

Prótesis y ortesis

7,5%

43%

Retos y desafíos



Dificultades fiscales para mantener e incrementar el financiamiento al Seguro de Salud

Indicador	2011	2012	2013	2014
PIB per cápita en US\$	8,980	9,737	10,447	10,382
% Crec. PIB real por persona	3.2	3.8	2.1	2.2
Deuda interna (% PIB)	25.7	29.1	29.1	30.4
Carga tributaria (% PIB)	13.3	13.2	13.3	13.2

A. Modelo de financiamiento



A.1. Diversificación de las fuentes

- Mayor aporte fiscal que sustente la cobertura de poblaciones no contributivas
- Impuestos directos a bienes y servicios “no saludables”
- Cargo a los impuestos de entrada de los turistas extranjeros
- Participación de los Municipios en el financiamiento de infraestructura del Primer Nivel de Atención



A.2 Extensión de la Cobertura

- Combate a la evasión por no aseguramiento o sub-declaración salarial
- Diseño de modalidades “flexibles” para grupos de difícil cobertura contributiva
- Tasas diferenciadas de contribución para jóvenes y mujeres



A.3 Gestión del cobro más eficiente

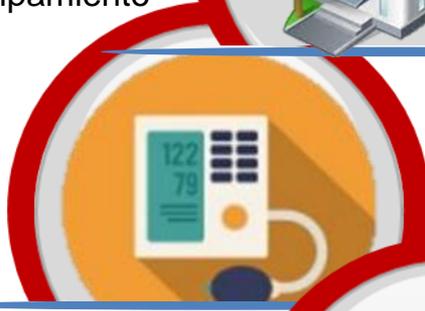
- Pago efectivo de la deuda del Estado
- Mecanismos más ágiles para el cobro de los adeudos de patronos y trabajadores independientes
- Recuperación efectiva de los montos invertidos en la atención de pacientes de riesgos de trabajo o accidentes de tránsito

B. Asignación de recursos e inversiones estratégicas

Nuevas formas de
financiamiento de la
infraestructura y equipamiento



Incrementar el uso
de la capacidad de
producción instalada



Planes de inversión con visión de
mediano y largo plazo

Inversiones en infraestructura y
equipo priorizada y ajustada al
modelo de atención impulsado



Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDRs), pago
por intervención/caso: Nivel Hospitalario



Mecanismos capitados ajustados por riesgo
para la asignación en el Primer Nivel de
Atención



Distribución de recursos por Redes
Integradas de Servicios de Salud

C. Mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud

Reforzar el papel de la evaluación de las tecnologías sanitarias

Incrementar el rendimiento y la productividad de los profesionales en ciencias de la salud

Aumento de capacidades de gestión de los centros y servicios, basados en información, medición y toma de decisiones

Desarrollar modelos más eficientes y eficaces para la atención a pacientes crónicos

Énfasis en Atención Primaria y fortalecimiento de Redes

Integrar servicios de alta especialización concentrados en un único centro

Compromisos de desempeño e incentivos

Rediseñar la oferta hospitalaria

Orientación de resultados no de insumos

Potenciar iniciativas basadas en TIC en salud



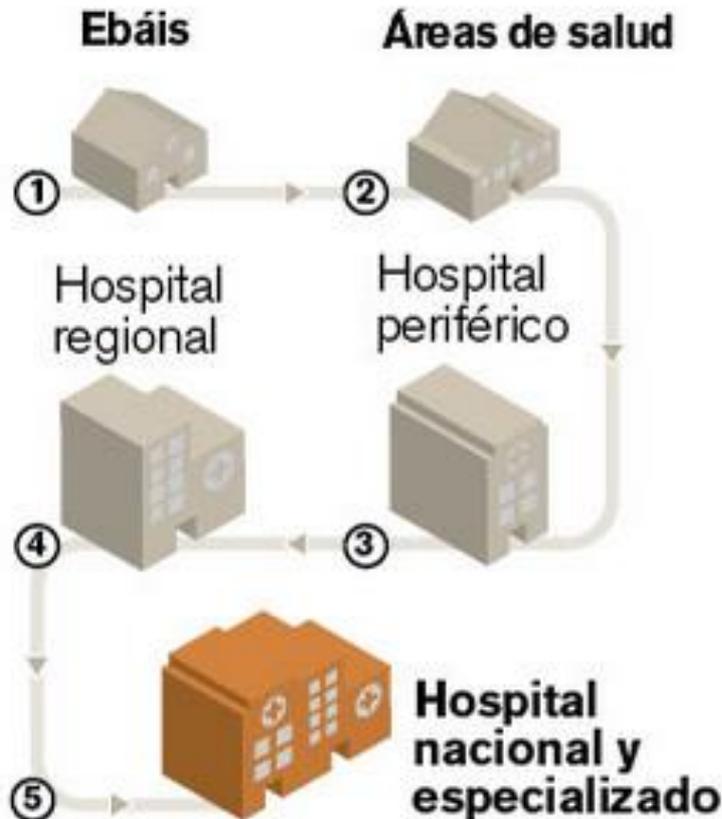
Un reto más profundo



2015 Retos del fortalecimiento del modelo de prestación hacia una visión de CCSS Centenaria en el 2041

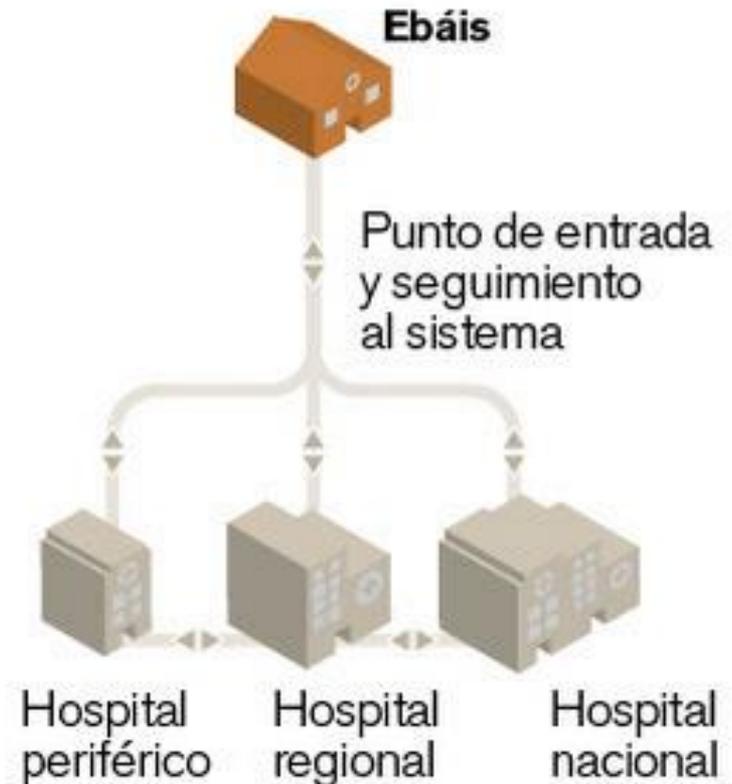
MODELO ACTUAL

Un asegurado pasa por varios niveles hasta llegar a un hospital como el México. El paciente debe sacar las citas y es difícil darles seguimiento.



NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

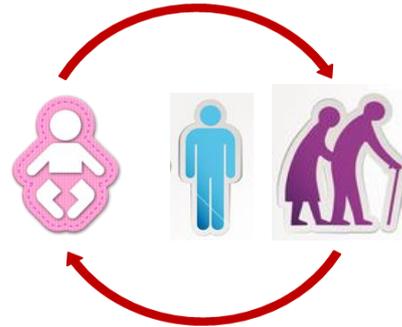
Primer nivel reforzado con equipo, presupuesto y personal. Citas se coordinan desde Ebáis con expediente digital. El paciente regresa al Ebáis con su plan de seguimiento.



Principales diferencias

Ciclo de vida

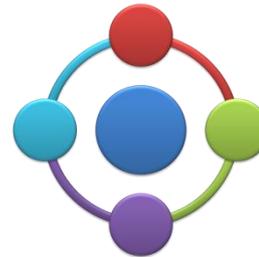
Énfasis en primera infancia. El sistema **pierde de vista a adolescentes y adultos jóvenes**. Regresan en la vejez



Seguimiento **desde el nacimiento hasta la muerte** con carácter preventivo y de detección temprana

Coordinación

Aunque hay protocolos, la coordinación **es escasa y poco estructurada**. La que hay funciona por iniciativa de cada red



Mejor comunicación y coordinación entre EBAIS, Áreas de Salud y Hospitales para optimizar los recursos

Basado en referencia y contrareferencia de pacientes de EBAIS a otros niveles. **Sacar la cita depende del asegurado.**

Sistemas de citas

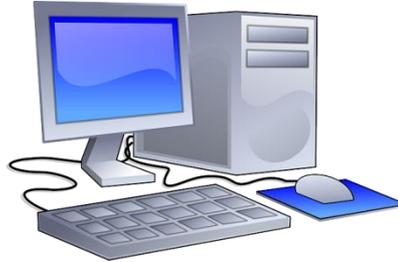


Con expediente digital, el asegurado que necesite atención especializada saldrá con sus citas de EBAIS para la continuidad de la atención

Principales diferencias

Tecnología

Expediente impreso



Expediente Digital

Visitas periódicas limitadas.
Escaso trabajo comunal de los Ebais en prevención y promoción.

Comunidad



Personal más capacitado, hará más visita domiciliar.
Figuras clave: médico de familia y enfermera en comunidad.

Hospitales periféricos y regionales con **poca capacidad para resolver.**

Segundo nivel



Más inversión en centros de diagnósticos y de cirugía ambulatoria

Atención de **baja, mediana y alta** complejidad

Tercer nivel



Atención de **mediana y alta** complejidad



Desafíos

Para mantener e incrementar la inversión pública en salud

Foro regional: Salud Universal: una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible