

MINISTERIO DE SALUD

ANALISIS
SECTORIAL
DE SALUD

COSTA RICA

2002



CON LA COOPERACION TECNICA DE OPS/OMS



MINISTERIO DE SALUD

**ANÁLISIS SECTORIAL
COSTA RICA
2002**

SECCIÓN II

Dra. Rocío Sáenz Madrigal
Ministra
Coordinadora General

Msc. Edwin Acuña Ulate
Coordinador Análisis Sectorial

OPS/OMS
Cooperación Técnica

San José, Costa Rica 2002

Agradecimientos

A OPS/OMS, Washington, por la cooperación técnica brindada para la ejecución de este análisis.

A la representación OPS/OMS en Costa Rica, por acompañar este proceso desde sus inicios brindando su colaboración técnica y metodológica.

A las instituciones del sector salud que dieron amplio apoyo al proceso.

A funcionarios del sector salud que participaron en cada uno de los grupos de trabajo constituidos.

A académicos de universidades públicas y privadas que participaron en los grupos en carácter de expertos.

A representantes de organizaciones sociales y gremiales del Sector Salud que brindaron su apoyo para la consecución de los objetivos.

A profesionales del Sector Salud que dieron su apoyo en cada una de las áreas de su conocimiento.

Al personal técnico y administrativo del Ministerio de Salud que colaboró en las distintas etapas de la elaboración del análisis.

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD COSTA RICA

2002

EQUIPOS DE TRABAJOS

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

Msc. Eddy Castro Alpízar	Banco Central de Costa Rica
Licda. Katia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Lic. Guido Barrientos	Estado de la Nación

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

Dr. Willy Carrillo Angulo	Ministerio de Salud
Dra. Teresita Solano Chinchilla	Ministerio de Salud
Dra. Hugo Arguedas Jiménez	Ministerio de Salud
Dra. María Ethel Trejos	Ministerio de Salud
Alejandra Acuña Navarro	Ministerio de Salud
Dra. Leda Charpentier González	Ministerio de Salud
Rosa María Vargas	Ministerio de Salud
Héctor Pérez Brignoli	Universidad Nacional
Teresita Guzmán Duarte	Consejo de Seguridad Vial
Humberto Paredes Montiel	Organización Panamericana de la Salud

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Mba. Eduardo Aguilar Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Mba. Albán de la O Espinoza	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Jairo Niño	Organización Panamericana de la Salud
Licda. Ana C. León Vargas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Mba. Jorge Sequeira Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ricardo Jiménez Badilla	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. María Rocío Martínez Hidalgo	Caja Costarricense de Seguro Social

COOPERACIÓN EXTERNA

Beatriz Bolaños	Acueductos y Alcantarillados
Bach. Karina Guardia	Ministerio de Salud
Licda. Kattia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Mercedes Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social

RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Dra. Darlyn Castañedas López	Ministerio de Salud
Dra. Rocío Sánchez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Xinia Rodríguez	Ministerio de Planificación Nacional
Msc. Marielos Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Xinia Gómez Sarmiento	Ministerio de Salud
Msc. Marielos Rojas Espinoza	Ministerio de Salud

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. María Elena López	Ministerio de Salud
Dr. Francisco Gólcher	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo	Ministerio de Salud

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Lic. Gustavo Picado	Caja Costarricense de Seguro Social
Elizabeth Rodríguez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Rodolfo Morera	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Kattya Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social
Walter Calderón	Caja Costarricense de Seguro Social
Andrés Acuña	Caja Costarricense de Seguro Social
Shirley Quesada	Organización Panamericana de la Salud
Marcela Román	Proyecto Estado de la Nación
Desirée Castrillo	Banco Central de Costa Rica
Carlos Carrillo	Banco Central de Costa Rica
Paúl Castro	Instituto Nacional de Seguros
Patricia Phillips	Instituto Nacional de Seguros
Sergio Russell	Instituto Nacional de Seguros
Mba. Sandra Barrientos	Ministerio de Salud
Lic. Jorge Enrique Araya	Ministerio de Salud

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Ing. Edgar Morales González	Ministerio de Salud
Dra. Jacqueline Peraza	Ministerio de Salud
Msc. Jennifer Lee	Ministerio de Salud
Ing. Marco Antonio Mora	Caja Costarricense de Seguro Social
Ing. Germán Cabrera	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ginnette Castro	Caja Costarricense de Seguro Social

RECURSOS HUMANOS

Lic. Lisímaco Guevara	Ministerio de Salud
Msc. Anargerí Solano	Ministerio de Salud
Msc. Carmen Campos	Ministerio de Salud
Lic. Mario Zúñiga	Acueductos y Alcantarillados
Licda. Mauren Vizcaíno	Hospital CIMA San José
Msc. Odette Campos	ANPE
Lic. Jorge Soto	SIPECO
Msc. Rosy Carballo	Ministerio de Salud
Dr. Guido Ulate	Universidad de Costa Rica
Msc. Rocío Rodríguez	Universidad de Costa Rica
Licda. Ingrid Behm	Universidad de Costa Rica
Lic. Guillermo Abarca	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Nery Parada	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Sandra Murillo	Organización Panamericana de la Salud

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Francisco Gólcher Valverde	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo Quesada	Ministerio de Salud
Msc. Jacqueline Castillo Rivas	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Norma Ayala Díaz	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Elizabeth Rodríguez Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ligia Moya de Madrigal	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz Vega	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Marielos Benavides Alvarado	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Roxana Aguilar Arguedas	Caja Costarricense de Seguro Social

VIH/SIDA

Dra. Jessica Salas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Hilda Salazar	Ministerio de Salud
Dr. Ignacio Salom	Caja Costarricense de Seguro Social
Leylin Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social
Zeidy Mata	Caja Costarricense de Seguro Social
Luis Valerio	Defensoría de los Habitantes
Cristina Garita	Coordinadora Red Nacional ONG
Luis Bernardo Villalobos	Universidad de Costa Rica

SALUD AMBIENTAL

Licda. Xinia Alvarado Zeledón	Universidad de Costa Rica
Ing. Luis Bermúdez Jiménez	Ministerio de Salud
Licda. Rosi Carballo Picado	Ministerio de Salud
Ing. Andrés Incer Arias	Ministerio de Salud
Licda. Vilma Pacheco Urpí	Ministerio de Salud
Ing. Federico Paredes Valverde	Ministerio de Salud
Licda. Elizabeth Solórzano Jiménez	Ministerio de Salud
Dr. Gerardo Vicente Salazar	Ministerio de Salud

SALUD MENTAL

Dr. Rigoberto Castro Rojas	Asoc. Cost. de Psiquiatria
Dra. Kattia Jiménez Reyes	IAFA
Dra. Giselle Amador Muñoz	IAFA
Dra. Rosa María Villalobos	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Agnes Gutiérrez	Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Walter Ureña Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Marianela Cubero	Patronato Nacional de la Infancia
Msc. Milagro Somarriba	Ministerio de Salud
Licda. Laura Noguera Quintero	Ministerio de Salud
Licda. Patricia Poltronieri	Ministerio de Salud
Dra. Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

Ing. Grettel Meneses	Ministerio de Salud
Dra. Azálea Espinoza	Ministerio de Salud
Dra. Sonia Cruz	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ileana Herrera	Ministerio de Salud

INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS

Msc. Carlos Fuentes Bolaños	CENDEISSS/Caja Costarricense de Seguro Social
Sr. Marvin Viquez	Ministerio de Salud

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

Dr. Philippe Lamy	Representante
Dr. Javier Santacruz	Consultor de Sistemas y Servicios de Salud
Dr. Humberto Montiel	Consultor de Epidemiología
Dra. Miryam Cruz	Consultora de Promoción de la Salud
Ing. Ricardo Torres	Consultor de Ambiente
Dra. Sandra Murrillo	Consultora de Nutrición

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Daniel López Acuña	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Priscilla Rivas	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Eduardo Levcovitz	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Fernando Lavadenz	Organización Panamericana de la Salud

EQUIPO DE APOYO

Mba. Vanesa Sánchez Carvajal	Ministerio de Salud
Sra. Natalia Solano Nájera	Ministerio de Salud

COORDINADOR ANÁLISIS SECTORIAL

Msc. Edwin Acuña Ulate	Ministerio de Salud
------------------------	---------------------

Tabla de Contenido

V. RECTORIA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA	19
A. RESUMEN.....	19
B. ANTECEDENTES DE LA RECTORIA EN SALUD EN COSTA RICA.....	19
C. MARCO LEGAL DE LA RECTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD	21
D. MARCO CONCEPTUAL.....	24
1. <i>Concepto de Rectoría en Salud</i>	25
2. <i>Autoridad sanitaria</i>	25
3. <i>Funciones de la rectoría</i>	25
4. <i>Funciones esenciales de Salud Pública</i>	27
E. SITUACIÓN ACTUAL DE LA RECTORÍA DE LA SALUD EN COSTA RICA.....	28
F. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA (FESP).....	45
1. <i>Antecedentes</i>	45
2. <i>Descripción del proceso de medición</i>	45
3. <i>Identificación de áreas de intervención prioritaria</i>	46
G. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
VI. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	55
A. RESUMEN	55
B. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	55
C. MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO EN EL SEGURO DE SALUD	61
D. EVOLUCION DE LA COBERTURA, 1984-2000.....	62
E. RESULTADOS POR AREA GEOGRAFICA.....	63
F. CONCLUSIONES	67
VII. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD.....	115
A. RESUMEN.....	115
B. INTRODUCCIÓN	116
C. DESCRIPCIÓN DE LOS FLUJOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD	117
D. GASTO NACIONAL EN SALUD.....	120
E. GASTO PÚBLICO EN SALUD.....	122
F. GASTO PRIVADO EN SALUD	124
G. RESULTADOS DEL SCNS.....	126
H. FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD	128
I. FUNCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD Y PROVEEDORES	129
J. FUNCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD Y AGENTES DE FINANCIAMIENTO	130
K. AGENTES DE FINANCIAMIENTO Y PROVEEDORES	131
L. SITUACIÓN DEL SEGURO DE SALUD	132
M. MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LOS INGRESOS.....	136
N. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.....	141
O. BIBLIOGRAFÍA.....	143
VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD	187
A. RESUMEN.....	187
B. INTRODUCCIÓN.....	189

C.	METODOLOGÍA	191
D.	EL EMPLEO EN SALUD.....	204
E.	LA REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL	218
F.	BIBLIOGRAFÍA	224
IX.	RECURSOS TECNOLOGICOS	227
A.	INTRODUCCIÓN	227
B.	INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y GESTIÓN TECNOLÓGICA	229
C.	PROGRAMA BANDERA AZUL ECOLÓGICA	240
D.	TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC).....	245
E.	MEDICAMENTOS	249
F.	BILIOGRAFIA	256
X.	OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	259
A.	RESUMEN EJECUTIVO	259
B.	INTRODUCCIÓN	260
C.	METODOLOGÍA	260
D.	OFERTA DE SERVICIOS	262
E.	ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	276
F.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	299
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	303

SECCIÓN II
“FUNCIONES”

CAPÍTULO V
**“ RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD
PÚBLICA ”**

V. RECTORIA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

A. RESUMEN

En la reflexión que se ha venido generando en torno al impacto de los procesos de reforma del Estado en la salud pública de los países en la Región de las Américas, ha sido tema de consistente tratamiento la responsabilidad del Estado en los asuntos relacionados con la salud, reconociéndose como una de sus funciones indeclinables orientada a mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los procesos de Reforma Sectorial.

En este contexto, el tema de la rectoría en salud cobra un amplio reconocimiento como un tópico central en los planteamientos de la Reforma del Sector Salud en Costa Rica.

Ante este desafío, resulta imperativo fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud, así como el liderazgo del sector en su conjunto para abogar por la salud y para negociar y concertar con otros sectores. Se requiere, en la coyuntura sociopolítica particular que está viviendo el país, un liderazgo que permita orientar el accionar intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario, con miras a reducir la iniquidad en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible.

Tomando en cuenta lo anterior, surge la necesidad de realizar un ejercicio de reflexión y análisis sobre la función rectora en el país, así como del avance percibido en el fortalecimiento institucional del Ministerio de Sa

Ello supone incursionar en las fortalezas y debilidades que la Institución tiene para ejercitar la capacidad de conducción en el ejercicio de la Rectoría.

El presente trabajo constituye una sistematización de la revisión bibliográfica y de la utilización de instrumentos que se aplicaron para obtener una visión de la percepción de los diferentes actores sociales sobre el papel de la Rectoría en Costa Rica.

Este documento pretende condensar dicho pensamiento y servirá de insumo importante para la definición de la política de salud.

B. ANTECEDENTES DE LA RECTORIA EN SALUD EN COSTA RICA

En el marco de la negociación del tercer programa de ajuste estructural, a inicios de la década de los noventa, y ante la crisis económica que vive el país, se producen una serie de foros de análisis político y de evaluaciones del sector salud, que plantean la necesidad de producir cambios al interior de las instituciones que lo conforman para orientar los servicios hacia una mayor racionalidad en el uso de los escasos recursos económicos del país. (MS, 1992)

En este contexto, el Ministerio de Planificación y Política Económica, publica el Programa de Reforma del Sector Salud en Costa Rica, cuyo principal objetivo es la modernización y desarrollo del sector salud y de sus instituciones, con un enfoque de salud como producto social y bajo los principios de universalidad e integralidad de la atención, equidad en la prestación de los servicios, solidaridad en el financiamiento, y una amplia participación social. (MS, 1998)

En congruencia con este objetivo, se asumen los compromisos de “Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, Operacionalización del enfoque de atención integral de la salud, Readecuación de la apertura programática presupuestaria, Desconcentración/ descentralización administrativa y funcional, Consolidación de nuevas modalidades de administración de servicios y su financiamiento, Traslado de riesgos del trabajo del

Instituto Nacional de Seguros a la Caja Costarricense de Seguro Social y traslado de acueductos municipales al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados”.¹

El ámbito y quehacer del Ministerio de Salud en su función rectora lo ubica como la máxima autoridad nacional en aspectos de salud. Por lo tanto, las acciones de las instituciones públicas, privadas, mixtas y no gubernamentales, así como las personas individuales relacionadas con la producción social de la salud, se regirán a partir de las políticas, programas sectoriales y normas que emita el Ministerio de Salud. (Victoria, D. 1994)

En este contexto, la conducción, unificación, fortalecimiento y modernización de las políticas, legislación, planes, programas y proyectos, así como la movilización de los actores relacionados con la producción social de la salud, constituyen una de sus funciones más importantes para garantizar el mejoramiento de la entrega y calidad de los servicios, el fortalecimiento de la atención integral de las personas y la reducción de los factores de riesgo social. (MS, 1992)

Para articular las acciones y propósitos de la rectoría del sector, se formuló el proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, cuyo propósito es fortalecer su función rectora, y así contribuir a garantizar los principios fundamentales de universalidad, solidaridad en el financiamiento, integralidad en la prestación de los servicios de salud a las personas y la equidad en el acceso. (MS, 1992)

Este proyecto, fue producto del trabajo institucional político y técnico, mediante talleres, foros y trabajos de grupo, con amplia participación y compromiso. Entre los años 1994 y 1995, se organizan los equipos técnicos interdisciplinarios para elaborar los planteamientos teóricos de la rectoría, logrando por aproximaciones sucesivas un esquema de cambio y desarrollo que reestructurara esencialmente al Ministerio de Salud, para que pudiera cumplir con su nueva misión conductora, normativa y reguladora. (MS, 1998)

A partir de 1998, el Ministerio de Salud modificó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes en su personal y capacitó a sus funcionarios para desempeñar las nuevas tareas. Se estableció el Consejo Sectorial como un órgano de concertación coordinado por el Ministerio de Salud para ejercer la dirección y conducción sectoriales y la Política y el Plan Nacional de Salud como instrumentos para orientar las acciones nacionales en materia de salud, para dar direccionalidad al sector y para fortalecer de manera integral el proceso interno de planificación. (OPS, 2002)

Con un Ministerio de Salud fortalecido, la rectoría empezó a operar con el desarrollo de cuatro funciones estratégicas: Dirección y Conducción Política, Vigilancia de la Salud, Investigación y Desarrollo tecnológico y Regulación del Desarrollo de la Salud. (MS, 1998)

Estas funciones, ejercidas en forma combinada y simultánea con enfoques múltiples en el análisis y solución de los problemas de salud, contribuirían en la movilización y sinergia de las fuerzas sociales y comunitarias al desarrollo y sostenibilidad de la salud, el bienestar y el ambiente humano. (MS, 1998)

Con este propósito, todos los programas que involucran actividades de atención directa a las personas, incluyendo los servicios de apoyo clínico, la consulta prenatal y postnatal, la consulta de planificación familiar, crecimiento y desarrollo y otras, son transferidas a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Asimismo, a principios de 1995 la institución (Ministerio de Salud) inicia también el traslado de otros programas de atención directa a las personas, tales como el Programa de Atención Primaria, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el Programa de Tuberculosis, el Programa de Dermatología Sanitaria (Lepra), el Programa de Odontología Sanitaria y el Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Desde 1998, año en que se oficializa la rectoría en el país mediante la aprobación de MIDEPLAN de la reestructuración, el Ministerio de Salud inicia un proceso de desarrollo de metodologías, procedimientos, instrumentos y de adecuación legal y administrativa para afrontar los retos que requieren el ejercicio de la dirección y la conducción de la producción social de la salud.

¹ López, M. “Protección Social en Salud” Análisis del Sector Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002. pag.2.

Durante el periodo 1999 –2000 se llevaron a cabo una serie de acciones dirigidas a consolidar el proceso de transformación institucional, entre ellas: la formulación de la Política Nacional de Salud y el correspondiente Plan Nacional de Salud, elaborado mediante una metodología participativa con los múltiples actores sociales e institucionales involucrados.

Para lograr la modernización y el fortalecimiento institucional se culminó el proceso de reestructuración de los cargos y la aplicación del nuevo manual de clases y cargos, acorde con las funciones rectoras y los esquemas de gestión que fundamentan la transformación del Ministerio. Asimismo se implementó el Sistema de Evaluación y Desarrollo Institucional (SEDI) para la elaboración del Plan Operativo Anual y su seguimiento que permite la rendición de cuentas ante los órganos gubernamentales correspondientes.

También se inició un proceso participativo para la definición de las Cuentas Nacionales en Salud, en el cual se capacitó en la metodología respectiva a representantes del Ministerio de Salud, de la CCSS, de la Dirección de Presupuesto Nacional del Ministerio de Hacienda, del Banco Central, del Instituto Nacional de Seguros y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Se inicia el proceso de elaboración de los criterios técnicos para conceder la habilitación a establecimientos de salud, amparados por el marco legal establecido mediante la publicación del decreto No. 28828-S de agosto de 2000, en el cual se establece el Reglamento General de habilitación de los Establecimientos de Salud y Afines.

Es así como para el año 2000 se tramitaron 660 solicitudes de habilitación de establecimientos de salud y afines, de las cuales se han aprobado 162 (24,5%), y se encuentran pendientes de requisitos 498 (75,5%).

Para el período 2000- 2001, se aprobó la habilitación a 687 establecimientos, se otorgó la habilitación provisional a 356, se cerraron 26 por no contar con las condiciones mínimas de seguridad para sus usuarios y se iniciaron los trámites para 161.

En el ejercicio de la función de regulación se viene realizando la Evaluación de la Atención Integral en el Primer Nivel de Atención (Evaluaciones de EBAIS). En el año 2000 se evaluaron 302 sectores, que representan el 45% del total existente. A noviembre de 2001 se habían evaluado 168 sectores, los cuales representan un 25% del total. El resultado de dichas evaluaciones fue de un 74% de cumplimiento de los estándares en el 2000 y de un 79% de cumplimiento en el año siguiente.

En 1996 se inicia la implementación del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil, como una estrategia desarrollada por los niveles locales y articulada entre los diferentes niveles de gestión. En 1999 se analizaron 449 casos de un total de 722 registrados, lo que corresponde a un 62,2%. En el año 2001, se aumentó el porcentaje de muertes infantiles analizadas a un 70% de los casos, determinándose que el porcentaje de prevenibilidad para ese año fue de un 53%.

Con la publicación de la Ley 8220, en abril de 2002, se ha iniciado un proceso de revisión y normalización de trámites en lo concerniente a la regulación del ambiente. Se han publicado reglamentos, protocolos e instrumentos con miras a estandarizar y fundamentar técnica y legalmente el accionar de la institución en el campo de la protección al ambiente y su impacto en la salud pública. Asimismo, se ha iniciado un consistente proceso de desconcentración y regionalización de la vigilancia, seguimiento y control en materia de regulación ambiental, especialmente como respuesta a lo establecido en el Reglamento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, publicado en mayo del 2002. En dicho reglamento se le trasfiere a los niveles locales la competencia y la responsabilidad para el otorgamiento y el control de los establecimientos sujetos a regulación sanitaria, con miras, paralelamente, a fortalecer el rol normativo y técnico-asesor del nivel central del Ministerio.

C. MARCO LEGAL DE LA RECTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD

El tema de la rectoría del Sector por parte del Ministerio de Salud tiene amplio reconocimiento legal. La Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la Ley General de la Administración Pública, así como los decretos ejecutivos que crean el Sector Salud y el Sistema Nacional de Salud entre otros, le asignan, reafirman y amplían la función rectora al Ministerio de Salud. (Victoria, D. 1994)

Para analizar el tema de la Rectoría y Funciones Esenciales de Salud Pública, es prioritario tener plenamente identificada la normativa que dará sustento legal al ejercicio de su rol rector y a las tareas en que se vean circunscritas, en razón de la materia, las autoridades de salud.

El artículo 6° de la Ley General de la Administración Pública señala la jerarquía de las fuentes del ordenamiento jurídico, sujeto al siguiente orden: Constitución Política, los tratados internacionales y las normas de la Comunidad Centroamericana, las leyes y los demás actos con valor de ley; los decretos del Poder Ejecutivo que reglamentan las leyes los de los otros Supremos Poderes en la materia de su competencia; los demás reglamentos del Poder Ejecutivo, los estatutos y los reglamentos de los entes descentralizados y las demás normas subordinadas a los reglamentos, centrales y descentralizados.²

En congruencia con lo señalado, puede decirse que el sustento legal de la rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, está establecido en las siguientes fuentes jurídicas:

La Constitución Política que en su artículo 140, incisos 3) y 18) y 146, establece la facultad del Poder Ejecutivo (Presidente y Ministro) para promulgar el reglamento que convenga para el régimen interior de su despacho y expedir los demás reglamentos y ordenanzas necesarios para la pronta ejecución o cumplimiento de las leyes.³ La Ley General de la Administración Pública reconoce la potestad de la reglamentación interna del Poder Ejecutivo para la organización de los Ministerios y responsabiliza al Ministro de la dirección y coordinación de todos los servicios de la institución.⁴

La Ley General de Salud (N° 5395 de 30 de octubre de 1973) la cual, en el ámbito de acción del Estado, consigna en su artículo 1, que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado⁵, y en el artículo 2 define las funciones que debe asumir el Ministerio de Salud en beneficio y protección de la salud de la población, en los siguientes términos:

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, el cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias”⁶.

Esta misma ley establece en su artículo 4:

“Toda persona está sujeta a los mandatos de esta ley y sus reglamentos, así como las órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia, que las autoridades de salud dicten en el ejercicio de sus competencias. Asimismo la Ley General de Salud en su artículo 7 dispone que la relacionada ley y sus reglamentos y disposiciones administrativas relativas a la salud, son de orden público y en caso de conflicto, prevalecen sobre cualesquiera otras disposiciones de igual validez formal”.⁷

La Ley Orgánica del Ministerio de Salud (No. 5412 de 8 de noviembre de 1973) asigna al Ministerio las siguientes atribuciones.⁸

“Artículo 1°- La definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud.”

El artículo 2° en forma más detallada especifica funciones como:

2 Ley General de la administración pública. No 6227 del 2 de mayo de 1978.

3 Constitución Política 1949 y sus Reformas

4 Ley General de la administración pública. No 6227 del 2 de mayo de 1978.

5 Ley General de Salud No5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas.

6 Ley General de Salud No. 5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas.

7 Ley General de Salud No5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas

8 Ley Orgánica del Ministerio de Salud (5412) del 08 de noviembre de 1973

Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento.

Dictar la norma técnica en materia de salud de carácter particular o general; y aquellas que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población.

Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud.

Ejercer la jurisdicción y el control técnicos, sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas.

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.

Cabe aclarar, que aunque la Ley Orgánica del Ministerio ya hace referencia al Sector Salud, no es sino mediante Decreto Ejecutivo No 14313-SPPS-PLAN de 15 de febrero de 1983, que se constituye el Sector Salud, quedando integrado de la siguiente manera:

El Ministerio de Salud

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

El Ministerio de la Presidencia

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

La Caja Costarricense de Seguro Social

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, en su programa de riesgos profesionales y cualquiera otros atinentes a prevención y tratamiento; Universidad de Costa Rica, en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas; y cualesquiera otras instituciones que determine el Presidente de la República, atendiendo propuesta del Ministro de Salud. Recientemente mediante Decreto Ejecutivo No. 30461-S-MIDEPLAN de 5 de junio del 2002 se adicionó el inciso h) al artículo 2, del Decreto Constitución del Sector Salud, para que quedara integrado el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.¹⁰

El Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de Septiembre de 1998 establece la creación del Consejo Nacional del Sector Salud integrado por los siguientes miembros: Ministra y Viceministro de Salud, Presidente Ejecutivo y Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, Presidente Ejecutivo del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y Gerente del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.¹¹

¹⁰ Decreto Ejecutivo No. 30461-S-MIDEPLAN de 5 de junio del 2002

¹¹ Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de setiembre de 1998

En Costa Rica, pese al sustento legal para el ejercicio de la rectoría, el Ministerio de Salud tenía un doble papel de "rector" y prestador de servicios, diferentes movimientos en el sistema de salud van permitiendo la entrega de la responsabilidad total en la prestación de los servicios de salud a la Caja Costarricense de Seguro Social como ente público y de manera indirecta al mercado de lo privado.

La promulgación de la Ley N° 7374 del 3 de diciembre de 1993 de alguna forma aceleró este proceso proporcionando el apoyo a las reformas del sector salud. Esta Ley expresamente indica:

Puede decirse que la rectoría del Ministerio de Salud, se establece formalmente con la promulgación de la Ley N° 7374 de 3 de diciembre de 1993 "Contrato de Préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo", la cual vino no sólo a apoyar las reformas al Sector Salud, sino que además define al Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud. Esta ley expresamente indica:¹²

Objeto

1.01 El Programa tiene por objeto apoyar las reformas del Sector Salud para lograr la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios, en el contexto de las reformas del Sector Pública.

1.02 El programa contempla los siguientes objetivos específicos:

Componente de Reestructuración del Ministerio de Salud, que tiene por objeto la reestructuración del Ministerio de Salud y comprende actividades de consultoría y capacitación (...)

Apoyar el diseño de implantación de reformas que permitan al Ministerio de Salud ejercer su papel de ente rector del Sector y lograr un enfoque más racional de los recursos evitando duplicaciones entre instituciones y programas..."

A continuación se enumeran algunas consideraciones importantes para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública:¹ El Estado asume una función de dirección, regulación y control de los entes menores.

2. Corresponde al Poder Ejecutivo dirigir la actividad estatal a fin de orientar las políticas estatales en los diversos ámbitos de interés público. Por ello, la dirección política y administrativa debe estar en manos del Presidente de la República y del Ministro del ramo.

3. El ejercicio de las potestades públicas por parte del Ministerio de Salud depende de la autorización dada por el legislador, es decir, depende de una Ley.

4. En resguardo del derecho fundamental a la salud, el Ministerio puede ejercer potestades de imperio, susceptibles de afectar la libertad de los particulares. Estas potestades constituyen un poder /deber, que fue atribuida por el legislador para que el Ministerio pueda cumplir con sus fines.

D. MARCO CONCEPTUAL

En rectoría y definición de funciones rectoras que debe ejercer el Estado, existen diversos criterios, por lo que es conveniente homologar los principales conceptos y definiciones relacionados con el tema. Es por ello que se ha realizado una recopilación de conceptos tomados de algunas fuentes de información disponibles. Sin embargo, cabe destacar que para efectos del presente análisis, prevalecen los conceptos y los criterios que el país

12 Ley No 7374 del 3 de diciembre de 1993 "Contrato de préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo."

13 Stanley R. Responsabilidades del Ministerio de Salud desde el punto de vista legal y reglamentario para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el nivel nacional y regional. Presentación en Taller de FESP 16 y 17 de setiembre 2002.

ha definido como rectoría en salud, autoridad sanitaria, funciones rectoras y funciones esenciales de salud pública, en el marco de la reforma del sector salud costarricense.

1. Concepto de Rectoría en Salud

Rectoría en el sentido estricto de la palabra, significa “gobernar, dirigir, conducir, guiar, mandar o ejercer la autoridad sobre una comunidad o un conjunto de instituciones o personas”.¹⁴

La OMS/ OPS define la rectoría de la salud como “... la gestión de la política pública de salud en el contexto de un nuevo esquema de relaciones entre el gobierno y la sociedad civil en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Comprende las funciones de formular, conducir, regular, armonizar y evaluar decisiones y acciones públicas para satisfacer, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos sociales.”¹⁵

En el marco actual del proceso de reforma del sector salud, se define el concepto de Rectoría en Salud como: “... el ejercicio político, técnico, administrativo y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular y controlar los diferentes procesos relacionados con la producción social de la salud”.¹⁶

La rectoría se ejerce a todo nivel y sobre todas las personas, grupos y entidades, de los sectores públicos y privados, que intervienen directa o indirectamente en la producción social de la salud.

2. Autoridad sanitaria

“La rectoría en salud, como responsabilidad de gobierno, recae en la autoridad sanitaria y no puede ser transferida a otras instancias de la sociedad; aunque puede ser compartida entre distintos actores del Estado, bajo ciertas condiciones y normas preestablecidas. Cuando se trata de la orientación general de todo el sector y toda la política pública de salud es, sin embargo, indispensable la actuación del Estado en su monopolio del derecho de decidir para toda la sociedad y del uso legal del poder de coerción para que las decisiones sean acatadas.”¹⁷

En Costa Rica, el Ministerio de Salud es la institución depositaria de la autoridad sanitaria y, por tanto, es el ente primario responsable de ejercer la rectoría sectorial. Es decir, las decisiones finales sobre la rectoría en salud las ejerce el Ministerio de Salud, como “institución rectora” de la salud.

3. Funciones de la rectoría

Asumiendo que el Ministerio de Salud constituye la “institución rectora”, esta denominación enfatiza la naturaleza de sus funciones principales e indica las características institucionales que debería asumir.

La OPS /OMS manifiesta que existe una tendencia creciente a no concentrar todas esas funciones en una sola institución para que las lleve a cabo, sino más bien a crear mecanismos institucionales complementarios, dada la diversidad de actores y la amplitud de objetos y funciones de rectoría. Por tanto, ha definido las siguientes funciones rectoras: ¹⁸

14 Marín, Fernando. **La Rectoría en Salud en Costa Rica: antecedentes y concepción inicial. San José, Costa Rica, 2002.**

15 OPS/OMS. Ibid. p.2.

16 Ministerio de Salud. Memoria Anual 2002. A los 4 años de gestión. Costa Rica, 2002, pág. 15

17 OPS/OMS. Ibid. pág..3

18 OPS. Lineamientos metodológicos para el Análisis del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., setiembre de 2002.

Conducción de la acción sectorial: la capacidad del ente rector de formular, organizar, dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de instituciones públicas y privadas del sector y de otros actores sociales.

Regulación y fiscalización: del funcionamiento del sistema de atención a la salud y los factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad. Tiene como propósito diseñar el marco normativo de salud que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. Es una función técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa.

Funciones esenciales de Salud Pública: la organización y ejecución de las FESP que competen directamente al ente rector, que son indelegables en el ejercicio directo o en su garantía.

Orientación y modulación del financiamiento: se refiere a la responsabilidad del Ministerio de: a) establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes; b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial; c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.

Garantía del aseguramiento: con acceso pleno y dignidad en la atención en salud, mediante la definición de un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a promover la “protección social” y, particularmente, eliminar la exclusión social. Definir las políticas, regulaciones y otros mecanismos necesarios para velar por el cumplimiento del plan básico de servicios de salud. Debe definir las reglas del juego, para que las transacciones del mercado sean transparentes y eficientes.

Armonización de la provisión: definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios que están descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos desconcentrados; definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del estado y definir con criterios de complementariedad la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública; brindar cooperación técnica; definir mecanismos retributivos del gasto corriente y del gasto de inversión; establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan como base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño.

En el contexto nacional, el Proyecto de Reforma del Sector Salud, la Ley 7441 y la propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud¹⁹, definieron las siguientes funciones de rectoría:

Dirección y conducción: Se inicia con la elaboración de la Política Nacional de Salud y la elaboración del Programa Sectorial de Salud.

Dirección: Definición de objetivos viables y metas factibles de alcanzar en salud. El concepto de dirección se relaciona al proceso de formulación, formalización y evaluación de la Política de Salud.

Conducción: es la capacidad del Ministerio de Salud para concretar intereses y articular recursos y acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas, para el cumplimiento de la Política de Salud, mediante la formulación, control evaluación de planes estratégicos en salud y procedimientos de coordinación, fundamentados en los mecanismos de relación preestablecidos.

Regulación del desarrollo de la salud: entendida la *regulación* como un proceso permanente de formulación y actualización de normas y su aplicación por la vía del control y evaluación en áreas de importancia estratégica como la calidad de la atención, economía y financiamiento de la salud, desarrollo de los recursos humanos y el desarrollo tecnológico, entre otros.

19 Ministerio de Salud/Price Waterhouse. **Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud.** San José, Costa Rica, 1998.

Vigilancia de la salud: Trasciende el tradicional concepto de vigilancia epidemiológica. Es el proceso de identificación, medición y seguimiento de las fortalezas y debilidades en salud de la población.

Investigación y Desarrollo tecnológico: la misión del Ministerio de Salud en esta función es la de ejercer la rectoría de la investigación científica y la innovación tecnológica en salud, en el marco de una estrategia de desarrollo nacional, con el propósito de integrar esfuerzos, garantizar calidad y controlar situaciones que puedan poner en riesgo la salud de la población.

Los avances del proceso de reforma del sector salud, han conducido al Ministerio de Salud a considerar las siguientes *funciones estratégicas* para ejercer la rectoría, vigentes a la fecha:²⁰

Dirección y conducción: Constituye la función más importante que desarrolla el Ministerio de Salud. Es un proceso sistémico orientado a dirigir políticamente y a guiar de manera operativa y estratégica, la producción social de la salud. El producto principal de la dirección son las políticas, mientras que la conducción guía la definición y realización de metas de producción relacionadas con el cumplimiento de las políticas.

Vigilancia de la salud: Es entendida como un proceso permanente de identificación, medición, análisis y seguimiento de las fortalezas y debilidades del desarrollo de la salud de la población del país.

Regulación del desarrollo de la salud: Es el proceso constante de adopción, confección y ejecución de medidas sanitarias (leyes, decretos, reglamentos, normas, procedimientos, disposiciones, resoluciones, etc.), de carácter obligatorio y/o consensual, que orientan de manera segura, técnica y operativa los procesos de la producción social de la salud. La regulación implica vigilancia constante, o sea, velar porque los diferentes actores sociales cumplan las medidas sanitarias que rigen de manera oficial los procesos de la producción social de la salud.

Investigación y desarrollo tecnológico: Proceso de dirección, conducción, regulación y control de la investigación científica y del desarrollo tecnológico en salud, que responde a determinadas necesidades, problemas, vacíos de conocimiento y prioridades nacionales en el campo de la salud.

Las funciones estratégicas que el país ha definido contribuyen a que la “acción rectora conduzca a la unificación, fortalecimiento y modernización de las políticas, legislación, planes, programas y proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que favorecen la salud, el bienestar y la protección y mejoramiento del ambiente humano”.

4. Funciones esenciales de Salud Pública

“Las funciones esenciales de salud pública (FESP) se sustentan en el concepto de salud pública como una acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades. El desarrollo de las FESP es competencia de los Ministerios o Secretarías de Salud, en sus diferentes niveles de actuación, como órganos del Estado responsables de velar por el bien público en materia de

²⁰ Ministerio de Salud. DDS/ UDES. Marco Conceptual de la Rectoría en Salud. Documento de Trabajo, 2002

salud, en el marco de un concepto redimensionado de la salud pública como práctica social y de un proceso descentralizados del ejercicio de la autoridad sanitaria.”²¹

Las FESP se han definido como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Si estas incluyen todas las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en cada esfera de trabajo de la salud pública.²²

El Ministerio de Salud debe asegurar que las FESP sean cumplidas de la forma más efectiva posible, existiendo áreas de superposición entre las FESP y las funciones de rectoría sectorial. Sin embargo, es importante mencionar que “... el objetivo del análisis de los temas de rectoría y funciones esenciales no es consagrarlos con límites y definiciones claras, sino colocarlos en la agenda de desarrollo de los sistemas de salud y de los procesos de reforma sectorial”.²³

Sin embargo, lo importante es la convicción de que la autoridad del Estado en materia de salud es más legítima y mejor ejercida en la medida en que el desempeño de las FESP sea adecuado.

E. SITUACIÓN ACTUAL DE LA RECTORÍA DE LA SALUD EN COSTA RICA

Hoy, cuatro años después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría, la misión, así como las funciones estratégicas de la institución, siguen siendo prácticamente las mismas y en nuestro país se reconoce, cada vez más, la importancia de que las acciones en salud sean dirigidas y conducidas por el Estado, representado por el Ministerio de Salud en este campo, tal como lo refleja una encuesta realizada el pasado mes de octubre, a diferentes personas consideradas actores clave²⁵ en el campo de la salud.

Los resultados de la encuesta mencionada en el párrafo anterior revelaron que, el 100% de los (as) encuestados (as), reconoce la importancia del ejercicio de la rectoría en salud por lo que opina que esta debe realizarse efectivamente y, de estos el 88% opina que, en nuestro país, el Ministerio de Salud debe seguir siendo la institución responsable de su ejercicio.

Entre las razones por las cuales los (as) participantes en la encuesta señalan la importancia de la rectoría en salud, las más mencionadas fueron:

Lograr una mayor coordinación inter- institucional e inter-sectorial para aumentar el impacto en el nivel de salud de la población.

Garantizar la calidad de los servicios de salud y del ambiente humano.

Velar por la equidad en la asignación de los recursos en salud.

Asegurar el acceso de la población a los servicios de salud, según sus necesidades

21 OPS. **Desarrollo Institucional de la capacidad de rectoría en salud (Documento borrador)**. Washington, D.C., 2002. p.23, 24.

22 OPS/ OMS Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública. Marzo 2001

23 OPS/OMS. Ibid, p. 25, 26.

24 Ministerio de Salud: García Rossana, Morales Ma. de los Ágles., Viquez Yeli. Encuesta dirigida a actores clave sobre el tema “Rectoría en Salud en Costa Rica”, San José, octubre del 2002

No obstante lo anterior, entre el 80 y el 100% de las personas encuestadas reconoció que, las funciones y actividades que ha venido ejecutando el Ministerio de Salud para el cumplimiento de su misión, a partir de su reestructuración en 1998, siguen siendo necesarias pero no son suficientes para garantizar el ejercicio de la rectoría en salud, pues señalaron la necesidad de que esta se ejerza además en ámbitos como:

- Regulación del gasto en salud
- Regulación de la cantidad y calidad del recurso humano en salud
- Conducción de la cooperación internacional en salud
- Conducción en gestión de desastres

Al respecto, la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal actual Ministra de Salud- considera que el principal reto que enfrenta el Ministerio de Salud en estos momentos consiste en “recuperar la función de Estado que le corresponde”, para lo cual deben reorientarse las funciones y tareas que se han venido ejecutando y, coincidentemente con los actores clave encuestados, señala que el ejercicio de la rectoría en salud debe incluir otras tareas tales como **26**:

- El control del financiamiento en salud
- El control del recurso humano en salud
- La mejor inserción en los determinantes sociales de la salud

El desarrollo y puesta en operación de un sistema nacional de información en salud, que supere el concepto de un sistema de información de enfermedades

Respecto a las funciones de rectoría que el Ministerio de Salud está ejecutando, la Ministra considera que**27**:

La vigilancia epidemiológica es una función propia de los servicios de salud ya que la función estratégica de rectoría en salud es la vigilancia de la salud que debe realizarse sobre la base de los análisis de los determinantes de la salud.

La C.C.S.S. y el resto de los servicios de salud del país, deben mejorar su proceso de vigilancia epidemiológica para hacerla más veraz y oportuna. Para ello, deben diversificarse los medios para la vigilancia epidemiológica mediante la ejecución de varias técnicas complementarias al sistema de vigilancia epidemiológica como, por ejemplo: sitios centinela y encuestas. En este proceso, el Ministerio de Salud es la institución que debe asumir el liderazgo para apoyar a los servicios de salud en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de la vigilancia epidemiológica.

Además, es necesario que la C.C.S.S. profundice los análisis de gestión de sus servicios de salud, en todos los niveles de complejidad.

El Ministerio de Salud debe asumir directamente la función de investigación científica y gestión tecnológica debido a que se ha comprobado que el INCIENSA no tiene la capacidad de convocatoria necesaria para liderar este proceso.

La función de regulación y control de los productos potencialmente dañinos para los seres humanos (medicamentos, cosméticos, productos naturales, alimentos, entre otros) se ha desarrollado bien, pero ha faltado comunicación con el nivel local.

26 García Rossana, Víquez Yeli. Entrevista a la Ministra de Salud de Costa Rica, San José, 14 de noviembre del 2002

27 Ibid

Los logros alcanzados en regulación de los servicios de salud han estado concentrados en regular y controlar las condiciones de funcionamiento, pero falta involucrarse en temas clave como el financiamiento

Adicionalmente, la Ministra asegura que el Ministerio de Salud tiene una gran deuda en el tema de Promoción de la Salud ya que, entre otras cosas, ha caído en la trampa de hacer de esta estrategia un programa, además de que, en su enfoque, sigue pensándose en enfermedad y no en salud como debe ser.

Por otro lado, el 79% de los (as) participantes en la encuesta de actores clave²⁸ considera que hoy, cuatro años después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud, este cumple parcialmente con su misión mientras que el restante 21% opina que el Ministerio de Salud no está ejerciendo la rectoría en salud, debido principalmente a:

La corta evolución que tiene el proceso.

La escasez de recursos de todo tipo.

La falta de formación y experiencia del personal de la institución en el tema de la rectoría en salud.

La falta de liderazgo de las autoridades del nivel central.

No se ejerce la autoridad sanitaria por parte de muchos (as) funcionarios de la institución.

La autonomía de algunas instituciones públicas.

El insuficiente marco legal.

Al respecto, la Ministra de Salud considera que, en parte, el insuficiente impacto que ha tenido el Ministerio de Salud en el ejercicio de la rectoría se debe a que, a su juicio, la actual Reforma del Sector Salud de Costa Rica, partió de varios supuestos, entre ellos que:

La Reforma del Sector Salud era sinónimo de la atención individual de las personas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La problemática ambiental podía esperar.

Los servicios de salud podían auto regularse.

La rectoría no ocupaba recursos de ningún tipo.

Debido a lo anterior, la Dra. Sáenz Madrigal considera que estos supuestos son parte de la causa de algunos de los problemas a los que hoy se enfrenta el país y el Ministerio de Salud, como por ejemplo:

La falta de capacidad resolutive del nivel local en el campo de la regulación del ambiente humano como consecuencia de la falta de independencia tecnológica para realizar las mediciones y pruebas necesarias para tomar decisiones.

La falta de control en las investigaciones que se realizan en el país con seres humanos.

Los accidentes tecnológicos.

Algunas de las limitaciones mencionadas para el ejercicio de la rectoría en salud por parte del Ministerio de Salud, sobre todo las relacionadas con el tipo y la cantidad de recursos con que cuenta la institución, fueron confirmadas con información suministrada por funcionarios (as) del nivel central del Ministerio de Salud y con los resultados de la *Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud* realizada en el presente año, entre lo que se destaca que:

²⁸García Rossana, Víquez Yeli. Op. Cit.

Del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud en el área sustantiva y en los tres niveles de gestión de la institución, solamente el 7% es profesional, mientras que el restante 93% se clasifica de la siguiente manera: 41% técnico, 19% calificado y 33% operativo.²⁹

De los (as) funcionarios (as) asignados al área administrativa, solo el 6% cuenta con grado profesional mientras que el 11% es clasificado como técnico, el 41% como personal calificado y el restante 42% como operativo.³⁰

Específicamente, de los 1026 funcionarios que laboran en las 81 áreas de salud del país (nivel local), solamente el 25% es profesional, mientras que el 47% es técnico y el 27% es personal de apoyo.³¹

De los 81 directores (as) de áreas de salud, 38 ocupan plazas en propiedad, mientras que 32 tienen nombramientos interinos y 11 son de servicio social.

De la planta física de las regiones de salud: 3 son propias, 3 son alquiladas y 3 son prestadas, y de las que ocupan las áreas de salud: 47 son propias (59%), 36 son prestadas (32%), 3 son alquiladas (4%) y de 5 de estas no se ha podido establecer su condición de propiedad (6%).

Otras de las conclusiones resultantes del análisis realizado por el Lic. Hernández Orozco³² fueron las siguientes:

Las áreas de salud poseen escasos recursos logísticos para operar adecuadamente.

No existe la combinación óptima de tales recursos para ejercer, de mejor manera, la rectoría en salud.

Existe, en los (as) funcionarios (as) de las áreas de salud y en la ciudadanía local, desconocimiento del fondo y alcances de lo que es rectoría, desmejorando esto la motivación del personal profesional y administrativo.

Todas las áreas de salud poseen al menos 1 línea telefónica pero en 10 no cuentan con facsímil.

17 áreas de salud no cuentan con carro y el 25% de estas no poseen moto.

Además de la escasez de vehículos, los que hay se encuentran en estado regular o en mal estado.

3 áreas de salud no tienen ni una computadora y el equipo de este tipo asignado a las otras áreas de salud se caracteriza por tener *software* y *hardware* viejo, siendo además su condición de regular a mala.

El mobiliario es asignado a las áreas de salud de manera casual y este no satisface las necesidades ergonómicas de los (as) funcionarios (as).

Pese a lo descrito, del 79% de los (as) encuestados (as) que señaló que el Ministerio de Salud está ejerciendo parcialmente la rectoría, el 100% consideró que esta institución puede llegar a cumplir con su misión, mientras que el 60% de los que contestaron que el Ministerio no estaba ejerciendo la rectoría, reconocieron que este podría llegar a hacerlo, para lo que recomendaron (en orden de frecuencia), que³³:

El Ministerio de Salud se fortalezca con recursos (humanos, equipo, materiales, financieros).

Se garantice el apoyo político a la rectoría en salud desde el más alto nivel.

29 Ministerio de Salud, Dirección Apoyo Administrativo, Unidad de Recursos Humanos

30 Ibid

31 Proyecto del Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo. Lic. Carlos Hernández Orozco. Taller Informativo, Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud. San José, octubre – noviembre 2002

32 Ibid

33 García Rossana, Víquez Yeli. Op. Cit.

Los (as) funcionarios (as) del Ministerio ejerzan efectivamente la autoridad sanitaria.

Se fortalezca y amplíe el marco legal de la rectoría en salud.

Se profesionalicen los recursos humanos de la institución.

Se mercadee la rectoría (sus objetivos y resultados).

Se incorporen al quehacer del Ministerio de Salud, las funciones y tareas de la rectoría en salud en las que no ha incursionado.

Se definan claramente los procesos y procedimientos para mejorar la calidad de la ejecución de las funciones de rectoría.

Se fortalezca el nivel central para que apoye al nivel local.

Como parte del proyecto de Fortalecimiento del Ministerio de Salud, el documento de *Sistema de Rectoría en Salud y Perfil Básico para su Gestión*, plantea algunas preocupaciones en la relación con la factibilidad de la aplicación de los procesos rectores, entre los más importantes están: (MS, 1993)

La dificultad en definir la organización administrativa necesaria para que esta se ejerza con racionalidad, eficiencia, eficacia y flexibilidad.

Las diferencias existentes entre las instituciones que integran el sector en cuanto a la capacidad de controlar recursos financieros.

El desarrollo de un cuerpo político y técnico altamente calificado y de una capacidad de dirección y conducción muy desarrollada.

Una base legal que otorgue funciones y responsabilidades a los distintos actores, sean estos estatales, privados, institucionales o individuales.

La capacidad de planificar e influir en la planificación de otros sectores, por medio de propuestas políticas y técnicas e instrumentos legales.

El control de las inversiones institucionales, sectoriales y de otros sectores, si estas influyen en la salud.

El desarrollo de recursos humanos, para asumir el liderazgo político técnico en la conducción de los actores de todos los actores sociales comprometidos en la producción social de la salud.

En la actualidad, algunas de estas preocupaciones siguen teniendo vigencia y evidencian la necesidad de continuar desarrollando esfuerzos en materia de fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud. Sobre este tema y como parte de la revisión de la *Situación de las Funciones del Sistema de Salud*, la OPS en su estudio sobre el Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica, realiza algunos aportes:(OPS/ OMS 2002)

En relación con las acciones de regulación y evaluación de los establecimientos y de la producción de servicios de salud, se analiza la necesidad de una mayor coordinación y concertación con la CCSS, para una mejor utilización de sus resultados. Esta situación se evidencia en la escasa utilización por parte de la CCSS de los resultados de la acreditación de establecimientos de salud, - iniciada por el Ministerio de Salud con el fin de mejorar la calidad de la atención - para formular planes de mejora continua.

En materia de financiamiento del sector público, se revisa la poca influencia que el Ministerio de Salud tiene sobre el control y financiamiento del gasto público en salud, ya que este es autorizado y distribuido directamente por el Ministerio de Hacienda. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y el Instituto Nacional de Seguros (INS), como organismos descentralizados, cuentan con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto.

En la regulación del financiamiento sectorial el Ministerio de Salud tiene una participación prácticamente nula ya que no cuenta con apoyo político, ni personal capacitado, además de que no dispone de información sistematizada en una cuenta nacional de salud.

En el campo de los recursos humanos, se plantea que el Ministerio de Salud no tiene influencia legal en la acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, ya que la educación pública es regulada por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y la privada por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). Un problema adicional, es la insuficiente regulación de la educación privada por parte del CONESUP y del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social de la CCSS, situación que ha propiciado la proliferación de instituciones de educación privadas, que saturan de estudiantes los establecimientos de salud de la CCSS. Por su parte, la Comisión Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, solo estimula en forma discreta el análisis y la investigación de necesidades sectoriales de recursos humanos, pero no tiene atribuciones reguladoras.

La Vigilancia de la Salud, está poco desarrollada en el país debido a que predomina un modelo clínico que le resta importancia al quehacer en salud pública. Además, aunque para el desarrollo de esta función se cuenta con diversos sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, existe gran heterogeneidad en su calidad y oportunidad, además de una deficiente coordinación entre ellos que limita el análisis y la oportunidad en la toma de decisiones.

En materia de Investigación y desarrollo tecnológico aún no se cuenta con programas rectores, debilidad que evidenciaron los resultados del ejercicio de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública donde la investigación para solucionar problemas de salud pública, fue la función que de acuerdo con los evaluadores tiene el menor nivel de desarrollo en el país.

Como complemento de lo expuesto, el pasado viernes 25 de octubre del 2002 en el Hotel Palma Real, funcionarios (as) de la Dirección de Desarrollo de la Salud del Ministerio de Salud, conjuntamente con funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), convocaron a un grupo de políticos (as) y técnicos de diversas instituciones, con la finalidad de aplicar un instrumento de evaluación denominado *Estudio de la Práctica de la Rectoría en Salud*. El instrumento fue diseñado por funcionarios de la sede de la O.P.S. en Washington para todos los países de la región y fue aplicado, por primera vez, en nuestro país.

Las dimensiones y las variables consideradas en el instrumento de medición fueron evaluadas con diferente número de ítems, tal como se detalla a continuación:

Dimensión 1: CONTEXTO

Variables: Propósito de la rectoría (8 ítems)

Papel de la autoridad sanitaria (8 ítems)

Dimensión 2: FUNCIONES DE LA RECTORÍA EN SALUD

Variables: Conducción sectorial (11 ítems)

Regulación y fiscalización (9 ítems)

Funciones Esenciales en salud pública (7 ítems)

Orientación del financiamiento (5 ítems)

Garantía del aseguramiento (7 ítems)

Armonización de la provisión (7 ítems)

Dimensión 3: DESARROLLO DE CAPACIDAD

Capacidades legales (4 ítems)

Capacidades organizacionales	(4 ítems)
Capacidades de personal	(4 ítems)
Capacidad de sistemas	(12 ítems)

Con la finalidad de adaptar el instrumento al proceso de rectoría en salud que se desarrolla en nuestro país, previo a su aplicación, un grupo de técnicos (as) nacionales, coordinados por la Dra. Darling Castañedas López –Directora de Desarrollo de la Salud del Ministerio de Salud- le sugirieron a los funcionarios de la O.P.S. que lo diseñaron, varias modificaciones pero estas no fueron incorporadas al realizar el estudio en Costa Rica.

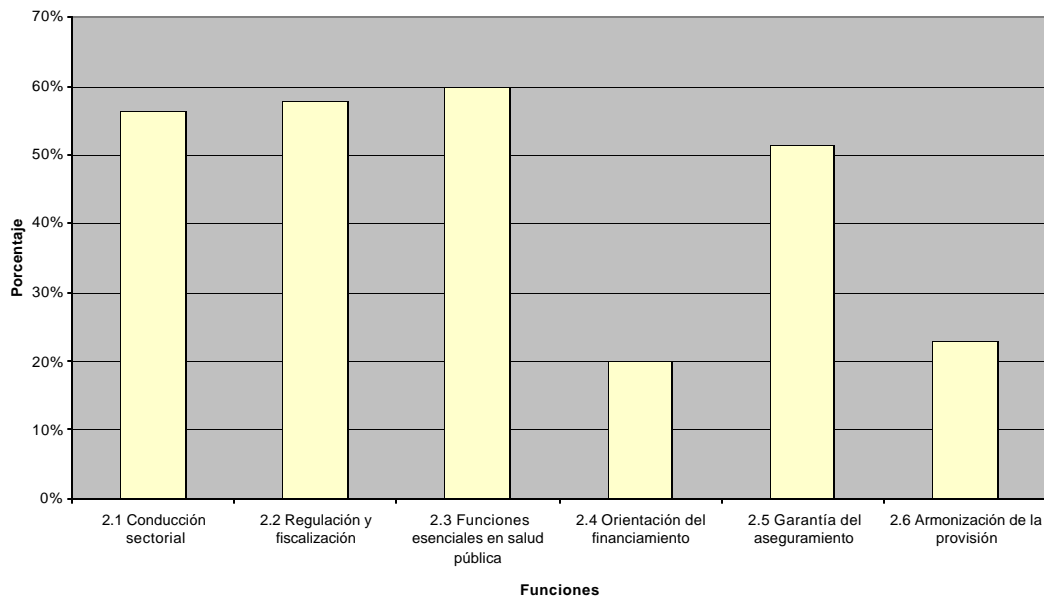
Adicionalmente, durante la aplicación del instrumento, varios (as) de los participantes llamaron la atención a los (as) organizadores (as) y conductores (as) de la actividad con relación a que el marco conceptual sobre el que se partía no estaba siendo compartido por todos (as), por lo que las respuestas podrían estar induciendo a error razón por la cual se considera que, para superar las debilidades señaladas y disminuir la subjetividad del estudio, este debería realizarse nuevamente en nuestro país.

No obstante lo expuesto, se presentan a continuación los resultados obtenidos:

Los (as) participantes en el estudio reconocieron que el propósito de la rectoría, entendido como la “incorporación de los propósitos de la rectoría en las implicaciones para la autoridad sanitaria” y el papel de la autoridad sanitaria, definida como “la base jurídico-institucional de la autoridad sanitaria” han alcanzado en el país un 66% y 68% de avance respectivamente lo que, a nuestro juicio, avala lo señalado con relación a que, en Costa Rica, el proceso de rectoría en salud ha venido impulsándose desde hace varios años; sin embargo, tal como se muestra en el siguiente gráfico, no todas las funciones de rectoría³⁴, han alcanzado el mismo avance.

Gráfico # 1

Perfil de Funciones de Rectoría Sectorial



34 Funciones de la rectoría en salud acordadas por los Ministros de Salud de la Región de la Américas durante la XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud

El ejercicio de las funciones esenciales en salud pública propias de la autoridad sanitaria orientadas a asegurar, proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades obtiene el mayor porcentaje con un 60% de cumplimiento.

Se observa la necesidad de aumentar la capacidad del Ministerio de Salud para desempeñar cabalmente su papel rector y las funciones esenciales de la salud pública que le son propias e indelegables. Cabe señalar que la reforma del sector salud se ha centrado en la implementación de cambios financieros, estructurales e institucionales del sistema de salud y se ha prestado menos atención a los aspectos del desarrollo del sistema orientados a la reducción de inequidades en salud y al ejercicio de la función rectora por parte del Ministerio de Salud.

En segundo lugar se ubicó la función de Regulación y Fiscalización la cual obtuvo un 58%. En esta función se contempla el desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud y la garantía de su cumplimiento. Se analizó en el grupo que los resultados obtenidos en la medición de esta función reflejan la normativa existente, no obstante la institución rectora no cuenta con la adecuada dotación de los recursos que permita la plena ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización.

La función de Conducción Sectorial ocupa el tercer lugar con un 56%. Se anota la capacidad de la institución rectora en formular la Política Nacional de Salud; así como el establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos intersectoriales.

Ahora bien se considera que la fase de control y evaluación de la ejecución de la Política Nacional de Salud ha estado debilitado. La función 5 (Garantía del aseguramiento) va dirigida a la responsabilidad estatal de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes; esta función obtuvo un puntaje de un 51%. El grupo coincide que la institución rectora no ha incursionado en la regulación del mercado de seguros de salud.

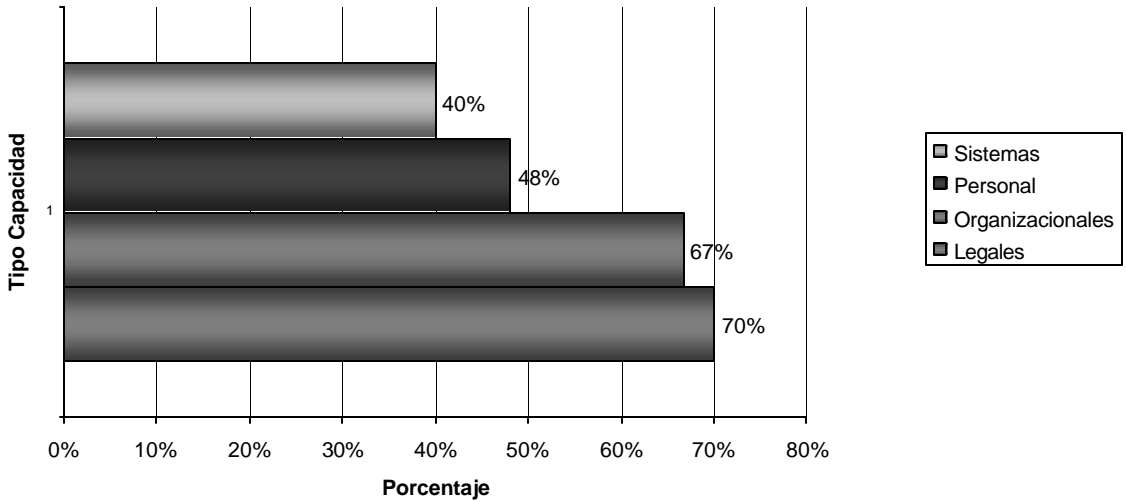
La función 6, (Armonización de la provisión) obtiene un 23% de cumplimiento, evidenciándose que en este momento no se puede garantizar el acceso equitativo de los servicios de salud a la población ni las condiciones básicas de calidad de los servicios.

La función de Orientación al Financiamiento obtiene un 20% de cumplimiento. De hecho, este resultado no sorprendió a los participantes dado que la Institución rectora no ha incursionado en esta función, debido a que no se cuenta con políticas de salud en este campo que puede garantizar que las diversas modalidades de financiamiento puedan brindar el acceso equitativo a los servicios de salud con calidad a todos los habitantes, así como haber desarrollado una vigilancia al proceso de financiamiento sectorial.

Finalmente, coincidiendo con los resultados de la Encuesta dirigida a actores clave sobre el tema “Rectoría en Salud en Costa Rica” y con los resultados de la Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de la Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud, el estudio reveló que, si bien es cierto las capacidades legales para el ejercicio de la rectoría en el país han logrado un avance significativo (70%) al igual que el desarrollo de las capacidades organizacionales (67%), las capacidades de personal (50%) y la capacidad de sistemas (40%) no superan el 50%, tal como se muestra a continuación:

Gráfico #2

Distribución según Capacidades

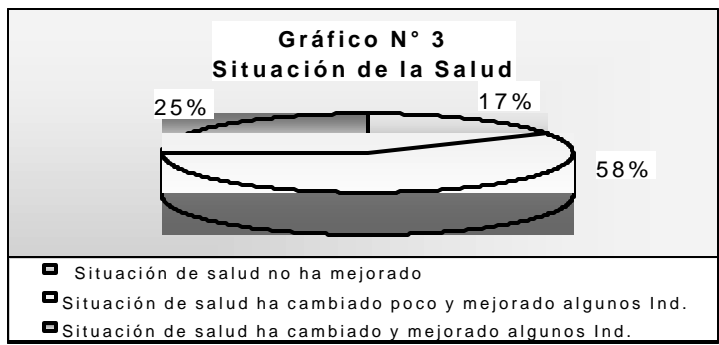


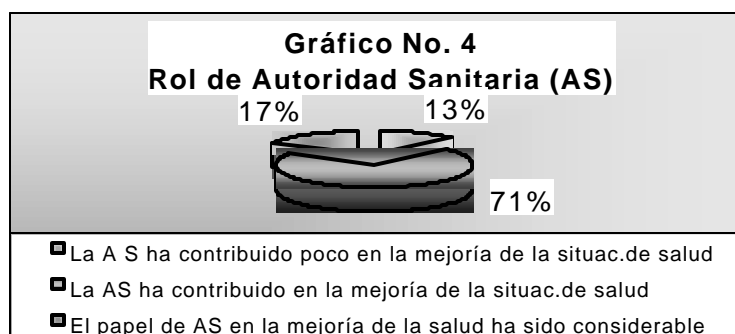
A continuación se presenta el resultado de cada función en particular para ahondar en cada una de ellas. Se consideraron tres dimensiones: Contexto, Funciones y Desarrollo de capacidades en Rectoría. En el análisis del contexto, en el primer aspecto, “propósito de la rectoría”, las interrogantes guardan una correspondencia entre la relación del desarrollo del Estado y la Rectoría del Sector Salud. Para tales efectos se consideran las siguientes variables:

- Salud de la población en los últimos cinco años.
- Papel de la Rectoría en la mejora de la salud.
- Funcionamiento integrado del sector y el rol de la rectoría para lograr el funcionamiento integrado.
- Situación estratégica, negociación y abogacía.
- Comportamiento de las iniquidades y papel de la rectoría en su reducción.

En la medición del aspecto sobre el comportamiento de la salud de la población, en los últimos cinco años y la mejoría de los indicadores en general, se debe de anotar que dados los alcances en los índices en Costa Rica los esfuerzos se orientan a mantener los indicadores de salud tales como mortalidad infantil, materna y esperanza de vida, entre otras.

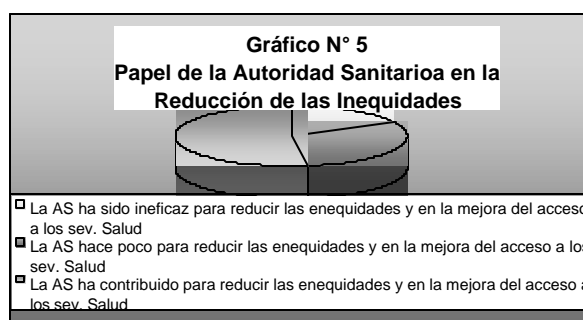
Por tanto, partiendo de esta realidad se obtuvieron los resultados que se expresan a continuación: Un 60% de los participantes consideró que el papel de la Rectoría ha contribuido en la mejoría de la salud.





Con respecto, a la integración del sector salud las opiniones fueron debido a que se señala que la tendencia es que en los últimos cinco años se han realizado importantes esfuerzos pero aun falta mucho por lograr. Al comparar el Sector Salud con otros sectores se puede decir que la autoridad sanitaria ha contribuido poco en la consolidación del sector, una consecuencia de ello es una débil situación política, institucional y financiera en el ámbito sectorial.

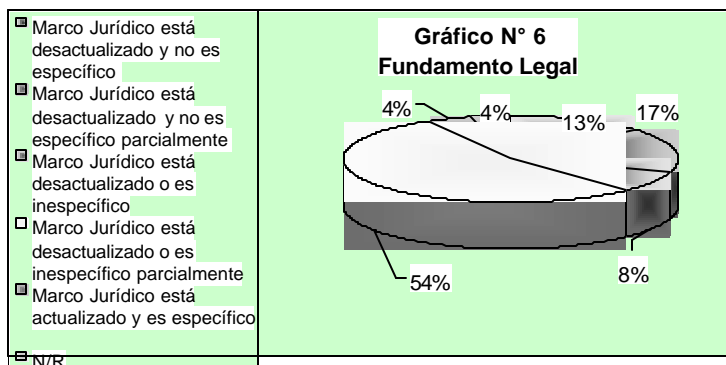
Un aspecto específico donde se deben hacer mayores esfuerzos es en disminuir las brechas entre diversos grupos, evitándose así las inequidades en la situación de salud.



El segundo aspecto en el análisis del contexto es el Papel de la Autoridad Sanitaria. En el análisis de la base jurídico - institucional, se consideran las siguientes variables:

- Fundamento Legal de la Rectoría y su composición.
- Coherencia y percepción de resultados.
- Concentración e integración.
- Diseño, formalización, implementación y evaluación de la política sectorial.

El reconocimiento jurídico, es uno de los aspectos donde se puede decir que se ha avanzado considerablemente, lo que se puede mostrar en el siguiente gráfico.



Se deben desarrollar estrategias para lograr una coherente y mejor organización de la autoridad sanitaria, ya que las percepciones variaron considerablemente. Un 13% opinó que hay muy poca definición y escasa composición de roles, mientras que un 17% opinó que es informal la composición de roles. También se percibe que se alcanzaron algunos consensos y resultados, pues el 42% consideró que sí existe una operación de forma integrada y sí hay un considerable nivel de descentralización. Un 8% menciona que sí hay base formal para la composición y roles de la autoridad sanitaria, la cual guarda relación con la forma de Gobierno Nacional y un 20% optó por no responder.

En cuanto a diseño, formalización e implementación de la política sectorial los resultados fueron positivos, la principal limitación se ubica en su evaluación por cuanto el 80% considera que no existen mecanismos de evaluación y la participación en su fiscalización es escasa; un 4% dice que es muy poca y un 16% no responde.

La segunda dimensión, “Funciones”, considera el desarrollo, de la rectoría, para su medición se toman en cuenta las siguientes variables:

Conducción sectorial

Regulación y fiscalización

Funciones esenciales de salud pública

Orientación del financiamiento

Garantía del aseguramiento

Armonización de la provisión

En la conducción sectorial se mide la capacidad de orientar y movilizar instituciones del sector y grupos sociales para apoyar la política nacional de salud. Aspectos considerados:

Análisis de situación y de contexto.

Inteligencia sanitaria.

Marco institucional de desarrollo para dar prioridad y elaborar políticas públicas y objetivos sanitarios.

Capacidades de ajustar la estructura organizacional a la política, objetivos sanitarios y las funciones.

Consensos de política y alianzas estratégicas.

Mobilización y puesta en marcha de las políticas.

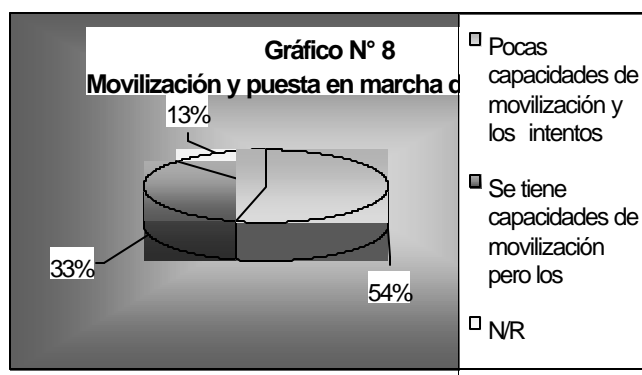
Promoción, participación y cohesión social.

Ejercicio pleno de las atribuciones del ente Rector.

Marco integral de actuación de la cooperación internacional y coordinación internacional para la salud

Un aspecto considerado fue medir si la autoridad sanitaria tiene información suficiente, disponible y actualizada sobre la situación de salud, servicios, demografía, epidemiología e impacto. Después de una amplia discusión se obtienen los siguientes resultados:

Además, el 83% considera que la autoridad sanitaria cuenta con algunas capacidades de inteligencia sanitaria en proceso de desarrollo y fortalecimiento e inicia la toma de decisiones de manera informada. Esto ha permitido lograr articular metas y objetivos, definir y precisar roles y funciones sanitarias, y desarrollar una considerable capacidad instrumental para establecer prioridades. Estos aspectos están en proceso de lograrlos según la opinión del 83% de los participantes. Además, el 29% opina que es muy poca la existencia de capacidades y medios para traducir las prioridades en objetivos sanitarios, políticas, planes, programas, proyectos y presupuestos; el 54% cree que sí existe capacidad, pero no se aprovecha adecuadamente.



El 50% considera que la autoridad sanitaria conoce sus funciones y está en proceso de crear capacidades e instrumentos para ajustar su estructura organizacional a los objetivos sanitarios nacionales y a las políticas de salud. Pero existe una considerable brecha ya que no se tiene capacidad de movilización y los intentos no han sido fructíferos.

Según un 13% es necesario que la Autoridad Sanitaria logre ejercer adecuadamente sus atribuciones ya que sus esfuerzos han sido insuficientes para hacer cumplir la legislación, sancionar, generar incentivos o redimensionar prácticas. Un 46% considera que se ha hecho muy poco, un 33% consideró que se encuentra en proceso, un 4% dice que este proceso tiene un considerable avance y un 4% no opinó.

Cuando se evaluó la movilización de recursos productos de cooperación internacional, el 63% opina que la cooperación se ha movilizado, pero aún es escasa su coordinación y no hay una programación que contenga este elemento vinculado con el desarrollo de la política de salud. Un 25% consideró que no se ha movilizado la ayuda internacional y si existe actúa sin ninguna coordinación con la Autoridad Sanitaria. La movilización de instancias de coordinación internacional es muy poca, según un 25% de las opiniones, un 42% considera que sí se

ha movilizado, pero ha sido ocasional y en algunos casos los resultados han sido insatisfactorios o exigüos. Un 29% opinó que los resultados han sido buenos, mientras que el 21% no respondió.

En la variable, “Regulación y fiscalización”, se parte del análisis del diseño del marco normativo que protege y promueve la salud, así como de la garantía del aseguramiento. Para tales efectos se consideraron los siguientes aspectos:

Desarrollo y perfeccionamiento legislativo.

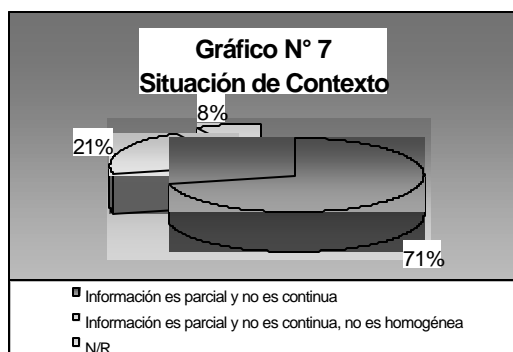
Armonización legal entre sectores.

Análisis y regulación sanitaria de mercados de salud y de otros bienes o servicios.

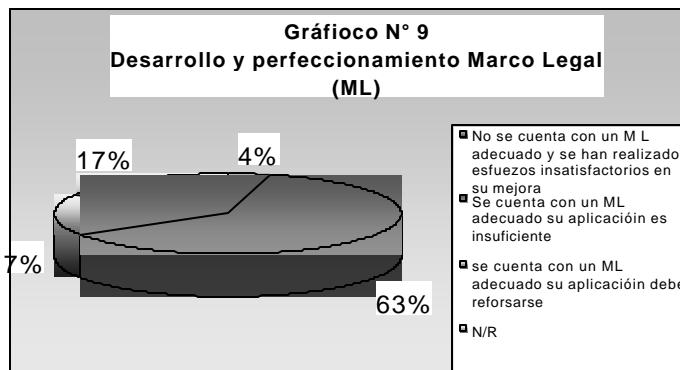
Análisis y regulación de la práctica médica y la calidad de atención en salud.

Análisis y regulación de certificación profesional, formación y educación continua.

Guías pautadas (Protocolos) y normas básicas de atención.



Según la opinión de los participantes, se cuenta con un marco legal de la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud) que permite un funcionamiento normativo y fiscalizador, pero no se aplica suficientemente o se hace necesario un mayor desarrollo y perfeccionamiento de este.



Algunas manifestaciones de lo anteriormente expuesto es que la regulación sanitaria de mercados relacionados con la salud es inadecuada, o su aplicación es insatisfactoria, debido a que en algunos campos se ha avanzado más que en otros, pero siempre continúa siendo una debilidad la aplicación del marco legal. Otra es la relacionada con la prestación de servicios de salud, para un 46% es inadecuada o insatisfactoria, para un 17% son ambas cosas. La regulación de praxis médica es inadecuada, y el marco regulador es inespecífico, a pesar de que se realizan esfuerzos para mejorar su calidad, criterio que comparte un 42%. Un 29% opinó que tiene algunas mejoras, mientras que un 25% no respondió.

En el análisis de la regulación de certificación profesional, formación y educación continua, las opiniones fueron muy uniformes. Se percibe que sí existe regulación pero desactualizada, aunque no se obtuvo respuesta de un 17% de los participantes.



En cuanto a la existencia de guías pautadas (protocolos) y normas básicas de atención sí existen, pero no son actualizadas o no se cuenta con mecanismos para certificar o asegurar su calidad. Este criterio es compartido por un 50% de los participantes, a pesar de que un 17% consideró que son muy escasas, mientras que otro 17% opinó que se han logrado importantes avances.

Se demuestra que la evaluación es un aspecto poco desarrollado, en este caso se consideró particularmente lo relacionado con las tecnologías de salud. El 54% consideró que existen muy pocas normas y mecanismos para evaluar su pertinencia e inocuidad. Un 17% dijo que definitivamente no hay normas y un 33% manifestó que sí hay normas y mecanismos de evaluación pero están desactualizados o su aplicación es inadecuada.

La tercera variable considerada, “Funciones esenciales de salud pública”, es una prerrogativa y responsabilidad indelegable del Estado con el fin de proteger y mejorar la salud de los individuos y de la sociedad en su conjunto. Esta variable examina los siguientes aspectos:

Prevención de enfermedades e invalidez.

Protección contra riesgos ambientales.

Promoción de comportamientos saludables.

Respuestas de emergencia y desastres.

Garantía de calidad de servicios y acceso universal.

Evaluación de información.

Políticas de investigación, desarrollo y divulgación.

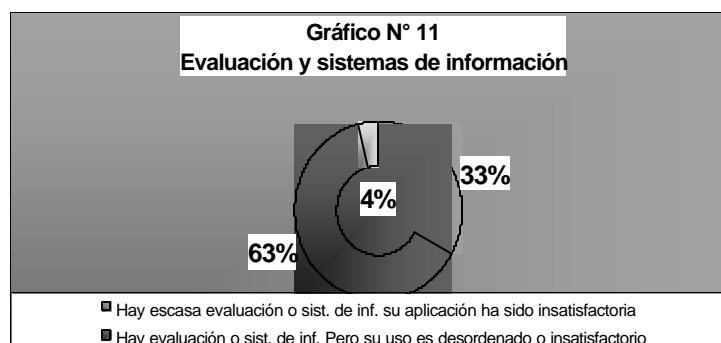
Es de resaltar que en esta variable las opiniones se localizaron entre 2 y 4, con base en una escala de evaluación (de 1 a 5), lo que indica que no existe una total ausencia en cuanto al cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, pero tampoco se encuentra en la mejor situación, por cuanto generalmente existe una aplicación pero los resultados no son los deseables.

El 50% considera que el desarrollo de programas para la prevención de enfermedades e invalidez son insuficientes o sus resultados insatisfactorios; el 29% cree que en algunos casos sí son suficientes y sus resultados satisfactorios, pero el 13% opina que son insuficientes y sus resultados insatisfactorios.

Los esfuerzos de protección contra riesgos ambientales no son bastantes o sus resultados son insatisfactorios. Un 50% consideró, en cuanto a comportamientos saludables, que "los esfuerzos de promoción de comportamientos saludables son insuficientes o de resultados insatisfactorios". Esta área es una de las más criticadas probablemente porque se visualiza la importancia de la promoción y esfuerzos en materia de rectoría en este campo.

Cuando se tratan diferentes funciones esenciales, una vez más se evidencia la necesidad de desarrollar la evaluación en el sector salud. El resultado obtenido se muestra seguidamente:

El 67% consideró que la existencia de políticas de investigación, desarrollo o divulgación es muy limitada, el 21% opinó que no existe y el 13% cree que sí hay pero su impacto sobre los servicios y condiciones



de vida es muy poco.

La cuarta variable es “la orientación del financiamiento”, demostrándose mínimo avance en este aspecto del sector, las respuestas se ubicaron según la escala entre 1 y 2, lo cual indica la necesidad de realizar esfuerzos por parte de la rectoría.

La opinión del 83% es que no se cuenta con recursos, capacidades ni instrumentos en salud que permitan dar prioridad a estos aspectos, el 8% cree que sí hay pero son muy escasos. Unido a lo anterior, se destaca la ausencia de un liderazgo para obtener consensos, acuerdos y financiamientos conforme requerimientos del sector (75% de opinión). Por tanto no hay recursos ni capacidades para focalizar la inversión y los pocos esfuerzos realizados han sido poco satisfactorios, lo que no ha permitido una movilización intersectorial. La calidad e impactos positivos de bienes y servicios financieros no están garantizados.

La función “Garantía del aseguramiento” tuvo sus mayores deficiencias cuando se revisó la evaluación que debe realizar el sistema de salud para asegurarse de que efectivamente se cumplen con las coberturas y el acceso real, así como con la fiscalización y medición del desempeño de los oferentes y la capacidad de compra del Ministerio.

La armonización de la provisión, en todas sus variables evaluadas que fueron definición de criterios de asignación pública, armonización central y descentralización, cooperación técnica y contratación obtuvieron el mínimo puntaje; solo el rubro de garantía de la calidad varió del mínimo posible a evaluarse.

Otro capítulo que se evaluó fue el “Desarrollo de capacidades” entre las que se reconocen como fortalezas las capacidades legales, aunque se mencionan las dificultades para aplicar el marco legal y hacer cumplir sanciones. Las capacidades organizacionales también son reconocidas. Las dos capacidades con menor grado de desarrollo fueron las de Recursos Humanos y las de Sistemas de Información.

Con base en lo anterior y en su propia experiencia, los (as) participantes en el *Taller para la Formulación de la Política Nacional de Salud en Rectoría*, realizado los días 21 y 22 de octubre del 2002, señalaron como prioritarios los siguientes asuntos críticos relacionados con el fortalecimiento del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría, en el siguiente orden:

Recursos humanos insuficientes, en calidad y cantidad.

Funciones de rectoría en salud y ámbitos de intervención del Ministerio de Salud desactualizados.

Apoyo político insuficiente para el ejercicio de la rectoría en salud.

Ausencia de un sistema de información en salud que apoye la toma de decisiones en todos los niveles de gestión del Ministerio de Salud.

Recursos financieros insuficientes para dotar al Ministerio de Salud del resto de los recursos requeridos para el desarrollo y ejecución de sus funciones y actividades.

Consultada acerca de la mayor fortaleza y oportunidad que tiene el Ministerio de Salud en el momento actual, así como de su mayor debilidad y amenaza, la Ministra de Salud contestó:

Fortaleza:

La experiencia y formación en rectoría de la salud, acumulada en los últimos años.

Oportunidad:

La necesidad sentida por los diferentes actores sociales en relación con la importancia de la rectoría en salud.

Debilidad:

La desmotivación de un número importante de funcionarios del Ministerio de Salud.

Amenaza:

El presupuesto insuficiente del Ministerio de Salud asignado por el Ministerio de Hacienda.

Finalmente, la Ministra señaló que las prioridades durante su gestión comprendida entre los años 2002 y 2006, serán:

Fortalecer el nivel regional y el nivel local del Ministerio de Salud, para que ejerzan efectivamente la rectoría en salud.

Lograr la independencia tecnológica de la institución, mediante la consolidación del Laboratorio Nacional de Salud Pública, en el que se realicen los análisis de medicamentos, agua y alimentos.

Poner en operación un registro de establecimientos regulados por el Ministerio de Salud con base georreferencial.

Desarrollar mecanismos que le permitan al Ministerio de Salud velar por los derechos de la población en materia de salud.

F. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA (FESP)

1. Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica y del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), y en amplia consulta regional, desarrolló en los últimos dos años un instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública propias de la Autoridad Sanitaria (FESP) como parte de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas". Este instrumento, después de ser probado en tres países de la Región – Bolivia, Colombia y Jamaica – fue presentado al Consejo Directivo de la OPS el cual se aprobó para su aplicación en la Región³⁵.

Posteriormente, se realizó una prueba "piloto" de aplicación en Chile, con el propósito de validarlo y afinarlo para su aplicación en el resto de los países de la Región. Finalmente, en marzo del 2001, se lleva a cabo en San José, Costa Rica, un Taller de Capacitación de Facilitadores para apoyar el proceso de medición de las FESP en Centro América y República Dominicana, al cual asistieron profesionales del Ministerio de Salud de Costa Rica, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de la representación de OPS/OMS en el país.

La medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en Costa Rica, se llevó a cabo en abril del 2001, con la participación de un grupo evaluador conformado por funcionarios de instituciones nacionales, representativas de la salud pública nacional (anexo 5). Estuvieron representados los sectores académico (tanto público como privado), de investigación, el de los servicios de salud, el componente rector; así como el de financiamiento público. También se buscó la representatividad intersectorial y de los distintos niveles de gestión (regional y local), así como de organismos no gubernamentales vinculados con la salud.

La organización del taller contó en todo momento con el firme respaldo del Ministerio de Salud, quien comprometió el apoyo a la iniciativa dirigida al fortalecimiento de la salud pública en el país. Asimismo, la Representación de la OPS /OMS en el país, brindó el apoyo técnico y financiero necesario para llevar a cabo el ejercicio de medición.

2. Descripción del proceso de medición.

El proceso de medición de las FESP en Costa Rica, incluyó las siguientes actividades: Selección del grupo nacional de evaluación, convocatoria al evento (realizada por el Ministro de Salud), Capacitación nacional de los facilitadores, Selección y reproducción de materiales y Selección del sitio de la reunión de evaluación.

El proceso de medición se efectuó en forma colectiva, mediante preguntas y respuestas ratificadas por consenso o mayoría por parte del grupo. El valor de los indicadores de cada función, se obtuvo con el puntaje de las llamadas "*Preguntas Madres*", a las cuales se le ha asignado un grupo mediciones y submediciones que sólo tienen la alternativa de respuesta "Sí" o "No" y cuyo valor es el promedio de las respuestas "Sí" Por esta razón, la forma en que el grupo construye la respuesta colectiva a cada medida o submedida, es un aspecto importante del ejercicio de medición.

Al final del taller, los resultados de la medición fueron compartidos con la totalidad de participantes y se realizó un análisis colectivo de los resultados logrados por el país. Las conclusiones y comentarios del grupo, fueron un aporte valioso para identificar áreas de intervención necesarias para mejorar la capacidad institucional de la autoridad sanitaria.

35 Resolución CD42.R14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42º Consejo Directivo de OPS. Washington, D.C, 25 al 29 de Septiembre de 2000

3. Identificación de áreas de intervención prioritaria

El objetivo inmediato de este ejercicio de medición es la elaboración de un plan estratégico a mediano plazo con el fin de mejorar el desempeño de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) en las FESP que son de su competencia, partiendo de dos premisas básicas:

1) Debe ser de carácter interinstitucional: Implica un abordaje integral, más que intervenciones aisladas sobre los actores y los ámbitos de cada función. Para tal propósito se han integrado los indicadores de todas las funciones en tres áreas estratégicas de intervención:

Cumplimiento final de resultados y procesos claves: Componente sustantivo en el que se expresa el quehacer de la autoridad sanitaria en materia de salud pública y, consecuentemente, el objeto central de las intervenciones para mejorar su desempeño.

Desarrollo de capacidades e infraestructura: Las condiciones humanas, tecnológicas, de conocimientos y de recursos, necesarias para el óptimo desempeño de las funciones de la autoridad sanitaria en la materia.

Desarrollo de competencias descentralizadas, Las facultades y capacidades dirigidas a apoyar o transferir competencias a los niveles subnacionales para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria, acorde a los requerimientos de la modernización del Estado y del sector.

2) Las intervenciones deben estar orientadas a superar las deficiencias y mantener las fortalezas: Se estableció una línea de referencia para separar las fortalezas de las debilidades. Se espera que los hallazgos encontrados en la medición de las FESP, representen un desafío alcanzable y un estímulo razonable al esfuerzo de mejoramiento de continuo.

El valor de referencia se estableció como el promedio de los resultados globales en las once funciones, así, la mayoría de las deficiencias quedan calificadas como debilidades a superar.

Área de Intervención: Cumplimiento final de resultados y procesos claves.

Las principales fortalezas se refieren al desarrollo del marco regulatorio en salud pública; la existencia de políticas de salud; el adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia para identificar especialmente, daños a la salud; la existencia de estándares de evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; el desarrollo de normas y lineamientos; y la coordinación y alianza con otros actores que apoyen la reducción de daños por emergencias y desastres. Todas estas áreas deben ser mantenidas y perfeccionadas, especialmente en lo que se refiere al desarrollo de un sistema de vigilancia de amenazas y riesgos para la salud pública.

Las intervenciones prioritarias, para mejorar los procesos y la producción de resultados en las FESP, serían: acciones necesarias para hacer cumplir y monitorear el cumplimiento de las normativas de salud pública; el desarrollo de una agenda de investigación; fortalecer los mecanismos de medición y evaluación de la satisfacción de los usuarios; mejorar la calidad de la información para el monitoreo y evaluación de la situación de salud, así como del acceso a los servicios de salud; desarrollar la capacidad de gestión institucional para la reducción del impacto de emergencias y desastres y; la formulación de políticas para la formación del recurso humano orientado a la entrega de servicios adecuados y las características socioculturales de los usuarios.

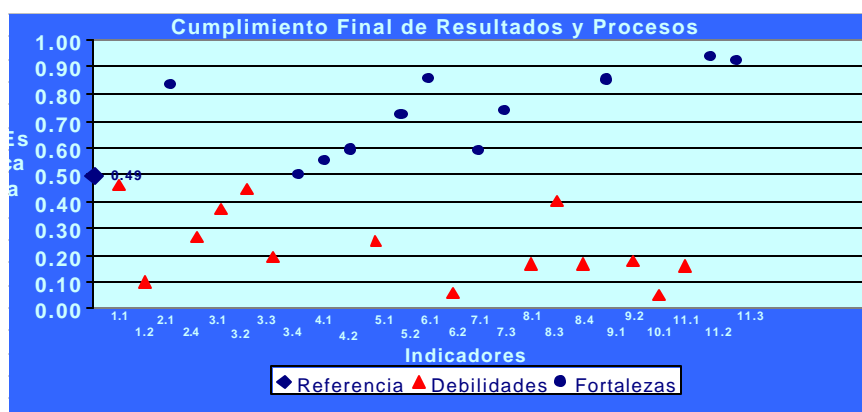
La capacidad de respuesta rápida y oportuna frente a problemas de salud pública, así como el desarrollo de estrategias orientadas a la información, la educación en salud y la comunicación social para la promoción de la salud, se ubicaron en el rango de desempeño intermedio, lo cual determina la necesidad de fortalecer dichas áreas.

El tipo de intervenciones para el mejoramiento de los procesos y de los resultados debe ser de carácter gerencial, mediante la adopción de medidas para que la capacidad instalada se utilice más eficientemente.

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

La siguiente gráfica resume los resultados obtenidos en esta medición para los indicadores de cada función correspondientes a esta área de intervención.

Gráfico 12



Área de Intervención: Desarrollo de capacidades e infraestructura.

Las principales fortalezas están dadas por la disponibilidad de expertos y de recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud, así como por la capacidad instalada de los laboratorios de la seguridad social y del laboratorio de referencia adscrito al Ministerio de Salud.

Otras fortalezas importantes son: la existencia de mecanismos para asegurar el acceso a los servicios de salud, la capacidad institucional para la investigación en salud pública, así como la capacidad de gestión de la cooperación internacional.

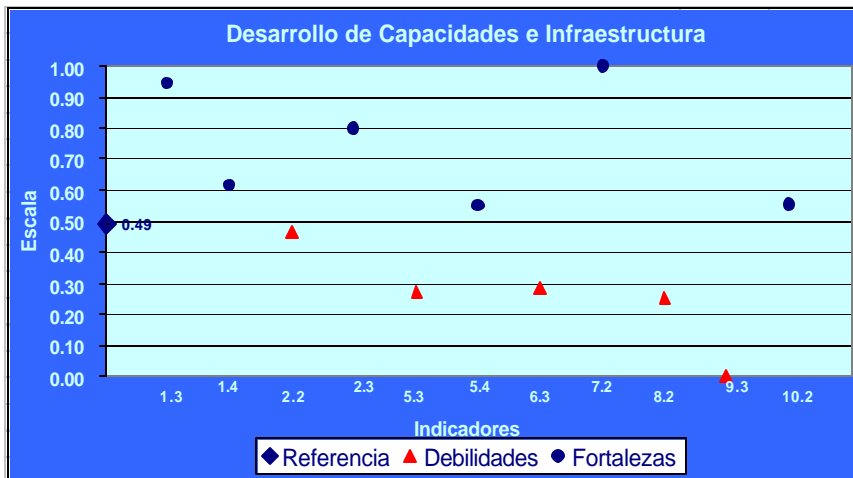
Las debilidades en las que habría que concentrar las intervenciones prioritarias, se relacionan con la ausencia de un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud y la escasa planificación de la formación del recurso humano adecuado a las necesidades del Sistema de Salud. Además existen debilidades para hacer cumplir las regulaciones sanitarias y el liderazgo de la ASN, así como para la conducción y dirección del Sector Salud.

En el rango de desempeño intermedio se deben fortalecer: la capacidad institucional para hacer cumplir la normativa en salud pública y, las competencias de evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

De este perfil, queda claro que las intervenciones para incrementar las capacidades institucionales son más de inversión en formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos. No se visualizan grandes deficiencias en el ámbito de la infraestructura para el desempeño de la salud pública.

La siguiente gráfica resume los resultados obtenidos en esta medición para los indicadores de cada función correspondientes a esta área de intervención.

Gráfico 13



Área de Intervención: Desarrollo de competencias descentralizadas

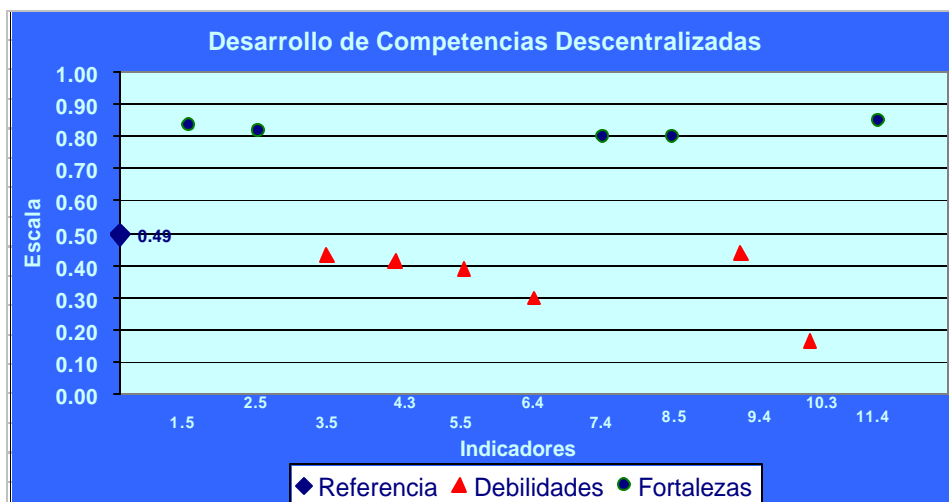
En general, el desarrollo de las competencias en los niveles subnacionales aparece como un área con fortalezas y con un nivel de desarrollo elevado para todas las funciones de salud pública.

Las principales debilidades en las que habría que enfatizar las intervenciones para fortalecer el ejercicio descentralizado de las FESP, son las relativas a la investigación en salud pública y a la falta de asesoría y de apoyo técnico para hacer cumplir la normativa vigente, así como fortalecer la capacidad del nivel local de supervisión y monitoreo de la situación de salud.

Además, se plantea la necesidad de asesoría para la promoción de la participación social en salud así como de apoyo técnico de los niveles centrales para el óptimo cumplimiento en los niveles subnacionales.

La siguiente gráfica resume los resultados obtenidos en esta medición para los indicadores de cada función correspondientes a esta área de intervención.

Gráfico 14



Principales logros del país después del proceso de medición

A partir de este primer análisis se vio la necesidad de avanzar en el desarrollo de planes de acción dirigidos a atender en forma prioritaria las funciones esenciales que resultaron con menor nivel de desarrollo en el nivel nacional: Investigación Esencial para el Desarrollo e Implementación de Soluciones Innovadoras en Salud Pública y Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública. Para ello se realizó un Foro Nacional que revisó y se mantienen trabajando el tema.

A la vez se vio la conveniencia de iniciar el proceso que permitiera contar con un instrumento ajustado para realizar la medición en el nivel regional. El proceso desarrollado por el país para el cumplimiento de acuerdos se resume a continuación:

Evaluación de medición de FESP en el nivel nacional (noviembre 2001).

Publicación y distribución de los resultados de la primera medición de FESP en Costa Rica (abril 2002).

Publicación del informe ejecutivo de FESP (abril 2002).

Definición de estrategias para la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las 9 regiones del país (junio 2002).

Presentación de la propuesta de trabajo para la medición regional a autoridades del sector salud y fuera del sector (agosto 2002).

Conformación y capacitación de equipos conductores del proceso en el nivel regional (septiembre 2002).

Reuniones de pequeños grupos de expertos (según función esencial) del nivel nacional y regional para ajustar el instrumento al nivel subnacional (septiembre a noviembre 2002).

Preparación de la nueva versión de software para procesar la información del nivel regional (octubre 2002).

Formulación de lineamientos de política y estrategias en salud para las funciones esenciales prioritarias: Investigación y Desarrollo de Recursos Humanos. (octubre- noviembre 2002).

Prueba piloto de la medición en una región (febrero 2002).

Medición de FESP en el nivel subregional (febrero a junio 2003)

G. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Costa Rica. Decreto Ejecutivo No 14313-SPPS-PLAN de 15 de febrero de 1983

Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de setiembre de 1998

Decreto Ejecutivo No. 30461 -S-MIDEPLAN de 5 de junio del 2002

responsabilidades del Ministerio de Salud desde el punto de vista legal y reglamentario para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el nivel nacional y regional.

Ley General de la administración pública. No 6227 del 2 de mayo de 1978.

Ley General de Salud No. 5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas.

Ley No 7374 del 3 de diciembre de 1993 “ Contrato de préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Ley Orgánica del Ministerio de Salud (5412) del 08 de noviembre de 1973

López, M. “Protección Social en Salud” Análisis del Sector Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002. Pág. 2.

Marín, Fernando. La Rectoría en Salud en Costa Rica: antecedentes y concepción inicial. San José, Costa Rica, 2002.

Ministerio de Salud. DDS/ UDES. Marco Conceptual de la Rectoría en Salud. Documento de Trabajo, 2002

Ministerio de Salud. Presentación en Taller de FESP 16 y 17 de setiembre 2002.

Ministerio de Salud. Memoria Anual 2002. A los 4 años de gestión. Costa Rica, 2002, Pág. 15

Ministerio de Salud. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. Presentada a MIDEPLAN y aprobada en nota D.M: 113-98. San José, Costa Rica 1998. Pág. 21.

Ministerio de Salud. Proyecto de Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. “Sistema de Rectoría en Salud y perfil estructural básico para su gestión”. San José, Costa Rica 1993

Ministerio de Salud. Proyecto rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. “Programa de mejoramiento de servicios de salud”. San José, Costa Rica 1992, Pág. 1.

Ministerio de Salud. Proyecto rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. “Perfil Funcional”. San José, Costa Rica 1992, Pág. 2

Ministerio de Salud/ Price Waterhouse. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 1998.

OPS. Desarrollo Institucional de la capacidad de rectoría en salud (Documento borrador). Washington, D.C., 2002. Págs. 23, 24.

OPS. Lineamientos metodológicos para el Análisis del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., setiembre de 2002.

OPS/ OMS Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública.
Marzo 2001

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. “Perfil del Sistema Servicios de Salud de Costa Rica”.

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. San José Costa Rica. 2002. Págs. 10,11,19

Stanley R. R Victoria, D. “El Sistema de Rectoría de la Producción Social de la Salud” . En Rectoría y Vigilancia de la Salud. Capítulo 2, . San José Costa Rica, 1994 Pág. 17.

Victoria, D. “Sistema de Rectoría de la Producción Social de la Salud”. En Rectoría y Vigilancia de la Salud. Capítulo II. San José, Costa Rica, 1994. Pág. 17.

CAPÍTULO VI
“PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD”

VI. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A. Resumen

Los propósitos de este capítulo son colaborar en el análisis del estado de protección social en salud y su contraparte, la exclusión, como determinantes importantes del estado de salud del país, presentando algunos indicadores disponibles para medir la exclusión por zonas geográficas o por grupos de enfermedad y para evaluar los factores del entorno que pueden afectar las estrategias destinadas a disminuir la exclusión.

Las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud se encuentran dentro de las llamadas iniciativas de protección social, entendiéndose estas como un conjunto de intervenciones públicas, orientadas a disminuir el impacto negativo de eventos adversos personales - como las enfermedades o el desempleo- o generales - como los desastres naturales- sobre los grupos sociales pobres y/o vulnerables¹.

La protección social en salud puede definirse como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.

Conceptualmente, cuando se producen fallas en los sistemas de protección social en salud aparece la exclusión. Por lo tanto, las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas orientadas a expandir la protección social.

Para la realización de este análisis es útil distinguir tres componentes:

La estructura de los sistemas de protección social en salud

La exclusión y su medición

Las estrategias destinadas a reducir la exclusión.

B. La Estructura del sistema de protección social en salud

Se distinguen tres grandes funciones: rectoría, aseguramiento y provisión.

Rectoría

La función de rectoría es la que impone las reglas del juego que rigen el funcionamiento del sistema, por medio de las acciones normativas y de regulación.. Esta figura teóricamente se ejerce por el Ministerio de Salud o por otro organismo, generalmente una Superintendencia, que puede o no depender del Ministerio de Salud. Para contribuir al buen funcionamiento del sistema, es recomendable que la función de rectoría esté nítidamente separada de las otras funciones, tanto en su diseño como en su implementación.

Este no es el caso de Costa Rica y pudiera explicitarse en que en el país tomó la decisión política, en forma muy temprana, de dejar la función reguladora, el aseguramiento y la provisión de los servicios en una sola institución: la Caja Costarricense del Seguro Social

¹ Una definición similar se puede encontrar en “Shielding the poor: social protection in the developing world” Editado por Nora Lustig/IDB, 2001, Pág.1.

¿Cómo ha variado el sistema de protección social a la salud en Costa Rica con la Reforma del Sector Salud? ¿Cuál es el desarrollo de la función reguladora?

Costa Rica, logró la cobertura universal en los servicios de salud, a inicios de la década de los setentas al definirse el traslado de todos los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud a la CCSS, al romperse los topes salariales a las contribuciones de la Seguridad Social y al fortalecerse los programas de extensión de cobertura en salud a poblaciones rurales y urbano marginadas, a cargo del Ministerio de Salud. Gran parte de este progreso social fue financiado con recursos externos y mientras la coyuntura internacional fue favorable, esta deuda pudo mantenerse dentro de límites relativamente manejables. Después de 1980, dado el deterioro en las condiciones del comercio exterior y agotado el recurso al endeudamiento externo, el país se enfrentó a la inevitabilidad del ajuste, 36 a la Reforma de Estado y dentro de esta a la Reforma del Sector Salud

Durante la crisis económica de la década de los ochentas, los programas financiados por el Ministerio de Salud, recibieron el mayor peso de la crisis, ocasionando el cierre de establecimientos y movilidad laboral, especialmente en la categoría de personal técnico, originando la caída de las coberturas en las acciones de los programas de atención primaria, dirigidos a poblaciones rurales dispersas y urbano marginales y en forma general de los programas de Salud Pública.³⁷

En este contexto, se aprueba una nueva modalidad de aseguramiento, “Asegurados por el Estado”, por medio de la cual se da un subsidio del Estado a la CCSS, para cubrir la atención médica de los indigentes. Esta modalidad de aseguramiento, creada por Decreto Ejecutivo en el periodo 86-90, establecía que la selección de esta población estaría a cargo de los funcionarios de los Programas de Atención primaria del Ministerio de Salud, sin embargo al final de ese periodo, por el fracaso en el desarrollo de mecanismos de coordinación interinstitucionales, se traslada esta responsabilidad a la CCSS, quien a partir de esa fecha, es la responsable de definir los criterios de este tipo de seguro.

En el periodo 90-94, en el marco de la negociación del III Programa de Ajuste Estructural (PAEIII) se publica por el Ministerio de Planificación³⁸ la primera versión de la Reforma del Sector Salud en Costa Rica, que parte de los principios de racionalidad, eficiencia y democratización, asumiendo los compromisos de “Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud; Operacionalización del enfoque de atención integral de la salud; Readecuación de la apertura programática presupuestaria; Desconcentración/descentralización administrativa y funcional; Consolidación de nuevas modalidades de administración de servicios y su financiamiento; Traslado de riesgos del trabajo del INS a la CCSS y traslado de acueductos municipales a AyA.

En 1995, se inicia la transferencia de los servicios de atención a las personas del Ministerio a la CCSS, entre ellos: el Programa de atención primaria, el Programa ampliado de inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el de Tuberculosis, el Programa de Dermatología Sanitaria; el Programa de odontología sanitaria; el de Control de Enfermedades de Transmisión sexual. “Con la transferencia de todos estos programas a la CCSS, el Ministerio podía dedicar cada vez más energía a la Rectoría (...) estaría en condiciones de reorganizarse internamente para desarrollar y fortalecer gradualmente la excelencia técnica y la capacidad operativa necesarias para ejercer la rectoría...”³⁹

Entre 1994 y 1995, se organizan diferentes equipos técnicos interdisciplinarios en el Ministerio de Salud, con el propósito de elaborar los planteamientos teóricos para el desarrollo de la rectoría. Uno de ellos es la Comisión de Regulación que, con el apoyo técnico de la OPS/OMS, elabora los marcos conceptuales de la propuesta.⁴⁰ A la función estratégica de regulación se le señalan dos productos concretos: el control de la calidad

36 Garnier Leonardo. La política social en tiempos de ajuste, 1994

37 Ministerio de Salud, Comisión de Regulación. Función de Regulación del Desarrollo de la Salud, pág5-7, 1995

38 MIDEPLAN. La reforma del Sector Salud en Costa Rica, 1993

39 Ministerio de Salud. Informe Anual 1996, pág88-90.

40 Ministerio de Salud. Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Función de Regulación del Desarrollo de la Salud. Programa Nacional de Acreditación y Garantía de Calidad, junio 1995

de atención y el control de gastos, inversión y costos en salud, como resultado del desarrollo de cinco tipos básicos de tareas:

La normalización y reglamentación sanitaria.

La coordinación entre organizaciones, niveles de gobierno y sectores de la economía.

El desarrollo del sistema que incluye: la formulación de políticas, la planeación estratégica, la participación social en salud, la evaluación y la identificación de prioridades de inversión en infraestructura y recursos humanos.

La gestión financiera, que incluye la identificación y movilización de nuevas fuentes de financiamiento, control de costos y la promoción de la equidad financiera.

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

De esta propuesta, como función reguladora, a finales de este periodo, en el Ministerio de Salud, se reconocen los subsistemas de controles y registros de medicamentos, alimentos y equipos médicos; el de servicios de salud y los de protección al ambiente humano.

En 1997 se publica⁴¹ el “Manual de Organización y Funciones”, que define la misión de la rectoría en los siguientes términos:

“Garantizar que la producción social de la salud se realice de manera eficiente y contribuya a mantener y mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo del país bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad”, por medio de una función general de Dirección y Conducción y cuatro funciones estratégicas específicas de: planificación estratégica; vigilancia de la salud, Investigación científica y tecnológica y regulación. Los productos señalados en el Manual son la misma “rectoría ejercida sobre los actores sociales que intervienen en la producción social de la salud y los servicios brindados por los programas operativos.”

En este Manual, se define la regulación⁴² como función que se “...encarga de controlar y evaluar las actividades que afectan los niveles de salud, velando por el cumplimiento de las políticas, decretos, leyes, normas y reglamentos vigentes: El control y la evaluación se realizarán por medio de mecanismos ágiles y eficientes de monitoreo, observación, auditoría, aseguramiento de la calidad y otros.” En este documento, claramente se elimina toda mención relacionada con el financiamiento, control de costos, gastos o inversión en salud.

A finales de 1996, en un informe de consultoría del BID sobre el tema, se señalaron los siguientes problemas en el desarrollo y consolidación de la Rectoría⁴³

Falta de delimitación del concepto de “producción social de la salud”, que puede conferir a la misión institucional una dimensión inabarcable e ineficiente.

Retardo en el tiempo de desarrollo del proceso

Conceptualización predominante de una rectoría normativista (de control de la legalidad) y poco desarrollo de una conceptualización de evaluación de la eficiencia y la eficacia de los servicios.

Debilidad o inexistencia de una coordinación operativa entre la CCSS y el MS, que se agrava porque no coinciden en la definición de las regiones de salud.

41 Ministerio de Salud. Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Funciones rectoras y programas especiales de salud pública. San José, diciembre 1997

42 Ministerio de salud. Manual de Organización y Funciones, pág 9, 1997

43 Ministerio de Salud, OPS/OMS. Evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el 2000, tercera evaluación, pág 9, marzo de 1997

Excesiva centralización administrativa y disfunciones de coordinación entre los diferentes niveles de gestión secundarias a la inexistencia de un sistema de programación e información y de autonomía presupuestaria.

Recursos humanos no motivados y con deficiente capacitación en los procesos de análisis, priorización y evaluación, fundamentales para el ejercicio de la rectoría

En 1998 el Ministerio de Planificación, aprueba el ya citado Manual de Funciones, y bajo esta perspectiva, se aprueban en el 2000-2001 la estructura organizativa y el manual de puestos. De esta forma se abandona oficialmente, por parte del Ministerio de Salud, sus responsabilidades en el aseguramiento de la población y en el control del financiamiento del sector salud

Como conclusión del tema se tiene que en Costa Rica la protección social en salud opera por medio de una institución, estatal, autónoma, la Caja Costarricense del Seguro Social. El financiamiento es de tipo tripartito: empleado, empresa y estado, con una tendencia clara en los últimos años a ser más bipartito que tripartito. No existe seguro de desempleo, pero sí un tipo de seguro por el Estado, que subsidia la atención de la población indigente. Las regulaciones del financiamiento en salud y de las prestaciones en salud dependen directamente de esta única entidad. La integración con el sector privado de atención, se da en grados variables por la compra directa de servicios y últimamente por la intervención creciente de este sector en la atención del primer nivel bajo la modalidad de pago per cápita anual de la población adscrita.

Además el INS, que opera bajo la modalidad de protección a los riesgos del trabajo y a los accidentes de tránsito, se financia y atiende estos incidentes por medio de pólizas de seguro individuales, financiadas bipartitamente por el empleador y el trabajador para los riesgos del trabajo y por medio de las pólizas obligatorias del seguro automotor en el caso de accidentes de tránsito. Tiene servicios de prestación directa y además de compra de servicios al sector privado y a la misma Seguridad Social. La función reguladora de este componente se ejerce desde el mismo INS.

Cuadro 1

Organización de los Sistemas de Protección de Salud

Sistema	Único	Mixto	Mixto	
Administración	Seguridad social	Sector privado	INS	
	Estatal	Privada	Estatal	Grados variables de Integración
Financiamiento	- Aportes afiliados (trabajadores formales) - Aportes empleadores - Aporte Estado	Pago por servicios Pago per cápita	Riesgos del trabajo Accidentes Seguros privados	

La integración del sistema de protección social es alta, sin embargo, en su conjunto, se evidencia un sistema regulatorio débil, fragmentado y poco desarrollado, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas, no tanto en la relación usuario - proveedor de servicio, como en el flujo de las relaciones con el sector privado y entre sí de las dos instituciones estatales responsables de la protección social en salud.

Cada institución estatal (CCSS e INS) tiene integradas todas las funciones: regulación, aseguramiento y provisión, estableciendo cada una sus propias reglas de juego en sus interacciones entre sí y con el sector privado.

Existe evidencia de la importancia creciente de la compra de servicios por parte de la Seguridad Social y por otra parte, este tipo de compra es usual en el INS. Ante la ausencia de regulaciones externas y en un mercado de pequeño tamaño, las reglas del juego serán impuestas por el sector privado, quien decidirá cuándo, cómo y adónde.

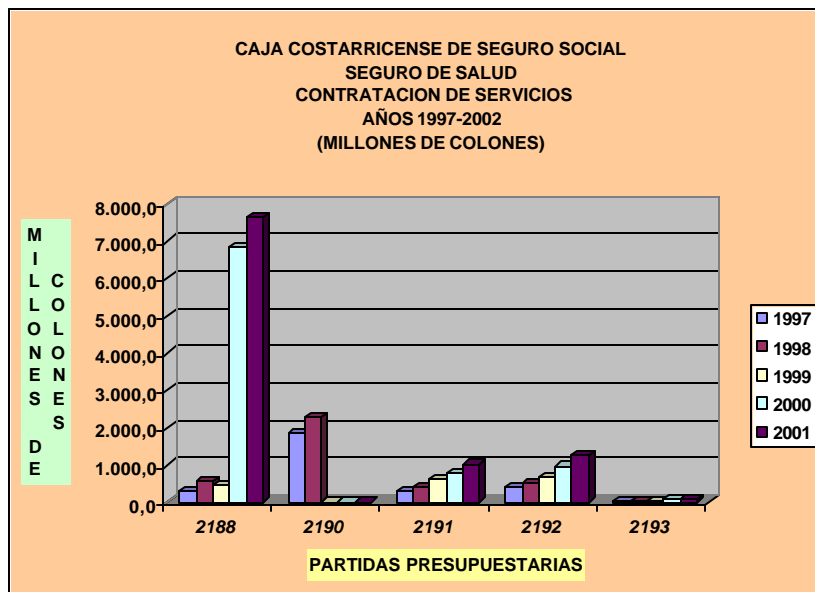
cuadro2

Caja Costarricense de Seguro Social
Seguro de Salud
Contratación de Servicios
Años 1997-2001
(En millones de colones)

AÑO	2188	2190	2191	2192	2193	TOTAL	% VAR..
1997	301,7	1.843,0	300,1	376,5	37,7	2.859,0	-
1998	566,3	2.267,4	404,3	517,8	46,1	3.801,9	33,0
1999	4.544,6	0,0	600,5	670,2	51,7	5.867,0	54,3
2000	6.819,1	0,0	789,0	962,9	56,6	8.627,6	47,1
2001	7.630,4	0,0	1.012,2	1.259,4	60,3	9.962,3	15,5

FUENTE: Informes de Liquidación Presupuestaria más Inf. Liquidación Compromisos Presupuestarios 1

- 2188- Contratación Serv. Méd. Farmacia y Lab.
- 2190- Contratación Serv. Area Salud
- 2191- Contratación Limpieza de Edificios
- 2192 Contratación de Servicios de Vigilancia
- 2193 Contratación de Serv. Mant. Zonas Verdes



Aseguramiento

La función de aseguramiento tiene que ver con garantizar o asegurar el acceso a las atenciones de salud desde el punto de vista económico y se compone a su vez de las funciones de financiamiento y compra. Al interior de la función de financiamiento se puede distinguir, entre otras, la función de recaudación de los aportes. Al interior de la función de compra, están las funciones de establecimiento de costos y precios y de pago a proveedores.

Cobertura del Seguro Social de salud a partir del Censo de Población 2000.⁴⁴

Uno de los rasgos fundamentales del sistema de salud costarricense, es el predominio de un seguro público, universal y solidario, responsable del financiamiento y provisión de la mayor parte de los servicios de salud brindados en el país. El principio de universalidad que rige al denominado Seguro de Salud, dispuesto legalmente desde 1961, refleja la voluntad de los legisladores de extender esta protección a todos los ciudadanos del país, conforme al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de todo hombre por su simple condición como tal. No obstante, es importante señalar que este concepto no implica el acceso irrestricto en todo momento y circunstancia por parte de cualquier ciudadano a los servicios otorgados por los centros de atención públicos, pues teóricamente debe encontrarse de antemano inscrito en alguna de las modalidades de aseguramiento creadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.). Los únicos servicios que son otorgados independientemente de la condición de aseguramiento son los definidos como de atención primaria y las consultas de urgencias, pero incluso estas últimas, están sujetas al cobro posterior, en el caso de las personas no aseguradas.

C. MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO EN EL SEGURO DE SALUD

Los seguros sociales en Costa Rica nacen bajo principios doctrinales “bismarckianos”, en el sentido de que la población sujeta a protección en un inicio estaba constituida únicamente por los trabajadores asalariados y sus familiares. No obstante, con la promulgación de la Ley de universalización de los seguros sociales en 1961, la C.C.S.S adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir a la totalidad de la población nacional.

En los años siguientes, la institución diseña un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento, con el propósito de incorporar aquellos contingentes no afiliados al Seguro de Salud. Durán (1998) enumera cuatro cambios fundamentales relacionados con este fin:

En 1975 se establece la protección para los trabajadores no asalariados; inicialmente la afiliación es obligatoria, pero por limitaciones de carácter jurídico pasa a ser voluntaria a partir de 1978.

En 1976 se obliga a todos los pensionados, de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a contribuir al Seguro de Salud; los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión, o bien son responsabilidad directa del pensionado.

En 1984 se crea una modalidad de aseguramiento para la protección de los pobres, financiada por el Estado, y sobre la base de núcleos familiares, denominada Seguro por Cuenta del Estado.

A mediados de la década del 80, se desarrolla una modalidad de aseguramiento colectivo para trabajadores independientes y no remunerados, agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, denominada Convenios Especiales.

Este esquema se complementó con una directriz del Poder Ejecutivo, avalada e implantada por la Caja a inicios del decenio de 1980, mediante la cual se abre la atención de los servicios de urgencias en los centros de salud (clínicas y hospitales) a toda la población, independientemente de la condición de aseguramiento, de manera tal que prevalece el derecho a la salud instituido en la Constitución Política.

⁴⁴ Gustavo Picado Chacón y & Virginia Salazar Figueroa, C.C.S.S.

En consideración al desarrollo histórico reseñado, es posible identificar las siguientes modalidades de aseguramiento del Seguro de Salud:

Asalariado: Es un seguro obligatorio y aplica para todos aquellos trabajadores que mantienen una relación obrero-patronal convencional, caracterizada por los principios de subordinación, prestación de servicio y remuneración. El patrono es el responsable de reportar a la Caja sus trabajadores y deducir de los salarios las correspondientes cuotas.

Por cuenta propia o convenio: Es un seguro voluntario y es suscrito fundamentalmente por personas que trabajan por cuenta propia, como patronos, familiar no remunerado y en algunos casos por desocupados.

Esta categoría incluye también a los trabajadores asegurados mediante convenios especiales entre la C.C.S.S. y entidades públicas o privadas tales como asociaciones, sindicatos, cooperativas y otras más.

Pensionado: Esta modalidad cubre a las personas que se pensionaron bajo alguno de los regímenes de pensiones existentes en el país a saber: Régimen No Contributivo, Régimen de I.V.M., Régimen de Hacienda, Magisterio Nacional, Régimen del Poder Judicial y otras instituciones públicas.

Familiar: Es el tipo de seguro que protege a los familiares de los asegurados directos asalariados, pensionado, por cuenta propia o por convenio, considerando dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

Por cuenta del Estado: Incluye a todas aquellas personas de escasos recursos económicos y que no tienen posibilidades de asegurarse mediante ninguna otra forma. La ley obliga al Estado a asegurar esta población previo estudio de su situación socioeconómica. Este seguro cubre a todo el núcleo familiar del asegurado directo por cuenta del Estado.

En todas estas modalidades de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud se realiza bajo las mismas condiciones, tanto para el asegurado titular como para sus familiares.

D. EVOLUCION DE LA COBERTURA, 1984-2000

En el período intercensal la tasa de aseguramiento del Seguro de Salud aumentó poco más de diez puntos porcentuales, pues pasó de 71.2% en 1984 a 81.8% en el 2000. La causa fundamental de este avance responde a la creación del Asegurado por Cuenta del Estado, el cual permite a las familias y personas pobres afiliarse al Seguro de Salud, previa comprobación del estado de necesidad. La discrepancia en las tasas de aseguramiento por género se mantiene, pero con una ampliación de la brecha a favor de las mujeres.

Cuadro 3
Población nacional según modalidad de aseguramiento
Censos 1984 y 2000

Modalidad de aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19.2	26.5	11.9	18.7	25.0	12.5
Seguro Voluntario	4.5	6.7	2.3	6.6	10.0	3.2
Asegurado Familiar	44.6	33.6	55.7	43.2	32.0	54.3
Por Cuenta del Estado				8.5	7.4	9.6
Otro tipo	2.8	2.7	3.0	4.7	4.9	4.5
No tiene	28.8	30.4	27.1	18.2	20.6	15.9
Principales Indicadores						
Tasa de aseguramiento	71.2	69.6	72.9	81.8	79.4	84.1
Dependencia contributiva	3.0	2.1	5.1	3.2	2.3	5.4

Fuente: Gustavo Picado y Salazar, CCSS

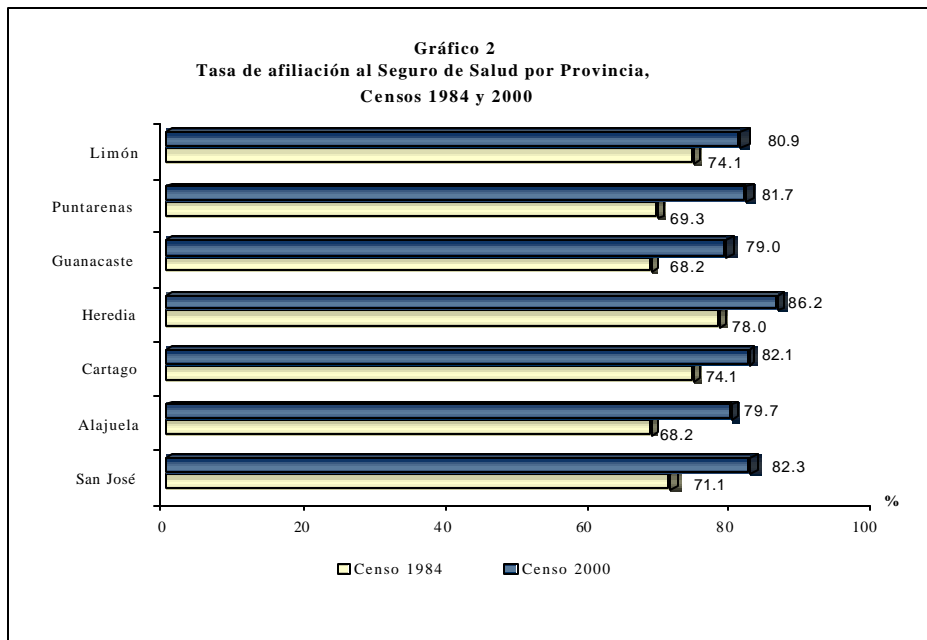
Por otro lado, se denota un aumento relativo de la importancia del Seguro Voluntario respecto al Seguro de los Asalariados, variación que es producto en parte del aumento en la fuerza de trabajo que se desempeña en actividades por cuenta propia, así como, gracias al establecimiento de una nueva modalidad de aseguramiento destinada a cierto segmento de este grupo de trabajadores denominada Convenios Especiales. (Podría señalarse otra posible razón a este aumento en esta modalidad, y es la flexibilización laboral⁴⁵)

La cifra aportada por el Censo del 2000, constituye una señal de alerta para los hacedores de políticas a lo interno de la C.C.S.S, pues indica que casi una quinta parte de los habitantes de este país no están incluidos en ninguna de las modalidades de aseguramiento existente.

E. RESULTADOS POR AREA GEOGRAFICA

El progreso exhibido en la tasa de afiliación al Seguro de Salud, es un resultado casi generalizado por provincia y cantón. En el caso de las provincias, todas muestran un aumento, con la particularidad de que aquellas con una menor tasa en 1984, crecieron más aceleradamente. En consecuencia la brecha entre ellas tiende a reducirse, aunque las posiciones según el valor de este indicador se mantienen.

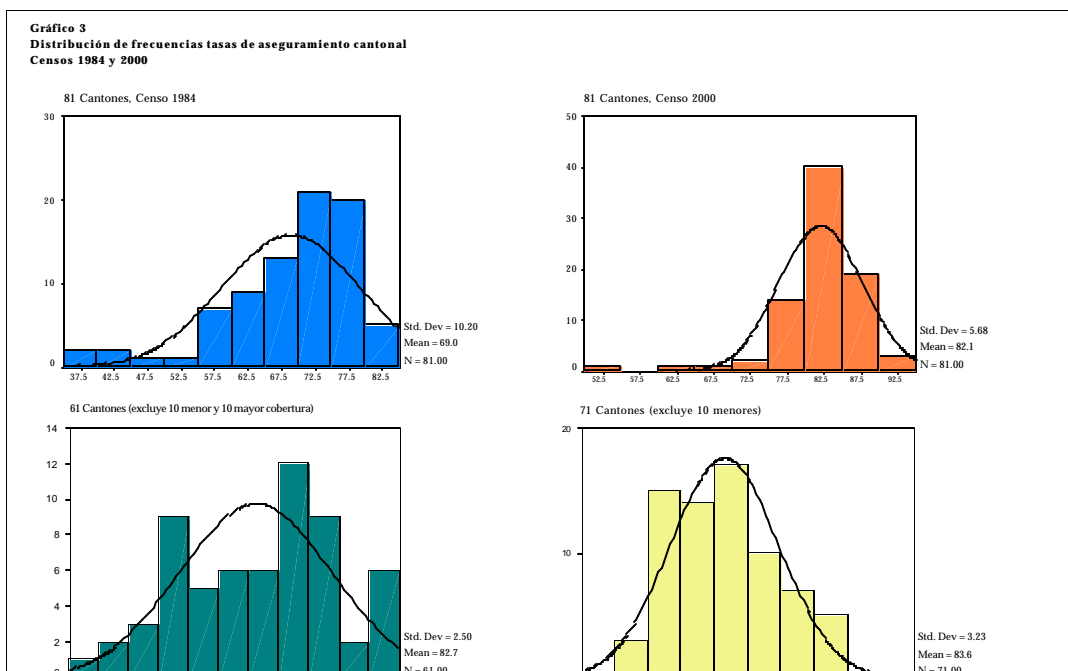
⁴⁵ Observación personal: MELópez



De acuerdo con el censo del 2000, Heredia continúa siendo la provincia con la más alta tasa de afiliación, en tanto, Alajuela y Guanacaste conservan los menores valores de este indicador. En las posiciones intermedias, el cambio de mayor importancia es el arribo de San José al segundo lugar, en contraposición a la caída de Limón hasta el quinto puesto.

El análisis del nivel de aseguramiento por cantón indica ganancias en la tasa de cobertura de casi todos, con excepción de Upala y La Cruz, que precisamente son los dos cantones con el porcentaje de personas afiliadas al Seguro de Salud más bajo del país. Los cantones con mayor avance en la cobertura en el período 1984-2000 son Acosta, Los Chiles y León Cortes, en ese orden, respectivamente.

Otro aspecto positivo en esta evolución, es que la brecha entre el cantón de mayor y el de menor cobertura descendió respecto a la registrada en 1984. Además, la variabilidad alrededor del promedio también es, una medida que evidencia la similitud de tasas de cobertura entre los cantones.



La desviación estándar de la tasa de cobertura desciende casi a la mitad, con la exclusión de los diez cantones con menor cobertura y los diez cantones con mayor cobertura. Este resultado evidencia una extraordinaria paridad entre una gran cantidad de cantones.

De manera más precisa, el Cuadro 4 presenta los diez cantones con mayor y menor nivel de cobertura, así como el valor de algunas variables consideradas explicativas de las diferencias entre estos grupos opuestos.

Cuadro 4
Cantones con mayor y menor nivel de afiliación del Seguro de Salud

Cantón	Tasa de Cobertura		Posición	IDS 2000	% Población		% Aseg. Cta. Estado
	2000	1984			Extranjera	Pobre	
Montes de Oro	90.8	78.8	1	63.9	2.8	29.7	13.2
Flores	90.4	81.5	2	100.0	4.6	1.0	6.3
Jiménez	90.0	83.7	3	59.3	1.9	19.3	5.4
León Cortés	89.4	57.1	4	38.0	3.0	30.2	6.4
Barva	89.3	78.9	5	63.3	4.0	17.2	10.1
Santa Bárbara	88.9	76.6	6	69.4	5.0	14.1	10.0
Pérez Zeledón	88.5	75.8	7	48.9	1.6	24.6	11.9
Atenas	88.1	77.6	8	68.8	5.5	7.5	4.9
San Pablo	87.6	79.6	9	74.3	4.8	11.6	5.6
Belén	87.5	80.6	10	94.9	9.2	1.0	4.6
Promedio	88.7	76.9		62.0	3.5	18.7	9.3
Los Chiles	77.0	36.0	72	8.9	27.1	43.8	6.8
Alajuelita	76.7	67.0	73	58.7	11.2	31.3	18.5
Nandayure	76.5	59.3	74	53.1	1.7	33.1	22.6
Santa Cruz	76.4	64.5	75	52.8	3.9	33.2	11.9
San Carlos	75.7	63.3	76	45.5	12.1	19.5	7.9
Garabito	73.2	56.1	77	48.3	13.5	24.9	7.9
Golfito	73.0	57.6	78	44.0	4.2	35.9	14.0
Talamanca	67.9	40.1	79	0.0	18.6	49.7	21.2
La Cruz	63.9	66.1	80	16.4	21.2	44.6	8.5
Upala	53.3	58.1	81	17.4	15.3	38.2	32.8
Promedio	72.6	60.2		40.0	12.1	31.3	11.9
Promedio Nacional	81.8	71.3		60.1	7.7	21.3	8.5

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en los Censos de 1984 y 2000.

Esta lista de los diez cantones con menor nivel de aseguramiento está compuesta básicamente por los cantones fronterizos con Nicaragua y Panamá, que tienen un alto componente de población migrante, empleada en actividades agrícolas, y niveles de pobreza elevados. El único cantón urbano de esta lista es Alajuelita, una de las más importantes áreas marginales del Gran Área Metropolitana y donde, de acuerdo con la clasificación de segmentos censales propuesta por el INEC, uno de cada cuatro segmentos se ubica en el nivel bajo, que corresponde al estrato de mayor deterioro socioeconómico (MIDEPLAN, 2001).

En relación con el Censo de 1984, los cantones que se mantienen en la categoría de menor cobertura son Talamanca y Los Chiles. No obstante, este último tuvo un avance de poco más de 40 puntos porcentuales,

situación que le permitió pasar del cantón con menor cobertura al décimo puesto en esta categoría en el año 2000. En el grupo de los de mayor cobertura, la mitad de los cantones que lo forman también se encontraban incluidos en 1984 (Montes de oro, Flores, Jiménez, Barva, Belén).

En esta etapa del estudio, una de las interrogantes fundamentales es ¿cuáles son los determinantes de los niveles de cobertura? La construcción de una posible respuesta requiere, en primer lugar, revisar el enfoque simplista de que la condición de aseguramiento de las familias depende comúnmente de la exhibida por el jefe de familia. Por otro lado, es necesario esquematizar la presencia de personas no aseguradas como el resultado de tres posibles situaciones: evasión (asalariados), decisiones personales (cuenta propia) y la no-gestión administrativa del Seguro por Cuenta del Estado (personas en estado de pobreza).

El Cuadro 4 sugiere un par de determinantes. El porcentaje de población extranjera es cuatro veces mayor en los cantones con menor cobertura respecto a los de mayor cobertura. El conocimiento en el tema, apunta a la contratación de estas personas en condiciones laborales precarias y donde uno de los incumplimientos de ley habituales es la negación de su derecho a contribuir al Seguro de Salud. Lógicamente, el entorno inmediato en que se da la relación de trabajo, permite al patrono actuar de este modo, pues generalmente el empleo es ocasional y la abundancia de mano de obra a bajo costo reduce las demandas de quienes pretenden ser contratados.

Por otro lado, la concentración de pobreza es otro elemento que está asociado positivamente con la presencia de altas tasas de personas no aseguradas. Los tres cantones con peor cobertura, Upala, La Cruz y Talamanca, promedian poco más de un 40% de las personas pobres, y el grupo en general un 31.3%. En esta variable, la diferencia es acentuada respecto al grupo opuesto, que muestra un 18.7% en promedio de pobreza.

Las áreas geográficas con niveles de pobreza altos, deben contar con proporciones mayores de asegurados por cuenta del Estado. La evidencia apunta en esa dirección, no obstante, los niveles no parecen corresponder entre sí, cuestión que sugiere la necesidad de apoyar un proceso de divulgación entre estos cantones de baja cobertura sobre la protección del Seguro por Cuenta del Estado. No obstante, en este aspecto es indispensable señalar que la práctica común de las personas de escasos recursos es tramitar este seguro en el momento justo que requieren la atención médica. Por otro lado, las unidades responsables en cada centro de atención de tramitar este seguro, presentan a menudo débiles controles y la falta de un seguimiento adecuado del curso que toma la gestión del seguro en cuestión.

En lo que corresponde a los asalariados, los estudios sobre la evasión han evidenciado que no son las características socio-económicas a nivel individual o familiar que diferencian el grupo de trabajadores que tienen seguro de aquellos que no. Dada la obligatoriedad que tiene el seguro para los asalariados, por el contrario, características de la actividad y el tamaño de la empresa. Por ejemplo, aspectos tales como: informalidad del empleo, ocasionalidad, jornada laboral (total o parcial), una empresa de pequeño tamaño en términos de empleados y la rama de actividad económica que desarrolla, son algunas importantes características que definen la propensión a evadir las responsabilidades con el seguro social. Por ejemplo, existe abundante evidencia nacional e internacional, que señala a la agricultura e industria manufacturera de pequeños establecimientos, la construcción en general y el servicio doméstico, con actividades con una cobertura de apenas un 25 % o 30%.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares del 2001, la tasa de utilización de consultas ambulatorias de la categoría de no aseguradas fue de 1.1 consultas por persona al año, que aunque es la tasa más baja de toda la población, y casi la mitad del promedio general, apoya la afirmación de que, a pesar de su condición de aseguramiento, este grupo humano tiene acceso a la red de servicios públicos de salud. Ciertamente, este resultado puede interpretarse como una consecuencia de las barreras administrativas que se imponen a su ingreso a la red de servicios públicos, la satisfacción de sus necesidades de atención médica por otros medios (servicios del sector privado), una cierta “represión de la demanda” y en última instancia, un requerimiento real inferior a los otros grupos de asegurados.

F. CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos recopilados en el Censo de Población y Vivienda la tasa de cobertura del Seguro de Salud aumentó poco más de 10 puntos porcentuales respecto a la registrada en 1984, para ubicarse en un 81.8% de la población total. El incremento estuvo impulsado por el establecimiento de la modalidad de aseguramiento por Cuenta del Estado, que permite el acceso a los servicios de salud públicos a las personas en estado de pobreza sin capacidad para pertenecer a ninguna de las otras modalidades existentes. No obstante, aunque de manera más modesta, es importante destacar la contribución de otra nueva modalidad creada en el período entre los respectivos Censos, conocida como Convenios Especiales.

Por otro lado, una circunstancia que preocupa, es que la dependencia contributiva creció, es decir, los trabajadores que contribuyen directamente con el financiamiento del Seguro de Salud son proporcionalmente menos respecto aquellos que no aportan. Esta situación que es notoria en la realidad, convierte las transferencias gubernamentales en una fuente indispensable de ingresos. En un futuro no muy lejano, es necesario llevar a cabo una revisión sobre el papel del Estado en el financiamiento del Seguro de Salud, pues como se señaló en el estudio, el acceso a la red de servicios públicos no está condicionado por la condición de aseguramiento.

En el aspecto geográfico, los resultados destacables son un progreso generalizado en la tasa de cobertura del Seguro de Salud en el ámbito provincial y cantonal, con tan solo un par de cantones que exhibieron retrocesos en este indicador. Pero además de esta avance, las diferencias entre cantones disminuyó, con al menos 60 cantones con una cobertura por encima del 80%. Los cantones expuestos a problemas en la cobertura del Seguro de Salud son principalmente aquellos fronterizos a Nicaragua y Panamá, caracterizados por una alta concentración de personas pobres, extranjeras indocumentadas y empleados en actividades agrícolas de carácter ocasional. La Caja Costarricense de Seguro Social debe establecer programas focalizados para identificar las personas no cubiertas de estas zonas, e incluirlas en la modalidad de aseguramiento que les corresponda.

El estudio aporta alguna evidencia sobre los determinantes de las diferencias en el nivel de aseguramiento por cantón. Es factible sugerir que poblaciones con una alta concentración de pobreza y población extranjera, condiciones que guardan una estrecha relación, están expuestas a niveles de aseguramiento bajos.

Aseguramiento según etnia⁴⁶

Un 96.2% de la población, dice no pertenecer a ninguna etnia específica de las mencionadas en el censo, este grupo demuestra un nivel de cobertura (82.0%) que define por su amplia ponderación el nivel de la generalidad de la población (81.8%). En cambio puede apreciarse que los miembros de etnias aborígenas y china, demuestran proporciones inferiores (70.1% y 71.1% respectivamente) y la etnia afrocaribeña, sobrepasa el indicador nacional con un 83.6% de aseguramiento.

Cuadro 5

Aseguramiento según Etnia en el año 2000

	Indígena	Negra o afrocostarricense	China	Ninguna anterior	Ignorado
Porcentaje de la Población	1,68%	1,91%	0,21%	93,66%	2,55%
Aseguramiento	70,1%	83,6%	71,1%	81,9%	82,8%
Aseg. Cta. Estado / Aseg. Total	42,1%	7,0%	3,9%	10,0%	11,6%
Aseg. Contributivo / Aseg. Total	21,5%	38,4%	48,0%	36,0%	33,0%

Fuente: Censo del año 2000.

Como razones de mayor peso para tal comportamiento, pueden citarse las diferentes distribuciones en lo referente a categoría ocupacional y actividad económica presentadas por los distintos grupos étnicos, así como el grado de acoplamiento con el resto de la sociedad costarricense (que va desde un aislamiento social y económico en el grupo indígena a una cohesión casi plena de la población negra con el resto de la población, pasando por un aislamiento social del grupo oriental pese a su amplia comunión en aspectos económicos); además tiene un peso

importante la existencia de medicina tradicional propia de la etnia, en el caso de los indígenas y chinos, sin dejar de mencionar aspectos geográficos.

Indígenas

Las personas declaradas pertenecientes (por ascendencia, mestizaje o autoadscripción) a cualquier grupo originario de Costa Rica, aunque no se encuentren en los llamados territorios indígenas del país, así como quienes pertenecen a un grupo indígena no costarricense, son tomadas en el censo 2000 como parte de esta etnia. Como ya se mencionó tal grupo muestra el menor nivel de aseguramiento (70.1%); así como una cobertura por cuenta estatal, que abarca un 42% de los asegurados totales, mientras solo 21.5% de los asegurados contribuyen al sistema.

Dentro de los censados que dijeron pertenecer a esta etnia un 58%, vive fuera de los territorios indígenas (40% viven fuera de los distritos donde se ubican los territorios), y a su vez no se les reconoce pertenecientes a ninguno de los grupos indígenas (ya que la pregunta sobre grupo indígena solo se aplicó dentro de los territorios); dentro de este grupo el porcentaje de cobertura es de 73.3%, mientras un 20.1% de los asegurados lo son por cuenta estatal, valores poco halagüeños en comparación con la población en general, pero mejores que los del resto de la población indígena.

Los indicadores de aseguramiento para los habitantes de los territorios indígenas van desde un 0.4% en el Telire (100% de los asegurados por cobertura estatal), hasta un 100% en Zapatón (75.9% del aseguramiento otorgado por el estado, y solo 3.7% contributivo). La cobertura estatal dentro del aseguramiento indígena, varía de un 39% en Quitirrisí, a un 100% en Telire; el valor medio de ambos indicadores es de 65.7% de aseguramiento, y 74.4% para la cobertura por medio del estado.

En lo concerniente a grupos indígenas el que menor porcentaje de personas aseguradas muestra es el cabécar (46%) mientras el maleku o guatuso (98.6%). En razón de la proporción de asegurados por el estado entre los asegurados totales los valores van desde 41.4% los huetares a 98.6% los malekus.

Parte de las características que pueden propiciar la distribución particular de la cobertura en la población indígena, es la preponderancia del trabajo informal en actividades que de por sí poseen bajos niveles de aseguramiento (especialmente la agricultura), la existencia de minifundios donde el trabajo familiar es el más habitual e indicadores de pobreza ampliamente superiores a los del resto de la población (según el método de necesidades básicas insatisfechas).

Debe de reconocerse dentro de los datos el sesgo habitual existente en la información sobre la cobertura (la persona encuestada –por lo habitual un ama de casa- no conoce el estado de aseguramiento del jefe de familia o de otros miembros de esta). Además la población de escasos recursos –como la mayoría de la población indígena- es asegurada por el estado en razón de tal condición, mas la mayoría no formaliza el beneficio hasta ocupar los servicios del Seguro Social.

La lejanía de los centros de atención y administración que hace poco viable el traslado hasta ellos por parte de la población indígena y la falta de información sobre sus derechos debido al aislamiento cultural y geográfico, son motivos para que la relación con el seguro social no sea formalizada en una mayor proporción; además propician la autoexclusión, o la preferencia por tratamientos tradicionales, en lugar de los métodos ofrecidos por la Caja.

Chinos

Personas autoidentificadas a la tradición cultural de China Continental, Taiwán o Hong Kong, se toman dentro de esta etnia. En la etnia la cobertura del aseguramiento (71.1%) es inferior al promedio, y tan solo un punto porcentual por sobre el nivel de aseguramiento de la población indígena, mas contrario a esta última muestra el porcentaje de aseguramiento por parte del estado dentro de su cobertura, inferior al de todas las etnias censadas.

Parte de este comportamiento, se debe a que la mayor parte de los pertenecientes a esta etnia, trabajan como patronos, cuenta propia o familiar, y menos de la mitad lo hacen como asalariados. La autoexclusión por

cuestiones culturales puede argumentarse en el caso de la etnia, ya que existe mayor confianza en su medicina tradicional, por sobre las modalidades occidentales practicadas en la seguridad social, además la colonia china por lo habitual presenta un alejamiento del resto de la población costarricense en el acontecer social, no así en lo económico, donde participan activamente (especialmente en el comercio).

Afrocaribeños

Las personas autoadscritas a la tradición cultural cuyas raíces ancestrales se relacionan con grupos originarios de África y su diáspora, sin relación de raza, color y nacionalidad, son tomadas dentro de la etnia negra o afrocaribeña. Contrario a las demás etnias minoritarias, la negra posee una cobertura de la seguridad social mayor al promedio nacional, y con una proporción aportada por el estado inferior a la de los demás grupos (con excepción de los chinos).

Tal comportamiento muestra relación, con una distribución ocupacional similar a la del resto de la población (población sin etnia específica), donde predominan los asalariados y el trabajo formal, consecuencia de un mayor acoplamiento a la sociedad costarricense que las demás etnias; producto del cual se da una mayor utilización de los servicios de salud de la Caja.

Además pese a que la población negra tiende a concentrarse en una provincia (en Limón viven casi tres cuartas partes), tiene un mayor acceso a los servicios de salud e instancias administrativas de la Caja, que otras etnias (especialmente los aborígenes) ya que la mayoría del grupo vive en zonas urbanas (57.2%) o en periferia urbana (7.3%), indicadores de residencia urbana solo superados por los chinos.

Cobertura de la Seguridad Social según Índice de Desarrollo Social

La cobertura de la Seguridad Social se presenta a continuación usando una estratificación de cantones por el Índice de Desarrollo Social (IDS), que constituye 5 grupos de cantones según su grado de desarrollo, medido por 7 indicadores: mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

La proporción de población asegurada promedio, varía de un 84% en el primer quintil de cantones a un 80% en el último. La población asegurada por el Estado, mientras tanto, representa el 6% de la población asegurada en el primer quintil a un 18% del quinto y con respecto a la población total de los diferentes quintiles de un 5% a un 15%.

Cuadro 6

Cobertura de la Seguridad Social y de Asegurados por el Estado en Cinco Grupos de Cantones, agrupados según Índice de Desarrollo Social Costa Rica, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población total	Rango IDS	Nº Cantones
		Total Nº	%	Estado Nº	%			
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	81,77	324.302	10,4	8,51		81
1º Quintil Nº	558216	471669	84,50	27191	5,76	4,87	100-	16
% respecto a población total	14,65	15,14		8,38			68,8	
2º Quintil Nº	1242732	1024447	82,44	71224	6,95	5,73	67,8	16
% respecto a población total	32,62	32,88		21,96			62	
3º Quintil Nº	790602	638698	80,79	69324	10,854	8,77	61,8	16
% respecto a población total	20,75	20,50		21,38			51,8	
4º Quintil Nº	670290	544646	81,26	74115	13,608	11,06	51,2	16
% respecto a población total	17,59	17,48		22,85			44	
5º Quintil Nº	522482	418402	80,08	76599	18,308	14,66	43,9	17
% respecto a población total	13,71	13,43		20,62				

Fuente: INEC, Censo 2000

los quintiles, se observa que solamente para el primer quintil, se encuentra una proporción de asegurados por el Estado, significativamente menor que en el resto de los otros grupos, (variando de 21,38 % en el tercero a un 23,62% en el quinto). En resumen, un 85% de la población del país presenta de un 21 a un 24% de asegurados por cuenta del Estado.

Si bien la proporción de población asegurada presenta pocas variaciones entre los 5 grupos de cantones, se observan diferencias en la proporción de población asegurada por el Estado entre los 5 grupos de cantones, aumentando la proporción de población en esta categoría, al disminuir el IDS. Sin embargo, al analizar internamente esta proporción en cada quintil, no se encuentra una correlación evidente con este índice ni con el % de población asegurada. Por ejemplo Upala, La Cruz y Talamanca, cantones pertenecientes al quinto quintil, con las menores proporciones de población asegurada del país, presentan valores de población asegurada por el Estado, comparativamente más bajas que otros cantones con mayor desarrollo y con mejores coberturas de la Seguridad Social.

Lo anterior podría evidenciar que los criterios utilizados para seleccionar a los beneficiarios de esta modalidad de seguro no son uniformes en el país .

Cuadro 7

Indice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
I Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
Total I Quintil Nº	558.216	471.669	84	27191	5,8	4,87	
Total I Quintil %	14,7	15,1		8,4			
FLORES	15.038	13.595	90	950	7,0	6,32	100
BELEN	19.834	17.359	88	903	5,2	4,55	94,9
MONTES DE OCA	50.433	42.162	84	1.338	3,2	2,65	85
SAN ISIDRO	16.056	13.972	87	915	6,5	5,70	78,5
ALVARADO	12.290	10.090	82	668	6,6	5,44	76,8
SAN PABLO	20.813	18.236	88	1.172	6,4	5,63	74,3
PALMARES	29.766	25.359	85	2.594	10,2	8,71	73,4
ESCAZU	52.372	41.849	80	1.305	3,1	2,49	73,3
CURRIDABAT	60.889	49.247	81	3.183	6,5	5,23	73,3
V. CORONADO	55.585	47.260	85	3.196	6,8	5,75	71
TIBAS	72.074	60.835	84	2.830	4,7	3,93	70,6
MORAVIA	50.419	42.453	84	1.690	4,0	3,35	70,5
VALVERDE VEGA	16.239	13.395	82	1.192	8,9	7,34	70,3
SANTO DOMINGO	34.748	30.102	87	1.223	4,1	3,52	70,2
SANTA BARBARA	29.181	25.949	89	2.922	11,3	10,01	69,4
ATENAS	22.479	19.806	88	1.110	5,6	4,94	68,8

Fuente: INEC

Cuadro 8
 Índice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
 2º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
2º Quintil Nº	1.242.732	1.024.447	82	71.224	7,0	5,73	
2º Quintil %	32,6	32,9		22,0			
HEREDIA	103.894	90.233	87	6.048	6,7	5,82	67,8
SAN RAFAEL	37.293	31.230	84	2.057	6,6	5,52	67,3
ALFARO RUIZ	10.845	9.116	84	409	4,5	3,77	67,1
GRECIA	65.119	55.346	85	3.103	5,6	4,77	67,0
GOICOECHEA	117.532	98.305	84	6.151	6,3	5,23	66,7
CARTAGO	132.057	109.085	83	5.752	5,3	4,36	66,7
DESAMPARADOS	193.478	155.162	80	12.139	7,8	6,27	66,1
OREAMUNO	39.032	31.559	81	2.159	6,8	5,53	65,4
OROTINA	15.705	13.136	84	2.045	15,6	13,02	64,6
MONTES DE ORO	11.159	10.131	91	1.468	14,5	13,16	63,9
SAN JOSE	309.672	248.636	80	15.376	6,2	4,97	63,7
BARVA	32.440	28.982	89	3.265	11,3	10,06	63,3
TILARAN	17.871	14.168	79	2.253	15,9	12,61	63,2
ESPARZA	23.963	19.612	82	2.209	11,3	9,22	62,8
LA UNION	80.279	64.895	81	3.543	5,5	4,41	62,7
PARAISO	52.393	44.851	86	3.247	7,2	6,20	62

Fuente: INEC

Cuadro 9
 Índice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
 4º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
4º Quintil Nº	670.290	544.646	81	74.115	13,6	11,06	
4º Quintil %	17,6	17,5		22,9			
ASERRI	49.319	40.837	82,8	5.297	13,0	10,74	51,2
CAÑAS	24.076	19.764	82,1	2.409	12,2	10,01	49,9
TURRUBARES	4.877	3.761	77,1	808	21,5	16,57	49,1
PEREZ ZELEDON	122.187	108.079	88,5	14.599	13,5	11,95	48,9
LIBERIA	46.703	38.629	82,7	6.331	16,4	13,56	48,9
NICOYA	42.189	33.690	79,9	12.288	36,5	29,13	48,4
GARABITO	10.378	7.599	73,2	816	10,7	7,86	48,3
LIMON	89.933	72.188	80,3	4.766	6,6	5,30	48
PARRITA	12.112	9.972	82,3	2.463	24,7	20,34	47,9
GUACIMO	34.879	29.336	84,1	2.173	7,4	6,23	47,8
AGUIRRE	20.188	16.707	82,8	2.233	13,4	11,06	47,5
ACOSTA	18.661	15.617	83,7	3.162	20,2	16,94	47,3
CARRILLO	27.306	21.933	80,3	2.424	11,1	8,88	46,1
DOTA	6.519	5.651	86,7	332	5,9	5,09	45,9
SAN CARLOS	127.140	96.206	75,7	9.999	10,4	7,86	45,5
GOLFITO	33.823	24.677	73,0	4.015	16,3	11,87	44

Fuente: INEC

Cuadro 10

Índice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
3º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total		IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%			
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51		
3º Quintil Nº	790.602	638.698	81	69.324	10,9	8,77		
3º Quintil %	20,7	20,5		21,4				
EL GUARCO	33.788	28.458	84,2	2.069	7,3	6,12	61,8	
MORA	21.666	18.192	84,0	2.282	12,5	10,53	61,7	
ALAJUELA	222.853	181.725	81,5	9.631	5,3	4,32	61,5	
POAS	24.764	20.939	84,6	1.266	6,0	5,11	61,4	
JIMENEZ	14.046	12.641	90,0	765	6,1	5,45	59,3	
SAN MATEO	5.343	4.363	81,7	863	19,8	16,15	59	
ALAJUELITA	70.297	53.918	76,7	5.976	11,1	8,50	58,7	
HOJANCHA	6.534	5.470	83,7	1.634	29,9	25,01	56,9	
SANTA ANA	34.507	28.032	81,2	1.725	6,2	5,00	55,8	
NARANJO	37.602	31.010	82,5	3.731	12,0	9,92	55,4	
PUNTARENAS	102.504	81.175	79,2	15.381	18,9	15,01	54,8	
SAN RAMON	67.975	55.142	81,1	6.252	11,3	9,20	54,6	
TURRIALBA	68.510	53.539	78,1	5.192	9,7	7,58	53,6	
NANDAYURE	9.985	7.642	76,5	2.121	27,8	21,24	53,1	
SANTA CRUZ	40.821	31.204	76,4	5.710	18,3	13,99	52,8	
PURISCAL	29.407	25.248	85,9	4.726	18,7	16,07	51,8	

Fuente: INEC, Censo 2000

Cuadro 11

Índice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
5º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total		IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%			
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51		
5º Quintil Nº	522.482	418.402	80	76.599	18,3	14,66		
5º Quintil %	13,7	13,4		23,6				
BAGACES	15.972	12.804	80,2	1.315	10,3	8,23	43,9	
POCOCI	103.121	82.798	80,3	8.935	10,8	8,66	43,8	
TARRAZU	14.160	12.326	87,0	768	6,2	5,42	43,3	
ABANGARES	16.276	12.911	79,3	2.438	18,9	14,98	43,1	
OSA	25.861	21.968	84,9	5.720	26,0	22,12	41,3	
GUATUSO	13.045	10.133	77,7	4.010	39,6	30,74	40,5	
LEON CORTES	11.696	10.456	89,4	743	7,1	6,35	38	
SIQUIRES	52.409	44.603	85,1	3.902	8,7	7,45	36,4	
CORREDORES	37.274	31.601	84,8	9.680	30,6	25,97	35,4	
COTO BRUS	40.082	33.993	84,8	4.024	11,8	10,04	30,9	
SARAPIQUI	45.435	36.163	79,6	6.133	17,0	13,50	28,5	
MATINA	33.096	28.033	84,7	2.795	10,0	8,45	22,6	
BUENOS AIRES	40.139	34.796	86,7	14.035	40,3	34,97	22,2	
UPALA	37.679	20.077	53,3	2.577	12,8	6,84	17,4	
LA CRUZ	16.505	10.548	63,9	3.048	28,9	18,47	16,4	
LOS CHILES	19.732	15.192	77,0	6.476	42,6	32,82	8,9	
TALAMANCA	25.857	17.552	67,9	5.849	33,3	22,62	0	

Fuente: INEC

2 La Exclusión

2.1 Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica⁴⁷

Luis Rosero Bixby, presenta en su estudio un sistema de información geográfica (SIG) y uso de técnicas de análisis espacial para relacionar la población del censo del 2000 (la demanda) con un inventario de los establecimientos de salud (la oferta).

Se valoran el acceso de la población a los servicios y su equidad. La mitad de la población Costarricense reside a 1 km o menos de un centro de atención médica y a 5 kilómetros o menos de un hospital. Alrededor del 10% de la población tiene acceso deficiente o inquitativo a servicios de salud según varios indicadores que establecen un umbral mínimo de acceso, como 4 kilómetros a un centro médico o 25 kilómetros a un hospital.

La oferta de servicios de salud

El inventario de establecimientos actualizado al 2002 contiene 820 unidades de atención de salud. Esta cifra se reduce a los 692 establecimientos cuando se excluyen, entre otros, 42 centros y 83 puestos de salud que han dejado de ofrecer consulta médica. Una nueva reducción a 476 ocurre cuando se consideran únicamente los aquí definidos como centros de atención médica; i.e. que ofrecen consulta médica por lo menos dos días por semana. El inventario incluye 23 hospitales y 153 clínicas o centros integrados. Incluye también 268 establecimientos de otro tipo (centro, puesto, consultorio comunal o EBAIS) en los que existen EBAIS y 243 establecimientos menores sin EBAIS. En este grupo la información disponible tiene alto grado de incertidumbre y, por tanto, puede contener errores de consideración. El número de EBAIS en funcionamiento asciende a 664 (no se cuentan alrededor de 60 EBAIS funcionando en zonas que aún no se han incorporado a la reforma), los cuales se localizan en hospitales, clínicas o establecimientos menores como puestos de salud o consultorios comunales.

Los establecimientos tienen gran variedad en cuanto a tamaño, la que se refleja en el número de horas médico de consulta (Cuadro 12, última columna). En los hospitales, el promedio es 670 horas semanales de consulta externa, es decir una veintena de médicos por establecimiento. En contraste, en los establecimientos menores que no tienen EBAIS el promedio es tan solo 11 horas semanales, es decir poco más de un día de consulta.

La presencia de EBAIS en un establecimiento, especialmente si es una unidad pequeña, significa una mejora sustantiva en la calidad y cantidad de servicio ofrecido. Así lo reconoce la población y lo atestigua el resultado del modelo econométrico de elección de establecimiento presentado en la sección anterior. La posibilidad de elección de establecimiento se incrementa en 28% cuando contiene un EBAIS, manteniendo constantes otros factores como distancia o tamaño de la unidad.

Cuadro 12
Establecimientos de Salud en Costa Rica

Tipo de Establecimiento	N° establecimientos		N° EBAIS	Horas MD Semanal
	Total	Atención MD*		
Hospital	28	28	32	670
Clínica	153	150	291	141
Otros con EBAIS	268	268	341	24
Otros sin EBAIS	243	30	0	11
TOTAL	692	476	664	72

Operan al menos con 2 días de consulta por semana

Fuente: Rosero B, Luis

⁴⁷ Rosero Bixby, Luis

La reforma y su relación con la demanda y oferta

Los 3,8 millones de habitantes censados en el 2000 se dividen aproximadamente en partes iguales en los tres grupos de adopción de la reforma: pioneros (1995-96), intermedios (1997/2000) y tardíos(2001 o aún sin reforma). La reforma se inició de preferencia en áreas periféricas, con menor densidad demográfica. Las áreas de mayor concentración poblacional al centro del país (incluyendo la Gran Área Metropolitana) se incorporaron más tarde o aún no lo han hecho. Las áreas pioneras se caracterizan, además, por ser de menor desarrollo relativo, como lo ilustra el hecho de que, según el censo, el 34% de los adultos tienen educación secundaria, comparado con el 49% y 55% de los otros dos grupos . Otros indicadores, como la pobreza, también sugieren que la reforma atendió primero las áreas geográficas de menor desarrollo relativo. La mortalidad infantil antes del inicio de la reforma es mayor en las áreas pioneras

Los datos sugieren, por tanto, que la incorporación de las distintas áreas del país a la reforma no ocurrió al azar, sino que hubo una concentración de esfuerzos en áreas dispersas y poblaciones menos privilegiadas.

En lo que respecta a la oferta de servicios de salud, hay un número sustancialmente mayor de establecimientos en la primera oleada de la reforma, pero estos establecimientos son en promedio mucho más pequeños que en otras áreas. En las áreas pioneras predominan los puestos de salud, consultorios comunales y pequeñas clínicas. Los hospitales y grandes clínicas se concentran en zonas que se incorporaron más tarde a la reforma o que aún no lo han hecho.

Cuadro 13

Características de la población y de los Servicios de Salud según época de inicio de la Reforma de Salud

Indicador	Total	Reforma 95-96	Reforma 97-2000	Sin Reforma
Población (millones)	3,81	1,27	1,31	1,23
Con educación secundaria	46%	34%	49%	55%
Inmigrantes Nicaragüenses	13%	12%	15%	14%
Tasa Mortalidad Infantil (mil n.v.) 93-95	13,4	14,5	12,5	13,2
Nº Establecimientos	692	397	162	134
Nº establecimientos con MD	476	269	140	67
Nº EBAIS	665	343	264	58
Horas MS semanal	72	41	85	151

Fuente: Rosero Bixby, L.

Acceso de la población a servicios de salud

El acceso a los servicios está dado por la confluencia de la oferta y la demanda. Una forma simple de caracterizarlo es con indicadores de la cercanía de un establecimiento al lugar de residencia de los individuos.

Alrededor del 50% de la población reside a 1 km. o menos de centros de atención médica y de atención primaria, pero solamente un 8% reside a esa distancia de una hospital. La distancia media a un hospital es poco más de 5 km. El umbral de 4 km. identifica a 9% de la población con acceso deficiente a atención primaria y 13% con acceso deficiente a atención médica. El 12% carece de un hospital a una distancia menor que el umbral de 25 km. definido para este tipo de establecimiento.

¿Cómo han cambiado en años recientes los porcentajes de población con acceso deficiente a servicio de salud?

Existe un ligero deterioro en los porcentajes de acceso deficiente a atención primaria y a centros hospitalarios entre 1994 y 2000. En estos años no se abrieron nuevos hospitales y se cerraron puestos y centros de salud, al tiempo que la población aumentó en casi 20%. En contraste se observa una disminución considerable en el porcentaje de población con acceso deficiente a centros de atención médica de 22% en 1994 a 13% en el 2000.

Como consecuencia de esto, se observa también una mejora en el índice de disponibilidad de servicios, que se traduce en una disminución de la población con disponibilidad deficiente de 18% en 1994 a 14% en el 2000. La principal causa de esta mejora es la creación de los EBAIS.

Las mejoras de equidad de acceso apuntadas cubren el periodo en que se ha estado ejecutando la reforma del sector salud. La desagregación de estos cambios en los tres grupos poblacionales definidos según su participación en la reforma permite evaluar mejor el impacto de ésta en las tendencias anotadas.

Los datos muestran, entre 1994 y 2000, importantes mejoras en el acceso -y su equidad- Se muestra una clara asociación entre la reducción del porcentaje con acceso deficiente y participación en la reforma. Las áreas pioneras redujeron en 15 puntos el porcentaje con acceso inequitativo a los servicios médicos, comparado con la reducción de 7 puntos en las áreas con reforma más tardía y el progreso de solo 3 puntos en el grupo control que no había hecho la reforma a diciembre del 2000. Los datos aportan evidencia de que la reforma ha reducido sustancialmente las brechas de inequidad de acceso a servicios médicos y de disponibilidad general de servicios de salud.

La proporción de población con acceso deficiente a servicios de salud (según un complejo índice propuesto en este estudio) pasó de 30% a 22% en las áreas pioneras que iniciaron la reforma en 1995-96. En contraste, en las áreas que a diciembre del 2000 no se habían incorporado a la reforma, esta proporción aumentó de 7 a 9%. El promedio nacional se redujo de 18% a 14%.

Cuadro 14
Cambios en el porcentaje con acceso deficiente a servicios de salud
1994-2000

Año	Reforma 1995-1996	Reforma 1997-2000	Sin Reforma Junio 2000
Atención Médica			
1994	36	14	14
2000	21	6	11
Cambio	-15	-7	-3
Densidad de acceso a servicios			
1994	30	14	7
2000	22	10	9
Cambio	-8	-4	1

Fuente: Rosero Bixby, L.

Geografía y equidad de acceso a servicios de salud

Dado que los indicadores de acceso se estimaron para todos los puntos del territorio de Costa Rica, es posible tener mapas detallados para caracterizar las inequidades espaciales en acceso a servicios de salud.

Destaca el arco de localidades con acceso deficiente al nordeste y norte del país, el cual se inicia en el sur de la península de Nicoya, continúa por la zona de Cañas y Abangares y sigue por las llanuras del Norte y parte del Atlántico. Otras zonas fácilmente identificables por su carencia de servicios hospitalarios son las de Talamanca al Sudeste y la de Jacó en el Pacífico central.

Entre las aglomeraciones de acceso deficiente que llaman la atención está la localizada en los cantones de Buenos Aires y Pérez Zeledón.

También hay un grupo importante en Matina. Una virtud de estas representaciones es que permite también aislar localidades pequeñas con carencias a pesar de encontrarse dentro de zonas más grandes con abundancia de servicios. Un ejemplo de esto son los puntos negros en el Sur y Sudeste del Área Metropolitana de San José (AMSJ), que corresponden a Salitral de Alajuelita y Río Azul. Otro ejemplo es la localidad de la Guácima al Este del AMSJ.

Con el propósito de resumir la información detallada de los mapas, se agregaron los resultados para áreas de tamaño intermedio: los cantones. Los resultados se muestran en el anexo. Una veintena de cantones no tienen población con acceso deficiente a los diferentes tipos de servicios de salud. Veinte cantones adicionales tampoco incluyen población con deficiencia en el acceso a un centro hospitalario.

En el otro extremo, los cantones del cuadro 15 son los que presentan mayores deficiencias. Buenos Aires de Puntarenas y La Cruz de Guanacaste muestran deficiencias en todo tipo de servicios de salud. En Turrubares y Golfito el problema más grave es la falta de centros médicos de consulta externa (aunque en Golfito esta carencia se compensa en parte con centros de atención primaria). En Garabito, Talamanca, y Tilarán-Cañas-Abangares la gran carencia es la de un hospital en la zona respectiva: entre el 90 y 100% de las poblaciones reside a 25 km. o más de un hospital (distancia en línea recta, que es mucho mayor por carretera).

Información más desagregada por distrito (no se muestra) permite identificar otras áreas con acceso deficiente a servicios de salud, las cuales quedaron ocultas en los promedios cantonales. Entre ellas destacan los distritos San Pedro, Plataneros y Cajón de Pérez Zeledón que son contiguos a los de Potrero Grande, Boruca y Biolley de Buenos Aires. Estos seis distritos conforman la zona posiblemente más importante por sus deficiencias en el acceso a servicios médicos. Otros distritos con grandes deficiencias son Río Azul de Tres Ríos, San Carlos de Tarrazú, Barra de Colorado y Carrantí de Matina.

Para guiar acciones futuras se identifican las localidades con mayores deficiencias en el acceso a servicios de salud, entre las que destaca el cantón de Buenos Aires y zonas aledañas de Pérez Zeledón, así como zonas de Golfito, Turrubares y la Cruz y los distritos Río Azul de Tres Ríos, San Carlos de Tarrazú, Barra de Colorado y Carrantí de Matina. También merecen mencionarse por el acceso deficiente a un hospital, los cantones Garabito, Talamanca, y Tilarán-Cañas-Abangares.

Cuadro 15
Porcentaje con acceso deficitario a servicios
Cantones en peor condición

Cantones deficitarios	Atención Primaria	Atención Médica	Hospital	Densidad servicios
Buenos Aires	57	71	75	53
La Cruz	32	57	100	55
Turrubares	63	63	58	37
Golfito	35	74	16	44
Garabito	40	40	90	78
Talamanca	24	41	99	49
Cañas-Abangares -Tilarán	19	26	100	25

Fuente Rosero Bixby, Luis

Estos cantones muestran problemas estructurales de acceso. Se agrega un cuadro que permite observar en ellos los porcentajes de cobertura de la seguridad social, según tipo de seguro y de asegurados por el estado.

Cuadro 16
 Porcentaje con acceso deficitario a servicios y Cobertura de la Seguridad Social,
 por tipo de seguro. Cantones en peor condición

Cantones deficitarios	% Población Asegurada	% Asalariados	% Cuenta propia	% Pensionados	% Familiares	% Asegurado Estado	% Otro
Buenos Aires	86,7	9,4	5,4	1,1	35	35	0,4
La Cruz	63,9	8,2	4,4,4	1,1 1,1	31,3 31,3	18,5 18,5	0,5
Turrubares	77,1	9,0	8,4	2,5	38,5	16,6	2,2
Golfito	73,0	12,2	7,4	2,1	39	11,9	0,4
Garabito	73,2	17,2	6,2	2,0	39,2	7,9	0,7
Talamanca	67,9	9,4	4,5	0,9	30,1	22,6	0,4

En resumen, el acceso a servicios médicos está ligado al proceso de reforma del sector salud. La focalización de esfuerzos iniciales en lugares apartados y de menor condición socioeconómica, así como el establecimiento de los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) para atender a estas poblaciones, son los elementos de la reforma que han mejorado el acceso y reducido las inequidades.

2.2 Salud Reproductiva

Acceso y Uso de Métodos Modernos

El acceso y uso de servicios de control de la fecundidad, puede ser un indicador del grado de integración del sistema de salud y servir de parámetro para el estudio de la exclusión del sistema de salud a un tipo de servicio básico de salud.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva⁴⁸ de 1999, la prevalencia anticonceptiva de mujeres en unión fue de un 80%, lo que representó un aumento importante con respecto a la encuesta de 1992 que arrojó un 75%. Se observa una tendencia creciente desde la encuesta de 1986.

El lugar de residencia de las mujeres, no establece diferencias muy marcadas en la prevalencia anticonceptiva. Hay una mayor prevalencia en el Valle Central y en las áreas urbanas. La tasa más alta se encuentre en el Valle Central Urbano (84%) y la más baja en las áreas rurales fuera del Valle Central (75%). Este mínimo es elevado, es sustancialmente mayor que el de cualquier país del istmo centroamericano y semejante a la prevalencia observada en países más desarrollados.

Los mayores proveedores de métodos de planificación familiar en Costa Rica son los hospitales y clínicas de la CCSS. De las parejas que usan anticonceptivos modernos (esterilización, orales, condón y DIU), 52% los obtienen de estos establecimientos, un 11% de los antiguos centros del Ministerio de Salud, un 2% de los EBAIS o de consultorios comunales; un 3% por médicos de empresas y un 25% del sector privado (consultorios privados, farmacias y comercios varios). En resumen el 72% de las usuarias se abastecen de métodos modernos en los servicios públicos provistos por el Estado y este porcentaje fue del 77% en el encuesta de 1992.

Este último segmento del mercado presenta un aumento importante de 5 puntos con respecto a la encuesta de 1992. Parece que en el país está ocurriendo un silencioso y paulatino proceso de privatización de la planificación familiar, según la opinión de los autores.

⁴⁸ Chen Mock, M., Rosero Bixby, L.; Brenes Camacho, G; León Solís, M; González Lutz, Miy Vanegas Pissa, J.C. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Centroamericano de Población, Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, Enero 2001

Los servicios públicos de planificación familiar sirven en mayor medida a las mujeres de mayor edad, residentes en el área rural o fuera del Valle Central y de menor condición socioeconómica (medida por la educación). Mientras que el 87% de las usuarias del área rural fuera del Valle Central acuden al sector público, sólo el 57% de las usuarias con secundaria completa o universidad, o el 59% de las residentes en el Área Metropolitana de San José se abastecen allí. Estas diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios públicos son similares a las encontradas en encuestas anteriores, aunque se alota, que la caída de un 5% en el uso de servicios públicos se concentra en ciudades intermedias dentro y fuera del Valle Central y en las mujeres que no han completado estudios primarios, lo que podría señalar una tendencia de exclusión del sistema de poblaciones pobres no aseguradas.

Cuadro 17

Porcentaje usando anticonceptivos según lugar de residencia
y educación, 1986-1999
(Mujeres en unión)

Variable	1986	1992	1999
Total	69	75	80
Residencia			
AMSJ	74	77	83
Urbano Valle Central	72	78	84
Rural Valle Central	67	75	80
Resto urbano	74	74	77
Resto rural	62	70	75
Años de educación			
<3 primaria	62	68	*
3-5 primaria	66	64	71
Primaria completa	70	75	83
Secundaria incompleta	72	81	79
Secundaria completa y +	73	78	82

*Un solo grupo de primaria
Fuente: ENSR.

Cuadro 18

Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público según
características seleccionadas, 1986-1999
(Mujeres en unión usando anticonceptivos modernos)

Variable	1986	1992	1999
Total	76	77	72
Residencia			
AMSJ	60	61	59
Urbano Valle Central	75	72	69
Rural Valle Central	81	81	81
Resto urbano	78	81	64
Resto rural	90	87	87
Años de educación			
<3 primaria	94	95	*
3-5 primaria	88	91	80
Primaria completa	83	82	84
Secundaria incompleta	70	72	69
Secundaria completa y +	51	58	57

*Un solo grupo de Primaria incompleta
Fuente: ENSR, 1999

Fecundidad

El número de nacidos vivos por mujer es mayor conforme disminuye la escolaridad. Se anotan diferencias por región de residencia, en donde las mujeres que residen en áreas rurales presentan un número mayor de hijos nacidos vivos.⁴⁹

Cuadro 19
Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y nivel de escolaridad, ENSR, 1999

Grupo de edad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Universitaria
18-19		0,7	0,4	0,0
20-24	2,0	1,2	0,8	0,2
25-29	4,5	2,1	1,4	0,7
30-34	3,0	2,7	2,0	1,6
35-39	5,3	3,5	2,7	2,0
40-44	2,7	3,6	3,5	2,4

Fuente: ENSR, 1999

Cuadro 20
Número de hijos nacidos vivos según grupos de edad de la mujer y residencia urbana o rural

Grupos de edad	Area Urbana	Area Rural
18-19	0,3	0,6
20-24	0,7	0,9
25-29	1,5	1,9
30-34	2,0	2,5
35-39	2,7	3,4
40-44	3,0	3,7

Fuente: ENSR, 1999

2.3 Salud reproductiva y uso de servicios de salud en migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000⁵⁰

La fecundidad de las mujeres en Nicaragua, según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998, es mayor que la fecundidad de las mujeres nicaragüenses en Costa Rica. Las tasas globales de fecundidad (TGF) son de 2,8 hijos por mujer para las costarricenses, de 3,6 para las inmigrantes y de 3,8 hijos por mujer para sus compatriotas en Nicaragua.

Prevalencia anticonceptiva

La prevalencia anticonceptiva de mujeres inmigrantes nicaragüenses es muy alta, del 70%, aunque menor al de las costarricenses (80%), pero mayor al 60% de la reportada en las mujeres residentes en Nicaragua.

⁴⁹ Venegas Pissa Juan Carlos. Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad. Capítulo V. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1999, pág 92

⁵⁰ Brenes Camacho Gilbert; León Solís, M y Rosero Bixby Luis. Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva II parte de Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Universidad de Costa Rica, 2001

Proveedor de métodos modernos

El 64% de las mujeres inmigrantes nicaragüenses indicaron que el principal proveedor de métodos es el sector público. El 18% de estas mujeres señalaron el sector privado como fuente para obtener el método de planificación familiar, y en este sector son las farmacias privadas el principal proveedor con un 15%.

El porcentaje de mujeres inmigrantes que se abastecen de anticonceptivos modernos en el sector público, aumenta conforme aumenta el tiempo de residir en el país. Un 51% de las que tienen un año o menos de residencia, y un 69% de las que tienen 5 años o más de vivir en el país

Atención del parto

La ENSRM de 1999 muestra que el 15% de los partos de inmigrantes ocurren en el hogar, comparado con el 2% de las costarricenses. El 84% de los partos de las inmigrantes tuvieron atención en hospitales de la CCSS, versus el 96% de las costarricenses.

La atención profesional del parto (médico o enfermera) se dio en un 91% de los partos de las mujeres inmigrantes en Costa Rica, comparado con un 96% de las costarricenses. En Nicaragua el 65% de las mujeres tuvieron su último hijo nacido vivo atendido por un profesional.

Prevención del cáncer del útero

El porcentaje de mujeres inmigrantes que alguna vez se ha hecho el PAP es de un 75%, en comparación de un 79% de las costarricenses. Esta proporción con PAP aumenta conforme aumentan los años de residir en Costa Rica: Un 63% de las que tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con el 81% de quienes tienen 5 o más años de residencia.

Consulta médica y lugar de consulta

El 70% de las mujeres nicaragüenses inmigrantes residentes en el área rural consultaron al médico durante el último año. Este porcentaje fue del 63% en las residentes en el Área metropolitana. Los porcentajes para las costarricenses fueron del 81 y 84% respectivamente

Las inmigrantes nicaragüenses indicaron como proveedor principal de sus consultas médicas al sector público. Un 79% consultó en establecimientos de la CCSS, versus un 71% de las costarricenses. Sin embargo, sólo el 48% de las entrevistadas nicaragüenses indicó ser asegurada, versus el 78% de las costarricenses. La proporción que usa el sector privado es muy reducido, el 8%, en comparación del 22% de las costarricenses.

Control prenatal

El 10% de las mujeres inmigrantes no tuvieron control prenatal en su último embarazo y sólo un 62% lo inició en el I trimestre de gestación. Estos porcentajes para las mujeres costarricenses fueron del 3 y el 84%. En Nicaragua el porcentaje de mujeres sin control prenatal es del 16%.

Bajo peso al nacer

En mujeres inmigrantes nicaragüenses se reporta un 8% de los nacimientos con pesos menores a 2500 gramos, comparado con el 5% de las costarricenses. En Nicaragua este dato se reporta en un 10%

2.4 Uso de servicios de salud en hijos menores de 5 años de mujeres inmigrantes nicaragüenses

Inmunizaciones

Alrededor del 80% de los niños de 1 a 4 años de mujeres inmigrantes han recibido 3 dosis de polio y DPT, comparado con el 95% de los hijos de costarricenses. La cobertura de la vacuna contra el sarampión es de 75% entre los hijos de inmigrantes y un 89% entre costarricenses. Un alto porcentaje de madres inmigrantes desconocen si sus hijos han sido vacunados (13 a 14%).

Con relación a la BCG, el 88% de los hijos nacidos fuera del país están vacunados, versus un 100% de los hijos nacidos en Costa Rica.

Lo anterior, puede significar un alto riesgo de posibles focos poblacionales con coberturas menores de vacunación, que las útiles definidas para evitar brotes epidémicos de estas enfermedades.

Atención médica del niño enfermo

Este indicador refiere a la atención médica recibida por el niño enfermo de diarrea o fiebre/tos en los 15 días anteriores a la encuesta. Esta encuesta señala que sólo la mitad de los niños enfermos consultaron al médico y se encontró que esta proporción fue igual para los hijos de madres costarricenses

Cuadro 21
Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público.
Mujeres de 18 a 44 años que usan anticonceptivos modernos

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Lugar de consulta		
Sector público, CCSS	72,0	64,5
Médico de empresa	2,1	1,2
Sector privado	21,2	18,5
consultorio privado	5,4	3,8
Farmacias	16,3	14,7
Otro	5,9	14,1
Ns/Nr	0,5	2,1
Lugar de residencia		
Area metropolitana, San José	61,2	49,3
Resto urbano	63,8	73,5
Area rural	79,8	76,0
Educación		
Primaria incompleta	80,4	65,5
Primaria completa	82,4	61,4
Secundaria incompleta	67,3	65,8
Secundaria completa y +	57,3	
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		51,0
2-5 años		62,8
Más de 5 años		69,3

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 22
 Porcentaje de atención profesional del parto y lugar del parto
 Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Lugar del parto		
Hospital público	96,3	84,2
Hospital/clínica privada	1,1	0,8
Hogar /otro	2,3	15,0
Ns/Nr	0,3	-
Atención del parto		
Médico	56,4	67,1
Enfermera obstetra	36,7	21,4
Enfermera	2,9	2,1
Partera empírica	0,9	5,3
Pariente	1,4	1,1
Otro	1,4	2,9
Parto con atención profesional	96,3	90,6

Fuente: ENSRM,2000

Cuadro 23
 Porcentaje que consultó al médico en el último año.
 Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Años desde última consulta		
< de un año	82,6	66,3
1 año	8,0	19,1
2 años	3,8	5,7
3 o más	4,1	8,1
Nunca ha consultado	0,3	0,4
Ns/Nr	1,3	0,4
Educación		
Primaria incompleta	76,1	67,0
Primaria completa	80,1	65,4
Secundaria incompleta	85,3	66,8
Secundaria completa y +	85,2	-
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		64,7
2-5 años		65,0
Más de 5 años		68,4

Fuente: ENSRM,2000

Cuadro 24
 Porcentaje que consultó al médico en el sector público.
 Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Lugar de consulta		
Sector público, CCSS	71	78,9
Médico de empresa	4,0	0,7
Puesto del INS		0,3
Sector privado	21,8	8,2
Otro	2,4	11,1
Nunca han consultado	0,3	0,4
Ns/Nr	0,5	0,3
Lugar de residencia		
Area metropolitana, San José	66,7	76,7
Resto urbano	69,1	83,7
Area rural	81,4	81,8
Educación		
Primaria incompleta	88,9	81,8
Primaria completa	85,6	79,9
Secundaria incompleta	77,0	77,4
Secundaria completa y +	57,9	
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		59,0
2-5 años		82,7
Más de 5 años		85,4

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 25
Control prenatal adecuado del último hijo nacido vivo
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Primer control prenatal		
I trimestre	83,5	61,5
II trimestre	12,8	20,9
III trimestre	1,1	7,8
Sin control	2,6	9,9
Control adecuado	83,1	59,2
Lugar de residencia		
Área metropolitana, San José	84,3	53,4
Resto urbano	93,9	57,1
Area rural	78,9	65,1
Educación		
Primaria incompleta	75,0	52,8
Primaria completa	82,3	59,6
Secundaria incompleta	81,7	67,5
Secundaria completa y +	90,0	
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		61,0
2-5 años		58,3
Más de 5 años		59,2

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 26
 Porcentaje de niños con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos)
 Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Total	5,0	8,4
Edad madre		
18-29	7,0	8,6
30 y más	2,2	7,8
Lugar de residencia		
Área metropolitana, San José	7,2	13,1
Resto urbano	3,1	2,0
Area rural	4,7	6,1
Educación		
Primaria incompleta	5,2	7,9
Primaria completa	7,2	8,2
Secundaria incompleta	4,9	9,0
Secundaria completa y +		
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		2,0
2-5 años		10,1
Más de 5 años		9,0

Fuente: ENSRM,2000

Cuadro 27
Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión
Niños vivos menores de 5 años. ENSRM,2000

Vacuna	Costa Rica						Nicaragua					
	Edad en años cumplidos						Edad en años cumplidos					
	% Total	0	1	2	3	4	% Total	0	1	2	3	4
BCG												
No vacunados	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Si vacunados	98	95	99	95	99	100	97	96	98	100	98	91
Polio												
No vacunados	5	23	0	0	0	0	9	39	0	1	2	0
3 dosis o más	83	36	94	94	96	97	70	25	78	86	81	81
DPT												
No vacunados	5	25	0	0	0	0	9	39	0	1	2	0
3 dosis o más	84	36	94	94	97	97	70	25	78	86	81	81
Sarampión												
No vacunados	18	64	21	1	3	3	30	87	30	16	9	5
Si vacunados	75	20	75	93	96	94	61	4	59	80	82	80

Fuente: ENSRM, 2000

2.5 Tendencia de los indicadores de salud y equidad, Costa Rica 1980-2000⁵¹

Los indicadores de salud en Costa Rica han tenido una mejoría en las últimas dos décadas. La tasa de mortalidad general se redujo en el periodo 1980-2000 un 10,3%, la tasa de mortalidad infantil disminuyó un 44,6% y los Años de Vida Potencial Perdidos descendieron en un 42,9%.

En el periodo la estructura etaria de la población cambió significativamente. El porcentaje de población menor de 15 años disminuyó en un 17,4% y la proporción de individuos de 65 y más años creció un 30%, en tanto la tasa de natalidad pasó de 30,7 por mil a 19 por mil, con una disminución del 38,3%.

La estructura de las causas de muerte acompañó este proceso. En 1980 el % de defunciones por enfermedades transmisibles fue del 15,5% y en el 2000 esa proporción bajó al 4,9%. En ese sentido las enfermedades cardiovasculares crecieron del 8,7% al 28,1% en el periodo

Metodología

En este estudio, realizado por la OPS/OMS; se utilizó una estratificación de cantones por el Índice de Desarrollo Social (IDS), que constituye 5 grupos de cantones según su grado de desarrollo, medido por 7 indicadores: la tasa quinquenal de mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

Los indicadores de salud se estudiaron en cada quintil y se calculó el Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP) y el Índice Relativo de Desigualdad (IRD). Este análisis se realizó en los diferentes años analizados, para examinar la tendencia de los valores IDP y el IRD.

Además la experiencia colectiva de los 81 cantones fue explorada por las curvas de Lorenz y de concentración calculándose el Coeficiente de Gini y de concentración para 1980, 1990 y el 2000-2001.

⁵¹ OPS/OMS Condiciones de salud ¿Mejóro la equidad? Costa Rica 1980-2000, Ministerio de Salud, 2002

Resultados

a) Mortalidad general

Los valores de los 81 cantones de las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el total de la población y por sexo, muestran una disminución de las desigualdades con un coeficiente de Gini que pasa de 0,095 en 1980 a 0,069 en el 2000.

b) Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

Los AVPP son un indicador de mortalidad prematura. Para comparar este tipo de mortalidad entre los diferentes quintiles se calcularon los AVPP considerando la diferencia entre la edad al morir y los 75 años, incluyendo en el cálculo las defunciones de menores de 1 año.

En las dos décadas analizadas, la mortalidad prematura, medida como AVPP disminuyó a casi la mitad. La correlación entre los AVPP por quintiles y la mortalidad prematura se hace evidente en el periodo considerado. En cada año estudiado el primer y segundo quintil presentaron menos AVPP que los quintiles cuarto y quinto. En la década de los 90's las diferencias entre los quintiles se mantuvieron relativamente estables, en la última década las diferencias disminuyeron en forma importante.

Cuadro 28
AVPP por quintiles, IDP e IRD, 1980-2000

	1980	1985	1990	1995	2000
Total	1070,5	911,5	773,4	729,6	625,4
1 quintil	996,9	778,4	627,4	624,5	605,5
2 quintil	993,0	876,0	733,9	724,3	632,2
3 quintil	1045,7	875,8	750,2	676,0	574,5
4 quintil	1132,5	986,7	824,7	744,5	649,7
5 quintil	1294,8	1096,3	994,6	920,2	673,7
IDP	320,11	331,85	366,33	263,89	63,69
IRD	1,35	1,45	1,62	1,44	1,11

Fuente: OPS/OMS

c) Mortalidad por causas

El análisis por quintiles de las tasas ajustadas de mortalidad de las principales causas de muerte, muestra tanto en las enfermedades cardiovasculares como en las neoplasias, que las tasas son mayores en los quintiles de mayor desarrollo. Lo anterior se hace evidente en el IDP con valores negativos, sin embargo esta relación se hace menos evidente en el 2000 y los índices se acercan a 0.

Para las tasas de muerte por enfermedades infecciosas y causas externas, los quintiles menos desarrollados tuvieron tasas más elevadas en 1980, pero las diferencias han disminuido y los IDP también se han acercado a 0.

En el periodo analizado los Coeficientes de Gini y los de correlación han disminuido, mostrando que las diferencias entre las tasas de mortalidad para los grandes grupos de mortalidad son ahora menores que hace 20 años.

Cuadro 29
Tasas de mortalidad de principales causas por quintiles, IDP e IRD
Costa Rica, 1980-2000. Tasas por 100000 habitantes

	Cardiovasculares			Neoplasias			Causas externas			Infecciosas		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000
1 quintil	165,2	126,5	139,8	102,0	91,2	85,4	53,8	39,7	43,4	39,9	26,3	21,7
2 quintil	175,3	138,3	133,3	104,9	97,8	85,5	57,7	45,6	46,6	43,0	32,5	23,8
3 quintil	152,9	131,7	121,7	96,3	94,1	84,5	65,0	46,0	43,9	41,1	27,7	22,1
4 quintil	148,8	132,3	116,0	101,7	88,3	77,8	72,1	49,7	55,3	43,4	31,2	20,5
5 quintil	125,2	124,8	120,7	83,0	82,1	74,6	82,2	59,9	54,4	57,4	32,8	20,6
IDP	-47,1	-3,4	-26,6	-17,7	-11,8	-13,0	31,8	19,7	13,7	14,9	5,1	-2,5
IRD	0,74	0,97	0,81	0,83	0,88	0,85	1,65	1,52	1,33	1,40	1,19	0,89
C. Gini	0,150	0,122	0,085	0,156	0,119	0,118	0,185	0,204	0,165	0,231	0,197	0,212
C. Correl	0,056	0,012	0,037	0,033	0,035	0,031	0,080	0,059	0,052	0,056	0,021	0,017

Fuente: OPS/OMS

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero es un excelente indicador de equidad, del grado de desarrollo del programa de tamizaje y del acceso de la población a los servicios de salud.

Los resultados señalan que para 1980 el 5 quintil tiene valores más bajos que los esperados, con valores menores con respecto a los quintiles superiores.. Una posible explicación a esto, es que en 1980 se diera un subregistro de esta causa de muerte en los cantones con menor de desarrollo.

Obviando este problema, se observa que los Coeficientes de Gini se mantienen cercanos a 0,5 durante todo el periodo, y que el IRD en el 2000 fue de 3,73, indicando que en los cantones menos desarrollados el riesgo de morir por esta causa es 373% comparada con los cantones del 1 quintil.

Cuadro 30
Mortalidad por cáncer de útero
Costa Rica, 1980-2000

	1980	1990	2000
1 quintil	6,78	3,35	3,41
2 quintil	4,92	4,08	4,35
3 quintil	7,85	4,62	3,17
4 quintil	6,88	6,84	5,41
5 quintil	1,74	8,01	9,72
IDP	-3,14	5,40	5,81
IRD	0,57	3,17	3,73
Coef Gini	0,50	0,50	0,43
Coef Correl	0,05	0,17	0,17

Fuente: OPS/OMS

d) La Mortalidad Infantil

En Costa Rica la tasa de mortalidad infantil pasó de 19,5 muertes por 1000 nacidos vivos en 1980, a 10,8 en el 2001, lo que representa una reducción del 44,5%. Las tasas mantienen una correlación con los quintiles de desarrollo, siendo más marcada en 1980.

La reducción de las tasas fue mayor en los quintiles de menor desarrollo y producto de ello, la desigualdad entre los quintiles disminuyó en forma significativa. El coeficiente de Gini se mantuvo en 0,17 en el periodo y el coeficiente de concentración disminuyó de 0,048 a 0,026

Cuadro 31
Tasas de Mortalidad Infantil por quintiles, IDP e IRD, Costa Rica 1980-2001
Tasas por 1000 nacidos vivos

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	% reducción 1980/2001
1 quintil	17,91	16,98	11,99	10,94	9,54	11,31	36,8
2 quintil	18,11	16,78	13,63	12,88	10,41	10,21	43,6
3 quintil	19,67	18,49	13,80	13,03	9,34	10,88	44,7
4 quintil	20,25	18,04	17,25	13,04	9,71	10,18	49,9
5 quintil	22,86	18,23	19,79	16,09	12,04	12,30	46,2
Total	19,52	17,63	15,12	13,24	10,23	10,82	44,5
IDP	5,44	1,80	8,65	4,76	1,86	0,80	
IRD	1,32	1,11	1,80	1,44	1,20	1,08	

Fuente: OPS/OMS

e) Madres adolescentes y partos no institucionales

El porcentaje de madres menores de 15 años se ha mantenido estable en estas dos décadas, con proporciones de nacimientos del 1 al 1,2%. La relación de estos % con los quintiles de desarrollo es clara y no se han registrado cambios en el periodo.

La proporción de partos no institucionales decreció notablemente en el periodo, pasando de 9,4% en 1980 a 1,6% en el 2000. La relación del parto no institucional con el grado de desarrollo del quintil es muy marcada. Al inicio del periodo, en el quintil menos desarrollado, la frecuencia de este tipo de partos era más de

20 veces superior comparado con el nivel del quintil de mayor desarrollo. La reducción de los partos no institucionales en los cantones de menor desarrollo, hizo que esta diferencia se redujera en más del 50%. Este es un factor que ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil y a una distribución de los beneficios de los servicios más equitativa.

f) Mortalidad Materna

Para esta tasa de mortalidad, los quintiles de menor desarrollo presentaron tasas menores que los de mayor desarrollo. Los índices de desigualdad resultaron con valores negativos. Este patrón varió para el año 2000, cuando la tasa del 5 quintil fue casi 3 veces superior a la del primero, por lo que el índice de desigualdad de la pendiente resultó de 4,59.

Este comportamiento sugiere que existió un importante subregistro de estos eventos, en los grupos de cantones con menor desarrollo, y que por tanto el descenso de la tasa nacional, seguramente es mucho mayor que el registrado.

Cuadro 32
Tasa de mortalidad materna por quintiles, IDP e IRD,
Costa Rica, 1985-2000
Tasa por 10000 nacidos vivos

	1985	1990	1995	2000
1 quintil	5,76	2,81	2,90	2,95
2 quintil	3,02	1,90	2,36	2,08
3 quintil	5,44	1,22	1,28	3,89
4 quintil	1,18	2,57	2,60	2,00
5 quintil	2,86	0,76	0,73	8,13
Total	3,4	1,8	2,0	3,6
IDP	-3,47	-1,57	-1,91	4,59
IRD	0,36	0,41	0,36	4,08

Fuente: OPS/OMS

g) Sífilis congénita

La sífilis congénita es un evento grave y evitable. Los casos de esta enfermedad denotan fallas en la calidad del sistema o falta de acceso a los servicios de salud.

El análisis de la incidencia de estos casos en el periodo analizado señala que este es un problema en crecimiento. Las tasas registradas en los últimos 16 años muestran un incremento de casi 5 veces. Las tasas por quintiles revelen mayores incidencias en los quintiles de menor desarrollo, con excepción del último año en que esta tendencia se invierte, lo que podría estar señalando un problema importante de subregistro de estos casos.

h) Discapacidad.

Los datos de discapacidad del Censo del 2000, fueron analizados con la misma metodología y muestran que la prevalencia de discapacidad fue creciendo a medida que disminuye el nivel de desarrollo. El riesgo del 5 quintil es un 47% mayor que el primero.

Cuadro 33
Prevalencia de discapacidad,
Costa Rica 2001

	% Discapacidad
1 quintil	4,6
2 quintil	5,0
3 quintil	5,7
4 quintil	6,0
5 quintil	6,2
Total	5,4
IDP	2,1
IRD	1,47

Fuente: OPS/OMS

Conclusiones

El IDS se correlaciona con la mayoría de los indicadores de salud, lo que señala la utilidad de este indicador para discriminar condiciones de vida y salud.

La mayor parte de los indicadores presentan netas mejorías en el nivel nacional, con excepción de la tasa de mortalidad materna. Puede estimarse que ha mejorado el registro de la mortalidad materna y que en realidad sí se ha dado un descenso en la tasa.

Las diferencias entre grupos de cantones se han estrechado progresivamente de 1980 al 2000 o 2001. Lo anterior sugiere que las políticas y programas sociales, han logrado enfocar sus acciones en los grupos más vulnerables y compensar las diferencias en el desarrollo que presentan los diferentes grupos.

Aún cuando todavía persisten diferencias entre los grupos de cantones, es evidente que se ha logrado un importante grado de homogeneidad en las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud.

En este contexto, los desafíos a asumir deberán orientarse a mantener el grado de equidad alcanzado, continuar las políticas dirigidas a los más vulnerables y profundizar y priorizar la calidad de los servicios.

2.6 Las Condiciones de vida y la Mortalidad Infantil⁵²

A partir de 1994, se inició el desarrollo teórico y metodológico del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI) en el Ministerio de salud, como evento trazador de la calidad del sistema de salud y de la equidad de la respuesta social a las necesidades en salud de la población.

El análisis de la mortalidad infantil propuesto, parte de la caracterización de:

Las condiciones de vida familiares y las particularidades de sus necesidades en salud, para en ese contexto.

Analizar la respuesta del sistema social y la calidad de las acciones brindadas a la madre y al niño/a por el sistema de atención en salud, incorporando la vivencia y conocimientos expresados por las familias, con relación a estas acciones.

La identificación de puntos críticos en la respuesta del sistema

La identificación de acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a la transformación de la situación inicial encontrada, que conduzca a la satisfacción de las necesidades en salud y a la reducción de las inequidades cuya máxima expresión es la muerte.

Los Objetivos del SINAMI son:

Mejorar la calidad de atención en salud, especialmente en los grupos más vulnerables por condiciones de vida y género.

Mejorar la calidad de los registros de estadísticas vitales, de manera que sean fidedignos y oportunos.

Contribuir a disminuir a mediano y largo plazo, las brechas existentes entre las diferentes áreas geográficas, con relación a la Tasa de Mortalidad Infantil.

Apoyar y fortalecer un sistema nacional de calidad en los servicios de salud

⁵² SINAMI, Ministerio de Salud, CCSS, Universidad de Costa Rica. Marco de referencia del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad infantil, 2000

El Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil está conformado por una Comisión nacional (CONAMI), nueve Comisiones regionales (CORAMI) y 92 Comisiones locales (COLAMI), teniendo una cobertura nacional.

Propósito del Análisis

Analizar en forma autocrítica y desde el principio de equidad, cada muerte de menores de un año para conocer sus características, con el fin de identificar los puntos críticos del sistema de atención en salud y realizar las transformaciones pertinentes. La pregunta a la cual debe responder todo el proceso de análisis y la reflexión del caso en estudio es:

¿Qué fue lo que hicimos, dejamos de hacer o pudimos haber hecho con esta madre y este niño o esta niña para evitar su muerte?⁵³

Resultados

Condiciones de Vida

Los casos analizados de mortalidad infantil, ofrecen un promedio de un 39 a un 42% de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, principalmente de alta dependencia económica, vivienda y servicios básicos inadecuados. Esta situación revela una concentración de muertes infantiles en este tipo de hogares con características de pobreza estructural y señala que persisten diferencias importantes entre la población asociadas a condiciones socioeconómicas.

En un país con altos niveles de cobertura de servicios básicos estas diferencias probablemente reflejan por un lado, algunos problemas de disponibilidad de servicios, como los que pueden estar reflejando las tasas más altas en algunos cantones de la Región Huetar Atlántica, como Talamanca, pero también, problemas de acceso no asociados con limitaciones geográficas sino con barreras que se originan en las condiciones económicas y sociales de la población y en especial de la calidad de la salud reproductiva de las mujeres.

Edad materna y estado civil

Si bien en Costa Rica, el número total de nacimientos ha descendido en el periodo 1990-2000, no se observa lo mismo para el grupo de mujeres menores de 20 años. Para éstas los nacimientos se han incrementado en 3624 nacimientos en el periodo analizado, casi igualando el descenso promedio para todos los grupos de edad de mujeres.

Se observa además, que la proporción de nacimientos en madres no casadas, ha aumentado de un 38,5% en 1990 a un 52,7% en el año 2000, lo que representa un 14,2% de aumento en el periodo. Los nacimientos de “padres desconocidos”, también han aumentado de un 21 a un 31%, con un aumento porcentual de un 10% en total.

Al analizar la fecundidad por grupos de edad, se observa para el periodo 1990-2000, que en Costa Rica se ha registrado un descenso importante de la Tasa de Global de Fecundidad que pasó de 3,17 hijos por mujer a 2,35. en el periodo Los grupos etarios que más han contribuido a esta disminución son los mayores de 30 años, (en un 54% las mujeres de 45 a 49 años; en un 46% las mujeres de 40 a 44 años,; en un 37% las mujeres e 35 a 39 años y con un 33% las de 30 a 34 años) mientras que el grupo de adolescentes menores de 20 años solamente han reducido su fecundidad en un 7%.

53 Ministerio de Salud, opus citae, pág 14-16, 1999

Cuadro 34

Tasas de Fecundidad por grupos de edad
Costa Rica 1990-
2000

Año	Tasa Global	Grupos de edad maternos							
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1990	3,17	0,0933	0,1689	0,1577	0,117	0,0703	0,0243	0,0026	
1991	3,08	0,0927	0,1665	0,1513	0,1114	0,0675	0,0235	0,0025	
1992	2,99	0,09	0,1621	0,1467	0,1083	0,0662	0,0223	0,0021	
1993	2,92	0,0876	0,1612	0,1448	0,1051	0,0624	0,021	0,0017	
1994	2,89	0,0904	0,1618	0,1431	0,1016	0,0599	0,0197	0,0019	
Esta relativa	1995	2,84	0,0903	0,1584	0,14	0,1011	0,0575	0,0189	0,0017
	1996	2,66	0,0862	0,1467	0,1319	0,0957	0,0531	0,0171	0,0014
	1997	2,52	0,086	0,1392	0,1216	0,0908	0,0492	0,0166	0,0012
	1998	2,43	0,0847	0,1371	0,1177	0,0849	0,0465	0,014	0,0014
	1999	2,42	0,0861	0,1368	0,1173	0,0828	0,0457	0,0138	0,0011
	2000	2,35	0,0864	0,1316	0,1143	0,0784	0,0442	0,0133	0,0012
Cambio %		-26%	-7%	-22%	-28%	-33%	-37%	-46%	-54%

Constancia de la fecundidad de las mujeres menores de 20 años en el país ha determinado el aumento constante de la proporción de los nacimientos de este grupo de madres; señalando además que persisten patrones de inicio temprano de la reproducción biológica en nuestra población, que han permanecido relativamente invariables a lo largo del tiempo.

Antecedentes obstétricos de las madres

El 21% de las madres de menores de un año fallecidos, presentaron antecedentes de 1 o más abortos, de hijos nacidos muertos el 3% y el antecedente de otros hijos vivos fallecidos el 11%.

Al analizar la edad de las madres con antecedentes de aborto, el 21% tenían antecedentes de abortos, de las cuales el 5,6% tenían antecedentes de 2 o más abortos. Por grupos de edad este antecedente corresponde a un 9% de las madres adolescentes, un 21,2% de las de 20 a 34 años y un 37 % de las de 35 y más años.

Complicaciones en el Embarazo según Tipo

En el 77% de las madres de menores de un año fallecidos en 1999 que asistieron al control prenatal, se reporta algún tipo de complicaciones durante el embarazo. La más frecuente es la Amenaza de parto prematuro con un 41% y en orden descendente, le sigue la ruptura prematura de membranas (22%); la infección urinaria (20%) y el embarazo múltiple (16%).

Otros antecedentes de riesgo que se anotan en los expedientes son: tabaquismo en 10 casos; alcoholismo en 6 casos y otras drogadicciones en 8 casos.

La Mortalidad Infantil, el Peso al Nacer y la Edad de las Madres

Un factor de riesgo conocido para la Mortalidad Infantil, lo constituye el Bajo Peso al Nacer. Se estima que la mortalidad en el primer año de vida es 11 veces mayor en los niños que nacen con un peso al nacer inferior a los 2.500 gramos, cuando se comparan con niños recién nacidos a término con pesos iguales o superiores a los 3.000 gramos.

El 20,6% de los menores de un año fallecidos, presentaron un peso al nacer menor de 1000 gramos. El 23,6% pesaron al nacer entre 1000 a menos de 2000 gramos.

El 55% eran de bajo peso al nacer (menor de 2500 g) y el 15 % presentó peso insuficiente (menor de 3000 g).

El peso al nacer de los niños fallecidos según grupos de edad maternos, señala que existen diferencias significativas del peso al nacer entre los diferentes grupos de edad de las madres, (p 0,004). El 48% de los hijos fallecidos de madres adolescentes presentaron pesos al nacer menores de 1500 g versus el 31% de las de 20 a 34 años y el 32% de las de 35 años y más.

Con peso normal al nacer (igual o mayor de 3000g) solamente el 12% de los hijos fallecidos de las madres adolescentes, mientras que en esta categoría se encuentran el 33% de las madres de 20 a 34 años y el 38% de los hijos de madres con 35 años y más.

Duración de la Gestación y Edad Materna

El 55% de los menores de un año fallecidos fueron de pretérmino, de los cuales el 74% correspondían a hijos de madres menores de 20 años. En los otros grupos de edad materna los hijos de pretérmino representaron aproximadamente el 50% del total.

Las diferencias por edad de las madres y duración de la gestación son estadísticamente significativas (p 0,001)

En el total de menores de un año fallecidos solo el 15,4% correspondían a la categoría de pequeños para su edad gestacional.

Cuadro 35
Causas de muertes infantiles presuntamente prevenibles

Defunciones Infantiles según Criterios de Reducibilidad* en el Embarazo, Parto, Atención del Recién Nacido y en el Período Postneonatal
Análisis de la Mortalidad Infantil
SINAMI 1998 y 1999

	Años			
	1998		1999	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL	445	100	496	100
Reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno Embarazo	87	19,6	140	28,2
Reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno Parto	23	5,2	37	7,5
Reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno RN	36	8,1	17	3,4
Otras reducibles Perinatales	23	5,2	29	5,8
Reducibles Postneonatales	94	21,1	52	10,5
Difícilmente reducibles	177	39,8	140	28,2
Mal definidas	5	1,1	20	4,0
Otras causas			61	12,3

* Adaptación de Taucher, E. y Rutstein, D. Criterios de reducibilidad de la Mortalidad Infantil

Fuente: SINAMI, MS

En 1999 del total de 496 defunciones infantiles analizadas, un 55,4% se consideran evitables, según este criterio, por acciones de prevención, diagnóstico o tratamiento en el embarazo, parto, atención al recién nacido o en el período post-neonatal. El mayor peso lo aporta aquellas reducibles por acciones en el embarazo con un 28,2%. Las muertes infantiles no reducibles representan un 28,2%.

Nivel educativo de las madres

En las madres de niños menores de un año fallecidos se observa que según el nivel de instrucción, un 30,5% corresponde a madres analfabetas o con primaria incompleta, lo que expresa una sobre representación de madres con bajo nivel educativo en la mortalidad infantil.

Cobertura de la seguridad social

El 12% de las madres no estaban cubiertas por ningún tipo de seguro. El 23% eran aseguradas por el Estado, el 46% tenían seguro familiar, el 12% tenían seguro directo, el 6% por cuenta propia y un 1% por otro tipo de seguro.

Al analizar la cobertura de la Seguridad Social de las madres, según satisfacción de las Necesidades Básicas del hogar, el 67,4% de las madres sin seguro provienen de hogares con Necesidades Básicas insatisfechas. Así mismo, el 65% de las madres aseguradas por el Estado son de hogares con características de pobreza estructural.

El 76,4% de las madres cubiertas por el seguro familiar provienen de hogares con necesidades básicas satisfechas.

Existen diferencias altamente significativas entre los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas y Satisfechas ($p < 0,0000$) y el tipo de seguro que tienen sus madres.

Resumen de las Dimensiones de las Condiciones de Vida de los Menores de un año Fallecidos:

Cuadro 36

Las Condiciones de Vida para la Sobrevida Infantil
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1999

Dimensiones del problema	%
Problemas de predominio de la dimensión biológica	
Madres menores de 20 años	20,5
Madres con 5 o más embarazos	20,0
Hijos fallecidos previos	11,0
Antecedente abortos	21,0
Madres adolescentes con antecedente de aborto	9,0
Complicaciones del embarazo	77,0
Peso al Nacer < 1500 gramos	34,0
Bajo Peso al Nacer	55,0
Nacimientos de pretérmino	55,0
Problemas de predominio de la dimensión ecológica	
Hacinamiento crítico	17,5
Vivienda inadecuada	25,0
Servicios básicos inadecuados	19,0
Problemas de predominio de la dimensión económica	
Alta dependencia económica	17,0
Madre trabaja como empleada domestica	6,0
Instrucción de la madre analfabeta o primaria incompleta	30,5
Madre sin cobertura Seguro Social	12,0
Jefe familia analfabeto o con primaria incompleta	35,0
Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas	39,0
Problemas de predominio de la dimensión de Conciencia y conducta	
Madres sin convivencia con padre	17,5
Hogares con niños < 12 años sin asistencia a escuela	5,0
Total de Muertes prevenibles identificadas por SINAMI	36,0

Fuente: SINAMI, MS

La Calidad de Atención en Salud y la Mortalidad Infantil

El Control Prenatal

Uno de los factores protectores asociados a la sobrevida en el periodo perinatal es la asistencia al control prenatal por la madre. La asistencia al control se observa en proporciones menores en madres adolescentes o en mujeres en condiciones de pobreza o inadecuadas condiciones de vida.

El 84% del total de madres asistieron al Control Prenatal. Por grupos de edad existen diferencias significativas ($p < 0,003$), puesto que esta cifra desciende a un 75% en el grupo de madres adolescentes.

Oportunidad de captación de la embarazada

El 50% del total de madres que asistieron al Control prenatal, lo hicieron durante el primer trimestre de embarazo. Un 41% en el segundo trimestre y casi un 10% en el tercero.

La captación en el control prenatal, varía de acuerdo con la edad de las madres. Estas variaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,011$).

Número de controles prenatales

El 44,6% de las embarazadas registran 4 o menos controles, lo cual se encuentra debajo de los 5 controles exigidos por norma. El 55% registra 5 o más controles y el 7% 10 o más.

Al analizar el número de controles por edad de las madres, en el grupo menor de 20 años un 71% recibió 4 o menos controles. La variación por grupos de edad materna es estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

Calidad del Control Prenatal según Satisfacción de Necesidades Básicas

Cuadro 37

Asistencia al Control Prenatal, Edad Gestacional al Primer Control y Número de Controles Prenatales según Satisfacción de Necesidades Básicas
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1999

	Necesidades Básicas Insatisfechas				Total	
	sí		no		Nº	%
Control embarazo	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	120	75,0	248	92,2	368	85,8
No	40	25,0	21	7,8	61	14,2
Total	160	100	269	100	429	100
p<0,000						
Edad gestacional al primer control						
< de 14 semanas	41	38,0	133	57,8	174	51,5
14 a 26 semanas	54	50,0	80	34,8	134	39,6
27 y más semanas	13	12,0	17	7,4	30	8,9
Total	108	100	230	100	338	100
p<0,003						
Numero de controles prenatales						
De 1 a 4	65	55,6	90	39,3	155	44,8
De 5 a 7	42	35,9	84	36,7	126	36,4
De 8 y más	10	8,5	55	24,0	65	18,8
Total	117	100	229	100	346	100
p<0,001						

Fuente: SINAMI, MS

La asistencia al control prenatal, la oportunidad en la captación de la gestante, así mismo como el número de controles recibidos, guardan relación significativa con la satisfacción de las necesidades básicas en el hogar de la gestante.

La asistencia al control prenatal es alta en promedio (86%), sin embargo esta cifra desciende a un 75% en las madres con necesidades básicas insatisfechas y asciende a un 92% en las madres de hogares con necesidades satisfechas.

Con respecto a la captación temprana en el control prenatal, en las más pobres sólo el 38% tuvo su primer control durante el primer trimestre, versus un 58% en el grupo con necesidades satisfechas.

Según el número de controles prenatales recibidos, el 56% de las madres con necesidades básicas insatisfechas recibió menos del número normado de controles, versus el 39% del otro grupo.

Clasificación del Riesgo en el Control Prenatal

En un 54% de las madres que asistieron al control prenatal se clasificó el riesgo en el embarazo. De ellas un 79% correspondió a alto riesgo

Manejo del Alto Riesgo Prenatal

El 44% del alto riesgo prenatal fue clasificado en los EBAIS, el 22% en las clínicas públicas de la CCSS, el 13,5% en los servicios privados y el 9% en los Hospitales Nacionales.

La atención de las madres clasificadas de alto riesgo prenatal, no muestra grandes variaciones en el nivel de atención: De 69 casos diagnosticados como alto riesgo en los EBAIS, se refirieron 30 (43%) a otro nivel de atención y 39 (57%) permanecieron en ese mismo nivel.

Cuadro 38

Madres de Alto Riesgo Prenatal y Manejo del Riesgo según Nivel de Atención
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1999

Clasificación Alto Riesgo en primer lugar de control	Tipo Establecimiento de Atención del Alto Riesgo						Total	
	HN	HR	HP	Clinica CCSS	EBAIS	Privado	Nº	%
Hospital Nacional (HN)	14	0	0	0	0		14	9,0
Hospital Regional (HR)	1	7	0	0	0		8	5,1
Hospital Periférico (HP)	4	0	5	0	0		9	5,8
Clínicas CCSS	12	2	4	17	0		35	22,4
EBAIS	9	11	7	3	39		69	44,2
Sector Privado	7	1	1	1	1	10	21	13,5
Total	47	21	17	21	40	10	156	100,0

Fuente: SINAMI, MS

Cumplimiento Resumen de Normas en Control Prenatal

Según la revisión de expedientes de la atención prenatal, solamente en el 50% de los casos se cumplieron las normas de atención.

Calidad de la atención en el parto

El 93% de los nacimientos de los menores de un año fallecidos en 1999, se registraron en Hospitales públicos. En el hogar se registran 17 nacimientos con un 3,5% del total.

En el 50% de los casos de nacimientos en establecimientos de salud se cumplió con la norma de la clasificación del riesgo intraparto, proporción que se eleva a un máximo de un 58% en los H. Nacionales.

Tipo de Personal que atiende el parto

Cuadro 39

Tipo de Personal que atiende el parto
Análisis de la Mortalidad Infantil
SINAMI, 1999

Parto atendido por	Nº	%
Total	434	100
Ginecobstetra	179	41,2
Residente ginecobstetricia	80	18,4
Médico general	31	7,1
Enfermera obstetra	113	26
Médico interno	9	2,1
Otro	22	5,1

Fuente: SINAMI, MS

La mayoría de los partos fueron atendidos por Ginecobstetras y Enfermeras Obstétricas.

Forma de Terminación del Parto

Cuadro 40

Forma terminación del parto
Análisis de la Mortalidad Infantil
SINAMI, 1999

Forma	Nº	%
Total	484	100
espontáneo	307	63,4
forceps	9	1,9
cesárea	168	34,7

Fuente: SINAMI, MS

La proporción total de nacimientos por cesárea fue del 35%, excediendo en un 10% el promedio nacional de partos por cesárea.

Tipo de Indicaciones para la Cesárea

La causa anotada más frecuente para la indicación de cesárea es la Hipoxia fetal con el 30% del total, en segundo lugar los trastornos hipertensivos de la madre y en tercer lugar las cesáreas electivas con un 13%.

B. Calidad de la atención del Recién Nacido

Clasificación del recién nacido según Peso y Edad gestacional

Del total de menores de un año fallecidos analizados, en un 89% se cumple con la norma de clasificación según peso y edad gestacional.

Condición al nacer del Recién Nacido

De los menores de un año fallecidos el 82% presentó problemas desde el nacimiento, en el 2,6% se desconoce la información.

La calidad de la atención recibida, juzgada por la madre

Cuadro 41

Calidad de la Atención percibida por la madre, según Satisfacción de Necesidades Básicas
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1998

	Necesidades Básicas					
	Total		Insatisfechas		Satisfechas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Control Prenatal						
Buena	221	72,5	91	74,6	130	71,0
Regular	52	17	19	15,6	33	18,0
Mala	32	10,5	12	9,8	20	10,9
Total	305	100	122	100,0	183	100,0
Parto						
Buena	266	66,5	118	65,6	148	67,3
Regular	63	15,8	26	14,4	37	16,8
Mala	71	17,8	36	20,0	35	15,9
Total	400	100	180	100,0	220	100,0
Hospitalización niño/a último evento						
Buena	147	71,7	65	73,0	82	70,7
Regular	31	15,1	10	11,2	21	18,1
Mala	27	13,2	14	15,7	13	11,2
Total	205	100	89	100,0	116	100,0

Fuente: SINAMI,MS

La percepción de las madres y familiares de los menores de un año fallecidos respecto a la calidad de la atención en el Control Prenatal, Parto y en el último evento de hospitalización del menor, no demuestran diferencias significativas entre los hogares con necesidades básicas satisfechas y los hogares con necesidades insatisfechas.

2.7 Las malformaciones congénitas y la mortalidad infantil⁵⁴

La Mortalidad Infantil en el ámbito mundial se considera un indicador muy sensible que nos permite medir los cambios en la condición de vida y de salud de la población. Esta condición se debe a la vulnerabilidad que manifiesta la población menor de un año ante los cambios socioeconómicos, culturales, educacionales y de acceso a los servicios de salud (Suárez, 1992; Sáenz, 1995; Morice y col. (1999).

En Costa Rica, la mortalidad infantil ha experimentado un importante descenso en las últimas décadas, acompañada de una disminución en la mortalidad general, disminución de la natalidad, el consecuente envejecimiento de la población y la modificación en la estructura poblacional y del perfil epidemiológico.

La causalidad de la mortalidad también ha sufrido cambios en el tiempo, es así como emergen las causas perinatales y las anomalías congénitas como importantes causas de mortalidad. Al tener las malformaciones congénitas un elevado peso relativo como factor asociado a las muertes infantiles, se consideró importante identificar los condicionantes de vida sobre las muertes infantiles por malformaciones congénitas en las Regiones Central Norte y Central Sur.

⁵⁴ Investigación realizada por: Alejandra Acuña Navarro y María del Carmen Bolaños Zamora

Para ello se realizó un estudio Epidemiológico de la Mortalidad Infantil por Malformaciones Congénitas en la Región Central Norte y Sur, de tipo analítica, retrospectivo de casos y controles.

Se encontraron asociaciones entre la mortalidad infantil por malformaciones congénitas y algunas de las variables estudiadas:

En la dimensión conciencia y conducta, se concluyó que los estilos de vida y comportamientos tienen un impacto sobre la salud de los individuos, en esta materia se encontró que la madre con adicción a drogas, como el alcohol y el crack, puede tener siete veces más riesgo (OR 7.55) (p 0.03), de presentar una muerte infantil por malformaciones congénitas, comparado, con las que no se encuentran expuestas a esta condición.

Por otra parte se determinó que las familias con necesidades básicas insatisfechas, principalmente vivienda inadecuada, carencia de servicios básicos y alta dependencia económica, tienen dos veces más riesgo (OR 2.08) (p 0.037), de presentar una muerte infantil asociada a malformaciones congénitas; situación que no es exclusiva de esta causa de fallecimiento, pero incrementa el riesgo de fallecimiento en un niño con una patología como es la malformación congénita.

La prestación de servicios de salud materno infantiles tienen influencia sobre los problemas de salud, reafirmando en la presente investigación que la mortalidad infantil por malformaciones congénitas representa un riesgo tres veces mayor en los casos en que no dio cumplimiento de las normas de atención prenatal (OR 3.16) (p 0.0003) y del parto (OR 3.76) (p 0.0000). El riesgo es dos veces mayor (OR 2.03) (p 0.05) por la falta de cumplimiento de las normas del recién nacido.

Condicionantes ecológicos como los antecedentes maternos a la exposición a sustancias tóxicas: agroquímicos, derivados de hidrocarburos y desinfectantes, tienen una importancia significativa en una muerte infantil por malformaciones congénitas, siendo el riesgo dos veces mayor (OR2.60) (p 0.05), en las madres que presentaron algún contacto con alguna de las sustancias mencionadas, que las que no lo tuvieron.

Otras asociaciones estadísticas obtenidas modificándose artificialmente el tamaño de la muestra, fueron las relacionadas con la edad materna de 35 a 46 años, antecedente de aborto, bajo nivel educativo y tipo de ocupación materna, y la exposición del padre a tóxicos.

Se puede concluir además, que las sociedades no son homogéneas, tienen diferencias sustanciales en aspectos socioeconómicos, políticos y en los problemas de salud; por lo tanto la identificación de las condicionantes de vida permite determinar las posibles asociaciones existentes entre los factores de riesgo y un problema de salud determinado.

La influencia de los condicionantes de vida en la mortalidad infantil por malformaciones congénitas constituye un problema de salud pública que requiere la intervención de diversos sectores de la sociedad y en especial del Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación del principio de equidad.

Por lo anterior se recomienda incluir en la Política de Salud la utilización del concepto de equidad relacionado con los condicionantes de vida; para ello se requieren establecer adecuadas coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, a fin de superar estas carencias y disminuir las desigualdades. En países como el nuestro, donde los recursos son escasos, los problemas de costo efectividad y costo oportunidad deben ser atendidos de esta manera, tratando de minimizar los efectos de las iniquidades sociales e intentar transformarlas mediante una gestión organizada del sector salud y de la sociedad en general.

En la actualidad, alrededor de un 20% de la población de América latina y El Caribe está excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermedad y no cuenta con los recursos mínimos para resolver sus problemas en esta área. La exclusión social es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países, y se relaciona con las siguientes variables:

Pobreza

Desigualdad entre grupos sociales

Discriminación racial

Desempleo, subempleo y empleo informal

Insuficiencia de la red de servicios que otorga el Estado

Debilitamiento de la red de protección social tradicional sin un reemplazo adecuado

Bajo gasto en salud

Fallas en la estructura de los sistemas de protección de salud La exclusión no debe confundirse con la pobreza aunque a menudo se superponen. La exclusión responde a diversas causas que determinan que el sistema no pueda en la práctica garantizar cobertura de salud para toda la población que por mandato legal o por afiliación está teóricamente cubierta por él. Las principales causas de exclusión se pueden clasificar como sigue:

Cuadro 42
Causas de exclusión

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	Provisión de servicios de salud Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud	Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada	Geográficas Económicas Culturales/étnicas Determinadas por la condición de empleo	Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles Incapacidad de financiar las atenciones de salud La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d) Subempleo, empleo informal, desempleo
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados	Problemas asociados a la calidad técnica de la atención Problemas relacionados con la calidad en el trato y del lugar donde se realiza la atención de salud	Errores de diagnóstico/ tratamiento, utilización de insumos poco apropiados Mal trato al público, establecimientos en malas condiciones físicas

Instrumentos para medir la exclusión

El método más certero de medir exclusión es a través de encuestas domiciliarias. Sin embargo, este método tiene limitaciones que hacen poco práctica su implementación para este tipo de estudios en particular (su alto costo, el que habitualmente no indaga acerca del sistema de protección social y por lo general no alcanza a la población con mayores problemas de exclusión). Cuando las encuestas de hogar existen e incluyen la información requerida, son la fuente a la que se debe acudir en primer lugar. En caso de que no existan y también para comparar, complementar y validar los datos de ellas cuando existen, se pueden utilizar distintas aproximaciones y datos procedentes de diversas fuentes secundarias, mayoritariamente referidos a déficit o brechas de acceso en diversos aspectos de la atención de salud.

La medición puede realizarse utilizando indicadores propios del sector salud (indicadores internos) o externos a él.

Los indicadores internos más utilizados son aquellos ligados al proceso de atención salud:

El número de partos no asistidos por personal entrenado, multiplicado por el tamaño de la familia promedio (generalmente 4 personas) y dividido por la tasa de fecundidad

El número de niños que abandonan el programa de vacunas o la tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura, multiplicado por el tamaño de la familia promedio (generalmente 4 personas) y dividido por el porcentaje de niños en edad de recibir vacunas

El porcentaje de población sin acceso a agua potable/ alcantarillado

El número de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes

El porcentaje de distribución territorial de la red de salud

Los dos últimos indicadores son poco exactos cuando se usan en la forma de porcentajes nacionales o subnacionales, porque no reflejan el fenómeno de concentración de la oferta de servicios en las grandes ciudades. Por lo tanto, deben ser utilizados con precaución en estos casos.

Por su parte, los indicadores externos más utilizados son:

El porcentaje de personas no cubiertas formalmente por un sistema de seguridad social

El porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores

La magnitud del gasto de bolsillo en el financiamiento de las atenciones de salud o, a falta de disponibilidad de esa información, el gasto privado en salud per cápita⁵⁵

La magnitud del gasto en medicamentos versus el gasto en servicios en el gasto de bolsillo

El nivel de pobreza (medido a través del número de personas cuyo ingreso se encuentra por debajo del ingreso mínimo para el país, o medido a través del número de personas que viven con menos de \$1 o \$2 al día)

El gasto público en salud como porcentaje del PIB⁵⁶

Existen además otros indicadores internos y externos que reflejan aspectos de la exclusión en salud relacionados con grupos específicos de población. Ellos son:

Para medir la cantidad de personas que no accede a los servicios de salud por razones étnicas o culturales, se puede considerar como indicador el porcentaje de población indígena que no está cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud.

A su vez, para medir el número de personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, se puede considerar el porcentaje de población rural que vive a más de una hora y población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención.

⁵⁵ El gasto de bolsillo es un componente del gasto privado en salud y da cuenta del gasto que se realiza directamente para pagar un servicio o bien de salud, tal como una atención de salud, un copago o medicamentos. El gasto privado en cambio refleja todo el gasto en salud que no sea público e incluye, además del gasto de bolsillo, el gasto en cotizaciones, aportes o pago de primas.

⁵⁶ Este resulta un buen indicador porque se ha encontrado en diversos estudios que un alto gasto público se relaciona con menores niveles de exclusión, independientemente de la eficiencia de dicho gasto.

Validación de los datos

La importancia relativa de cada indicador depende de la situación específica del país, región, estado o provincia. Con el fin de validar los datos y la fuente utilizada, es importante triangular los datos. La triangulación se realiza comparando los datos obtenidos de una fuente con datos de otras fuentes para la misma categoría. Se recomienda utilizar por lo menos dos o tres fuentes de distinto origen para la comparación (por ejemplo datos obtenidos en investigaciones realizadas por centros académicos, datos de Organizaciones no gubernamentales (ONG) y datos de investigaciones realizadas por organismos internacionales), especialmente si existen dudas respecto de la fidelidad de los datos.

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

. ¿Cuál es el porcentaje de la población excluida de los sistemas de protección de salud de acuerdo a la encuesta de hogar?

Déficit de infraestructura

. Cuáles son las brechas en la distribución territorial de la red de salud?

¿Cuál es la tasa de atención del parto por personal entrenado?

¿Cuál es la cobertura de vacunación por tipo de biológico y grupo de edad?

¿Cuál es la tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura?

¿Cuál es el número de médicos y enfermeras por cada 1.000 o 100.000 habitantes?

¿Cuál es la cobertura de alcantarillado y agua potable?

Existencia de barreras

¿Qué porcentaje de la población vive a más de una hora del centro de atención más cercano? (población rural);

¿Qué porcentaje de la población vive a más de 30 minutos del centro de atención más cercano? (población urbana);

¿Qué porcentaje de la población vive con menos de US\$1/día (extrema pobreza);

¿Qué porcentaje de la población vive con menos de US\$2/día o que se encuentra por debajo de la línea de pobreza?;

¿Qué porcentaje de la población no está legalmente cubierta por un sistema de protección social?;

¿Cuál es la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del PIB?;

¿Cuál es la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del gasto total?;

¿Cuál es la magnitud del gasto público en salud como porcentaje del PIB?;

¿Cuál es la magnitud del gasto privado en salud como porcentaje del PIB?;

¿Qué porcentaje de la población es de origen indígena?;

¿Qué porcentaje de la población de origen indígena se encuentra bajo la línea de pobreza?;

¿Cómo es este porcentaje en relación con la población no indígena?;

¿Qué porcentaje de la población indígena no habla español?;

¿Qué porcentaje de la población indígena prefiere la medicina tradicional?;

¿Cuál es el porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores?

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACION?

En los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Finanzas (Hacienda) y Economía de los países. Para aquellos países donde la calidad de los registros no es adecuada, se puede recurrir a publicaciones de OPS, la OMS, la CEPAL, el BID, el Banco Mundial, ONG y centros académicos.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACION?

En forma de gráficos.

En forma de tablas que reúnan los indicadores sugeridos disponibles para cada país y si es posible para cada región, estado o provincia.

Resumen de la situación de exclusión de acuerdo al cuadro.

Listado de la información que no fue posible obtener y la que presentó mayores dificultades para su obtención.

Listado de otros indicadores que se utilicen para medir exclusión en el país y que no se encuentren en el listado sugerido.

Descripción de estudios requeridos para complementar el análisis en caso de ser necesario.

Estrategias implementadas para reducir la exclusión

En América Latina y El Caribe no se han desarrollado estrategias destinadas al objetivo específico de reducir la exclusión en salud. Las políticas desplegadas durante los últimos veinte años en la mayoría de los países han estado más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, dadas las restricciones presupuestarias producto de las crisis económicas. Sin embargo, sí se han implementado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la participación local en la administración del sistema, reducir barreras financieras y culturales de acceso a las atenciones de salud y mejorar la cobertura de salud para los grupos vulnerables. De ese conjunto de políticas, aquellas orientadas específicamente a mejorar el acceso a las atenciones de salud o a aumentar la cobertura de los sistemas de protección de salud se relacionan directamente con la reducción de la exclusión. No obstante, las medidas restantes también pueden haber tenido efectos sobre la exclusión, aunque hayan sido implementadas con otros fines. Las estrategias implementadas se pueden clasificar como sigue:

Cuadro 43
Estrategias implementadas de acuerdo a su objetivo, tipo de bien que busca garantizar
y sector de impacto

ESTRATEGIA	TIPO DE BIEN		SECTOR AL QUE IMPACTA
	Público	Asegurable	
1) Destinadas a mejorar la oferta de servicios			
- Refuerzo de la atención primaria		X	PUBLICO
- Participación comunitaria en gestión/control de servicios		X	PUBLICO
- Iniciativas de control social		X	PUBLICO
- Descentralización		X	PUBLICO
- Autogestión hospitalaria		X	PUBLICO
- Medicamentos esenciales		X	PUBLICO
- Municipios saludables		X	PUBLICO
- Estándares de calidad de la atención		X	PUBLICO
- Estímulo a la oferta privada de servicios		X	PRIVADO
- Sistemas locales de salud		X	PUBLICO
- Colaboración público-privada en la provisión de servicios de salud		X	AMBOS
- Cambios en el modelo de atención		X	PUBLICO
- Instalación de redes de alcantarillado y agua potable	X		AMBOS
- Implementación/extensión programas de vacunación	X		AMBOS
- Programas de atención focalizados en grupos vulnerables		X	PUBLICO
- Prevención y control de enfermedades específicas	X		PUBLICO
- Campañas sanitarias	X		PUBLICO
- Expansión de la atención en zonas rurales		X	PUBLICO
- Participación de ONGs en la provisión		X	AMBOS
- Refuerzo de la red pública de servicios		X	PUBLICO
- Mejoramiento de la gestión de la provisión		X	PUBLICO
- Incentivos al desempeño		X	PUBLICO
- Orientación al usuario		X	PUBLICO
- Programas de alimentación complementaria	X		AMBOS
2) Orientadas a fortalecer la demanda			
- Paquetes básicos de salud		X	AMBOS
- Colaboración público-privada en financiamiento de servicios		X	AMBOS
- Seguro Público		X	PUBLICO
- Seguro Catastrófico		X	PUBLICO
- Gratuidad en la atención de pobres e indigentes		X	PUBLICO
- Extensión de la seguridad social a grupos no asegurados		X	PUBLICO

- Microseguros		X	PRIVADO
- Paquetes de prestaciones para grupos vulnerables a precios preferentes		X	PUBLICO
- Paquetes para reducción de listas de espera		X	AMBOS
- Subsidio a la demanda por prestadores		X	AMBOS
- Subsidio a la demanda por seguros		X	AMBOS
- Derechos de los pacientes		X	AMBOS
3) Orientadas a optimizar el marco regulatorio			
- Fortalecimiento rol rector Min. De Salud	X		AMBOS
- Separación de funciones	X		PUBLICO
- Explicitación de la función reguladora	X		AMBOS
- Creación de agencias para la fiscalización	X		PRIVADO
- Regulación subsector privado	X		PRIVADO

Fuente: “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe”. Documento preparado para la Reunión regional tripartita de ILO con la colaboración de PAHO. México, Nov.29-Dic.1, 1999.

Es importante tener en cuenta que las estrategias que deberían predominar en una política explícita antiexclusión, son:

Aquellas destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos

Las estrategias destinadas a fortalecer la demanda por prestaciones

Las que se orientan a fortalecer el marco regulatorio con el fin de proporcionar a las personas herramientas para hacer valer sus derechos en salud (empowerment).

Por otra parte, el resultado de las estrategias implementadas puede variar de modo considerable acuerdo a condiciones específicas imperantes en cada país. Estas condiciones capaces de modificar el resultado de las estrategias implementadas se denominan condiciones del entorno y aparecen en el cuadro siguiente.

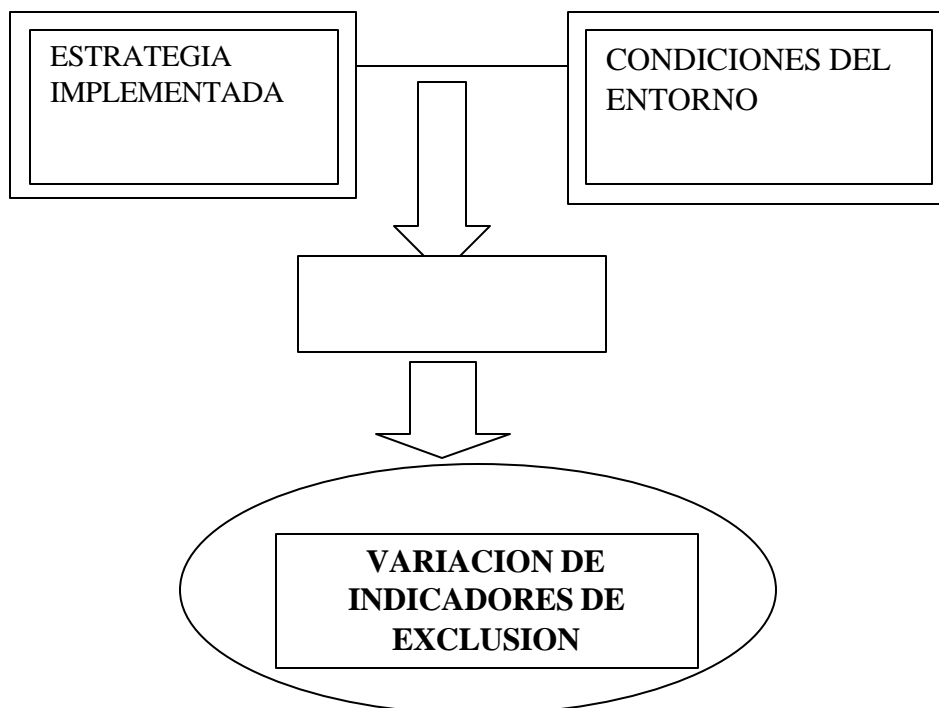
Cuadro 44

Matriz de análisis de las estrategias implementadas en los países de América Latina y el Caribe

Tipo de estrategia implementada	Condiciones del Entorno					
	Gasto en salud	Tipo de sistema	Nivel de Pobreza	% Población de origen indígena	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
Destinadas a mejorar la oferta de servicios						
Orientadas a fortalecer la demanda por servicios						
Orientadas a optimizar el marco regulatorio						

Se sugiere utilizar la siguiente pauta metodológica para realizar el análisis de las diversas estrategias:

Figura 1
Metodología de análisis para evaluar el resultado de las estrategias implementadas



POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

Del total de estrategias implementadas, ¿existe(n) alguna(s) que claramente haya(n) modificado la situación de exclusión? Si es más de una, se sugiere hacer un listado;
¿Se están planteando nuevas estrategias que pudieran afectar la situación de exclusión, distintas a las comprendidas en cuadro 44?

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACION?

En los Ministerios de Salud de los países. En publicaciones de OPS, BID, OMS, Banco Mundial y la CEPAL.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACION?

En la forma de cuadros.

Cuadro resumen con identificación de los grupos de interés más importantes y en qué modo han modificado el resultado de las estrategias implementadas

Gráficos comparativos con la variación de indicadores debido a estrategias implementadas en un período de 5 a 10 años.

Cuadro sinóptico de las estrategias que han producido cambios en indicadores, mencionando los indicadores, su porcentaje de variación y el período de tiempo transcurrido

De acuerdo al cuadro siguiente:

Cuadro 45

Estrategia	Indicador	Resultado: Variación del indicador
		Aumento- Disminución – Sin variación*

*Expresado en la unidad de medición correspondiente al indicador (porcentajes, x1.000, otros)

Se sugiere analizar al menos las tres principales estrategias desarrolladas en los últimos 10 años de acuerdo a la figura 1 y con la información obtenida llenar el cuadro 45.

CAPÍTULO VII

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

VII. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

A. RESUMEN

Este capítulo tiene como propósito fundamental aportar evidencia útil, que permita describir y evaluar la situación actual, tendencias, aspectos críticos y retos del sector salud, en el tema de gasto y financiamiento de las atenciones a la salud. El mayor desafío de nuestro país en esta materia, no es distinto al de otros muchos países del mundo, es decir, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, protegiendo en todo momento, la sostenibilidad financiera del sistema.

Uno de los principales obstáculos que enfrentó el estudio, es el poco desarrollo de los sistemas de información financiera y económica que presenta el sistema de salud costarricense. El ejemplo más claro de esta carencia, es la presencia de al menos cuatro metodologías distintas para estimar el gasto público en salud, sin considerarse ninguna de ellas como de carácter oficial. Por otro lado, la información relativa a la producción y gasto privado es escasa y de difícil acceso, y los datos en general no cuentan con la desagregación y clasificación necesaria para responder ciertas preguntas básicas sobre el gasto y financiamiento de la salud en el país.

En este contexto, uno de los principales esfuerzos de los miembros de la Comisión responsable de este capítulo, fue la estimación del gasto nacional en salud para dos propósitos diferentes. En primera instancia, una estimación agregada del gasto para un período relativamente extenso (1991-2001), que permitió efectuar consideraciones interesantes sobre ciertos indicadores básicos como: proporción respecto a la producción nacional, gasto por habitante en dólares, composición pública y privada, peso relativo en el gasto público social, entre otros más, y un análisis comparativo respecto a los resultados de otros países del mundo.

La segunda medición, se llevó a cabo por medio de la construcción de las matrices principales del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, según la propuesta metodológica de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Esta labor permitió ampliar el análisis tradicional, hacia uno concentrado en el origen y uso de los recursos, y la forma en que éstos transitan entre los principales actores sectoriales, clasificados en tres dimensiones: Fuentes de Financiamiento, Agentes de Financiamiento y Proveedores de Servicios.

Las conclusiones más relevantes del estudio señalan: i) el crecimiento sostenido del gasto por habitante en el período 1991-2001; ii) un gasto dominado por el componente público, pero con un crecimiento acelerado en la participación del gasto privado; iii) el logro de altos indicadores de salud, con un gasto por habitante muy por debajo del efectuado por otros países con indicadores similares; iv) el predominio del Seguro de Salud, como el principal agente de financiamiento y proveedor de atenciones a la salud en el país; v) un gasto privado concentrado en servicios ambulatorios y en medicamentos; vi) un esquema de financiamiento basado en las contribuciones de los grupos asalariados a la seguridad social, complementada por la compra directa o gasto de bolsillo de los usuarios; vii) un uso prácticamente nulo de los seguros privados como mecanismo de financiamiento; viii) el poco apoyo financiero del Estado en términos efectivos, debido al incumplimiento de sus obligaciones estipuladas por ley; ix) la adopción de un nuevo sistema de asignación de recursos en el Seguro de Salud, con la inclusión de los Compromisos de Gestión y las formas de pago por niveles que pretende premiar la productividad, pero aún sin resultados claros; y x) una sostenibilidad financiera del Seguro de Salud presionada por factores de diversa índole, entre los que destacan, el envejecimiento de la población y los cambios del perfil epidemiológico.

De igual manera, se establecieron un total de nuevos retos, a modo de una lista en proceso de construcción, los cuales están dirigidos en lo esencial, a fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema público de salud, y al desarrollo de una regulación rigurosa de la actividad privada.

B. Introducción

El interés por el análisis del financiamiento y gasto en salud se ha convertido en un tema prioritario en muchos países del mundo, pues la tarea de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, está condicionada indefectiblemente por las posibilidades financieras, actuales y futuras, con las que cuenta el sistema. En el caso particular de Costa Rica, el exitoso sistema de salud basado en un seguro de carácter público y de acceso universal, con un fuerte componente solidario en el financiamiento, ha empezado a dar señales de alerta sobre su sostenibilidad de largo plazo. La fuentes de financiamiento no han evolucionado de manera paralela a la extensión de la cobertura en la prestación de los servicios, y las obligaciones asumidas por el Estado, sin omitir su falta habitual de cumplimiento, no parecen ser suficientes para sufragar los costos de la atención de una proporción significativa de la población.

Por otro lado, la insatisfacción con la calidad y oportunidad de los servicios públicos de salud, ha dado paso a una creciente participación de la producción y gasto privado en atenciones a la salud. Los individuos y las personas de ingresos altos, consumen una cantidad cada vez mayor de servicios producidos por proveedores privados, empleando la red de establecimientos públicos únicamente para episodios de hospitalización, tratamientos especializados y obtención de medicamentos costosos. El cuestionamiento de fondo, es que en el tanto estos contribuyentes, quienes son los que sostienen financieramente el seguro, no reciban una contraprestación acorde con sus aportaciones, las presiones por implementar mecanismos alternos de aseguramiento y prestación de servicios, será una cuestión de tiempo únicamente. Las discusiones recientes en torno a la libre elección médica, son una clara señal en este particular.

De igual manera, la tendencia hacia una generación de empleo mayoritariamente informal y la proliferación de nuevas formas de contratación laboral, el cuestionamiento de empresarios y productores sobre la distorsión que imponen las contribuciones salariales, la difícil situación fiscal que vive el país, y la presión creciente del sector privado por apropiarse de un monto mayor de recursos, son condicionantes externas que deben tenerse presentes al interpretar la evolución del gasto y financiamiento de la salud en los últimos años.

En este sentido, el presente capítulo tiene como propósito fundamental aportar evidencia útil, que permita establecer los elementos característicos de la situación actual, los aspectos críticos y los retos sectoriales, propios del financiamiento de las atenciones a la salud. Las propuestas finales están dirigidas en lo esencial, a fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema público, y al desarrollo de una regulación rigurosa de la actividad privada.

Dentro de la lógica de trabajo seguida para cumplir con estos objetivos, una de las etapas iniciales implicó la revisión minuciosa del conjunto de estadísticas financieras y económicas que produce el sector salud de una manera regular. Los hallazgos fueron poco alentadores, pues entre otras cosas, se encontró: i) una multiplicidad de estimaciones relativas al gasto público en salud, las cuales responden a metodologías de cálculo sustentadas en criterios, categorías, límites del gasto e instituciones y organizaciones incluidas, que no coinciden entre ellas; ii) una escasez de información relativa al gasto y producción privada de atenciones a la salud, y enormes dificultades de acceso a ésta; y iii) un nivel de agregación de los datos que no permite responder de manera consistente preguntas básicas, tales como, ¿cuáles son las fuentes de financiamiento más importantes?, ¿qué tipos de bienes y servicios son producidos?, ¿cuáles son los principales proveedores del sistema?.

Considerando el panorama antes descrito, y los requerimientos del Análisis del Sector Salud, se tomó la decisión de llevar a cabo el estudio, empleando dos estimaciones del gasto nacional en salud. Por un lado, una estimación agregada del gasto para un período relativamente extenso (1991-2001), incluyendo en el componente público los egresos incurridos por el Ministerio de Salud y otras dependencias públicas menores (IAFA, INCIENSA, CENADRO), el Seguro de Salud de la CCSS, los seguros de Riesgos de Trabajo y Accidentes de Tránsito del INS, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica. El gasto privado deriva de la combinación de dos estudios puntuales, Kleysen (1992) y Picado y Sáenz (2000), los cuales utilizaron procedimientos similares para estimar esta variables para el año 1986 y 1998, respectivamente.

Por otro lado, un cálculo del gasto nacional en salud únicamente para el año 2001, aplicando los principios generales del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, propuesto por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). La construcción de las matrices centrales de este sistema, permitió sugerir valiosas respuestas en cuanto al origen, administración y usos de los flujos financieros dedicado a la atención de

la salud. Este es un interesante avance, en la importante tarea, de mejorar la información disponible del gasto y financiamiento de la salud, y el desarrollo de insumos valiosos para la toma de decisiones⁵⁷.

El capítulo está dividido en ocho secciones, incluyendo la presente introducción. La sección dos describe el sistema de salud costarricense, con especial énfasis en los principales actores que participan en el proceso de gasto y financiamiento de la salud, y las relaciones que los vinculan. La sección tres incluye algunas observaciones relativas a la evolución del gasto nacional en salud, público y privado, desde principios de los noventa.

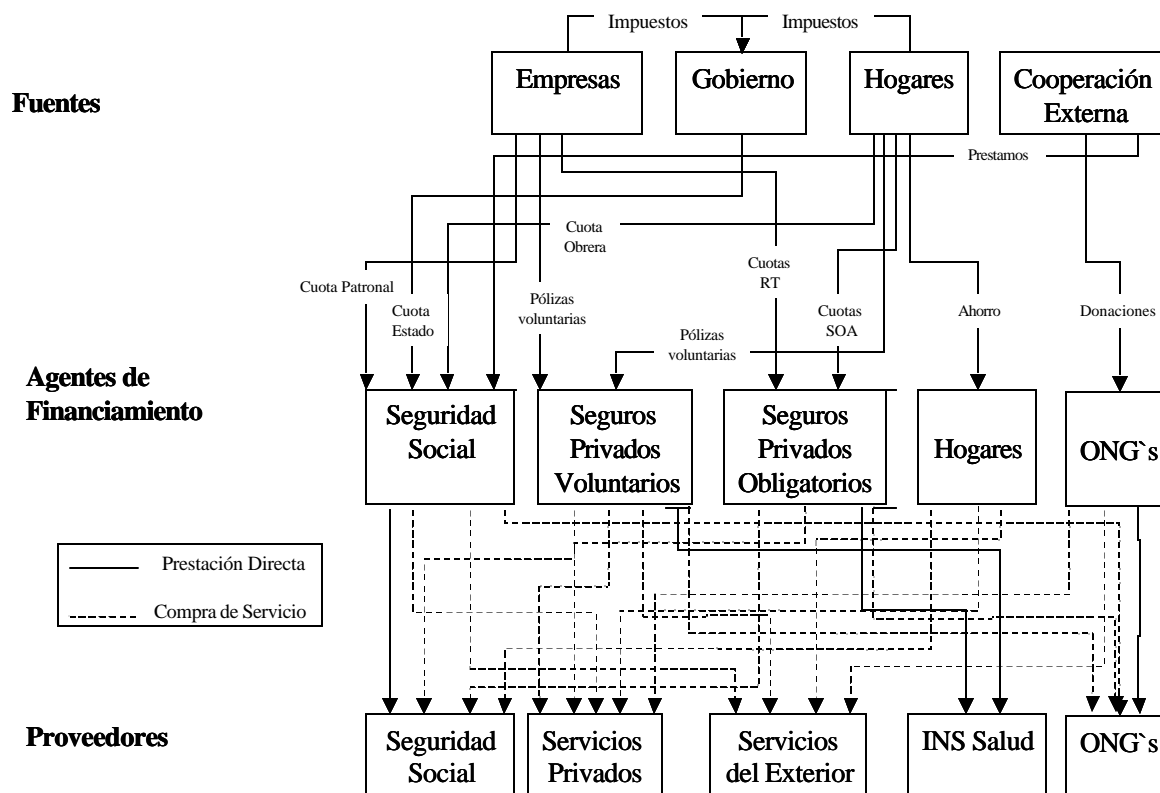
Los resultados de la aplicación de las matrices centrales que componen el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, tiene un examen detallado en la sección cuatro. La siguiente sección incorpora un análisis del Seguro de Salud, enfocado a los ingresos, gastos y la sostenibilidad financiera del régimen. Las últimas tres secciones se dedican a las conclusiones, retos y oportunidades del sector salud en materia de financiamiento y gasto de las atenciones a la salud.

C. Descripción de los flujos financieros del sector salud

En el capítulo de Análisis Organizacional, se ha expuesto una interesante y amplia reseña sobre la estructura organizacional del sistema de salud costarricense. El énfasis estuvo concentrado en la descripción de las funciones y atribuciones de las principales instituciones y actores que participan directamente en las actividades características del sector, identificando sus respectivos ámbitos de acción y las relaciones de poder que los vinculan.

57 Una descripción más detalla de los aspectos metodológicos propios de ambas estimaciones, se encuentra en el Anexo 1 de este capítulo. En la cuarta sección también se hacen algunas precisiones conceptuales respecto a la construcción de las matrices del SCNS.

Diagrama 1
Flujos Financieros del Sistema de Salud Costarricense



No obstante, el análisis del financiamiento de la salud en el país, demanda otras referencias más específicas. Es necesario una descripción de los agentes, instituciones y organizaciones que intervienen en el sistema de salud nacional, pero considerando el rol que desempeñan como fuentes de financiamiento, agentes o fondos de financiamiento y proveedores de servicios de salud. Las líneas que los unen, sugieren la forma en que los recursos financieros transitan entre los distintos participantes y los mecanismos que se emplean para tales efectos. El Diagrama 1, es un intento por capturar de una manera simplificada la realidad del sistema costarricense.

Una de las conclusiones básicas que se derivan de este diagrama, es que los recursos financieros dedicados al financiamiento de la salud se movilizan a través de una estructura relativamente simple, pues los canales de transmisión son directos de un nivel a otro. Esta característica responde en buena parte al predominio de un seguro social de carácter público, universal y de contribución obligatoria para una proporción significativa de la fuerza de trabajo del país, que ejecuta funciones de asegurador, financiador y prestador de los servicios de salud.

En las fuentes de financiamiento destacan los hogares, sus aportaciones tienen varias motivaciones: i) en su condición de trabajadores, ellos contribuyen al Seguro de Salud con cuotas sobre sus salarios o ingresos; ii) como propietarios de vehículos automotores deben contribuir, sin excepción, con el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA); iii) adquieren por medio del pago de una prima, seguros comerciales de gastos médicos, tanto del Instituto Nacional de Seguros como de asegurados privadas internacionales, y iv) guardan recursos en forma de ahorro para sufragar pagos directos de servicios de salud.

Las Empresas en su calidad de patronos están obligados a contribuir con el Seguro de Salud y el Seguro de Riesgos del Trabajo. Por otro lado, un grupo relativamente pequeño de empresas financia parcialmente la

atención privada a la salud de sus empleados, en el marco de un programa que se denomina “Sistema Médico de Empresa”, el cual es un convenio donde el empleador sufragar los gastos relacionados con la prestación de la consulta médica en sus propias instalaciones, en tanto, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene el compromiso de suministrar los servicios de apoyo y medicamentos que requiera el trabajador⁵⁸.

El Gobierno cumpliendo una de las funciones asignadas por el Estado, tiene la obligación de cubrir el financiamiento de la atención de las personas en estado de pobreza, marginados o en riesgo social. De igual manera, el Gobierno en su rol de patrono contribuye a la seguridad social a través de las cuotas calculadas sobre los salarios de sus empleados. En este particular, también debe dotar de recursos al Ministerio de Salud para que ejerza la rectoría y conducción del sector salud costarricense. El Gobierno no cuenta con impuestos específicos para sufragar estas erogaciones, excepto por algunos tributos de menor cuantía, circunstancia que define los impuestos generales como su principal fuente de financiamiento

La Cooperación Externa, considerada en el aspecto financiero, ingresa al país mayoritariamente como préstamos al Seguro de Salud, con la finalidad de llevar a cabo programas específicos de inversión en infraestructura física, adquisición de equipo médico o para apoyar el proceso de reforma sectorial. No obstante, algunas Organizaciones No Gubernamentales realizan actividades directamente en el país, gracias a donaciones de países e institucionales extranjeras.

En el nivel de agentes o fondos de financiamiento destacan fundamentalmente tres. La Caja Costarricense de Seguro Social como responsable de gestionar el Seguro de Salud, es quien administra la mayor proporción de los recursos del sistema de salud. El Instituto Nacional de Seguros, con el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Obligatorio de Automóviles y las líneas de seguros comerciales de gastos privados, es otro de los fondos importantes. Por último, los Hogares tienen un doble rol como fuentes y agentes de financiamiento, pues ellos realizan pagos directos a los proveedores de atención a la salud en un monto nada despreciable.

En el apartado relativo a los proveedores de atención a la salud, la gama de participantes es bastante más diversa, aunque ciertamente, la red de centros públicos prestadores de servicios de salud que mantiene el Seguro de Salud es por mucho la más importante. No obstante, en los últimos años los oferentes privados han exhibido una expansión constante, con especial intensidad en clínicas de baja o media complejidad, y laboratorios clínicos. La infraestructura hospitalaria privada es relativamente pequeña, aunque algunas intervenciones que requieren estancias cortas, como la atención de partos y ciertas cirugías menores, su producción está aumentando en este sector.

Hasta hace pocos años, la compra de servicios privados por parte de la Caja era un concepto marginal. Sin embargo, con la puesta en marcha de las clínicas administradas por las Cooperativas de Autogestión a principios de los noventa, y más recientemente, la contratación a proveedores privados de ciertos diagnósticos y tratamientos de alta tecnología, así como, algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios, el vínculo se ha intensificado.

El Instituto Nacional de Seguros también cuenta con una unidad especializada dedicada a satisfacer las necesidades de atención a la salud de sus seguros obligatorios. Este dispositivo se conoce como el INS-Salud, el cual es un híbrido, entre un prestador directo y un comprador de servicios. En su función como proveedor, posee un centro hospitalario y un conjunto de dispensarios distribuidos a lo largo del país, que atienden con personal y recursos propios parte de la demanda de servicios. Por otro lado, como comprador de servicios, establece los mecanismos y regulaciones necesarias para satisfacer la demanda de sus asegurados vía la contratación de proveedores privados. De igual manera, la normativa legal vigente indica que las urgencias en caso de accidentes de tránsito y accidentes laborales, deben ser atendidas en los centros médicos propiedad de la Caja, con el traslado posterior del costo del servicio al INS.

Por último, los agentes de financiamiento de la seguridad social y los seguros privados transfieren una cantidad pequeña de recursos a proveedores de servicios médicos del exterior, contratando para sus asegurados

⁵⁸ Las Empresas no solo financian gastos de atención a la salud de sus empleados por medio del citado programa. Es conocido que algunas de ellas, cuentan con servicios médicos contratados en su totalidad al sector privado, así como, que cancelan las primas cobradas en las líneas de seguros comer gastos médicos del INS a nombre de sus trabajadores.

determinados procedimientos quirúrgicos que no se practican en el país. En el caso de los Hogares, el gasto es incurrido de manera directa, condición que no permite tener información confiable sobre las características de este tipo de gasto.

D. Gasto Nacional en Salud

En el año 2001, el gasto nacional en salud ascendió a 405,702 millones de colones (US \$1,275 millones), cifra que representa un 7.4% del Producto Interno Bruto. En términos constantes, el gasto muestra un crecimiento acumulado en el período 1991-2001 de un 78.1%, equivalente a un 5.9% de crecimiento anual promedio; con la única excepción de 1996, el monto de gasto total aumentó en todo los años del período de referencia. En cuanto a los componentes público y privado del gasto, se manifiesta una dinámica mayor en este último, con una tasa de expansión promedio de 8.3%, en contraposición al 5.1% exhibido por el sector público (Anexo II).

La consecuencia lógica de esta discrepancia en la pauta de crecimiento, es una ganancia de peso relativo del gasto privado en el gasto total en salud. Esta tendencia, es un fenómeno evidenciado con anterioridad en las pocas investigaciones que sobre el tema del gasto privado se han llevado a cabo en el país⁵⁹ y confirmado por un aumento significativo en el número y complejidad de los proveedores privados de atención a la salud. Ciertamente, esta manifestación es una señal de los fallos del sistema público, pues una parte importante de los usuarios declaran como motivo del uso de los servicios privados problemas de acceso, atención poco oportuna y de menor calidad en la red de servicios públicos. No obstante, también se encuentra presente un grupo de usuarios de altos ingresos, que toman su decisión basados en un sentimiento de exclusividad.

Uno de los más importantes indicadores asociados al gasto en salud, expuesto en el Cuadro 1, el gasto per cápita, aumentó durante toda la década de los noventas, con la única excepción de 1996. Es importante señalar, que este aumento en parte corresponde a una recuperación de los niveles de gasto anteriores a la crisis económica de principios de los ochenta. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud, cifras que en términos absolutos no coinciden con la serie estimada para los efectos de este capítulo pero son útiles como referencias, el gasto en salud del país en 1980 ascendía a U \$202 por habitante. En los dos años siguientes, la citada crisis económica, provocó una brusca caída de este indicador, hasta alcanzar los U \$89 por habitante en 1983.

En síntesis, el incremento del gasto por habitante en dólares hasta 1993 es la culminación de un proceso de rescate de los niveles perdidos una década antes. Este objetivo fue posible cumplirlo, gracias a la reactivación y crecimiento de la economía doméstica, en el contexto de un nuevo modelo de desarrollo sustentado en las exportaciones no tradicionales a terceros mercados. Por lo tanto, es en la segunda mitad de los noventa donde realmente se puede interpretar la ocurrencia de un incremento neto en el gasto nacional en salud.

El estancamiento del indicador en el año 1996, es una señal inequívoca de la fuerte relación que existe en el desempeño de la actividad económica y las posibilidades financieras que tienen las instituciones públicas y los hogares para ampliar su gasto en atención a la salud. Precisamente, en ese año, y en relación con el período 1991-2001, se dio el menor incremento de la producción nacional (0.9%) y la mayor tasa de desempleo abierto (6.2%).

Cuadro 1
Costa Rica: Principales indicadores del gasto en salud
1991-2001

⁵⁹ De acuerdo con Kleysen (1992), el mix público-privado del gasto en 1986 era de 80-20. En e informe de la OPS “La salud de las Américas” se reporta un 74-26 para 1995. Por último, las dos más recientes, Picado y Sáenz (2000) y Durán y Herrero (2001) coinciden en un 70-30 que corresponde a 1998.

Año	Per cápita (US\$)	% PIB	Composición (%)		% Gasto público social
			Público	Privado	
1991	156.7	6.9	76.8	23.2	32.3
1992	171.6	6.5	75.3	24.7	30.0
1993	194.5	6.7	76.2	23.8	29.4
1994	218.8	7.1	76.0	24.0	29.2
1995	238.5	7.1	74.8	25.2	30.1
1996	238.1	7.2	75.1	24.9	28.9
1997	250.0	7.2	73.5	26.5	27.3
1998	256.1	6.8	73.7	26.3	28.3
1999	269.9	6.6	72.7	27.3	29.7
2000	286.7	7.1	71.8	28.2	29.0
2001	295.6	7.4	71.0	29.0	28.5

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

La proporción del gasto en salud respecto al PIB, ha sido empleada como una medida del valor o la prioridad que una sociedad asigna a la atención de la salud de sus miembros. No obstante, la evidencia empírica sobre el tema, demuestra que el resultado final en términos de mejoras en el estado de la salud de las poblaciones, dependen más de la calidad de gasto (eficiencia, equidad y efectividad) que de su nivel, así como, de la forma en que actúan los otros macro-determinantes de la salud. En última instancia, pese a la dificultad intrínseca de asignar pesos específicos a cada uno de los elementos antes señalados, es justo indicar que un gasto en salud en el rango del 6%-7% del PIB como el costarricense, asociado con los altos resultados registrados, por ejemplo, en la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, es un gasto que debe considerarse relativamente bajo.

Herrero y Picado (2002), determinan con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2001), que Costa Rica tiene el gasto en salud por habitante más bajo del conjunto de países que tienen una Esperanza de Vida al Nacer mayor o igual que la de nuestro país. Más concretamente, el gasto por habitante de Costa Rica en 1998, estimado por la OMS en US \$245 (US \$256 en el Cuadro 1), fue inferior al presentado por los diez países con una esperanza de vida inmediatamente superior (US \$2,062 en promedio) y al correspondiente a los diez países con una esperanza de vida inmediatamente inferior (US \$499 en promedio) a la nuestra.

En el contexto de los países latinoamericanos, el gasto en salud en Costa Rica, tanto en términos per cápita como en relación con el PIB, puede catalogarse como relativamente bajo. Molina et.al. (2000) reportan un promedio regional de US\$ 397 y 7.7%, respectivamente. De igual manera, este autor señala como uno de los rasgos sobresalientes del gasto en salud en América Latina una gran heterogeneidad en sus principales indicadores.

El Cuadro 2 expone de manera comparativa, los indicadores de Costa Rica con el promedio regional y con aquellos países que representan las situaciones opuestas en cada uno de los tres indicadores. Así por ejemplo, el gasto per cápita más bajo de toda la Región corresponde a los US \$ 24 de Haití, que únicamente equivalen a un 2% del valor más alto que presenta las Islas Caimán. Por otro lado, Nicaragua destina un 13.3% del total de su producción para financiar gasto en salud, en contraposición al 2.4% de Granada.

Cuadro 2
Análisis comparativo con otros países de la Región, 1998

País	Per cápita	% PIB	% Privado
Promedio Regional	392	7.7	58
Costa Rica	225	6.0	30
Haití	24	5.6	62
Islas Caimán	1,217	4.3	44
Nicaragua	58	13.3	32
Granada	154	2.4	42
Guyana	33	3.9	24
República Dominicana	133	8.0	75

Fuente: Elaborado a partir de información de Molina et al (20001)

E. Gasto público en salud

Este es el componente más importante del gasto nacional en salud. No parece que exista ninguna duda o cuestionamiento sobre el impacto positivo que este predominio haya tenido sobre los grandes logros alcanzados por el país en materia de salud. Aunque no debe entenderse como una consecuencia directa, el análisis comparativo de datos internacionales, muestra que de los veintinueve países que tienen una Esperanza de Vida al Nacer superior a Costa Rica en el año 1998, diecinueve de ellos, tienen un gasto público dominante dentro del gasto total en salud (Herrero y Picado, 2002).

Los recursos de carácter público destinados a la atención de la salud provienen mayoritariamente de las contribuciones aportadas al seguro social y no de impuestos generales o específicos recaudados por el Gobierno. Esta condición, permitió que el gasto público en salud, creciera casi sin interrupción durante el período 1991-2001, pese a las recurrentes y crecientes dificultades financieras enfrentadas por el fisco en los últimos años. En el año 2001, el gasto público en salud arribó a un total de 288,238 millones de colones (US\$877 millones), es decir, un 5.4% del PIB. La tasa de crecimiento anual promedio fue de un 5.1%, y su comportamiento ha sido bastante consistente, aún después de iniciada la ejecución de la reforma sectorial, en la segunda mitad de la década anterior.

Un análisis del gasto por institución, establece la lógica concentración de éste en el Seguro de Salud administrado por Caja Costarricense de Seguro Social, que en promedio representó en los años de estudio, un 76.5% del total de egresos públicos en salud. Por otro lado, se manifiesta una pérdida de importancia relativa del Ministerio de Salud, explicada por la transferencia de las actividades de atención primaria, y la consecuente y significativa reducción del número de sus trabajadores.

Cuadro 3
Distribución relativa del Gasto Público en Salud, 1991-2001

-millones de colones de 1991-

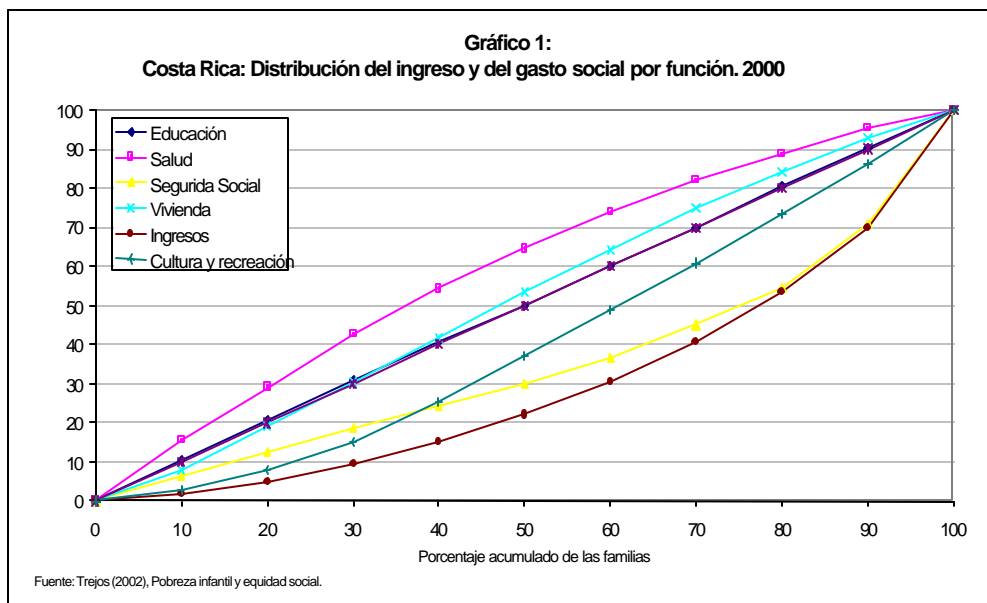
Año	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	TOTAL
1991	9.8	74.5	8.2	6.2	1.3	100.0
1992	9.1	74.0	9.3	6.2	1.4	100.0
1993	8.0	74.3	9.3	7.1	1.3	100.0
1994	8.1	75.9	8.8	6.1	1.1	100.0
1995	8.5	74.9	8.6	7.0	1.0	100.0
1996	7.9	74.0	10.1	6.7	1.3	100.0
1997	7.6	73.3	11.7	6.0	1.3	100.0
1998	6.6	77.1	10.8	4.1	1.4	100.0
1999	6.0	80.7	9.2	2.8	1.2	100.0
2000	5.5	80.2	9.5	3.6	1.2	100.0
2001	5.1	82.1	7.8	3.9	1.1	100.0

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

El gasto de la Universidad de Costa Rica muestra una extraordinaria estabilidad, con una participación relativa que oscila alrededor de un 1%. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), tuvo un fuerte incremento en su gasto en el trienio 1996-1998, debido a que asumió la administración de algunos acueductos que anteriormente eran gestionados por asociaciones locales o municipalidades; no obstante, en los años siguientes los gastos descendieron y su participación retornó al inicial 8% del total. El Instituto Nacional de Seguros, desciende de un 6.2% en 1991 a un 3.9% en el 2001, con una evolución marcada por las fuertes fluctuaciones.

En relación con el gasto público social (Cuadro 1), el gasto en salud pierde peso relativo, a causa del crecimiento acelerado que exhibieron los pagos por pensiones de regímenes contributivos con cargo al Presupuesto Nacional, particularmente en el último quinquenio de los noventa. Una de las preguntas más relevantes respecto al gasto público en salud, es la forma en que se distribuye entre los distintos grupos poblacionales, con especial énfasis en los estratos de ingresos. En un estudio elaborado para el Proyecto Estado de la Nación, Trejos (2002) efectúa una estimación de la equidad de la inversión social para el año 2000. Una de sus principales conclusiones es que el gasto público en salud es el componente del gasto social más equitativo de todos, en el sentido que las familias más pobres reciben recursos en una proporción mayor a su peso poblacional. Dado que este gasto se distribuye más equitativamente que los ingresos, se afirma que es progresivo, pues ayuda a reducir la desigualdad de los ingresos⁶⁰.

⁶⁰ El estudio de Trejos también concluye que: i) el gasto en salud muestra un sesgo hacia la atención curativa, que absorbe casi el 78% de los recursos del sector, ii) manifiesta una baja inversión con solo el 5% del gasto asignado a gastos de capital y un poco más de la mitad a salarios, y iii) lo destinado a atención primaria es limitado, con solo el 17% del gasto del sector.



F. Gasto privado en salud

Dado el predominio de un sub-sector de seguridad social, que agrupa las actividades de administración, financiación y provisión de los servicios de salud de un seguro de carácter universal, el subsector privado siempre ha tenido un papel minoritario como complemento de la provisión pública. Hasta hace pocos años, la etiqueta marginal, pequeño o poco desarrollado era común al referirse al sector privado como proveedor de atenciones a la salud.

No obstante, en los últimos años la producción de servicios de salud en la esfera privada ha crecido de una manera significativa. El financiamiento de esta producción está a cargo fundamentalmente de los hogares, no obstante, el Seguro de Salud ha transferido una cantidad creciente de recursos para la contratación de servicios integrales de salud o bien diagnósticos y tratamientos que requieren personal especializado y equipos de alta tecnología. El Instituto Nacional de Seguros, como gestor del Seguro Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio de Automóviles y las líneas comerciales de gastos médicos, compran mayoritariamente servicios privados para satisfacer las demandas de sus asegurados. Las empresas o patronos aportan también recursos en este financiamiento; aunque las formas en que llevan a cabo este proceso son diversas, es posible identificar como la principal los gastos en que incurren en el Sistema Médico de Empresa⁶¹.

En Costa Rica, la literatura sobre el papel y dimensión del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de atenciones a la salud, ha sido hasta el momento relativamente escasa. No obstante, el interés por investigar y documentar su realidad está creciendo, en la misma medida que su participación aumenta. Así por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001, casi un 18% del total de consultas externas brindadas por los centros de atención del país, fueron producidas por centros privados. El gasto privado en consultas odontológicas es muy superior al correspondiente al sector público, y el gasto en medicamentos de las familias mantiene una relación 2 a 1 con su contraparte pública. La enseñanza y formación de profesionales en ciencias de la salud en universidades privadas ha crecido aceleradamente en la última década, en contraposición a un virtual estancamiento de las universidades públicas.

⁶¹ Este es un convenio entre la CCSS y la empresa en su calidad de patrono. El último adquiere la responsabilidad de contratar el personal médico y facilitar las instalaciones físicas para brindar consulta médica a sus trabajadores, en tanto, la primera tiene la obligación de proveer los servicios de apoyo y entregar los medicamentos correspondientes.

Debido a las enormes limitaciones en cuanto a disponibilidad y acceso de información relativa a la producción y gasto privado en atenciones a la salud, los pocos estudios sobre el tema han tenido que apoyarse en un sinnúmero de fuentes de información, con características y niveles de confianza muy diversos, y una metodología de estimación de los flujos financieros que no es posible replicar de manera anual. No obstante, contrario a este panorama un poco oscuro, algunas instituciones y grupos de estudio han empezado a recolectar información del sector privado de una manera sistemática y periódica. Por ejemplo, la Unidad de Habilitación del Ministerio de Salud a través de sus dependencias regionales, efectuaron durante el primer semestre del año 2002, un inventario detallado de todos los establecimientos de salud privados que operan en el país. De igual manera, el Departamento de Contabilidad Social del Banco Central de Costa Rica, unidad responsable de administrar el Sistema de Cuentas Nacionales, inició recientemente la aplicación de encuestas trimestrales a una muestra estratificada de proveedores de servicios y bienes privados de salud, con el propósito de contar con una estimación de la producción de estas unidades⁶².

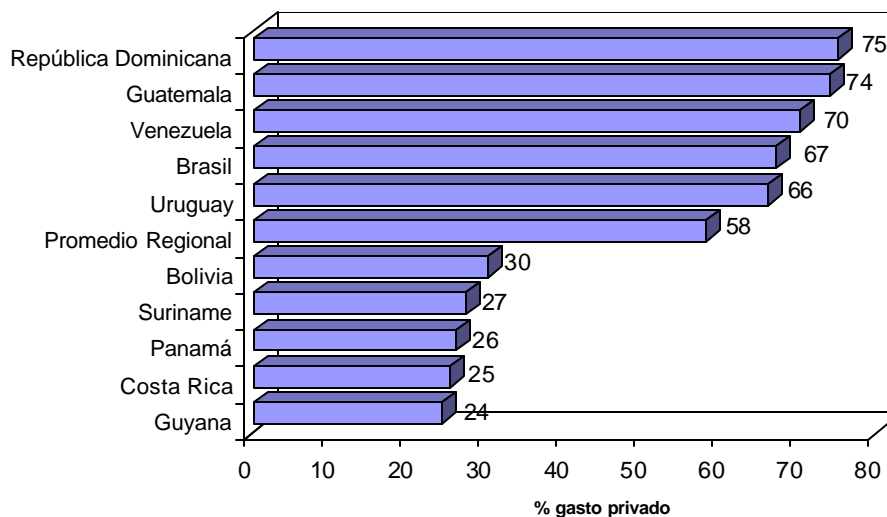
Considerando todos estos antecedentes, es indispensable precisar el origen de la serie del gasto privado empleada en el presente capítulo. En primera instancia, los datos del período 1991-2000 corresponden a una estimación lineal, efectuada con base en los montos determinados para el año 1986 y 1998 por dos estudios independientes⁶³. El valor consignado para el año 2001, corresponde a un cálculo que combina básicamente información en poder del Banco Central de Costa Rica, con datos sobre la utilización de servicios privados de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001; así mismo, se usan estándares de producción del Seguro de Salud y algunas cifras de las líneas de gastos médicos del Instituto Nacional de Seguros. El grado de detalle es alto, pues la estimación se da bajo los principios del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.

Las cifras globales del 2001, indican que el gasto privado en salud fue de 117,238 millones de colones (US \$ 357 millones), cifra que representa un 2.0% del PIB. De esta manera, la tasa de crecimiento anual promedio del gasto real fue de un 8.3% en el período 1991-2001, circunstancia que le permitió duplicar su monto inicial. Si bien es cierto, el peso relativo del gasto privado ha crecido en la última década, Costa Rica continúa en la lista de los cinco países de América Latina con una menor participación del gasto privado, muy por debajo del promedio regional ubicado en 58% y una situación completamente contraria al 75% de República Dominicana, el país con más porcentaje de gasto privado en 1998.

⁶² Estos progresos aún son incipientes y no cuentan con una coordinación apropiada. En un futuro cercano, es necesario evaluar seriamente la posibilidad de establecer alianzas estratégicas entre las instituciones que forman parte del sector salud, el Banco Central y centros de investigación universitarios, como un mecanismo útil para mejorar el conocimiento y la producción de información apropiada para el diseño de políticas que consideren el impacto real que tiene en la actualidad el sector privado en el sistema de salud costarricense.

⁶³ Kleysen (1992) y Picado y Sáenz (2000).

Gráfico 2
América Latina: Gasto privado en salud para los cinco países con mayor y menor porcentaje, 1998



Fuente: Molina et al (2000)

G. Resultados del SCNS

Después de tomada la decisión de hacer una estimación del gasto en atenciones a la salud conforme a los principios metodológicos propuestos por el Sistema de Cuentas en Salud (SCNS), la Comisión de Gasto y Financiamiento se abocó, con base en el manual desarrollado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la experiencia reciente de otros países y las posibilidades de información con las que cuenta el país en la actualidad, a definir los conceptos, clasificaciones, instituciones y organizaciones a incluir, y el año o período de cálculo.

Uno de los primeros acuerdos, fue efectuar el cálculo de únicamente tres de las matrices que componen el SCNS. Estas son: i) matriz de función de atenciones de salud y Proveedores; ii) matriz de función de atenciones de salud y Agentes de Financiamiento; y iii) matriz de Proveedores y Agentes de Financiamiento. Además se desarrolló una matriz con las nociones básicas (impuestos generales, impuestos específicos, contribuciones a la seguridad social, etc.) que adoptan los flujos financieros trasladados desde las fuentes de financiamiento institucionales (Gobierno, Hogares y Empresas) a los agentes de financiamiento.

La clasificación de las funciones de atención a la salud tuvo que ajustarse, pues el registro de los servicios de salud brindados en Costa Rica, no permite identificar si su objetivo es curativo, de rehabilitación o promoción y prevención, tal como lo propone el manual de la OCDE. La solución fue la apertura de categorías de acuerdo a nivel donde se presta el servicio, en dos grandes grupos: Servicios Ambulatorios y Servicios de Hospitalización.

Los servicios ambulatorios incluyen la Atención Integral a la Salud brindada por las Áreas de Salud, un concepto que engloba desde actividades de promoción y prevención, curación y rehabilitación de la salud, hasta acciones de educación comunitaria o familiar, con la participación de un grupo de profesionales compuestos por médicos, enfermeras, nutricionistas, sicólogos, trabajadores sociales y otros más. El registro presupuestario de las Áreas de Salud, no permite desagregar el gasto según sus principales actividades, una situación que sólo puede resolverse con un estudio especializado de costos.

En cuanto a las instituciones y organizaciones incorporadas en la estimación, destaca un grupo denominado como “Gobierno”, el cual incluye el Ministerio de Salud, la Universidad de Costa Rica y otras instituciones menores tales como: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación en Salud (INCIENSA), Centro Nacional contra las Drogas (CENADRO), y el

Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC). La Caja Costarricense de Seguro Social, en lo correspondiente a gastos del Seguro de Salud. El Instituto Nacional de Seguros en su doble rol, como gestor de los Riesgos del Trabajo y Accidentes de Automóviles y las líneas comerciales de gastos médicos. Por último, los proveedores privados se desglosaron en hospitales, cooperativas de salud, clínicas, consultorios, farmacias y laboratorios clínicos.

De las diferencias básicas del cálculo del gasto nacional en salud bajo el SCNS, respecto a los métodos convencionales, es la exclusión del ICAA, pues la producción de agua no debe interpretarse como una acción que directamente pretenda aliviar o mejorar la salud de la población. Por otro lado, erogaciones de gran importancia para el funcionamiento del sistema de salud, pero que no cumplen con la definición adoptada de gasto directo en salud, son clasificadas bajo el título de “Funciones Relacionadas con la Salud”, incluyendo en ésta la formación de capital de instituciones proveedoras de salud, educación y capacitación del personal en salud, control de alimentos, y salud ambiental, en otros.

La escogencia del año de cálculo, respondió a un criterio de conveniencia, particularmente respecto a la información disponible del sector privado. La presencia de un módulo especial en la Encuesta de Hogares sobre utilización de servicios de salud, y la aplicación de la encuesta de actividad económica a los proveedores privados de atenciones a la salud, convirtieron el 2001, como el año más apropiado para la llevar a cabo el cálculo del gasto en salud. Ciertamente, el interés por las cuestiones metodológicas no es central para los efectos del Análisis del Sector Salud, no obstante, el lector interesado puede consultar el Anexo III que se encuentra la final del capítulo y que cuenta con una descripción más detallada sobre la metodología empleada.

En cuanto a los resultados obtenidos, es preciso indicar que son completamente consistentes con los determinados en investigaciones anteriores. El gasto total en salud representa un 7.6% del PIB, con un predominio del financiamiento y provisión público. Considerando únicamente el gasto corriente, una medida más comparable con las estimaciones tradicionales del gasto, la proporción respecto al PIB desciende a 6.8%. Por lo tanto, los gastos en funciones relacionadas con la salud ascienden al restante 0.8%, categoría dominada por los pagos efectuados a los asegurados por la pérdida temporal de su salud, en la forma de subsidios salariales.

H. Fuentes de financiamiento del gasto en salud

El esquema de financiamiento del gasto en salud en Costa Rica es relativamente simple, pues descansa en las contribuciones a la Seguridad Social y los pagos directos de los Hogares. El rubro de contribuciones al Seguro de Salud significa un 59.7% del financiamiento del gasto en salud, en tanto, las recibidas por el INS arriban a un 4.8%. Los Hogares tienen un gasto de bolsillo de 25.4% más los pagos que efectúan por la adquisición de seguros privados de salud.

Los pagos directos de los usuarios no son despreciables, considerando la obligatoriedad de los trabajadores activos de contribuir con el Seguro de Salud. Por otro lado, uno de cada dos colones que financian las atenciones a la salud provienen de los Hogares, tanto como pagos directos como aportaciones a la Seguridad Social.

Cuadro 4.
Gasto Nacional en Salud
Principales Fuentes de Financiamiento
-porcentajes-

CONCEPTO	FUENTES DE FINANCIAMIENTO				TOTAL
	Gobierno	Hogares	Empresas	Recursos Externos	
Impuestos	4.9	0.0	0.0	0.0	4.9
Contribuciones al Seguro de Salud	2.3	24.2	33.2	0.0	59.7
Contribuciones al INS	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0
Préstamos externos	0.0	0.0	0.0	3.4	3.4
Gastos de Bolsillo	0.0	26.1	0.0	0.0	26.1
Gastos Empresas	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0
TOTAL	7.3	50.3	39.0	3.4	100.0

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

El Gobierno Central tiene un rol limitado, con escaso 7.3% del financiamiento. Este un tema que debe estudiarse a profundidad, debido a la gran población pobre que cubre en la actualidad el Seguro de Salud, sin obtener una contrapartida en términos de recursos adicionales. En la sección 5.1 de este capítulo se tratará con más atención las obligaciones financieras del Estado con el sector salud costarricense.

Las empresas cargan con casi dos quintas partes del financiamiento de la salud en Costa Rica, situación que no puede omitirse, al momento de diseñar políticas y redistribuir responsabilidades en el fortalecimiento de las finanzas de la salud, con el cuidado máximo de no atentar contra la competitividad de las empresas. Los recursos externos son una fuente con un peso relativamente bajo. En los últimos años, sus flujos han disminuido de manera considerable y han adoptado la forma de préstamos para adquirir equipo médico, construir infraestructura para la prestación de los servicios de salud o pagar personal dedicado a guiar la reforma sectorial.

Uno de los rasgos fundamentales de la estructura de financiamiento nacional, es que su dependencia de las contribuciones a la seguridad social, vía aporte obligatorio de los trabajadores asalariados y sus patrones, convierten a ésta en una estructura expuesta al desempeño de la actividad económica y el mercado laboral, en términos de generación de empleos y salarios reales crecientes. Un mal desempeño de la economía doméstica, condiciona las posibilidades reales que tienen los ingresos del Seguro de Salud de incrementarse a un ritmo apropiado.

I. Funciones de atención a la salud y proveedores

El gasto en salud se concentra en los Servicios Ambulatorios y Servicios de Hospitalización, con un peso relativo de 30.1% y 25.9%, respectivamente. La brecha entre uno y otro, es en la práctica inferior, pues como se indicó previamente, la Atención Integral a la Salud cubre actividades de prevención y promoción y las clásicas de salud pública.

Cuadro 5. Gasto Nacional en Salud

Importancia relativa de las Funciones de atención según proveedor, 2001

-porcentajes-

FUNCIÓN DE ATENCIÓN	PROVEEDOR		
	Público	Privado	Total
Servicios Ambulatorios	15.7	14.4	30.1
Servicios de Hospitalización	23.9	2.0	25.9
Servicios de Atención de Rehabilitación	0.6	0.0	0.6
Servicios Auxiliares de atención a la salud	4.7	3.0	7.7
Producción de bienes y servicios intermedios	0.6	0.0	0.6
Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	5.4	9.5	14.9
Servicios de Prevención y Salud Pública	1.3	0.0	1.3
Administración gubernamental general de salud	1.0	0.0	1.0
Administración y apoyo fondos de seguridad social	7.2	0.0	7.2
Administración de salud y seguros de salud: privados	0.0	0.0	0.0
Funciones relacionadas a la salud	10.7	0.0	10.7
Gasto Total en Salud	71.0	29.0	100.0
Gasto Corriente en Salud	67.6	32.4	100.0

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

Es interesante reseñar que el gasto en Servicios Ambulatorios está compuesto en proporciones muy similares por el sector público y el sector privado. Esta paridad, pese a que el número total de consultas externas privadas representan apenas un 18% del total de consultas, sugiere una demanda privada dirigida más acentuadamente a médicos especialistas, y una significativa diferencia de precios respecto a las consultas públicas. De igual manera, parte de la explicación obedece a las erogaciones por consultas odontológicas, pues el Seguro de Salud brinda una oferta de servicios bastante limitada y el mercado privado se ha adueñado de una participación mayoritaria en la prestación de servicios, combinando los servicios básicos con tratamientos de alto costo.

El segundo rubro en importancia, es la atención hospitalaria, la cual está casi en su totalidad vinculada con la provisión pública. La participación privada es bastante baja, pues sus costos son excesivamente altos, en comparación con la posibilidad de ingresar a la red de hospitales públicos en el momento que se necesite sin costo alguno, y además, los usuarios mantienen niveles altos de satisfacción de las cuidados recibidos. Pero también, los mismos prestadores privados han limitado su ofrecimiento de prestaciones hospitalarias, pues requieren inversiones cuantiosas, sin contar con una demanda mínima asegurada. Pese a todo, la actividad hospitalaria privada muestra en los últimos tiempos un interesante dinamismo en servicios como partos y cirugías menores.

El rubro de productos médicos es el 14.9% del gasto total en salud, siendo el único componente de éste con un dominio del gasto privado. Este predominio, es únicamente en cuanto al valor monetario de los flujos transados, pues en número de unidades físicas el sector público mantiene el control. El mercado de medicamentos y la forma en que se distribuye en gasto entre las familias de los distintos estratos de ingresos,

necesitan investigaciones más profundas, pues existe la presunción aún no confirmada, que el gasto privado en este rubro puede ser bastante iniquitativo, incidiendo sobre la estabilidad económica de las personas más pobres.

La relación del gasto privado en medicamentos respecto al gasto en consultas médicas es casi de dos tercios, mientras la correspondiente al sector público es de apenas un tercio. Kleysen (1992) asoció este fenómeno a una posible sustitución por parte de la población de las visitas médicas con la compra privada de medicamentos; sin embargo, otro factor explicativo de peso, es la diferencia de precios relativos que prevalece en ambos sectores

La suma del gasto en administración de los seguros sociales, el Seguro de Salud y el Seguro de Riesgos de Trabajo, y las funciones relacionadas con la salud es igual a un 17.9%. Esta cifra significa que casi una quinta parte de los gastos no son destinados a la atención directa de la salud, sino empleados en otras necesidades del sistema.

De acuerdo con el análisis anterior, un tercio del gasto corriente en salud es pagado a proveedores privados. El crecimiento de este sector es innegable, y la necesidad de regular adecuadamente su actividad es cada vez más imperiosa. Es indispensable contar con reglas claras y transparentes respecto a las condiciones en que debe operar, con una apropiada normativa sobre la calidad técnica y humana de los servicios prestados, promover una competencia sana entre los productores que beneficie a los usuarios, y establecer límites bien definidos de la relación de éstos con el sector público.

J. Funciones de atención a la salud y Agentes de Financiamiento

Esta matriz responde a la pregunta ¿quién paga por las atenciones a la salud? Los datos consignados en el Cuadro 6, son más que categóricos. El 74.4% del gasto en salud es financiado por el sector público, la Seguridad Social destaca con un aporte del 65%, el Gobierno Central un 5.2%, y el INS el restante 4.3%, correspondiente a los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y riesgos laborales. El gasto privado asciende a 25.6% del total, con un 24.5% de desembolsos directos de los Hogares, es decir, un 96% es vía gasto de bolsillo. No obstante, empleando como base de cálculo únicamente el gasto corriente, la participación de los Hogares aumenta hasta el 28.7%, un porcentaje muy consistente con los descritos en la sección 3.

Como bien apuntan Herrero y Collado (2001), esta elevada importancia del gasto de bolsillo no está asociada con un riesgo alto por gastos catastróficos ni de enfermedades crónicas, pues el Seguro de Salud es siempre un prestador de última instancia. Esta realidad, junto con la actuación del INS en calidad de monopolista, ha ejercido un límite al desarrollo de los seguros comerciales de gastos médicos en el país.

Cuadro 6
Gasto Nacional en Salud
Funciones de atención según Agente de Financiamiento, 2001

-porcentajes-

FUNCIÓN DE ATENCIÓN	AGENTES DE FINANCIAMIENTO					
	GOB	CCSS	INS	HOGARES	SEGUROS PRIVADOS	ONG'S
Servicios Ambulatorios		16.2	1.3	12.5	0.1	
Servicios de Hospitalización		24.5	0.5	0.8	0.1	
Servicios de Atención de Rehabilitación	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Servicios Auxiliares de atención a la salud	0.0	4.7	0.4	1.9	0.0	0.7
Producción de bienes y servicios intermedios	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Bienes médicos dispensados pacientes ambulatorios	0.0	5.3	0.2	9.3	0.1	
Servicios de Prevención y Salud Pública	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Administración gubernamental general de	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

salud						
Administración y apoyo fondos de seguridad social	0.0	6.9	0.3	0.0	0.0	0.0
Administración de salud y seguros de salud: privados	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Funciones relacionadas a la salud	2.5	6.6	1.6	0.0	0.0	0.0
TOTAL	5.2	65.0	4.3	24.5	0.4	0.7

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

Contrario a otros muchos países, la participación de los Seguros Privados como mecanismo de financiamiento es insignificante. En este aspecto, la ignorancia y el desinterés por las modalidades de seguros privados y medicina prepaga son generalizados entre los habitantes del país, pues de acuerdo con la una encuesta aplicada en el año 2001 por la empresa consultora CID-Gallup, a personas de ingresos medios y altos que residen en el Área Metropolitana, únicamente un 22% declaró tener alguna información sobre los seguros privados.

Los hogares compran básicamente servicios ambulatorios, en especial consultas especializadas y consultas y tratamientos odontológicos. El rubro de medicamentos es el único donde los Hogares gastan más que el sector público, y debe constituir una preocupación de las autoridades sanitarias supervisar los procesos involucrados en la formación de precios y las estructuras que prevalecen en el mercado de medicamentos. Las atenciones hospitalarias son financiadas por el Seguro de Salud casi en su totalidad, con alguna pequeña participación del INS.

K. Agentes de Financiamiento y proveedores

Esta matriz pone en evidencia, el papel preponderante que tiene el Seguro de Salud como proveedor y agente de financiamiento, pero también la escasa relación que mantiene con otros proveedores. El papel del sector privado como proveedor de atenciones a la salud financiadas con recursos públicos es aún marginal, pues la suma de lo pagado por la CCSS (1.9%) más lo correspondiente al INS (1.6%) es apenas un 3.5% del total.

El 60% de las compras del Seguro de Salud son por concepto de la atención integral a la salud contratada a cuatro Cooperativas Autogestionarias de Salud y recientemente a la Universidad de Costa Rica, las cuales cubren diversas poblaciones del Área Metropolitana. El restante gasto se concentra en consultas y cirugías oftalmológicas, exámenes de diagnóstico especializado y tratamientos de alta tecnología contra el cáncer. Estos últimos proveedores germinaron a la sombra de la incapacidad del Seguro de Salud para prestar el servicio, y su fuente principal de ingresos, está constituida por los pagos efectuados por concepto de los pacientes referidos y financiados por la CCSS.

Cuadro 7
Gasto Nacional en Salud
Agentes de financiamiento según Proveedores
-porcentajes-

PROVEEDORES	AGENTE DE FINANCIAMIENTO					
	GOB.	CCSS	INS	HOGARES	SEGUROS PRIVADOS	ONG'S
GOBIERNO	5.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CCSS	0.0	63.1	0.0	0.0	0.0	0.0
INS	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0
PRIVADOS	0.0	1.9	1.6	24.5	0.4	0.0
ONG'S	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
TOTAL	5.2	65.0	4.3	24.5	0.4	0.7

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

El Cuadro 7 indica que los hogares únicamente compran servicios a prestadores privados, aunque existe una pequeña proporción de pago al Seguro de Salud, de aquellas personas no asegurados o patronos en condición de morosos, cuyos trabajadores fueron atendidos en la red de establecimientos públicos. Los montos de éstos son insignificantes, reflejando en parte, la ausencia de un sistema de cobro efectivo en manos de la CCSS, para todos los usuarios que con capacidad contributiva no cotizan al seguro social.

Por último, los datos del INS demuestran que esta es una institución con un fuerte vínculo con los proveedores privados. El complejo del INS-SALUD y los dispensarios médicos de su propiedad, tienen una capacidad de producción bastante limitada, motivo por el cual, el ente asegurador contrata un alto porcentaje de estos servicios en el sector privado.

L. Situación del Seguro de Salud

No cabe ninguna duda del papel preponderante que juega el Seguro de Salud, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, en el funcionamiento y resultados obtenidos por el sistema de salud costarricense. En este sentido, se ha interpretado como apropiado, llevar a cabo un análisis más minucioso de éste, con un enfoque centrado en tres aspectos básicos: ingresos, gastos y sostenibilidad financiera.

Ingresos

La estructura de financiamiento del Seguro de Salud está sustentada en las contribuciones aportadas por trabajadores, patronos y Estado. Las formas que adoptan estas contribuciones son diversas, pues los mecanismos de afiliación establecidos por la CCSS son múltiples. No obstante, es digno resaltar que el peso mayor recae sobre el grupo de asalariados, pues es el único contingente obligado legalmente a participar en la financiación del Seguro de Salud.

Con la promulgación de la Ley de Universalización de los Seguros Sociales en 1961, la CCSS adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir la totalidad de la población nacional. Este compromiso rompe con los principios doctrinales “bismarckianos”, que hasta ese momento caracterizaban los seguros sociales en el país, pues la protección únicamente se otorgaba a los trabajadores asalariados. La respuesta de la CCSS ante este mandato, fue el diseño y desarrollo de un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento, con el propósito de incorporar aquellos grupos de la población aún no afiliados a sus seguros.

Una de las primeras acciones en esta dirección, fue la extensión en 1965 de la protección del régimen a todas las personas que conforman el núcleo familiar del asegurado directo y que conviven en un estado de dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

Después, durante la década de los setenta se creó el seguro voluntario, un esquema contributivo dirigido a los trabajadores independientes, caracterizado por una tasa de cotización parcial con el complemento del Estado. Además, se permitió el acceso a los beneficiados del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, programa financiado por el Fondo de Desarrollo de Asignaciones Familiares. Y en 1976 se obliga a todos los pensionados, de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a cotizar para el Seguro de Salud; los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión, o bien son responsabilidad directa del pensionado

En la década los ochenta, se establecieron los convenios de aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso, modalidad denominada Convenios Especiales (1984). De igual manera, el programa Asegurados por el Estado, el cual permite la cobertura de la población indigente con financiamiento a cargo del Estado (1984).

De esta manera, junto con el clásico seguro obligatorio de los asalariados, el Seguro de Salud ha desarrollado una amplia gama de mecanismos que permiten la cobertura del resto de la población. El resultado de sus esfuerzos queda de manifiesto en el Cuadro 8, en el cual se presenta la evolución de la tasa de cobertura del Seguro de Salud desde el año 1960. El porcentaje de personas registradas en alguna de las modalidades de aseguramiento del Seguro de Salud asciende en el 2001 al 87.5%, el restante 12.5% se encuentra “no asegurado”. La causa fundamental del avance en las dos décadas anteriores, es la creación del Asegurado por Cuenta del Estado y en menor medida a los Convenios Especiales.

Cuadro 8
Población Nacional según modalidad de Aseguramiento
1960, 1970, 1980, 1990, 2001

Tipo de Seguro	1960	1970	1980	1990	2001
Asalariado-Obligatorio	7.6	11.7	19.3	18.0	18.4
Seguro Voluntario	-	-	3.8	6.0	5.1
Asegurado Familiar	7.7	35.1	47.9	40.9	42.1
Por Cuenta del Estado	-	-	-	9.2	12.4
Pensionado	0.1	0.2	3.0	4.6	6.2
Familiar Pensionado	0.0	0.2	1.7	3.3	3.4
No asegurado	84.6	52.8	24.3	18.0	12.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Principales Indicadores					
Tasas de aseguramiento	15.40	47.15	75.70	81.95	87.50
Dependencia Contributiva	12.0	7.4	2.8	2.5	2.4

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica

Otro resultado interesante del Cuadro 8, es el descenso de la dependencia contributiva, definida ésta como la relación entre los asegurados que contribuyen directamente con el Seguro de Salud (asalariados, voluntarios y pensionados) y aquellos que no lo hacen o las categorías a las que pertenecen son financiadas por el Estado. El indicador sugiere una presión menor sobre el equilibrio financiero del sistema, sin embargo, es necesario considerar también la calidad contributiva, particularmente de quienes están afiliados al Seguro Voluntario.

La característica común de todas las modalidades de aseguramiento no tradicionales, es el papel del Estado como financiador total o complementario de las aportaciones establecidas. El concepto básico, es que todo nuevo asegurado debe tener un respaldo en términos financieros, y que sus contribuciones particulares se limiten a su capacidad económica. Por ejemplo, el Seguro Voluntario diseñado fundamentalmente para trabajadores independientes y patronos, establece que la tasa de contribución de un trabajador no calificado o semi-calificado es de 4.75% sobre el 70% del salario mínimo establecido para su categoría; el Estado subvenciona un 3.25%, y de esta forma la contribución total al sistema es de un 8.0%.

En el caso particular del Seguro por Cuenta del Estado y los Pensionados del Régimen No Contributivo, debido a que en su mayoría son personas en condición de pobreza, el Estado contrae el pago total. No obstante, pese a todo el diseño financiero involucrado en estas formas no tradicionales de aseguramiento, su impacto en los ingresos del Seguro de Salud ha sido escaso. Dentro de los factores principales que explican esta desafortunada conclusión, pueden señalarse los siguientes:

i) Baja afiliación en el Seguro Voluntario: De acuerdo con la Encuesta de Hogares 2001, la afiliación de los trabajadores independientes y patronos a este seguro, no supera el 45%, y además los ingresos que generan son desproporcionados con el número que representan. Si bien es cierto, son casi una cuarta parte del total de asegurados directos activos, aportan tan sólo un 2% de los ingresos totales del Seguro de Salud.

ii) Incumplimiento de las obligaciones estatales: Por otro lado, el Estado, como ente responsable de financiar el complemento de la contribución de los trabajadores independientes y de los otros esquemas de protección no tradicionales –Régimen No Contributivo y Asegurados por Cuenta del Estado- no ha cumplido con su rol. El grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado con la C.C.S.S. en el año 2000, fue de tan sólo un 51.6%.

iii) Inconsistencia entre aportes y costos: Los costos de ciertas modalidades subsidiadas por el Estado, no guardan relación con sus aportes. Aguilar y Calderón (2002) estiman que el costo de los servicios prestados a la población cubierta por el Seguro por Cuenta del Estado en el año 2001, ascendió a ¢54,545 millones; no obstante, el monto facturado por la CCSS a la Dirección de Desarrollo de Asignaciones Familiares (DESAF) fue de ¢13,564 millones (un 25% de su costo real) y la cancelación efectiva por parte de DESAF de únicamente ¢208 millones.

iv) Incentivos para la evasión: La creación de modalidades de aseguramiento con tasas globales de contribución inferiores a las aplicadas en el seguro obligatorio de los asalariados, introduce un importante incentivo económico para afiliarse a un menor costo. La Encuesta de Hogares 2001, evidencia que un 25% de los asegurados en el Seguro Voluntario eran realmente trabajadores asalariados.

Problemas para identificar beneficiarios: Una práctica común que se ha desarrollado en el país, es que cuando una persona no asegurada requiere los servicios brindados por los establecimientos de atención públicos, argumenta no tener capacidad para sufragar los gastos correspondientes, y solicitan la adjudicación del seguro por Cuenta del Estado. Las Unidades de Validación de la CCSS, no tiene las posibilidades materiales de verificar la condición de necesidad del usuario y en un trámite poco confiable, normalmente, conceden la cobertura a cargo del Estado.

En este contexto, la principal fuente de financiamiento del Seguro de Salud continúan siendo las aportaciones de los trabajadores asalariados y sus patronos (Cuadro 9). Las contribuciones de esta categoría en el período 1997-2000 representaron 86.5% del total de ingresos, con casi tres quintas partes que provienen de la Empresa Privada. El predominio de este sector en la generación de ingresos, provoca que la evolución de las finanzas del Seguro de Salud esté fuertemente condicionada por el desempeño de la economía nacional, pues el empleo asalariado, tanto en los procesos de creación de nuevos empleos y formación de salarios o ingresos, responde de una manera más rápida, directa e intensa a estas circunstancias.

Cuadro 9
Estructura relativa de los ingresos del Seguro de Salud
1997-2000

Concepto	1997	1998	1999	2000	Promedio
1. Rentas de la propiedad	2.5	3.1	4.1	4.4	3.5
2. Contribuciones Sociales	86.7	85.8	86.6	87.0	86.5
Empresa Privada	46.9	45.7	45.6	45.1	45.8
Instituciones Autónomas	17.7	17.6	18.7	19.5	18.4
Gobierno Central	16.9	17.5	17.0	17.2	17.2
Trabajadores Independientes	2.2	2.0	1.9	1.8	2.0
Pensionados	3.0	3.0	3.3	3.3	3.2
3. Transferencias Corrientes	10.8	11.1	9.3	8.6	9.9
Estado como tal	2.2	1.6	1.6	1.6	1.8
Asegurados por el Estado	3.3	4.3	4.4	4.0	4.0
Cuota Complementaria Independientes	4.8	4.7	2.9	2.3	3.7
Otras varias	0.5	0.5	0.4	0.7	0.5
Total Ingresos Corrientes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Tomado de Herrero y Picado (2002)..

En consecuencia, pese a que los trabajadores públicos y privados asalariados, que se encuentran afiliados al Seguro de Salud, tan sólo representan un 18.4% del total de la población nacional, contribuyen con un 81.5% de los ingresos que recibe este régimen. Los problemas esenciales del seguro obligatorio pueden agruparse en dos: la evasión de las contribuciones y la morosidad.

La evasión de las contribuciones puede darse de diversas formas. La principal y más reconocida es el no aseguramiento. No obstante, también existe el aseguramiento en una modalidad que no le corresponde; por ejemplo, un asalariado inscrito como trabajador independiente o bien un asalariado que se protege con el Beneficio Familiar derivado de su cónyuge. Por otro lado, una de las formas más frecuentes de evasión, pero de enorme dificultad al momento de identificar es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos, fenómeno conocido como subdeclaración salarial.

Durán (1997) estimó que la evasión en 1996 por concepto de no aseguramiento y subdeclaración de salarios equivalía a un 23% de los ingresos por cuotas, o a un 21% en términos de los ingresos reglamentarios. De manera complementaria a este dato, el cálculo de un indicador de calidad de aseguramiento que pondera el hecho de que si el trabajador activo se acoge a la modalidad en función de su categoría ocupacional o no⁶⁴, revela que un 27.1% de los trabajadores activos ocupados del país no participan en el financiamiento del Seguro de Salud, pese a contar con capacidad contributiva para tales efectos. El problema afecta a un 22.4% de los trabajadores de la Empresa Privada y a más de la mitad de los cuenta propia.

64 El concepto básico de este indicador es que a cada categoría ocupacional le corresponde una única forma de asegurarse. En términos simples, el trabajador asalariado debe aportar a la modalidad obligatoria y el cuenta propio o patrono a la voluntaria. En aquellos casos donde esta situación se verifica, la calidad de aseguramiento es igual a 3 (valor máximo). En la situación en que aporte a la modalidad contributiva contraria o bien como un pensionado, se le otorga un 2 (valor medio). El no estar incluido en ninguna de las modalidades contributivas le concede un valor de 1, el más bajo posible.

Cuadro 10
Población Económicamente Activa Ocupada
Calidad de aseguramiento de la Población

Categoría Ocupacional	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
Patrón o Socio Activo	44.7	15.3	39.9	100
Trabajador Cuenta Propia	41.6	7.6	50.8	100
Empleado Estado	95.9	0.9	3.2	100
Empleado Empresa Privada	71.5	6.1	22.4	100
Servidor Doméstico	38.3	36.2	25.5	100
Promedio	65.2	7.8	27.1	100

Fuente: Elaboración de los autores con base en la Encuesta de Hogares 2001.

La morosidad acumulada total del Seguro de Salud ascendió en el 2000 a ¢33,134 millones, monto del cual ¢10,841 millones correspondía a cuotas obrero-patronales facturadas en ese mismo año, para una tasa equivalente respecto a los ingresos reglamentarios de 4.6% (CCSS, 2001)

Uno de los aspectos interesantes relacionados con el financiamiento del Seguro de Salud, es que están concentrados en las contribuciones de los trabajadores asalariados de los deciles de más altos ingresos, precisamente, aquellos cuyo patrón de utilización de los servicios públicos es muy inferior al promedio nacional. La salida de los grupos medios y altos como usuarios de la red de atención pública, fundamentalmente en atenciones a la salud de carácter ambulatoria, es una realidad innegable. El 40% de las personas del quintil más rico que recibieron al menos una consulta médica en el primer semestre del año 2001, acudieron solamente a centros de atención privados; este patrón no varía significativamente con el número de consultas.

No obstante, pese al bajo consumo de servicios públicos, estos grupos mantienen las tasas de cobertura contributiva más altas del Seguro de Salud. Los posibles motivaciones que explican esta situación son: i) el posible acceso a los servicios hospitalarios y especializados con que cuenta el Seguro de Salud; ii) cuando son asalariados las empresas para las que laboran pertenecen en su mayoría al sector formal de la economía, con un alto grado de cumplimiento de la normativa vigente sobre la materia de aseguramiento; iii) la forma de evasión más común en este grupo es la sub-declaración de salarios y no la falta de aseguramiento; iv) recibir las prestaciones económicas que presta el Seguro de Salud en respuesta a la pérdida temporal de la salud, en la forma de subsidios por incapacidad o licencias por maternidad; v) la obligatoriedad impuesta de cotizar simultáneamente para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y el Seguro de Salud, y vi) un sentimiento de solidaria con el resto de la población.

Sin duda alguna, el tema requiere ser tratado de una manera más minuciosa, no obstante, la conclusión general es que al menos por el momento, no parece haber una evidencia fuerte sobre la salida de los grupos de ingresos medios y altos como contribuyentes del Seguro de Salud. Pero aún así, persiste la duda de hasta cuándo continuará esta situación.

M. Mejoras en la gestión de los ingresos

Las ideas originales planteadas en el proyecto de Reforma del Sector Salud, establecieron como prioridades del modelo de financiamiento del Seguro de Salud, el desarrollo de mecanismos que estimularán la afiliación universal, la reducción de la evasión y mejora de la recaudación en pro del equilibrio financiero del sistema de salud. Estas actividades no representaban un rediseño del modelo de financiamiento, sino mejoras en algunas áreas históricamente débiles de éste, enfatizando en la necesidad de conceder mayores facilidades al patrono para cancelar sus cuotas y una disminución el tiempo de recolección de los ingresos de la CCSS.

La coyuntura, a la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador y las nuevas atribuciones asignadas a la C.C.S.S., fue aprovechada por las autoridades de esta para llevar a cabo la actualización del sistema de facturación y recaudación de cuotas, para lo cual se recurre a la contratación de entes externos.

Como resultado del proceso se aumenta la disponibilidad de centros de recaudación y mecanismos de pago para que los patronos cancelen sus adeudos con la institución, por ejemplo, dentro de los mecanismos de cancelación, se incorpora la posibilidad de que a través de la planilla electrónica del cliente o bajo la aprobación del cliente, se pueda solicitar a la CCSS que se realice un débito en la cuenta identificada del patrón.

Uno de los mecanismos para mejorar la recaudación, introducidos previo a las mejoras mencionadas pero favorecidos por éstas, es el cobro de las planillas de la Caja por medio de las agencias de algunos bancos que operan en el país. Esta modalidad inició en 1998 y al final del 2001 se contaba con 368 agencias de pago, pertenecientes a cuatro entidades bancarias distintas. El crecimiento también puede evidenciarse en los montos totales recaudados externamente (Cuadro 11).

Cuadro 11
Recaudación externa de cuotas: Montos según Banco
1998-2001-

Año	Banco				Total
	BCAC	BCR	BNCR	Bancrecen	
1998	9,785	723			10,508
1999	24,663	13,939			38,602
2000	42,223	22,906	6,830		71,959
2001	47,752	35,414	20,344	131	103,511
Total	124,423	72,983	27,174	131	224,580

BCAC: Banco Crédito Agrícola de Cartago

BCR: Banco de Costa Rica

BNCR: Banco Nacional de Costa Rica

Fuente: Departamento Tesorería

En otro de los temas propuestos en el Proyecto de Reforma, en los últimos años la CCSS muestra un aumento en los medios y herramientas que dispone para controlar o disminuir la evasión del pago de las contribuciones. En términos de personal, el área de inspección tuvo el bienio 1995-1996, un incremento significativo en el número de funcionarios encargados de llevar a cabo las actividades normales de fiscalización.

Por otro lado, uno de los aspectos históricamente débiles, los instrumentos jurídicos que permiten la sanción de los patronos que incurren en la evasión, fueron fortalecidos con la aprobación de una serie de reformas a la Ley Constitutiva de la CCSS incluida en un capítulo especial de la Ley de Protección al Trabajador. Se establecen sanciones con multas con base a número de salarios mínimos de ley, los cuales varían de acuerdo a la infracción. Además, se refuerzan las atribuciones otorgadas a los Inspectores de la Caja, los cuales tendrán carácter de autoridades, con los deberes y atribuciones señaladas en los artículos 89 y 94 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Por último, con la modificación del artículo 48 de la Ley Constitutiva, se autoriza a la Caja para ordenar, administrativamente, el cierre del establecimiento, local o centro, cuando éstos o algún representante nieguen injustificada y reiteradamente la información solicitada y cuando exista morosidad patronal por más de dos meses.

Gastos

Los gastos totales del Seguro de Salud guardan una relación estrecha con sus ingresos, pues el mecanismo de financiamiento del régimen es definido como “de reparto simple modificado”. Esto significa que

los ingresos de un año deben distribuirse entre sus diferentes usos, guardando un pequeño porcentaje para la formación de ciertas reservas de contingencias.

La tasa de crecimiento anual promedio de los gastos efectivos del Seguro de Salud en el período 1991-2001 es de un 6.7%, y la correspondiente a los Ingresos Efectivos 6.9%. De acuerdo con la clasificación por objeto del gasto, los egresos por servicios personales representan un 62.0% del total, circunstancia que los convierten en el rubro más importante al momento de establecer políticas de contención del gasto. Límites en el crecimiento de los desembolsos por concepto de horas extraordinarias y personal sustituto, así como, restricciones en el aumento de la cantidad total de trabajadores, son las medidas más usadas para moderar la variación del gasto.

De acuerdo con clasificación de funciones de atención a la salud, el 24.9% de los gastos se destinan a la prestación de servicios ambulatorios y el 37.7% a los servicios de hospitalización. Es prudente no omitir la presencia del gasto por atención integral de salud dentro de los servicios ambulatorios y el sesgo que esto produce, pues el concepto en cuestión incluye actividades múltiples, más allá de lo convencionalmente interpretado como atención ambulatoria.

La provisión de fármacos es un 8.0% del gasto total. Esta partida ha estado expuesta, recientemente, a ciertos fallos de los Tribunales de Justicia, los cuales han obligado a la CCSS a suministrar ciertos medicamentos a grupos particulares de enfermos, siendo el caso más conocido la entrega de los antirretrovirales a pacientes con SIDA. En una investigación efectuada por Molina y Rodríguez (1998) sobre el mercado de medicamentos en Costa Rica, se determinó que la provisión pública de éstos, mayoritariamente mediante el Seguro de Salud, significa en términos de volumen un 70% contra el 30% de lo privado, aunque esta relación se invierte al 40-60 cuando se considera el valor monetario.

Los gastos administrativos del régimen son relativamente bajos (3.6%), y por lo tanto, no constituyen una preocupación en la gestión del seguro. Las funciones relacionados con la salud (10.1%) están compuestas por la formación neta de capital y las prestaciones económicas brindadas a los usuarios, durante los tiempos que se encuentran incapacitados a realizar sus trabajos remunerados, debido a la pérdida temporal de la salud.

Cuadro 12
Caja Costarricense de Seguro Social
Clasificación Funcional de la Atención a la salud (CICS-AS), 2001
-en millones de colones corrientes-

Función	Proveedor				TOTAL
	Hospitales	Áreas de salud	Admin. y Apoyo	Sector Privado	
Servicios Ambulatorios	7.3	16.1	0.0	1.5	24.9
Atención Integral de la Salud	2.1	15.3	0.0	1.5	19.0
Consulta Externa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Consultas de Urgencias	3.1	0.3	0.0	0.0	3.4
Consultas Especializada	2.0	0.5	0.0	0.0	2.6
Servicios de Hospitalización	36.4	0.0	0.0	1.2	37.7
Hospitalización general	34.7	0.0	0.0	0.1	34.8
Hospitalización de día	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Procedimientos Mayores Ambulatorios	0.9	0.0	0.0	0.7	1.6
Cirugía Mayor Ambulatoria	0.8	0.0	0.0	0.6	1.4
Servicios de Atención de Rehabilitación	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3
Servicios Auxiliares de atención a la salud	4.7	2.5	0.0	0.0	7.2
Producción de bienes y servicios intermedios	0.0	0.0	0.9	0.0	0.9

Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	6.0	2.2	0.0	0.0	8.2
Fármacos y otros no durables médicos	5.7	2.2	0.0	0.0	8.0
Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3
Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	0.0	0.0	3.6	0.0	3.6
Funciones relacionadas a la salud	3.2	1.9	5.1	0.0	10.1
TOTAL	57.9	22.7	8.7	2.8	100.0

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

En cuanto a los proveedores, el 57.9% del gasto es efectuado por los hospitales y un 22.7% por las Áreas de Salud, constituidas por Clínicas y Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud. Un 2.6% es contratado a proveedores privados, particularmente a Cooperativas Autogestionarias, con las que se tiene un vínculo de más de una década, con excelentes resultados en cuanto a calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios, pero con algunos inconvenientes en materia de costos.

Una de las interrogantes más interesantes, es la forma en qué se asignan los recursos entre los diferentes proveedores. Precisamente, uno de los componentes centrales de la Reforma del Sector Salud es el nuevo modelo de asignación de recursos financieros, que trata de eliminar la asignación presupuestaria histórica, que no considera desempeño de las unidades prestadoras, sino que más bien está determinada por la capacidad de presión de cada uno de los centros de atención, por un mecanismo que incentive la productividad y la gestión eficiente de los recursos del sistema.

El eje central de este modelo es la introducción de los Compromisos de Gestión, como instrumento jurídico donde se materializa el acuerdo entre financiador-comprador (Gerencia Administrativa) y el proveedor (máxima autoridad del hospital o Área de Salud) en relación con cantidad y calidad de servicios a ofrecer, los recursos financieros asignados, el tipo de evaluación al que debe someterse y los incentivos a otorgar, entre otros aspectos. Un efecto inherente a los Compromisos de Gestión, es el traslado del riesgo implícito en el uso de los recursos y la toma de decisiones a los proveedores. El incumplimiento de las metas pactadas está sujeto a un conjunto de sanciones, previa evaluación de la producción en términos de ciertos indicadores de calidad.

En el caso de las Áreas de Salud, el Compromiso fija el pago de un monto histórico per cápita del gasto para el nivel primario de atención, mientras que para los Hospitales plantea el pago por actividad con base en la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH). El modelo también considera un componente presupuestario variable condicionado al logro de objetivos y metas, el cual asciende a un 10% del presupuesto total, y se divide en partes iguales entre un fondo de incentivos y un fondo de compensación solidaria que compensa imprevistos en la ejecución presupuestaria.

Pese a todo, aún no se ha podido vincular directamente la asignación de recursos con la producción con calidad de los proveedores, pero al menos, se ha avanzado en conducir los recursos hacia las áreas de producción de interés institucional. Este nuevo modelo de asignación de recursos ha permitido la introducción en los hospitales de servicios alternativos a los egresos, como son los procedimientos mayores ambulatorios y la hospitalización domiciliaria, que aunque no se ven reflejados de manera positiva en las estadísticas de egresos y, por el contrario, pueden tener un efecto negativo sobre los mismos, sí han tenido un impacto positivo en la producción medida en UPH.

En lo que a atención de primer nivel se refiere, la mejora en producción se da principalmente en materia de coberturas de atención integral con calidad en los diferentes programas de atención, que se han establecido para los diferentes grupos poblacionales (Niños, adolescentes, adulto, salud de la mujer y salud del adulto mayor). En materia de producción de consultas, también se ha dado un crecimiento sostenido en los últimos años.

En un futuro, los modelos de asignación deben avanzar hacia modelos de asignación que ligen cada vez más los recursos a la producción, pero garantizando la viabilidad de los centros y el respeto a las legislación vigente (en contratación del recurso humano, por ejemplo). En el primer nivel de atención, el financiamiento

histórico hacia un pago ajustado por riesgo, medido por variables tales como: mortalidad infantil, sexo y estructura de edades de las poblaciones atendidas.

En atención secundaria el objetivo de largo plazo, es un pago por caso cubierto, pero basando el costo en las normas de atención. En este nivel también se buscan alternativas para dar peso dentro del financiamiento a las actividades de coordinación y apoyo al primer nivel, tendientes a fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles.

En lo relativo a la atención de tercer nivel, se avanza hacia la utilización de los GDR, pero posiblemente habrá que hacer ajustes a los costos relativos internacionales para reconocer costos estructurales diferenciados entre unidades o entre servicios o para ponderar correctamente las particularidades en la escala de planta de los hospitales. En este momento, existe una propuesta para llevar a cabo un plan piloto en el 2004, de pago por GDR, en varios centros hospitalarios)⁶⁵.

Gastos por nivel

Uno de los grandes avances de la reforma sectorial, es el mejoramiento de la composición del gasto. En el quinquenio 1997-2001, el gasto real destinado al primer nivel de atención ha crecido mucho más que el segundo y tercer nivel, pasando de una participación relativa del 18.8% a una del 22.2%. Ramírez y Sánchez (2001), argumentan que la eficiencia del primer nivel se basa en su papel de filtro hacia niveles especializados, con los consiguientes ahorros para todo el sistema de salud.

Cuadro 13
Gasto del Seguro de Salud según actividades y nivel de atención
-distribución relativa-

CONCEPTO	1997	1998	1999	2000	2001
Atención Hospitalaria	61.6	62.5	61.2	60.0	59.8
Atención Hosp. Segundo Nivel	20.0	19.0	18.7	16.9	17.1
Atención Hosp. Tercer Nivel	41.6	43.5	42.5	43.1	42.7
Atención Ambulatoria	38.4	37.5	38.8	40.0	40.2
Atención Amb. Primer Nivel	18.8	18.2	20.1	22.4	22.2
Atención Amb. Segundo Nivel	10.0	11.6	11.4	11.0	9.9
Atención Amb. Tercer Nivel	9.5	7.7	7.3	6.6	8.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Dirección de Presupuesto. Caja Costarricense de Seguro Social.

Pese al aumento de los fondos destinados al primer nivel de atención, algunos estudios recientes han concluido que la distribución en el ámbito geográfico continúa siendo iniquitativa, pues ciertas Áreas de Salud reciben una cantidad de recursos por habitante hasta 60 veces más que otras, sin que exista una relación aparente respecto a las necesidades de salud de las poblaciones adscritas.

⁶⁵ En la actualidad, una comisión intergerencial está revisando el modelo de asignación de recursos, con el fin de hacer una propuesta que permita avanzar a un ritmo más acelerado. Sus primeros productos se esperan para el próximo año.

N. Sostenibilidad Financiera

El término sostenibilidad financiera no debe interpretarse como el equilibrio, en un determinado período, de los ingresos y egresos del régimen. El concepto más bien trata, sobre las posibilidades financieras que se tendrán en un futuro, para mantener un cierto paquete de atenciones a la salud, condicionado por un patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos unitarios de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más. Las atenciones deben brindarse con calidad técnica y humana, eficiencia, eficacia y equidad.

En este particular, cabe preguntarse cuáles factores pueden incidir en la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. La lista es extensa, pero es posible mencionar como aquellos más relevantes los siguientes:

Ineficiencia productiva interna

Envejecimiento de la población

Perfil epidemiológico actual y en proceso

Poblaciones de inmigrantes

Imposiciones de los Tribunales de Justicia

Necesidades de inversión en equipo e infraestructura

Evasión Contributiva

Morosidad

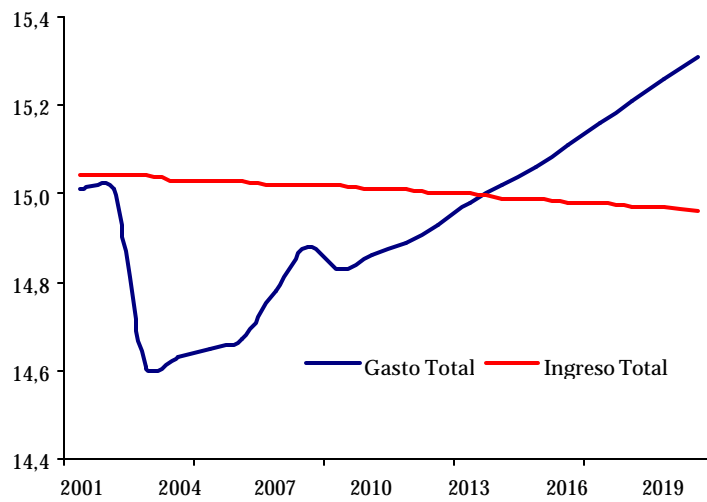
Deuda del Estado

Corrupción

Una evaluación realizada por la Dirección Actuarial de la CCSS, con base en un modelo de proyección de largo plazo, estableció que el costo operativo del seguro expresado como porcentaje de la masa cotizante efectiva será mayor a la contribución a partir del año 2014 (Calderón, 2002). Este resultado debe interpretarse con extrema cautela, pues lógicamente está condicionado por los supuestos adoptados. No obstante, de acuerdo con su autor, el modelo presenta con certeza lo que sucede en la actualidad.

Las acciones más probables de adoptarse para revertir esta tendencia, se encuentran del lado de los ingresos. Una tasa de recaudación efectiva mayor, el cumplimiento oportuno de las obligaciones financieras del Estado, la participación forzosa de los trabajadores independientes como contribuyentes, la reducción de los niveles de evasión, y otras medidas más, apoyarían la sostenibilidad del sistema más allá del año 2014.

Gráfico 3
Seguro de Salud
Ingresos y Gastos en porcentajes de la masa cotizante
2001-2020



Aunque la versión oficial no acepta el racionamiento actual de las prestaciones del Seguro de Salud, la presencia de largas colas, listas de espera y “biombos médicos” evidencian lo contrario, pues de una u otra forma estos actos desvían o moderan los gastos del régimen. Esta es una de las razones fundamentales, por las cuales el tema de imponer un paquete básico de servicios y la administración del régimen con un enfoque de seguro clásico, han empezado a trascender las discusiones de carácter informal a propuestas concretas.

O. Bibliografía

- Aguilar, J. y W. Calderón (2002). Características de la Población, Sistema de Aseguramiento por el Estado y Costo de Atención en Salud de los Indigentes (1998-2001). Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 06. CCSS.
- Caja Costarricense del Seguro Social (1997). Propuesta de Reforma Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social: Ley de Justicia Contributiva. Justificación, objetivos y resultados esperados. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.
- _____ (2001a). Indicadores y Estadísticas de los Seguros Sociales. Departamento de Planificación Económica y Financiera. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.
- _____ (2001b). Informe de Gestión Corporativa 2000. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.”
- Calderón, W. (2001). Valoración Actuarial del Seguro de Salud 2000. Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 21. CCSS.
- Castro, C. y L. Sáenz (1998). La Reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas. MIDEPLAN. San José.
- Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo S.A. (2001). Estudio de conocimiento, uso y actitudes entre usuarios de servicios de salud privados, residentes en la Aglomeración Metropolitana.
- Contraloría General de la República (1999). Panorama de la reforma del sector salud. Documento en Internet, www.cgr.go.cr.
- Herrero, F. y A. Collado (2001). El gasto en el sector salud de Costa Rica. Un Acercamiento a las Cuentas Nacionales en Salud. Serie Cuadernos de Trabajo N°. 2001-01. San José, PROCESOS.
- Herrero, F. y Durán F. (2001). El Sector Privado en el Sistema de Salud de Costa Rica. CEPAL, Proyecto CEPAL/GTZ “Reformas a los sistemas de salud en América Latina”
- Herrero, F. y Picado, G. (2002). Gasto y Financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. Informe preparado para el Proyecto Estado de la Nación. San José, Costa Rica.
- Kleysen, B. (1992). Los Gastos Privados en Salud en Costa Rica. Documento de Trabajo del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económica N° 154.
- Molina, R. et al (2000). “Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias”. En Revista Panamericana de la Salud 8, 1-2:71-83, julio-agosto.
- Picado G. (2002). Guía de Trabajo del Proyecto: Construcción del Sistema de Cuentas en Salud para Costa Rica. Inédito. San José.
- Picado, G. y K. Sáenz (2000). Estimación del Gasto Privado en Servicios de Salud en Costa Rica. Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 25. CCSS.
- Picado, G. y Salazar, V. (2002). Análisis de la cobertura del Seguro de Salud a partir del Censo de Población 2000. Inédito. San José.
- Proyecto Estado de la Nación (2002). Octavo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José.
- Trejos, Juan Diego (2002). Pobreza infantil y equidad social. Informe preparado para el Estado de situación de la Infancia en Costa Rica, 2001. San José, Costa Rica: UNICEF, PNUD. Documento mimeografiado.

ANEXOS

ANEXO I

Aspectos metodológicos: Estimación del gasto en Salud

Aspectos metodológicos: Estimación del gasto en salud

En Costa Rica, las estadísticas financieras y económicas del sector salud tienen un carácter bastante limitado y su uso agregado responde comúnmente a la única necesidad de disponer de medidas muy generales. El usuario promedio de los indicadores del gasto nacional en salud se da por satisfecho, conociendo la relación de éste con el Producto Interno Bruto y la correspondiente composición institucional. No es común, que se empleen en el diseño o evaluación de políticas sectoriales que promuevan principios básicos como equidad, eficiencia, efectividad y sostenibilidad de los recursos financieros que intervienen directamente o indirectamente en las actividades relativas a la construcción de la salud de los habitantes del país.

Los inconvenientes inician con la ausencia de una estimación oficial del gasto público en salud. Diversas instituciones, como el Ministerio de Hacienda, la Contraloría General de la República, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud y el Banco Central de Costa Rica, calculan anualmente un agregado del gasto en salud, todas bajo un número igual de metodologías, con límites conceptuales e institucionales diferentes. El resultado lógico es la presencia de una pluralidad de estimaciones del gasto público en salud, circunstancia que provoca en muchos casos interpretaciones y análisis contradictorios sobre el tema en cuestión. Esta circunstancia, no es en realidad un problema de información, sino más bien refleja la ausencia de un consenso entre los actores del sector salud por implementar una metodología única y consistente en la consolidación de los flujos de financiamiento y gasto en salud.

El problema en cuanto a las estadísticas de producción y gasto privado en la atención de la salud es aún mayor. En una conclusión común a otros países, la estimación de estos rubros, es sin duda alguna el componente del gasto nacional en salud menos confiable. Las razones son múltiples, pero en lo esencial están asociadas a una deficiente identificación de los proveedores privados, un acceso restringido a los estados financieros e informes de interés generados por las empresas privadas, la falta de una cultura de registro en establecimiento pequeños (consultorios privados unipersonales), la incertidumbre respecto a los pagos de bolsillo a proveedores de atención a la salud y a farmacias, y la falta de datos confiables sobre la participación de compañías aseguradoras internacionales. Algunos de estas carencias pueden aliviarse con la aplicación de encuestas específicas de hogares para determinar el gasto privado sobre una base regular; otras demandan acciones más puntuales.

Un tercer elemento, tan importante como los dos anteriores, es que el país no posee un sistema de cuentas nacionales en salud, y en consecuencia no es posible darle un seguimiento apropiado a los flujos financieros que participan en las actividades características del sector salud. Esta es una limitante de orden mayor, pues la respuesta a preguntas básicas como ¿de dónde proviene el financiamiento?, ¿quién administra los fondos? y ¿qué tipos de servicios se ofrecen y qué tipo de bienes son adquiridos?, no pueden darse de una manera consistente sin un sistema integrado de cuentas en salud. De igual manera, temas como la eficiencia y equidad, así como, estudios comparativos a nivel internacional pueden desarrollarse a partir de este instrumental.

Considerando esta realidad, y con el propósito de contribuir de la mejor manera con el Análisis del Sector Salud, los miembros de la Comisión de Gasto y Financiamiento, tomaron la decisión de construir para Costa Rica la matrices esenciales que componen el SCNS, partiendo de la información regularmente producida y disponible en los entes públicos, además de un cálculo del gasto privado que combina datos de la Encuesta de Hogares 2001 y el Banco Central de Costa Rica⁶⁶. De las cuatro metodologías reconocidas internacionalmente para la elaboración de cuentas en salud, se juzgo oportuno la aplicación de la propuesta desarrollada e impulsada por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), contenida en el Manual para un Sistema de Cuentas de Salud.⁶⁷

⁶⁶ En los últimos años, el Banco Central de Costa Rica en la actualidad cuenta con estados financieros de los seis hospitales privados de l país y una encuesta de producción trimestral aplicada a proveedores de menor complejidad,

⁶⁷ Las otros tres son: un Manual de Productores de Cuentas Nacionales de Salud (preparación por la OMS, en cooperación con el Banco Mundial y la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos-USAID); una metodología de Cuentas Nacionales de Salud (desarrollada por la Universidad de Harvard y PHR; auspiciada por USAID) y las estimaciones de indicadores financieros de las actividades de salud desarrollados dentro del marco del Sistema de Cuentas Nacionales de Naciones Unidas.

El esquema ofrecido por la OCDE, proporciona un conjunto de cuentas exhaustivas, coherentes y flexibles; además sugiere una clasificación internacional de las cuentas de salud que abarca tres dimensiones: funciones de atención de la salud, proveedores de servicios de atención de la salud y fuentes de financiamiento. De estos tres ejes, la adaptación de las funciones de atención a la salud a la información estadística producida en el país, es quizás, la que mayores problemas causó. Por ejemplo, la contabilidad de las instituciones públicas registra los gastos por objeto y no por su relación con la producción de los servicios específicos que se brindan.

Una de los primeros pasos que deben darse al momento de estimar el gasto en el marco de las cuentas en salud, es contar con una respuesta clara a la pregunta ¿qué es gasto en salud? En este sentido, una de las definiciones más ampliamente aceptadas es la sugerida por la OCDE, la cual es consistente con el Sistema de Cuentas Nacionales, y establece que:

“ Las actividades de salud de un país son la suma de actividades ejecutadas por instituciones o individuos que buscan, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, las metas de promoción y prevención de la enfermedad, curación de enfermedades, reducción de la mortalidad prematura, atención de las personas afectadas por enfermedades crónicas que necesitan atenciones de enfermería, atención a personas con impedimentos, discapacidades y minusvalías quienes requieren atenciones de enfermería, asistencia a personas para morir con dignidad, provisión y administración de la salud pública y provisión y administración de programas de salud, seguros de salud y otros arreglos de financiamiento” (OCDE, 2000).

En consecuencia, una de las diferencias básicas de la estimación del gasto en este informe con respecto a las publicaciones oficiales, es que el concepto de gasto en servicios de salud se delimita bajo el criterio de la existencia de un requisito previo de algún conocimiento básico médico o de enfermería y el fin primordial de mejorar la salud de las personas. Por lo tanto, el gasto total incurrido por un ente como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) no se debe incluir en la estimación, pues la producción de agua para consumo humano no tiene como finalidad directa el mejoramiento de la salud. Criterio que no pretende omitir su importancia como un macro-determinante de la salud, ni los efectos nocivos que el suministro de agua no potable puede causar en el estado de salud de las poblaciones, sino más bien refleja que la decisión sobre lo qué se entiende como gasto en salud, es una escogencia a favor de la especificidad y en contra de la amplitud del concepto.

La solución al debate generado por la exclusión del ICAA en el gasto en salud, es simple, aunque exige un poco de trabajo adicional. Magnoli (2001) señala que el grupo nacional que desarrolló en Honduras las CNS, tomó la decisión de construir dos grupos de cuentas: i) una incluyendo el abastecimiento de agua y el saneamiento, y ii) otra sin este tipo de gastos. Este es un ejemplo que ilustra como las necesidades nacionales de análisis y la comparabilidad internacional de las cuentas, no son mutuamente excluyentes, y que ambos objetivos pueden cumplirse de manera simultánea, gracias a la búsqueda de consensos y la interpretación de la propuesta como una guía y no como una prisión del pensamiento.

La discusión aún no está agotada, el proceso de construcción de un Sistema de Cuentas Nacionales en Salud apenas inicia, y lógicamente aún requiere numerosos ajustes y consideraciones sobre sus límites, estructura y desagregación interna. El uso frecuente de las Cuentas en Salud, en el diseño y evaluación de políticas e intervenciones, y en el análisis de principios básicos como eficiencia, eficacia y sostenibilidad del sistema, es el único ejercicio que puede permitir consolidar este instrumento como una práctica permanente en el quehacer sectorial.

En atención a las inquietudes planteadas por numerosos participantes en el Análisis del Sector Salud, se ha pensado conveniente llevar a cabo un análisis de las cifras agregadas del gasto nacional en salud, en el período 1991-2001, que incluya los egresos incurridos por el Instituto de Acueductos y Alcantarillados. Y por otro lado, un análisis más minucioso de la forma en que transitan los flujos financieros dentro del sistema de salud costarricense y sus relaciones a nivel de fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, proveedores y funciones de atención a la salud, gracias a la aplicación de los principios, estructura, conceptos y categorías de clasificación del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud con la información financiera relativa al año 2001.

Es un compromiso firme de la Comisión de Gasto y Financiamiento elaborar en un futuro cercano un prospecto metodológico donde se pueda documentar esta experiencia relativa a la construcción de cuentas en salud. Lógicamente, esta actividad ha requerido una labor intensa de aprendizaje y acomodo de las estructuras

propuestas a las posibilidades estadísticas actuales del país. Las grandes partidas estimadas, como los gastos por servicios ambulatorios o de hospitalización, han requerido muchas horas de discusión y una búsqueda permanente de consensos, en medio de importantes deficiencias y carencias de la información óptima que requiere esta valiosa herramienta.

ANEXO II

COSTA RICA:

GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD, 1991-2001

Anexo 2.1
Gasto Público y Privado en Salud
-millones de colones corrientes-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	46.337	14.031	60.367
1992	56.195	18.451	74.646
1993	70.041	21.925	91.966
1994	89.161	28.190	117.351
1995	112.284	37.902	150.186
1996	133.396	44.279	177.675
1997	157.339	56.696	214.036
1998	182.972	65.256	248.228
1999	216.058	81.230	297.288
2000	250.140	98.302	348.442
2001	288.238	117.482	405.720

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.2
Gasto Público y Privado en Salud
-millones de colones constantes -

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	46.337	14.031	60.367
1992	46.140	15.150	61.290
1993	52.381	16.396	68.777
1994	58.736	18.570	77.306
1995	60.046	20.269	80.315
1996	60.702	20.149	80.851
1997	63.224	22.782	86.006
1998	65.846	23.484	89.330
1999	70.654	26.563	97.218
2000	73.718	28.970	102.688
2001	76.352	31.120	107.473

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.3

Gasto Público y Privado en Salud
-millones de dólares corrientes-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	378,3	114,5	492,8
1992	417,8	137,2	555,0
1993	492,6	154,2	646,8
1994	567,7	179,5	747,1
1995	624,7	210,9	835,6
1996	642,3	213,2	855,5
1997	676,4	243,8	920,2
1998	711,4	253,7	965,2
1999	756,3	284,3	1.040,6
2000	811,6	319,0	1.130,6
2001	876,5	357,2	1.233,7

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.4

Gasto Público y Privado en Salud
-dólares por habitante-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	120,30	36,43	156,7
1992	129,17	42,41	171,6
1993	148,17	46,38	194,5
1994	166,26	52,57	218,8
1995	178,29	60,18	238,5
1996	178,76	59,34	238,1
1997	183,75	66,21	250,0
1998	188,76	67,32	256,1
1999	196,12	73,74	269,9
2000	205,83	80,89	286,7
2001	217,48	88,64	306,1

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.5

Crecimiento interanual del Gasto Público y Privado en Salud en colones constantes
-crecimientos porcentuales -

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1992	-0,42	7,98	1,53
1993	13,53	8,23	12,22
1994	12,13	13,26	12,40
1995	2,23	9,15	3,89
1996	1,09	-0,59	0,67
1997	4,16	13,07	6,38
1998	4,15	3,08	3,86
1999	7,30	13,11	8,83
2000	4,34	9,06	5,63
2001	3,57	7,42	4,66
Promedio 1991-2001	5,71	9,25	6,62

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.6

Gasto Público y Privado en Salud
-porcentajes del PIB-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	5,3	1,6	6,9
1992	4,9	1,6	6,5
1993	5,1	1,6	6,7
1994	5,4	1,7	7,1
1995	5,3	1,8	7,1
1996	5,4	1,8	7,2
1997	5,3	1,9	7,2
1998	5,0	1,8	6,8
1999	4,8	1,8	6,6
2000	5,1	2,0	7,1
2001	5,4	2,2	7,6

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.7
Gasto Público en Salud según Instituciones
-millones de colones corrientes-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	4.529	34.514	3.800	2.886	607	46.337
1992	5.121	41.612	5.222	3.458	783	56.195
1993	5.584	52.058	6.504	4.997	899	70.041
1994	7.215	67.661	7.840	5.451	995	89.161
1995	9.577	84.119	9.605	7.821	1.161	112.284
1996	10.485	98.678	13.533	8.960	1.739	133.396
1997	12.025	115.268	18.455	9.507	2.084	157.339
1998	12.142	141.135	19.731	7.426	2.538	182.972
1999	12.959	174.366	19.965	6.135	2.634	216.058
2000	13.712	200.549	23.775	8.987	3.117	250.140
2001	14.641	236.638	22.521	11.257	3.182	288.238

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.8
Gasto Público en Salud según Instituciones
-millones de colones constantes -

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	4.529	34.514	3.800	2.886	607	46.337
1992	4.426	35.967	4.513	2.988	677	48.571
1993	4.056	37.809	4.723	3.629	653	50.870
1994	4.153	38.942	4.512	3.137	573	51.317
1995	4.346	38.171	4.359	3.549	527	50.951
1996	4.156	39.112	5.364	3.552	689	52.872
1997	4.304	41.259	6.606	3.403	746	56.318
1998	3.774	43.874	6.134	2.308	789	56.879
1999	3.388	45.582	5.219	1.604	689	56.481
2000	3.195	46.734	5.540	2.094	726	58.290
2001	3.036	49.064	4.669	2.334	660	59.763

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.9
Gasto Público en Salud según Instituciones
-millones de dólares-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	37	282	31	24	5	378
1992	38	309	39	26	6	418
1993	39	366	46	35	6	493
1994	46	431	50	35	6	568
1995	53	468	53	44	6	625
1996	50	475	65	43	8	642
1997	52	496	79	41	9	676
1998	47	549	77	29	10	711
1999	45	610	70	21	9	756
2000	44	651	77	29	10	812
2001	45	720	68	34	10	876

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.10
Gasto Público en Salud según Instituciones
-dólares por habitante-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	11,8	89,6	9,9	7,5	1,6	120,3
1992	11,8	95,6	12,0	7,9	1,8	129,2
1993	11,8	110,1	13,8	10,6	1,9	148,2
1994	13,5	126,2	14,6	10,2	1,9	166,3
1995	15,2	133,6	15,3	12,4	1,8	178,3
1996	14,1	132,2	18,1	12,0	2,3	178,8
1997	14,0	134,6	21,6	11,1	2,4	183,8
1998	12,5	145,6	20,4	7,7	2,6	188,8
1999	11,8	158,3	18,1	5,6	2,4	196,1
2000	11,3	165,0	19,6	7,4	2,6	205,8
2001	11,0	178,5	17,0	8,5	2,4	217,5

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.12
Gasto Público en Salud según Instituciones
-porcentajes del PIB-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	0,5	3,9	0,4	0,3	0,1	5,3
1992	0,4	3,6	0,5	0,3	0,1	4,9
1993	0,4	3,8	0,5	0,4	0,1	5,1
1994	0,4	4,1	0,5	0,3	0,1	5,4
1995	0,5	4,0	0,5	0,4	0,1	5,3
1996	0,4	4,0	0,6	0,4	0,1	5,4
1997	0,4	3,9	0,6	0,3	0,1	5,3
1998	0,3	3,9	0,5	0,2	0,1	5,0
1999	0,3	3,9	0,4	0,1	0,1	4,8
2000	0,3	4,1	0,5	0,2	0,1	5,1
2001	0,3	4,5	0,4	0,2	0,1	5,4

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.11
Gasto Público en Salud según Instituciones en colones corrientes
-porcentajes de crecimiento interanual-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1992	-2,3	4,2	18,8	3,6	11,4	4,8
1993	-8,4	5,1	4,7	21,4	-3,5	4,7
1994	2,4	3,0	-4,5	-13,6	-12,3	0,9
1995	4,7	-2,0	-3,4	13,1	-8,0	-0,7
1996	-4,4	2,5	23,1	0,1	30,8	3,8
1997	3,6	5,5	23,2	-4,2	8,2	6,5
1998	-12,3	6,3	-7,2	-32,2	5,8	1,0
1999	-10,2	3,9	-14,9	-30,5	-12,7	-0,7
2000	-5,7	2,5	6,2	30,6	5,5	3,2
2001	-5,0	5,0	-15,7	11,5	-9,2	2,5
Promedio 1991-2001	-4,3	4,0	2,3	-2,3	0,9	2,9

Fuente: Banco Central de Costa Rica

ANEXO III

**MANUAL DE CUENTAS, PARA LA CONFECCIÓN DE LAS
MATRICES DE FINANCIAMIENTO Y
GASTO DEL SECTOR SALUD**

MANUAL DE CUENTAS, PARA LA CONFECCIÓN DE LAS MATRICES DE FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SECTOR SALUD.
(Versión preliminar)

Esta es una versión preliminar del Manual de Cuentas, cuyo objetivo es servir de guía metodológica para la confección de las matrices, que aparecen en el documento sobre Gasto y Financiamiento en el Sector Salud costarricense. En el manual se recurre normalmente a citar como fuente la Estructura Presupuestaria de la C.C.S.S. lo que quiere dar a entender la existencia de una actividad homónima en tal estructura; así como al mencionar los Estados Financieros, o Registros Contables, se da a entender que hay cuentas por conceptos similares dentro de tales documentos.

En función de la existencia de múltiples tipos de registros dentro de la Seguridad Social, que funcionan como fuente de información, se utiliza como primera fuente los Registros contables, una vez agotada la información que estos brindan se recurre a la estructura presupuestaria, y finalmente a los Registros de Costos Hospitalarios.

En la mayoría de las demás instituciones públicas se cuenta con información brindada por estas, ya sea mediante informantes internos, o utilizando la información que estos entes remiten al Banco Central. En el caso del Ministerio de Salud, se conoce la estructura programática, de donde se extrae la información de las distintas matrices, en cambio en el I.N.S. las fuentes últimas son manejadas por los informantes internos, por lo que solo se recurre a citar la existencia de la cuenta en el I.N.S..

Además dentro del Sector Privado se cita la existencia, pues este fue estimado con información del Banco Central de Costa Rica, cuya metodología, es manejada por los informantes de esta entidad.

Dentro del manual, se definen las distintas cuentas, así como se mencionan las fuentes de información de manera acorde con la antes realizada. Tanto para las funciones propias del Sector como a las funciones relacionadas con este.

AS.1. Servicios Ambulatorios

AS.1.1. Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)

Atención diferenciada e integral a los distintos grupos etáreos de la población en todas las etapas de su desarrollo y de su vida, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Deberá incluir todas las acciones en torno a la atención de la morbilidad prevalente de cada grupo etáreo.

Para su estimación dentro de la C.C.S.S se utiliza la estructura presupuestaria, para el I.N.S. se utilizan los registros particulares de la entidad, en lo correspondiente a Seguros de Servicios Médicos, así como en el caso de los entes privados.

AS.1.2. Consulta Externa

Atención ambulatoria, con objeto de diagnóstico, curación o control, de distintas enfermedades, que se realiza sin necesidad del ingreso del paciente. Puede ser recuperada dentro del I.N.S. o en el Sector Privado.

AS.1.3. Consulta de Urgencias

Es aquella atención inmediata que se le brinda a una persona en cualquier momento de las 24 horas del día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud.

Dentro de la C.C.S.S. se estima utilizando nuevamente la estructura presupuestaria; mientras en el caso de los seguros obligatorios del I.N.S. se estima mediante las atenciones compradas a la C.C.S.S.; mientras en los seguros voluntarios no puede separarse de otras formas de servicios ambulatorios incluidos en Consulta Médica General.

AS.1.4. Consultas Especializadas

Atención ambulatoria brindada por un médico especialista

La estructura presupuestaria de la C.C.S.S. brinda la información pertinente, así como en el I.N.S. se reconocen dentro de los Gastos.

AS.2. Servicios de Hospitalización

AS.2.1 Hospitalización General

Atención a personas hospitalizadas, según la capacidad instalada del respectivo servicio, y que genera para efectos de la atención hospitalaria, un egreso.

En el caso de la C.C.S.S la estimación se obtiene a partir de la estructura presupuestaria, mientras en el del I.N.S responde a la suma de Procedimientos y Cirugías junto con Gastos por hospitalización, al igual que en el sector privado.

AS.2.2. Hospitalización de Día

Actividad típica de atención hospitalaria desarrollada en el domicilio del paciente con el persona del hospital. Incluye, además, la atención durante el día en el centro hospitalario de pacientes que no ameritan ingreso

Es exclusiva de la C.C.S.S para el país, obtenida también de la Estructura Presupuestaria.

AS.2.3 Procedimientos mayores ambulatorios

Aquellos procedimientos médicos de diagnóstico o tratamiento que refieren equipo de alta tecnología y personal altamente especializado. Es únicamente lo realizado a pacientes ambulatorios ya que los procedimientos efectuados a los hospitalizados se consideran parte de los egresos hospitalarios

Se produce tanto en la C.C.S.S. (estructura presupuestaria), como en el Sector Privado, dentro de los hospitales, y bajo compra por parte de la misma C.C.S.S.

AS.2.4. Cirugía Mayor Ambulatoria

Procedimiento quirúrgico programado que forma parte de un programa establecido y que implica un ingreso y egreso hospitalario de menos de 24 horas, de acuerdo con la normativa institucional vigente.

Su obtención es similar a la de AS.2.3.

AS.3. Servicios de Atención de rehabilitación

AS.3.1. Atención Hospitalaria de Rehabilitación

Comprende los servicios médicos y paramédicos prestados a pacientes hospitalizados durante un episodio de atención de rehabilitación a paciente ingresado

Se realiza dentro de la C.C.S.S. a través del CENARE, por lo que se extrae del presupuesto de esta institución, así como dentro de una institución pública menor como el CENADRO, donde se utiliza como fuente sus registros contables

AS.3.2. Atención ambulatoria de Rehabilitación

Comprende servicios médicos y paramédicos a pacientes del día durante un episodio de atención de rehabilitación

Se realiza dentro de la C.C.S.S. a través del CENARE, por lo que se extrae del presupuesto de esta institución, así como dentro de instituciones públicas menores como IAFA y Consejo de Rehabilitación, donde se utilizaron los Registros presentados al BCCR

AS.4. Servicios Auxiliares de atención a la salud

AS.4.1. Laboratorio Clínico

Cubre los servicios: orina, pruebas químicas y físicas, químicas sanguíneas, perfiles químicos automatizados de sangre, hematología, inmunología, heces, cultivos microbiológicos, exámenes microscópicos, citología especializada y patología de tejidos demás pruebas de laboratorio misceláneas

Se basa en los registros del área de costos de la C.C.S.S., y en las estimaciones del Sector Privado.

AS.4.2. Imágenes de Diagnóstico

Imágenes diagnósticas provistas a pacientes ambulatorios, y se estima de manera similar a AS.4.1

AS.4.3. Transporte de pacientes y rescate de emergencias

Transporte en vehículos especialmente equipados o en una ambulancia aérea designada para y desde establecimientos con el propósito de recibir casos de atención médica o quirúrgica. También incluye transporte en vehículos convencionales, tal como taxi, cuando son autorizados y reembolsados al paciente.

Se utiliza los registros contables de la C.C.S.S., así como la información de la Cruz Roja Costarricense, y los Seguros Voluntarios y Obligatorios que administra el I.N.S.

AS.4.4. Otros servicios auxiliares misceláneos

Los demás servicios misceláneos de apoyo ya atención a la salud. Suma el gasto que realiza INCIENSA en esterilización y limpieza de instrumentos.

AS.5. Producción de bienes y servicios intermedios

AS.5.1. Producción de bienes

Elaboración de productos intermedios que se utilizan en la prestación de servicios de salud, a través de la red de clínicas y hospitales, tales como medicamentos, sueros, reactivos, productos hemoderivados, anteojos y la confección de ropa.

Es exclusivo de la C.C.S.S. y se estima a partir de la Estructura Presupuestaria.

AS.5.2. Producción de servicios

Los servicios que presta la institución a la red de servicios de salud, en lavado de ropa y control de calidad de medicamentos e implementos médicos que constituyen un producto intermedio a los productos finales de consultas e ingresos. Se obtiene de manera similar AS.5.1

AS.6. Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios

AS.6.1. Fármacos y otros no durables médicos

Productos farmacéuticos, como preparaciones medicinales, medicinas de marca y genéricos, drogas, medicinas patentadas, vacunas, sueros, vitaminas y minerales y contraceptivos orales.

AS.6.1.1. Medicinas prescritas

Medicinas vendidas exclusivamente a clientes con un comprobante médico, independientemente de si es cubierto por financiamiento público o privado e incluye productos de marca y genéricos.

Corresponde a medicinas otorgadas dentro del IAFA y Consejo de Rehabilitación, así como los medicamentos recetados dentro del Seguro de Salud, en base a los Estados Financieros.

AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción

Gasto privado de los hogares para medicinas sin receta.

AS.6.1.3. Otros no durables médicos*

Una amplia variedad de artículos no durable médicos tales como vendas, medias elásticas, artículos para incontinencia, condones y otros aparatos mecánicos contraceptivos.

AS.6.2. Accesorios terapéuticos y otros durables médicos

AS.6.2.1. Lentes y otros productos para la visión

Lentes correctivos y lentes de contacto, al igual que los líquidos correspondientes para limpieza. También la adaptación de los lentes por el optometrista.

Se obtiene en base a la estructura presupuestaria de la C.C.S.S.

AS.6.2.2. Accesorios ortopédicos y otras prótesis

Aparatos ortopédicos y otras prótesis; zapatos ortopédicos, miembros artificiales y otros aparatos protésicos, abrazaderas ortopédicas, cinturones quirúrgicos, arneses y apoyos; y cuellos ortopédicos.

Basado en estados financieros de la C.C.S.S.

AS.6.2.3. Ayudas para audición

Este rubro contiene todo tipo de aparatos removibles para ayudas de audición (incluye limpieza, ajuste y baterías)

AS.6.2.4. Aparato técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas

Comprende una variedad de aparatos técnico-médicos tales como sillas de ruedas y carrozas para discapacitados.

AS.6.2.5. Otros durables médicos misceláneos

Productos no durables médicos misceláneos no clasificados en otros lugares.

AS.7. Servicios de Prevención y Salud Pública

AS.7.1. Prevención de enfermedades transferibles

Incluye el reportaje obligatorio y notificación de ciertas enfermedades transmisibles e investigaciones epidemiológicas de enfermedades trasmisibles; esfuerzos para determinar los contactos posibles y orígenes de enfermedades; prevención y control de tuberculosis, programas de inmunización / vacunación; vacunaciones en el contexto de atenciones de maternidad y la niñez.

Se incluye el gasto del IAFA en programas de prevención de la drogadicción; y los Centros de Referencia, sobre enfermedades específicas que mantiene el INCIENSA.

AS.7.2. Vigilancia de la salud

Corresponde al Gasto que realiza el Ministerio de Salud en los programas de Atención a Personas, Dirección de Centros de Salud Transitorios y Vigilancia de la Salud.

AS.8. Administración de salud y seguros de salud

AS.8.1. Administración gubernamental general de salud

AS.8.1.1. Dirección y conducción

Corresponde al manejo administrativo de los servicios de salud, prestados por el estado incluyéndose la seguridad social, y tras instancias.

Es igual al Gasto realizado por el Ministerio de Salud en los programas de Dirección Superior y Administración General, y de Planificación de la Salud.

AS.8.1.2. Regulación

Control y auditoria de la prestación y manejo de los servicios, y demás componentes del sector salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación al usuario final. Comprende los programas de Saneamiento Básico Rural, Normalización y Acreditación, Registros y controles y Vigilancia y Control del Ambiente Humano.

AS.8.2. Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social

Operación y administración de seguros sociales de salud; corresponde a los gastos administrativos del Seguro de Salud de la C.C.S.S y de los Seguros de Riesgos Médicos, Riesgos del Trabajo y Obligatorio de Automóviles del I.N.S.

AS.8.3. Administración de salud y seguros de salud: privados

AS.8.3.1. Administración de salud y seguros de salud: seguros sociales

Operación y administración de seguros privados sociales de salud, definidos como: intermediarios financieros contribuciones sociales y en menor grado por las transferencias corrientes de fondos para la atención a la salud, financiados por fuera de las contribuciones a la Seguridad Social.

AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados

Administración y operación de los seguros privados de salud y accidente con fines de lucro

FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

AS.R.1. Formación de capital de instituciones proveedoras de salud

La formación bruta de capital de las instituciones nacionales proveedoras de salud. Consiste en la estimación del gasto e capital del Seguro de Salud, utilizando la misma metodología de cálculo del Banco Central; así como la compra de nuevos activos fijos por parte de instituciones menores, como también las edificaciones y mejoras de edificios.

AS.R.2. Educación y entrenamiento de personal de Salud

Provisión por el gobierno y entidades privadas de educación y entrenamiento del personal de salud, incluyendo la administración, inspección y apoyo de instituciones proveedoras de educación y entrenamiento del personal en salud. Comprende a educación post-secundaria y terciaria en los campos en salud, por gobiernos centrales y locales e instituciones privadas tales como escuelas de enfermería operadas por hospitales privados

Se obtiene a partir de la Estructura Presupuestaria de la C.C.S.S. comprendiendo principalmente al CENDEISS, así como los gastos en facultades y oficinas relacionados con salud dentro de la UCR, sin dejar de lado algunas sumas giradas por instituciones menores (llámese Consejo de rehabilitación)

AS.R.3. Investigación y desarrollo en salud

Programas de investigación y desarrollo dirigidos a la protección y mejoramiento de la salud humana. Esto incluye la Investigación y desarrollo sobre higiene de alimentos y nutrición, además la investigación y desarrollo sobre la radiación para propósitos médicos, ingeniería bioquímica, información médica, la racionalización de tratamiento y farmacología (incluyendo pruebas de medicinas y la crianza de animales de laboratorio para propósitos científicos) al igual que investigación relacionada con epidemiología, prevención de enfermedades industriales y la drogadicción.

Corresponde al gasto en investigación dentro del INCIENSA, (Unidades de investigación y CIC) así como el gasto del Instituto Costarricense contra el Cáncer; añadiendo el proveniente de la C.C.S.S. obtenido a través de la Estructura Presupuestaria.

AS.R.4. Control de alimentos, higiene y agua para consumo

La variedad de actividades de salud pública que son parte de otras actividades públicas, tales como inspección y regulación de varas industrias, incluyendo la empresa que controla el agua potable.

AS.R.5. Salud ambiental

Actividades de monitoreo del ambiente y control ambiental con un enfoque especial de la salud pública

AS.R.6. Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir a la vida a personas enfermas o con discapacidad (o en riesgo social)

Servicios sociales (no médicos) en especie brindados a pacientes con problemas de salud y limitaciones funcionales o impedimentos, donde el fin principal es la rehabilitación o reintegración social o vocacional.

Correspondiente al gasto en CEN-CINAI's realizado por el Ministerio de Salud, como un programa.

AS.R .7. Administración y provisión de beneficios relacionados con la salud en efectivo

Administración y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo por programas de protección social en la forma de transferencias otorgadas a personas y hogares. Incluidos los servicios de administración y regulación de estos programas.

Comprende al pago de subsidios a personas realizado por el Consejo Nacional de Rehabilitación, así como el pago de incapacidades por parte de la C.C.S.S. y el I.N.S. en sus seguros solidarios.

ANEXO IV

Costa Rica:

Matrices estimadas del Sistema Nacional de Cuentas de Salud

ANEXO 4.1

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	HOSPITALES	AREAS DE SALUD	ADMIN. Y APOYO	SECTOR PRIVADO	EXTERIOR
AS.1 Servicios Ambulatorios	65.651,8	19.222,6	42.378,4		4.050,8	
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)	49.928,8	5.638,0	40.240,0		4.050,8	
AS.1.2 Consulta Externa						
AS.1.3 Consultas de Urgencias	8.939,0	8.194,9	744,1			
AS.1.4 Consultas Especializada	6.784,0	5.389,8	1.394,3			
AS.2 Servicios de Hospitalización	99.329,3	95.885,6			3.254,9	188,8
AS.2.1 Hospitalización general	91.549,1	91.360,3				188,8
AS.2.2 Hospitalización de día	68,7	68,7				
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	4.116,1	2.352,0			1.764,1	
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria	3.595,4	2.104,6			1.490,8	
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	740,4	740,4				
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	320,4	320,4				
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	420,0	420,0				
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	18.954,3	12.457,9	6.491,2		5,3	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	10.912,6	6.547,5	4.365,0			
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	5.783,8	4.622,8	1.155,7		5,3	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	2.258,0	1.287,6	970,4			
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos						
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios	2.433,5			2.433,5		
AS.5.1 Producción de bienes	1.475,5			1.475,5		
AS.5.2 Producción de servicios	958,0			958,0		
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.680,4	15.724,3	5.909,9	46,1		
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	20.958,0	15.113,9	5.798,0	46,1		
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	20.958,0	15.113,9	5.798,0	46,1		
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción						
AS.6.1.3 Otros no durables médicos						
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	722,4	610,4	111,9			
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión	0,4	0,4				
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	721,9	610,0	111,9			
AS.6.2.3 Ayudas para audición						
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas						
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos						
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública						
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles						
AS.7.2 Vigilancia de la salud						
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	27.848,2			27.848,2		
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud						
AS.8.1.1 Dirección y conducción						
AS.8.1.2 Regulación						
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	27.848,2			27.848,2		
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados						
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados						
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados						
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD						
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	12.518,4	1.510,1	974,5	10.033,8		
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	1.001,2	7,8	0,2	993,3		
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	1.548,6	9,1		1.539,5		
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable						
AS.R.5 Salud ambiental						
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad						
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	11.628,9	6.836,8	3.983,3	808,9		
TOTAL	263.335,1	152.394,5	59.737,5	43.703,2	7.311,0	188,8

ANEXO 3.2

MINISTERIO DE SALUD

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	MINISTERIO DE SALUD
AS.1 Servicios Ambulatorios	
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)	
AS.1.2 Consulta Externa	
AS.1.3 Consultas de Urgencias	
AS.1.4 Consultas Especializada	
AS.2 Servicios de Hospitalización	
AS.2.1 Hospitalización general	
AS.2.2 Hospitalización de día	
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria	
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios	
AS.5.1 Producción de bienes	
AS.5.2 Producción de servicios	
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	
AS.6.1.3 Otros no durables médicos	
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión	
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	
AS.6.2.3 Ayudas para audición	
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas	
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos	
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	4.872,1
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.872,1
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	3.899,4
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	3.899,4
AS.8.1.1 Dirección y conducción	2.823,1
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD	
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable	
AS.R.5 Salud ambiental	
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	
TOTAL	15.073,2

ANEXO 3.3
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)

CONCEPTO	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
AS.1 Servicios Ambulatorios	
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)	
AS.1.2 Consulta Externa	
AS.1.3 Consultas de Urgencias	
AS.1.4 Consultas Especializada	
AS.2 Servicios de Hospitalización	
AS.2.1 Hospitalización general	
AS.2.2 Hospitalización de día	
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria	
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios	
AS.5.1 Producción de bienes	
AS.5.2 Producción de servicios	
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	
AS.6.1.3 Otros no durables médicos	
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión	
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	
AS.6.2.3 Ayudas para audición	
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas	
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos	
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	
AS.7.2 Vigilancia de la salud	
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	
AS.8.1.1 Dirección y conducción	
AS.8.1.2 Regulación	
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD	
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.181,8
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable	
AS.R.5 Salud ambiental	
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	
TOTAL	3.181,8

ANEXO 4.4

**SEGUROS COMERCIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)**

CONCEPTO	MONTO TOTAL	Hospitales, Clínicas y Consultorios Privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas	Centro de diagnóstico privado	Otros proveedores privados	INS
AS.1 Servicios Ambulatorios	296,5	296,5					
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)							
AS.1.2 Consulta Externa	72,6	72,6					
AS.1.3 Consultas de Urgencias							
AS.1.4 Consultas Especializada	223,9	223,9					
AS.2 Servicios de Hospitalización	577,1	577,1					
AS.2.1 Hospitalización general	577,1	577,1					
AS.2.2 Hospitalización de día							
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios							
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria							
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	8,4	8,4					
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación							
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	8,4	8,4					
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	172,1		67,5		104,3		0,3
AS.4.1 Laboratorio Clínico	67,5		67,5				
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	104,3				104,3		
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	0,3						0,3
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos							
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios							
AS.5.1 Producción de bienes							
AS.5.2 Producción de servicios							
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	335,2			335,2			
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	335,2			335,2			
AS.6.1.1 Medicinas prescritas							
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	335,2			335,2			
AS.6.1.3 Otros no durables médicos							
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos							
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión							
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis							
AS.6.2.3 Ayudas para audición							
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas							
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos							
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública							
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles							
AS.7.2 Vigilancia de la salud							
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	181,4						181,4
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud							
AS.8.1.1 Dirección y conducción							
AS.8.1.2 Regulación							
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social							
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	181,4						181,4
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	181,4						181,4
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados							
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD							
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud							
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud							
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud							
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable							
AS.R.5 Salud ambiental							
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad							
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo							
TOTAL	1.570,7	882,0	67,5	335,2	104,3	0,3	181,4

ANEXO 4.5
 SEGUROS COMERCIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
 CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
 PARA EL AÑO 2001
 (En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	Hospitales, Clínicas y Consultorios Privados	Laboratorio Privados	Farmacias Privadas	Centro de diagnóstico privado	Otros proveedores privados	INS-SALUD	CCSS
AS.1 Servicios Ambulatorios	5.413,0	455,1				8,4	3.184,4	1.765,7
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)								
AS.1.2 Consulta Externa	3.184,4						3.184,4	
AS.1.3 Consultas de Urgencias	1.765,7							1.765,7
AS.1.4 Consultas Especializada	463,5	455,1				8,4		
AS.2 Servicios de Hospitalización	1.955,0	1.944,0						
AS.2.1 Hospitalización general	1.955,0	1.944,0						
AS.2.2 Hospitalización de día								
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios								
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria								
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación								
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación								
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación								
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	1.513,3		152,3		499,4		861,6	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	152,3		152,3					
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	499,4				499,4			
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	861,6						861,6	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos								
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios								
AS.5.1 Producción de bienes								
AS.5.2 Producción de servicios								
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	704,5			581,5			123,3	
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	581,5			581,5				
AS.6.1.1 Medicinas prescritas								
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	581,5			581,5				
AS.6.1.3 Otros no durables médicos								
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	123,3						123,3	
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión								
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	123,3						123,3	
AS.6.2.3 Ayudas para audición								
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas								
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos								
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública								
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles								
AS.7.2 Vigilancia de la salud								
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	1.196,0							
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud								
AS.8.1.1 Dirección y conducción								
AS.8.1.2 Regulación								
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social								
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	1.196,0							
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	1.196,0							
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados								
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD								
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud								
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud								
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud								
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable								
AS.R.5 Salud ambiental								
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad								
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	6.482,0							
TOTAL	17.265,8	2.399,1	152,3	581,5	499,4	993,2	3.184,4	1.765,7

ANEXO 4.6

HOSPITALES PRIVADOS

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	HOSPITALES	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas
AS.1 Servicios Ambulatorios	1.083,2	1.083,2		
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)				
AS.1.2 Consulta Externa	78,2	78,2		
AS.1.3 Consultas de Urgencias	755,4	755,4		
AS.1.4 Consultas Especializada	249,6	249,6		
AS.2 Servicios de Hospitalización	4.088,2	4.088,2		
AS.2.1 Hospitalización general	3.888,0	3.888,0		
AS.2.2 Hospitalización de día				
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	200,2	200,2		
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria				
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación				
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación				
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación				
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	2.024,5		2.024,5	
AS.4.1 Laboratorio Clínico				
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	900,5		900,5	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.123,9		1.123,9	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos				
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios				
AS.5.1 Producción de bienes				
AS.5.2 Producción de servicios				
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	3.592,1			3.592,1
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	3.592,1			3.592,1
AS.6.1.1 Medicinas prescritas				
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	3.592,1			3.592,1
AS.6.1.3 Otros no durables médicos				
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos				
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión				
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis				
AS.6.2.3 Ayudas para audición				
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas				
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos				
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública				
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles				
AS.7.2 Vigilancia de la salud				
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud				
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud				
AS.8.1.1 Dirección y conducción				
AS.8.1.2 Regulación				
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social				
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados				
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD				
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud				
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud				
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud				
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable				
AS.R.5 Salud ambiental				
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad				
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo				
TOTAL	10.788,0	5.171,4	2.024,5	3.592,1

ANEXO 4.7

CLÍNICAS Y CONSULTORIOS PRIVADOS

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS -AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	Clinicas y consultorios privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas
AS.1 Servicios Ambulatorios	49.391,0	49.391,0		
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)				
AS.1.2 Consulta Externa	12.180,0	12.180,0		
AS.1.3 Consultas de Urgencias	1.406,0	1.406,0		
AS.1.4 Consultas Especializada	35.805,0	35.805,0		
AS.2 Servicios de Hospitalización				
AS.2.1 Hospitalización general				
AS.2.2 Hospitalización de día				
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios				
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria				
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación				
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación				
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación				
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	6.602,0		6.602,0	
AS.4.1 Laboratorio Clínico				
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	6.602,0		6.602,0	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia				
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos				
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios				
AS.5.1 Producción de bienes				
AS.5.2 Producción de servicios				
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	34.970,8			34.970,8
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	34.970,8			34.970,8
AS.6.1.1 Medicinas prescritas				
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción				
AS.6.1.3 Otros no durables médicos	34.970,8			34.970,8
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos				
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión				
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis				
AS.6.2.3 Ayudas para audición				
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas				
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos				
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública				
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles				
AS.7.2 Vigilancia de la salud				
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud				
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud				
AS.8.1.1 Dirección y conducción				
AS.8.1.2 Regulación				
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social				
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados				
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD				
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud				
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud				
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud				
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable				
AS.R.5 Salud ambiental				
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad				
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo				
TOTAL	90.963,8	49.391,0	6.602,0	34.970,8

Análisis Sectorial de Salud – Costa Rica 2002

ANEXO 4.8

PRODUCCIÓN PÚBLICA

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	GOBIERNO			TOTAL GOBIERNO	CCSSS			TOTAL CCSSS	INS-SALUD	MONTO TOTAL
	MINISTERIO DE SALUD	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA	OTRAS INSTITUCIONES MENORES		HOSPITALES	AREAS DE SALUD	APOYO			
AS.1 Servicios Ambulatorios					19.222,6	42.378,4		61.601,0	2.227,0	63.828,0
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)					5.638,0	40.240,0		45.878,0		45.878,0
AS.1.2 Consulta Externa									2.227,0	2.227,0
AS.1.3 Consultas de Urgencias					8.194,9	744,1		8.939,0		8.939,0
AS.1.4 Consultas Especializada					5.389,8	1.394,3		6.784,0		6.784,0
AS.2 Servicios de Hospitalización					95.885,6			95.885,6	954,4	96.840,0
AS.2.1 Hospitalización general					91.360,3			91.360,3	954,4	92.314,8
AS.2.2 Hospitalización de día					68,7			68,7		68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios					2.352,0			2.352,0		2.352,0
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria					2.104,6			2.104,6		2.104,6
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación			1.577,0	1.577,0	740,4			740,4		2.317,4
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación			283,9	283,9	320,4			320,4		604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación			1.293,1	1.293,1	420,0			420,0		1.713,1
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud			16,0	16,0	12.457,9	6.491,2		18.949,0		18.965,0
AS.4.1 Laboratorio Clínico					6.547,5	4.365,0		10.912,6		10.912,6
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico					4.622,8	1.155,7		5.778,5		5.778,5
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia					1.287,6	970,4		2.258,0		2.258,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos			16,0	16,0						16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios							2.433,5	2.433,5		2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes							1.475,5	1.475,5		1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios							958,0	958,0		958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios			11,0	11,0	15.724,3	5.909,9	46,1	21.680,4		21.691,4
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos			11,0	11,0	15.113,9	5.798,0	46,1	20.958,0		20.969,0
AS.6.1.1 Medicinas prescritas			11,0	11,0	15.113,9	5.798,0	46,1	20.958,0		20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción										
AS.6.1.3 Otros no durables médicos										
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos					610,4	111,9		722,4		722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión					0,4			0,4		0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis					610,0	111,9		721,9		721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición										
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas										
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos										
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	4.872,1		410,9	5.283,0						5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles			386,1	386,1						386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.872,1		24,8	4.896,9						4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	3.899,5		231,1	4.130,6			27.848,2	27.848,2		31.978,8
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	3.899,5		231,1	4.130,6						4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	2.828,1		231,1	3.054,2						3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4			1.076,4						1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social							27.848,2	27.848,2		27.848,2
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados										
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD										
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud			23,6	23,6	1.510,1	974,5	10.033,8	12.518,4		12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud		3.181,8	5,4	3.187,2	7,8	0,2	993,3	1.001,2		4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud			427,9	427,9	9,1		1.539,5	1.548,6		1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable										
AS.R.5 Salud ambiental										
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6			6.301,6						6.301,6
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo			223,1	223,1	6.836,8	3.983,3	808,9	11.628,9		11.852,0
TOTAL	15.073,2	3.181,8	2.702,9	20.957,9	145.557,8	55.754,2	42.894,3	244.206,4	3.181,4	268.345,7

ANEXO 4.9
 PRODUCCIÓN PRIVADA
 CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
 PARA EL AÑO 2001
 (En millones de colones)

CONCEPTO	Hospitales Privados	COOPERATIVAS	Clinicas y consultorios privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas	Centro de diagnóstico privado	Otros proveedores privados	SECTOR EXTERNO	Monto Total
AS.1 Servicios Ambulatorios	1.083,2	4.050,8	53.148,5						58.282,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		4.050,8							4.050,8
AS.1.2 Consulta Externa	78,2		16.942,5						17.020,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias	755,4		650,6						1.406,0
AS.1.4 Consultas Especializada	249,6		35.555,4						35.805,0
AS.2 Servicios de Hospitalización	4.865,8		3.254,9					188,8	8.309,5
AS.2.1 Hospitalización general	4.665,6							188,8	4.854,4
AS.2.2 Hospitalización de día									
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	200,2		1.764,1						1.964,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria			1.490,8						1.490,8
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación									
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación									
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación									
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud				7.502,5		1.129,2	3.600,0		12.231,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico				7.502,5					7.502,5
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico						1.129,2			1.129,2
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia							3.600,0		3.600,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos									
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios									
AS.5.1 Producción de bienes									
AS.5.2 Producción de servicios									
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios					38.562,9				38.562,9
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos					38.562,9				38.562,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas									
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción					38.562,9				38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos									
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos									
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión									
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis									
AS.6.2.3 Ayudas para audición									
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas									
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos									
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública									
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles									
AS.7.2 Vigilancia de la salud									
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud									
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud									
AS.8.1.1 Dirección y conducción									
AS.8.1.2 Regulación									
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social									
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados									
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados									
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados									
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD									
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud									
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud									
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud									
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable									
AS.R.5 Salud ambiental									
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad									
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo									
TOTAL	5.949,0	4.050,8	56.403,4	7.502,5	38.562,9	1.129,2	3.600,0	188,8	117.386,6

Análisis Sectorial de Salud – Costa Rica 2002

ANEXO 4.10

PRODUCCIÓN DEL SECTOR SALUD

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	SECTOR PÚBLICO			SUB-TOTAL PÚBLICO	SECTOR PRIVADO				SUB-TOTAL PRIVADO	Monto Total
	GOBIERNO	CCSS	INS		Hospitales Privados	Clinicas y consultorios privados	Farmacias Privadas	Otros proveedores privados		
AS.1 Servicios Ambulatorios		61.601,0	2.227,0	63.828,0	1.083,2	57.199,3			58.282,5	122.110,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		45.878,0		45.878,0		4.050,8			4.050,8	49.928,8
AS.1.2 Consulta Externa			2.227,0	2.227,0	78,2	16.942,5			17.020,7	19.247,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias		8.939,0		8.939,0	755,4	650,6			1.406,0	10.345,0
AS.1.4 Consultas Especializada		6.784,0		6.784,0	249,6	35.555,4			35.805,0	42.589,0
AS.2 Servicios de Hospitalización		95.885,6	954,4	96.840,0	4.865,8	3.254,9			8.120,7	104.960,7
AS.2.1 Hospitalización general		91.360,3	954,4	92.314,8	4.665,6				4.665,6	96.980,4
AS.2.2 Hospitalización de día		68,7		68,7						68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios		2.352,0		2.352,0	200,2	1.764,1			1.964,3	4.316,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria		2.104,6		2.104,6		1.490,8			1.490,8	3.595,4
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	1.577,0	740,4		2.317,4						2.317,4
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	283,9	320,4		604,3						604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	1.293,1	420,0		1.713,1						1.713,1
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	16,0	18.949,0		18.965,0				12.231,7	12.231,7	31.196,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico		10.912,6		10.912,6				7.502,5	7.502,5	18.415,1
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico		5.778,5		5.778,5				1.129,2	1.129,2	6.907,7
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia		2.258,0		2.258,0				3.600,0	3.600,0	5.858,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	16,0			16,0						16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios		2.433,5		2.433,5						2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes		1.475,5		1.475,5						1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios		958,0		958,0						958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	11,0	21.680,4		21.691,4			38.562,9		38.562,9	60.253,3
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	11,0	20.958,0		20.969,0			38.562,9		38.562,9	59.531,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	11,0	20.958,0		20.969,0						20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción							38.562,9		38.562,9	38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos										
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos		722,4		722,4						722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión		0,4		0,4						0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis		721,9		721,9						721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición										
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas										
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos										
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	5.283,0			5.283,0						5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	386,1			386,1						386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.896,9			4.896,9						4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	4.130,6	27.848,2	1.196,0	33.174,8						33.174,8
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	4.130,6			4.130,6						4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	3.054,2			3.054,2						3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4			1.076,4						1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social		27.848,2	1.196,0	29.044,2						29.044,2
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados										
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD										
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	23,6	12.518,4		12.542,0						12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.187,2	1.001,2		4.188,4						4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	427,9	1.548,6		1.976,5						1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable										
AS.R.5 Salud ambiental										
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6			6.301,6						6.301,6
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	223,1	11.628,9	6.482,6	18.334,6						18.334,6
TOTAL	21.181,0	255.835,3	10.860,0	287.876,3	5.949,0	60.454,2	38.562,9	12.231,7	117.197,8	405.074,1

ANEXO 4.11

MATRIZ DE FUNCIONES CONTRA PROVEEDORES DE SERVICIOS
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	SECTOR PUBLICO			SUB-TOTAL PUBLICO	SECTOR PRIVADO				SUB-TOTAL PRIVADO	Monto Total
	GOBIERNO	CCSS	INS		Hospitales Privados	Clinicas y consultorios	Farmacias Privadas	Otros proveedores		
AS.1 Servicios Ambulatorios		61.601,0	2.227,0	63.828,0	1.083,2	57.199,3			58.282,5	122.110,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		45.878,0		45.878,0		4.050,8			4.050,8	49.928,8
AS.1.2 Consulta Externa		0,0	2.227,0	2.227,0	78,2	16.942,5			17.020,7	19.247,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias		8.939,0		8.939,0	755,4	650,6			1.406,0	10.345,0
AS.1.4 Consultas Especializada		6.784,0		6.784,0	249,6	35.555,4			35.805,0	42.589,0
AS.2 Servicios de Hospitalización		95.885,6	954,4	96.840,0	4.865,8	3.254,9			8.120,7	104.960,7
AS.2.1 Hospitalización general		91.360,8	954,4	92.314,8	4.665,6				4.665,6	96.980,4
AS.2.2 Hospitalización de día		68,7		68,7						68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios		2.352,0		2.352,0	200,2	1.764,1			1.964,3	4.316,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria		2.104,6		2.104,6		1.490,8			1.490,8	3.595,4
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	1.577,0	740,4		2.317,4						2.317,4
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	288,9	320,4		604,3						604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	1.298,1	420,0		1.718,1						1.718,1
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	16,0	18.949,0		18.965,0				12.231,7	12.231,7	31.196,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico		10.912,6		10.912,6				7.502,5	7.502,5	18.415,1
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico		5.778,5		5.778,5				1.129,2	1.129,2	6.907,7
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia		2.258,0		2.258,0				3.600,0	3.600,0	5.858,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	16,0			16,0						16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios		2.433,5		2.433,5						2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes		1.475,5		1.475,5						1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios		958,0		958,0						958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	11,0	21.680,4		21.691,4 #			38.562,9		38.562,9	60.253,3
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	11,0	20.958,0		20.969,0			38.562,9		38.562,9	59.531,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	11,0	20.958,0		20.969,0						20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción							38.562,9		38.562,9	38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos										
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos		722,4		722,4						722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión		0,4		0,4						0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis		721,9		721,9						721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición										
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas										
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos										
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	5.283,0			5.283,0						5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	386,1			386,1						386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.896,9			4.896,9						4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	4.130,6	27.848,2	1.196,0	33.174,8 #						33.174,8
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	4.130,6			4.130,6						4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	3.054,2			3.054,2						3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4			1.076,4						1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social		27.848,2	1.196,0	29.044,2						29.044,2
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados										
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD										
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	23,6	12.518,4		12.542,0						12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.187,2	1.001,2		4.188,4						4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	427,9	1.548,6		1.976,5						1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable										
AS.R.5 Salud ambiental										
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6			6.301,6						6.301,6
AS.R.7 Adm y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	223,1	11.628,9	6.482,6	18.334,6						18.334,6
TOTAL	21.181,0	255.835,3	10.860,0	287.876,3 #	5.949,0	60.454,2	38.562,9	12.231,7	117.197,8	405.074,1

ANEXO 412

MATRIZ DE FUNCIONES CONTRA AGENTES DE FINANCIAMIENTO

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	Gobierno	CCSS	INS-RT SOA	SEGUROS PRIVADOS	ONG'S	SUB-TOTAL	HOGARES	TOTAL
AS.1 Servicios Ambulatorios		65.651,8	5.413,6	296,5		71.362,0	50.748,6	122.110,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		49.928,8				49.928,8		49.928,8
AS.1.2 Consulta Externa			3.184,4	72,6		3.257,0	15.990,7	19.247,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias		8.939,0	1.785,7			10.704,6	-359,7	10.345,0
AS.1.4 Consultas Especializada		6.784,0	463,5	223,9		7.471,5	35.117,6	42.589,0
AS.2 Servicios de Hospitalización		99.329,3	1.955,6	577,1		101.862,0	3.098,7	104.960,7
AS.2.1 Hospitalización general		91.549,1	1.955,6	577,1		94.081,9	2.898,5	96.980,4
AS.2.2 Hospitalización de día		68,7				68,7		68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios		4.116,1				4.116,1	200,2	4.316,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria		3.595,4				3.595,4		3.595,4
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	1.577,0	740,4		8,4		2.325,8		2.325,8
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	283,9	320,4				604,3		604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	1.293,1	420,0		8,4		1.721,5		1.721,5
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	16,0	18.954,3	1.513,2	172,1	2.738,4	23.394,1	7.802,7	31.196,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico		10.912,6	152,3	67,5		11.132,4	7.282,7	18.415,1
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico		5.783,8	499,4	104,3		6.387,4	520,3	6.907,7
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia		2.258,0	861,6	0,3	2.738,4	5.858,3	-0,3	5.858,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	16,0					16,0		16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios		2.433,5				2.433,5		2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes		1.475,5				1.475,5		1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios		958,0				958,0		958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	11,0	21.680,4	704,8	335,2		22.731,3	37.522,9	60.254,3
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	11,0	20.958,0	581,5	335,2		21.885,7	37.646,2	59.531,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	11,0	20.958,0				20.969,0		20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción			581,5	335,2		916,7	37.646,2	38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos								
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos		722,4	123,3			845,6	-123,3	722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión		0,4				0,4		0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis		721,9	123,3			845,2	-123,3	721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición								
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas								
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos								
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	5.283,0					5.283,0		5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	386,1					386,1		386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.896,9					4.896,9		4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	33.174,8	29.044,2	29.044,2	29.225,6	29.044,2	33.356,2	58.088,4	91.444,6
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	4.130,6					4.130,6		4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	3.054,2					3.054,2		3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4					1.076,4		1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	29.044,2	29.044,2	29.044,2	29.044,2	29.044,2	29.044,2	58.088,4	87.132,6
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados				181,4		181,4		181,4
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados				181,4		181,4		181,4
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados								
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD								
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	23,6	12.518,4				12.542,0		12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.187,2	1.001,2				4.188,4		4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	427,9	1.548,6				1.976,5		1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable								
AS.R.5 Salud ambiental								
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6					6.301,6	-6.301,6	6.301,6
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	223,1	11.628,9	6.482,6			18.334,6		18.334,6
TOTAL	50.225,2	264.531,1	45.114,0	30.614,9	31.782,6	306.091,0	157.261,3	463.352,3

CAPÍTULO VIII
“RECURSOS HUMANOS EN SALUD”

VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

A. RESUMEN

Se llama recursos humanos en salud al conjunto de personas que estudian o trabajan para producir servicios de salud. Su labor goza de una considerable legitimidad por poseer saberes y desempeñar tareas altamente valoradas en la sociedad. Sin embargo, esta trascendencia no se refleja en la relevancia con que los recursos humanos son considerados en los momentos cruciales de transformación del sector, en la toma de decisiones relativas al tipo de prestación, y, por el contrario, es común que se consideren un campo de difícil percepción y de baja visibilidad. Quizá una de las limitaciones sea su denominación como recurso, que lo coloca a la misma altura de los recursos materiales o financieros.

Los recursos humanos son el factor productivo más dinámico, creativo e innovativo (piensan, deciden, apoyan, aprenden, cambian, son inteligentes, mejoran con el tiempo), son conscientes del proceso productivo, disputan su control y discuten las condiciones en que ingresan y participan en él.

Los recursos humanos son personas que atienden personas, en quienes recae una de las tareas centrales del desarrollo: procurar la salud de la población, por tanto su atención, estudio y transformación, representan intereses estratégicos del Estado, en resguardo de los intereses de la población. Es un campo intersectorial de estudio y transformación y debe ser una constante en el análisis del sector. (Rovere, 1993)

En nuestro país, esta es una área de trabajo cuya valoración es deficitaria, según la medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública; lo que revela, junto con conclusiones de foros y seminarios en la materia, que es un campo que requiere ser atendido con prioridad. La naturaleza compleja de su dinámica se revela al estudiar algunos de sus principales componentes - formación, empleo y regulación profesional - y permite identificar asuntos críticos, donde se interrelacionan variados actores con múltiples intereses, en su gran mayoría divergentes, frente a los cuales es necesario anteponer los objetivos sanitarios.

La modernización sectorial, entre otros, ha sido un factor importante para que en el área de los recursos humanos se hayan producido variaciones en aspectos esenciales como la contratación, la formación, la capacitación y la regulación profesional, solamente para mencionar algunos de los más relevantes.

La formación en áreas de la salud ha tenido un auge importante en la última década. De tal forma que la oferta académica se ha ampliado considerablemente, lo que ejerce presión sobre aquellos centros de atención donde se desarrollan los denominados "campo clínicos", espacios que no están acreditados para la enseñanza y aprendizaje con garantía de calidad.

En lo que a contratación se refiere se ha estimulado la participación privada en actividades relacionadas con servicios de apoyo y de atención de la salud, con lo cual hay evidencia de cambios en el concepto tradicional de empleo público, con la contratación de servicios a terceros, lo cual tiende a precarizar el empleo.

En cuanto a distribución de personal se concluye que se están presentando iniquidades en la distribución de los recursos humanos y en la gestión, existen diferencias salariales e incentivos que sólo se aplican a los grupos de ciencias médicas. También se reflejan iniquidades de género, por cuanto estudios realizados demuestran que en Instituciones del Sector, deben implementarse acciones tendientes a la búsqueda de un mayor equilibrio en las oportunidades brindadas, de manera que éstas se conviertan en condiciones necesarias para que la mujer, en igualdad de condiciones, tenga acceso a puestos de toma de decisiones.

Dentro de esta dinámica, llama la atención la múltiple coexistencia de leyes, reglamentos y disposiciones específicas para grupos ocupacionales, lo cual propicia diferencias entre ellos, por cuanto algunos gremios han obtenido garantías que otros no poseen, lo cual propicia un ambiente de conflicto e ingobernabilidad. De ello el ejemplo anteriormente citado entre profesionales. Frente a ello, es interesante reconocer, en el caso particular de la CCSS, que recientemente se han generado nuevos espacios de concertación con los diversos representantes de sus trabajadores, con el logro de importantes acuerdos, producto de la negociación y el diálogo. El documento denominado "Histórico Acuerdo en Tiempos de Paz", refleja los resultados de la necesidad de conformar una mesa de diálogo "que permitiese abordar conjuntamente, a partir del análisis sereno, meditado y profundo de las

principales políticas de desarrollo impulsadas por la CCSS, como consecuencia de la reforma del Sector Salud, el estado actual de la seguridad social y de sus perspectivas de desarrollo futuro, ya fuese para corregir el rumbo en aquellas áreas en que se hubiesen cometido errores, o para fortalecer e impulsar todos aquellos procesos e iniciativas orientados a satisfacer las necesidades que los costarricenses demandan de la seguridad social, procurando mejorar día con día los servicios.⁶⁸

Es importante llamar la atención sobre la crisis de empleo que se está presentando actualmente en algunas profesiones tradicionales de la salud. Un ejemplo de ello es el Servicio Social ha presentado problemas por la alta demanda de aspirantes para una oferta de plazas cada vez más limitada. En enfermería sucede una condición especial por la sobre demanda de empleo: se tiene evidencia de profesionales en este campo que ejercen labores auxiliares a falta de otras fuentes de trabajo.

El documento finaliza con una serie de conclusiones y recomendaciones producto del análisis efectuado. Entre ellas se considera que los recursos humanos son sujetos fundamentales del desarrollo de la salud, por tanto deben conceptual y analíticamente ser considerados en cada uno de los ámbitos de la formulación de la Política Nacional de Salud. Esta debe ser formulada, ejecutada, coordinada y seguida por el conjunto de actores sociales involucrados en la formación, el trabajo y el ejercicio profesional, para lo cual es necesario la creación de espacios que legitimen el encuentro de los actores sociales.

En este sentido, una de las recomendaciones es la creación de una instancia nacional e interinstitucional de alto nivel, para impulsar decisiones concertadas en materia de Recursos Humanos en Salud. Se formulan las principales funciones que esta instancia tendría y se sugiere los integrantes que la conformarían.

Es necesario generar nuevas evidencias que sustente la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos, en este sentido el grupo propone problemas de investigación en los tres ámbitos de análisis. De esta ausencia de investigación deriva que las necesidades globales de recursos humanos en salud no han sido claramente determinadas. Es indispensable el fortalecimiento de cada uno de los sistemas de información en recursos humanos de las instituciones del sector, como un componente básico de proyectos para el desarrollo de capacidades institucionales en la gestión de recursos humanos.

La recertificación como garantía de calidad profesional se ha puesto en práctica en dos colegios, se recomienda en este sentido trabajar en la orientación de los procesos de recertificación en concordancia con el modelo de atención vigente en el país. Esto para que los elementos que sean objeto de recertificación sean congruentes con una actualización ligada a un ejercicio profesional acorde con las necesidades de salud de la población. El artículo 345 de la Ley General de Salud, inciso 11 faculta al Ministerio para esta labor.

Las organizaciones del sector han de fortalecer la gestión de los recursos humanos y propiciar la equidad en su distribución de acuerdo con las necesidades en salud de la población, teniendo como referente la desconcentración de la oferta de servicios.

Debe replantearse la regulación que ejerce el Estado, en la apertura de nuevas carreras en el área de salud, así como en conjunto con el SINAESS, deben analizarse los estándares específicos que deben cumplir los programas de las carreras de salud, acordes con las características y necesidades actuales y futuras del Sector. El ente rector deberá promover la acreditación como garantía de calidad de los entes docentes estatales y privados para beneficio de estudiantes, graduados y la población a la cual atienden.

68 CCSS. Histórico Acuerdo en tiempos de paz. Declaración CCSS, organizaciones sindicales y sociales. Relativo al futuro de la Seguridad Social en las Áreas de autonomía institucional, financiamiento y reforma de los Servicios de Salud y Pensiones. 2001.

B. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los recursos humanos es un campo complejo que simultáneamente debe responder a varios procesos como son: la orientación y complejidad de los cambios institucionales, el progreso científico, los cambios en los procesos de trabajo, entre los cuales se incluye la flexibilización laboral, la descentralización de la gestión sanitaria y los cambios en las prácticas profesionales. El escenario es complejo y conflictivo y afrontar el desafío requiere concertar entre los principales actores colectivos interesados.

Esta concertación debe ser promovida por una decisión política la cual "...debe reflejarse no sólo en la movilización de voluntades y recursos del sector público. También deben reflejarla las diversas instituciones que, en la sociedad y el Estado, tienen competencia y responsabilidad con respecto a las prestaciones de la salud pública y emplean personal que desempeña funciones sanitarias. Es esencial que exista comunicación con las instituciones de educación en materia de salud pública. De la sensibilización, el compromiso y la movilización de las mismas depende la mejora de la salud pública." 69

La solidaridad, la equidad, la universalidad, la ética, la calidad y la inclusión social, son principios que están presentes en la formulación de la política nacional de salud y que atraviesan el campo de los recursos humanos. Asimismo, los ejes transversales, en lo que concierne al enfoque de género, de los derechos humanos y de la responsabilidad social, también deben ser categorías incluidas en este campo. Por tanto, los ámbitos en que desarrolla la política deben considerar los recursos humanos en salud puesto que las personas son el sujeto por excelencia en la producción y el fortalecimiento del sistema nacional de salud.

Ante las profundas transformaciones que nuestras sociedades demandan de los servicios de salud, se impone una nueva visión del conjunto de personas que trabajan o estudian para prestar servicios en ellos, orientada a un perfil de recursos humanos con los siguientes atributos: *flexibles* (capaz de mantener e incrementar su capacidad de aprender); *críticos y auto-críticos* (permanentemente insatisfechos con la calidad, cobertura, accesibilidad y eficacia de los servicios que brindan); *democráticos* (responsabilidad social por los conocimientos que poseen); *cooperativos* (capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios de liderazgos flexibles y rotativos en función de los problemas que se enfrentan) y *participativos* (con vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios y al mismo tiempo facilitar procesos macro o micro-sociales de participación). 70

A partir de estas consideraciones generales, la aproximación al análisis de los recursos humanos en salud, se desarrolla en tres ejes fundamentales:

La formación el empleo y la regulación del ejercicio profesional.

Es importante aclarar que esta división responde exclusivamente a un ordenamiento metodológico. En recursos humanos, la convergencia de estos ejes se deriva de la propia dinámica del campo, dentro de un contexto social que ha variado sustancialmente los sistemas de organización, los mecanismos de resolución de conflictos, la contratación de servicios y el acceso a sistemas de educación, solo para citar algunos de los más relevantes.

Al inicio de cada apartado se incluyen algunos conceptos básicos que orientan el análisis y la comprensión del tema desarrollado. Por la complejidad de la materia, hay aspectos que deberán analizarse con mayor profundidad, por lo que en las recomendaciones se incluyen algunos problemas de estudio necesarios para la mejor comprensión de algunos hechos que se exponen y sus posibles repercusiones.

La formación se entiende como el sistema de educación superior dirigido a la preparación académica de personal en salud. El empleo se aborda desde la gestión de recursos humanos, la capacitación, manejo del conflicto y gobernabilidad. La regulación del ejercicio profesional analiza los aspectos del registro y la

69 OPS/OMS. **La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.** Publicación científica y técnica 589, Washington, 2002. Págs. 303-404.

70 Rovere, Mario. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud.** OPS/OMS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N°96, Washington, 1993.

recertificación profesional y técnica como garantía de la calidad en el desempeño del trabajo público y privado en salud.

Una de las debilidades más notorias de este campo de estudio es la dispersión, desagregación y poca interrelación de la información disponible en instituciones formadoras, empleadoras y colegios profesionales, lo que determina una seria dificultad para la explicación coherente de los distintos fenómenos que constituyen el objeto de estudio. Es por ello que el grupo desarrolló estrategias para recolectar información básica y dirigida fundamentalmente a aspectos sustantivos y existentes en los ámbitos mencionados.

Con este propósito, se elaboraron instrumentos para recopilar información de las universidades públicas y privadas, las organizaciones empleadoras y los colegios profesionales. Además se solicitó información de carreras y graduados al Consejo de Educación Superior.

Un avance de la información recopilada se presentó en un taller, al cual se convocó representantes del sistema de formación, del sistema empleador y de las organizaciones gremiales y sindicales, cuyo propósito fue el de profundizar en el análisis e identificar los puntos críticos del desarrollo de los recursos humanos en salud. Los participantes identificaron 15 puntos críticos, los cuales fueron ponderados utilizando 5 criterios: urgencia, significancia/relevancia, impacto, viabilidad política y técnica y tiempo. Los seis asuntos críticos priorizados fueron formulados en los siguientes términos:

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 recursos humanos para dar respuesta a ese nivel.

El quehacer de las instituciones formadoras y empleadoras en salud, en su mayoría, está orientado por un enfoque biológico, patocéntrico, tecnocrático, 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.

No existe una definición explícita de las necesidades de formación en cantidad y calidad de las instituciones empleadoras.

Hay iniquidades en la distribución y la gestión de los recursos humanos (contratación, salarios, incentivos, acceso a los órganos tomadores de decisiones en los recursos humanos).

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, documentación sobre acumulación de experiencias y otros, que permitan evidenciar el desarrollo de los recursos humanos en salud.

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. 71

Finalmente, la importancia de intervención en el campo de los recursos humanos se refuerza con los resultados del proceso de medición de las funciones esenciales de salud pública, (FESP), que se llevó a cabo en nuestro país en abril del 2002, donde la función ocho, Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, obtuvo un desempeño bajo: (0.36 puntos de un total de 1.0).72 .

71 Ministerio de Salud. Taller del grupo de recursos humanos para el “Análisis sectorial y formulación de lineamientos de política”. San José, Costa Rica, 29 y 30 de octubre del 2002.

72 Los indicadores empleados en esta medición son: la caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública, la mejora de la calidad de la fuerza de trabajo, la formación continua y de postgrado en salud pública, el perfeccionamiento de los recursos humanos destinados a la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios y la asesoría y el apoyo técnico a los niveles subnacionales

Entre otros aspectos, este resultado insuficiente refleja la ausencia de una política para el desarrollo del recurso humano en salud, así como la falta de un sistema de evaluación y el consiguiente sistema de incentivos. (Ministerio de Salud, 2002).

La medición de estas funciones esenciales en las Américas ha encontrado niveles críticamente bajos en relación con: *Garantía de calidad de los servicios*, *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*, y *Desarrollo de políticas y gestión en salud pública*, tres aspectos vinculados al objeto de este análisis sectorial.

En el análisis que sigue, se describirán aspectos cualitativos y cuantitativos de la formación, el empleo y la regulación del ejercicio profesional en Costa Rica. En la parte final se esbozan un conjunto de conclusiones y recomendaciones que el grupo estima puedan servir de punto de partida para la formulación de políticas de desarrollo de los recursos humanos en el sector salud costarricense.

C. METODOLOGÍA

El grupo de trabajo estuvo constituido por personal proveniente de instituciones públicas y privadas, así como de organizaciones gremiales de la salud. Las personas participantes son: Lic. Lisímaco Guevara, Master Anargeri Solano y Master Carmen Campos, del Ministerio de Salud, Lic. Mario Zúñiga del ICA, Licda. Mauren Vizcaíno, Máster Odette Campos de ANPE, Lic. Jorge Soto de SIPECO, Master Rosy Carballo de SIMPROSA, Dr. Guido Ulate, Master Rocío Rodríguez, Licda. Ingrid Behm de la Universidad de Costa Rica; Lic Guillermo Abarca, Director de Recursos Humanos de la CCSS y Master Nery Parada en representación del CENDEISS. Contamos permanentemente con el apoyo de la Asesora de OPS/OMS Dra. Sandra Murillo. Participó también el Consultor de Recursos Humanos de Washington, Dr. Félix Rigoli, con quien discutimos una versión borrador del documento y las conclusiones y recomendaciones.

El objetivo general que nos propusimos fue identificar los elementos básicos que caracterizan la situación y definen las tendencias de la formación, la gestión del trabajo, el mercado de trabajo, conflictividad y la regulación de los recursos humanos en el sector salud. Los objetivos específicos fueron identificar los principales problemas y priorizar aquellos en cuya intervención se genera mayor potencial transformador; y proponer alternativas de intervención y lineamientos para la formulación de una política en la materia, que coloque a los recursos humanos como eje.

El punto de partida del grupo fue la revisión y discusión de la guía para el abordaje del capítulo de recursos humanos propuesta por la OPS/OMS, que sirvió de base para la reflexión teórica y el señalamiento de situaciones presentes en la realidad, que nos permitieran abordar el objeto de estudio propuesto: el análisis de los recursos humanos en Costa Rica.

Como se mencionara en la introducción, una de las debilidades más notorias de este campo es la información disponible en instituciones formadoras, empleadoras y colegios profesionales. El reconocimiento de esta situación hace que el grupo decida recolectar información básica y dirigida fundamentalmente a aspectos sustantivos y existentes en los ámbitos mencionados.

Con este propósito, el grupo elaboró instrumentos de sondeo para recopilar información de las universidades públicas y privadas, de las organizaciones empleadoras y de los colegios profesionales. Además se solicitó información de carreras y graduados al Consejo de Educación Superior, a la Comisión Nacional de Rectores, al Tribunal del Servicio Civil, al Centro de Evaluación Académica y a la Oficina de Registro de la Universidad de Costa.

El instrumento de recolección de datos para el capítulo de formación, a cargo del equipo de la Universidad de Costa Rica, comprendió las carreras de grado de Enfermería, Medicina y Cirugía, Microbiología, Nutrición, Asistente de Laboratorio Clínico, Odontología, Farmacia, Trabajo Social, Tecnologías en Salud, Psicología, Salud Ocupacional, Gestión Ambiental y Biotecnología y las Maestrías en Salud Pública, Enfermería, Nutrición, Administración de Servicios de Salud, Epidemiología. Las variables fueron Perfil del egresado, Modificaciones en los últimos 5 años, Razones que justifican esas modificaciones, Plan de estudios, año formulación, modificaciones en los últimos 5 años, Incluyen en planes de estudio internados, empleo de "campos clínicos", Planes de estudio incluyen visión/ objetivo de la reforma y de la gestión de los servicios de salud y orientación humanística.

Como complemento en la recolección de la información solicitada al CONESUP no pudo ser obtenida, fue necesario realizar una actividad en donde se invitó a las universidades privadas con una mayor oferta académica en salud.

Un avance de la información recopilada se presentó en un taller, al cual se convocaron representantes del sistema de formación, del sistema empleador y de las organizaciones gremiales y sindicales, cuyo propósito fue el de profundizar en el análisis e identificar los puntos críticos del desarrollo de los recursos humanos en salud. Los participantes identificaron 15 puntos críticos, los cuales fueron ponderados utilizando 5 criterios: urgencia, significancia/relevancia, impacto, viabilidad política y técnica y tiempo. De esta manera se identifican los seis asuntos críticos que fueron la base del análisis en las siguientes etapas.

En este taller se formulan los lineamientos y estrategias para una política en la materia, que a su vez son parte integrante de las conclusiones y recomendaciones de este trabajo

Posteriormente el grupo se aboca a la tarea de procesar la información recolectada, analizarla y elaborar el documento, revisando conjuntamente varias versiones preliminares, agregando además otra información que resultó de interés.

El enfoque de las instituciones formadoras y las necesidades del perfil social del país

La formación de los recursos en salud, siempre ha cobrado una vital relevancia para el conjunto de acciones encaminadas al desarrollo de los servicios de salud. En este sentido es reconocido que “En definitiva, las habilidades y las actitudes de la gente que labora en los servicios de salud son las que condicionan qué tipo y qué grado de satisfacción van a tener los usuarios con el servicio, por lo que los países, no deberían descuidar la idea de que para tener salud de buena calidad precisa tener recursos humanos con garantía de esa calidad y por lo tanto los esfuerzos de regular la formación son de gran importancia en el marco de estas ideas.” 73

Por otra parte, la formación de recursos humanos “... debe responder a la necesidad sentida por la sociedad costarricense que demanda, de este recurso, una formación profesional de elevado nivel científico-técnico y humanístico, crítico, flexible, dinámico, cooperativo, solidario, participativo, capaz de ingresar al sistema de salud costarricense con todas las herramientas necesarias para seguir con su desarrollo profesional, y que además, comprenda que se relacionará de manera indisoluble con la organización y el modelo de prestación de salud en donde se desempeñe. ” 74

Parafraseando a Towle, 1998, los profesionales a los que aspiramos son: 75

Aquellos cuyas intervenciones están sustentadas en conocimientos científicos validados, sus comportamientos son regulados por principios éticos que den al usuario transparencia, confianza y calidad de la atención;

Personas que en su proceso de formación hayan aprendido a aprender, haciendo uso de tecnologías de información como un medio para fortalecer los aprendizajes y las habilidades en el manejo y solución de problemas, en el contexto de las dinámicas de los perfiles epidemiológicos y de la organización de la atención con todas sus características y peculiaridades.

73 Rígoli, Félix. **Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y capacitación.** Universidad de Costa Rica, San José, 2001. Pág. 11

74 Ulate, Guido. **Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y capacitación.** Universidad de Costa Rica, San José, 2001. Pág. 9

75 Brito, Pedro. “Elementos del contexto para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud.” En Cuevas, Leobardo y Brito, Pedro. **Presente y futuro en la formación y regulación profesional en ciencias de la salud.** OPS/OMS, México, 2002. Pág.31

Ciudadanos conscientes de los cambios en la práctica profesional que demandan la aplicación de competencias curriculares con los valores personales ligados a la equidad, la colaboración, los derechos y la justicia, lo que implica manejar responsabilidades más amplias, en contextos socioculturales más complejos y dinámicos.

Trabajadores integrados a procesos y estrategias para una educación permanente efectiva y de calidad que garantice su actualización

Características de la oferta académica

En el cuadro siguiente se presenta las carreras, el grado académico y las universidades que las imparten. Se observa que se forma recursos humanos en salud en 71 programas de 25 diferentes carreras en 29 universidades, de las cuales medicina se imparte en nueve universidades, enfermería en 8, odontología en 6 y farmacia en 5 de ellas. Psicología es la carrera que más se imparte en el país; un total de 14 universidades ofrecen esa formación.

Cuadro 1
Número de programas de las carreras de la salud según universidad y grado académico.
Aprobados por CONARE y CONESUP
Costa Rica, 2002

Nº	Carrera/Universidad	Grado académico
14	Psicología	
	Universidad de Iberoamérica	Bachillerato
	Universidad Juan Pablo II	Bachillerato
	Universidad Fidelitas	Bachillerato
	Independiente de Costa Rica	Bachillerato
	Universidad Hispanoamericana	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Católica Costa Rica Anselmo Llorente y Lafuente	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Monterrey	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Andrés Bello	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Leonardo Da Vinci	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Inigo de Loyola	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Centroamericana de Ciencias Sociales (UCASIS)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
Universidad Central (UC)	Bachillerato y Licenciatura	
9	Medicina y cirugía	
	Universidad de Iberoamérica	Licenciatura
	Universidad Hispanoamericana	Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Central (UC)	Licenciatura
	Universidad Internacional de las Américas (U.I.A.)	Licenciatura
	Colegio San Judas Tadeo	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED)	Bachillerato y Licenciatura
Colegio de Ciencias "Clorito Picado"	Licenciatura	
8	Enfermería	
	Universidad de Iberoamérica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Hispanoamericana	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Santa Lucía	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA)	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Andrés Bello	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
Colegio San Agustín	Bachillerato y Licenciatura	

Nº	Carrera/Universidad	Grado académico
6	Odontología	
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Internacional de las Américas (U.I.A.)	Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Licenciatura
	Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT)	Licenciatura
	Universidad Veritas	Licenciatura
	Universidad de Ciencias Médicas	Bachillerato y Licenciatura
5	Farmacia	
	Universidad de Iberoamérica	Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Internacional de las Américas (U.I.A.)	Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Licenciatura
	Universidad de Ciencias Médicas	Bachillerato y Licenciatura
4	Administración y planificación	
	Universidad Santa Lucía (Adm.Sistemas Información en Salud)	Bachillerato
	Universidad Libre de Costa Rica (Adm. de servicios de salud)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Libre de Costa Rica (Planificación de la salud)	Bachillerato
	Universidad de Ciencias Médicas (Adm.de centros y servicios de salud)	Licenciatura
4	Terapia física	
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Americana (U.AM)	Bachillerato y Licenciatura
2	Nutrición	
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de San José	Bachillerato y Licenciatura
2	Trabajo Social	
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Libre de Costa Rica (ULICORI)	Bachillerato y Licenciatura
2	Terapia respiratoria	
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
1	Terapia del lenguaje	
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
1	Terapia ocupacional	
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
1	Audiología	
	Universidad Santa Paula	Bachillerato
1	Gestión ambiental	
	Universidad Nacional	Bachillerato y Licenciatura
1	Imagenología diagnóstica y terapéutica	
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura

Nº	Carrera/Universidad	Grado académico
1	Ingeniería en biotecnología Instituto Tecnológico de Costa Rica	Bachillerato
1	Ingeniería en seguridad laboral e higiene ambiental Instituto Tecnológico de Costa Rica	Bachillerato
1	Microbiología Universidad de Costa Rica	Licenciatura
1	Optometría Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato
1	Registros médicos y sistemas información en salud Universidad Libre de Costa Rica (ULICORI)	Bachillerato y Licenciatura
1	Salud Ambiental Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
1	Salud Ocupacional Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT)	Bachillerato y Licenciatura
1	Asistente laboratorio -Microbiología Universidad de Costa Rica	Diplomado
1	Citotecnología Universidad de Costa Rica	Diplomado
1	Gestión ambiental Universidad Nacional	Diplomado

Fuente: Elaboración realizada con base en información proporcionada por CONESUP y aportada directamente por las Universidades

La docencia en los establecimientos de salud

En varias de las carreras del área de la salud, se requiere de campos clínicos para los estudiantes, lo cual viene a ejercer presión sobre aquellos centros de atención donde se habilita el campo clínico: hospitales nacionales y regionales y áreas de salud. Por campo clínico se entiende como el lugar donde los estudiantes realizan sus prácticas y el cual está debidamente reglamentado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el trabajo de campo el grupo constató que el uso de campos clínicos en servicios privados ya se ha iniciado así como en el Instituto Nacional de Seguros.

Se presentan en el cuadro siguiente, los datos disponibles de los campos clínicos requeridos según el grado académico de las carreras.

Cuadro 2
Carreras según requerimiento de campos clínicos según grado académico
Costa Rica, 2002

Grado	Uso campo clínico	Sin uso campo clínico
Total	48	8
Diplomado	5	1
Bachillerato	20	4
Licenciatura	23	3

Fuente: Información de Universidades

Se considera necesario una regulación más eficaz, no solamente por la calidad académica, sino por la protección a los derechos de los pacientes. Además se requiere que los lugares de práctica sean debidamente acreditados como parte del sistema nacional de acreditación de establecimientos de salud.

Graduaciones en áreas de la salud

En el cuadro siguiente se presenta información de universidades y datos de graduados de los programas de bachillerato y licenciatura, correspondientes a diversos periodos, que se anotan entre paréntesis al lado de cada disciplina. Estos datos no corresponden al total de las universidades existentes, sino de aquellas de las que se dispuso información en el momento de recolectarla.

Cuadro 3

Graduados por carrera del área de la salud de las Universidades públicas y privadas
Grado de Bachillerato y Licenciatura
Año 2002, Costa Rica

Universidad/ Carrera	Total	Bachillerato	Licenciatura	Inicio Carrera
TOTAL	4339	1194	3100	
Universidad Santa Paula				
Terapia física (1998-2002)	436	146	290	
Terapia ocupacional (2000-2002)	23	5	18	
Terapia del lenguaje (2001-2002)	35	18	17	
Audiología			sd	
Terapia respiratoria (2000-2002)	64	26	38	
Universidad Iberoamericana				
Psicología (hasta 2002)		85		1998
Medicina y cirugía (hasta 2001)	130			1995
Enfermería (hasta 2002)	54	37	17	1995
Farmacia (hasta 2002)	91		91	1997
Universidad Santa Lucía				
Enfermería (dato preliminar 2002)	100	40	60	
Administración de sistemas de información				1995
Universidad Hispanoamericana				
Enfermería (1998-2002)	92	87	5	1997/99
Psicología (2002)	4	1	3	
Medicina y cirugía	9		9	1997
Instituto Tecnológico de Costa Rica				
Ingeniería en seguridad laboral				1996
Ingeniería en biotecnología	83	83		1997
Universidad Nacional				
Gestión ambiental (1999-2002)	71	56	15	
Universidad de Costa Rica				
Psicología (1998-2002)	491		491	1974
Trabajo social (1998-2002)	308		308	
Enfermería (1997-2002)	690	407	283	
Medicina y cirugía (1997-2002)	731		731	
Nutrición (1997-2002)	299	185	114	
Microbiología (1998-2002)	303		303	
Odontología (1997-2002)	307		307	
Farmacia				
Terapia respiratoria	18	18		1990
Terapia física	0			2000
Imagenología diagnóstica y terapéutica	0			2000
Salud ambiental	0			2000

Fuente: Elaboración propia con base en datos aportados por las universidades

Otros datos disponibles de las carreras de salud con mayor crecimiento de la oferta académica, se presentan el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4

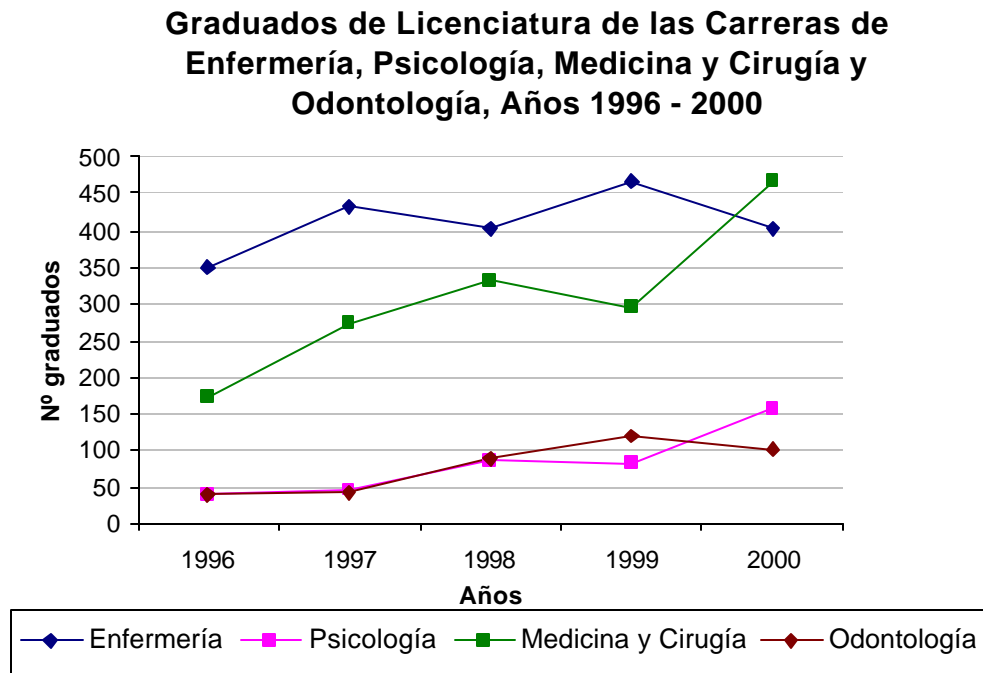
Graduados de las carreras de Enfermería, Psicología, Medicina y Cirugía y Odontología de Universidades públicas y Privadas
Años 1996 - 2000

CARRERA Y UNIVERSIDAD	Años y Grado Académico											
	1996		1997		1998		1999		2000		Total	
	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.
ENFERMERIA												
de Costa Rica	78	67	93	76	106	53	102	60	76	65	455	321
Autónoma de Centro América	89	39	85	19	15	6	40	4	18	3	247	71
Adventista de Centro América	14	73	12	22	10	7	7	8	4	3	47	113
Latina de Costa Rica						16		2	53			18
Hispanoamericana					11		16		14	2	41	2
Santa Lucía	6	159	28	304	57	235	145	252	104	264	340	1.214
de las Ciencias y las Artes de Costa Rica			43	1	52	78	68	140	71	58	234	277
Iberoamericana					20	8	1	1	16	8	37	17
Panamericana	29	12	117	9							146	21
Total	216	350	378	431	271	403	379	467	356	403	1.600	2.054
PSICOLOGIA												
de Costa Rica	58	28	63	27	62	41	72	39	65	38	320	173
Autónoma de Centro América	32	1	35	1	13		37	4	71	28	188	34
Católica Anselmo Llorente y La Fuente					3		13		40		56	0
Monterrey	5	11	6	18	59	44	116	36	100	58	286	167
Independiente de Costa Rica					129		78		44		251	0
Central Costarricense						1		4	2	33	2	38
Total	95	40	104	46	266	86	316	83	322	157	1.103	412
MEDICINA Y CIRUGIA												
de Costa Rica	87	97	111	111	138	138	128	128	115	111	579	585
Autónoma de Centro América		67		145		149		127		180	0	668
Internacional de las Américas		9		17		45		41		77	0	189
Iberoamericana					32		64		88	29	184	29
de Ciencias Médicas									83	70	83	70
Total	87	173	111	273	170	332	192	296	286	467	846	1.541
ODONTOLOGIA												
de Costa Rica		41		40		38		61		35	0	215
Latinoamericana de Ciencias y Tecnología				2		31		21		30	0	84
Veritas						21		30		20	0	71
Latina de Costa Rica								9		15	0	24
Total		41	0	42	0	90	0	121	0	100		394

Fuente: CONARE

El comportamiento de los graduados de las carreras seleccionadas muestra, como se puede observar en el siguientes gráfico, el aumento sostenido y significativo de graduados, especialmente en Medicina y Cirugía a partir del año 1996.

Gráfico N° 1



C. Oferta académica de postgrado

En el siguiente cuadro se presenta la amplia oferta académica de postgrado a nivel de maestrías de las universidades públicas y privadas en el país. Los datos sobre graduados anuales de toda la oferta no se encuentran disponibles lo que limita un mayor análisis.

Cuadro 5
Oferta Académica de Posgrados de las Universidades Públicas y Privadas
Costa Rica, 2002

Universidad	Maestría
Universidad Nacional	Epidemiología
Universidad Estatal a Distancia	Administración de Servicios de Salud
Universidad de Costa Rica	Ciencias Biomédicas: Bioquímica Farmacología Fisiología Fisiología Celular Enfermería: Ciencias de la Enfermería Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal Farmacia: Farmacodependencia Estudios Interdisciplinarios sobre Discapacidad Discapacidad Múltiple y Sordoceguera Gerontología Microbiología, Parasitología y Química Clínica: Bacteriología Virología Inmunología Hematología Parasitología Química Clínica Biología Celular y Molecular Artropodología Médica Nutrición Humana Psicología (varias menciones) Química Salud Pública (varias menciones) Trabajo Social: Gerencia Social Investigación en Trabajo Social Intervención Terapéutica en Trabajo Social Evaluación de Programas y Proyectos Sociales
Universidad de Costa Rica	
Universidad Hispanoamericana	Gerencia de Enfermería Enfermería del niño y adolescente
Universidad Autónoma de Monterrey	Psicología del deporte y la actividad física
Universidad de Iberoamérica	Psicología clínica Enfermería en cuidados intensivos Gerencia de hospitales y serv. de salud
Universidad para la Cooperación Internacional	Estudios en psicología grupal
Colegio Leonardo da Vinci	Psicoterapia analítica c/ m. psicoanálisis Terapia gestalt

Universidad	Maestría
Independiente de Costa Rica	Psicología c/menc. en salud Psico c/m psicol ora. Psicol c/m psicol educativa
Universidad Santa Lucia	Psicología clínica Administración Servicios de Salud Salud Pública Salud Pública con énfasis en Epidemiología
Universidad Latina de Costa Rica	Auditoria del Procesamiento Electronico de Adm.nea. c/enf.en adm. de embresas de potable v saneamiento ambiental Psicología con énfasis en psicología clínica, comunitaria v educativa
Universidad Libre de Costa Rica Universidad de Ciencias Medicas	Interdisciplinaria en terapia de la familia Adm. de centros v servicios de salud Anatomia Historia de la medicina Medicina del trabajo

Fuente: Información aportada por CONESUP y Universidades

La formación de postgrado, las especialidades médicas, que son responsabilidad académica del Sistema de Estudios de Postgrado (SEP) de la Universidad de Costa Rica mediante el programa de residencias médicas del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS).⁷⁶ Hasta el momento las universidades privadas no tienen programas de residencias médicas.

De 1995 al 2002 se cuenta con los siguientes datos en cuanto a médicos especialistas graduados de este sistema:

Cuadro N° 6
Número de Médicos especialis tas graduados
UCR/CENDEISS. Años 1995 - 2002

Años	Total	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
N° de graduados	908	109	125	152	141	96	101	90	94

Fuente: Parada, Nery et al. Datos de Anexo 6

Para garantizar una formación de calidad y éticamente aceptable se entiende necesaria la regulación de la enseñanza profesional, entendida como una función estratégica de carácter estatal que se fundamenta en los procesos de normalización, control y evaluación. Esta tarea implica plantearse algunas preguntas como: “ ¿Quiénes y bajo qué criterios autorizan el funcionamiento de las instituciones de educación?, ¿Cómo se establecen los requisitos mínimos de ingreso y el número de cupos? (...) En cuanto a los procesos de preparación de especialistas: ¿Cómo se certifican esos especialistas?, ¿Cómo se autoriza su práctica?”. ⁷⁷

También es necesario llevar adelante procesos de acreditación. " La acreditación es un estatus dado a una institución educacional o un programa que cumple o excede ciertos criterios establecidos de calidad educacional." ⁷⁸ Cumple dos propósitos fundamentales: asegurar la calidad de una institución o de un programa y asistir en el mejoramiento de la institución o programa.

El Sistema Nacional de Acreditación (SINAES) se crea como una instancia no gubernamental dependiente de CONARE en el año 1992, que pretende los siguientes objetivos:

Coadyuvar al logro de los principios de excelencia académica establecidos en la legislación nacional y al esfuerzo que realizan las Universidades por mejorar la calidad de los programas y carreras que ofrecen.

Mostrar la conveniencia que tiene para las universidades someterse a un proceso de acreditación y propiciar la confianza de la sociedad costarricense en los programas y carreras acreditados, orientándola también con respecto a la calidad de las diferentes opciones de educación superior.

Certificar el cumplimiento de criterios y parámetros de calidad académica de las carreras y programas sometidos a acreditación.

⁷⁶ El CENDEISS, además es un ente formador de personal Auxiliar de Enfermería y Asistentes Técnicos de Atención Primaria, programas de formación de 11y 6 meses, respectivamente.

⁷⁷ Esquivel, José Miguel. “Regulación del desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud.” En **Gestión, revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social**. Vol.9, N°2, segundo semestre 2001. Pág.82.

⁷⁸ Council on Postsecondary Accreditation. The Role and Value of Accreditation. Washington, COPA. 1982.

En materia de acreditación los mecanismos desarrollados por el momento no trascienden la totalidad de las carreras ni de los profesionales. Las únicas carreras de salud acreditadas por el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES) a la fecha son la de Medicina y la de Trabajo Social, ambas de la Universidad de Costa Rica y la de Odontología de Universidad Latina⁷⁹. Otras 12 carreras se encuentran actualmente en proceso de acreditación.

A falta de una regulación en materia de formación de recursos humanos, se observa en el país una alta oferta educativa universitaria la cual ha crecido en los últimos años. A pesar de esta alta oferta, el grupo considera que la educación no responde necesariamente a lo que el país necesita en cuanto a cobertura y accesibilidad a los servicios, especialmente porque el quehacer de las instituciones formadoras y empleadoras está orientado por un enfoque biólogo, patocéntrico, tecnocrático, no-humanista e individualista, el cual fomenta la práctica y el desarrollo de los recursos humanos en esta misma dirección. De hecho este enfoque no responde a las necesidades del perfil social del país. Así lo han planteado diversos foros de análisis, siendo el último de ellos el desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, donde este enfoque se considera uno de los desafíos de la formación en salud (Foro, 2001)

Debe agregarse como otro de los puntos críticos identificados, el hecho de que no existe una definición explícita de las necesidades de formación en cantidad y calidad del recurso humano por parte de las instituciones empleadoras. Como excepciones pueden citarse el estudio de necesidades de formación de tecnólogos en Salud, realizado por el Programa de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina, en asocio con el CENDEISSS y el reciente estudio de esta última institución sobre requerimientos de médicos y especialidades medicas, que citaremos más adelante. Persisten las dudas acerca de las variables que deben ser consideradas para el análisis de necesidades y de las metodologías por emplear.

Conclusiones sobre la formación

Se considera que es imperativo abrir un espacio de debate y concertación para analizar la situación actual de la cantidad y calidad de la oferta académica en salud y la regulación que debe ejercer el Estado en esta materia. Para ello el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, deben enfrentar el reto de generar un marco regulatorio oportuno, actual y eficiente, esfuerzo que debe potenciarse con el concurso de los colegios profesionales, los sindicatos y los hallazgos de investigaciones sobre la producción de recursos humanos en salud. En este marco, entre otros aspectos, deben reformularse los requisitos mínimos para la apertura de carreras. Especial importancia debe darse a la formalización de los campos clínicos que serán ocupados por los estudiantes, es decir: su ubicación, número, calidad y coexistencia de otras universidades en el centro. Igualmente deberá regularse sobre las características del cuerpo de profesores, su formación, sus antecedentes profesionales y docentes, intentando evitar especialmente la simultaneidad y superposición de responsabilidades docentes del personal de salud.

La reflexión sobre el desarrollo de los recursos humanos en salud del país, debe ser una preocupación nacional y sectorial por la calidad y la pertinencia de la formación profesional para que en la prestación de servicios de salud público y privado se asegure la protección del usuario de una práctica inadecuada o de una intervención profesional sin calidad. El crecimiento sin control de la oferta educativa, la inexistencia de una planeación estratégica de las necesidades de recursos humanos en el país que considere la equidad de su distribución y la precarización del empleo son amenazas que la regulación debe enfrentar.

Este ámbito de la regulación de la oferta educativa, su pertinencia y adecuación, junto con las relaciones de trabajo y la del ejercicio profesional, son retos de la función de conducción del Estado en materia de los derechos a la salud de las personas.

⁷⁹ Registro de Carreras acreditadas por el SINAES, 3 de septiembre 2002

D. EL EMPLEO EN SALUD

Hacia la corrección de desequilibrios e iniquidades

Este aspecto está relacionado con la gestión en recursos humanos y las políticas que sustentan su accionar en salud, dentro de un sistema social y económico que está orientado hacia la flexibilización laboral.

En esta área el punto crítico identificado es que existen iniquidades en la distribución y la gestión, en aspectos que competen a la contratación, al sistema salarial, a los incentivos y la discriminación de género, en el tanto debe buscarse un mayor equilibrio en las oportunidades brindadas, de manera que éstas se conviertan en condiciones necesarias para que la mujer tenga acceso a puestos de toma de decisiones. Ello implica que la gestión en recursos humanos sea un campo de conflicto y que, por la conjunción de múltiples actores e intereses, por las múltiples leyes y reglamentos, sea propicio para la ingobernabilidad.

Normas, sindicatos y gobernabilidad sectorial

En Costa Rica, las relaciones laborales en el aparato estatal se han regulado por medio de dos instrumentos: el Estatuto de Servicio Civil que las regula el Poder Ejecutivo y la legislación laboral, ampliada por reglamentos autónomos y convenciones colectivas que se regulan desde las instituciones estatales. Desde 1979 se inicia la reinterpretación de la ley que va eliminando las convenciones colectivas. Las organizaciones usan el recurso de los conflictos colectivos que culminan con un laudo arbitral y, en 1993, la Sala Constitucional establece que las relaciones laborales colectivas en el ámbito estatal no se rigen por el Código de Trabajo, sino por el derecho administrativo, lo que sirve de base para declarar inconstitucionales los laudos arbitrales (Tomado de OPS/OMS: junio 1999: 21) y luego las convenciones colectivas.

En lo específico el campo de los recursos humanos en salud está regido por el Código de Trabajo, el Estatuto de Servicio Civil y su reglamento, en tanto el Ministerio es parte de la Administración pública, el Reglamento Interior de Trabajo del Ministerio de Salud, la Ley General de Administración Pública, la Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público, las disposiciones de la Autoridad Presupuestaria(a partir del 2000 sólo se aplica al Ministerio de Salud) y la Ley para la desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS.

Este complejo cuerpo de normas y reglamentos hace que existen superposiciones que contribuyen a la ingobernabilidad

La organización laboral y sindical en el Sector Salud está conformada por gremios de distinta denominación. **80**

La negociación se torna entonces en un campo difícil, con la gran fragmentación de las organizaciones sindicales, habiendo identificado 40 organizaciones cuyo rango de membresía va desde 22 afiliados hasta más de 6000, lo que apunta a la debilidad de algunas de ellas.

Cuadro No.7

Sindicatos del sector salud afiliación para el año 1999

CODIGO	SINDICATO	SIGLAS	AFILIACION
S-T114	Asoc. Cost. Técnicos de la Salud	ACOTES	NO APARECE
S-T093	Asoc. Cost. Técnicos electro encefal.	ACTEEG	NO APARECE
S-I001	Asoc. Cost. Técnicos Saneam.Amb.	ACTSA	79
S-T092	Asoc. Cost. Trabajador. Sociales	ACOTRAS	44
S-E005	Asoc. Empleados del Seguro Social	AESS	1697
S-M126	Asoc. Médicos Especial. Neurocirug.	AMEN	13
S-D008	Asoc. Nal.Dir. Uni.Médicas de CCSS	AMEDISS	96
S-E022	Asoc. Nal Emplea. Públicos y Privados(*)	ANEP	5122
S-S016	Asoc. Nal Jefes Sucursales del SS	ANJES	76
S-E004	Asoc. Nal. Prof. en Enfermería	ANPE	1906
S-P126	Asoc. Nal Técnicos en Patología	ANATEP	NO APARECE
S-O004	Asoc. Nal. Técnicos Dentales	ANTED	NO APARECE
S-T088	Asoc. Nal Técnicos en Ortopedia	ANTO	39
S-O014	Asoc. Odontológica de Costa Rica	AOCR	NO APARECE
S-S034	Org. Cost. Administrad. de Servicios	OCASS	107
S-A085	Sindicato Costarricense Anestesiastas	SICDA	69
S-A085	ind. Asist. Servicios de Salud	SINASS	731
S-D020	Sind. Asist. Auxiliares y afines	SINAO	NO APARECE
S-H021	Sind. Emplea. Hosp. Pérez Zeledón	SINEHOPEZ	269
S-P045	Sind. Profesionales Sector Salud	SINPROSA	200
S-C022	Sind. Profes. Cienc. Médicas CCSS	SIPROCIMECA	1924
S-P037	Sind. Profes. Cien. Méd. Hospitalaria	SIPROCIMEH	94
S-N004	Sind. Profes. Nutricionistas CCSS	SIPRONUC	28
S-L015	Sind. Técnicos de Laboratorio	SITEL	167
S-H022	Sind. Traba.Sal. Inst. Públ. y Privadas	SITHOSAJUDI	261
S-E042	Sind. Indep. Trab. Estatales Costarricenses (*)	SITECO	3605
S-S009	Sind. Nal Empleados de Salud Pública y afines	SINAESPA	630
S-H010	Sind. Nacional Enfermería	SINAE	2433
S-N003	Sind. Nal Trabajadores Nutrición	SITRANU	NO APARECE
S-M005	Unión Médica Nacional	UMN	3442
S-H007	Unión Nal. Empleados Hospitalarios y Afines	UNEHA	1023
S-H020	Sind. Emplea. Hospital San Carlos	SINEHSCA	142
S-H023	Sind. Empleados Hospital Alajuela	SEHA	NO APARECE
S-H026	Sind. Trab. Hospital Carlos L. Valverde	SIN CLAVE	NO APARECE
S-S043	Asoc. Nacional Empleados Sucursales del Seguro Social	ANESS	NO APARECE
S-H017	Sind. Empleados Hospitales Provincia		

Guanacaste	SEHG	NO APARECE
S-F039 Federación Cost. trabajadores de la Salud	FECTSALUD	NO APARECE
S-F083 Federación Sind. Prof. Sector Salud	FESAPROSS	NO APARECE
S-F072 Federación Democrática Empleados de salud	FEDESAL	NO APARECE
S-F097 Federación Frente Sind. de la CCSS		NO APARECE

(*) Estas organizaciones laborales agrupan mayoritariamente a trabajadores/as de otros sectores y no tanto del sector salud. Fuente: Depto. Organizaciones Sociales, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Tomado de Valverde et al. Op.cit

En el caso particular del Sector Salud, la CCSS, ha venido generando nuevos espacios con las representaciones de sus trabajadores, que han concluido con importantes acuerdos, producto de la negociación y el diálogo, que ha permitido a los trabajadores mejores escenarios para expresar sus puntos de vista.

El documento denominado "Histórico Acuerdo en Tiempos de Paz", suscrito en el mes de octubre del año 2001 refleja los resultados de la necesidad de conformar una mesa de diálogo "que permitiese abordar conjuntamente, a partir del análisis sereno, meditado y profundo de las principales políticas de desarrollo impulsadas por la CCSS, como consecuencia de la reforma del Sector Salud, el estado actual de la seguridad social y de sus perspectivas de desarrollo futuro, ya fuese para corregir el rumbo en aquellas áreas en que se hubiesen cometido errores, o para fortalecer e impulsar todos aquellos procesos e iniciativas orientados a satisfacer las necesidades que los costarricenses demandan de la seguridad social, procurando mejorar día con día los servicios. 81

Se definen en este acuerdo un conjunto de directrices que orientan la posición institucional respecto a grandes temas de interés laboral. Algunos de los de mayor interés para el campo que nos ocupan son: generación de empleo público, que incluye crecimiento, financiamiento y desarrollo del capital humano, en el marco de una política de recursos humanos para plantear al Consejo de Gobierno; posición acerca de la compra de servicios a terceros, con modificaciones al Reglamento respectivo y su impacto en las disposiciones de empleo público; contratación de servicios de apoyo; adquisición de tecnología; rendición de cuentas; derechos de los trabajadores; garantía en la estabilidad laboral y pronunciamiento en relación con posibles reubicaciones del personal.

Así mismo se observa un avance importante para el modelo de gestión con el enfoque de la desconcentración de acuerdo con la entrada en vigencia de la Ley 7852 de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, aspectos que en contexto del documento firmado, garantizan derechos fundamentales a los trabajadores, aún en el panorama de la desconcentración.

Desequilibrios e iniquidades en el empleo en salud.

Como una muestra de las desigualdades laborales en el Sector Salud, se tiene que para el Ministerio de Salud en su nuevo Manual Institucional de Clases se crea clases anchas, por ejemplo, la Clase Profesional Licenciado de la Salud II dentro de esta misma clase se crearon los Grupos Ocupacionales Salariales. El Manual señala: "De conformidad con la legislación vigente, los siguientes conforman los grupos por campo de especialidad que se determinan para las áreas temáticas de los diferentes puestos contenidos en la clase; de forma que los requisitos académicos anteriores deben ser interpretados en función del grupo específico de interés:

- A: Profesionales en otras áreas
- B: Profesionales en Nutrición
- C: Profesionales en Enfermería
- D: Profesionales en Microbiología y Química Clínica
- E: Profesionales en Farmacia

81 CCSS. Histórico Acuerdo de Paz, Op.cit.

- F: Profesionales en Odontología
- G: Profesionales en Medicina Veterinaria
- H: Profesionales en Medicina Humana.⁸²

Aunque el mismo Manual especifica las mismas funciones para todos estos profesionales contemplados dentro de la Clase Profesional Licenciado de la Salud II, los salarios son diferentes, con lo que rompe el precepto de que para igual función igual salario.

Como ejemplo podemos citar el caso del Profesional de la Salud II, B: Profesional en Nutrición con un salario base de 187.550 colones mientras que un Profesional de la Salud II, H: Profesionales en Medicina con un salario base de 264.418, que representa una diferencia de 76.868 colones únicamente en el salario base, esto sin contar otros incentivos salariales que sólo se aplican a los grupos de ciencias médicas.

En relación con las diferencias de género, se concluye en estudios realizados que las mujeres trabajadoras de la CCSS, en términos generales, presentan una clara desventaja desde el punto de vista salarial, con respecto a los hombres. Además, se señala que es evidente que en la CCSS, no se dan las condiciones necesarias para que la mujer tenga acceso a puestos de toma de decisiones, las mujeres siguen siendo minoría en los espacios de dominio político, ya que los puestos de directores de hospitales y directores regionales, son ocupados por hombres.⁸³ En adición a lo anterior, la mayoría de las trabajadoras son mujeres, lo que hace suponer que desempeñan diversos roles, con doble o triple jornada.

En forma más reciente, un estudio de los salarios como categoría de análisis de la organización concluye que se observa hegemonía de algunos grupos ocupacionales sobre otros, al hacer referencia a los profesionales en Ciencias Médicas quienes a través de diferentes formas de presión tienen ventajas con respecto de los demás profesionales que trabajan en el sector salud.⁸⁴

En el mismo sentido de búsqueda de equidad, el pasado 11 de noviembre se aprueba por unanimidad en la Comisión de Sociales de la Asamblea Legislativa un proyecto de Ley que propone la Reforma al artículo 40 de la Ley General de Salud, la reforma a varios artículos y adición de un artículo a la Ley de incentivos a los profesionales en ciencias médicas y la reforma a un artículo de la Ley del Servicio Social Obligatorio. Entre los considerandos, el proyecto plantea que en el sector salud las leyes desactualizadas han generado - entre muchos otros problemas - iniquidad y exclusión para las y los profesionales que desempeñan labores fundamentales en el mejoramiento de la salud pública. Así, se plantean que sean considerados profesionales en ciencias de la salud además de los médicos, farmacéuticos, microbiólogos, odontólogos y veterinarios, la enfermería, la nutrición y la psicología clínica. La propuesta evidencia la preocupación de algunos grupos por hacer efectivo el sentir de equipos de trabajo para la atención en salud.

Un aspecto de iniquidad se observa también en la distribución de los recursos humanos, para lo cual se toma como referencia los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Según la información contenida en el cuadro siguiente, en los hospitales desconcentrados y en las Regiones Centrales es donde se concentra el mayor número de personal en ciencias de la salud.

82 Costa Rica, Ministerio de Salud. **Manual institucional de clases**. S.f.

83 Moya, Ligia y otras. **La mujer en el Seguro Social de Costa Rica**. Caja Costarricense de Seguro Social, OPS/OMS. Marzo de 1993.

84 Castillo, Jacqueline. “Salarios. Un análisis de la organización.” En **Gestión, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social**. Vol.7, primer semestre, N° 1, 1999. Pág. 37-40

Cuadro N° 8

**Distribución de plazas de algunas categorías de personal ciencias de la salud por Región
Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica, 2001**

Categoría	total	Nivel Central	Hospitales Desconcen	Regiones						
				Central Norte	Central Sur	Huetar Norte	Pacífico Central	Choro- tega	Huetar Atlántica	Brunca
Total	3857	389	1044	662	625	157	228	205	257	280
Odontólogo en Servicio Social	55	0	0	1	8	11	7	11	9	8
Odontólogo general	245	3	23	69	82	7	12	22	15	12
Odontólogo especialista	27	0	15	5	7	0	0	0	0	0
Médico en Servicio Social	262	0	0	21	41	27	28	32	49	62
Médico Asistente General	848	11	33	257	210	40	64	57	84	86
Médico Residente	332	329	2	0	1	0	0	0	0	0
Médico especialistas	1389	14	707	198	190	41	80	35	57	67
Farmacéutico	263	22	81	50	33	13	15	24	14	10
Microbiólogo	410	9	161	61	51	18	21	24	29	35
Químico	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Psicólogo clínico	24	0	22	0	1	0	1	0	0	0

Las nuevas formas de contratación

El proceso de reforma está generando modificaciones laborales de gran importancia, como consecuencia de los cambios que se están efectuando en la lógica de funcionamiento de los servicios de salud. Valverde y Trejos han señalado en sus investigaciones que los compromisos de gestión constituyen el instrumento para impulsar ese proceso de transformación, tendiente al traslado de los servicios de salud al capital privado y a la transformación de la lógica con la que operan los servicios que se mantienen en el ámbito estatal y enfatizan en su incidencia sobre la fragmentación del trabajo, la competencia por la reducción de los costos de los servicios y el aumento de la contratación de diversas modalidades de servicios a terceros, con lo que consideran que se afecta la motivación y el compromiso de las personas trabajadoras.

Señalan que las nuevas formas de contratación laboral están transformando las condiciones laborales y de la organización del trabajo (pérdida de derechos laborales, debilitamiento de la organización laboral, atomización de los procesos de trabajo, pago por productividad, entre otros). Así, para los mencionados autores esta flexibilización y la precarización de las condiciones laborales amenaza a los trabajadores/as de la salud.

Cuadro N° 9

Caja Costarricense de Seguro Social. Seguro de Salud
Contratación de Servicios por partidas presupuestarias
Años 1997 - 2001
(en millones de colones)

Año	2188	2190	2191	2192	2193	TOTAL	% var.
1997	301,7	1.843,0	300,1	376,5	37,7	2.859,0	-
1998	566,3	2.267,4	404,3	517,8	46,1	3.801,9	33,0
1999	4.544,6	0,0	600,5	670,2	51,7	5.867,0	54,3
2000	6.819,1	0,0	789,0	962,9	56,6	8.627,6	47,1
2001	7.630,4	0,0	1.012,2	1.259,4	60,3	9.962,3	15,5

Fuente: Informes de liquidación presupuestaria más Inf. Liquidación compromisos presupuestarios 1

Partidas presupuestarias:

- 2188 Contratación de servicios médicos, farmacia y laboratorio
- 2190 Contratación de servicios área de salud
- 2191 Contratación limpieza de edificios
- 2192 Contratación de servicios de vigilancia
- 2193 Contratación de servicios mantenimiento zonas verdes

El incremento en la partida presupuestaria de contratación de servicios médicos, farmacia y laboratorio para el año 2001, es veinticinco veces mayor que el monto en millones de colones para el año 1997. Consideramos necesario realizar un estudio para conocer en detalle de qué tipo son los servicios médicos, de farmacia y de laboratorio que han sido contratados por este medio, sus montos, los establecimientos en que se han realizado, si quienes los han brindado son personal de salud de éstos, la cantidad y características de los usuarios que han sido beneficiados, entre otros aspectos de interés.

Las condiciones de trabajo en salud:

Un sondeo en algunas instituciones públicas y privadas

Para conocer algunas condiciones laborales del personal que conforma las instituciones públicas y privadas del sector salud, se realizó una encuesta, en forma de lista de cotejo, cuya recolección fuera accesible. Los datos se obtuvieron de nueve organizaciones, de las cuales cinco son instituciones privadas: el Hospital Clínica Bíblica, Clínica Católica, Hospital Jerusalén, Hospital (CIMA) San José y Coopesalud R.L.; cuatro son instituciones Públicas: Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Programa de atención integral en salud (PAIS): (Áreas de Salud de San Pedro, Curridabat y Tres Ríos, Convenio UCR/CCSS y el Ministerio de Salud.

En el sondeo se abordaron los siguientes aspectos: Políticas de desarrollo de recursos humanos, distribución de personal y necesidades de atención en salud de la población, perfil de competencias y naturaleza de los puestos, movilidad laboral, contratación de servicios por terceros, inducción, evaluación del desempeño, beneficios, capacitación, reconversión de personal e instancias y mecanismos para la resolución de conflictos. El instrumento fue llenado en la mayoría de los casos por los directores de recursos humanos de las instituciones.

Políticas de desarrollo de recursos humanos

Seis instituciones refieren disponer de una política explícita de desarrollo de los recursos humanos, (CCSS, MS, ICA, CIMA, Jerusalén, Coopesalud), de las cuales, sólo Coopesalud no cuenta con un plan estratégico que operacionalice la política y que forme parte del plan estratégico global de la organización.

Distribución de personal y necesidades de salud de la población

El tema de los balances en recursos humanos resultaba de interés, por lo que se preguntó si existe desbalance en la cantidad de personal con respecto a las necesidades de atención de la población, a lo que cuatro Instituciones manifiestan sentirlo (CCSS, MS, ICA, CIMA). Estos mismos centros, además de Coopesalud, refieren que se presentan desbalances en la distribución del personal de acuerdo con las necesidades de atención de la población; por déficit de personal, (CIMA; Coopesalud) y por la calificación del personal (CCSS).

Perfil de competencias y naturaleza de los puestos

En cuanto a la correspondencia entre el perfil de competencias profesionales de los empleados y la naturaleza del puesto que ocupan, cinco organizaciones manifiestan que sí existe tal correspondencia, PAIS/UCR, Clínicas Bíblica y Católica, CIMA/San José y el Hospital Jerusalén. Para el Ministerio de Salud no hay correspondencia entre el perfil de competencias y la naturaleza del puesto que ocupan, así como para la CCSS. El que no haya correspondencia se refiere principalmente a personal de enfermería (CCSS) y de administración (CCSS,MS).

Movilidad laboral

La movilidad laboral u otra forma de reducción del personal en los últimos cuatro años, se presenta únicamente en dos centros: uno privado y otro público, Hospital CIMA/San José y Ministerio de Salud, respectivamente.

Contratación de servicios por terceros

En lo que se refiere a la contratación de servicios por terceros por parte de las organizaciones encuestadas, siete indican que la llevan a la práctica. Las que no lo hacen son: PAIS/ UCR y la Clínica Católica. De las que contratan, cuatro refieren que han cuantificado la relación costo - beneficio de dichas contrataciones y además se ha cuantificado el impacto de estos procesos en la calidad de los servicios, los cuales han sido evaluados como positivos. (CIMA, Bíblica, Hospital Jerusalén y Coopesalud) Es importante mencionar que la CCSS no refiere que se hayan hecho evaluaciones, a pesar de que los montos de incremento de estas formas de contratación son relevantes, tal y como se comentó en el cuadro anterior.

En el siguiente cuadro se detallan los servicios en los que se ha contratado a terceros y el número de Instituciones u organizaciones que lo han llevado a cabo.

Cuadro N° 10
Servicios contratados a terceros según número de organizaciones
Año, 2002.

Servicio	Número de Instituciones
Seguridad	5
Limpieza	4
Mejoramiento organizativo	4
Laboratorio	4
Lavandería	2
Apoyo diagnóstico	1
Alimentación	1
Otros	1

Fuente: Encuesta, 2002.

Inducción del personal

En lo que respecta a la inducción general al personal de nuevo ingreso, ocho de las nueve organizaciones encuestadas indican que la realizan. Además proporcionan de manera sistemática inducción relativa al puesto de trabajo La institución que no ofrece de manera sistemática inducción a su personal es la CCSS.

Evaluación del desempeño

De las organizaciones encuestadas, seis realizan la evaluación del desempeño. No se hace evaluación del desempeño en ICA, Coopesalud y la Clínica Jerusalén.

De las seis organizaciones que sí reportan hacer la evaluación, cinco la toman como base para determinar incentivos, mientras que la Caja no la toma en cuenta para ello.

Beneficios al personal

Todas las instituciones encuestadas reportan beneficios dirigidos a todo el personal, los cuales se detallan seguidamente, según número de instituciones que los brindan:

Cuadro N° 11
Tipo de beneficios e Instituciones que los brindan
Año, 2002

Tipo de beneficio	N° de Instituciones que lo brindan
Capacitación	9
Permiso con goce de salario	8
Días de asueto	7
Préstamos con tasas de interés menores a los del mercado	7
Alimentación	7
Vacaciones profilácticas	6
Vacaciones adicionales	5
Zonaje (vivienda)	4
Examen médico anual	2

Llama la atención que el examen médico anual se considera como beneficio únicamente en la Clínica Católica y el Hospital Jerusalén. En la siguiente tabla se presentan las categorías de personal que reciben beneficios específicos en seis instituciones.

Cuadro N° 12
Categorías de personal que reciben beneficios según número de instituciones
Año 2002

Categoría de personal	Número de Instituciones que lo brindan
Médicos	4
Administradores	4
Microbiólogos	4
Farmacéuticos	3
Enfermeras	3
Nutricionistas	2
Trabajadores Sociales	1
ATAPS	1

Capacitación

Todas las Instituciones consideradas en la encuesta indican que cuentan con planes de capacitación en recursos humanos, que son formulados, según refieren, sobre la base de estudios de necesidades. Estos contemplan actividades de capacitación con la finalidad de mejora de las competencias técnica y profesional de todo el personal de la organización.

En cuanto a los recursos destinados para la ejecución de lo anterior, cinco de las organizaciones indican que se destina una mayor parte al personal profesional (CCSS, Clínica Bíblica, CIMA, MS, ICA). También, la mayor parte de la oferta de las actividades de capacitación en tres de las Instituciones refieren que se orienta a los profesionales, (MS, CAJA; CIMA), mientras que el ICA refiere que se dirige a los administrativos. Es importante anotar que en ninguna se dirige en mayor proporción a los tecnólogos en salud.

En cuanto a convenios de cooperación para los procesos de capacitación cinco organizaciones señalan tenerlos. Estos convenios indican tenerlos con universidades públicas y universidades privadas del país, así como con universidades extranjeras, con Organismos de Cooperación Internacional, con Organismos Financieros Internacionales y con organismos no gubernamentales. No tienen convenios la Clínica Católica, Coopesalud y el PAIS/UCR.

En cuanto a actividades de capacitación y formación en la Caja Costarricense de Seguro Social, se obtiene los siguientes datos correspondientes al año 2000:

Cuadro N° 13
Distribución de las actividades de capacitación según tipo y número de funcionarios participantes
CCSS, Año 2000

TIPO DE CAPACITACIÓN	N° DE FUNCIONARIOS
Odontología General Avanzada	4
Becas: Área Médica Sub-especialidades	21
Becas: Pasantías en el exterior	34
Becas: Maestrías	51
Becas: Área Administrativa	58
Becas: Enfermería	247
DIMEN	89
Capacitación Pedagógica	139
Tecnologías en Salud	201
Postgrados Médicos	215
Postgrado Gestión Local en Salud	250
Introducción al Servicio Social	300
Pasantías en el País	325
Gestión	437

Consejo de Farmacia	479
Otros	546
Emergencias Médicas	600
Informática	1014
Aval de actividades Educativas	1147
Salud Ocupacional	1179
Programa Reanimación Neonatal	1233
Detención Temprana de Cáncer de Cerviz y Mama	3955
TOTAL	12524

Fuente: Memoria CCSS año 2001

En el Ministerio de Salud el proceso de capacitación tuvo el siguiente comportamiento durante el período 2001-2002.

Cuadro N° 14

Actividades de capacitación según temática y número de funcionarios participantes
Años 2001 y 2002
Ministerio de Salud

Temática*	Número de Participantes
Planificación	300
Vigilancia de la Salud	60
Gerencia y gestión de servicios de salud	180
Métodos y Técnicas específicas	180
Reforma Sector Salud	
Resolución de conflicto	
Mejoramiento continuo de la calidad	210
Procesos de evaluación de servicios	
Investigación en Salud	
Etica	
Computo	92
TOTAL	1022

* Solo actividades con una duración de 20 o más horas

La forma en que son presentadas las actividades de capacitación y formación no permite reconocer a cuáles categorías de personal en salud se dirigen, ni cuáles son las estrategias educacionales que se han empleado, así como si se pueden estar repitiendo a las mismas personas. De cualquier manera, muestra la extensión de estas actividades de educación permanente en ambas instituciones, lo que merece un estudio especial, con vistas a la programación de estas actividades de forma de permitir un crecimiento programado del capital humano.

Reconversión de personal

En lo que respecta a programas de reconversión de personal, únicamente el Ministerio de Salud lo lleva a cabo y refiere que el impacto ha sido positivo.

Resolución de conflictos

Todas las organizaciones estudiadas dicen contar con una instancia para la resolución de conflictos, salvo el Hospital CIMA/San José. De las que contestan que cuentan con instancias para la resolución de conflictos, tres no tienen instrumentos o mecanismos para atender esos conflictos; la Clínica Católica, la Bíblica, el PAIS/UCR. Las Instituciones indican que los conflictos más frecuentes se refieren a los de origen disciplinario y con menor frecuencia los relacionados con las adicciones, los de salarios y el hostigamiento sexual.

El trabajo en crisis

Dentro de este apartado es importante mencionar que en materia de distribución de puestos en el campo de la especialización médica, se tiene evidencia que las especialidades muestran déficit en la actualidad, lo que entre otros factores incide en la acumulación de citas a largo plazo y se produzcan lo que dentro del sector se han llamado las “colas”.

También se tiene evidencia de la concentración de especialistas en los hospitales, y dentro de ellos los correspondientes a los hospitales nacionales. Se puede afirmar que hay una alta concentración de especialistas en las áreas de mayor desarrollo social y económico del país, como es la Gran Área Metropolitana. 85

Conforme a investigación realizada por el CENDEISS, a 5 años plazo las necesidades adicionales de especialistas son de 803, mientras que a 10 años estas necesidades son de 702. En cuanto a médicos generales, a 5 años plazo las necesidades son de 355, mientras que a 10 años, las necesidades son de 319.

Sobre los médicos especialistas que se anotan, se comenta que los criterios de necesidad se fundan en lo señalado por las áreas de salud, “... por lo que esta conducta contradice el esquema de atención en el primer nivel...” 86

Por otro lado, es importante hacer una diferenciación entre las necesidades y la futura saturación del empleo en salud, según se hable por grado o del postgrado.

Específicamente en el caso de Medicina, la producción de médicos generales es tal que la necesidad de estos a 5 y 10 años, de acuerdo con el estudio realizado por el CENDEISS se verá satisfecha aproximadamente en un año. Algo muy distinto ocurre con las especialidades médicas, pues las necesidades que revela este mismo estudio, están muy por arriba de la producción nacional de médicos especialistas. Debe destacarse que para tomar decisiones sobre la cantidad y calidad de los profesionales necesarios en salud, deben procurarse estudios sobre bases objetivas, firmes, que analicen las especialidades por separado, así como la distribución geográfica de tales necesidades

Es importante anotar, que en salud, ya se está presentando problemas de desempleo y subempleo profesional, como el caso del empleo médico, tal como lo señala un informe del CENDEISS:

85 Fuentes, Carlos. **Ubicación de graduados de residencias 1998-1999.** CENDEISS, 2001.

86 Parada, Nery y otros. **Valoración de necesidades cualitativas y cuantitativas de profesionales en medicina. Estimación a 5 y 10 años.** CENDEISS/CCSS, septiembre 2002.

“... los requerimientos de profesionales en calidad de Servicio Social, son relativamente bajos con respecto a la situación actual, que ronda las 90 plazas anuales (...). Si a estas 90 plazas sumamos los requerimientos a 5 años tendríamos un total de 133 plazas de servicio social y en 10 años éstas serían 168. Nótese que esta condición contradice en cierto modo las solicitudes de internos, en la medida en que no habría espacio institucional para que graduados del internado continúen con sus actividades como médicos de Servicio Social. La Caja no tiene ni el deber, legal o moral, de contratar a todos los profesionales recién graduados.

Esto hace que el factor empleo en las etapas iniciales del quehacer médico tenga una condición de “embudo” o embotellamiento, en la medida en que si se permitiese el espacio para muchos internos, no tendría la institución la capacidad real para recibirlos luego como médicos de servicio social ni como médicos generales.”

87

Esta situación, entre otras, está condicionada por un crecimiento desregulado de la oferta académica en estas áreas y el poco crecimiento que, en general, ha experimentado el sector público como generador de empleo.

Una nota sobre este asunto apunta lo siguiente:

”Es angustiosa la situación de miles de jóvenes profesionales por falta de espacio en sus carreras. Hay 10 mil abogados y el número se puede duplicar en una década, así como se quintuplicó el número de médicos en menos de 20 años.

El caso de Medicina ilustra esta situación. El próximo año de 700 personas que harán el internado, sólo 350 tendrán salario, porque la Caja Costarricense de Seguro Social no necesita más ni tiene presupuesto. Además para el próximo año, sólo tiene 43 plazas para servicio social, y hay 258 postulantes.” 88

El servicio social

El Servicio Social Obligatorio esta reglamentado por el Decreto Ejecutivo No 25068-S y constituye un requisito indispensable para ejercer las profesiones de Ciencias de la Salud. Tanto la “ Ley de Servicio Social Obligatorio para los Profesionales en Ciencias de la Salud” como su Reglamento, establecen la normativa y requisitos que permiten hacerlo efectivo.

La Ley General de Salud, en su artículo 44, establece que el Servicio Obligatorio Médico y los Servicios Obligatorios que se establecen para otras profesiones en Ciencias de la Salud, de común acuerdo con los Colegios respectivos la Universidad y el Ministerio de Salud, es requisito previo para la habilitación en el ejercicio de alguna de las profesiones en Ciencias de la Salud.

De acuerdo con el Reglamento antes citado, en el artículo 1 se crea la Comisión de Servicio Social Obligatorio, para asesorar y asistir al Ministro de salud en todo lo relacionado con el cumplimiento de la Ley. Dicha Comisión está constituida en la actualidad por representantes de Colegios Profesionales en Ciencias de la Salud, Nutrición, CONARE, CONESUP, y es presidida por la Dirección General de Salud.

En el desarrollo del Servicio Social Obligatorio, se observan algunas situaciones críticas que requieren análisis y toma de decisiones para su solución. En el Taller “Perspectivas del Servicio Social Obligatorio dentro de la Reforma del Sector Salud “ (2000), se analizó la pertinencia de este servicio y se acordó su mantenimiento y necesidad de adecuación. También se analizaron las posibilidades existentes para la creación de plazas tanto en el sector público, como privado y la necesidad de no desviar las plazas existentes para otros fines.

Como se puede observar en el siguiente cuadro existe desproporción entre el número de graduados en profesiones en ciencias de la salud y las plazas disponibles en las Instituciones interesadas.

87 Parada, Nery y otros. Op.cit. pág.24

88 Rodríguez, Camilo. “Muchos médicos, poco trabajo”. En *Al Día*. Sección Opinión, Comentarios. San José, 5 de noviembre del 2002, pág.11

Cuadro N° 15
Servicio Social Obligatorio
Número de Postulantes y Plazas
Enero 1999 a enero 2002

	Años		1999		2000		2001		2002	
	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas
Enfermería	339	4	391	4	316	4	366	3		
Farmacia	71	45	100	34	125	32	178	10		
Medicina	364	198	345	193	183	136	441	138		
Microbiología	77	4	49	4	39	1	53	2		
Nutrición	43	2	19	2	18	1	20	1		
Odontología	130	45	104	38	221	33	174	24		

No obstante la situación antes descrita, no es posible aumentar el número de plazas, debido a la ausencia de contenido presupuestario en las instituciones interesadas.

Otro aspecto a tomar en cuenta es que, en algunos, casos a médicos que están realizando servicio social se les extiende su nombramiento por medio de una prórroga, lo que disminuye la disponibilidad de plazas.

Ante esta realidad, la Comisión de Servicio Social Obligatorio, está realizando las siguientes gestiones:

Estudio para determinar si se debe continuar con el Servicio Social. De acuerdo con los primeros avances, los Colegios Profesionales han manifestado su interés en mantenerlo.

Solicitud a la autoridad presupuestaria para abrir más plazas de servicio social.

Estudio de posibilidades para incorporar plazas de servicio social en el sector privado.

Modificaciones al Reglamento del Servicio Social Obligatorio, específicamente relacionadas con las áreas geográficas y programas donde se lleva a cabo.

Conclusiones sobre el empleo en salud

El campo de los recursos humanos es un área proclive al conflicto por la multiplicidad de actores y organizaciones con sus propios intereses y por el vasto y complejo cuerpo de leyes, normas y reglamentos en la materia.

También se caracteriza por la existencia de iniquidades reflejadas en la distribución territorial e institucional del personal de salud, por el irrespeto del precepto de "a igual función, igual salario" en las nuevas modalidades de contratación y por el acceso diferencial a los puestos de decisión según género, entre otros.

E. LA REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Hacia la calidad y el principio de excelencia

La regulación es uno de los temas más importantes en el campo de los recursos humanos, sin embargo en nuestro país las prácticas regulatorias son incipientes, y no han sido consideradas dentro de las políticas públicas. En cada uno de los puntos críticos analizados, una preocupación permanente es la ausencia de un ente que, considerando los diversos intereses e iniciativas, los oriente hacia el bien público dentro de un marco de regulación apropiado.

Dado el papel otorgado por la ley a los colegios profesionales en esta materia, el objetivo de este apartado es analizar la participación de los mismos en la regulación del desarrollo de los recursos humanos del sector salud de Costa Rica. En este caso se tomaron en cuenta los siguientes Colegios Profesionales: Enfermeras, Médicos y Cirujanos, Médicos Veterinarios, Microbiólogos y Químicos Clínicos, Psicólogos, Farmacéuticos y Trabajadores Sociales.

Como antecedentes se tienen en cuenta la información del Observatorio de Recursos Humanos (1999 – 2000) y el Foro de Recursos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica (2001).

Para este fin se aplicó una encuesta a los colegios mencionados con el propósito de conocer el número de colegiados inscritos en los últimos cinco años y las principales líneas de acción que desarrollan.

Legalidad de los Colegios Profesionales

De conformidad con el artículo 439 del Código de Educación, se señala la conveniencia de que se establezcan los colegios de egresados de las diversas Facultades de la Universidad de Costa Rica, único centro de estudios superiores al momento de su promulgación. Así, todas las profesiones de ciencias de la salud contempladas en la Ley General de Salud (artículo 40) tienen su propio colegio establecido por medio de una Ley Constitutiva.

Las Leyes Constitutivas de los colegios les confieren las siguientes atribuciones:

regular el ejercicio profesional,

sancionar el ejercicio indebido y

promover el progreso de los agremiados.

Los colegios cuentan con un Código de Ética y un Tribunal de Honor que conoce de todas las infracciones en el ejercicio profesional y recomienda a la Junta Directiva las medidas y sanciones que estime convenientes. La Junta Directiva aplica las sanciones correspondientes y comunica las resoluciones finales.

La ley General de Salud, artículo 345, establece las atribuciones inherentes al cargo de Ministro en representación del Poder Ejecutivo, una de las cuales (inciso 11) a la letra dice: “determinar de común acuerdo con los colegios profesionales correspondientes y la Universidad de Costa Rica normas para el ejercicio de los profesionales en ciencias de la salud, para el servicio médico obligatorio y otros que se establezcan y para la investigación médica clínica terapéutica y científica en seres humanos.”

En el artículo 40 de la misma ley se define como profesiones en ciencias de la salud, la Farmacia, la Medicina, la Microbiología Química Clínica, la Odontología, la Veterinaria y la Enfermería.

Los Colegios profesionales y la regulación del ejercicio profesional

Un sondeo preliminar

La mayoría de los informantes que respondieron la encuesta, refieren que los colegios se ocupan principalmente de procesos de educación continua para sus agremiados. Solamente los Colegios de Médicos y Cirujanos, de Enfermeras y de Farmacéuticos manifiestan tener o estar en proceso de construir un sistema de recertificación de sus agremiados. La participación en los cambios en los perfiles curriculares de su profesión, así como en modificaciones o cambios en los perfiles ocupacionales en las instituciones prestadoras de servicios de salud, es limitada. Todos manifiestan que no existe una relación adecuada entre profesionales existentes y necesidades del país. En la mayoría de los casos existe sobreoferta de profesionales.

Sobre la colegiatura

De acuerdo con los datos recolectados, existe en todos los casos un aumento significativo en el número de miembros inscritos por año en los últimos cinco años, como se puede observar en el cuadro, el total de inscritos en los colegios es de 19.596 personas al año 2002.

Cuadro N° 16

Profesionales inscritos según colegio
Años 1999 y 2002

Colegios	1999	2002
Total	13.363	19.596
Médicos y Cirujanos	6.788	7.015
Microbiólogos Químicos Clínicos	1.092	1.255
Farmacéuticos	1.289	2.199
Odontólogos	1.594	2.086
Enfermeras	2.600	4.781
Trabajadores Sociales	s d	1.465
Médicos Veterinarios	s d	795

Fuente: Datos 1999, Observatorio de Recursos Humanos y datos 2002 Encuesta

En el cuadro que sigue, se muestra el número de personas que se han inscrito en los últimos siete años. Excepto en Médicos Veterinarios y Microbiólogos, la tendencia es al crecimiento en las incorporaciones. En los demás colegios se mantiene un número uniforme de incorporaciones.

Cuadro N° 17
Profesionales inscritos en los últimos 7 años según colegio profesional.
Costa Rica, 2002

<i>COLEGIOS</i>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
MEDICOS Y CIRUJANOS	-	-	329	324	354	547	304
MICROBIOLOGOS	38	39	42	62	49	43	-
FARMACÉUTICOS	42	26	87	68	107	124	193
ODONTÓLOGOS	33	51	69	130	106	216	-
MEDICOS VETERINARIOS	27	17	20	26	23	19	31

Fuente: Registros de Colegios.

Del Colegio de Enfermeras, no se obtuvieron los datos

Una observación relativa a las fuentes de datos consultadas que refleja las dificultades en torno a la información en recursos humanos, lo ejemplifican los dos casos siguientes:

En el caso de los médicos y cirujanos, las cifras del Observatorio indican 6.788 médicos inscritos para 1999 y el Colegio de Médicos y Cirujanos en la encuesta realizada, reporta 7.015 médicos inscritos para el 2002. Además, el mismo colegio reporta que en el 2000 se inscribieron 354 nuevos médicos, en el 2001 lo hicieron 547 y en el 2002, se registraron 304. Si partimos de los 6788 médicos inscritos en 1999 y sumamos los inscritos en el 2000, 2001 y 2002 nos da un total de 7.993 médicos inscritos hasta el 2002 y no los 7.015 según datos actuales del colegio respectivo.

En el caso de las enfermeras, según los datos del Observatorio en 1999 había 2.600 inscritas y en el 2002, lo hacen 4.781. El aumento en inscripciones no pudo ser desagregado por falta de registros disponibles al momento del estudio. Estas diferencias y preguntas que no se pueden resolver con los datos disponibles, confirman y ratifican el problema existente en las bases de datos y los sistemas de información en Recursos Humanos del país.

En el siguiente cuadro se presenta el número de especialistas incorporados durante los últimos cinco años. La tendencia a la incorporación de médicos especialistas mantiene cierta uniformidad en el periodo analizado. Los especialistas, son formados por la Universidad de Costa Rica en Hospitales de la CCSS, mediante el Sistema de Estudios de Postgrado, tal como se mencionó antes.

Cuadro N° 18

Número de médicos especialistas inscritos en los últimos 5 años.
Costa Rica, 2002

AÑO	NUMERO
1998	109
1999	129
2000	156
2001	126
2002	40

Según la información disponible, en el país hay inscritos 2832 médicos especialistas. Las especialidades que agrupan más profesionales son Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y

Cirugía General. Esta razón, entre otras, se debe a que dentro del sector hospitalario estas son las especialidades básicas para el funcionamiento de un hospital; además de que en el segundo nivel de atención, como las clínicas periféricas, se cuenta con este tipo de personal especializado. En otras palabras, el empleo en estas especialidades está relacionado con la estructura organizacional adoptada para la resolución de problemas en el campo de la atención médica.

También estas especialidades mencionadas, forman parte de la oferta privada básica de servicios.

Se reportan 4813 Médicos de Medicina General, si se toma como base el total de inscritos menos los especialistas.

Cuadro N° 19
MEDICOS ESPECIALISTAS DISTRIBUIDOS EN NACIONALES Y
EXTRANJEROS SEGÚN ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	NACIONALES	EXTRANJEROS	TOTAL
Total	2543	289	2832
Administración de Hospitales	30	0	30
Alergología e inmunología clínica	24	1	25
Anatomía Humana	5	1	6
Anestesiología	187	5	192
Bioquímica Clínica	3	0	3
Cardiología	66	11	77
Cirugía Cardiovascular y tórax	16	2	18
Cirugía General	143	19	162
Cirugía Pediátrica	51	9	60
Cirugía Plástica	34	9	43
Dermatología	65	7	72
Endocrinología	30	0	30
Farmacología Clínica	6	0	6
Foniatría	3	0	3
Gastroenterología	51	8	59
Genética Humana	2	0	2
Geriatría	22	2	24
Ginecología y Obstetricia	224	39	263
Ginecología	19	0	19
Obstetricia	19	0	19
Hematología	22	1	23
Infectología	11	2	13
Medicina Familiar	53	8	61
Medicina Física y Rehabilitación	35	4	39
Medicina Interna	239	37	276
Medicina Legal	36	0	36
Medicina Nuclear	5	0	5
Medicina Psicosomática	5	0	5
Nefrología	20	2	22
Neumología	24	1	25
Neurocirugía	33	6	39
Neurología	39	2	41
Oncología Médica	24	1	25
Oncología Quirúrgica	1	0	1

Ortopedia y Traumatología	65	20	85
Otorrinolaringología	57	8	65
Patología Forense	7	0	7
Pediatría	418	39	457
Psiquiatría General	111	12	123
Psiquiatría Pediátrica	13	0	13
Radiología	68	10	78
Radioterapia	12	0	12
Reumatología	22	2	24
Salud Pública	82	4	86
Urología	54	7	61

Fuente: Colegio de Médicos y Cirujanos, 2002

Sobre el quehacer de los colegios

Las acciones más frecuentes realizadas por los Colegios Profesionales, según información obtenida durante las entrevistas realizadas, van encaminadas a la protección del ejercicio laboral, la cual implica desarrollo de acciones que van desde el control de la ética a la realización de estudios para el análisis de la situación laboral de sus colegiados.

Todos los colegios cuentan con Tribunal de ética, en seis de ellos se reporta que disponen de una política de desarrollo de recursos humanos, que existe un programa de capacitación. Expresan que se han dado cambios en los perfiles profesionales y que hay inmigración y emigración de profesionales.

Cinco colegios manifiestan que han realizado intervenciones frente a evidencia de mal praxis. La participación en la creación de nuevas carreras y perfiles ocupacionales sólo lo señalan tres de los colegios. Únicamente el colegio de Odontólogos tiene parámetros obligatorios para el cobro de servicios profesionales y uno tiene estudios de mercado.

La Regulación de los recursos humanos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad

En el actual proceso de reforma y modernización del Sector Salud, se plantea como acción prioritaria la evaluación de la calidad de los servicios y sistemas de salud. En el Ministerio de Salud y dentro de la función estratégica de Regulación, desde 1994, se desarrolló conceptual y metodológicamente el Programa Nacional de Garantía de Calidad, con los siguientes abordajes metodológicos:

Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines

Acreditación de Establecimientos de Salud y Afines

Evaluación de Servicios de Salud

La habilitación de establecimientos es el procedimiento de evaluación de servicios de salud, mediante la aplicación de indicadores de estructura, que garantiza a los usuarios las condiciones mínimas de seguridad para recibir un servicio con el menor nivel de riesgo, en las áreas de planta física, recursos humanos y equipo. En lo que respecta a Recursos Humanos, las normas de Habilitación definen para las diferentes especificaciones del establecimiento, el tipo de recurso humano con que debe contar o al que puede tener acceso, especifica en algunos casos, la cantidad de funcionarios, la capacitación y los conocimientos básicos requeridos. 89

La acreditación es el procedimiento de evaluación externo de los recursos, procesos y resultados de atención de los establecimientos de salud.

89 Costa Rica, Ministerio de Salud. **Normas de habilitación de establecimientos.** Dirección de Servicios de Salud.

En relación con recursos humanos se evalúa por tipo de establecimiento y según nivel de complejidad, entre otros elementos, tipo de personal, cantidad, especialidad, horarios de trabajo, distribución, existencia de programas de educación continua y existencia y aplicación de programas de salud ocupacional.

La Evaluación de Servicios y Sistemas de Salud se compone de los siguientes procesos: Evaluación de la calidad de la atención por entidades trazadoras, Análisis de la mortalidad materna, Análisis de la mortalidad infantil y Evaluación de la atención integral del primer nivel de atención.

La evaluación de la atención integral del primer nivel se plantea como un procedimiento administrativo, por el cual se comparan las características de los servicios con un modelo normativo, que se considera básico para brindar un servicio de calidad. Es un tipo de evaluación por encuesta en la que se establece una lista de requisitos mínimos, que todo servicio de ese escalón de complejidad, debería cumplir para brindar una atención acorde con los conocimientos actuales, tecnologías aceptadas y expectativas de la comunidad. La lista de requisitos se agrupan por áreas temáticas comunes, con un peso predeterminado en la evaluación: el componente de recursos humanos tiene un peso relativo de 11%.

De acuerdo con las evaluaciones realizadas en el año 2001, la calificación promedio de las sedes de EBAIS alcanzó un 79% de cumplimiento de los estándares. En un nivel crítico de desempeño se encuentra, entre otros, el rubro de Recursos Humanos (69 puntos de un mínimo de 100). 90

F. BIBLIOGRAFÍA

Brito, Pedro. “Elementos de contexto para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud.” En Cuevas, Leobardo y Brito, Pedro. Presente y futuro en la formación práctica y regulación profesional en ciencias de la Salud. OPS/OMS. México, 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. Histórico acuerdo en tiempos de paz. Declaración CCSS, organizaciones sindicales y sociales. Relativo al futuro de la Seguridad Social en las Áreas de autonomía institucional, financiamiento y reforma de los servicios de salud y pensiones. San José, Costa Rica.2001.

Castillo, Jacqueline. “Salarios: Un análisis de la organización”. En Gestión, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Vol.7, N°1, Primer semestre, 1999:: 37-40.

Council on Postsecondary Accreditation. The role and value of accreditation. Washington, 1982.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Taller del grupo de recursos humanos, “Análisis sectorial y formulación de lineamientos de política.”, San José, 29 y 30 de octubre del 2002.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Manual institucional de clases. S.f.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Normas de habilitación de establecimientos. Dirección de Servicios de Salud.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Garantía de Calidad en Costa Rica. Dirección de Servicios de Salud, 2000.

Esquivel, José Miguel. “Regulación del desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud.” En Gestión, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Vol 9, N°2, Segundo semestre 2001::82

Fuentes, Carlos. Ubicación de médicos residentes graduados en 1998 y 1999. CCSS/CENDEISSS, Julio 2002.

Moya, Ligia et. al. La mujer en el Seguro Social de Costa Rica. CCSS/OPS/OMS.Marzo de 1993.

OPS/OMS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica 589. Washington, 2002.

Parada, Nery et al. Valoración de necesidades cualitativas y cuantitativas de profesionales en medicina. Estimación a 5 y 10 años. CENDEISSS/CCSS. Septiembre 2002.

Rígoli, Félix. Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y la capacitación. Universidad de Costa Rica, San José, 2001.

Rodríguez, Camilo. “Muchos médicos, poco trabajo.” En Al Día, sección Opinión, Comentarios. San José, Costa Rica, 5 de noviembre del 2002. Pág. 11

Rovere, Mario. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°96, Washington, 1993

Ulate, Guido. Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y la capacitación. Universidad de Costa Rica, San José, 2001.

Valverde, José Manuel; Trejos, Eugenia y Rosales, Carlos. Datos básicos de recursos humanos del Sector Salud de Costa Rica. Ministerio de Salud, CCSS, OPS, agosto 2000

CAPÍTULO IX
“RECURSOS TECNOLÓGICOS”

IX. RECURSOS TECNOLOGICOS

A. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Para el desarrollo de este análisis se tomará en cuenta la siguiente definición:

Tecnología se refiere a la utilización sistemática del conocimiento para hacer las cosas, la cual se presenta en dos formas, incorporada en instrumentos o equipos (hardware) y no incorporada, contenida en diseños métodos, procedimientos y personas entre otros (software) En las personas, la tecnología no incorporada se refiere al conocimiento intelectual y al conjunto de destrezas, habilidades y actitudes. (Ministerio de Salud. 1997).

A finales del 1970 y a principios del los 80 en Latinoamérica se avanzó en la creación de infraestructura técnica y científica en algunos sectores y países, pero en ningún caso ha sido posible establecer un sistema real de ciencia y tecnología que permita un flujo libre de información y tecnología entre las diferentes entidades involucradas en al investigación desarrollo y producción de bienes y servicios.(Gamboa , 1996).

A partir del siglo 20 se observa un incremento de la ciencia y la tecnología paralelo al desarrollo científico con ayuda de la cooperación internacional.(Mata 2000).

En los últimos años se ha hecho necesario evaluar las tecnologías en salud como una forma comprensiva de investigación que examina las consecuencias técnicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología.

Con el fin de integrar todas las actividades tendientes a la regulación de los dispositivos y equipos médicos en el mundo, se integró una Comisión de Harmonización⁹¹ Global (CHG) formada por un grupo de voluntarios representada por autoridades reguladoras de equipo medico nacional y de la industria regulada.

Dichas actividades fueron apoyadas por la OMS y para la Américas la OPS, quien ratificó en la Asamblea de Ministros de Salud en su última reunión en la cual se firmó un acuerdo internacional para la armonización de la Gestión en la Regulación de los equipos médicos.

La CHG tiene dentro de sus metas:

Fomentar la fusión de la prácticas reguladoras.

Promover la innovación tecnológica.

Facilitar el comercio Internacional.

Los Objetivos de la CHG:

⁹¹ Harmonización y armonización: ambos términos de uso regular aceptados.

A) Fomentar el desarrollo de una regulación armonizada con el medio ambiente, mejorando la protección de la salud pública y haciendo más rápidamente accesibles los dispositivos y tecnologías médicas nuevas.

B) Reducir las diferencias regulatorias garantizando la seguridad, efectividad / rendimiento y calidad de los dispositivos médicos para obtener como resultado un gran acceso global a los nuevos equipos.

C) Facilitar el desarrollo de un mercado internacional y vigilar el sistema para reducir la posibilidad la repetición de efectos adversos que influyan en el desarrollo de los nuevos equipos médicos.

D) Promover la cooperación internacional entre ciudades que establecieron y desarrollaron sistemas regulatorios.

Dentro de sus funciones la CHG publica y divulga los documentos guías de armonización con prácticas básicas de regulación.

Tiene un Comité Conductor que sus funciones son:

Dirige el trabajo de los grupos de estudio.

Revisa y acepta o rechaza los documentos guías desarrollados por los grupos de estudio.

Promueve el uso de los documentos guías de Comisión de Harmonización Global por ciudades que no son miembros.

Actualmente en Costa Rica, por el compromiso adquirido con la OPS en la Asamblea de Ministros, el Ministerio de Salud para la regulación de la importación del Equipo y Material Biomédico por medio de la Dirección de Registros y Controles tiene en proceso la publicación de un reglamento para este fin.

En la actualidad hay un ligamen amplio entre las autoridades encargadas de la compra de equipo médico de la CCSS con las Autoridades reguladoras, el cual cuenta con un registro de importadores de Equipo médico en el Ministerio de Salud y un registro de proveedores en la CCSS. Hay una convergencia en el pensamiento de la necesidad de crear la gestión tecnológica.

La Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, evalúa la calidad, cantidad y el estado de los equipos y materiales que son necesarios para brindar un servicio con estándares mínimos de calidad que se encuentran en los Servicios de Salud públicos y privados en el país. También se evalúa las condiciones físico sanitarias en que se encuentran dichos servicios.

B. INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y GESTIÓN TECNOLÓGICA

1. Ministerio de Salud

Con respecto a la estructura y dinámica de los recursos físicos en cuanto a infraestructura y equipamiento el Ministerio de Salud realizó en el 2002 un diagnóstico y análisis por medio de una consultoría con el fin de fortalecer el funcionamiento de las Áreas de Salud Rectoras Locales las cuales se agrupan en 9 Regiones que están localizadas en los diferentes cantones del país.

Existen 81 Áreas de Salud a las cuales se les diagnóstico desde las siguientes variables:

1.1 Localización y planta física

Aproximadamente 48 son propiedad del Ministerio de Salud, unas 29 son prestadas por otras Instituciones y se reportaron 3 con inmueble alquilado. El estado de los inmuebles es de regular a malo, con muy poco mantenimiento físico por su condición de prestadas o alquiladas, aunado a la insuficiencia de recursos del Ministerio de Salud para financiar el mantenimiento a las instalaciones propias. En algunos casos muchas de estas instalaciones han sido declaradas insalubres o inhabilitadas de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Trabajo.

Con respecto a la distribución de la áreas de trabajo son insuficientes de acuerdo con la normas de OIT.; al ser en su mayoría casas o locales construidos para otros fines, la distribución de la planta no concuerda necesariamente con las nuevas funciones de rectoría y en su mayoría no hay información de planta apropiada para uso del público y de sus mismos funcionarios como por ejemplo: la rotulación exterior y la interna que hace referencia a los distintos despachos.

1.2 Recurso Humano

Los recursos humanos asignados a las Áreas Rectoras, se aproximan a 1.026 funcionarios.

La Región Central Sur se concentra el mayor número de funcionarios (175), seguida por la Región Chorotega (135), Pacifico Central (129), Brunca (126), Huetar Atlántica (125), Central Norte (100), Central Este (78), Huetar Norte (76) y Central occidente (46).

El Área Rectora de Limón es la que más Recurso Humano posee en todo el país (40) y la que tiene menos funcionarios es Hojanca con 3 funcionarios.

Estos extremos evidencian un desajuste importante en la capacidad logística humana instalada para atender sus respectivas poblaciones jurisdiccionales. Este factor está obstruyendo una labor normal del Área Rectora.

Solo 38 directores de Área, de un total de 81, tienen nombramiento en propiedad en la plaza, mientras que 32 son interinos y 11 están nombrados en Servicio Social. La mayoría son de profesión médicos. El 53.1% de los jefes de Área son interino.

1.3 Mobiliario y Equipo

El mobiliario que disponen es un acopio casual que no satisface las necesidades ergonómicas de los funcionarios ni los requerimientos de los equipos. Aquí destacan armarios, bancas, mesas, estantes, bibliotecas, mostradores, etc.

Relacionado con las líneas telefónicas todas las Áreas Rectoras poseen al menos una cada una, sin embargo no ocurre lo mismo con el facsímil, el cual varias Áreas Rectoras no lo poseen. Esta situación le dificulta la comunicación con la Región, el Nivel Central y con las comunidades. Situación similar les sucede con el correo electrónico.

Respecto a los vehículos, las áreas cuentan con un total de 100 vehículos de los cuales la Región Chorotega concentra 18, seguida de las Regiones Pacífico Central, Huetar Norte y Huetar Atlántica con 13 cada una. Las Regiones Central sur, Norte, Brunca, Este, y Occidente con 10,10, 9,7 y 6 vehículos respectivamente. En las Áreas de Salud ninguno tiene más de 3 vehículos, hay cobertura para un 90 % de la totalidad de las Áreas. Aproximadamente 17 Áreas no poseen vehículo.

Las motocicletas (247) están distribuidas de la siguiente forma: la Región Huetar Atlántica cuenta con 60 unidades, la Chorotega 51 y la Huetar Norte con 36, Central Sur 9, Central Occidente 7, y Central Este con 3. No más de 3 Áreas poseen Vehículo acuático. Vale agregar que el estado reportado es de regular a malo, por ser modelos viejos y tener un uso muy intenso.

En cuanto a la disposición de microcomputadoras (153) la Región Central sur cuenta con 33, la Pacífico Central 22, Chorotega 21 y la Central Norte 19. Hay tres Áreas aproximadamente que no tienen ningún computador. La mayoría de estos equipos responden a configuraciones muy viejas carentes de programas técnicos o avanzados, su estado físico (hardware) se reporta de regular a malo. La tendencia a contar con este equipo es las Áreas Rectoras oscila entre uno y máximo dos computadores.

1.4 Población meta y área territorial

Se ha logrado determinar que para cada una de las Áreas Rectoras de Salud establecidas en el país le corresponde una densidad de población por kilómetro cuadrado, basada en la relación de la población registrada en el año 2001 (INEC) respecto al área territorial establecida como jurisdicción administrativa o en el entorno.

El Área de Hatillo le corresponde 12.857 habitantes por kilómetro cuadrado, la de más alta densidad poblacional de todas las áreas del país; le siguen en orden de importancia, Tibás con 8.843 ciudadanos; Pavas 8.156 ciudadanos y Goicochea con 5.469. La mayoría de las Áreas con alta densidad poblacional por kilómetro cuadrado se ubica en la Región 1 Central Sur. Estas Áreas, con excepción de Goicochea, padecen de una marcada insuficiencia de recursos logísticos en sus servicios.

2. Instituto Nacional de Seguros

Tiene como una de sus principales metas modernizar todo su espectro tecnológico, para estar al día con los avances y garantizar la eficiencia y eficacia de sus operaciones.

Actualmente el Instituto Nacional de Seguros (INS) cuenta con 249 Consultorios Médicos de Empresa que brindan atención médica en forma inmediata dentro de su centro de trabajo a los trabajadores, en caso de que su salud se vea afectada como consecuencia de las labores que realizan.

El servicio se brinda en alianza con importantes empresas de todos los sectores productivos.

Un detalle muy importante, es que el Instituto aplica una bonificación en la prima del Seguro de Riesgos del Trabajo, a las empresas que forman parte de este programa el Instituto ha creado una red desconcentrada de servicios de salud integral, que consiste actualmente en 33 dispensarios médicos distribuidos en gran parte del territorio nacional.

El objetivo de los Dispensarios es brindar atención médica en forma inmediata, cerca del domicilio o sitio de trabajo de nuestros asegurados, evitándole así tener que movilizarse a otros centros de población.

Los Dispensarios están en: Aguas Zarcas de San Carlos, Alajuela, Batán, Cañas, Cariari, Carmen de Siquirres, Cartago, Ciudad Neily, Ciudad Quesada, Cóbano, Curridabat, Desamparados, Fortuna, Grecia, Guadalupe, Guápiles, Heredia, La Isla en Limón, Liberia, Limón, Nicoya, Pital de San Carlos, Puerto Viejo de Sarapiquí, Puntarenas, Quepos, San Antonio de Belén, San Isidro, San Marcos de Tarrazú, San Ramón, Santa Ana, Siquirres, Sixaola, y Turrialba.

En todos los centros se ofrecen los servicios de medicina general, enfermería y farmacia; algunos de ellos están preparados para brindar asistencia médica en ortopedia, radiología, terapia física y otros.

Las personas que sufren lesiones como o a consecuencia de accidentes laborales o de tránsito tienen un lugar especializado donde son atendidas: El INS es la primera institución en el ámbito centroamericano, que concentra en un solo lugar los servicios necesarios para un verdadero reintegro de las personas lesionadas a su vida social, económica y laboral.

Este centro de atención del INS, está ubicado en La Uruca, y se compone de 12 edificios modulares e integra los servicios de Consulta de Primera Vez, Consultas en Especialidades Médicas, Hospitalización, Rehabilitación, Farmacia, Radiología, Yesos, Cirugía Menor, Inyectables, Curaciones, Trabajo Social, Transportes, Archivo Clínico, Aprovisionamiento, Mantenimiento y Cirugía Electiva .

Así mismo, los pacientes que viven lejos del Área Metropolitana y que deben acudir a consultas médicas o tratamientos en las instalaciones de INS Salud, son hospedados en la "Casa Albergue" ubicada en Tibás.

Por su parte, los servicios de hospitalización los ofrece la institución en sus instalaciones en La Uruca, para aquellos pacientes que presentan lesiones más severas y que ameritan cuidados médicos y de enfermería las 24 horas del día.

3. Acueductos y Alcantarillados

Acueductos y Alcantarillados (AyA) desde 1999 está desarrollando, el proyecto AyA 2000. Este tiene como objetivo garantizar, el correcto funcionamiento de todos los sistemas relacionados con los servicios que presta el Instituto. Para lograrlo, el problema se ha enfocado desde diferentes perspectivas.

El conocimiento sobre los recursos hídricos, ha permitido conocer el potencial que posee y su utilización a través de modernas tecnologías, aplicadas a sus obras hidroeléctricas e hidráulicas, especialmente, y a las actividades menores de desarrollo como el riego, la industria, la recreación, etc.

El Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) dividió el territorio, para efectos de planificación, en las treinta y cuatro cuencas hidrográficas más importantes, que se caracterizan porque todos sus aspectos y factores físicos actúan en forma coordinada, interrelacionándose unos con otros, para mantener el equilibrio natural.

El aumento de la población, la necesidad del hombre de incorporar nuevas tierras a la producción nacional, y el aprovechamiento irracional de los recursos naturales, han ocasionado una serie de desequilibrios en las cuencas, causando efectos negativos sobre el medio ambiente y deteriorando, casi por completo, los recursos físicos existentes. Esto repercute sobre los proyectos llevados a cabo y sobre los habitantes de las distintas localidades, que necesitan el agua para sus diversos quehaceres. Por ese motivo, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados realiza una serie de estudios sobre cuencas, subcuencas y fuentes, o manantiales que se consideren alternativa factible de desarrollar en un futuro, para el abastecimiento de agua potable.

Utilización e importancia de las cuencas hidrográficas

Entre estas instituciones y organismos destacan: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), Servicio Nacional de Riego y Avenamiento (SENARA), Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), Junta Administradora de Servicios Eléctricos de Cartago (JASEC), municipalidades, asociaciones de desarrollo, comités de agua y otras. Cada una de estas instituciones tiene injerencia sobre el aprovechamiento y la protección de los recursos hídricos destinados al abastecimiento a las poblaciones, a la producción de energía hidroeléctrica, a las concesiones para diversos usos y actividades de desarrollo y, a nivel agropecuario e industrial, riego y avenamiento, etc.

Problemática de las cuencas

Son varias las alteraciones y los factores que inciden en el deterioro y la problemática ambiental de las cuencas hidrográficas de nuestro país, que afectan en forma negativa los recursos relacionados con el agua, el suelo y el bosque. Por eso se tienen áreas de drenaje, ubicadas en diferentes sectores de Costa Rica, en donde los cambios drásticos y la presión por el uso de las tierras, sumado a la intensidad de las actividades urbanas, industriales, agroindustriales, agropecuarias y mineras, entre otras, provocan desequilibrios que afectan directamente y, en la mayor parte de los casos, no sólo la calidad sino también la cantidad del agua.

Comprendiendo la necesidad de la conservación de las cuencas, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados fundó el Departamento de Cuencas Hidrográficas, que viene operando desde 1979, con un marco específico de funcionalidad y desarrollo, basado en la investigación y operación de los diversos estudios e informes técnicos sobre el potencial de los recursos hídricos, tanto superficiales como subterráneos, para satisfacer la creciente demanda del recursos por parte de las poblaciones del área urbana y rural del país .

El hombre y el deterioro de las cuencas

En el país, el deterioro de las cuencas ha sido acelerado considerablemente en las últimas décadas, lo que tiene en parte su explicación en una población rápidamente creciente que está utilizando en una forma altamente destructivo e irracional los recursos naturales para satisfacer sus necesidades y ha alcanzado tal volumen de transformación que la naturaleza no puede amortiguar su impacto.

El deterioro de las cuencas lo podemos conceptualizar en dos grandes temas: la alteración y la contaminación ambiental. La alteración se manifiesta especialmente como consecuencia de la deforestación, del cambio de uso de la tierra, de la explotación de recursos minerales y de los asentamientos humanos.

El agua subterránea no existe en forma aislada, sino que es parte de un proceso que une los componentes de la hidrosfera (océanos y mares, lagos, vapor atmosférico y aguas subterráneas) que se relacionan entre sí y forman el ciclo hidrológico.

El agua subterránea almacenada en los acuíferos está usualmente en movimiento, fluyendo lentamente hacia abajo por la influencia de la gravedad, hasta que se descarga en un manantial, en un río, en un lago o en una zona húmeda, y es también absorbida por las plantas.

El agua subterránea surte en Costa Rica un 81% de las necesidades de agua para abastecimiento público y un 91% de las requeridas para uso industrial obtenidas de acuíferos. En el Valle Central, suple cerca del 60% de la demanda total y es la fuente más factible para el abastecimiento de la Gran Área Metropolitana, de aquí hasta el año 2015.

Su uso tiene muy bajos costos en relación con el suministro mediante aguas superficiales, por lo que es especialmente conveniente para los países de escasos recursos económicos y urgentes necesidades de progreso.

Desde 1965 se están realizando investigaciones en las áreas de mayor desarrollo demográfico e importancia económica del país: evalúa los recursos de aguas subterráneas para abastecimiento humano, uso industriales y agropecuarios en las áreas seleccionadas, brindar asistencia técnica a nivel nacional para el aprovechamiento y control de ese recurso, establecimiento de un instituto nacional para el estudio, (SENARA).

Rasgos de los acuíferos más importantes del país

Vertiente del Atlántico

El principal acuífero de esta zona es el llamado La Bomba, localizado en la margen izquierda del río Banano. Abastece a la población limonense.

En la cuenca del río Moín existen calizas arrésciales, sobre las cuales está asentada la ciudad de Limón. En éstas se ha desarrollado un acuífero que también se utiliza para darle agua a la ciudad de Limón, pero que, por la falta de alcantarillado sanitario, algunas etapas se ha contaminado con aguas negras.

Vertiente del Norte

Existe la cuenca del río San Carlos, cerca de Santa Clara, de un aluvión con poco contenido de arcilla, a setenta metros de profundidad, con caudales del orden de los cien litros por segundo. En esta zona hay pocos excavados con profundidades de siete metros.

Vertiente del Pacífico

Los principales acuíferos se localizan en las cuencas de los ríos Tempisque, Grande de Térraba y Barranca. El acuífero ubicado en la margen derecha del río Tempisque, es aluvial, formado por lentes de arcilla que están dispuestos en los cauces antiguos del río y de sus afluentes. La importancia de este acuífero radica en su alta productividad, utilizada en la actualidad para el riego de productos de mucha rentabilidad y, en menor grado, para el abastecimiento de poblaciones.

En la cuenca del río Virilla, uno de los principales afluentes del río Grande de Tárcos, están ubicados los acuíferos en roca más importantes del país, captados hasta ahora. La secuencia de lavas y tobas ha dado origen a tres acuíferos superpuestos, de gran importancia para el desarrollo del Área Metropolitana: Colima Inferior, Colima Superior y Barva.

El acuífero Barva se origina en las lavas del miembro (tipo de formación geológica) Bermúdez, se extiende por todo el Valle Central, y es drenado naturalmente por una serie de manantiales a lo largo de su extensión. Los principales manantiales de este acuífero son: Echeverría, Ojo de Agua, San Antonio de Belén, Lankaster, Pasito y Gutiérrez. De ellos brotan caudales en forma natural, que varían entre los veinte y los cien litros por segundo. El acuífero es drenado artificialmente por gran cantidad de pozos, que son utilizados para el abastecimiento público y para el uso industrial. Un manto de tobas, denominado formación Tiribí, separa a este acuífero del de Barva y de los de Colima.

Los acuíferos Colima se originan en dos mantos lávicos, separados entre sí por un manto de tobas llamado Miembro de Puente de Mulas. Las rocas que originan estos acuíferos no afloran en el Valle Central, a excepción de aquellos puntos en el cañón del río Virilla, que es donde se encuentran los manantiales La Libertad, Puente de Mulas, Guachipelín, Freddy, Chorros y Potrerillos.

A pesar de que el nivel de agua de estos acuíferos se encuentra a ochenta metros de profundidad, son explotados para el abastecimiento público. En la zona de la Valencia, en Heredia, se perforaron dieciséis pozos, para el abastecimiento del Área Metropolitana, y el promedio de caudal es de ochenta litros por segundo.

En la zona de Puente de Mulas, donde brota naturalmente un manantial de gran magnitud, se hicieron galerías que atraviesan el acuífero Colima Superior, de donde se logra extraer un promedio de setecientos cincuenta litros por segundo.

En la cuenca del río Barranca, se localizaron dos acuíferos aluviales, denominados Barranca y El Roble, separados entre sí por un ente de arcilla. Es importante mencionar que antes de 1980, la ciudad de Puntarenas era abastecida principalmente por agua subterránea del acuífero del Barranca.

Contaminación de las aguas subterráneas

Por muchos años se pensó que las aguas subterráneas estaban protegidas de la contaminación. Esto es cierto en alguna medida, debido a que la cubierta de suelo y roca que hay entre la superficie, donde ocurre la actividad humana, y el mando de agua subterránea, posee capacidades físicas y químicas que brindan tal protección.

Los acuíferos principales del Valle Central (acuíferos Colima Superior e Inferior) se encuentran localizados entre ochenta y noventa metros de profundidad y, como ya sabemos, se ubican al norte del río Virilla. Se había creído que la infiltración de sustancias contaminantes era poco probable, hasta que empezaron a detectarse nitratos en algunos análisis físico-químicos realizados en muestras de agua.⁹²

Este hecho fue la voz de alerta, porque a pesar de que los nitratos existen en forma natural en las aguas subterráneas, su contenido no sobrepasa el miligramo por litro. Entonces, el haber obtenido análisis con valores más altos que ese llamaba la atención, debido a que los nitratos se originan por las actividades agrícolas y las actividades del hombre (tanques sépticos, industrias).

En nuestro país existen ambas actividades en toda la zona de recarga de los acuíferos mencionados, y aunque las fincas cafetaleras han ido desapareciendo, en su lugar se han construido urbanizaciones residenciales que no cuentan con alcantarillado sanitario y que, en su lugar, utilizan los tanques sépticos, considerándose esta situación contraproducente.

De lo anterior se deduce que los acuíferos están recibiendo hasta ahora los afluentes cargados de fertilizantes de las zonas cafetaleras, o bien que los tanques sépticos permiten la infiltración directa de los líquidos que se depositan en los drenajes.

En cualquiera de las dos situaciones, el resultado es el mismo: los acuíferos están contaminándose y se está poniendo en peligro el abastecimiento de agua potable.

Lo mismo que ocurre en el Valle Central, sucede en forma muy similar, y quizás más gravemente, en los otros acuíferos del país, que son más someros, esto es, que la distancia entre ellos y la superficie es, en algunos casos, de pocas decenas de centímetros.

En cuanto a los acuíferos costeros, muchos de ellos están contaminados por aguas negras y por invasión de agua salada. La contaminación de un acuífero costero por agua salada se da por sobreexplotación del manto de agua, y se debe a que por tratarse de cuencas pequeñas, rodeadas por lo general por montañas de un lado, zonas de manglar por otro, y el mar en la zona de su descarga natural, tienen obligatoriamente que recibir una recarga de agua dulce igualmente pequeña.

Estas cuencas están sometidas a un crecimiento turístico descontrolado, por lo que la extracción de agua dulce subterránea es mayor, aumentando las posibilidades de bajar tanto el nivel de agua dulce, que en algunas zonas se produce la salinización del acuífero, por invasión del agua del mar que se encuentra por debajo del mando de agua dulce, impidiendo su aprovechamiento.

El crecimiento del país, con los vicios de toda ciudad grande (gasolineras, lavanderías, desechos tóxicos, etc.), a todas luces representa un grave peligro para los acuíferos, con el agravante de que por ser un país ubicado en el llamado "Cinturón de Fuego", sufre constantes movimientos de la corteza terrestre.

⁹² Ver capítulo correspondiente a Salud Ambiental en donde este tema se trata a profundidad.

Otra situación de cuidado es la siguiente: las gasolineras tienen sus depósitos de gasolina enterrados en el subsuelo y la más pequeña fuga de combustible, ya sea por un rompimiento causado por un temblor, o por que los tanques estén muy corroídos, contaminaría grandes volúmenes de agua subterránea, impidiendo su utilización por contaminación con hidrocarburos.

Por otra parte, los solventes que usan las lavanderías son compuestos orgánicos tan nocivos, como persistentes y ante ellos existe casi total indefensión, debido a que Costa Rica no tiene la tecnología adecuada, ni siquiera para detectar la presencia de tales compuestos en sus aguas subterráneas.

CONTAMINACIÓN DEL AGUA

El hombre continúa utilizando el agua con su contaminación. Es difícil eliminar los contaminantes y si el agua original tiene gran proporción de minerales, el problema se complica. El término "contaminación" es una designación general, al igual que "calidad del agua", y se interpreta de diferentes maneras. El deterioro en la calidad del agua es provocado por el hombre. Por otra parte, el agua puede ser de tan mala calidad natural al obtenerse, que no se puede utilizar. Aunque los procesos naturales que inyectan materias disueltas o suspendidas en el agua estén prácticamente fuera del control del hombre, no cabe duda de que las descargas de desechos a los ríos y fuentes subterráneas son controlables en grado variable.

Cambios en el ambiente físico

Los geólogos nos informan que el ambiente físico en la superficie de la tierra ha sufrido muchos cambios, pero que el aire y el agua eran puros sólo en breves períodos de la historia del mundo, precisamente desde que la vida vegetal se desarrollara y empezara a desprender oxígeno. Aún después de la aparición del hombre, transcurrieron muchos años antes de que hubiera ningún cambio en el ambiente. No fue hasta que el hombre habitó en pueblos y luego en ciudades, que surgió el problema del agua. Cuando las poblaciones empezaron a verter sus desechos en ríos y lagos fue cuando las aguas se deterioraron. Hasta hace poco se prestaba escasa atención a los que vivían abajo o al efecto que producían en la vida acuática. De hecho, no se descubrieron los efectos de la contaminación hasta que se aceptó la teoría de los gérmenes. Fue tan solo a mediados del siglo pasado que se relacionó enfermedades tales como el cólera y la fiebre tifoidea por medio de métodos apropiados de filtración del agua, cuidadosa desinfección y buenos métodos de disposición de aguas residuales.

Agua para la industria

La industria necesita agua en cantidades, en algunos centros industriales más que para uso doméstico. La industria utiliza el agua para elaborar productos, para enfriamiento y calefacción, lavado, clasificación y traslado de materiales. Los alimentos elaborados, bebidas y la mayoría de los sintéticos requieren agua de alta calidad, pero también usan agua para la eliminación de sus desechos. La minería y la extracción de aceites contaminan el agua, pero la refinación y el chapeado de metales producen ácidos, álcalis y sales que son sumamente dañinos si se vierten en los ríos y lagos. Las fábricas de papel son industrias que requieren enormes cantidades de agua y sus desechos contienen fibras y productos químicos. Las plantas elaboradoras de alimentos y carne descargan desechos vegetales y animales que contaminan el agua. En otras épocas, los ríos diluían los desechos, la materia orgánica era oxidada y la inorgánica era disuelta o llevada. Hoy en día en muchos lugares, la capacidad natural de auto purificación del agua ha llegado a su límite. Ya no se puede seguir asimilando y estabilizando los desechos. Los ríos están tan turbios que la luz del sol no penetra lo suficiente y la vida vegetal de los ríos muere por falta de luz para la fotosíntesis que absorbe el dióxido de carbono y desprende oxígeno en el agua. El crecimiento de la población y la industrialización no sólo multiplican el consumo de agua, sino que estimula además el volumen de los desechos. El transporte de estos, desde las casas, fábricas y granjas al mar, es un uso aparentemente benéfico del agua, pero cuando se hacen en exceso se va en contra de la naturaleza. Surgen problemas y se precisa de controles para bien de la comunidad. Desde el punto de vista práctico, el problema de las aguas residuales consiste principalmente en saber como disponer de los desechos y no necesariamente de eliminarlos para contaminar los ríos.

El agua caliente como contaminante

El agua en su estado natural suele estar fría y son pocos los que se dan cuenta de que el agua a temperatura muy alta es en sí un contaminante. La temperatura del agua determina la clase de peces que pueden vivir y reproducirse en ella, ya que la temperatura gobierna la cantidad de oxígeno disuelto disponible. La mayor parte del uso industrial del agua es para fines de enfriamiento. Las centrales térmicas, acerías, refinерías de petróleo y otras plantas industriales toman grandes cantidades de agua para este fin. Esta agua, en cantidad menor, vuelve al río a una temperatura de hasta 80°C. El agua residual de las ciudades que contiene muchos sólidos y productos químicos está también a veces a una temperatura más alta de lo normal. La disposición de agua calentada de calefacción reduce la cantidad del río de disolver oxígeno. La temperatura aumentada tiene un efecto indirecto grave. El oxígeno se combina más rápidamente con los desechos orgánicos a medida que aumenta la temperatura del agua.

De ahí el oxígeno puede consumirse con mayor rapidez de lo que se restituya al ir el agua río abajo, y su contenido de oxígeno puede desaparecer completamente. En situaciones ideales, el agua calentada debería ser enfriada antes de descargarla al río.

Productos químicos

Los insectos compiten con el hombre por alimentos. Los pesticidas, insecticidas y herbicidas usados para destruir insectos y plantas nocivas pueden contaminar el agua. Muchos de estos compuestos orgánicos, de estructura química compleja, inutilizan al agua. Los pesticidas llegan a los ríos y pozos de las zonas tratadas con el desagüe de las lluvias o del agua superficial y se filtran por la tierra. Estos contaminantes tienen con frecuencia efectos graves en la vida de las aves, peces y animales salvajes.

Los detergentes sintéticos han complicado aún más la depuración. Tienen la ventaja de mantener su eficiencia aún en el agua dura sin que formen nata. La mayoría de los detergentes limpian mejor que el jabón ordinario pero suelen contener *sulfato de benceno alquídic* que crea espuma o jabonadura en vez de nata. La mayoría de las plantas de tratamiento de aguas residuales no pueden calmar los detergentes y no son descompuestos por las bacterias. Permanecen en el agua de desecho en forma original y tienden a espumar de nuevo en los ríos cuando son agitados. Pueden también infiltrarse por la tierra con agua de desecho conservando su estado químico original.

Los detergentes han demostrado ser un sustituto popular del jabón y se fabrican de tal forma que una vez utilizados, se descomponen rápidamente.

Materia orgánica

Toda el agua de la naturaleza contiene organismos vivos que varían de tamaño desde las bacterias y algas microscópicas, hasta los grandes peces. Se ha encontrado que el número de especies de vida acuática en una distancia dada de un río no cambia apreciablemente con los cambios climáticos naturales del ambiente. Los cambios hechos por el hombre al contaminar el agua reducen el número de especies acuáticas. La presencia de materia orgánica en los desechos domésticos, particularmente organismos coliformes fecales (de excrementos) es peligrosa. Afortunadamente, estos desechos orgánicos pueden ser transformados por plantas de tratamiento. El proceso de tratamiento se vale de determinados tipos de bacterias que atacan la materia orgánica. Se descubrió hace muchos años que los factores biológicos tienen importante efecto en la calidad del agua. Estos factores trabajan en la purificación del agua en su ambiente natural. Los científicos e ingenieros han aprovechado estas fuerzas naturales y las han aplicado a las aguas residuales antes de verterlas en los ríos y demás cuerpos de agua. Aunque naturales tienden a purificar la contaminación orgánica, no existen en suficiente cantidad en los ríos abiertos, lagos y costas como para transformar cantidades excesivas de contaminantes. Estos límites hacen que sea necesario que el hombre intervenga para ayudar en el proceso.

La mayoría de los peces no pueden sobrevivir en agua con menos de 5 ppm (partes por millón) aunque hay algunos que viven en agua de menos de 3 ppm de oxígeno disuelto. Las mediciones de oxígeno disuelto (OD), junto con la utilización del oxígeno, demanda bioquímica (DOB), son los factores que se usan para determinar el grado de contaminación del agua.

En otras palabras, hay suficiente oxígeno para que las bacterias actúen sobre la materia orgánica y también para soportar la vida acuática, principalmente peces. El agua tratada por acción bacteriana que se desague en los ríos no debe contaminarlos hasta el punto de que el oxígeno disuelto en ellos sea reducido al grado de que produzca la muerte de los peces. De hacerlo, los peces muertos contaminarán naturalmente el agua aún más y se podrá aún menos aguas abajo.

El oxígeno y el hidrógeno son gases que combinados forman agua (H₂O) pero sólo el agua pura tiene esta combinación. El dióxido de carbono, otro gas, es soluble y se produce por la descomposición de materia orgánica, principalmente. Una concentración de menos de 100 ppm de este gas no afecta apreciablemente el gusto del agua. La mayoría de las bebidas, tales como las gaseosas y la cerveza, están altamente cargadas de dióxido de carbono. El dióxido de carbono en solución aumenta la acción solvente del agua y la hace aún más corrosiva. En altas concentraciones, el dióxido de carbono disuelto ataca el cemento, acelera la oxidación del hierro y el acero, y fomenta la solución del plomo. Estas reacciones químicas pueden observarse en el agua potable que no se considera contaminada, cuando los depósitos de herrumbre del hierro o acero de los tubos llegan a los baños o fregaderos. Se puede tolerar una cantidad moderada de corrosión, pero cuando los desechos domésticos e industriales llevan una cantidad excesiva de dióxido de carbono disuelto, se convierten en factor contaminante por razón de su efecto corrosivo.

El tratamiento de aguas residuales es muy costoso pero es compensado en parte por los beneficios que aportan a las poblaciones situadas río abajo. Pero esto no es más que una de las ventajas, pues el tratamiento produce una sustancia que tiene valor económico. Al descomponerse la materia orgánica por efecto de las bacterias cae al fondo de los tanques de sedimentación en forma de sedimentos o cieno. Este cieno suele contener todos los elementos necesarios para el crecimiento de las plantas y es también 40% humus. Su contenido de nitrógeno orgánico varía del 1.5% al 6%, según el método de elaboración, favorablemente con el 4% de nitrógeno orgánico del estiércol de vacas. Muchas ciudades están descubriendo que pueden deshidratar el cieno de sus plantas y usarlo como abono. El proceso de deshidratación destruye todas las bacterias y demás organismos vivos perjudiciales al hombre, haciéndolo seguro como abono y de hecho más seguro que el estiércol animal. El uso de excremento humano sin tratar, como fertilizante, común en muchos países, es una de las mayores causas de infecciones.

Vigilancia y control de la calidad del agua en Costa Rica

Por medio del Decreto Ejecutivo N° 9, se crea:

Artículo 1. Créase un laboratorio para el control de aguas potables, dependiente del Instituto Nacional de Higiene.

Artículo 2. Dicho laboratorio tendrá carácter oficial y jurisdicción en toda la República. Su asiento permanente estará en la Planta Purificadora ubicada en el centro de La Unión.

En la década de los 80s el rumbo del laboratorio cambió al iniciarse varias investigaciones en el campo de la contaminación ambiental, como por ejemplo: Estudio de la calidad de las aguas de las playas de las provincias de Limón y Puntarenas.

Criterios microbiológicos y calidad sanitaria de las playas de Costa Rica (1986 - 1987).

Evaluación de la contaminación orgánica de la cuenca del Río Grande de Tárcoles (1981 - 1985).

Evaluación de la contaminación fecal del Río Barranca.

En la década de los noventa se crea por primera vez una División de Calidad del Agua, con el objetivo de brindarle más impulso a la vigilancia y la calidad de la misma, y se construye el Laboratorio Regional de Puntarenas. Además, el laboratorio incursionó con más vigilancia en el ámbito higiénico - sanitario del país, al divulgar las siguientes investigaciones:

Calidad sanitaria de los refrescos naturales.

Calidad bacteriológica del hielo.

Calidad sanitaria de las aguas de piscinas.

Contaminación bacteriana de los cepillos de dientes.

Diagnóstico sanitario de las playas de Limón.

Las anteriores investigaciones, aunadas al esfuerzo realizado en el Programa Nacional de Prevención del Cólera, hicieron que el laboratorio ampliara su prestigio nacional e internacional; sin embargo, la vigilancia de la calidad del agua no necesariamente implica el mejoramiento de su calidad, debido a que es la parte operativa la encargada de tomar las medidas correctivas. En este sentido, si bien es cierto que en los últimos años ha existido mayor interrelación entre la parte operativa y las funciones de nuestro laboratorio, lo cual se refleja en un avance de la población abastecida con agua potable desde 1989 a 1996, también es cierto que solamente por medio del trabajo en equipos se puede lograr avances significativos en el mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano.

Situación actual

Con la reestructuración orgánica de la Institución, a la modalidad de Sistemas de Procesos, se establecieron ocho equipos de trabajo con el objetivo de mejorar la calidad del agua en todo el país. Dichos equipos están formados por funcionarios del Laboratorio Central de AyA y el Laboratorio Regional de Puntarenas, y funcionarios de las regiones correspondientes: Chorotega, Brunca, Pacífico Central, Central, Huetar Atlántica y Área Metropolitana. Además, se constituyó un equipo de Acueductos Municipales y otro de Acueductos Rurales.

Futuro de la vigilancia de la calidad del agua

La cobertura de la población abastecida en 1996 es del 80%, por medio de 158 acueductos operados por AyA, 226 operados por municipalidades y 473 acueductos rurales, lo que indica una población estimada de 2.900.000 habitantes. Para efectos de establecer las metas para lo que resta del milenio utilizamos la población abastecida por lo que proyectamos las metas anuales a cobertura por número de acueductos vigilados o estudiados. El número de acueductos municipales y de AyA no variará, lo que puede suceder es que ciertos acueductos municipales pasen a AyA o viceversa. La variable se presenta en el crecimiento continuo de construcción de acueductos rurales. Actualmente existen 1625 acueductos rurales, la construcción de nuevos sistemas será de 100 por año, en el año 2000 tendremos 2025 acueductos rurales.

A principios de 1997 se ha realizado la vigilancia de 857 acueductos (2.900.000 habitantes) de un total de 2009 existentes en la actualidad, para una cobertura del 43%. El aumento del porcentaje de vigilancia se hará en el número de sistemas rurales analizados. Si como indicamos anteriormente en el año 2000 habrá 2025 acueductos rurales, más los sistemas municipales y del AyA suman un total de 2409. Se proyecta vigilar 300 nuevos sistemas por año, lo cual nos permitirá aumentar la cobertura por número de acueductos a 2057, lo que proyecta una cobertura por sistemas de 85%.

La vigilancia de la calidad del agua no significa el mejoramiento de la calidad del líquido, por lo tanto nuestro objetivo desde 1995 es hacer equipos de trabajo con los entes operadores, para alcanzar como meta que el 95% de la población de nuestro país ingiera agua de calidad potable.

Para alcanzar las metas antes mencionadas, se hará lo siguiente:

Consolidar los equipos regionales de calidad del agua.

Implementar la cloración en todos los acueductos rurales.

Cumplir con el 100% de tratamiento (o cloración) de los acueductos operados por AyA.

Aumentar el tratamiento y la cloración en los acueductos operados por las municipalidades.

Capacitar al personal encargado de operar los sistemas de tratamiento.

Evaluar y proteger las aguas subterráneas y las cuencas hidrográficas.

Involucrar al personal del Laboratorio Central de AyA en el uso de tecnología de punta, uso de programas de computación avanzados, etc.

C. PROGRAMA BANDERA AZUL ECOLÓGICA

En nuestro país no existe armonía entre el desarrollo de las poblaciones costeras y el auge hotelero, con la protección del medio ambiente de las playas.

A la luz de lo anterior el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, por medio de su Laboratorio Central, evalúa periódicamente la calidad del agua de las playas con el fin de hacer diagnósticos sanitarios y proteger la salud de los visitantes a las zonas costeras. AyA promueve un sistema de evaluación anual que sirve como incentivo para el cuidado de las playas, el cual consiste en otorgar la "Bandera Azul Ecológica" a la comunidad que logra satisfacer los aspectos de calidad del agua de mar, calidad de las playas, acceso a agua potable, tratamiento de las aguas residuales, educación ambiental, seguridad y administración.

El proyecto "Bandera Azul Ecológica" se establece como un incentivo a los hoteleros, cámaras de turismo y comunidades costeras para proteger, en forma integral, las playas de Costa Rica. Dicho incentivo es una adaptación de la campaña "Bandera Azul" que otorga la Comunidad Económica Europea desde 1985.

Objetivos

Entre los objetivos principales del programa esta el organizar a las comunidades costeras para administrar y vigilar la calidad sanitaria (en forma integral) de las playas de Costa Rica, ayudar al establecimiento de los sistemas de suministro de agua de calidad potable en zonas costeras, prevenir y eliminar la disposición de basuras de origen inorgánico en las playas, controlar y promover el tratamiento de desechos industriales y domésticos que descarguen a las aguas de mar, promover la educación ambiental y, mejorar la calidad de vida de los habitantes y visitantes de la zona.

Parámetros de selección

Se evalúan los siguientes aspectos:

Calidad del agua de mar (40%).

Calidad del agua para el consumo humano (15%).

Calidad en las costas:

Basura (10%).

Vertidos industriales (10%).

Aguas residuales tratadas (15%).

Educación en medio ambiente (5%).

Seguridad y administración (5%).

La "Bandera Azul Ecológica" se otorga a las playas anualmente (en el mes de diciembre). El puntaje mínimo necesario para alcanzar dicho incentivo es de 96%, producto de la sumatoria de los cinco aspectos o parámetros indicados anteriormente.

Sistema de evaluación

Aguas de mar

Previo ubicación de los puntos de muestreo, se recolectan muestras de agua de mar. La evaluación se realiza de acuerdo al promedio geométrico de coliformes fecales por 100 ml.

Agua de consumo humano

Se estudia si la playa o la comunidad costera tiene o no tiene acceso a agua de consumo humano. Si los análisis indican que la misma es de calidad potable en un período de un año (de acuerdo con las normas CAPRE), se obtienen 15 puntos. Si el acueducto no cumple con los criterios, el puntaje será de 7.5%. Si no existe acceso a agua de consumo humano (no hay acueducto) no se obtendrá puntaje.

Basuras inorgánicas

La medición consiste en determinar los puntos de muestreo y pesar la basura obtenida en bandas de terreno de un metro de ancho y perpendiculares al litoral. En cada caso se obtiene el peso total de desechos sólidos inorgánicos, y se calcula el peso de basura por metro cuadrado. Además se estudia si existe presencia de botes de basura.

Descarga de aguas industriales

Se identifica la presencia de aguas industriales que fluyen a la playa, con el objetivo de evaluar el contenido orgánico e inorgánico. En el caso de que no existan descargas industriales, el puntaje obtenido será de 10. Si existen, pero estas son tratadas y cumplen con el Decreto Ejecutivo #24158 MIRENEM, el puntaje obtenido será de 5. Sin embargo, si existen descargas que no cumplan con el decreto antes mencionado, no se obtendrá puntaje.

Aguas domésticas y desembocaduras de ríos y quebradas

Al igual que el punto anterior, si existen descargas de aguas domésticas con altas demandas bioquímicas de oxígeno (DBO mayor o igual a 40mg/L), con altos contenidos de coliformes fecales por 100 ml (mayor o igual a 100.000 CF), el valor obtenido será a 0 puntos. La presencia de desembocaduras de quebradas o ríos con niveles de coliformes menores a 10.000 CF/100 mL, el valor será de 7.5 puntos. Si no hay descargas de aguas domésticas ni desembocaduras de quebradas o ríos, el valor obtenido será de 15 puntos.

Educación ambiental

En este punto se evalúa la presencia de organizaciones como las del punto anterior, que rotulan las zonas de la playa de mayor peligro para los bañistas y que indica las zonas destinadas a acampar. Si la playa esta debidamente rotulada obtendrá 5 puntos, de lo contrario no obtendrá puntuación.

Administración y seguridad

En este punto se evalúa la presencia de organizaciones como las del punto anterior, que rotulan las zonas de la playa de mayor peligro para los bañistas, y que indique las zonas destinadas para acampar.

Sistema de clasificación de las playas

La sumatoria del puntaje alcanzado en los aspectos antes mencionados permite clasificar las playas de la siguiente manera:

Puntaje obtenido	Tipo de playa	Obtiene Bandera Azul
Mayor o igual a 90%	Clase A	SI
Entre 89.9 y 80%	Clase B	NO
Entre 79.9 y 70%	Clase C	NO
Entre 69.9 y 60%	Clase D	NO
Menos de 60%	Clase E	NO

Resultados

De las 57 playas que fueron estudiadas 10 playas obtuvieron el galardón o incentivo, de acuerdo con los resultados obtenidos por medio del sistema de evaluación.

Solamente 5 playas no alcanzaron el porcentaje máximo de 40% correspondiente a la calidad del agua de mar, lo cual indica que nuestras aguas marítimas son de excelente calidad sanitaria.

53 playas tienen acceso al agua de consumo humano.

No existen problemas de descargas de aguas industriales en las 57 playas evaluadas.

De acuerdo con el sistema de clasificación de playas, el desglose se presentó de la siguiente manera:

10 playas clasificaron como clase A.

17 playas clasificaron como clase B.

15 playas clasificaron como clase C.

10 playas clasificaron como clase D.

5 playas clasificaron como clase E.

Playas que alcanzaron la Bandera Azul Ecológica

Nombre	Provincia	Canton	Distrito	Puntaje obtenido
Junquillal	Guanacaste	La Cruz	Santa Elena	100
Espadilla Sur-Blanca-Gemalas	Puntarenas	Aguirre	Quepos	100
Puerto Vargas	Limón	Talamanca	Cahuita	100
Ocotol	Guanacaste	Carrillo	Sardinal	95
Blanca	Puntarenas	Garabito	Jacó	95
Flamingo	Guanacaste	Santa Cruz	27 Abril	95
Tamarindo	Guanacaste	Santa Cruz	27 Abril	92.5
Conchal	Guanacaste	Santa Cruz	Tampate	92.5
Grande	Guanacaste	Santa Cruz	27 Abril	92.5
Blanca	Limón	Talamanca	Cahuita	92.5

© 1996 - 1997 Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

4. Caja Costarricense del Seguro Social

RECURSO TECNOLÓGICO EN LA CCSS: EQUIPO, INFRAESTRUCTURA, MATENIMIENTO Y GESTIÓN TECNOLÓGICA.

Sobre los aspectos enunciados, los más relevantes se presentan a continuación:

La CCSS dispone de 928 establecimientos de salud (29 hospitales, 87 clínicas y áreas de salud y 812 EBAIS) y 5861 camas. Tiene un total de 97 áreas de Salud funcionando para una cobertura de 8.547.401 habitantes para un porcentaje de cobertura de 87.7 %.(Modernización # 48 Agosto – Septiembre

En los hospitales se dispone de 3392 equipos de mediana y alta tecnología (inventario 2001), cuyo estado de funcionamiento es: Bueno: 87%, Irregular: 6.4%, Malo o inactivo: 66.6%.

La incorporación de tecnología la realizan todas las Unidades mediante compra, como dato (compra de insumos), alquiler, donación y a corto plazo se promoverá el “leasing”; todo esto ya sea para equipamiento de obra nueva, sustitución o para minimizar el rezago institucional.

Las unidades desconcentradas pueden adquirir hasta un 15 % de su presupuesto en equipos e infraestructura. En equipos la adquisición está limitada baja, mediana y mediana alta tecnología. La Unidades no disponen en su gran mayoría de personal técnico especializado en adquisición de tecnología.

El nivel central adquiere tecnología de alta complejidad y costo, o aquella que representa una economía de escala. Existe una unidad especializada en adquisición de tecnología que además brinda asesoría a las Unidades de la CCSS.

En año 2000 se asignaron 13000 millones de colones para la compra de equipos y 4000 para edificios.

Existe un Catálogo de Equipamiento que define el tipo de equipo y su tecnología que debe existir en cada nivel de atención.

Existen Políticas Corporativas (2001, 2003) que dan lineamientos para la adquisición de equipamiento e infraestructura.

Por medio del Reglamento de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, se habilita a las unidades desconcentradas para que puedan invertir hasta un 15 % de su presupuesto en equipos e infraestructura.

En los últimos cuatros años se han realizado empréstitos para la renovación del equipamiento hospitalario: Proyecto España: \$ 40 millones, Proyecto Finlandia (en proceso): \$ 32millones, además el Hospital de Alajuela se financia en su totalidad con fondos de un préstamo con el BID.

El proceso técnico-administrativo de la adquisición de equipos e infraestructura se rige por la ley y el Reglamento de Contratación Administrativa.

No hay un inventario completo actualizado, pero sí en forma parcial (equipos de medina y alta tecnología en hospitales 2001, inventario total de algunos hospitales 1998)

Actualmente se hace un inventario de equipos de mediana y alta tecnología en las clínicas. Un inventario completo en algunos hospitales y clínicas, que entre otras cosas hará una clasificación de equipos para definir estrategias de acción por cada tipo.

Actualmente se trabaja (Gerencia de Operaciones) en una política y Reglamento de Gestión Tecnológica.

Existe un inventario de equipos, fuentes y materiales que producen radiaciones ionizantes.

Hay un Reglamento de Seguridad Radiológica.

En este momento se hacen las gestiones (manuales, recursos, guías, capacitación, organización, etc) para que las unidades cumplan con el Reglamento,.

La adquisición en la CCSS, no exige que los equipos estén registrados en el Ministerio de Salud.

No hay formación ni capacitación, ni actualización formal y continua para el personal que adquiere tecnología.

Hay muy poca o no hay evaluación de tecnologías en salud.

Hay muy poca o no hay planificación para la adquisición de tecnología.

Si hay planificación en la dotación de establecimientos de salud.

Hay un mediano rezago institucional del equipamiento (tecnología y cantidad).

No hay (muy poca o parcial) gestión tecnológica en cuanto al equipamiento.

Del Mantenimiento

En cuanto al mantenimiento se tienen los siguientes datos:

Porcentaje asignado a mantenimiento en el año 2000: 4.42%

Del recurso humano el 55% tiene formación técnica y el 45% es empírico.

En la CCSS hay 1081 personas dedicadas al mantenimiento de equipos e instalaciones.

En todos los hospitales y algunas clínicas, hay una unidad de mantenimiento. Estas unidades no tienen un programa de mantenimiento, el control administrativo es sencillo, y contratan el mantenimiento de equipo de alta tecnología (cuando hay presupuesto).

Se tienen guías o normas de mantenimiento actualizadas, pero no han sido implementadas por todas las unidades.

Los equipos de mayor complejidad tienen contratos de mantenimiento.

Existe muy poca capacitación y actualización al personal de mantenimiento u operador de los equipos.

Está en elaboración el Reglamento de Gestión de Mantenimiento de la CCSS.

No existe una política formal en cuanto a Mantenimiento.

Poca supervisión de contratos de mantenimiento (no hay personal y no tiene capacidad técnica).

D. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

1. Sector

Uno de las principales causas de las deficiencias que afecta el adecuado desarrollo de las TIC en el SS es la carencia de normas y políticas nacionales o sectoriales que dirijan los esfuerzos de las instituciones que conforman el sector. Dada esta limitación, cada una de las instituciones ha venido realizando esfuerzos aislados, estableciendo prioridades individuales que regularmente obedecen a estudios poco profundos de las necesidades o en respuesta a presiones de los usuarios más que a planes estratégicos de desarrollo.

La ausencia de estándares y metodologías de desarrollo comunes a todas las instituciones del sector salud provocan esfuerzos aislados que ha su vez inciden en la desagregación de la información y limitan la capacidad de análisis.

2. Ministerio de Salud

En el caso del Ministerio de Salud, se ha realizado un esfuerzo durante los últimos dos años por implementar un plan estratégico de desarrollo informático, que ha considerado los cambios institucionales a partir de la reforma del sector y de la reestructuración institucional. Como resultado de la implementación de este plan, se ha logrado el desarrollo de la primera etapa del “Sistema de Regulación en Salud” que entre otros beneficios, así mismo se está implementado en el Nivel Central una red de comunicaciones con estándares internacionales de calidad, que permitirá una conectividad total de todas las oficinas del nivel central (hasta hace dos años, el crecimiento de la red institucional había sido no-planificado).

Los flujos de financiamiento no han sido lo consistentes que se requiere para un adecuado desarrollo informático, dependiendo principalmente del presupuesto de gobierno central, del presupuesto del Consejo Técnico de Asistencia Médico social (CTAMS) y en muchas ocasiones de préstamos de organismos internacionales; por lo que aún se carece de múltiples recursos de hardware, redes de comunicación y aplicaciones necesarias para el Ministerio.

Hasta hace dos años, el Ministerio carecía de los recursos humanos especialistas en informática necesarios para un adecuado desarrollo, por lo que fue necesario durante mucho tiempo utilizar la contratación externa como único medio para desarrollar aplicaciones. Esta misma carencia de personal capacitado hacía que no se pudiese efectuar una adecuada contraparte de los proyectos, razón por lo que los resultados de estos fueron escasos. A pesar de que esta situación ha ido variando gradualmente, aún es necesario reforzar a la Institución con más equipo humano en las diversas áreas de la informática.

Es una deficiencia bastante sentida también el contar con personal dedicado a la seguridad informática y con normas adecuadas para la protección y la privacidad de los datos, no obstante que se siguen prácticas de seguridad normales, tales como accesos restringidos a ciertas áreas, respaldos de información, claves de acceso a los sistemas, etc., razón por la cual se requiere definir y establecer las normas y contar con el personal que se dedique a la vigilancia de tales normas.

Un aspecto importante de resaltar es que el desarrollo de tecnologías de información y comunicación se ha concentrado en el nivel central, dejándose de lado los niveles regionales y locales. Dados los procesos de desconcentración y descentralización implementados en los últimos años en el Ministerio, los funcionarios de los niveles regional y local se han visto limitados en su accionar en pro de la salud de los ciudadanos por la falta de aplicaciones, comunicaciones y equipos adecuados.

Infraestructura de comunicaciones

En los últimos años el Ministerio de Salud ha realizado esfuerzos para lograr una infraestructura de comunicaciones apropiada, lográndose hasta ahora tener implementada una adecuada red en el nivel central, sin embargo es necesaria la continuidad de este proyecto para contar con una red de área ancha (WAN) que cubra el territorio nacional para interconectar a las nueve direcciones regionales con el nivel central, así como a las 81 áreas rectoras de salud con sus respectivas direcciones regionales. La falta de ésta conectividad así como de redes de área local (LAN) en las direcciones regionales y áreas rectoras de salud, provocan una inadecuada comunicación entre los diferentes niveles de gestión e impiden la implementación de aplicaciones necesarias para la ejecución de las funciones sustantivas y administrativas.

La implementación de este proyecto se ve afectado principalmente por las limitaciones presupuestarias, provocando atrasos en la ejecución y avance de las etapas del proyecto.

Intercambio electrónico de datos

Un buen avance logrado en el Ministerio de Salud es la implementación del servicio de correo electrónico, el cual cubre a todas las unidades y direcciones del Ministerio, así como el servicio de mensajería interna a nivel central (apoyado en la red institucional).

No menos importante ha resultado la implementación del sitio en Internet “Netsalud”, el cual vino a ser durante mucho tiempo el único espacio de las instituciones del sector para realizar sus publicaciones en el WWW. Paulatinamente, cada institución ha ido creando su propio sitio web, sin embargo es una sentida necesidad la rehabilitación de un sitio del sector que venga a llenar nuevas necesidades de comunicación y colaboración entre los diferentes actores del sector salud, por ello se requiere reinventar a “Netsalud” para dar respuesta a las nuevas necesidades.

2.2 Sistemas de Información

El avance vertiginoso de la informática, así como la aparición de nuevas herramientas y versiones de software para el desarrollo de aplicaciones hacen bastante difícil mantener las aplicaciones congruentes con lo más avanzado, esto debido a que se requiere un tiempo considerable para desarrollar el conocimiento de las nuevas herramientas así como para desarrollar las aplicaciones. En este momento las aplicaciones no necesariamente están desarrolladas con las últimas herramientas o con las versiones más actualizadas del software. Todo ello se ve agravado por los escasos recursos económicos disponibles para la capacitación del personal.

La inexistencia hasta hace poco de estándares y metodologías para el desarrollo de aplicaciones, ha provocado heterogeneidad en los lenguajes de programación y bases de datos utilizados. El establecimiento de dichos estándares y metodologías en los últimos años ha permitido que los últimos desarrollos hayan tenido mejores resultados y provocado mejor comunicación entre sistemas. No obstante aún quedan sistemas de mucha relevancia que deberán mejorarse y posiblemente convertirse a las nuevas plataformas. Estas aplicaciones fueron desarrolladas en distintas plataformas y bases de datos, las cuales no son compatibles y provocan desagregación de la información.

Los primeros sistemas desarrollados en el Ministerio de Salud fueron los administrativos, para los cuales se utilizó el lenguaje de desarrollo Developer y el motor de base de datos Oracle, posteriormente se han desarrollado sistemas con Visual Basic y base de datos SQL Server, luego de un análisis se optó por utilizar una plataforma de desarrollo para las aplicaciones administrativas y otra para las aplicaciones sustantivas, esto en consideración de la inversión ya realizada y la utilidad de los sistemas administrativos ya desarrollados.

Hasta hace poco tiempo, podía decirse que los usuarios no se sentían comprometidos con las aplicaciones desarrolladas, esto por cuanto prácticamente no eran considerados durante el desarrollo de los proyectos y únicamente se les entregaban los productos al ser finalizados, por lo que la resistencia al cambio era demasiado elevada. Esta mala práctica ha ido cambiando paulatinamente, por lo que para los últimos sistemas desarrollados la resistencia al cambio se ha minimizado.

Específicamente el “Sistema de Regulación” y el “Sistema de Apoyo a la Vigilancia de la Salud” recientemente desarrollados, son herramientas que permitirán al Ministerio de Salud potenciar sus capacidades para ejercer la rectoría del sector.

2.3 Hardware

En relación con el equipamiento informático, el Ministerio de Salud ha adquirido en los últimos años los servidores de aplicaciones, archivos, red y bases de datos que se consideran suficientes para brindar los servicios necesarios.

En lo que se refiere a microcomputadoras, los inventarios del Ministerio de Salud indican que se cuenta aproximadamente con 1 microcomputador por cada 4 funcionarios, la cual es una relación insuficiente para atender adecuadamente todas las funciones que se realizan, principalmente si se considera que aproximadamente el 50 % de este equipo es obsoleto, de configuraciones muy viejas (Pentium II o inferior) que en su mayoría se reportan en estado de regular a malo, y carecen de software actualizado o avanzado, lo cual hace cada vez más difícil su mantenimiento y reparación.

La distribución del equipo no es homogénea y no se ha realizado equitativamente o considerando los requerimientos reales de las diversas áreas o niveles de atención. Es así como el 62 % de los equipos se encuentran en el nivel central, en tanto que solamente el 19 % se ubica en el nivel regional e igual proporción (19%) en el nivel local. Un ejemplo de esta mala distribución o de la carencia de equipos es el hecho de que el área rectora de salud de mayor densidad poblacional del país (12.857 hab/Km²) y en la cual laboran 11 funcionarios, no cuenta siquiera con una computadora para apoyar sus funciones. El promedio de computadoras por cada área rectora de salud oscila entre 1 o 2 computadoras.

3. Instituto Nacional de Seguros

Tiene como una de sus principales metas modernizar todo su espectro tecnológico, para estar al día con los avances y garantizar la eficiencia y eficacia de sus operaciones.

Por eso impulsa estos proyectos que responden precisamente a la actualización informática:

Sistema Integrado de Administración de Seguros (SIAS): Este sistema integrará la información de todos los seguros que maneja la Institución, con lo cual se podrá acceder a una base central de clientes con toda la información necesaria para brindarle el servicio en el momento y el lugar donde lo solicite.

Actualmente se está trabajando con las líneas de Seguros Personales como los Seguros de Vida; los Seguros de Daños como el Seguro Voluntario de Automóviles y posteriormente se aplicará en las líneas de Seguros Marítimos, Diversos y Accidentes y Salud.

Redes Inalámbricas: Pretende dotar al INS de una infraestructura de comunicaciones con un ancho de banda que permitirá definir la superautopista por donde correrán los datos. Además facilitará a la Institución contar con independencia en sus telecomunicaciones y con formas más ágiles de operar.

Sistema de Valoración de Automóviles: El INS prepara la adquisición de un software para la valoración de daños en los vehículos cubiertos por el Seguro Voluntario de Automóviles. El objetivo es contar con un software moderno, ágil y apropiado para atender una de las actividades de mayor impacto en la institución. Cada vez que algún automóvil asegurado se vea involucrado en un accidente, vía digitalización se incorporarán las imágenes del vehículo a un expediente y la estimación del daño se hará automáticamente.

Sistema Integrado Financiero Administrativo (SIFA): El objetivo de este sistema es modernizar e integrar las diferentes actividades del área administrativa, financiera, contable y de planificación. Con el SIFA se manejarán, entre otras cosas, estados de resultados, contabilidad y otros aspectos financieros

Acueductos y Alcantarillados

AyA desde 1999 está desarrollando, el proyecto AyA 2000. Este tiene como objetivo garantizar, el correcto funcionamiento de todos los sistemas relacionados con los servicios que presta el Instituto.

Para lograrlo, el problema se ha enfocado desde diferentes perspectivas. En lo referente a la gestión administrativa, atención de clientes y proveedores, se cuenta con los sistemas que denominamos Comercial Integrado y Financiero - Suministros, los que se encuentran en fase de implementación y pruebas.

Asimismo, se elabora un inventario y plan de contingencia para el hardware, sistemas operativos, aplicaciones de sistemas de cómputo y todos los otros equipos, e instrumental que pueda ser afectado, tales como: equipos de bombeo, equipos de comunicación, centrales telefónicas, formularios y en general todos los que intervienen en la operación de nuestros sistemas operativos y corporativos, que tienen posibilidad de fallar.

Este proyecto incluye, medidas para garantizar que los nuevos equipos que se adquieren estén libres de fallas, incorpora sistemas para prevenir y garantizar la continuidad en la adquisición de insumos e intercambio de información, por lo que el Instituto evalúa la capacidad para hacer frente a esta problemática en los proveedores y contratistas de la Institución.

El proyecto se inició con un diagnóstico preliminar que permitió detectar cinco elementos esenciales a considerar en el proyecto: 1) Aplicaciones automatizadas, 2) software, 3) equipo de cómputo, 4) equipo especializado para la distribución de agua y otros equipos, 5) procesos de adquisiciones. Además, se obtuvo una lista inicial de los entes externos con los que se intercambia información por medios electrónicos, los cuales básicamente son: Bancos estatales, INS y CCSS.

Se definió un plan de acción, cuyos elementos se fundamentan en dimensiones, cantidades y tipos de equipos a diagnosticar.

Después de lograr el diagnóstico de todos los equipos y sistemas de la Institución, se incluye dentro del plan de acción, una tercera etapa denominada Cumplimiento. Esta se refiere específicamente a poner en práctica el plan para la actualización o sustitución de equipo. Para lo anterior, se tienen enmarcadas cuatro tareas a desarrollar: definir las prioridades, concretar el plan de acción, ejecutar el plan y por último, darle el seguimiento.

La primera tarea, se refiere a establecer prioridades de solución para aquellos equipos y demás herramientas que no pasaron la primera evaluación. Esta tarea contempla la clasificación por tipos (Hardware, software, aplicaciones y otros equipos). Seguido a la clasificación, se tiene previsto ejecutar el plan de acción para solucionar el (los) problema (s). Dentro de este plan se tiene como temas a tratar: La evaluación de los recursos, cuantificar y calificar los recursos, tramitar el presupuesto necesario, tramitar las adquisiciones y actualización de equipo, así como realizar las contrataciones de servicios pertinentes.

Con el propósito de asegurar el plan de acción, se tiene contemplado un monitoreo constante de la ejecución de cada una de las tareas incluidas en este plan, esto para lograr una realización paralela en todas las oficinas del país. Este monitoreo se realizará de dos formas: con informes semanales emitidos por los responsables y visitas de campo.

La última etapa del proyecto, se refiere a la verificación del cumplimiento de manera integral, para esto, se definirán las pruebas a realizar en conjunto con los grupos especializados en cada una de las áreas de trabajo.

Aunque se tienen establecidas las pruebas generales que se le aplicarán a los equipos, el software y aplicaciones, cada área de trabajo, según sea su especialización, tiene dentro de sus responsabilidades aplicar, investigar y proponer las pruebas para los equipos especializados o bien, sugerir pruebas adicionales para el equipo de uso general. Las propuestas deberán transmitirse al grupo de apoyo para su análisis y difusión.

En general las pruebas que se le aplicarán a los equipos se enmarcan en cuatro etapas: Fijar una fecha, Permitir que transcurra el tiempo de un día a otro, apagar el equipo y por último reiniciarlo. Lo anterior, en un ámbito de pruebas que se le aplican a los relojes internos con fechas de alto riesgo, esto, según el cronograma No. 5.

E. MEDICAMENTOS

Para el análisis de la situación en el campo de los medicamentos se hizo una división de los diferentes aspectos que se deben considerar que incluye las políticas de precios y financiamiento de los medicamentos, patentes, registro y control estatal, publicidad e información y drogas estupefacientes.

1. Política de Precios y financiamiento de los medicamentos.

En Costa Rica no existe una política de regulación del precio de los medicamentos, sino que estos se venden libremente de acuerdo con la oferta y la demanda. Durante la administración pasada (98-2002) se implementó un programa de información al consumidor que permitiera mejorar precios y una mayor competencia entre las farmacias privadas. Se encontró una tendencia a disminuir los márgenes de ganancia de estas y por primera vez se estableció un seguimiento técnico sobre la situación del mercado nacional, así como se implementó una línea gratuita de información que permitió atender las consultas de más de 30 000 costarricenses en temas como la ubicación y datos de farmacias, los medicamentos disponibles, sus precios y los medicamentos genéricos existentes.

Por su parte en Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social suministra el 80 % de los medicamentos que consume la población. El sistema que es financiado por el estado, los patronos y los empleados, al ser universal, permite una amplia accesibilidad a estos productos.

En la C.C.S.S. lo referente a suministro de medicamentos se divide en varios componentes: El componente de la Selección de Medicamentos, bajo el concepto de medicamentos esenciales, es responsabilidad del Comité Central de Farmacoterapia. En materia de política de medicamentos, este comité mantiene actualizada la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y es responsable de la inclusión, exclusión y modificación de presentaciones de medicamentos. Además analiza y resuelve asuntos referentes a revisión de guías terapéuticas, protocolos terapéuticos, y casos de solicitudes individuales de medicamentos para cierto tipo de pacientes realizadas por las unidades. Además mantiene la Lista Oficial de Medicamentos con regulaciones por clave de uso de especialidad médica, por nivel de usuario de acuerdo con la complejidad; estos usuarios van desde EBASIS a hospitales nacionales y especializados.

El Comité Central de Farmacoterapia no tiene que ver con el proceso de compra de medicamentos, sino solo con la selección y política de medicamentos desde el ámbito de su competencia.

La Lista Oficial de Medicamentos se divide en dos grandes grupos para su manejo presupuestario:

Medicamentos almacenables que son comprados por el nivel central según ley 6914. Amparados en esa Ley, el único ente responsable para compra de medicamentos almacenables en el nivel central es el Departamento de Adquisiciones. El Departamento de Adquisiciones es la unidad responsable del registro y montaje y trámite del proceso de contratación administrativa de compra de este tipo de medicamentos. El Departamento de Adquisiciones también está facultado, por la Ley 7494 de Contratación Administrativa, para la compra de medicamentos almacenables que no cuentan con oferentes registrados en la Institución, o como una prioridad excepcional por desabastecimiento. Según monto, la compra puede ser directa, restringida o por licitación pública.

La LOM tiene otro gran grupo que son los medicamentos EN TRÁNSITO o Z, los cuales son comprados por los servicios de farmacia de clínicas u hospitales de acuerdo con el nivel de usuario establecido en la LOM o de las restricciones por indicación y/o especialidad. Las compras se realizan mediante la Ley 7494, la cual es la ley ordinaria de Contratación Administrativa. Este tipo de compra no se contempla en el presupuesto del Plan 5000 sino en el presupuesto asignado localmente por cada unidad al servicio de farmacia.

Cuando se agota, por cualquier motivo, un medicamento almacenable en el nivel central, la Dirección de Recursos Materiales, mediante el Plan 5000 y según ley 7494 mencionada, autoriza a los servicios de farmacia locales comprar los medicamentos agotados. La compra de medicamentos que no están incluidos en la LOM para tratamientos agudos o crónicos se autoriza a los Comités Locales de Farmacoterapia, de acuerdo con el documento de acreditación de dichos comités. Esta compra no se hace por el Plan 5000, sino con el

presupuesto de farmacia asignado localmente por cada unidad. Este documento de acreditación es una especie de pseudo lista oficial pero con medicamentos que no están incluidos en la LOM.

El responsable del registro y compra de medicamentos almacenables es el Departamento de Adquisiciones por la Ley 6914. El responsable de la compra de medicamentos agotados, medicamentos en tránsito o no almacenables, o autorizaciones de medicamentos urgentes o autorizados los tratamientos para pacientes por el Comité Central de Farmacoterapia (CCF). Esto se hace dependiendo del monto, mediante licitación por compra directa según ley 7494 o por caja chica.

El cuadro básico de medicamentos o Lista Oficial de Medicamentos es responsabilidad del Comité Central de Farmacoterapia. En la elaboración de la LOM, el Comité Central de Farmacoterapia (CCF) cuenta con asesores en diferentes disciplinas, también toma en consideración las especialidades médicas por servicios de hospitales nacionales y especializados para la actualización de la LOM. Además, si algún medicamento en tránsito o medicamento no incluido en la LOM comienza a incrementarse en su consumo, el CCF analiza la posibilidad de incluirlo como almacenable o en tránsito, para racionalizar las compras.

La LOM contempla los tipos de usuarios empezando por el nivel de atención primaria hasta el nivel complejo y especializado; por tanto la LOM obedece a la fármaco-epidemiología según morbi/mortalidad, y el nivel de complejidad. Los medicamentos siempre están accesibles por tipo de usuario y de especialidad (medicina general, medicina especializada, uso intrahospitalario, restringido, etc.). Los problemas que se pueden presentar son los relacionados con el desabastecimiento en los servicios de farmacia y en el Departamento de Almacenamiento y Distribución ya sea por mala planificación por el Departamento de Programación, Control y Evaluación de Suministro de Medicamentos, por apelaciones a las licitaciones, por incumplimiento de entregas por parte de los oferentes y por rechazos por el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, entre otros aspectos. En el ámbito de las unidades locales, el Comité Central de Farmacoterapia analiza si se autoriza un grupo terapéutico o medicamento de acuerdo con el nivel de especialidad disponible en esa unidad.

El proceso de la compra de los medicamentos le corresponde a la Sección de Medicamentos del Departamento de Adquisiciones, que pertenece a la Dirección de Recursos Materiales de la Gerencia de División de Operaciones. La Droguería del Departamento de Almacenamiento y Distribución (DALDI) se responsabiliza de los desalmacenajes, almacenamiento y coordinación con el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, así como de la distribución de los medicamentos almacenables (de medicamentos por Ley 6914 e incluidos como A en la LOM) a las bodegas de los servicios de farmacia de las clínicas y hospitales de la CCSS. Por tanto en el DALDI se mantiene la base de datos de las existencias, la cual alimenta al Departamento de Programación Control y Evaluación de Suministros de la Dirección de Recursos Materiales con existencias a 3, 6, 9, 12 meses y existencias promedio. Ese departamento, con base en las existencias en el DALDI, a partir de los 15 a 16 meses y tomando en cuenta las entregas pendientes, formula la orden de petición con la partida presupuestaria.⁹³ Esa orden de petición se le entrega con la ficha técnica del medicamento a la Sección de Medicamentos del Departamento de Adquisiciones para la compra por la Ley 6914, y se sacan a licitación por registro, si los medicamentos se encuentran registrados en la Institución.

El ente responsable de llevar control de caducidades, sustracciones y pérdidas de medicamentos es la Regencia Farmacéutica de la Droguería del Departamento de Almacenamiento y Distribución.

La C.C.S.S. dispone de un porcentaje asignado al Régimen de Compra de Medicamentos, para adquisición de medicamentos almacenables. Hasta el 14 de agosto del 2002 se han gastado ¢22347 millones; en el 2002 se asignaron ¢25393 millones de los cuales se han ejecutado ¢20580 millones que corresponden a un 81% de lo asignado.

El programa de compra de vacunas es responsabilidad de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, con presupuesto asignado en el rubro de compra de vacunas. La compra se realiza a mediante el Fondo Rotario del convenio CCSS/OPS. Para el 2003 se tiene proyectado un presupuesto por ¢1500 millones para compra de vacunas.

93 (Nota: cuando el medicamento está recientemente incluido en la LOM, se coordina con la farmacéutica de la Sección del Componente Operativo del Departamento de Farmacoterapia para valorar la cantidad a comprar).

Se debe aclarar que en cuanto a vacunas, aún cuando se encuentren incluidas en la LOM, el Comité Central de Farmacoterapia lo único que realiza es la inclusión, exclusión o modificación de la presentación de las vacunas en la LOM. Quien realiza la parte operativa de la adquisición es la Dirección Técnica de Servicio de Salud mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Fondo Rotario de Inmunizaciones de la OPS. La guía de las vacunas a comprar se refiere a lo que el CCF haya incluido en la LOM.

La distribución se realiza de acuerdo con el nivel de usuario asignado a cada clínica u hospital. Por tanto, como el costo lo asume el nivel central, es difícil cuantificar si existen diferencias en el gasto por áreas geográficas. Todos los medicamentos que tiene la Institución incluidos en la LOM ya sea almacenables o en tránsito son de la categoría de medicamentos genéricos. En referencia a los medicamentos almacenables deben registrarse bajo el concepto de genérico y no de patente.

2. Política de accesibilidad

Se ha logrado una mayor competencia y apertura de mercado de medicamentos, que trae beneficios al paciente. La reducción de pasos y requisitos para el registro de medicamentos alcanzó incrementos superiores al 45 % en las solicitudes de inscripción de medicamentos nuevos tramitadas durante 1998 y de un 34 % en 1999, tendencia que se mantiene hasta la fecha.

Asimismo, la cantidad de medicamentos existentes en el mercado por ingrediente activo aumentó de 1.4 a 3.1 opciones en el transcurso de los últimos cuatro años lo que beneficia al consumidor directamente y favorece la accesibilidad.

Otro aspecto beneficioso fue el aumento entre un 70 % y un 100 % de la disponibilidad de medicamentos en las provincias más alejadas del país como Guanacaste, Limón y Puntarenas, que sumado al aumento de farmacias abiertas, posibilitaron la comercialización de fármacos que antes no era posible ubicar en estos lugares. Se ha observado una tendencia positiva por la apertura de nuevas farmacias.

3. Política de registro y control

La Ley General de Salud establece que es obligatorio registrar un medicamento antes de su fabricación, importación o comercialización. Los registros son otorgados por el Consejo de Inscripción de medicamentos, el cual es un órgano asesor del Ministro de Salud. La Dirección de Registros y Controles es la secretaría técnica de dicho Consejo. Considerando que el registro es el primer filtro para la garantía de la calidad de los medicamentos, se emitió un nuevo Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos, mediante Decreto N° 28466-S, cuyo propósito es establecer los requisitos y trámites necesarios para la inscripción, control, importación y publicidad de medicamentos, que rige para todas las personas que fabrican, importan o comercializan este tipo de productos en el país. En este decreto se definen los requisitos que deben cumplir las drogas nuevas, los fármacos multiorigen y los alimentos dietéticos. Estas obligaciones incluyen

La fórmula cuantitativa y cualitativa completa del producto, incluyendo principios activos, vehículos, colorantes, edulcorantes y otros aditivos, descritos en forma genérica o con nomenclatura internacional.

Las especificaciones físicas, químicas, biológicas y microbiológicas para el control de calidad del producto terminado y la referencia de los métodos usados para su análisis. En caso de que el método no se encuentre en una farmacopea oficial, debe presentar el método o métodos para el control de calidad del producto terminado, acompañado de los correspondientes estudios de validación.

La monografía incluyendo dosis, indicación, contraindicaciones, advertencias, precauciones y categorías farmacológicas.

El estudio de estabilidad y

El certificado de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante.

Con el propósito de facilitar la accesibilidad de la población a los medicamentos, se desarrolló una política para fomentar el empleo de los productos genéricos, sin embargo, debido a que su calidad y eficacia han

sido cuestionada, el decreto establece la necesidad de identificar aquellos que tengan riesgos sanitarios, los cuales además de los requisitos antes mencionados, requieren estudios de equivalencia terapéutica. Este Reglamento ha significado un gran paso para asegurar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, sin embargo, fue necesario establecer los lineamientos que deben seguir los industriales para la presentación de los requisitos, por ello se procedió a conformar la Comisión para la Calidad de los Medicamentos, que cuenta con la participación del Ministerio de Salud, del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social, del Laboratorio de Análisis y Asesoría Farmacéutica de la Universidad de Costa Rica, representantes de la Asociación de la Industria Farmacéutica Nacional (ASIFAN), del Colegio de Farmacéuticos y de la Federación Centroamericana de Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA).

Por medio de esta Comisión y las diferentes subcomisiones formadas, se revisó el marco legal existente y se elaboró la normativa complementaria al Reglamento de Inscripciones de Medicamentos. Fruto de la labor de este grupo de personas altamente identificadas con la calidad de los medicamentos, en los dos últimos años se han elaborado los Reglamentos de Validación de Métodos de Análisis, el Reglamento para la Elaboración de los Estudios de Estabilidad y el Reglamento de Control Estatal. El Decreto N° 29968-S, denominado Reglamento de Validación de Métodos Analíticos requeridos para el Registro Sanitario de Medicamentos ante el Ministerio de Salud, establece las directrices para la validación de procedimientos analíticos utilizados en el análisis de medicamentos, de acuerdo con su aplicabilidad y uso en el registro de productos farmacéuticos o en el control de las Buenas Prácticas de Manufactura.

Según este Reglamento, estarán sujetas a validación las siguientes pruebas:

Pruebas cuantitativas del contenido del componente activo o componentes mayores del producto farmacéutico terminado. (Ensayo Tipo I).

Pruebas cuantitativas para la determinación del contenido de impurezas o de valores límites para el control de impurezas. (Ensayo Tipo II).

Pruebas físico químicas de desempeño. (Ensayo Tipo III)

Pruebas de identificación (Ensayo Tipo IV).

El Decreto N° 29719-S, Reglamento para los Estudios de Estabilidad de Medicamentos requeridos para el Registro Sanitario ante el Ministerio de Salud, establece las directrices para los estudios de estabilidad de los medicamentos exigidos como requisitos en el proceso de registro sanitario y su renovación; para el establecimiento del período de validez, la fecha de vencimiento de cada lote y las condiciones de almacenamiento de cada producto.

El reglamento establece las condiciones bajo las cuales se debe hacer el estudio. Las condiciones son las aceptadas para otorgar períodos de validez comprobados y para la renovación del registro sanitario, siempre y cuando no haya habido modificaciones en el diseño del producto que puedan incidir en su estabilidad.

Para verificar que las condiciones de calidad de los medicamentos se cumplan durante su periodo de vida útil, se estableció el decreto N° 29444, Reglamento de Control Estatal de Medicamentos.

Este reglamento indica la obligación de la Dirección de Registros y Controles de verificar, mediante inspección en los diferentes establecimientos, los requisitos solicitados para la aprobación del registro sanitario, tales como etiquetado, inserto u otras condiciones de calidad. Para ello, la Dirección debe elaborar un programa que contempla el control de calidad del primer lote de comercialización, después de emitido el registro sanitario o después de haber sido aprobada la importación paralela. Además los medicamentos son sometidos, por lo menos, a dos controles de calidad durante cada 5 años. En el caso de renovaciones, los medicamentos serán sometidos a control de calidad, por lo menos, en dos ocasiones durante el periodo de vigencia del registro.

Por lo tanto, el reglamento establece que toda persona física o jurídica que fabrique, importe o comercialice, medicamentos en Costa Rica está obligada a:

Notificar por escrito a la Dirección cuando el primer lote producido o importado esté listo para su comercialización en la droguería o laboratorio farmacéutico.

Permitir a los inspectores autorizados por la Dirección, debidamente identificados, tomar las muestras necesarias para el control de calidad del medicamento.

Entregar al inspector una copia del Informe de Calidad del lote que se está muestreando, en el momento del retiro de la muestra.

Aportar el patrón de referencia del principio activo cuando no se encuentre disponible en el mercado, acompañado de la copia del Informe de Calidad. De igual forma en el caso de las sustancias relacionadas.

Mantener copias de todos los Informes de Calidad de los lotes comercializados en el país, un año después de concluida la vida útil del producto.

Además de los Reglamentos mencionados, se está trabajando en este momento en propuestas para nuevos reglamentos tales como: Reglamento de Buenas Prácticas de Manufactura en la Industria Farmacéutica, Reglamento de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos, Reglamento para la realización de los Estudios de Bioequivalencia solicitados para el Registro de los Medicamentos y el Reglamento de Buenas Prácticas de Laboratorio para Laboratorios de Análisis no Clínicos.

La aplicación de este conjunto de normas, acompañada por el proceso de capacitación que se ha venido desarrollando con la participación de la industria privada, las universidades y la Dirección de Registros y Controles, dará a los usuarios un respaldo valedero de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos disponibles en Costa Rica. Como complemento a estas acciones se estableció un procedimiento de vigilancia de las alertas emitidas por la OMS y países avanzados en materia de medicamentos como la Unión Europea y Estados Unidos. También se estableció otro procedimiento para la atención de denuncias., lográndose que durante el presente año se hayan atendido 27 denuncias por medicamentos sin número de lote, vencidos o venta de productos controlados, por lo que se procedió a la retención de algunos productos y no se permitió la comercialización de aquellos productos cuyos análisis no fueron positivos.

En la actualidad se registran alrededor de 1500 medicamentos por año y se tienen registrados hasta el momento 7613 medicamentos, 28 estupefacientes y 135 psicotrópicos.

Política de patentes

La política nacional referente a patentes de medicamentos se establece en la Ley 7979 que reforma la ley 6867, Ley de Patentes de Invención, Dibujos y Modelos Industriales y Modelos de Utilidad, la cual establece que el derecho de patente pertenecerá al inventor y se presume inventor el primer solicitante en el país de origen del invento.

La patente conferirá al titular el derecho a explotar, en forma exclusiva, la invención y conceder licencias a terceros para la explotación.

Si después de la inscripción de una patente, el Ministerio de Salud, para medicamentos, artículos y sustancias de aplicación terapéutica, o el Ministerio de Agricultura y Ganadería para agroquímicos, comprueba que el proceso o el producto no reúne las condiciones originales con las que fue autorizado, se prohibirá la fabricación, importación y comercialización de ese producto, sin responsabilidad para el Estado.

La patente tiene una vigencia de veinte años improrrogables, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud en su país de origen.

El trámite de una patente de medicamentos se realiza ante el Registro de la Propiedad y el cual tarda al menos un año.

La exclusividad de las importaciones está protegida por la Ley 6209 que establece la normativa para la contratación de una distribución exclusiva que incluye la distribución de productos farmacéuticos.

4. Política de publicidad e información de medicamentos

La Ley General de Salud regula lo referente a la publicidad de medicamentos y establece que debe ser cierta y demostrable y que no debe confundir al usuario en relación con las propiedades o con el origen del producto.

El Reglamento N° 28466-S, para la inscripción importación, publicidad y control de medicamentos señala que toda publicidad de medicamentos debe contar con una autorización previa emitida por el Ministerio de Salud. Sin embargo, debido a un dictamen de la Sala Constitucional, se liberó de esta censura previa a los productos de libre venta establecidos en el decreto N°28496_S del 14 de marzo del 2000, los cuales pueden exhibir publicidad sin tener que presentarla con anterioridad al Ministerio de Salud. Sin embargo esto no priva que, en caso de que se incurra en falsedad de lo dicho, se pueda proceder de acuerdo con lo establecido en la Ley.

Dentro de la información se permite la visita médica la cual está regulada por el decreto N° 26374 del 3 de setiembre de 1997.

Por otro lado existen en el país diversos centros de información sobre medicamentos que no tienen carácter comercial dirigidos a los médicos, farmacéuticos, enfermeras, odontólogos y veterinarios, los cuales cuentan con algunos programas de educación al paciente o al consumidor.

La mayoría de los servicios de farmacia de los hospitales y clínicas, pero principalmente los Centros de información de Medicamentos del Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Calderón Guardia, H. México, Hospital Nacional de Niños, son los que están funcionando más sólidamente. En Oficinas Centrales de la CCSS, la Sección de Farmacia tiene un Centro de Información de Medicamentos, además esta Sección cuenta con el apoyo de una Comisión llamada la Comisión de Información de Medicamentos y Educación al Paciente (COIMEP) que es la que se encarga de la elaboración de boletines y educación al paciente. En esta comisión hay representantes de la Sección de Farmacia, de hospitales, del Centro Nacional de Control de Intoxicaciones, del Departamento de Farmacoterapia. La coordinadora de la Comisión es una farmacéutica del COIMEP de la Sección de Farmacia.

Los encargados de los centros de información de medicamentos son farmacéuticos que se han entrenado en el exterior en Centros de Información de Medicamentos y otros que, mediante cursos multiplicadores, se han entrenado en el país. El Comité Central de Farmacoterapia, el cual está integrado por médicos y farmacéuticos, publica un boletín terapéutico con información de medicamentos en referencia a algún asunto especial.

Se cuenta con un Centro de Información toxicológico en el Centro Nacional de Control de Intoxicaciones con sede en el Servicio de Farmacia del Hospital Nacional de Niños.

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica cuenta con un Centro de Información de Medicamentos llamado CIMED.

Las actividades de los centros de información mencionados, las dividen en información pasiva (consultas telefónicas principalmente, o atención de respuesta directa al usuario), e información activa con la creación de boletines, manuales, guías terapéuticas, y procesos educativos como charlas y cursos.

5. Política de Drogas Estupefacientes

La Ley General de Salud le da la potestad exclusiva de importación de estupefacientes al Ministerio de Salud, el cual a su vez vende estos productos a farmacias y servicios prestadores de atención registrados. También es responsabilidad del Ministerio de Salud vigilar por el uso correcto de dichos productos.

Durante el año 2001 se compró y vendió las siguientes cantidades de estupefacientes:

PRODUCTO	VENTA (en unidades)	COMPRA (en unidades)
Cocaína clorhidrato frascos/g	32	65
Codeína fosfato ½ H2O	434	---
Petidina ampollas	24306	27000
Fentanyl ampollas	238600	350000
Metadona cajas/6 ampollas	4286	5190
Metadona frascos/25 tabletas	4309	5890
Morfina ampollas	511767	593860
Morfina cajas/600 tabletas (acción rápida)	3180	1000
Morfina cajas/600 tabletas (acción prolongada)	1344	786
Ritalina cajas/38 tabletas	48128	86075

Para que el Ministerio de Salud pueda asumir de mejor manera su rol rector en el campo de drogas estupefacientes, se ha modelado un proyecto que pretende trasladar la compra y venta de estas drogas a la Caja Costarricense del Seguro Social que es la mayor consumidora debido a su amplia cobertura. De esta manera el Ministerio de Salud estaría centrando sus recursos en la vigilancia y regulación de estos productos.

Las actividades para la fiscalización de psicotrópicos y estupefacientes se basan en el control de las importaciones y reexportaciones, así como en el control del movimiento de este tipo de productos en las droguerías y farmacias y en el seguimiento del uso de materias primas estupefacientes o psicotrópicas en laboratorios farmacéuticos. Además se trabaja en coordinación con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes.

F. BILIOGRAFIA

CCSS. Revisión situación del recurso humano primer nivel de atención. Gerencia de Modernización, Proyecto de Modernización y Readecuación del modelo de atención. Julio 2002.

CONICIT. Informe Anual CONICIT 1999. San José, 2000.

CONICIT. 25 años de impulsar la ciencia y la tecnología costarricenses: caminos, fronteras y rumbos en la vida del CONICIT. San José, Costa Rica, 1999.

Costa Rica, “Ley de Promoción de Desarrollo Científico y Tecnológico, N° 7169”. La Gaceta, Costa Rica, 1990.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Programa de Garantía de Calidad 2002. Dirección de Servicios de Salud, Agosto 2002.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Política de investigación e innovación tecnológica en salud en Costa Rica. INCIENSA, Cartago, Costa Rica, 1997.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Informe Anual 1996.

Gamboa Cecilia, Gólcher Francisco. Subsistema de Controles y Registros Sanitarios para Equipos y Materiales Biomédicos. UCR, San José, Costa Rica, 1996.

Hernández, Carlos. Fortalecimiento del funcionamiento operativo de las áreas rectoras locales del Ministerio de Salud. Consultoría Proyecto BID-Ministerio de Salud, 2002.

Mata, Leonardo. Ciencia, tecnología y cooperación internacional en la consolidación de la Salud en Costa Rica. Academia Nacional de Ciencia, San José, Costa Rica, INISA/UCR, 2000.

OPS. “Promoción de la Salud en las Américas”. Informe anual del Director, Washington, 2001.

Pastrana, Santiago. Temas de otras Ciencias. <http://club.telepolis.com/pastranec/rt71.htm>

Sánchez Montero , Miriam León Solís. Equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo, Costa Rica 1995-1997.

CAPÍTULO X

“OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD”

X. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

A. Resumen Ejecutivo

La inversión en Salud es considerada como un incentivo para la población que hace uso de los Servicios de Salud, no obstante, los problemas de escasez de los recursos (físicos, económicos y de capital humano) imposibilitan ofrecer a los usuarios servicios de mayor calidad y eficiencia.

En otro contexto, durante mucho tiempo el sector público era el principal prestador de servicios, limitando la participación del sector privado, situación que en los últimos años da un giro, ya que los proveedores privados encuentran una alternativa mejor que ofrecer a aquellos clientes con un mejor nivel socioeconómico. Este cambio crea la necesidad de establecer sistemas de información sobre el tipo de oferta, demanda y calidad de los servicios de salud en este sector.

En el ámbito de la oferta nacional se distinguen los siguientes actores que intervienen en la producción de los servicios: a) el Ministerio de Salud como ente Rector, compuesto por un nivel local, 9 direcciones regionales y 78 áreas de salud, b) Caja Costarricense de Seguro Social que cuenta con 29 hospitales (5 especializados, 7 regionales y 14 periféricos), 8 clínicas mayores, 89 áreas de salud, 812 EBAIS, 6 cooperativas, la atención se presta en el primer nivel que se refiere a la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los cuales se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos y en la consulta externa de medicina general. Las atenciones de segundo nivel son producidas tanto en hospitales como en áreas de salud, apoya al nivel primario mediante intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación (ambulatorias y hospitalarias) con grado variable de complejidad y especialidad, el tercer nivel de atención comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de una complejidad y especialización más altas, para atender determinados problemas de salud, c) Instituto Nacional de Seguros, que posee un complejo INS-Salud, 33 dispensarios, 1 casa albergue y 348 consultorios de médico de empresa, d) Sector Privado conformado por 6 hospitales, 23 clínicas, 240 laboratorios, 595 farmacias, 568 consultorios de diversas especialidades, 865 consultorios odontológicos, 132 centros de atención integral y 167 hogares comunitarios.

En relación con el tipo de atención demandada el 67% es del primer nivel de atención (medicina general) y del 22% en especialidades. Por lugar el 78% de las personas utilizan la red de servicios de la CCSS, el 57% en EBAIS y clínicas y 21% hospitales.

La demanda de los servicios de salud en el INS se analiza desde cuatro enfoques: cobertura, demanda insatisfecha y no cubierta y caracterización demográfica. En el tema de la cobertura se registra un 72.6% bajo la modalidad de Riesgos de Trabajo (RT) y un 27.4% de demanda no cubierta.

Al 2001 se reportaron un total de 468,484 consultas, 303,455 en el complejo, 154,023 en dispensarios y 10,084 en los consultorios de medicina de empresa. Se otorgaron 2,960,535 días incapacidad y 307,834 altas.

En el campo de la calidad, cabe señalar que existe un Programa Nacional de Garantía de la Calidad que debe ser supervisado por el Ministerio de Salud para su cumplimiento, además, se cuenta con la Superintendencia General de –Salud (SUGES), 105 contralorías de servicios y un programa de mejoramiento continuo de la calidad y la evaluación de los compromisos de gestión, este último en la CCSS.

La calidad del INS, hace uso de los programas anteriores, sin embargo, también posee encuestas de satisfacción propias de la institución, y ha implementado avances tecnológicos como el expediente electrónico, la acreditación y la habilitación de establecimientos y la atención a los usuarios.

B. Introducción

Sabemos que no todos los sistemas sanitarios resuelven de modo idéntico las cuestiones básicas de provisión sanitaria (quién accede, a qué, como accede y qué recursos se utilizan), es por esta y otras razones que el tema de la gestión de la utilización de los recursos, aunado a los tipos de servicios que se prestan, sin dejar de lado la calidad de estos, es un tema que en la actualidad adquiere mayor relevancia.

En Costa Rica, las diferencias conceptuales y la asimetría de información se convierten en algunos de los factores que imposibilitan conocer con detalle los servicios de salud que se ofrecen a la población nacional y extranjera. Así las cosas, el presente capítulo tiene como objetivo estudiar la oferta, demanda y calidad de los servicios de salud que se producen en los sectores público y privado.

El estudio contempla tres grandes temas: Oferta, Demanda y Calidad de los servicios de salud y se encuentra dividido en cinco secciones, la primera destaca la metodología y las limitaciones encontradas, así como los antecedentes relacionados con la conformación y los actores del Sistema Nacional de Salud.

La segunda parte muestra la oferta de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud en su función de Rectoría, seguido de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Sector Privado entendiéndose a este como los hospitales, clínicas, laboratorios y consultorios. En la tercera sección se determina la demanda de los servicios de salud en las instituciones antes señaladas.

Una cuarta parte define como se mide la calidad de los servicios de salud de los actores antes indicados y finalmente las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

C. Metodología

1.1. Detalles del proceso metodológico.

La elaboración del documento hace uso de diversas estrategias metodológicas para establecer la oferta, demanda y calidad de los servicios de salud por sector. En primera instancia se definen los actores de la producción social de la salud en Costa Rica, de lo cual se derivan los siguientes: Ministerio de Salud, Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Universidades, Municipalidades, Organizaciones No Gubernamentales y entidades de servicios de salud privadas.

Es importante denotar que dada la complejidad de la investigación y por la variedad de actores, se decide trabajar con aquellos que se encuentren más directamente relacionados con la rectoría y prestación de los servicios médicos y no con aquellos que se pueden considerar como actores determinantes de la salud. Así las cosas, las instituciones objeto de estudio son: el Ministerio de Salud como ente Rector, Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y Hospitales, Clínicas, Consultorios y Laboratorios privados.

En el ámbito de la oferta fue necesario inventariar todos los centros o establecimientos de salud de los sectores público y privado, para ello se procedió a la recopilación de la información estadística, administrativa y entrevistas. Posteriormente se realiza un mapeo de los establecimientos y se define la oferta según actor.

La demanda se analiza desde el punto de vista de la producción de servicios en determinado período y se hace uso de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2001. También se determina dependiendo de la percepción de los actores.

En calidad, se toma como parámetros la satisfacción de los usuarios, programas de mejoramiento continuo, indicadores de calidad, efectividad e impacto en la población, así como los avances tecnológicos, entre otros.

1.2. Limitaciones

Dentro de las principales limitaciones encontradas y que imposibilitan el adecuado desarrollo del trabajo se encuentran:

La escasez de los datos, principalmente cuando se trata del recurso empleado en la provisión de los servicios, lo que requiere la acción inmediata de las autoridades competentes de manera que no se acrediten los centros si no se cuenta con información de primera mano. El Ministerio de Salud como ente rector debería considerar esta limitación.

Asimetría de información, aún cuando en las instituciones se presta una atención médica a personas, no necesariamente se trabaja de igual forma. Una de las estrategias tomadas fue la de conocer el tipo de trabajo que desarrollan, las actividades y posteriormente homogenizar y sistematizar los datos con el fin de adaptarla a la metodología establecida por la OPS en la medida de lo posible.

Se percibe una resistencia de suministrar la información requerida. La obtención de los datos mostró deficiencias en la disponibilidad de la información, en justicia, debe indicarse que la información sobre los hospitales y las áreas de salud y la referente a los EBAIS es razonablemente accesible y de calidad aceptable.

La situación en cambio, es poco satisfactoria en cuanto a la información del sector privado y los centros y puestos de salud que pertenecían al Ministerio de Salud y consultorios comunales, en estos últimos no se conoce detalles sobre los insumos físicos y humanos en cada uno de ellos. Aquí se suponen dos situaciones, la primera que las instituciones privadas mantienen cierta privacidad de los datos, situación que se torna normal por tratarse de un servicio privado en su mayoría y la segunda, es que quizás no se cuente con toda la información para el trabajo, lo cual es comprensible, dado que en nuestro sistema apenas se comienza a implementar estrategias para mejorar los sistemas de información (SI).

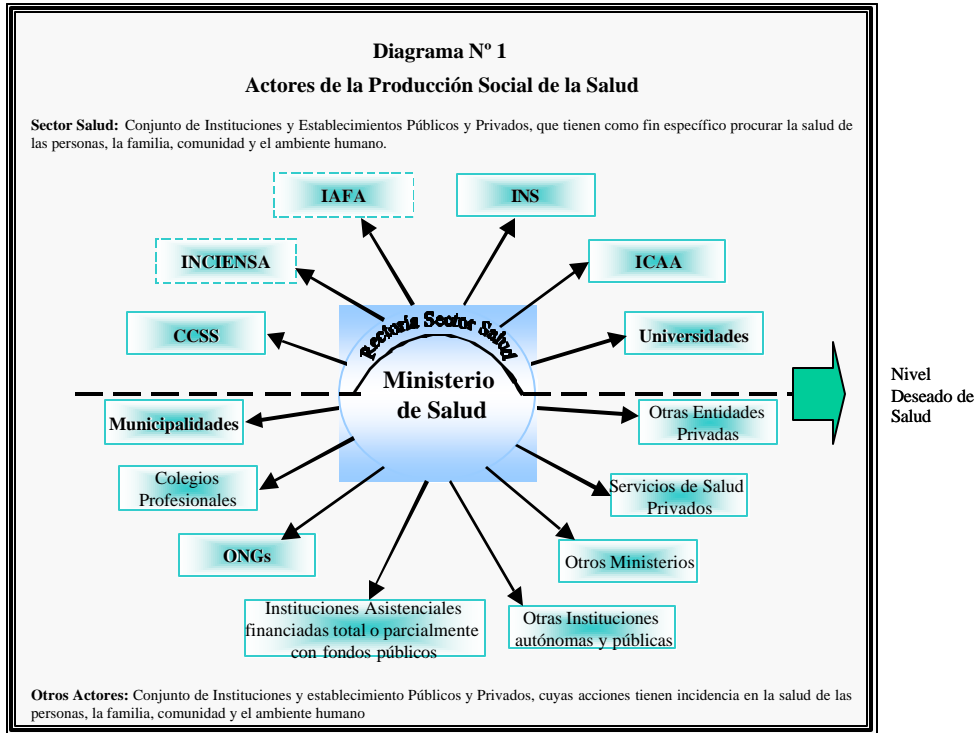
1.3. Antecedentes del Sistema Nacional de Salud en Costa Rica.

Costa Rica está localizada en Centro América y tiene una extensión territorial de 51,100 kilómetros cuadrados, divididos en 7 provincias y 81 cantones.

En Costa Rica, mediante decreto No. 19276-S de 1989, se constituyó el Sistema Nacional de Salud, cuyo propósito es alcanzar la universalización y la desconcentración de los servicios de salud, basada en la estrategia de atención primaria, con el fin de cumplir las metas propuestas de Salud para todos en el año 2000.

Así, el Sistema Nacional de Salud costarricense está conformado por un conjunto de actores divididos en Instituciones y establecimientos públicos y privados, que tienen como fin específico procurar la salud de las personas, las familias, la comunidad y el ambiente humano, lo anterior, es más aplicable a la Caja en detrimento de los proveedores privados.

El esquema muestra las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Proyecto Reforma del Sector Salud año 1998. Ministerio de Salud.

D. Oferta de Servicios

1. Estructura General de los Servicios

La oferta de los servicios de salud se conocerá en este caso en particular como el conjunto de establecimientos de salud en el país que posea cada actor, incluyendo las variables de localización, servicios (cirugía, medicina, atención primaria), así como también el número de camas y el recurso (físico y de capital humano).

El Ministerio de Salud está compuesto por el nivel local, nueve direcciones Regionales y 81 áreas rectoras de salud, distribuidas de la siguiente forma: Central Sur 19, Central Norte 12, Central Este 7, Central Occidente 5, Pacífico Central 8, Chorotega 12, Huetar Norte 6, Huetar Atlántica la Región Brunca 6 cada una. El Ministerio de Salud cuenta además con 53 CINAI (Centros Integrados de Atención Integral) y 467 CEN(Centros de Educación y Nutrición) en todo el país.

En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social la oferta de servicios se distribuye de la siguiente manera: 29 hospitales, de los cuales, 3 se consideran nacionales, 5 especializados, 7 regionales, 14 periféricos, además de 8 clínicas mayores ubicadas en el área metropolitana, 89 áreas de salud distribuidas en las diferentes regiones del país, 812 EBAIS y 6 Cooperativas⁹⁴ (La distribución de la red se observa en el Diagrama N° 1, del Anexo).

El Instituto Nacional de Seguros para la prestación de los servicios de salud cuenta con un complejo denominado INS-Salud conformado por un área de consulta externa y especialidades médicas, posee 41 consultorios, dos salas destinadas a rayos x, dos de cirugía menor, tres salas de curaciones, yesos, inyectables, y sueros, una farmacia, una oficina de cirugía electiva, recepción y aprovisionamiento, archivo clínico, oficina de

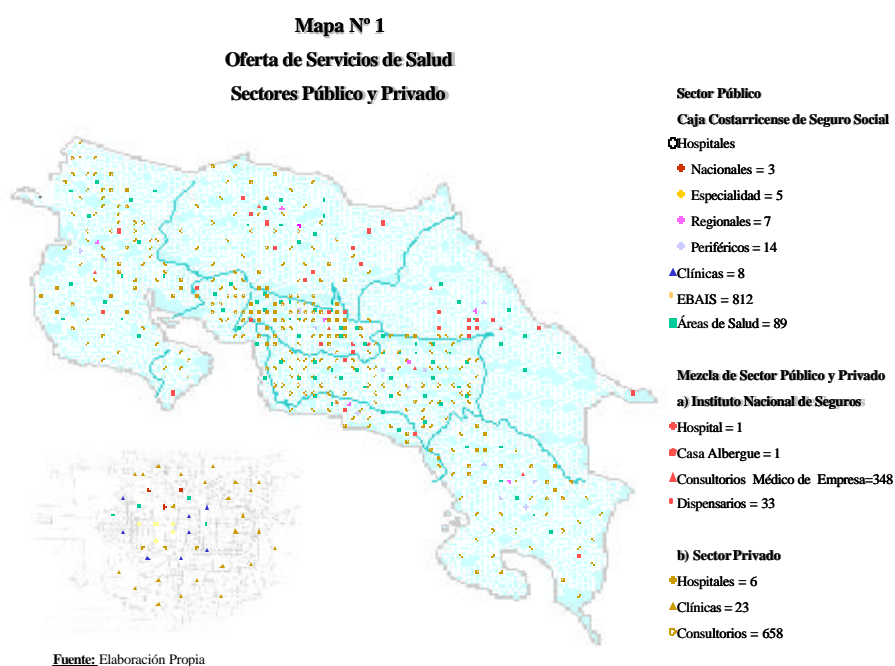
⁹⁴ Al 2001 se establecen como Cooperativas Cooposalud, Coopesain, Coopesiba, Coopesana, UCR y Asemeco.

transportes, unidad administrativa de dispensarios y consultorios de médico de empresa, una sección de costos, estadísticas, salas de atención de pacientes y de espera para los acompañantes.

También cuenta con una red de 243 consultorios de medicina de empresa, más 105 consultorios mancomunados que son aquellos ubicados en zonas francas y atienden a diferentes empresas en un mismo consultorio. Aunado a una casa albergue y 33 dispensarios.

La oferta del sector privado está conformada por seis hospitales (Clínica Bíblica, Católica, Jerusalén, CIMA/San José, Santa Rita y Monte Sinaí), aproximadamente 23 clínicas de diversa especialidad, 240 laboratorios, 595 farmacias, 568 consultorios, 865 consultorios odontológicos, 132 centros de atención integral y 167 hogares comunitarios.

De los egresos que se produjeron al año, en la Clínica Bíblica se dieron 4,307, en la Católica 8,399, en la Clínica Jerusalén 27095, en el CIMA 3,013, lo que produjo un índice de rotación del 1.4%, 1.3%, 6.2% y 1.6% respectivamente. Es importante denotar que el caso de las clínicas existe una atención médica general y especializada, los consultorios tienen una atención ambulatoria, de consulta externa general y de emergencias.



2. Análisis de la Oferta por Niveles de Atención

Oferta, como término económico, se define en relación con un bien o servicio homogéneo, es decir, un bien específico, con unas características y una capacidad definida para satisfacer determinada necesidad humana.

En salud, la heterogeneidad de los servicios es una característica que está presente en la mayor parte de las prestaciones, ya sea porque las necesidades y la demanda son muy específicas para cada demandante e incluso para cada acto de demanda, o porque la calidad y las capacidades de los oferentes generalmente difieren.

Por las razones apuntadas, el término oferta de servicios de salud, no puede utilizarse en el sentido usual de la teoría microeconómica, sino en referencia a un agregado de productos (servicios) con ciertas características comunes. A partir de estas características comunes, se han definido tres grupos de servicios (atención del primer,

segundo y tercer nivel) relativamente homogéneos, tanto respecto a las características de su proceso productivo como de las necesidades a las que dan respuesta, lo que facilita el análisis del mercado de servicios de salud.

Aún con esta desagregación en tres grupos, el análisis tiene la limitante de que al generalizar se obvian diferencias de los servicios que pueden ser específicos con exceso de oferta, otros con exceso de demanda y aquellos que se encuentren en equilibrio. Por citar un ejemplo, una situación así se puede presentar dentro de las diferentes especialidades de segundo nivel de atención. Sin embargo, por la enorme variedad de los servicios ofrecidos, hacer un análisis por cada uno, requiere de una amplia investigación.

2.1. Oferta de Servicios de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS.

En este apartado se analiza la oferta de los tres niveles de atención en el sistema de salud costarricense o, más específicamente, en el Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

2.1.1. Atención Primaria

Se refiere a la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los cuales se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos y en la consulta externa de medicina general. Estos servicios los podemos dividir en dos grandes grupos: a) los programas de prevención y promoción, que se han diseñado de acuerdo a las necesidades de los diferentes grupos etarios y tomando en cuenta las necesidades de género, b) la atención de la morbilidad prevalente, que se hace en respuesta a la demanda, y para la que se cuenta con los servicios normales matutinos y vespertinos y con los servicios de urgencias, que enfrentan una elevada demanda.

En lo que se refiere a los programas de prevención, promoción y control de la morbilidad, teniendo como base los análisis de situación de salud nacional y en el contexto de la reforma del sector salud, se definieron como prioridades de atención doce problemas o necesidades de salud, a partir de las cuales se diseñaron cinco programas de atención integral en salud, a saber: el programa de atención integral del niño (a), el programa de atención integral del adolescente, el programa de atención integral de la mujer, el programa de atención integral del adulto y el programa de atención integral del adulto mayor.

Partir de la existencia de estos programas es fundamental para entender la oferta de servicios de atención primaria, cuya producción se mide en términos de coberturas de los grupos de población a los que se dirigen.

2.1.2. Cobertura de los programas de atención primaria

La cobertura en atención primaria está a cargo de las áreas de salud, conformadas por Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) que son responsables de la atención de la población ubicada en un determinado sector geográfico, la cual oscila entre dos mil quinientos y siete mil habitantes, dependiendo de su concentración⁹⁶.

Usualmente el EBAIS está conformado por un médico, una enfermera auxiliar y un Asistente Técnico de Atención Primaria, ATAP, y tiene un equipo de apoyo, compartido con los demás EBAIS del área de salud (el perfil ocupacional es de trabajadora social, nutricionista, médico de familia, enfermera general, odontólogo, farmacéutico, microbiólogo y técnico de registros médicos).

Si bien los equipos básicos en prácticamente la totalidad de los casos están completos, hay algunas deficiencias en lo que respecta a equipo de apoyo, principalmente en las áreas rurales y algunos con exceso de población bajo su responsabilidad. El siguiente cuadro muestra algunos indicadores de disponibilidad de recurso humano en las Áreas de Salud.

⁹⁶ El promedio de población por EBAIS en el año 2001 se ubicó alrededor de 4.950 habitantes.

Cuadro N° 1
Personal de atención primaria por área de salud y por EBAIS,
según corresponda, Año 2001

PERSONAL POR EBAIS	
ATAP	1.27
Médicos generales	1.00
Auxiliares de enfermería	1.19
PERSONAL DE APOYO POR ÁREA DE SALUD	
Profesional en enfermería	1.55
Odontólogos	1.90
Farmacéuticos	0.93
Microbiólogos	1.00
Personal de registros médicos	0.95
Médico de familia	0.31
Técnico de registros en estadísticas de salud	0.95
Profesionales*	1.34

*Incluye trabajadoras sociales y nutricionistas, lo que implica un déficit de una de los dos o de los dos tipos de profesional. Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Recursos Humanos.

Con excepción de los poblados de baja densidad y acceso geográfico difícil, que en la mayoría de los casos reciben una visita periódica (semanal, quincenal o mensual) del EBAIS más cercano, los problemas de accesibilidad geográfica en atención primaria prácticamente han desaparecido con la implementación del nuevo modelo de atención.

Al año 2001, la población a la que aún no se le había asignado un EBAIS no sobrepasaba el 6% de la población total y, por encontrarse ubicada en zonas urbanas podía acceder directamente los servicios hospitalarios para efectos de atención de la morbilidad.

En el nuevo modelo de gestión, las áreas de salud –desconcentradas o en proceso de desconcentración– proveen servicios de atención primaria a la población, los cuales son financiados y evaluados en el marco de la función de compra que ejerce el nivel central de la institución. El instrumento que sintetiza el acuerdo entre comprador y proveedor es el compromiso de gestión, en el cual se establecen los productos a comprar con sus respectivos estándares de calidad.

El compromiso de gestión y su respectivo instrumento de evaluación, son la fuente primaria de información respecto a la producción, por programa de atención, de las áreas de salud. La evaluación se hace al inicio de cada año, y en lo que respecta a coberturas se realiza tanto en términos cuantitativos, según consultas de primera vez por programa de atención, como de revisión de la calidad de la atención, medida según las normas de atención que se establecen para cada programa.

Los programas de atención integral para los que se tienen datos de cobertura con calidad son los siguientes:

Niños menores de un año

Niños de 1 a 6 años

Adolescentes

Atención prenatal

Hipertensos

Diabéticos

Adulto mayor

Estos programas se han definido como prioritarios, con base en criterios de morbi-mortalidad, así como en criterios de costo efectividad.

En principio, los servicios de atención de la morbilidad cubren un 100% de la población del país y los de atención integral alrededor de un 94%, que corresponde a la población adscrita a alguna de las unidades de atención primaria⁹⁷. No obstante, la cobertura efectiva del primer nivel de atención de la CCSS ascendió en el año 2001 a un 52% de la población, en programas curativos o preventivos⁹⁸ y en lo que se refiere a atención integral, las coberturas por programa de atención, se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 2
Cobertura de Atención Integral Total y con Calidad,
según programa de atención, CCSS-2001

Programa	Cobertura total*	Cobertura con criterios de calidad
Adulto Mayor	46.66%	32.65%
Diabéticos	65.07%	18.81%
Hipertensos	75.51%	26.63%
Tamizaje de Hipertensión Arterial	98.6%	n.a.
Atención Prenatal	82.08%	43.34%
Adolescentes	35.75%	24.58%
Niños de 1 a 6 años	43.83%	35.29%
Niños menores 1 año	89.66%	53.55%
Niños menores de 28 días	56.00%	38.00%

El denominador utilizado es la proyección, con base en los datos del censo 2000, de la población objetivo de cada programa, a junio del 2001.

Fuente: Dirección compra de Servicios de Salud. Informe de evaluación de compromisos de gestión, año 2001. Marzo, 2002.

En lo que se refiere a morbilidad, se puede afirmar que el sistema atiende el 100% de las necesidades que se traducen en demanda, y en lo que corresponde a atención integral, se considera que existe un exceso de oferta de servicios respecto a la demanda, pues la población tiene escasa cultura preventiva y los esfuerzos del sistema por modificar este comportamiento apenas empiezan a dar los primeros frutos.

Puesto que el cobro directo por las prestaciones de primer nivel sólo se da a población con capacidad de pago⁹⁹ y las barreras geográficas se han reducido a niveles casi nulos, se proponen las siguientes hipótesis para explicar la relativa baja cobertura efectiva en atención primaria:

La mencionada falta de cultura preventiva, la cual podría estar asociada con el nivel de escolaridad, y podría mejorarse con un reforzamiento de las campañas informativas.

97 El restante 6% corresponde a población a la que, debido a la fase de desarrollo del nuevo modelo de atención, aún no se la ha asignado un Equipo Básico de Atención Integral.

98 Esta cifra no incluye a los que accedan de manera directa otros niveles de atención ni a los que son atendidos mediante las modalidades de medicina de empresa o medicina mixta, programas de los que no se tiene información estadística.

99 La población sin capacidad de pago es asegurada directamente por el estado, previa solicitud y estudio de su situación socioeconómica.

La inconveniencia de los horarios de atención, por cuanto estos coinciden con los horarios de trabajo, doméstico o remunerado, de la mayoría de la población. La consulta vespertina en general se utiliza para la atención de urgencias o de morbilidad o requiere de cita previa, la cual se debe buscar también dentro de horas laborales.

Es probable que estas dos situaciones se refuercen para reducir coberturas de atención preventiva, pero a diferencia de la primera, la segunda puede derivar la demanda hacia la atención privada, en los casos en que la capacidad de pago no es una limitante.

Respecto a la cobertura en el escenario escolar, los programas brindados son valoración de agudeza visual y auditiva, estado nutricional, revisión del esquema de vacunas y revisión médica completa. Los niños que presentan alguna alteración en su estado de salud son referidos al respectivo Equipo Básico de Atención de la Salud, EBAIS, para su atención. La cobertura nacional de estos programas en el año 2001 alcanzó un 79%.

En cuanto a los programas de vacunación, según datos del Programa Ampliado de Vacunaciones que llevan conjuntamente el Ministerio de Salud Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social, las coberturas medidas a partir de tercera dosis, muestran que en DPT se alcanzó un 91%, en polio un 93%, en Hepatitis B un 8%, en Haemophilus Inf. un 89% y en SRP un 85%.

Dentro del programa de atención integral a la mujer están los subprogramas de atención prenatal y el de Citologías Vaginales. Este último divide a la población objetivo en dos grupos: mujeres menores de 35 años y mujeres mayores de 35 años.

En el primer grupo, la cobertura en el 2001 alcanzó un 24% y en el segundo fue de 25%, lo que indica que aún no se le ha podido llegar a la población objetivo con una intervención clave tanto desde el punto de vista de necesidades de salud como de su costo efectividad. La calidad en este programa se mide mediante el manejo adecuado de los casos de PAP alterado, el cual alcanzó un 93%, el cual es bastante superior a los niveles alcanzados en años anteriores.

En lo que se refiere al comportamiento regional de las coberturas sobresalen los siguientes datos, según programa de atención (Recuadro N° 1).

Recuadro N° 1 Resumen de Coberturas Totales y con Calidad	
Atención de menores de 28 días, por encima del promedio nacional.	Región Pacífico Central 70% cobertura total y 53% con calidad. Región Brunca 30% y 14% respectivamente.
Programa atención a niños menores de un año.	Región Chorotega 97%, Pacífico Central 61%, Brunca 81%, Huetar Atlántica 87%, Central Norte 48% y Brunca 49%.
Programa de menores de 7 años por encima del promedio nacional.	Pacífico Central 47%, Central Sur y Huetar Atlántica 37%, Chorotega a nivel del promedio, Brunca 30%.
Coberturas de atención en el escenario escolar.	Sobrepasaron todas las regiones el 65%.
Programa de atención integral al adolescente.	Regiones Central Sur y Huetar Atlántica con coberturas superiores al 40%, y región Brunca (inferior al 25% a nivel global y al 20% con calidad).
Subprograma de atención prenatal.	Regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Atlántica, por encima del 80% y la Central Sur y Brunca por debajo del 30%. Con calidad muestran menores niveles la Huetar Atlántica, Pacífico Central y Huetar Norte.
Programa de atención al paciente diabético	Calidad regionales que van del 5.6 Región Huetar Norte a 34.8% en Huetar Atlántica. Coberturas totales 70% en la Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica.
Programa de atención pacientes hipertensos.	Un 86.7% cobertura total y 42% con calidad en la Región Pacífico Central. Región Huetar Atlántica 80% y 30% respectivamente.

Programa de adulto mayor.	Cobertura total 60% en la Pacífico Central, 30% Huetar Norte, Brunca, Central Norte y Huetar Atlántica no alcanzaron el 40%. Con calidad en la Huetar Atlántica, Huetar Norte y Brunca, fue menor.
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Respecto al análisis regional llama la atención que la región Brunca alcanza las menores coberturas, tanto globales como con calidad, en casi todos los programas, mientras las regiones Pacífico Central y Chorotega alcanzan las mayores coberturas.

Posiblemente no es casual que la primera tenga el menor gasto per cápita regional y las dos segundas el mayor gasto, lo que hace pensar que esas menores coberturas son explicadas por disponibilidad de recursos. No obstante, se han hecho análisis de ejecución presupuestaria que asocian gasto con capacidad de gestión de las unidades, es decir, tanto el presupuesto negociado como la capacidad para gastarlo es menor en las unidades con débiles indicadores de producción.

Por otra parte, en lo que respecta a la región Brunca todavía existe una clara contradicción entre el nuevo modelo de atención y el modelo tradicional; la elevada disponibilidad de servicios hospitalarios¹⁰⁰ (cinco hospitales para una población de menos de trescientos mil habitantes), ha creado una cultura de sobre utilización de servicios hospitalarios que no ha podido ser contrarrestada por una gestión más beligerante en la implementación del nuevo modelo.

2.1.2.1. Atención de la morbilidad:

Aunque las consultas de atención integral y de atención a la morbilidad no se registran de manera separada, pues el sistema de información clasifica la producción de servicios en ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, existe alguna información estadística que da idea de la producción de servicios de primer nivel más allá de las coberturas de atención integral, como son las cifras de atenciones de urgencias y de consultas totales y sus indicadores derivados.

¹⁰⁰ La mayoría de estos hospitales fueron creados por las compañías bananeras, cuando estas tenían una presencia determinante en la región, y en alguna medida responden a la elevada dispersión de la población de la zona.

Cuadro N° 3
 Consultas y Atenciones de Urgencias
 Por Habitante, CCSS.
 -Período 1993 – 2001-

AÑO	Atenciones de Urgencia Por Hab.	CONSULTAS POR HABITANTE		
		Médica	Odontología	Otros Profes.
1,993	0.57	1.85	0.19	0.09
1,994	0.62	1.86	0.19	0.07
1,995	0.63	1.91	0.20	0.08
1,996	0.64	1.97	0.21	0.08
1,997	0.69	2.05	0.22	0.08
1,998	0.75	2.09	0.29	0.09
1,999	0.79	2.10	0.31	0.08
2,000	0.84	1.97	0.34	0.08
2,001	0.87	2.46	0.38	0.09

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

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante es el que más llama la atención por su magnitud y continuo incremento; ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la CCSS han ido aumentando desde 0.57 por cada habitante en 1993 hasta 0.87 en 2001, resultado no esperado en los planes de mejoramiento de la oferta de servicios.

Si bien la demanda juega un papel importante en la producción de este servicio, también se debe reconocer que posiblemente la estructura u organización de la oferta estén ofreciendo incentivos para la sobre utilización de estos servicios. Las explicaciones sugeridas para entender la subutilización de servicios de atención integral posiblemente también ayuden a entender este otro desbalance en la utilización de servicios.

La razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, lo cual permite ver que el principal es la consulta médica, la cual aumentó de 1.85 en 1993 hasta 2.10 en 1999 y se redujo a 1.97 en 2000 para incrementarse nuevamente a 2.46 en 2001 que es la cifra más alta de los últimos 22 años; la consulta de odontología ha ido aumentando lenta y sostenidamente. La consulta a cargo de otros profesionales (psicólogos, dietistas, enfermeras, entre otros) se mantiene constante.

2.1.2. El segundo nivel de atención

Las atenciones de segundo nivel son producidas tanto en hospitales como en áreas de salud. El segundo nivel apoya al nivel primario mediante intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación (ambulatorias y hospitalarias) con grado variable de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud que conforman este nivel son: Prestaciones sanitarias, Hospitales Regionales y Periféricos, Albergue Temporal y Casa de Salud.

En lo que se refiere a áreas de salud, once de las noventa y siete existentes en el año 2001, tienen segundo nivel y todas se encuentran dentro de la Gran Área Metropolitana, donde también se brinda este tipo de servicios dentro de los hospitales nacionales o regionales. En las demás regiones o zonas del país, este servicio es prestado en la consulta externa de los hospitales.

El cuadro siguiente presenta la producción de consultas especializadas de primera vez y totales y su respectiva concentración. Se observa una mayor concentración en la población adscrita a clínicas metropolitanas y hospitales nacionales, lo que posiblemente suceda en respuesta a las mejores condiciones de accesibilidad que muestran estos centros. Esta situación puede darse por la existencia de una mayor oferta de servicios privados y del mayor nivel de ingreso de la población de las regiones centrales.

101 Esa cifra se alcanzó después de diez años de reducción continua de este indicador.

Cuadro N° 4
Producción de Consultas por Región
-Año 2001-

Región	Total	Primera Vez	Consulta por habitante
Total	2,473,436	1,242,227	1.99
Cl. Metropolitanas	384,879	178,904	2.15
R. Central Norte	352,240	250,933	1.40
R. Central Sur	189,885	101,751	1.87
R. Huetar Norte	74,843	40,072	1.87
R. Chorotega	117,779	63,101	1.87
R. Pacífico Central	106,121	56,293	1.89
R. Huetar Atlántica	118,715	49,329	2.41
R. Brunca	132,634	68,665	1.93

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

a) Servicios complementarios para la atención de la salud

A pesar de que la población de asegurados directos es mucho más pequeña que la población general, en los servicios de atención de salud de la CCSS se producen más órdenes de subsidio por INCAPACIDAD que hospitalizaciones para toda la población, con un período promedio teóricamente en el HOGAR de 8.9 días en 2001.

La razón de exámenes de laboratorio por habitante se incrementó porque aparentemente en la actualidad se hace más uso del laboratorio que hace 22 años. En el 2001 la tercera parte se hace en los hospitales nacionales, pues no todas las clínicas y áreas de salud cuentan con este servicio, por lo que la columna de "otros establecimientos" es muy importante, porque así es como se ofrece servicios de laboratorio a las personas en todas las unidades.

En el contexto anterior cabe señalar que el acceso del médico a este medio de diagnóstico es universal, pues se extiende a los médicos de empresa y a la Medicina Mixta (sistema en el cual el paciente paga la consulta a su médico en el consultorio privado y este le da ordenes para que se haga los exámenes de laboratorio por cuenta de la CCSS).

Por otra parte, al 2001 las farmacias de la institución despacharon 2.5 veces más recetas que en 1980, parte de este aumento se puede atribuir al crecimiento de la población; también aumentó la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso de los medicamentos que hace 22 años.

A diferencia del Laboratorio, el servicio de Farmacia está físicamente más distribuido entre hospitales, clínicas y áreas de salud, pues requiere menos infraestructura.

En el 2001 los Servicios de Farmacia registraron casi 42 millones de órdenes de medicamentos (11 al año por habitante); la mayor parte en los Hospitales Nacionales, en las Clínica Metropolitanas y en las Áreas de Salud de la Región Central Norte.

2.1.3. Tercer Nivel de Atención: Atención en los servicios de hospitalización

El tercer nivel de atención comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de una complejidad y especialización más alta, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia de este nivel puede trascender la del nivel secundario y abarcar el territorio de varias

provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de este nivel son: Hospitales Centrales o Nacionales y Hospitales Especializados.

Obviamente, la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo la descripción de la oferta de servicios debe ser integrada. Ahora se trata solamente de los servicios individuales de atención de salud a las personas mediante la ocupación de una cama hospitalaria.

El 42% de los egresos hospitalarios se producen en el Tercer Nivel de atención, los hospitales nacionales. El cuadro 5 contiene las cifras generales de esta área en la CCSS y su evolución de 1980 a 2001. Se ve así que aunque la oferta total de camas hospitalarias de dotación normal se ha reducido desde 1982, su porcentaje de ocupación general se ha mantenido entre 74.4 en 1982 y 82.3% en 2001 sin una tendencia claramente definida.

Por otro lado, a pesar de la reducción en la razón de egresos por 100 habitantes, se ha incrementado el número absoluto de egresos hospitalarios (de 245,048 en 1980 a 331,856 en 1999, con una pequeña reducción a 327,675 en 2000 y un incremento a 333,541 en 2001).

Lo más notorio es la reducción sostenida de la estancia promedio (de 7.91 a 5.36 días), lo que, junto a la reducción de las camas (de 6,926 a 5,880), produjo aumento en el giro de camas (de 35.4 a 56.7) sin aumento sensible en el porcentaje de ocupación.

Cuadro N° 5
 Número de Camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de
 Camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones
 Quirúrgicas Mayores CCSS. 1980 – 2001

Año	Número camas	de % de Ocupación	Egresos	Giro Camas	de Estancias Promedio	% Quirurg. **	Interv.
1980	6,926	77.9	245,048	35.38	7.91	42.16	
1981	6,924	76.5	250,332	36.15	7.27	43.35	
1982	7,085	74.4	253,179	35.73	7.10	42.23	
1983	6,952	77.2	263,244	37.87	6.78	41.49	
1984	6,841	78.9	278,392	40.69	7.21	41.44	
1985	6,832	81.0	301,592	44.14	6.24	40.67	
1986	6,790	79.5	298,632	43.98	6.73	41.89	
1987	6,774	79.1	302,230	44.62	6.13	41.78	
1988	6,741	78.4	300,729	44.61	6.31	43.11	
1989	6,602	78.8	303,742	46.01	5.87	39.78	
1990	6,536	76.7	290,988 *	44.52	6.05	42.69	
1991	6,379	78.2	289,634 *	45.33	6.15	44.69	
1992	6,245	80.7	298,013 *	46.12	6.46	45.78	
1993	6,131	79.2	298,091 *	48.47	6.11	45.51	
1994	5,860	81.1	297,942 *	50.44	5.67	45.94	
1995	5,947	80.3	302,911 *	50.94	5.76	45.80	
1996	5,953	81.1	307,864 *	49.93	5.94	47.32	
1997	5,924	81.2	316,453 *	51.31	5.73	47.43	
1998	5,924	75.2	318,812 *	53.46	5.31	48.06	
1999	5,910	80.6	331,856 *	55.77	5.54	48.75	
2000	5,861	81.6	327,675 *	55.91	5.42	48.49	
2001	5,880	82.3	333,541 *	56.72	5.36	49.69	

*Incluye otros centros.

** Incluye todos los egresos hospitalarios con intervención quirúrgica mayor de algún tipo.

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

Si se comparan con 1980, los hospitales de la CCSS en el 2001 redujeron el período promedio de permanencia en el hospital en 2.5 días por paciente lográndose una reducción de más de 800 mil estancias, junto con un aumento en los egresos; además tienen más de mil camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 85%, con más de mil camas desocupadas durante el año. La tendencia se mantendrá en tanto la oferta hospitalaria siga orientada a la gestión del paciente, y como resultado su estancia en el hospital se ajuste al período indispensable para su atención y se incremente la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por ese motivo la queja por faltante de camas debe verse como problema de caso particular y no de la oferta general de la red de servicios.

Como el enfoque de la modernización es la atención del paciente y no la utilización de las camas, los porcentajes de ocupación se ha ido reduciendo naturalmente hasta que se encuentre la mejor estancia de acuerdo con el bienestar del paciente. Los hospitales tienen que dejar de medir su producción mediante el número de camas, porcentaje de ocupación, y dedicar recursos suficientes a la organización de la consulta externa, del servicio de emergencia, y al mejoramiento de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y de la red de servicios de su área de atracción, con los consiguientes beneficios para el bienestar del paciente y del personal que lo atiende.

Dentro de las normas de desempeño ya no se fija el porcentaje de ocupación máximo deseable, sino el mínimo aceptable dentro de la correcta administración de los recursos y los indicadores de evaluación del desempeño hospitalario se diversifican. Con menos camas se atienden más pacientes, lo cual es una adecuación de la oferta a las tendencias modernas del uso de camas.

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, claramente el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que se mantenía alrededor del 42% desde 1980, se redujo a 40% en 1989, y ha estado oscilando entre 47 y 49% a partir de 1995, llegando a alcanzar un 50% en 2001. Esta cifra incluye la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía mayor, la ginecológica y la obstétrica con las cesáreas y las episiotomías.

La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia (Tercer Nivel) se mantuvo entre 5 y 6.5 días, con ligeras variaciones en los porcentajes de ocupación y en el número de egresos y con las proporciones más altas de Intervenciones Quirúrgicas.

Los dos hospitales psiquiátricos consumen mucho más días de hospitalización, a pesar de que sus egresos representan menos del 2%, por cuanto tienen las estancias más prolongadas. Largas estancias tienen también los Hospitales Nacional de Rehabilitación y Geriátrico Dr. Blanco Cervantes, con cifras inferiores a los generales nacionales. Los hospitales del segundo nivel, regionales, son los que producen más egresos en su respectiva región, con estancia promedio de alrededor de 4 días y porcentajes de egresos con alguna cirugía que varían entre 41% en el Escalante Pradilla y 56% en el Max Peralta.

Un factor reconocido que influye en la permanencia en el hospital, es la edad de las personas; los egresos y la estancia promedio del año 2001 por edad y hospital, permite ver que varios hospitales generales tengan más de un 12% de egresos de personas de 65 años y más, que incide en su estancia promedio total. Algunos de ellos tienen en general los promedios de estancia más altos.

De los 165,828 egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que forman el numerador de este indicador ya comentado, el 20% son obstétricas en el parto (9% cesáreas y 10% episiotomías), 17.05 es cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) y el 62% es Cirugía Mayor; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital.

Como se ha insistido al principio de esta sección, los servicios de salud de atención hospitalaria no son independientes de los de atención ambulatoria. Para prestar servicios especializados se realiza una separación por las grandes áreas especiales de los servicios médicos: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría. La tendencia moderna es reducir el uso de la cama a lo estrictamente indispensable, mediante el desarrollo de la tecnología de diagnóstico y tratamiento.

Cerca del 24% de las camas hospitalarias de la CCSS pertenecen al Servicio de Medicina (adultos) y el 26% al de Cirugía, o sea que prácticamente el 50% de ellas se utiliza en estos dos servicios. El número y

distribución de este instrumento de la atención de la salud, varía según regiones y hospitales y dependen mucho del grado de resolución del hospital, de la evolución de la práctica médica y de la influencia de esta en la estancia promedio. Por ejemplo, en los hospitales nacionales generales las camas de cirugía son más del 42% de las camas de dotación normal, sobre todo en el San Juan de Dios (54%) y en el México (49%), seguido por el servicio de Medicina. En la mayor parte de los hospitales regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia.

2.1.4. Acceso y disponibilidad de los Servicios de Salud

Dada la poca disponibilidad de información relacionada con el acceso y disponibilidad de los servicios de salud, los resultados se refieren a los obtenidos en el estudio realizado por el Dr. Luis Rosero Bixby del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica en el 2001. En su estudio Rosero indica que la mitad de la población costarricense reside a un kilómetro o menos de un centro de atención médica y a cinco kilómetros o menos de un hospital. Alrededor del 10% de la población tiene acceso deficiente a servicios de salud según varios indicadores que establecen un umbral mínimo de acceso. La variación espacial de este porcentaje que, por sí mismo ya es un indicador de iniquidad, permite identificar las iniquidades geográficas existentes en el país en esta materia.

El acceso –y sus iniquidades- a la atención primaria de la salud y a centros hospitalarios cambió poco en el periodo 1994-2000, y fue de un ligero deterioro. Un número importante de puestos y centros de salud que pertenecieron al Ministerio (y que con la reforma pasaron a la CCSS) ha dejado de dar servicios a la población. Esto puede ser parte de un proceso de racionalización y eliminación de duplicaciones.

El acceso a los servicios está dado por la confluencia de la oferta y la demanda. Una forma simple de caracterizarlo es con indicadores de la cercanía de un establecimiento al lugar de residencia de los individuos.

El índice de densidad de acceso a todo tipo de establecimientos presenta, por su parte, una mediana de 0.34 horas médico per cápita anual e identifica a 14% de población con acceso deficiente a servicios de salud, es decir por debajo del mínimo de 0.2 horas médico per cápita definido de antemano.

Cuadro N° 6
Población con acceso deficiente a servicios de salud
-Período 1994-2000-

Servicio	1994	2000	Cambio
Atención Primaria	8.4%	8.8%	0.4%
Atención Médica	21.7%	13.0%	-8.7%
Hospital	11.3%	12.1%	0.8%
Densidad de servicios	17.5%	13.6%	-4.0%

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

¿Cómo han cambiado en años recientes los porcentajes de población con acceso deficiente a servicios de salud?. El cuadro N° 6 muestra un ligero deterioro en los porcentajes de acceso deficiente de atención primaria y a centros hospitalarios entre 1994-2000. En estos años no se abrieron nuevos hospitales y se cerraron puestos y centros de salud, al tiempo que la población aumentó en casi 20%.

En contraste se observa una disminución considerable en el porcentaje de población con acceso deficiente a centros de atención médico de 22% en 1994 a 13% en el 2000. Como consecuencia de esto, se observa también una mejora en el índice de disponibilidad de servicios, que se traduce en una disminución de la población con disponibilidad deficiente de 18% en 1994 a 14% en el 2000. La principal causa de esta mejora es la creación de los EBASIS.

Las mejoras de equidad de acceso apuntadas cubren el período en que se ha estado ejecutando la reforma del sector salud. La desagregación de estos cambios en los tres grupos poblacionales definidos según su participación en la reforma permite evaluar mejor el impacto de ésta en las tendencias anotadas. El 21% de la

población del censo del 2000 presenta acceso deficiente, comparado con 6% y 11% en los otros dos grupos. Algo semejante se observa en el indicador general de disponibilidad de servicios.

2.2. Oferta de Servicios de Atención del Instituto Nacional de Seguros

El tipo de servicios médicos que se presta en INS-Salud y en la red de establecimientos, no se agrupa en ninguno de los niveles de atención, ya que por su condición éstos son una mezcla entre lo público y privado, aunado al hecho que no se cuenta con indicadores que permitan determinar el nivel de complejidad.

El tipo de recurso físico y humano varía dependiendo del centro de atención, en el complejo de INS-Salud existe 14 modulares, 144 camas, 9 salas de rehabilitación, 50 camillas para terapia y el recurso se da bajo dos modalidades: i) por planilla 350 funcionarios de diferente perfil ocupacional, ii) por contrato, existe un registro de 400 proveedores para contrato de personal de diversa especialidad (aseo, vigilancia, alimentación, rayos x, laboratorio, imágenes médicas).

La Casa Albergue, fue creada con la finalidad de hospedar a las personas que viven en zonas alejadas (zonas urbanas) que por motivo de una cita o tratamiento no tienen donde alojarse, a éstas personas se les brinda asistencia básica, ropa (entendiéndose como la ropa distintiva del albergue para su permanencia) y alimentación. Posee 70 camas y en algunos de los casos se presta atención médica de ser necesario.

Los consultorios del sistema médico de empresa tienen un nivel primario; el recurso humano es por contrato de los cuales 291 son médicos y 165 enfermeras, el equipamiento es de implementos médicos quirúrgicos necesarios y convenientes, con un espacio adecuado para la atención de los trabajadores.

En los dispensarios el recurso físico varía según el establecimiento, tienen un nivel asistencial primario según lo indicado y el recurso humano es de 42 funcionarios administrativos, 2 médicos, 2 farmacéuticos, 21 enfermeras, 5 fisioterapeutas en planilla y 117 contrataciones de profesionales en otras áreas.

La accesibilidad en este caso se puede dar de tres formas, en primera instancia de acuerdo a la situación geográfica, en segundo lugar si se encuentra o no asegurado a los regímenes de Riesgos de Trabajo (RT) o Seguro Obligatorio Automotor (SOA) y finalmente dependiendo del tipo de póliza que se adquiere.

La accesibilidad geográfica es una de las limitaciones más potenciales que tienen las personas para recibir una atención médica, si bien se cuenta con dispensarios y consultorios de médicos de empresa la atención que se brinda a los usuarios es básica y no es por igual en todos los casos, de aquí que cuando se requiere una atención más especializada debe referirse los pacientes al complejo.

La cobertura de acuerdo con la Ley de Universalización es para todos, sin embargo, las personas que reciben los servicios médicos debe estar bajo los regímenes del INS, entonces existe una cobertura administrativa del 72.6% que corresponde a la población asegurada por RT.

2.3. Oferta de Servicios de Atención del Sector Privado

En el sector privado resulta difícil desagregar por nivel de atención, ya que por definición el primer nivel considera aspectos de prevención y promoción de la salud, en el segundo se atienden consultas más generales, especialidad y urgencias, entre otros que requieren cierto nivel de complejidad y el tercer nivel se ocupa de la hospitalización y la cirugía mayor. Existen clínicas que, en muchos casos, se componen de tres consultorios y ofrecen una atención en el momento, siendo este un sector que se especializa más en curación y rehabilitación y finalmente, algunos realizan cirugías menores, por lo que podría considerarse a estos prestadores de servicios más pasivos. Dado que no se cuenta con información pertinente y relevante que defina el nivel de complejidad en cada caso, no es posible hasta el momento desagregar por nivel. Esta situación plantea la necesidad de establecer mejores mecanismos de control a los establecimientos y centros de salud, además de crear normativas para obtener la información.

Por otra parte, la disponibilidad y características de los establecimientos varía según el tipo de atención, en el caso de los hospitales en su mayoría cuentan con equipos de alta tecnología, salas de cirugía menor, salas para realizar resonancias magnéticas y de tomografía axial computadorizada (TAC). El área de influencia es

nacional y no está restringida, sin embargo, la atención médica en el sector privado se encuentra condicionada al nivel de ingreso de las personas.

La cifra del recurso humano se encuentra subestimada ya que no se logra determinar en todos los centros privados, con excepción de los hospitales Clínica Católica, Jerusalén y CIMA/San José, el perfil ocupacional comprende aproximadamente 175 enfermeras, 62 médicos¹⁰² y 273 que se divide entre administrativos y servicios de apoyo.

En el ámbito de la accesibilidad, el principal factor es del socioeconómico, donde el precio del servicio tiene una estrecha relación a la capacidad de pago del usuario y la satisfacción que de ésta se derive.

La disponibilidad de recurso físico y humano, así como la cobertura y capacidad resolutive, no fue posible de obtener dado que no se cuenta con la información necesaria que ayude a elaborar indicadores de producción, calidad, efectividad, así como las tasas de cobertura con relación a la población.

E. Estimación de la Demanda de Servicios de Salud

El concepto demanda implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud. Aquellas necesidades en salud que efectivamente se concretaron en prestaciones en salud es lo que llamaremos demanda conocida, en cambio aquellas necesidades que se plantearon como necesidad y no fueron resuelta por los servicios de salud la llamaremos demanda insatisfecha y aquellas necesidades de la población que no se conocen en los servicios de salud las denominaremos demanda desconocida.

En el presente análisis trataremos principalmente la demanda conocida y la demanda insatisfecha; es tarea pendiente del sistema de salud desarrollar y aplicar las técnicas pertinentes, tipo “Encuesta de Necesidades Percibidas de la Población”, para conocer lo que hoy llamamos demanda desconocida.

Para desarrollar este análisis se emplea principalmente el método de utilización de servicios tanto en el ámbito ambulatorio como de hospitalización. Las fuentes de información son: La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2001 en el módulo de atención en los servicios de salud que contenía preguntas para todos los miembros del hogar sobre uso y número de consulta odontológica, consulta médica total y privada y hospitalización durante el primer semestre.

El Sistema Estadístico de la CCSS, por su parte, mantiene un registro continuo con relación a la hospitalización y encuestas quinquenales para la atención ambulatoria.

1. Utilización de los Servicios de Salud

1.1. Características demográficas y proyección de población:

Para analizar y estimar la demanda es importante caracterizar la población del país y proyectar su crecimiento al mediano y largo plazo. El tamaño poblacional está directamente relacionado con la cantidad de servicios requeridos y la distribución de esta población en el país es necesaria para entender y explicarse la interacción entre demanda y oferta.

La estructura de edad de esta población incide en forma importante en el uso de los servicios y en el marco de la transición demográfica; los servicios de salud deben satisfacer los requerimientos de las poblaciones jóvenes (infancia y reproducción) y las crecientes demandas de enfermedades crónicas de la población de la tercera edad.

¹⁰² El dato de los médicos se encuentra subestimado, solo incluye al personal de tres hospitales; la falta de información imposibilita establecer para este apartado el total de médicos y otros profesionales en salud.

Al comparar las pirámides poblacionales del año 1973 y 2001 parece evidente que la estructura de la población de Costa Rica ha cambiado. El grupo de menores de cinco años que había sido el grupo mayoritario, ha disminuido, por el contrario aumenta el grupo de 10-14 años al igual que el de 75 años y más. En síntesis, la pirámide del 2001 muestra un ensanchamiento en la población económicamente activa y en la tercera edad. En las proyecciones del 2005 ésta situación se acentúa, lo que plantea nuevos retos a los servicios de salud ya que estos elementos influyen en la utilización de servicios de salud y por ende en la demanda esperada.

Otro elemento importante de conocer son las necesidades de salud de la población. El país no cuenta con una encuesta de necesidades percibidas por la población, sin embargo se han realizado diferentes esfuerzos para lograr aproximarse a estas.

Uno de ellos es El Plan de Atención a las Personas (PASP), en cuya elaboración se utilizó una metodología muy participativa, intersectorial y con participación social, que permitió la identificación de 19 problemas prioritarios de salud, a saber:

- Enfermedades del aparato Circulatorio
 - Tumores
 - Enfermedades del Aparato Respiratorios
 - Enfermedades del Aparato digestivo
 - Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
 - Diabetes mellitus
 - Infecciones intestinales
 - Dengue
 - Enfermedades mentales
 - Patología Bucodental
 - Causas externas
 - Enfermedades Prevenibles por vacunación
 - Artropías y dorsopatías
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades de trasmisión sexual
 - Tuberculosis
 - Anemia ferropénica
 - Enfermedades de los ojos
 - Malaria
- 1.2. Demanda Conocida:

Se pueden definir como aquellas necesidades en salud que efectivamente se concretaron en prestaciones en salud. En el caso de la demanda insatisfecha resulta de las necesidades que no fueron resueltas por los

servicios de salud, mientras que la demanda desconocida será las necesidades de la población que no conocen en los servicios de salud.

1.3. Nivel Ambulatorio

a) Algunos indicadores de utilización en los sectores público y privado:

La utilización de servicios ambulatorios a nivel nacional en los últimos ocho años (cuadro 7), muestra un predominio del uso del sector público, en donde para el año 2001 el 83% de las consultas son públicas y el 17% privadas. Sin embargo, este predominio ha ido disminuyendo en estos ocho años, siendo en el período 1993-1998 la mayor caída del uso del sector público significando un 6% menos, en esos cinco años.

Cuadro N° 7
Utilización de los Servicios Ambulatorios Según Sector Público y Privado
-Año 1993-1998-2001-

	Público	Privado	Total
Proporción 1993	90.0	10.0	100.0
Proporción 1998	83.7	16.3	100.0
Proporción 2001	83.0	17.0	100.0

Fuente: Departamento de Estadísticas. DAPE, a partir de la Encuesta de Hogares de 1993-1998-2001.

Si analizamos la tasa de utilización de consultas por sector, vemos en el sector público es 4.7 veces más que en el sector privado, lo que es esperable dado que no media pago en el momento de recibir la atención. Estas tasas son ligeramente menores que las encontradas en el año 98, en donde en el nivel nacional era de 2.6 por habitante con un 2.2 en el sector público y 0.4 en el privado.

Este cambio podría explicarse desde una perspectiva numérica, en el hecho de que a pesar que el volumen de consultas aumentó en el año 2001 con respecto al 1998 dicho aumento es 2%, el mismo, es menor al crecimiento anual de la población.

Si bien es cierto que los datos no son totalmente coincidentes entre la Encuesta de Hogares y las estadísticas de la Caja, en ambas se ve un descenso entre 1998 y el 2001. Tal disminución puede tener varias explicaciones que van desde un mejor manejo de las consultas al brindar una atención más integrada, en el marco de un nuevo modelo de atención, por una diversificación de acciones (preventivas y de promoción) que no son calificadas como consultas, hasta una disminución de la oportunidad de atención en relación con la demanda por limitación o inadecuada gestión de los recursos existentes, entre otras.

En virtud de lo anterior que indica la necesidad de profundizar en las causas de esta situación, es importante desagregar la información y revisar esta utilización por regiones de salud (cuadro 8).

Cuadro N° 8
Consultas por habitante sector público y privado, según región
-Año 2001-

Regiones	Consulta por Habitante	
	Público	Privado
Central	1.81	0.51
Chorotega	2.01	0.24
Pacífico Central	2.31	0.20
Brunca	2.35	0.18
Huetar Atlántica	2.37	0.21
Huetar Norte	1.73	0.24
Total	12.58	1.58

Fuente: Departamento de Estadística. DAPE, a partir de la Encuesta de Hogares.

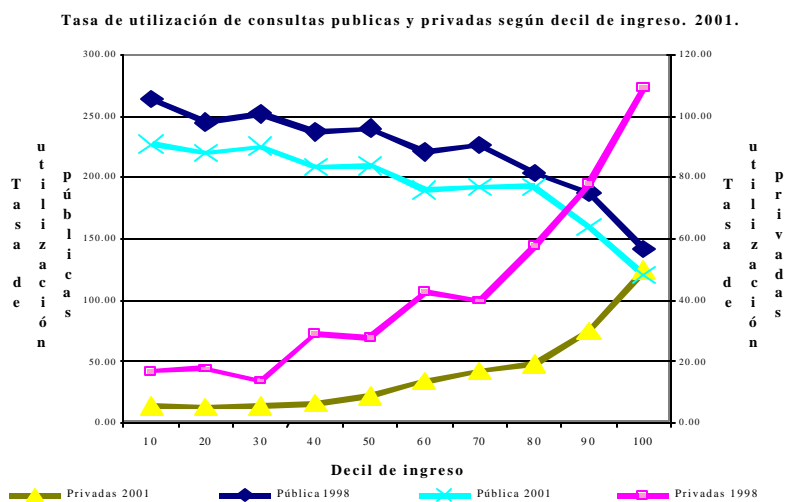
Al revisar las consultas por habitantes entre el sector público y privado, como ya se indicó, la diferencia de utilización a escala nacional es de 4.7 veces más en el sector público y aumenta conforme se eleva el nivel de pobreza de la región. Es así como la región Brunca tiene una consulta pública por habitante 13 veces mayor que la privada. Caso especial es la región Huetar Norte que tiene una tasa de consulta pública por habitante menor a la tasa nacional y central, aspecto que llama la atención y que requiere ser estudiado con mayor detalle.

Resulta interesante en esta discusión revisar por región la participación de las consultas privadas en el total de consultas, en donde vemos que la región central origina el 22% de las consultas privadas seguido por un 12% de la región Huetar norte lo que resulta un comportamiento distinto con respecto a otras regiones cuya población tiene similar nivel de pobreza.

1.4. Utilización según decil de ingreso, edad, sexo, zona y nivel de pobreza años 1998 y 2001

La necesidad de consulta por decil de ingreso es prácticamente uniforme lo que indica que el ingreso no es una variable que afecte o sea determinante en la utilización de servicios de salud para la población costarricense. Sí se muestran diferencias en la composición según financiamiento entre el sector público y privado, ya que la tasa de utilización del sector privado en el decil más alto de ingreso es casi nueve veces mayor que la tasa de utilización observada en el primer decil de ingreso, es decir, que se muestra una tendencia creciente y directa entre uso de servicios privados y el decil de ingreso.

Gráfico N° 1

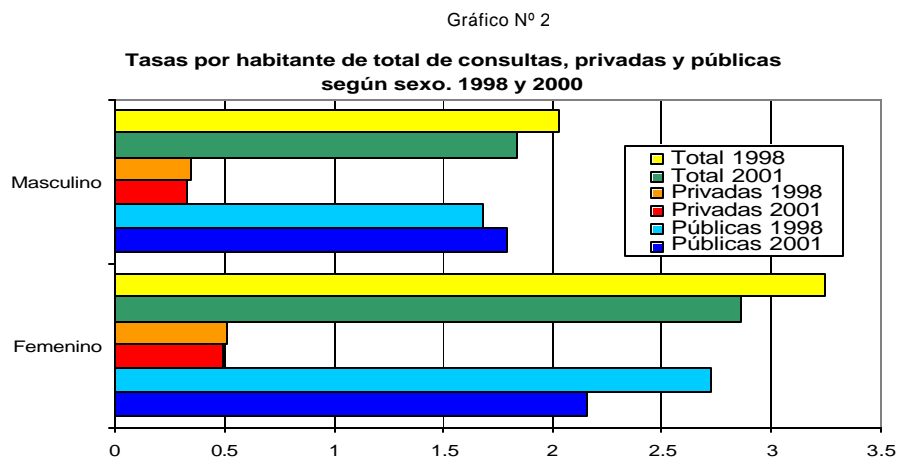


Fuente: Elaboración Propia

El patrón de utilización por grupo etario es similar, en el ciclo de vida dan cuenta de la mayor utilización de servicios, predominando el peso en el grupo de la tercera edad. El grupo de 0-4 años utiliza un 42% más los servicios que en el total del país y la tercera edad (65 años o más) dos veces más, es decir, 4.72 consultas por habitante para el año 2001.

El comportamiento en el sector privado es casi igual en ambos años con una ligera disminución también en el 2001. Un rasgo distintivo en este sector es que el peso de la edad en la utilización de servicios es mucho menor comparado con el sector público, lo que podría indicar que en este sector la edad no es una variable muy importante para acceder a él, aunque siempre es mayor en los extremos de la vida. Otra hipótesis posible es que en el sector privado sea menos probable que existan policonsultantes debido a que la consulta tiene un costo monetario directo e inmediato.

Con respecto a la utilización por sexo (Gráfico N° 2) como ya se ha mostrado históricamente la utilización es mayor en el sexo femenino que en el masculino, sin embargo hay un decrecimiento de esta distancia entre 1998 y 2001, situación que se origina sector público donde la tasa de utilización de las mujeres disminuye en un 21% y la de los hombres aumenta en un 6.5%, en el año 2001 con respecto a 1998.

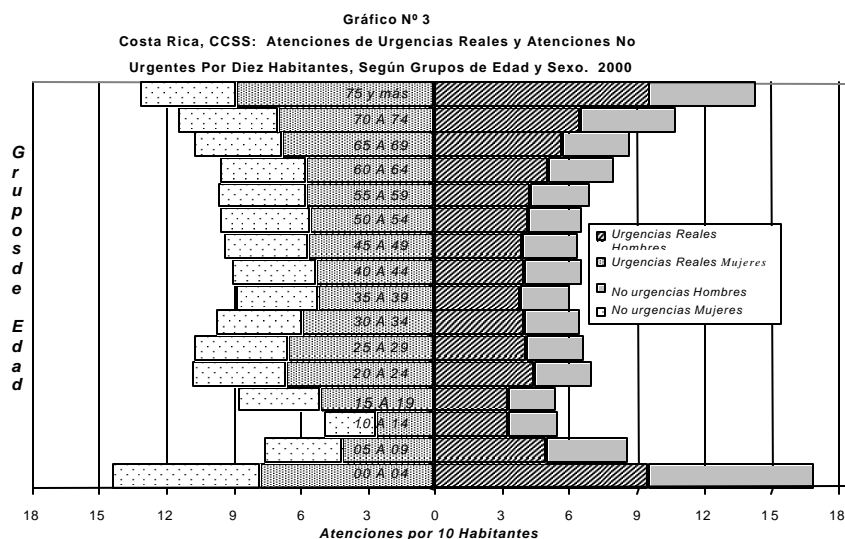


Fuente: Departamento de Estadística. DAPE. a partir de las Encuestas de Hogares 1998 v 2001.

El sector privado mantiene la misma relación en ambos años, 50% en las mujeres que en los hombres. Las Estadísticas de la CCSS nos permiten analizar estas dos variables (edad y sexo) por tipo de consulta, ya sea de primer nivel (medicina general) o especialidades.

Como vemos los resultados son prácticamente iguales a los indicados anteriormente, el consumo de consultas es muy alto en la primera edad (menores de 5 años), se reduce grandemente de los 5 a los 19 años, va aumentando con la edad y sobrepasa a los menores de 5 años a partir de los 65 (tercera edad); así, el grupo más frecuente de la población es el que menos hace uso de la Consulta Externa, los que más la usan son los grupos minoritarios. Además, desde los 15 y hasta los 74 años de edad las mujeres consultan más que los hombres, incluyendo la edad fértil (15 a 44 años).

Esto no varía mucho si se toman en cuenta sólo las consultas de Medicina General (parte central y oscura del gráfico) o las Especialidades (zonas más claras de cada barra). Este mismo patrón se encontró en las encuestas anteriores (1987 y 1992).



Fuente: Elaboración Propia

Otro tópico importante de explorar es el comportamiento de las consultas por habitante según zona ya sea rural o urbano, teniendo en mente que en el país el 59% de la población se cataloga como urbana y el 41% como rural, según Censo del año 2000.

En términos de la distribución geográfica en la zona rural las tasas de utilización son ligeramente superiores a las observadas en la zona urbana, y a su vez muestran un componente primordialmente público ya que el 89% de las consultas se brindaron por parte de este sector, lo cual sigue reflejando uno de los logros del Seguro de Salud Costarricense.

La última relación que se desea mostrar es la utilización de los servicios según nivel de pobreza. Uno de los elementos más interesantes de analizar es la particularidad de Costa Rica en donde las tasas de consultas por habitantes son muy similares, a pesar de las diferencias en situación económica. Obviamente esto sucede porque el sistema público tiene un peso muy alto (83% del total de consultas) en donde el acceso a los servicios por parte de la población no está limitado por el nivel de ingreso, es más, como se vio anteriormente, la utilización es mayor en las regiones más pobres, lo que lo hace bastante más equitativo que muchos otros sistemas de salud. Aunque en forma más tenue por verlo a nivel global, el sector público muestra mayores tasas de utilización en la categoría de extrema pobreza.

Si vemos el comportamiento del sector privado, como es de esperar, la mayor utilización se encuentra en la categoría de “no pobres”, aunque no deja de llamar la atención, que existen proporciones de población que aún en extrema pobreza utilicen los servicios privados.

1.5. Utilización de Servicios de Salud, según condición de Aseguramiento

Otra de las variables importantes de analizar es la relación de la utilización de servicios de acuerdo a la condición de aseguramiento, aspecto que también podemos revisar a partir de los datos de la encuesta con la ventaja de poder verlo no sólo general sino también por sector público y privado (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9
Tasa de Utilización de Consultas por Sector, según
Condición de Aseguramiento
-Año 2001 -

Condición	Público	Privado	Total
Asalariado	1.8	0.4	2.2
Mediante Convenio	1.4	0.2	1.6
Cuenta Propia	1.7	0.5	2.2
Por cuenta del Estado y sus Familiares	1.8	0.1	1.9
Familiar Asegurado Directo	2.0	0.5	2.5
Pensionado RNC	4.7	0.3	4.9
Pensionado CCSS Hacienda	3.9	0.8	4.7
Familiar de Pensionado	2.7	0.6	3.3
Otras Formas	1.3	0.2	1.5
No Asegurado	1.1	0.3	1.4
Ignorado	0.7	0.5	1.2
Total	1.9	0.4	2.4

Fuente: Departamento de Estadística. DAPE, a partir de la Encuesta de Hogares del 2001.

Una de los primeros elementos que saltan a la vista en la información global, es que no hay una gran diferencia en la utilización de consultas por habitante según su condición de aseguramiento, lo que estaría indicando que esta condición no es una variable determinante para acceder los servicios de salud, y que la mayor utilización está más determinada por la edad y el nivel de ingreso, ya que la categoría de pensionados son las que registran el mayor uso y se eleva más si se combina con ser del régimen no contributivo en donde llega a ser dos veces más que la utilización total de país.

En el sector privado vemos que la variable edad sigue siendo determinante ya que las categorías “pensionado CCSS y Hacienda” y “ Familiar de pensionados” son las que registran la mayor utilización, sin embargo, el ingreso, inferido a partir de su condición de aseguramiento, marca diferencias en la utilización de servicios en este sector. Es así como los pensionados del Régimen no Contributivo, a pesar de su edad, tienen tasas menores que otras categorías de pensionados, al igual que muestran tasas más altas en las categorías de “asalariado” y por “ cuenta propia” que en la de “Por cuenta del Estado”, por ejemplo.

1.6. Tipo de atención demandada, lugar y motivo de la demanda

En relación con el tipo de atención demandada el 67% corresponde al Primer Nivel de Atención (medicina general) y el 22% a consultas especializadas. Las consultas especializadas, mostraron una disminución del servicio de atención médica pública en las edades medianas y una mayor importancia de la prestación de servicios públicos de atención especializada en las más adultas.

Con respecto al motivo de la consulta, parece importante destacar que la enfermedad da cuenta del 52% de las atenciones solicitadas, sin embargo, el motivo de control aparece como el segundo motivo de consulta.

Existe un patrón de incremento en el porcentaje de la consulta por control y por referencia de acuerdo con la edad, mientras que en las edades menores y medianas la intención de uso de la consulta, no es tanto el control sino la atención de algún tipo de dolencia.

Al mirar el lugar donde se solicita la atención, vemos que el 78% de las personas utiliza la red de servicios de la CCSS, un 57% utiliza el EBAIS y Clínicas y un 21% los Hospitales. También la información permite conocer la utilización de servicios de otras modalidades de atención como son el INS y Medicina de Empresa, en donde el 1% de las personas utiliza los servicios de INS y el 3% los de Medicina de Empresa.

En términos generales, los usuarios de los servicios ambulatorios públicos se concentran en los niños, las personas de 45 años y más, las mujeres y las personas que se ubican en los primeros ocho deciles de ingresos. Mientras que los usuarios de servicios de consulta médica privados se caracterizan por ser personas que se ubican en los deciles más altos de ingresos, hombres en edades medianas y que se encuentran en la fuerza laboral ocupados.

1.7. Atenciones de urgencias por habitante

Mostrando muy poca influencia del sexo o de la edad de las personas, el patrón de consumo de las atenciones de urgencia no cambia si se toman en cuenta solo las atenciones calificadas por el médico como urgencias reales o si solo las calificadas como no-urgencias. Puede decirse que, en términos generales y parecido a lo que sucede en la atención ambulatoria fuera de los Servicios de Urgencia, las cifras de consumo de atenciones de urgencia, urgentes o no, son bastante más altas en los menores de cinco años y algo altas en las edades más avanzadas; además, desde los 15 años son más frecuentes en las mujeres.

1.8. Demanda Insatisfecha

La demanda insatisfecha será tratada en dos ámbitos, por medio de las listas de espera y por información de la Encuesta de Hogares, sobre personas no atendidas que necesitaron servicios.

1.9. Demanda no efectiva:

Para el año 2001, en el ámbito nacional, el 12% de las personas que necesitaron servicios, no pudieron concretarlo en una atención. El motivo más frecuente para este hecho(41%) fue “se curó o automedicó” seguido de “no tuvo tiempo” (13%). El motivo “no había cupo” que da cuenta de la oportunidad de atención de la CCSS se presenta entre el 7% de estas personas. La no utilización por motivos económicos aunque no es muy alta (7%) se presenta especialmente en las regiones Chorotega, Pacífico Central y Brunca.

1.10. Listas de Espera

Las listas de espera son una de las evidencias más claras de problemas en la oportunidad de atención, las cuales generan demanda insatisfecha. En Costa Rica se ha definido que se cataloga en lista de espera cuando la atención se programa para 90 o más días de haberla solicitado.

De acuerdo a la información de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, a partir de la evaluación del compromiso de gestión del año 2001, muestra que existe 10 especialidades con lista de espera para consulta externa y cirugía electiva.

1.11. Método utilizado para estimar la brecha de oferta y demanda

Para estimar la demanda existen varios métodos: Necesidades de salud, objetivos de prestaciones, utilización de servicios y razón recursos /población.

a) Método Objetivo de Prestación:

La base para definir los objetivos de prestación son las Normas de Atención Integral del Primer Nivel de Atención.

La estimación se realizará para la atención preventiva por ser la que cuenta con normas que permite aplicar el método. Sin embargo es necesario realizar varias aclaraciones que permitan una adecuada interpretación de la información que se presentará.

La fuente de información será los resultados de los compromisos de gestión del año 2001.

La población utilizada es la negociada para el año 2001 que no contemplaba aún el censo 2000 por no estar disponible al momento de la negociación.

Las prestaciones realizadas corresponden únicamente a las otorgadas por el Primer Nivel de Atención de la CCSS. Por lo tanto es necesario tener en cuenta que no se incorpora las atenciones brindadas por el sector privado, ni por otras modalidades de atención como es Medicina de Empresa. Incluso en las prestaciones institucionales no están tomadas en cuenta las que se brindan en los hospitales como Medicina General.

Al interpretar las diferencias tomar en cuenta lo indicado en el punto anterior.

El método de objetivos de la prestación se aplicó a las siguientes atenciones: de menores de un año, captación temprana de menores de un año, niños y niñas de 1-6 años, en el escenario escolar, del Adolescente, Diabético e Hipertenso, Vacunación, Odontología preventiva y Toma de PAP.

La atención del escenario escolar incluye las siguientes valoraciones: Agudeza visual, Agudeza auditiva y revisión del esquema de vacunación. La atención odontológica, por su parte, incluye fluoración, sellantes y educación.

El resultado de la aplicación de la metodología se puede ver en el cuadro N° 16 del Anexo 1, en donde se aprecia que las mayores diferencias se encuentran en la toma de citología, en la atención de adolescentes y en la atención odontológica especialmente a embarazadas y adolescentes. Reiterando lo dicho, es necesario tener presente que solo incluye las atenciones brindadas por la CCSS. Es muy importante contar con información del sector privado y de otras modalidades de atención ya que probablemente en el caso de la Toma de PAPI¹⁰³ existe una importante cantidad de personas que demanden este servicio en el sistema privado y en Medicina de Empresa.

Con relación a adolescentes y menores de 1-6 años a pesar de ser coberturas bajas, indica que se deben mejorar las estrategias de abordaje en estos grupos, es posible reconocer un importante avance, en éstos grupos de población históricamente se ha tenido coberturas muy bajas para lo cual se han desarrollado diversas metodologías con e fin de mejorar atención, especialmente en el caso de los adolescentes.

Para el caso de la atención odontológica muy probablemente la dificultad de cubrir la demanda potencial obedece a insuficientes recursos (Humanos y Tecnológicos) ya que a pesar de los esfuerzos y aumento de recursos especialmente con el traspaso del personal del Ministerio aún es insuficiente, y en algunos casos hay una inadecuada distribución del existente.

2. Instituto Nacional de Seguros

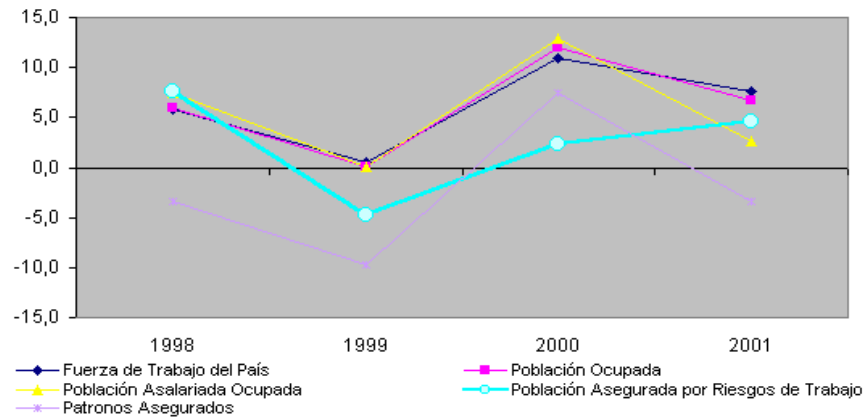
La demanda de servicios en el Instituto Nacional de Seguros, se analizará de acuerdo con la cobertura, demanda insatisfecha, la demanda no cubierta y caracterización demográfica.

2.1. Cobertura

103 En la toma de PAP pareciera existir una limitante cultural que provoca dificultad para que se sienta la necesidad de demandar cada dos años este servicio.

De acuerdo con la Ley de Universalización de Seguros, la cobertura de la población que recibe servicios de salud, debe ser de un 100%. En el INS existe una cobertura administrativa que corresponde a la población asegurada por Riesgos del 72.6%, que es el resultado de una relación entre los asegurados por riesgos de trabajo 775,141 trabajadores con respecto a 1,068,412 de la población asalariada ocupada.

Gráfico N° 4
Crecimiento de la Fuerza de Trabajo, Población Ocupada, Asalariada Ocupada, Asegurada por Riesgos de Trabajo y Patronos Asegurados
-1998 al 2001-



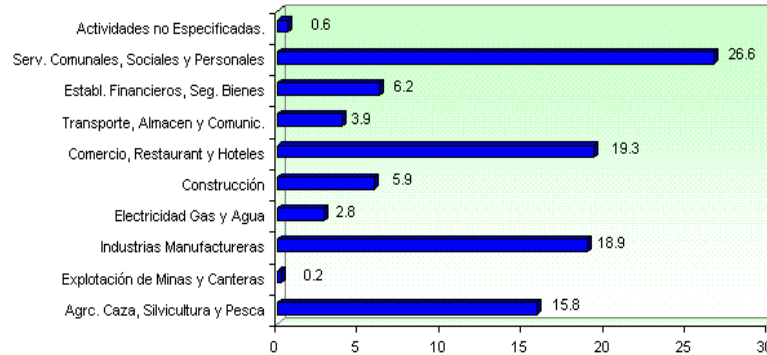
El aumento en la cobertura administrativa de Riesgos de Trabajo (RT) no ha sido sostenido, a modo de ejemplo, en 1998 se dio un crecimiento del 7.5%, en detrimento de un -4.7% del año siguiente, se observa un leve repunte en los años 2000 y 2001 de un 2.4% y 4.5% respectivamente. Esta situación hace suponer que los programas de promoción prevención de los accidentes riesgos de trabajo tuvieron un menor impacto, aunado a estos se puede citar que la exclusión de la obligatoriedad del seguro en el caso de los trabajadores independientes puede estar afectando la afiliación al régimen¹⁰⁴.

También llama la atención el similar comportamiento que tiene la fuerza de trabajo, población ocupada, asalariada ocupada y los patronos asegurados, donde la cantidad disminuye considerablemente en el año de 1999 y mantienen una tendencia al aumento en los años siguientes. Es de suponer entonces que el aseguramiento de riesgos de trabajo estaría influenciado por condiciones que manifiesten las anteriores variables.

De la cobertura de trabajadores en RT según actividad económica, servicios comunales, sociales y personales tienen una mayor participación 26.6%, seguido de la actividad de comercio y afines 19.3%, en tercer lugar se ubican las industrias 18.9% y finalmente con 15.8% agricultura, caza, etc.

En cuanto a las actividades de explotación de minas y canteras, electricidad, gas, agua, construcción, transporte, establecimientos financieros y no especificadas, en conjunto alcanzan apenas un 19.5%.

Gráfico N° 5
Participación de los Asegurados por el Seguro de Riesgos de Trabajo Según
Actividad Económica
-Período 1997 al 2001-



2.2. Demanda Insatisfecha y No cubierta

104 Título Cuarto. De la protección de los trabajadores durante el ejercicio del trabajo. Artículo 194: Señala “Sin perjuicio de que, a solicitud del interesado, se pueda expedir el seguro contra riesgos del trabajo, estarán excluidos de las disposiciones de este Título: a) La actividad laboral familiar de personas físicas, entendida ésta como la que se ejecuta entre los cónyuges, o los que viven como tales, entre éstos y sus ascendientes y descendientes, en beneficio común, cuando en forma indudable no exista relación de trabajo. b) Los trabajadores que realicen actividades por cuenta propia, entendidos como los que trabajan solo o asociados, en forma independiente, y que no devengan salario. Reformado por Ley N° 6727 de 9 de marzo de 1982.

La demanda insatisfecha es el producto de no recibir la atención deseada o pretendida por el usuario o cliente, por causa de la falta de recurso sea físico, económico o de capital humano o cualquier otro factor que pueda limitar o afectar la atención. Para el caso particular del Instituto Nacional de Seguros este tipo de demanda no fue posible de obtener por la falta de información.

Algunas personas en el Instituto consideraron que la demanda insatisfecha era aquellas personas que no se encontraban bajo el Régimen de Riesgos de Trabajo, recordemos que un 72.6% de la población está asegurada por RT, por lo que un 27.4% no lo está. Sin embargo, considerando los elementos que puedan determinar o no la insatisfacción de la demanda, se considera prudente agrupar a este porcentaje de personas (27.4%) en una demanda no cubierta.

2.3. Caracterización Demográfica

En la caracterización demográfica se consideran las variables de demanda conocida y las necesidades de salud de la población en el país. Siempre refiriéndose al modo de trabajo del INS.

2.3.1. Demanda Conocida

Se entenderá como la demanda conocida a la utilización de los servicios, principalmente lo relacionado con: las consultas (brindadas, subsecuencia, días incapacidad, altas otorgadas, ambulatorias), hospitalizaciones, hospedaje, procedimientos, entre otros de acuerdo al régimen y puntos de servicio.

a) Consultas brindadas, consultas subsecuentes, días incapacidad y altas otorgadas.

Con respecto a los puntos que ofrecen servicios de atención médica, al 2001 se reportan un total de 468,484 consultas brindadas, 303,455 corresponden al complejo INS-Salud, 154,023 a Dispensarios y 10,084 se dieron en los consultorios de Médico de Empresa, en el último de los casos sobresale el poco crecimiento con relación al año anterior, que pasó de un 53.2% en el 2000 a un -8.9% en el año siguiente. Aquí se dejan ver dos posibles explicaciones, una que existe una mejor promoción de la salud en las empresas y dos que los trabajadores utilizan adecuadamente los servicios (poca posibilidad de policonsultantes).

Las consultas en los dispensarios no han mostrado crecimientos importantes, por el contrario existe una tendencia al crecimiento sostenido, mientras que en el complejo se da un mayor dinamismo.

Siempre en el tema de las consultas brindadas pero esta vez según el régimen solo en el RT se dieron 350,272 consultas, seguido del SOA 113,280, otros seguros 3,064 y finalmente el seguro estudiantil con 1,407.

En el campo de las consultas de subsecuencia en el complejo se dio un crecimiento del 11.8%, cifra menor si se compara con el período anterior 17.2%, en los dispensarios se observa un mayor crecimiento de un 6.9% y en consultorios alcanzó un -5%, una cifra menor al compararse con el 15.8% del 2000.

Los días incapacidad otorgados en el 2001 ascendieron a 2,960,535, solo en RT la participación relativa es del 86.9%, 12.7% en SOA y 0.4% equivalente a los seguros estudiantiles y otros. El número de altas ascendió a 307,834, un incremento de 82,817 en términos absolutos.

Dentro de los servicios que se prestan en el Complejo INS-Salud, existe la práctica ambulatoria. En este sentido, no se puede omitir el hecho que no existe ningún tipo de información que permita el acceso de los datos relacionados.

b) Hospitalización y Hospedaje

En el ámbito de hospitalización en el 2001 se reportan 2,103 hospitalizaciones por el régimen de RT, en el SOA 1,151 y 39 otros, cantidades que en términos absolutos representaron un aumento de 168 y -45 en los

primeros rubros. De éstas hospitalizaciones se derivaron 30,755 días cama efectivamente ocupadas durante en año, con una ocupación potencial de 32,248, lo que implica un porcentaje de ocupación efectiva del 95.4% 105.

Como parte de los centros que prestan servicios médicos para la atención de pacientes, el INS ha creado una Casa Albergue para todas aquellas personas provenientes de áreas alejadas que requieren de una atención médica de diversa índole, del 2000 al 2001, el total de pacientes hospedados aumentó en 705 más, un crecimiento del 36.7%, derivándose 15,906 días camas y un índice de ocupación del 16.5%.

c) Procedimientos

Los servicios al paciente por tipo de procedimiento, indican que en la realización de éstos el hospital tiene una mayor participación 87.9% (2001), en segundo lugar se encuentran las asistencias de exámenes 3.7% y los que se realizan en el albergue 3.6%. El traslado de pacientes y exámenes de laboratorio alcanzan el 2.5% y 2.3% respectivamente.

Los procedimientos más frecuentes en enfermería de consulta externa, son las curaciones, otros procedimientos, servicio de valoración a pacientes, inyectables y algunos de cirugía menor.

En ortopedia según el régimen, se produjeron 9,192 consultas en RT, 784 en SOA y 121 de otros seguros. Radiología reporta un total de 43,598 pacientes atendidos, un promedio mensual de 3,666, lo que implicó 45,471 exposiciones y 41,667 placas.

Por concepto de farmacia se despacharon 426,119 cupones solo en el régimen de riesgos de trabajo, 132,429 en los seguros obligatorios automotor y 10,083 en otros, para un total de 568,631 cupones, lo que generó un crecimiento del -1.1%. Aún cuando se observa una disminución total en los medicamentos, en el complejo de INS-Salud la cifra fue de un 6.6% por este concepto, lo que puede estar asociado a la población que se atiende en el complejo y los servicios no ofrecidos en los dispensarios y consultorios.

Finalmente en el servicio de transportes, donde los pacientes reciben el servicio de traslado a domicilio ya sea a hospitales y clínicas privadas o al complejo de INS-Salud para recibir atención integral, el total de traslados en el 2001 fue de 72,001, 49,868 RT, 20,758 SOA y 1,375 de otros seguros.

2.3.2. Necesidades de Salud

Las necesidades de salud que tiene una población son difíciles de establecer según el tipo de proveedor de servicios de salud, además siendo el INS-Salud un centro que presta atención pública y privada, aunado al hecho de quienes reciben el servicio son personas que se encuentran aseguradas en algunos de los regímenes, las necesidades no son iguales para todos.

Ante la ausencia de antecedentes que puedan ayudar a la definición de éstas, se considera necesario en primera instancia conocer la problemática existente en el país, para lo cual se analizarán los accidentes ocurridos según la actividad económica y el género.

La cantidad de accidentes ocurridos en el 2001 fueron de 110,249, de los cuales el mayor número se produjo en San José 31,837, una participación del 28.9%, en Alajuela se produjeron 18,503 (16.8%), Limón 14,871 que implica una participación relativa del 13.5% y en Puntarenas 11,564 (10.5%). Las provincias de Heredia, Cartago y Guanacaste alcanzan un 27.1% en conjunto, mientras que los no especificados obtienen apenas un 3.3%.

Cuadro N° 10
Accidentes Laborales, Según Actividad Económica
Según Provincia de Ocurrencia
-Año 2001 -

105 Información obtenida del Boletín Estadístico INS-Salud. Año 2001. Cuadros N° 32 y N° 33.

Conceptos	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón	No Esp.
Ag. Caza, Silvic.								
Pesca	1,154	4,597	2961	2,407	3,364	4,957	9,562	662
Exp. Minas y								
Canteras	47	88	17	50	84	33	29	7
Ind.								
Manufactureras	7,570	5,022	2659	3,322	694	1,630	1,635	386
Elect. Gas y Agua	844	619	347	168	723	187	141	224
Construcción	5,318	2,089	1669	1,464	1,352	1,140	535	241
Com, Rest. Hot.	6,445	2,140	851	1,663	588	1,123	561	187
Transp. Alm.								
Comun.	1,472	948	212	340	133	727	758	91
Estab. Finan. Seg.								
Bien	1,726	285	280	271	199	173	195	115
Serv. Comu.Soc.								
Pers	7,116	2,590	1359	1,200	1,213	1,544	1,387	1,605
Act. no Especific.	145	125	87	19	102	50	68	158
Total	31,837	18,503	10,442	10,904	8,452	11,564	14,871	3,676

Nota: En el rubro de no especificado contiene los errores producto de la digitación de los datos.

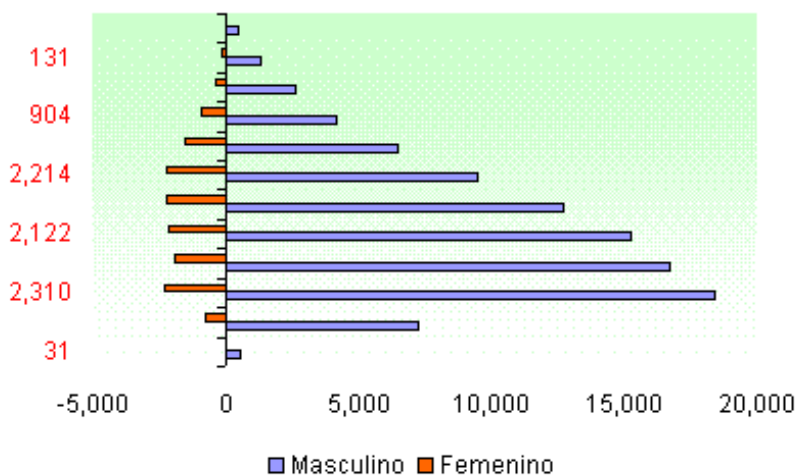
Fuente: Sistema Mecanizado de Riesgos de Trabajo

Según el género, los accidentes en hombres superan en mayor número al de las mujeres. Solo en el 2001 el sexo masculino se dieron un total de 95,203 casos, en detrimento de 14,630 en el femenino, una diferencia en términos absolutos de 80,573106. Esta conducta puede considerarse como normal, considerando que las mujeres hasta hace unos pocos años están incursionando en la actividad laboral, y realizan en muchos casos trabajos menos complejos y expuestos a riesgos y accidentes laborales.

Por edad, el rango que oscila entre los 15 y menos de 55 años es el que mayores accidente reportó, en grupo alcanzaron un total de 104,337 accidentes y el de 55 a menos de 65 tuvo 4,407. Mientras que los menores de 15 años y los de 65 y más, en conjunto tienen apenas 1,057 accidentes en el 2001.

Tal como se observa en el gráfico, la pirámide según género deja de manifiesto la cantidad de hombres inmersos en la actividad laboral, con respecto a las mujeres. Dado que no se cuenta con estadísticas de períodos anteriores, no se conoce si el comportamiento se ha mantenido constante o muestra algunas alteraciones.

Gráfico N° 6
Accidentes Laborales por Edad
Según Género
-Año 2001-



Como resultado de los riesgos y accidentes laborales a los que está expuesta la población, independientemente de la edad y el sexo, el Instituto tiene como medidas: i) tener un Consejo de Salud Ocupacional y de Seguridad Vial, con el fin de ofrecer charlas a los trabajadores sobre la promoción de la salud y prevención de los accidentes, ii) también cuenta con el Complejo de INS-Salud el cual brinda los servicios médicos a las personas que han sufrido un percance producto de la actividad laboral, adicionalmente ha establecido una red de servicios entre los que se citan dispensarios y consultorios médico de empresa y un albergue temporal.

También existen programas de curación a domicilio, visitas de equipos multidisciplinarios que ofrecen terapia ya sea para la reinserción laboral o cambio de actividad de trabajo. La inspección a las empresas 107 permite realizar labores de trabajo social y la docencia 108.

106 Sistema Mecanizado de Riesgos del Trabajo.

107 Las visitas a las empresas tienen dos funciones, la primera incluye visitas a empresas para la inspección de salud y seguridad industrial, y la segunda relacionada con los puestos de

La estrategia utilizada trae consigo dos maneras de atención a los clientes, es proactiva, porque toma en cuenta la prevención y reactiva en el caso de la rehabilitación de los pacientes.

2.3.3. Indicadores

Las sesiones efectivas / programadas en terapia ocupacional fueron de un 94.9%. El porcentaje de ocupación efectiva de acuerdo a los hospedados en el Albergue es de un 60.2% en el 2000, mientras que al 2001 la cifra es de un 76.8%.

Con respecto al servicio de radiología se establecen los siguientes indicadores de producto cantidad para el 2001, 1.1 que es la relación de los estudios realizados entre los pacientes atendidos, en este mismo contexto el indicador de exposiciones / pacientes de 1.2 y en placas de 1.1 con relación a los pacientes.

Los porcentajes de ocupación efectiva en el hospital ascendieron a un 95.4% en detrimento del 82.3% del año anterior, un 13.1% más.

C. Calidad de los Servicios de Salud en Costa Rica

Tradicionalmente la valoración de la calidad estaba centrada más en los aspectos del proceso de atención que se presta y en los resultados. Hoy día, incorpora el valor de la calidad desde el punto de vista de los usuarios, de aquí que las encuestas de satisfacción adquieran mayor relevancia, principalmente cuando se intenta medir las listas de espera en la consulta externa y pruebas de diagnóstico, entre otros.

Los indicadores permiten medir la capacidad de cumplimiento de las metas en cada empresa, la satisfacción del producto que espera el cliente y lo que recibe, combinando las variables de rapidez, comunicación, capacidad de respuesta, oportunidad, accesibilidad y tiempo de espera dan una perspectiva de la calidad de los servicios que se pueden estar ofreciendo, siempre y cuando se cuente con la información, es posible establecer tales indicadores.

La calidad de atención es un producto de múltiples interrelaciones entre la calidad técnica, la equidad, la eficiencia, la eficacia, la oportunidad de atención, continuidad, coordinación de la atención y la humanización de los servicios, en respuesta a las necesidades en salud de los diferentes grupos sociales, géneros y etnias.

La satisfacción de los usuarios de los servicios es de fundamental importancia cuando se estudia la calidad de atención y está identificada en la relación entre las acciones desarrolladas por los servicios y la satisfacción de las necesidades en salud. Proporciona información del éxito del proveedor para satisfacer las necesidades concretas de sus usuarios y usuarias. Sin embargo, se debe reconocer que el mercado de la salud es atípico y con información asimétrica, puesto que los usuarios poseen una comprensión incompleta de la ciencia y tecnología, de manera que sus juicios usualmente representan una perspectiva de la calidad desde el ángulo de las relaciones interpersonales que se logran establecer entre prestatarios y usuarios.

Por lo anterior, la satisfacción de los usuarios, se sustenta en los esfuerzos realizados por los prestatarios en la educación y democratización de los conocimientos y en el auto cuidado en salud. En última instancia, los esfuerzos de los servicios de salud, deben dirigirse a que la población comprenda y se apropie de los conocimientos, actitudes y prácticas, que hagan posible su participación activa y crítica en los procesos de construcción social de la salud.

1. Ministerio de Salud

trabajo ya sea para reubicar a una persona de su puesto o ubicarla en el mismo, según las condiciones del trabajador.

108 La práctica de docencia se da en el sentido de impartir charlas en empresas, ya sea sobre el uso adecuado de los equipos, protección, medidas preventivas y adecuadas posturas de trabajo, entre otros, para ello se trabaja con el Consejo de Salud Ocupacional.

El Ministerio de Salud, como ente Rector es el responsable de velar por el Programa Nacional de Garantía de Calidad en Costa Rica, por considerar este como uno de los componentes básicos que garantizan la calidad de los servicios de salud, es un programa que direcciona los desarrollos teóricos y metodológicos que el Ministerio de Salud establece para cumplir con las estrategias de: Planificación y Conducción, Vigilancia de la Salud, Regulación del Desarrollo de la Salud e Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico.

Este programa comprende los temas de regulación de: i) regulación y rol del Estado, ii) Marco de Referencia y Direccionalidad del Proceso de Reforma del Sector Salud, iii) Principios de Equidad con Calidad, Solidaridad y Universalidad, enfoque de derechos y participación ciudadana, aunado a los estándares nacionales e indicadores de desempeño de sistemas y servicios de salud, iv) habilitación de servicios.

1.1. Resultados de Evaluaciones 1998-2001

a) Acreditación de Establecimientos de Salud

El proceso de acreditación en Costa Rica inició con la evaluación de las maternidades y sus servicios de apoyo. Posteriormente esto se modificó y, para cambiar de maternidades a hospitales generales, se incluyó en la evaluación las áreas de Ginecología, Cirugía, Medicina y Pediatría. La primer evaluación se realizó incluyendo las maternidades y sus servicios de apoyo, la segunda y tercer evaluación involucra el concerniente a un hospital nacional.

Las bases de datos del Ministerio de Salud de la primera y segunda evaluación permiten obtener resultados globales en lo que a maternidades estrictamente se refiere. Es así como se cuenta con el cumplimiento global del área denominada Obstetricia y Atención al Recién Nacido que involucra el Sector de Admisión, el Sector de Hospitalización, el área de atención Inmediata al Recién Nacido y lo que se refiere a Sala de Partos.

Cuadro N°. 11

Cumplimiento de estándares por áreas según tipo de hospital
2000-2001

Área	H. Públicos	H. Nacionales	H. Regionales	H. Periféricos
Recurso Humano	56.52%	95.83%	60.42%	39.39%
Planta Física	48.02%	58.89%	54.72%	35.89%
Recurso Material	45.09%	70.83%	44.58%	35.87%
Documentación	66.67%	83.33%	58.33%	63.64%
Manejo Información	97.83%	100.00%	93.75%	100.00%
Gestión	69.45%	97.92%	77.78%	60.41%
Educación	56.52%	100.00%	50.00%	45.45%

Fuente: Ministerio de Salud

b) Habilitación de los Servicios de Salud

En 2002, por el Decreto Ejecutivo 30571-S sobre “Reglamento para Permisos de Funcionamiento en el Ministerio de Salud” se mejora el trámite para la Habilitación de Establecimientos de Salud e Salud y afines, bajo la responsabilidad de esta Dirección, proceso que culmina la publicación de las Normas en La Gaceta

Tomando como base los estándares ya desarrollados de tipo estructural, se inició un proceso de consulta de expertos, de usuarios, prestatarios, de centros académicos, gremios y otros actores sociales interesados. Se desarrollaron estándares nacionales, previa validación teórica y practica en el campo, para la habilitación de los siguientes tipos de establecimientos:

Hospitales de más de 20 camas

Hospitales de menos de 20 camas

Establecimientos de atención a las personas adultas mayores

Centros de atención al niño/a y adolescente y Hogares Comunitarios

Establecimientos de atención odontológica

Establecimientos de cirugía ambulatoria

Establecimientos de cirugía oftalmológica

Laboratorios Microbiológicos y Químico-clínicos

Bancos de Sangre

Diferentes tipos de albergues permanentes o transitorios

Atención prehospitalaria

Establecimientos de consulta externa y especialidades médicas

Establecimientos de atención integral en el primer nivel (EBAIS)

Actualmente, se ha logrado avanzar en este proceso y este requisito obligatorio, ya se exige como trámite previo para la compra de servicios o para los establecimientos de atención en salud o afines que reciben algún tipo de financiamiento público.

El camino recorrido, nos permite asegurar, que las condiciones actuales que se exigen, por ejemplo, a los establecimientos de atención a personas adultas mayores, ha contribuido en forma significativa a una mejoría en la calidad de atención que ofrecen estos establecimientos. En 1999 no se tenía ningún centro acreditado ni habilitado, en el 2002, se tienen 20 establecimientos habilitados (16 públicos y 4 privados) y 1 acreditado.

c) La Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud

La Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud es el estudio del conjunto de recursos que moviliza la sociedad y sus instituciones, como respuesta a las condiciones de vida y necesidades en salud de la población de un espacio-población concreto.

La evaluación de una red de servicios de salud, que atiende una población claramente determinada, se realiza por medio de un enfoque de evaluación de estructura, proceso y resultado. Reconociendo que los elementos estructurales condicionan la equidad-calidad de atención, pero que por sí solos no la garantizan, por lo que se hace necesario establecer las relaciones entre estos tres elementos desde una perspectiva de redes de atención.

Se han propuesto y ejecutado los siguientes abordajes metodológicos, que ofrecen indicadores de proceso y resultado de la atención:

El análisis de la Mortalidad Infantil y Materna.

Las condiciones o Enfermedades Trazadoras.

La Evaluación de la Atención Integral del primer nivel de atención.

2. Calidad de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social

2.1 Evaluación y mejoría de la calidad en la Superintendencia General de Servicios de Salud

La SUGES es el órgano supervisor y fiscalizador interno de la garantía de calidad, continuidad, confiabilidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los parámetros de acreditación y protocolos de atención definidos por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

El monitoreo se lleva a cabo por medio del Sistema de Información de la SUGES (SINS), los proveedores envían información mensual que contiene datos sobre la oferta, demanda, resultados e impacto. Para lograr la ejecución y evaluación permanente de la calidad se cuenta con 105 contralorías ubicados en hospitales y áreas de salud, aunado a esto se realizan encuestas de satisfacción, diseño de indicadores, también se utiliza el Índice de Calidez Humana, que desagrega la calificación del trato recibido en aspectos como: empatía, interés, comprensión, accesibilidad, respeto, gentileza, urbanidad, cortesía, afectuosidad, dignidad y decoro, expresado por los funcionarios de salud en la prestación de servicios de salud.

Para llevar a cabo las labores de supervisión y fiscalización la SUGES posee las siguientes Direcciones:

Sistemas de Información: realiza Encuestas que incluye las variables de trato, derechos y deberes de los usuarios de servicios de salud, consentimiento informado, confianza del usuario en los profesionales e insumos (medicamentos).

Dirección de Evaluación y Análisis de Servicios de Salud: Diseña e implementa metodologías para la evaluación de las áreas de oferta, demanda, proceso, resultado e impacto y establecer indicadores de oportunidad, continuidad, igualdad, equidad, seguridad, atención apropiada, solidaridad, exigibilidad de los derechos de los usuarios, y la satisfacción de éste.

Dirección de divulgación, seguimiento y mejoramiento de la calidad: Desarrolla programas de orientación, calidad y capacitación.

2.2 Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad

El Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad contiene aspectos como: Foros Nacionales e Internacionales de Calidad, ferias de carácter informativo relacionadas con el tema de calidad y de proyectos de mejoramiento continuo de la calidad desarrollados. También involucra la capacitación y mejoramiento continuo de la calidad y el Plan Institucional de Calidad, para llevarlo a cabo se requiere de su implementación y la utilización del Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad.

2.3. Evaluación de los Compromisos de Gestión

Con la evaluación de los Compromisos de Gestión se visualiza el grado de éxito alcanzado en cantidad y calidad de la prestación de los servicios de salud y se logra conocer además el alcance de los objetivos y metas predeterminados y definidos según los lineamientos institucionales no solo local, sino también regional y nacional.

El año 2001 es el segundo año en que se evalúan todas las unidades proveedoras de salud institucionales, un total de 125 centros distribuidos en 29 hospitales y 96 áreas de salud entre las que se encuentran 4 administradas por cooperativas y 2 por la Universidad de Costa Rica.

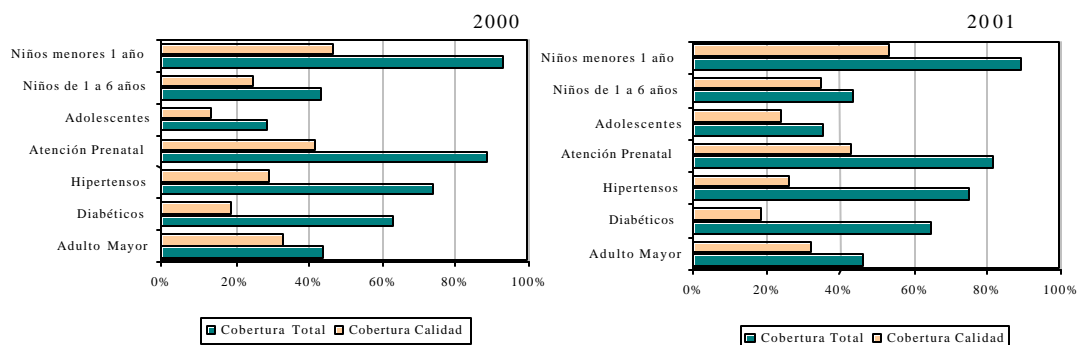
2.3.1. Cobertura nacional total y con calidad

En el ámbito nacional se constata que la Institución tiene una Cobertura Global a través de todos sus programas preventivos y curativos en el primer nivel de atención de un 52% para el año 2001, esto significa que más de la mitad de los usuarios del sistema acceden a los servicios básicos de salud, sin contar los que acceden directamente los otros niveles de atención.

Una mirada al nivel nacional comparando el año 2000 y 2001 en los distintos programas evaluados, permite visualizar que en la mayoría hay un ligero aumento de las coberturas totales. Los que tuvieron un leve descenso en el programa de menores de un año y prenatales, de estos solo la disminución en prenatales resultó estadísticamente significativa. En estos dos programas siguen persistiendo problemas de información,

especialmente de sobre registro, que será comentado posteriormente para que el lector tome las precauciones necesarias al usar esta información. La aclaración viene en el sentido que este descenso probablemente se debe a una depuración de los registros de base, eliminando duplicaciones, más que a una disminución real de personas atendidas.

Gráfico N° 7
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
-Años 2001-2002-

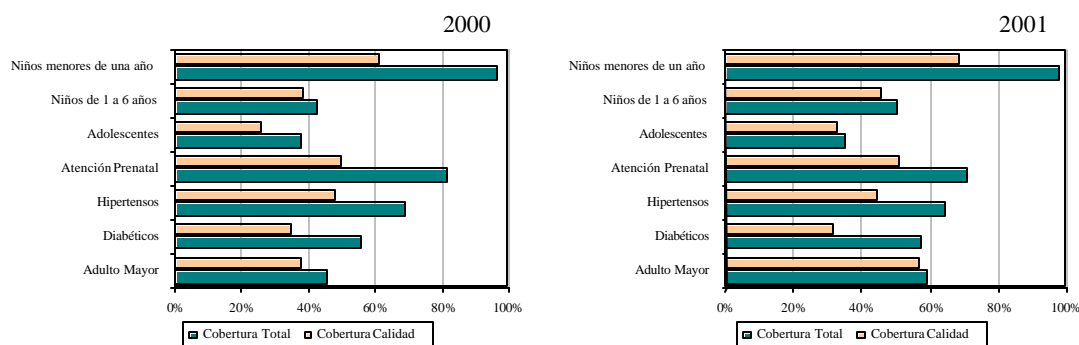


Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000- 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

2.3.2. Comportamiento de las entidades de Compra Externa de Servicios de Atención Integral en Salud

Con respecto a las coberturas con calidad la mayor parte de los programas aumentó los porcentajes de esta cobertura si comparamos el 2000 con el 2001, a excepción del programa de diabéticos que disminuyó en un 3% y de hipertensos en un 4%.

Gráfico N° 8
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
brindadas por entidades de compra externa (cooperativas y UCR). 2000 y 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000/2001. Dirección Compra Servicios de Salud

2.3.3. Producción Hospitalaria: Análisis por área de atención

Las unidades de producción hospitalaria se incrementaron en 7,2 % del año 2000 al 2001. Los egresos se incrementaron en 1.02%, mientras que las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) lo hicieron en 2.8%.

Este rubro contempla las hospitalizaciones en las diferentes especialidades que ofrece cada hospital, agrupados en cinco servicios (Cirugía, Medicina, Ginecología, Obstetricia y Pediatría / neonatología) para la mayoría de hospitales, a excepción de los hospitales especializados. El estándar de cada servicio varía según el nivel de complejidad, disminuyendo conforme disminuye esta. Además, el estándar de UPH varía según el servicio de hospitalización siendo mayor en el servicio de Medicina, seguido de Cirugía, Pediatría / neonatología, Ginecología respectivamente, siendo el menor el de Obstetricia.

La atención ambulatoria propiamente dicha se incrementó en 48.7% en sus productos y 49.5% en las UPH. El área contempla las atenciones ambulatorias del nivel hospitalario, exceptuando la consulta externa. Entre sus programas se encuentran: Hospitalización domiciliaria, Hospitalización de día, Medicina de día, Cirugía Mayor Ambulatoria y los procedimientos especiales del tercer nivel, este último producto incorporado en el 2001, por lo cual se justifica el aumento de producción que se presentó en esta área de atención.

Gráfico N° 9 a
Volumen de producción hospitalaria de todos los hospitales por área de atención los años 2000 y 2001

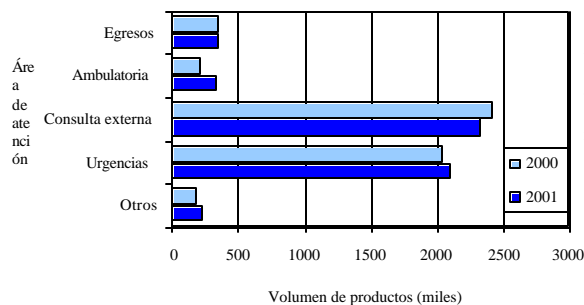
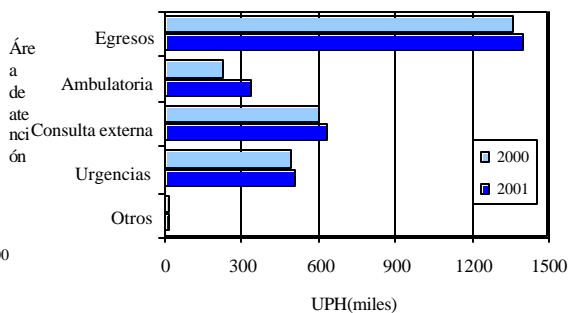


Gráfico N° 9 b
Unidades de producción hospitalaria de todos los hospitales por área de atención los años 2000 y 2001 (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cantidad de consultas que se brindaron en el 2001 en comparación con las del 2000 disminuyó en 4,0%, sin embargo incrementaron las UPH en 4,8%. Las consultas que se toman en cuenta son todas las consultas especializadas de primera vez y subsecuentes, odontológicas especializadas y generales y las de otros profesionales.

Las consultas especializadas de primera vez son las que tienen un estándar más elevado, el cual duplica el estándar de las consultas subsecuentes, en el año 2001 se presentó un incremento importante de las consultas de primera vez y una disminución de las consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias presentaron un aumento del 2.6%, lo cual no es tan importante ya que el crecimiento poblacional para estos años fue de 2.15% 109.

2.4 Auditoría Médica

El área de Auditoría Médica, unidad dependiente de la Auditoría Interna de la Institución es conformada en la Sesión 7270 del 29 de octubre de 1998, Artículo 6 inciso g. La Ley 6577 emitida por la Asamblea Legislativa, firmada el 6 de mayo de 1981. Dado que es una dependencia muy reciente y no se cuenta con la cantidad de recurso humano necesario, existe una deficiencia y falta de información relacionada con las actividades que deben desarrollarse. En virtud de lo anterior, actualmente se cuenta con un programa a implementar en el 2003, que se detalla en el apartado a).

**Matriz N° 1
DE PRODUCTOS, PROCESOS Y SUBPROCESOS**

PRODUCTOS FINALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad del proceso, recursos y resultados para la prestación de los servicios de salud fiscalizados y evaluados. ▪ Apoyo administrativo suministrado.
PROCESOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
SUBPROCESOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación y recopilación de información. ▪ Análisis de información. ▪ Elaboración de informes en participación con los usuarios ▪ Evaluación de la calidad. ▪ Evaluación administración de Recursos (financieros, materiales, humanos y tecnológicos). ▪ Administración de los recursos internos.

a) Programa de Trabajo año 2003

Se presenta a continuación el Plan Anual Operativo del Área Auditoría Médica para el año 2003. Para su ejecución y elaboración se han considerado los siguientes aspectos:

Cuadro N° 12
Metas

CATEGORIA DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	DÍAS POR ACTIVIDAD	PORCENTAJE
Programadas	06	45	17%
Evaluación Riesgo	08	45	22%
Especiales	22	45	61%
TOTAL	36	135	100%

* Se llevarán acabo evaluaciones de programa en un total de 7 Hospitales, 3 nacionales y 4 hospitales regionales) y una Área de Salud, (incluye un EBAIS), se desarrollaran 14 actividades de programa en total.

Fuente: Auditoría Médica. Caja Costarricense de Seguro Social

3. Instituto Nacional de Seguros

Particularmente en el INS, específicamente en los servicios de atención de INS-Salud, la calidad se mide por elementos de habilitación y acreditación de los centros, atención, satisfacción, programas de mejoramiento continuo y recursos de informática.

Diagrama N° 2

Calidad de los Servicios de Salud



Fuente: Elaboración propia

En el punto de habilitación y acreditación, en la actualidad se cuenta una red de servicios desconcentrados en todo el país, 33 dispensarios, 348 empresas adscritas, un complejo INS-Salud y una Casa Albergue Temporal. Para que se pueda dar la habilitación de los centros de salud debe cumplirse con una serie de parámetros, entre los que se encuentran, infraestructura y tipo de recursos.

Los tiempos de espera para recibir una cita están entre 7 y 15 días, dependiendo de la especialidad. Cuando se trata de cupos en cirugía, y en el complejo no se tiene la disponibilidad en el momento, gracias a los convenios con clínicas privadas es posible referir pacientes de forma tal que puedan ser atendidos en el menor tiempo posible.

Otro de los conceptos que utilizan para medir la calidad es la satisfacción del usuario, se cuenta con dos modalidades: a) el buzón de sugerencias incorpora fórmulas de acuerdo a la especialidad o servicio, b) cliente fantasma, consiste en que un funcionario llama vía telefónica para realizar una consulta y toma en cuenta el trato que recibe, tiempo que tarda en atenderlo, capacidad de resolución y conocimiento.

El Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, incluye las actividades de supervisión, proyectos propuestos y ejecutados, fortalecimiento, contraloría de servicios y derechos y deberes de los usuarios.

Finalmente se consideran los recursos de informática necesarios para la atención, el INS-Salud posee un sistema de expediente electrónico para todas las personas, se utiliza en complejo y demás centros, permitiendo que toda la información sea enviada a un servidor principal y permite realizar cruces de los datos del paciente. En este sentido, el Sistema de Información Administrativo (SIMA) es fundamental para la alimentación del expediente.

F. Referencias Bibliográficas

- Ayala, Norma y otros. Elementos del Sistema Nacional de Salud y su proceso de modernización. Curso Gestión Local de Salud, CCSS-UCR-CENDEISS, 1999.
- Ayala, Norma. Utilización de Servicios de Salud año 2001. CCSS, Dirección de Compra de Servicios de Salud. Agosto 2002.
- Castillo, Jacqueline. Informe preliminar de uso de Servicios de Salud. CCSS. Dirección Actuarial. 2002.
- CCSS. Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud. Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por edad y Sexo Costa Rica. 1987,1992 y 1997. Julio, 1999.
- CCSS. Gerencia de División Administrativa, Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Anual, Compromisos de Gestión 2001. Informe General. San José., Costa Rica, Marzo 2002.
- CCSS. Cobertura de las Prestaciones de los Servicios de Salud 2001. Presidencia Ejecutiva. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Departamento de Estadística. Costa Rica, agosto 2002.
- CCSS. Plan de atención a la salud de las personas, p.a.s.p. 2001-2006,. Costa Rica, 2001.
- CCSS. Memoria Institucional 2001 Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica, 2002.
- Guillem López Casanovas y Vicente Ortún Rubio. Economía y Salud. Fundamentos y Políticas. Editorial Ediciones Encuentro, Madrid, España 1998.
- Herrero, Fernando y Durán, Fabio. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Santiago de Chile, Naciones Unidas, CEPAL, 2001.
- INEC. Encuesta de Hogares, Módulo de Salud,1998 y 2001. San José, Costa Rica, 2002.
- INS. Boletín Estadístico de Riesgos de Trabajo (RT). Año 2001.
- INS .Boletín Estadístico INS-Salud. Año 2001.
- INS. Boletín Estadístico Seguro Obligatorio Automotor (SOA). Año 2001.
- INS. Plan Estratégico Institucional 2001-2005. Proceso de Modernización. Protección y Servicio, Guía de Servicios Instituto Nacional de Seguros.
- Miranda G. Guido. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. Costa Rica: EDNASSS/CCSS, 1994.
- Moya, Ligia. Consumo de Servicios de Salud por la CCSS, según sexo, edad y cantón de residencia, 2000. UCR. Escuela de Estadística. Setiembre 2002.
- OPS. Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector Salud (2da versión, septiembre 2002). Organización y Gestión de los Sistemas y servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- OPS. Lineamientos Metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Marzo,1998.
- Rosales Obando, José. Elementos de Microeconomía. San José, Costa Rica, Editorial UNED, 1994.
- Rosero Bixby, Luis. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000. Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica. Costa Rica, 2001.

Rosero Bixby, Luis y Güell Dogulas. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). Instituto de Investigación en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, noviembre 1998.

“CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V

“RECTORIA Y FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PUBLICA”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El proceso de revisión y análisis de situación actual de la rectoría en salud permite llegar a las siguientes conclusiones:

Existe en el país amplio reconocimiento de la importancia del ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud como la Institución depositaria de la máxima autoridad sanitaria, pero existe claridad acerca de que el avance logrado por el país en esta materia, es aún insuficiente para garantizar el cumplimiento de su misión rectora.

Es necesario que la rectoría sea asumida como el mecanismo para garantizar la responsabilidad social del Estado, la cual es fundamentalmente de conducción.

Los objetivos de trabajo urgentes deben hacer énfasis en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, el cual más allá de los servicios de atención a las personas, debe incorporar a todas las instancias de la sociedad que participan en la producción social de la salud de modo que se logre un mayor grado de intervención en las determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

La Vigilancia de la Salud es una de las áreas determinada por Ministerio de Salud como básica para lograr sus objetivos institucionales, sin embargo no es parte de las funciones de rectoría en los procesos de medición promovidos por OPS, por lo que el país se avocara a desarrollar los indicadores para medir esta función como parte del ejercicio rector.

El tema de Regulación de los Servicios, debe abordarse cada vez con más fuerza desde la perspectiva de sus efectos en el financiamiento, por lo que es prioritario incursionar en la forma como se asignan los recursos a los servicios, en el caso de la CCSS vía Compromisos de Gestión en el marco de los procesos de evaluación de EBAIS.

La rectoría no se ejerce simplemente por ser rector, es parte de un proceso en el cual la autoridad que ha sido identificada como rectora en Costa Rica por excelencia y que es el Ministerio de Salud, debe consolidar sobre la base del ejercicio de esa autoridad en el marco de la defensa de los derechos de las poblaciones empobrecidas y la búsqueda incesante de la reducción de inequidades.

Los temas de financiamiento, sistemas de información y recursos humanos, merecen un tratamiento especial, si se quiere dar el salto cualitativo que la rectoría requiere, para ello es también fundamental el apoyo político en el desarrollo del proceso de fortalecimiento y consolidación de la rectoría y que este se traduzca en acciones concretas.

Es necesario a la luz de los años transcurridos post reforma, una revisión de los hechos, entre algunos aspectos fundamentales están el hecho de que la reforma partió de algunos supuestos que no se han cumplido, entre estos el hecho de que reformando los servicios de atención individual, se hacia reforma del sector. Se partió de que el tema de ambiente puede esperar y no es así. De que los servicios de salud pueden autorregularse cuando los mercados en salud, no son mercados perfectos. Se partió de la premisa de que la rectoría no demandaba recursos y se trataba solo de un grupo de profesionales en el nivel central, cuando la mayor parte de las acciones rectoras tienen su nicho en el nivel local.

Haciendo un análisis FODA, se pueden identificar en el Ministerio de Salud las siguientes condiciones. Principal fortaleza: el conocimiento que este ha desarrollado en el tema de rectoría. Oportunidad: la necesidad social de que, en un ambiente con tendencia a aperturas de mercados, exista una institución cuya misión es la de

reducir las iniquidades. Principal debilidad: la desmotivación de los funcionarios relacionada con los procesos de reestructuración y su manejo. Principal amenaza: la crisis y el recorte presupuestario.

2- La capacidad institucional de rectoría se define y evalúa de acuerdo con el desarrollo de la capacidad de conducción, regulación y coordinación del sector como garantía de una efectiva resolución de los problemas de salud.

Se pudo evidenciar en el desarrollo de este trabajo que no se ha construido un marco de referencia conceptual y operativo en lo relativo al papel rector del Ministerio de Salud en el nuevo contexto del Estado y la Rectoría del Sector Salud.

Se debe ahondar en nuestro país con un mayor énfasis en las funciones de orientación del financiamiento, armonización de la provisión.

Ahora bien, estas funciones solo podrán ser abordadas en la medida en que el Ministerio de Salud logre el desarrollo de competencia técnica específica en el quehacer que le es propio amparado en el marco legal y la capacidad público-técnica de los recursos humanos para ejercer la rectoría con enfoque estratégico.

Como áreas críticas se pueden anotar:

La ausencia de un perfil funcional ordenado y articulado de múltiples actores que se ajuste a la rectoría.

La ausencia del desarrollo técnico para abordar temas en los cuales el Ministerio de Salud ha estado ausente como los relativos al aseguramiento, al financiamiento, a la regulación y fiscalización.

Ausencia de evaluaciones periódicas del funcionamiento sectorial, de la operación de sus instituciones.

Se encontró coincidencia en los resultados de la encuesta dirigida a actores claves sobre Rectoría en Salud, la Consultoría para el fortalecimiento operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud, y en la medición de la Rectoría que si bien es cierto las capacidades legales y organizaciones para el ejercicio de la Rectoría en el país han logrado un avance significativo, las capacidades del personal, y la capacidad de sistema tienen un bajo nivel de desarrollo

En lo relativo a la responsabilidad rectora de aseguramiento es necesario consolidar la cobertura de los grupos excluidos particularmente de los pertenecientes al sector informal de la economía y a los grupos marginados por razones culturales, étnicas y /o geográficos.

3- En el ámbito de las funciones esenciales se concluye que existen dos áreas prioritarias de intervención para mantener y mejorar el nivel de desempeño de las mismas, desarrollo de competencias e instrumentos y aplicación sistemática de procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las funciones esenciales; y en el área de recursos humanos, el desarrollo e implementación de un sistema de evaluación del desempeño y de incentivos al personal que reconozca y estimule la creatividad, la calidad y los resultados del trabajo.

El intercambio generado entre los funcionarios de la ASN y los académicos, confirma el interés mutuo de mejorar la formación de recursos humanos en salud pública y desarrollar investigaciones acordes con las necesidades del país. La acción concreta a partir de las conclusiones obtenidas, debe ser materializada a corto plazo.

Esta experiencia permite obtener una visión general e integrada del desempeño nacional de las FESP en Costa Rica, a partir de la reflexión de un grupo heterogéneo y representativo del quehacer en salud pública en el país.

Además, permite tener una línea basal, susceptible de ser complementada con la visión de los niveles regionales y locales, para orientar las futuras acciones del desarrollo de la salud pública.

Ahora bien, cabe rescatar el proceso que se está llevando a cabo como país de ajustar el instrumento de medición con los niveles subnacionales, ha permitido un apropiamiento de estos funcionarios de la metodología de FESP como herramienta valiosa para direccionar sus competencias rectoras.

CAPITULO VI

“PROTECCION SOCIAL EN SALUD”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
En Costa Rica el principio de universalidad del seguro de salud esta vigente desde 1961 (Ley de Universalización de los Seguros Sociales) y con ese fin en 1984 se crea el Seguro por Cuenta del Estado para asegurar la salud de los más pobres y sin empleo. No obstante, la tasa de aseguramiento real, con base en los datos del censo del 2000 muestra que es del 81.8%	Establecer mecanismos claros para ampliar la cobertura del seguro social en salud y avanzar hacia un real aseguramiento universal de la salud en Costa Rica.
Si bien entre 1984 y el 2000 el promedio nacional de la tasa de aseguramiento mejoró del 71.2% a 81.6%, existen diferencias entre las Provincias y Cantones. En la Provincia de Heredia es de 86.2% y en la de Guanacaste es de 79.0%. A nivel cantonal las diferencias son mayores, en el extremo inferior se ubica Upala con 53.3% y en el superior Montes de Oca con 90.8%.	Identificar y poner en marcha estrategias nacionales y locales para reducir las disparidades en las tasas de aseguramiento, entre las Provincias y entre los Cantones.
El aseguramiento por grupo étnico también muestra diferencias. En la población indígena es de 70.1%, en la China de 71.1% y en la Afrocostarricense de 83.6%.	Definir e implantar estrategias para reducir las diferencias étnicas en las tasas de aseguramiento.
La tasa de aseguramiento es proporcional al grado de Índice de Desarrollo Social (IDS). En los 16 cantones del quintil superior el promedio es de 84.5% y en los 17 del quintil inferior es de 80.1%	Definir e implantar estrategias para reducir las diferencias en la tasa de aseguramiento observada en los cinco grupos según IDS.
El incremento de 10.6% en la tasa de aseguramiento observado entre 1984 y el 2000 (71.2% a 81.8%), se debe principalmente a la incorporación de 8.5% de asegurados por el Estado y al crecimiento de 2.1% de los asegurados voluntarios. En cambio, se observó una reducción de los asegurados asalariados del 19.2% al 18.8%.	Efectuar estudios para identificar las causas del estancamiento y reducción de asegurados asalariados. Definir estrategias que controlen la evasión de las cotizaciones a la Seguridad Social en la diferentes ramas de actividad Proponer nuevas modalidades de aseguramiento en el caso de trabajadores voluntarios y hacer obligatorio su inclusión al REM
En el 2000 el 10.4% del total de población asegurada correspondía a asegurados por cuenta del Estado. No obstante que hay evidencia de que este mecanismo se utiliza para subsidiar principalmente a la población más necesitada (de los indígenas asegurados el 42.1% es por cuenta del Estado y en los cantones los cantones del quintil inferior por IDS el 14.7% de los asegurados son por cuenta del Estado), también se observa que reciben este subsidio el 10 % de personas que no corresponden a grupos étnicos minoritarios y el 4.9% de los que viven en cantones del quintil superior del IDS.	Efectuar estudios para caracterizar a la población asegurada por cuenta del Estado, y determinar estrategias y garantizar la focalización de este subsidio hacia los grupos más necesitados.
La selección de la población a la que se asigna el subsidio del Seguro por Cuenta del Estado esta a	Definir los mecanismos para transferir la identificación de la población que amerita el

<p>cargo de la CCSS, no obstante que en su inicio se le encomendó al Ministerio de Salud. Actualmente esta institución cuenta con los recursos, organización e información necesaria para efectuar identificar a la población que requiere el subsidio con cargo a los recursos estatales y para regular este subsidio desde el nivel cantonal, a través de las áreas rectoras de la salud.</p>	<p>Seguro de Salud por Cuenta del Estado, de la CCSS al Ministerio de Salud y establecer los mecanismos de coordinación entre ambas instituciones para el uso óptimo de estos recursos, en el marco de la política general de Gobierno de lucha contra la pobreza.</p>
<p>Desde el punto de vista estructural y organizacional, el Sistema de Aseguramiento de la Salud tiene tres componentes. El de la CCSS que asegura los riesgos de enfermedad y maternidad, el del INS que asegura los riesgos en el trabajo y el riesgo de accidentes en tránsito y un subsistema de aseguramiento privado incipiente pero en crecimiento. En conclusión, se trata de un sistema de aseguramiento fragmentado, con mecanismos de autorregulación en cada componente y sin mecanismos de coordinación entre ellos para evitar gastos innecesarios en las fuentes de financiamiento, en los procesos de atención y gastos administrativos. Es notoria la carencia de un mecanismo de regulación general del aseguramiento de la salud en Costa Rica.</p>	<p>Fortalecer la función de regulación sectorial del Ministerio de Salud en esta materia y establecer los instrumentos legales, reglamentarios y operativos para la regulación nacional del aseguramiento en salud.</p> <p>Fortalecer el rol del Ministerio de Salud en la armonización de los diferentes sectores involucrados en el financiamiento y prestación de los servicios.</p>
<p>No obstante que se observa un avance importante en materia de aseguramiento y en acceso a los servicios de salud, ello no se refleja suficientemente en las coberturas reales de servicios básicos de salud como son: la prevalencia anticonceptiva de mujeres en unión es del 80%, la detección de cáncer cervicouterino es del 75%, la cobertura de vacunación de BCG a menores de un año es de 88%, la proporción de embarazadas que recibe atención por personal calificado es de 71%.</p>	<p>Establecer mecanismos para utilizar óptimamente la infraestructura y los recursos disponibles para aumentar el acceso y coberturas de salud.</p> <p>Formular los compromisos de gestión a partir de un real análisis de los recursos disponibles en cada área de salud y del análisis de necesidades de salud.</p> <p>Fortalecer el rol modulador del Ministerio de Salud en la identificación de prioridades de intervención para ser incluidas en las áreas de salud.</p>
<p>Existen grupos y población excluida de la protección social en salud, como es el caso de la población inmigrante de origen nicaragüense. Sus indicadores de cobertura y de salud son marcadamente inferiores a los del resto de la población.</p>	<p>Formular políticas y establecer mecanismos para reducir la exclusión social en salud de grupos de población ya identificados.</p>

CAPITULO VII

“GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD”

Conclusiones

La producción de indicadores financieros y económicos de la actividad del sector salud es una práctica poco desarrollada en el país. No existe una estimación única y con carácter oficial del gasto público en salud, ni tampoco desagregaciones útiles del gasto en términos de fuentes de financiamiento, bienes y servicios prestados, y proveedores. Las instituciones públicas generan un sinnúmero de reportes en forma de presupuestos, estados financieros, informes para los entes fiscalizadores, y otros más, pero no tienen consistencia en los conceptos y formas de registrar los flujos financieros involucrados en sus diversas actividades. El problema de información en el sector privado es aún mayor, tanto por su ausencia en muchos casos, su difícil acceso o bien la imposibilidad de conocer con certeza el grado de confiabilidad que tiene.

Lógicamente esta deficiencia del sistema, ha constituido una seria restricción al momento de elaborar este capítulo. La necesidad de ampliar el análisis tradicional hacia uno donde se le pueda dar seguimiento a los recursos financieros a través de todo el sistema de salud, demanda adoptar estrategias de estimación vinculadas con la metodología de cuentas nacionales en salud. En este particular, la Comisión Interinstitucional responsable del tema de gasto y financiamiento, asumió el reto de construir, en un período de tiempo realmente corto, las principales matrices propuestas en el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud de la OECD. Las ganancias de esta primera aproximación son una realidad, pues las matrices estimadas han permitido explorar nuevas dimensiones en el análisis del tema.

En consecuencia, el análisis efectuado en este capítulo, emplea conjuntamente las estadísticas financieras tradicionalmente producidas y las obtenidas por medio de las matrices del SCNS, así como, información específica de las instituciones y actores claves del sector salud. La meta a futuro, es continuar con este ejercicio analítico de manera permanente, introduciendo con ello mejoras en los sistemas de información y los indicadores usados para monitorear el desempeño del sector, buscando trascender hacia el estudio de las preocupaciones básicas de eficiencia, eficacia, equidad y sostenibilidad del sistema de salud nacional.

Después de estas consideraciones, a continuación se exponen las conclusiones más relevantes del capítulo. En las próximas dos secciones, se plantean los retos y oportunidades del sector en cuanto al financiamiento y gasto de la atenciones a la salud, identificadas por la Comisión.

El gasto nacional en salud total muestra un crecimiento sostenido desde principios de la década anterior. En el 2001 representó 7.4% del PIB, y en términos per capita ascendió a US\$ 295.6, casi el doble del registrado en el año 1991.

El gasto continúa exhibiendo un predominio público, pero la participación del componente privado es cada vez mayor, gracias a la expansión de los oferentes privados, concentrados en atenciones de carácter ambulatorio y de poca complejidad, y la venta de medicamentos. Pese a todo, nuestro país es uno de los cinco países de América Latina con más bajo gasto privado.

El gasto de bolsillo es casi un 25% del gasto total. Si bien es cierto, el perfil de los consumidores de servicios privados es de personas de ingresos medios-altos y altos, también es cierto, una proporción creciente de individuos de estratos bajos de ingresos se ven obligados a incurrir en gastos de este tipo, por problemas de acceso, oportunidad y calidad de los servicios brindados en la red de establecimiento públicos

Los argumentos a favor de mantener la superioridad del gasto público son múltiples, dos de suma importancia se incluyeron en el estudio. Por un lado, el gasto público en salud es el componente del gasto social más equitativo de todos, en el sentido que las familias más pobres reciben recursos en una proporción mayor a su peso poblacional. Diecinueve países de una lista de veintinueve que tienen una esperanza de vida al nacer igual o mayor a la de Costa Rica, mantiene un gasto en salud mayoritariamente público, situación que confirman su impacto.

El financiamiento de las atenciones a la salud dependen de las contribuciones a la seguridad social. Este tipo de esquema se encuentra expuesto al desempeño de la actividad económica y el mercado laboral, en términos de la generación de empleo y salarios reales crecientes. De igual manera, la integración de la economía nacional con los mercados internacionales, con la consecuente necesidad de las empresas y productores de conseguir niveles aceptables de competitividad, sugieren un reto estratégico a futuro, respecto a la conservación del actual mecanismo de contribuciones calculadas sobre los salarios o ingresos de los trabajadores.

El apoyo financiero del Estado es bastante bajo, pese a las obligaciones legales establecidas. Conforme al principio declarado de universalidad de los seguros sociales, las modalidades de aseguramiento crecieron, con el propósito de cubrir la totalidad de la población nacional. No obstante, las nuevas fuentes de financiamiento creadas, a cargo fundamentalmente del Estado, no han generado los recursos suficientes para soportar los costos asociados.

En términos de atenciones producidas, el sistema de salud nacional concentra sus gastos en servicios ambulatorios y servicios de hospitalización, con una participación relativa de 30.1% y 25.9%, respectivamente.

El gasto por proveedor, indica que los servicios ambulatorios son efectuados en partes casi iguales por proveedores públicos y privados. Este resultado está influenciado por una demanda de consultas privadas más dirigidas a consultas de especialistas y odontológicas, así como, una discrepancia significativa en los costos de la atención entre el sector público y privado.

La hospitalización es una actividad típicamente pública, en parte por los altos costos para los usuarios, aceptables niveles de satisfacción y el desinterés de los proveedores de llevar a cabo cuantiosas inversiones requeridas para prestar este tipo de servicio.

El gasto en medicamentos es un tema que debe investigarse más profundamente, pues consume un 32% del gasto privado, financiado en su mayor parte por los hogares de manera directa. Debe precisarse en el lado los productores, intermediarios y vendedores, aspectos tales como la estructura de mercado, márgenes de ganancia, condiciones de competencia, formación de precios, y en el caso de los consumidores, básicamente la forma en que se distribuye el gasto según nivel de ingresos.

La participación en la prestación y financiamiento de las atenciones a la salud, están dominadas por el Seguro de Salud, con casi dos terceras partes del gasto total. El Gobierno Central arriba a un 5.2% y el INS, en su papel de administrador del Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro Obligatorio de Automóviles, un 4.3%.

El gasto privado en salud, según la estimación con base en la metodología del SCNS, es de un 25.6%, con poco más del 95% del gasto realizado por los hogares por medio de desembolsos directos.

El uso de los seguros privados como mecanismo de financiamiento es insignificante. Las explicaciones están vinculadas a la amplitud de las prestaciones y facilidades de acceso que tiene el Seguro de Salud, y al monopolio en poder del INS, que ha ejercido un límite al desarrollo de los seguros comerciales.

El papel del sector privado como proveedor de atenciones a la salud financiadas con recursos públicos es aún marginal.

La piedra angular del sistema nacional de salud, el Seguro de Salud, muestra una alta dependencia de los recursos que reciba por concepto de las contribuciones de los trabajadores asalariados, quienes representan tan sólo un 18.4% de los asegurados, pero aportan el 81.5% de los ingresos totales del régimen.

La morosidad y evasión son los problemas esenciales que enfrenta el seguro obligatorio. Fortalecer el combate de estos dos males, es una de las acciones que deben considerarse como prioritarias.

Las fuentes de financiamiento asociadas con las modalidades no tradicionales de aseguramiento, enfrentan múltiples inconvenientes. Desde la baja afiliación en el Seguro Voluntario y el incumplimiento de las obligaciones estatales, hasta problemas para identificar los beneficiarios de ciertas modalidades con cargo completo al Estado (Seguro por Cuenta del Estado).

No obstante, la administración financiera del Seguro de Salud, ha introducido un conjunto de mejoras en los procesos de facturación y recaudación, que constituyen una fortaleza futura. De igual manera, la Ley de Protección al Trabajador dota a la CCSS, de importantes instrumentos jurídicos y herramientas normativas, para combatir el problema de la evasión y morosidad con mayores poderes.

En lo correspondiente al mecanismo de asignación de recursos, en el contexto de la Reforma del Sector Salud, se introdujo los Compromisos de Gestión, como una forma de trasladar el riesgo de la gestión a cada uno de los centros de atención que brindan las atenciones del Seguro de Salud. Concretamente, los recursos a las Áreas de Salud atienden un criterio per cápita, en tanto, las actividades de los hospitales se negocia con base en la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH).

El gasto en el primer nivel de atención ha crecido en los últimos años, representando el 22% del total en el año 2001. No obstante, su distribución territorial parece guardar aún las inequidades observadas en el pasado.

Por último, en cuanto a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, un estudio actuarial reciente, señala bajo los supuestos adoptados, un posible exceso de gastos sobre ingresos a partir del año 2014. Aunque la investigación debe interpretarse de manera cautelosa, es importante, enfatizar sobre la necesidad de discutir públicamente este trascendental tema.

Recomendaciones

Los retos que debe enfrentar el sector salud en el tema de gasto y financiamiento son múltiples. No obstante, la premisa básica es que todas las acciones o programas que se diseñen y ejecuten en un futuro, debe buscar de manera directa o indirecta el fortalecimiento del financiamiento y provisión pública de los bienes y servicios de la salud. La lista que a continuación se presenta no es de ningún modo completamente exhaustiva ni definitiva, es el producto de la reflexión y análisis de los miembros participante en la Comisión responsable de desarrollar este tema.

i) Mejorar la producción y el uso de la información

La información, precisa, confiable y oportuna, es un insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de toma de decisiones, que incidan favorablemente sobre la gestión del sistema y el impacto de éste en el estado de salud de la población. En términos generales, las instituciones públicas adolecen de buenos sistemas de información, tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a los costos que implica efectuar ciertas intervenciones o programas. Esta deficiencia no sólo repercute en la asignación eficiente de los recursos, sino que también, en tareas de suma importancia, como la evaluación y seguimiento de procesos tan complejos como la Reforma del Sector Salud.

Así por ejemplo, en la actualidad, la contabilidad de costos del Seguro de Salud no permite conocer el monto gastado por las actividades de promoción y prevención de la salud, ni tampoco el costo incurrido por la atención de enfermedades específicas, como el SIDA o el cáncer. De igual manera, es común la ausencia de datos confiables, para llevar a cabo análisis comparativos sobre el costo de contratar servicios con proveedores privados o producirlos internamente, y en caso de la primera opción, saber cuál debería ser el precio justo de la transacción.

En lo que respecta al sector privado, parece que el problema se centra en el acceso a la información, aunque los pequeños proveedores presentan dificultades en el registro de su producción y los fondos que reciben. En este particular, el Ministerio de Salud debe ejercer las potestades legales con las que cuenta, para procurar la recopilación y divulgación de un conjunto básico de indicadores de este grupo de prestadores, con el objetivo de mejorar las estadísticas y transparencia del mercado de bienes y servicios de salud.

ii) Incrementar la eficiencia productiva del sistema

Este objetivo es probablemente la aspiración máxima de cualquier sistema de salud, sin que sea la excepción el nuestro. Las medidas impulsadas en el proceso de Reforma del Sector Salud han tenido un marcado énfasis en mejorar la asignación y productividad de los recursos, principalmente de aquellos

administrados en el Seguro de Salud. Contrario a la importancia de darle un seguimiento sistemático al impacto real de este proceso, el país carece de estudios y evaluaciones serias sobre esta materia.

Las preguntas abundan ante las escasez de respuestas apoyadas por evidencia, suficiente y confiable. Por supuesto, no es posible continuar ejecutando un conjunto de medidas sin saber cómo han funcionado las iniciales, pero sobretodo, ignorando su incidencia en los aspectos centrales del sistema: equidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad. Una sugerencia, entre muchas otras, es promover una mayor divulgación de los indicadores y estadísticas producidas por unidades claves de la reforma, tales como la Dirección Compra de Servicios de Salud. Las barreras y obstáculos para hacer uso de esta información es habitual, incluso en aquellos casos donde se pretende satisfacer necesidades de carácter interno.

Pese a todo, es todavía claro que los recursos de producción no siempre se utilizan en las proporciones adecuadas, o bien no se encuentran disponibles en las cantidades necesarias, circunstancia que atenta en contra de la eficiencia técnica del proceso de producción de los servicios de salud. Además, una de las críticas más frecuentes a los Compromisos de Gestión, es que si bien es cierto, buscan introducir elementos de competitividad a lo interno de la red pública de atención, han limitado la capacidad productiva de estos proveedores a únicamente la producción pactada o bien a una cierta producción que no necesariamente responde a las necesidades de la población.

La estrategia para los próximos años, es consolidar avances como el aumento de los recursos en el primer nivel de atención, aunque mejorando la distribución territorial en función de las necesidades de salud de la población, y la creación de los instrumentos jurídicos y administrativos que permitan a los centros de atención llevar a cabo una gestión más autónoma de las decisiones del nivel central.

iii) Distribuir el riesgo de la enfermedad

En la actualidad, el ente asegurador público, la Caja Costarricense de Seguro Social, está asumiendo la mayoría del riesgo que implica la enfermedad de las personas, y los usuarios tan sólo una parte residual en forma de costos de transporte, tiempos de espera e ingresos no devengados. Las facilidades de acceso que caracterizan el Seguro de Salud y la amplia variedad de servicios que ofrece, han fomentado la despreocupación de las personas por el costo que pueda implicar sus problemas de salud y por contribuir en la medida de sus posibilidades con el financiamiento de éste.

Una de las opciones que pueden mejorar la distribución del riesgo entre asegurador y asegurado, es imponer mínimos de meses cotizados para acceder sin recargo ciertos servicios o bien establecer montos límites de pago a determinados servicios. La discusión en un futuro debe conducir hacia la búsqueda de los mecanismos más idóneos para tales efectos, salvaguardando en todo momento, el acceso oportuno y equitativo de la población a las atenciones requeridas.

No obstante, previo a medidas de esta naturaleza, es factible considerar otras menos restrictivas. Por ejemplo, fortalecer el rol de las Unidades de Validación de Derechos como mecanismos de control de ingreso a los centros de atención públicos y como un apoyo a la política de obligatoriedad contributiva. Por otro lado, el desarrollo de un sistema de cobro eficiente para los individuos que sin estar contribuyendo, pero con plena capacidad económica, hacen uso de las prestaciones dadas por el Seguro de Salud

En cuanto a la relación asegurador-proveedor, es prioritario continuar perfeccionando los Compromisos de Gestión como instrumento capaz de trasladar los riesgos inherentes al manejo de las necesidades de salud de quién paga a quién provee, implementando mecanismos de pago a los proveedores que incentiven la eficiencia y productividad, y concediendo mayores atribuciones a las unidades propiedad de la CCSS para la ejecución de sus actividades.

iv) Fortalecer las finanzas del Seguro de Salud

La Ley de Protección al Trabajador, convierten en obligatoria la contribución de los trabajadores independientes al Seguro de Salud a partir del año 2006. El desafío para los administradores de este seguro, es diseñar en los próximos años, mecanismos financieros de aportación que reconozcan las particularidades propias de este tipo de empleo, pero sin crear incentivos económicos a la evasión.

Gracias a esta misma ley, la CCSS cuenta en la actualidad, con mayores instrumentos y potestades legales para combatir la evasión y la morosidad. La aplicación práctica de facultades, tales como el cierre de negocios por la negativa sin fundamento del patrono de entregar información sobre sus trabajadores, es casi una realidad. El impacto de esta medida puede tardar algún tiempo para evidenciarse, sin embargo, es indiscutible las potenciales ganancias que representa.

Por otro lado, la gestión financiera del Seguro de Salud debe aislarse de las exigencias gubernamentales, las cuales imponen límites de crecimiento del gasto o contratación de personal, la acumulación de deuda en forma de títulos valores, e incluso la presencia de superávit operativos, que no responden a las necesidades de gasto o inversión de este seguro. Ciertamente, la propuesta no es obviar la realidad fiscal que enfrenta el país, sino más bien, proteger los recursos aportados por los trabajadores y patronos que residen en el país, de cualquier injerencia que pretenda desviar éstos a usos distintos a los relacionados con el mejoramiento de salud de la población.

v) Ajustes en las modalidades de aseguramiento

La multiplicidad de niveles de contribución es un incentivo para evadir o eludir las responsabilidades con la seguridad social por parte de los agentes con capacidad contributiva. En consecuencia, es necesario establecer una cuota uniforme para todas las modalidades contributivas del aseguramiento. De lo contrario, es predecible que continúe el proceso, e incluso crezca, de trabajadores asalariados inscritos en el Seguro Voluntario, debido a que en términos globales tiene un costo casi de la mitad respecto al seguro de tipo obligatorio.

En esta misma dirección, debe proponerse una transformación de los mecanismos que se emplean para seleccionar los Asegurados por Cuenta del Estado. Dado los esfuerzos que desde hace algunos años viene realizando el Instituto Mixto de Ayuda Social, en la homologación de criterios y herramientas para identificar las personas y familias pobres que viven en el país, una posibilidad real es el uso del SIPO para elegir los beneficiarios de esta modalidad de aseguramiento.

vi) Evitar la salida de los contribuyentes de ingresos altos y medios

El financiamiento del Seguro de Salud, está concentrado en las contribuciones de los trabajadores asalariados de los deciles de más altos ingresos, precisamente, aquellos cuyo patrón de utilización de los servicios públicos es muy inferior al promedio nacional. Las preocupaciones en cuanto a esta circunstancia, son dos en lo esencial. Por un lado, la pérdida de voz que representa para los usuarios, dado que estos grupos son los que mayor capacidad de organización tienen, y por tanto, mayores son las posibilidades que sus demandas por servicios de una mejor calidad, más oportunos y eficientes, sean atendidas por los responsables de administrar el seguro social.

La otra preocupación, es una posible huida de éstos como contribuyentes efectivos del régimen. Pese a que la evidencia no sugiere la presencia aún de este fenómeno, las presiones de ciertos grupos de interés, apoyados por organismos internacionales, tratando de fomentar la discusión de temas como libre elección médica o una mayor participación de proveedores privados con financiamiento público, puede recibir una entusiasta acogida por parte de los contribuyentes de ingresos medios y altos.

Las estrategias y acciones particulares para frenar la salida de este grupo, requieren ser estudiadas de una manera minuciosa. Ninguna de las alternativas que se implementen, deben atentar contra la igualdad de trato, el principio de solidaridad o la sostenibilidad financiera del seguro.

vii) Evaluar el rol de financiador que cumple el Estado

Una acción más en pro de fortalecer las finanzas del Seguro de Salud, es promover una discusión nacional sobre el rol del Estado como fuente de financiamiento complementaria. La atención de las personas afiliadas por Cuenta del Estado y en el Régimen No Contributivo, son por mucho la más onerosa de todo el Seguro de Salud, y los montos facturados al Estado equivalen a lo sumo a una cuarta parte del costo total.

Pero además de una facturación reducida, el Estado incumple con sus obligaciones, al no pagar ni oportuna ni completamente sus adeudos. Esta situación no es sencilla de resolver, pues entre otras medidas, requiere establecer mecanismos legales de carácter sancionatorio para aquellos funcionarios y autoridades gubernamentales que no transfieran los fondos reglamentados a favor de la CCSS. No obstante, el obstáculo principal no sería promulgar una ley, sino más su aplicación, pues es poco creíble pensar en que la Presidencia Ejecutiva y una buena parte de los miembros de la Junta Directa de la CCSS, o bien el jerarca del Ministerio de Salud, tengan la disposición política de enfrentarse al Poder Ejecutivo, siendo éste quien los nombra.

Quizás tampoco sea lógico exigir al Gobierno aportaciones mayores, cuando sus finanzas parecen encontrarse en la peor posición de los últimos años. Sin embargo, no es justo que las aportaciones del Estado disminuyan, cuando el peso de la población subvencionada por éste ha crecido de manera sostenida, y donde el gasto en salud en los próximos 20 o 30 años de ciertos grupos en riesgo social, tales como los adultos mayores, aumentará significativamente.

viii) Regulación el sector privado

Pese al sostenido crecimiento registrado en la producción privada de servicios de salud, este grupo de proveedores no están sujetos a una regulación efectiva por parte de las autoridades de salud del país. Además de sus limitadas posibilidades de auto-regulación, únicamente los colegios de profesionales imponen ciertos criterios para su funcionamiento y tarifas mínimas.

Es trascendental crear una normativa legal transparente y equitativa, que permita circunscribir la actividad privada en el mercado de salud a ciertos requerimientos mínimos en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, estándares de calidad, protocolos de atención, satisfacción de los usuarios, formación de precios, control del mercado, prácticas monopolísticas, competencia, entre otros. Por supuesto, este marco regulatorio no debe concebirse como un paquete de ataduras o barreras a la gestión privada de los servicios de salud, y menos aún, a su futuro desarrollo, es más bien, una forma de fortalecer su crecimiento sostenible, favoreciendo tanto el interés económico particular como el interés social.

Por otro lado, los contratos con proveedores privados financiados con recursos públicos, deben promover la minimización de costos para el sistema como un todo, y apelar a fuertes sanciones cuando los proveedores hagan un uso indebido de la asimetría de la información o la estructura del mercado, sea para inducir la demanda, prestar servicios de baja calidad o cobrar precios por encima de los márgenes razonables de ganancias.

ix) Discutir un sistema transparente de racionamiento

Además de la condición natural de limitados que tienen, los recursos del sistema público destinados a la provisión de bienes y servicios de salud enfrentan múltiples presiones. Desde el acceso indiscriminado de una proporción significativa de la población a las atenciones brindadas por el Seguro de Salud, sin contar con un financiamiento apropiado, hasta las frecuentes imposiciones de los Tribunales de Justicia, exigiendo la satisfacción de demandas de grupos minoritarios de usuarios, negando la realidad financiera del régimen, han conducido a una cuestionamiento fundamental: el diseño y aplicación de mecanismos de racionamiento de los recursos del sistema.

Una de las propuestas más interesantes, pero probablemente huérfana de apoyo político y social, es la administración del régimen con un enfoque de seguro clásico, donde la cobertura de las necesidades de salud está restringida a una cierta canasta o paquete básico de servicios. La obtención de aquellos bienes y servicios no incluidos en este paquete, puede adoptar diversas formas. Una de tantas opciones, es el pago de una prima adicional al asegurador público, otra la contratación de un seguro privado de gastos médicos

La falta de una discusión seria y responsable de este problema, ha llevado al sistema público a racionar sus recursos, por medio de formas poco transparentes, tales como las colas, las listas de espera y los biombos médicos. Todas estas prácticas se encuentran expuestas y promueven la corrupción del sistema en general, y ponen en una desventaja manifiesta a las personas más necesitadas.

Oportunidades

Junto con los retos futuros que enfrenta el sector salud, grandes oportunidades también se presentan. De igual manera que la anterior, la siguiente lista no es de ninguna forma definitiva, es tan sólo el señalamiento de unos cuantos factores que pueden identificarse como potenciales ventajas del sistema público de salud, particularmente del Seguro de Salud.

i) Ley de Protección al Trabajador

Establece la obligatoriedad de los trabajadores independientes de contribuir en el financiamiento del Seguro de Salud, cinco años después de la entrada en vigencia de la citada ley.

Fortalece los instrumentos y evasiones legales de la CCSS para el control de la evasión. Actualiza las multas impuestas a los patronos por la entrega de información incompleta o falseada, usando como monto de referencia los montos de salarios mínimos que se establecen semestralmente.

ii) Aumento de la Población Económicamente Activa

El proceso de envejecimiento de la población permite gozar del denominado “bono demográfico”, concepto implica que durante la transición demográfica, la proporción de personas en edad de trabajar crecerá más rápidamente que el resto de la población. La ganancia depende de la capacidad de la economía nacional y el mercado laboral para generar los puestos de trabajo necesarios, y de las autoridades de la CCSS en el diseño, ejecución y monitoreos de acciones que permitan afiliar la mayor cantidad de estos trabajadores como contribuyentes del Seguro de Salud.

iii) Facturación y recaudación procesos más ágiles

El tiempo de facturación y período de cobro han disminuido significativamente con la puesta en marcha del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).

El uso de la infraestructura bancaria para llevar a cabo la recaudación externa de las cuotas obrero-patronales ha dado resultados positivos.

El reporte de los cambios mensuales en las planillas vía Internet, el programa “Grandes Clientes” y el Pago a proveedores por medio del SINPE.

iv) Ahorros potenciales del actual modelo de atención

El fortalecimiento financiero del primer nivel de atención, debe transformarse en el mediano plazo en una menor utilización de los servicios prestados por los centros de complejidad media y alta.

La introducción de la facturación entre los centros de atención, es un elemento que puede mejorar la gestión competitiva y un uso más eficiente de los recursos limitados

CAPITULO VIII

“PROVISIÓN SERVICIOS”

LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Conclusiones

Conclusiones sobre la regulación del ejercicio profesional

Con respecto a los Colegios Profesionales, el sondeo permitió identificar lo siguientes:

Hay dificultad para recolectar y analizar la información, pues los registros de los colegios son heterogéneos y cada uno, como es de esperar, está diseñado de acuerdo con sus propias necesidades.

Los Colegios de Médicos y Cirujanos y el de Farmacéuticos cuentan con un programa de recertificación profesional, diseñados con un modelo amplio en rangos de aceptación de acreditaje.

La participación de los colegios en los procesos decisorios referentes a carreras universitarias y perfil ocupacional institucional es limitada.

Aunque todos los colegios tienen programas de capacitación para sus colegiados esta no siempre se coordina con las instituciones empleadoras.

Considerando el espacio que el Ministerio de Salud ha desarrollado en materia de regulación, el desarrollo del Recurso Humano, es materia ineludible para la evaluación de la calidad de los servicios y sistemas de salud y puede ser aprovechado como uno de los medios fundamentales para fortalecer la formación, el ejercicio profesional y la educación permanente del personal en salud, en procura del logro de la equidad, la solidaridad, la calidad, requisitos indispensables de la atención en salud.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad, importante esfuerzo del Ministerio de Salud como ente rector, en materia de recursos humanos puede ser fortalecido con los estudios que se proponen en este documento, con el propósito de elaborar estándares cada vez más pertinentes al campo de los recursos humanos para la garantía de calidad en salud.

En relación con la formación:

Los procesos de acreditación de entidades de formación superior, como mecanismo nacional para garantizar la excelencia de los programas y calidad profesional de los graduados, han avanzado con lentitud en nuestro país. Están acreditadas a la fecha dos carreras de la Universidad de Costa Rica, Trabajo Social y Medicina y en la Universidad Latina, la carrera de Odontología. Por otra parte, no se han acreditado los establecimientos de salud donde se desarrolla docencia de grado y postgrado.

La oferta académica de nuevos programas de carreras de ciencias de la salud se ha incrementado considerablemente en los últimos diez años, nuestro estudio registra 71 programas de 25 diferentes carreras en 29 universidades, de éstas 3 son universidades públicas. Hasta el año 1995, existían sólo tres programas de la carrera de medicina, tres de odontología y seis de enfermería, mientras que en la actualidad existen nueve, seis y ocho respectivamente. Lo preocupante de este crecimiento es la ausencia de criterios que definan las necesidades existentes y la pertinencia de abrir nuevas ofertas académicas y de mecanismos que aseguren la calidad de la formación que ofrecen.

Los requerimientos del sistema de atención en salud no han logrado permear las prácticas en salud y por ende los currículos continúan, en su mayoría, produciendo un egresado cuyo perfil de competencias se dirige a la atención de alta complejidad.

En relación con el empleo

La fragmentación en la legislación y la atomización de las organizaciones gremiales y sindicales, crea condiciones para que se realicen negociaciones con criterios diferenciales con los grupos, según sean sus cuotas de poder, generando iniquidades en las condiciones de trabajo, fuentes de conflicto y promoviendo la desregulación.

La contratación de servicios a terceros es una práctica que se está generalizando tanto en las instituciones públicas, como en las privadas, sin que se haya evaluado su impacto en la calidad de la atención, ni su repercusión en la generación de nuevas formas contractuales las cuales muestran tendencia a la precarización de las condiciones de trabajo.

Las múltiples regulaciones profesionales tienden a limitar la implementación y el desarrollo del modelo de atención asumido por el país, lo que hace necesaria la concertación nacional sobre los principios que sustentan los objetivos sanitarios fundamentales y los intereses resguardados por cada gremio.

No se observa un esfuerzo sostenido en el Área de Investigación que sustente la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos; los registros de datos que alimentan la información sobre la formación, utilización, composición, distribución y requerimientos de los recursos humanos, están fragmentados y tienen diseños que corresponden a diferentes lógicas. Este hecho obstaculiza el abordaje metodológico integrador del objeto de estudio y es reflejo de la escasa visibilidad del campo, lo que representa una limitante para realizar estudios de naturaleza semejante al del Análisis Sectorial.

Las necesidades globales de recursos humanos en salud no han sido claramente determinadas por lo que las posibles iniquidades en su distribución y calidades son difíciles de estimar. Sin embargo existen desproporciones evidentes que requieren de urgente atención, como por ejemplo el déficit en Asistentes Técnicos en Atención Primaria, Patólogos, Psicólogos, Odontólogos, Enfermeras con especialidad en Salud Mental y Geriátras, tal y como se demuestra en estudios citados en este trabajo.

La saturación laboral de ciertas carreras hace que haya una precarización del empleo. Se tienen reportes de personal graduado en enfermería que ejecuta labores de enfermería auxiliar, incrementando la conflictividad entre estas dos categorías de personal que coexisten y compiten en un mismo espacio laboral.

En relación con la regulación del ejercicio profesional

La recertificación como garantía de calidad de la práctica profesional se ha puesto en práctica solamente en el Colegio de Médicos y Cirujanos. Los Colegios de Enfermería y Farmacia están elaborando propuestas en esta materia. Se considera que la recertificación no evidencia estar orientada por el modelo de atención vigente.

Recomendaciones

Los recursos humanos son sujetos fundamentales del desarrollo de la salud, por tanto deben conceptual y analíticamente ser considerados en cada uno de los ámbitos de la formulación de la Política Nacional de Salud.

Creación de capacidad institucional para políticas de recursos humanos

La política en recursos humanos debe ser formulada, ejecutada, coordinada y seguida por el conjunto de actores sociales involucrados en la formación, el empleo y el ejercicio técnico y profesional.

Es necesario la creación de espacios que legitimen el encuentro de los actores sociales (gremios, instituciones empleadoras y formadoras, organizaciones de trabajadores y representantes de la ciudadanía) en el marco de las atribuciones de conducción y regulación de la Autoridad Sanitaria. La apertura de este espacio es una necesidad sentida por los actores involucrados en el campo de los recursos humanos en salud.

Sin desmedro de otros mecanismos que puedan establecerse para la articulación de esfuerzos nacionales por el desarrollo de recursos humanos en salud, se propone:

La creación de una instancia nacional e interinstitucional de alto nivel, adscrita al Ministerio de Salud, constituida por decreto ejecutivo. Esta instancia deberá tener un núcleo ejecutivo que asegure la continuidad, permanencia y efectividad de su accionar.

Las funciones prioritarias de esta instancia serían:

Proponer al Consejo Sectorial de Salud la política nacional en materia de recursos humanos.

Dar seguimiento y monitoreo de las políticas.

Establecer los lineamientos para el diseño e implementación de un sistema de información en red interinstitucional.

Definir los criterios básicos para la regulación de la formación de recursos humanos en salud.

Promover la investigación en el campo de la formación, el trabajo y la práctica profesional de cara al modelo de atención vigente.

Abrir espacios de discusión permanente para la identificación de los problemas prioritarios.

Identificar espacios y mecanismos que permitan la inclusión en las agendas de distintos organismos (gubernamentales y no gubernamentales, agencias de cooperación internacional e institutos de investigación, entre otros), de los asuntos relevantes en materia de recursos humanos en salud relacionados con la equidad y la calidad de la atención en salud.

La instancia debería estar conformada por representantes del Ministerio de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, del Instituto de Acueductos y Alcantarillados, de las organizaciones gremiales y sindicales, de las Universidades Públicas y Privadas de Costa Rica y la población. El CONESUP, SINAES, CONARE y el Servicio Civil serían entes asesores.

La instancia que se propone debe ser capaz de rendir cuentas a corto plazo al Consejo Sectorial de Salud dada la trascendencia de tomar decisiones en este campo.

Desarrollo e integración de la información para la formulación de políticas

Otro elemento importante a considerar es el fortalecimiento de cada uno de los sistemas de información en recursos humanos de las instituciones del sector, como componente de proyectos para el desarrollo de capacidades institucionales en la gestión de recursos humanos.

Las organizaciones del sector deben emitir disposiciones específicas para fortalecer la gestión de los recursos humanos y propiciar la equidad en su distribución de acuerdo con las necesidades en salud de la población, teniendo como referente la desconcentración de la oferta de servicios y los requerimientos del primer nivel de atención.

Se requiere la elaboración de un sistema de incentivos sociales y económicos, vinculados a la productividad, rendimiento, méritos, calidad de los servicios y fortalecimiento de todos los niveles de atención, así como la capacitación y educación continua en respuesta a las necesidades de los recursos humanos que se desempeñen en el nivel local y regional.

Una capacidad renovada de regulación estatal y colegiada

Debe replantearse la regulación, que ejerce el Estado, en la apertura de nuevas carreras en el área de salud. Para ello el ente rector en Salud, junto con el Ministerio de Educación, debe formular los requisitos mínimos que deben cumplir los proyectos que se presenten para apertura de carreras. Especial importancia debe darse a la formalización de los campos clínicos que serán ocupados por los estudiantes, es decir: su ubicación, número, calidad y coexistencia de otras universidades en el centro de práctica. Igualmente deberá regularse sobre las características del cuerpo de profesores, su formación, sus antecedentes profesionales y docentes, dando énfasis especial al requisito de que estos no posean múltiples contratos con varias universidades.

El Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior, en conjunto con la Autoridad Sanitaria, debe analizar y plantear los estándares específicos que deben cumplir los programas de las carreras de salud, acordes con las características y necesidades actuales y futuras del Sector. El ente rector deberá promover la acreditación como garantía de calidad de los entes docentes estatales y privados para beneficio de estudiantes, graduados y la población a la cual atienden.

El ente rector deberá promover la creación de un sistema de acreditación de los diferentes centros asistenciales como parte de su Sistema Nacional de Garantía de la Calidad.

Los colegios profesionales deben trabajar en la orientación de sus procesos de recertificación en concordancia con el modelo de atención vigente en el país. Esto para que los elementos que sean objeto de recertificación sean congruentes con una actualización ligada a un ejercicio profesional acorde con las necesidades de salud de la población.

Necesidad de generar nuevas evidencias sobre áreas críticas.

Finalmente es importante recomendar algunos estudios que se requieren realizar en las áreas de la formación y la práctica profesional y los cuales el grupo ha considerado como prioritarios:

Formación

Análisis de los currículos de las carreras de salud, tomando en cuenta su objeto de estudio, los perfiles de competencias, ejes curriculares, materias del plan de estudios, intensidad horaria y porcentaje del plan de estudios dedicado a contenidos y prácticas orientadas a la atención primaria, entre otros. Estos estudios pueden generar análisis e intervenciones sobre aspectos críticos como la enseñanza de la investigación en respuesta a la situación de salud, la práctica de la ética y la equidad con calidad en la atención en salud.

Necesidades de formación de profesionales en salud y de especialistas en medicina, de acuerdo con el nivel de formación, que defina los criterios o variables sobre las cuales se realiza esa determinación, congruente con las necesidades actuales y futuras.

Identificación y seguimiento de las tendencias cuantitativas y cualitativas de los procesos de formación y el empleo público y privado en salud.

Empleo

Perfiles de competencia de los diferentes profesionales en la atención integral en salud, con énfasis en el mapeo de las competencias requeridas para la intervención en la atención primaria de salud.

Seguimiento de las tendencias en los contenidos y proyección de los programas de recertificación profesional desarrollados y su impacto en la calidad de los servicios.

Identificación de las capacidades institucionales para enfrentar los procesos de desarrollo de recursos humanos futuros.

Productividad y rendimiento de los recursos humanos en los tres niveles de atención y la repercusión en los montos y destino de las inversiones en capital humano y la creación de empleo público.

Ejercicio profesional

Elaborar análisis para conocer los niveles de empleo, desempleo y pluriempleo profesionales para orientar mecanismos de formación y contratación.

Son necesarias las investigaciones que sustenten la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos, mediante el empleo de sistemas de información sobre la formación, utilización, composición, distribución y requerimientos de los recursos humanos.

CAPITULO IX

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Conclusiones

Políticas de desarrollo tecnológico

Las Áreas rectoras del Ministerio de Salud poseen escasos recursos logísticos para operar adecuadamente, por cuanto no existe la combinación óptima de tales recursos para ejercer la rectoría de la salud de mejor manera.

La situación señalada en evaluación realizada por el Ministerio de Salud, refleja que se ha realizado una inversión considerable en los rubros de planta física y recursos materiales en el primer nivel de atención, durante el periodo 2001.

En el tercer nivel de atención se está desarrollando un proceso de mejora continua estimulado por políticas institucionales como los compromisos de gestión y políticas nacionales como la acreditación por parte del Ministerio de Salud.

No existe una distribución equitativa del recurso humano, de la planta física y de los recursos materiales entre los hospitales periféricos y nacionales. En los últimos resultados de la III Evaluación a los Hospitales Públicos, realizada en los años 2001 y 2002, se presentan cifras alarmantes de cumplimiento de estándares con respecto a Recurso Humano, Planta Física y Recurso Material: 68.1%, 61.4% y 55.9%, respectivamente. Los Hospitales Periféricos son los que tienen un menor cumplimiento de estándares 61.5% con respecto a los Hospitales Nacionales que muestran un 74.1% (MS Allen, 2002).

El país no dispone de una política en el Sector Salud sobre tecnologías sanitarias, sino lo que existen son esfuerzos aislados muy recientes que son paralelos al desarrollo tecnológico de cada institución, las cuales organizan internamente su gestión tecnológica. Rara vez se evalúa y cuando se realiza se hace para tecnologías de alta complejidad, sin embargo tampoco esto ha sido una práctica común en las instituciones del Sector. Tampoco existe ningún organismo público ni privado que evalúe la tecnología con criterios de seguridad, eficacia, efectividad y aceptabilidad, que tome en cuenta además costo e impacto.

El Ministerio de Salud con base en la Ley General de Salud, la Ley Básica de Energía Atómica y el Reglamento sobre protección contra las radiaciones ionizantes, establece los requisitos que debe cumplir toda actividad relacionada en forma directa o indirecta con la emisión de radiaciones ionizantes, así como las instalaciones e inicio de operación.

El Sector Salud ha adquirido paulatinamente tecnología de alta calidad, no obstante esta no siempre es la adecuada para responder a las necesidades, por cuanto se carece de una distribución equitativa y la capacidad instaladas no siempre responde a la demanda. Uno de esos efectos se puede observar en las filas de espera de la mayoría de los centros de salud.

Se presentan limitaciones con respecto al recurso humano con capacidad en manejo tecnológico, lo cual se ve agravado por la inexistencia de una política de desarrollo tecnológico que contemple la preparación continua con respecto a los avances tecnológicos y a la gestión tecnológica.

La CCSS está rezagada en cuanto al equipamiento, lo cual se debe principalmente a la falta de planificación para la adquisición de tecnologías. La adquisición de tecnologías es deficiente en cuanto a recursos económicos y técnicos. Así mismo se carece de una política de mantenimiento bien definida, campo en el cual también se observan deficiencias.

La carencia de normas y políticas nacionales o sectoriales que dirijan los esfuerzos de las instituciones del Sector es una de las principales causas de las deficiencias que afectan el adecuado desarrollo de las TIC en el Sector Salud.

Las instituciones del sector han venido realizando esfuerzos aislados, estableciendo prioridades individuales que regularmente obedecen a estudios poco profundos de las necesidades o como respuesta a presiones de los usuarios más que a planes estratégicos de desarrollo.

La ausencia de estándares y metodologías de desarrollo comunes a todas las instituciones del Sector Salud provocan esfuerzos aislados que a su vez inciden en la desagregación de la información y limitan la capacidad de análisis.

Existe una marcada heterogeneidad de las plataformas de desarrollo utilizadas en las aplicaciones tecnológicas del sector, lo cual es causa de incompatibilidad de estas y de las bases de datos, lo cual incide negativamente en la capacidad de análisis de la información.

Tanto en el Ministerio de Salud como la CCSS, se han realizado esfuerzos para contar con redes de comunicaciones adecuadas según las necesidades. En ambos casos estas plataformas se encuentran en estado avanzado, lo que constituye una fortaleza para el Sector.

El desarrollo informático (hardware, software y comunicaciones) se ha concentrado en los niveles centrales de las instituciones, con una distribución poco equitativa respecto de los niveles regionales y locales.

Medicamentos

En Costa Rica no existe una política de regulación del precio de los medicamentos, los cuales se venden de acuerdo con la oferta y la demanda.

El sistema de salud costarricense permite, por medio de la seguridad social, tener acceso a los medicamentos, aunque no de manera ágil. Por ello, se han desarrollado políticas para mejorar la accesibilidad en el sector privado que han permitido una mayor competencia y apertura del mercado de medicamentos.

La actual política de registro y control de medicamentos, en cuanto a eficacia y seguridad de ellos, se ha desarrollado en forma satisfactoria y congruente con las necesidades de la población y de las exigencias mundiales, sin embargo es necesario establecer una estrategia más agresiva de fármaco-vigilancia.

Equipo y material biomédico

No existe una política nacional ni institucional en relación con el equipo y material biomédico que permita una distribución acorde con las necesidades según el nivel de atención y el área geográfica. Así como para garantizar la seguridad y eficacia de estos y para evaluar su impacto económico y social.

Por parte del Ministerio de Salud existe en proceso de elaboración el Reglamento para la importación, control y registro del Equipo y Material Biomédico.

Recomendaciones

El Ministerio de Salud como ente rector debe impulsar y coordinar la formalización de políticas relacionadas con el desarrollo tecnológico, con el propósito de disponer en forma eficiente y equitativa de los recursos.

Cada institución del Sector Salud debe organizar internamente la gestión tecnológica, teniendo en consideración el que se evalúe la seguridad, la eficacia, la efectividad, la accesibilidad, el costo y el impacto de la incorporación tecnológica. Se deben establecer canales de comunicación entre los distintos componentes del sector para racionalizar el uso de tecnologías y para compartir la información.¹¹⁰

Crear una política de desarrollo de recurso humano en el área tecnológica que responda a las necesidades de cada institución del sector, para lo cual debe reforzarse la capacitación en este campo en forma paralela a la gestión tecnológica.

110 Anotación en Taller de Validación del 29 de noviembre 2002.

Coordinar esfuerzos tendientes al establecimiento de estándares y metodologías de desarrollo de aplicaciones comunes a las instituciones del Sector Salud. En este sentido la participación del Sector Privado debe estar claramente definida.¹¹¹

Impulsar los esfuerzos institucionales para dotar de tecnologías adecuadas a los niveles primario y secundario de atención de la salud, en procura de una distribución más equitativa de los recursos disponibles.

Desarrollar políticas institucionales de gestión tecnológica que incluya aspectos como la evaluación, la capacitación, la distribución, la formación profesional y la regulación entre otros. Para esto es necesario crear un plan a largo plazo con objetivos claros y con la participación muy activa del Ministerio de Ciencia y Tecnología y los organismos sectoriales correspondientes.¹¹²

Establecer estrategias para reforzar y ampliar las acciones de habilitación de los servicios, teniendo en consideración la desconcentración instrumental facultada por la Ley 7852 de Desconcentración de Clínicas y Hospitales de la CCSS. Dentro de estas estrategias deben considerarse acciones para evitar la incorporación descoordinada de tecnologías por dichos entes y que da pie para aumentar aún más la dispersión actual.

111 Idem.

112 Idem.

CAPITULO X

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Conclusiones

Existe una inadecuada utilización, organización y entrega de los servicios de salud, razón por la cual no se garantiza para toda la población equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad con recurso físicos, económicos y de capital humano adecuado que permitan la satisfacción de la demanda.

El crecimiento del sector privado de salud, ha sido a través de la contratación de servicios privados por parte del sistema público. Se requiere que exista un sistema de regulación capaz de enfrentar las imperfecciones estructurales de los mercados que caracterizan los sistemas de salud, especialmente porque hoy día se percibe un mayor posicionamiento de este sector como resultado del consumo de la población. Actualmente no existen sistemas que permitan establecer la verdadera cobertura y la oferta real hacia los usuarios.

En Costa Rica no existe un sistema desarrollado de regulación económica de los mercados de salud, aunque el Ministerio de Salud ha empezado a dar algunos pasos en esa dirección.

La información en cuanto a los recursos físicos, económicos y de capital humano, es difícil de obtener en su totalidad, lo que puede estar explicado por la falta de un sistema de información más adecuado. Esto se suma a la ausencia de investigaciones en esta área, lo que imposibilita que el análisis de la oferta, demanda y calidad de los servicios médicos puedan observarse en términos de indicadores de calidad, efectividad, eficiencia y el impacto en la población.

Siendo el INS un proveedor y prestador de servicios médicos al sector público y privado es importante que se considere un punto importante al momento de tomar medidas y establecer políticas, si bien, este sector es pequeño si se compara con el de la Caja Costarricense de Seguro Social, no obstante, debe tenerse presente que una población de 775,141 está siendo atendida en el INS por concepto de servicios médicos, por lo que es relevante conocer las repercusiones que una prestación sanitaria privada pueda tener en el Sistema de Salud Costarricense.

La utilización de servicios hospitalarios tiene un comportamiento muy similar al de los servicios ambulatorios, sin diferencias importantes y congruentes con el nivel de pobreza de la población, sin embargo queda pendiente conocer el comportamiento de esta variable en la demanda insatisfecha conocida (listas de espera).

El ejercicio de estimación de demanda muestra un panorama en relación con las 17 actividades preventivas que permite aun con las limitaciones de los sistemas de información, orientar la toma de decisiones, comenzando por ver la importancia de mejorar la calidad y oportunidad de información para realizar este tipo de análisis con mayor seguridad de que la lectura se acerca adecuadamente a la realidad.

En relación con los procesos de acreditación, habilitación y evaluación de los centros de salud estos deben fortalecerse.

Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad requieren seguimiento en los conocimientos sobre calidad y apoyo permanente en el desarrollo de los proyectos de mejora, por parte de los coordinadores y jefaturas correspondientes.

Recomendaciones

Elaborar e implementar y garantizar un Plan básico de Oferta de Servicios que garantice la calidad, equidad, acceso y universalidad de la atención institucional según nivel, que contemple el desarrollo tecnológico y dotación de recursos de acuerdo con las necesidades priorizadas de los demandantes y el análisis de situación de salud, así como el costo-efectividad y la sostenibilidad financiera. Involucrar a los representantes de la sociedad civil en la definición del Plan de oferta de Servicios, mediante la creación de estrategias para la prestación de servicios complementarios y garantizar a través del Ministerio de Salud la ejecución y seguimiento del Plan.

Es importante establecer mecanismos que permitan obtener la información obligatoria del sector privado, tales como Leyes o normas antes de la acreditación o establecer sanciones para aquellos proveedores que oculten los datos.

Se recomienda una mejor rectoría de la Institución competente, para que se exija a las empresas proveedoras y prestadoras de servicios de salud privadas una mayor información, con la cual se puede dar un mejor seguimiento de la calidad de los servicios versus los recursos utilizados, además de poder realizar comparaciones entre los sectores nacionales e internacionales.

Diseñar e implementar un sistema de información para el ejercicio de la Rectoría, que permita, entre otras cosas, recuperar la información de todos los servicios de Salud.

Si se establece el uso de las Cuentas Nacionales en Salud, tanto en el sector público como privado, la información sería más homogénea y permitiría la comparación entre instituciones; para ello es relevante la capacitación de funcionarios en esta materia. Lo anterior, podrá ser útil para determinar la oferta de los servicios esto tratándose del INS, sin embargo, puede ser extrapolado a otros sectores.

Seguir incrementando la equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud, dirigidos a la población más desprotegida.

Seguir mejorando, a pesar de que se han hecho esfuerzos, la reducción de las listas de espera, así como incrementar la cobertura con calidad en los servicios y los sistemas de información, para dar un adecuado seguimiento acorde a las actividades.

Ampliar y fortalecer los procesos de acreditación, habilitación y evaluación de los centros de manera que respondan a las necesidades de la población, tomando en cuenta aspectos de geografía, perfil epidemiológico y nivel socioeconómico, aunado a garantizar la calidad de servicios de salud.

Garantizar la calidad de los servicios mediante la planificación, diseño, aplicación de instrumentos, evaluaciones, con la ejecución de acciones que repercutan en mejoras constantes en el Sistema de Salud; aspectos que se lograrían integrar, desarrollar, fortalecer y consolidar con la creación e implementación de un sistema de Garantía de Calidad en el Sector Salud. Mantener la calidad de los servicios del Sector Salud, como una prioridad nacional, tal y como lo establece el decreto D29731-60161 del 9 de agosto del 2001.