

PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD

COSTA RICA

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA

Septiembre, 2009

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (HSS-SP)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PERFIL DEL SISTEMAS DE SALUD DE COSTA RICA

Septiembre 2009

(3ra. Edición)

Área de Servicios y Sistemas de Salud (*HSS-SP*)

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud



ISBN 9 789275 332917



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica”

Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33291-7(Electrónico)

978-92-75-32973-3 (Impreso)

I. Título

1. SERVICIOS DE SALUD – provisión y distribución
2. PERFIL DE SALUD
3. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
4. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS
5. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD – normas
6. COSTA RICA

NLM WA540.DC8

Washington DC, Septiembre 2009

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.



TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE ABREVIACIONES	I
RESUMEN EJECUTIVO	II
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD	4
1.1 Análisis de la situación de salud	4
1.1.1 Análisis demográfico	4
1.1.2 Análisis epidemiológico	7
1.1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	10
1.2 Determinantes de la salud	14
1.2.1 Políticos	14
1.2.2 Económicos	15
1.2.3 Sociales	16
1.2.4 Ambientales	20
2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	22
2.1 Rectoría	22
2.1.1 Mapeo de la autoridad sanitaria	22
2.1.2 Conducción de la política general de salud	24
2.1.3 Regulación sectorial	27
2.1.4 Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública (FESP)	28
2.1.5 Orientación del financiamiento	30
2.1.6 Garantía de aseguramiento	31
2.1.7 Armonización de la provisión	32
2.2 Financiamiento y aseguramiento	33
2.2.1 Financiamiento	33
2.2.2 Aseguramiento	35
2.3 Provisión de servicios de salud	38
2.3.1 Análisis de la red de servicios de salud	38
2.3.2 Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud	41
2.3.3 Medicamentos y otros productos sanitarios	48
2.3.4 Calidad de los Servicios	49
2.4 Mapeo institucional del Sistema de Salud	50
3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA	52
3.1 Efecto sobre las funciones del Sistema de Salud	52
3.2 Efecto sobre Los principios orientadores de la Reforma	54
3.2.1 Equidad	54
3.2.2 Efectividad	56
3.2.3 Eficiencia	58
3.2.4 Sostenibilidad	59
3.2.5 Participación Social	60
3.3 Análisis de actores	60
BIBLIOGRAFÍA 63	
ANEXO NO. 1	
LISTADO DE ACTORES INVOLUCRADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	67
ANEXO NO. 2	
NORMAS QUE REGULAN LAS RELACIONES LABORALES DEL SECTOR PÚBLICO	68



LISTA DE ABREVIACIONES

ANEP	Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados.
BCG	Vacuna contra la Tuberculosis.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
BM	Banco Mundial.
CCP	Centro Centroamericano de Población.
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social.
CEN-CINAI	Centros de Educación y Nutrición, y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral.
COSEVI	Consejo de Seguridad Vial.
DPT	Vacuna contra la Difteria, Tos ferina y Tétano (por sus siglas en inglés).
EBAIS	Equipos Básicos de Atención en Salud.
EHPM	Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples.
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.
JPS	Junta de Protección Social.
IAFA	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.
IDH	Índice de Desarrollo Humano.
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
INS	Instituto Nacional de Seguros.
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional.
MINAET	Ministerio de Ambiente, Energía y telecomunicaciones.
MOPT	Ministerio de Obras Públicas y transportes.
MTSS	Ministerio de Trabajo y de Seguridad Social.
NA	No aplica.
ND	No disponible (se refiere a los datos no encontrados).
ODM	Objetivos del Milenio.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
PEA	Población económicamente activa.
PAO	Planes Anuales Operativos.
PIB	Producto Interno Bruto.
SIDES	Sistema de Indicadores sobre desarrollo Sostenible del Ministerio de Planificación Nacional.
SIPROCIMECA	Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas.
SNU	Sistema de las Naciones Unidas.
SRP	Vacuna contra Sarampión, Rubéola y Paperas.
TBC	Tuberculosis.
UNDECA	Unión de empleados de la Caja y Seguridad Social.
VOP	Vacuna contra la Poliomiélitis.



RESUMEN EJECUTIVO

Costa Rica tiene una extensión territorial de 51.100 km² y, para el 2007, presentaba una densidad poblacional de 87 habitantes por km², con una población total de aproximadamente 4.443.100 personas. Un 59% de esta población habita en zonas urbanas y un 41% en zonas rurales (INEC, 2007). La estructura poblacional del país registraba en el 2007 un 50,6% mujeres y un 49,4% hombres.

En el 2007 la población del país contaba con una esperanza de vida al nacer de 78,3 años de edad (80,7 los hombres y 75,9 las mujeres), y una tasa de natalidad, para ese mismo año, de 16,3 nacimientos anuales por cada 1000 mujeres en edad fértil (2007).

En cuanto a la situación epidemiológica, Costa Rica muestra índices de salud muy favorables, no obstante persisten algunos problemas que representan importantes retos para el sistema nacional de salud. Para el 2008, la tasa bruta de mortalidad fue de aproximadamente 3,8 muertes por cada 1000 habitantes; si bien la mayoría de las muertes se registraron entre personas mayores de 65 años, cabe señalar que en el 2008 la tasa de mortalidad infantil fue de 8,9 por cada 1000 nacidos vivos, y una tasa de mortalidad materna de 1,9 mujeres por 10.000 nacidos vivos para el año 2007.

Las enfermedades crónicas y las causas externas constituyen las principales causas de muerte, entre estas están: las enfermedades del aparato circulatorio (11,2 casos entre 10.000 habitantes en el 2007), los tumores malignos (8,0 entre 10.000 habitantes), causas externas (4,8 entre 10.000 habitantes), las enfermedades del aparato respiratorio (3,4 entre 10.000 habitantes), las enfermedades del aparato digestivo (2,8 entre 10.000 habitantes) y otras (7,3 entre 10.000 habitantes) (Ministerio de Salud, 2007 y 2008).

Entre las enfermedades transmisibles para el año 2007¹, las que se presentan con mayor frecuencia fueron la diarrea (4.952,9 casos entre 100.000 habitantes), el dengue (con 583,4 casos entre 100.000 habitantes), la gonorrea (con 30,8 casos), el paludismo (con 27,2 casos), la hepatitis (con 23,3 casos), la tos ferina y tuberculosis (con 11 y 11,5 casos respectivamente).

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 vigente, ha considerado entre los ejes de la Política Social que propone, el compromiso con los ODMs, los cuales se muestran en las cinco acciones estratégicas y 35 metas nacionales definidas para el sector salud en el país.

En Costa Rica, los niveles de pobreza se han mantenido, pero ha aumentado la desigualdad social y la vulnerabilidad de algunos sectores sociales. A pesar del crecimiento del PIB que está por encima del promedio de América Latina, desde hace más de diez años no se ha logrado disminuir considerablemente el nivel de pobreza, que se ha mantenido alrededor del 20% desde la mitad de la década de los noventa.

El país ha conceptualizado la estructura del sistema de salud en tres categorías que corresponden a distintos niveles de actuación y de participación, siendo el ente rector nacional el Ministerio de Salud. Estas categorías son:

- Sector Salud conformado por el conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población;
- Sistema Nacional de Salud constituido por el conjunto de entes públicos y privados, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del

1 Total de casos dados por 100.000 habitantes.

estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo, incluye los organismos que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios y;

- Sistema de Producción Social de la Salud conformado por el conjunto de entidades que impactan sobre los determinantes de la salud.

En la década de los noventa, con el objetivo de que el Ministerio de Salud se centrara en las funciones de rectoría y lograr el acceso universal, toda la provisión de los servicios de salud es brindada por una sola institución: la Caja Costarricense de Seguro Social, cuya financiación proviene de una triple contribución: a base cuotas de los asegurados, de los patronos y del Estado. A esto se agrega que el INS –que administra los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito- se financia con las contribuciones de patronos y trabajadores/as y de pólizas individuales en el caso de los vehículos, y presta directamente servicios de atención y compra servicios tanto a la CCSS como al sector privado.

El seguro de salud registra una cobertura contributiva de un 87,6% de la población total para el año 2007. En los últimos tres años ha aumentado el aseguramiento de la PEA no asalariada: de 39,1% a 57,4% en el seguro de salud, y de 21,7% a 37,7% en el seguro de pensiones. Otro avance en este aspecto es la disminución de la población no asegurada en los últimos cuatro años, lo cual significa que los esfuerzos de la CCSS por aumentar la contribución de los trabajadores han dado buenos resultados.

El Ministerio de Salud realizó en el año 2001 la medición de las FESP cuyos resultados se pueden resumir de la siguiente manera: en Costa Rica el desarrollo de las competencias descentralizadas han mostrado grandes avances, cuenta con los instrumentos, leyes, normas, políticas y planes para el desempeño óptimo de las FESP y no se visualizan grandes deficiencias en el ámbito de la infraestructura para el desempeño de la salud pública. El desafío es fortalecer las estrategias que permitan la implementación y fiscalización de sus normas e instrumentos para el desempeño de las funciones de salud pública; el desarrollo de estrategias orientadas a la información, la educación en salud y la comunicación social para la promoción de la salud; mejorar la evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica; incrementar las capacidades institucionales mediante el desarrollo de los recursos humanos y fortalecer el desarrollo de la investigación en salud pública.

La razón de profesionales médicos por cada 10.000 habitantes muestra un descenso entre el año 2005 al 2007 disminuyendo de 20.8 a 17.2/10,000 hab., mientras que el correspondiente a las profesionales en enfermería aumentó en casi un punto, de 16.0 a 17.2. En el área urbana existe alrededor de dos médicos más por cada 10.000 que en el área rural; y la razón de profesionales en enfermería llega a ser hasta tres veces más en zona urbana que en la rural.

En general, el sector salud ha percibido un aumento en el presupuesto de las instituciones que lo componen, en los últimos seis años este incremento ha sido constante para la mayoría de las instituciones; la inversión en el sector salud a nivel del presupuesto público para el año 2007 con respecto al 2002, creció alrededor de 500 millones de USD.

Entre el 2003 y el 2007 el gasto público total per cápita aumento en más de 100 USD, sin embargo al compararlo en relación al PIB se observa que el gasto público disminuyo en el mismo período de 6.1% a 5.9%. En relación al gasto privado en salud este se ha mantenido constante en un rango menor al 2% del PIB, sin embargo, respecto al gasto total en salud oscila entre el 20% y el 25% en los últimos años, representando alrededor de 282,2 millones de dólares para el 2007.

POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, COSTA RICA
AL 2007 Y PROYECCIÓN AL 2025

Población según grupos de edad	2007		2025	
	Número	%	Número	%
Personas de 0-9 años	723.216	16,3	730.596	13,7
Personas de 10-17 años	731.651	16,5	552.102	10,0
Personas de 18-24 años	624.080	14,0	522.549	9,8
Personas de 25-35 años	713.202	16,1	927.567	17,4
Personas de 36-59 años	1.230.909	27,7	1.713.119	32,1
Personas de 60-64 años	118.642	2,7	279.281	5,2
Personas de 65 años y más	297.386	6,7	614.130	11,5
Ignorado	4.014	0,1	---	
Total	4.443.100	100	5.339.344	100,0

Fuente: EHPM -INEC, 2007; CCP-Proyecciones del 1950/2100.

PORCENTAJE NIVELES DE POBREZA, COSTA RICA, 2008

Área	Personas en condición de pobreza		
	Total Pobres	No extrema	Extrema
Total	17,7%	14,2%	3,5%
Urbana	16,9%	14,3%	2,6%
Rural	18,7%	14,1%	4,6%
Jefatura del hogar			
Hombres	65%	68,5%	50,6%
Mujeres	35%	31,5%	49,4%

Nota: No se obtuvo información sobre niveles de pobreza entre la población indígena y afro-descendientes.

Fuente: EHPM-INEC: Cifras Básicas sobre Pobreza, 2008

TASA DE MORTALIDAD, COSTA RICA, 1995, 2000, 2003, 2005-2007

Años	General	Materna (x 10.000 nacidos vivos)	Enf. transm. reporte obligatorio (x 100.000 hab.)	TBC (x 100.000 hab.)	SIDA (x 100.000 hab.)	Malaria	Enf. aparato circulatorio (x 10.000 hab.)	Enf. neoplásicas malignas (x 10.000 hab.)	Causas Externas (x 10.000 hab.)
1995	ND	2	ND	ND	4,0	ND	ND	ND	ND
2000	3,9	3,6	2,3	3,0	3,0	0	12,4	8,1	4,8
2003	3,8	3,3	9,23	1,38	3,1	0	10,5	7,81	4,6
2005	3,7	3,6	8,78	1,29	2,7	ND	10,8	7,9	4,7
2006	3,8	3,9	8,52	0,98	2,9	ND	11,0	8,0	4,9
2007	3,8	1,9	8,2	0,88	2,6	ND	11,2	8,0	4,8

Fuente: Indicadores Básicos de Salud 2001-2008; Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Mortalidad Materna 2004; MIDEPLAN, SIDES 2007.

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD, COSTA RICA, 1995, 2000, 2003, 2005 y 2007

Año	Cobertura de las prestaciones del Sistema de Salud	Cobertura por parte del seguro del Estado	Cobertura contributiva por el seguro de salud	Cobertura del Sector Privado	No asegurados
1995	100%	6,49%	86,4%	ND	13,6%
2000	100%	10,99%	87,9%	ND	12,1%
2003	100%	12,3%	85,3%	ND	14,7%
2005	100%	12,2%	87,6%	ND	12,4%
2007	100%	11,5%	87,6%	Hay seguros privados comprados en el exterior*	12,4%

Nota: La información sobre género y zona geográfica de la población asegurada no fue posible incluirla debido a que los datos de la CCSS no se encuentran desagregados.
Fuente: Indicadores de Seguridad Social de la CCSS, 2007; *Estado de la Región 2008.

CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO, COSTA RICA, 2003-2007

Año	Total Asegurados directos	Asegurados Directos activos	Asegurados Directos Pensionados	Asegurados por Cuenta del Estado
2003	1.725.394	954.280	263.235	507.879
2004	1.809.011	1.003.575	266.339	539.097
2005	1.854.966	1.061.683	269.380	523.903
2006	1.919.033	1.143.312	273.217	502.504
2007	2.041.020	1.253.327	276.527	511.166

Fuente: Boletín Estadístico; Dirección Actuarial, Departamento de Estadística de la CCSS.

RAZÓN DE PROFESIONALES EN MEDICINA, ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA POR 10.000 HABITANTES, COSTA RICA, 2005-2007

Año	Médicas (os)	Enfermeras (os)	Odontólogas (os)
2005	20,8	16,0	6,7
2006	20,9	16,3	6,7
2007	17,2	17,2	7,7

Fuente: Indicadores de Básicos de los Sistemas de Salud en Costa Rica 2006,2007, 2008- OPS-Ministerio de Salud.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Costa Rica tiene una extensión territorial de 51.100 km² y, para el 2007, presentaba una densidad poblacional de 87 habitantes por km², con una población total de aproximadamente 4.443.100 personas. Un 59% de esta población habita en zonas urbanas y un 41% en zonas rurales (INEC, 2007). Según datos del Ministerio de Salud, la tasa de crecimiento anual de la población disminuyó entre los años 2004 y 2006, alcanzando para este último año una cifra de 1,7%, mientras que la tasa de crecimiento poblacional, debido a migraciones, se mantuvo constante durante estos últimos tres años con un 0,4% (Ministerio de Salud, 2005; 2006; 2007).

Entre las características de la estructura poblacional del país, cabe resaltar que del total de la población en el 2007, un 50,6% eran mujeres y un 49,4% hombres. Además, un 5,1% de los habitantes eran de origen nicaragüense y un 4,7% de origen colombiano (INEC, 2007). Datos del año 2000 registraron que un 1,7% de la población del país era indígena y un 1,9% era de origen afro-caribeña (INEC, 2001). En la siguiente tabla se muestra la población total y la distribución de la población del país, según grupos de edad.

Tabla 1: Población según Grupos de Edad y Sexo, Costa Rica al 2007 y Proyección al 2025

Población según grupos de edad	2007		2025	
	Número	%	Número	%
Personas de 0-9 años	723.216	16,3	730.596	13,7
Personas de 10-17 años	731.651	16,5	552.102	10,0
Personas de 18-24 años	624.080	14,0	522.549	9,8
Personas de 25-35 años	713.202	16,1	927.567	17,4
Personas de 36-59 años	1.230.909	27,7	1.713.119	32,1
Personas de 60-64 años	118.642	2,7	279.281	5,2
Personas de 65 años y más	297.386	6,7	614.130	11,5
Ignorado	4.014	0,1	---	---
Total	4.443.100	100	5.339.344	100,0

Fuente: EHPM -INEC, 2007; CCP-Proyecciones del 1950/2100.

En esta tabla se muestra que el país goza del llamado “bono demográfico”, debido a la existencia de muchas personas adultas jóvenes en etapa productiva y una relativamente baja relación de dependencia. Este bono demográfico se presenta en el país gracias a la tendencia de aumento en la esperanza de vida, la alta natalidad del pasado y la baja natalidad que hay actualmente en el país. Según el Ministerio de Salud, en el 2007 la población del país contaba con una esperanza de vida al nacer de 78,3 años de edad (80,7 los hombres y 75,9 las mujeres), y una tasa de natalidad, para ese mismo año, de 16,3 nacimientos anuales por cada 1000 mujeres en edad fértil (2007).

Cabe agregar que otra de las características del proceso de transición en el perfil demográfico del país, es la tendencia observada en el incremento en la cantidad de personas adultas mayores, gracias al aumento en la esperanza de vida. Esta tendencia incrementará la tasa de dependencia existente en el país durante los próximos años. Según estimaciones del Centro Centroamericano de Población (CCP), si bien para el 2007 la población mayor de 65 años representó un 6,7% (EHPM-INEC, 2007), se estima que en el año 2025 alcance a representar un 11,50% de la población, doblándose la cantidad de personas pertenecientes a este rango de edad. La tendencia al envejecimiento representa uno de los principales retos a atender por la presión que ejercerá principalmente sobre los sistemas de pensiones y servicios de salud. Según Rosero, la capacidad hospitalaria del país deberá triplicarse en la primera mitad del siglo XXI (2002: 14 y 15); además, el Régimen de Pensiones no Contributivo de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se verá afectado por el aumento de la población en edad de jubilación². Por otro lado, la significativa presencia de población joven, implica también desafíos relacionados con la mejoría de los procesos de aseguramiento y servicios de atención en salud, principalmente en materia de salud sexual y reproductiva.

2 Esto se agrava considerando la situación actual en el país, donde aproximadamente el 45,1% de las personas económicamente activas no cotiza para ningún régimen de pensiones (Estado de la Nación, 2005: 80-81). Al respecto, Rosero estima que si bien actualmente hay por cada pensionado aproximadamente diez trabajadores que cotizan a los seguros sociales, hacia el año 2050 habrá solamente dos cotizantes por cada pensionado (2002:14).

Tabla 2: Indicadores básicos de población, Costa Rica, 2000 y 2004-2007

INDICADORES	2000	2004	2005	2006	2007
Población total (miles)	3.810.179	4.178.755	4.266.185	4.353.843	4.443.100
Mujeres	902.614	2.116.287	2.149.537	2.207.233	2.247.448
Hombres	907.565	2.062.468	2.116.648	2.146.610	2.195.652
Proporción de población urbana	2.249.296	2.465.255	2.516.602	2.567.797	2.619.591
Mujeres	1.153.158	1.273.695	1.284.690	1.243.202	1.345.593
Hombres	1.096.138	1.191.560	1.231.912	1.324.595	1.273.998
Población indígena	63.876	ND	ND	ND	ND
Mujeres	32.880	ND	ND	ND	ND
Hombres	30.996	ND	ND	ND	ND
Proporción de población menor de 15 años	1.216.807	1.193.268	1.178.914	1.173.546	1.176.557
Mujeres	594.610	588.495	575.855	564.169	556.014
Hombres	622.197	604.773	603.059	609.377	620.543
Proporción de población 60 años y más	301.474	369.545	380.572	398.683	416.028
Mujeres	157.641	195.298	205.757	216.159	222.387
Hombres	143.833	174.247	174.815	182.524	193.641
Tasa de crecimiento anual de la población	2,8	2,0	2,0	1,7	1,7
Tasa global de fecundidad x 100.000	2,0	2,0	1,9	1,9	2,41
Tasa bruta de natalidad x1000 habitantes	20,1	17,0	16,5	16,2	16,3
Tasa bruta de mortalidad	3,9	3,8	3,7	3,8	3,8
Mujeres	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
Hombres	4,5	4,2	4,2	4,3	4,3
Tasa de mortalidad materna x 10.000	3,58	3	3,6	3,9	1,9
Tasa de mortalidad infantil x 1000	10,2	9,2	9,8	9,7	10,1
Esperanza de vida al nacer	77,7	78, 6	79,0	79,0	78,3
Mujeres	80,2	80,96	81,46	81,56	80,78
Hombres	75,3	76,40	76,81	76,56	75,93
Tasa de crecimiento poblacional debido a migraciones (%)	ND	0,4	0,4	0,4	0,4

Fuente: Censo Nacional de Población-INEC, 2000; EHPM-INEC, 2004-2007; Indicadores Básicos: Situación de Salud en Costa Rica- Ministerio de Salud/OPS, 2005-2008.

1.1.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Costa Rica muestra índices de salud muy favorables, no obstante persisten algunos problemas que representan importantes retos para el sistema nacional de salud. Para el 2008, el Ministerio de Salud registra una tasa bruta de mortalidad de aproximadamente 3,8 muertes por cada 1000 habitantes. Si bien la mayoría de las muertes en el país ocurren entre personas mayores de 65 años, cabe señalar que existe una tasa de mortalidad infantil en el 2008 de 8,9 por cada 1000 nacidos vivos (INEC, 2008), y una tasa de mortalidad materna de 1,9 mujeres por 10.000 nacidos vivos para el año 2007 (SIDES-MIDEPLAN, 2007).

El perfil epidemiológico muestra que las principales causas de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio (11,2 casos entre 10.000 habitantes en el 2007), los tumores malignos (8,0 entre 10.000 habitantes), causas externas (4,8 entre 10.000 habitantes), las enfermedades del aparato respiratorio (3,4 entre 10.000 habitantes), las enfermedades del aparato digestivo (2,8 entre 10.000 habitantes) y otras (7,3 entre 10.000 habitantes) (Ministerio de Salud, 2007 y 2008).

Entre las enfermedades de declaración obligatoria para el año 2007³, las que se presentan con mayor frecuencia están la diarrea (4.952,9 casos entre 100.000 habitantes), el dengue (con 583,4 casos entre 100.000 habitantes), la gonorrea (con 30,8 casos), el paludismo (con 27,2 casos), la hepatitis (con 23,3 casos), la tos ferina y tuberculosis (con 11 y 11,5 casos respectivamente) (Estado de la Nación, 2008). En relación con las infecciones de transmisión sexual, cabe mencionar que en el 2007 existía una tasa de incidencia anual de SIDA de 4,1 por 100.000 habitantes, lo cual significa que al menos cuatro de cada 100.000 personas desarrollaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; se registraron un total de 126 muertes por SIDA en el país (INEC, 2007), 1.684 casos de gonorrea, y 1.127 casos de sífilis (Estado de la Nación, 2008).

Los casos de dengue han venido en aumento en los últimos años, tal y como lo demuestra la Tabla 4, lo anterior se da a pesar de los esfuerzos de las instituciones que conforman el sector social y de todos los recursos invertidos por el Ministerio de Salud en la prevención del dengue. Sin embargo, los casos de malaria si han disminuido, en los últimos cuatro años, se ha logrado disminuir en un 50% los casos confirmados.

Por otro lado, es importante destacar que las muertes por causas violentas, representan otro de los principales problemas de salud del país, particularmente aquellas relacionadas con la violencia doméstica, los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios.

En relación con las muertes vinculadas con violencia intrafamiliar, el Ministerio de Salud registró para el 2006 un total de 211,3 casos entre 100.000 habitantes, casi 5 puntos más que el año anterior (MIDEPLAN, 2007). Cabe señalar que durante el 2005 se registraron aproximadamente 5.934 casos de agresión a la mujer, 635 casos de menores atendidos en el Hospital Nacional de Niños por agresión y 148 casos de personas adultas mayores agredidas/os, de los cuales un 64% fueron mujeres (MIDEPLAN, 2007).

Las muertes por accidentes de tránsito han alcanzado cifras significativas durante los últimos cinco años: para el 2004 se produjeron 321 muertes, 278 muertes en el 2005, 329 muertes en el 2006 y 277 muertes en el 2007, siendo los atropellos y vehículos que se han salido de la vía las principales causas de los accidentes.

3 Total de casos dados por 100.000 habitantes.

Según el sexo, las muertes registradas son en su mayoría de hombres, presentándose para el 2007 un total de 236 muertes de hombres por accidentes de tránsito y 41 muertes de mujeres (COSEVI, 2007). Finalmente, en relación con las muertes por homicidios y suicidios, en el 2006 se registraron un total de 319 y 336 casos respectivamente, y para el año 2007 un total de 332 homicidios y 305 suicidios (INEC, 2006-07).

Tabla 3: Tasa de Mortalidad, Costa Rica, 1995, 2000, 2003, 2005-2007

Años	General	Materna (x 10.000 nacidos vivos)	Enf. transm. reporte obligatorio (x 100.000 hab.)	TBC (x 100.000 hab.)	SIDA (x 100.000 hab.)	Malaria	Enf. aparato circulatorio (x 10.000 hab.)	Enf. neoplásicas malignas (x 10.000 hab.)	Causas Externas (x 10.000 hab.)
1995	ND	2	ND	ND	4,0	ND	ND	ND	ND
2000	3,9	3,6	2,3	3,0	3,0	0	12,4	8,1	4,8
2003	3,8	3,3	9,23	1,38	3,1	0	10,5	7,81	4,6
2005	3,7	3,6	8,78	1,29	2,7	ND	10,8	7,9	4,7
2006	3,8	3,9	8,52	0,98	2,9	ND	11,0	8,0	4,9
2007	3,8	1,9	8,2	0,88	2,6	ND	11,2	8,0	4,8
Género (para el año 2007)									
Hombres	4,3	NA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Mujeres	3,3	1,9	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Nota: No fue posible desglosar la información por zona geográfica o pertenencia étnica, ya que la información no está disponible.

Fuente: Indicadores Básicos de Salud 2001-2008; Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Mortalidad Materna 2004; MIDEPLAN, SIDES 2007.

Tabla 4: Morbilidad y factores de riesgo, Costa Rica, 1995, 2000, 2003, 2005-2007

Años/Indicadores	1995	2000	2003	2005	2006	2007
Bajo peso al nacer (%)	6,75	6,58	7,03	6,92	6,93	ND
Tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años)	9,2*	7,0**	ND	ND	6,31	6,52
Partos con asistencia de personal sanitario capacitado (%)	ND	97,5 (1998)	97,5	94,2	94,2	94,2
Número anual de casos confirmados de dengue	ND	4.908	19.703	37.798	12.052	26.024
Número anual de casos confirmados de malaria	ND	1.879	718	3541	2903	1223
Incidencia anual TBC x 100.000 hab	ND	22,6	16,43	16,7	11,47	11,77
Incidencia anual de SIDA	ND	4,5	0,27	5,83	4,20	4,11
Razón de casos de SIDA (hombre/mujer).	ND	4,0	5,48	5,5	3,7	4,9
Incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón						
Hombres	12,0	11,28	10,42	7,7 (2004)	ND	ND
Mujeres	5,1	5,2	4,3	4,2 (2004)	ND	ND
Incidencia anual de neoplasias malignas de mama en la mujer	30,28	37,8	40,0	37,69	ND	ND
Incidencia anual de neoplasias malignas de cuello de útero	20,58	18,17	16,9	41,67	ND	ND

Nota: No fue posible incluir datos sobre lactancia materna, número de casos evitable por vacunación, infecciones por influenza y prevalencia de déficit nutricional moderado, debido a que los datos no se encuentran disponibles.

*Datos para los años de 1990 a 1995; ** Datos para los años 2000-2005.

Fuente: Ministerio de Salud, 2002-2008; Ministerio de Salud /OPS, Indicadores Básicos de Salud 2001-2008; Vargas, Ortiz y Muñoz, 2007; CCSS, Estadísticas en Salud de la CCSS, 2007.

1.1.3.OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

Para avanzar en el cumplimiento de estos objetivos, Costa Rica se propuso la realización de algunas metas nacionales relacionadas con el sector salud. El primer informe de avance en el cumplimiento de los ODM en el país, mostró que hasta el 2004 Costa Rica había logrado en las distintas metas un avance “adecuado” (Consejo Social y SNU, 2004:116-118). En la Tabla 5 se detallan los niveles alcanzados respecto a los indicadores relacionados con el cumplimiento de los ODM, desde la ratificación del país a la Declaración del Milenio, considerando los datos registrados en el primer avance de cumplimiento y la actualización de algunos hasta el 2007.

Tabla 5: Grado de avance en relación con los odm de mayor competencia para el sistema nacional de salud, Costa Rica, 2000-2007

ODMs	Indicadores Nacionales	Años de referencia							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1er ODM	Porcentaje de hogares en situación de pobreza extrema	6,1	5,9	5,7	5,1	5,6	5,6	5,3	3,3
	Porcentaje de hogares en situación de pobreza (pobres y pobres extremos)	20,6	20,3	20,6	18,5	21,7	21,2	20,2	16,7
	Coefficiente de Gini de la distribución del ingreso	0,413	0,434	0,432	0,427	0,419	0,408	0,422	0,429
	Participación del quintil más pobre en la distribución del ingreso nacional	4,9	4,9	4,8	4,6	4,7	5,2	4,9	5,1
3er ODM	Porcentaje de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola	ND	ND	ND	ND	39,1	29,9	37,5	38
	Tasa neta de participación	35,0	38,6	38,2	38,5	54,4	56,8	56,6	57
	Tasa de desempleo abierto	6,8	7,6	7,9	8,2	6,5	6,6	6	4,6

ODMs	Indicadores Nacionales	Años de referencia							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
4to ODM	Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (por mil)	2,4	2,5	2,4	2,2	ND	ND	ND	2
	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	10,2	10,8	11,1	10,1	9,2	9,8	9,7	10,1
	Porcentaje de niños menores de un año vacunados contra el sarampión	82,1	85,1	94,0	89,0	87,4	87,8	89,5	90,1
	Tasa de mortalidad neonatal (por mil nacidos vivos)	7,1	7,5	7,7	7,0	6,7	7,1	7,2	7,2
	Tasa de mortalidad post-neonatal (por mil nacidos vivos)	3,1	3,3	3,5	3,1	2,5	2,7	2,5	2,8
	Porcentaje de niños menores de un año vacunados contra <i>haemophilus influenzae</i> .	93,7	91,1	93,2	ND	88,9	85,4	87,5	87,4
5to ODM	Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos).	3,58	3,53	4,08	3,29	3	3,6	3,9	1,9
	Porcentaje de partos hospitalarios	96,2	95,6	99,4	99,4	95,11	94,4	98	94,4
	Porcentaje de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo con control prenatal.	44,7	48,1	52,0	ND	ND	ND	ND	ND
	Porcentaje de mujeres con atención prenatal completa.	70,6	ND	ND	70,6	91,7	91,7	91,7	91,7

ODMs	Indicadores Nacionales	Años de referencia							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
6to ODM	Tasa incidencia de la malaria (Tasa de incidencia (IPA) por 1.000 habitantes).	1,3	1,0	0,7	0,50	0,9	2,2	1,8	0,27
	Tasa de incidencia de la tuberculosis (por 100.000 habitantes).	22,6	ND	15,85	16,43	16,71	16,7	11,47	11,7
	Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100.000 habitantes)	3,0	2,0	1,6	1,38	1,3	1,29	0,98	0,88
	Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS	80,0	83,0	82,0	81,0	ND	ND.	ND	85
	Tasa de mortalidad por SIDA (por 100.000 habitantes)	3,0	3,2	2,8	3,1	2,6	2,7	2,9	2,6
	Tasa de incidencia de sida (por 100.000 habitantes)	4,5	ND	2,1	0,27	4,61	5,83	4,20	4,11
	Tasa de mortalidad por malaria	0	0	0	0	1*	0	0	1*
	Tasa de incidencia de dengue (por 10.000 habitantes)	128,8	299,2	299,20	472,5	221,43	873,8	273,8	604,3

ODMs	Indicadores Nacionales	Años de referencia							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
7mo ODM	Proporción de superficie cubierta por bosques	46,1	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Relación entre la superficie de las tierras protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total	25,7	25,6	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Consumo de clorofluoro-carbonos que destruyen la capa de ozono (toneladas PAO)	106,0	144,6	137,3	ND	ND	ND	ND	ND
	Energía por unidad de PIB (TJ/miles de millones de colones de 1991)	0,0726	0,0729	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Proporción de generación eléctrica con energía renovable	98,8	98,4	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Proporción de consumo de energía renovable dentro del consumo total de energía	33,9	33,9	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Consumo de bromuro de metilo en la agricultura (toneladas)	805	814	642	570	ND	ND	ND	ND
	Proporción de la población con acceso sostenible a agua mejorada	97,4	97,4	97,5	97,5	ND	ND	ND	ND
	Proporción de la población con acceso a agua de calidad potable	76,0	75,8	78,4	79,5	ND	ND	ND	82,2
	Proporción de la población con acceso sostenible a saneamiento mejorado	90,6	91,7	93,4	93,5	ND	ND	ND	ND
	Porcentaje de viviendas en tugurio, móviles o eventuales	2,0	ND	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0
	Porcentaje de viviendas con tenencia en precario, cedida o prestada	12,0	ND	9,7	9,9	17,2	9,4	16,1	9,0
	Porcentaje de viviendas en mal estado	10,4	ND	13,4	15,9	15,3	11,1	11,1	11
	Porcentaje de viviendas en regular estado	25,8	ND	26,6	26,8	28,5	31,5	30,9	32
	Porcentaje de viviendas con hacinamiento	7,9	ND	2,5	2,5	2,2	1,7	1,9	1,7

Fuentes: Consejo Social y Sistema de Naciones Unidas (2004). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe sobre el avance del país en su cumplimiento. San José, Costa Rica; datos del 2005-2008 de indicadores correspondientes al objetivo 1 y 3 provienen de INEC, 2008; datos del 2005-2007 correspondientes a objetivos 4, 5, 6 y 7 provienen de Ministerio de Salud (2006, 2007, 2008) y SIDES (MIDEPLAN). Situación en salud y datos básicos. San José, Costa Rica; datos del 2002-2007 sobre vivienda correspondientes al 7mo ODM provienen de INEC (2002, 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007) Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples.

*Se refieren a los casos de muerte por malaria.

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 vigente, ha considerado entre los ejes de la Política Social que propone, el compromiso con los ODMs, los cuales se muestran en las cinco acciones estratégicas y 35 metas nacionales definidas para el sector salud en el país.

1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

1.2.1. POLÍTICOS

Desde la década de los ochenta, y más claramente de los noventa, se inició la reforma del Estado en Costa Rica como parte de lo que entonces se llamó proceso de ajuste estructural. A la desaparición del llamado “socialismo real” y de la guerra fría, se sumó el apoyo de organismos internacionales, en particular del Banco Mundial, y una serie de argumentos orientados a modificar el papel del Estado y a facilitar una mayor participación de la empresa privada. El carácter del sistema político costarricense y el espacio que existe para la respuesta social, han hecho que esta reforma tenga un carácter heterodoxo, pues se aprobaron medidas orientadas a reducir el papel del Estado como regulador y partícipe de la actividad económica y de la prestación de servicios públicos, de manera que se abriera un mayor espacio a la participación de las empresas privadas, para evitar la privatización directa de muchos de los servicios públicos, manteniéndose una fuerte presencia estatal.

En el sector salud la reforma también ha sido de carácter heterodoxo: se ha modificado el papel del Estado, tanto del Ministerio de Salud que pasa a ser rector, como de instituciones encargadas de la atención, como la CCSS que se convierte en compradora de servicios de sus propios centros de salud. La parte fundamental de los servicios sigue siendo pública, siendo la cobertura aún universal; también se han ampliado y conservado importantes derechos de acceso a los servicios para la población.

No obstante, el crecimiento de la participación de la empresa privada en la prestación de servicios de salud ha sido muy amplio, lo que se expresa en la creación, ampliación y aumento en el número de clínicas, hospitales y consultorios privados, la medicina de empresa, y la concesión de la administración de clínicas de salud a empresas privadas.

Esta participación podría ampliarse con la aprobación de los tratados de libre comercio en el país. Ya Costa Rica forma parte del Sistema de Integración Centroamérica y, en los últimos años, ha firmado tratados de libre comercio con varios países (Canadá, México, Estados Unidos, Trinidad y Tobago) y está negociando con China y la Unión Europea. Este nuevo escenario amplía aún las oportunidades de participación de las empresas privadas tanto en la prestación de servicios de salud como en el control del mercado de medicamentos, esto último a causa del fortalecimiento de la propiedad intelectual.

En las instituciones de salud se han realizado procesos de reestructuración modificando así su organización interna y su relación con el sector privado. En la CCSS, que ha quedado como la institución prestadora de servicios de salud, se han aprobado medidas para separar las funciones de financiamiento y compra de las de prestación de servicios, a través de los llamados compromisos de gestión. Las entidades prestadoras (centros

de salud) asumen la responsabilidad de la atención de salud y de la contratación y gestión del personal, y reciben el presupuesto según su desempeño. Esto ha alentado la compra de servicios médicos, exámenes de laboratorio, rayos X y farmacia, entre otros.

También se han aprobado formas alternativas de contratación del personal, como se ha hecho con la figura de servicios profesionales, y para la contratación de servicios médicos a terceros, también normada en una ley del año 2000. Así, puede haber personal directamente contratado por la institución o contratado a través de terceros, y los contratos pueden ser por tiempo definido o indefinido.

1.2.2. ECONÓMICOS

El proceso de ajuste estructural se inició en Costa Rica en la década de los 80, como respuesta a la crisis que se había iniciado en los años anteriores. Para enfrentar indicadores macroeconómicos muy negativos (déficit de la balanza comercial, déficit fiscal, inflación) se recurrió a medidas como: favorecer la producción orientada a las exportaciones y al turismo, con medidas que liberaran las regulaciones y el control sobre las empresas, para atender el déficit en la balanza comercial y la inflación; y modificar el papel del Estado, como se vio en el apartado anterior, que desde el punto de vista macroeconómico se consideraba necesario para enfrentar el déficit fiscal y la inflación.

Estas medidas no han permitido modificar los desbalances macroeconómicos, pues cuando mejoran unos indicadores se deterioran otros. Por ejemplo, en el período 1996-2006 el déficit fiscal tiene un comportamiento decreciente, aunque oscilante; el crecimiento anual del PIB es mayor que el del resto de América Latina, la inflación es relativamente baja, y la deuda externa disminuye su relación con el PIB. Pero hay un aumento muy considerable de la deuda interna, que pasa de 850 mil millones a 4 billones de colones, y el déficit en la balanza comercial se multiplica por 10, llegando a representar el 33% de las exportaciones⁴.

El sector salud ha sido afectado por la aplicación de esas medidas: si bien aumenta el gasto público per cápita en salud en un 30%, ese aumento es casi la mitad del aumento en el PIB, que es de un 52%, reduciéndose la proporción que representa el gasto público en salud con respecto al PIB, al bajar de 7% en 1994 a 5,76% en 2006.

En el sector salud se dio un proceso de reducción de personal al principio del ajuste estructural, que luego fue sustituido por una política de reducción de su crecimiento. Por ejemplo, en servicios de salud de la CCSS el personal representa el 2% de los asegurados directos⁵. Se estableció un paquete básico de medicamentos, se pusieron requerimientos y topes para el uso de esos medicamentos, se aumentó el número de pacientes que debían ser atendidos por hora, se establecieron normas para la estadía en los hospitales (Muñoz y Valverde, 1996:174-175).

4 Tabla No.6 y Programa Estado de la Nación. Decimotercer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación. San José. 2007. Pág. 399

5 Cálculos propios a partir de <http://www.ccss.sa.cr/html/transparencia/estadisticas/actuarial/estadist/html/Anua0199.html>, revisado el 12 marzo 2009.

Tabla 6: Tendencia de algunos indicadores económicos
Costa Rica, 1996, 1999, 2005, 2006

Indicador	1996	1999	2005	2006
PIB per cápita en USD, en precios constantes según año base (1)	3.322,4	4.116,2	4.616,3	5.050,5
Gasto Público Social per capita (en USD)	1633	1390,5	891,3	859,56*
Población Económicamente Activa (PEA) (1):				
PEA 15-59 años	1.220.914	1.383.452	1.903.068	1.945.955
PEA población empleada	1.145.021	1.300.146	1.776.903	1.829.928
Gasto público total, como % del PIB	ND	30,5	23,0	22,7
Gasto público en salud, como % del PIB (2) (4)	7,1 (1994)	5,7	5,8	5,76
Gasto público en servicios de salud, como % del PIB (seguro social y asistencia social) (4)	ND	6,0	5,4	5,7
Gasto privado en salud como % del PIB (2)	1,7 (94)	1,8	ND	ND
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	ND	ND	ND	ND
Tasa de Inflación anual (1)	13,89	10,11	14,7	9,43
Remesas internacionales como % del PIB	ND	ND	ND	ND
Deuda externa % en relación al PIB (1)	24,1	19,3	18,2	16,2
% de hogares con jefatura femenina (3)	ND	24,7 (2002)	27,0	27,9
Servicio de la deuda externa del gobierno central como % del PIB (intereses) (5)	ND	0,9	4,1	3,9
Deuda pública interna (millones colones corrientes) (1)	849.743	1.775.105	3.474.431	3.954.865
Déficit del gobierno central	4,04	2,21	2,09	1,07
Déficit en la cuenta comercial millones de dólares (1)	-249,2	580,3	2142,4	2743,3

Nota: *La conversión a dólares, se realizó mediante datos sobre promedios anuales acumulados del tipo de cambio del dólar americano, con fuente del MIVAH. Fuentes: (1) Programa Estado de la Nación (Costa Rica). Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. San José. Programa Estado de la Nación. 2006:397,398, 382, 402. (2) Ministerio de Salud, 2002:121 y 157, en www.estadonacion.or.cr, consultada el 9 de enero de 2009. (3) INEC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. 2002:55, 2005:58, 2006:50, en www.inec.go.cr, consultada el 9 de enero de 2009. (4) Contraloría General de la República. Memorias del año económico. Segunda Parte. 1999: 124, Tercera parte. 2005:240, Segunda parte. 2006:302. (5) Banco Central de Costa Rica. Memoria anual 2006:38, en www.bccr.fi.cr, consultada el 9 de enero de 2009.

1.2.3. SOCIALES

La posibilidad de acceder a los servicios de salud, sobre todo cuando se tiende a ampliar el mercado, está muy relacionada con el nivel de pobreza. En Costa Rica, los niveles de pobreza se han mantenido, pero ha aumentado la desigualdad social y la vulnerabilidad de algunos sectores sociales. A pesar del crecimiento del

PIB que está por encima del promedio de América Latina, desde hace más de diez años no se ha logrado disminuir considerablemente el nivel de pobreza, que se ha mantenido alrededor del 20% desde la mitad de la década de los noventa.

A esta situación de estancamiento en la reducción de los niveles de pobreza, se suma un aumento en la desigualdad en los ingresos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y cuyos primeros resultados fueron publicados en el primer semestre del presente año, entre 1988 y 2004, en los hogares más ricos del país el ingreso por persona se duplicó; en cambio, los integrantes de las familias más pobres apenas experimentaron un 7% de aumento en sus ingresos. En ese periodo, la brecha social se amplió; en 1988 el ingreso por persona en los hogares más adinerados era 11 veces mayor que en los de menos recursos pero en el año 2004 esa brecha se amplió 20 veces. (Sistema de las Naciones Unidas en Costa Rica, 2006:14).

Los hogares pobres tienen un número mayor de miembros, más personas desocupadas o que no forman parte de la PEA, menores niveles de educación y, sobre todo, sufren más por las brechas geográficas, de género y de edad. Dichos hogares, además de la privación económica, son los más vulnerables frente a situaciones del entorno, más impotentes para influir en las decisiones que los afectan, y más excluidos de la participación económica-social, cultural y política (Sistema de las Naciones Unidas en Costa Rica, 2006). Más aún, entre 1996 y 2006, el país ha bajado 17 puntos su posición en el índice de desarrollo humano, a pesar de que existe un alto acceso a agua potable y a sistemas de eliminación de excretas, y un analfabetismo relativamente bajo (ver Tabla No. 9).

La brecha de género se expresa en la Tabla No.7, en la cual puede observarse que, en los hogares pobres, si bien predomina la jefatura masculina, la proporción de mujeres jefas de hogar ha aumentado, al punto que la proporción de jefaturas en extrema pobreza es prácticamente similar para ambos sexos, mostrando un crecimiento de la pobreza femenina en los últimos años.

Tabla 7: Porcentaje niveles de pobreza, Costa Rica, 2008

Área	Personas en condición de pobreza		
	Total Pobres	No extrema	Extrema
Total	17,7%	14,2%	3,5%
Urbana	16,9%	14,3%	2,6%
Rural	18,7%	14,1%	4,6%
Jefatura del hogar			
Hombres	65%	68,5%	50,6%
Mujeres	35%	31,5%	49,4%

Nota: No se obtuvo información sobre niveles de pobreza entre la población indígena y afro-descendientes.
Fuente: EHPM-INEC: Cifras Básicas sobre Pobreza, 2008.

La lucha contra la pobreza ha sido definida como uno de los ejes centrales de política de la actual administración. Se propone reducir el nivel de pobreza, detener el incremento en la desigualdad y fortalecer la clase media a través del mejoramiento de la educación, orientar las acciones de salud hacia los grupos más vulnerables, fortalecer los programas de vivienda, apoyar a la pequeña y mediana empresa y crear oportunidades de empleo. Se propone financiarlo a través de una reforma tributaria que haga progresiva la recaudación y permita orientar mayores recursos a la inversión social (MIDEPLAN, 2007:30 y 34; Ávila, 2008).

En lo que respecta al empleo, las mujeres continúan teniendo una menor tasa de ocupación que los hombres, y presentan una tasa de desempleo mayor. La situación es más complicada para las mujeres de las zonas rurales, donde los hombres tienen una mayor tasa de ocupación y una menor tasa de desempleo. Por lo tanto, la información de la condición de empleo por género, viene a reforzar la necesidad de prestar más atención a la vulnerabilidad de las mujeres para hacerle frente a la pobreza, pues las tasas de desempleo han venido aumentando (aunque no drásticamente) en los últimos años.

Tabla 8: Condición de empleo por sexo, Costa Rica, 2008

Sector Ocupación	Tasa de Ocupación			Tasa de Desempleo		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Urbana	68	44,6	55,7	4,3	5,6	4,8
Rural	71,6	30,3	51,1	4	7,8	5,1
Total País	69,5	39,1	39,1	4,2	6,2	4,9

Nota; No se realizó la segregación de las tasas de ocupación por sector formal e informal y por condición de pobreza debido a que la información no está disponible.
Fuente: EHPM- INEC, 2008.

Tabla 9: Tendencia de algunos indicadores sociales, Costa Rica, 1996, 1999, 2006

	Posición que el país ocupa según IDH (1)	Población con acceso a agua potable (2000) (1 y 5)	Población con acceso a servicios de eliminación de excretas (alcantarillado público o tanque séptico) (2000) (5)	Población con analfabetismo funcional (6)	Tasa bruta de escolaridad primaria (4)	Tasa de deserción escolar* (2004) (2)	Tasa de trabajo infantil (2002) (3)	Razón entre el ingreso (20% superior y 20% inferior de la población) (1)	Prevalencia violencia intrafamiliar (casos por cada 100 hogares) (6)
Período									
1996	31	ND	ND	12%	108,4	ND	ND	8,8	ND
1999	45	76,0% (2000)	89% (2000)	13%	104,6	ND	ND	9,1	3,2%
2006	48	82,2% (2007)	ND	9%	106,4	13.2%	ND	10	3.7% (2007)
Género									
Hombres	NA	ND	ND	9,1% (2006)	ND	11,5	14,3%	ND	ND
Mujeres	NA	ND	ND	8,7% (2006)	ND	8,6	5,8%	ND	ND
Total	ND	ND	ND		ND		10,2%	ND	4,4 % (2004)
Zonas geográficas									
Urbana	NA	98,5%	96,3%	ND	9,0	ND	15,5%	ND	ND
Rural	NA	75,4%	79,0%	ND	6,6	ND	5,9%	ND	ND

Nota: *En secundaria. No se obtuvieron datos sobre la prevalencia de la depresión.

Fuentes: (1) Programa Estado de la Nación (Costa Rica). Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. San José. Programa Estado de la Nación. 2006:233, 381; 395;

(2) <http://www.estadonacion.or.cr/Info2007/Paginas/equidad.htm>, consultada el 12 de enero de 2009.

(3) http://white.oit.org.pe/ipec/documentos/cr_-_sintesis.pdf, p.5, consultado el 13 de enero de 2009. (4) INEC. Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples. Julio 2006. En <http://www.inec.go.cr/06Publicaciones%5C03SerieDivulgativa/03%20Principales%20Resultados%20Encuesta%20de%20Hogares/2006/EHPM2006.pdf>, consultado el 13 de enero de 2009. (5) <http://www.inec.go.cr/>. Censo nacional de población y vivienda 2000, consultado el 12 de enero de 2009.

(6) www.inec.go.cr/. Estado de la Nación. Sistema de indicadores de la PIEG. Línea Base. Informe final, Diciembre 2008.

1.2.4.AMBIENTALES

En materia ambiental, el Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones (MINAET) ejerce la rectoría, que se propone:

“Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las y los habitantes del país mediante la promoción del manejo, conservación y desarrollo sostenible de los elementos, bienes, servicios y recursos ambientales y naturales del país (...) garantizando la necesaria y plena armonía entre las actividades de desarrollo nacional y el respeto por la naturaleza y la consolidación jurídica de los derechos ciudadanos en esta materia”.⁶

Existe también un Consejo Nacional Ambiental que asesora al Presidente de la República, recomendando políticas ambientales y promoviendo la conservación del ambiente (Ley No. 7554, art. 77). El Consejo está integrado por el Presidente de la República o el Ministro de la Presidencia, los ministros de Planificación y Política Económica, el de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones, el de Salud, Agricultura y Ganadería, Educación Pública y Ciencia y Tecnología (Ley No. 7554, art. 78). También existen los Consejos Regionales Ambientales, adscritos al MINAET, como instancias desconcentradas y de participación de la sociedad civil, encargadas del análisis, discusión, denuncia y control en materia ambiental (Ley No. 7554, art.7).

En total 27 entidades públicas conforman el sector ambiental, de las cuales 18 surgieron durante la década de los noventa (Programa Estado de la Nación - Costa Rica, 2005:198). Sin embargo, hay una “ausencia de capacidades institucionales y recursos para su seguimiento y eficiente gestión” (ídem:199) debido al traslape entre sectores que escapan a la rectoría. Además la Ley no “garantizó la dotación de recursos humanos y financieros suficientes ya apropiadamente distribuidos para las instituciones que se crearon a su amparo” (p.199), pues los recursos se concentran en energía, agua y saneamiento.

Así, el deterioro ambiental afecta la salud en los siguientes aspectos:

- Inadecuado manejo de los desechos sólidos. En Costa Rica se generan unas 4.500 toneladas de residuos sólidos por día, de los cuales un 30% “se deposita sin ningún control en calles, ríos y lotes baldíos, lo que ocasiona problemas de estrangulamiento del alcantarillado, contaminación visual, variación del caudal de los ríos y deterioro ambiental” (IFAM en Programa Estado de la Nación, 2006:223). En la Gran Área Metropolitana hay rellenos sanitarios, pero en el área rural la situación es muy delicada pues con una sola excepción en Carrillo, Guanacaste, “es generalizado el uso de vertederos a cielo abierto y botaderos a orillas de los cauces de los ríos, donde la basura no recibe ningún tipo de tratamiento” (Programa Estado de la Nación, 2006:224).
- Contaminación del aire. En el Gran Área Metropolitana se han encontrado zonas donde la concentración de óxido de nitrógeno rebasa los máximos recomendados por las autoridades de salud. Los estudios realizados muestran que el principal contaminante es la flota vehicular. No se ha estudiado con claridad la emisión de contaminantes del sector industrial, pero entre las zonas de mayor contaminación están las zonas de mayor concentración industrial (Programa Estado de la Nación, 2006). En los últimos años se han logrado reducir las emisiones contaminantes de los vehículos debido a la compra de una mayor proporción de vehículos nuevos y menos viejos pero, sobre todo, a la revisión vehicular obligatoria que se exige en los últimos años.

- Riesgo y desastres. Desde hace varias décadas se dan, en Costa Rica, una serie de inundaciones, deslizamientos y vendavales que tienen efectos destructivos sobre cosechas y viviendas. Estos fenómenos están asociados a la pobreza y se ha constatado que “el riesgo existía previamente y que era previsible que las precipitaciones e inundaciones ocasionaran deslizamientos...” (Programa Estado de la Nación, 2006:240).
- Disponibilidad y manejo de agua. Costa Rica cuenta con mucho agua disponible, lo que lleva a que el volumen aprovechado sea considerablemente bajo (Programa Estado de la Nación, 2006:232). La mayor parte de la población tiene acceso a agua potable de calidad aunque, como puede verse en la tabla No.9, ha bajado entre el año 2000 y 2005. Además, entre las poblaciones marginales y vulnerables la situación es de riesgo. Por ejemplo, más del 90% de los acueductos en territorios indígenas tiene contaminantes, un 33% tienen riesgo sanitario y un 14% un riesgo muy alto (Feoli y Mora en Programa Estado de la Nación, 2006:233).
- Contaminación por cultivos agrícolas. El uso del suelo para cultivos agrícolas se ha modificado mucho en las últimas décadas, pues se ha reducido notablemente el área destinada a la producción de granos básicos, como maíz y frijol, y ha aumentado la destinada a agricultura de exportación, como la piña y otras frutas, y la palma africana. Diversos estudios han señalado las implicaciones que tienen estos nuevos cultivos sobre el ambiente. Los productos agrícolas de exportación más extendidos son monocultivos, con siembras de alta densidad y elevado consumo de agroquímicos. Se han denunciado erosión de suelos que afectan los cauces de los ríos; tala de árboles e invasión de áreas de protección, que afectan el hábitat en general; uso de químicos que afectan la salud de personas y animales, y generan contaminación de comunidades, de quebradas, de ríos y de parques nacionales y, en general, afectan el equilibrio de los ecosistemas. Costa Rica aparece con uno de los mayores índices de uso de plaguicidas en Centroamérica. En el caso de la piña, por ejemplo, se ha denunciado también la reproducción de la mosca de la piña, que afecta a los animales y personas. Quema del rastrojo de la planta que produce un humo que afecta a los habitantes de las comunidades cercanas (ver Programa Estado de la Nación, 2006:230 y 2007:260-263).
- El desarrollo de proyectos turísticos. El desarrollo de proyectos turísticos no ha seguido un patrón planificado que permita proteger el ambiente. Se ha denunciado que “...en las zonas de mayor desarrollo turístico del país también se ha incrementado la generación de basura, sin que se cuente con las capacidades de disposición final necesarias” (Programa Estado de la Nación, 2006:224). También se ha denunciado la aprobación de proyectos con falta de “protección de los manglares y bosques, irregularidades en el amojonamiento y delimitación, amenazas al ecosistema, ausencia de regulación para la extracción de madera, movimientos de tierra con afectación de las entidades municipales en el ejercicio de sus potestades, entre otros” (Roman en Programa Estado de la Nación, 2007:238). También se han señalado la ausencia de políticas adecuadas de alcantarillado sanitario y tratamiento de aguas residuales, y los efectos negativos de los movimientos de tierra, para las construcciones inmobiliarias, sobre los ecosistemas (Programa Estado de la Nación, 2007:238-39).

En síntesis, a pesar de una amplia legislación y de un gran aparato institucional dedicado a la cuestión ambiental, así como de algunos logros de Costa Rica en ese campo, se mantienen acciones en muy diversos aspectos que tienen efectos negativos sobre la salud de la población.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. RECTORÍA

2.1.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

De acuerdo con el decreto ejecutivo No. 33151-MP, del 8 de mayo de 2006, el Poder Ejecutivo de Costa Rica se divide en una serie de sectores, de los cuales uno es el Sector Salud, que es el conjunto de instituciones públicas encargadas de “proteger y mejorar el estado de salud de la población” (Ministerio de Salud, 2006:10). Tanto en el decreto mencionado, como en la Ley General de Salud y en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, se establece que la rectoría del Sector Salud le compete al Ministerio de Salud, ente encargado de definir la política nacional de salud, así como de la “organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2006:15). El Sector Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, que a su vez forma parte del Sistema de Producción Social de la Salud. Se denomina Sector Salud al “conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población” (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No. 34510-S, 22 de mayo 2008). Según el decreto No. 33151-MP del 8 de mayo de 2006, el Ministerio de Salud es el encargado de ejercer la rectoría sobre este y está conformado por las entidades siguientes: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (en cuanto se refiera exclusivamente a la salud), Auditoría General de Servicios de Salud, Consejo de Atención Integral de la niñez, Consejo de la Persona Joven, Consejo de la Persona Mayor (CONAPAM), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC), Sección de Riesgos Profesionales del Instituto Nacional de Seguros (INS) y el Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER)

El Sistema Nacional de Salud es el “conjunto de entes públicos y privados, interrelacionados entre sí, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo. Además de los entes nacionales, se consideran parte de este sistema los organismos que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios.” (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No. 34510-S, 22 de mayo 2008). Entre los entes que lo componen se encuentran, “además de los que conforman el sector salud, los servicios de salud privados de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias que realizan actividades destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas y su hábitat, la población en general cuando participa activamente en la realización de acciones estratégicas en salud incluida la toma de decisiones, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias, los organismos de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la Food and Agriculture Organization (FAO), entre otras”. (Marco conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud”. Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. 4 de junio 2007).

El Sistema de Producción Social de la Salud, es el “conjunto interrelacionado de entes que impactan de manera significativa sobre los determinantes de la salud en las dimensiones socio-económica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud. (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No. 34510-S, 22 de mayo 2008). Además de las entidades del sector y las del sistema de salud lo conforman “Ministerio de Ambiente y energía, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, entre otros ministerios; el Instituto Nacional de Aprendizaje, Cámaras de Comercio e Industrias; grupos organizados de la comunidad; gobiernos locales. organizaciones religiosas”. (Marco conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud”. Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. 4 de junio 2007).

La rectoría de la Producción Social de la Salud, se define como “el proceso mediante el cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población”, para lo cual incluye a todos los actores que intervienen en la situación de salud, así como a los factores que la determinan (Marco conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud”. Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. 4 de junio 2007).

De acuerdo con el Decreto Ejecutivo 34510-S, art. 3, las funciones de la rectoría en salud son:

- “Dirección política de la salud, que consiste en definir las prioridades de intervención y concertar con los actores sociales las acciones estratégicas.
- Mercadotecnia de la salud, que es la definición y ejecución de acciones para colocar el valor de la salud, persuadir sobre la implementación de la estrategia de promoción de la salud y sobre la cultura de la no exclusión.
- Vigilancia de la salud, que consiste en la recolección y difusión de información sobre el estado de salud, para seleccionar las medidas que permitan mejorar la salud de la población.
- Planificación estratégica de la salud, que es la formulación y ejecución de planes y proyectos orientados a proteger y mejorar la salud de la población.
- Modulación del financiamiento de los servicios de salud, para garantizar que el financiamiento esté de acuerdo con las prioridades establecidas.
- Armonización de la provisión de los servicios de salud, que consiste en determinar los servicios de salud que debe garantizar el Estado, definir el modelo de prestación de servicios y promover la articulación entre los proveedores de servicios.
- Regulación en salud, que consiste en la elaboración y control del marco normativo que deben cumplir tanto los prestadores y receptores de servicios de salud como quienes realizan actividades o conductas que puedan afectar la salud de las personas.
- Evaluación del impacto de las acciones en salud, para proteger y mejorar la salud de la población”.

La Constitución Política de Costa Rica establece, en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano y, en el artículo 2 de La Ley General de Salud se señala que *“es función esencial del Estado velar por la salud de las personas y corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley”*. Por otro lado, el artículo primero de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud indica que *“la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud”*.

Queda claro que, según el marco legal vigente, la entidad del Sistema Nacional de Salud a la que le corresponde ejercer esta función es al Ministerio de Salud, y que su responsabilidad trasciende el organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país ya que abarca todas aquellas actividades, públicas y privadas, que determinan en forma significativa el nivel de salud de la población.

Existen dos instancias de coordinación, el Consejo Nacional de Salud formado por jerarcas de instituciones públicas y el Consejo Sectorial de Salud, formado por los jerarcas de las instituciones del Sector Salud. Ambos están encargados de asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las políticas de salud y en las acciones orientadas al mejoramiento de los servicios de salud. Las acciones son acordadas en estas instancias y el seguimiento se realiza a través del Sistema Nacional de Evaluación.

Hasta la fecha, la separación de funciones impulsada con el proceso de reforma del sector no está concluida, ya que, por ejemplo, algunos programas todavía continúan dentro del Ministerio de Salud, como son los de educación y alimentación de niños en los CEN-CINAI, y los servicios de control del Dengue y Saneamiento dentro de la Unidad de Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento del Habitat Humano. Por otro lado, la concentración de los servicios de atención directa a las personas en la CCSS que, además, tiene la mayor parte de los fondos utilizados en el Sector, conduce a que algunas funciones de la rectoría requieran ser armonizadas por esa institución, como, por ejemplo, la definición de prioridades de intervención, la definición del modelo de atención, la vigilancia de la salud sobre todo en relación con la cobertura de los servicios y la modulación del financiamiento, por ser un ente que recauda la mayor parte del presupuesto público de salud. También se han encontrado debilidades en el desempeño de otras áreas de la rectoría como la *“investigación para solucionar problemas de salud pública, la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios, el desarrollo de recursos en salud pública y la promoción de la salud, entre otras”* (Ministerio de Salud/OPS/OMS en Ministerio de Salud, sin fecha: 19).

2.1.2. CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA GENERAL DE SALUD

Para la definición de las funciones de rectoría por parte del Ministerio de Salud, se ha elaborado recientemente, el decreto ejecutivo 34510-S (4 de abril de 2008), que contiene el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, el Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud (2006), donde se *“exponen los principales conceptos, definiciones y estrategias que sustentan, explican y justifican la misión y visión del Ministerio de Salud como ente rector de la producción social de la salud”*, y el Plan Estratégico Institucional 2008-2010.

La misión del Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud, está definida como: “Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad” (decreto ejecutivo No. 34510-S: art.2).

La visión se define de la siguiente manera: “El Ministerio de Salud será una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos. Por su estilo de liderazgo, su capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, será una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población lo percibirá como garante de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría lo sentirá como su aliado” (decreto ejecutivo No. 34510-S: art. 2).

La información sobre acceso a los servicios de salud se detalla en el cuadro siguiente:

Tabla 10: Cobertura de los servicios de salud en Costa Rica

Nivel de desagregación de la información	
Períodos	Total*
1993	85,7
1998	89,4
2000**	87,9
2001	87,5
2002	86,8
2003	85,3
2004	87,8
2005	87,6
2006	87,5
2007	87,6
Pertenencia étnica (2007)	
sin pertenencia étnica reconocida	82,8
indígena	70,1
mestizo	ND
afro-descendiente	83,6
otros (china)	71,1
Nivel económico** (2007)	
quintil 1	84,5

quintil 2	82,4
quintil 3	80,8
quintil 4	81,3
quintil 5	80,1

Notas: *Incluye asegurados directos, cuenta del Estado y sus familiares, pensionados y familiares.

**Quintiles aplicados a cantones según Índice de desarrollo social (IDS), medido por: mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

Salazar y Picado encuentran que el 82% de la población está asegurada en 2000, lo cual es cierto para un 79% de los hombres y un 84% de las mujeres (Ministerio de Salud 2002:63).

Existe información de cobertura del aseguramiento por provincias y cantones, pero no por zona rural o urbana.

Fuentes: www.ccss.sa.cr, anuario estadístico 2007, indicadores de seguridad social 2003-2007, dirección actuarial-variables e indicadores sociodemográficos, consulta realizada el 19 de diciembre de 2008. Ministerio de Salud, 2002-2:67.

Como puede verse, el acceso a los servicios de salud en el país, es sumamente alto, y se ha mantenido así en las últimas dos décadas, con muy poca diferencia entre sectores de diferentes niveles de ingresos.

Durante el período 2002-2006 se elaboró una Agenda Sanitaria Concertada con la participación de representantes de las instituciones del sector y de otros actores del campo de la salud. Para la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 Contrato con la Ciudadanía, el Ministerio de Salud elaboró el Plan Estratégico Institucional 2007-2011 y definió los objetivos específicos, indicadores, metas y acciones específicas para las acciones estratégicas en tres áreas: rectoría de la provisión social de servicios de salud, gestión institucional y provisión de servicios. En el caso de la rectoría las acciones estratégicas consideradas son: dirección política de la salud, instrumentación de la promoción de la salud, regulación de la salud, armonización de la provisión de servicios de salud, vigilancia de la salud, planificación estratégica de la salud, modulación del financiamiento, desarrollo científico y tecnológico en salud, evaluación del impacto de las acciones en salud.

Cooperación Internacional

A partir de 1999, el Ministerio de Planificación reconoció legalmente la Dirección de Cooperación Internacional, la cual se ha encargado de fomentar el intercambio y la asistencia técnica mediante la integración de diversos actores del proceso de cooperación en el país. Esta dirección se encarga también de gestionar los trámites para realizar las solicitudes de cooperación internacional, de buscar las mejores oportunidades para el acceso a los recursos y, al mismo tiempo, lleva la actualización de los organismos financieros que participan en la cooperación. Según datos de esta dirección, en el periodo 1998-2000, se destinó el 3,2% de la cooperación internacional no reembolsable al Sector Salud, lo cual representa un monto de 8,2 millones de dólares. Del 2000-2005 la cooperación internacional en salud representó el 14,4% del total de la cooperación internacional, significando más de 480 millones de dólares, lo cual es una suma bastante significativa; sin embargo hay que tomar en cuenta que este monto incluye también al sector social, lo cual no disminuye la importancia del financiamiento otorgado por la cooperación internacional al sector salud.

Tabla 11: Recursos financieros de la cooperación EXTERNA, Costa Rica, 1998-2005
(en Millones de US\$)

Periodo/Recursos	1998-2001	2000-2005
Reembolsables	ND	427,2*
No Reembolsables	8,2**	54,4*
Total	ND	481,6

Nota: *Datos correspondientes al sector salud y desarrollo social.

Fuente: MIDEPLAN, Diagnóstico de cooperación internacional 2000-2005. MIDEPLAN, Plan Nacional-Promoción Externa, 2001.

2.1.3. REGULACIÓN SECTORIAL

La regulación del desarrollo de la salud se entiende como “el proceso constante de adopción, confección y ejecución de medidas sanitarias (leyes, decretos, reglamentos, normas, procedimientos, disposiciones, resoluciones, etc.), de carácter obligatorio y/o consensual, que orientan de manera segura, técnica y operativa los procesos de la producción social de la salud. La regulación implica control constante, o sea, velar porque los diferentes actores sociales cumplan las medidas sanitarias que rigen de manera oficial los procesos de la producción social de la salud” (Ministerio de Salud, 2002-2:27). El resultado debe ser el control de la calidad de la atención y de los gastos e inversión.

Las acciones que realiza el Ministerio de Salud en el marco de la regulación del desarrollo de la salud son⁷:

1. Desarrollo del sistema de salud que incluye la formulación de políticas, planes y la participación social en salud, así como sistemas de la evaluación. Ministerio de Salud.
2. Establecimiento de normas, estándares, patrones y registros. Ministerio de Salud.
3. Gestión financiera.
4. Coordinación entre organizaciones, niveles del gobierno y sectores de la economía.
5. Evaluación y seguimiento permanente a los establecimientos de salud. Ministerio de Salud.
6. Fortalecimiento del programa de acreditación de hospitales. Ministerio de Salud.
7. Acreditación académica para asegurar la calidad de la formación de recursos humanos en salud. CONESUP.
9. Regular la calidad de los alimentos y medicamentos en el país. MEIC/ Ministerio de Salud.
10. Establecer vía decreto la venta libre de algunos medicamentos. Ministerio de Salud.

7

Esta información fue tomada de dos fuentes: Ministerio de Salud, 2002-2:57 y Ministerio de Salud, 2002-1:121.

11. La defensa del consumidor, que supone la difusión de información sobre precios, características y calidad de servicios; la interacción con el poder judicial y con las instancias de protección de los derechos humanos. MEIC/Ministerio de Salud.

En el ejercicio de la función de regulación se vienen evaluando diversos programas y establecimientos, como la Atención Integral en el Primer Nivel de Atención (Evaluaciones de EBAIS), la mortalidad infantil, la protección del ambiente, el ejercicio profesional, etc. También se reconocen “los subsistemas de controles y registros de medicamentos, alimentos y equipos médicos; el de servicios de salud y los de protección al ambiente humano” (Ministerio de Salud; 2002-2:57), pero se considera que los logros alcanzados han sido limitados. Por ejemplo, las acciones se han concentrado en las condiciones de funcionamiento, con limitaciones en cuanto al financiamiento, por otro lado si bien se ha avanzado en la normativa, hay lagunas en su aplicación y la AS “no cuenta con la adecuada dotación de los recursos que permita la plena ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización” (Ministerio de Salud, 2002-2:35). Algunas manifestaciones de ello son: la inadecuada regulación sanitaria de los mercados relacionados con la salud, las insuficiencias en la prestación de servicios de salud, la débil regulación de la praxis médica, así como la existencia de un marco regulador inespecífico, desactualizada regulación en el campo de la certificación profesional, la formación y la educación continua y lo mismo en relación con las tecnologías de salud. “Además existen debilidades para hacer cumplir las regulaciones sanitarias y el liderazgo de la ASN, así como para la conducción y dirección del Sector Salud” (Ministerio de Salud, 2002-2:47).

La coordinación entre el Ministerio de Salud y otras instituciones del Sector Salud para realizar las acciones de regulación y evaluación es débil. Algunos ejemplos de ello son: los resultados de la habilitación de establecimientos de salud que realiza el Ministerio de Salud desde 1997, no son utilizados por la CCSS para formular planes de mejora continua. El Ministerio de Salud legalmente no puede intervenir en la acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, lo que ha conducido a la proliferación de instituciones de educación privadas y a la saturación de estudiantes en los centros de salud de la CCSS. La Comisión Técnica para el desarrollo del Recurso Humano en Salud, fue creada mediante decreto No.35526-S el 31 de julio 2009, aunque su carácter es sectorial no tiene atribuciones reguladoras. Hay limitaciones en la vigilancia sanitaria, debido a la deficiente coordinación y a la existencia de diversos sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios (OPS, sin fecha).

2.1.4. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)

El Ministerio de Salud convocó a una actividad para la medición de las FESP y aplicó un cuestionario que se respondió y discutió entre todos/as los/as participantes. Las áreas evaluadas fueron: cumplimiento final de resultados y procesos clave; desarrollo de capacidades de infraestructura; desarrollo de competencias descentralizadas.

Los principales resultados aparecen en el documento del Ministerio de Salud, 2002, y se pueden resumir así (Ministerio de Salud; 2002-2:45.50):

Cumplimiento final de resultados y procesos claves

Las principales fortalezas encontradas son:

- Existencia de políticas de salud;
- Existencia de un marco regulatorio en salud pública;
- Sistema de vigilancia para identificar daños a la salud;
- Estándares de evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud;
- Desarrollo de normas y lineamientos;
- Coordinación y alianza con otros actores para la reducción de daños por emergencias y desastres.

Para mejorar los procesos y la producción de resultados en las FESP, se priorizan:

- Las acciones necesarias para hacer cumplir las regulaciones en materia de salud pública;
- El desarrollo de una agenda de investigación;
- El fortalecimiento de mecanismos para medir la satisfacción de los usuarios;
- El mejoramiento de la calidad de la información de la situación de salud para mejorar el monitoreo y el acceso a los servicios de salud;
- El desarrollo de la capacidad de gestión institucional para la reducción del impacto de emergencias y desastres y;
- La formulación de políticas para la formación del recurso humano orientado a la entrega de servicios adecuados y las características socioculturales de los usuarios.

La capacidad de respuesta y el desarrollo de estrategias orientadas a la información, la educación en salud y la comunicación social para la promoción de la salud, fueron evaluadas con un desempeño intermedio, por lo cual se considera necesario fortalecerlas.

“Se puede concluir que Costa Rica cuenta con los instrumentos, leyes, normas, políticas y planes para el desempeño óptimo de las FESP. El desafío es fortalecer las estrategias que permitan su implementación y fiscalización, así como la definición de metas claras, que identifiquen qué es importante vigilar, cada cuánto y con qué recursos” (Ministerio de Salud; 2002-47).

Desarrollo de capacidades e infraestructura

Las principales fortalezas mencionadas son:

- La disponibilidad de expertos y de recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud;
- La capacidad instalada de los laboratorios;
- Los mecanismos para asegurar el acceso a los servicios de salud;
- La capacidad institucional para la investigación en salud pública;
- La capacidad de gestión de la cooperación internacional.

Las debilidades señaladas son:

- La ausencia de un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud;
- La escasa planificación de la formación del recurso humano adecuado a las necesidades del Sistema de Salud;
- Limitaciones en el ejercicio de la rectoría, tanto en relación con la conducción, dirección y liderazgo del sector, como en relación con el efectivo cumplimiento de las regulaciones sanitarias.

En el rango de desempeño intermedio se mencionó la necesidad de mejorar la evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

“De este perfil, queda claro que las intervenciones para incrementar las capacidades institucionales son más de inversión en formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos. No se visualizan grandes deficiencias en el ámbito de la infraestructura para el desempeño de la salud pública” (Ministerio de Salud, 2002-2:47).

Desarrollo de competencias descentralizadas

En general, el desarrollo de las competencias descentralizadas se evaluó positivamente. Las debilidades se relacionan con:

- La investigación en salud pública;
- La falta de asesoría y de apoyo técnico, tanto para hacer cumplir la normativa como fortalecer la capacidad de supervisión y monitoreo de la salud a nivel local;
- La escasa asesoría para la promoción de la participación social en salud;
- El escaso apoyo técnico desde los niveles centrales hacia los niveles subnacionales.

En el evento de evaluación se planteó la necesidad de definir estrategias para evaluar las FESP, a nivel nacional, publicar los resultados de las evaluaciones y formular lineamientos de política y estrategias en salud para las funciones esenciales prioritarias.

2.1.5. ORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

Los agentes de financiamiento en el Sector Salud, son fundamentalmente tres: La CCSS, encargada de la prestación de servicios de salud a través del Seguro de Salud, administra la mayor proporción de los recursos del Sector; el Instituto Nacional de Seguros (INS), que administra el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Obligatorio de Automóviles y los seguros comerciales de gastos privados; y los hogares, que son a la vez fuentes y agentes de financiamiento, ya que contribuyen con una proporción importante del pago a los proveedores de servicios de salud.

Aunque los organismos descentralizados como la CCSS, el AyA y el INS, cuentan con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto”(OPS, sin fecha: 14), el Ministerio de Salud dentro de las funciones definidas en su Reglamento Orgánico establece la modulación del financiamiento de los servicios de salud, la cual consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga

acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No. 34510-S, 22 de mayo 2008).

Esta función de orientación del financiamiento aunque se realiza con limitaciones, debido a que el ministerio no cuenta con suficiente disponibilidad de recursos, información sistematizada o personal capacitado para poder intervenir directamente en la orientación del gasto; el Ministerio de Salud ha iniciado de manera incipiente su desarrollo ejerciendo a través de su coordinación con la Contraloría General de la República (CGR) y el Ministerio de Hacienda (MH) instancias estas que controlan el financiamiento y el gasto público en salud. De hecho, en la evaluación de las FESP realizada por el Ministerio de Salud, se consideró que se cumplía con un 20% de esa función rectora (Ministerio de Salud, 2002: 2:35).

Por otra parte, la cooperación financiera externa se hace, fundamentalmente, a través de préstamos no reembolsables; uno de los principales prestadores del sector Salud es el Banco Interamericano de Desarrollo.

2.1.6. GARANTÍA DE ASEGURAMIENTO

Esta función de rectoría, la garantía del aseguramiento, se relaciona con la “responsabilidad estatal de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes” (Ministerio de Salud, 2002-2:35); esto incluye el acceso a servicios de salud de calidad y la eliminación de la exclusión social en ese campo.

Así entendida, esta función tuvo un puntaje bajo (51%) en la evaluación de las FESP realizada por el Ministerio de Salud, lo cual es muy comprensible si se toma en cuenta que el aseguramiento de la población y la atención en salud están en manos de entes que a su vez regulan este campo. La mayor deficiencia se encontró “cuando se revisó la evaluación que debe realizar el sistema de salud para asegurarse de que efectivamente se cumple con las coberturas y el acceso real, así como con la fiscalización y medición del desempeño de los oferentes y la capacidad de compra del Ministerio” (Ministerio de Salud, 2002-2: 43).

En Costa Rica, desde la década de los sesenta se universalizó la cobertura de los servicios de salud y esta acción se consolidó con el traslado de todos los hospitales a la CCSS. Más adelante, durante la década de los ochenta, se crearon diversas modalidades para el aseguramiento de la población no asalariada. Entre estas estuvo la modalidad de “asegurados por el Estado” para la atención de la población indigente, en el que inicialmente el Ministerio de Salud tenía injerencia, pero que luego pasó a ser administrado por la CCSS.

En la década de los noventa, con el objetivo de que el Ministerio de Salud se centrara en las funciones de rectoría, se trasladan otros programas del Ministerio de Salud a la CCSS, como son los de atención primaria, inmunizaciones, cáncer, tuberculosis, dermatología sanitaria; odontología sanitaria; control de enfermedades de transmisión sexual. En este punto “el país tomó la decisión política, en forma muy temprana, de dejar la función reguladora, el aseguramiento y la provisión de los servicios en una sola institución: la Caja Costarricense de Seguro Social” (Ministerio de Salud, 2002-2:55). A esto se agrega que el INS –que administra los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito- se financia con las contribuciones de patronos y trabajadores/as y de pólizas individuales en el caso de los vehículos, y presta directamente servicios de atención y compra servicios tanto a la CCSS como al sector privado. “La función reguladora de este componente se ejerce desde el mismo INS” (Ministerio de Salud, 2002-2:58).

Si bien el seguro de salud se define como universal, la atención está garantizada en el primer nivel y en las urgencias (aunque estas se pueden cobrar posteriormente), pues en los otros niveles es requisito la inscripción en alguna modalidad de aseguramiento. "...Una circunstancia que preocupa, es que la dependencia contributiva creció, es decir, los trabajadores que contribuyen directamente con el financiamiento del Seguro de Salud son proporcionalmente menos respecto aquellos que no aportan. Esta situación que es notoria en la realidad, convierte las transferencias gubernamentales en una fuente indispensable de ingresos" (Ministerio de Salud, 2002-2:67).

En resumen, la Autoridad Sanitaria no tiene una real posibilidad de cumplir con la función de garantía de aseguramiento de la atención individual, esto le compete a la Caja Costarricense del Seguro Social, pues dadas las características del sistema de salud en el país, casi un 90% de la población está cubierta por algún tipo de seguro. Además, en el contexto de la reforma, "la focalización de esfuerzos iniciales en lugares apartados y de menor condición socioeconómica, así como el establecimiento de los EBAIS para atender a estas poblaciones han mejorado el acceso y reducido las inequidades", pues la proporción de población con acceso deficiente a los servicios de salud en las áreas pioneras pasó de un 30% en 1995-96 a un 22% en el 2000, mientras que el país en su conjunto se redujo de 18% a 14% (sólo 4 puntos porcentuales) (Ministerio de Salud, 2002-2: 75-77).

2.1.7. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN

La función de armonización de la provisión de los servicios de salud es "la función rectora dirigida a promover la articulación y complementariedad de los diversos proveedores, públicos y privados, de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, a fin de incrementar su cobertura y garantizarle a la población el acceso equitativo, independientemente de la institución o sistema al que estén afiliados o adscritos o que los provean" (Ministerio de Salud, 2006: 22).

Esta función se ha concretado en: la definición de criterios de asignación de recursos a los entes públicos descentralizados o desconcentrados; la armonización de los planes de los distintos organismos públicos desconcentrados; la definición de los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del estado y de la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos del sector público; la cooperación técnica; la definición de criterios para la retribución del gasto; el establecimiento de mecanismos para la asignación de recursos de acuerdo con medidas de desempeño (Ministerio de Salud, 2002: 26). Esta función ha sido incluida en el plan estratégico con acciones orientadas al mapeo de intereses de los actores sociales y a la identificación de brechas de cobertura y calidad para los servicios esenciales a la población.

En la evaluación realizada en el Ministerio de Salud, esta función obtuvo un 23% de cumplimiento, mostrando deficiencias en todas las variables evaluadas, como fueron la definición de criterios de asignación pública, la armonización central y descentralización, la cooperación técnica y la contratación. Sólo la garantía de calidad varió un poco (Ministerio de Salud, 2002-2: 43). Lo anterior pone en evidencia que no se está garantizando esta articulación entre los proveedores de servicios de salud (Ministerio de Salud, 2002-2: 35).

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. FINANCIAMIENTO

La información sobre financiamiento y gasto para el sector salud es variable, no solo debido a la diversidad de instituciones que participan en el desarrollo del sector, sino también porque la metodología para ponderar estas cifras varía de institución a institución, lo cual ocasiona la existencia de “valores distintos para una misma variable”. Por otra parte, los datos correspondientes a las instituciones privadas que participan del préstamo de servicios en salud son de difícil acceso, inclusive para los informes realizados por el Ministerio de salud y otras entidades públicas, sin embargo, se expone una aproximación del gasto privado en salud.

Es importante resaltar que la asignación del presupuesto para las instituciones que forman parte del sistema de salud (según la reforma del sector salud propuesta en los años noventa), proviene de un marco prospectivo y competitivo, ligado a los objetivos y metas de producción de cada institución para el mejoramiento de los servicios de salud prestado a la población. A continuación se desglosa el financiamiento de las principales instituciones.

En la CCSS el financiamiento proviene de tres entradas presupuestarias principales: Salud (enfermedad y maternidad) que recoge ingresos tributarios, financiamiento, ingresos no tributarios, las transferencias corrientes y los ingresos de capital; Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) percibiendo ingresos tributarios, no tributarios, transferencias corrientes, ingresos de capital y el financiamiento; y por último está el Régimen No Contributivo de Pensiones (RNCP) el cual recoge presupuesto por parte de ingresos no tributarios, transferencias corrientes (pago del Gobierno Central, de instituciones desconcentradas no empresariales, de empresas públicas financieras y de los recursos de vigencia de años anteriores). En general, la mayoría de los recursos que obtiene esta institución, proviene de las contribuciones sociales, las cuales para el año 2007, alcanzan un 87,6% (CCSS, Dirección Actuarial, 2007) del total de los recursos presupuestados.

En el Ministerio de Salud el financiamiento proviene del Gobierno Central e instancias presupuestarias (fideicomiso Ministerio de Salud-Banco Nacional, Oficina de Cooperación Internacional de la Salud Desarrollo Social y Asignaciones Familiares OCIS-DESAF, Consejo Técnico de Asistencia Médico Social CTAMS y Comisión Nacional de Vacunación). El presupuesto del Ministerio de Salud se distribuye entre diferentes programas, los cuales son: Gestión Intrainstitucional, Rectoría de la Producción Social de la Salud y Provisión de Servicios de Salud (Presupuesto 2008, Ministerio de Hacienda).

Algunas otras instituciones que realizan las funciones de financiamiento son: el INS, La Junta de Protección Social, el Ministerio de Hacienda, El Ministerio de Trabajo y las municipalidades.

En general, el sector salud ha percibido un aumento en el presupuesto de las instituciones que lo componen. En los últimos seis años este incremento ha sido constante (en términos absolutos) para la mayoría de las instituciones como lo muestra la Tabla No.12, destacándose la importancia que representa la CCSS para el préstamo de los servicios de salud, de ahí la explicación del porqué esta institución reciba y gaste la mayor cantidad del financiamiento presupuestado para el sector salud.

Tabla 12: Gasto en millones de usd, instituciones del sector salud, Costa Rica, 2002-2007

AÑO	MINISTERIO DE SALUD	CCSS	ICAA	INS	UCR	MUNICIPALIDADES
2002	46,75	850,4	49,34	25,01	9,93	44,07
2003	27,54	888,26	83,51	13,14	13,69	41,28
2004	65,81	885,18	86,61	12,28	15,74	52,49
2005	59,19	927,74	87,17	13,02	17,98	55,21
2006	56,61	1032,38	98,28	15,12	19,15	57,91
2007	69,78	1322,58	101,14	15,35	23,58	74,19

Fuente: Ministerio de Salud, Memoria Institucional, 2007- 2008.

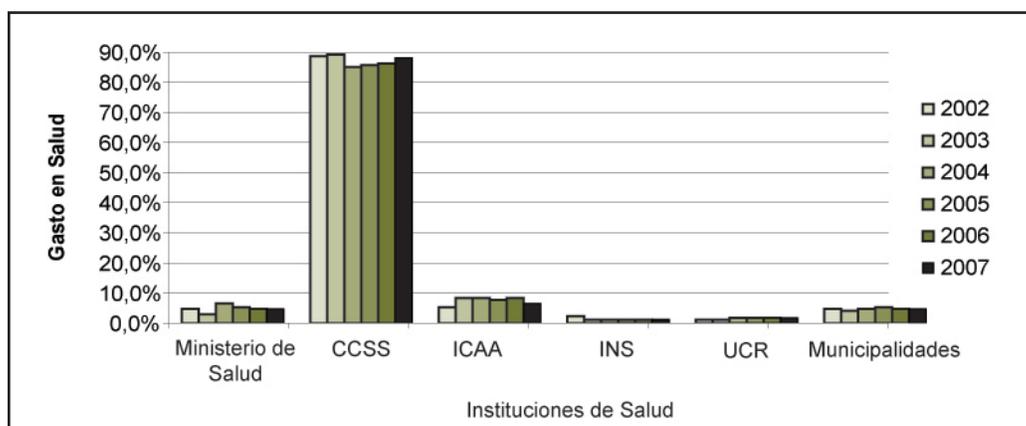
También ha sido constante la inversión en el sector salud a nivel del presupuesto público; por ejemplo la cifra invertida con respecto al 2002, creció alrededor de 500 millones de USD para el año 2007; asimismo se incrementó el gasto público per cápita en más de 100 USD mientras el gasto en salud como porcentaje del PIB disminuyó a partir del 2003.

Tabla 13: Gasto nacional en el sector salud, Costa Rica, 2002-2007

Gasto Ejecutado	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gasto público en salud (en millones de USD)	1100,61	1067,42	1118,11	1160,32	1279,45	1606,62
Gasto público total en salud per cápita (en USD)	ND	258,27	266,9	273,36	298,2	371,43
Gasto público total en salud como % del PIB	ND	6,1	6,01	5,8	5,7	5,9

Fuente: Ministerio de Salud, Memoria Institucional, 2007- 2008.

Gráfico 1: Participación de las Instituciones en el Gasto Nacional en Salud, Costa Rica, 2002-2007



Fuente: Ministerio de Salud, Memoria Institucional, 2007- 2008.

Con respecto al gasto privado, en Costa Rica ha permanecido constante en un rango menor al 2% del PIB; ahora bien, el gasto privado con respecto al gasto total en salud oscila entre el 20% y el 25% en los últimos años, representando alrededor de 282,2 millones de dólares para el 2007 (Estado de la Región, 2008). Es importante señalar que el principal financiamiento de estas instituciones proviene del “gasto de bolsillo”, el cual representa un 88,7% del ingreso privado. El mismo significa que la persona debe pagar los gastos en salud al momento de requerirlos.

2.2.2. ASEGURAMIENTO

La cobertura y acceso a los servicios de salud está garantizada por la CCSS, la cual atiende tanto a la población asegurada como no asegurada; a estos últimos se les brinda el servicio como parte de pago al costo o, en el caso de las personas que viven en condiciones severas de pobreza, el Estado asume el pago del aseguramiento brindando el servicio en forma gratuita.

Según el Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, 2007), la función de aseguramiento incluye tres perspectivas:

- Perspectiva Pública: Indica las bases para el acceso de los servicios de salud para toda la población, independientemente de quien sea el proveedor principal. La institución encargada de velar por el cumplimiento de esto es el Ministerio de Salud.
- Perspectiva Social: Está relacionado con el conjunto de acciones que se dirigen a la población con el fin de garantizarles el derecho de atención y protección a la salud.
- Perspectiva Financiera: son los mecanismos de protección de las personas contra riesgos de enfermar y morir, debido a que garantiza la existencia de fondos para que las personas tengan acceso a los servicios de salud y evitar la realización de un desembolso al momento de utilizar los servicios. Internacionalmente este fondo monetario con el cual se atiende a la población es llamado también fondo común o pooling. Los fondos de la CCSS, institución encargada del préstamo público a los servicios de salud, están determinados por el número de cuotas de los contribuyentes (identifíquese aquí como contribuyentes al Estado, los asalariados y cuenta propistas, así como los patronos).

2.2.2.1. Marco Legal

El Ministerio de Salud, como ente rector de los servicios de salud, debe garantizar el acceso a un conjunto de servicios de salud por medio de la armonización de la atención (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No. 34510-S, 22 de mayo 2008). Por su parte la Caja Costarricense de Seguro Social es el responsable del seguro de salud para todos los habitantes del país; además de la universalidad de los servicios, le corresponde también respetar la igualdad, integralidad, suficiencia, eficiencia, participación social de los servicios de salud, así como la obligatoriedad del aseguramiento para las personas asalariadas.

El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, y además los ingresos, para el caso de los trabajadores dependientes o asalariados. Su financiación proviene de una triple contribución: a base cuotas de los asegurados, de los patronos y del Estado.

Los/as asegurados/as son contribuyentes financieros de los servicios de salud los cuales, según la modalidad de cotización, se clasifican en: trabajadores asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del estado, las personas que se acojan al Seguro Voluntario, los trabajadores independientes que cotizan de forma individual o colectiva, los familiares de los asegurados directos y la población en condiciones de pobreza asegurados mediante el régimen no contributivo (el Estado se encarga de subsidiar a estas personas mediante este régimen). Estos requerimientos se encuentran contenidos en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social No. 17 y en el Reglamento de Salud para Costa Rica.

2.2.2.2. Beneficios

La atención de la salud comprende: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos, servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral; asistencia social, individual y familiar. La asistencia de la salud pública está obligada a prestar estos servicios a la totalidad de la población, sin hacer distinciones de clase, género o etnia.

Por otro lado, mediante la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, N° 8239, publicada en el diario oficial La Gaceta, N° 75 del 19 de abril de 2002, los/as usuarias de los servicios de salud se encuentran en su derecho de pedir información sobre los servicios brindados por el sistema. También se da la existencia de derechos reglamentados por la Junta Directiva de la CCSS, establecidas en el capítulo IV del Reglamento del Seguro Social, el cual viene a ratificar la necesidad de informar a los usuarios sobre los distintos servicios a los cuales tienen derecho.

Los distintos centros de salud, incluidos los privados, deben aplicar esta normativa, y el Ministerio de Salud como ente rector, debe velar por el cumplimiento de las mismas. En el sector público, la CCSS cuenta con el Departamento de Protección al usuario, el cual ha dispuesto, mediante la Contraloría de Servicios de Salud de la CCSS, 89 contralorías de servicios amparadas bajo la ley 8239; por lo tanto son instancias receptoras de información para la resolución de inconformidades y la difusión de información sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Además los compromisos de gestión de la CCSS pretenden fomentar una cultura de la rendición de cuentas y de eficiencia en el manejo de los servicios, convirtiéndose en un complemento al cumplimiento de las normativas antes mencionadas.

2.2.2.3. Estructura y Gestión

El sistema de salud en Costa Rica, descansa fundamentalmente en la labor de dos instituciones, tal y como se ha venido anticipando: El Ministerio de Salud y la CCSS, en donde el primero funge como ente rector de los servicios de salud, y la segunda como el mayor proveedor público de los servicios de salud, mediante la utilización de su red de servicios como EBAIS, clínicas, hospitales y la compra de servicios en el primer nivel de atención a cierto grupo de proveedores privados (Rodríguez, 2006: 12).

A la labor de las instituciones anteriores, se suma la participación en el sector salud por parte del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), institución encargada del suministro de agua así como de la disposición de aguas negras y pluviales; el Instituto Nacional de Seguros (INS) cubre los riesgos de accidente laboral y de tránsito y provee servicios médicos, hospitalarios y de atención a los accidentados; la Universidad de Costa Rica (UCR) forma y capacita a profesionales y técnicos en las distintas disciplinas de la salud así como el desarrollo de proyectos e investigaciones en esta área; y las municipalidades (OPS, 2004: 7-8).

2.2.2.4. Cobertura Poblacional

El seguro de salud registra una cobertura contributiva de un 87,6% de la población total para el año 2007. Vistos desde la PEA, este seguro cubre al 61,9% del total y el seguro de pensiones a un 53,6%. En los últimos tres años ha aumentado el aseguramiento de la PEA no asalariada: de 39,1% a 57,4% en el seguro de salud, y de 21,7% a 37,7% en el seguro de pensiones (en el último año han subido 9,2% y 7,7% respectivamente). Otro avance en este aspecto es la disminución de la población no asegurada en los últimos cuatro años, lo cual significa que los esfuerzos de la CCSS por aumentar la contribución de los trabajadores han dado buenos resultados.

En las tablas posteriores se sintetiza la principal información sobre la cobertura poblacional del aseguramiento:

Tabla 14: Cobertura del sistema de salud, Costa Rica, 1995, 2000, 2003, 2005 y 2007

Año	Cobertura de las prestaciones del Sistema de Salud	Cobertura por parte del seguro del Estado	Cobertura contributiva por el seguro de salud	Cobertura del Sector Privado	No asegurados
1995	100%	6,49%	86,4%	ND	13,6%
2000	100%	10,99%	87,9%	ND	12,1%
2003	100%	12,3%	85,3%	ND	14,7%
2005	100%	12,2%	87,6%	ND	12,4%
2007	100%	11,5%	87,6%	Hay seguros privados comprados en el exterior*	12,4%

Nota: La información sobre género y zona geográfica de la población asegurada no fue posible incluirla debido a que los datos de la CCSS no se encuentran desagregados. Fuente: Indicadores de Seguridad Social de la CCSS, 2007; *Estado de la Región 2008.

Tabla 15: Condición de aseguramiento directo, Costa Rica, 2003-2007

Año	Total Asegurados directos	Asegurados Directos activos	Asegurados Directos Pensionados	Asegurados por Cuenta del Estado
2003	1.725.394	954.280	263.235	507.879
2004	1.809.011	1.003.575	266.339	539.097
2005	1.854.966	1.061.683	269.380	523.903
2006	1.919.033	1.143.312	273.217	502.504
2007	2.041.020	1.253.327	276.527	511.166

Fuente: Boletín Estadístico; Dirección Actuarial, Departamento de Estadística de la CCSS.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1. ANÁLISIS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

La provisión de servicios de salud está fundamentalmente a cargo de la CCSS. Esta es la principal entidad prestadora de servicios de salud a los diferentes grupos de la población nacional. Para cumplir con esta misión, la CCSS se ha organizado como una **red nacional de servicios de salud**, compuesta por tres niveles de atención y siete regiones programáticas.

Primer nivel de atención:

La unidad representativa del primer nivel de atención son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos constituyen, con una presencia en prácticamente todo el territorio nacional, la base del sistema nacional de salud mediante su ubicación en las 103 áreas de salud divididas sectorialmente con base al número de población. En las áreas de salud se ofertan servicios de 5 programas de atención integral dirigidos a niños/as, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores (CCSS/OPS, 2004: 10; Memoria Institucional de la CCSS;2007:28).

Este nivel corresponde a los servicios básicos de salud, que comprenden acciones de ***promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación de la misma y rehabilitación de menor complejidad***, que se practiquen respecto de la familia, en los ámbitos intradomiciliario, en la consulta externa y ambulatoria general.

La organización de salud en este nivel son:

EBAIS

Clínicas

Áreas de Salud 1 y 2

Segundo nivel de atención:

En un segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento quirúrgico de las especialidades básicas de la medicina. Este nivel está integrado por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Además se dan servicios de odontología, microbiología.

Este nivel tiene por objeto apoyar al nivel primario, mediante prestación de ***servicios preventivos, curativos y de rehabilitación*** con un grado variable de complejidad y especialidad.

Los establecimientos de salud de este nivel son:

- Clínicas
- Hospitales regionales y periféricos.

Tercer nivel de atención:

El tercer nivel proporciona atención especializada a través de 3 hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia; Hospital San Juan de Dios y Hospital México), y 5 hospitales nacionales especializados en las siguientes áreas: niñez, gerontología, mujeres, rehabilitación, psiquiátrico (CCSS/OPS, 2004: 10; Memoria Institucional de la CCSS;2007:28).

Este nivel corresponde a la prestación de servicios ***curativos y de rehabilitación*** de la más alta especialización y complejidad. El área de influencia de este nivel trasciende la del secundario y abarca el territorio de varias provincias, cantones y distritos, es decir, su cobertura se extiende a una porción importante del territorio nacional.

Los establecimientos de salud de este nivel son:

- Hospitales nacionales.
- Hospitales especializados.

Los hospitales constituyen el punto más alto de la pirámide de servicios de salud y se encuentran localizados en el Área Metropolitana de San José. La red nacional de servicios va de lo simple a lo complejo, según niveles de atención, cobertura y grado de especialización.

Cada establecimiento de salud que forma parte de la red, tiene definida su población meta, a la cual debe prestar los servicios respectivos, según el nivel del cual se trate. El territorio donde se ubica esa población, se llama “zona de atracción” y a los centros de mayor complejidad a los cuales se pueden referir pacientes, se les llama “centros de referencia”.

Teóricamente, la red está organizada para que unos y otros establecimientos se apoyen y complementen entre sí, sea entre establecimientos de un mismo nivel, o entre establecimientos de niveles distintos. Por ejemplo, los EBAIS pueden recibir apoyo de los hospitales regionales, si fuera necesario. Igual, un hospital del tercer nivel, una vez haya realizado la intervención requerida, puede referir al paciente sea al hospital regional, y ésta a su vez, cuando lo considere posible, refiere al paciente al primer nivel, para que realice el seguimiento respectivo (rehabilitación del paciente).

En el documento “La CCSS hacia el 2025” se reitera expresamente que, como parte de su imagen objetivo para el 2025, los establecimientos y dependencias estarán operando “...bajo un **modelo de redes**, con el soporte de un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración” (subrayados nuestros) (CCSS, 2006: 12). Para alcanzar dicha meta, se plantea como estrategia, en ese mismo documento: “Implementar un modelo de gestión de unidades y servicios de salud bajo el enfoque de redes” (CCSS, 2006: 14).

Paralelamente, la CCSS ha venido implementado un proceso de desconcentración en la gestión de los servicios de salud, buscando por esta vía superar el centralismo prevaleciente. Con tal fin, en el año 1998 aprobó la “Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS” (Ley N° 7852)⁸, una de cuyas principales disposiciones es la adopción de la figura del “Compromiso de Gestión”, como el recurso técnico y jurídico para operativizar la desconcentración funcional y operativa de la institución. Con esta medida, se persigue “...un traslado de facultades y competencias a instancias distintas del nivel central de la CCSS, con el propósito de romper el esquema ordinario de competencias y subordinación jerárquica institucional, en pro del mejoramiento en la oportunidad y celeridad de la gestión administrativa local...”⁹. Ya para el año 1997, la totalidad de establecimientos empezó a operar bajo esta normativa institucional.

Tanto la implementación de la ley de desconcentración de hospitales, clínicas y áreas de salud, como la adopción de los compromisos de gestión, son dos herramientas enfocadas a mejorar la gestión de los servicios de salud. Con la ley, se buscaba abrir la posibilidad de que los establecimientos de salud puedan tomar decisiones sobre la administración de su centro, el manejo de sus recursos humanos, y la compra de algunos servicios. Con los compromisos de gestión, se buscaba mejorar la productividad y la competencia entre las unidades prestadoras de servicios de salud, con miras a mejorar la atención de la salud.

8 El objetivo de esta Ley es “...otorgar mayor autonomía en la gestión presupuestaria, contratación administrativa y la administración de los Recursos Humanos...” a las entidades proveedores de servicios de salud (CCSS, http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacion/c_org_06.html, recuperado el día 12 noviembre 2008).

9 CCSS, http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacion/c_org_06.html, recuperado el día 12 noviembre 2008.

Con respecto al uso de estos servicios, se puede decir que el primer nivel es el más utilizado por los usuarios, pues si vemos la distribución de las consultas por nivel de atención podemos observar que el primer nivel concentra el 41% (6.915.092) de las consultas relativas a la medicina general, lo cual es comprensible si tomamos en cuenta la cantidad de EBAIS existente y su fácil acceso.

Por su parte, las consultas de las especialidades del segundo nivel de atención significan un 14,3% (2.400.529) del total de las consultas. Una vez más, la región central concentra la mayoría de las consultas, principalmente por ser la región que concentra la mayor cantidad de la población del país.

Tabla 16: Uso de los servicios de salud, Costa Rica, 2007

Áreas de Salud	Cantidad de Consultas	Consulta medicina General (1er nivel de atención)	Consulta externa por especialidades (2do nivel de atención)
Hospitales Nacionales	1.854.675	28.212	1.034.458
Clínicas Metropolitanas	3.231.923	1.477.583	372.707
Central Norte	3.329.843	1.499.692	363.459
Central Sur	2.312.695	1.345.414	104.029
Huetar Norte	748.415	334.277	72.044
Chorotega	1.462.035	573.581	130.285
Pacífico Central	1.064.534	494.597	96.129
Huetar Atlántica	1.524.438	687.313	99.847
Brunca	1.206.454	474.423	127.571
Total	16.735.012	6.915.092	2.400.529

Nota: No fue posible delimitar la información de uso de los servicios de salud por sexo debido a que la información no se encuentra disponible.
Fuente: Boletín Estadístico 2007, Dirección Actuarial de la CCSS

2.3.2. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD¹⁰

Los datos disponibles del Ministerio de Salud y la CCSS, muestran claramente la modificación que se operó en los años noventa y lo que va de la presente década, en la distribución ocupacional de los trabajadores del personal de salud producto del nuevo papel de rectoría asignado al Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la CCSS como la única entidad pública prestadora de servicios de salud.

En el caso del Ministerio de Salud, en la década de los noventa, los profesionales en ciencias médicas representan una proporción pequeña del personal, que viene disminuyendo hasta llegar a menos del 10% en 1997, mientras que el personal técnico representa una proporción mayor, aunque también disminuye

¹⁰ Solamente se dispone de información sobre la composición del personal de salud para el MS y la CCSS. Para el resto de instituciones del Sector Público y el Sector Privado, esta información no está disponible.

para llegar al 27% en 1997. Para el año 2005, en este ministerio el número de profesionales administrativos es mayor que el de profesionales en ciencias de la salud (Tabla No.18), tendencia que es consistente con el cambio en las funciones del Ministerio de Salud, de prestadora de servicios de salud a las de rectoría del sector, sin embargo no se dispuso de información más reciente.

Tabla 17: Distribución ocupacional de los trabajadores del ministerio de salud, Costa Rica, 1986 y 1990- 1997 (números relativos)

GRUPOS OCUPACIONALES	1986*	1990*	1991*	1992	1993	1994	1995	1996	1997
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Técnicos en salud	47,7	44,9	46,7	15,9	17,0	16,5	24,2	29,5	27,3
Servicios Generales	ND	25,2	37,1	26,7	28,2	24,6	25,0	26,2	30,3
Administrativos	38,1	13,2	***	42,3	39,7	44,4	34,8	26,5	27,3
Prof. Ciencias Médicas	13,3	10,9	6,4	11,8	12,3	10,2	10,7	12,2	9,6
Otros profesionales**	0,9	5,8	9,7	3,3	3,8	4,4	5,3	5,6	5,6

Notas: * Para 1986, 1990 y 1991, se utilizó información de las publicaciones técnicas de PASCAP, N° 27 y 37.

** Para 1991, El grupo ocupacional Otros profesionales, incluye a otros profesionales en Ciencias Médicas. Para 1986, 1990 y 1991, los psicólogos y profesionales administrativos aparecen dentro de otros profesionales. Para 1992-1997 los profesionales administrativos están en otros profesionales.

*** En 1991, no se consigna por separado los administrativos de los servicios generales.

Fuente: OPS/OMS/HSR, 1999 (cuadro No.16).

Tabla 18: Distribución del personal profesional en el ministerio de salud, Costa Rica enero 2005

GRUPO OCUPACIONAL	PORCENTAJE
Profesionales administrativos	57.7
Profesionales en Ciencias de la Salud	42.3
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Vázquez y Borrell, 2006 (cuadro No.9)

En el caso de la CCSS, en la década de los noventa hay una clara tendencia al aumento del personal técnico, que llega a representar el 42% del total¹¹, mientras que el personal profesional sólo aumenta su representación del 18 al 20%, manteniéndose esta tendencia a lo largo del la década del 2000 (Tabla No.19). En esta misma

11 Este comportamiento es producto básicamente de la implementación del primer nivel de atención por parte de la CCSS, compuesto por los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y los Equipos de Apoyo.

institución, la composición del personal se modifica hacia una menor proporción relativa de técnicos, que sin embargo siguen siendo el grupo más amplio, y una mayor proporción de administrativos, que llega a ser la cuarta parte del personal. Los profesionales y el personal de servicios generales mantienen prácticamente la misma proporción que a finales de los noventa.

Estos datos también muestran la tendencia al fortalecimiento de las funciones de entidad compradora de servicios – a veces al sector privado - que le asigna la reforma, pues si bien a mediados de los noventa el personal administrativo llegó a ser más pequeño que el personal profesional, en la década del 2000 vuelve a crecer y a superar de nuevo al personal de profesionales de salud, teniendo también un mayor porcentaje de crecimiento (Tabla No.20).

En síntesis, los datos evidencian el cambio organizacional y de enfoque experimentado por el Sector Salud, como producto del proceso de reforma.

Tabla 19: Distribución ocupacional de los trabajadores de la CCSS, Costa Rica, 1995, 2000, 2005, 2007 – 2008¹ números relativos

Grupos Ocupacionales	1995	2000	2005	2007	2008
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Técnicos y auxiliares	40,2	36,3	36,2	38,7	36,3
Servicios Generales	22,1	21,1	18,9	15,9	14,7
Servicios Administrativos	13,4	22,0	23,2	24,1	23,8
Profesionales en Servicios de Salud	20,5	20,4	21,5	21,2	20,3
Otros profesionales	3,7	0,2	0,2	0,1	4,9**

Nota: *Los profesionales administrativos se incluyen en la categoría Otros Profesionales.

** Cifra correspondiente a funcionarios que no tienen clave definida.

¹ Las cifras son dadas por el departamento de estadística a Junio de cada año.

Fuente: OPS/OMS/HSR, 1999. CCSS, Dirección actuarial, Anuario Estadístico, Estadísticas en Recursos Humanos (cuadro No.7), 2008.

Tabla 20: Personal de la CCSS por grupo ocupacional y porcentaje de aumento, Costa Rica, 2001 y 2008

GRUPO OCUPACIONAL	2001	2008	Aumento %
TOTAL NACIONAL	31.929	44.421	28.12
Profesionales en servicios de salud	6.566	9.003	27.06
Técnicos y auxiliares en servicios de salud	11.568	16.144	28.34
Servicios generales	6.685	6.524	-2.47
Servicios administrativos	7.111	10.564	32.68

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas de Recursos Humanos, junio 2001 y junio 2008, en: www.ccss.sa.cr/html/transparencia/estadisticas/actuarial/estadist/html/Anua0101.html, consultado en enero 2009.

Aumento del trabajo independiente en el sector privado

Otra tendencia muy fuerte en el sector salud, lo constituye el incremento en el número y porcentaje de los trabajadores que se insertan laboralmente en los servicios de salud privados. Si bien aún la proporción de técnicos y profesionales en salud que trabaja en el sector público –como primera ocupación- constituye más del 60%, en la década de los noventa hay una fuerte tendencia al aumento de su ubicación laboral en el sector privado. Como se observa en la Tabla No.21, el número de profesionales y técnicos en salud que trabaja en el sector privado, creció en una proporción significativamente mayor que los/as profesionales y técnicos/as quienes laboran para el sector público, los cuales han venido en disminución, en términos reales, durante los últimos 15 años.

Tabla 21: Profesionales y técnicos en salud según sector institucional, Costa Rica 1994, 1998, 2002, 2006, 2008.

Año	Total	Sector Público		Sector Privado	
		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
1994	100	15160	78.7	4108	21.3
1998	100	18775	76.3	5847	23.7
2002*	100	17206	65.5	9057	34.5
2006	100	19937	58	14448	42
2008	100	22290	61.6	13895	38.4

Nota: *Se debe tomar en cuenta que la metodología de realización de la Encuesta de Hogares varió a partir del año 2000, por lo cual se utilizan nuevos códigos; aún así se hizo una equiparación de estos con respecto a la ya realizada en años anteriores.
Fuente: OPS/OMS/HSR, 1999 (cuadro No.1); EHPM-INEC, 2008

El comportamiento reseñado, coincidente con la tendencia a la expansión de los servicios privados de salud que viene viviendo el país, especialmente en las dos últimas décadas, lo cual es, en parte consecuencia de tres factores: el deterioro de los servicios de salud públicos; las restricciones a la contratación de personal nuevo que sufren las instituciones públicas; y el incremento en la compra de servicios de salud a entidades privadas (hospitales y clínicas de salud) por parte de la CCSS. Esta tendencia coincide con la tendencia de la migración de los trabajadores de la salud hacia el sector privado (especialmente médicos y enfermeras), por las dificultades que encuentran en el sector público para laborar.

También este fenómeno responde a la tendencia en algunos servicios a contratar personal bajo formas no tradicionales¹², lo que obliga a quienes quieren colocarse laboralmente a buscar insertarse como trabajadores independientes, aunque muchas veces esa independencia no es real.

12 Esta tendencia es parte de las políticas de reducción de la planilla y el deseo de evadir obligaciones de carácter laboral por parte de los patronos.

Distribución regional del personal de salud

En relación con la distribución regional del personal de salud, solamente se cuenta con información de la CCSS. La tendencia que más destaca en este caso es la concentración del personal de salud en la región central del país, lo cual coincide bastante con la tendencia que presenta la población nacional a concentrarse en esta misma región (64%). Las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica son las que tienen una menor proporción de personal respecto a su población. Si hacemos la comparación con respecto al 2001, vemos como la situación ha mejorado, pues la alta concentración en oficinas centrales, planteaba una proporción mucho menor de personal con respecto a la población en la región Chorotega, Brunca y Huetar atlántica. (Tabla No.22).

Tabla 22: Porcentaje de la población total y del personal de salud de la CCSS según región, Costa Rica, 2001 Y 2007

Región Programática	2001		2007	
	Población	Personal	Población	Personal*
Región Central	64,2	73,3	64	67,4
Región Chorotega	7,9	3,6	7,6	8
Región Pacífico Central	5,3	6,4	5,2	5,4
Región Brunca	7,8	5,4	7,5	7,8
Región Huetar Atlántica	9,5	5,7	10,2	7
Región Huetar Norte	5,3	5,6	5,5	4,3
Total	100	100	100	100

Nota: *Datos no incluyen oficinas centrales.

Fuente: EHPM-INEC, 2007; Estadísticas del Seguro de Salud- Anuario Estadístico, 2007

La formación de los trabajadores y las trabajadoras del sector salud

En el campo de la formación, encontramos dos tendencias claramente: por un lado, el país está logrando formar una cantidad importante de profesionales de la salud, que sin duda vienen a satisfacer necesidades existentes en este campo; por otro lado, ha ocurrido un aumento considerable en el número de entidades formadoras de profesionales y técnicos en salud, especialmente en el sector privado, sin que haya una planificación adecuada ni mecanismos de control sobre la calidad y cantidad de dicha formación.

Hay 9 carreras de nivel profesional y todas, excepto microbiología, son impartidas por varias universidades, siendo el caso más extremo el de Psicología, que se imparte en 17 universidades. Esas carreras se dan en 26 universidades privadas y 3 públicas (Vázquez y Borrell, 2006: 68-71), lo que es un aspecto más de la tendencia a la privatización encontrada no sólo en los servicios, sino también en la formación.

A nivel de especialidades médicas y de formación en salud, se cuentan únicamente con información para entidades formadoras públicas (ver MS/CCSS/OPS/HSR, sin fecha: 19), aunque este dato debe ser actualizado porque es del año 2001. Las entidades formadoras son:

- El Centro de Desarrollo Estratégico e Información de la Salud y Seguridad Social (CENDEISS), que usa la modalidad de las residencias médicas. Este procedimiento consiste en que los/as aspirantes presenten una solicitud ante el CENDEISS, los espacios son asignados por la CCSS y la formación es impartida por la Universidad de Costa Rica (UCR). Para participar en este proceso los estudiantes son nombrados en una plaza por el tiempo que dura su formación (Vázquez y Borrell, 2006:74).
- La Escuela de Salud Pública y el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, que tiene programas de posgrado y recientemente inicio en conjunto con el Ministerio de Salud para todo su personal directivo a nivel nacional, el Primer Curso de Desarrollo de Capacidades para el ejercicio de la Rectoría en Salud.
- La Universidad Estatal a Distancia (UNED) que tiene una Maestría en Gerencia de Servicios de Salud.
- La Dirección de Recursos Humanos de la CCSS que empezó a impartir, en 1998, cursos de capacitación para el personal con niveles de jefatura o de gerencia de recursos humanos. Para ello contratan entidades formadoras por la vía de la contratación directa y entre ellas puede haber instituciones públicas como la UCR o la UNED, y privadas como la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT). Los títulos que otorga están debidamente registrados.

A pesar del déficit de especialistas que existe en el país, se calcula que en el caso del CENDEISS -que es el que ofrece una mayor variedad de especialidades -la solicitud para ingresar la hacen unas 550 personas y solamente se aceptan 100 (Vázquez y Borrell, 2006: 76). Así, de mediados de la década de los noventa en adelante ha venido disminuyendo el número de graduados en especialidades médicas, que pasó de 109 en 1995 a 97 en 2004, lo que representa una disminución de más del 10%.

A nivel de tecnólogos ha habido un importante crecimiento en el número y diversidad de opciones de formación y de capacitación. Se han identificado 4 tipos de entidades formadoras, tanto públicas como privadas, que corresponden con los cambios que se vienen operando en el ejercicio de este grupo ocupacional y también con la indefinición sobre qué realmente son los/as tecnólogos/as en salud. La formación va desde la que se adquiere con la experiencia como técnico/a, hasta la formación universitaria de nivel de licenciatura.

También en este grupo hay un déficit que no está siendo llenado con la formación existente. Por ejemplo en la CCSS, que es la principal empleadora, se necesitan en este momento 572 tecnólogos/as en diferentes áreas, siendo la más grave la llamada “diplomado de redes”, donde el faltante es de 293 personas. Debe recordarse que durante la década de los noventa, el grupo de técnicos fue el que más aumentó en la CCSS, pero en la década del dos mil ese aumento dejó de ser el mayor. Lo que parece es que esa disminución no ha respondido a menores necesidades institucionales, sino a una política que impide contratar la cantidad de técnicos/as necesaria, o que dificulta su formación en algunas áreas.

La Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud ha reconocido que, en el ámbito de la formación, existen los siguientes problemas (Vázquez y Borrell, 2006: 49):

- Inexistencia de mecanismos de relación entre las instituciones formadoras de profesionales de salud y los servicios de salud, para elaborar programas de formación a partir del análisis de nuevas necesidades y de proyectos de cambio en los sistemas de salud.
- Inexistencia de regulaciones generales del Estado que conduzcan al diseño de planes de formación adecuados a la realidad de la salud del país.
- Inexistencia de incentivos a la formación profesional.

En otros estudios se ha mencionado cómo estos problemas van unidos a la flexibilización de las formas de contratación y conducen al deterioro en la calidad de la formación (MS/CCSS/OPS/HSR, sin fecha:149).

Regulaciones laborales

Una característica presentada en el país, es la existencia de un número importante de normas y medidas regulatorias para diferentes grupos, las cuales se han aprobado según sea la fuerza y la capacidad de incidencia de cada sector de trabajadores/as. Por ejemplo, en el país existe una ley reguladora de las relaciones laborales, en el sector privado se basa principalmente en el Código de Trabajo), mientras en el sector público las regula tanto el Código de Trabajo como el Estatuto de Servicio Civil. Existen otras leyes y reglamentos que se han venido aplicando al trabajo en general así como al trabajo de diferentes grupos ocupacionales en el sector salud, en particular.

Esta diversidad de leyes, normas y medidas regulatorias, hace que las relaciones obrero-patronales en este sector sea un tema de negociación y conflicto, sea para un sector o para otro sector. Si a este panorama, agregamos las regulaciones vigentes para el resto del personal que labora en el sector salud (administrativos y de servicios generales), el panorama se vuelve aún más complejo. Esta misma diversidad explica en buena medida la existencia de una enorme cantidad de organizaciones de carácter laboral al interior de las dos principales entidades de salud del país (la CCSS y el Ministerio de Salud).

Gobernabilidad y conflictividad del Sector Salud

El sector salud se ha caracterizado, históricamente, por un cierto grado de conflictividad. En las décadas 60-80, la conflictividad del sector estuvo muy determinada por las reivindicaciones de los diferentes sectores laborales por el mejoramiento de sus condiciones salariales y laborales, y la obtención del respectivo reconocimiento profesional.

A partir de los años noventa, hasta el momento presente, si bien algunas reivindicaciones por mejoramiento de salarios y otras condiciones laborales continúa siendo un foco importante de conflicto, se agregan dos elementos nuevos producto de la implementación de las políticas de ajuste estructural y el carácter de la reforma en el sector salud; por una parte, los trabajadores han desarrollado luchas orientadas a la defensa de la legislación laboral vigente, especialmente en lo referente a beneficios e incentivos laborales, amenazada por la aplicación de medidas dictadas por la Autoridad Presupuestaria y la Contraloría General de la República, principalmente; por otra parte, las luchas se han orientado a la defensa del sistema de salud y seguridad

social público, el cual se ha visto amenazado por las políticas de recorte de la inversión social en salud, el fortalecimiento de las tendencias privatizadoras de los servicios de salud y la flexibilización de las relaciones laborales.

Lamentablemente, no se cuenta con estudios recientes en donde se analicen los aspectos mencionados, sino que solamente existen algunos estudios muy puntuales y alguna información periodística sobre el tema.

Solamente, con fines ilustrativos, cabe mencionar que para el 2006, en Costa Rica existían ocho colegios profesionales y tres asociaciones profesionales, que aglutinan trabajadores del sector salud. Además, existen otras organizaciones laborales con una importante representación de trabajadores del sector salud.

2.3.3. MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

Existe una Política de Medicamentos Esenciales, basada en las directrices de la OMS, la cual plantea actividades que conducen a solventar las necesidades de la población con respecto a medicamentos adquiridos en el país. Esta política se hace necesaria una selección de medicamentos debido a la gran variedad existente, y porque además la cantidad de las reservas que deben tener los centros de salud depende de las necesidades terapéuticas del país, es decir, de las necesidades de salud y morbilidad a tratar, así como de la estructura y grado de desarrollo de los servicios de salud (Tinoco, 2007: 30).

El ente rector -el Ministerio de Salud- otorga un registro sanitario para seleccionar medicamentos con el fin de autorizar su comercialización y uso clínico. Este ministerio también regula el registro, producción y venta de medicamentos, así como la importación y consumo de estupefacientes y psicotrópicos. Por su parte la seguridad social (CCSS) y el INS -en el ámbito público- seleccionan medicamentos con fundamento en la normativa legal y técnica existente, generando una lista de fármacos que debe estar disponible en cada institución, de acuerdo a su ámbito de acción. Por ejemplo, la última actualización de esta lista fue en febrero del 2007.

La CCSS ha denominado su listado Lista Oficial de Medicamentos (LOM), de acuerdo al Formulario Terapéutico Nacional, este listado es elaborado por el Comité Central de Farmacoterapia, comité colegiado perteneciente a esta institución. Este listado se actualiza periódicamente, debido a la introducción al mercado de varios medicamentos nuevos para el tratamiento de distintas enfermedades; a marzo del presente año, la última actualización de la lista fue realizada en octubre del 2008.

Con respecto al precio en los medicamentos, no existe formalmente un mecanismo de regulación; sin embargo investigaciones (Estado de la Región, 2008: 209) han considerado la posibilidad de que los precios excesivos de los medicamentos en el país son en buena medida contrarrestados por el poder del mercado de los vendedores con la provisión de sustitutos baratos y de buena calidad, lo cual permite que la mayoría la población tenga acceso a medicamentos de corporaciones multinacionales a precios accesibles. Además, es importante considerar otros factores, tanto de tipo social como económico, que influyen en el precio de los medicamentos tales como el nivel de ingreso, el tamaño de la población y el acceso al sistema de salud.

2.3.4. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Los servicios de salud deben estar en revisión continua para garantizar la calidad y el cumplimiento de las metas propuestas por las instituciones prestadoras de los servicios de salud. De esta forma se pretende brindar a los usuarios servicios que promuevan la eficiencia y efectividad brindando además confort, acceso óptimo y buena atención.

La CCSS, establece compromisos de gestión con los distintos hospitales, áreas de salud, equipos básicos y otros proveedores, con el fin de plantear objetivos y metas para cumplir con los criterios de calidad. Mediante estos compromisos se establecen parámetros para valorar los productos y servicios obtenidos por parte de las unidades de salud. Lo anterior se da para cumplir con las políticas de calidad total plateadas en la institución con el fin de maximizar el desarrollo humano de la población.

El Ministerio de Salud como ente rector a través de la División Técnica de Rectoría, lleva a cabo procesos específicos para la habilitación y acreditación de instalaciones y servicios, así como la medición, evaluación e impacto del préstamo de los servicios de salud, con el fin de monitorear el éxito o fracaso de las acciones en las instituciones prestadoras. Así por ejemplo, se da un seguimiento cercano a indicadores trazadores e índices de mortalidad infantil y mortalidad materna, con el fin de encontrar estrategias y controles para lograr disminuir este tipo de muertes.

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 343 de la Ley General de Salud respecto a las funciones de habilitación y acreditación de instituciones públicas y privadas, para el año 2007 el Ministerio de Salud había habilitado 1632 establecimientos de salud (y afines) y acreditado 22. Al mismo tiempo, se validaron normas para la habilitación de consultorios de especialidades (enfermería, adulto mayor y cuidados paliativos) y se establecieron metodologías de trazadoras con el fin de evaluar la respuesta de los servicios de salud ante problemas como diabetes mellitus y cáncer de cerviz (Ministerio de Salud, 2007-08:33).

Como parte de sus funciones rectoras, recientemente promulgó en Gaceta Oficial del 9 de septiembre de 2008, el Decreto 34728-S mediante el cual se establece el nuevo Reglamento General para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud. El mismo tiene como objeto “regular y controlar el otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento de toda actividad o establecimiento agrícola, industrial, comercial o de servicios; y de aquellas actividades que por disposición de la ley, requieren de estos permisos sanitarios para operar en el territorio nacional”; en lo que respecta a establecimientos de salud y afines, “este permiso es equivalente a una certificación de la habilitación y se concede a todos los establecimientos donde se brinden servicios que puedan afectar positiva o negativamente la salud de las personas, que incluyan o no la prescripción o utilización de fármacos, productos químicos o dispositivos biomédicos, con propiedades medicamentosas o la realización de procedimientos invasivos, sean públicos, privados o mixtos”.

A su vez la CCSS mediante el programa del mejoramiento continuo de la calidad, realiza el seguimiento y monitoreo de los índices de calidad establecidos en los Compromisos de Gestión anuales de sus instituciones. Entre el 2004 y 2005 se realizaron varias evaluaciones del primer nivel atención en salud (EBAIS). Según los resultados, los EBAIS del país cuentan con niveles aceptables de adecuación de los servicios a las necesidades de las personas. Sin embargo, se encontró que están fallando en rubros como la atención adecuada a mujeres y adolescentes, en programación y administración de las instituciones y en participación social.

Más recientemente en el 2007, se evaluaron 28 hospitales públicos (tres nacionales, cinco especializados, siete regionales y trece periféricos). De acuerdo a esta evaluación la CCSS se plantea la necesidad de aumentar el recurso humano, especialmente en lo referente a enfermería, anestesiología, emergenciólogía y mantenimiento. La mayor falta de personal se dio en los hospitales periféricos y regionales, lo cual puede significar que aún no ha sido posible disminuir las brecha de diferencia en relación con prestación de servicios en áreas rurales. Ante esta situación se establecieron ciertas prioridades, como el darle seguimiento a un plan de desarrollo de la infraestructura hospitalaria e implementar un Plan de Acción Estratégico para el reabastecimiento del recurso humano a corto, mediano y largo plazo (Ministerio de Salud, 2007-08:32).

La información resultante de la evaluación de estos programas y acuerdos, se compila en la Memoria Institucional del Ministerio de Salud y en el informe de los Compromisos de Gestión, documentos publicados de forma anual. A pesar del esfuerzo realizado por el ministerio y la CCSS, se estima que mucha de la información enviada por los hospitales y distintos entes prestadores de los servicios de salud, está sesgada, pues no concuerda con datos enviados anteriormente e incluso mucha de la información presentada está desactualizada. Esto exige que estas entidades mejoren sus servicios administrativos para así presentar mediciones que reflejen la realidad de los establecimientos.

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Variadas son las funciones realizadas por las instituciones que forman parte del Sistema de Producción Social de la Salud. Además las instituciones que forman parte del sector salud provienen tanto del sector público como del privado; a estos entes se les suman las organizaciones comunitarias y la población en general. Estas dos últimas se encargan de realizar y participar en actividades destinadas a la protección y mejora de la salud de las personas y su hábitat.

Tabla 23: Mapeo institucional del sistema de producción social de salud, Costa Rica, 2007

Funciones Organización	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Ministerio de Salud.	X	X	X	X	X ¹
Ministerio de Hacienda.			X		
INS			X	X	X
CCSS			X	X	X
JPS			X		
Municipalidades, AYA			X		
Organizaciones adscritas al sistema de salud (FODESAF, IAFA; INCIENSA)			X		
Aseguradoras privadas ²			X	X	
Proveedores Privados					X

Fuente: Ministerio de Salud, Marco Estratégico Institucional 2007.

1 Se refiere a CEN-SINAI y Servicios de Atención y protección al Habitat Humano.

2 Las aseguradoras privadas existen en Costa Rica a partir de la apertura comercial consecuencia del Tratado de Libre Comercio.

En el cuadro anterior se detallan las funciones de las principales instituciones del Sistema de Producción Social de la Salud. La función rectora es realizada por el Ministerio de Salud, como ya se ha mencionado, institución que también debe involucrarse en otras funciones como el financiamiento, aseguramiento y provisión. La CCSS es el principal ente público prestador de los servicios de salud, sin embargo ésta también es secundada por el INS y algunos proveedores privados. La CCSS también se ve inmiscuida en acciones de aseguramiento y financiamiento de los seguros sociales, siendo la institución cooptadora de los ingresos por concepto de seguros de salud, régimen de pensiones y régimen de invalidez vejez y muerte (IVM).

Otras instituciones como el Ministerio de Hacienda, la Junta de Protección Social (JPS), organizaciones públicas adscritas al sistema de salud, y aseguradoras privadas se encargan de formar parte del financiamiento a las instituciones que prestan los servicios.

Las funciones principales del sector privado son las de préstamo de servicios de salud, cuyos recursos provienen casi exclusivamente del gasto de bolsillo de los usuarios de dichos centros.

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMA

3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

El Sector Salud de Costa Rica atraviesa en los años setenta y ochenta, principalmente, un fuerte proceso de crecimiento y consolidación de sus estructuras y en su legislación. Dentro de las medidas más importantes adoptadas antes del inicio del proceso de reforma, cabe mencionar la creación oficial del Sector Salud de Costa Rica, en el año 1983, mediante el Decreto Ejecutivo 14313SPPS-PLAN. Este decreto viene a regular la estructura y organización de este sector.

En 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276-S, se crea el Sistema Nacional de Salud, conformado por varias instituciones que tienen funciones y responsabilidades en esta materia. Además, se establece el Reglamento General del Sistema, mediante el cual se responsabiliza al Ministerio de Salud de la rectoría del sistema y de la coordinación y control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.

Hacia finales de los años ochenta y principios de los años noventa, cobra fuerza en el país, la idea acerca de la necesidad de llevar a cabo una reforma del Sector Salud, que contribuyera a superar algunas de las principales deficiencias que se venían presentando, especialmente en cuanto al deterioro de la calidad de la atención a los usuarios y el excesivo crecimiento del gasto en salud.

En 1993 las autoridades de salud dan a conocer finalmente un Proyecto de Reforma del Sector Salud, dentro del marco de la Reforma del Estado. El proyecto incluía cuatro componentes: rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación del modelo de atención en salud. Para cada uno de estos proyectos se definieron metas, actividades, fechas de cumplimiento, responsabilidades y criterios generales de evaluación.

Oficialmente, no fue sino hasta el año 1994 que se empieza a hablar del proceso de reforma del Sector Salud en Costa Rica, luego de muchos estudios y debates sobre sus alcances y su carácter. El inicio de este proceso representó: la reafirmación del papel rector del Ministerio de Salud, a quien se le definieron cuatro funciones básicas de rectoría (dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación de servicios, e investigación y desarrollo tecnológico); y la consolidación de la CCSS como la única entidad pública prestadora de servicios de salud a las personas. Desde entonces, ambas instituciones han experimentando un proceso casi permanente de cambios en su organización y funcionamiento.

En 1998 el Ministerio de Salud modificó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes a su personal y capacitó a sus funcionarios para desempeñar nuevas tareas. Para ejercer la dirección y conducción sectorial, se crea un órgano de concertación coordinado por el Ministerio de Salud, el Consejo Sectorial de Salud, y dos instrumentos (Política de Salud, Plan Nacional de Salud).

A partir de 1997, en la CCSS se inicia la aplicación de los “compromisos de gestión” en la totalidad de establecimientos de salud, con el propósito de lograr mejorar la calidad de los servicios de salud, procurar una racionalización en la asignación de recursos y una mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud y

del personal. Para algunos estudios del sector salud, el proceso de reforma empieza realmente en este año y con la aplicación de los compromisos de gestión, ya que esta medida representó un cambio fundamental en el accionar del Sector Salud.

Como parte de la profundización de las medidas de reforma del sector, en el 1998 se empieza a aplicar en la CCSS la “Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS” (Ley N° 7852), una de cuyas principales disposiciones es la adopción de la figura del “Compromiso de Gestión”, como el recurso técnico y jurídico para operativizar la desconcentración funcional y operativa de la institución. Con esta medida, se persigue “...un traslado de facultades y competencias a instancias distintas del nivel central de la CCSS, con el propósito de romper el esquema ordinario de competencias y subordinación jerárquica institucional, en pro del mejoramiento en la oportunidad y celeridad de la gestión administrativa local...”¹³

Este proceso de transformación institucional, se profundiza aún más en el 2000, con la aprobación del “Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros”, el cual se aplica en los casos en que “...la institución (CCSS) no tiene la capacidad de brindar el servicio con sus propios recursos económicos, humanos u otros y que el centro de atención ya sea hospital o clínica tenga disponible presupuesto para contratar servicios” (art.1).

Más recientemente, en el 2008, se produce un nuevo proceso de reorganización y redefinición institucional del Ministerio de Salud, en el marco del proceso de reforma, buscando fortalecer su papel rector, así como promover un enfoque de la salud centrado en la promoción de la salud. Con tal fin se promulga el decreto ejecutivo 34510-S que contiene el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, y el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la Producción Social de la Salud, en el que se “exponen los principales conceptos, definiciones y estrategias que sustentan, explican y justifican la misión y visión del Ministerio de Salud como ente rector de la producción social de la salud”, y se da a conocer el Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud: 2008-2010. En este Plan se define que la misión del Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud, es: “Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad” (decreto ejecutivo No. 34510-S: art.2).

En síntesis, la reforma del Sector Salud en Costa Rica es un proceso, que aún no está concluido. No obstante, si se aprecia un cambio significativo en la forma de funcionamiento de las dos principales instituciones de salud (Ministerio de Salud y CCSS). Algunos de los cambios que más sobresalen son: el cambio en la lógica de gestión de los establecimientos de salud, a partir de la adopción de los compromisos de gestión; la creciente contratación de servicios médicos por medio de terceros; los cambios en el ejercicio de la rectoría por parte del Ministerio de Salud; el fortalecimiento del primer nivel de atención, mediante la puesta en funcionamiento de los EBAIS.

13 CCSS, http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacion/c_org_06.html, recuperado el día 12 noviembre 2008.

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA REFORMA

3.2.1. EQUIDAD

3.2.1.1. Cobertura

Seguidamente se analiza el impacto de la reforma en cuestiones relacionadas con el mejoramiento de los servicios de salud para el total de la población. Con respecto a la utilización de los servicios; para el año 2000, la población con acceso deficiente a los servicios de salud se redujo de un 22% a un 13% (Bixby, 2004: 102). Para el 2007, según datos de la CCSS, casi el 100% de la población tiene acceso a alguna institución de salud alrededor de su comunidad.

Algunas de las atenciones básicas correspondientes a la cobertura de los servicios de salud, para el año 2007, son los siguientes: la cobertura de vacunación en menores de un año DPT3, 89.19%; VOP3, 89.11%; BCG, 91.09% y sarampión 90.11%. En el mismo año, el 91.7% de las mujeres recibieron atención prenatal, el 94,29% de los partos fueron atendidos por personal entrenado y el 96% de las mujeres sexualmente activas usaron anticonceptivos. Si comparamos estos datos, con los correspondientes para el año 2006, encontramos que la cobertura ha mejorado levemente en cuanto a la vacunación en menores se refiere; sin embargo con respecto a la atención en salud por personal capacitado y al uso de anticonceptivos, las cifras se mantienen; denotándose su aumento solo si las comparamos a largo plazo, con datos del 2000, donde resulta rescatable que el uso de anticonceptivos ascendió, en 7 años, del 75% al 96% en la población sexualmente activa.

3.2.1.2. Distribución de recursos

Desde hace varios años las instituciones que componen el sector han percibido algunos aumentos en los presupuestos, por ejemplo, la contraloría aprobó un aumento de alrededor de 200 millones a la CCSS para el año 2009.

En la siguiente tabla se presenta la razón de profesionales en salud por cada 10.000 habitantes. Como se muestra, el porcentaje de médicos para el 2007 disminuyó en casi tres puntos, mientras el correspondiente a las profesionales en enfermería aumentó en casi un punto, al igual que los odontólogos en los últimos dos años.

Tabla 24: Razón de profesionales en medicina, enfermería y odontología por 10.000 habitantes, Costa Rica, 2005-2007

Año	Médicas (os)	Enfermeras (os)	Odontólogas (os)
2005	20,8	16,0	6,7
2006	20,9	16,3	6,7
2007	17,2	17,2	7,7

Fuente: Indicadores de Básicos de los Sistemas de Salud en Costa Rica 2006,2007, 2008- OPS-Ministerio de Salud.

Según una investigación realizada patrocinada por la OPS¹⁴, en el área urbana existe alrededor de dos médicos más por cada 10.000 que en el área rural; y la razón de profesionales en enfermería llega a ser hasta tres veces más en zona urbana que en la rural. Es importante tomar esto en cuenta, porque la cantidad de recursos humanos médicos influye en la tasa de mortalidad de la población, principalmente en la infantil y materna.

En la Tabla No.25 se presenta la cantidad de camas en un transcurso de doce años. Es preocupante el hecho que en este tiempo han disminuido de forma notable, aumentando el porcentaje de ocupación. El giro de camas también ha disminuido y la estancia promedio (días cama en los hospitales) ha aumentado, poniendo limitaciones a los recursos médicos de los hospitales, lo cual a corto plazo significa un desmejoramiento de la calidad en los servicios de salud brindados a la población.

Tabla 25: Número de camas, porcentaje de ocupación, giro de camas y estancia promedio, Costa Rica, 1995, 2000, 2005-2007

Año	Camas Hospitalarias	Porcentaje de Ocupación	Giro de Cama	Estancia Promedio
1995	5.947	80,3	49,0	5,7
2000	5.861	81,6	51,1	5,4
2003	5.879	81,6	51,4	6,31
2005	5.688	83,1	50,9	6,0
2006	5.630	82,2	49,8	6,7
2007	5.647	83,8	ND	6,3

Fuente: CCSS, Departamento de Estadísticas en Salud

14

La investigación a la cual se hace referencia es la de Vázquez y Borrell (2006) "Recursos Humanos en Salud en Costa Rica: información actual y desafíos para una década". Ministerio de Salud, OPS/OMS. Costa Rica.

3.2.1.3. Acceso

En el país operan 1037 EBAIS, 200 más de los planteados por la reforma de 1994. Cada uno de estos centros de atención primaria en salud, cubre un promedio de 4.505 personas, lo cual cumple con el promedio preestablecido en la reforma de entre 4.000 y 5.000 personas por centro. Existen en el país otros 139 centros, los cuales se distribuyen entre hospitales, clínicas y áreas de salud, cubriendo el segundo y el tercer nivel de atención. Los servicios prestados por los EBAIS se dan el mismo día; los principales inconvenientes para el usuario son las filas para conseguir las citas y la cantidad limitada de estas últimas.

Una tendencia favorable es la creciente asignación de recursos al nivel primario de atención, que para el 2003 representaba un 27% del presupuesto total efectivo de la CCSS. Otro avance se da con respecto a la reducción para el 2008 de los tiempos de traslado y de espera para ser atendidos (32 y 72 minutos respectivamente) lo cual es un progreso parte de los compromisos de gestión de la CCSS.

También se han realizado esfuerzos institucionales para el desarrollo de iniciativas dirigidas a intentar resolver o disminuir los tiempos de espera para procedimientos y diagnósticos del segundo y tercer nivel de atención. Sin embargo, aún así, varias especialidades médicas –para el 2007- presentaron listas de esperas; algunas de estas especialidades fueron oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, gastroenterología, psiquiatría, ginecología, medicina interna y rehabilitación. Esto obliga a un replanteamiento de los compromisos de gestión por parte de las autoridades correspondientes con el fin mejorar el recurso especialista necesario para cubrir la demanda en estos establecimientos.

3.2.2. EFECTIVIDAD

3.2.2.1. Mortalidad Infantil y Materna

En los últimos años, el Ministerio de Salud ha realizado una campaña en beneficio de la promoción de la salud con el fin de ir más allá del tratamiento de las enfermedades. Por lo anterior, se mantiene una vigilancia constante de los índices de mortalidad, especialmente aquellos relacionados con la mortalidad infantil y materna, así como a las muertes por las neoplasias malignas más comunes del país tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto a la mortalidad infantil, si bien la misma ha disminuido algunos puntos en los últimos 17 años, las diferencias son casi imperceptibles de un año para otro, e inclusive llega a aumentar en periodos cortos de tiempo; por ejemplo para el año 2007 aumentó un 0,3% por cada 1000 nacidos vivos con respecto al año 2006. La tasa de mortalidad materna sí presenta oscilaciones perceptibles a través de los años, así mientras que de 1995 al año 2000 aumentó casi 2 puntos, del año 2000 al 2006 se mantuvo estancada en más de 3 muertes de mujeres por cada 10.000 nacidos vivos, y del 2006 al 2007 disminuyó casi el 50%, pasando de 3,9 a 1,9 respectivamente.

Tabla 26: Mortalidad infantil¹ y materna², Costa Rica, 1995, 2000, 2007

Año	Mortalidad Infantil	Mortalidad Neonatal*	Mortalidad Post-neonatal**	Mortalidad Materna
1995	11,8	8,5	4,7	1,99
2000	10,2	7,1	3,1	3,58
2007	10,1	7,2	2,8	1,9

Notas: *Muerte antes de los 28 días de nacido.

**Muerte entre los 28 días y 1 año

1.Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos

2.Mortalidad por cada 10.000 nacidos vivos

Fuente: MIDEPLAN/ Sistema de Indicadores de Desarrollo Sostenible (SI DES); CCSS/Estadísticas Generales de Servicios de atención en Salud; MINSA/Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna.

El porcentaje de niños con bajo (menos de 2500 gr) e insuficiente peso (entre 2500 – 2999 gr) al nacer ha variado muy poco. En 1995 el 6,75% tenía bajo peso, en el 2000 el porcentaje era de 6,58 y en el 2006 fue 6,93%; aunque el aumento es leve, pareciera ser constante como sucede con los niños con insuficiente peso al nacer que del 2005 al 2006 el porcentaje aumentó en un 0,21% (CCSS, Departamento de Estadística de Salud).

3.2.2.2. Mortalidad por neoplasias malignas

Las tasas de mortalidad por neoplasias malignas han tenido una tendencia al alza desde el año 2000. Además del cáncer de estómago, las tasas de mortalidad que más preocupan a las autoridades sanitarias de nuestro país son las de cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y cáncer de próstata. Estos tumores malignos han aumentado en los últimos años y, por ejemplo, para el 2007 el cáncer de mama es la enfermedad que más cobra la vida de mujeres con neoplasias malignas, y en el caso de los hombres, la mortalidad por cáncer de próstata ha aumentado al punto de estar muy cerca de contar con la misma tasa de mortalidad que el cáncer de estómago (para el año 2007 fue de 18,21).

Tabla 27: Tasa de mortalidad por neoplasias malignas*, Costa Rica, 1995, 2000, 2003, 2005-2007

Año	Cáncer de Mama*	Cáncer de cuello uterino*	Cáncer de Próstata*	Neoplasias Malignas**
1995	12,7	11,21	17,36	ND
2000	10,76	7,88	17,6	8,1
2003	11,27	5,6	15,89	7,81
2005	10,8	5,89	15,12	7,9
2006	13,14	4,94	14,81	8,0
2007	11,80	4,72	15,98	8,0

Nota: *Tasas calculadas por cada 100.000 personas.

** Tasa calculada para 10.000 habitantes

Fuente: Ministerio de Salud, OPS/Indicadores básicos de salud, 2006, 2007, 2008; Ministerio de Salud/Registro Nacional de Tumores, 2005.

3.2.2.3. Incidencia de Malaria, Tuberculosis y VIH/sida

Gracias al Programa Nacional de Tuberculosis, se ha establecido una agenda a partir del 2006 y hasta el 2010, para que el país logre ubicarse en una etapa de erradicación de esta enfermedad. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud (2007-2008), en el 2007 se coordinaron acciones con los medios de comunicación para informar a la población sobre la prevención de la tuberculosis, además, en este mismo año y de acuerdo al cumplimiento del objetivo del milenio relacionado con este tema, se logró la curación del 85% de los casos y se desarrolló una capacidad de detección de la enfermedad en un 70%.

Las muertes por Sida también han disminuido, aunque de forma muy leve, preocupando el hecho que del 2003 al 2005 las tasas de incidencia del SIDA aumentaron de forma considerable, siendo necesario la readecuación de recursos y programas para disminuir los casos de personas contagiadas con VIH y que puedan desarrollar el SIDA. Los hombres siguen siendo los más afectados por esta enfermedad, aunque se ha triplicado la cantidad de mujeres que padecen y mueren por esta causa. Por otro lado, se resalta la disminución de la tasa de incidencia de malaria (IPA malárico), pues si bien del 2005 al 2006 aumentó un punto porcentual, del 2006 al 2007 bajó de 1,82 a 0,27 en el 2007, sin embargo la población en riesgo aumentó considerablemente a partir del 2005, siendo difícil la disminución significativa de este porcentaje en años posteriores.

Tabla 28: Incidencia de malaria, tuberculosis y VIH/SIDA*, Costa Rica, 2000, 2003, 2005-2007

Año	Incidencia Tuberculosis*	Mortalidad Tuberculosis*	Incidencia VIH/SIDA*	Mortalidad VIH/SIDA*	IPA Malárico**	Población en riesgo de malaria
2000	22,6	3,0	4,5	3,0	1,3	36,8
2003	16,43	1,38	0,27	3,1	0,17	33,48
2005	16,7	1,29	5,83	2,7	0,8	32,2
2006	11,47	0,98	4,20	2,9	1,8	36,2
2007	11,77	0,88	4,11	2,6	0,27	36,1

Nota: *Tasas Calculadas por cada 100.000 habitantes.

** Tasas calculadas para 1.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud /OPS, Indicadores Básicos de Salud 2001-2008.

3.2.3. EFICIENCIA

3.2.3.1. Asignación de Recursos

Como se analizó en apartados anteriores, el gasto público en salud ha aumentado durante los últimos años, lo cual significa que cada una de las instituciones que prestan sus servicios al sector salud, han percibido un aumento en sus presupuestos. Este gasto tuvo un crecimiento anual de 4,8% para el 2007, luego de haber decrecido (en términos reales) de modo considerable entre el 2004 y 2005. El sector salud representa un

28,2% de la inversión social total; por su parte, el gasto en seguridad social aumentó, representando un tercio de la inversión social total (Estado de la Nación, 2008: 52).

3.2.4. SOSTENIBILIDAD

En el país se han realizado varias encuestas para medir la percepción de los habitantes con respecto a la utilización de los servicios de salud del país. Así, por ejemplo, en el 2006 se realizó la primera encuesta nacional de salud (ENSA-2006), también en ese mismo año la Universidad Nacional realizó una encuesta sobre estilos de vida saludable, y finalmente en el 2008 la encuesta anual sobre opinión pública patrocinada por el CIMPA y realizada por la escuela de matemática de la Universidad de Costa Rica, publica resultados sobre la percepción de la salud por parte de los costarricenses.

En las encuestas realizadas en el 2006, los servicios de salud gozan de buenas calificaciones entre los usuarios. Según la ENSA, más del 50% de la población considera que la calidad de los EBASIS, clínicas y hospitales de la CCSS son buenos, y además la mayoría dio por un hecho el mejoramiento de los servicios de salud, especialmente en lo que atención a personas adultas mayores se refiere. Sin embargo la percepción es generalizada con respecto a la necesidad de aumentar la cantidad de establecimientos de salud con el fin de satisfacer la demanda de la población. Además consideran indispensable mejorar el trato brindado a los asegurados; principalmente en las zonas rurales del país.

Otro punto importante de analizar es la capacidad de modular recursos financieros de diversas fuentes. Costa Rica tiene una gran cobertura del seguro de salud en la población debido a que se llevó a cabo mediante fondos de origen público, mantenido principalmente por cuotas provenientes de los asegurados. Para garantizar la sostenibilidad de este fondo común, la CCSS ha implementado ciertas acciones con el fin de aumentar la cantidad de contribuyentes y disminuir la evasión del pago del seguro social por parte de los patronos; no obstante a pesar de la existencia de una formalización de pago para con la CCSS, el Estado aún no cancela el monto adeudado por concepto de atención a indigentes, privados de libertad y el traslado de trabajadores del Ministerio de Salud a la CCSS durante la reforma de 1993. En el 2007 se comprometió pagar 185 mil millones de colones, sin embargo el monto total de la deuda supera los 200 mil millones de colones.

Por otra parte, la reforma en el país se dio de manera amigable si se compara con otras del continente, es decir, no se destinan muchos recursos a la compra de servicios externos. Aún así, también ha sido importante el aporte del financiamiento externo, proveniente sobretodo del Banco Mundial, del Banco Centroamericano de Integración Económica y de la ONU. Según información del Sistema de las Naciones Unidas en Costa Rica, por ejemplo, más de 6.7 millones de dólares, provenientes de las instituciones internacionales que componen este sistema, serán invertidos hacia el 2012 en distintos programas de promoción de la salud, tratamiento de enfermedades e investigaciones relacionadas a ese campo.

Así por ejemplo, entre el 2007-2008, gran parte del presupuesto externo se ha focalizado en la prestación de un conjunto básico de servicios, en los cuales se incluyen la atención de los principales problemas de salud, en especial los del área materno-infantil y la consejería sobre alimentación e higiene básicas (CCSS, 2008:197).

3.2.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

En el sistema nacional de salud, y como parte de los objetivos de la reforma, se ha planteado la creación de espacios para la participación de los ciudadanos. La realización de este tipo de acciones promueve la rendición de cuentas en la gestión de las instituciones públicas que prestan sus servicios al sector, las cuales se hacen accesibles a la ciudadanía mediante el Sistema Nacional de Evaluación y el reporte de los Compromisos de Gestión.

De esta forma es que se han creado las llamadas Juntas de Salud, las cuales gozan de una importante participación de las/os ciudadanas/os, y con las cuales se pretende incentivar a las comunidades a velar por el cumplimiento de los presupuestos y los compromisos de gestión de los centros de salud, así como participar en la identificación de problemas y en la creación de prioridades y políticas de las clínicas y hospitales con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios promoviendo la salud de los usuarios.

Según la evaluación anual de las Juntas de Salud realizada por la CCSS en el 2008, estas están siendo efectivas en un 68%, planteando la necesidad de reforzar un 27% de los aspectos de las Juntas, como por ejemplo tomar en cuenta la opinión de estas instancias en las modificaciones presupuestarias, planes anuales operativos (PAO) y nombramientos de personal.

3.3. ANÁLISIS DE ACTORES

El proceso de reforma del Sector Salud, se ha caracterizado por una fuerte intervención de múltiples actores, destacándose la participación:

- A nivel del Sector Público - la Asamblea Legislativa, el Poder Ejecutivo, la Defensoría de los Habitantes, el Ministerio de Salud y la CCSS.
- A nivel de la sociedad civil organizada - los colegios profesionales, principalmente el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y el Colegio de Profesionales en Enfermería;
- A nivel de las organizaciones de trabajadores - UNDECA, ANEP y SIPROCIMECA;
- A nivel de organismos internacionales - OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, principalmente; el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- En el campo privado - hospitales como el CIMA, la Clínica Bíblica y la Clínica Católica; y
- A nivel de partidos políticos - el Partido Liberación Nacional y el Partido Unidad Social Cristiana, por ser las dos principales fuerzas políticas que diseñaron y ejecutaron la reforma.

Una característica de la reforma del Sector Salud en el caso costarricense, es la débil participación de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso. Por lo general, la participación ha estado muy orientada a denuncias y movilizaciones de resistencia a lo que se consideran como amenazas al derecho a la salud, principalmente en temas como recorte del presupuesto y del personal, subcontratación y privatización de servicios de salud.

Seguidamente, se describe el aporte o función dentro del Sector Salud de algunas de las instituciones anteriormente mencionadas.

Sector Público:

Sector Salud:

CCSS: La CCSS presta los servicios de salud a toda la población; además otorga protección económica en salud tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos.

Ministerio de Salud: Ejerce la rectoría sobre los actores del sector social, incluyendo –por supuesto- el sector salud. Por ello estimula la participación activa y orienta sus acciones al mejoramiento de los niveles de salud de la población.

INS: El Instituto Nacional de Seguros es el ente encargado de proteger a la población trabajadora por medio del Régimen de Riesgos de Trabajo, para lo cual presta asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidentes o enfermedad laboral.

Sector Social:

Este sector está compuesto por el Consejo del Sector Social, el cual pasó de más de treinta instituciones, a solamente cuatro ministerios en agosto del 2008, estos son: El Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda y el Ministerio de Trabajo. La disminución de las instituciones que conforman el Sector Social se dio principalmente para agilizar procesos y agregar una mayor funcionalidad a la organización. Este Consejo define, coordina y aprueba las diferentes acciones y programas desarrollados en este sector.

Asamblea Legislativa:

La principal función de este organismo es la legislativa, es decir, la producción de leyes de carácter general.

Sociedad civil organizada:

- UNDECA: La Unión Nacional de empleados de la CCSS y de la Seguridad Social vela por los derechos laborales de los trabajadores de esta institución; al mismo tiempo vela por los intereses de los usuarios de los servicios de salud.
- ANEP: Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados. Agrupa trabajadores de distintos segmentos de la administración pública del país; cuyos objetivos son la participación social y elaboración de acciones desde la clase trabajadora que promuevan un Estado Social con enfoque de Derechos Humanos.
- SIPROCIMECA: Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la CCSS e instituciones afines. Esta organización busca la defensa de sus intereses gremiales para buscar el mejoramiento de la condición laboral de los profesionales en ciencias médicas y le colabora a la CCSS en la consolidación y extensión de los seguros sociales.

- Colegios de Profesionales: Su fin principal es velar por el ejercicio de los profesionales en Costa Rica. Asimismo, promover una participación pro-activa en la producción y desarrollo de políticas y estrategias de salud, con el fin de delimitar las necesidades de la población.
- Unión Médica Nacional: Sindicato Médico Costarricense.

Sector Privado:

Hospitales y centros de salud Privados: Su función principal es la de proveer servicios de salud a todas aquellas personas que los puedan costear.

Organismos de Cooperación Internacional:

- OPS/OMS: La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud tiene como misión “Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas”¹⁵. La oficina de la OPS/OMS en Costa Rica, ha ayudado a combatir enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de los habitantes.
- UNFPA: Este organismo “ayuda a mujeres, hombres y jóvenes a planificar sus familias y evitar embarazos no planeados, a tener embarazos y partos sin riesgo, a evitar las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida, y a combatir la discriminación y violencia contra la mujer”¹⁶.
- UNICEF: Esta agencia de las Naciones Unidas, colabora con el gobierno en el patrocinio de programas e investigaciones a favor de la Salud de niños y Jóvenes.

15 Tomado de: <http://www.paho.org/spanish/paho/mission.htm>

16 Tomado de: http://www.unfpa.or.cr/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=18

BIBLIOGRAFÍA

- Arteaga, Jahin y otros (2002). Redes Promocionales de Calidad de Vida. Vínculos y Respuestas a las Necesidades Sociales. Documento de Trabajo, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela/Agencia de Cooperación Alemana (GTZ).
- Avalos, Ángela (2009). "Entrevista: Ávila, María Luisa Ávila, Ministra de Salud. La Nación, sección el país. Lunes 25 de agosto del 2009. En Internet: http://www.nacion.com/ln_ee/2008/agosto/25/pais1672912.html. (Consultada en enero, 2009).
- Avalos, Ángela (2008) "Contraloría critica millonario superávit de la CCSS". La Nación, lunes 7 de julio del 2008. En Internet: http://www.nacion.com/ln_ee/2008/julio/07/pais1607456.html
- Bixby, Luis Rosero (2004). "Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasi-experimental". Rev. Panamericana de Salud Pública; vol 15, nº2. En Internet: http://journal.paho.org/?a_ID=498
- Bustos, Ana Lucía; et al (2006). Encuesta Estilos de Vida Saludables. Revista Pulso Nacional; Instituto de Estudios Sociales en Población; Universidad Nacional, nº 48. En Internet: <http://www.una.ac.cr/idespo/pdf/pulso/ops48.pdf>
- CCSS (2008). "Anuario estadístico 2007". Departamento de Estadística. En Internet: www.ccss.sa.cr, (consulta realizada diciembre 2008).
- (2008). "Indicadores y Estadísticas de los Seguros Sociales". Departamento de Planificación económica y Financiera. Dirección Actuarial y de Planificación económica. En Internet: www.ccss.sa.cr.
- (2008). "Indicadores de seguridad social 2003-2007". Departamento de Estadística, Dirección Actuarial. En Internet: www.ccss.sa.cr. (Consulta realizada en diciembre de 2008).
- (2008). Informe de Evaluación de los Compromisos de Gestión 2007. Gerencia División Administrativa, Dirección de Compra de Servicios en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. En Internet: www.ccss.sa.cr, (consulta realizada enero de 2008).
- (2008). "Informe Nacional Monitoreo al Proceso de las Juntas de Salud". Gerencias Médica, Asesoría y Gestión Legal Desconcentración y Juntas de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. En Internet: www.ccss.sa.cr.
- (2006). "La CCSS, hacia el año 2025. Visión y estrategias de largo plazo y líneas de acción para el período 2007-2012". Documento en proceso de elaboración. Presidencia Ejecutiva. San José. Caja Costarricense de Seguro Social 2006.
- (2008). Memoria Institucional 2007. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. En Internet: www.ccss.sa.cr, (consulta realizada enero de 2008).
- (2008). "Resultados de la liquidación presupuestaria de la CCSS para el ejercicio económico 2007". Informe nº DFOE-SOC-27-2008 presentado a la Contraloría General de la República.
- (2007). "Indicadores Sociodemográficos 1993-2007". Dirección Actuarial, Caja Costarricense de Seguro Social. En Internet: www.ccss.sa.cr.
- (2005). "Estadísticas Generales de los Servicios de la Atención en Salud". Información estadística de los servicios de salud, Caja Costarricense de Seguro Social. En Internet: www.ccss.sa.cr (consulta realizada en enero 2009)
- (1997). Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos. Proyecto de Modernización de la CCSS, San José.
- (1993) Proyecto de reforma del Sector Salud (versión preliminar), Proyecto de Modernización, CCSS, San José.

CCSS, MINSA (2004). "Mortalidad Materna 1993-2003. Sistema Nacional de Mortalidad Materna". Ministerio de Salud, Costa Rica. En Internet: www.ministeriodesalud.go.cr

Chávez, Aida; Solano, Elizabeth (2006). "Informe Final: Encuesta sobre Gastos en Salud". Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. San José, Costa Rica. En Internet: www.ccp.ucr.ac.cr.

Consejo Social y Sistema de Naciones Unidas (2004). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe sobre el avance del país en su cumplimiento. San José, Costa Rica

COSEVI (2007). Estadísticas de accidentes de tránsito. Muertes en el sitio por accidentes de tránsito. En Internet: <http://www.csv.go.cr/servicios/estadisticas.html> (Consultada en enero del 2009).

Dabas, Elina y Néstor Perrone (1999). Redes en salud. En Internet: <http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf>

García, Rossana (2004). El sistema nacional de salud en Costa Rica: generalidades. Primera unidad modular para el Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención. San José. CCSS/CENDEISS/UCR.

Gobierno de la República (2008). *Decreto Ejecutivo No. 34510-S del 4 de abril de 2008*.

(2006). *Decreto Ejecutivo No. N° 33147-Mp del 18 de mayo de 2006*.

(2008) *Decreto Ejecutivo No. 34510-S del 4 abril 2008*. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.

(2008) *Decreto Ejecutivo No. 34728-S del 9 de agosto de 2008*. Mediante el cual se establece el Reglamento General para el otorgamiento de permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud.

Decreto Ejecutivo No. 35526-S del 31 de julio de 2009. Mediante el cual se crea la comisión Técnica para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

(1995-1996). Gobierno de la República. "Ley Orgánica del Ambiente No. 7554 y sus reformas en la Ley No. 7575". La Gaceta, 13 de noviembre de 1995. No. 215 y el Alcance a La Gaceta No. 72 de 16 de abril de 1996.

Hernández, Laura; Sáenz, Luis (2007). Resumen de la Encuesta Nacional de Salud, ENSA 2006. Investigación en Fármaco economía en Centroamérica, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. En Internet: <http://www.ccp.ucr.ac.cr/farmacoeconomia/documentos/ENSA/informetecnicoyprimerosresultadosENSA.pdf>

INEC y CCP (2002). Costa Rica. "Estimaciones y proyecciones de población 1970-2100 actualizadas al año 2000 y evaluación del Censo 2000 y otras fuentes de información". Informe metodológico. San José, Costa Rica, en: [ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/proye/proyecciones.pdf](http://www.ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/proye/proyecciones.pdf) (Consultada en octubre del 2006).

INEC (2001). Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000: Resultados Generales. San José, Costa Rica.

(2001-2008). Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples, San José, Costa Rica.

Malvárez, Silvia Ma, y Ma. Consuelo Castrillón Agudelo (2005). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. CIE.

MIDEPLAN (2007). Estadísticas Sectoriales en Costa Rica 2004-2007. Sector Salud. Con información del INEC. En Internet: <http://www.mideplan.go.cr/content/view/196/314/> y <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/indx01.htm> (Consultadas en enero del 2009).

(2007). Diagnóstico de la Cooperación Internacional de Costa Rica 2000-2005. En Internet: <http://www.mideplan.go.cr/content/view/56/462/>

(2007). Informe de cumplimiento de metas de acciones estratégicas 2007. Tomo 1 (pp. 29-38).

- (2007), "Informe de evaluación anual de la gestión presupuestaria, ejercicio económico". San José, Costa Rica. En Internet: <https://www.hacienda.go.cr> (Consulta realizada en diciembre 2008)
- (2007). "Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 Jorge Manuel Dengo Obregón". Contrato con la ciudadanía Sector social y lucha contra la pobreza. En Internet: www.mideplan.go.cr.
- (2007). "Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES)". Costa Rica. En Internet: <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/busqueda.htm>, (Consulta realizada en enero 2009)
- Ministerio de Salud (2008). "Memoria Institucional del Ministerio de Salud 2007-2008". En Internet: www.ministeriodesalud.go.cr.
- (2007). "Memoria Institucional del Ministerio de Salud 2006-2007". En Internet: www.ministeriodesalud.go.cr.
- (2007) "*Plan estratégico institucional 2008-2010*". San José, Costa Rica.
- (2007), "Informe de evaluación anual de la gestión presupuestaria, ejercicio económico". San José, Costa Rica. En Internet: <https://www.hacienda.go.cr> (Consulta realizada en diciembre 2008).
- (2009). "Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. San José, Costa Rica.
- (2006). "Mortalidad por enfermedad de Declaración Obligatoria en Costa Rica 2005". Unidad de Información Estadística, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. En Internet: www.ministeriodesalud.go.cr.
- (2004-2008). "Indicadores Básicos de Salud en Costa Rica". Unidad de Análisis Estadísticos. Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. En Internet: www.ministeriodesalud.go.cr. (Consulta realizada en enero 2009)
- (2004). "La situación del VIH/SIDA en Costa Rica". Consejo Nacional de Atención Integral de VIH/SIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. En Internet: www.cor.ops-oms.org, (Consulta realizada en enero 2009).
- (2003). Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Diez compromisos del Sector Salud. San José, Costa Rica.
- OPS y OMS (2002), "Análisis Sectorial de Salud Costa Rica: Resumen Ejecutivo". Cooperación de la OPS y OMS. San José, Costa Rica.
- Morris Gray, Krissia (2008), "Recomponen Consejo del Sector Social". La Prensa Libre, Sección de Nacionales, Lunes 25 de agosto 2008. en Internet: <http://www.prensalibre.co.cr/2008/agosto/25/nacionales04.php>
- OPS (mayo 2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, San José.
- OPS y OMS (2003). Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación Actual, tendencias y retos. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. En Internet: www.cor.ops-oms.org. (Consulta realizada en enero 2009)
- OPS/OMS/HSR (1999). Estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en el sector salud de Costa Rica 1987-1997.
- OPS, MINSA, OMS (Sin fecha). "Perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica". San José, Costa Rica.
- Ortiz, Adolfo; Georgina, Muñoz; Rosa, Vargas (2007). "Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica 1995-2005". Unidad de Información Estadística – Registro Nacional de Tumores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica. En Internet: www.ministeriodesalud.go.cr.

Picado, Gustavo. "Diez reflexiones sobre el financiamiento de salud en Costa Rica". En Internet: http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/GustavoPicado.pdf

Programa del Estado de la Nación (2008). "Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible". San José, Costa Rica.

(2007). "Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible", nº 14, San José Costa Rica, 2008.

(2005). "Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible". San José, Costa Rica, nº 12, Costa Rica, 2006.

(2002). "Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible". San José, Costa Rica, nº 9, Costa Rica, 2003.

Rodríguez Herrera, Adolfo (2006) "Reformas de Salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central", CEPAL, serie Financiamiento del Desarrollo nº 171, Chile, 2006. Source: [Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health](#), Volume 9, Number 3, March 2001 , pp. 182-189(8)

(2008) Román, Isabel y Natalia Morales. Propuesta de Sistema de Indicadores de la PIEG y Línea Base. Informe Final. INAMU, UNFPA.

Tinoco, Zahira (2007). "Selección de medicamentos en la CCSS, Comité Central de Farmacoterapia". Comité Central de farmacoterapia, CCSS.

Trejos, María Eugenia y José Manuel Valverde (1999). "Cambios laborales en el contexto de la reforma del Sector Salud de Costa Rica". Ponencia presentada al Primer Congreso Nacional de Recursos Humanos "Rodolfo Piza Rocafort".

Valverde, José Manuel y Ana María Soto. Análisis de los problemas en el campo de las tecnologías en salud en Costa Rica. Informe preliminar elaborado para la OPS. 2008.

Valverde, José Manuel (2007). Trabajadores/as de la salud y migraciones en Costa Rica. Informe final de investigación para el Comité Asesor Tripartito Nacional, Programa de Acción Migración de los/as trabajadores/as de la salud.

Valverde R., José Manuel y Rosés, Patricia (2004). Propuesta para el Fortalecimiento del Modelo de Funcionamiento en Subredes del PAIA/CCSS, CCSS/UNFPA, San José.

Valverde, José Manuel y María Eugenia Trejos (Sin fecha). "Formas de contratación laboral en el sector salud de Costa Rica", En OPS: Observatorio de recursos humanos en salud en Costa Rica: avances y perspectivas. MS/CCSS/OPS/HSR.

Valverde, José Manuel, María Eugenia Trejos y Carlos Rosales (Sin fecha). "Datos básicos de recursos humanos en el sector salud de Costa Rica" en MS/CCSS/OPS/HSR. Observatorio de recursos humanos en salud en Costa Rica.

Vázquez, Carmen María y Rosa María Borrell (2006). Recursos humanos en salud en Costa Rica: información actual y desafíos para una década. MINSA/OPS/OMS. Costa Rica.

ANEXO NO. 1

LISTADO DE ACTORES INVOLUCRADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Sector Público: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Asamblea Legislativa.

Sector Privado: Hospitales (CIMA, La Católica, Bíblica, Jerusalén); clínicas varias.

Sociedad civil organizada, alrededor de la salud:

Colegios profesionales:

- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Colegio de Odontólogos
- Colegio de Farmacéuticos
- Colegio de Médicos Veterinarios
- Colegio de Microbiólogos
- Colegio de Psicólogos
- Colegio de Profesionales en Enfermería
- Colegio de Trabajadores Sociales

Asociaciones:

- Asociación de Profesionales en Nutrición
- Asociación de Optometristas
- Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería

Otras organizaciones laborales:

- Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP)
- Unión de Empleados de la Caja y Seguridad Social (UNDECA)
- Sindicato Nacional de Enfermeras (SINAE)
- Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas (SIPROCIMECA)
- Federación Costarricense de Trabajadores de la Salud (FOSSS)
- Sindicato de Trabajadores del Sector Salud
- Sindicato de Trabajadores del Hospital de Guápiles SITRAHOSGUA
- Sindicato Nacional de Auxiliares en Enfermería (SINAE)

Gabinete Social: Ministerio de Salud, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Educación.

Sociedad civil organizada en general: Partido Liberación Nacional, Partido Unidad Social Cristiana, Partido Acción Ciudadana, Partido Frente Amplio, Partido Movimiento Libertario, Partido de Accesibilidad Sin Exclusión, Defensoría de los Habitantes.

Agencias y Organismos de Cooperación Internacional: OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA,

ANEXO NO. 2

NORMAS QUE REGULAN LAS RELACIONES LABORALES DEL SECTOR PÚBLICO

- Código de Trabajo.
- Estatuto de Servicio Civil. Aplica para el MS.
- Reglamento Interior de Trabajo. MS.
- Ley General de Administración Pública. Aplica para el MS y la CCSS.
- Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público. Aplica para el MS y la CCSS.
- Disposiciones de la Autoridad Presupuestaria. Antes del 2000 aplicaba para el MS y la CCSS. Ahora sólo para el MS.
- Normas que regulan las relaciones entre la CCSS y sus trabajadores, enero 1994.
- Aplica para la CCSS.
- Normas para la aplicación de la dedicación exclusiva para las instituciones descentralizadas y empresas públicas, cubiertas por el ámbito de la Autoridad Presupuestaria, enero 1991.
- Normativa de relaciones laborales, 1998.
- Ley sobre Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS, No.7852, noviembre 1998. Aplica para la CCSS.
- Addendum a los compromisos de gestión (de la Ley 7852), agosto 2000. Aplica para la CCSS.
- Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros, marzo 2000.

ALGUNAS NORMAS QUE REGULAN LAS RELACIONES LABORALES DE ALGUNOS GRUPOS OCUPACIONALES DEL SECTOR SALUD

Microbiólogos/as y químicos/as clínicos/as:

- Estatuto de Servicios de Microbiología y Química Clínica, Ley No.5462, 1963.
- Reglamento de Estatuto de Servicios de Microbiología y Química Clínica.
- Reglamento interno del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica, 1970.
- Código de Ética, 1983.
- Reglamento de apertura y operación de establecimientos de Microbiología y Química Clínica.

Médicos:

- Ley del Estatuto de Servicios Médicos, 1966.
- Reglamento del Estatuto Nacional de Servicios Médicos, 1966.
- Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, 1982.
- Enfermeras/os
- Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley No.7085, 1987.
- Reglamento del Estatuto de Servicios de Enfermería, Decreto 18190-S.



SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (HSS-SP)

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**