

OPS/CRI/19-001

Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica

Con base al Marco de Monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OPCIRA REGIONAL PARA LAS Américas



Salud universal

Acceso y cobertura para todos

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional para las Américas de la
Organización Mundial de la Salud

Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica

Con base al Marco de Monitoreo de la Estrategia Regional
de Salud Universal



San José, Costa Rica, 2018

Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal

OPS/CRI/19-001

© **Organización Panamericana de la Salud 2019**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal?* San José: OPS; 2019.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Agradecimientos

El Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica es un Documento Técnico de la Oficina de País de OPS/OMS. Se agradece el apoyo de las doctoras Lilian Reneau-Vernon y María Dolores Pérez Rosales, Representantes de OPS/OMS durante el periodo de preparación y publicación del Perfil.

La elaboración de este documento estuvo a cargo de Mario Cruz Peñate con asistencia de Cinthya Madrigal. Mary Poliwka trabajó en la identificación de las fuentes primarias de datos con referencia al Marco de Monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal y creó una base de datos. Jorge Calvo contribuyó con la sección sobre el contexto político y el Capítulo de Gobernanza. Yohana Díaz de Valle estuvo a cargo de la sección sobre Recursos Humanos para la Salud. Enrique Pérez Flores revisó los datos referentes a la situación de salud y aportó orientación sobre la disponibilidad de datos sobre equidad en salud. Se agradece la revisión externa del documento a cargo de Francisco Oviedo.

Las siguientes personas participaron en la validación del documento y en la formulación de propuestas: Jeniffere Ugalde Monge, César Gamboa Peñaranda, Guiselle Rodríguez, Rebeca Alvarado Martín, María Griselda Ugalde, Hellen Zambrana Jiménez, Olga Castro, Ma. Rosibel Vargas Gamboa, Guillermo Flores Galindo, Daniel Salas Peraza, Eduardo Cambronero, Gustavo Picado, Nelson Cordero, Andrea Garita Castro, Adriana Salazar González, David Morales Quirós, Laura Esquivel Jiménez, Allan Rímola Rivas, y Hugo Chacón.

Presentación

Los Perfiles de Sistemas y Servicios de Salud fueron por muchos años una de las publicaciones insignes de la Organización Panamericana de la Salud. Los perfiles constituían una referencia muy utilizada para conocer la forma de organización y funcionamiento de los sistemas de salud de la región, y un instrumento para hacer seguimiento a las principales transformaciones o reformas en la década de los noventas y principios del siglo XXI. Para el caso de Costa Rica, el último perfil se publicó en 2009. Después de una generación de perfiles y un alto en la generación de este tipo de documentos técnicos, la Organización ha repensado su alcance y utilidad en el contexto de la Salud Universal.

A finales del año 2014 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la resolución CD53/5. R14. -“Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, la cual propone cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes que guían la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud: 1) Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, 2) Fortalecer la rectoría y la gobernanza, 3) Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y 4) Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

En la resolución, los Estados Miembros se comprometieron a establecer mecanismos formales de participación y diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas y planes de acción, y de garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia los objetivos de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Al mismo tiempo, los Estados Miembros pidieron a la OPS que priorizara aquellas líneas de cooperación técnica que los apoyaran a avanzar, y medir sus avances, hacia los objetivos de la estrategia.

En respuesta a este mandato, la OPS (Departamento de Sistema de Salud – [HSS/OPS]) lideró el desarrollo de un Marco de Monitoreo, cuyo objetivo es apoyar las actividades de monitoreo y generación de evidencia que informe a los tomadores de decisiones sobre el progreso y el desempeño de las políticas y planes de acción implementados por los Estados Miembros para avanzar hacia la Salud universal y dé lugar a la rendición de cuentas y la introducción de medidas correctivas.

En este Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica, se aplica el Marco de Monitoreo para la Salud universal para describir el Sistema de Salud de Costa Rica, su organización y funcionamiento; tomando como base los elementos que sirven para analizar el avance en la implementación de las líneas estratégicas de Salud Universal. En particular se analiza el avance en la Hoja de Ruta para la Salud Universal que el país elaboró a partir de la adopción de la Estrategia Regional, y las acciones que aún se requieren para proteger los logros del Sistema y afrontar de manera más efectiva los nuevos retos.

Se espera que el documento contribuya a fortalecer el dialogo para la generación de una visión de futuro del Sistema de Salud de Costa Rica, y monitorear sus avances.

*Dra. María Dolores Pérez Rosales,
Representante OPS/OMS, Costa Rica.*

Contenido

Agradecimientos.....	iii
Presentación.....	iv
Contenido	vi
Abreviaturas y siglas	xi
Parte 1. Contexto y Revisión General del Sistema de Salud.....	1
1.1 Contexto y determinantes sociales de la salud	1
<i>a. Contexto demográfico</i>	<i>1</i>
<i>b. Contexto socioeconómico</i>	<i>3</i>
<i>c. Contexto ambiental</i>	<i>6</i>
<i>d. Contexto político</i>	<i>8</i>
1.2 Revisión general del sistema y servicios de salud.....	9
<i>a. Marco constitucional y legal sobre salud en Costa Rica</i>	<i>9</i>
<i>b. Organización del sistema de salud</i>	<i>11</i>
Integración del Sistema Nacional de Salud	12
Objetivos del Sistema Nacional de Salud.....	12
Principios del Sistema Nacional de Salud.....	13
Funciones del Sistema Nacional de Salud.....	13
Parte 2. Insumos y Capacidad del Sistema de Salud	15
2.1 Gobernanza participativa e intersectorial	15
<i>a. Organización</i>	<i>15</i>
Funciones del Ministerio de Salud como rector del Sistema Nacional de Salud.....	15
Marco estratégico del Ministerio de Salud.....	17
Niveles de jerarquía y gestión institucional del Ministerio de Salud.....	18
<i>b. Liderazgo.....</i>	<i>19</i>
<i>c. Formulación de políticas y planes nacionales en salud</i>	<i>23</i>
<i>d. Planeación</i>	<i>26</i>
<i>e. Regulación</i>	<i>28</i>
<i>f. Empoderamiento de las personas.....</i>	<i>32</i>
<i>g. Coordinación intersectorial</i>	<i>35</i>

2.2	Financiamiento para el acceso y la cobertura universal de salud	35
	<i>a. Inversión en salud</i>	<i>35</i>
	<i>b. Fuentes de financiamiento</i>	<i>41</i>
	<i>c. Sistema de financiamiento estatutario</i>	<i>43</i>
	<i>d. Colección de fondos</i>	<i>47</i>
	<i>e. Mancomunación de fondos</i>	<i>50</i>
	<i>f. Relación entre compradores y proveedores de servicios</i>	<i>51</i>
	<i>g. Gasto de bolsillo y costos compartidos</i>	<i>52</i>
	<i>h. Seguros privados de salud.....</i>	<i>54</i>
	<i>i. Mecanismos de pago a proveedores.....</i>	<i>56</i>
2.3	Capacidad y recursos apropiados para la prestación de servicios.....	57
	<i>a. Recursos humanos para la salud.....</i>	<i>57</i>
	<i>b. Recursos físicos.....</i>	<i>66</i>
	<i>c. Sistemas de información en salud.....</i>	<i>69</i>
2.4	Prestación de servicios	70
	<i>a. Modelo de atención</i>	<i>70</i>
	<i>b. Provisión de los servicios.....</i>	<i>72</i>
	Primer nivel de atención	72
	Segundo nivel de atención.....	76
	Tercer nivel de atención	76
Parte 3.	Análisis y funcionamiento del Sistema de Salud	82
3.1	Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento de los sistemas de salud.....	82
	<i>a. Ampliación de acceso equitativo a servicios de salud, integrales y de calidad centrados en las personas y las comunidades</i>	<i>82</i>
	<i>b. Fortalecimiento de la gobernanza</i>	<i>93</i>
	<i>c. Adecuación del financiamiento con eficiencia y equidad.....</i>	<i>95</i>
	<i>d. Acción sobre los determinantes sociales.....</i>	<i>99</i>
3.2	Salud y bienestar	103
Parte 4.	Conclusiones y propuestas de cambio.....	105
	Bibliografía	107

Índice de Tablas

Tabla 1	Tendencias en indicadores demográficos.....	3
Tabla 2	Tendencias en Indicadores Económicos.....	5
Tabla 3	Tendencias en Indicadores Sociales.....	6
Tabla 4	Intervenciones intersectoriales con impacto en salud.....	6
Tabla 5	Costa Rica: tendencias del gasto en salud, 2011-2016.....	36
Tabla 6	Costa Rica: porcentaje del gasto total en salud, según actor, periodo 2011-2016.....	38
Tabla 7	Costa Rica: tendencia en el gasto según función de salud 2011-2016.....	39
Tabla 8	Costa Rica: gasto en salud según factor de provisión, periodo 2011-2016.....	40
Tabla 9	Costa Rica: distribución porcentual según esquema de financiamiento de la salud, 2011-2016.....	42
Tabla 10	Costa Rica: aporte por cada agente de financiamiento en salud, periodo 2011-2016.....	42
Tabla 11	Costa Rica: porcentaje de cobertura contributiva según condición de aseguramiento por año. CCSS, 2011-2016.....	46
Tabla 12	Costa Rica: gasto en salud según la fuente del recurso, 2011-2016.....	47
Tabla 13	Costa Rica: mecanismos de pago a proveedores, sector público.....	57
Tabla 14	Disponibilidad en la fuerza de trabajo en salud 2015.....	58
Tabla 15	Distribución de funcionarios en salud de la CCSS por cada 10.000 habitantes, según región, 2016.....	59
Tabla 16	Distribución de los EBAIS y sedes de EBAIS de la CCSS, por región al 2018.....	68
Tabla 17	Disponibilidad y utilización de equipos médicos, al 2015.....	69
Tabla 18	Costa Rica: cobertura del Seguro Social de la CCSS reportada por los Hogares, según zona geográfica por año, 2012-2016.....	87
Tabla 19	Costa Rica: cobertura reportada por los Hogares según quintil de ingreso por año, 2012-2016.....	87
Tabla 20	Costa Rica: cobertura reportada por los Hogares según región de planificación por año, 2012-2016.....	88
Tabla 21	Costa Rica: indicadores en servicios de salud preventivos, último año disponible.....	88

Tabla 22	Costa Rica: indicadores en servicios de tratamiento, último año disponible.....	89
Tabla 23	Calidad de los Cuidados.....	91
Tabla 24	Indicadores sugeridos de eficiencia técnica, último año disponible (información únicamente de hospitales de la CCSS).....	97
Tabla 25	Indicadores generales de salud.....	103

Índice de Cuadros

Cuadro 1	Iniciativas orientadas a los servicios y establecimientos de salud, Ministerio de Salud.....	29
Cuadro 2	Iniciativas orientadas a la investigación y tecnología en salud, Ministerio de Salud.....	31
Cuadro 3	Iniciativas orientadas a la formación, capacitación y planificación del recurso humano en salud, Ministerio de Salud.....	63
Cuadro 4	Servicios del Programa de Atención Integral en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	74
Cuadro 5	Establecimientos que conforman el tercer nivel de atención, CCSS.....	76
Cuadro 6	Ámbitos de acción y áreas de intervención de la Política Nacional de Salud.....	86
Cuadro 7	Iniciativas orientadas a la población migrante e indígena migrante, Ministerio de Salud.....	100

Índice de Figuras

Figura 1	Organización, funcionamiento y esquema de financiamiento del sistema de salud de Costa Rica.....	14
Figura 2	Misión, visión y valores institucionales del Ministerio de Salud.....	17
Figura 3	Cotizaciones al seguro de salud para cobertura de asegurado directo CCSS, sector asalariado.....	48
Figura 4	Cotizaciones al seguro de salud para cobertura de asegurado directo CCSS, sector pensionado.....	49
Figura 5	Red de servicios de salud Noroeste, CCSS.....	77
Figura 6	Red de servicios de salud Este, CCSS.....	78
Figura 7	Red de servicios de salud Sur, CCSS.....	79
Figura 9	Reformas que dieron origen al Seguro Social de Costa Rica, 1930-2016.....	83

Índice de Gráficos

Gráfico 1	Estructura poblacional Costa Rica 2015, 2025, 2035, 2045.....	2
Gráfico 2	Coefficiente de Gini, Costa Rica, 1999-2017.	4
Gráfico 3	Gasto según función de salud, Costa Rica periodo 2011-2016 (millones de colones).....	40
Gráfico 4	Costa Rica: agentes de financiamiento en salud y su aporte como porcentaje del gasto total en salud, periodo 2011-2016	41
Gráfico 5	Costa Rica: porcentaje de hogares que hicieron uso del servicio de consulta médica, por quintil de ingreso, según proveedor, 2013	50
Gráfico 6	Costa Rica: proveedores de servicios de salud según participación en el gasto en salud, 2011-2016 (millones de colones) (Metodología SHA 2011).....	52
Gráfico 7	Costa Rica: Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado, 2011-2016	53
Gráfico 8	Costa Rica: composición del gasto de bolsillo de los hogares, 2013	54
Gráfico 9	Costa Rica: composición del gasto privado en salud, 2011-2016.....	56
Gráfico 10	Distribución por región de los funcionarios en salud de la CCSS, por cada 10.000 hab, 2016.....	72

Abreviaturas y siglas

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)
Comisión Nacional de Emergencias (CNE)
Consejo Nacional de Enseñanza Superior (CONESUP)
Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAN)
Consejo Nacional de la Persona con Discapacidad (CONAPDIS)
Consejo Nacional de Rectoría (CONARE)
Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición – Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI)
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)
Instituto Costarricense de Drogas (ICD)
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)
Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM)
Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
Instituto Nacional de Seguros de Costa Rica (INS)
Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
Junta de Protección Social (JPS)
Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)
Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE)
Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICITT)
Ministerio de Educación Pública (MEP)
Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN)
Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
Patronato Nacional de la Infancia (PANI)

Parte 1.

Contexto y Revisión General del Sistema de Salud



1.1 Contexto y determinantes sociales de la salud

a. Contexto demográfico

Costa Rica es un país ubicado en América Central y limítrofe con los países de Nicaragua y Panamá. Políticamente el país está dividido en tres tipos de entidades territoriales: 7 provincias, 81 cantones y 463 distritos. El país está poblado por aproximadamente 5 003 402 habitantes, de los cuales el 49,57% son mujeres y el 50,42% son hombres, esto para el 2018 (1).

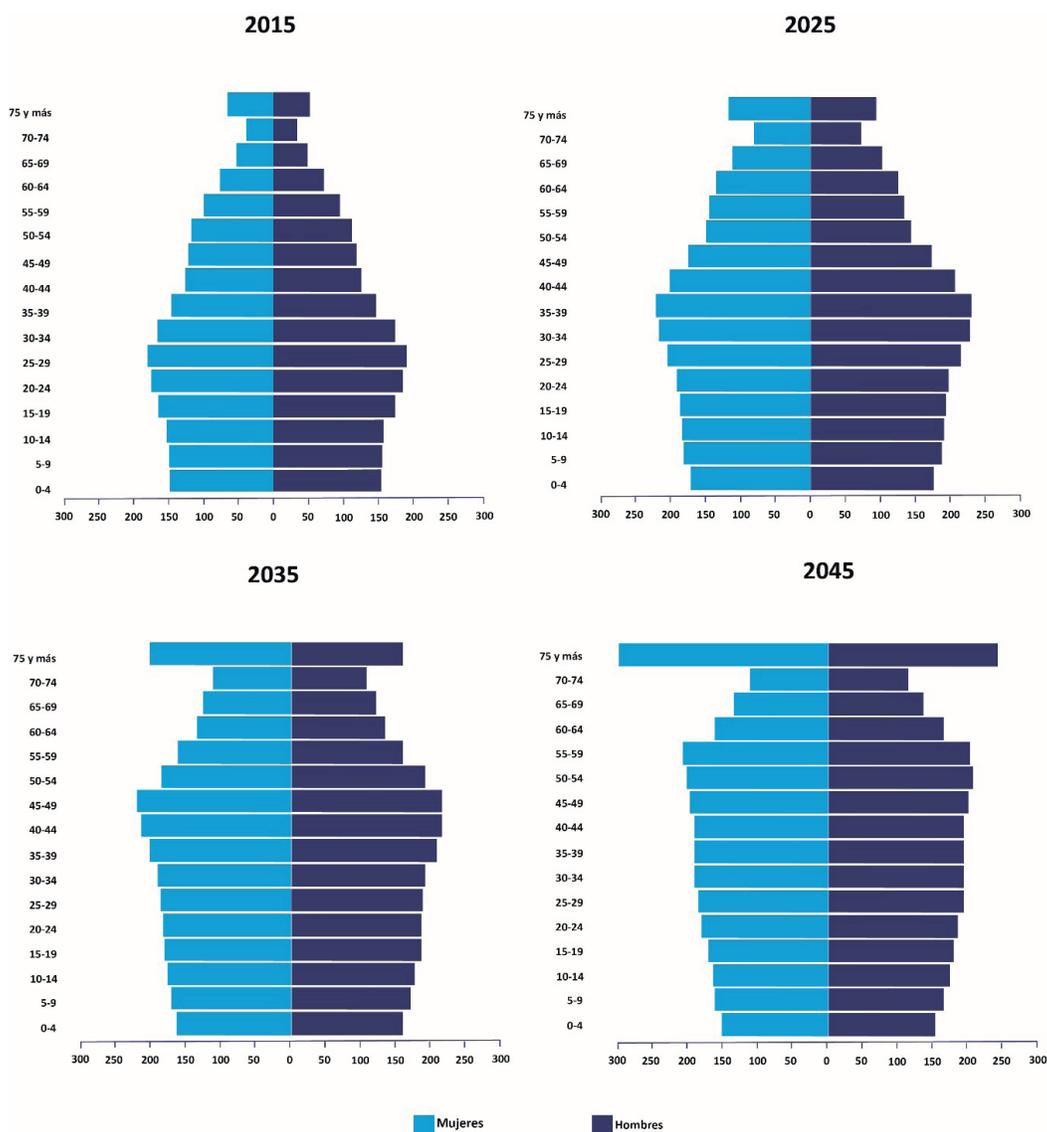
En términos territoriales, las zonas urbanas concentran la mayor proporción de población. En el año 2015, un 77% del total de los habitantes del país se concentraban en las áreas urbanizadas (2). Existen 8 pueblos indígenas originarios que se distribuyen en 24 territorios. Del total de la población, el 2,4% se auto describe como indígena, el 1,9% como afrodescendiente y el 0,5% como chino (2).

En el país habitan poblaciones de diversas etnias, aquellas de mayor predominio demográfico serían: la población blanca y mestiza (83,6%), seguida por la población afrodescendiente (7,8%), la indígena (2,4%), y la china (0,2%) (3). Por otro lado, la población inmigrante constituye un importante porcentaje del total de habitantes. Según datos de la CEPAL, existen 385.000 inmigrantes registrados, lo que representa el 9% de la población total del país y el porcentaje más alto en comparación con los demás países de la región Latinoamericana y del Caribe (4), de este 9% de inmigrantes el 74,5% son de origen nicaragüense.

En el periodo 1990-2015, la población nacional aumentó un 55,3% (2) y su estructura se transformó desde una tendencia rápidamente expansiva hacia un envejecimiento de la población. A razón de ello, cabe destacar la paulatina desaceleración en la última década de la tasa de crecimiento poblacional del país,

situada en el año 2016 en 1,203%, en comparación con la tasa de crecimiento anual de la población del año 2000 que era de 2,258%.

Gráfico 1. Estructura poblacional Costa Rica 2015, 2025, 2035, 2045



Fuente: tomado de la referencia (1).

Esta transición demográfica representa un reto significativo para quienes toman decisiones en cuanto a la sostenibilidad financiera tanto de los seguros de salud como de la seguridad social, de manera que las nuevas generaciones puedan tener certeza de que sus derechos en estos ámbitos están garantizados (5).

Mientras, la tasa de mortalidad general ha descendido de manera importante en los últimos años: pasó de 10,1 por 1000 habitantes en 1950 a 4,4 muertes por 1 000 habitantes (4,9 en hombres y 3,2 en mujeres) en el año 2014 (2). Esta tesitura demográfica ha desembocado en el aumento paulatino en las últimas décadas de la esperanza de vida al nacer en Costa Rica, situada en 80 años para el período del 2016 (6). Datos que se asemejan en gran manera a la media de los países de la OCDE y que supera estadísticamente a todos los países latinoamericanos.

Por otro lado, la tasa global de fecundidad ha ido descendiendo paulatinamente en este país. En el año 2010, esta misma se situaba en un 1,77 mientras que en el año 2000 rondaba en un 2,41 (7). De esta manera, se puede comprender que el envejecimiento que se está dando en la población costarricense, cada vez es más patente. Tanto es así, que en 2010 la población mayor de 65 años representaba alrededor del 5% de la población total en Costa Rica, y se espera que para las próximas décadas esta cifra se cuadruplique (3). Esta situación es merecedora de atención puesto que tendrá un gran impacto en la salud de la población costarricense y en el propio sistema sanitario.

A continuación, se muestran algunos de los principales indicadores demográficos del país, tomando valores del año 2000, 2005, 2010 y el último año disponible, lo que permitió hacer un análisis de la tendencia de dichos indicadores.

Tabla 1 Tendencias en indicadores demográficos

Indicadores	2000	2005	2010	Último año disponible
Tasa de crecimiento anual de la población (valor en %). ^a	2,258	1,528	1,444	1,203 (2016)
Esperanza de vida al nacer. ^a	77,7	79,1	79,0	80,0 (2016)
Proporción de la población urbana. ^b	59,05	65,67	71,73	77,67 (2016)
Tasa Global de Fecundidad. ^c	2,4	2,1	1,9	1,8 (2017)

Fuente: Basado en la información brindada en las referencias (6; 8; 9)

Nota: ^a datos de la fuente 1, ^b datos de la fuente 7, ^c datos de la fuente 8.

Del año 2000 al 2016 se puede ver un aumento de 18,62 puntos porcentuales en cuánto a la proporción de población urbana con respecto a la población total del país. Cifras que indican un cambio en la distribución geográfica y las consecuentes dinámicas de empleo y educación, concentrándose la mayor parte de los servicios en el Gran Área Metropolitana.

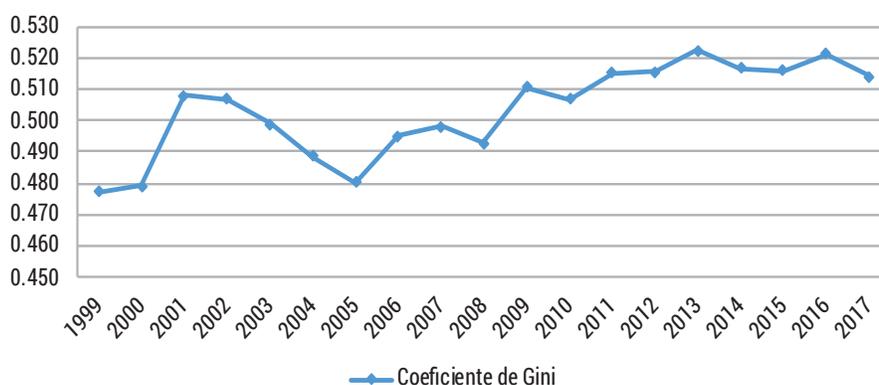
b. Contexto socioeconómico

Según Garnier y Acón (5) el modelo de desarrollo de Costa Rica se basa en varios pilares: la apertura y liberalización económica; el compromiso con los derechos humanos y con la provisión universal de bienes y servicios básicos; la conservación de grandes partes de territorio natural; y la estabilidad democrática.

Ese compromiso se demuestra en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) según el PNUD, que para el 2015 Costa Rica se ubicaba en el puesto 66, considerado como un país de desarrollo humano alto, ocupando la posición número 9 de América Latina y el Caribe; sin embargo, si se compara esta posición con la posición que ocuparía con el IDH ajustado por desigualdad, se percibe que baja 9 lugares (10).

Esta situación refleja que aún falta mucho por recorrer en temas de desigualdad, Costa Rica ha demostrado un creciente aumento en la desigualdad en la distribución de los ingresos, medida por el coeficiente de Gini. El siguiente gráfico demuestra el creciente aumento del índice de desigualdad, con repuntes para los años 2001, 2009, 2013, y el último con un 0,521 para el 2016, se nota un descenso de 0,007 puntos, para el 2017, con un coeficiente de Gini de 0,514, siendo el más bajo desde el 2011.

Gráfico 2 Coeficiente de Gini, Costa Rica, 1999-2017.



Fuente: elaboración propia con base en las referencias (6; 11)

A lo largo de la historia América Latina se ha caracterizado por ser la región más desigual del mundo y Costa Rica no se queda atrás en esa realidad. “Según la CEPAL (2016), las asimetrías en la distribución de los ingresos son la causa y el efecto de otras desigualdades en los ámbitos del trabajo, la educación y la salud” (12). Costa Rica pasó en menos de 20 años de ser uno de los países más equitativos de la región, a estar en rangos cercanos al promedio de la región latinoamericana.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica, en su Encuesta Nacional de Hogares realizada en julio de 2017, se muestra la desigualdad en la distribución del ingreso nacional, siendo el 20% de los hogares con mayor ingreso el que acumula el 50,9% del total del ingreso a nivel nacional, mientras que en el otro extremo, el 20% de hogares con menor ingreso acumula únicamente el 4,0% del total (11).

El ingreso promedio para los hogares del quintil cinco es 12,7 veces mayor al promedio en los hogares del quintil uno (para el quintil cinco el ingreso promedio por hogar va de ¢2 634 851 y de ¢1 065 486 en la medición per cápita, mientras para los hogares del quintil uno el promedio de ingreso va de ¢207 870 y de ¢59 537 per cápita), a nivel per cápita, las personas del quintil cinco reciben 17,9 veces

más ingreso que las personas del quintil uno. Cabe resaltar que en el quintil cinco solamente se encuentran el 16,4% de la población total del país, este posee el 50,9% de los ingresos del país, mientras el 83,6% de la población debe redistribuirse el 49,1% del ingreso restante (11).

Tabla 2 Tendencias en Indicadores Económicos

Indicadores	2000	2005	2010	Último año disponible (2016)
Producto interno bruto (PIB) per cápita \$ internacionales (ajuste PAM). ^a	7 829,81	9 817,00	12 737,02	16 609,74
Proporción de la población bajo la línea internacional de pobreza. ^b			1,6% (2015)	1,3%
Relación entre el ingreso promedio de los hogares del quinto quintil y los del primero ^c	9,7	9,4	10,8	12,9
Coefficiente Gini. ^c	0,479	0,480	0,507	0,521
Tasa de desempleo. ^c	5,1	6,6	7,3	7,8

Fuente: ^adatos de la fuente (8), las siglas PAM corresponden a Poder Adquisitivo de la Moneda, ^bla línea de pobreza internacional según el Banco Mundial es de \$1,90 datos tomados de la fuente (13) y (14), ^c datos de la fuente (6)

Según datos del INEC, para julio de 2017 el porcentaje de hogares en situación de pobreza por la línea de pobreza nacional fue de 20% y de este un 5,7% de hogares se encontraba en condición de pobreza extrema, en términos absolutos esto representó un total de 305 231 hogares y un total 86 663 hogares en pobreza y pobreza extrema respectivamente. Estos datos varían algunos puntos porcentuales al considerar la incidencia de pobreza en términos de personas para el mismo año, siendo 22,1% del total de la población en pobreza, y 6,2% de personas en pobreza extrema (11).

Un creciente desempleo afecta al país y golpea las economías familiares, especialmente afectando a mujeres, zonas rurales y sectores de la población más vulnerables. Concretamente, la tasa de desempleo de la población activa fue en 2016 de un 7,8% (6).

Costa Rica se enfrenta actualmente a una disyuntiva en que, a pesar del crecimiento económico, no se han ampliado las posibilidades que ofrece el mercado laboral. Por el contrario, se experimenta un incremento del desempleo y de la subutilización de la mano de obra, lo que ha contribuido, por una parte, a limitar los resultados de las acciones encaminadas a reducir la pobreza y, por otra, a un incremento de la desigualdad de los ingresos sin precedentes en el país, que está fragmentando el tejido social (15).

Mientras tanto, en el sector de la salud Costa Rica, es uno de los países de la región que más invierten en relación con el porcentaje del PIB, junto con Canadá, Estados Unidos, Cuba y Uruguay, es uno de los países del continente americano que asigna cerca del 6% de su PIB al gasto público en salud (2). Según los resultados de los estudios de Cuentas en Salud, Costa Rica invirtió en el 2016 el 7,8% de su PIB en salud.

Tabla 3 Tendencias en Indicadores Sociales

Indicadores	2000	2005	2010	Último año disponible
Tasa bruta de escolaridad primaria. ^a	-	113,3	113,4	106,6 (2017)
Tasa de alfabetización. ^b	94,87			97,41 (2011)
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad. ^c	77,8	67,7	62,3	54,6(2017)

Fuente: elaboración propia

Nota: ^a datos de indicadores de la fuente (16), la tasa de alfabetización corresponde al porcentaje de personas mayores de 15 años, fue tomada de ^b (17), ^c datos de Indicadores OPS (18).

Tabla 4 Intervenciones intersectoriales con impacto en salud

Indicadores	Ultimo año disponible
Porcentaje de la población con acceso a servicios de agua potable.	95,27% (2016)
Porcentaje de la población conectada a un sistema de captación de aguas residuales (alcantarilla).	21,26% (2016)

Fuente: datos de la referencia (19).

c. Contexto ambiental

Costa Rica es un país que, consciente de su rica biodiversidad, posee un histórico compromiso por la defensa del medioambiente. Su amplio desarrollo de políticas ambientales le han reportado reconocimiento internacional en la materia. Su compromiso queda bien reflejado a nivel constitucional con la inclusión de la variable ambiental en la modificación a la carta magna nacional del año 1993, en la que se incorporó al artículo 50 que dice: “todo ciudadano tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado” (20).

Además, este país ha suscrito más de 100 nuevas disposiciones ambientales entre los años 2015-2016 y más de 40 tratados y convenciones internacionales ambientales a lo largo de toda su historia, lo que le ha otorgado una gran fortaleza ecológica. Tanto es así que la propuesta de convertir al país en una economía neutra en emisiones de gases de efecto invernadero o “carbono neutra” para el año 2021 es considerada como la mayor aspiración política en la materia, en lo que a las perspectivas de desarrollo del país se refiere (21).

En el ámbito de la gobernanza ambiental, la principal responsabilidad de gestión en Costa Rica recae, según lo establece la Ley Orgánica del Ambiente, en el Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones (MINAET). No obstante, esta misma ley, estableció también el denominado Consejo Nacional Ambiental, órgano colegiado compuesto por varios Ministros de Gobierno, llamado a facilitar el diálogo político al más alto nivel y a asesorar a la Presidencia de la República en este campo con miras a mejorar las oportunidades de coordinación intersectorial; pero que sin embargo no ha tenido una presencia sistemática durante las diversas administraciones que se han ido sucediendo en el gobierno (22).

Durante las últimas décadas, las políticas ambientales en Costa Rica han estado principalmente orientadas a la protección y conservación de los recursos naturales y a la generación eléctrica a partir de fuentes renovables. De hecho, tales han sido los avances ambientales en este aspecto y la eficiencia de las políticas que el 98% de la energía que consumió Costa Rica en el año 2016, por segundo año consecutivo, provenía de fuentes renovables. Según informó el Instituto Costarricense de Electricidad en el 2014, el 74,39% de la energía provino de las hidroeléctricas, el 12,43% de la geotermia, el 10,65% de las plantas eólicas, el 0,73% de la biomasa y el 0,01% de los paneles solares (23).

Sin embargo, según el Programa Estado de la Nación 2017 (12), se encuentra que:

los patrones de uso del suelo, sin planificación y de alto impacto ambiental, no solo están en la Gran Área Metropolitana (GAM), sino que se han expandido a otras partes de la geografía nacional, con comportamientos reiterados y onerosos para el desarrollo humano que, además, aumentan la vulnerabilidad a desastres y comprometen los innegables logros en materia de protección (12).

A pesar de los innegables logros de Costa Rica, se debe ser consciente de los diferentes desafíos ambientales que el país enfrenta; como pueden ser la adecuada gestión del recurso hídrico, la gestión de residuos, la contaminación a todo nivel, el urbanismo poco planificado y la necesidad de equilibrar las inversiones de los programas ambientales o los mecanismos de adaptación ante el cambio climático. “Costa Rica muestra, en consecuencia, una insostenibilidad ambiental consolidada en algunos ámbitos, y riesgos en aquellos en los que mejor se ha desempeñado” (12).

En definitiva, cierto es que el país posee una legislación ampliamente desarrollada y una gran cantidad de herramientas legales para proteger el medioambiente. Sin embargo, la gestión ambiental sigue siendo limitada. Las insuficiencias y las ineficacias en la gestión ambiental del país responden a una serie de problemas estructurales que precisan de políticas coordinadas e intersectoriales, así como cambios culturales en la población. De lo contrario, se seguirán manteniendo realidades ambientales que podrían perjudicar gravemente la salud de la población costarricense.

d. Contexto político

Durante décadas, Costa Rica ha disfrutado de una estabilidad política reseñable “permitiendo a este país hacer progresos regulares en lo social y lo económico” (25). Este país, conocido políticamente por ser la democracia más antigua de América Latina, se caracteriza por su sociedad pacífica, sus ambiciosas políticas ambientales y su gran inversión en servicios sociales.

Desde la finalización de la guerra civil en 1948, el ejército fue abolido y la inversión en educación, salud y cultura fueron las prioridades políticas nacionales. Sin embargo, pese a ser uno de los países más prósperos de América Latina, Costa Rica también presenta determinadas dificultades a las que debe enfrentarse con vehemencia. La pobreza, la desigualdad, el desempleo, la corrupción, la desafección política o los problemas de solvencia en las finanzas públicas son solo alguna de ellos.

Sin embargo, el principal desafío político que actualmente afronta este país hace referencia a la fragmentación del poder que acontece en el sistema político costarricense desde inicios de este siglo. El sistema político de Costa Rica presenta problemas de disfuncionalidad sistemática como consecuencia de la existencia combinada de un régimen presidencialista sin mayoría legislativa y un sistema multipartidista fragmentado, produciendo de esta manera situaciones de parálisis o enfrentamiento político (23).

Por otro lado, bajo el contexto sanitario, Costa Rica se ha caracterizado por gozar de una sólida proyección del Sistema de Salud desde hace décadas. El compromiso nacional por la salud en Costa Rica es tenaz. A raíz de la promulgación de la Ley General de Salud en 1973, la irrenunciable y esencial función estatal de velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de todos los habitantes del país queda establecida como realidad social. El sistema público sanitario costarricense se caracteriza desde entonces por ofrecer a sus ciudadanos una cobertura casi universal a una gama completa de servicios de salud y por poseer una seguridad económica eficaz frente a posibles catástrofes sanitarias.

En el 2015 la cobertura sanitaria de la población costarricense fue de 94,9% (26), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que toda persona tiene derecho a disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental” (27); y en este sentido, Costa Rica puede presumir de haber alcanzado indicadores que se destacan a nivel internacional, con una esperanza de vida para sus habitantes en el 2016 de 80 años, cercana al promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) la cuál para el 2015 era de 80,6.

Seguidamente, cabe destacar las diferentes problemáticas a las que actualmente se enfrenta el sistema sanitario costarricense. Como consecuencia de la transición epidemiológica que vive el país actualmente, dónde las enfermedades crónicas están prevaleciendo, ha sido necesario un incremento en los recursos para su atención. Un mayor número de especialistas, medicamentos de última generación o nuevas tecnologías para el diagnóstico han sido necesitados entre otros. Además, la caducidad en la infraestructura de algunos centros médicos, el rezago en la sustitución de equipo médico y la falta de especialistas o técnicos han colaborado en deteriorar la efectividad del sistema sanitario público. Todo ello ha derivado en un incremento del costo de las prestaciones de salud y consecuentemente en una mayor presión sobre las finanzas institucionales (21).

Costa Rica forma parte del Sistema de Integración Centroamérica y, en los últimos años, ha firmado tratados de libre comercio con varios países como Canadá, China, México, Estados Unidos, Unión Europea, Perú, Panamá y Colombia (24), lo que supone nuevas oportunidades de participación de las empresas privadas en la prestación de servicios de salud y comercialización de productos relacionados con la salud, incluidos los medicamentos.

Finalmente, una de las prioridades de diferentes Administraciones ha sido la adhesión del país a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la cual está en curso. Esta implica la revisión del país en 22 comités diferentes, entre ellos un Comité de Salud, en el cual se han completado informes e instrumentos¹.

1.2 Revisión general del sistema y servicios de salud

a. *Marco constitucional y legal sobre salud en Costa Rica*

En Costa Rica el marco normativo que regula la salud se empieza a gestar desde 1923 con el primer Código Sanitario del país, por medio de la Ley N°52 sobre la Protección de la Salud Pública, en la cual, se establece que el Estado es quien debe velar por la conservación y mejoramiento de la salud pública. Estas funciones estaban a cargo de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, constituida por Decreto Ejecutivo en 1922, la misma se transforma en la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, en 1927, a través del Decreto Ejecutivo N°4 (28; 29).

Como primer proveedor institucional de servicios de salud, se debe hacer referencia a la creación del Banco de Seguros en 1924, llamado después Instituto Nacional de Seguros (INS), específicamente a cargo de los seguros del riesgo del trabajo. En 1943 se emite la Ley N°17 Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) “creada para aplicar los seguros sociales obligatorios” (30), el seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario, financiados por medio de un sistema tripartito (trabajador, patrono, Estado) (30).

Para 1949 se crea un nuevo Código Sanitario, por medio de la Ley N°809, la cual deroga la N°52 sobre Protección de la Salud Pública, este código transforma la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social en el Ministerio de Salubridad, estableciendo nuevamente la protección de la salud pública como una función del Estado (31).

El máximo instrumento del ordenamiento jurídico del país es la Constitución Política de la República de Costa Rica de 1949, en la cual a pesar de no encontrarse de forma explícita el derecho a la salud, este se ha interpretado por parte de los tribunales como derivado del derecho a la vida, consagrado en el Artículo 21 “la vida humana es inviolable”, Artículo 46 “los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, ambiente y seguridad e intereses económicos” y en el Artículo 50 el cual establece que “el Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país (...). Toda Persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado (...). El Estado garantizará, defenderá y preservará ese derecho” (20).

¹ Información brindada por la Lic. Adriana Salazar, Jefa de la Unidad de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud.

Además, en el Artículo 73 se establecen los seguros sociales:

(...) los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales (20).

En 1961 por medio de la Ley N°2738 Reforma Constitucional se decreta la universalización de los seguros sociales y se garantiza el cumplimiento del pago del Estado como tal y como patrono, un paso primordial para la construcción del sistema de salud de Costa Rica, esta reforma se encuentra contemplada en el artículo 177 de la Constitución Política.

Es en 1973 cuando se crea la actual Ley General de Salud N°5395, derogando por completo el Código Sanitario de 1949. Esta Ley General reafirma que la salud de la población es un bien de interés público y estipula que es función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses, garantizando el derecho de las prestaciones de salud a todos los habitantes del país, es el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública (hoy Ministerio de Salud), el encargado de definir la política nacional de salud, así como “la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud” (32).

En 1983, se define formalmente el sector salud, mediante el Decreto Ejecutivo N°14313 SPPS-PLAN llamado Constitución del Sector Salud, ya desde el año 1979 se había estructurado en sus rasgos más generales, pero no se habían definido claramente las potestades que el (la) Presidente (a) de la República y el (la) Ministro (a) de Salud tendrían sobre las instituciones que lo integraban.

Para ese momento se define la integración del Sector Salud por: el Ministerio de Salud (MINSa); el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN); el Ministerio de Presidencia (MP); el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA); la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); además para asuntos específicos, los programas o actividades a cargo de las siguientes entidades que deban enmarcarse dentro de las políticas del Sector: Instituto Nacional de Seguros (INS), en su programa de riesgos profesionales y cualesquiera otros atinentes a prevención y tratamiento; Universidad de Costa Rica (UCR), en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas. En el 2002 se incluye el Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER).

Como parte de las funciones del Poder Ejecutivo está el definir cuáles son los sectores bajo la administración de cada gobierno, por lo tanto, cuáles son las instituciones que integran cada sector, en el ejercicio de esta potestad es que el Decreto N°14313 es derogado en el 2008 con el Decreto Ejecutivo N°34582; y define que el Sector Salud se compone por el MINSa, la CCSS, el ICAA y el ICODER.

La conformación más reciente y vigente del sector salud se establece por el Decreto Ejecutivo N°41187 el Sector Salud, Nutrición y Deporte, norma vigente a partir de junio del 2018, el cual está conformado por:

las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas: Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE) (33).

Con respecto al Sistema Nacional de Salud, su conformación se reconoce en 1989, por Decreto Ejecutivo N°19276-S, se determina que está integrado por el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad principal la protección y el mejoramiento del estado de la salud de las personas, las familias y las comunidades, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo (34; 35).

En este mismo Decreto se establece el Reglamento General del Sistema, mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud de: la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar la salud y el bienestar para toda la población (35).

b. Organización del sistema de salud

Es importante mencionar que el sistema de salud vivió una significativa transformación en la década de los noventa, periodo en que se implementa una reforma del Sector Salud, en el marco de la discusión sobre la Reforma del Estado Costarricense. En 1991 se conforma una Comisión Evaluadora del Sector Salud, esta comisión identifica los principales problemas a los que se enfrentaba el sector y elaboran en 1993 el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud.

Los principales objetivos de la reforma fueron: 1) aumentar la capacidad institucional; 2) rediseñar la organización, y 3) el funcionamiento del sistema de salud y el impulso de un modelo de atención que pusiera énfasis en la Atención Primaria (36). Parte de esta reforma implicó la separación de funciones entre la prestación de servicios y la rectoría, por tanto, se definieron las funciones del Ministerio de Salud a partir de la rectoría.

Uno de los principales elementos de esta reforma fue la reorganización de la atención primaria, que contó con dos ejes primordiales, primero fue el traslado de todas las funciones de atención de la salud, que brindaba el Ministerio de Salud, a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La transferencia incluyó: recurso humano, instalaciones y equipo de los centros de salud que pertenecían al Ministerio, institución que sólo conservó algunos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como control de vectores, saneamiento básico, atención integral a niños y niñas de familias con necesidades nutricionales por medio de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), y la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de adicción a cargo del órgano adscrito, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Como segundo eje, se constituyó por parte de la CCSS, la red de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y Áreas de Salud, con el principal objetivo de cumplir con la cobertura universal que ya se había establecido previamente en la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961. La CCSS divide el territorio nacional en siete regiones sanitarias, cada región subdividida en áreas de salud que contarían con un EBAIS por cada 3500-4000 habitantes, dependiendo de la densidad poblacional (37).

Previo a esta reforma, el Ministerio de Salud realizaba funciones de atención preventiva y curativa a las personas, funciones que fueron trasladadas en su totalidad a la CCSS. A partir del año 1998 el Ministerio de Salud transformó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, hizo un cambio de personal y capacitó a sus profesionales para realizar nuevas funciones.

Integración del Sistema Nacional de Salud



Fuente: basado en la referencia (38).

Objetivos del Sistema Nacional de Salud.

1. Garantizar a toda la población servicios integrales de salud de buena calidad.
2. Elaborar y aplicar estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos y control en el uso de los mismos.
3. Establecer y promover subsistemas y procesos administrativos para el manejo de recursos del Sistema en cada uno de los niveles, de manera efectiva, eficiente, equitativa, y participativa, y promover la movilización de los otros sectores, a fin de garantizar una disponibilidad suficiente y racional de los mismos.

4. Garantizar la existencia de una legislación nacional en salud, congruente y actualizada, para facilitar el cumplimiento de los propósitos, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y las Políticas Nacionales de Salud (38).

Principios del Sistema Nacional de Salud.

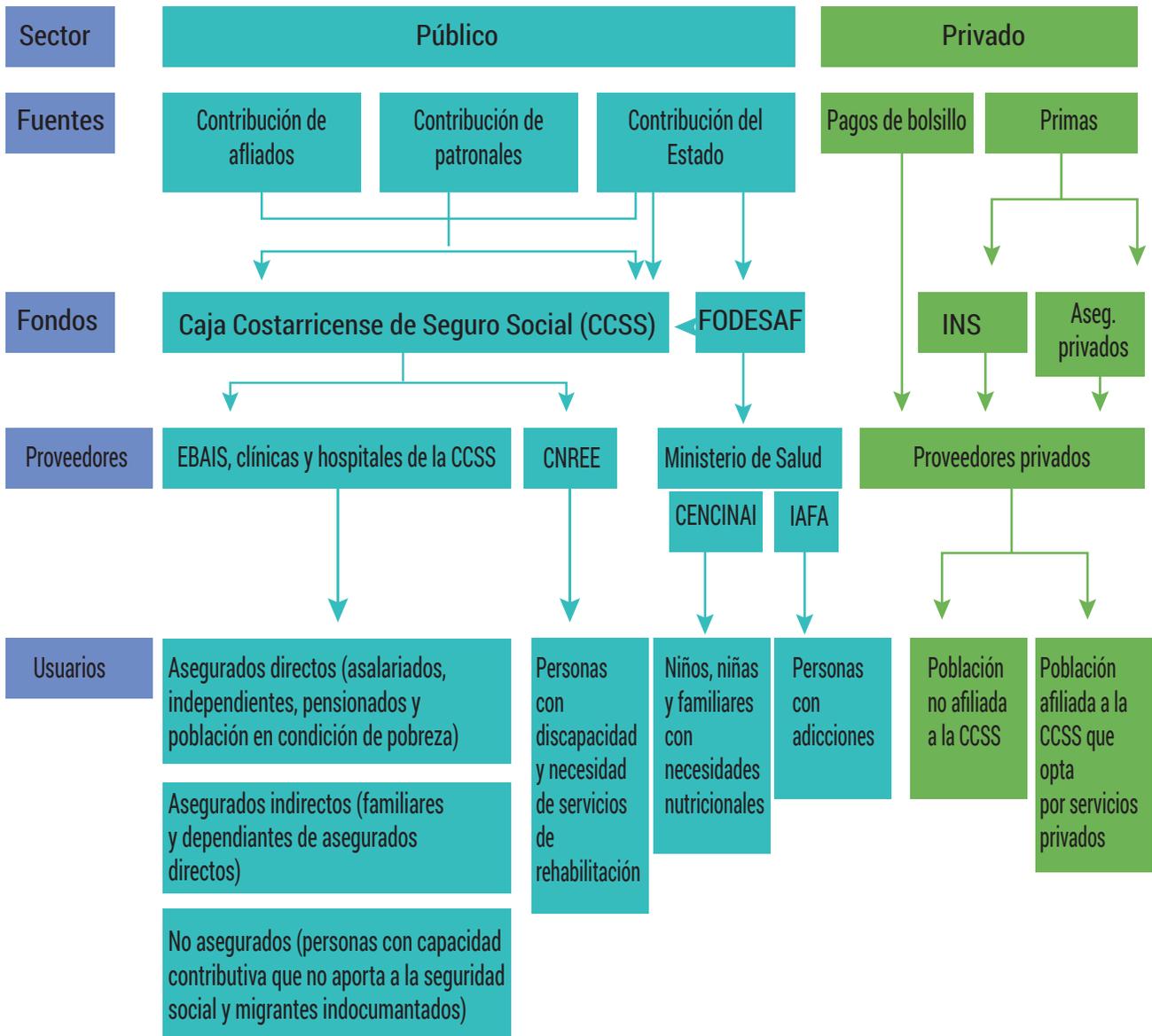
- **Universalidad:** Cobertura de servicios de salud a toda la población residente en el territorio costarricense. De igual manera, se entiende la universalidad en cuanto a la cobertura contributiva de todos los participantes del sistema.
- **Solidaridad:** La carga financiera se debe distribuir de manera justa entre todos los miembros de la sociedad. Esto es, que la contribución al financiamiento se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona.
- **Equidad:** Se entiende como la distribución justa de los recursos. Busca asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, con oportunidad, eficiencia y calidad para la atención de las necesidades iguales de los usuarios.
- **Enfoque de atención primaria:** El modelo se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la Estrategia de Atención Primaria (34).

Funciones del Sistema Nacional de Salud.

Según el Decreto Ejecutivo N° 19276-S las funciones establecidas para el Sistema Nacional de Salud en el Artículo 42, son:

1. Reducción de las muertes prevenibles y evitables, las enfermedades, la discapacidad y desarrollo de la capacidad física y mental de la población.
2. Intensificar la promoción, el apoyo a las organizaciones y la participación comunitaria.
3. Desconcentrar administrativamente e incrementar la capacidad resolutoria de los servicios de salud mediante el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.
4. Desarrollar y fortalecer los subsistemas de prestación de servicios de salud, seguro de salud y salud ocupacional, atención al ambiente, participación comunitaria, información, planeación, normativo, investigaciones, vigilancia epidemiológica, financiero, recursos humanos, suministros, transporte, ingeniería y mantenimiento e investigaciones (38).

Figura 1 Organización, funcionamiento y esquema de financiamiento del sistema de salud de Costa Rica



Fuente: tomado de la referencia (39).

Parte 2.

Insumos y Capacidad del Sistema de Salud



2.1 Gobernanza participativa e intersectorial

a. Organización

El Sistema de Salud de Costa Rica está regulado y normado desde la Constitución Política hasta por leyes, decretos y reglamentos, que permiten, organizan y establecen el desarrollo de acciones orientadas al bienestar de la población, esto ratifica que para Costa Rica la salud es un derecho fundamental, por tanto, es función pública y política; y su organización es dirigida por el Ministerio de Salud, representante del Sector Salud en el Poder Ejecutivo.

Funciones del Ministerio de Salud como rector del Sistema Nacional de Salud

Como se ha señalado, en Costa Rica el ejercicio de la rectoría del Sector Salud y el Sistema Nacional de Salud, le corresponde al Ministerio de Salud. En el marco de la reforma de 1998, se asignaron al Ministerio de Salud cuatro funciones básicas:

- 1) dirección y conducción;
- 2) regulación del desarrollo de la salud;
- 3) vigilancia de la salud, y
- 4) investigación y desarrollo tecnológico (39).

Con el paso del tiempo, y con la consecuente implementación de esas funciones, se evidenció la necesidad de fortalecer el rol rector con la incorporación de otras funciones. De esta manera, en el actual Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Decreto Ejecutivo N°34520-S², es posible identificar otras funciones sustantivas que buscan garantizar la protección y mejoramiento de la salud de la población, las cuales deben realizarse de manera continua, sistemática, multidisciplinaria, intersectorial, proactiva, y participativa.

- a) Dirección Política de la Salud: definir las prioridades de intervención sobre la situación de salud y sus determinantes de la salud y, cuando sea necesario para causar el impacto requerido; concertar directamente con los actores sociales del Sistema de Producción Social de la Salud, las acciones estratégicas necesarias, incluidas las relacionadas con la consecución de recursos, para proteger y mejorar el estado de salud de la población.
- b) Mercadotecnia de la Salud: definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población, persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen la Estrategia de Promoción de la Salud y promover la Cultura de la no Exclusión en Salud.
- c) Vigilancia de la Salud: seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.
- d) Planificación Estratégica de la Salud: formular y ejecutar, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, planes y proyectos, sectoriales e intersectoriales, dirigidos a proteger y mejorar la salud de la población, a partir de las políticas nacionales de salud y la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias.
- e) Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud: garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.
- f) Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud: determinar, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado, definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios y promover la articulación y complementariedad de los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.
- g) Regulación en Salud: elaborar y controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.

2 Es importante mencionar que mediante Decreto Ejecutivo N°40724-S del 23 de setiembre del 2017, y sus reformas (Decretos Ejecutivos N° 40818-S, 41137-S y 41216-S) el Poder Ejecutivo promulgó el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. En esta última reforma se dispuso que el Ministerio de Salud contará con un plazo de dieciocho meses, contando a partir de la publicación del Decreto Ejecutivo N°40724-S en La Gaceta N° 215 del 14 de noviembre del 2017, para la implementación del reglamento en cita, siendo así dicho plazo vencerá el día 14 de mayo del 2019. Por tanto, el Ministerio de Salud procede, mediante oficio DM-RM-3711-2018, a indicar que la institución se registrará de manera transitoria por la estructura organizacional contenida en el Decreto Ejecutivo N°34520-S del 4 de abril del 2008 y sus reformas.

- h) Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud: evaluar el impacto de las acciones, sectoriales e intersectoriales, dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población (40).

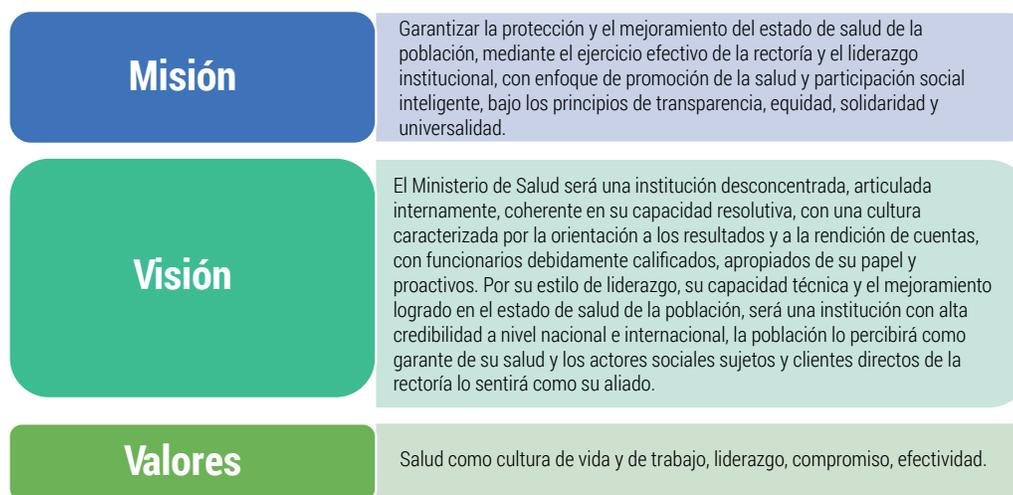
Marco estratégico del Ministerio de Salud

Como parte del reglamento definido por medio del Decreto Ejecutivo N°34510-S, se establecen objetivos estratégicos, misión, visión y valores institucionales, que orientan el accionar del Ministerio de Salud y permiten tener líneas de acción claras para ejercer a rectoría.

Objetivos estratégicos.

- 1) Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de los determinantes positivos de la salud.
- 2) Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del nivel de salud de la población con equidad.
- 3) Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión (40)

Figura 2 Misión, visión y valores institucionales del Ministerio de Salud.



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (40).

Niveles de jerarquía y gestión institucional del Ministerio de Salud.

Estas funciones rectoras son ejecutadas a partir de la estructura organizacional del Ministerio de Salud, la cual se divide en dos niveles jerárquicos, nivel superior y nivel operativo, el primero a su vez se subdivide en dos subniveles, nivel político y nivel estratégico, según el Decreto Ejecutivo N° 34510-S:

- a) Nivel superior. Conformado por el nivel político y por el nivel estratégico. Constituye el primer nivel en la escala jerárquica del Ministerio.
 - a.1 Nivel político: En este nivel se definen las políticas institucionales y los objetivos organizacionales. Cuenta con potestades para tomar decisiones sobre las funciones sustantivas y de apoyo necesarias para que la institución logre alcanzar las metas que están expresadas en los objetivos organizacionales y que la ley le impone y, como tal, exige el cumplimiento de éstas al mismo tiempo que ejerce la dirección máxima del Ministerio. Este nivel es ejercido por el Despacho del Ministro que, para estos efectos, está integrado por el Ministro y el Viceministro (40).
 - a.2 Nivel estratégico: Las unidades organizativas que integran este nivel están subordinadas directamente al Ministro de Salud. La finalidad primordial de este nivel consiste en definir los lineamientos estratégicos que permitan operativizar las políticas institucionales emanadas por el nivel político, en planes, programas, proyectos y servicios de la institución. Este nivel es el responsable directo ante el nivel político, de planificar, organizar, coordinar y controlar las actividades sustantivas y de apoyo dirigidas al logro de los objetivos institucionales (40).
- b) Nivel operativo. Constituye el segundo nivel en la escala jerárquica del Ministerio. En este nivel se agrupan las unidades organizativas del Ministerio que operativizan las políticas institucionales emanadas por el nivel político y apegadas a los lineamientos definidos por el nivel estratégico, para cumplir los objetivos organizacionales y garantizar la prestación de los servicios que brinda la institución, tanto de rectoría de la salud como de nutrición y desarrollo infantil. Este nivel está conformado por las Direcciones Regionales y las Direcciones del Nivel Local, así como por la División Administrativa y las Direcciones del nivel central subordinadas directamente a la Dirección General de Salud y a la citada División (40).

A continuación se muestran los niveles de gestión en los que trabaja el Ministerio de Salud:

- a) Nivel central. Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Determina, formula y garantiza el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico, según corresponda, a los niveles regional y local. Ejecuta directamente las actividades operativas para cumplir con las funciones específicas de rectoría de la salud en ámbitos geográficos que requieren de un abordaje nacional o multirregional.

- b) Nivel regional. Constituye el nivel político-táctico y enlace entre el nivel central y el nivel local. Apoya a las unidades organizativas del nivel central en la determinación, formulación y en la garantía del cumplimiento de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Brinda supervisión capacitante y acompañamiento al nivel local. Ejecuta directamente las actividades operativas para cumplir con las funciones específicas de rectoría de la salud en ámbitos geográficos que requieren de un abordaje regional o multilocal.
- c) Nivel local. Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud. Participa, juntamente con los niveles central y regional, en la determinación, formulación y ejecución de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional (40).

b. Liderazgo

Como se ha afirmado anteriormente, el Ministerio de Salud de Costa Rica es la institución pública encargada de ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud con capacidad técnica y resolutive, liderazgo y participación social, por tanto, se define como la autoridad sanitaria a nivel nacional que debe llevar el liderazgo de todas las acciones sanitarias que intervengan en la salud de la población que habita el país.

Es en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Ley N°5412, de 1973, que se definen con detalle las funciones del Ministerio, específicamente en el Artículo 2°, además de las inicialmente mencionadas en su propio reglamento. A excepción del numeral siete, otorgar prestaciones de servicios de medicina curativa y rehabilitación, que fue una de las funciones que se trasladó a la CCSS durante la Reforma del Sector, el resto de atribuciones aún se encuentran vigentes:

1. Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento;
2. Dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general; y ordenar las medidas y disposiciones ordinarias y extraordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población;
3. Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud, velando por el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas pertinentes;
4. Ejercer la jurisdicción y el control técnicos sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas, así como coordinar sus acciones con las del Ministerio;
5. La fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas, total o parcialmente, por el Estado o por las municipalidades o con fondos públicos de cualquier naturaleza;

6. Realizar las acciones de salud en materia de medicina preventiva, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones;
7. Otorgar las prestaciones de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación, a través de los organismos creados al efecto, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones. Estos servicios se cobrarán de conformidad con la capacidad económica del usuario, entendiéndose que las personas de escasos recursos los recibirá gratuitamente, todo conforme lo determine el reglamento respectivo.
8. Realizar todas las acciones y actividades y dictar las medidas generales y particulares, que tiendan a la conservación y mejoramiento del medio ambiente, con miras a la protección de la salud de las personas;
9. Mantener un sistema de información y estadística, relativo a la materia de salud, para cuyos efectos todas las instituciones que realicen acciones de salud pública y privada, están obligadas a remitir los datos que el Ministerio solicite, todo conforme al reglamento respectivo; y
10. Cualquier otra que señalen la ley o los reglamentos, sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud (41).

El liderazgo rector reflejado en las actuaciones políticas del Ministerio de Salud está destinado a garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud del conjunto de la población, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad. Las acciones estratégicas de esta entidad pública orbitan en torno a sus objetivos estratégicos, expuestos anteriormente.

Es necesario destacar que, la función rectora del Ministro de Salud es realizada de manera coordinada por medio de sus diferentes representantes. Entre ellos destacan: los Viceministros (as) de Salud, el Director(a) General, los Directores(as) de Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y los Directores(as) de Direcciones de Áreas Rectoras de Salud en sus áreas geográficas de influencia. Su labor principal consiste en definir las prioridades de intervención sobre los determinantes de la salud y, cuando sea necesario, concertar las acciones estratégicas oportunas para mejorar la salud de la población (42).

Además de ello, existen diversos mecanismos de integración que permiten coordinar el trabajo a lo largo de procesos complejos o con entidades externas, así como asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las políticas de salud y en las acciones orientadas al mejoramiento de los servicios de salud. Algunos de ellos son:

- El Consejo Nacional de Salud, está conformado por los jefes de las instituciones del Sector Público y constituye la instancia formal de asesoría y coordinación del más alto nivel político. Le corresponde asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las políticas nacionales de salud y en todos aquellos asuntos relacionados con la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población.

- El Consejo Sectorial de Salud, conformado por los jefes de las instituciones del Sector Salud. Le corresponde asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las políticas del Sector Salud y en todos aquellos asuntos relacionados con el mejoramiento de la cobertura y calidad y de los servicios públicos de salud.
- El Consejo Ministerial, coordinado por el Ministro de Salud, constituye la instancia formal de asesoría y coordinación del más alto nivel político institucional, que sirve para establecer las políticas y prioridades institucionales, definir, dar seguimiento y evaluar el accionar de la Institución a nivel nacional, comunicar asuntos clave y, en general, facilitar la integración de los esfuerzos institucionales para el logro de su marco estratégico. El Consejo Ministerial está integrado por: el Ministro de Salud, el o los Viceministros de Salud, Director (a) General de Salud, Director (a) de Asuntos Jurídicos, Jefe (a) de la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud, Jefe (a) de la Contraloría de Servicios y el Jefe (a) de la Unidad de Gestión Integral de la Información (40).

Estas instancias conforman los principales espacios de concertación para la toma de decisiones acerca del Sistema Nacional de Salud, a nivel institucional se encuentran los niveles de jerarquía y los niveles de gestión anteriormente expuestos, que también responden a la forma de organización y a los medios de gestión que ha definido el Ministerio como ente líder en el sector salud.

El Ministerio de Salud, en el 2011 crea el ***Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud***, documento en el cual se expone la necesidad de descentralizar “aquellas actividades de provisión de servicios de salud que continúa realizando el Ministerio de Salud, de manera que se evite el conflicto de ser juez y parte al ejercer rectoría sobre sus propias actividades” (42).

Este modelo propone también la desconcentración geográfica y funcional dentro del Ministerio de Salud, con el objetivo de lograr un efectivo ejercicio de la rectoría, es importante incrementar los procesos de “autonomía en la toma de decisiones a los niveles locales y regionales (...), para que aumenten su capacidad resolutoria y tengan la posibilidad de asumir compromisos frente a los actores sociales” (42).

El Ministerio de Salud cuenta con entes que responden a una desconcentración funcional estos son: el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense de Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), y la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), los cuales cumplen funciones específicas.

Una de las estrategias que ha desarrollado para la efectiva ejecución de la rectoría es la articulación coordinada de actores sociales con el fin de promover cambios que favorezcan las condiciones físicas, mentales y sociales de la población. Para ello, uno de los mecanismos empleados para articular actores sociales consiste en la conformación de redes. Estas organizaciones son entendidas como

(...) conjuntos de actores vinculados, coordinados y organizados entre sí, que funcionan como una unidad de manera sistemática y permanente, con el fin de complementarse y crear sinergias que incrementen el impacto de las acciones sobre una prioridad en salud específica y para potenciar la participación de la comunidad y de las diferentes entidades en la toma de decisiones que afectan su salud (42).

El país ha contado con cuatro tipos de redes³, consideradas como estratégicas para el ejercicio de la rectoría: Red de organizaciones comunitarias, Red de gestión ambiental, Red de seguridad vial y Red contra la violencia. Además de estas, se cuenta con redes interinstitucionales como la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS) y la Red Nacional Antitabaco de Costa Rica (RENATA), incluso Costa Rica forma parte de la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS).

No obstante, pese a la calidad del sistema y el amplio desarrollo político en la materia, es importante tener en cuenta que la rectoría sanitaria viene padeciendo determinadas disfuncionalidades estructurales relacionadas con la organización, seguimiento y evaluación, ocasionado así un relevante debilitamiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud.

Durante los últimos años la articulación entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) no ha sido la más oportuna. Como señalaba el Plan Nacional de Desarrollo (2015-2018) “Alberto Cañas Escalante”, el modelo de prestación de servicios no responde adecuadamente a las necesidades y expectativas de la población, puesto que exhibe limitaciones de equidad, calidad y oportunidad, sin privilegiar el enfoque preventivo y promocional de la salud. Existe un grave deterioro en la infraestructura y equipamiento de algunos establecimientos de salud, lo que genera una oferta de servicios de salud con problemas de eficacia y eficiencia (21).

Por otra parte, es necesario destacar la existencia de diferentes entidades públicas nacionales responsables de la rectoría estatal del sector salud de manera complementaria. En relación a ello, cabe subrayar las funciones del Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), que ejerce rectoría sobre el conjunto de actores sociales cuyo accionar produce impacto sobre el medio ambiente; el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) que ejecuta su función rectora a través del Consejo de Salud Ocupacional para mantener y mejorar la seguridad e higiene ocupacional de los trabajadores; el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, que mantiene y mejora la seguridad vial de la población, entre otros. De tal manera, las actuaciones políticas de estas instituciones públicas, en materia de rectoría sanitaria, se singularizan por su carácter armónico, coordinado e intersectorial (42).

A inicios del 2018 con la llegada de Carlos Alvarado a la Administración, se emite desde Presidencia la directriz de fortalecer el rol rector del Ministerio como una necesidad, en este marco el Ministerio de Salud inicia un Proyecto de fortalecimiento del rector. Se diseña un proceso que contempla varias etapas⁴:

1. Consulta con actores externos del Ministerio: como cámaras del sector privado, instituciones del sector público e instituciones del sector salud. Las consultas se concentraron en las funciones rectoras, en función de la conducción política, la regulación de la salud y la armonización de los servicios.

3 No se cuenta con información clara de si todas estas redes se encuentran en funcionamiento activo o no, sin embargo se toman en cuenta porque sí constituyen un espacio dentro del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud: Marco Estratégico del Ministerio de Salud, 2011.

4 Información brindada por la Lic. Adriana Salazar, Jefa de la Unidad de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud.

2. Consulta más específicas a lo interno del Ministerio (Direcciones del Nivel Central, Direcciones del Nivel Regional y Áreas Rectoras) consistente en la autoevaluación de la autoridad sanitaria nacional y revisión de la pertinencia de procedimientos internos.
3. Con todos los insumos obtenidos en las etapas anteriores, se sistematiza la información con el fin de elaborar un plan de mejora de la institución. Puede incluir tanto un ajuste de la estructura organizativa como de los procedimientos.

c. Formulación de políticas y planes nacionales en salud

Como se ha mencionado el Ministerio de Salud es el “garante del estado de la salud de la población, la Ley General de Salud, le otorga al Ministerio la Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud” (21), además tiene como función “elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento” (41), por tanto le corresponde a este la formulación de políticas y planes nacionales de salud.

Partiendo de la competencia y legitimidad que le brinda el ordenamiento jurídico al Ministerio de Salud en el proceso de formulación de las políticas y planes de salud, su conducción, seguimiento y evaluación, se le reconoce como el ente con la potestad y obligación de orientar y dirigir los esfuerzos de las demás instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud. Esto en función de las necesidades que el país presenta, para impactar positivamente en el proceso de salud-enfermedad de la población.

Por tanto, el Ministerio elabora para el año 2015 la Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” y en 2016 el Plan Nacional de Salud 2016-2020. Estos instrumentos representan el principal mecanismo de planificación en el sector salud, estos se basan a su vez en las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”. En el cual se plantea la salud como “un potenciador de capacidades y de calidad de vida” (21).

La Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” fue construida a través de un proceso participativo con diferentes actores sociales, tanto del sector público como privado, este espacio constituyó la base para la elaboración del Plan Nacional de Salud, que parte de la Política, y lo que viene es a operacionalizar los programas, proyectos y demás iniciativas. La Política Nacional de Salud cuenta con cinco grandes ámbitos y 31 áreas de intervención, elaboradas con base en las necesidades planteadas por los diferentes actores sociales que participaron en la formulación.

También a nivel local y regional se realizaron procesos participativos para la formulación de planes regionales y locales, por medio de talleres y consultas individualizadas, en total se cuentan con 9 planes regionales y 82 planes locales de salud. Esto se realizó en la primera fase de construcción del Plan Nacional de Salud. Cada uno de estos planes se revisaría y ajustarían con base al nuevo Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno.

El gobierno actual tomó posesión el 8 de mayo de 2018 y manifestó su compromiso de impulsar el acuerdo nacional entre los partidos políticos con representación legislativa por la Costa Rica del Bicentenario, firmado en el 2017 por 9 partidos.

En diciembre 2018, el gobierno presentó el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022 (PNDIP). El PNDIP tiene 7 áreas estratégicas de articulación presidencial, una de las cuales corresponde a salud y seguridad social.

Los desafíos planteados en SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL se listan a continuación:

1. Contar con una rectoría sectorial fortalecida que regule el sistema de salud del país, público y privado de manera que se establezcan mecanismos apropiados de regulación.
2. Procurar la sostenibilidad financiera de la CCSS, en tanto la población aumenta y también la esperanza de vida, con ello crece la necesidad de mayor inversión para mejorar los servicios en cantidad, calidad y acceso, así como fortalecer el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).
3. Fortalecer la transparencia en la gestión financiera de los recursos asignados a la CCSS; enfrentar la evasión y morosidad de los pagos del SEM e IVM y el trabajo informal.
4. Disminuir las causas de morbilidad y violencia, al mismo tiempo aumentar la inversión en la promoción de la salud, la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.
5. Reducir las listas de espera para garantizar un mejor acceso a los servicios especializados por parte de la población.
6. Priorizar inversiones de infraestructura para una mejor condición al brindar los servicios.
7. Reducir las brechas en los indicadores en salud, a partir de las condiciones particulares de las regiones de planificación, de tal manera, que se fomenten acciones focalizadas.
8. Promover la comercialización y acceso de alimentos saludables a personas menores de edad (alimentos bajo en grasas saturadas, bajos ácidos grasos trans, reducidos en azúcares y sal).
9. Disminuir los nacimientos en niñas y adolescentes mediante acciones interinstitucionales e intersectoriales.
10. Disminuir las relaciones impropias y la violencia intrafamiliar dirigidas a las niñas y adolescentes.
11. Promover acciones en el campo de la salud mental para contribuir en la disminución de todas las manifestaciones de violencia, con énfasis en las zonas más vulnerables.
12. Vigilar por el cumplimiento de la Ley para la Gestión Integral de Residuos Sólidos de manera que disminuyan los costos de salud, originados por epidemias y enfermedades derivadas de una mala gestión de residuos.
13. Fomentar el acceso a espacios para el ejercicio físico, la recreación y hábitos de alimentación saludables, con énfasis en las personas menores de edad.

En esta área, la meta es “Mejorar las condiciones de salud de la población para vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades mediante el fomento de estilos de vida saludables y la ampliación del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)”. La meta incluye valores esperados para tres indicadores, a saber: Número de años de esperanza de vida saludable, Porcentaje de población económicamente activa cubierta por el SEM y Porcentaje de PEA cubierta por el IVM. También se describen las intervenciones estratégicas y los indicadores de proceso con sus respectivas metas y responsables. (43)

El país cuenta con una serie de políticas, planes y estrategias orientadas hacia la salud o que tienen un enfoque transversal de promoción de la salud, a parte de la Política y el Plan Nacional ya mencionados. Algunas de ellas son propuestas desde el ente rector del Sistema y otras desde diferentes instituciones:

- Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018
- Directrices LGTBI para la no discriminación
- Estrategia de acceso universal a condones femeninos
- Estrategia Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Estrategia Nacional de Reciclaje 2016-2021
- Plan de Acción Atención Madre Adolescente
- Plan de acción de reducción y control de las deficiencias de micronutrientes 2011-2020
- Plan de eliminación de la malaria en Costa Rica, 2015-2020
- Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015
- Plan Estratégico de la Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud, Central Occidente 2015-2019
- Plan Estratégico Institucional 2016-2020
- Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH/SIDA 2011 2015
- Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH/SIDA 2016 - 2021
- Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010-2018
- Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021
- Plan Nacional de Ciencia Tecnología en Salud 2012-2016
- Plan Nacional de Cuidados Paliativos
- Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2011-2015
- Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021

- Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016-2021
- Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal / Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021
- Política y Plan Nacional de Salud Mental 2012-2021
- Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2017
- Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021
- Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 parte I y II.
- Plan Nacional de Salud 2016-2020 / Acuerdo Ministerio No. DM-FG-1020-2017
- Reglamento general del Sistema Nacional de Planificación.

En cuanto al monitoreo y evaluación de las acciones en el sector salud, el MS y la CCSS evalúan las diferentes actividades desarrolladas en el sector, en el caso de los compromisos de gestión estos se evaluaban anualmente (pero dejaron de implementarse hace algunos años), la satisfacción del usuario se monitorea de manera reciente cada año. Aunque “la instancia gubernamental encargada de formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar las estrategias y prioridades en cada periodo gubernamental” (39), es el MIDEPLAN, así como el cumplimiento de todas las estrategias y metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, estas son evaluadas, no obstante, la CCSS “ha alegado que su autonomía constitucional impide que MIDEPLAN emita calificaciones sobre su desempeño” (39). Por su parte, la CCSS cuenta con un mecanismo para evaluar el desempeño de la prestación de servicios de salud.

Finalmente, quien se encarga de fiscalizar el uso de los fondos públicos con el fin de mejorar la gestión de la hacienda pública es la Contraloría General de la República (CGR) y tiene la competencia de regular y evaluar financieramente a todas las instituciones públicas.

d. Planeación

En cuanto a las agencias de planificación nacional para la salud y servicios de salud, en Costa Rica el Ministerio de Salud tiene la función de “dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general; y ordenar las medidas y disposiciones ordinarias y extraordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población” (41). Para esto cuenta con un nivel central que se encarga de las acciones político-estratégicas y técnico-normativas, desde la Dirección General de Salud y demás Direcciones del nivel central.

Después se encuentra el nivel regional caracterizado por su perfil, político-táctico, donde se materializa el enlace entre el nivel central y el nivel local. El Ministerio de Salud cuenta con 9 Direcciones Regionales, distribuidas en todo el país. Por último, el nivel local, donde se operacionalizan todas las funciones rectoras del Ministerio de Salud, como la regulación de los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica, es el nivel político-operativo, en donde se ejecutan las normas establecidas en el nivel central, por medio de las son 82 Áreas Rectoras de Salud.

Así como las Regiones no están organizadas necesariamente por provincia, tampoco lo están las Áreas Rectoras de Salud en el nivel local, por cantón, pero representan el nivel político administrativo más pequeño del Ministerio de Salud, el nivel local operativiza, ejecuta acciones, realiza inspecciones, emite certificaciones y ejecuta la normativa.

La definición de prioridades en los diferentes niveles se basa en las necesidades de salud identificadas durante los procesos de diagnóstico previos a la construcción de los planes, además de definirse según los recursos con que cuente el sistema. Estas prioridades se pueden visualizar en las metas planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Plan Nacional de Salud, sin embargo, siempre surgen demandas por parte de la población que exige la disposición de recursos y tiempos para abordar diferentes temas, por ejemplo, fenómenos antrópicos y naturales, pero generalmente la priorización se hace según un análisis de situación de salud.

En cuanto a la preparación para algún tipo de desastre, el país cuenta con un Sistema Nacional de Gestión de Riesgo, creado a partir de la Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo N°8488, su objetivo es la promoción y ejecución de lineamientos de política pública que permitan incorporar en los diferentes sectores del Estado, entre otras acciones, la gestión del riesgo como un eje transversal de la planificación institucional.

El Ministerio de Salud cuenta además con diferentes instancias adscritas que funcionan de manera desconcentrada, y que colaboran en el cumplimiento de sus funciones:

- Dirección Nacional de CEN CINAI
- Patronato Nacional de Rehabilitación
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)
- Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS)
- Auditoría General de Servicios de Salud
- Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología
- Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente
- Nominalmente, también existen el Consejo Técnico de Asistencia Médica Social (CTAMS) y la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS), pero en la práctica estas instancias no están en funcionamiento.

En cuanto a la planificación de capital e infraestructura en salud, el ente rector en materia de proyectos de inversión pública es MIDEPLAN, y al Ministerio de Salud, como rector del sector salud, le corresponde llevar un registro y control de todos los proyectos que están inscritos en el Banco de Proyectos de Inversión Pública del MIDEPLAN, además de velar porque todas las instituciones del sector salud inscriban

sus proyectos en dicho banco de proyectos. El Ministerio cuenta con un registro de cuáles proyectos tiene la CCSS, IAFA, CENCINAI e INCIENSA, algunos de estos también se encuentran en el PND y se les da seguimiento.

El Banco de Proyectos de Inversión (BPIP) es un elemento fundamental del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), se conforma de todos los proyectos de inversión pública que han sido elaborados por las instituciones públicas y que son parte de sus funciones definidas por el ordenamiento jurídico, además estos proyectos de inversión deben ser parte de las metas constituidas en el Plan Nacional de Desarrollo (44).

e. Regulación

El Ministerio de Salud tiene como una de sus funciones específicas elaborar y controlar el marco normativo que regula los bienes y servicios de interés sanitario que “puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario” (40).

En la Ley General de Salud N°5395 y en diferentes reglamentos y normas de habilitación se establecen las condiciones mínimas para la operación de prestaciones de servicios médicos, ya sean públicos o privados, en cuanto a equipo, infraestructura, recursos humanos, farmacéuticos, en general todo lo necesario para el funcionamiento de un establecimiento de salud. Es el MS “quien verifica el cumplimiento de las condiciones, habilitando el permiso de operación según clasificación de riesgo a la salud” (39).

Con respecto a la regulación de medicamentos, el Ministerio de Salud es la autoridad regulatoria nacional, esta función la ejerce la Dirección de Regulación. Uno de los objetivos estratégicos específicos define que el fortalecimiento del registro y control de productos de interés sanitarios se debe efectuar por medio de la aplicación de la normativa existente para garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los productos, como los medicamentos.

El control sobre estos se denomina farmacovigilancia, “la cual se define como una actividad que se dedica a la detección temprana de problemas de seguridad no detectados durante el desarrollo clínico del medicamento antes de su comercialización” (45), existe un Reglamento de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia, un Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos (Decreto 28466-S) y un Reglamento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (Decreto 35244-S).

Para el caso de los medicamentos genéricos, el Ministerio de Salud ha definido un listado de principios activos con requisito de equivalencia terapéutica (bioequivalencia).

En cuanto a la regulación de los servicios de salud, la principal norma con la que cuenta para ejercer esta regulación es el Reglamento general de habilitación de servicios de salud Decreto Ejecutivo N° 41045-S.

Además, en la Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”, se propone un área de intervención específica en calidad en salud, orientada hacia los servicios y establecimientos de salud, propo-

ne cuatro políticas institucionales en torno a desarrollar, mejorar y fortalecer los mismos, se muestran a continuación con sus respectivas estrategias propuestas en la Política.

Cuadro 1 Iniciativas orientadas a los servicios y establecimientos de salud, Ministerio de Salud.

Políticas	Estrategias
<p>1. Mejora de la capacidad resolutoria de los servicios de salud (públicos y privados) para la atención oportuna y con calidad.</p>	<p>1.1. Garantizar la prestación de los servicios de salud con calidad y acorde a la aplicación de la normativa vigente.</p> <p>1.2. Evaluar los servicios de salud incorporando el criterio y necesidades de los usuarios.</p> <p>1.3. Estandarizar la prestación de los servicios de salud, mediante su normalización por medio de alianzas estratégicas entre la CCSS y el Ministerio de Salud, a fin de evitar la variabilidad en los mismos.</p> <p>1.4. Mejorar la calidad y cobertura de la red de servicios, con una oferta acorde a los derechos y necesidades de la población en todo el ciclo de vida.</p> <p>1.5. Crear un proceso de evaluación de satisfacción de los usuarios.</p> <p>1.6. Desarrollar estándares e indicadores de calidad para regular el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos humanos.</p>
<p>2. Fortalecimiento de la regulación de establecimientos y servicios de salud.</p>	<p>2.1. Fortalecer la regulación de la red de servicios de salud.</p> <p>2.2. Regular los establecimientos de CEN-CINAI y similares.</p> <p>2.3. Habilitar y regular todo tipo de establecimiento que represente riesgo para la salud.</p>

Políticas	Estrategias
<p>3. Fortalecimiento de los procesos de habilitación y acreditación de los servicios públicos y privados de atención directa a las personas.</p>	<p>3.1. Actualización de la normativa para la habilitación y acreditación los servicios públicos y privados de atención directa a las personas.</p> <p>3.2. Fortalecimiento de los procesos de habilitación y acreditación de los servicios de protección al ambiente humano.</p> <p>3.3. Controlar y evaluar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente.</p> <p>3.4. Fortalecimiento de la autoridad del Ministerio de Salud como institución rectora y responsable del control de la calidad de los servicios tanto en el público como en el privado.</p>
<p>4. Desarrollo de un proceso de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.</p>	<p>4.1. Incorporar los procesos de mejora continua de la calidad como parte de la planificación de los servicios del sector salud.</p> <p>4.2. Establecer alianzas estratégicas intra e interinstitucionales para el desarrollo de iniciativas orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> <p>4.3. Crear mecanismo de evaluación que permitan mejorar de calidad en la prestación de servicios del sector salud.</p> <p>4.4. Fomentar la participación de la población y actores sociales en la identificación de problemas y oportunidades de mejora en los servicios de salud, a fin de mejorar la calidad en los mismos.</p>

Fuente: basada en la fuente (46)

De acuerdo a la regulación en tecnología sanitaria el Ministerio de Salud establece la vigilancia y control del uso de los equipos y material biomédico (EMB) por medio de un sistema de reporte para la “protección de la salud y la seguridad de las personas, usuarios, prestatario, ambiente y otros con el uso de los equipos y materiales biomédicos, mediante el control y reducción del riesgo que se produce” con los eventos adversos asociados al uso del EMB (47).

En este tema la Política Nacional de Salud también propone un área de intervención sobre investigación y desarrollo tecnológico con dos políticas específicas y sus estrategias correspondientes.

Cuadro 2 Iniciativas orientadas a la investigación y tecnología en salud, Ministerio de Salud

Políticas	Estrategias
<p>1. Fortalecimiento de las capacidades institucionales para la generación y trasmisión del conocimiento científico y tecnológico con ética y calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Fortalecer la rectoría en investigación y desarrollo tecnológico a fin de garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos. 1.2. Establecer alianzas estratégicas nacionales e internacionales para la implementación, monitoreo y evaluación de los Planes Nacionales de Investigación y Tecnologías e Innovación en Salud. 1.3. Crear un fondo para el financiamiento y la promoción de la investigación y tecnologías e innovación en salud. 1.4. Promover la investigación y el acceso al conocimiento relacionado con los determinantes de la salud-enfermedad, a fin de orientar la toma de decisiones basada en la evidencia. 1.5. Garantizar que el marco legal responda a las necesidades del avance científico y tecnológico en salud del país. 1.6. Desarrollar un sistema de información que fortalezca la función rectora en el campo de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud. 1.7. Formar el recurso humano para la realización de investigación en salud con recursos del presupuesto institucional. 1.8. Fortalecer la evaluación de tecnologías en salud con el fin de garantizar la disponibilidad, uso y mantenimiento adecuado de tecnologías sanitarias a nivel nacional.

Políticas	Estrategias
<p>2. Implementación de la Estrategia Nacional de e-Salud que permita el acceso equitativo a servicios de salud de la población a través del uso eficaz y eficiente de las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud (TICs).</p>	<p>2.1. Implementar el Expediente Digital en Salud (EDUS) para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.</p> <p>2.2. Fortalecer el uso de las tecnologías de información y comunicación para mejorar la calidad, el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza.</p> <p>2.3. Desarrollar un modelo de estándares orientado a facilitar el intercambio y uso de datos entre las instituciones para mejorar la toma de decisiones (Estandarización e interoperabilidad).</p> <p>2.4. Favorecer la creación, adaptación y uso de las aplicaciones en salud por parte de la población mediante tecnologías móviles.</p> <p>2.5. Extender el uso de las TICs en la prestación de los servicios de salud para mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y la continuidad del cuidado a la salud.</p>

Fuente: elaboración basada en la fuente (46)

f. Empoderamiento de las personas

El bienestar social y económico de todo el conjunto de la ciudadanía constituye un objetivo principal para toda sociedad. La amplitud y la complejidad de este propósito hacen necesario que las estrategias encaminadas a lograr estas aspiraciones involucren a otros actores más allá del aparato formal de gobierno. Por ello, para avanzar hacia este horizonte es fundamental que la ciudadanía goce de los mecanismos y herramientas necesarias que hagan de la esfera pública un lugar común. Es decir, que la participación ciudadana sea una forma de organización política relevante e influyente en una sociedad dinámica y comprometida con su futuro.

De esta manera, se propicia la configuración de un Estado transparente, participativo e inclusivo, donde la sociedad organizada y empoderada está llamada a ejercer funciones de control de la toma de decisiones y de vigilancia de las acciones públicas.

En el sector de la salud costarricense, la promoción de la participación ciudadana en la gestión y evaluación del sistema sanitario ha sido una intencionalidad política constante. El sistema sanitario costarricense posee una sólida legislación que protege las obligaciones y los derechos de las personas usuarias de todos los servicios de salud, amparados en la Ley de Derechos y Deberes de las Personas

Usuarías de los Servicios de Salud Públicos y Privados, Ley N° 8239 y su respectivo reglamento (Decreto Ejecutivo N° 32612). Mediante la cual, los pacientes disfrutan del derecho a recibir una información sanitaria detallada, una atención médica eficiente, un trato digno sin distinción alguna y una descripción minuciosa sobre los gastos incurridos (48). No obstante, “en términos de protección al consumidor, la regulación es limitada y no hay reglas que determinen las relaciones entre los diferentes agentes que actúan en el mercado de salud” (39).

Además de ello, con el fin de promover la participación social en el sistema sanitario, la Asamblea Legislativa dotó al país en 1998, mediante la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas, del mecanismo de participación ciudadana en el sistema sanitario más importante hasta el momento: las Juntas de Salud en la CCSS. Estos organismos de participación y control ciudadano están constituidos por “dos representantes patronales, tres representantes de los asegurados de la zona de atención del centro de salud y dos representantes de las asociaciones pro-hospitales y pro-clínicas de la zona” (39). Todos ellos son voluntarios y su tarea se basa en la asistencia, coordinación y supervisión de la actividad del director del centro de salud. Sin embargo, su naturaleza es puramente consultiva puesto que las Juntas de Salud no tienen ninguna autoridad más allá de las sugerencias y reclamaciones que sistemáticamente pueden desarrollar. Entre sus objetivos o funciones figuran la supervisión presupuestaria, la participación en la definición de prioridades sanitarias o la gestión política general del hospital o clínica en materia de inversión, contratación y promoción de trabajadores. No obstante, quien en última instancia posee la capacidad rectora es la Junta Directiva de la CCSS (39).

Sin embargo, pese a la útil herramienta que pueden representar las Juntas de Salud, su funcionamiento refleja ciertas deficiencias a tener en cuenta. Desde su creación en 1998, su funcionamiento es cuanto menos regular por parte de los miembros debidamente juramentados. Pero pese a ello, en aproximadamente un 50% de ellas ha sido necesario sustituir miembros por ausencias a las sesiones y en otro porcentaje considerable han debido suspender reuniones por falta de quórum, lo que constituye un serio problema de compromiso (49).

Además, a rasgos generales la coordinación con la administración ha sido perfectible. Según la Caja Costarricense de Seguro Social, un 60% de las Juntas considera tener poca o ninguna capacidad de influir en la planificación de las actividades de prevención y promoción de la salud; tres cuartas partes de las Juntas no tienen ninguna participación en el proceso de análisis y toma de decisiones respecto del establecimiento; y aproximadamente la mitad no participan en actividades de evaluación sobre la calidad en la prestación de los servicios. No obstante, su existencia hasta el momento si ha sido reseñablemente positiva a la hora de colaborar y ayudar a las comunidades mediante el desarrollo de mecanismos de comunicación y divulgación sanitaria, así como en la coordinación regular con otras organizaciones comunales de cara a mejorar el Sistema de Salud (49).

Por último, cabe destacar los mecanismos de quejas y reclamos disponibles para los usuarios del Sistema de Salud en Costa Rica, que se constituyen como una herramienta práctica más para la acción ciudadana. Principalmente, se canalizan a través de las siguientes instituciones: las Contralorías de Servicios, la Sala Constitucional o la Defensoría de los Habitantes.

En el artículo 10 de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud Públicos y Privados N° 8239 se establecen las Contralorías de Servicios, “como instancias que facilitan el

acceso del usuario al poder público que administra el servicio de salud, y a la cual le compete informar y orientar al paciente sobre sus derechos y obligaciones” (50), las quejas más comunes son aquellas ocasionadas por retrasos en la atención o por los excesos en los tiempos de espera, las cuales se pueden resolver en el mismo establecimiento de salud, ya sea público o privado en hospitales y clínicas.

Por otro lado la Sala Constitucional se ha convertido en el principal acceso a la justicia por parte de los ciudadanos para la protección del derecho a la salud, en el artículo 48 de la Constitución Política se establece la posibilidad que tiene todo costarricense de recurrir al recurso de amparo cuando considera que hay una violación a algún derecho constitucional, “la creación de la Sala Constitucional en 1989, constituye para el país un “antes y un después” en materia de protección de derechos humanos en Costa Rica” (51), los recursos presentados en materia de salud son ya sea por retraso en la atención y/o por exigencia de medicamentos excluidos de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM).

Según el Estado de la Justicia del Programa Estado de la Nación (2015), entre el 2006 y el 2013 se presentaron al menos 1316 recursos de amparo para obtener un medicamento, esto representó un 30% del total de recursos presentados en el mismo período en materia de derecho a la salud. Normalmente, estos recursos se resuelven con la ordenación de la pronta atención al paciente o la entrega inmediata de los medicamentos, privilegiando el derecho a la atención en salud independientemente del costo.

Desde el año 2010 se han propiciado “espacios de diálogo entre autoridades y personal, tanto de la jurisdicción constitucional y como del ámbito sanitario” (26), es necesario el diálogo entre ambas instancias, puesto que las decisiones de la Sala Constitucional están directamente relacionadas con la protección del derecho a la salud, en dichos encuentros

“se han visualizado algunas alternativas para la atención de este fenómeno de judicialización, sin embargo, es claro que se trata de un tema sobre el cual se requiere fortalecer acciones tanto a nivel de la propia gestión de los servicios de salud, como en la formación del recurso humano responsable de generar acciones que involucren la atención y resolución de tales casos”

Los ciudadanos también pueden acudir a la Defensoría de los Habitantes con sus quejas, reclamos o demandas, las cuales están normalmente relacionadas con el suministro de medicamentos, la negación/tardanza en la prestación de los servicios de salud y los incumplimientos de los derechos de las y los pacientes en cuanto a atención en salud. El procedimiento que sigue este organismo es verificar la denuncia en primera instancia para posteriormente realizar una investigación, a partir de la cual emitirá un informe y una serie de recomendaciones al sujeto fiscalizado, que en ningún caso serán vinculantes (39).

Encuestas realizadas por la Universidad de Costa Rica (UCR) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 2006 y el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) en 2009, revelan una preferencia por el servicio brindado en el sector privado, en la entrevista del IDESPO, 60% de los consultados expresaron preferir los servicios privados en razón de que perciben una mejor atención, calidad y rapidez de los servicios.

g. Coordinación intersectorial

El principal mecanismo de coordinación intersectorial en el país es el Plan Nacional de Desarrollo, elaborado cada 4 años con el cambio de gobierno, a cargo del MIDEPLAN, este instrumento de planificación nacional reúne las políticas, estrategias y metas de cada sector, cada administración presidencial define los sectores y los mecanismos de coordinación.

A partir de allí se orientan las propuestas país, que se ejecutan por medio de programas y proyectos a cargo de la amplia gama de instituciones del sector público, a nivel nacional, sectorial y regional-territorial. Se busca que los PND sean vinculantes para los ministerios, entidades públicas y demás órganos del Estado con el propósito de que oriente los Planes Estratégicos Sectoriales, Regionales y los Planes Operativos Institucionales.

Actualmente, según el Decreto Ejecutivo N°41187 MP-MIDEPLAN, del 21 de junio del 2018, el Poder Ejecutivo se conforma por Áreas Estratégicas de Articulación Presidencial. Según el Artículo 2 estas “constituyen instancias de dirección, articulación y seguimiento de las políticas públicas que garantizan el cumplimiento de las prioridades establecidas por mandato presidencial” (33), cada una de estas áreas conforma un Consejo de Articulación Presidencial.

En dicho decreto se define el Consejo de Articulación del Área Estratégica Salud y Seguridad Social, conformado por: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguros e, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (33).

Otra iniciativa notable es la Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio (COESAINCO), establecida en el 2012, organizada por el Ministerio de Salud, esta comisión reúne, además del rector en salud, a los Ministerios de Economía, Comercio Exterior y a la Presidencia, además de ciertas instancias de comercio e industrias nacionales, incluyendo a algunos representantes del sector farmacéutico. Esta comisión ha emitido recomendaciones en relación a temas como la autorización del mercado para nuevos productos, así como la reducción opcional del contenido de sal en algunos productos alimenticios (25).

2.2 Financiamiento para el acceso y la cobertura universal de salud

a. Inversión en salud

Según el reciente estudio de Cuentas en Salud, elaborado por el MS y la CCSS con la cooperación de la OPS/OMS, aplicando la metodología SHA (Systems Health Account) 2011, se puede determinar que el gasto total en salud presenta una tendencia ascendente durante el periodo analizado de 2011-2016. Los datos provenientes de dicho estudio serán los utilizados para el presente análisis del financiamiento para el acceso y la cobertura universal de salud en Costa Rica, en él se logran detallar “los principales rubros de gasto, se profundiza en la revisión del gasto público y privado y se revisa las fuentes de financiamiento, así como en el gasto por función, por proveedor de servicios y el gasto de bolsillo” (53).

Del 2011 al 2016 la tasa promedio de crecimiento fue de 5,9% por año en términos nominales. El 2014 fue el año que presentó mayor porcentaje de crecimiento anual con un 8,5%, mientras que para el 2016 se redujo teniendo un crecimiento de tan solo 2,9%.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB para el 2016 fue de 7,8%. En comparación con los países que integran la OCDE, Costa Rica se encuentra por debajo del promedio, el cual alcanza un 9,0% del PIB para el mismo periodo, no así en comparación con los países de América Latina y el Caribe, los cuales invirtieron en promedio un 6,48% del PIB en el 2015 (53).

Como punto importante a resaltar es que en Costa Rica el 76% del gasto total en salud es gasto público en salud, siendo la CCSS la institución que mayor gasto público en salud efectúa, su gasto para el 2016 representó el 69,6% del gasto total en salud (53).

El gasto público en salud constituye cerca del 19,5% del gasto total del gobierno. Por su parte el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud fue de 23% compuesto en su gran mayoría por el gasto de los hogares, quienes son los mayores financiadores del gasto privado, para el 2016 el gasto de bolsillo representó el 89,6% del gasto privado en salud, es decir 21,4% del gasto total.

El gasto total en salud per cápita en dólares para el 2011 fue de \$769, mientras que para el 2016 fue de \$909. Es relevante enfatizar que el gasto per cápita del país, es superado 3,1 veces por los países miembros de la OCDE, quienes gastan en promedio \$4003 anualmente (53).

Se evidencia que Costa Rica se encuentra por encima del valor de referencia de la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” de la OPS/OMS, la cual establece que los países deben tener un nivel de inversión en salud del 6% del PIB, esto como condición para avanzar hacia la Salud Universal.

En la Tabla 5 se puede observar con mayor detalle la tendencia del gasto en salud en el país, durante el periodo en cuestión.

Tabla 5 Costa Rica: tendencias del gasto en salud, 2011-2016.

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto corriente	1.754.012	1.848.332	1.955.386	2.145.438	2.290.557	2.344.992
Gasto capital	31.357	31.119	72.096	54.451	64.423	77.935
Gasto total en salud per cápita, USD \$	769	803	861	856	912	909
Gasto total en salud (millones de colones)	1.785.369	1.879.451	2.027.482	2.199.889	2.354.980	2.422.927
PIB a precios de mercado, nominal	21.370.733	23.371.406	24.860.944	27.226.883	29.281.362	31.044.148

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	8,4%	8,0%	8,2%	8,1%	8,0%	7,8%
Crecimiento anual en el gasto total en salud		5,3%	7,9%	8,5%	7,0%	2,9%
Gasto público en salud	1.314.245	1.404.273	1.541.249	1.624.371	1.783.553	1.843.783
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	73,6%	74,7%	76,0%	73,8%	75,7%	76,1%
Gasto privado en salud	471.123	475.179	486.233	575.518	571.427	579.144
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	26,4%	25,3%	24,0%	26,2%	24,3%	23,9%
Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	6,1%	6,0%	6,2%	6,0%	6,1%	5,9%
Gasto del gobierno en salud como porcentaje del gasto total del gobierno	21,9%	21,1%	20,7%	20,1%	20,1%	19,5%
Gasto del gobierno en salud per cápita, U.S\$	566	600	654	632	690	692
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud.	25,3%	24,0%	22,3%	23,7%	21,9%	21,4%
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto privado en salud.	95,9%	95,0%	92,9%	90,6%	90,2%	89,6%
Gasto voluntario en seguros privados como porcentaje del gasto total en salud.	1,09%	1,25%	1,71%	2,46%	2,37%	2,50%
Gasto voluntario en seguros privados como porcentaje del gasto privado en salud.	4,14%	4,96%	7,12%	9,40%	9,77%	10,45%
Gasto total en salud per cápita, USD \$	769	803	861	856	912	909

Fuente: elaboración propia con datos de la referencia (53).

En cuanto al gasto según actor o ente del sistema se puede resaltar una vez más que la mayor parte del gasto en salud es efectuado por la CCSS, casi el 70% del gasto total en salud, en segundo lugar los hogares, representan un 21,4% del gasto total en salud, ambas cifras para el 2016. El Ministerio de Salud representa tan solo el 3,4% del gasto total en salud, para el mismo año.

Tabla 6 Costa Rica: porcentaje del gasto total en salud, según actor, periodo 2011-2016

Descripción	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CCSS	67,9%	68,5%	68,0%	67,2%	68,9%	69,6%
Hogares	25,3%	24,0%	22,3%	23,7%	21,9%	21,4%
INS	3,2%	3,5%	5,2%	4,1%	4,4%	4,0%
Ministerio de Salud 1/	3,3%	3,7%	3,7%	3,6%	3,6%	3,4%
Seguros Privados	0,3%	0,4%	0,7%	1,4%	1,3%	1,6%
Monto total	1.785.369	1.879.451	2.027.482	2.199.889	2.354.980	2.422.927

Fuente: tomado de la referencia (53).

Con respecto al gasto según función de salud, este se compone de atención curativa, atención de rehabilitación, servicios de atención de larga duración, servicios auxiliares, bienes médicos, atención preventiva, gobernanza, administración y financiamiento del sistema de salud y otros servicios de salud no especificados. Se nota que la mayor cantidad de recursos van dirigidos hacia la atención curativa, representa un 47,8% del gasto para el 2016, mientras que la atención preventiva se encuentra en tercer lugar con un 14,8%, son todos aquellos gastos efectuados por las áreas de salud del primer nivel.

La atención curativa incluye la atención general con internamientos como cirugía general, medicina interna general, pediatría general, ginecología y obstetricia general, así como la atención curativa especializada y ambulatoria. Este rubro representó durante todo el periodo analizado el mayor porcentaje del gasto en salud.

Como segundo componente del gasto se encuentran los bienes médicos, estos son productos farmacéuticos, bienes duraderos y no duraderos utilizados para diagnosticar, tratar, curar o mitigar una enfermedad, pueden ser de libre venta o prescritos. En tercer lugar, la atención preventiva y el cuarto es el gasto desde la función de gobernanza, administración y financiamiento del sistema de salud representado por el Ministerio de Salud, la CCSS y el fideicomiso.

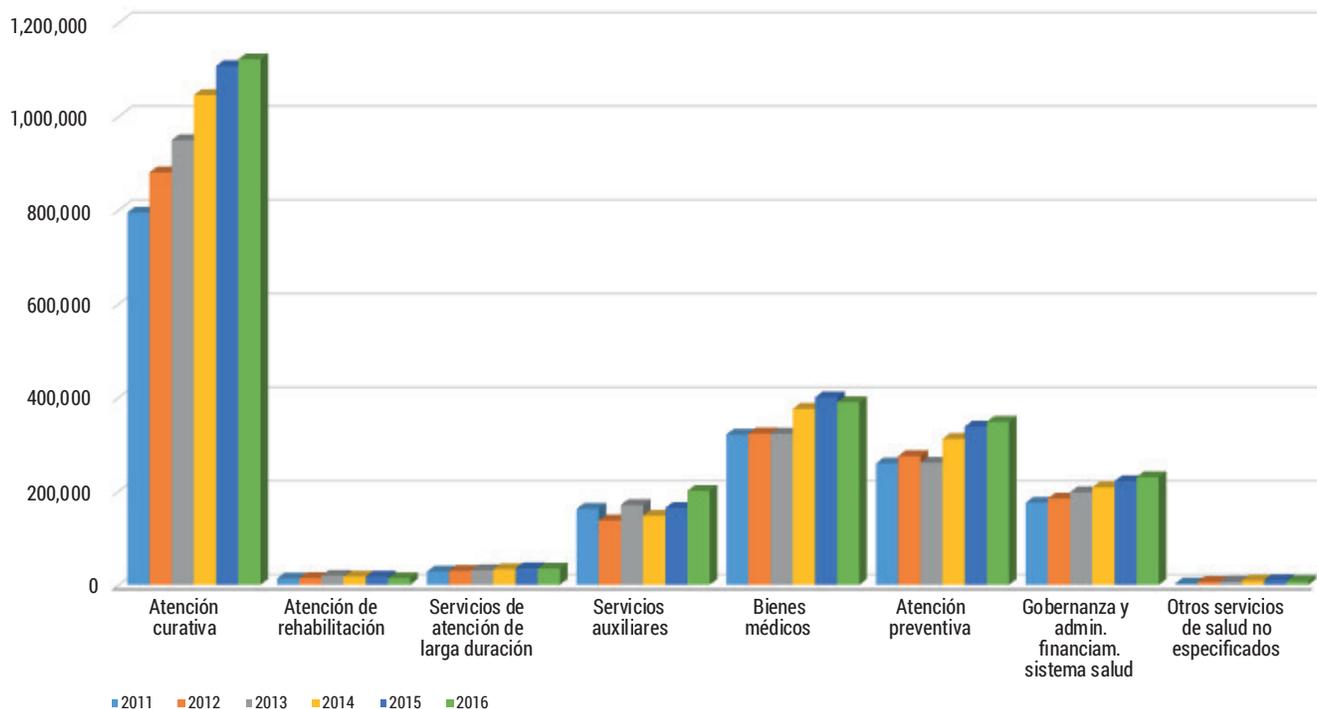
Tabla 7 Costa Rica: tendencia en el gasto según función de salud 2011-2016

Función de salud	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atención curativa	794.494	880.170	949.021	1.045.298	1.107.114	1.121.539
Bienes médicos (no especificados por función)	320.422	322.689	322.455	375.383	399.637	389.834
Atención preventiva	258.979	274.576	260.131	311.224	337.343	347.808
Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	174.726	184.052	197.200	207.651	220.780	229.698
Servicios auxiliares (no especificados por función)	161.748	136.949	170.058	147.205	163.582	200.297
Servicios de atención de larga duración (Salud)	27.633	29.270	30.823	32.691	34.985	34.413
Atención de rehabilitación	13.179	14.280	19.031	17.092	17.210	13.830
Otros servicios de salud no especificados (n.e.p)	2.831	6.346	6.667	8.894	9.907	7.573
Total	1.754.012	1.848.332	1.955.386	2.145.438	2.290.557	2.344.992

Fuente: elaboración propia con datos de la referencia (53).

El Gráfico 3 presenta la información a lo largo del periodo de manera que se puede observar la tendencia en el gasto según función de salud.

Gráfico 3 Gasto según función de salud, Costa Rica periodo 2011-2016 (millones de colones)



Fuente: tomado de la referencia (53).

Por otro lado, en el gasto según factor de provisión se identifica que el 52,7% del gasto total en salud es destinado a la remuneración de asalariados, como segundo lugar los materiales y servicios, representan el 46,7% para el 2016. El primero se compone de sueldos, salarios, prestaciones sociales, pagos de horas extras, complementos y pagos en especies, el segundo por los pagos que realizan los hogares en servicios en clínicas, laboratorios, centros médicos, además de los pagos al INS y demás compañías de seguros privados.

Tabla 8 Costa Rica: gasto en salud según factor de provisión, periodo 2011-2016

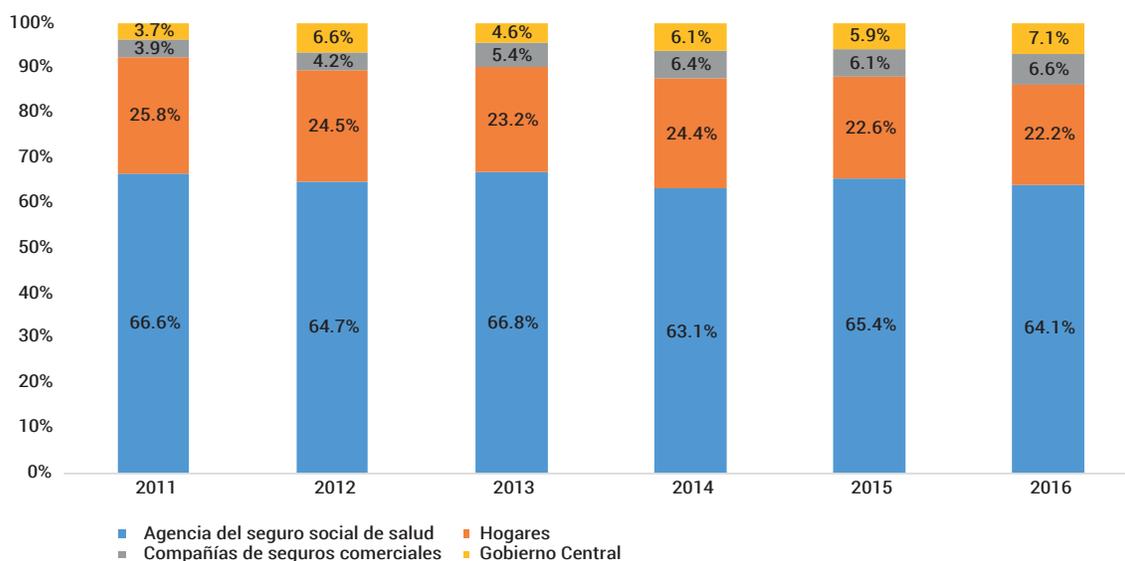
Factor de Provisión	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Remuneración asalariados	52.5%	53.3%	53.5%	51.6%	51.9%	52.7%
Materiales y servicios	47.1%	46.1%	46.0%	47.8%	47.4%	46.7%
Otras partidas de gastos	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
Factores de provisión no especificados	0.2%	0.4%	0.3%	0.4%	0.4%	0.3%
Monto total	1,754,012	1,848,332	1,955,386	2,145,438	2,290,557	2,344,992

Fuente: tomado de la referencia (53).

b. Fuentes de financiamiento

Los agentes de financiamiento del sistema de salud se pueden dividir en: agentes de seguro de salud (la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros), el Gobierno Central, agencias de seguros privados y los hogares. Se identifica como principal agente de financiamiento a la CCSS, entidad que cuenta con la obligación jurídica de garantizar la cobertura universal de los seguros sociales. En el caso del INS, éste administra el seguro obligatorio de riesgos del trabajo y se clasifica como Compañía de Seguros Comercial puesto que también ofrece seguros voluntarios.

Gráfico 4 Costa Rica: agentes de financiamiento en salud y su aporte como porcentaje del gasto total en salud, periodo 2011-2016



Fuente: tomado de la referencia (53).

Como se comentó anteriormente en el país la mayor inversión en salud se da por parte del sector público. De esta forma la principal fuente de financiamiento del seguro de salud es la Caja Costarricense de Seguro Social, financiada por medio de las contribuciones sociales, estos son recursos que se percibe por medio de patronos, empleados, trabajadores independientes, pensionados y el Estado, ya sea de carácter obligatorio o voluntario (54). Los recursos provenientes de regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), así como con cargas específicas a las actividades de venta de cigarrillos (Ley 9028), licores y lotería electrónica (39).

Después se encuentran los ingresos del país como los pagos directos de los hogares y otros ingresos como multas, alquileres, intereses, entre otros. Seguidamente están las transferencias de ingresos públicos, estas incluyen ingresos asignados a esquemas gubernamentales como transferencias entre el gobierno central y el local o dentro del mismo nivel. Otra fuente de financiamiento son los pagos voluntarios (seguros comerciales con el INS o aseguradoras privadas) y obligatorios de seguros (Seguro

Obligatorio de Automóviles, administrado por el INS). Por tanto, el esquema de financiamiento a nivel nacional consta de tres tipos:

Tabla 9 Costa Rica: distribución porcentual según esquema de financiamiento de la salud, 2011-2016

Tipo de esquema de financiamiento	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Esquemas gubernamentales de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	73,07%	74,21%	75,00%	73,06%	74,96%	75,21%
Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	1%	1%	2%	3%	3%	3%
Gasto directo de los hogares	26%	24%	23%	24%	22%	22%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: tomado de la referencia (53).

La tendencia en las fuentes de financiamiento se mantiene con relación al gasto en salud, la agencia del seguro social de salud, es decir la CCSS, seguido de los hogares, mismo comportamiento que el porcentaje del gasto total en salud según actor. A continuación, se muestra en millones de colones cuánto es el aporte por cada ente.

Tabla 10 Costa Rica: aporte por cada agente de financiamiento en salud, periodo 2011-2016

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Agencia del seguro social de salud	1.168.418,8	1.196.632,7	1.306.438,8	1.353.463,4	1.499.139,5	1.502.983,4
Hogares	452.820,0	453.178,1	454.326,3	523.898,6	517.667,2	520.800,6
Gobierno Central	65.120,8	121.196,2	89.153,6	130.554,9	135.042,7	166.716,6
Compañías de seguros comerciales	67.652,6	77.325,2	105.467,2	137.520,9	138.708,0	154.491,2
Total	1.754.012,2	1.848.332,2	1.955.385,9	2.145.437,8	2.290.557,5	2.344.991,8

Fuente: tomado de la referencia (53).

c. Sistema de financiamiento estatutario

El modelo de cobertura poblacional del país es un sistema de seguro público universal. Es a la CCSS a quien le corresponde administrar y aplicar los seguros sociales de salud, de carácter obligatorio, solidario y universal, financiado de manera tripartita: Estado, patrono y trabajador, definido así en el Artículo 1° de la Ley N°17 Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, decretado asimismo en el Artículo 2° que,

El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional (30).

En la cita anterior se esquematizan los tres regímenes que administra la CCSS, 1) el seguro de enfermedad y maternidad (SEM); 2) el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM); y 3) el régimen no contributivo.

En cuanto al tipo de cobertura que ofrece la CCSS, se pueden identificar las siguientes modalidades de aseguramiento, según el Reglamento del Seguro Social, son asegurados:

- a. Los trabajadores asalariados.
- b. Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
- c. Las personas jefas de familia aseguradas por cuenta del Estado.
- d. Las personas que individual o colectivamente se acojan al Seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
- e. Los trabajadores independientes, que coticen al Seguro en forma individual o colectiva.
- f. Los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.
- g. Población en condición de pobreza.

Sin embargo, estos a su vez se categorizan en cuatro tipos de aseguramiento, una persona asegurada es aquella que se encuentra en una de las condiciones de aseguramiento y en consecuencia tiene derecho a recibir servicios de salud y prestaciones del Seguro Social.

- Asegurado directo: son los trabajadores asalariados, los de cuenta propia, quienes cotizan en forma individual o mediante convenio, los pensionados o jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, todas las personas jefas de hogar asegurados por cuenta del Estado y las personas que se acogen al seguro voluntario.
- Asegurado familiar: persona que adquiere condición de asegurado debido que cumple, con respecto al asegurado directo, ciertos requisitos sobre parentesco, dependencia económica, edad y otros que establece el Reglamento de Salud.

- Asegurado por Cuenta del Estado: Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud.
- Asegurado voluntario: personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente.

A pesar de la gran cobertura del seguro social, existe un grupo de personas que se encuentra desprotegido por el sistema, como las personas refugiadas y en condición de pobreza que no son cubiertos por el Estado, actualmente a cargo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales en algunas poblaciones indígenas o población en condición de pobreza que no conoce sus derechos.

Para esto en el 2010 se aprobó la nueva Ley de Migración y Extranjería, la cual obliga a los extranjeros residentes permanentes, residentes temporales y trabajadores transfronterizos a cotizar al seguro social de la CCSS como condición para renovar su estado migratorio.

Se han realizado esfuerzos por ampliar la cobertura contributiva del seguro social, como se puede ver en la Tabla 11 en el 2016 se contó con una cobertura del 95% de la población total, es importante resaltar que el 14% de esta cobertura contributiva se debe a implementación de programas no tradicionales, por ejemplo los de “Aseguramiento por Cuenta del Estado” y de los pensionados por el Régimen No Contributivo, esto bajo la estrategia de garantizar los derechos a la Seguridad Social de los más pobres” (53).

El modelo de prestación de servicios de salud de la CCSS se basa en los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, integralidad, participación social, evolución progresiva de beneficios y concordancia con la realidad económica. Tiene como objetivos el acceso, la continuidad, la aceptabilidad, la efectividad y la eficiencia, y aplica un enfoque centrado en las personas (3).

En Costa Rica, cualquier persona que esté asegurada, sin importar la modalidad de aseguramiento, tiene derecho a acceder a todos los servicios que el sistema ofrece, no hay restricción alguna. Según el Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, las prestaciones que cubre el seguro son:

1. Atención Integral a la Salud, que incluye:
 - a. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
 - b. Asistencia médica especializada y quirúrgica
 - c. Asistencia ambulatoria y hospitalaria
 - d. Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos
 - e. Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete

- f. Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
 - g. Asistencia social, individual y familiar (55).
2. Prestaciones de dinero
- a. Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.
 - b. Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.
 - c. Ayuda económica para traslados y hospedajes
 - d. Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero. *(La Sala Constitucional mediante resolución N° 5594 del 02 de mayo de 2012 declaró con lugar la acción de inconstitucionalidad interpuesta contra este inciso "por omitir como beneficiaria, cuando fallezcan hijos menores de edad, a las mujeres aseguradas directas que tengan la condición de madres solas, jefas de hogar y único sostén económico de su núcleo familiar.")*
 - e. Ayuda económica por concepto de libre elección médica (55).
3. Prestaciones Sociales
- a. Fomento de la participación social
 - b. Convenio de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada, relacionadas con la atención integral de la salud.
 - c. Derechos durante la cesantía.
 - d. Extensión de la protección asistencial, en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos, y la enfermedad implique riesgos humanos.
 - e. Pago al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de las cuotas derivadas del subsidio por concepto de licencia por maternidad. *(Así reformado el inciso anterior mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006)* (55).

Según el artículo 16 del Reglamento del Seguro Social únicamente quedan excluidos del seguro de salud: 1) los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley N°6727 de 24 de marzo de 1982, corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros, según los casos; y 2) los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito N°7331 del 13 de abril de 1993, en el tanto su protección corresponda al Instituto Nacional de Seguros o a la persona que resulte responsable del accidente. Estos dos no son cubiertos por el seguro de salud de la CCSS más sí pueden utilizar los servicios que ofrece la misma.

A continuación, se muestra el porcentaje de población que cuenta con cobertura según la condición de asegurado, para el periodo analizado 2011-2016.

Tabla 11 Costa Rica: porcentaje de cobertura contributiva según condición de aseguramiento por año. CCSS, 2011-2016.

Condición de aseguramiento	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura contributiva	93.7%	93.6%	94.4%	94.7%	94.9%	95.0%
Asegurado directo Asalariado	24.0	24.5	24.7	24.9	25.0	25.5
Asegurado directo por Cuenta Propia	6.9	7.4	7.8	7.9	7.8	8.0
Asegurado directo por Convenio	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4
Asegurado por cuenta del Estado (familiar)	9.1	8.6	8.8	11.1	12.4	12.7
Dependientes de asegurado directo activo	42.4	41.7	41.6	39.2	37.5	36.5
Pensionados de I.V.M.	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8
Pensionados de Regímenes Especiales	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
Pensionados Régimen No Contributivo	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2
Dependientes de pensionado	2.5	2.5	2.5	2.3	2.6	2.6
Población No Asegurada	6.3	6.4	5.6	5.3	5.1	5.0
Población Total	4,614,497	4,667,076	4,717,681	4,772,098	4,833,752	4,889,762

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Actuarial y Económica del Área Estadística de la CCSS.

La cobertura contributiva presenta un aumento de un punto porcentual del 2011 al 2014, manteniéndose constante hasta el 2016. Se concentra fundamentalmente en los asegurados directos, estos se componen por los asegurados asalariados, por cuenta propia y por convenios. El asegurado por cuenta propia incluye a su vez al asegurado independiente y el voluntario.

Con respecto al asegurado por cuenta del Estado, se incluyen las personas con indigencia médica, es decir que se encuentran desempleadas y no cuentan con ingresos para asumir la cotización del seguro

social esta condición de aseguramiento ha pasado de una cobertura contributiva del 9,1% en el 2011 a un 12,7% en el 2016. Se encuentran también los asegurados dependientes de asegurados directos, este componente sí se ha visto reducido, de un 42,4% a un 36,5% del 2011 al 2016 respectivamente, “esto debido a un esfuerzo por que las personas estén aseguradas en la condición adecuada y a un menor tamaño de los grupos familiares” (53).

d. Colección de fondos

El presupuesto del gobierno destinado al financiamiento de salud en el 2016 fue 19,5% del total del gasto del gobierno. Dicha información se puede ver con detalle en la Tabla 5 Costa Rica: tendencias del gasto en salud, 2011-2016.

Los fondos utilizados para la inversión en salud en el país provienen de diferentes fuentes, en principio son progresivas, el principal componente corresponde a las cotizaciones a la seguridad social, en el 2016 el porcentaje de participación de este rubro en el gasto total en salud fue de 66,2%, incluyendo la recaudación de los seguros solidarios de Riesgos del Trabajo del INS, excluye las cotizaciones al seguro social por parte del gobierno para grupos específicos. En la siguiente tabla se muestra con detalle la distribución porcentual del gasto en salud según la fuente de ingresos.

Tabla 12 Costa Rica: gasto en salud según la fuente del recurso, 2011-2016

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cotizaciones a la seguridad social	66,6%	64,2%	66,3%	64,1%	66,8%	66,2%
Otros ingresos del país n.e.p.	27,8%	27,1%	26,2%	26,0%	23,7%	22,4%
Transferencias de los ingresos públicos internos	3,7%	6,6%	4,7%	6,1%	5,9%	7,1%
Pre-pago voluntarios	1,1%	1,3%	1,8%	2,5%	2,4%	2,6%
Pre-pago obligatorio	0,8%	0,9%	1,0%	1,3%	1,1%	1,6%
Transferencias externas directas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: tomado de la referencia (53).

Como segundo componente en orden de importancia, se encuentran los otros ingresos del país, su principal fuente son los pagos directos de los hogares, ingresos recibidos por la CCSS por venta de servicios médicos a hogares, alquileres, intereses, entre otros. Este representó el 22,4% en el 2016.

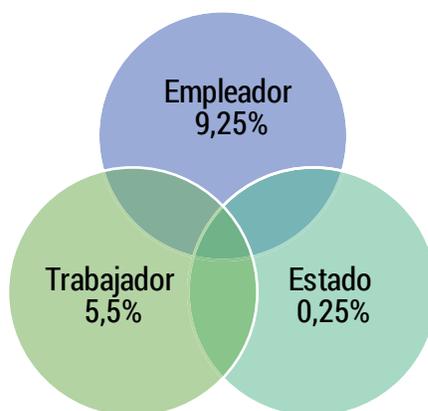
En tercer lugar, se encuentran las transferencias de ingresos públicos, estas incluyen ingresos asignados a esquemas gubernamentales como transferencias entre el gobierno central y el local o dentro del mismo nivel, de acá se excluyen las contribuciones al seguro de salud por parte del gobierno como empleador. Las transferencias han demostrado un crecimiento significativo en el periodo analizado, pasó de un 3,7% en el 2011 a un 7,1% en el 2016, debido a conceptos como asegurados por el Estado, transferencias del FODESAF y del Ministerio de Salud con fondos provenientes de los impuestos creados por la Ley N° 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud (impuesto aplicado al tabaco, que genera recursos para el sector salud).

Otra fuente de financiamiento son los pagos voluntarios o pre-pago voluntario (seguros comerciales con el INS o aseguradoras privadas) y pagos obligatorios de seguros o pre-pago obligatorio que contempla el Seguro Obligatorio de Automóviles, administrado por el INS. Ambos rubros presentan tendencias crecientes.

Las contribuciones sociales como se ha dicho son principalmente tripartitas, sin embargo depende del tipo de aseguramiento al que esté apegado el usuario. Según el artículo 62 del Reglamento del Seguro Social, las contribuciones al seguro de salud son las siguientes:

- **Sector asalariado**

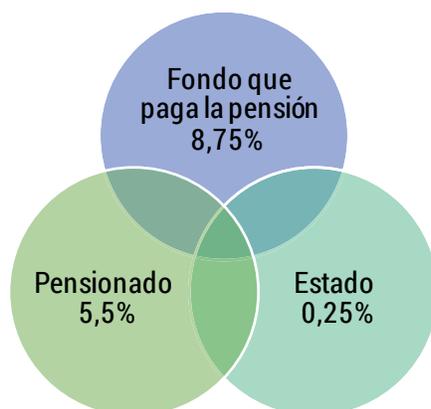
Figura 3 Cotizaciones al seguro de salud para cobertura de asegurado directo CCSS, sector asalariado



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (55)

- Sector pensionados

Figura 4 Cotizaciones al seguro de salud para cobertura de asegurado directo CCSS, sector pensionado



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (55)

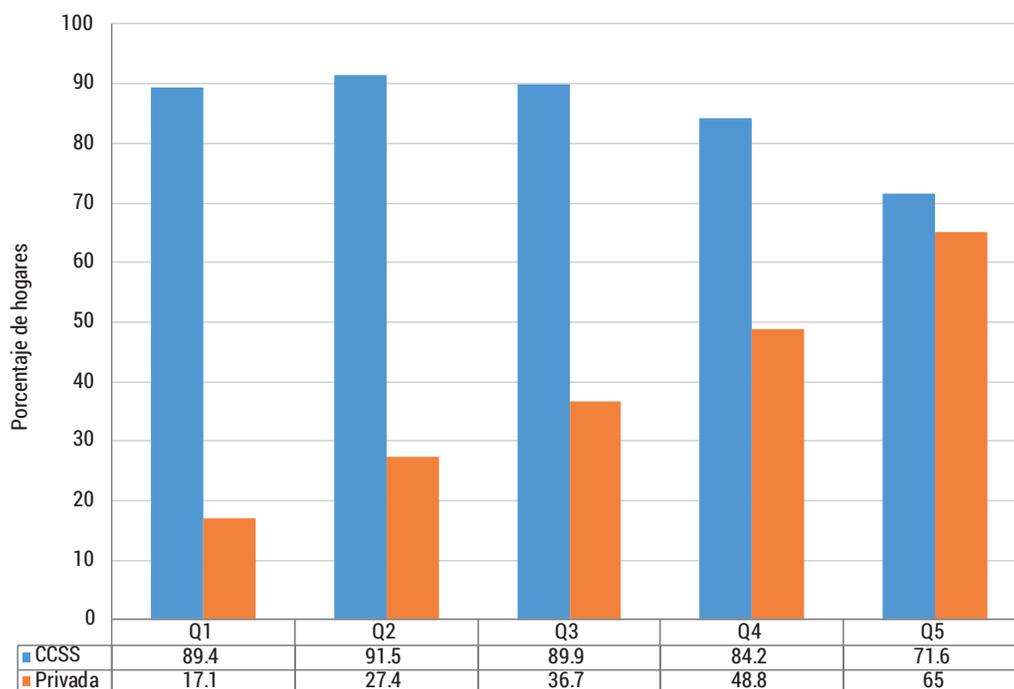
- Asegurados voluntarios: la contribución del asegurado voluntario se define según los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva de la CCSS por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global será asumido por el Estado como cuota complementaria (55). Además, el Estado deberá aportar el 0,25% sobre la masa cotizante de dicho grupo.
- Asegurados por el Estado en condición de pobreza: se determina según cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS.
- Trabajadores independientes: contribución determinada por la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva de la CCSS por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica (55). Además, el Estado deberá aportar el 0,25% sobre la masa cotizante de dicho grupo.

Por otra parte, con respecto a la capacidad de pago y el acceso a servicios de salud según los ingresos, se puede observar en el gráfico 5, el porcentaje de hogares que hicieron uso de servicios de consulta médica según proveedor, por quintil de ingreso. Se demuestra que, del total de hogares de menor ingreso, el 89,4% utilizó la consulta médica de la CCSS, mientras que del 20% de la población con mayor ingreso, solo el 71,6% de hogares asistió a consulta médica pública.

Para estos mismos quintiles de ingreso (primero y quinto respectivamente) se muestra un comportamiento ascendente en el uso de consulta médica privada conforme aumenta el nivel de ingreso. Estos datos reflejan que mientras mayor sea el ingreso, menor uso del servicio público y mayor uso de consulta privada por parte de los hogares. Los hogares del segundo y tercer quintil de ingreso son los que

utilizaron en mayor porcentaje la consulta médica del servicio de salud público. Estos datos se lograron consolidar gracias a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2013 realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Gráfico 5 Costa Rica: porcentaje de hogares que hicieron uso del servicio de consulta médica, por quintil de ingreso, según proveedor, 2013



Fuente: tomado de la referencia (53).

e. Mancomunación de fondos

Como se ha detallado anteriormente, el principal agente que colecta los fondos para la salud es la Agencia del Seguro Social de Salud, esta función es principalmente desarrollada por la CCSS y en una pequeña parte por el INS. Los fondos son colectados por medio de las contribuciones al seguro social, como las cotizaciones de los asegurados directos y empleadores o los seguros obligatorios de riesgos del trabajo del INS. “Tradicionalmente, los fondos del seguro social de salud se recaudan directamente de las aportaciones de sus afiliados, y tienen derecho a fijar la prima necesaria para cubrir el gasto” (53).

Una vez mancomunados los fondos por la misma agencia, la CCSS por su parte asigna los fondos a cada dirección, nivel y área de salud, según presupuestos históricos. Durante el período de 2011 al 2016 el gasto total en salud como porcentaje del gasto total del gobierno rondó entre el 21,9% y el 19,5%. Esto quiere decir que sí hay políticas a nivel de estado que definen el financiamiento, pero no necesariamente conducen las inversiones en salud.

Además del sistema de salud público existe el sistema de salud privado, que representó el 23,9% del gasto total en salud para el 2016.

f. Relación entre compradores y proveedores de servicios

La CCSS cuenta con una red propia de prestación de servicios de salud que está organizada en tres niveles de atención (niveles detallados en el apartado de **Modelo de atención**), cuenta con un total de 55 000 empleados, distribuidos en el primer, segundo y tercer nivel. Los usuarios no tienen oportunidad de escoger su proveedor, ya tienen un área de salud asignada, con un Equipo Básico de Atención Integral en Salud a su cargo y establecimientos de segundo y tercer nivel de referencia, definidos por tres grandes redes. El acceso al segundo y tercer nivel se da por medio de una referencia no por escogencia del usuario, excepto los servicios de emergencias.

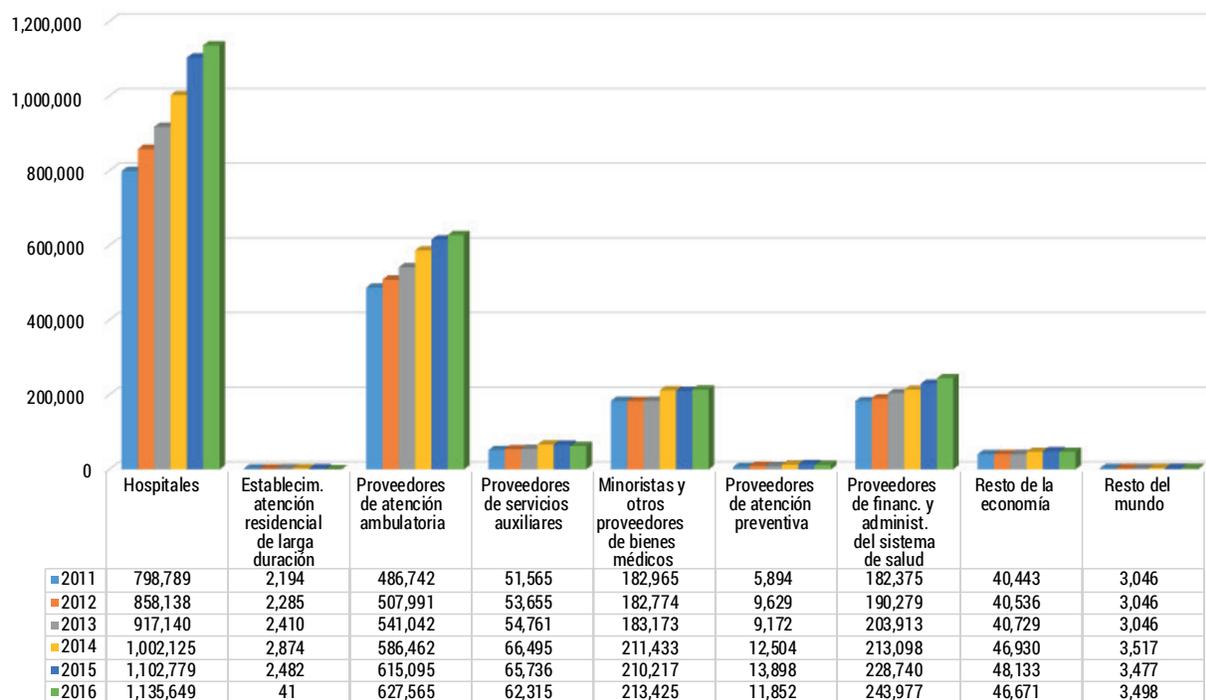
Según el informe realizado por la OCDE sobre los sistemas de salud de Costa Rica en el 2017, la CCSS cuenta con un marco de trabajo en atención primaria que permite evaluar las autoridades locales basándose en 30 indicadores, en temas como el acceso, continuidad, efectividad, satisfacción del paciente y competencia organizacional. Por cada indicador se determina un objetivo a nivel nacional, con el fin de que los proveedores comparen su desempeño con las demás áreas locales, regionales y nacionales (25).

Además gracias al sistema de Expediente Digital Único en Salud (EDUS) se está registrando el desempeño a nivel de proveedores, por medio de bases de datos del EDUS, se incluyen indicadores clínicos, de productividad, aspectos como “los horarios de atención de los EBAIS, el número de pacientes que se atienden por día, el porcentaje de consultas que se hacen en persona, por teléfono y vía internet, y el número de citas que no fueron usadas” (25).

Como una medida para ampliar el acceso, se hizo uso de proveedores (cooperativas y universidades) de salud privados para brindar servicios de primer nivel. En su momento, cerca del 15% de la atención en el primer nivel era dada por proveedores independientes por medio de contratos de gestión con la CCSS. También se hace contratación de servicios privados para obtener diagnósticos y tratamientos de mayor complejidad y de alguna forma descongestionar el segundo y tercer nivel (25). Los contratos de compra de servicios para el primer nivel de atención están en revisión, se prevé que los EBAIS gestionados por terceros pasen a ser institucionalizados.

Se evidencia que el principal proveedor de servicios de salud son los hospitales, en el 2016 representaron un 48,4% del gasto corriente en salud, seguido de los proveedores de atención ambulatoria, en tercer lugar los proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud, y en cuarto lugar se identifican los minoristas y otros proveedores de bienes médicos, dentro de este rubro se ubican las farmacias, las cuales representan un monto superior al 70% de los bienes médicos.

Gráfico 6 Costa Rica: proveedores de servicios de salud según participación en el gasto en salud, 2011-2016 (millones de colones) (Metodología SHA 2011)



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (53).

Existe en la CCSS una Dirección de Compra de Servicios que monitorea los niveles de actividad de los proveedores de servicios, sin embargo, hasta el momento no se han producido auditorías de forma regular y transparente. Aunado a esto el Ministerio de Salud también reconoce que “la información de que dispone para interpretar el desempeño de la CCSS está fragmentada y dispereja, lo que limita su capacidad a la hora de monitorear la calidad y resultados de los servicios de salud” (25).

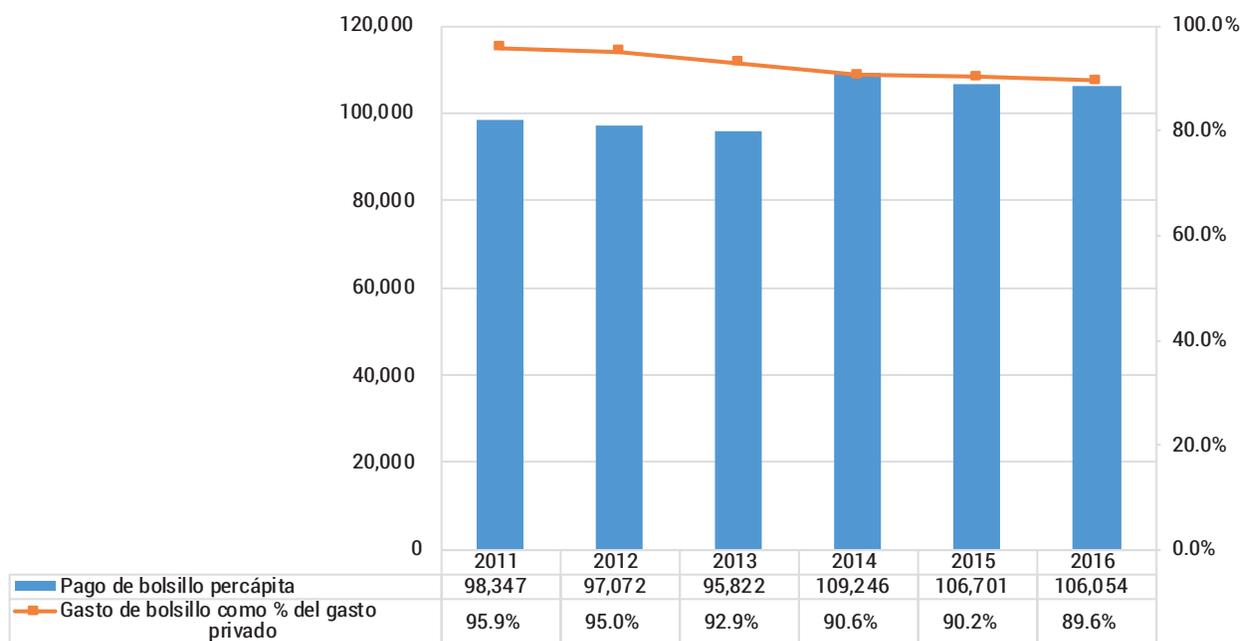
g. Gasto de bolsillo y costos compartidos

El gasto privado en salud está compuesto por el gasto de bolsillo o gasto de los hogares y el gasto en el pago de seguros voluntarios en diferentes aseguradoras. En el 2016 el gasto de bolsillo representó el 21,4% del gasto total en salud. El gasto en seguros privados tuvo un aumento de cinco veces del 2011 al 2016, pasó de 0,3% de participación en el gasto a un 1,6%.

El gasto de bolsillo representó el 89,6% del gasto privado en salud mientras el pago de primas de seguros voluntarios figuró un 10,4% para el mismo año. El gasto de los hogares está compuesto básicamente por: bienes médicos (contienen productos farmacéuticos, artefactos y equipo de terapia), atención curativa (incluye servicios médicos) y servicios auxiliares (incluye servicios paramédicos).

Para el periodo del 2011 al 2016 se identifica una línea descendente en el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud, esto porque han disminuido los pagos directos y aumentado los pagos de primas de seguros voluntarios.

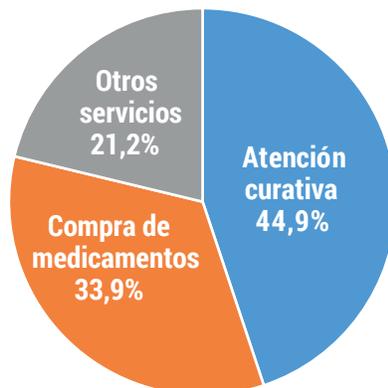
Gráfico 7 Costa Rica: Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado, 2011-2016 (millones de colones)



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (53).

La composición del gasto de los hogares según función se distribuyó de la siguiente manera para el 2013, el 44,9% fue destinado a la atención curativa, seguida de la compra de medicamentos que representó el 33,9% del gasto total de los hogares para ese año. Las listas de espera, la calidad de la atención y las dificultades de acceso a la atención de primer nivel y por ende el congestionamiento en las salas de emergencias de los hospitales, son unas de las principales razones por las que parte de la población ha optado poco a poco a aumentar su gasto de bolsillo en salud y su gasto en seguros voluntarios de salud.

Gráfico 8 Costa Rica: composición del gasto de bolsillo de los hogares, 2013



Fuente: tomado de la referencia (53).

h. Seguros privados de salud

La Superintendencia General de Seguros (SUGESE) es oficialmente la encargada de supervisar el mercado de los seguros, creada en agosto del 2008 mediante la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, uno de los objetivos principales es “crear y establecer el marco para la autorización, la regulación, la supervisión y el funcionamiento de la actividad aseguradora, reaseguradora, intermediación de seguros y servicios auxiliares” (56).

Los principales actores identificados en el mercado de seguros son: los consumidores de seguros, empresas aseguradoras, intermediarios de seguros, operadores de seguros autoexpedibles, proveedores de servicios auxiliares y las reaseguradoras.

Por consumidor se entiende “toda persona física o entidad de hecho y de derecho que adquiere, disfruta o utiliza los bienes o servicios” (57). Una empresa aseguradora es una persona jurídica que tiene como principal actividad el “aceptar a cambio de una prima la transferencia de riesgos asegurables a los que estén expuestos sus clientes” (58).

Los intermediarios de seguros pueden ser personas físicas o jurídicas que establecen estrechas relaciones con las entidades aseguradoras, dedicados a la oferta, promoción y celebración de contratos de seguros (58). En Costa Rica los intermediarios de seguros operan bajo las siguientes figuras:

- 1) agentes de seguros: personas físicas que realizan intermediación de seguros y deben estar acreditadas por una o varias entidades aseguradoras, 2) sociedades agencias de seguros: son personas jurídicas inscritas en el Registro mercantil como sociedades anónimas, cuyo objeto social exclusivo es la intermediación de seguros y operan bajo las mismas condiciones indicadas para los agentes de seguros, 3) sociedad corredora: personas jurídicas inscritas en el registro Mercantil como sociedades anónimas, cuyo objeto social exclusivo es la intermediación

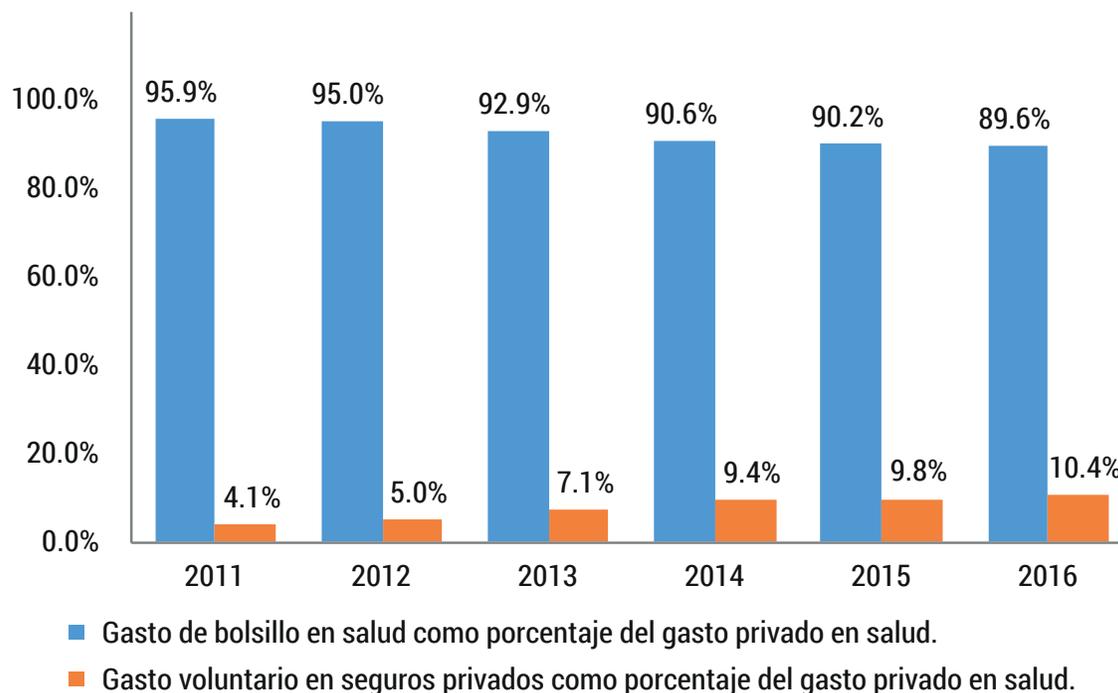
de seguros bajo la correduría de seguros, 4) corredores: persona física debidamente acreditada por una sociedad corredora para realizar intermediación de seguros (58).

El gasto privado en salud ha aumentado en términos nominales en el periodo de estudio, pasando de 471.123 millones de colones en el 2011 a 579.144 millones de colones, es decir, un 23,9% del gasto total en salud en el 2016. Como se puede ver en Gráfico 9 el comportamiento del gasto en seguros privados en salud ha ido en aumento; en consecuencia, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud presenta una tendencia descendente en términos relativos, porque ha ido aumentando el porcentaje de participación del gasto voluntario en seguros privados.

Actualmente hay un total de trece aseguradoras activas, no todas ofrecen seguros para gastos de salud, las registradas según SUGESE son:

1. Aseguradora del Istmo S.A
2. Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A
3. ASSA Compañía de Seguros S.A
4. Best Meridian Insurance Company
5. Davivienda Seguros Costa Rica S.A
6. Instituto Nacional de Seguros
7. MAPFRE Seguros Costa Rica S.A
8. Oceánica de Seguros S.A
9. Pan American Life Insurance de Costa Rica S.A
10. Qualitas Compañía de Seguros Costa Rica S.A
11. Seguros del Magisterio S.A
12. Seguros LAFISE Costa Rica S.A
13. Triple-S Blue Inc (Atlantich Southern Insurance Company Sucursal en Costa Rica)

Gráfico 9 Costa Rica: composición del gasto privado en salud, 2011-2016



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (53).

i. Mecanismos de pago a proveedores

Según el estudio realizado por la OCDE en el 2017, se determina que los sistemas de pago a los proveedores son tradicionales y no están ajustados según las necesidades o el desempeño. Esto sucede tanto en los centros de atención del primer nivel como en los hospitales del segundo y tercer nivel; todos reciben un presupuesto global, basándose en presupuestos históricos. Si se realizan ajustes es porque se ofrecen servicios adicionales.

En cuanto al tipo de pago, a los trabajadores del primer nivel de atención se les paga por medio de un salario base, este tiene ajustes según la disponibilidad, experiencia y otros elementos. Lo mismo sucede con el personal clínico basado en hospitales, reciben un salario base y reciben incentivos adicionales como parte de programas específicos para reducir listas de espera.

En general todo el primer nivel de atención, los servicios de atención ambulatoria, hospitales y servicios de salud pública, el mecanismo de pago es pago por presupuesto. Hay presupuesto global que destina cierto porcentaje para cada función, como se puede ver en la Tabla 13.

Tabla 13 Costa Rica: mecanismos de pago a proveedores, sector público.

Proveedor	Pago por servicio médico	Pago por salario	Pago per cápita	Pago por estancia hospitalaria	Pago por egreso hospitalario	Pago por presupuesto	Pago por anualidad ¹	Grupos Relacionados de Diagnóstico
Primer nivel de atención						X	X	
Médico general		x					X	
Especialista ambulatorio		X					X	
Otra provisión ambulatoria						X		
Hospitales agudos						X		
Dentistas		X					X	
Farmacias						X	X	
Servicios de salud pública						X	X	

Fuente: elaboración propia con base en la referencia (53).

Nota: ¹ en Costa Rica este rubro se considera como un plus salarial que el servidor recibe por cada año completo de servicio para el Estado-patrono, entre más años tenga el funcionario más dinero recibe por este concepto, su fundamento legal se encuentra en la Ley 2166- Ley de Salarios de la Administración Pública.

2.3 Capacidad y recursos apropiados para la prestación de servicios

a. Recursos humanos para la salud

En Costa Rica la Ley General de Salud, establece en el artículo 40 las profesiones de ciencias de la salud: Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Enfermería y Nutrición (32), sin embargo, no son estos los únicos profesionales considerados como recurso humano en salud, se considera también en la práctica diaria a los psicólogos y nutricionistas. La disponibilidad de la fuerza laboral en salud para 2015 se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 14 Disponibilidad en la fuerza de trabajo en salud 2015

Indicador	Cantidad de profesionales por 10.000 habitantes	Cantidad total de profesionales
Médicos	23	11057
Enfermeras	26	12 708
Dentistas	9	4 332
Farmacéuticos	9	4 178
Microbiólogos	12	5 940
Psicólogos	15	7 264
Nutricionistas	4	1 919

Fuente de datos: Elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Recursos Humanos (SINARHUS) y la referencia (1).

La Caja Costarricense de Seguro Social, en su anuario estadístico de recursos humanos del 2016 reflejó que contaba para diciembre de ese año con 53 548 funcionarios, de los cuales 2676 eran médicos generales y 2535 médicos especialistas, representando una proporción de 5,47 médicos generales por cada 10.000 habitantes y 5,18 especialistas por 10.000 habitantes. Mientras que según el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en el 2015 el total de médicos era de 11057, lo que indica que cerca de la mitad de los médicos trabajan en la CCSS, siendo el principal empleador público.

A continuación, se muestra la relación de profesionales en Ciencias Médicas en centros de salud de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS por cada 10.000 habitantes a diciembre del 2016.

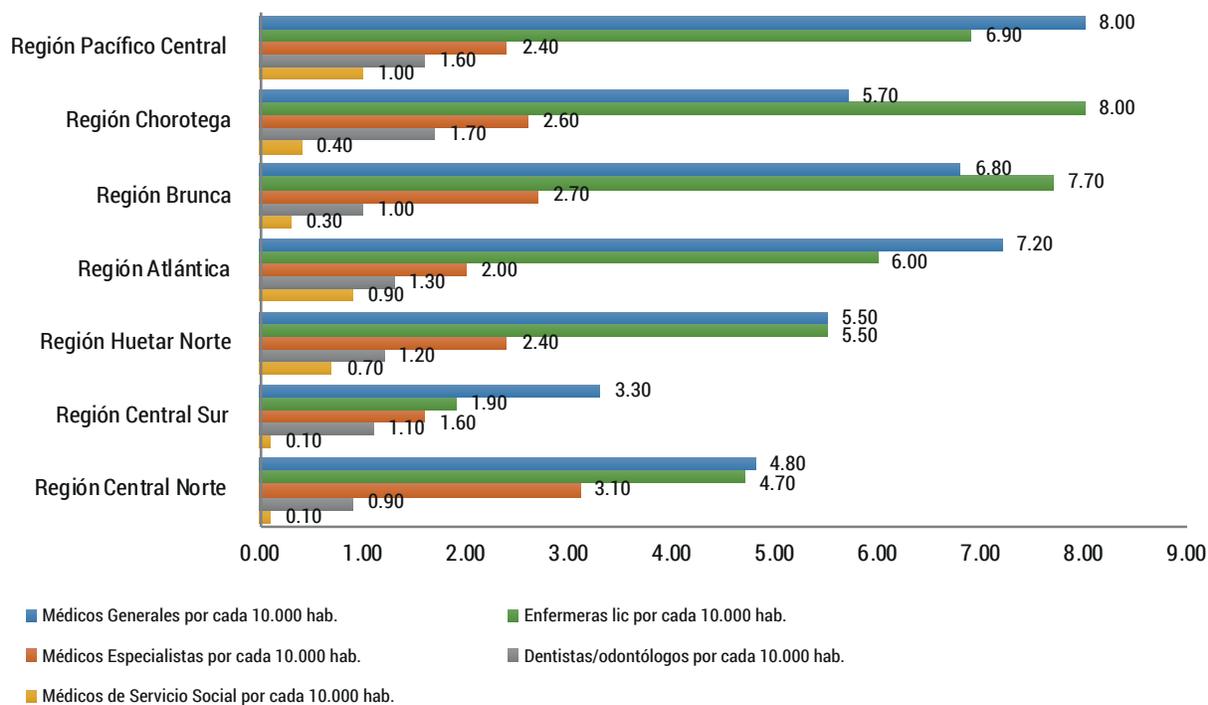
Tabla 15 Distribución de funcionarios en salud de la CCSS por cada 10.000 habitantes, según región, 2016.

Funcionarios	Región Central Norte	Región Central Sur	Región Huetar Norte	Región Atlántica	Región Brunca	Región Chorotega	Región Pacífico Central	Total país
Médicos Generales por cada 100.000 hab.	48	33	55	72	68	57	80	55
Médicos Especialistas por cada 100.000 hab.	31	16	24	20	27	26	24	52
Médicos con funciones administrativas por cada 100.000 hab.	5	4	11	7	7	11	11	13
Médicos de Servicio Social por cada 100.000 hab.	1	1	7	9	3	4	10	3
Médicos residentes por cada 100.000 hab.	2	0	1	1	0	0	0	17
Enfermeras (Licenciadas) por cada 100.000 hab.	47	19	55	60	77	80	69	83
Dentistas/odontólogos por cada 100.000 hab.	9	11	12	13	10	17	16	13
Psicólogos clínicos por cada 100.000 hab.	1	1	1	1	1	1	2	3

Funcionarios	Región Central Norte	Región Central Sur	Región Huetar Norte	Región Atlántica	Región Brunca	Región Chorotega	Región Pacífico Central	Total país
Nutricionistas por cada 100.000 hab.	2	1	2	2	3	3	3	3
Microbiólogos, químicos por cada 100.000 hab.	7	5	12	12	15	12	13	14
Farmacéuticos por cada 100.000 hab.	15	11	33	25	27	29	27	23
Cantidad de Habitantes	1,281.173	1,843.974	256.971	436.634	361.140	422.895	287.583	4,890.369

Fuente: elaboración propia con base en la referencia (59).

Gráfico 10 Distribución por región de los funcionarios en salud de la CCSS, por cada 10.000 hab, 2016



Fuente: elaboración propia con base en la referencia (59).

El gráfico anterior refleja que hay 8 médicos generales por cada 10.000 habitantes en la Región Pacífico Central, mientras que en la Región Central Sur es la que menos proporción de médicos generales tiene, 3,3 por cada 10.000 habitantes, esto considerando que la Central Sur se tiene una población asignada de 1.843.974 para el 2016, y la Pacífico Central tenía una población de 287.583.

En cuanto a la planificación de recursos humanos, en el 2002 el Ministerio de Salud formula la Política Nacional de Salud 2002-2006, en la cual incluye un área de intervención específicamente en el tema de Recursos Humanos, dentro del ámbito de Fortalecimiento y Consolidación del Sistema de Salud.

Como parte del Análisis Sectorial de Salud del 2002 se identificaron una serie de asuntos clave en materia de recursos humanos en salud, con el fin de proponer políticas y estrategias que abarcaran las necesidades, entre ellas estaban:

1. Los servicios de salud del primer nivel de atención no desarrollan la totalidad de las intervenciones propias de la estrategia de atención primaria, lo cual dificulta la orientación de la formación de los recursos humanos para dar respuesta a ese nivel.
2. El quehacer de las instituciones formadoras y empleadoras en salud, en su mayoría, está orientado por un enfoque biológico, patocéntrico, tecnocéntrico, no humanista e individualista, que fomenta el desarrollo de competencias de recursos humanos en esta misma dirección y que no responde a las necesidades del perfil social del país.
3. No existe una definición explícita de las necesidades de formación en cantidad y calidad de las instituciones empleadoras.
4. Hay inequidades en la distribución y gestión de los recursos humanos (contratación, salarios, inventivos, acceso a los órganos tomadores de decisiones en recursos humanos).
5. Hay dispersión y fragmentación de la información en recursos humanos, por lo que no se dispone de bases de datos, investigaciones prospectivas actualizadas, estudios de mercado y otros que permitan evidenciar el desarrollo de los recursos humanos en el sector salud.
6. Se carece de una instancia que legitime el encuentro de los diferentes gremios, instituciones formadoras, empleadoras y representantes de la ciudadanía para impulsar las decisiones en materia de recursos humanos en salud (60).

Tomando en cuenta estos antecedentes, en el 2005 mediante Decreto N° 32209-S se conforma la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (CTDRHS) y por medio de una reforma al decreto en el 2016 se redefine su integración⁵.

La Comisión tiene como principal objetivo apoyar los procesos de formulación e implementación de la política nacional que permita la regulación y dirección de la gestión de los recursos humanos en salud, además constituye el núcleo básico del Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

El país cuenta con el Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS), para recopilar la información disponible sobre los profesionales y técnicos en salud, con el fin de determinar tendencias y comportamientos del recurso humano en salud.

En cuanto a la regulación de la formación, capacitación y distribución de los recursos humanos en salud, se pueden identificar en la Política Nacional de Salud ciertas políticas y estrategias en torno al recurso humano en salud. Estas se plantearon después de evaluar el desempeño de la Función Esencial de Salud Pública (FESP) ⁸ la cual hace referencia “la capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud pública” (61).

5 Integración de la CTDRHS: el director o su representante de la Dirección de Garantía del Acceso de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud, quien la coordinará, el director o su representante de la Dirección de Desarrollo Humano del Ministerio de Salud, el director o su representante de la Dirección de Recursos Humanos de la Caja Costarricense de Seguro Social, un representante del Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), de la Caja Costarricense de Seguro Social, el director o su representante de la Dirección de Recursos Humanos del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, un representante del Consejo Nacional de Rectores (CONARE), un representante del Consejo Nacional de la Educación Superior Privada (CONESUP), un representante de Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN), un representante de la Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Costa Rica, relacionado con las Ciencias de la Salud, un representante del Instituto Nacional de Seguros - Salud (INS-SALUD), el director o su representante de la Dirección General del Servicio Civil, la Jefatura o su representante de Recursos Humanos del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición (INCIENSA), la Jefatura o su representante de Recursos Humanos del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), un representante del Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense (BUSSCO), un representante de la Asociación Nacional de Empleados Públicos (ANEP) (46)

Cuadro 3 Iniciativas orientadas a la formación, capacitación y planificación del recurso humano en salud, Ministerio de Salud

Políticas	Estrategias
<p>1. Planificación de los recursos humanos en salud y afines según las necesidades del país tanto para las instituciones públicas como para el sector privado</p>	<p>1.1 La participación activa y el compromiso de las instituciones formadoras y empleadores públicas y privadas, colegios profesionales en la toma de decisiones en el tema de recurso humano.</p> <p>1.2 Fortalecer el Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS), como un instrumento que genera información para la toma de decisiones en materia de recursos humanos en salud.</p> <p>1.3 Analizar en forma permanente la situación del recurso humano en salud en aspectos de formación, empleo, calidad y brechas.</p> <p>1.4 Promover y fortalecer la formación de recurso humano a nivel técnico en salud y afines.</p>
<p>2. Definición de competencias y perfiles del recurso humano en salud y afines, que responda a las necesidades del país tanto para las instituciones públicas como para el sector privado.</p>	<p>2.1 Formación de profesionales de las ciencias de la salud y afines de acuerdo a la planificación estratégica de los recursos humanos con participación de los diferentes actores responsables.</p>
<p>3. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en ciencias de la salud y afines tanto para las instituciones públicas como para el sector privado.</p>	<p>3.1 Promover el desarrollo de un proceso de educación continua de la fuerza de trabajo de las ciencias de la salud y afines.</p> <p>3.2 Fortalecer los procesos de evaluación del desempeño, recertificación de la fuerza de trabajo en salud.</p> <p>3.3 Promover el fortalecimiento de las capacidades de los médicos generales.</p> <p>3.4 Promover la acreditación de las carreras en las ciencias de la salud y afines como requisito obligatorio.</p>

Políticas	Estrategias
<p>4. Fortalecimiento de la coordinación y articulación intra e intersectorial en el tema de recursos humanos en salud.</p>	<p>4.1 Fortalecer el tema de recursos humanos en salud mediante la articulación con instituciones públicas y privadas, reguladoras, formadoras, colegios profesionales y otras instancias afines.</p> <p>4.2 Fortalecer los mecanismos para la certificación y acreditación de instituciones formadoras públicas y privadas con base en parámetros de calidad, seguridad y necesidades del país.</p> <p>4.3 Fortalecer el liderazgo del ente rector en materia de recursos humanos</p>
<p>5. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.</p>	<p>5.1. Analizar en forma permanente la situación del recurso humano en salud en aspectos de formación, empleo, calidad y brechas.</p> <p>5.2. Evaluación y regulación de la calidad por parte de las instituciones y los actores responsables.</p> <p>5.3. Determinar los estándares de calidad que permitan la evaluación permanente de la fuerza de trabajo en ciencias de la salud y afines.</p> <p>5.4. Generar acuerdos entre el ente rector y las instituciones públicas y privadas, con el fin de, establecer programas de educación continua para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en salud.</p> <p>5.5. Establecer un sistema de incentivos no monetarios basado en competencias en servicio y rendimiento para el reconocimiento de estándares de calidad de la fuerza de trabajo en salud.</p> <p>5.6. Establecer la acreditación (recertificación) profesional obligatoria para contar con profesionales competentes y comprometidos con la calidad en la atención de los usuarios.</p> <p>5.7. Crear un proceso de evaluación de satisfacción de los usuarios.</p>

Fuente: elaboración basada en la fuente (46)

Por otra parte, la Política Institucional para Gestión de las Personas en la Caja Costarricense de Seguro Social tiene como objetivo fundamental direccionar las estrategias, planes y programas de gestión de las personas en sus cuatro macroprocesos asociados: información y planificación, administración de personal, gestión del trabajo y gestión del conocimiento, con el propósito de contribuir a la eficacia y la eficiencia de la calidad de atención de los usuarios. Fue aprobada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social el 2 de febrero de 2017 y cuenta con su respectivo plan de implementación.

Los ejes transversales en los cuales se fundamenta la gestión de los recursos humanos son los siguientes: Orientación al usuario, Igualdad y equidad de género, Igualdad de oportunidades para personas con discapacidad, Respeto a la diversidad y la interculturalidad, Uso racional de los recursos y Buen trato.

El enunciado general de la política indica que, para el desarrollo continuo e integrado de sus trabajadores, la Caja contará con un sistema orientado a la mejora de sus capacidades y condiciones de trabajo, que permita el cumplimiento de la función pública, la continuidad de los servicios, los lineamientos estratégicos, los requerimientos del modelo de prestación de los servicios y las necesidades de las personas usuarias.

El macroproceso de información y planificación contiene tres enunciados relacionados con planificación, información y regulación de recursos humanos; el macroproceso de administración de personal contiene dos enunciados relacionados con gestión de los recursos humanos y gestión del desempeño; el macroproceso de gestión del trabajo contiene tres enunciados relacionados con cultura organizacional, bienestar y salud de las personas trabajadoras y relaciones laborales; mientras que el macroproceso de gestión del conocimiento contiene dos enunciados relacionados con la gestión y transferencia del conocimiento encaminada a la mejora continua del desempeño en la Caja.

Para cada enunciado y correspondiente lineamiento, se ha establecido una serie de estrategias que facilitarán el proceso de implementación, monitoreo y evaluación de la Política, directamente relacionado con las principales transformaciones y cambios que se pretenden con su implementación. (61)

Continuando con el tema de la regulación del recurso humano en salud el Ministerio de Salud cuenta además con un Reglamento de Servicio Social Obligatorio para profesionales en ciencias de la salud, Decreto N°25068-8, desde 1996, rige para los profesionales en ciencias de la salud que define la Ley General de Salud. Existen además colegios profesionales que regulan las acciones de sus colegiados, a continuación, se nombran los colegios correspondientes a las profesiones incluidas en la Ley General de Salud:

- Colegio de Médicos y Cirujanos República de Costa Rica
- Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
- Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica
- Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica
- Colegio de Profesionales en Nutrición de Costa Rica

b. Recursos físicos

Actualmente la información más certera con la que se cuenta es del recurso físico del sector público, como es bien sabido es la CCSS es la principal proveedora de servicios de salud públicos. Sus establecimientos se clasifican de acuerdo al modelo de prestación de servicios en tres niveles de atención, el primer nivel cuenta con 104 áreas de salud, 520 sedes físicas de EBAIS, que albergan 1045 Equipos y 691 Puestos de Visita Periódica, el segundo nivel cuenta con 10 clínicas mayores, 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos; el tercer nivel cuenta con 3 hospitales nacionales y 6 especializados, para un total de 29 hospitales.

Recuadro 1 Hospitales de la Seguridad Social

Hospitales Nacionales: Calderón Guardia, San Juan de Dios y México.

Hospitales Especializados: Hosp. Nacional de Niños, Hosp. Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, Hosp. Nacional de las Mujeres Adolfo Carit, Hosp. Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, Hosp. Psiquiátrico Roberto Chacón Paut y Centro Nacional de Rehabilitación.

Hospitales Regionales: Hosp. Dr. Tony Facio, Hosp. Dr. Max Peralta, Hosp. Dr. Escalante Pradilla, Hosp. Dr. Enrique Baltodano, Hosp. Monseñor Sanabria, Hosp. San Carlos y Hosp. San Rafael de Alajuela.

Hospitales Periféricos 3: Hosp. Dr. Valverde Vega, Hosp. San Vicente de Paúl, Hosp. Dr. William Allen, Hospital La Anexión, Hospital Guápiles

Hospitales Periféricos 2: Hosp. San Francisco de Asís, Hosp. Ciudad Neilly, Hospital San Vito.

Hospitales Periféricos 1: Hosp. Dr. Max Terán V., Hospital Los Chiles, Hospital Upala, Hospital de Golfito Manuel Mora V., Hospital Dr. Tomás Casas.

Fuente: elaboración propia basado en la referencia (62)

No existen estadísticas publicadas de los establecimientos de salud del sector privado. Sin embargo, se identificó a la Asociación Costarricense de Hospitales, en la cual se encuentran asociados los 29 hospitales públicos y 9 hospitales privados, estos últimos son:

- Hospital Metropolitano
- Hospital La Católica
- Hospital Clínica Santa Rosa
- Hospital La California
- Hospital Clínica Bíblica
- Hospital Cima San José
- Hospital Clínica San Rafael Arcángel
- Hospital Universal (63)

Primer Nivel de Atención de la CCSS

corte al 31 de diciembre de 2017



104 Áreas de Salud

1042 EBAIS



Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

Médico general, auxiliar de enfermería, ATAP y asistente de redes.

Establecimientos de Salud Infraestructura



104 Sedes de Área



520 Sedes de Ebáis



693 Puestos de Visita Periódica



Fuente: Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud (febrero 2018). Memoria de Áreas de Salud, sectores, EBAIS, sedes de Área, sedes de Ebáis y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2017. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección Proyección de Servicios de Salud.

Fuente: elaboración propia con base en la fuente (64).

Tabla 16 Distribución de los EBAIS y sedes de EBAIS de la CCSS, por región al 2018

Región ¹	Cantidad EBAIS	Cantidad de sedes de EBAIS	Cantidad de Áreas de Salud	Cantidad de población adscrita por región ²
Región Central Norte	259	118	26	1 315 096
Región Central Sur	373	147	32	1 875 583
Región Huetar Norte	56	38	8	265 890
Región Pacífico Central	72	28	11	298 045
Región Chorotega	100	57	13	435 084
Región Huetar Atlántica	115	77	8	447 509
Región Brunca	70	55	6	366 186
Total	1045	520	104	5 003 393

Fuente: elaboración propia con base en las referencias (64) y (65).

Nota: ¹ las regiones corresponden a las definidas por la Caja Costarricense de Seguro Social, ² datos de las proyecciones de población adscrita a las Áreas de Salud de la CCSS.

En cuanto al recurso físico disponible para atención primaria, se puede notar que la Región Central Sur es la que posee la mayor cantidad de sedes de EBAIS, albergan el 26,28% del total de población proyectada para el 2018 (65). Según dichas proyecciones de población adscrita a la CCSS, se estima que para la Región Central Norte hay aproximadamente un EBAIS por cada 5077 personas.

La Región Central Sur, cuenta con 373 EBAIS, aproximadamente 5 028 personas adscritas por cada uno, albergados en 118 sedes físicas de EBAIS. Esta región posee la mayor cantidad de personas adscritas, representan el 37,49% del total de población adscrita.

Asimismo, la Región Huetar Norte cuenta con 56 EBAIS y 38 sedes físicas, albergando el 5,31% de la población total adscrita, aproximadamente 4 748 personas por EBAIS. La Región Pacífico Central posee 72 EBAIS albergados en 28 sedes físicas, cuentan con alrededor del 6% de la población total adscrita, distribuidos aproximadamente en 4 139 personas por EBAIS.

Mientras que la Región Chorotega cuenta con alrededor de un EBAIS por cada 4 350 personas, para un total de 100 EBAIS y 57 sedes físicas, representan el 8,7% de la población. La Región Huetar Atlántica cuenta con la menor cantidad de personas por EBAIS, 3 891 personas adscritas por cada uno, distribuidos 115 EBAIS en 77 sedes físicas, constituyen aproximadamente el 9% de la población total adscrita.

Finalmente, la Región Brunca, cuenta con una capacidad de un EBAIS por cada 5231 personas, albergadas en 55 sedes físicas de EBAIS. La Región Brunca representa alrededor del 7,31% del total de población adscrita, proyectada para el 2018 (65).

A la fecha no existen inventarios de disponibilidad de equipos médicos en el sector salud. Actualmente el Ministerio de Salud se encuentra construyendo un sistema junto con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), con el objetivo de tener un control y monitoreo de todo equipo que emite radiaciones ionizantes. Por tanto, la información con la que se cuenta corresponde a las estadísticas mundiales en salud de la OMS, publicadas en el 2015.

Tabla 17 Disponibilidad y utilización de equipos médicos, al 2015

Descripción	Densidad
Unidades de tomografía por millón de habitante	5,1
Unidades de radioterapia por millón de habitantes	2,3
Unidades de mamografía por millón de mujeres de 50-69 años	150,3

Fuente: elaboración propia con base en la referencia (66).

c. Sistemas de información en salud

En el 2013 por medio de la Ley N° 9162 se establece “el ámbito y los mecanismos de acción necesarios para el desarrollo del proceso de planeamiento, financiamiento, provisión de insumos y recursos e implementación del expediente digital único de salud, la creación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS)” (67). Este viene a ser el principal sistema de información en salud con el que cuenta la CCSS. Para el 2014 el 100% de las sedes de EBAIS contaban con internet de banda ancha lo que permitió el inicio de la implementación del EDUS y para el 2016 todas las clínicas y sedes de EBAIS contaban con la plataforma tecnológica necesaria para el expediente digital.

Actualmente se cuenta con un registro familiar para cada paciente, tomando en cuenta los diferentes determinantes de la salud, como enfermedades hereditarias, situación de vivienda e ingresos. El expediente individual de salud, comprendiendo diagnósticos y tratamientos permite evaluar de manera más completa las necesidades de los usuarios y a determinar el perfil epidemiológico de la población adscrita (25).

El EDUS puede ser utilizado por los pacientes a través de una aplicación para teléfonos móviles desde el 2015, de manera que pueden ver sus diagnósticos, medicamentos, citas, entre otros. Permitiendo a cada usuario interactuar con su expediente.

Durante el 2018 el EDUS alcanzó una cobertura en todos los centros de salud de la CCSS, comprende el historial médico de sus asegurados en el 100% de los centros de salud. En algunos servicios de atención primaria ya están utilizando el EDUS para integrar los resultados de diagnósticos como imágenes digitales, permitiendo verlas al instante y compartirlas. Para este mismo año se esperaba que el segundo y tercer nivel cuenten con los recursos necesarios para poder utilizar el EDUS, con lo que alcanzaría todos los niveles de atención, comprendiendo así un archivo nacional único en salud. De ahí que Costa Rica en virtud, del EDUS se proyecte como referente digital de salud en América Latina (68), puesto que sería uno de los primeros países del mundo en contar con un sistema de expediente único de información en salud en su mayor y principal proveedor de servicios de salud, la CCSS (25).

2.4 Prestación de servicios

a. *Modelo de atención*

Con el Proyecto de Reforma Sector Salud en 1993, se hace un replanteamiento del modelo de atención y un proceso de fortalecimiento. Este modelo pretende mantener y fortalecer el derecho de cada uno de los habitantes del país por acceder a los servicios de salud. Hasta el momento el país no se ha planteado un nuevo modelo de atención, por lo tanto se toma como principal referencia este Proyecto de Reforma para el presente análisis. Entre los principios que se plantea el modelo están: universalidad, solidaridad y equidad (68).

Por otro lado se identifican algunas de una serie de características generales planteadas en dicho modelo: integralidad, continuidad y sujeto de atención “para asegurar este cambio en el enfoque y tipo de atención, se debe contar con un sistema de planificación basado en necesidades y prioridades locales de salud, asignación de un equipo responsable de salud familiar, y un proceso de gerencia estratégica local” (68). El modelo planteaba la posibilidad de elección del usuario buscando “garantizar una mayor libertad del usuario a decir quién y dónde es atendido”, sin embargo, este último aspecto se ha implementado de forma muy limitada (68).

Una tercera característica buscada es la participación social, se plantea que la salud deje de ser individual, para convertirse en una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos el mantenerla. La Dirección y Equipo de Salud del Área son quienes tienen amplia libertad de incorporar e incentivar a los grupos comunales (68). Otras propuestas incluían: la implementación de un sistema de información, un sistema de garantía de la calidad, la descentralización administrativa, la regionalización y el planteamiento de los sistemas locales de salud.

Desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, se reconoce que Costa Rica brinda servicios de provisión de agua potable para consumo humano, saneamiento de aguas residuales, recolección y disposición de residuos, y servicios de atención de salud, desde el sector público, privado y mixto (39).

La regulación y provisión de agua de consumo humano, y la eliminación de aguas residuales, desde el sector público tiene como ente rector al **Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados** mejor conocido como AyA. Además, existen otras entidades como acueductos administrados por municipalidades, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), los Comités de Acueductos Rurales (CARs) y Asociaciones Administradoras de Sistemas de Acueductos y Alcantarillados Sanitarios (ASADAS), estas dos últimas corresponden a entes de organización comunal que tienen a su cargo la gestión de la provisión de agua y alcantarillado.

Como parte de las responsabilidades del **Ministerio de Salud** para la protección de la salud pública y del ambiente humano, este tiene a su cargo entre otras funciones: el control de vectores, promoción de la salud, prevención, emitir notificaciones, vigilancia de brotes, la regulación de la recolección y disposición de los residuos sólidos. En Costa Rica, la recolección y disposición de los residuos sólidos es responsabilidad de las municipalidades.

En cuanto a atención directa a las personas, el Ministerio de Salud aún mantiene la provisión de servicios en nutrición y desarrollo infantil por medio de la Dirección Nacional de CEN-CINAI, y la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas, a cargo del IAFA.

El Ministerio de Salud ha hecho esfuerzos por un trabajo entre el sector público y privado sobre todo para proyectos en promoción de la salud por medio de la actividad física, ha propuesto planes y estrategias en temáticas como envejecimiento saludable, abordaje del comportamiento suicida, abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, VIH/SIDA, seguridad alimentaria, ciencia y tecnología en salud, gestión integral de residuos, entre otras, todas orientadas a mejorar la salud pública.

El Ministerio de Salud ha emitido diferentes normativas, reglamentos y protocolos en el ámbito de la vigilancia de la salud, entre ellas para el control y observancia de: enfermedades de transmisión por vectores como la Malaria, el Virus del Zika, Chikungunya; enfermedades inmunoprevenibles como Tuberculosis, Polio, Rubéola, Sarampión, Tos Ferina; enfermedades transmitidas por alimentos y agua, mantiene además una vigilancia con protocolos y normas definidas sobre vacunas, situación nutricional, malformaciones congénitas y enfermedades transmitidas por animales.

Uno de los principales mecanismos para ejercer esta función es el Reglamento de Vigilancia de la Salud, Decreto Ejecutivo N° 40556-S, el cual determina que la vigilancia en salud consiste en “seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población” (69).

Por consiguiente, las instancias públicas y privadas que prestan servicios de salud tienen la obligación de notificar de cualquier evento que pueda afectar la salud humana, así mismo todos los organismos que produzcan, manipulen o contengan información relacionada con los eventos de salud deberán notificar de forma oportuna al Ministerio de Salud a través de sus diferentes niveles de gestión, “el no cumplimiento de lo anterior compromete el permiso de habilitación, requisito indispensable para funcionar como establecimiento de salud” (69).

En lo que respecta a la salud ocupacional, queda establecido en el ordenamiento jurídico nacional desde diferentes normas, el Artículo 66 de la Constitución Política dice que “todo Patrono debe adoptar en sus empresas las medidas necesarias para la higiene y seguridad del trabajo” (20). En 1982 se crea el **Consejo de Salud Ocupacional** como órgano técnico adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el cual tendrá la rectoría del Plan Nacional de Salud Ocupacional, dirigido a todos y todas las trabajadoras indistintamente de su actividad, oficio o profesión, así como de su ubicación, edad, sexo o vinculación al trabajo.

Conjuntamente el Código de Trabajo, en el Artículo 282 establece que las autoridades competentes en la materia son el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros. Actualmente el Consejo de Salud Ocupacional trabaja sobre cinco temáticas: seguridad, factores psicosociales, medicina del trabajo, higiene, y ergonomía.

b. Provisión de los servicios

El sistema de provisión de los servicios de salud en Costa Rica, como ya se mencionó, es en su mayor parte un servicio de carácter público. En el sector público se encuentra por mandato constitucional, el principal proveedor de servicios de salud del país, la **Caja Costarricense de Seguro Social**, institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayor parte de los servicios individuales de salud (39), estos servicios “se planifican desde los diferentes niveles jerárquicos y administrativos de la institución” (70), constituidos por seis gerencias centrales, siete regiones sanitarias y se operacionalizan por medio de una red de servicios organizada en tres niveles de atención.

En el sector privado se encuentran servicios médicos privados, empresas de autogestión, clínicas y hospitales privados, organizaciones sin fines de lucro con la figura de cooperativas que venden servicios a la CCSS, desempeñan las funciones de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) o Áreas de Salud.

Existe un tercer sector, que sería el mixto según Sáenz (2011), esto porque opera tanto en el sector público como en el privado, corresponde al **Instituto Nacional de Seguros**, es el responsable del Seguro de Riesgos del Trabajo, que pagan los patronos de manera obligatoria, y el Seguro Obligatorio para vehículos automotores, que pagan anualmente los dueños de vehículos, junto con el derecho de circulación. También otorga servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica.

Continuando con la descripción de la provisión de servicios, la Caja Costarricense de Seguro Social organiza sus servicios de atención en tres niveles, que se explican a continuación.

Primer nivel de atención

En 1978 se adopta la Declaración de Alma-Ata en un Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la cual se hace un llamado a “todos los gobiernos, personal de salud y desarrollo de toda la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (71). Además, se establece que la atención primaria de salud aporta al desarrollo de los países, por ello es necesaria una planificación ordenada en el nivel comunitario, lo cual permitirá relacionar la atención primaria de salud con otros sectores, uniendo los esfuerzos para el desarrollo colectivo.

Costa Rica desde la década de los noventa muestra su compromiso con la Declaración de Alma Ata por medio de la conformación de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), siendo esta la principal unidad de la prestación de servicios del primer nivel de atención. En 1995 ya se contaba con 232 EBAIS en las comunidades, mejorando el acceso de la población en zonas rurales a la atención en salud.

Costa Rica apunta acertadamente a su bien establecida infraestructura de atención primaria como un ejemplo exitoso de reforma ambiciosa. Su atención primaria se constituye en una base sólida para el resto del sistema de salud y sirve como modelo de interés para los demás sistemas de salud en todas sus fases de desarrollo (25).

Estos compromisos se retoman en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, que en su Línea estratégica 1, propone a los estados miembros:

Incrementar la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, a fin de mejorar la capacidad resolutoria, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en conformidad con los servicios que deber ser accesibles a todos para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (72).

Actualmente Costa Rica cuenta con 1045 EBAIS distribuidos en todo el territorio nacional. Están integrados por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un auxiliar de registros médicos y un técnico de farmacia.

Estas unidades de atención son las que refieren a los usuarios a los siguientes niveles ya sea para realizar diagnósticos, tratamientos o procedimientos que requieren de mayor complejidad. Para poder obtener una referencia al segundo o tercer nivel de atención (clínicas mayores, hospitales periféricos, regionales, nacionales o especializados) es necesario primero acceder al primer nivel por medio de una cita con el médico de familia o médico general del EBAIS, los cuales ya están designados, es decir que los usuarios del servicio no tienen la opción de elegir o cambiar el médico.

Esto quiere decir que el primer nivel de atención constituye la puerta de entrada y principal acceso al sistema de servicios de salud, se ofertan servicios en los ámbitos domiciliario, comunitario, escolar y propiamente en los centros de salud; los servicios brindados en este primer nivel se clasifican en dos categorías.

La primera corresponde a los cinco programas de atención integral en función del grupo de edad, del proceso de vida y del género, dirigidos a niños, niñas, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores; estos comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad, de consulta externa o ambulatoria general. En el Cuadro 4 se muestra de manera detallada los servicios del programa de Atención Integral en el primer nivel.

Cuadro 4 Servicios del Programa de Atención Integral en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social

Atención integral al niño (a)	Atención integral al adolescente	Atención integral de la mujer	Atención integral del adulto	Atención integral del adulto mayor
<ul style="list-style-type: none"> · Crecimiento y desarrollo · Programa de inmunizaciones · Salud oral · Identificación y monitoreo de factores de riesgo · Tratamiento de enfermedades · Rehabilitación básica 	<ul style="list-style-type: none"> · Crecimiento y desarrollo · Programa de inmunizaciones · Anticoncepción · Salud oral hasta los 14 años · Identificación y monitoreo de factores de riesgo · Tratamiento de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> · Atención pre y post natal · Preparación psicosocial para el trabajo de parto · Detección y evaluación básica de infertilidad en parejas · Detección y referencia de violencia contra las mujeres · Vacunación durante edad reproductiva · Detección temprana de cáncer de cérvix y mamas/pecho · Atención odontológica · Morbilidad relacionada a la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> · Vacunación · Atención odontológica · Detección y control de desórdenes mentales · Prevención y detección de riesgos y enfermedades (principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus) · Tratamiento de enfermedades · Rehabilitación básica 	<ul style="list-style-type: none"> · Detección temprana y control de grupos de riesgo · Atención odontológica · Detección y tratamiento de enfermedades crónicas · Tratamiento de enfermedades · Rehabilitación básica

Fuente: elaboración propia con base en la referencia (73)

Y la segunda corresponde a la 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” (70).

Este nivel pertenece a los servicios básicos de salud, proporcionados en puestos de salud, centros de salud y clínicas. Están organizados en 104 áreas de salud y 1045 Equipos de Atención Integral de Salud EBAIS, albergados en 520 sedes físicas de EBAIS y 691 Puestos de visita periódica.

Las Áreas de Salud cuentan con una población adscrita entre 15 000 y 40 000 habitantes en zonas rurales y entre 30 000 y 60 000 habitantes en zonas urbanas. Cada área cuenta con un Equipo de Apoyo conformado por: trabajo social, medicina familiar y comunitaria, farmacia, nutrición, enfermería, microbiología, odontología, psicología y otros de apoyo administrativo. (36)

Estas áreas se dividen a su vez en 1045 sectores, cada sector es atendido por un EBAIS, idealmente debería haber un EBAIS por cada 4000 habitantes, sin embargo, existen amplias variaciones en múltiples sectores de salud.

La cobertura del primer nivel se ha complementado desde la década de los ochenta, por medio de la compra de servicios o contrataciones a cooperativas de salud, con el fin de extender la red de servicios (70; 39).

Actualmente se identifican Coopesalud R.L en Pavas y algunos lugares de Desamparados; Coopesana, en Santa Ana, San Francisco de Dos Ríos y San Antonio; Coopesain en Tibás, Paso Ancho y San Sebastián; Coopesiba en Barva y San Pablo de Heredia; existen además dos instancias no cooperativas con las que actualmente la CCSS también tiene compromisos de gestión, estas son: la Universidad de Iberoamérica (UNIBE), cubre la población de los cantones de Montes de Oca, Curridabat y la Unión de Tres Ríos; y la Asociación de Servicios Médicos Costarricense (ASEMECO) quien tiene a su cargo los EBAIS de Escazú, La Carpio y León XIII. Es importante mencionar que en total, estas organizaciones atienden el 15% de la población costarricense desde el primer nivel de atención (39). No obstante, al momento se está revisando la continuidad de la compra de servicios en el primer nivel

Además de esta estrategia adoptada, la CCSS ha puesto en marcha dos mecanismos para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud. Estos son el modelo de medicina mixta y el modelo de médico de empresa.

En el primer modelo la persona asegurada tiene la posibilidad de seleccionar algún médico privado que se encuentre registrado por la CCSS, paga la consulta y, por su parte, los exámenes, estudios, diagnósticos necesarios o suministro de medicamentos, indicados por el médico privado, son cubiertos por la CCSS en los centros de atención que la institución disponga según el área de cobertura a la cual pertenece el usuario, independientemente de la modalidad de aseguramiento.

En el segundo modelo, de médico de empresa, consiste en que las empresas contratan a un médico que se encargue de atender a los empleados en el mismo centro de trabajo, y al igual que en la medicina mixta, la CCSS se encarga de costear los servicios de diagnóstico y medicamentos dispuestos por el médico de empresa.

Para facilitar el acceso a una cita en el EBAIS, existe un sistema de llamadas a través del cual se puede obtenerse una cita. Aunque, lo más común es que la persona llega en horas de la madrugada al centro de salud correspondiente según afiliación, espera a que abran el establecimiento y aspira a obtener un espacio para cita médica, para el mismo día en el que se acude.

Adicionalmente el EDUS permite la solicitud de citas vía web, en el EBAIS o área de salud que corresponda según le corresponda al afiliado. Por medio del trámite online el asegurado podrá obtener una cita para el mismo día que se ingresa al sistema o para el día siguiente, lo cual depende de la disponibilidad de la agenda médica, así como la hora disponible.

Segundo nivel de atención

Este segundo nivel tiene como objetivo brindar apoyo al primer nivel por medio de una red de 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales, mediante la prestación de servicios de consulta externa especializada, intervenciones ambulatorias y hospitalarias, internamientos y tratamiento médico-quirúrgico, de especialidades médicas como: medicina interna, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría; además de algunas otras de gran demanda poblacional como: dermatología, urología y oftalmología, todas de poca complejidad.

Tercer nivel de atención

Comprende servicios ambulatorios y de hospitalización de mayor complejidad y especialización, como de internamiento, médico-quirúrgicos, servicios de apoyo, de diagnóstico y terapéuticos que requieren una alta tecnología y nivel de especialización (54). Se brinda a través de 3 hospitales nacionales y 6 hospitales especializados, el área de influencia de este nivel abarca el territorio de varias provincias (36). Estos tres niveles de atención están relacionados entre sí por mecanismos de referencia y contra referencia de pacientes.

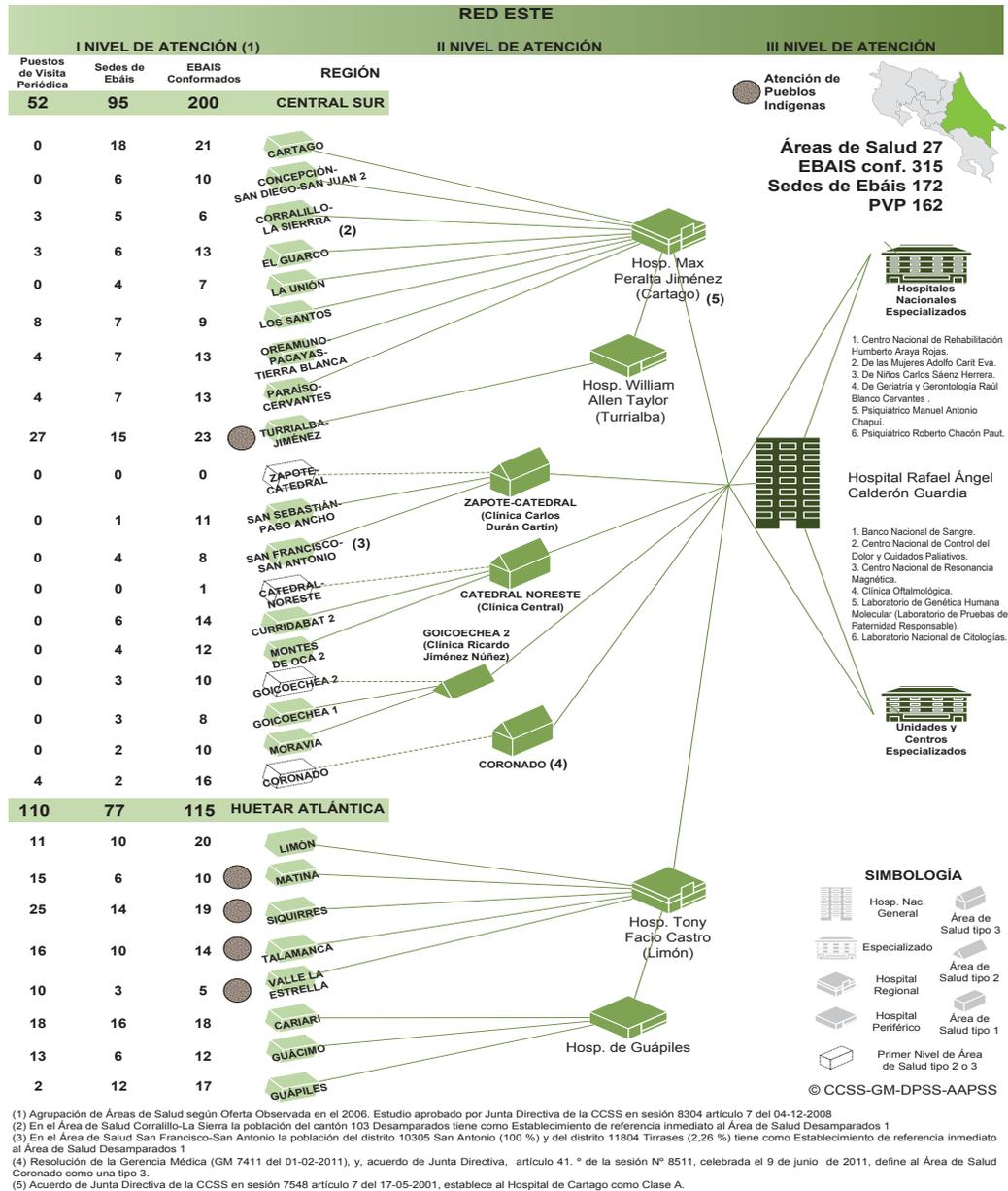
Cuadro 5 Establecimientos que conforman el tercer nivel de atención, CCSS

Hospitales Nacionales Generales	Hospitales Nacionales Especializados	Centros Especializados
H. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	H. Dr. Raúl Blanco Cervantes (Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología)	Clínica Oftalmológica
H. San Juan de Dios	H. Dr. Adolfo Carit Eva (Hospital de la Mujer)	Laboratorio Nacional de Genética Molecular Humana
H. México	H. Nacional de Niños (Dr. Carlos Sáenz Herrera)	Laboratorio Nacional de Citologías
	H. Nacional Psiquiátrico	Banco Nacional de Sangre
	H. Chacón Paut	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
	Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	Centro Nacional de Resonancia Magnética

Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud

La Red Este está integrada por un total de 27 Áreas de Salud, de las cuales cuatro disponen de al menos una especialidad básica, dos hospitales regionales y dos hospitales periféricos. El hospital general de referencia de mayor complejidad de esta red es el Hospital Calderón Guardia. Las regiones Huetar Atlántica y gran parte de la Región Central Sur conforman esta red.

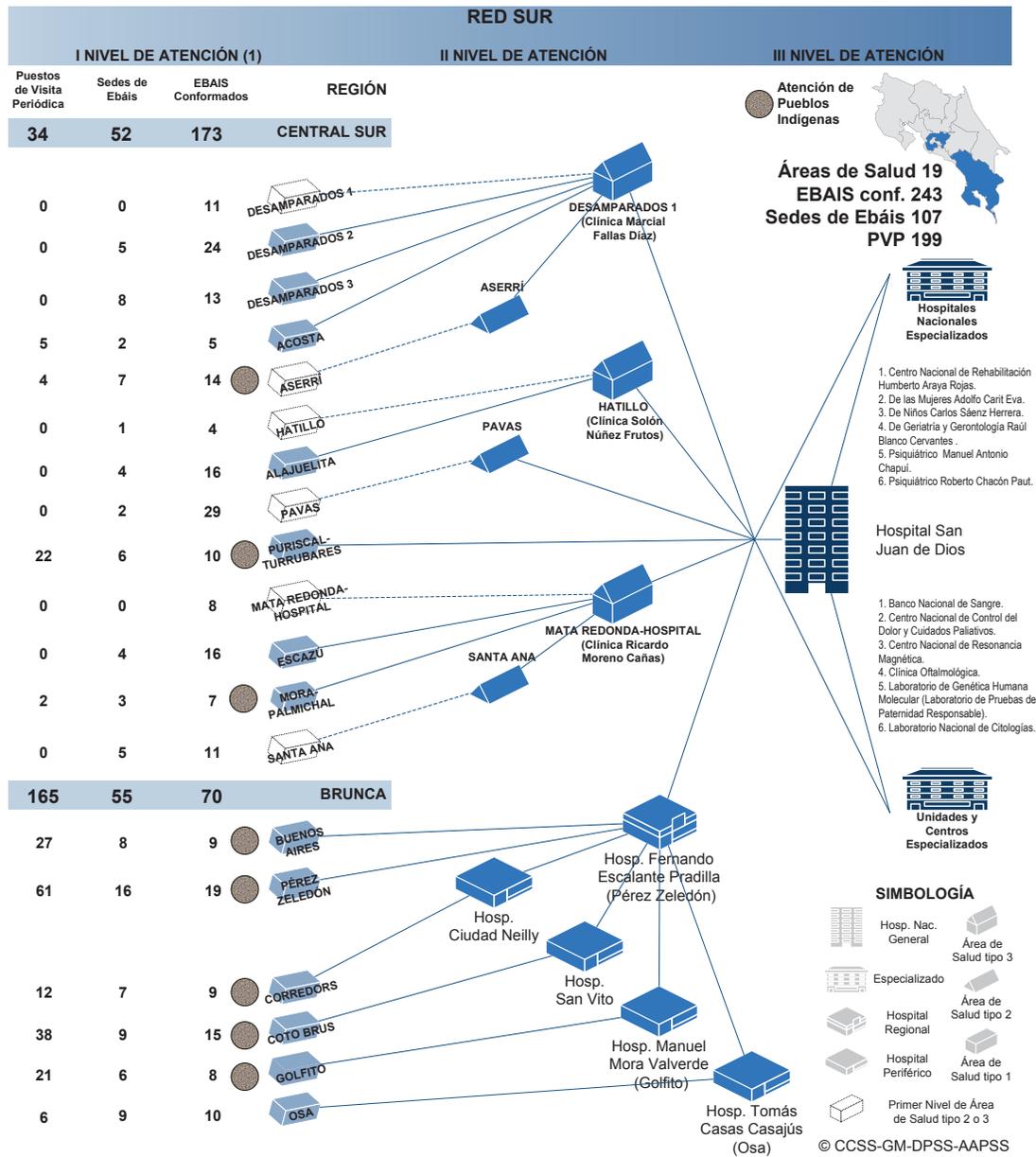
Figura 6 Red de servicios de salud Este, CCSS



Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud

Finalmente, la Red Sur la integran 19 áreas de salud (6 de ellas con especialidades), un hospital regional y cuatro hospitales periféricos. El Hospital San Juan de Dios es el hospital nacional general de referencia de esta red en el III Nivel de Atención. La integran las regiones Brunca y parte de la Central Sur (36).

Figura 7 Red de servicios de salud Sur, CCSS



(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2006. Estudio aprobado por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2008

Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud

Como se puede notar, cada una de estas redes cuenta con un conjunto de establecimientos de salud que ofrece servicios de salud en los tres niveles de atención. Siendo los hospitales nacionales y especializados los principales centros de referencia a nivel nacional de las tres redes.

De acuerdo con los tres niveles de atención previamente delimitados, se reconoce que existe una red de atención clara, que ofrece servicios desde el primer nivel, hasta servicios especializados en el segundo y tercer nivel. Cada establecimiento de salud tiene definida su área de atracción y por tanto su población adscrita. El área de atracción se refiere al espacio geográfico donde habita un conjunto de población designado a cierto establecimiento de salud con el fin de que reciba la atención de salud correspondiente.

Todo el país está dividido de tal manera que la población total logre estar cubierta por un área de salud. Sin embargo, la adscripción de usuarios a los servicios del segundo y tercer nivel varía en las tres redes de servicios de salud. Es decir, no es homogénea, mientras en una red los usuarios deben pasar por filtros para acceder al segundo y tercer nivel, otros usuarios en otra red, acceden de forma casi directa, esto por la inexistencia de un segundo nivel de atención que resuelva patologías de baja complejidad. El problema con estas diferencias es que en algunos lugares la demanda a servicios de mayor complejidad sobrepasa la disponibilidad y acceder a estos se vuelve más difícil. Para resolver estas situaciones, el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud en la CCSS plantea la conformación de redes integradas de servicios de salud pasando de tres redes que tienen un hospital de referencia como "cabeza", a 7 u 8 redes con una gobernanza distinta, con un equipo gestor como cabeza y un hospital de segundo nivel de referencia.

Por su parte los Hospitales Nacionales Especializados y Centros Especializados tienen el deber de cubrir los usuarios de las tres redes del país, conforman centros de referencia a nivel nacional que atienden a toda la población, sin importar el área geográfica de procedencia.

Lo complejo está en la efectividad y oportunidad en el acceso. Existe un sistema de referencia (envío de un paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor nivel resolutivo) y contra-referencia (devolución del paciente para su respectivo seguimiento, con claras indicaciones sobre su manejo y seguimiento, esto una vez resuelto en forma importante su problema de salud). No obstante, la continuidad del proceso asistencial no siempre se da, ya que la oferta es limitada. No siempre puede garantizarse la continuidad del cuidado o el acceso a los servicios en el lugar más indicado, lo que puede generar inequidades y desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la oferta, la importancia de este sistema es la capacidad de tratar los casos en diferentes niveles, hasta agotar la capacidad resolutiva de los establecimientos, sin embargo, es necesario poner un mayor énfasis en organizar los servicios centrados en la persona.

En 1998 se promulga la Ley N° 7852, Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, y por medio del Artículo 1 se le brindó "autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos" a los hospitales y clínicas de la CCSS. Consiguientemente cada hospital y clínica definió su administración y planificación de los recursos.

Sin embargo, este fue derogado por la Junta Directiva de la CCSS, actualmente no está en funcionamiento. De acuerdo con una evaluación efectuada por la Contraloría General de la República, se había identificado que algunas veces las metas eran modificadas porque no se lograba cumplir con los objetivos definidos, con el fin de no perder la bonificación del 10% por buen desempeño (39).

Cuidado farmacéutico

Según el Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS en su artículo 21 sobre el suministro de medicamentos, se establece que el servicio de farmacia comprende “el suministro de las medicinas incluidas en la Lista Básica de Medicamentos, prescritos por los médicos de la Caja, u otros sistemas o proyectos especiales formalmente autorizados por ella” (55).

Dicha Lista Básica de Medicamentos (LOM) está conformada por 457 principios activos en 648 presentaciones farmacéuticas. Esta lista está en constante revisión y es editada cada dos años. Con los medicamentos de la LOM se resuelve la necesidad farmacoterapéutica de alrededor de un 97% de la población, para el 3% restante que no está cubierto por la LOM, existe un sistema de formulario terapéutico abierto, este permite la adquisición y uso individualizado de medicamentos con el fin de atender las necesidades de casos especiales y excepcionales, en donde el paciente no responde adecuadamente a ningún medicamento disponible en la LOM (74).

Por otro lado, con respecto a los estupefacientes y psicotrópicos el ente encargado de controlar y fiscalizar estos medicamentos es el Ministerio de Salud, por medio de un órgano colegiado denominado Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, la cual está conformada por el Director (a) General de Salud, un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos y un representante del Colegio de Farmacéuticos o sus suplentes, A la Junta se le encomienda el control y la fiscalización incluyen toda la cadena de comercialización de estos productos, tales como la importación, exportación, fabricación, distribución, prescripción y dispensación” (45).

Parte 3.

Análisis y funcionamiento del Sistema de Salud



3.1 Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento de los sistemas de salud.

- a. *Ampliación de acceso equitativo a servicios de salud, integrales y de calidad centrados en las personas y las comunidades*

Avances y situación actual

Como ya se mencionó al inicio del documento, el nacimiento del Instituto Nacional de Seguros en 1924 y la creación del Ministerio de Salud en 1927 significaron los primeros pasos en el desarrollo de la institucionalidad que brindaría servicios de salud en el país, y la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941 (75).

Otro paso importante en la ampliación del acceso a servicios de salud fue la promulgación de la Ley de Universalización del Seguro Social en 1961, con la cual se adquiere el compromiso de cubrir a toda la población, hasta ese momento solo se cubría a la masa trabajadora asalariada.

Por lo tanto, desde la década de los 70's hasta inicios de los 2000, se fueron incorporaron diversas reformas que lograron ampliar la cobertura del seguro social en la población, finalizando en el 2004 con el Reglamento de Afiliación de trabajadores independientes. El impacto de esta serie de reformas se ve demostrado en el porcentaje de cobertura con el que cuenta el país.

Con esta serie de medidas se amplió la cobertura y por tanto el Estado y la CCSS se vieron en la necesidad de ampliar el acceso. Desde 1970 se inicia la ampliación geográfica de la atención de salud a poblaciones sin acceso a servicios. En 1973 se inicia el traslado de los hospitales del Ministerio de Salud y de la Junta de Protección Social a la CCSS. En 1982 se crea el primer equipo interdisciplinario

de atención primaria en Buenos Aires de Puntarenas, el cual se constituiría en el proyecto piloto para los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

En la década de los ochentas se incorporaron nuevos modelos de atención, permitiendo mayor acceso a los servicios de salud, se crea el concepto de medicina mixta, medicina de empresa, programa piloto de medicina familiar y comunitaria y se implementan los modelos cooperativistas por medio de los compromisos de gestión.

Figura 8 Reformas que dieron origen al Seguro Social de Costa Rica, 1930-2016

Reformas en salud 1930-2016	1852-1930	1930-1941	1941-1960	1961-1979	1980-1990	1990-2015	2016
Modelo de atención	Curativo asistencial	Curativo-asistencial extendido (zonas periféricas)	Curativo-preventivo segmentado	Preventivo-curativo familiar	Preventivo-curativo comunitario	Atención integral promoción-prevencción-curación-rehabilitación-cuidados paliativos	Continuación y digitalización de la atención
Modalidad de prestación de servicios	Hospitales administrados por juntas de la caridad	Unidades sanitarias del Ministerio de Salud	Hospitales y clínicas de la CCSS	Programas de salud rural y comunitaria	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS)	Atención con base en niveles de complejidad	Redes de servicios de salud
Reformas o cambios que influyeron en la ampliación de la cobertura del seguro de social	Predominio enfermedades infecciosas	1941-Creación de la CCSS. Población asalariada cubierta por el Seguro Social de manera obligatoria	1942- Seguro de Enfermedad y Maternidad 1947-Régimen de Invalidez Vejez y Muerte obligatorio para asalariados 1956-Cobertura a las familias de cotizantes	1961-Universalización Seguros Sociales 1971-Topo salarial, toda persona asalariada cotiza 1973-traspaso de hospitales del MS y JPS a la CCSS 1974-Ley 5662	1982-Integración de los servicios de salud CCSS-MS, nuevos modelos de atención: medicina mixta, de empresa, modelo de cooperativas. 1984-Convenio CCSS-MS Asegurados por el Estado: habitantes de calle	1993-Reforma Sector Salud 1994-Modelo readecuado de atención 1998-Desconcentración de hospitales y clínicas de la CCSS	Inicio de implementación del Expediente Digital Único en Salud en todos los niveles de atención 2016-Un total de 1041 EBAIS
% Cobertura del seguro de salud	--	1944 3,6%	1950 7,4% 1960 15,4%	Régimen no contributivo de pensiones 1970 47,2%	1980 75,7%	2001-un total de 735 EBAIS. 1990 92% 2000 87,2% 2010 91,9%	2015 94,9%

Fuente: elaboración propia con base en la referencia (26).

Costa Rica cuenta con una cobertura contributiva del 95% de la población para el 2016, sin embargo, las prestaciones de salud cubren el 100% de la población, en el entendido de que cualquier persona que requiera de atención médica puede acudir al servicio de emergencias y la atención no le será negada a nadie.

Por lo tanto, se puede decir que los beneficios son los mismos para todas las personas, esto gracias al establecimiento del seguro de salud universal por medio del artículo 73 de la Constitución Política. Está diseñado para ser un ingreso progresivo: “el 20% más pobre (los que ganan menos de 5% del ingreso nacional) reciben cerca de 30% del gasto público en servicios de salud” (25). Además, no se pide co-pago por los servicios de la CCSS.

Ese 5% de no asegurados⁶, de igual forma pueden adquirir la modalidad de aseguramiento según su condición de ingreso, en caso de que una persona no asegurada requiera del servicio de emergencias y además un cuidado adicional como hospitalización y cirugías también puede asistir, y el costo del servicio se le cobrará una vez egrese del centro de salud.

Sin embargo, en cuanto al acceso a los servicios, hay otra serie de cuestiones que reflejan cuánto hay por mejorar y modificar en el sistema de salud del país. Hay una seria preocupación por los largos tiempos de espera para los usuarios de la CCSS, se encuentran tiempos que superan un año de espera para cirugías electivas.

Según la OCDE, la última auto-evaluación publicada por la CCSS indica que el promedio de tiempo de espera para una cirugía general fue de 452 días, para el 2014.

Estos tiempos de espera particularmente largos han afectado a ciertas especialidades, que incluyen los reemplazos de articulaciones (978 días), la extirpación de venas varicosas (525 días), o las reparaciones de hernias inguinales (365 días). Los hospitales especializados del tercer nivel de atención han sido los más afectados. Esto incluye al Hospital Nacional de Niños, en donde el promedio de espera para las cirugías ha sido notablemente alto, de hasta 701 días (25).

Por otro lado, se presenta una problemática en cuanto al acceso desde el primer nivel de atención primaria, la mayor parte de los EBAIS tienen una oferta limitada de horarios, solo otorgan citas por la mañana e inicios de la tarde, para poder conseguir una cita los pacientes deben asistir en horas de la madrugada a hacer filas para obtener un espacio, y en ocasiones ni con levantarse temprano es suficiente, porque solo se brindan una cantidad específica de citas por día. Este tipo de obstáculos provoca que algunos pacientes asistan directamente al servicio de emergencias para consultas que corresponden a la atención primaria, congestionando los hospitales.

En cuanto a los derechos de la población migrante en acceso a servicios de salud, en el 2010 entra a regir la Ley de Migración y Extranjería, N°8764, en la cual se crea el Fondo Social Migratorio, constituido

6 Incluye a algunos empleados informales o temporales (en particular a los de naciones vecinas); a refugiados pobres que no son aceptados a cargo del Estado (por lo que sólo están cubiertos en servicios médicos a través del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados); a inmigrantes indocumentados; a algunos grupos indígenas carentes de registro civil (y que no tienen conocimiento de sus derechos); y a individuos pobres que deberían contar con un subsidio completo pero que no se han identificado como tales (25).

por “los recursos provenientes por concepto del pago migratorio establecido en el artículo 33 de la misma”, este fondo está dirigido a colaborar en “el proceso de integración social de la población migrante en los servicios nacionales de migración, salud, entre otros” (50), se dispone específicamente un 25% del Fondo para equipamiento e infraestructura de salud pública.

Según la Dirección General de Migración y Extranjería en coordinación con la Dirección de Integración y Desarrollo, todo residente extranjero regular puede ser atendido en la CCSS, inclusive esta condición de aseguramiento es una obligación al momento de gestionar cualquier trámite migratorio si la persona desea residir en el país. Para afiliarse deben cotizar al seguro social, sin embargo, algunas veces, no continúan la afiliación y pueden llegar a perder incluso la renovación de la cédula de residencia por no estar asegurados, lo que implica que tampoco podrán asegurarse de nuevo, por no tener la cédula vigente.

Cuando las personas no están aseguradas se ven en la necesidad de pagar servicios médicos privados o asistir al sistema público de emergencias y luego pagar por el servicio recibido. “En el caso de los inmigrantes en situación irregular la falta de adscripción a la CCSS es la regla, pero el sistema debe de atenderles en situaciones de vulnerabilidad” (52) como cuando son menores de edad, mujeres embarazadas, adultos mayores o discapacitados, y en caso de pandemias, desastres, o situaciones de emergencia, en estos casos deben pagar posteriormente los costos de la atención, sin embargo si se encuentran en situación de pobreza extrema se les excusa del pago.

Otra de las situaciones preocupantes en el acceso a la salud es la referente a las personas indígenas y a la población indígena migrante, “esto ha motivado que la CCSS aumente su presencia en las zonas fronterizas y en las de recogida de café, implementando centros de salud móviles” (52) o puestos de visita periódica.

Algunos avances en materia de migración y salud se destacan los siguientes:

- Resoluciones de la Sala Constitucional a favor del acceso de los inmigrantes al sistema de salud.
- Acceso irrestricto al sistema de salud cuando los inmigrantes están asegurados por CCSS.
- Atención universal a todas las personas menores de edad, sin condicionamiento por estatus migratorio (Código Niñez y Adolescencia).
- Establecimiento de directrices por parte del Ministerio de Salud para la atención a inmigrantes no asegurados o irregulares.
- Aplicación de control sanitario en zonas fronterizas con enfoque epidemiológico (proyectos pilotos) y atención e incorporación de niños inmigrantes en CEN-CINAI en los centros de la red de cuidado (52).

Por su parte la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud 2016-2020 también establecen políticas institucionales y estrategias definidas para mejorar la condición de salud de las personas migrantes.

Cuadro 6 Iniciativas orientadas a la población migrante e indígena migrante, Ministerio de Salud

Políticas	Estrategia
<p>2 Atención en salud de la población migrante y refugiada con un abordaje intercultural.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el acceso a la atención en salud de la población migrante y refugiada de acuerdo a sus necesidades, mediante la Coordinación interinstitucional e intersectorial, así como con los países vecinos. 2. Crea espacios de diálogo interinstitucional y con la sociedad civil para promover el derecho a la salud en los grupos mencionados. 3. Desarrollar procesos de sensibilización a los funcionarios institucionales sobre los derechos y responsabilidades de la población migrante y refugiada.
<p>3 Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud con abordaje intercultural para poblaciones indígenas y afrodescendientes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un modelo de atención integral que incorpore el conocimiento de la medicina tradicional para poblaciones indígenas e indígenas migrantes. 2. Fortalecer la coordinación entre países vecinos para mejorar la calidad de vida de la población indígena e indígena migrante.

Fuente: elaboración basada en la fuente (46)

En cuanto a la cobertura de prestación de servicios, reportada en la Encuesta de Hogares del INEC, según zona geográfica se puede identificar que la diferencia en puntos porcentuales es de menos del 3%, la serie de reformas han buscado que la ampliación de la cobertura sea especialmente para cubrir a las poblaciones más vulnerables y más alejadas de la zona urbana. Sin embargo, aunque los números indiquen un alto porcentaje de cobertura, el tema del acceso es otro punto clave, hay regiones del país donde las personas deben recorrer kilómetros de distancia por vías de tránsito poco accesibles para llegar hasta el centro de salud más cercano.

Tabla 18 Costa Rica: cobertura del Seguro Social de la CCSS reportada por los Hogares, según zona geográfica por año, 2012 - 2016.

Zona geográfica	2012	2013	2014	2015	2016
Urbano	91,5	91,5	91,5	90,7	91,2
Rural	90,6	90,8	90,9	90,5	89,4
Total	91,2	91,2	91,4	90,6	90,8

Fuente: tomado de la referencia (53).

Así mismo se puede observar que las diferencias entre las coberturas por quintiles de ingreso no muestran mayor variación, el primer quintil es el que cuenta, para todos los años de estudio, coberturas mayores al 98%, mientras que el segundo y tercer quintil, son los que reflejan menores porcentajes de cobertura, comparado con los demás, durante todo el período, ninguno alcanza el 90%.

Tabla 19 Costa Rica: cobertura reportada por los Hogares según quintil de ingreso por año, 2012 - 2016.

Quintil de ingreso per cápita del hogar neto	2012	2013	2014	2015	2016
Q1	98.6	98.8	99.2	99.0	98.8
Q2	86.8	86.6	85.7	85.5	84.8
Q3	85.9	86.9	86.7	84.8	86.1
Q4	90.2	90.6	91.3	89.9	90.7
Q5	94.5	93.5	94.5	94.8	94.5
Total	91.2	91.2	91.4	90.6	90.8

Fuente: tomado de la referencia (53).

En cuando a diferencias por región de planificación, se identifica que todas mantienen coberturas muy similares, lo que afirma una vez más, que el problema de desigualdad en la cobertura no se debe a la zona o región, sino que parece ser más por un tema de ingresos, tal como se observa en la tabla anterior.

Tabla 20 Costa Rica: cobertura reportada por los Hogares según región de planificación por año, 2012-2016

Región de planificación	2012	2013	2014	2015	2016
Central	90,7	91,0	91,2	90,3	90,9
Chorotega	91,4	91,4	91,9	91,5	89,8
Pacífico Central	92,7	91,1	91,4	91,1	92,1
Brunca	93,9	94,7	93,8	93,4	93,7
Huetar Caribe	92,0	92,5	91,7	91,4	90,6
Huetar Norte	87,9	87,3	89,2	87,8	86,9
Total	91,2	91,2	91,4	90,6	90,8

Fuente: tomado de la referencia (53).

En cuanto a las coberturas según servicios de salud preventivos y de tratamiento, se presentan datos con respecto a atención prenatal, control por medio de tamizajes de VIH y VDRL a mujeres embarazadas, control óptimo de pacientes con hipertensión, prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, entre otros indicadores que reflejan la condición de salud de la población costarricense.

Tabla 21 Costa Rica: indicadores en servicios de salud preventivos, último año disponible

Indicador	Último año disponible
Cobertura con tres dosis de la vacuna DPT en el primer año de vida ^a	92% (2015)
Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a 65 años de edad ^b	38% (2016)
Necesidades insatisfechas con respecto a la planificación familiar ^a	9% (2016)
Cobertura de atención prenatal (al menos una cita) ^c	95% (2014)
Consumo de alcohol en adultos ^c	5,4% (2010)
Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes ^a	8,9% (2013)
Prevalencia de consumo de tabaco en adultos ^a	14,0% (2013)
Lactancia materna en menores de 6 meses ^a	32,5% (2011)

Fuente: elaboración propia

Nota: ^a datos tomados de la fuente (89), ^b tomado de (81), ^c tomado de (90).

Tabla 22 Indicadores en servicios de tratamiento, último año disponible

Indicador	Último año disponible
Porcentaje de cobertura con tratamiento antirretroviral ^a	56% (2013)
Número de pacientes con Tuberculosis tratados con éxito ^b	86% (2012)
Control óptimo de paciente hipertenso ^c	68% (2016)
Porcentaje de tamizaje de VIH en embarazadas ^c	72% (2016)
Porcentaje de tamizaje de VDRL en embarazadas ^c	76% (2016)
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado ^d	96,89% (2016)

Fuente: elaboración propia

Nota: ^a tomado de la referencia (66), ^b tomado de (90) ^c datos de la referencia (81) ^d corresponde al porcentaje de embarazadas atendidas en hospitales públicos por obstetras (60,19%) y médicos (36,70%) tomado de la fuente (91).

Según Gamboa (76), el país ha avanzado en materia de prestación de servicios, de acceso, en aspectos de aseguramiento, incluso se han buscado modelos y aseguramientos diferenciados para llegar a toda la población, sin embargo el tema de calidad es un tema pendiente, una cosa es tener acceso a ciertas ofertas de servicios que da la seguridad social del país y otra la calidad con la que se brindan.

En este aspecto el papel rector del Ministerio de Salud es fundamental, sin embargo, por la falta de articulación e integralidad del sistema, no se ha logrado llevar a cabo un programa de calidad de los servicios de salud de manera permanente y detallada. El programa existente implementado por el MS y de acatamiento obligatorio por servicios de atención públicos y privados, es la habilitación de los servicios de salud, en el que se verifica que cada servicio cumpla con los requisitos mínimos en cuanto a personal, equipo y documentación, y estos no necesariamente son indicadores de la calidad de la provisión del servicio.

Entre 1998 y 2007, se había desarrollado un programa voluntario de acreditación para los hospitales generales, con la asistencia de Canadá. Las evaluaciones se hicieron anualmente entre el 2000 y el 2006 (...). Ningún hospital de la CCSS alcanzó los estándares necesarios; de hecho, aparecieron varias deficiencias emergentes que llevaron al cierre de un número de unidades. A pesar de esto, el programa fue discontinuado. (...) hoy en día los únicos hospitales que participan activamente en algún programa formativo de acreditación y mejoramiento son hospitales del sector privado (25).

Hubo otra iniciativa para evaluar por parte del Ministerio de Salud los servicios de primer nivel de atención, entre los años 2000 al 2008, esta incluía aspectos de gestión y planificación, así como la satisfacción del paciente, sin embargo no se le dio continuidad. En cuanto a estrategias para asegurar la calidad de los cuidados a los pacientes, se dispone de un sistema para el monitoreo y prevención de infecciones adquiridas en los hospitales, pero no existe como tal un sistema a nivel nacional que lleve el control y monitoreo.

En el Plan Nacional de Salud 2015-2018 se planteaba enfocar la implementación del EDUS hacia un sistema de información que permita obtener estándares e indicadores de calidad. Esto exige también la “instalación de mecanismos efectivos para monitorear los eventos adversos y diseminar las buenas prácticas que los puedan evitar” (25).

Algunas otras reformas e iniciativas que definitivamente contribuyen, aportando mejor calidad de vida a las personas y comunidades (77) son⁷:

1. 1045 EB AIS distribuidos en todo el territorio nacional, con campañas de vacunación, tamizaje de grupos de riesgo, detección y referencia de diversos tipos de cáncer, tales como el cérvico uterino.
2. Cumplimiento con más de 95% de eficiencia en la iniciativa OPS-OMS del segundo reto global “Cirugía Segura Salva Vidas” en todas las cirugías mayores que se realizan en la CCSS. A partir de la consolidación de esta estrategia, por parte del Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, no se han vuelto a presentar casos de cirugías en paciente equivocado o sitio equivocado y se han evitado complicaciones que son consideradas como prevenibles. Esto, por ejemplo, en más de 156 000 cirugías, realizadas en el año 2017.
3. Atención de la mujer embarazada con criterios de calidad en el preparto, parto y postparto en la CCSS. A partir de esta iniciativa, el monitoreo de las etapas del parto con base a un instructivo institucional ha erradicado prácticamente las quejas que existían en las maternidades relativas al trato a las usuarias y sus acompañantes, lo mismo que a la información que se les debe dar respecto de su evolución y tratamiento. Actualmente, estas guías e instructivos se han traducido al lenguaje *Ngöbe-Buglé*, en el Hospital de San Vito de Coto Brus.
4. El fortalecimiento de la red de contralorías de servicio ha permitido canalizar mejor las inconformidades o dudas de los pacientes y sus acompañantes, guiando a cultura organizacional hacia el buen trato a los pacientes y familiares de estos.
5. La red de atención domiciliar y las redes de cuidados paliativos, han merecido reconocimiento internacional por la calidad y la cobertura que han logrado.
6. El Centro Nacional de Prevención de Discapacidades que funciona en el Hospital Nacional de Niños, recibe y procesa las pruebas de tamizaje neonatal, que son gratuitos, donde se pueden identificar 25 enfermedades metabólicas cuya detección y abordaje temprano resultan en una mejor salud y calidad de vida para los pacientes y sus familias.
7. El Colegio de Médicos y Cirujanos, ha venido desarrollando una serie de iniciativas para mantener la calidad de la atención por medio de la educación continua a los profesionales de salud, lo que les permite mantenerse actualizados sin invertir grandes sumas de dinero y en horarios que tienden a no interferir con sus actividades laborales o familiares. También participa apoyando

⁷ Estas iniciativas o reformas han sido identificadas por el Dr. Robinson Rodríguez, del Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente de la CCSS, a través de una entrevista sobre la ampliación del acceso y la calidad de la provisión de los servicios, realizada por el equipo que elaboró el presente Perfil.

girar de especialistas a comunidades alejadas donde se resuelven muchos casos que estaban sin diagnóstico o en listas de espera (77).

Aunado a esto, la CCSS ha desarrollado evaluaciones de desempeño de la prestación de servicios, se identifican dos, una del 2014 y otra del 2016. La instancia a nivel nacional que se encarga de realizar estas evaluaciones de desempeño es la Dirección de Compra de Servicios de Salud. Se miden algunas intervenciones, como vacunación, la tasa de deserción entre la primera y tercera dosis de vacuna DPT (difteria, pertussis y tétanos), criterios específicos de la atención integral en los diferentes grupos de edad, son criterios de atención que de alguna manera fortalece el criterio de la calidad de la atención (78).

Con respecto a la relación con las comunidades, al hablarse de atención integral, debe verse desde diferentes escenarios, no solo desde los servicios de salud en el primer nivel o las áreas de salud, sino también desde el escenario escolar, los colegios, las redes comunales, asociaciones de desarrollo.

La CCSS trabaja en salud sexual y reproductiva y hace un trabajo de visita domiciliar en algunas poblaciones que se consideran de riesgo, en a las escuelas están programados tamizajes de agudeza visual, auditiva, se valora el estado nutricional, y si se detectan algunos niños con problemas se refieren al EBAIS, esto también favorece la accesibilidad (78).

A continuación, se muestran algunos indicadores con respecto a la calidad de los cuidados en la atención.

Tabla 23 Calidad de los cuidados

Calidad de los cuidados para condiciones crónicas	Último año disponible
Porcentaje de cesáreas del total de partos ^a	23,91% (2016)
Cantidad de traumas obstétricos ^b	8805 (2016)
Tasa de incidencia acumulada de infecciones asociadas a la atención en salud ^c	2,0% (2016)

Fuente: elaboración propia

Nota: ^a porcentaje sobre el total de partos, tomado de la fuente (79) ^b tomado de (80), ^c tomado de (81).

Desafíos

Entre las propuestas de mejora para esta Línea de Acción⁸ se esbozan acciones en los siguientes ámbitos: Atención Primaria de Salud, participación social, fortalecimiento del primer nivel de atención, organización y gestión de la prestación de servicios, planificación del recurso humano, sistemas de información, gestión de medicamentos y tecnología y por último calidad.

⁸ Propuestas de mejora y de cambio obtenidas del Taller de presentación y validación del Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica 2018, realizado el 12 de setiembre del 2018, en el cual participaron representantes de la autoridad sanitaria el Ministerio de Salud y el principal proveedor de servicios del país, la CCSS.

En cuanto a la Atención Primaria en Salud se propone que debe fortalecerse la orientación de los servicios de salud bajo un modelo de atención centrado en la persona. Todos los niveles de atención deben articularse mejor para una mayor continuidad del cuidado y mejor respuesta a las necesidades de salud de la población en el territorio a cargo de las Redes Integradas de Servicios de Salud que se conformarán. Un aspecto útil en este sentido es fortalecer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para contar con más información para la toma de decisiones.

Se plantea también la necesidad de creación de Políticas institucionales para definir un enfoque de participación social, que establezcan espacios para la toma de decisiones en la comunidad e implementen estrategias de información y comunicación para la acción en salud. Asimismo, se requiere desarrollar herramientas para incluir la participación social en la gestión de servicios y su evaluación. Una mayor participación incidiría en el papel protagónico que deben tener los gobiernos locales en la promoción de la salud.

Por otro lado, se propone el fortalecer del primer nivel de atención, según los resultados del Análisis de Situación de Salud y una evaluación del nivel de implementación del modelo de atención, de manera que se determine la verdadera brecha de recursos humanos, infraestructura, tecnología, financiamiento, y formular en Plan de Desarrollo para poder dotar a los EBAIS de estos recursos según sus necesidades y capacidades instaladas. En cuanto a las inversiones en infraestructura, el primer nivel de atención debería tener una prioridad. En el quehacer de los EBAIS es necesario asegurar coberturas efectivas y la aplicación de un enfoque multidisciplinario de trabajo.

Otro tema importante es la organización y gestión de la prestación de servicios, de manera que se combata la fragmentación en la prestación de servicios de salud, por lo cual se exhorta a continuar con la implementación de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud, iniciada en la CCSS mediante el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios.

En cuanto a la planificación del recurso humano en salud es fundamental el rol de rectoría del Ministerio de Salud en la definición de una Política de Recursos Humanos, que abarque los procesos de planificación, formación, capacitación, designación, regulación y evaluación. Además, debe contemplarse la intersectorialidad en la revisión y evaluación de la currícula de las carreras de formación de los recursos humanos en general y en particular de las disciplinas relacionadas con la salud; para ello la participación de los centros docentes tanto públicos como privados, colegios profesionales y otros involucrados es fundamental.

Es importante actualizar la metodología del Análisis de Situación de Salud, y formular una estrategia para el desarrollo e integración de los sistemas de información, como instrumentos útiles para la planificación, gestión de servicios y vigilancia de la salud. La utilización de la información para determinación de brechas, definición de planes, indicadores para la gestión y toma de decisiones se puede simplificar por medio de sistemas de información ágiles, trazables y eficientes.

Con respecto a la gestión de medicamentos y tecnología es necesario elaborar políticas y normativas para la incorporación de tecnologías basadas en necesidades y evaluación tecnológica. El país también requiere avanzar en un Política Nacional de Calidad de la Atención.

Finalmente, parte esencial de la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud, recae en una mejor utilización de los recursos existentes. Si bien el financiamiento se trata en la línea estratégica tres, a nivel de los servicios de salud es necesario promover estrategias que aumenten la eficiencia y contribuyan a la sostenibilidad, por ejemplo ambulatorización, gestión por resultados, y la racionalización de proyectos de inversión mediante evaluaciones económicas.

b. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza

Avances y situación actual

La estructura institucional del Estado Costarricense en el sector salud, tiene como ente rector al Ministerio de Salud, por tanto, es a quien le compete la gobernanza en materia de salud, organización y coordinación entre los diferentes actores del sector. Su rol principal está en la conducción, regulación, vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico. Se cuenta con todo un marco regulatorio y legislativo que apoya el acceso y la cobertura universal⁹.

Sin embargo, “la influencia del Ministerio de Salud es débil con respecto a la planificación, el financiamiento y la provisión de los servicios de salud en Costa Rica” (25). Esto se debe principalmente a la autonomía de gobierno que por medio del artículo 73 de la Constitución Política se le reconoce a la CCSS, que limita cualquier intervención en la administración de la misma o en el manejo de los seguros sociales.

El principal instrumento de planificación del sector salud emitido por el Ministerio de Salud es la Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” 2015-2018 y el Plan Nacional de Salud 2016-2020, donde se especifican acciones en cinco áreas clave: acción intersectorial y participación ciudadana; acceso universal y equidad; comportamientos saludables, recreación y deporte; salud ambiental; cambio climático y gestión del riesgo. Entre los objetivos y metas está incluida la CCSS, sin embargo se reportan obstáculos para influencias en su planificación.

(...) la CCSS no tiene incentivo para seguir las recomendaciones que emite el Ministerio, y el Ministerio no tiene un mecanismo directo que le permita exigírselo –en el pasado, el Ministerio incluso ha tenido que recurrir a órdenes judiciales para que la CCSS le revelara sus datos de desempeño. (...) Costa Rica debería considerar modos para que el gobierno central pueda determinar la obligación de servicio público de la CCSS y poner a la institución a rendir cuentas sobre su prestación, de modo mucho más efectivo que hasta la fecha. (25).

La información disponible para interpretar el desempeño de la CCSS, se encuentra fragmentada y dispersa, según el informe de la OCDE se está buscando cooperación a nivel inter-institucional para mejorar el sistema de monitoreo. Por otro lado, la rendición de cuentas y el control se ejerce desde el Plan Nacional de Desarrollo, donde están todas las instituciones del sector, y contiene todas las acciones prioritarias del Sector, pero no abarca todo el quehacer de las instituciones y tiene un horizonte de corto plazo (4 años).

⁹ Ver los apartados: *Marco constitucional y legal sobre salud en Costa Rica, Funciones del Ministerio de Salud como rector del Sistema Nacional de Salud, Marco estratégico del Ministerio de Salud y Formulación de políticas y planes nacionales en salud.*

El Ministerio de Salud cuenta con un instrumento llamado Matriz de Articulación Plan-Presupuesto, donde tiene que dar el aval para todas las instituciones del sector en cuanto a sus presupuestos, para garantizar que las prioridades de salud estén incorporadas en sus presupuestos se da un dictamen sobre dicha matriz y si eso no está alineado a las prioridades del sector, dichas instituciones podrían quedarse sin el presupuesto del Ministerio de Hacienda y sin la aprobación del presupuesto por parte de la Contraloría General de la República (82).

Además, las instituciones del sector deben emitir trimestralmente un informe del avance de las acciones que están ahí contenidas, y el Ministerio de Salud es el que tiene que revisar los informes, hacer un consolidado y enviarlos al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y a la Contraloría General de la República. En ese sentido sí se ejerce una vinculación directa. Se garantiza por medio de instrumentos, metodologías y marco jurídico el cumplimiento de los objetivos del sector.

Desafíos

El fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud como uno de los pilares del sistema de salud costarricense debe considerarse primordial. De manera que oriente, regule y direcciona el sector salud, considerando que la Caja Costarricense de Seguro Social es un actor más del sector, y no la única institución encargada de la salud en el país. El MS debe “condicionar a la CCSS a rendir cuentas por resultados, requiriendo informes de progreso en relación con su mandato, mediante informes de desempeño anuales, auditorías independientes u otros mecanismos de escrutinio público” (25).

Como parte de las propuestas de la autoridad sanitaria y el principal proveedor de servicios de salud en el país, se exponen acciones dirigidas en cuatro líneas de acción: direccionamiento político, diagnóstico e investigación, planificación (monitoreo y evaluación) y sistemas de información.

En materia de direccionamiento político, se plantea que es necesaria la definición de prioridades desde el Consejo Sectorial de Salud para garantizar el alineamiento (sin dejar de lado las responsabilidades de cada institución) de manera que se pueda avanzar en la implementación del enfoque de salud en todas las políticas con el fin de incidir sobre los determinantes de la salud y garantizar la sostenibilidad del sistema.

También se plantea fortalecer el proceso inclusivo de formulación de políticas públicas de salud, rescatando los valores de equidad, solidaridad y universalidad, a través de un proceso participativo que involucre actores sociales, interinstitucionales e intersectoriales y sociedad civil de ámbito local, regional y nacional.

Se considera primordial establecer mecanismos para fiscalizar la implementación del marco regulatorio que permita, entre otros elementos, la evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud.

Por otro lado, está el tema de diagnóstico e investigación en función de la implementación de metodologías para la medición de inequidades y desigualdades en salud, incorporando en el análisis de situación de salud la desagregación de indicadores a fin de poder obtener información que oriente la generación de políticas y planes en salud para el cierre de brechas.

Es necesario incluir en la planificación de los servicios de salud, mecanismos que permitan la evaluación y medición continua del cumplimiento de las metas que garanticen servicios de salud integrales, adecuados y de calidad, pero sobre todo oportunos.

Finalmente, como parte de las acciones en esta línea estratégica, se sugiere fortalecer la capacidad estratégica para la gestión del recurso humano en salud, por medio del fortalecimiento del sistema de información sobre el recurso humano en salud (SINARHUS) y el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (ONARUHS).

c. Adecuación del financiamiento con eficiencia y equidad

Avances y situación actual

Como se ha desarrollado en otros apartados del perfil, se reconoce que el país cuenta con todo un marco normativo en materia de financiamiento que apoya el acceso y la cobertura universal. Sin embargo, la esencia del financiamiento del sistema de salud público de Costa Rica sigue estando sustentada en la masa contributiva (asalariados, o trabajadores independientes), y existen factores que indican que el peso de las contribuciones va disminuyendo; tales como el aumento del empleo informal, haciendo más difícil para la agencia del seguro social captar e influir en la afiliación y en el aporte de esta parte de la población, lo que podría poner en riesgo la sostenibilidad del sistema.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2050 la población mundial menor de 15 años será igual a la cantidad de personas mayores de 60 años, sin embargo, según proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Costa Rica estas proporciones se alcanzarán en el 2032 (83).

Esta situación aunada al aumento de la esperanza de vida, el aumento cada vez más acelerado de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas en la población, así como la disminución de la tasa de fecundidad y de natalidad, proyecta una Costa Rica cada vez más envejecida, con mayores necesidades de atención en salud y de problemas de mayor complejidad, una población económicamente activa (PEA) cada vez menor que deberá sostener el sistema de seguro social solidario y universal con el que cuenta el país desde 1961.

Estas afirmaciones las sostiene además el MIDEPLAN al mencionar que “a mediano y largo plazo, habrá cada vez más personas demandando mayores y mejores servicios, mientras que la cantidad de cotizantes será cada vez menor; lo cual genera presiones importantes sobre la sostenibilidad del sistema” (54).

Por tanto, se reconoce de primordial urgencia el concretar medidas que solventen en el mediano y largo plazo la sostenibilidad del sistema. Se toma en cuenta el concepto de sostenibilidad financiera del MIDEPLAN (2017) en su informe Prospectiva en salud 2045: prevención y sostenibilidad financiera, donde establecen que,

La sostenibilidad financiera de los servicios de un sistema de salud no consiste en el equilibrio entre sus ingresos y sus gastos para un período de tiempo, sino más bien representa las posibilidades de financiar en el futuro, un conjunto de servicios de salud a la sociedad, determinado

por su patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más (54).

También hay que pensar que la seguridad social en este país, en términos de contribuciones depende fuertemente del aporte del sector público, un 45% de las contribuciones vienen del sector público, y en los últimos años este no ha mostrado aumentos significativos en número de plazas y ha tenido aumentos salariales relativamente pequeños (84).

Las reformas que habrían podido hacer frente a varios de estos desafíos, tales como los sistemas de pago con base en resultados, programas de acreditación de hospitales o el sistema de cuentas por GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) en los hospitales, se han intentado pero posteriormente se han discontinuado. Tal parece entonces que la elaboración de políticas sostenibles resulta ser un reto en el sistema de salud de Costa Rica (25).

Es necesaria “una mejor comprensión de los patrones de gasto y las causas de la inflación dentro del sistema de salud” (25), con el fin de dirigir los recursos de manera más eficiente y que garantice la sostenibilidad financiera del sistema, es importante reconocer que esta no pasa por únicamente por un tema de ingresos sino de eficiencia y de gestión de los servicios a nivel de los centros de atención.

Picado (84) propone tres elementos primordiales para la adecuación del financiamiento de manera eficiente y con equidad:

1. la piedra angular de la sostenibilidad tiene que ver con el autocuidado, gente que tenga prácticas y hábitos saludables, el país tiene niveles de obesidad mórbida, y otro tipo de enfermedades sociales o muertes violentas como heridos balas, golpes, armas blancas, violencia, accidentes de tránsito, si este riesgo se lograra reducir, se reducen gastos también. Todos los días ingresan a los servicios de emergencias lesionados por peleas o heridas de armas blancas, por accidentes de tránsito, son personas que se agregan como pacientes y tiene un costo muy alto para el sistema. Son situaciones prevenibles, por lo tanto, hay que enfocar los recursos en la prevención de la violencia y el autocuidado.
2. el segundo punto tiene que ver con la articulación de acciones tanto a nivel inter e institucional como intersectorial y a nivel de toda la sociedad, esta articulación de diferentes actores, tiene que ver con que la salud de las poblaciones no depende únicamente de los servicios de salud, sino de otros factores como los macro determinantes. Actores sociales como las municipalidades, universidades y demás instituciones del sector salud deben tener un papel más preponderante en el proceso de salud-enfermedad, de manera que los problemas de salud de la población no recaigan solamente en la CCSS.
3. el tercer elemento es la eficiencia en la gestión de los recursos que tiene el sistema de salud, por ejemplo: “no es necesario que una persona tenga que entrar al hospital 3 días antes de su cirugía cuando puede entrar una noche antes o incluso el mismo día” (84). Eficiencia se refiere también a modelos salariales que sean sostenibles en el tiempo, no se pueden pagar salarios que finalmente el sistema no pueda sostenerlos en el tiempo. Se plantean mecanismos de compra que generen ahorros y reducción de costos.

**Tabla 24 Indicadores sugeridos de eficiencia técnica, último año(s) disponible(s)
(información únicamente de hospitales de la CCSS)**

Indicadores	2000	2005	2010	2015	2016
Estancia media (días) por parto natural ^a	-	-	-	1,92 (2014)	1,90
Estancia media (días) por infarto agudo al miocardio ^a	-	-	-	8,18 (2014)	8,24
Estancia media (días) en hospitales ^b	5,42	6,05	6,47	7,09	7,10
Tasa de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes ^c	84,62	79,96	72,64	72,19	72,50
Tasa de egresos hospitalarios por enfermedad circulatoria por 1.000 habitantes ^c	-	4,43	4,37	4,78	4,69
Tasa de egresos hospitalarios por cáncer por 1,000 habitantes ^c	-	4,09	3,97	4,56	4,82
Tasa de ocupación de camas en hospitales ^b	81,6	83,1	84,2	84,8	83,3

Fuente: elaboración propia

Nota: ^a tomado de (85) y (86); ^b (87); ^c (88).

Desafíos

Las propuestas de mejora y de cambio con respecto a esta línea estratégica fueron orientadas en tres grandes líneas de acción: diseño del modelo de financiamiento (optimización y diversificación de las fuentes de financiamiento), modulación sectorial del financiamiento y mejora de la gestión.

Es fundamental reconocer que el sistema de financiamiento como se sustenta actualmente no podrá ser sostenible en el mediano y largo plazo, y toda la población se verá afectada. La búsqueda de fuentes de financiamiento diferentes a las tradicionales es una medida que debe tomarse en el corto plazo, sino es que, en el inmediato, para poder solventar de alguna forma las necesidades a futuro que presentará la seguridad social. Todo aquel producto que sea nocivo para la salud puede tener impuestos específicos y estos ingresos ir dirigidos a proyectos específicos que fortalezcan la salud pública, como ha sucedido con el impuesto al tabaco por medio de la Ley N°9028.

Como parte del diseño del modelo de financiamiento, optimización y diversificación de las fuentes de financiamiento se plantean tres subtemas. Primero hacer un diagnóstico o estudio de las fuentes específicas de financiamiento en salud del país, como por ejemplo FODESAF, JPS y Fondos de la Ley 9028 (Tabaco).

Un segundo punto, para la gestión de la optimización de la recaudación financiera, se plantea que se requiere transformar paulatinamente el aseguramiento de beneficios familiares de un esquema no contributivo a uno con base en la contribución. Crear sistemas de recaudación, con multas y mecanismos sancionatorios viables a morosos y recurrentes en atraso de pago.

El tercer punto sobre el diseño del modelo de financiamiento trata sobre la diversificación de las fuentes de financiamiento, es primordial continuar buscando alternativas de aseguramiento no tradicional, para incluir de forma obligatoria a personas con capacidad de contribución, por ejemplo, a rentistas pensionados extranjeros y trabajadores de transnacionales que reciben su ingreso o se regula en otro país. Así mismo explorar la posibilidad de diversificación de fuentes públicas (impuestos específicos a ciertos productos o servicios nocivos para la salud, y fondos de gobiernos locales, por ejemplo).

En relación con la modulación sectorial del Financiamiento, es necesario desarrollar mecanismos dentro del Ministerio de Salud, como ente rector, para la medición de indicadores de protección financiera, en especial gasto de bolsillo catastrófico y gasto empobrecedor, así como también se requiere profundizar en el estudio de la utilización de los servicios privados con enfoque de equidad.

Considerando el nivel del gasto en salud de Costa Rica y para una mayor eficiencia en la asignación de los recursos, se requiere un dialogo político que busque mejorar la gobernanza de las inversiones estratégicas y su orientación con base a las prioridades nacionales y obtener el mayor impacto en función del costo, incluso fijando límites para la incorporación de tecnologías sanitarias (incluidos medicamentos) con base a la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económica. Del mismo modo para mantener un adecuado nivel de protección financiera. El país requiere también analizar a profundidad y resolver el subsidio cruzado que existe entre el seguro de salud y el seguro obligatorio de accidentes, a cargo de los dos agentes de seguro, la CCSS y el INS. Los resultados de los recientes estudios de Cuentas de Salud SHA 2011-2016 son la base para este diálogo de políticas.

Finalmente, en materia de modulación, una normativa de garantías explícitas para la oportunidad de la atención en: tiempo, condición de salud, cobertura e intervención, sería un factor que contribuiría a aumentar la satisfacción de la población y aumentaría la gobernabilidad del sistema de salud.

Por otro lado, se identifica como medida prioritaria establecer estrategias claras y concretas que tengan como objetivo la "eficiencia en el uso de los recursos asignados a la salud" (OPS, 2003; citado en MIDEPLAN, 2017, p.20), esto por cuanto, se reconoce como urgente que todos los funcionarios del sector salud comprendan que en la medida en que sus labores sean ejecutadas con eficiencia y equidad, los recursos ya existentes se podrán potenciar, y por lo tanto mejorar la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud por parte de la población. Siendo justamente las remuneraciones de la fuerza de trabajo de la CCSS quienes se llevan más del 50% del gasto total promedio del seguro de salud (54), debe ser este concepto del gasto, analizado y evaluado, así mismo se deben construir propuestas estratégicas de mejora en la gestión y administración de los recursos.

En este sentido, se proponen mejoras en la gestión para mejorar la eficiencia, implementando un sistema de costeo en hospitales y centros de atención. A partir de este sistema de costos se podrán establecer mecanismos de asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud. Incluyendo implementar métodos novedosos (pagos prospectivos, capitalización ajustada por riesgo, incentivos

de productividad, entre otros). También se propone, instaurar dentro de la CCSS la asignación presupuestaria con base en la gestión por resultados con su respectiva evaluación. Es necesario vincular la financiación de los proveedores del segundo y tercer nivel con las verdaderas necesidades de atención de la población, además de reforzar el primer nivel, ampliar el horario de atención de los EBAS y evitar que situaciones que pueden solucionarse desde allí, suban al segundo o tercer nivel.

Dentro de la mejora de gestión se plantea desarrollar un plan nacional de recursos humanos en salud que incluya una planificación desde la formación hasta el ejercicio profesional, estableciendo metas para una distribución más equitativa para la reducción de inequidades.

Otro aspecto que pudiera contribuir a fomentar mejoras en la gestión es la medición de gasto por enfermedad, por ejemplo en salud mental y enfermedades crónicas no transmisibles. También se propone la implementación de la Estrategia de Hospitales Seguros, verdes e inteligentes, para disminuir el costo en mantenimiento y generando optimización de los servicios a un mejor costo aún en situaciones de desastres.

Finalmente es importante una mejora regulatoria en los mecanismos de abastecimiento de insumos médicos, incluidos los medicamentos, para mejorar el acceso, y considerar opciones de regulación económica del mercado.

d. Acción sobre los determinantes sociales

Avances y situación actual

Costa Rica como país firmante de la Declaración Política de Río, orienta sus políticas y planes de salud en el accionar sobre los determinantes sociales de la salud. La Política Nacional de Salud vigente define claramente sus principios orientadores y ejes transversales “orientados hacia la equidad, oportunidad y calidad en salud, así como la reducción de las brechas sociales y la sostenibilidad del sistema de salud costarricense” (46), plantea además 5 ámbitos de acción y 31 áreas de intervención, las cuales se desarrollan detalladamente en el Plan Nacional de Salud 2016-2020, donde se establecen claramente las metas e impacto esperado al final del período establecido.

Los principios que orientan la Política Nacional de Salud son: equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social, interculturalidad, enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo (46). Sus ejes transversales son: participación social, igualdad y no discriminación, enfoque de género, enfoque de derechos humanos, transparencia, interinstitucionalidad e intersectorialidad y calidad (46). La Política aborda los siguientes ámbitos de acción y áreas de intervención.

Cuadro 7 Ámbitos de acción y áreas de intervención de la Política Nacional de Salud

Ámbito de acción	Área de intervención
<p>Ámbito I Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud.</p>	<p>Áreas de Intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rectoría de la salud, 2. Legislación, 3. Inversión, financiamiento y gasto en salud, 4. Fortalecimiento del recurso humano en salud, 5. Investigación y desarrollo tecnológico, 6. Regulación y control de productos de interés sanitario, y 7. Calidad en salud.
<p>Ámbito II Equidad y universalidad de las acciones en salud.</p>	<p>Áreas de Intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de la atención primaria, 2. Atención integral, 3. Vigilancia de los determinantes sociales de la salud con abordaje interinstitucional e intersectorial, 4. Enfermedades crónicas no transmisibles, 5. Enfermedades transmisibles, 6. Salud mental, 7. Atención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, 8. Violencia social, sexual e intrafamiliar, 9. Salud sexual y reproductiva, 10. Accidentes de tránsito, y 11. Salud de los trabajadores.
<p>Ámbito III Prácticas Saludables, Recreación y Deporte.</p>	<p>Áreas de Intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prácticas saludables, 2. Actividad física, recreación y deporte, y 3. Alimentación y nutrición.

Ámbito de acción	Área de intervención
Ámbito IV Salud ambiental	Áreas de Intervención: <ol style="list-style-type: none"> 1. Saneamiento básico, 2. Gestión integral de residuos, 3. Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, 4. Mejoramiento del alcantarillado sanitario y otros sistemas de tratamiento de aguas residuales, 5. Control de los contaminantes peligrosos, y 6. Contaminación por ruido.
Ámbito V Gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático	Áreas de Intervención: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducción del riesgo, 2. Preparativos y respuesta, 3. Recuperación, 4. Adaptación

Fuente: elaboración propia basado en la referencia (46).

Lo anterior refleja el compromiso del país por orientar su trabajo desde y por los determinantes sociales de salud. Este es un trabajo que se realiza de manera interinstitucional, son muchos los actores sociales involucrados no solo en la creación sino en el cumplimiento de las acciones planteadas en el plan.

El modelo de producción social de la salud que aplica el Ministerio de Salud, representa un marco importante para la acción sobre los determinantes de la salud. Durante el año 2018, el Ministerio de Salud ha realizado un proceso de reflexión interna y consulta con actores externos para redefinir la acción del Ministerio con el enfoque de promoción de la Salud.

Desafíos

Se reconoce la importancia de la educación en estilos de vida saludables enfocados en el autocuidado, la salud no es un asunto ajeno a lo cotidiano, al ámbito privado de las personas, por lo contrario, se construye desde cada persona, familia, comunidad y colectividad, por tanto, se establece como una medida prioritaria el incorporar, desde todos los ámbitos de educación y aprendizaje, ya sean formales o informales, hábitos y estilos de vida saludables basados en el curso de vida, quiere decir que los niños y niñas desde pequeñas comprendan la importancia de alimentarse de manera balanceada, hacer actividad física, esto como una forma de autocuidado y visión a largo plazo, para prevenir enfermedades no transmisibles en edades adultas e incluso como adolescentes.

Es relevante además de la formación en el autocuidado, también en el reconocimiento de los derechos y deberes como ciudadanos, sobre todo en torno al derecho a la salud, comprendido; desde la Observación N°14 de la Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación referente al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; como

un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (101).

Si se comprende la salud desde edades tempranas como un resultado multifactorial, tanto individual como colectivo, quizás se lograría llegar a edades adultas con mejores índices de salud sin necesidad de recurrir constantemente a los servicios de atención de salud. Esta medida haría posible reducir la gran demanda futura que se proyecta, al menos en el nivel de complejidad y permitiría disminuir la saturación de los servicios.

Adicionalmente, se plantean acciones en materia de fortalecimiento de las capacidades institucionales del Ministerio de Salud como ente rector, y articulación intersectorial.

En cuando al fortalecimiento de las capacidades institucionales del Ministerio de Salud como ente rector se propone la aplicación de las propuestas de mejora derivadas del proceso de reflexión mencionado anteriormente. Así mismo, para la aplicación del enfoque de salud en todas las políticas como base para el proceso de planificación nacional en salud, contemplando todas sus etapas (diseño, ejecución y evaluación), así como para la generación de políticas públicas en salud, además de planes, programas y proyectos. Para ello, se requiere el desarrollo de capacidades de negociación, de liderazgo, y de trabajo en equipo.

La aplicación del enfoque de salud en todas las políticas requiere de la medición del impacto en salud, por lo que es necesario promover investigaciones y estudios por parte de instituciones como: INEC, universidades, y Estado de la Nación, entre otros; generando mediciones, análisis, control y evaluación de manera intersectorial, de manera progresiva.

En cuanto a la rendición de cuentas, es necesario contar con registros de datos integrales bajo el principio de trazabilidad, que brinden indicadores de salud y datos importantes para la toma de decisiones. Además, deben existir mecanismos de devolución y retroalimentación de los resultados ejecutados. Incorporando en el sitio web del Ministerio de Salud datos en salud y datos estadísticos.

Finalmente, en la articulación intersectorial se propone establecer alianzas estratégicas con diferentes actores del sector público, privado y sociedad civil. Así como fortalecer el desarrollo de las alianzas estratégicas público-privadas específicamente.

También aprovechar los espacios existentes para la coordinación intersectorial, por ejemplo: el Consejo de Gobierno, el Área Estratégica de Articulación de Salud y Seguridad Social, el Consejo Sectorial, los

Consejo Municipales, Los Comités de Coordinación Interinstitucional en el ámbito municipal, los Consejos Regionales, La unión Nacional de Gobiernos Locales, Las Asociaciones Integrales de Desarrollo, Unión Cantonal de Asociaciones, Juntas de Salud, federaciones, diferentes comités, entre otros actores y espacios que ya están conformados y pueden aprovecharse para el accionar intersectorial por parte del MS en los tres niveles de gestión. Se plantea una evaluación de las diferentes comisiones y grupos de trabajo ya existentes con el fin de determinar cuáles realmente son funcionales y relevantes y trabajar sobre el empoderamiento del nivel local.

3.2 Salud y bienestar

Costa Rica tiene indicadores de salud comparables con los de países desarrollados, una esperanza de vida al nacer de 80 años, para el 2015 se encontraba muy cercana al promedio de esperanza de vida de los países miembros de la OCDE. Pasó de 66,9 años en 1970 a 80 años en el 2016. Esto aunado al envejecimiento acelerado de la población refleja el impacto de una serie de reformas e iniciativas en salud y de garantías sociales que se tomaron desde la década de los 40.

La mayor parte de la atención se orienta a enfermedades no transmisibles, reflejando el alto abordaje que se ha tenido por años en atacar las enfermedades infecciosas y transmisibles como la malaria, la tuberculosis, de las cuales se presentan bajas tasas de incidencia, y la constante lucha contra enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, zika y chikungunya.

En cuanto a las principales causas de muerte se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. En los últimos años las muertes por accidentes de tránsito han aumentado considerablemente, así como las tasas de suicidio y homicidio, producto de mayores conductas violentas.

Hay un tema que cada vez preocupa más a los servicios de salud y es el aumento de la prevalencia de niños y niñas con obesidad, si esto no se modifica, serán adultos que efectivamente presentarán problemas cardiovasculares, respiratorios y de movilidad.

Tabla 25 Indicadores generales de salud

Indicador	2000	2005	2010	2015	2016
Esperanza de vida al nacer ^a	77,7	79,1	79,0	79,9	80
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos ^a	10,2	9,8	9,5	7,7	7,9
Razón de mortalidad materna (RMM) por 10.000 nacimientos ^b		1,91 (2007)	2,26	2,78	2,86
Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por 10.000 habitantes ^a	12,40	10,80	11,88	11,77	11,93

Indicador	2000	2005	2010	2015	2016
Tasa de mortalidad por tumores malignos por 10.000 habitantes ^a	8,10	8,30	9,35	10,12	10,31
Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas por 10.000 habitantes ^a	3,90	3,40	3,71	3,95	4,56
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por 100.000 habitantes ^{c, d}	13,7 ^c	15,1 ^c	13,4 ^c	15,30 ^d (2013)	15,08 ^d (2014)
Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes ^e	2,9 (2002)	2,9	3,0	3,2	3,5
Tasa de mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes ^c		1,06 (2008)	0,88 (2010)	0,81 (2012)	0,88 (2014)
Tasa de homicidios en jóvenes de 15 a 24 años de edad por 100.000 habitantes ^f	9,02	8,76	15,14	15,23	15,91
Tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años de edad por 100.000 habitantes ^f	8,06	8,40	5,73	7,67	7,95
Tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito en jóvenes de 15 a 24 años de edad por 100.000 habitantes ^f	19,14	14,16	15,60	17,36	24,93
Tasa de niños y niñas con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos) por cada 1000 nacimientos ^g	65,83	69,16	72,58	72,13	72,66
Tasa de niños y niñas con sobrepeso al nacer (4000 gramos y más) por cada 1000 nacimientos ^g	59,77	53,00	44,09	53,10	51,40
Porcentaje de prevalencia de obesidad en niños y niñas de 6 a 12 años ^h				21,4% (2008)	34% (2016)

Fuente: elaboración propia

Notas: ^a tomado y elaborado con base en la fuente (6); ^b tomado de la fuente (92); ^c tomado de la fuente (93); ^d tomado de la fuente (94); ^e tomado de la fuente (95); ^f elaborado con base en las referencias (96) y (97); ^g elaborado con base en información de la fuente (98); ^h estos datos se refieren únicamente a la población escolar, tomado de la referencia (99).

A pesar de que el país ha presentado avances importantes en sus condiciones sanitarias, como consecuencia de la implementación de políticas sociales, económicas, culturales y de salud, influyentes todas sobre los determinantes de la salud; existen desigualdades entre diversos grupos poblacionales. El sistema se enfrenta a retos muy grandes para generar mayor equidad.

Parte 4.

Conclusiones



El Sistema de Salud de Costa Rica ha sido un referente en nuestra Región, por su orientación con base a la Estrategia de Atención Primaria de Salud y sus buenos resultados. La base del Sistema de Salud Costarricense es el seguro público de salud, el cual ha alcanzado un elevado nivel de cobertura poblacional (95%) y de una amplia gama de prestaciones, de forma progresiva a través de diversas reformas y mediante la incorporación de distintos grupos poblacionales a varios esquemas de aseguramiento, pero con igual cobertura de prestaciones. La base contributiva del seguro de salud, y los niveles de eficiencia en el uso de los recursos, representan los principales retos para la sostenibilidad financiera del seguro de salud.

A pesar del elevado nivel de cobertura, existen diferencias a nivel subnacional. Los principales retos para aumentar la satisfacción de los usuarios están relacionados con la efectividad del acceso, la oportunidad y la calidad de la atención percibida por parte de las personas. Esto se traduce en una creciente utilización de servicios privados y la adquisición de pólizas de seguros privados voluntarios.

Los buenos resultados en salud de Costa Rica se explican no solo por el aseguramiento en salud y el acceso a los servicios de salud, sino también por las garantías sociales que la sociedad costarricense ha mantenido desde la década de los cuarentas. Sin embargo, mantener los logros y afrontar los retos actuales del Sistema de Salud, como son el envejecimiento de la población, el incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, los problemas de salud mental y los efectos nocivos de la violencia, requiere de una mayor acción intersectorial y mejor articulación de los esfuerzos institucionales. Un paso necesario en este sentido es continuar con el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud y de los espacios de participación social, y concertación de políticas públicas, con un enfoque de salud en todas las políticas y de coordinación de las acciones para mejores resultados en salud.

El nivel de gasto público en salud es alto (5,9% del PIB) y se acerca al valor indicativo de la Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, que aboga por alcanzar el 6% del PIB como condición para avanzar hacia la Salud Universal. Así mismo, el gasto de bolsillo es cercano al 20% del gasto total en salud (21,4%) lo cual refleja un buen nivel de protección financiera. Dado el aumento en la utilización de servicios privados, y para asegurarse que no haya personas que estén cayendo en condición de pobreza debido al gasto de bolsillo en salud, es preciso profundizar en el estudio del gasto de bolsillo. Del mismo modo, por las diferencias en materia de acceso, es necesario profundizar en el análisis de las desigualdades existentes, para proponer intervenciones para el cierre de brechas.

Costa Rica fue uno de los primeros países de la Región en establecer una Hoja de Ruta para la Salud Universal, posterior a la adopción de la Estrategia Regional de OPS/OMS. En este documento se muestran los avances en la implementación y se presentan propuestas que se espera contribuyan a la actualización de esa Hoja de Ruta, motivando el diálogo político y social en torno a la Salud Universal, para garantizar que el Sistema de Salud de Costa Rica comparta una visión a futuro, y continúe siendo un referente a nivel Región y Mundial.

Bibliografía

1. **Instituto Nacional de Estadística y Censos; Universidad de Costa Rica.** *Estimaciones y Proyecciones de población por sexo y edad 1950-2050.* San José, Costa Rica : INEC, CCP, 2013.
2. **Organización Panamericana de la Salud.** *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país.* Washington, D.C : OPS, 2017.
3. –. *Salud en las Américas 2017. Informe de país: Costa Rica.* Organización Panamericana de la Salud. [En línea] 2017. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/costa-rica&lang=es.
4. **Martínez Pizarro, Jorge, Cano Christiny , Verónica y Soffia Contrucci, Magdalena.** *Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional.* Santiago, Chile : Naciones Unidas, CEPAL, 2014.
5. **Acón, Karol y Garnier, Leonardo.** *Evaluación común de país. Costa Rica: logros y retos del desarrollo en un país de renta media.* Oficina de la Coordinadora Residente. San José : Sistema de las Naciones Unidas en Costa Rica, 2017.
6. **Programa Estado de la Nación.** *Informe Estado de la Nación 2017. Compendio estadístico. Programa Estado de la Nación.* [En línea] 2017. <http://estadonacion.or.cr/estadisticas-index#social>.
7. **Instituto Nacional de Estadística y Censos.** *Indicadores Demográficos Regionales: 2013.* . San José : INEC, 2015.
8. **Banco Mundial.** *Indicadores del Desarrollo Mundial: Costa Rica.* Banco Mundial. [En línea] 2017. <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&country=CRI&series=&period=#>.
9. **Organización Panamericana de la Salud.** *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud de la OPS.* Organización Panamericana de la Salud. [En línea] 2017. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2151%3A2009-regional-core-health-data-initiative&catid=1775%3Abasic-health-indicators&lang=es&limitstart=1.
10. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo .** *Panorama general: Informe sobre Desarrollo Humano 2016.* Nueva York : PNUD, 2016.
11. **Instituto Nacional de Estadística y Censos.** *Encuesta Nacional de Hogares Julio 2017: Resultados generales.* San José, Costa Rica : INEC, 2017.

12. **Programa Estado de la Nación.** *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.* San José, Costa Rica : PEN, 2017. 23.
13. **World Bank Group.** *Country Poverty Brief: Latin America & The Caribbean, Costa Rica.* World Bank. [En línea] Octubre de 2017. http://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Archives-2017/Global_POV_SP_CPB_CRI.pdf.
14. **World Bank Group.** *Poverty and Equity Brief: Latin America & The Caribbean, Costa Rica.* World Bank. [En línea] Abril de 2018. http://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_CRI.pdf.
15. **Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Ministerio de Planificación y Política Económica, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.** *El enfoque de brechas estructurales. Análisis del caso de Costa Rica.* Santiago, Chile : Naciones Unidas, 2016.
16. **Ministerio de Educación Pública.** *Indicadores del Sistema Educativo Costarricense.* San José, Costa Rica : Dirección de Planificación Institucional, Departamento de Análisis Estadístico, 2017.
17. **Banco Mundial.** *Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más).* Banco Mundial. [En línea] 2018. https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?locations=CR&name_desc=false.
18. **Organización Panamericana de la Salud.** *Visualización de indicadores.* Organización Panamericana de la Salud. [En línea] 2018. http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=0.
19. **Instituto Nacional de Estadística y Censos.** *Sistema de Compendio de Estadísticas Ambientales.* Instituto Nacional de Estadística y Censos. [En línea] 2016. <http://www.inec.go.cr/documento/sistema-de-compendio-de-estadisticas-ambientales>.
20. **Asamblea Nacional Constituyente.** *Constitución Política de la República de Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica .* [En línea] 1949. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=0&strTipM=TC.
21. **Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.** *Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante".* San José : MIDEPLAN, 2014.
22. **Ulate, Ricardo.** *Resumen Ambiental Nacional 2011.* s.l. : Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2012.
23. **Programa Estado de la Nación .** *Vigésimo primer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.* San José, CR : PEN, 2015.

24. **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico .** *OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017.* París : OECD Publishing, 2017.
25. **Caja Costarricense de Seguro Social.** *Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS centenaria.* San José, CR : CCSS, 2016.
26. **Organización de Naciones Unidas.** *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.* [En línea] 1966. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
27. **Programa Estado de la Nación 2006.** *Duodécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Área de Servicios y Sistemas de Salud.* San José : Programa Estado de la Nación, 2006.
28. **Asamblea Legislativa.** *Ley N°52 sobre Protección de la Salud Pública. Sistema Costarricense de Información Jurídica.* [En línea] 1923. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=31262&nValor3=32975&strTipM=TC.
29. **Presidente Constitucional de la República.** *Decreto Ejecutivo N°4. Adscribe a la Subsecretaría de Higiene y Salud Públicas, las funciones que hasta ahora han estado encomendadas a la Secretaría de Beneficencia. Sistema Costarricense de Información Jurídica.* [En línea] 1927. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=40346&nValor3=42517&strTipM=TC.
30. **Asamblea Legislativa.** *Ley N°17 Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social CCSS. Sistema Costarricense de Información Jurídica.* [En línea] 1943. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=2340&nValor3=84123&strTipM=TC.
31. **Junta Fundadora de la Segunda República.** *Ley N°809 Código Sanitario. Sistema Costarricense de Información Judicial.* [En línea] 1949. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=1829&nValor3=76999&strTipM=TC.
32. **Asamblea Legislativa .** *Ley General de Salud N° 5395.* San José : Asamblea Legislativa, 1973.
33. **Poder Ejecutivo.** *Decreto Ejecutivo N° 41187-MP-MIDEPLAN Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo. Sistema Costarricense de Información Jurídica.* [En línea] junio de 2018. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=86724&nValor3=113510&strTipM=FN.
34. **Ministerio de Salud.** *Evaluación del Modelo de Salud de Costa Rica: Informe Final.* San José : Ministerio de Salud, 2017.
35. **García, Rossana.** *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades.* San José : CCSS-UCR, 2004.

36. **Sauma, Pablo.** *Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica.* México D.F. : CEPAL, 2013.
37. **Rodríguez, Adolfo.** *La reforma de salud en Costa Rica.* Santiago, Chile : CEPAL, Naciones Unidas, 2005.
38. **Asamblea Legislativa.** *Decreto Ejecutivo N°19276 Reglamento General Sistema Nacional Salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 1989.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=10255&nValor3=10974&strTipM=TC.
39. *Sistema de salud de Costa Rica.* **Sáenz, María del Rocío, y otros.** 2, 2011, *Salud Pública de México, Vol. 53, págs. S156-S167.*
40. **Poder Ejecutivo.** *Decreto Ejecutivo N°34510-S Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 2008.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=63251&nValor3=95531&strTipM=FN.
41. **Asamblea Legislativa.** *Ley N° 5412 Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 1973.*
42. **Ministerio de Salud.** *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud: Marco Estratégico del Ministerio de Salud.* San José : Ministerio de Salud, 2011.
43. **Ministerio de Planificación y Política Económica.** *Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública, 2019-2022.* San José, Costa Rica : MIDEPLAN, 2019.
44. **Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.** *Rector del Sistema Nacional de Planificación . MIDEPLAN. [En línea] 2018.* <http://www.mideplan.go.cr/prensa/164-sistema-nacional-de-inversion-publica/banco-de-proyectos-de-inversion-publica/388-banco-de-proyectos-inversiones>.
45. **Ministerio de Salud.** *Farmacovigilancia. Ministerio de Salud. [En línea] marzo de 2018.* <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/regulacion-de-la-salud/farmacovigilancia>.
46. –. *Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”.* San José : MS, 2015.
47. **Ministerio de Salud. Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.** *Tecnovigilancia. Ministerio de Salud. [En línea] marzo de 2018.* <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/regulacion-de-la-salud/tecnovigilancia>.
48. **Poder Ejecutivo.** *Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Decreto Ejecutivo 32612. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 2005.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=55459&nValor3=60769&strTipM=TC.

49. **La Nación** . *Informe sobre el funcionamiento de las juntas de salud. [En línea] 2001.* http://www.nacion.com/ln_ee/ESPECIALES/informes/caja/juntas.html.
50. *Marco legal de la Salud Pública en Costa Rica, Legislación sanitaria, calidad y nuevas alternativas de atención.* **Vargas, Karen.** *Salud Pública en Costa Rica., págs. 449-470.*
51. **Vargas, Karen.** *El acceso a la justicia y la protección del derecho a la salud. Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS centenaria. . San José, CR. : CCSS, 2016.*
52. **Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** *Informe del Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica: Periodo 2011-2016. San José : s.n., 2018.*
53. **Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.** *Prospectiva en salud 2045: prevención y sostenibilidad financiera. San José : MIDEPLAN, 2017.*
54. **Caja Costarricense de Seguro Social.** *Reglamento N° 7082 del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Última versión de la norma 2016. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 1997.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&nValor3=0&strTipM=TC.
55. **Asamblea Legislativa.** *Ley Reguladora del Mercado de Seguros, incluye reforma integral a la Ley N° 12 del 30 de octubre de 1924, N° 8653. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 2008.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=63749&nValor3=86106&strTipM=FN.
56. –. *Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, N°7472. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 1995.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=26481&nValor3=92463&strTipM=TC.
57. **Superintendencia General de Seguros de Costa Rica.** *Composición del mercado. SUGESE. [En línea] 2018.* http://www.sugese.fi.cr/informacion_asegurados/composicion_mercado.html .
58. **Caja Costarricense de Seguro Social.** *Anuario Estadístico de Recursos Humanos. San José, Costa Rica : s.n., 2016.*
59. **Borrel, Rosa y Vázquez Peñaranda, Carmen.** *Recursos Humanos en Salud en Costa Rica: Información actual y desafíos para una década. San José, Costa Rica : OPS, 2006.*
60. **Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** *Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. PAHO.ORG. [En línea] 2014.* https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=312-medicion-del-desempeno-de-las-funciones-esenciales-de-salud-publica-fesp-2014&Itemid=222.

61. **Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de gestión y administración del personal.** *Política Institucional para la gestión de las personas.* San José, Costa Rica : CCSS, 2017.
62. **Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Financiera.** *Anuario 2014: Programa de Servicios Médicos, Información Contable y Estadística.* San José, Costa Rica : s.n., 2014.
63. **Asociación Costarricense de Hospitales. Directorio.** *Asociación Costarricense de Hospitales.* [En línea] 2018. <https://ach.sa.cr/directorio/>.
64. **Salud, Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud.** *Primer Nivel de Atención de la CCSS al 30 de junio 2018.* 2018.
65. **Caja Costarricense de Seguro Social.** *Proyecciones de Población Adscrita a las Áreas de Salud 2016-2050 . Estadísticas Actuariales: Información demográfica.* [En línea] 2018. http://www.ccss.sa.cr/est_demografica.
66. **World Health Organization.** *World Health Statistics 2015.* Geneva : WHO, 2015.
67. **Asamblea Legislativa.** *Ley 9162 Expediente Digital Único de Salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica.* [En línea] 2013. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75700&nValor3=93998&strTipM=TC.
68. **Soto, Fabián.** *EDUS se proyecta como referente digital de salud en América Latina.* Caja Costarricense de Seguro Social. [En línea] 2018. <http://www.ccss.sa.cr/noticia?edus-se-proyecta-como-referente-digital-de-salud-en-america-latina>.
69. **Ayala, Norma, y otros.** *Proyecto Reforma Sector Salud.* San José : Unidad Preparatoria de Proyectos, 1993.
70. **Poder Ejecutivo.** *Reglamento de Vigilancia de la Salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica.* [En línea] 2017. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=84661&nValor3=109322&strTipM=TC.
71. **Organización Panamericana de la Salud.** *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica.* San José : OPS, 2004.
72. **Organización Mundial de la Salud.** *Atención Primaria de Salud Alma Ata.* Ginebra: Suiza : OMS, 1978.
73. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.** *CD53/5 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.* Washington, D.C : PAHO, 2014.
74. **Sáenz, María del Rocío, Bermúdez, Juan Luis y Acosta, Mónica.** *Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica.* s.l. : WHO, 2010.

75. **Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Farmacoepidemiología, Comité Central de Farmacoterapia.** *Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y normativa.* San José : CCSS, 2014.
76. **Vargas, Mauricio.** *¿Cuál ha sido el impacto de las reformas e iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la provisión de los servicios de Salud, centrados en las personas y las comunidades? Sistematización de las entrevistas a actores clave, como principal insumo para el apartado 7. Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento del sistema de salud.* San José : Universidad de Costa Rica, 2018.
77. **Dirección General de Migración y Extranjería.** *Plan Nacional de Integración para Costa Rica 2018-2022.* San José, CR : s.n., 2017.
78. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.** *Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas 2016 . s.l. : OPS/OMS, 2017.*
79. **Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Compra de Servicios de Salud.** *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016.* San José : EDNASSS, 2017.
80. **World Bank Group.** *World Development Indicators . Data Bank. [En línea] 2018. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=CRI&series=&period=#> .*
81. **Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Estadísticas de Salud.** *Anuario Estadístico 2016: Cuadro 72 Partos y abortos hospitalarios, porcentajes por profesionales que atendió y por N° de consultas prenatales CCSS 2007-2016.* San José : CCSS, 2016.
82. **Gamboa, César.** *¿Cuál ha sido el impacto de las reformas e iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la provisión de los servicios de salud, centrados en las personas y las comunidades? Sistematización de las entrevistas a actores clave, como principal insumo para el apartado 7. Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento del sistema de salud.* San José : Ministerio de Salud, 2018.
83. **Rodríguez, Robinson.** *¿Cuál ha sido el impacto de las reformas e iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la provisión de los servicios de Salud, centrados en las personas y las comunidades? Sistematización de las entrevistas a actores clave, como principal insumo para el apartado 7. Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento del sistema de salud.* San José : Caja Costarricense de Seguro Social, 2018.
84. **Sánchez, Raul.** *¿Cuál ha sido el impacto de las reformas e iniciativas destinadas a mejorar el acceso equitativo a los servicios de Salud integrales, de la calidad y centrados en las personas y las comunidades? Sistematización de las entrevistas a actores clave, como principal insumo para el apartado 7. Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento del sistema de salud.* San José : Caja Costarricense del Seguro Social, 2018.

85. **Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Estadísticas de Salud.** *Anuario Estadístico 2016: Cuadro 43 Partos, porcentaje con cesárea, abortos, nacimientos, porcentaje de defunciones fetales y defunciones maternas, según red de servicios y establecimiento de salud.* C.C.S.S., 2016. San José : CCSS, 2016.
86. –. *Anuario Estadístico 2016: Cuadro N 2 Egresos hospitalarios según diagnóstico principal CCSS 2006-2016.* San José : CCSS, 2016.
87. **Vargas, Rosibel.** *¿Cómo se garantiza el proceso de transparencia y rendición de cuentas en el Sistema de Salud? Sistematización de las entrevistas a actores clave, como principal insumo para el apartado 7. Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento del sistema de salud.* San José : Ministerio de Salud, 2018.
88. **Ministerio de Salud.** *Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable: basado en el curso de vida 2017-2020.* San José : MS, 2018.
89. **Picado, Gustavo.** *¿Cuál ha sido el impacto de las reformas e iniciativas destinadas a incrementar la equidad en el financiamiento? . Sistematización de las entrevistas a actores clave, como principal insumo para el apartado 7. Líneas estratégicas para la transformación y/o fortalecimiento del sistema de salud.* San José : Caja Costarricense del Seguro Social, 2018.
90. **Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Estadísticas de Salud.** *Anuario estadístico 2016: Cuadro 41 Egresos hospitalarios y estancia promedio por tipos de hospitales y clínicas según diagnóstico principal.* C.C.S.S. San José : CCSS, 2016.
91. –. *Anuario Estadístico 2014: Cuadro 41 Egresos Hospitalarios y estancias promedio por tipos de hospitales y clínicas según diagnóstico principal.* C.C.S.S. San José : CCSS, 2014.
92. –. *Anuario Estadístico 2016: Cuadro 29 Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores. .* San José : CCSS, 2016.
93. **Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Estadística en Salud.** *Anuario Estadístico 2016: Cuadro 35 Egresos hospitalarios por años de ocurrencia, según red de servicios y establecimiento de salud.* C.C.S.S., 1997-2016. San José : CCSS, 2016.
94. **Organización de Naciones Unidas.** *Observación General N°14. El derecho al más alto patrón de salud posible (art 12). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [En línea] 2000.* <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/bdl/2001/1451>.
95. **Instituto Nacional de Estadística y Censos .** *Mortalidad materna y su evolución reciente 2016.* San José, Costa Rica : INEC, 2017.
96. **Dirección de Vigilancia de la Salud.** *Boletín Estadístico de Mortalidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria en Costa Rica del año 2014.* Ministerio de Salud. [En línea] 2015. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/boletin-mortalidad/2800-boletin-de-mortalidad-por-enfermedades-de-declaracion-obligatoria-2014-3/file>.

97. –. *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Ministerio de Salud. [En línea] 2014. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>.
98. –. *Situación de VIH/SIDA en Costa Rica 2016*. Ministerio de Salud. [En línea] 2016. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/3431-situacion-vih-y-sida-costa-rica-2002-2016/file>.
99. **Unidad de Estadísticas Demográficas**. *Defunciones 2000-2016*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [En línea] 2016. <http://sistemas.inec.cr:8080/bincri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITDEF&lang=esp>.
100. **Instituto Nacional de Estadística y Censos**. *Estadísticas demográfica 2011-2025 Proyecciones distritales Población total por grupos de edades, según provincia y sexo*. Instituto Nacional de Estadística y Censo. [En línea] 2014. http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/estimaciones_y_proyecciones_de_poblacion/estadisticas/resultados/replacerv2011-2025-01.xlsx.
101. **Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Estadística en Salud**. *Anuario estadístico: Cuadro 75 Nacimientos hospitalarios y porcentaje según peso al nacer y edad de la madre*, C.C.S.S. San José : CCSS, 2016.
102. **Ministerio de Educación Pública**. *Censo escolar peso y talla Costa Rica 2016*. San José, Costa Rica : s.n., 2016.
103. **Poder Ejecutivo**. *Decreto Ejecutivo N° 38536-MP-PLAN Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo*. Sistema Costarricense de Información Jurídica. [En línea] 2014. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77799&nValor3=97714¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=1&strSim=simp.
104. **Bruce, Emilio**. *La “crisis” fiscal del presente gobierno*. *La República*. [En línea] agosto de 2017. <https://www.larepublica.net/noticia/la-crisis-fiscal-del-presente-gobierno>.