



MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA CALIDAD

Curso:

Dimensión económica y Social de la Calidad

Tema:

La calidad, y el gasto eficiente en salud

Profesor:

M.Sc. Denis García Aguinaga

Estudiantes:

Luisa Cárdenas Granados

Claudia Fernández Barrero

Karolina Hall Loría

Fecha de entrega:

15 de julio 2024

a) Tabla de contenido

a) Tabla de contenido	2
b) Introducción	3
c) Análisis del tema.....	4
<i>Gasto en salud y Situación en América Latina y Caribe.....</i>	4
<i>Índices que miden la eficiencia de gasto en salud.....</i>	7
Determinantes sociales y ambientales de la Salud	7
Salud materno infantil	8
Enfermedades no transmisibles.....	8
Mortalidad	9
<i>Análisis de gasto público en salud de Costa Rica comparado con México</i>	9
<i>Calidad en los servicios de salud</i>	12
<i>Mejora continua de la calidad en el sistema de salud de Costa Rica.....</i>	12
d) Oportunidades de mejora detectadas.....	13
e) Conclusiones.....	14
f) Recomendaciones	15
g) Bibliografía consultada	16

b) Introducción

El gasto en salud está conformado por los servicios de atención en salud, bienes médicos, administración en salud y seguros médicos. Para que sea tomado como gasto en salud debe tener como fin mejorar, mantener o prevenir el deterioro del estado de salud de las personas, grupos de la población o de la población en su conjunto. El aumentar y fortalecer el gasto público ayuda a incorporar nuevos servicios, equipos y atención más especializada. Sus fondos, gastos e inversión dependen de cada país, ya que por su política, demografía, cultura y gobierno existen diferencias que hacen único cada caso por país. (OECD 2020, OPS 2022).

El gasto en salud debe verse más como una inversión para la economía y desarrollo social de los países. Como indica la OCDE invertir en Salud afecta directamente en la calidad de vida, productividad y desarrollo económico de todo país. Se estima que un 10,5% de PIB invertido en salud genera una huella económica de alrededor de 50 millones de dólares y 10% más de empleos. Además, que el gasto en salud potencia los niveles de ingresos en el hogar, aumenta la productividad y la esperanza de vida al nacer, como también disminuye la mortalidad (OECD 2020, Fedefarma 2023). Y para lograr un gasto en salud adecuado y efectivo se necesita calidad.

La calidad tiene que ver con una buena gestión de los costos o gastos, que estén involucrados en todo el proceso productivo, lo cual es esencial para que la organización pueda crecer y mantenerse. Sirve como una estrategia para crear conciencia y generar acciones para la mejora de la calidad del gasto en salud (Díaz y Salazar, 2021).

La calidad en el gasto en salud pretende proveer un adecuado manejo de los fondos y crear servicios accesibles y equitativos, por medio de la aplicación de la ciencia médica y su tecnología para el mayor beneficio posible, aplicando variables de complejidad económica, social y humana (Vargas, 1997).

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar la importancia de la calidad en el gasto en salud. Y para ello se tiene como objetivos específicos:

- Explicar con detalle el gasto público y como se conforma, dando énfasis en Costa Rica.
- Explicar como ha sido el gasto en Salud en Costa Rica en los últimos 7 años. Compararlo con un país de la región sobre el manejo de gasto en salud y explicar la importancia de la gestión de calidad en el gasto público.

c) Análisis del tema

Gasto en salud y Situación en América Latina y Caribe.

El gasto en salud se define como la sumatoria de los gastos incurridos en la totalidad de los servicios de atención en salud, bienes médicos, administración en salud y seguros médicos. Su financiación varía entre países, ya puede ser por medio de arreglos de financiamiento, seguros sociales o privados, seguros de salud obligatorio, seguro de salud facultativo y fondos privados (gastos asumidos directamente por el paciente) (OECD 2020).

Según la OPC (2022) cita que: *“Para que una actividad sea considerada como gasto en salud, debe tener como finalidad principal mejorar, mantener o prevenir el deterioro del estado de salud de las personas, grupos de la población o de la población en su conjunto, así como mitigar las consecuencias de la enfermedad mediante la aplicación de conocimientos calificado”*

Además, los factores demográficos, sociales y económicos, así como los mecanismos financieros y organizativos del sistema de salud de cada país pueden explicar los cambios evolutivos, reglamentarios y de gastos que se ha tenido a través del tiempo. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico existe mucha diferencia en gasto de salud entre los países de Latinoamérica, donde para el 2017 el gasto de salud per cápita más bajo lo tenía Haití con 83 dólares internacionales y el más alto Cuba con 2484 dólares internacionales. Cabe resaltar que en Haití el 100% del gasto lo cubre el paciente, mientras que Cuba más del 80% lo cubre el Estado. Costa Rica ocupa el décimo lugar con un gasto per cápita de 1285 dólares internacional, cubriendo el estado el 80%. Este valor se considera bajo cuando hay países de OCDE de altos ingresos, cuyo gasto en salud es de 5313 dólares internacionales (OECD 2020, Ayala et al 2023).

Se calcula que en promedio los países de Latinoamérica, el gasto en salud se financia un 59% por medio de esquemas gubernamentales y de seguros obligatorios y un 41% por medio de pagos personales, planes de pago voluntario y recursos externos. Esto quiere decir que la propia población intenta sufragar gran parte de los gastos en salud, lo que deja a la vista las deficiencias y el bajo financiamiento público en salud. Se observa una relación directamente proporcional en todos los países con respecto al PIB y el gasto en salud, en general, entre más rico es un país más gasta en salud (OECD 2020).

Entre los gastos mayores que se observa en salud está el gasto en equipo médico, ampliación de tecnologías en salud y comunicación en salud. Ya que una ralentización de inversión en equipos e infraestructura ralentiza la prestación de servicios en salud. Estos valores se esperan que mejoren con el tiempo, y que para el 2050 el gasto en los países de Latinoamérica y el Caribe se duplique, sobre todo por el gasto en tecnología, crecimiento poblacional y envejecimiento. Sin embargo, aunque se toma que el gasto en salud es un

incentivo para el crecimiento económico de todos los países, otras necesidades por región pueden hacer que se ralentice ese aumento del gasto (OECD 2020, Ayala 2023).

Ayala et al (2023) analiza los gastos en salud de la región de América Latina y el Caribe entre el 2000 y el 2019, que entre el gasto público y el privado repercute en la esperanza de vida al nacer, y que un aumento de un 1% en el gasto público en salud se asocia a un aumento del 0,019% de la esperanza de vida. Además, que por lo general se prescinde del sistema público para buscar atención privada aunque esto empobrece los hogares y tiene un impacto económico negativo por hogar. También el gasto en salud pública tiene un impacto positivo en la mortalidad infantil, un aumento de 1% en salud disminuye en 0,168% la tasa de mortalidad infantil. En general concluyen que los países de Latinoamérica y Caribe, que cuentan con mayor gasto en salud pública, son quienes tienen mayores estadísticas de salud positivas.

Gasto en Salud en Costa Rica

El gasto público de salud va de la mano de reglamentos, leyes y convenios internacionales como es el Pacto 30-30-30, que busca intensificar y acelerar los esfuerzo de los países de la región para lograr la salud universal y reafirmar que la salud es un derecho y que todas las personas tienen derecho a un acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y que esto no genere dificultades financieras. Entre las metas está eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo y aumentar el gasto público en un 6% del PIB, e invertir al menos el 30% en el primer nivel de atención. También se basa en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) del 2030 (OPS 2020).

La fuente de gasto público en el país proviene de cotizaciones de la seguridad social y transferencias del gobierno central. Además, la medición del gasto público considera los bienes y servicios de salud asociados, ofrecida por dos instituciones públicas de Costa Rica. También incluye gastos en funciones administrativas y gobernanza del sistema de salud. Las cuentas de gasto en salud se basa en el estándar mundial SHA2011, el cual es un instrumento que provee información sobre financiamiento del sistema de salud pertinente para el análisis y toma de decisiones en política pública. (OPS y Ministerio de Salud 2022).

El gasto en salud se realiza entre Ministerio de Salud (MS), Caja Costarricense del seguro Social (CCSS), Comisión Nacional de Emergencias(CNE), INCIENSA e Instituto Nacional de Seguros (INS). La CCSS se encarga de administrar los recursos provenientes del seguro social y provee servicios de salud en diferentes niveles de atención. La CNE es la fuente de financiamiento a otras instituciones para provisión de atención curativa, y sirve como proveedora de servicios de atención preventiva, gobernanza y administración. El INS financia y provee atención curativa para el hospital del Trauma (OPS y Ministerio De Salud 2022).

El gasto público en salud ha oscilado en los últimos años, producto de los cambios sucedidos por desastres naturales, crisis económicas y la pandemia que azotó al mundo. La estrategia de salud universal, que tiene como meta alcanzar un 6% de gasto en salud del PIB. Durante el 2019 el gasto público en salud fue de 2 019 933, 2 millones de colones, los que representa un 5,65% del PIB, cercano a la meta , este fue un aumento con respecto al 5,3 % del 2017 y el 5,5% del 2018. Siendo cada vez más alto pero aún menor al promedio de los países de la OCDE (OPS 2022).

En el año 2019 el 74% del gasto corriente en salud se cubrió con fondos públicos, que incluye esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios. El mayor esquema de financiamiento es dado por la CCSS y crecieron un 7,5%. El gasto directo en los hogares en salud fue de 14,5%, y siendo el 22% del gasto corriente en salud . El 49,8% del gasto es dado en hospitales especializados y generales respecto a gasto de bienes y servicios , y el primer nivel fue el 39% del gasto. El 51% del gasto corriente fue en recurso humano, se presentó un gasto del 10% respecto a periodos anteriores. Falta documentación de gasto en bienes. Se tiene documentado un aumento del 20% en infraestructura (Ministerio de Salud 2020).

En el periodo 2017 al 2019 el gasto en medicamentos aumentó 14,8% del gasto corriente. El gasto de medicamentos es sobre todo un gasto directo en los hogares y en segundo lugar el gasto en seguros sociales obligatorios. Es por ello que el gasto de medicamentos representa un reto de las políticas públicas. En este mismo periodo el gasto en atención primaria en salud (APS) aumentó en un 12,2% lo que sobrepasó la meta del pacto 30-30-30.

A partir del 2020 la situación de gasto en salud en el país da un giro inesperado debido a la pandemia por COVID-19. Los servicios de salud se tuvieron que adaptar para la atención de pacientes por esta enfermedad. Esto ha generado que entre el 2020 y el 2021, el país tuvo que operar su sistema de salud bajo condiciones extremas, debido a la demanda operativa y el estrés financiero. El gasto en salud en el 2020 aumentó a 170,6 mil millones equivalente a 0,5 puntos porcentuales del PIB o 8,4% del gasto en salud (mayor a la meta a alcanzar en el 2030). El mayor gasto fue producido por la Caja Costarricense del Seguro Social por 112,8 mil millones (66,1 %), y el segundo lugar fue el Ministerio de Salud por 24,0 millones, el tercer lugar fue la comisión nacional de emergencias (CNE) por 33,1 millones (todo en colones) (OPS y Ministerio de Salud 2022).

Entre el 2021 al 2022 el gasto se desglosó de la siguiente forma: 63,5% en atención curativa, 32,4 % atención de la pandemia (un gasto de 52,2 millones que es la misma cantidad que fue gastada en atención preventiva entre el 2017 – 2019). Además el gasto por factores productivos (personal de salud) representó un 63% del gasto corriente, un 12,1% en bienes de salud, 10,3% productos no de salud, 5,9% otros medicamentos y 4,7% en vacunas.

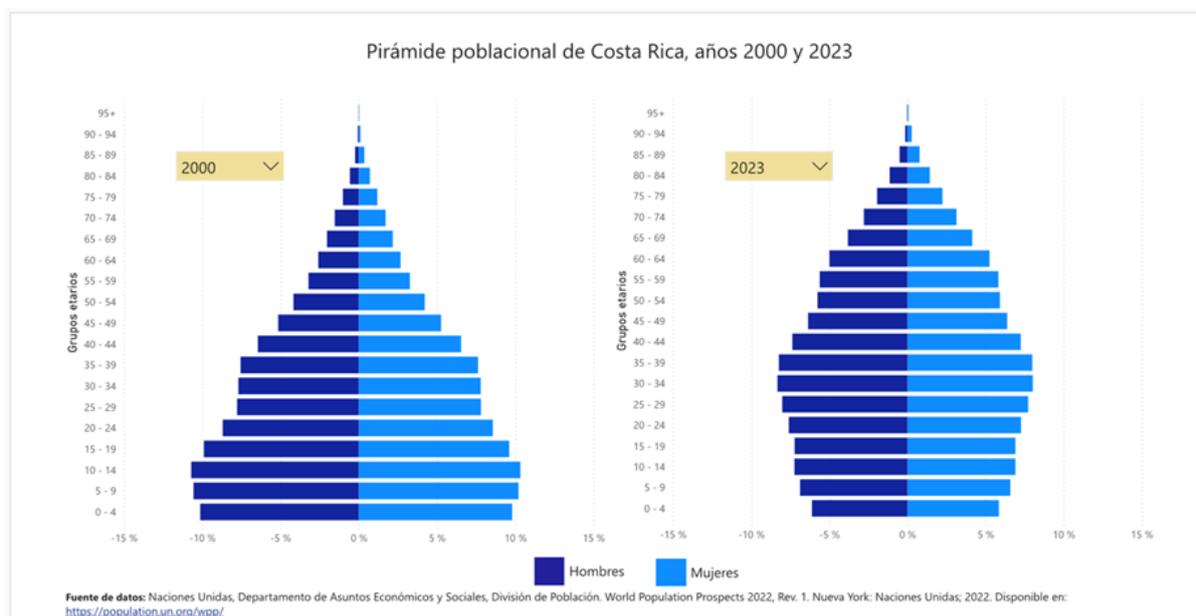
Indices que miden la eficiencia de gasto en salud

Determinantes sociales y ambientales de la Salud

Los determinantes de salud son un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Los de responsabilidad del sector salud, se refieren al accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control de enfermedades, que serían los relacionados con los servicios de salud que se brinda a la población y promoción de estilos de vida saludables.

En el 2000, la población total de Costa Rica era de 3 979 193 habitantes, y en el 2023 habría ascendido a 5 212 173, lo que representa un incremento de 31%. En cuanto al perfil demográfico del país, en el 2023 la población de mayores de 65 años representaba 11.2% del total, lo que implica un aumento de 5.3 puntos porcentuales respecto del 2000 (OPS, 2023).

Figura 1. Pirámide de la población de Costa Rica del año 2000 y 2023



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World Population Prospects 2022, Rev.1. Nueva York: Naciones Unidas; 2022. Disponible en <https://population.un.org/wpp/>

En la figura 1, se observa como en el 2023 se alcanzó una razón de 56.6 personas mayores (de 65 años o más) por cada 100 menores de 15 años, como se observa en la distribución por grupo etario y sexo de las pirámides poblacionales del país. Se considera 69% de la población para participar en actividades laborales, lo cual nos da una relación de dependencia de 44,9 habitantes por cada 100 que pueden participar en actividades laborales y en el año 2000 esta relación era de 58 en el año 2000.(OPS, 2023)

Otro dato importante es la esperanza de vida al nacer, que para el 2023 fue de 80.3 años, representado un incremento de 2,7 años con respecto al 2000. La tasa de alfabetización fue del 99,5% para el año 2021

Otro aspecto que cabe destacar es que el porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza fue de 26,2% y la de pobreza extrema de 7% en el 2020, y para el año 2023 fue de 21,8% de pobreza y de 6,3 de pobreza extrema, segunda datos de la Encuesta Nacional de Hogares INEC 2024

En cuanto al Índice de Desarrollo Humano en el 2021 fue 0,809, subió un 13,9% con respecto al 2020 que era de 0,71%, lo que significa un aumento en la calidad de vida de sus habitantes y el progreso del país. El IDH mide 3 aspectos básicos del desarrollo humano como los son : Una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer, el conocimientos, medidos por la tasa de alfabetización y un nivel de vida digno medido por el PIB per cápita. El IDH de Costa Rica es inferior al promedio de los países del grupo de desarrollo humano muy alto (0.898) y es superior al de los países de Latinoamérica y el Caribe (0.766).

En el 2021, el gasto público en salud representó 5.64% del producto interno bruto (PIB) (figura 3) y 25.37% del gasto público total.

Salud materno infantil

Entre el 2000 y el 2019, la mortalidad infantil en Costa Rica pasó de 10.2 a 8.25 por 1000 nacidos vivos, lo cual implicó una reducción de 19.1%

En cuanto a la estrategia de inmunización, en el 2022 la cobertura de vacunación contra el sarampión fue de 90%, lo que representa un incremento de 8 puntos porcentuales con respecto a la cobertura del 2000. (OPS,2022)

La razón de mortalidad materna para el 2020 se estimó en 22 por 100 000 nacidos vivos, lo que supone una reducción de 42.9% respecto al 2000. En relación con la fecundidad, se calcula que, en el 2023, las mujeres tenían en promedio 1.5 hijos a lo largo de su vida reproductiva. La fecundidad adolescente, se observa una reducción del 57.9%, en el 2023 con respecto al 2000 y un aumento en el porcentaje de la atención prenatal, acudieron a cuatro citas y el 97% de los partos fueron atendidos por personal capacitado para el 2016 (OPS, 2022)

Enfermedades no transmisibles

Según datos del Ministerio de Salud, en Costa Rica *las Enfermedades No Transmisibles (ENT) ocupan la primera causa de muerte, morbilidad y discapacidad desde hace más de tres décadas. Para el año 2019, representaron el 80.73% de las defunciones en el territorio nacional, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor proporción (31.74%), seguidas por el cáncer (26.58%).*

Mortalidad

En el 2019, la tasa ajustada de mortalidad prematura potencialmente evitable en Costa Rica fue de 155,9 muertes por 100 000 habitantes, lo que equivale a una disminución de 22,1% en comparación con la tasa de 200,1 registrada en el 2000.

Al categorizar las muertes en tres grupos principales, se citan textualmente (OPS,2023)

- *Tasa de mortalidad por enfermedad transmisibles en el 2019, fue de 29,9 por 100 000 habitantes (37,6 por 100 000 en hombres y 22,9 por 100 000 en mujeres)*
- *Tasa de mortalidad de enfermedades no transmisibles ascendió a 310,2 por 100 000 habitantes (363,5 por 100 000 en hombres y 263,7 por 100 000 en mujeres)*
- *Tasa de mortalidad por causas externas fue de 46,7 por 100 000 habitantes (76,8 por 100 000 en hombres y 16,9 por 100 000 en mujeres), en cuyo caso destacan los accidentes de transporte terrestre (14 por 100 000 habitantes), los homicidios (12 por 100 000 habitantes) y los suicidios (7,6 por 100 000 habitantes).*

En el 2000, la distribución porcentual de las causas fue de 81,9% para las enfermedades no transmisibles, 7,8% para las transmisibles y 10,3% para las causas externas, en tanto que para el 2019 los porcentajes fueron de 80,2%, 7,7%, y 12,1% (OPS,2022)

Análisis de gasto público en salud de Costa Rica comparado con México

Los datos comparativos de estos países se realizan con metodología SHA2011, que es la metodología estándar internacional para medir el gasto en salud, desarrollada por OCDE, EUROSTAT y OMS. Los datos comparados son a partir del 2018, debido a que el SHA2011 fue actualizado en el 2017, incorporando nuevas fuentes de recolección de datos. Los datos de Costa Rica se obtienen de instituciones del sector público y privado que ofrecen o financian servicios y bienes de salud a la población (OPS, 2022).

En la figura 1, se observa la evolución del gasto público en salud de Costa Rica de los años 2018 a 2022. En 2021, Costa Rica dedicó el 25,37% de su gasto público total a sanidad, mientras que el año anterior había dedicado el 25,17%.

El gasto público en salud en Costa Rica creció 3.660.041.005,9 millones en 2022, lo que representa el 25,37% del gasto público total., el cual representa el 5,33% del PIB, con una caída del 0,31% con respecto al año anterior.

El gasto público per cápita en sanidad en el 2022 fue de 702 dólares por habitante, aumentando un 18,59 % con respecto al año anterior que fue de 664 dólares, el cual ubica al país en el puesto 36 el ranking de países por importe invertido en sanidad al año publicados por la página Datosmacro.com.

Cuadro 1. Gasto público en salud de Costa Rica de los años 2018 a 2022

Costa Rica - Gasto Público Salud					
Fecha	G. Público Salud %G.Salud Total	Gasto Salud (M.\$)	G. Salud (%G. Público Total)	G. Salud %PIB	G. Público Salud Per Capita
2022	74,40%	3.660.044.430,1		5,33%	702 \$
2021	74,47%	3.424,2	25,37%	5,64%	664 \$
2020	75,80%	3.506,1	25,17%	5,93%	684 \$
2019	73,94%	3.374,2	24,10%	5,34%	664 \$
2018	73,82%	3.292,4	27,81%	5,38%	653 \$

Fuente: Datos Macro 2024

El gasto público en salud de México, Se cita textualmente *incluye los conceptos de la función salud del instituto mexicano del seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de las aportaciones a la seguridad social (ramo 19), del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), de la Secretaría de Marina (Semar), el presupuesto total de la Secretaría de Salud (SSa), la actividad institucional Personal activo y jubilado saludable y con calidad de vida de Petróleos Mexicanos (Pemex) y el programa Investigación y desarrollo tecnológico en salud del IMSS y el ISSSTE.* (CIEP. 2018)

En la figura 2. Nos muestra la variación en el tiempo del gasto público en salud de México el cual creció 2.878,6 millones en 2022, es decir un 8,02% con respecto al año anterior, representando un 11,03 % del gasto público total, con un 2,91% del PIB. En 2022, el gasto público per cápita en sanidad en México fue de 306 dólares por habitante aumentado con respecto al 2021 que fue de 285 dólares por habitante.

Cuadro 2. Gasto públicos en salud de México de los años 2018 a 2022

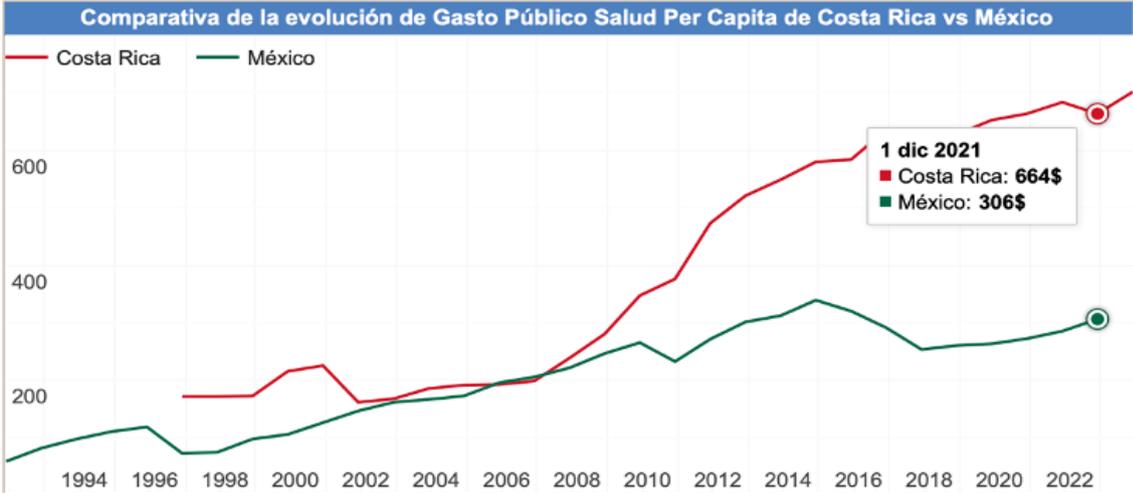
México - Gasto Público Salud					
Fecha	G. Público Salud %G.Salud Total	Gasto Salud (M.\$)	G. Salud (%G. Público Total)	G. Salud %PIB	G. Público Salud Per Capita
2022	53,02%			2,91%	
2021	50,21%	38.760,4	11,03%	3,05%	306 \$
2020	52,90%	35.881,8	11,52%	3,29%	285 \$
2019	49,17%	33.991,9	10,32%	2,68%	272 \$
2018	49,63%	32.659,3	10,41%	2,67%	263 \$

Fuente: Datos Macro 2024

Como podemos comparar en Costa Rica y México, el presupuesto público para salud ha sido insuficiente para dar respuesta a la creciente demanda de los servicios de salud

(CIEP, 2018). A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que cada país debería destinar 6 % de su Producto Interno Bruto (PIB) a su sistema público de salud (OMS; OPS, 2018). Sin embargo, entre 2018 y 2022, Costa Rica ha destinado 5,38 % y 5,33 del PIB anual y México sólo ha destinado entre 2.67 % y 2.91 % de su PIB anual, para gastos de salud, siendo el porcentaje de PIB de México menos esto de la mitad de la sugerencia internacional de la OMS.

Cuadro 3. Comparativo de la evolución del Gasto de Salud Per Cápita de Costa Rica y México



Fuente: Datos Macro 2024

En la figura 3, observamos la distribución del Gasto de Salud Per Cápita de Costa Rica y México a través de los años, teniendo Costa Rica una mejor distribución del gasto total en salud dividido entre todos sus habitantes. En 2022, el gasto público per cápita en sanidad en Costa Rica fue de 702 dólares por habitante ubicándolo el puesto 52 mientras que México fue de 306 dólares por habitantes ubicándolo en el puesto 75 de los 192 publicados la página Datosmacro.com

Según la OCDE, en el informe de Reforzar la atención primaria y aumentar el financiamiento, desafíos para un sistema de salud resiliente se cita textualmente “ *en cuanto a la población satisfecha con la disponibilidad de asistencia sanitaria de calidad en la zona en la que vive, México tienen menos de la mitad de la población satisfecha con los servicios de salud. A esto se suma el hecho de que tanto Costa Rica como México mantienen pendiente el desafío de lograr la cobertura de salud a toda la población, pues en México solo el 81% de la población está cubierta, mientras que en Costa Rica este porcentaje alcanza al*

91% de sus habitantes. Ambos países se enfrentan al doble reto de lograr la cobertura universal y de aumentar la calidad de los servicios de salud.”

Calidad en los servicios de salud

En el ámbito de la salud hace referencias a las características propias del servicio o producto que se está ofreciendo e incluso si los clientes demuestran satisfacción en la atención recibida. La calidad en salud tiene como fin último proporcionar atención adecuada, con los mínimos riesgos y la mayor satisfacción para los usuarios. (Molina, Quesada, Ulate & Vargas, 2004).

La reducción de los riesgos es un proceso indispensable y debe ser recurrente, de la misma manera que el mejoramiento continuo. Se busca eliminar errores o minimizarlos para que no haya afectación del paciente. Los errores se producen cuando las acciones programadas se ejecutan de manera equivocada, pero sin la intención de hacerlo mal. (George et al, 2021)

La calidad va de la mano con la seguridad del paciente, esta se ha convertido en uno de los principales objetivos de la gestión de la calidad. Además, es indispensable crear indicadores del seguimiento de la calidad en la atención, así se pueden realizar evaluaciones interinstitucionales para señalar oportunidades de mejora y proyectar el cambio tras la implementación de las mejoras. (George et al, 2021)

El aseguramiento de la calidad y la seguridad garantiza que el establecimiento cuenta con condiciones aceptables para la prestación de servicios de salud, tanto a nivel privado como público. Al alcanzar estas condiciones, los usuarios crean un vínculo de confianza y fidelidad que les permite expresar sus expectativas en el crecimiento del servicio. (George et al, 2021)

Mejora continua de la calidad en el sistema de salud de Costa Rica

Brindar acceso a los mejores servicios ha sido parte del afán del Estado a lo largo de la historia. La mejora continua se empezó a implementar inicialmente por unos pocos porque las condiciones de pobreza del país no permitían alcanzar estos fines. La salud pública se empezó a gestionar en forma de saneamiento ambiental y escasa atención médica. Con el paso del tiempo y el apogeo de enfermedades, el Estado tomó la decisión de invertir en la seguridad social. (Vargas, 1997)

El Ministerio de Salud se encargó de la salud pública del país, lo cual ayudó a mejorar la salud de la población. Por otra parte, se dio un crecimiento económico que impulsó otras mejoras sociales como la educación y la vivienda, aumentando la calidad de vida de los costarricenses. (Vargas, 1997)

El Ministerio de Salud, como entidad regulatoria, debe garantizar la calidad de los servicios de salud y velar por la mejora continua de las entidades, con la intención que los estándares de calidad sean cada vez más altos y comparables en las instituciones públicas y privadas, para que la atención sea oportuna, efectiva y eficiente sin importar el tipo de servicio de salud que el usuario reciba. (Molina, Quesada, Ulate & Vargas, 2004)

A partir de aquí se sufrió un proceso de modernización y de la búsqueda de la calidad profesional y organizacional. La Unidad Rectora del Ministerio de Salud, junto con especialistas de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se unieron para la creación de indicadores de calidad, con el fin de instaurar normas de atención integral. La evaluación de los indicadores de calidad se realizó a través de entidades trazadoras y buscaba da a conocer el estado de la atención de una manera integral. (Vargas, 1997)

Desde la modernización de la CCSS se implementaron diferentes proyectos para mejorar la calidad de los servicios, para ello se realizó la capacitación del personal que formaría parte de las comisiones para la formación de los proyectos. Algunos ejemplos fueron la supervisión capacitante, el proyecto SIMPLIT para la simplificación de trámites y el proyecto Garantías de la Calidad. Todos estos proyectos dejaban ver el interés de los altos mando por ofrecer servicios de calidad. (Vargas, 1997)

Como parte del proceso de mejora de las instituciones del sector salud, el Estado plantea 8 puntos indispensables:

- Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud
- Readecuación del modelo de atención
- Fortalecimiento institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Fortalecimiento institucional del Instituto Costarricense de Investigación y
- Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Financiamiento
- Sistema de información
- Sistema de suministros
- Fondo Nacional de Formación y Capacitación en Salud (Molina, Quesada, Ulate & Vargas, 2004)

d) Oportunidades de mejora detectadas

- Falencias del personal: el personal de salud tiende a deshumanizarse y deja de lado la calidez que se vuelve necesaria en los ambientes hospitalarios. Adicionalmente se evidencia ineficiencia e ineficacia en la resolución de problemas de larga data como las listas de espera, las fila y los pocos cupos disponibles para la atención.

- El personal se desliga de los principios de la organización: el principio de equidad se ve manchado por la corrupción y el principio de solidaridad se lesiona por la falta de pago de las entidades privadas y el Estado.
- Existe una insatisfacción generalizada del usuario con respecto a las entidades de salud a nivel nacional por las listas de espera, filas y atención inadecuada.
- Las decisiones se toman verticalmente, muchas veces sin conocer las necesidades reales de los servicios, por lo que se resiste a la implementación de directrices.
- El personal se encuentra desmotivado, lo que puede generar mala atención de los usuarios.
- Las instalaciones tienen poca inversión, por lo que están deterioradas y son poco confortables.
- Los procesos tienen mucha burocracia, por lo que su resolución demora mucho tiempo.

e) Conclusiones

El gasto en salud depende de factores demográficos, sociales y económicos. Los estudios de OCDE demuestran que en Latinoamérica, aunque el gasto en salud tiende a subir en promedio, seguimos estando por debajo del gasto en salud de países de altos ingresos. El gasto en salud es un buen indicador de la calidad de vida y crecimiento económico de una nación. Ya que entre mayor sea la inversión en salud, más sana es su población como se observó con las tasas de mortalidad neonatal e infantil. Pero a pesar de este aumento en el gasto en salud y el mejor nivel alcanzado en algunos países, no se debe olvidar que las necesidades de salud de la población crecieron a un ritmo acelerado por el crecimiento poblacional y las catástrofes como fue la pandemia de COVID-19, y puede que esto genere que de no mejorar la gestión de calidad y aumento del gasto la oferta de servicios y bienes sea superada por la demanda.

El tener políticas y convenios internacionales que cumplir para mejorar el gasto en salud ayuda a mejorar. El pacto 30-30-30 ayuda a crear metas claras para poder saber la ruta de trabajo para los gastos en salud. Además, los indicadores de salud y el estándar mundial SHA2011 ayuda a saber en que gastos se debe fortalecer y mejorar para los gastos por periodo. Nuestro país tiene un gasto en salud principalmente de origen público, con diversas entidades que dan servicios diversos y que cada año aumenta estando cercano a la meta del 6% del PIB.

Conocer los determinantes en salud, así como informes de gasto en salud ayudan a tomar decisiones sobre como evoluciona la población de un país y saber a donde dirigir los fondos y esfuerzos en pro de la salud de la comunidad.

Cada país tiene una estructura distinta del gasto público. Costa Rica cada año ha aumentado su gasto en Salud y México también se observa esa tendencia. Sin embargo, el porcentaje destinado por Costa Rica es el doble que el de México, pero ambos presupuestos siguen siendo insuficientes para dar respuesta a la demanda de la población.

La calidad en el gasto en salud implica no solo el adecuado costo desde los servicios, sino también el manejo adecuado manejo de la satisfacción de la población de los servicios y todo servicio implicado en salud. Incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente, representa el punto más complejo y delicado a resolver, en materia de calidad, por sus implicaciones sociales y humanistas. No se debe olvidar que las necesidades de salud de la población han crecido a un ritmo mayor que el de los recursos, por lo que la oferta de bienes y servicios de salud se ha visto superada por la demanda, es por ello que es importante actualizar los datos en gasto en salud para buscar siempre oportunidades de mejora.

f) Recomendaciones

Se recomienda mejores sistemas informático para analisis de control de datos, así como insertar la gestión de calidad en el sistema público de Costa Rica. En los informes de gastos se indicaban la falta de datos en gastos de salud, lo que crea sesgos que muy posiblemente darían una interpretación distinta a las conclusiones observadas.

Además, se recomienda un análisis sobre relación de pobreza y salud que explique ciertos factores del gasto económico. Ya que se observó en esta investigación datos sobre como en los hogares se recrudece las finanzas cuando se gasta en artículos o servicios de salud, pero por falta de tiempo no pudo ser analizado a profundidad.

g) Bibliografía consultada

Ayala-Beas SR y Rodriguez Minaya YE. *Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e136.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.136>

CIEP (2018). Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. Disponible en la página : <https://ciep.mx/hvmq>.

Datosmacro.com (2024a). *Costa Rica-Gasto Público Salud*. En la página:

<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/costa-rica>

Datosmacro.com (2024b). *México-Gasto Público Salud*. En la página:

<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico>

Datosmacro.com (2024c). *Comparar economía países: Costa Rica vs México*. En la

página: <https://datosmacro.expansion.com/paises/comparar/costa-rica/mexico?sector=Gasto+Público+Salud++Per+Capita&sc=XEI5#tbl>

George Quintero, Ramón, Gámez Toirac, Yanine, Matos Laffita, Denny, González Rodríguez, Iván, & Laborí Ruiz, Rafael. (2021). *Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud*. Revista De Información Científica Para La Dirección En Salud. INFODIR, 0(37). Recuperado de:

<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1112/1588>

Gobierno de México () *Modelo de gestión en calidad de salud*. En la página:

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/2024_modelo_gestion_calidad.pdf

Ministerio de Salud. (2020). *El sistema de salud costarricense: ¿Cuánto se gasta , que se consume y quien paga?. Informe de cuentas de salud de Costa Rica, 2017-2019*. En

la página: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/6054-informe-de-cuentas-de-salud-de-costa-rica-2017-2019/file>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN)(2017). *COSTA RICA: Prospectiva en cambio demográfico al 2045*. En la página:

<https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/fOOVEPZrSXSv4TYEko3tzA>

Molina Astúa, Milena, Quesada Mena, Luis Diego, Ulate Gómez, Daniel, & Vargas Abarca, Sindy. (2004). *La calidad en la atención médica*. Medicina Legal de Costa Rica, 21(1), 109-117. Recuperado de:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&tlng=es.

- Organización para la cooperación y desarrollo económico OCDE (2021). *Reforzar la atención primaria y aumentar el financiamiento, desafíos para un sistema de salud resiliente: Health at a Glance 2021 OCDE*. En la página :<https://codigof.mx/reforzar-la-atencion-primaria-y-aumentar-el-financiamiento-desafios-para-un-sistema-de-salud-resiliente-health-at-a-glance-2021-ocde/>
- OECD/The World Bank (2020), “Gasto en salud per cápita y en relación al PIB”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b01ad37f-es.pdf?expires=1720802759&id=id&accname=guest&checksum=7329B3928D7AB43733206511F60BD1D1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Tema de Salud: Envejecimiento*. web: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos* / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. — San José, C.R. : OPS, 2003. 44 p. ; 28 cm.
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Gasto público en salud en Costa Rica osciló entre el 5,3% y el 5,6% del PIB entre el 2017 y 2019, según último informe de cuentas de salud*. En la página :<https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2022-gasto-publico-salud-costa-rica-oscilo-entre-53-56-pib-entre-2017-2019-segun>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Pactó 30-30-30 APS para la Salud Universal*. En la página:
<https://www.paho.org/es/file/57499/download?token=QwQSb8wm>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Perfil País- Costa Rica :Salud en las Americas*. En la página: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-costa-rica>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de salud (MS). (2022). *COVID-19 Gasto público en salud en Costa Rica durante 2020*. En la página <https://sfo2.digitaloceanspaces.com/elpaiscr/2021/11/Gasto-Publico-en-Salud-2020..pdf>:
- Vargas González, Rafael A.. (1997). *Calidad en los servicios de salud: experiencia de Costa Rica*. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 5(2), 22-31. Retrieved July 11, 2024, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004&lng=en&tlng=es.