

Costa Rica*

Características Generales

Costa Rica es un país de América Central que se destaca no sólo por su crecimiento económico y estabilidad del sistema político, sino además por los significativos avances que presenta en el plano social, resultado de un esfuerzo sostenido de inversión en las capacidades de población. Entre otras cosas, un reflejo de ello es que ha ocupado, hasta 1995, el primer lugar para Iberoamérica en relación al índice de Desarrollo Humano, del PNUD (posición 28 entre 174 países).

Actualmente Costa Rica se encuentra bajo un proceso de fuerte ajuste estructural para hacer frente a la grave crisis de los años '80, enfrentada por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

En esta dirección, a comienzos de los años '90 se puso en marcha el proceso de Reforma del Estado, que incluye la Reforma del Sector Salud, así como la búsqueda del nuevo paradigma del desarrollo sostenible.

Población

En Costa Rica se observa una fuerte concentración poblacional en la Meseta Central y una importante tendencia a la urbanización. La población urbana creció, entre 1960 y 1990, a un promedio anual de 3,2%. Sin embargo, el porcentaje de población rural sigue siendo mayor que el de población urbana (Cuadro 1).

En los movimientos migratorios internos predominan las corrientes desde las ciudades pequeñas y las zonas rurales hacia los principales centros urbanos del país, y desde zonas rurales económicamente deprimidas con escasas fuentes de trabajo y alta concentración de la tierra hacia otras zonas rurales en desarrollo, donde la demanda de mano de obra es mayor.

La población total para 1997 se estima en 3.575.000 de habitantes (Cuadro 1). A esta cifra debe sumársele alrededor de 500.000 indocumentados extranjeros presentes en el país, provenientes casi en su totalidad de su vecino del Norte.

La población en situación de pobreza alcanza un porcentaje nada despreciable (Cuadro 1). En 1995, el 14,7% de los hogares se encontraban en situación de pobreza y casi el 7% en situación de extrema pobreza.

* El relevamiento y la confección del informe preliminar de este capítulo fue desarrollado por Rubén Arletti, Mónica Nosei y Alberto Pons, y presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

Para hacer frente a esta situación el Estado costarricense ha desarrollado un Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y mecanismos concretos de protección a los pobres (acceso a bienes y servicios, subsidios, vivienda, etc.). Los indicadores para 1997 habrían mejorado.

En tanto, se observa una importante desigualdad en la distribución del ingreso. Los hogares más ricos presentan un ingreso 29 veces superior al de los hogares más pobres. Asimismo, cabe señalar que las tasas de ocupación son más bajas en hogares pobres, y que éstos presentan niveles educacionales más bajos. (Ministerio de Salud, 1996)

La Población Económicamente Activa (PEA) viene creciendo a un ritmo mayor al del crecimiento de la población total y el sector productivo ha tenido suficiente capacidad relativa para absorber la oferta de trabajo. Así, el desempleo abierto no es un gran problema (Cuadro 1), aunque el subempleo es de 5,9%, con una subutilización total de 10,1%.

Es importante señalar que el desempleo abierto afecta con más fuerza a los jóvenes, a los mayores y a los de más bajos niveles de educación.

Con respecto a la superficie del país, el país dispone de entre un 5% a un 7% de la biodiversidad del mundo, y 25% de su superficie es protegida. (Cuadro 1).

Cuadro 1: Costa Rica: Información general del país

Superficie del país (en km ²)	51.100
Población total (N° de hab.)	3.575.000 (1997)
Población urbana (%)	43,6 (1996)
Población rural (%)	56,4 (1996)
Población. en situación de pobreza (%)	25 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	2,07 (1995-2000)
Tasa de desempleo abierto (%)	4,8 (1995)

Fuente: Ministerio de Salud (1996) y OPS/OMS (1997).

Con respecto a la estructura de la población según grupos de edad, puede decirse que Costa Rica se caracteriza por ser un país “joven” ya que los menores de 15 años representan poco menos del 35% de la población total (Cuadro 2).

Cuadro 2: Costa Rica: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cantidad	%
menos de 4 año	399.646	11,9
5 a 9	392.060	11,7
10 a 14	365.784	10,9
15 a 39	1.430.198	42,5
40 a 59	541.676	16,1
60 a 64	76.628	2,3
65 y más	156.341	4,6
Total	3.362.333	100,0

Fuente: CELADE y Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud (1996).

Organización Política

Costa Rica es un Estado democrático, de bienestar y de derecho, con más de cuarenta años sin ejército, cuyo forma de gobierno es representativa republicana y unitaria.

El poder Legislativo reside en el Congreso Constitucional de 57 miembros elegidos por sufragio directo universal. El Ejecutivo es ejercido por un Presidente de la República, durante cuatro años y no es renovable. El Poder Judicial está integrado por la Corte Suprema, los Tribunales de Apelación y Tribunales inferiores.

El país se divide en siete provincias a cargo de gobernadores, subdivididas en cantones y distritos. Las provincias son: Alajuela, Cartago, Guanacaste, Heredia, Limón, Puntarenas y San José. La Capital es San José.

Economía

La economía costarricense ha sido siempre altamente dependiente de la exportación de productos agrícolas. Durante los años ochenta perdió alrededor de 1,5% del PBI anualmente, producto de la caída de los precios del café, banano y azúcar y del deterioro de los recursos boscosos, la erosión y la explotación insostenible del golfo de Nicoya. En esa década y en las anteriores, no hubo una política o acción decidida sobre el manejo de recursos naturales, lo cual dificulta avanzar hoy en el desarrollo sostenible.

El Producto Bruto Interno alcanzó en 1995, los U\$S9.233 millones (World Bank, 1997), lo cual representa una renta per capita del orden de los U\$S2.500.

Estado de Salud de la Población

Es interesante señalar que Costa Rica presenta una de las más bajas tasas de mortalidad general a nivel mundial. Esto se debe tanto a la joven composición de la población, así como también al elevado nivel de las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud.

Se ha registrado un aumento de la mortalidad general a lo largo de la década del '90; de 3,8 por 1000 habitantes a principios de la década pasó a 4,2 por 1000 hab. en 1995. Este aumento en la tasa de mortalidad general se debe básicamente al crecimiento gradual de la tercera edad en el país.

Si bien este tipo de iniciativas no se ven reflejadas en el indicador mencionado, se hacen evidentes al analizar otras variables. Un ejemplo es la tasa de mortalidad infantil, la cual no sólo presenta muy bajos niveles sino que además ha registrado una disminución a lo largo de los últimos años (mientras que en 1990 era de 15,3 cada 1000 nacidos vivos, en 1996 fue de 12 por 1000 nacidos vivos).

Por otra parte, es importante destacar que la tasa de esperanza de vida de 76 años es una de las más altas del mundo, pese a ser Costa Rica un país con un mediano ingreso per capita. (Cuadro 3).

Cuadro 3: Costa Rica: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	12 por mil nacidos vivos. (1996)
Esperanza de vida al nacer	76 años (1995)

Esperanza de vida al nacer mujeres	78,46 años (1995)
Esperanza de vida al nacer hombres	73,65 años (1995)

Fuente: a) OPS/OMS (1997), b), c) y d) Ministerio de Salud (1996).

En relación a las patologías re-emergentes, la malaria, el dengue, el cólera y las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Por otra parte, hay una prevalencia de la llamada patología del desarrollo, compuesta por enfermedades crónica degenerativas y del deterioro social. Se incrementaron los padecimientos de la edad adulta y la vejez, de manera que las tres primeras causas de muerte pasan a ser ocupadas por las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, traumatismos y acciones violentas.(Ministerio de Salud, 1995).

Las principales causas de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por los tumores, los accidentes y las enfermedades de los aparatos respiratorio y digestivo. (Cuadro 4).

Cuadro 4: Costa Rica: Cinco principales causas de muerte, 1995

Causa	N°	%	Tasa por 1000 hab.
Enfermedades del aparato circulatorio	4174	29,6	12,4
Tumores	2819	20,0	8,4
Clasificación Suplementaria de causas externas	1667	11,8	5,0
Enfermedades del aparato respiratorio	1539	10,9	4,6
Enfermedades del aparato digestivo	908	6,5	2,7
Resto de las causas	2954	21,0	8,8
Total	14061	100,0	41,8

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud (1996).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del Sistema de Salud

Principales hitos

- ⇨ 1927: Creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, posteriormente Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (hoy Ministerio de Salud).
- ⇨ En 1941: se funda la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS).
- ⇨ A lo largo de las décadas del '50 al '70 se universalizaron los seguros sociales y se adoptó una estrategia de atención primaria en salud. Esto se vio reflejado en la extensión del Seguro de Enfermedad y Maternidad al grupo familiar del trabajador y a zonas típicamente rurales.
- ⇨ En 1973 se dictó una nueva Ley General de Salud, una ley orgánica del Ministerio de Salud.
- ⇨ En 1973 se dictó la Ley de Traspaso de Hospitales, lo que significó el traspaso de todos los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud, Juntas de Protección So-

cial a la CCSS y tres privados de las compañías bananeras, reafirmando de este modo la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad y sentando las bases para la implementación de un sistema integral de salud.

- ⇨ En 1974 se dictó la Ley de Asignaciones Familiares, cuyos fondos se dirigen principalmente a los programas de Atención Primaria.
- ⇨ Durante la década del '80 se propició un proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS por medio de la suscripción de "Convenios de Integración" para reducir la falta de integralidad y continuidad en la atención y la duplicación de esfuerzos y recursos entre ambas instituciones. (Miranda, 1994).

La primera etapa de lo que hoy es el Sector Salud Costarricense se ubica en la segunda mitad del siglo XIX, y se caracteriza por la existencia de una medicina asistencial de caridad, principalmente orientada hacia los menesterosos.

La segunda etapa abarca las primeras cuatro décadas del presente siglo, etapa en donde se reemplaza el concepto de caridad por el de beneficencia, y empiezan a generarse acciones sistemáticas de salud pública. En esta fase se destaca la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, posteriormente Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, hoy Ministerio de Salud, la aparición de unidades estructuradas para la atención de problemas específicos denominadas "Luchas" y la creación del Banco Nacional de Seguros, en 1923, hoy Instituto Nacional de Seguros. (Ministerio de Salud, 1995) a cargo de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

La tercera etapa se ubica entre 1940 y 1970, durante la cual se puso en práctica la medicina preventiva institucionalizada. Como consecuencia, el Ministerio de Salud sufrió una fuerte reorganización precisando su campo de intervención, acorde con una mayor y mejor distribución de sus recursos. En tanto, a lo largo de esta etapa se crea la Caja Costarricense de Seguro Social -CCSS- y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1993).

La CCSS, fundada en noviembre de 1941, cubrió originalmente solo al trabajador asalariado. Estaba constituida por dos regímenes: el de enfermedad y maternidad creado para otorgar servicios médicos y el de invalidez, vejez y muerte que cubría los riesgos específicos de la disminución permanente de la capacidad laboral de los beneficiarios. (Poppe de Muñoz).

Conforme se fue desarrollando la CCSS, se fueron operando dos fenómenos importantes de señalar. Por una parte, a medida que se extendía la protección de los seguros sociales, la Caja adquiría mayor solidez e independencia. Su autonomía, al igual que la de otras entidades de igual rango en el país, adquirió su máxima expresión a mediados de la década de los años setenta. (Fonseca, 1993).

En la década de 1950 a 1960 se fue configurando el concepto costarricense de Medicina Social, con todas sus repercusiones innovadoras y ciertamente trascendentes. Ello fue más evidente al extenderse el Seguro de Enfermedad y Maternidad al grupo familiar del trabajador (1956), introduciendo la cobertura familiar obligatoria para la esposa, o compañera, los hijos menores de 12 años y los padres si fuesen dependientes el asegurado directo. Todo esto originó inmediatamente cambios profundos, incluso en la organización de los servicios de salud, que de un día para otro tuvieron que enfrentar una demanda masiva.

En 1961 se introdujo una reforma a la constitución Política de gran importancia, que impuso a la CCSS la obligación de universalizar los seguros sociales puestos a su cargo, así como la creación de rentas suficientes para cumplir dicho propósito, fijando inclusive un plazo no mayor de diez años para llevar a cabo la universalización.

En la década de los sesenta continuó la extensión del seguro de enfermedad y maternidad a zonas típicamente rurales.

En 1970, se inicia el proyecto de universalización de la cobertura del régimen de enfermedad y maternidad conjuntamente se elabora el Primer Plan Nacional de Salud, para integrar funciones con el Ministerio de Salud, lo que conduce a las reformas de protección incompletas.

Simultáneamente, la CCSS emprendió la construcción de instalaciones propias, tanto hospitales como clínicas de consulta externa. Se contrataron servicios con los hospitales gubernamentales de Juntas de Protección Social de las localidades donde la CCSS no contaba con infraestructura propia, para dar la atención a los nuevos asegurados.

Por lo tanto, la cuarta etapa, la cual puede decirse que constituyó la primera gran reforma del sistema de salud, se basó en dos pilares fundamentales como son la universalización de los seguros sociales y la adopción de la estrategia de atención primaria en salud. (Ministerio de Salud, 1995).

En esta dirección, en 1973 se ampliaron, mediante ley (Ley de Traspaso de Hospitales), los recursos materiales, humanos y financieros del seguro social para que extendiera sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral, mediante el traspaso de capacidad física instalada y sus fuentes de financiamiento y la obligación de atención de la población asegurada y no asegurada. Este proceso significó el traspaso de todos los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud y Juntas de Protección Social a la CCSS, quedando consolidadas la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad y para la implantación de un sistema integral de salud. (Ministerio de Salud, 1995 ; Miranda, 1994).

Asimismo, a partir de 1973, se estableció como responsabilidad del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud públicos y privados del país. En tanto, se estableció la posibilidad de que otras dependencias administrativas desarrollaran acciones preventivas.

No obstante, durante los años siguientes, en la práctica, el Ministerio de Salud se abocó a lo preventivo y la CCSS a lo asistencial, lo que produjo una dicotomía y falta de integralidad y continuidad en la atención y duplicidad de esfuerzos y recursos entre ambas instituciones.

Para superar lo anterior, durante la década del '80 se propició un proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS, por medio de la suscripción de "Convenios de Integración", y se pusieron en marcha nuevos modelos de atención. Esta integración se debió principalmente a la limitación de recursos económicos producto de la crisis, así como a la necesidad de orientar el gasto principalmente hacia la prevención, para disminuir el costo en la enfermedad mediante el aumento de la salud. (Fonseca, 1993).

Actores y roles dentro del Sistema¹

El sistema de salud costarricense se compone de tres subsistemas: uno público, otro de seguridad social, las entidades formadoras de recursos humanos y un cuarto privado.

Subsector público

- a) Ministerio de Salud
- b) Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
- c) Los Municipios

¹ La elaboración de esta sección esta basada en Ministerio de Salud (1993 y 1995) y en Fonseca.

- d) Prestadores públicos
- e) Los usuarios
- f) Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)
- a) Ejerce la rectoría del sector mediante el desarrollo de funciones estratégicas de dirección y conducción, vigilancia y regulación de la salud, e investigación y desarrollo tecnológico. Le corresponde la definición de la política nacional de salud y su normativa, la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país. Especialmente, se encarga del fomento y la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la nutrición y el control del ambiente. Tiene la responsabilidad del desarrollo de los programas prioritarios de alimentación/nutrición, promoción y protección de la salud y la salud ambiental. (Ministerio de Salud, 1996).
- b) El IMAS se encarga principalmente de administrar los fondos para el seguro que el Estado brinda a la población indigente y que se atiende en el Seguro de Enfermedad y Maternidad de CCSS.
- c) En general se concentran en el desarrollo de actividades ambientales y de saneamiento.
- d) Luego de la Ley de Traspaso de Hospitales y, como consecuencia de la suscripción de los “Convenios de Integración” establecidos a partir de la década del ’80, el subsector público participa solamente en la prestación de servicios de nivel primario, a través de los centros de atención ambulatorio (puestos de salud, centros de salud y clínicas de consulta externa). En el proceso actual de Reforma del Sector Salud están siendo traspasados al seguro social, para integrar una sola institución prestadora de servicios.
- e) Los usuarios del sistema son todos los costarricenses que requieran de atención ambulatoria, principalmente aquellos de menores recursos y que no están cubiertos por el Seguro de Enfermedad y Maternidad (si bien la cobertura de este seguro es universal, todavía existe una franja de la población -alrededor del 13%- que no tiene acceso a él).
- f) Vigila y ejecuta las políticas nacionales de agua potable, aguas servidas y desechos en aguas indigentes.

Subsector de Seguridad Social

Como se puede percibir de la estructura presentada del subsector público, su función principal son las acciones preventivas. Para complementar las actividades del subsector público, el subsector de la Seguridad Social tiene bajo su responsabilidad el desarrollo de las actividades curativas. En otras palabras, es el encargado de lograr el acceso universal a los servicios de salud.

Los agentes que integran este subsector son:

- a) Caja Costarricense de Seguro Social
- b) Instituto Nacional de Seguros
- c) Prestadores Públicos
- d) Los usuarios
- a) Fue creada para aplicar el seguro obligatorio de Enfermedad y Maternidad y en la actualidad el seguro por el Estado, brindando principalmente servicios de recuperación y rehabilitación de la salud. Colabora con el Ministerio de Salud en acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. En la actualidad, la CCSS proporciona asistencia y servicio al 95% de la población nacional. La CCSS administra el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, además del Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico (RNC).
- b) Es una institución autónoma que administra el monopolio de todos los seguros y reaseguros en nombre del Estado. En el campo de la salud es la encargada de administrar los aspectos relativos al Régimen de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional. Le corresponde la administración técnica del seguro como tal, efectuar labores de preven-

ción en materia de accidentes y enfermedades laborales, así como otorgar a los lesionados los servicios médicos y hospitalarios que, por convenios especiales, los otorga la CCSS y el subsector privado. También se encarga de brindar la indemnización económica al lesionado o sus derecho habientes por los daños o lesiones que sufra el trabajador accidentado.

- c) Al igual que el subsector público participa también en la oferta de servicios correspondientes al primer nivel de atención. Sin embargo, también es el encargado de brindar los servicios en los otros dos niveles. El segundo nivel cuenta con clínicas de consulta externa de mayor complejidad y hospitales periféricos y regionales pertenecientes a la CCSS, que prestan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un grado variable de complejidad y especialidad. Finalmente, el tercer nivel cuenta con hospitales nacionales generales y especializados de gran capacidad resolutive, también pertenecientes a la CCSS, a quienes les corresponde prestar servicios curativos y de rehabilitación de la más alta complejidad (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).
- d) Los usuarios de los servicios brindados por la CCSS son trabajadores asalariados del sector público y privado y sus familias. Asimismo, los trabajadores independientes, junto con sus familias, que se hayan asegurado voluntariamente están cubiertos por el subsector de la seguridad social.

Por otra parte, este subsector, también brinda protección a la población indigente asegurada por cuenta del Estado.

Subsector privado

El subsector privado costarricense es prácticamente inexistente. La demanda de los servicios privados muy reducida, especialmente en relación a la magnitud de la demanda de los servicios públicos y los ofrecidos a través de la CCSS. Sin embargo, en los últimos años frente a las dificultades financieras del sector público, hay un auge de los servicios privados.

Este subsector está compuesto por

- a) **Agentes intermediarios:** Cooperativas y empresas de autogestión, que contratan servicios con CCSS.
- b) **Prestadores privados:** clínicas, consultorios y otras instituciones privadas que brindan servicios de atención de la salud a los individuos que acuden a los agentes intermediarios mencionados. Sólo existen clínicas privadas, que comprenden unas 150 camas en total.
- c) **Los usuarios** son agentes individuales, que pueden estar o no cubiertos por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, que optan por demandar los servicios de prestadores privados. Cabe señalar, sin embargo, que la proporción de este tipo de pacientes es insignificante.

Formadoras de recurso humano

- a) Universidad de Costa Rica y educación privada.

Capacita al sector dando el aporte de formación e investigación. En los últimos 10 años hay un importante desarrollo de la formación de recursos humanos para el sector salud, por las universidades privadas.

Responsabilidades jurisdiccionales

Históricamente los diversos sistemas de salud costarricenses fueron centralizados. Con las reformas de los noventa se inicia una descentralización basada en criterios de eficiencia. Esta descentralización es básicamente administrativa y operativa pero no política ni normativa.

La responsabilidad de las políticas de salud son competencia exclusiva de un sector del Gobierno Nacional que ejerce la Rectoría del Sistema de Salud mientras que las acciones de salud tienen diversos actores, la CCSS el INS; el ICAA y los Municipios y el propio Ministerio de Salud.

En la actualidad se pretende reservar totalmente las facultades de fijar políticas al Ministerio respectivo, el que se reserva parcialmente el rol de financiador mediante el IMAS, que financia las prestaciones que realiza la CCSS a personas cubiertas por las políticas de ayuda a indigentes.

Todos los servicios asistenciales pertenecen a la órbita nacional a través de la CCSS.

Los financiadores, la CCSS, el INS, el IMAS, además de los recursos financieros del Ministerio de Salud, generados por vía impositiva son también nacionales.

Hay algunos servicios municipales destinados al saneamiento y a la preservación del ambiente.

Financiamiento

En Costa Rica, el subsector público ha sido el predominante en el financiamiento y prestación de los servicios de salud, tendencia que se fortaleció desde la década de los '70 con la universalización de la Seguridad Social.

Financiamiento del Subsector Público (Ministerio de Salud, 1995).

El subsector público cuenta con cinco fuentes de financiamiento, cuyos recursos son administrados por tres organismos presupuestarios.

Fuentes de Financiamiento: Gobierno Central (aporta el 55% del total de los recursos); Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (30%), Junta de Protección Social de San José (9%), Impuestos Específicos (4%), Ventas de Bienes y Servicios (2%).

Los recursos que se obtienen de esas fuentes son administrados por tres organismos presupuestarios:

- ⇨ Gobierno Central (mediante la ejecución del presupuesto nacional),
- ⇨ Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)
- ⇨ Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).

Financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social (Ministerio de Salud, 1995).

En este punto se hará referencia al financiamiento del denominado Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) o seguro de salud. Los gastos de operación del año son financiados con los ingresos por contribución del mismo período.

La base principal para el financiamiento son las contribuciones sobre los salarios de los trabajadores, las cuales se pagan mediante un sistema tripartito con participación de trabajadores (5,5%), patronos (9,25%) y Estado (0,25%). Asimismo, son de importancia las contribuciones sobre los montos de pensiones y sobre los ingresos de referencia de los trabajadores independientes que se hayan asegurado voluntariamente (de los cuales se obtiene un 13,5% del ingreso del trabajador, en donde el Estado contribuye con un 0,25% más una cuota complementaria para completar un 13,25% de los ingresos). (Ministerio de Salud, 1995, pág. 12).

Una segunda fuente está determinada por formas de protección no tradicional como es el caso del régimen de los Asegurados por Cuenta del Estado (población indigentes) llevado a cabo por el IMAS, el cual paga una contribución media por toda aquella población que no tiene capacidad contributiva. Dicha distribución se calcula con base en los niveles de contribución del resto de los asegurados.

Finalmente, se reciben ingresos por otros conceptos como son la venta de servicios y las rentas que generan las inversiones transitorias que realiza este seguro.

Con respecto a la participación de cada uno de estos aportes en los ingresos efectivos de la CCSS, según datos de 1993, se advierte que las cuotas patronales y de los trabajadores representaban el 99,7% de los ingresos tributarios de la CCSS. Las contribuciones de los patronos del sector privado reunían el 38% del este total (representando la mayor parte) y las contribuciones de los trabajadores del sector privado un 23%, seguidas por las de los trabajadores del sector público con un 15%. (Pope de Muñoz)

Cuadro 5: Caja Costarricense de Seguridad Social. Participación de los ingresos efectivos por instituciones, 1993 (porcentajes)

Concepto	Porcentaje
Ingresos corrientes	100%
Ingresos tributarios	43%
Contribuc. patronal Gob. Central	4%
Contribuc. patronal sector público	4%
Contribuc. trabajador sector público	7%
Contribuc. patronal sector privado	17%
Contribuc. trabajador sector privado	10%
Contribuc. asegurados voluntarios	1%
impuesto timbre hospitalario	0,1%
Ingresos no tributarios	28%
Transferencias corrientes	2%
Saldo inicial de caja y bancos	28%

Fuente: Contraloría General de la República, 1993 en Poppe de Muñoz.

Finalmente, cabe señalar que el *financiamiento del subsector privado* se hace mediante el pago directo de los usuarios.

Oferta de Servicios

Cuadro 6: Costa Rica: Oferta de servicios por subsector, 1993

	Subsector público	Subsector Seguridad Social (CCSS)	Subsector privado	Total
Nº establecimientos	1.428	211		

	Subsector público	Subsector Seguridad Social (CCSS)	Subsector privado	Total
Centros de Salud	93			
Puestos de Salud	545			
Centros de atención integral	602			
Clínicas escolares odontológicas	76			
Unidades móviles odontológicas	64			
Hospitales Nacionales Generales		3		
Hospitales Nacionales Especializados		6		
Hospitales regionales		7		
Hospitales periféricos		13		
Clínicas		182		
Camas		6761 (1994)	155 (1994)	6916 (2,5 x 1000 hab).
Médicos (1990-95)				12,7 x 10.000 hab
Enfermeras(1990-95)				9,5 x 10.000 hab
Odontólogos(1990-95)				3,8 x 10.000 hab

Fuente: Ministerio de Salud (1995 y 1996).

La organización del sistema de salud hace que la red de servicios de salud parta en su primer nivel desde el mismo hogar, por medio de la promoción de la salud y el autocuidado. Este nivel cuenta con Puestos de Salud, Centros de Salud y Clínicas de Consulta Externa tanto del Ministerio de Salud como de la CCSS, encargados de brindar servicios de salud en las áreas de promoción y prevención principalmente. (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).

El segundo nivel cuenta con Clínicas de Consulta Externa de mayor complejidad y hospitales periféricos y regionales pertenecientes a la CCSS, que prestan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un grado variable de complejidad y especialidad. (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).

El tercer nivel cuenta con hospitales nacionales generales y especializados de gran capacidad resolutoria, a quienes les corresponde prestar servicios curativos y de rehabilitación de la más alta complejidad (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).

Demanda

Cuadro 7: Costa Rica: Demanda de servicios por subsector, 1995

	Subsector público	Subsector Seg. Social (CCSS)	Subsector privado
Consultas anuales per capita	2,5 x Hab		
Egresos anuales (1995)	-	302.911	Insignificante
Tiempo medio de internación	-	5,94	

Fuente: Ministerio de Salud (1996).

Cobertura

a) ¿A qué grupos poblacionales están destinados los servicios provistos por cada subsector?

En 1996 la población cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad ascendía a 3.069.177 habitantes.

En tanto, el porcentaje de población con acceso a servicios de salud era del 97% en 1993.

El Seguro de Riesgos de Trabajo, tiene una cobertura del 65% del total de la población ocupada. En caso de accidente entre la población no asegurada, la CCSS asume la responsabilidad de brindar la atención médica y pensiones. (Ministerio de Salud, 1995).

b) ¿Cuántos tienen cobertura de seguros de salud? ¿Qué cantidad corresponde al sector privado y qué cantidad a la seguridad social?

En 1993, la población asegurada constituía un 86,2% de la población total. En tanto, se considera que el resto de la población (13,8%) tiene el seguro que el Estado brinda a través del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Gasto

Cuadro 8: Costa Rica: Gasto total en salud por instituciones, 1996*

	%	% del PBI**	Cápita/año
Ministerio de Salud	6,4	0,6	
CCSS	82	8,0	
I.C.A.A	5,3	0,5	
I.N.S	4,2	0,4	
Municipalidad	2,1	0,2	
Total	100	9,8	156 (1990)***

* Estimación., ** en base a millones de colonos constantes. ***U\$S '98

Fuente: Ministerio de Salud (1996) en base a información suministrada por las instituciones respectivas y el Banco Central.

No se cuenta con información actual sobre la participación del sector privado en el suministro y financiación de los servicios de salud. Un estudio realizado por la Dirección General de Estadística y Censos con la CCSS, por medio de la Encuesta de Hogares en 1987 estimó

que el gasto privado en salud era equivalente a aproximadamente el 23% de los gastos que realizaban el Ministerio de Salud y la CCSS.

Reforma del Sistema

La década de los años '80 marco un nuevo rumbo a la economía costarricense. Se quebrantó el auge de los años '70 y el país se enfrentó a una de las crisis económicas más severas de su historia. Ello repercutió sensiblemente en la situación social, produciéndose un deterioro general de las condiciones de vida en amplios sectores de la población.

En tanto, la problemática del sector se agudizó con el cambio en el perfil epidemiológico del país, fruto de los nuevos patrones de vida de la población. Esto último ha obligado a modificar la oferta de servicios, dada la forma de organización del sector. (Ministerio de Salud, 1993).

Asimismo, los cambios en la estructura socio - demográfica de la población y en los patrones de morbi-mortalidad, fecundidad y migraciones, obligan a mantener una capacidad instalada en los servicios cada vez más compleja y más costosa, y a la adquisición de tecnologías más sofisticadas, de difícil operación y mantenimiento. (Ministerio de Salud, 1993).

Todos estos cambios que han tenido lugar durante la década del '80 han llevado a replantear las formas de organización del sector, impulsando una nueva reforma del sector que tuviera como propósito fundamental el lograr la universalización y equidad de los servicios de salud para la población costarricense.

Entre los problemas relevantes presentes actualmente en el sector, se destacan los siguientes (Ministerio de Salud, 1995):

- ⇨ La inexistencia de una instancia de planeamiento integral, control y evaluación
- ⇨ Falta de sistematización, oportunidad y confiabilidad en el manejo de la información, lo que afecta negativamente la toma de decisiones con criterios científicos.
- ⇨ La existencia de una dicotomía entre lo preventivo y lo asistencial, unido a una falta de continuidad en la atención. El actual sistema se caracteriza por un enfoque eminentemente curativo más que preventivo.
- ⇨ Reducción, en términos reales, de los recursos asignados al Sector, en contraposición a un incremento importante en la demanda de servicios.
- ⇨ Incremento en el gasto de los insumos básicos, de la fuerza laboral y de la complejidad de las soluciones, ha determinado un aumento en el gasto de los servicios de salud, de manera creciente.
- ⇨ Ineficiente y rígida administración de los recursos. No se cuenta con un análisis del uso racional de los recursos; se carece de un control efectivo de gastos según costos reales y de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos previstos.
- ⇨ Se observa una disminución real de la cobertura de los programas del Ministerio de Salud, debido a la rigidez estructural y a las limitaciones presupuestarias.
- ⇨ Escasa participación de las comunidades en la toma de decisiones e impulso de acciones que redunden en una mejoría del estado de salud de la colectividad.
- ⇨ Transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de enfermedades típicas de países desarrollados y de enfermedades características de los países subdesarro-

llado, con una oferta rígida de recursos tecnológicos y financieros y una escasa participación de otras fuerzas y actores sociales en la producción de salud.

En base a estos problemas, la reforma del sector salud costarricense se apoya sobre los siguientes pilares fundamentales:

1. *Rectoría del Sector*: se concibe como la capacidad política para dirigir y conducir el desarrollo de la salud. En este sentido, el Ministerio de Salud está siendo objeto de profundas transformaciones. Probablemente, el Ministerio de Salud, paulatinamente y con el traspaso de los programas de atención de las personas a la CCSS, tendrá más capacidad de centrarse en el ejercicio de la rectoría con mayor lucidez y con todos los recursos técnicos y financieros para ese fin. El Ministerio de Salud ejercerá la rectoría por medio de cuatro funciones de importancia estratégica: i) dirección, coordinación y conducción, ii) regulación iii) vigilancia y iv) investigación científica y desarrollo tecnológico. La rectoría actuará en dos planos: i) el sistema de salud de las personas y del ambiente como un todo y ii) situaciones específicas en que la salud como bien social está en juego.

2. *Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención*: tiene como propósito garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud a toda la población. Con ese fin, se ha generado una oferta básica de servicios, normas y programas de salud integral para grupos específicos de población, de carácter preventivo y curativo en cada localidad y sector de la población. La implementación del nuevo modelo basado en la estrategia de Atención Primaria, está permitiendo, entre otras cosas, el establecimiento de aproximadamente 90 áreas de salud y 800 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS)². En el sistema actual, la posibilidad del usuario de elegir el personal de salud y el lugar de la atención es prácticamente nula. El modelo de reforma tiene como uno de sus objetivos fundamentales, garantizarle una mayor libertad respecto de quién y dónde ser atendido. Si bien es cierto que no es posible a corto y mediano plazo ofrecer una libertad plena en este campo, si es factible ampliar esa posibilidad por medio de una modificación de las normas administrativas actuales, del sistema de afiliación, del sistema de contratación de los profesionales y técnicos y, especialmente, del desarrollo de nuevas modalidades de atención o prestación de los servicios ambulatorios y hospitalarios. (Salas, 1996).

En tanto, debido a las modificaciones en el rol del Ministerio de Salud y de la CCSS y con el fin de lograr la integración de los servicios de salud, se está realizando la transferencia de los programas de atención a las personas a cargo del Ministerio de Salud hacia la CCSS, con el fin de constituir el Programa de Atención Integral de la Salud, consolidando las acciones preventivas y curativas de la atención.

3. *Desarrollo Institucional*: este pilar tiene varios planos de acción: i) el régimen interno, ii) el plano interinstitucional y, iii) el sistema social como un todo.

En este contexto, en la actualidad se llevan a cabo acciones específicas relacionadas con i) el traslado de los programas de atención a las personas del Ministerio de Salud a la CCSS, ii) la reorganización de los programas operativos del Ministerio Rector, iii) la definición, diseño y organización de las funciones estratégicas de la Rectoría, iv) el inventario de modificaciones jurídicas, v) la descentralización de la toma de decisiones y administración de los recursos en la CCSS y vi) el desarrollo del sistema de información sanitario que facilite el control gerencia, la vigilancia de la salud, favoreciendo la toma de decisiones en todos los niveles del sistema.

² Identifica los recursos mínimos a ser asignados a poblaciones de 4000 habitantes en promedio y está compuesto por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria (Ministerio de Salud, 1995).

4. *Descentralización administrativa y regionalizada*: como requisito para el desarrollo del modelo de atención propuesto es necesario impulsar un agresivo proceso de descentralización administrativa, indispensable para lograr un fortalecimiento del aparato de gestión y, por lo tanto, una mejor administración de los servicios de salud a nivel sectorial. (Salas, 1996).

Parece necesario introducir algunos elementos con respecto al origen y destino del financiamiento, que le puedan brindar mayor viabilidad a la operación del modelo. Dentro de ellos, uno de los más importantes es que la unidad administrativa correspondiente a nivel local, la Dirección Local, sea la encargada de la gestión de los recursos, con la responsabilidad de administrar el otorgamiento de los servicios incluidos en la oferta de servicios básicos integrales.

Para efectos del Ministerio de Salud y la CCSS, el país se dividirá en varias regiones administrativas, las cuales, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, concordarán geográficamente. Cada región se dividirá en áreas de salud con base en la división político administrativa del país. (Salas, 1996)

Dichas áreas serán la sede de las Direcciones Locales de Salud, unidades administrativas básicas. Estas unidades estarán a cargo de un director o un gerente y de un equipo técnico y administrativo, que tendrán bajo su responsabilidad toda la red local de servicios de atención a las personas. (Salas, 1996)

5. *Fortalecimiento del Financiamiento*, particularmente de la CCSS, mediante un mejoramiento de la eficiencia en la recaudación, la introducción de incentivos a la afiliación, la eliminación de la evasión y subcotización, y el desarrollo de nuevos instrumentos de asignación de recursos y administración de servicios, que mejoren la eficiencia y la eficacia en la utilización de los recursos.

Concretamente, en este plano la reforma plantea (Salas, 1996):

- ⇨ Rediseñar el modelo de financiamiento de tal forma que se contemple claramente el origen de los recursos, según cada fuente y la magnitud o nivel de obligaciones por tipo de contribuyente
- ⇨ Establecer mecanismos eficientes que estimulen la afiliación de los cotizantes, reduzcan la evasión y perfeccionen los sistemas de recaudación, especialmente los referidos al control de la recaudación y de la evasión.
- ⇨ Diferenciar las funciones básicas de provisión y financiamiento.
- ⇨ Redefinir la forma de asignar los recursos a las áreas de salud, independientemente de si éstas están organizadas como servicios públicos, si son administrados por la CCSS o si los servicios han sido contratados a cooperativas y otro tipo de empresas a considerar en el futuro.

Debilidades y Fortalezas

Situación de salud

Debilidades

- ⇨ Transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de enfermedades típicas de países desarrollados y de enfermedades características de los países subdesarrollados.

llados, con una oferta rígida de recursos tecnológicos y financieros y una escasa participación de otras fuerzas y actores sociales en la producción de salud.

Fortalezas

- ⇨ Costa Rica es uno de los países de Centroamérica con **mejores indicadores de salud**.
- ⇨ **El país presenta una de las más bajas tasas de mortalidad general a nivel mundial:** esto se debe tanto a la joven composición de la población, así como también al elevado nivel de las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil no sólo presenta muy bajos niveles sino que además ha registrado una disminución a lo largo de los últimos años.

Amenazas

- ⇨ **Se ha registrado un aumento de la mortalidad general** a lo largo de la década del '90: este aumento se debe básicamente al crecimiento gradual de la tercera edad en el país.

Sistema de salud

Debilidades

- ⇨ Inexistencia de una instancia central de planeamiento integral, control y evaluación.
- ⇨ Dicotomía entre lo preventivo y lo asistencial: el sistema actual se caracteriza por un enfoque eminentemente curativo más que preventivo.
- ⇨ Ineficiencia y rigidez en la administración de los recursos: no se cuenta con un análisis del uso racional de los recursos, se carece de un control efectivo de gastos según costos reales y de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos previstos.
- ⇨ Concentración de la oferta de servicios en las áreas metropolitanas y en la capital. En las zonas rurales o en las poblaciones dispersas hay poca capacidad de oferta, graves problemas de financiamiento y bajas coberturas.
- ⇨ Existe escaso interés y poca participación de la población en la gestión de los servicios de salud, bajo rendimiento de los recursos humanos y de los recursos físico o infraestructurales.

Oportunidades

- ⇨ **Descentralización administrativa y operativa pero no política ni normativa.** Esta transformación se basa principalmente en la necesidad de alcanzar mayores niveles de eficiencia. Para efectos del Ministerio de Salud y la CCSS, el país se dividirá en varias regiones administrativas, las cuales concordarán geográficamente.
- ⇨ **Implementación de un nuevo modelo basado en la estrategia de Atención Primaria:** se ha generado una oferta básica de servicios, normas y programas de salud integral para grupos específicos de población, de carácter preventivo y curativo en cada localidad y sector de la población. Se espera que estas transformaciones otorguen mayor libertad a los pacientes para elegir el médico y el lugar donde serán atendidos.
- ⇨ **Traslado de los programas de atención a las personas del Ministerio de Salud a la CCSS.**

- ⇨ **Descentralización de la toma de decisiones y administración de los recursos en la CCSS**
- ⇨ **Desarrollo del sistema de información sanitario** que facilite el control gerencial y la vigilancia de la salud favoreciendo la toma de decisiones en todos los niveles del sistema.

Fortalezas

- ⇨ **Atención primaria:** la organización del sistema de salud hace que la red de servicios de salud parta en su primer nivel desde el mismo hogar, por medio de la promoción de la salud y el autocuidado.
- ⇨ **Buenos niveles de acceso:** en 1993, el porcentaje de población con acceso a los servicios de salud era del 97%.
- ⇨ **Buenos niveles de población asegurada:** en 1993, la población asegurada constituía un 86,2% de la población total. En tanto, se considera que el resto de la población (13,8%) tiene el seguro que el Estado brinda a través del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Políticas de salud

Oportunidades

- ⇨ **Transformaciones en el Ministerio de Salud,** las cuales se están llevando a cabo con el objeto de mejorar la capacidad política para dirigir y conducir el desarrollo de la salud. Se espera que el Ministerio de Salud tenga más capacidad de centrarse en el ejercicio de la rectoría con mayor lucidez y con todos los recursos técnicos y financieros para este fin. Se supone que esto se vea reforzado por el traspaso de los programas de atención de las personas a la CCSS.
- ⇨ **Integración de los servicios de salud:** con este fin se está realizando la transferencia de los programas de atención a las personas a cargo del Ministerio de Salud hacia la CCSS, con el fin de constituir el Programa de Atención Integral de la Salud, consolidando acciones preventivas y curativas de la atención.

Fortalezas

- ⇨ **Elevado nivel de las actividades** de promoción, protección y recuperación de la salud.
- ⇨ **Privatización de los servicios de salud:** hace algunos años Costa Rica encargó la administración de los servicios de salud a una empresa privada sin fines de lucro. De este modo, el Estado paso a preocuparse fundamentalmente por controlar el logro de los objetivos y por determinar si la gente esta satisfecha con el servicio que le están brindando. Esta es la solución que ha encontrado Costa Rica para extender la cobertura de los servicios de salud ante una situación de escasez de recursos por parte del Estado. Esta reforma implementada en Costa Rica ha logrado disminuir los tiempos de espera del paciente y, por ende, ha aumentado su satisfacción.

Amenazas

- ⇨ ***Reducción de los recursos asignados al sector:*** en términos reales los recursos destinados al sector salud han disminuido, en contraposición a la demanda de servicios que ha experimentado un significativo incremento.
- ⇨ ***Aumento en el gasto de los servicios de salud*** debido al incremento en el gasto de los insumos básicos, de la fuerza laboral y de la complejidad de las soluciones.
- ⇨ ***Disminución real de la cobertura de los programas del Ministerio de Salud*** debido a la rigidez estructural y a las limitaciones presupuestarias.

Bibliografía Consultada

- JIMENEZ FONSECA , Elías (1994), "El Sector Salud Costarricense y la Reforma Actual", presentado en: Seminario Regional sobre la Reforma del Sector Salud en América Latina, Buenos Aires, marzo 1994, OPS/Banco Mundial, Argentina.
- JIMENEZ FONSECA, Elías (1993) "Costa Rica. Seguridad Social y Educación", Estudios de la Seguridad Social, N° 47 y N° 73.
- MINISTERIO DE SALUD (1993), "Plan Nacional de Reforma del Sector Salud", Presidencia de la República, Programa de Reforma del Estado.
- MINISTERIO DE SALUD (1995), "Informe sobre la Reforma del Sector Salud", presentado en la Reunión especial sobre reforma del Sector Salud organizado por BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID.
- MINISTERIO DE SALUD (1996), "Informe Anual", Costa Rica.
- MIRANDA, Guido (1994), "La seguridad social y el Desarrollo en Costa Rica". Segunda edición, Editorial EDNASS.
- OPS/OMS (1997), "Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos", Programa de análisis de la situación de salud. División de salud y desarrollo humano.
- POPPE DE MUÑOZ, Flavia. " El Sistema de Salud de Costa Rica y la Necesidad de un Modelo de Gestión Económica". mimeo.
- SALAS, Alvaro (1996), "Costa Rica: una Reforma dentro del Sistema de Salud Vigente", en CEPAL, "Las Reformas Sociales en Acción: Salud", Serie Políticas Sociales N°15.
- WORLD BANK (1997), "Select World Development Indicators", The Bank for Reconstruction and Development, World Bank.

Anexo

Confiabledad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

Costa Rica cuenta con una importante disponibilidad de datos, especialmente en lo que se refiere a la población y economía. Al igual que en otros países, como por ejemplo en Brasil, el hecho de que su sistema de salud sea predominantemente público facilita la obtención de información relativa al sector. Sin embargo, existen limitaciones a la hora de analizar algunas variables puntuales.

Por ejemplo, con respecto al gasto, resulta difícil conseguir información en millones de dólares corrientes, lo cual impone serias restricciones para establecer comparaciones con otros países.

Siglas Utilizadas

CCSS: Caja Costarricense de Seguridad Social.

CTAMS: Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

ICAA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.

OCIS: Oficina de Cooperación Internacional de la Salud.

PEA: Población Económicamente Activa.

RNC: Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico.

SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad.