Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Ministerio de Salud
Caja Costarricense de Seguro Social
Organización Panamericana de la Salud
Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud

Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica

Grupo de trabajo:
Dr. Javier Santacruz, OPS/OMS
Dra. Rossana García, Ministerio de Salud
Dra. María Elena López, Ministerio de Salud
Dra. Kembly Picado, CCSS
Lic. Alejandro Ramírez Alejandro, CCSS

Edición:
Xinia Bustamante C., OPS/OMS

Fotografía
Archivo OPS/OMS

WA540
O-686p Organización Panamericana de la Salud
Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica* / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2004.
44 p. ; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud ; no.15)

ISBN 92 75 32496 4

1. SISTEMA DE SALUD - ORGANIZACION.
2. SERVICIOS DE SALUD.
3. REFORMA EN ATENCION DE LA SALUD.
4. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Título. III. Serie.

* Nota: Este documento, tiene como referencia el estudio “Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica”, elaborado por los doctores: Alberto Infante, Philippe Lamy y Javier Santacruz, de la OPS/OMS en el 2002.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Febrero 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud, Despacho Ministerial

Puede ser consultado en: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

Índice

1. Contexto 6
   1.1 Contexto político 6
   1.2 Contexto económico 7
   1.3 Contexto demográfico y epidemiológico 8
   1.4 Contexto social 9

2. Sistema de servicios de salud 9
   2.1 Organización general 9
   2.2 Recursos del sistema 12
      2.2.1 Recursos humanos 12
      2.2.2 Medicamentos y otros productos sanitarios 15
      2.2.3 Equipamiento y tecnologías 16
   2.3 Funciones del sistema de salud 17
      2.3.1 Rectoría 17
      2.3.2 Financiamiento y gasto 21
      2.3.3 Aseguramiento de la salud 25
      2.3.4 Provisión de servicios de salud 27

3. La reforma sectorial y su impacto en los servicios de salud 33
   3.1 Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud 33
   3.2 Fortaleciemiento institucional de la CCSS 34
   3.3 Nuevo sistema de asignación de recursos financieros 34
   3.4 Adecuación del modelo de atención 34

4. Conclusiones 38

5. Bibliografía 40

Presentación

El sistema para proporcionar los servicios de salud para los costarricenses, se ha construido a lo largo de varias décadas. La primera institución de salud pública fue la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública que se fundó en 1922 y posteriormente se convirtió en Ministerio de Salud. En 1924 se creó el Banco de Seguros, hoy Instituto Nacional de Seguros (INS), que en 1926 incorporó los servicios médicos para cubrir riesgos laborales y el seguro obligatorio de vehículos. En 1941 se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para atender la salud de los trabajadores y en 1961 el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A). El sistema se complementa con otras instituciones públicas encargadas de bienes o servicios específicos como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el INCIENSA y el IAFA, así como por un conjunto de instituciones privadas que ofrecen servicios de diferentes grados de complejidad tecnológica.

En este documento se describen los componentes del sistema de servicios de salud de Costa Rica, así como de las relaciones entre ellos y de los productos de esa interacción, en términos de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud. En su elaboración se utilizó como referencia básica una metodología proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, la amplia base de datos disponibles tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja Costarricense de Seguro Social, así como el conocimiento y opinión de profesionales de salud que tienen amplia experiencia en los servicios de salud, elementos sin los cuales no hubiera sido posible tener una panorámica de la organización y funcionamiento del sistema, de sus fortalezas y de los aspectos que aún deben fortalecerse, algunos de los cuales se remarcan en las conclusiones al final del documento.

El documento aborda también, aunque de manera breve, los principios que sustentaron la reforma del sector salud desde mediados de los años noventa, pero principalmente, algunos de los resultados y logros, tanto en el fortalecimiento institucional y la gestión de los servicios, como en el impacto que ha tenido la reforma en la cobertura, calidad y equidad de los servicios. También se refiere el proceso de separación de funciones dentro del sistema de servicios, que ha contribuido a que la CCSS se consolide como el único proveedor público de servicios relacionados con el seguro de salud y maternidad. El documento deja ver la importancia del financiamiento y gasto en salud, así como su relación con el aseguramiento en salud, el cual si bien ha tenido avances, aún requiere de políticas y estrategias que permitan extenderlo a los grupos excluidos.

Dado que esta es la primera vez que se hace un esfuerzo sectorial para publicar un perfil del sistema de servicios de salud en el país, en el que se describen simultáneamente su organización, los recursos con que cuenta, las diversas funciones que realiza, su financiamiento y gasto, la situación en la provisión de servicios de salud pública y de atención individual, así como sus logros, esperamos que sea de utilidad para los profesionales de la CCSS y del Ministerio de Salud, así como para los de otras instituciones del sector, de las instituciones que forman recursos humanos en salud y los colegios profesionales.

Finalmente, cabe señalar que este documento forma parte de la Serie Análisis de Situación de Salud, la cual es un esfuerzo de las instituciones del sector salud, especialmente Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS.

1. Contexto

1.1 Contexto político

Costa Rica es un estado unitario de 51,000 kilómetros cuadrados y cuatro millones de habitantes, formado por 7 provincias, 81 cantones y 459 distritos. Su gobierno esta formado por los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, de los cuales, los dos primeros son elegidos cada cuatro años a través de un proceso electoral, que se ha caracterizado en las últimas décadas por la alternancia en el gobierno de los dos partidos mayoritarios, el Partido Liberación Nacional (PLN) y el Partido Unidad Social Cristiana (PUSC). Las dos últimas elecciones presidenciales tuvieron un abstencionismo inusual, 30% en 1998 y 31% y 39% en la primera y segunda vuelta en el 2002, lo cual se atribuye a la decreciente credibilidad tanto del bipartidismo como de la representatividad de los gobernantes. Las elecciones de febrero de 2002 también se caracterizaron por el surgimiento de una tercera fuerza política denominada Partido Acción Ciudadana (PAC), la realización por primera vez de una segunda vuelta electoral y la integración de una asamblea legislativa sin mayoría de ninguno partido político. Cabe señalar también que en el 2003 la Asamblea Legislativa aprobó una modificación constitucional que permitirá la reelección presidencial en el país.

El sistema político, administrativo y fiscal es centralizado y la asignación presupuestal a los diversos sectores es determinada centralmente de manera poco flexible[1]. Los municipios tienen escasa participación política, lo cual se refleja en los exiguos recursos que manejan y que solo representan el 2% del gasto público total. En julio de 2001 el poder ejecutivo propuso reformar el artículo 170 constitucional, para transferir competencias al Régimen Municipal y aumentar gradualmente sus recursos hasta el 10% del gasto público para proyectos sociales, pero a fines del 2003 esa reforma no había sido ratificada por el poder legislativo[2].

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2002–2006 es el instrumento de conducción política, programática y presupuestal y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica se encarga de monitorear su ejecución. Las políticas de desarrollo social son parte del PND, se ejecutan a través de programas sectoriales y su evaluación se realiza de acuerdo al Sistema Nacional de Evaluación (SINE), herramienta que evalúa el desempeño del sector público [3]. Se cuenta con Política Nacional de Salud y Agenda Sanitaria Concertada para el periodo 2002-2006, la cual establece 10 compromisos prioritarios para mejorar la salud pública en el país [4,5]. Existen dos órganos auxiliares de la gestión pública que dependen del poder legislativo, la Contraloría General de la República que es clave en los procesos de auditaría y contratación administrativa, y la Defensoría de los Habitantes que vigila la calidad de los servicios públicos, incluyendo los de salud. Por su parte, la Sala IV Constitucional tiene facultades para revocar decisiones legislativas consideradas como inconstitucionales. En el 2002 se aprobó la Ley para crear la Auditoria General de Servicios de Salud, cuya función principal será garantizar los derechos y deberes de las personas en salud.

Entre los problemas de índole político que debe resolver el Gobierno destaca el tema de la credibilidad para la gobernabilidad, ya que la Auditoría Ciudadana de la Calidad de la Democracia, efectuada en el 2001, revela la inconformidad de la población con su democracia y la inconformidad con sus gobernantes (6).

1.2 Contexto económico

Entre 1992 y 1999 la economía creció en promedio el 5,8%, pero en el periodo 1998-1999 bajó bruscamente a 1,9% y en el 2000 llegó a 1,5%, por lo que los analistas no esperan una recuperación en el corto plazo (7). En cuanto al aporte de los diferentes sectores a la economía nacional, en el 2000 el PIB estuvo determinado por la industria manufacturera con el 24,2% y en orden decreciente le siguieron: comercio, restaurantes y hoteles con 17,9%; agricultura, silvicultura y pesca con 10,7%; servicios comunales y sociales con 10,3%; transporte, almacenaje y comunicaciones con 9,4%; actividades inmobiliarias con 5,0% y la construcción con 3,5% (8). En el 2002 esta estructura se modificó parcialmente, ya que el transporte pasó a ocupar el tercer lugar y la agricultura descendió al quinto puesto. La cooperación técnica internacional en general se redujo 17,6% entre 1990-1999, la cooperación no reembolsable en 12,6%. En la cooperación reembolsable el BID ha aumentado su participación, debido a que USAID y Japón redujeron sus créditos (9). El siguiente cuadro muestra algunos indicadores económicos.

Cuadro 1

Algunos indicadores económicos. 1993 - 2000

INDICADOR	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita en precios constantes en USD (1)	2893,6	3093,1	3345,5	3296,1	3485,0	3740,1	4096,4	4044,5
Población económicamente activa, en miles (2)	1,143,324	1,187,005	1,231,572	1,220,914	1,301,625	1,376,540	1,383,452	1,390,560
Gasto público total, como porcentaje del PIB	37,2	42,7	40,0	40,1	39,6	38,7	37,5	38,2
Gasto público social, como porcentaje del PIB (3)	15,8	16,6	15,4	16,8	17,1	17,1	16,5	17,4
Tasa de inflación anual (4)	9,0	19,0	22,6	13,9	11,2	12,3	10,1	10,2

Fuente: (1) Banco Central; (2) INEC; (3) MIDEPLAN; (4) Estado de la Nación.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico

La esperanza de vida aumentó de 76,5 a 78,5 años en la década de 1992 al 2002, conservándose la diferencia de cinco años entre hombres y mujeres (76,2 y 81,0 respectivamente). La razón de dependencia demográfica x 100 hab. disminuyó de 100 a 54 entre 1970-2002 y la tasa global de fecundidad se redujo drásticamente de 5,1 a 2,09 entre 1970 y 2002, alcanzando en éste último año la tasa de reemplazo; por su parte, la tasa de natalidad bajó de 25,6 a 17,6 x 1000 entre 1992 y el 2002. Contrastando con lo anterior, la tasa anual de crecimiento aumentó de 2,3% entre 1973-1984, a 2,9% entre 1984-2000, lo cual se atribuye principalmente a la migración de población nicaragüense, cuya tasa promedio se triplicó de 2,9 a 9,1 x 1000 hb. entre 1975-1980 y 1990-1995, respectivamente [10, 11, 12]. Durante el período 1995-2000 las cinco primeras causas de mortalidad general fueron: cardiovasculares 30%, tumores 21%, lesiones 12%, infecciones respiratorias crónicas 8% y afecciones perinatales, enfermedades congénitas y enfermedades asociadas al embarazo y puerperio 6%; sumando entre las cinco el 77% del total de la mortalidad general [13]. En el siguiente cuadro se muestran algunos indicadores demográficos.

Cuadro 2

Algunos indicadores demográficos. 1993 – 1999

	Años									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tasa bruta de natalidad x 1000	24,9	24,6	24,0	23,3	23,0	23,6	23,3	22,4	20,1	17,4
Tasa global de fecundidad x 1000	3,0	2,8	2,8	2,7	2,7	2,9	2,9	2,5	2,1	2,1
Tasa bruta de mortalidad x 1000	3,9	4,0	4,2	4,1	4,0	4,1	4.2	4,2	3,9	3,7
Tasa de mortalidad materna x100,000	19,0	39,0	20,2	29,0	37,0	23,4	24,2	35,8	35,3	40,7
Tasa de mortalidad infantil x 1000	13,7	13,0	13,2	11,8	14,2	12,6	11,8	10,2	10,8	11,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales.

Cabe destacar que si bien las muertes por enfermedades cardiovasculares y por tumores aumentaron en términos porcentuales, ya que juntas representan la mitad de las defunciones, en realidad la tasa combinada de ambas disminuyó de 537 a 377 x 100,000 hb., al comparar los periodos de 1970-1974 y 1985-1998.

La mortalidad infantil se redujo significativamente en los últimos treinta años, de 61,5 x 1000 nacidos vivos en 1970, a 12,6 en 1998 y con la puesta en marcha en 1999 del Plan Nacional

para la Prevención de la Mortalidad Infantil, la tasa se redujo aún más, a 11,8 y 10,2 en 1999 y el 2000, respectivamente [14]. Por su parte, la mortalidad materna venia mostrando grandes oscilaciones hasta 1997, pero a partir de 1998 se observa una tendencia creciente, la cual coincide con el inicio del análisis sistemático de las muertes ocurridas en mujeres en edad fértil, lo cual redujo el subregistro estimado de 37% hasta ese año.

En cuanto a la morbilidad, a pesar del esfuerzo nacional por mejorar la cobertura y el acceso a la atención de salud, el período de 1996-2000 se caracterizó por la reemergencia de algunas enfermedades transmisibles como el dengue, malaria, leptospirosis y tuberculosis, así como la persistencia de las diarreas e infecciones respiratorias y la tendencia ascendente de los accidentes, la violencia, el embarazo en adolescentes, el VIH/SIDA y el suicidio [15]. Entre los factores que explican esta situación epidemiológica se mencionan: el debilitamiento de los programas preventivos durante su transferencia del Ministerio de Salud (MS) a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); el frágil sistema de vigilancia sanitaria; el énfasis en el enfoque curativo e individual de la atención; la insuficiente participación comunitaria en salud y el impacto de las corrientes migratorias.

1.4 Contexto social

El censo de julio de 2000 reportó que el 5% de la población era analfabeta, con un rango de variación entre cantones de 1,0% a 15,4% [16]. En el 2001 el 20,3% de los hogares fueron calificados como pobres por el INEC y el 5,9% como extremadamente pobres, pero debido a que estas familias son más numerosas, ello correspondía al 23,7% y el 7,5% de los costarricenses, respectivamente. Cabe aclarar que existen regiones del país como la Brunca y la Chorotega donde la cifra de pobres es del 34,1% y 35,5% [17]. La brecha en la distribución del ingreso, valorada por la razón del ingreso promedio mensual entre el 10% más rico y el 10% más pobre, aumentó de 24 en 1992 a 34,8 en el 2002. La tasa de desempleo abierto presentó poca variación entre 1988 y 1998, ya que fue de 5,5% y 5,6%, respectivamente, pero las encuestas de hogares efectuadas por el INEC muestran un aumento al 6% en 1999 y al 6,4% en el 2002, siendo esta la cifra más alta desde 1985. Costa Rica ha mantenido una tendencia ascendente en su IDH, ya que en 1975 fue de 0,745 y en el 2002 de 0,832, colocándose en el lugar 42 a nivel mundial entre 162 países calificados y en el quinto a nivel regional. En el mismo año el índice de desarrollo relativo al género (IDG) fue de 0,824, ocupando el puesto 41 y el 60 de acuerdo al PIB per cápita.

2. Sistema de servicios de salud

2.1 Organización general

El sistema de servicios de salud está formado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución que tiene a cargo el aseguramiento público de salud el cual incluye atención médica integral a las personas, prestaciones en dinero y prestaciones sociales; el Instituto

Nacional de Seguros (INS), que cubre los riesgos y accidentes laborales y de tránsito; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), que se encarga de proveer y regular la provisión del agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales y el Ministerio de Salud (MS), que vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y efectúa la rectoría sectorial. Un Decreto Ejecutivo de 1989 incorporó al sistema de salud a la Universidad de Costa Rica y a los gobiernos municipales [18,19]. El MS forma parte del Poder Ejecutivo, en tanto que la CCSS, el INS y el AyA son organismos públicos descentralizados y semiautónomos, con ley y patrimonio propios, dirigidos cada uno de ellos por una Junta Directiva y el Presidente Ejecutivo. Por otra parte, para efectos del presupuesto público, el Ministerio de Hacienda incluye dentro del sector salud a organismos desconcentrados con funciones específicas, como el Instituto de Investigación en Nutrición y Salud (INCIENSA), el Centro Nacional de Drogas (CENADRO) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) [20].

De acuerdo a la Ley General de Salud y a la Ley de la Administración Pública, la coordinación del sector corresponde al MS y por Decreto Ejecutivo se creó en 1998, el Consejo Nacional del Sector Salud, instancia de concertación a través de la cual se deciden acciones sectoriales para atender problemas y asuntos de salud pública de interés nacional, como los de lucha antituberculosa, reducción de la mortalidad infantil, evaluación de hospitales e investigación en seres humanos [21,22]. La separación de funciones impulsada por la reforma sectorial, confiere al MS el desempeño de las funciones de rectoría sectorial, pero además de cumplir con dichas funciones, el Ministerio tiene a cargo algunos programas asistenciales como el programa de educación y alimentación a niños menores de seis años (CEN-CINAI), así como el de control de vectores. Con el fin de adecuar la estructura orgánica para ejercer la rectoría sectorial, el MS modificó su organización en 1998, quedando formado por un despacho ministerial (Ministro y Viceministro), la dirección general, seis direcciones centrales, nueve regiones de salud y 81 áreas rectoras de salud [23].

Por mandato constitucional y de acuerdo a la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961, la CCSS es la institución responsable de proveer servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población. Estos servicios se planifican desde los diferentes niveles jerárquicos y administrativos de la institución, los cuales están constituidos por seis gerencias centrales, siete regiones sanitarias y 94 áreas de salud. La provisión de los servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre sí por mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

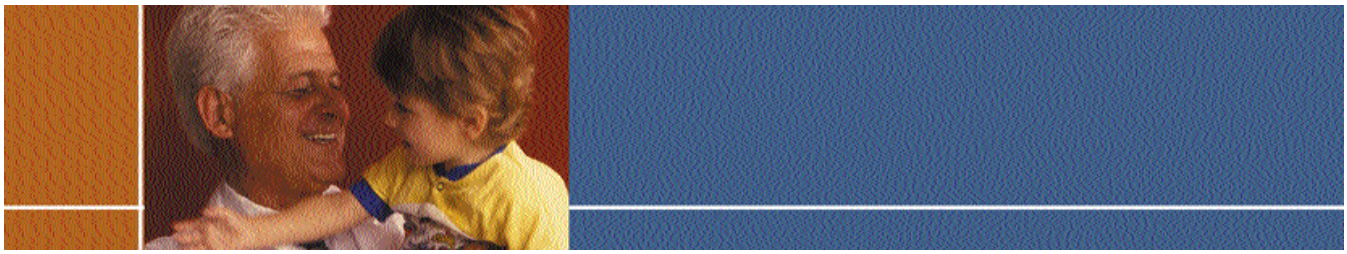
El primer nivel de atención constituye el acceso al sistema de servicios de salud y esta formado por las 98 áreas de salud mencionadas, en las que se ofertan servicios de cinco programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y adulto mayor. Estos servicios se proporcionan en puestos de salud, centros de salud y clínicas, la cuales en su mayoría cuentan con equipos de atención integral de salud o EBAIS, que atienden en promedio a 3,500 habitantes cada uno [24]. Cabe destacar que con el fin de ampliar la cobertura de primer

nivel en zonas carentes de infraestructura, la CCSS inició en 1988 la compra de servicios a organismos no gubernamentales denominados cooperativas de salud. Dado que los resultados fueron favorables en términos de calidad y costo, esta experiencia se amplió gradualmente por lo que para el 2001 se tenía convenios con cuatro cooperativas y una fundación de la Universidad de Costa Rica, a través de las cuales se atendía a 400,000 hab., que representa al 10% de la población nacional.

En el segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento médico y quirúrgico de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y, cirugía, en una red nacional formada por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Por su parte, el tercer nivel proporciona atención especializada así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, a través de 3 hospitales nacionales generales (México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Angel Calderón Guardia) y 5 hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación). Debido a la insuficiente inversión en infraestructura hospitalaria en la década de los años ochenta y noventa y el crecimiento poblacional, la oferta de algunos servicios como radioterapia, oftalmología y anatomía patológica, fue superada gradualmente por la demanda, ocasionando con ello largas listas de espera y protesta de los usuarios, que se ha procurado resolver mediante la compra de servicios a hospitales y empresas privadas. Sin embargo, al cabo de más de un lustro, esta medida no ha sido suficiente ya que a principios del 2001, había una lista de espera acumulada de 14,000 pacientes y por otra parte, en diversas ocasiones la calidad de atención de los servicios contratados, así como los procedimientos para la contratación y los precios pactados para la compra de servicios privados, han sido cuestionados por la sociedad civil, la Defensoría de los Habitantes, los organismos reguladores del Estado y la Contraloría General de la República [25].

A partir de 1997 y como parte de la reforma sectorial, se establecieron los compromisos de gestión como nuevo mecanismo de asignación de recursos financieros a los hospitales y áreas de salud, que son firmados anualmente por estos proveedores con una Dirección Central de compra de servicios de la CCSS y en los cuales se establecen metas negociadas con resultados concretos. Si bien la medida ha servido para introducir una cultura de tipo gerencial en los establecimientos de salud, la evaluación que se realiza anualmente muestra que aún no se logran resultados satisfactorios en términos de cobertura y calidad de atención, ni en la equidad en la asignación de recursos. Como ejemplo de lo anterior se debe señalar que aún existen asimetrías inexplicables en el gasto per cápita entre las áreas de salud y por otra parte, la evaluación de los compromisos de gestión de las 94 áreas de salud realizada por la Dirección de Compra de Servicios de Salud, revela que solo en 4 de ellas se obtiene cobertura con calidad mayor al 80% para la atención prenatal y solo en 10 para la atención del menor de un año.

Por otra parte, no obstante que la Ley General de Salud establece que la salud es un bien de interés público tutelado por el Estado y que desde 1961 existe el principio de universalidad del



seguro de salud, el censo nacional del 2000 reveló que solo el 81,8% de la población estaba asegurada mediante las diferentes modalidades (obligatorio, voluntario, con cargo al Estado, pensionado, por convenio especial o beneficiario), por lo que aproximadamente el 18% de la población no contaba legalmente con este seguro. Si bien oficialmente se afirma que en caso de requerir atención los no asegurados pueden utilizar los servicios públicos, en la práctica ello implica vencer barreras de tipo administrativo y económico que les limita el acceso a dichos servicios [26].

Por cuanto a los servicios privados de salud, se debe señalar que este subsector se encuentra en constante expansión y cuenta con una red de establecimientos de diferente grado de complejidad, desde simples consultorios hasta grandes hospitales y por otra parte, las encuestas de hogares revelan que el 30% de la población los utiliza cuando menos una vez al año [27]. En el país existen y se han dado condiciones a favor de esa expansión, entre las que se pueden mencionar las siguientes: la creciente demanda directa de estos servicios por usuarios de diferentes estratos, la compra de servicios privados por parte de instituciones públicas como la CCSS y el INS y, la insuficiente oferta de algunos servicios por parte del subsector público. Además, la aparición en el mercado de servicios de empresas aseguradoras privadas bajo la modalidad de medicina prepagada, ha estimulado las inversiones en el subsector privado de salud y su creciente expansión puede ser estimada indirectamente por el número de profesionales que en el trabaja, el cual aumentó de 9,9% al inicio de los noventa a 24% al final de esa década. Como ya se mencionó, este subsector tiene dos fuentes de financiamiento, el pago directo de los usuarios y en forma menos importante el pago que recibe de organismos públicos como el INS y la CCSS, quienes compran servicios para atender la enfermedad ocupacional y la enfermedad general de sus afiliados, respectivamente.

2.2 Recursos del sistema

2.2.1. Recursos humanos

La Ley General de Salud establece en su artículo 40 como profesiones de ciencias de la salud las siguientes: medicina, enfermería, odontología, farmacia, microbiología química clínica y veterinaria. El número de profesionales de estas disciplinas es mejor conocido en el subsector público que en el subsector privado, por lo que los colegios de profesionales son una fuente importante para determinar su cantidad total en el país. El número de profesionales de ciencias de la salud era de 19,596 en el 2002 y tomando como referencia la población estimada de 4,089,609 habitantes para ese mismo año, en el siguiente cuadro se presenta la razón por 10,000 habitantes de cada una de esos profesionales.

Cuadro 3

Profesionales inscritos en los colegios profesionales

PROFESIONES	2002	Razón x 10,000 hab.
Médicos cirujanos	7,015	17,1
Enfermeras	4,781	11,7
Odontólogos	2,086	5,1
Farmacéuticos	2,199	5,4
Microbiologos químicos clínicos	1,255	3,1
Trabajadores sociales	1,465	3,6
Médicos veterinarios	795	1,9
TOTAL	19,596	

La evolución de algunos de estos profesionales entre 1993 y el año 2000 se muestra en la siguiente tabla, en la que también se aprecian otras categorías no incluidas en el cuadro anterior.

Cuadro 4

Recursos humanos en el sector salud

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos por 10,000 habs.*	11,0	11,7	12,2	16,1	16,8	17,9	18,8	16,0
Razón de enfermeras (os) profesionales por 10,000 habs.**	5,4	5,5	5,6	5,7	5,6	3,5	3,5	3,2
Razón de odontólogos por 10,000 habs.*	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1	4,2	4,5	4,9
Razón de técnicos medios de laboratorio por 10,000 habs**.	ND	ND	ND	3,2	ND	1,9	1,9	2,5
Razón de farmacéuticos por 10,000 habs.*	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	4,4
Razón de radiólogos por 10.000 habs.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,5
No. de egresados de posgrado en Salud Pública.	17	21	19	7	27	56	23	30

Fuente: * Colegios de Profesionales. 1999. ** Solo incluye a los incorporados a la CCSS, pero cabe aclarar que el promedio nacional total es 11,3 por 10,000 . Las tasas del 2000, se calcularon con base en los datos reales del censo del mismo año.

Se observa una tendencia creciente de médicos, debido, cuando menos en parte, al aumento no regulado de centros educativos privados, pero las demás categorías profesionales permanecen igual o tienden a disminuir, siendo notoria sobre todo, la constante disminución en el número de enfermeras que trabajan en la CCSS [28]. Si bien el subsector público sigue siendo el principal empleador y el subsector privado ha incrementado su captación, llama la atención el desempleo de profesionales de la salud, el cual se triplicó entre 1990 y 1999, al pasar de 0,4% a 1,2% [29].

Cuadro 5

Recursos humanos en las principales instituciones públicas, 2000

Institución	Médicos	Enfermeras	Enfermeras auxiliares	Otros trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales	No. de camas
H. Calderón Guardia	253	117	342	317	353	381	522
H. San Juan de Dios	277	218	594	395	438	602	693
H. Carlos Sáenz	145	129	235	149	249	276	344
H. México	247	173	338	340	306	432	554
H. de la Mujer.	37	26	71	42	57	83	113
H. Psiquiátrico	38	33	173	125	132	327	811
Total	**997**	**696**	**1753**	**1368**	**1535**	**2101**	**3,037**

Fuente: Anuario Estadístico de la CCSS. 2000

Otro hecho que llama la atención es la asimetría en la distribución de los recursos humanos, ya que por ejemplo al comparar la razón médico enfermera de los 3 hospitales generales de concentración, se observa que esta razón es de 2,2 en el Hospital Calderón Guardia, de 1,3 en el Hospital San Juan de Dios y de 1,4 en el Hospital México. Si bien estas diferencias pudieran explicarse por el tipo de servicios que cada uno ofrece, los tipos de población de sus áreas de atracción y los perfiles de la demanda de consulta, tales diferencias requieren ser estudiadas.

Por cuanto al salario promedio de los trabajadores de salud del sector público, se debe señalar que esta ha crecido moderadamente. Como ejemplo se puede citar el caso de los trabajadores de las ramas médicas de la CCSS (incluye a médicos, microbiólogos y odontólogos) cuyo sueldo promedio creció en forma constante de 587, 594, 621 y 650 USD, entre 1996 y 1999. Cabe aclarar que el sueldo integrado de estos trabajadores es mayor, debido a que reciben pagos adicionales por antigüedad, dedicación exclusiva y capacitación, entre otros. De 1997 al 2000 se crearon 2,473 plazas en la CCSS, la mayoría de las cuales fue para fortalecer a los equipos de apoyo de las áreas de salud y los equipos básicos de atención integral (EBAIS) en el primer nivel de atención. En ese lapso se observó un crecimiento anual constante de plazas de profesionales de salud (3,38%, 8,06%, 3,99% y 1,36%). No obstante, continúa existiendo

déficit de médicos especialistas y técnicos que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento en áreas especializadas como la radioterapia, oftalmología y citología, entre otras.

2.2.2. Medicamentos y otros productos sanitarios

El número de productos farmacéuticos registrados por el Ministerio de Salud se mantuvo estable en la década de los noventas y se promovió la desregulación y reducción del costo de algunos de ellos, con el fin de alentar su libre venta y mayor acceso al público [30]. Existe una política de control parcial de precios de medicamentos, con el fin de mejorar su acceso y reducir el margen de ganancia en su etapa de venta al consumidor, el cual fue inferior al 30% entre 1998 y el 2000. El MS regula el registro y venta de medicamentos, así como la importación y consumo de estupefacientes y psicotrópicos, mediante un Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos. En el año 2000 se inició un servicio al público llamado "línea 800", a través del cual se proporciona información terapéutica y se orienta sobre el precio de medicamentos.

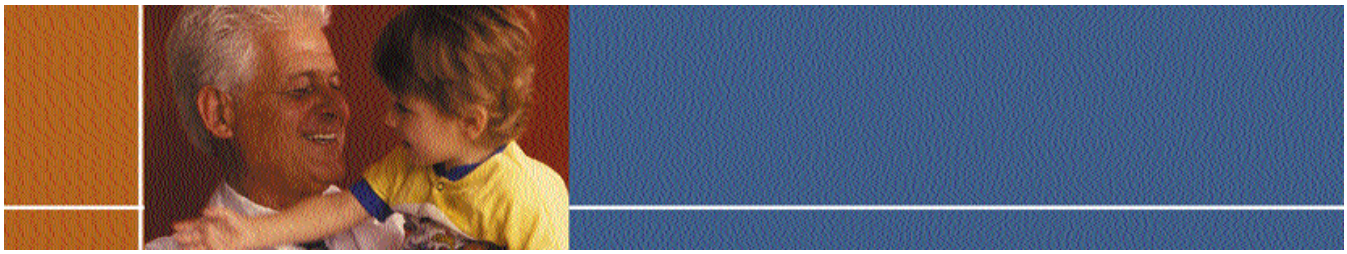
Cuadro 6

Algunos indicadores de medicamentos. 1993 - 1999

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Productos farmacéuticos registrados*	5,041	5,085	5,087	5,090	5,120	4,860	5,631
Porcentaje de medicamentos de marca*	60%	60%	60%	60%	60%	90%	85%
Por ciento de medicamentos genéricos*	40%	40%	40%	40%	40%	10%	15%
Gasto total en medicamentos (precio de venta a público en miles de USD)	39,368	39,753	42,639	49,888	54,865	51,700	ND
Gasto per cápita en medicamentos (precio en USD)**	13,10	13,93	13,70	14,24	14,41	17,50	15,41
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos**	ND	8,5	8,0	9,4	8,4	6,9	6,7

Fuentes: * Dirección de Registros y Controles, MS. ** Solo Seguro Social. *** No aplica, ya que no es proveedor de servicios.

La CCSS cuenta con una lista oficial de medicamentos de uso obligatorio en todos sus establecimientos, que incluye un total de 399 principios activos clasificados en 54 grupos terapéuticos. Los hospitales y clínicas tienen protocolos de tratamiento estandarizados para las principales patologías y por reglamento, todas las farmacias deben contar con un profesional de farmacia como parte de su servicio al público. En el año 2000 los cinco productos de mayor venta en el sector privado fueron: Diclofenaco 50 mg (USD $1.11); Naproxeno 75 mg ($3.73); Amlodipina 5 mg ($1.31); Acitromizina 500 mg ($11.10) y; Fluxetina 20 mg ($3.31) (31). También cabe señalar que los cinco productos de mayor gasto en ese mismo año fueron: Pamidronato $1,650 000; Nelfinavir $1,616 933; Sulinadco $1,403 431; Cromoglicato aerosol $1,395



745 y; Indinavir $1,396 660. Por cuanto a la dotación de sangre en el país, el sistema público de servicios cuenta con 25 bancos de sangre que colectan 56,000 unidades al año, 50% por donación voluntaria y el resto por reposición. Existen 3 bancos de sangre privados que también están sujetos a las normas sanitarias. En el país está prohibida la comercialización de la sangre y el pago a donantes.

2.2.3. Equipamiento y tecnologías

A fines de la década de los noventa y principios del 2000, la CCSS invirtió por la vía del crédito un total de 75 millones de dólares, por lo que en general, los servicios cuentan con el equipamiento básico en todos sus niveles de atención. No obstante, además del déficit de ciertas categorías de personal existe deficiencia de equipos para tratamientos especializados como los de radioterapia, por lo que algunos servicios se deben comprar a organismos privados. En cuanto a la complejidad del equipamiento, cuatro hospitales nacionales cuentan con tomógrafo y unidades de trasplante, de diálisis y de cuidados intensivos, y siete hospitales regionales más, cuentan solo con unidad de cuidados intensivos. Un estudio sobre las condiciones del equipo hospitalario, realizado por la Gerencia de Operaciones de la CCSS en el 2001, reveló que en los hospitales existían 3392 equipos de alta y mediana tecnología, de los cuales el 6,6% y el 6,4% estaban en malas y regulares condiciones, respectivamente.

Cuadro 7

Disponibilidad de equipamiento básico en el sector salud, 1999*

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas Censables x 1000 hbs.	Laboratorios Clínicos x 100,000 hbs.	Bancos de Sangre x 100,000 hbs.	Equipo de Radiodiagnóstico X 1000 hbs.
Público (CCSS)	1,6	3,65 (130 lab.)	0,7 (25 bancos)	0,011
Privado	ND	2,4 (85 lab.)	0,1 (6 bancos)	ND
Total	**ND**	**6,5 (215 lab.)**	**0,8 (29 bancos)**	**ND**

Fuente: Departamento de Estadística de la CCSS. 1999. * Cálculo efectuado con base poblacional de 3, 558,697 habs.

En el 2000 la CCSS destinó el 4,42% de su presupuesto de operación al mantenimiento de equipo, pero debido a que sólo el 55% de su personal de mantenimiento tiene formación técnica y el resto es empírico, una parte del presupuesto se utilizó en contratación de servicios privados.

Cuadro 8

Equipamiento básico en el sector salud por nivel de atención, 1999

Subsector	Tipo de recurso					
	Salas de parto		Laboratorio clínico		Equipo de radiodiagnóstico	
	2do. Nivel	3er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel
Público (CCSS)	13	11	122	8	32	8
Privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total	**13**	**11**	**122**	**8**	**32**	**8**

Fuente : Anuario Estadístico de la CCSS, 1999.

El desarrollo de la regulación tecnológica en el país es reciente, pero el Ministerio de Salud cuenta ya con un reglamento para el registro de equipos y dispositivos médicos. Por su parte, la CCSS ha empezado a capacitar a su personal de ingeniería y mantenimiento en materia de ingeniería clínica, con el fin de mejorar la gestión tecnológica en esa institución.

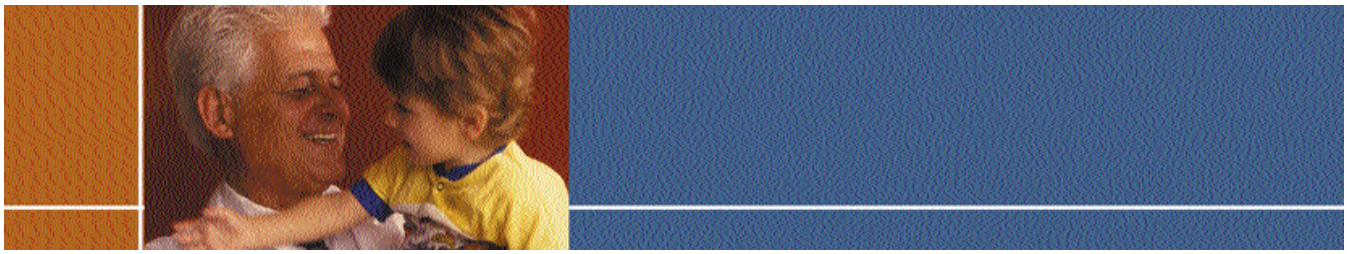
2.3 Funciones del sistema de salud

2.3.1 Rectoría

Con el proceso de reforma iniciado en los años noventa se reafirmó el papel rector del MS y con el fin de cumplir con ese rol, en 1998 transformó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes de personal y capacitó a sus profesionales para efectuar nuevas funciones. Se establecieron las siguientes 4 funciones básicas: dirección y conducción, regulación del desarrollo de la salud, vigilancia de la salud e, investigación y desarrollo tecnológico.

- Dirección y conducción. El Ministerio de Salud ha logrado avanzar en el desempeño de la función de dirección y conducción sectoriales y cada vez el resto de instituciones públicas le reconocen mejor dicha función. El desarrollo de normas y reglamentos así como la formulación del Análisis Sectorial de Salud, la Política Nacional de Salud y la Agenda Sanitaria Concertada para los periodos 2002 - 2006, han sido procesos ampliamente participativos que han contribuido a darle al MS un liderazgo en el ejercicio de dicha función. Por otra parte, el MS ha fortalecido la coordinación y funcionamiento de instancias de coordinación interinstitucional en temas específicos como el Consejo Nacional contra el VIH-SIDA (CONASIDA) y el Consejo Sectorial de Salud, como instancia máxima de concertación sectorial en temas relevantes de salud pública.

- Regulación del desarrollo de la salud. Esta función la desempeña el MS a través de un conjunto de normas, reglamentos y acciones específicas que llevan a cabo las Direcciones Centrales de Servicios de Salud, Protección al Ambiente Humano y Registros y Controles. Un área



importante pero poco desarrollada es la de regulación en la formación de recursos humanos para la salud, en la que el MS tiene poca influencia debido a que la acreditación de escuelas públicas corresponde al Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y la de las privadas al Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). La insuficiente regulación en este campo ha propiciado que proliferen instituciones formadoras y que aumenten los egresados, provocando la saturación de campos clínicos en los hospitales con estudiantes de múltiples escuelas y creando problemas de programación al Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la CCSS. Existe una Comisión Técnica Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud sin atribuciones reguladoras, que funciona como órgano asesor del Consejo Sectorial de Salud, la cual sin embargo cuenta con apoyo para conducir análisis e investigaciones sobre necesidades sectoriales de recursos humanos y otros temas afines [32]. En materia de medicamentos y tecnología existen mecanismos para su regulación que se implementan a través de la Dirección de Registros y Controles mediante reglamentos específicos como el de Registro de Medicamentos que se aplica con el apoyo de los laboratorios oficiales de control de medicamentos de la Universidad de Costa Rica y de la CCSS. Cabe destacar que falta respaldo legal para regular el financiamiento de instituciones autónomas como CCSS y el INS y que existe débil participación de la ciudadanía en materia de regulación.

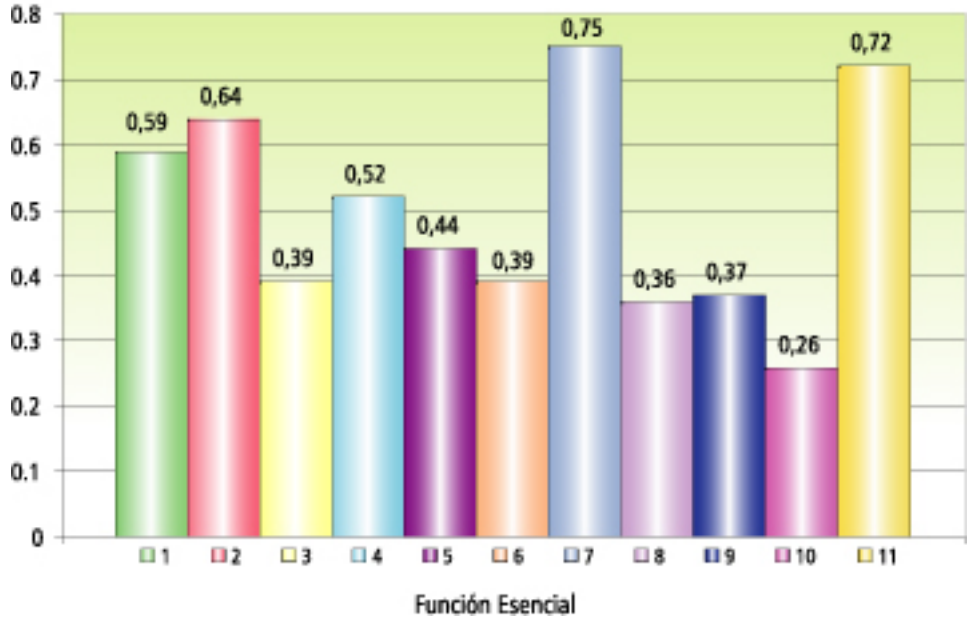
- Vigilancia de la salud. Para coordinar el desempeño de esta función el MS cuenta con una dirección central con el mismo nombre, la cual se apoya en unidades operativas en el nivel regional y local. Se debe desatacar que para efectos de la vigilancia en salud, existen diversos sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, pero su heterogeneidad en calidad y oportunidad así como la deficiente coordinación entre ellos, limita el análisis y la oportuna toma de decisiones. En el 2002 el MS publicó un decreto ejecutivo en el que se definen las pautas para la vigilancia en salud pública, las que definen responsabilidades para todas las instancias que proveen bienes y servicios de salud y los flujos que debe seguir la información que es de su responsabilidad. Por otra parte, se debe destacar que desde 1995 se publica un folleto anual sobre la situación de salud en Costa Rica, el cual incluye un total de 88 indicadores demográficos, socioeconómicos, de daños a la salud y de servicios de salud. Complementariamente, en el 2002 se logró un avance importante en materia de vigilancia de salud, ya que por primera vez se publicaron los indicadores desagregados hasta el nivel cantonal.

- Investigación y desarrollo tecnológico. En el contexto de la rectoría en salud el desempeño de esta función tiene avances modestos pero significativos, entre los que se pueden mencionar la emisión de un decreto ejecutivo sobre el Reglamento de Investigación en Seres Humanos, así como la constitución de una Comisión Nacional de Investigación en Salud (CONIS), a través de la cual se han implementado los procesos de autorización y registro de las investigaciones en seres humanos, con el apoyo de los consejos ético científicos correspondientes. Cabe destacar que con apoyo de OPS/OMS se ha capacitado a profesionales en bioética y por otra parte, la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional vienen impulsando el desarrollo de la maestría en bioética.

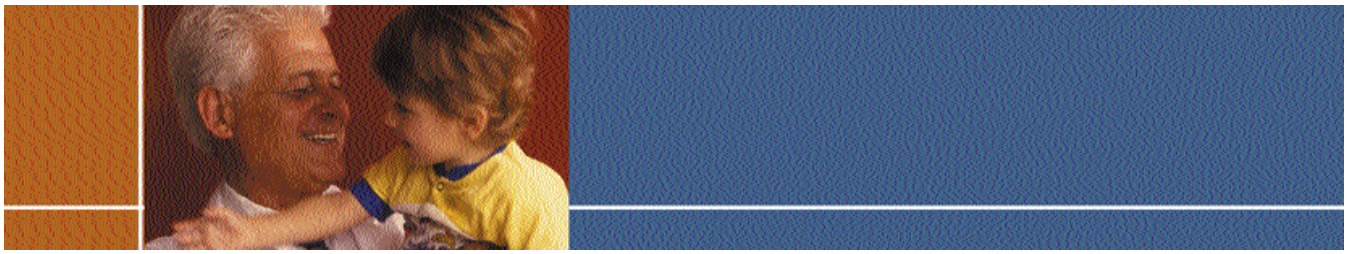
Aún cuando el financiamiento se reconoce como una función de rectoría, el MS aún no la desempeña debido a que el Ministerio de Hacienda (MH) es quien autoriza y distribuye el presupuesto del gasto social, la Contraloría General de la República (CGR) y el MH controlan el gasto público en salud, y los organismos descentralizados como la CCSS, el AyA y el INS, cuentan con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto. En cuanto a las Funciones Esenciales de Salud Pública, en el 2001 se evaluó el desempeño de las siguientes 11 funciones: 1. monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; 2. vigilancia de la salud pública; 3. promoción de la salud; 4. participación ciudadana; 5. desarrollo de políticas y capacidad de planificación y gestión; 6. fortalecimiento institucional de la capacidad de regulación y fiscalización; 7. evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud; 8. desarrollo y capacitación de recursos humanos; 9. garantía y mejoramiento de la calidad; 10. investigación esencial en salud pública y; 11. reducción de desastres. Los resultados se muestran a continuación:

Gráfico 1

Funciones esenciales - Resultados de la medición. 2001



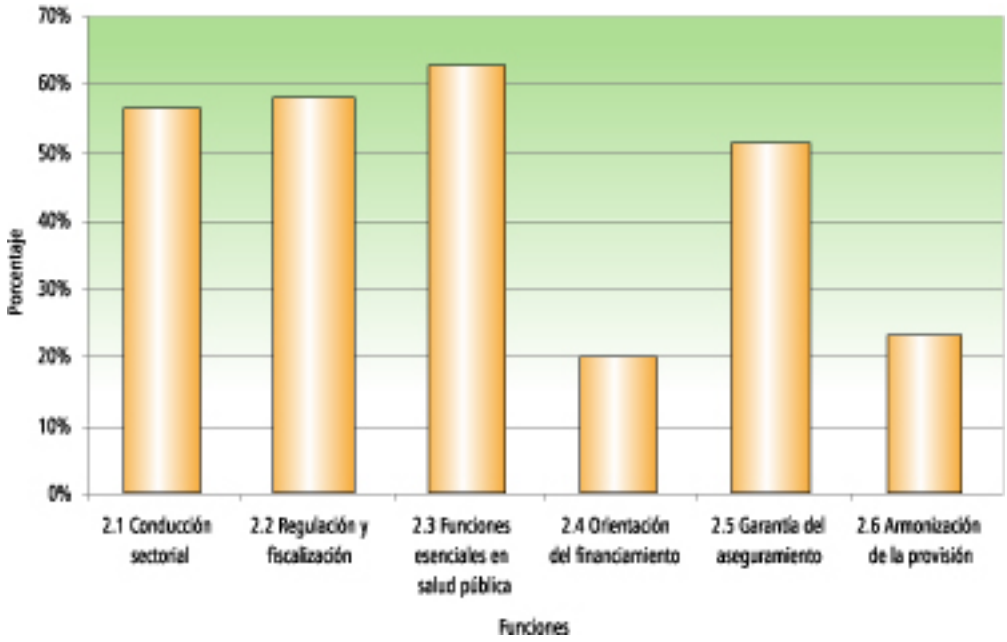
Se puede observar que las funciones con menor desempeño fueron las de investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública y la relacionada con el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, lo cual es congruente con lo señalado anteriormente en la función de regulación del desarrollo de la salud [33].



Con el fin de tener una valoración cualitativa y cuantitativa del desempeño de las funciones de rectoría en su conjunto, en el 2002 se llevó a cabo por primera vez su medición mediante una metodología que combinó la entrevista individual a informantes claves y la exploración del consenso de un grupo interinstitucional de profesionales sobre dicho desempeño, cuyos resultados se muestran en la siguiente gráfica:

Gráfico 2

Perfil de Funciones de Rectoría Sectorial. 2002

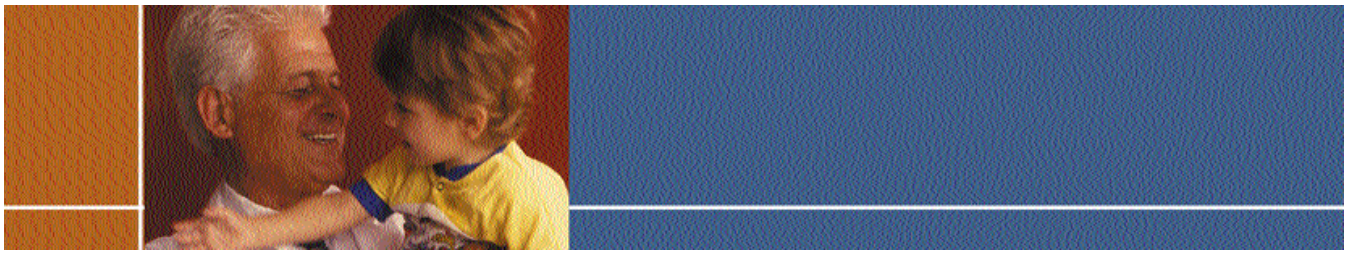


Como se puede apreciar en la gráfica, el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria, orientadas a asegurar, proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades, obtuvo el mayor grado de consenso con un 60%, en tanto que otras funciones como la de armonización de la provisión y la de orientación del financiamiento, solo obtuvieron el 23% y 20%, respectivamente [34]. En resumen, se puede aseverar que la reforma contribuyó a separar la función de rectoría que compete al MS, de la provisión de servicios que le corresponde a la CCSS. No obstante, el MS debe seguir coordinando programas preventivos y consejos específicos para atender algunos problemas relevantes de salud pública, como los de control de vectores, prevención de la mortalidad infantil y materna, VIH/SIDA y vacunación, los cuales por lo general son concertados en el Consejo Sectorial de Salud. Sin embargo, la interrelación entre las funciones de rectoría y de provisión de servicios aún es débil. Un ejemplo de ello es que los resultados de la acreditación de establecimientos de salud y de la evaluación de la atención integral en el primer nivel, efectuadas desde 1997, por lo

general la CCSS no los utiliza para formular planes de mejora continua de la calidad, con lo cual la acción reguladora no tiene impacto o solo se cumple parcialmente [35]. A pesar de estas limitaciones se debe reconocer el progreso logrado por el Ministerio rector en la evaluación integral del sistema de salud, ya que ha implementado procedimientos de habilitación, acreditación y trazadoras, que valoran la estructura, proceso y resultados, respectivamente.

2.3.2. Financiamiento y gasto

En Costa Rica el uso de las estadísticas financieras y económicas del sector salud por lo general se circunscribe a indicadores agregados, tales como los del gasto nacional en salud, la relación de este con el Producto Interno Bruto y la composición institucional, por lo que su aplicación es bastante limitada en el diseño o evaluación de políticas sectoriales y para promover la equidad financiera entre los diferentes grupos de población [36]. La información sobre el gasto público en salud, el financiamiento y los flujos financieros suele estar disponible, pero debido a que atienden a diversos criterios metodológicos de agrupación e interpretación, existen diferentes resultados para las mismas variables e indicadores, lo que constituye una importante limitación para la gestión del financiamiento y gasto sectoriales. Con el fin de corregir esta deficiencia, con apoyo del Banco Central, las instituciones del sector salud y la asesoría de la OPS/OMS, a partir del 2001 se inició la formulación de una metodología operativa para desarrollar la Cuenta Satélite de Salud en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales y si bien a la fecha se dispone de una propuesta metodológica del Banco Central, esta aún no se aplica por falta de consenso técnico y decisión política. La información del sector privado es limitada, ya que el sector salud no cuenta con potestad jurídica para exigirla y hay poca disposición de los agentes privados para facilitar sus registros voluntariamente. No obstante, se han efectuado estimaciones a partir de la encuesta de hogares de propósitos múltiples y algunas investigaciones específicas, que permiten identificar una tendencia creciente en el periodo 1991 – 2001. El financiamiento del subsector público de salud descansa fundamentalmente en la contribución de los afiliados al seguro social. Los montos de la afiliación representan casi el 90% de los aportes a la CCSS, el 80% del total de ingresos del subsector público y el 55% del financiamiento del gasto nacional o total en salud. La aportación del gobierno en el financiamiento de las atenciones de salud en el país es limitada y su tendencia es descendente, ya que en 1993 representaba el 18,3% en 1999 el 9,2% y en el 2001 solo el 7,3%. De manera análoga, los hogares son los grandes financiadores del subsector privado. El comportamiento del financiamiento se observa en la siguiente tabla.



Cuadro 9

Financiamiento del sector salud 1993 –1999 en millones de USD y en % del PIB

SUBSECTORES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SUBSECTOR PÚBLICO Porcentaje del PIB	487,3 5,1%	496,8 4,7%	493,6 4,2%	582,2 4,9%	632,1 4,9%	679,0 4,8%	714,6 4,5%
1.1. MS y otras inst. públicas de los niveles central, regional y local	111,0	105,8	101,2	98,2	92,9	86,9	77,4
1,1,1,Financiamiento interno:	111,0	105,8	101,2	98,2	92,9	86,9	77,4
Fondos del Tesoro	89,4	90,5	77,1	78,8	74,9	76,2	65,5
Fondos propios	21,6	15,3	24,0	19,4	18,1	10,7	11,9
1,1,2,Financiamiento externo							
1.2. Seguro Social[2]	376,3	391,0	392,4	484,0	539,1	592,1	637,2
Aportes de los afiliados	328,3	338,9	337,7	426,0	474,3	506,9	565,3
Venta de bienes y servicios	33,3	37,2	40,1	26,6	31,8	38,1	47,0
Ingresos de capital	14,7	14,9	14,7	31,4	33,0	47,1	24,9
SUBSECTOR PRIVADO [3] Porcentaje del PIB	162,3 1,7%	184,0 1,7%	201,3 1,7%	218,1 1,8%	243,9 1,9%	276,2 2,0%	311,5 2,0%
2,1,Seguros privados	2,7	3,2	3,6	4,1	4,7	5,6	6,5
2,2,ONGs (sin fines de lucro)	13,7	15,2	16,3	17,3	19,0	21,1	23,3
2,3, Financiamiento de los hogares para servicios privados,	145,9	165,6	181,4	196,7	220,2	249,6	281,6
TOTAL Porcentaje del PIB	649,6 6,8%	680,8 6,4%	694,9 5,9%	800,4 6,7%	876,0 6,8%	955,2 6,8%	1,026,0 6,5%

Fuentes: Autoridad Presupuestaria del MH; Kleysen (1992) y, Picado y Sáenz (2000). (1) Las instituciones incluidas en este grupo son: MS, CENADRO, CTAMS, IAFA, INCIENSA y, OCIS. (2) Corresponde a los ingresos del Seguro de Salud, administrados por la CCSS. (3) Estimación realizada a partir de Kleysen (1992) Picado y Sáenz (2000)

En cuanto a la composición público-privada del financiamiento, los datos de la tabla anterior muestran que en 1999 existía una relación 70% y 30%, respectivamente, así mismo, se puede ver una continua expansión del subsector privado a expensas del gasto de bolsillo, ya que los hogares aportaban el 90% de su financiamiento [37]. El gasto privado se concentra básicamente en los rubros de medicamentos, servicios dentales y consulta externa, debido a que por razones de costo, para atención hospitalaria los usuarios acuden principalmente a los servicios públicos que ofrece la CCSS. Los gastos por concepto de seguros privados y esquemas de medicina prepagada aún son pequeños, pero su tendencia refleja un aumento para los próximos años. Un cálculo reciente realizado con datos procedentes de las instituciones públicas, permite observar el comportamiento del gasto público y privado en salud, del gasto per cápita, así como la proporción del gasto social destinado a salud, en un periodo relativamente largo de 10 años, observándose una disminución de este último, como se muestra en la siguiente tabla

Cuadro 10

Algunos indicadores del gasto en salud. 1991-2001

Año	Per cápita (US$ corrientes)	Per cápita real (US$ 1991 constantes)	% PIB	Composición (%)		% Gasto público social
				Público	Privado	
1991	156,7	156,7	6,9	76,8	23,2	32,3
1992	171,6	162,8	6,5	75,3	24,7	30,0
1993	194,5	164,0	6,7	76,2	23,8	29,4
1994	218,8	161,5	7,1	76,0	24,0	29,2
1995	238,5	158,8	7,1	74,8	25,2	30,1
1996	238,1	160,0	7,2	75,1	24,9	28,9
1997	250,0	169,9	7,2	73,5	26,5	27,3
1998	256,1	167,1	6,8	73,7	26,3	28,3
1999	269,9	164,5	6,6	72,7	27,3	29,7
2000	286,7	168,1	7,1	71,8	28,2	29,0
2001	295,6	170,4	7,4	71,0	29,0	28,5

Fuente: Elaboración basada en información del Banco Central, Ministerio de Salud, ICAA, INS y CCSS.

El gasto público en salud per cápita y el gasto total en salud per cápita se incrementaron en forma constante en los últimos años, no así el gasto público en salud como proporción del total del gasto público ni del gasto total en salud como porcentaje del PBI, que permanecieron relativamente estables. Esta paradoja aparente no se debe a un crecimiento insuficiente del gasto en salud, sino más bien, a una fuerte expansión del PBI como resultado del crecimiento económico observado en la década de los noventa, el cual se refleja en la tasa promedio de crecimiento económico anual que fue de 5,4% en el periodo 1992-1999. Debido al nivel de desarrollo humano logrado por Costa Rica en los años noventa, los ingresos por concepto de cooperación externa se han reducido de manera importante, pasando de un 33,5% de los ingresos totales en 1992 a tan sólo un 1% en 1995. A partir de 1994 los fondos provenientes del exterior, corresponden casi en su totalidad a créditos de largo plazo y tasas de interés bajo, destacando los otorgados por el BM, el BID y España, para impulsar la reforma sectorial y mejorar el equipamiento de los servicios de salud.

Cuadro 11

Gasto en salud y deuda externa

TIPO DE GASTO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto Público en Salud per Capita en USD	146,6	145,5	140,9	162,0	171,7	180,2	185,3
Gasto Público en Salud/Total Gasto Público	23,8%	18,8%	18,3%	20,2%	21,3%	21,6%	20,3%
Gasto Total en salud per cápita en USD	195,4	199,4	198,3	222,7	238,0	253,5	266,1
Gasto Total en salud, como % del PBI	6,7	6,4	5,9	6,8	6,8	6,8	6,5
Deuda ext. en salud/Deuda ext. Total	2,0%	1,6%	1,4%	1,6%	1,7%	1,8%	1,7%

Fuentes: Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda, Contraloría General de la República. Kleysen (1992), Picado y Sáenz (2000).

Con relación a los gastos del sector salud por funciones, en el siguiente cuadro solo se muestran los datos de la CCSS ya que la información del sector privado es menos confiable. El gasto relacionado con las actividades de atención integral de promoción, prevención y curación muestra un incremento constante y para 1999 consumían cerca del 80% del total del gasto. Los gastos de las demás funciones se mantuvieron estables o con tendencia a la baja, a excepción de la inversión en edificaciones. Al analizar el gasto por niveles de atención se observa que la mitad del gasto se concentra en el III nivel de atención, mientras que el primer y segundo nivel consumen la otra mitad. Durante 1997, 1998 y 1999, el gasto del primer nivel representó el 20,7, 17,5 y 21,0%, respectivamente; en tanto que el segundo nivel gastó el 29,7, 32,7 y 30,0%. Cabe señalar que antes de la reforma sectorial, el primer nivel solo recibía el 12%, pero mediante los compromisos de gestión se tiende a estabilizar esa asignación en una cifra cercana al doble [38].

Cuadro 12

Gastos de la CCSS por funciones de atención. En millones de USD

SUBSECTORES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO [1]	400,2	467,1	604,0	631,8	705,7	752,2	806,8
Promoción, atención preventiva y atención curativa	286,6 71,6%	345,7 74,0%	473,6 78,4%	494,4 78,3%	556,9 78,9%	588,2 78,2%	630,8 78,2%
Formación de RRHH	7,7 1,9%	8,3 1,8%	8,6 1,4%	8,5 1,3%	8,6 1,2%	9,4 1,2%	9,5 1,2%
Producción y compra de Insumos	84,9 21,2%	96,1 20,6%	96,4 16,0%	106,9 16,9%	108,6 15,4%	125,5 16,7%	125,3 15,5%
Administración	17,4 4,4%	15,8 3,4%	22,6 3,7%	18,7 3,0%	23,5 3,3%	24,3 3,2%	30,9 3,8%
Edificaciones	3,5 0,9%	1,2 0,3%	2,8 0,5%	3,3 0,5%	8,1 1,1%	4,9 0,7%	10,3 1,3%
2. SUBSECTOR PRIVADO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: (1) Solo incluye gastos de la CCSS. Dirección de Presupuesto, Caja Costarricense de Seguro Social.

En cuanto a los egresos por objeto de gasto, los pagos por servicios personales son el rubro más importante en la estructura de egresos del sector salud, representando en el quinquenio 1995-1999, el 68,6% del total [39]. Otro concepto de importancia es el de materiales y suministros, el cual mantiene un peso relativo estable del 20%. Pese a que no existe una serie de datos sobre medicamentos, la información disponible refiere que en 1998 se gastaron $46,6 millones, el 8,5% del gasto total de la CCSS en ese año. No hay información del sector privado por objetos de gasto.

Cuadro 13

Gastos del sector salud por objeto, 1993 – 1999 en millones de USD

SUBSECTORES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO (1)	486,8	538,2	607,1	600,1	606,7	626,6	654,3
Servicios personales	281,5 57,8%	346,7 64,4%	427,0 70,3%	403,9 67,3%	412,4 68,0%	423,4 67,6%	457,5 69,9%
Servicios no personales	65,8 13,5%	64,9 12,1%	64,0 10,6%	67,9 11,3%	66,1 10,9%	69,2 11,0%	59,2 9,1%
Materiales y suministros	127,6 26,3%	119,5 22,2%	111,9 18,4%	120,7 20,1%	121,5 20,0%	127,1 20,3%	134,8 20,6%
Otros equipos y reparaciones	11,9 2,4%	7,1 1,3%	4,2 0,7%	7,6 1,3%	6,7 1,1%	6,9 1,1%	2,8 0,4%
2. SUBSECTOR PRIVADO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: (1) Solo incluye gastos de la CCSS. Dirección de Presupuesto, Caja Costarricense de Seguro Social.

2.3.3. Aseguramiento de la salud

De acuerdo a la Ley de Universalización de los Seguros Sociales de 1961, la CCSS tiene responsabilidad constitucional para cubrir con el seguro público de salud a toda la población. El aseguramiento solo es obligatorio para los trabajadores asalariados, por lo que para cumplir con el principio de universalidad del seguro público de salud, a partir de 1975 se desarrollaron las siguientes modalidades de aseguramiento para facilitar la incorporación de los diferentes segmentos poblacionales. En 1975 se creó el seguro voluntario para trabajadores no asalariados, en 1976 se incorporó a los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales, en 1984 se creó el Seguro por Cuenta del Estado para incorporar a las familias más pobres y a mediados de esa década, se creó la modalidad de Convenios Especiales para asegurar colectivamente a trabajadores independientes agrupados en organizaciones gremiales. En su modalidad obligatoria el seguro de salud es financiado en forma tripartita de acuerdo a los siguientes montos: patrones 9,25%, trabajadores 5,50% y Estado 0,25%, para un total de 15%. En las otras modalidades de aseguramiento las tasas de cotización son mucho menores al 15% por lo que los trabajadores asalariados y sus patrones son los que subsidian en gran medida a las otras categorías, lo cual es congruente con el principio de solidaridad. En 1999 la CCSS reportó que el 89% de la población estaba asegurada mediante las diversas modalidades de afiliación ya citadas y que había 402.245 personas sin seguro [40]. Sin embargo, un año más tarde el censo de población del 2000 reveló que solo el 81,8% de la población esta asegurada, por lo que el 18,2% de la población carece formalmente de un seguro de salud. Cuando se compara la tasa de aseguramiento referida por el censo de 1984 que era de 71,2% con la del 2000, se observa un avance sustancial de casi 10 puntos porcentuales, los cuales no se deben a un incremento de la planta trabajadora sino a los asegurados por el Estado, categoría que se empezó a implementar a partir de 1984. En el siguiente cuadro se muestran los resultados de coberturas reportados de los dos censos.

Cuadro 14

Población según modalidad de aseguramiento. Censos 1984 Y 2000*

	1984			2000		
TIPO DE SEGURO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Asalariado	19,2	26,5	11,9	18,7	25,0	12,5
Seguro Voluntario	4,5	6,7	2,3	6,6	10,0	3,2
Asegurado Familiar	44,6	33,6	55,7	43,2	32,0	54,3
Por Cuenta del Estado	NA	NA	NA	8,5	7,4	9,6
Otro tipo	2,8	2,7	3,0	4,7	4,9	4,5
No tiene	28,8	30,4	27,1	18,2	20,6	15,9
Tasa de aseguramiento	71,2	69,6	72,9	81,8	79,4	84,1

* Elaboración de Picado, G. y Salazar para el Análisis Sectorial de Salud del 2002.

Oficialmente se afirma que toda la población tiene acceso a la atención médica, lo cual se sustenta en una directriz del Poder Ejecutivo de inicio de los ochenta, la cual abre la atención de urgencias a toda la población, independientemente de su condición de asegurado, para hacer prevalecer el derecho a la salud. Es necesario destacar que el promedio nacional encubre iniquidades étnicas y geográficas, ya que solo el 70% de los indígenas tienen seguro de salud y por otra parte, existen cantones con tasas de 90% y otros con menos de 70%, como se ve en el siguiente cuadro.

Cuadro 15

Cantones de máximo y mínimo aseguramiento. Censo 2000*

CANTONES CON MAYOR COBERTURA							
CANTON	Tasa de cobertura Año 1984	Año 2000	Posición	IDS 2000	% Población Extranjera	Pobre	% con cargo al Estado
	90,8	78,8	1	63,9	2,8	29,7	13,2
Flores	90,4	81,5	2	100,0	4,6	1,0	6,3
Jiménez	90,0	83,7	3	59,3	1,9	19,3	5,4
León Cortés	89,4	57,1	4	38,0	3,0	30,2	6,4
Barva	89,3	78,9	5	63,3	4,0	17,2	10,1
CANTONES CON MENOR COBERTURA							
Garabito	73,2	56,1	77	48,3	13,5	24,9	7,9
Golfito	73,0	57,6	78	44,0	4,2	35,9	14,0
Talamanca	67,9	40,1	79	0,0	18,6	49,7	21,2
La Cruz	63,9	66,1	80	16,4	21,2	44,6	8,5
Upala	53,3	58,1	81	17,4	15,3	38,2	32,8

* Elaboración de Picado G. y colaboradores, para el Análisis Sectorial de Salud 2002.

En el cuadro se han incluido otras variables que pudieran estar influyendo en la tasa de aseguramiento a nivel cantonal, como son el índice de desarrollo social, la proporción de población en situación de pobreza y el número de extranjeros, principalmente inmigrantes de Nicaragua.

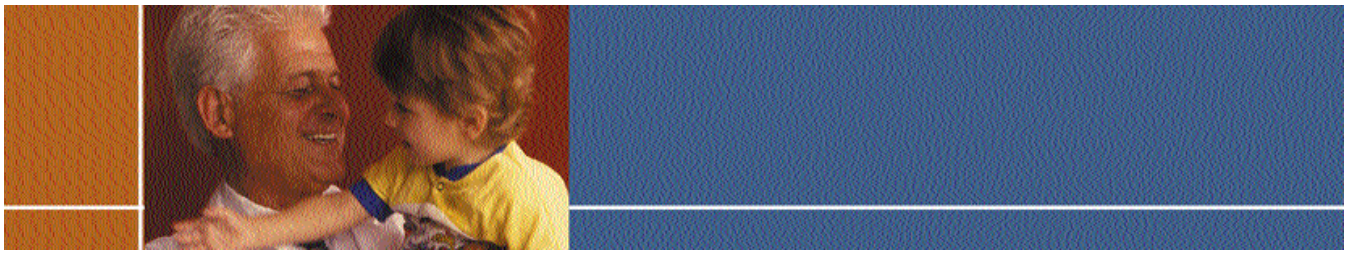
El seguro público de salud se proporciona a la población a través de un modelo de atención integral que incluye un conjunto de bienes y servicios básicos incorporados en cinco programas asistenciales dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. Estos servicios se prestan en el primer nivel de atención y se complementan con servicios de hospitalización, de laboratorio, de provisión de medicamentos y de atención dental básica para todos los asegurados. Cabe aclarar sin embargo, que este seguro de salud proporcionado por la CCSS no satisface todas las necesidades de atención de las personas, ya que solo cubre los riesgos de enfermedad y maternidad pero no los de accidentes de tránsito ni de enfermedad laboral, por lo que el Estado ha desarrollado un sistema de aseguramiento complementario para cubrir estos últimos riesgos, el cual tiene un costo adicional para los ciudadanos y cuya cobertura es limitada por lo que llegado al máximo de gasto establecido, se transfiere la responsabilidad de atención a la CCSS, lo cual propicia casos de subsidio cruzado en perjuicio de las finanzas de esta última institución. Este seguro es administrado por el INS quien cuenta con servicios de atención propios pero de capacidad resolutiva reducida, por lo que debe contratar servicios a empresas privadas.

Por último se debe comentar que en materia de aseguramiento, en los años recientes se viene desarrollando un mercado de seguros privados bajo la modalidad de prepago, cuyos ingresos en 1998 fue cercano al 10% del gasto privado en salud, pero que se encuentra en constante expansión.

2.3.4. Provisión de servicios de salud.

Servicios de atención poblacional

El MS prácticamente ha transferido todos los programas de base poblacional a la CCSS (con excepción de los de ecuación y alimentación a menores de seis años, de control de vectores y de atención al ambiente humano), pero continúa dictando pautas normativas para la atención en salud. En la última década ha impulsado políticas públicas para enfatizar la promoción y prevención de las enfermedades crónicas, que han contribuido a fortalecer los programas para la detección de diabetes, hipertensión y de cáncer en la mujer. Además, dado el perfil epidemiológico nacional, se continúan realizando los programas de prevención de enfermedades infecciosas como diarrea y cólera, infecciones respiratorias agudas y tuberculosis pulmonar. El MS tiene a cargo los programas de prevención y control del dengue y malaria, así como el de mantenimiento de la eliminación de la rabia canina. En materia de protección específica, la vacunación sigue siendo un programa prioritario. En 1999 se alcanzaron coberturas en menores de un año de DPT, antipolio, BCG y sarampión, del 93%, 93%, 82% y 92%, respectivamente,



y en el 2000 estas coberturas fueron de 88%, 80%, 92% y 82%, observándose de manera general un descenso en este último año. Por otra parte, en el 2001 se efectuó una jornada nacional de vacunación antirubeola que cubrió al 100% de las mujeres y los hombres entre los 15 y 39 años de edad. En 1994 se obtuvo el certificado de erradicación de poliomielitis y entre 1996 y el 2000, no hubo casos de difteria y tétanos neonatal. Además, existen programas de salud pública para atender deficiencias de algunos micronutrientes como yodo, ácido fólico, flúor y vitamina A. Por último, la atención prenatal y del parto, por personal capacitado, en el 2001 logró coberturas del 70% y 97,5% respectivamente.

Servicios de atención individual.

Estos servicios se encuentran organizados por niveles de atención, de acuerdo a la complejidad tecnológica de los recursos que utilizan, su diferente capacidad resolutiva y la cartera de servicios que ofrecen. De acuerdo con este enfoque, a continuación se presenta el estado actual solo de los servicios que proporciona la CCSS, por ser el único proveedor público reconocido oficialmente para cubrir el seguro de enfermedad y maternidad.

a) primer nivel de atención: Este nivel ofrece servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los que se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, escolar y en la consulta externa de los establecimientos de salud. Los servicios se agrupan en dos categorías: 1) programas de atención integral que incluyen prevención y promoción, de acuerdo a diferentes grupos de edad y tomando en cuenta necesidades de género y 2) atención de la demanda por morbilidad prevalente. Ambos tipos de servicios se proporcionan a través de la consulta externa del primer nivel y de los servicios de urgencias de las clínicas y hospitales. Los programas de atención integral fueron definidos a mediados de los años noventa, en el contexto de la reforma sectorial y a partir del análisis de la situación de salud nacional en el que se identificaron doce necesidades prioritarias. Los programas están dirigidos a la atención de niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, está a cargo de las áreas de salud y su cobertura y calidad se evalúan anualmente. En el 2001 la cobertura efectiva del primer nivel de atención fue de 52% y en relación a ciertas acciones y programas varió del 43% al 98%, como se muestra a continuación.

Cuadro 16

Evaluación nacional de los compromisos de gestión. 2001

PROGRAMA	COBERTURA TOTAL	COBERTURA CON CALIDAD
Adulto mayor	46,66%	32,65%
Diabéticos	65,07%	18,81%
Hipertensos	75,51%	26,63%
Tamizaje de hipertensión arterial	98,6%	N,A,
Atención prenatal	82,08%	43,34%
Adolescentes	35,75%	24,58%
Niños de 1 a 6 años	43,83%	35,29%
Niños menores 1 año	89,66%	53,55%
Niños menores de 28 días	56,00%	38,00%

Para marzo del 2002 existían 94 áreas de salud, 812 sectores de salud e igual número de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud o EBAIS, los cuales atienden de 2,500 a 7,000 habitantes (dependiendo del grado de dispersión poblacional) y con los cuales el total de población cubierta con servicios de primer nivel era de 3,547,401 habitantes. Cada EBAIS esta conformado por un médico, una auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud o ATAPS y varios EBAIS son asesorados por un equipo de apoyo formado por: médico (a) de familia, enfermera (o), trabajador (a) social, odontólogo (a), nutricionista, farmacéutico (a), microbiólogo (a) y técnico (a) de registros médicos. No todas las áreas de salud cuentan con el equipo de apoyo completo, como lo sugieren los siguientes indicadores de disponibilidad.

Cuadro 17

Promedio de profesionales por EBAIS y área de salud. 2001

PROMEDIO DE PERSONAL POR EBAIS	INDICADOR
ATAPS	1,27
Médicos generales	1,00
Auxiliares de enfermería	1,19
PERSONAL DE APOYO POR ÁREA DE SALUD	
Profesional en enfermería	1,55
Odontólogos	1,90
Farmacéuticos	0,93
Microbiólogos	1,00
Personal de registros médicos	0,95
Médico de familia	0,31
Técnico de registros en estadísticas de salud	0,95
Otros profesionales. Incluye trabajadores sociales y nutricionistas.	1,34

La cobertura de primer nivel se amplía con seis cooperativas a las que la CCSS compra servicios, por lo que con excepción de los poblados de baja densidad y acceso geográfico difícil, que solo reciben una visita periódica semanal, quincenal o mensual, los problemas de accesibilidad geográfica prácticamente han desaparecido. Además de la estrategia de cooperativas, la CCSS ha puesto en marcha dos estrategias adicionales para mejorar el acceso y cobertura de servicios. En la de medicina mixta, el asegurado selecciona y paga la consulta a un médico privado registrado por la CCSS y esta institución realiza los estudios y suministra los medicamentos indicados por el médico privado. En la de médico de empresa, ésta contrata a un médico para atender a sus trabajadores en el centro laboral y la CCSS otorga los servicios de diagnóstico y los medicamentos. La producción del primer nivel, tomando en cuenta también otros servicios básicos como los odontológicos, las consultas de urgencia y algunos servicios de apoyo, se muestra a continuación.

Cuadro 18

Producción de servicios, 2000

Tipo de Servicio	Número	Tasa por 1000 habitantes
Consultas y controles por profesional médico	7, 736,860	2,030
Consultas y controles por profesional no médico	327,285	86
Consultas y controles por odontólogo	1,350,758	354
Consultas de urgencia	3,313,100	869
Exámenes de laboratorio	32,275,903	8,471
Placas radiográficas	1,807,267	474

Fuente: Anuario de la Caja Costarricense de Seguro Social. 2000.

El número de exámenes de laboratorio es de ocho por habitante, es decir, cuatro veces más que el número de consultas. En el siguiente cuadro se muestra la demanda de consulta en el primer nivel.

Cuadro 19

Indicadores de atención en consulta externa en primer nivel

AÑO	Atenciones de urgencias por hab.	Consultas por habitantes		
		Médica	Odontología	Otros Profesionales
1993	0,57	1,85	0,19	0,09
1994	0,62	1,86	0,19	0,07
1995	0,63	1,91	0,20	0,08
1996	0,64	1,97	0,21	0,08
1997	0,69	2,05	0,22	0,08
1998	0,75	2,09	0,29	0,09
1999	0,79	2,10	0,31	0,08
2000	0,84	1,97	0,34	0,08
2001	0,87	2,46	0,38	0,09

Fuente : Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS.

Se puede observar que si bien la consulta médica muestra un muy ligero incremento entre 1993 y el 2001, es evidente el aumento en las consultas de odontológicas y de urgencias, las que tienden a duplicarse en el mismo periodo. El incremento de estas últimas podría traducir una forma de acceso más fácil a los servicios de primer nivel, sea por razones geográficas o de horario de atención. En 1999, los cinco grupos de consulta externa más frecuentes en la CCSS fueron los siguientes: 17,27% del sistema respiratorio; 8,84% del sistema genitourinario; 8,28% del sistema osteomuscular; 7,34% del sistema circulatorio; y 6,17%, endocrinas y metabólicas [41].

b) segundo nivel de atención: Este nivel apoya al primer nivel de atención a través de una red de establecimientos formada por 7 hospitales regionales, 14 hospitales periféricos y ocho clínicas mayores ubicadas en la gran área metropolitana, en los que se ofrecen servicios de

consulta externa especializada y atención médico-quirúrgica de las especialidades básicas de medicina, cirugía, ginecología y obstetricia y pediatría, así como de algunas especialidades medicoquirúrgicas de gran demanda poblacional como oftalmología, dermatología y urología. La producción de consultas de segundo nivel por regiones sanitarias y clínicas metropolitanas, se muestra a continuación.

Cuadro 20

Productividad de consultas en segundo nivel. 2001

Región	Total	Primera vez	Consulta por habitante
Total			
Cl. Metropolitanas	384,879	178,904	2,15
R. Central Norte	352,240	250,933	1,40
R. Central Sur	189,885	101,751	1,87
R. Huetar Norte	74,843	40,072	1,87
R. Chorotega	117,779	63,101	1,87
R. Pacífico Central	106,121	56,293	1,89
R. Huetar Atlántica	118,715	49,329	2,41
R. Brunca	132,634	68,665	1,93

Fuente : Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS.

Salvo para la Región Central Norte, la producción de consultas en el segundo nivel es cercana a 2 por habitante, lo cual no deja de llamar la atención ya que es similar a la producción en el primer nivel, lo cual se puede deber a limitada capacidad resolutiva en este último nivel, retención inadecuada de pacientes en el segundo nivel (demanda inducida), o una combinación de ambos factores. La producción hospitalaria del segundo nivel durante 1999 se puede resumir como sigue: 325,216 egresos, índice ocupacional de 81,67% y promedio de 5,46 días de estancia hospitalaria. Los principales grupos de causas de egreso hospitalario fueron: 32,62% por embarazo, parto y puerperio; 9,01% por enfermedades del aparato digestivo; 6,88% por enfermedades del aparato respiratorio; 5,30% por causas del sistema circulatorio y; 4,99% por tumores.

d) tercer nivel de atención: El tercer nivel de atención comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la mayor complejidad y especialización dentro del sistema de servicios de salud. El área de influencia de este nivel trasciende la del nivel secundario y abarca el territorio de varias provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de este nivel son 3 hospitales generales de referencia nacional ubicados en la capital del país (México, San Juan de Dios y Calderón Guardia), así como cinco hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, adultos mayores, rehabilitación y psiquiatría). El 42% de los egresos hospitalarios de todo el país se producen en este nivel de atención.

Calidad de la atención

Existe un programa sectorial de mejoramiento continuo de la calidad y equipos de profesionales de los hospitales públicos, las regiones y las áreas de salud, capacitados en métodos y herramientas para identificar problemas relacionados con la atención y la formulación de propuestas de intervención para la mejora continua de la calidad [42]. Una parte importante de este programa sectorial esta a cargo del Ministerio de Salud, el cual como parte de su función reguladora ha institucionalizado diversos procedimientos de evaluación para la mejora de la calidad, tales como los de acreditación de hospitales, evaluación integral del primer nivel de atención (EBAIS), análisis de la mortalidad infantil y materna, y evaluación de entidades trazadoras como el cáncer de cuello uterino. Algunos hospitales cuentan con comités de ética que de manera indirecta contribuyen con la calidad de atención, no obstante, su trabajo está orientado principalmente a evaluar proyectos de investigación clínica más que a la revisión de la calidad y la ética en la atención [43]. Además, la mayoría de los hospitales de segundo y tercer nivel cuentan con comités de infecciones hospitalarias, pero su funcionamiento no es regular. Por su parte, la CCSS ha institucionalizado la evaluación anual de los compromisos de gestión en la cual se valora tanto cobertura como calidad y en la que se ha podido constatar que en algunos programas o atenciones, más de la mitad de las acciones se realizan sin apego a los protocolos de atención, es decir, sin calidad técnica. Cabe también señalar que desde finales de los años noventa diversos grupos hospitalarios han incorporado la revisión sistemática de la literatura para implementar prácticas de atención basadas en la evidencia y con el fin de mejorar la calidad técnica de la atención.

Calidad percibida

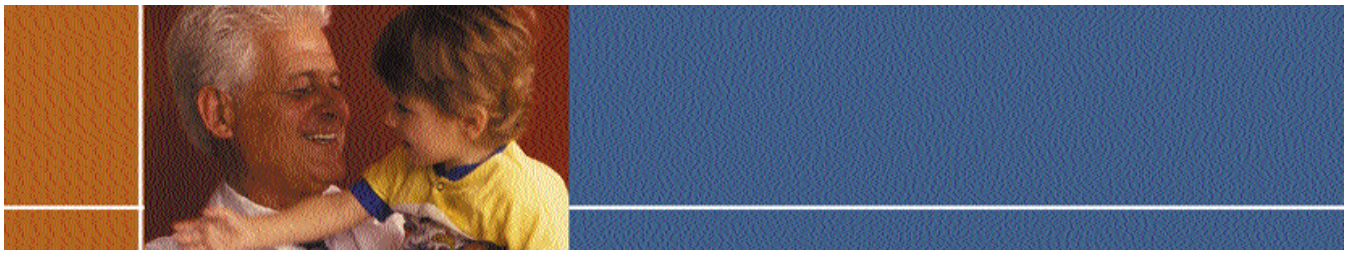
En 1998 se efectuó la primera medición global de la satisfacción de usuarios en la CCSS y a partir del año 2000, los compromisos de gestión establecieron la obligatoriedad de medirla anualmente a través de una encuesta institucional estandarizada, por lo que en ese año, el 92% de los hospitales y el 77% de las áreas de salud la llevaron a cabo, y sus resultados revelan que más del 70% de los usuarios se sienten satisfechos con la atención. Por otra parte, el MS realiza entrevistas a las madres atendidas en los servicios de salud y los resultados muestran que solo el 45% de ellas fueron informadas de las complicaciones del embarazo, parto y recién nacido. Como mecanismos adicionales para identificar problemas de calidad de atención, a partir de 1999 la CCSS ha instalado contralorías ciudadanas en los establecimientos de salud para orientar a los usuarios sobre sus derechos, así como juntas de salud que vigilan la calidad de atención. En el año 2000 se realizó una encuesta en 107 juntas de salud y solo el 54% de ellas había participado en acciones de calidad, lo cual muestra que es un proceso aún incipiente [44].

3. La reforma sectorial y su impacto en los servicios de salud

En la década de los años noventa, diversos factores tanto financieros como de gestión del sistema de salud, dieron origen a la reforma sectorial y al proceso de modernización institucional. Entre los primeros se puede citar el aumento creciente de la relación gasto en salud / PIB, de 6,9% en 1988 a 8,5% en 1999; el mayor ritmo de crecimiento del gasto en salud que el crecimiento de la economía entre 1986 a 1994, que fue de 74,9% y 65,1%, respectivamente; así como el mayor crecimiento del gasto hospitalario, en 16,4%, con relación al gasto ambulatorio. Entre los problemas de gestión se puede señalar el predominio de una planificación normativa y una gestión centralizada; la iniquidad en la asignación de recursos en perjuicio de los cantones de menor desarrollo social; así como problemas de productividad y de subutilización de la infraestructura disponible. Dada esa situación, a principios de los noventa se formuló el "proyecto de reforma del sector salud" dentro del marco de la Reforma del Estado, con los siguientes cuatro componentes o proyectos específicos: rectoría y fortalecimiento del MS, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación del modelo de atención en salud. En 1992 la Asamblea Legislativa aprobó las leyes 7374 y 7441 relacionadas con créditos bancarios para poner en marcha la reforma sectorial. Para cada uno de estos proyectos se definieron metas, actividades, fechas de cumplimiento, responsabilidades y criterios generales de evaluación, y en junio de 1994 se inició su ejecución. En seguida se destacan solo algunos resultados de cada uno de los cuatro componentes citados:

3.1. Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud

La reforma contribuyó a separar la función de rectoría de la de provisión de servicios. Para desempeñar las funciones de rectoría el MS transformó su estructura orgánica y capacitó a su personal para desempeñar nuevas tareas, sin embargo, los resultados de los ejercicios nacionales de evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y de la rectoría en su conjunto, efectuadas en 2001 y 2002, respectivamente, muestran debilidades en algunas de ellas, tales como las de investigación en salud pública, la de garantía de la calidad de los servicios y la de regulación del financiamiento sectorial, entre otras, pero también dejan ver los avances en materia de vigilancia de la salud y de regulación de los servicios [45]. Se debe señalar que los resultados de estas evaluaciones efectuadas bajo la coordinación del MS son poco utilizados por la CCSS y que se requiere fortalecer los mecanismos de coordinación y de obligatoriedad, para que la CCSS cumpla con las recomendaciones [46]. En cuanto a la función de aseguramiento se debe desatacar que no se ha abordado como tema prioritario y que la CCSS es la institución del sector que le compete su operacionalización.



3.2. Fortalecimiento institucional de la CCSS

Entre los avances se debe anotar la separación interna en la CCSS de las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios de salud, las cuales están a cargo de las Gerencias Financiera, Administrativa y Médica, respectivamente; sin embargo, aún se observan traslapes en las funciones que competen a cada una de ellas. Otro logro es la desconcentración de los establecimientos basada en la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de 1998, mediante la cual se comparten responsabilidades en la gestión de recursos. También se debe anotar como avance la inversión en equipamiento e infraestructura hospitalaria.

3.3. Nuevo sistema de asignación de recursos financieros

La CCSS ha realizado avances en los mecanismos de asignación de fondos a las áreas de salud y hospitales, ya que actualmente se realiza a través de compromisos de gestión. Sin embargo, el proceso aún esta inconcluso, ya que es común observar diferencias inexplicables en los montos asignados a las áreas de salud para el primer nivel de atención, debido a que no responden a necesidades de salud ni al perfil epidemiológico. Por otra parte, la asignación de recursos financieros a los hospitales continúa realizándose en buena medida como "presupuesto histórico" y no en base a su productividad ni en las necesidades de la población de su área de atracción. El mecanismo de compromiso de gestión ha mostrado ser una herramienta útil para avanzar en el desarrollo de una cultura de tipo gerencial, pero aún se debe mejorar la aplicación y analizar los alcances y limitaciones de esta herramienta.

3.4. Adecuación del modelo de atención

El modelo readecuado de atención es un componente clave de la reforma sectorial y su impacto se puede valorar objetivamente a través de varias dimensiones, entre las que destacan las siguientes: acceso y cobertura, integralidad, calidad y equidad en la atención.

Accesos y cobertura. La principal estrategia utilizada por la reforma sectorial para mejorar el acceso y cobertura de servicios de salud, ha sido la implementación de un modelo readecuado de atención integral que incluye cinco programas asistenciales, los cuales se ofertan a la población a través de equipos básicos de atención integral de salud o EBAIS. En el 2002 a través del modelo y con 812 EBAIS se cubría a 3,547,401 habitantes (90% de la población). La CCSS amplia el acceso y cobertura de los servicios de primer nivel de atención a través de mecanismos complementarios como el de médico de empresa, la medicina mixta y la compra de servicios a terceros como las cooperativas [47]. En el segundo y tercer nivel de atención también ha mejorado el acceso y cobertura, mediante la ampliación de horarios y la compra de servicios especializados a terceros, como los de radioterapia, oftalmología y anatomía patológica. A pesar de estos esfuerzos, aún se presentan las listas de espera mayores a 3 meses para algunas especialidades quirúrgicas como cirugía general, ginecología y ortopedia, así como para algunos estudios como gastroscopías y mamografías. El siguiente cuadro muestra algunas modificaciones en el acceso antes y después de la reforma, estimadas a partir de un estudio en el que se aplicó un sistema de información geográfica.

Cuadro 21

Población con acceso deficiente a servicios de salud

SERVICIO	1994	2000	CAMBIO
Atención Primaria	8,4%	8,8%	0,4%
Atención Médica	21,7%	13,0%	-8,7%
Hospital	11,3%	12,1%	0,8%
Densidad de servicios	17,5%	13,6%	-4,0%

Fuente: Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS), Dr. Luis Rosero Bixby.

Paradójicamente el cuadro muestra que la reforma aumentó ligeramente la deficiencia de acceso a la atención primaria y a los centros hospitalarios, lo cual en parte se explica porque en ese periodo cerraron algunos centros de salud a cargo del MS y no se construyeron nuevos hospitales a pesar de que la población aumentó. Por otra parte, la cobertura en términos de población que recibe atenciones básicas necesarias que están definidas en los cinco programas asistenciales ya citados, muestra coberturas insuficientes en varias de ellas, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones de los compromisos de gestión.

Integralidad de la atención. La integralidad se valora desde tres dimensiones: enfoques, servicios y bienes. Con relación a la primera, si bien el modelo plantea como premisa de la atención integral la aplicación de los enfoques promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación, en la práctica sigue predominando el enfoque curativo. Con relación a la dimensión de servicios, el modelo postula que ofrece servicios integrales mediante una red escalonada de establecimientos de primero, segundo y tercer nivel de atención, sin embargo, aún existe poca coordinación entre esos niveles, especialmente para planificar conjuntamente los servicios y para compartir recursos y responsabilidades, como ejemplo se puede citar que los EBAIS solo efectúan el seguimiento del 28% de los pacientes que refieren a otros niveles de atención. Finalmente, en la dimensión de los bienes, relacionada con la provisión de medicamentos, prótesis y otros dispositivos médicos necesarios para la atención integral, no siempre se proporcionan oportunamente a la población, principalmente por deficiente gestión.

Calidad de la atención. El modelo de atención no garantiza en todos los casos la calidad técnica de los servicios que ofrece en el primer nivel de atención, como lo demuestra un estudio realizado con profesionales de los EBAIS en zonas de alta inmigración post Mitch, en el que un número importante de ellos no conocía o no aplicaba las normas técnicas de atención. El problema de la calidad también se ha corroborado mediante la evaluación anual de los compromisos de gestión que realiza la CCSS, ya que en el 2002 la cobertura de atención con calidad, en relación a la cobertura total lograda en cada programa fue como sigue: 70% en la atención de niños menores de un año, 76% en niños de 1 a 6 años, 36% en la atención prenatal; 47% en la atención de diabéticos y 60% en la atención de hipertensos. La calidad de atención en el nivel hospitalario se ha valorado mediante indicadores seleccionados tales como el porcentaje de cesáreas, la estancia preoperatorio, las listas de espera, el índice de infecciones hospitalarias, la mortalidad hospitalaria y la tasa de reingreso. Los resultados de la

evaluación de los compromisos de gestión del 2002 señalan que el porcentaje de cesáreas fue 22% con un rango entre hospitales de 14% a 30%; la estancia preoperatorio en los hospitales nacionales varió de 3,4 a 4,2 días; las listas de espera en consulta externa de los hospitales nacionales llega a ser de hasta 470 días en servicios como el de vascular periférico y en oftalmología y urología de 240 y 200 días, respectivamente, en tanto que para cirugía electiva hasta 490 en servicios como neurocirugía; la proporción de infecciones hospitalarias fue de 1,6% como promedio nacional; la mortalidad hospitalaria de 2,1% y finalmente; la tasa de reingreso real varío entre 0,5% y 2,5%. Por su parte el Ministerio de Salud, como parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad, lleva a cabo la acreditación de hospitales y sus resultados, que se muestran en el siguiente cuadro, permiten ver las deficiencias importantes en varios tipos de recursos que pueden estar incidiendo en la calidad de atención.

Cuadro 22

Cumplientos de estándares de acreditación 2000-2001

Área	H. Públicos	H. Nacionales	H. Regionales	H. Periféricos
Recurso humano	56,52%	95,83%	60,42%	39,39%
Planta física	48,02%	58,89%	54,72%	35,89%
Recurso material	45,09%	70,83%	44,58%	35,87%
Documentación	66,67%	83,33%	58,33%	63,64%
Manejo información	97,83%	100,00%	93,75%	100,00%
Gestión	69,45%	97,92%	77,78%	60,41%
Educación	56,52%	100,00%	50,00%	45,45%

Fuente: Ministerio de Salud

De acuerdo a estos resultados se puede ver que las deficiencias mencionadas son mayores a medida que los hospitales son más pequeños, lo cual implicaría un mayor riesgo en la calidad de atención.

Equidad. En el presente estudio la equidad es valorada en tres dimensiones: acceso, cobertura, distribución de recursos.

Equidad de acceso. Un estudio de 1998 usando técnicas de información geográfica, muestra que la reforma mejoró el acceso geográfico a unidades de atención básica, de manera similar en el medio rural y urbano, logrando distancias promedio de 1.28 km y 1.10 km al establecimiento más próximo, respectivamente. La disponibilidad del recurso médico también mejoró en las zonas incorporadas a la reforma en 1995, ya que de un promedio de 42 horas x 1000 hab. se incrementó a 59 horas en 1998, lo cual significa un incremento del 40% de horas-médico. Sin embargo, a lo anterior se antepone el hecho del tiempo de espera para ciertas atenciones, lo cual es una clara señal de que se debe mejorar el acceso en términos de oportunidad.

Equidad en las coberturas. De acuerdo a los resultados de los compromisos de gestión del 2002, existen desigualdades en la atención que reciben los habitantes según regiones y lugar geográfico de residencia. En el programa de atención integral de niños el promedio de cobertura de las siete regiones fue de 64%, pero en tanto que la Región Pacífico Central logró una

cobertura de 79%, la Brunca solo del 53%, es decir, en la realidad los niños de la primera región tuvieron 33% más de oportunidad de atención integral que los de la segunda. Esta desigualdad es aún mayor en el programa de vacunación, donde se observa que la Región Central Sur solo logró 82% de cobertura promedio de las inmunizaciones, en tanto que la Pacífico Central el 98%. En el programa de atención integral a la mujer que incluye entre otras intervenciones el estudio periódico del papanicolau, la Región Pacífico Central logró una cobertura promedio de 95% en tanto que la Brunca solo el 71%. Estos ejemplos muestran que aún existen iniquidades en las coberturas de atención.

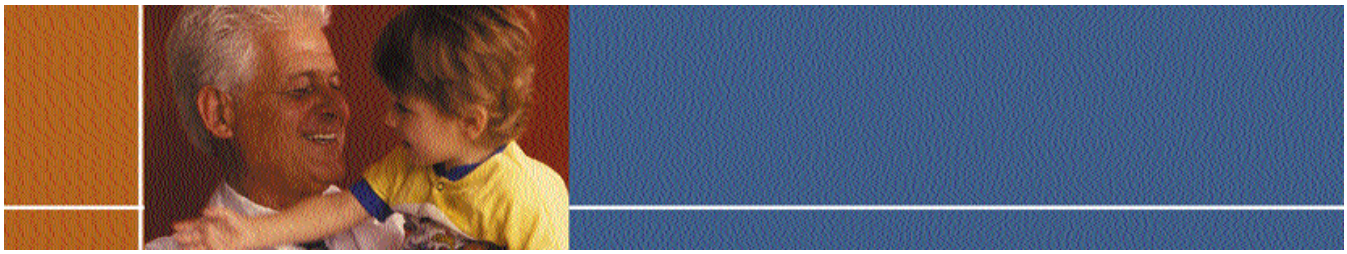
Equidad en la asignación de recursos. No existen indicadores periódicos sobre la distribución de recursos por zonas geográficas del país, pero los recursos básicos para producir servicios de salud, tales como el personal y las camas de hospital, no están distribuidos entre las provincias y cantones necesariamente de acuerdo a un criterio poblacional o por necesidades de atención. Como ejemplo se puede citar que un estudio en el que se combinaron datos de 1998 de la CCSS y de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, mostró que los recursos humanos estaban centralizados, ya que la Región Chorotega tenía solo 6,4 médicos por 10,000 hab. y la Región Central 10,5, por su parte, el número de enfermeras era de 1,6 por 10,000 hb en la Región Brunca y de 4,4 en la Región Central. Por cuanto a la equidad en la asignación de recursos financieros, los resultados de la evaluación de los compromisos de gestión del 2002 nos muestran que en una región el gasto per cápita es de 69,000 colones en tanto que en la de menor asignación no llega a 25,000, es decir, casi un tercio de la primera, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 23
Asignación de recursos financieros por región

REGIÓN	2001			2002		
	Gasto	Población	Gasto per cápita	Gasto	Población	Gasto per cápita
Pac. Central	12 591	212 706	59 197	14 917	216 151	69 012
Brunca	18 048	305 022	59 171	19 513	305 054	63 967
Chorotega	15 814	309 818	51 044	16 193	312 306	51 850
Huetar Norte	7 986	177 846	44 904	8 888	181 648	48 931
Huetar Atlántica	15 216	357 766	42 532	16 444	369 556	44 497
Central Norte	36 706	1 229 864	29 846	38 743	1 260 148	30 745
Central Sur	30 755	1 376 856	22 337	34 719	1 407 406	24 668
Total Nacional	137 117	3 969 877	34 539	149 417	4 052 268	36 872

Fuente: CCSS. Evaluación de Compromisos de Gestión, 2002

Aunque estas diferencias pudieran deberse a situación de pobreza, perfil epidemiológico y demanda de servicios que por lo mismo implican un mayor costo, las diferencias deben ser estudiadas con el fin de ver si son equitativas o no. La misma evaluación de los compromisos gestión también muestra desigualdades entre las regiones con relación al gasto per cápita.



4. Conclusiones

1. Existen diversas interpretaciones de la organización general del sistema de servicios de salud, debido en parte a la vigencia de los Decretos Ejecutivos de 1983 y 1989 que establecen composiciones diferentes del sector salud, por lo que es necesario el análisis con el fin de valorar la composición y sobre todo, los mecanismos de coordinación interinstitucional para mejorar el funcionamiento del sistema.

2. El sistema de servicios de salud se encuentra en un proceso de descentralización y cambio, de una organización centralizada hacia una de máxima desconcentración. Con base en la Ley respectiva, los hospitales, clínicas y áreas de salud tienen mayor atribución para gestionar recursos y contratar servicios, pero ello contrasta con los frágiles mecanismos de supervisión de las áreas normativas.

3. La separación de funciones en el sector salud impulsada por la reforma, ha contribuido a que la CCSS se consolide como el único organismo público proveedor de servicios del seguro de enfermedad y maternidad para toda la población. Por su parte, la CCSS ha separado internamente las funciones de provisión de servicios a cargo de la Gerencia Médica; de compra de servicios y pago a proveedores a cargo de la Gerencia de Administración; y de financiamiento a cargo de la Gerencia Financiera. No obstante, es necesario fortalecer sus mecanismos de coordinación para una planificación integral.

4. Entre los años 1980 a 2000 la inversión en infraestructura y equipamiento en salud fue escasa, por lo que la demanda superó gradualmente la oferta de servicios de primer nivel y de algunas atenciones hospitalarias. Esa situación llevó a buscar proveedores externos como complemento a los recursos institucionales, alentando con ello el desarrollo de cooperativas de salud y el crecimiento de los servicios privados. Actualmente la CCSS compra servicios a las cooperativas para atender en primer nivel a poco más del 10% de la población, así como algunos servicios especializados a instituciones privadas, por lo que es necesario evaluar el costo-beneficio y el costo-efectividad de estas medidas.

5. La cobertura de población asegurada o tasa de aseguramiento por el sistema público de servicios es del 81,8% por lo que es una de las más altas de América, sin embargo. Sin embargo, aún no se logra la cobertura total como lo establece la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961 y la población excluida generalmente es la más pobres, los indígenas e inmigrantes, por lo que es necesario que se formulen políticas y se definan estrategias para extender la protección social en salud a esos grupos.

6. La disponibilidad de recursos humanos en el sistema público de servicios de salud muestra deficiencias cuantitativas, cualitativas y de equidad entre las regiones y áreas de salud. Existen signos de una planificación deficiente por las Universidades, de falta de una política de empleo en el sistema de salud y de escasa coordinación entre ambos sectores. El número de profesionales colegiados muestra tasas de 17,1 y 11,7 por 10,000 hab. para los médicos y enfermeras, respectivamente, pero en las instituciones públicas del sector salud esas tasas son de 16,0 y

3,2, lo cual traduce un ritmo de formación diferente a las necesidades de dicho sector, especialmente para algunas carreras.

7. El análisis del mercado farmacéutico en el país revela un aumento del gasto total de medicamentos. La razón del porcentaje de medicamentos de marca / medicamentos genéricos, muestra un predominio de los primeros. El gasto público en salud destinado a medicamentos ha disminución pero en cambio el gasto per cápita ha aumentado, lo cual puede significar que los ciudadanos compran cada vez mas medicamentos. Estos hechos ameritan ser analizadas por expertos para determinar políticas de gasto social en medicamentos, de uso de medicamentos genéricos y de regulación del mercado farmacéutico.

8. Con el proceso de reforma sectorial se mejoró considerablemente el equipamiento de las unidades de salud en todos los niveles de atención, sin embargo, persisten algunos problemas relacionados con la gestión tecnológica, tales como equipos subutilizados, equipos fuera de servicio y equipos sin instalar. También es necesario que el Ministerio de Salud fortalezca los mecanismos de regulación tecnológica. .

9. El gasto en salud medido en dólares corrientes se duplicó en la década de los años noventa, pero en dólares constantes solo se incrementó 9%, lo que refleja mejor la capacidad de producción o compra de bienes y servicios. Llama la atención el incremento del 23% a 29% del gasto privado en esa misma década y la disminución del gasto público en salud, como porcentaje del gasto público total, de 24% a 20%. El análisis del gasto también deja ver la escasa inversión en infraestructura y formación de recursos humanos, así como la insuficiente definición de políticas de asignación de fondos públicos.

10. Las coberturas de atención, reportadas por la evaluación de los compromisos de gestión requieren ser analizadas e interpretadas cuidadosamente, con el fin de utilizarlas correctamente en la planificación de servicios y la formulación de compromisos de gestión, ya que las coberturas se reportan en comparación con las metas fijadas en los compromisos, pero no en relación a la población general, a la población asegurada, a la población en riesgo o a la población con necesidades de atención. Las normas de atención establecen que todos los menores de un año deben recibir atención médica y un mínimo de consultas, por lo que la meta es del 100%, pero las metas pactadas por los compromisos de gestión generalmente además de ser menores no siempre se cumplen, por lo que la cobertura real es menor.

11. El análisis de la calidad de atención muestra que existen instancias, metodologías e instrumentos para promoverla y mejorarla, sin embargo, tanto la evaluación de los compromisos de gestión realizada por la CCSS como la evaluación de la atención integral en primer nivel que efectúa el Ministerio de Salud, muestran deficiencias en el uso de los resultados. Existen diversas acciones de mejoramiento de la calidad que se han efectuado en los años recientes, tales como la habilitación y la acreditación de establecimientos de salud, así como la metodología de trazadoras, pero requieren institucionalizarse y sobre todo, mejorar el uso de los resultados y promover una cultura de calidad entre los profesionales.

5. Bibliografía:

1. Estado de la Nación. 7º. Informe. Costa Rica 2000. http://www.estadonacion.or.cr/Pag-prin/informes.html
2. Estado de la Nación. 9º. Informe. http://www.estadonacion.or.cr
3. MIDEPLAN. Sistema Nacional de Evaluación (SINE) Costa Rica 2000. http://www.mideplan.go.cr
4. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002 –2006. http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/politicas/politicas.htm
5. Ministerio de Salud. Agenda Sanitaria Concertada. 2002-2006 http://www.netsalud.sa.cr/ms/contenid.htm
6. Estado de la Nación. Auditoria Ciudadana de la Calidad de la Democracia. 2001.
7. Fondo Monetario Internacional. Información de países. 2001 http://www.imf.org/external/country/index.htm
8. MIDEPLAN. Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDE). Costa Rica 2000 http://www.mideplan.go.cr
9. Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación externa para el desarrollo. 2000
10. Fundación Arias. Población migrante nicaraguüense en Costa Rica. Realidades y respuestas 2000 http://www.arias.or.cr/documentos
11. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1999. PCP/INISA/ Costa Rica http://ccp.ucr.ac.cr/observa/plani/metodo.htm
12. IX Censo Nacional de Población y Vivienda, INEC. Costa Rica, 2000. http://www.inec.go.cr/INEC2/pagcenso.htm
13. INEC. Estadísticas Vitales. Principales causas de muerte 1994 – 2000. http://www.inec.go.cr/INEC2/publicaciones.htm
14. INEC. Mortalidad Infantil. Boletín 1, Marzo, 2001. http://www.inec.go.cr/INEC2/morinfantil.htm
15. MS/INCIENSA/CCSS/OPS-OMS. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. 1999.
16. Idem. IX Censo Nacional de Población y Vivienda INEC. Costa Rica, 2000. http://www.inec.go.cr/INEC2/infocenso.htm
17. Idem. Sétimo Informe del Estado de la Nación. 2000. http://www.estadonacion.or.cr/Pag-prin/informes.html
18. Ley General de Salud de Costa Rica. 1973.
19. Decreto Ejecutivo 19275-S. Reglamento del Sistema Nacional de Salud. Se incorpora a UCR y municipios en el sector salud. 1989.
20. Ministerio de Hacienda. http://www.hacienda.go.cr/autoridad_presupuestaria/estudios_y_cifras.html
21. Decreto Ejecutivo No. 27446-S. Creación del Consejo Nacional de Salud. 1998.
22. Ministerio de Salud. Anuario Estadístico del 2000.
23. Decreto Presidencial que aprueba la estructura orgánica actual del Ministerio de Salud. 1998.
24. CCSS. Organigrama Institucional. Diciembre de 1999.
25. Defensoría de los Habitantes. Estudio técnico sobre radioterapia de pacientes de la CCSS. 2001
26. CCSS. Utilización de servicios de salud. 1996 – 2000.
27. Picado, Ch. G. Y Saénz, V. K.: Estimación del gasto privado en servicios de salud de Costa Rica. Junio 2000.
28. Idem. MIDEPLAN. Sistema de indicadores sobre desarrollo sostenible, SIDE. Costa Rica, 2000.
29. MS, CCSS, OPS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Costa Rica, 2001.
30. Ministerio de Salud. Estadísticas de la Dirección de Registros y Controles. 2001.
31. CCSS. Dirección Técnica, Sección de Farmacia. Estudio del precio de los medicamentos y de mayor venta.
32. Idem. MS, CCSS, OPS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Costa Rica, 200.
33. Ministerio de Salud. OPS/OMS. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. FESP. 2001
34. Ministerio de Salud. OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones de Rectoría. 2002.
35. Ministerio de Salud. Resultados de la habilitación y acreditación de establecimientos y servicios. 2000.
36. Ministerio de Salud. OPS/OMS. Gasto y Financiamiento de la Salud en Costa Rica. Serie Análisis de Situación. 2003
37. CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. 1999.
38. Sanchez Arguedas, J.C.: Modernización de la CCSS. 2001
39. Chacón Arce D. Gasto Público en Salud, 1998. CCSS. Presidencia Ejecutiva. D.A.P.E. 1999.
40. CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Sistema Administrador de Información en Seguridad Social. 1999.
41. CCSS. Anuario Estadístico. 2000. http://www.ccss.sa.cr/actuarial/indipres.htm
42. MS, CCSS, AyA, INS. Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad. 1998.
43. Academia Nacional de Ciencias. Encuesta de Comités de Ética Hospitalaria. 2001.
44. CCSS. Superintendencia General de Servicios de Salud. Encuesta de Juntas de Salud.2000.
45. Proyecto de reforma del sector salud. Gerencia de Modernización. Marzo del 2001.
46. MS-CCSS-BID. Proyecto. Rectoría y Fortalecimiento del MS. Unidad Ejecutora. 2000.
47. CCSS. Proyecto de Modernización de la CCSS. 2001.

Serie Análisis de Situación de Salud

1. Situación de Salud. Costa Rica 2002
2. Indicadores de salud. ¿Mejoró la equidad?
3. Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis
4. Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica
5. Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica
6. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos
7. Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica
8. Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.
9. La violencia social en Costa Rica
10. Situación actual de la salud mental en Costa Rica
11. La situación de VIH/SIDA en Costa Rica
12. La salud de la personas adultas mayores en Costa Rica
13. Calidad del agua potable en Costa Rica: situación actual y perspectivas
14. La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas
15. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica