

Sistema de salud de Costa Rica

María del Rocío Sáenz, MC,⁽¹⁾ Mónica Acosta, Lic en CP,⁽¹⁾
Jorine Muiser, MC en SS,⁽²⁾ Juan Luis Bermúdez, Lic en RI.⁽¹⁾

Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL.
Sistema de salud de Costa Rica.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S156-S167.

Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL.
The health system of Costa Rica.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S156-S167.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Costa Rica, que presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o contrata prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Ministerio de Salud es el rector del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han implantado en Costa Rica destacan la implantación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Costa Rica

Abstract

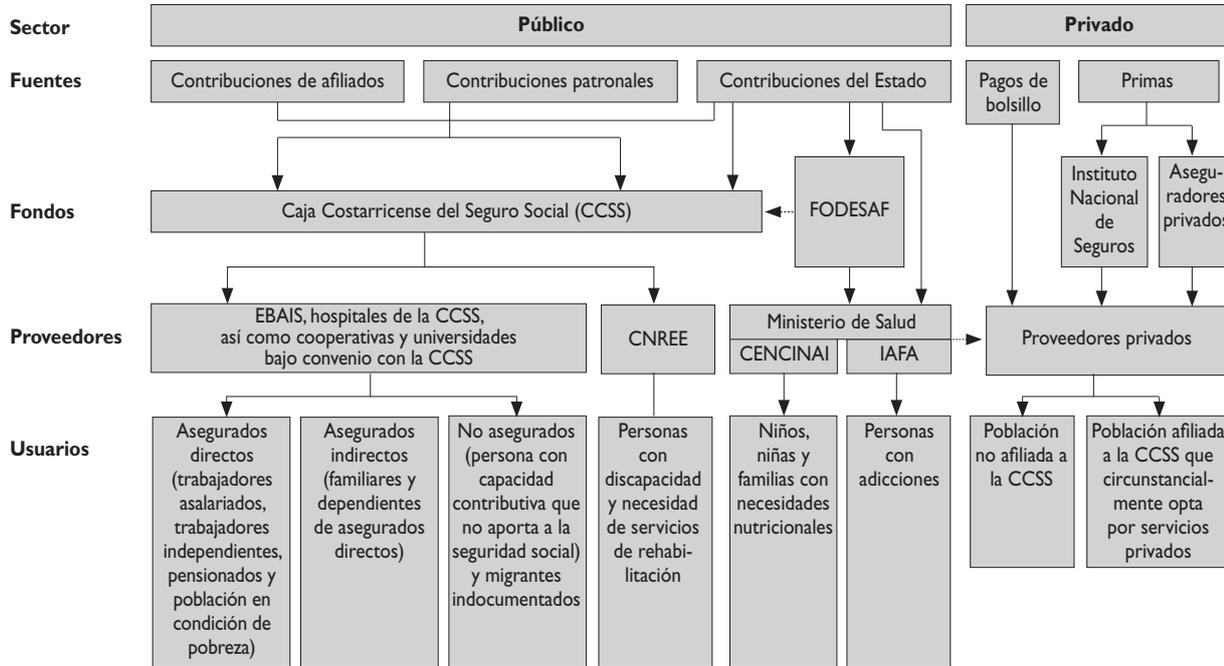
This paper describes the Costa Rican health system which provides health, water and sanitation services. The health component of the system includes a public and a private sector. The public sector is dominated by the Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), an autonomous institution in charge of financing, purchasing and delivering most of the personal health services in Costa Rica. CCSS is financed with contributions of the affiliates, employers and the state, and manages three regimes: maternity and illness insurance, disability, old age and death insurance, and a non-contributive regime. CCSS provides services in its own facilities but also contracts with private providers. The private sector includes a broad set of services offering ambulatory and hospital care. These services are financed mostly out-of-pocket, but also with private insurance premiums. The Ministry of Health is the steward of the system, in charge of strategic planning, sanitary regulation, and research and technology development. Among the recent policy innovations we can mention the establishment of the basic teams for comprehensive health care (EBAIS), the de-concentration of hospitals and public clinics, the introduction of management agreements and the creation of the Health Boards.

Key words: health system; social security; Costa Rica

- (1) Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración, Costa Rica.
(2) Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Fecha de aceptado: 24 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: María del Rocío Sáenz. 222-3015, San Rafael de Heredia, Costa Rica.
Correo electrónico: saenz.rocio@gmail.com



Fuente: Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINAI: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI)

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados. El Ministerio de Salud (MS), por su parte, cuenta con una dirección especializada en salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, encargada de la vigilancia y control epidemiológicos. El MS es también el rector del sistema, siendo responsable de la dirección política, la regulación sanitaria, la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, el direccionamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico.

Contexto

Demografía

Costa Rica tiene una población de 4 451 205 habitantes. Las mujeres representan 49.2% de la población total y los hombres 50.7%. Las zonas urbanas concentran 63% de la población y las comunidades rurales el resto.¹ La tasa de crecimiento poblacional es de 1.4%.² Las personas mayores de 65 años representa alrededor de 5% de la población total; en 2050 representarán 21%.²

La mortalidad general ha descendido de manera importante en los últimos años: pasó de 10.1 por 1000

habitantes en 1950 a 3.4 en el momento actual. Este descenso es producto sobre todo de una disminución de la mortalidad infantil, que pasó de 14.3 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 8.8 en 2009, una de las tasas más bajas del continente americano.³ Estos descensos explican el incremento de la esperanza de vida al nacer, que entre 1990 y 2009 aumentó 2.5 años, para alcanzar 81.2 años en las mujeres y 76.4 años en los hombres.⁴

La tasa global de fecundidad descendió de 5.0 hijos por mujer en 1970 a 1.9 en 2010. El país disfruta de una relación de dependencia baja ya que casi 58% de la población está constituida por personas de entre 20 y 65 años de edad.⁵

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, COSTA RICA, 2009

| | |
|--|-----------|
| Población total | 4 451 205 |
| Esperanza de vida al nacer | 79.4 |
| Esperanza de vida a los 65 años | 19.51 |
| Tasa de mortalidad general | 3.40 |
| Tasa de mortalidad infantil | 8.84 |
| Razón de mortalidad materna | 30.0 |
| Prevalencia de diabetes en adultos (2000) | 5.0 |
| Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (2006-2007) | 10.0 |
| Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2006) | 99.0 |
| Cobertura de vacunación (%) en menores de 1 año (2008) | |
| BCG | 90 |
| DPT1β | 90 |
| DPT3β | 90 |
| polio | 89 |
| sarampión | 91 |
| HepB3 | 89 |
| Población con seguridad social (2008) | 3 943 491 |
| Población sin seguridad social (2008) | 507 714 |
| Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008) | 8.2 |
| Gasto per cápita en salud (2008)* | 936 |
| Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008) | 76.9 |
| Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2004) | 0.42 |

Fuente: Referencias 3,6-12

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

El incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de fecundidad se asocian a un envejecimiento de la población que, como se verá en seguida, está teniendo un impacto muy importante en las condiciones de salud de los costarricenses.

Condiciones de salud

La mayor parte de los daños a la salud en Costa Rica son producto de las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer. Los infartos y la enfermedad isquémica del corazón son las principales causas de muerte en ambos sexos. El cáncer es responsable de 20% de todos los decesos. De 1995 a la fecha se ha observado un aumento de 48% en las tasas de incidencia para todos los tipos de cáncer. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado entre las mujeres. En 2009 se diagnosticaron casi tres nuevos casos diariamente.¹³

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades hipertensivas son también causas frecuentes de defunción en las mujeres (cuadro II). En los hombres destacan como causa de muerte los accidentes de tránsito (cuadro III).

La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo en 7.7% entre 2000 y 2005. La mortalidad por diarreas disminuyó de 3 por 100 000 habitantes en 2000 a 1.3 en 2009. La prevalencia de tuberculosis descendió de 36 por 100 000 habitantes en 1990 a 17 en 2005. La mortalidad por esta última causa también disminuyó de 3 por 100 000 habitantes en 1990 a 1 en 2009.¹⁴

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, COSTA RICA, 2009

| | Número | Tasa* | % |
|--|--------|-------|-------|
| 1. Infarto agudo del miocardio | 518 | 23.7 | 6.48 |
| 2. Tumor maligno de la mama | 280 | 12.8 | 3.50 |
| 3. Tumor maligno del estómago | 209 | 9.5 | 2.61 |
| 4. Enfermedad isquémica crónica del corazón | 203 | 9.3 | 2.54 |
| 5. Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva) | 164 | 7.5 | 2.05 |
| 6. Exposición a factores no especificados, causando fractura (del 2006 en adelante) | 155 | 7.1 | 1.94 |
| 7. Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico | 151 | 6.9 | 1.89 |
| 8. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 147 | 6.7 | 1.84 |
| 9. Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva) | 144 | 6.6 | 1.80 |
| 10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores | 141 | 6.4 | 1.76 |
| Causas mal definidas | 142 | 6.5 | 1.78 |
| Las demás | 5 741 | 262.3 | 71.81 |

* Tasas por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 17

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, COSTA RICA, 2009

| | Número | Tasa* | % |
|---|--------|-------|------|
| 1. Infarto agudo del miocardio | 885 | 393 | 8.3 |
| 2. Tumor maligno de la próstata | 400 | 17.8 | 3.7 |
| 3. Tumor maligno del estómago | 355 | 15.8 | 3.3 |
| 4. Enfermedad isquémica crónica del corazón | 262 | 11.6 | 2.4 |
| 5. Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor | 250 | 11.1 | 2.3 |
| 6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores | 183 | 8.1 | 1.7 |
| 7. Tumor maligno de los bronquios o del pulmón | 170 | 7.6 | 1.6 |
| 8. Enfermedad aterosclerótica del corazón | 168 | 7.5 | 1.6 |
| 9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 152 | 6.8 | 1.4 |
| 10. Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas | 141 | 6.3 | 1.3 |
| Causas mal definidas | 178 | 7.9 | 1.7 |
| Las demás | 7 562 | 336.1 | 70.6 |

*Tasas por 100 000 hombres
 Fuente: Referencia 17

El número de casos de dengue se incrementó de 0 en 1990 a más de 33 000 en 2005 y 25 000 en 2007, para descender a 7 214 en 2009. Para junio de 2010 se habían presentado un total de 9 743 casos de dengue, registrándose una muerte.¹⁵

El sida mantenía una tendencia ascendente hasta 2003. A partir de 2004 se observa un descenso. En el periodo 2002-2008 la tasa de incidencia fue de 3.7 por 10 000 habitantes. La tasa de mortalidad bajó de 4.0 por 100 000 habitantes en 1995 a 2.9 en el periodo 2000-2005.

En 2005, se perdieron en Costa Rica 351 368 años de vida saludables (AVISA) por muertes prematuras y discapacidad, para una tasa de 81.2 años por cada 1000 habitantes.¹

Por lo que se refiere a los principales riesgos para la salud, datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) indican que 10% de la población mayor de 20 años padece de hipertensión. La prevalencia de obesidad (IMC \geq 30 kg/m²), factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y diabetes, es particularmente elevada en las mujeres de entre 45 y 64 años (77.3%) y los hombres de entre 20 y 64 años (62.4%). Los datos sugieren que la prevalencia de sobrepeso y obesidad seguirá incrementándose en los próximos años.¹⁶

Estructura y cobertura

Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS,

principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud (MS), como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas al mismo, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente.

En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados.¹⁸

El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Política de Costa Rica define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social.¹⁹ La Ley General de Salud define a la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país.²⁰

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora y con el paso de los años se ha extendido a nuevos beneficiarios estrechamente ligados a la categoría de contribuyente y no contribuyentes al sistema. Estos se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, a saber: a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados).

Desde su fundación en 1941, la cobertura de la CCSS creció consistentemente hasta los años noventa. Desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre 85.6 y 87.6% (cuadro IV).

Todos los menores de edad (18 años) y mujeres embarazadas que no estén protegidos por el beneficio familiar, los pensionados del régimen no contributivo y los indigentes identificados están asegurados a cargo del Estado.²²

El reconocimiento de la CCSS de una categoría de "no asegurado", justificado inicialmente para la universalización de la atención primaria, ha permitido que habitantes del país con capacidad contributiva elijan no contribuir al seguro de salud, pero puedan hacer uso de la prestación de servicios de segundo y tercer nivel por la vía de la atención de emergencias.

A pesar de las políticas vigentes, aún quedan grupos de la población sin acceso a la seguridad social, como los refugiados pobres no aceptados como beneficiarios a

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE

| | |
|-----------|---|
| 1941-1943 | Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). |
| 1949 | Derecho constitucional para trabajadores manuales e intelectuales a la protección contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte |
| 1956 | Ampliación de cobertura a familiares de los trabajadores afiliados |
| 1961 | Universalización del seguro a toda la población (a realizarse en 10 años) |
| 1973 | Traspaso de los hospitales de la Junta de Salud a la CCSS Ley General de Salud (derecho a prestaciones en salud para todo habitante del país según las leyes y reglamentos) |
| 1974-1989 | Introducción de la Medicina Empresa y la Medicina Mixta |
| 1984 | Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado para la cobertura de la población en condición de pobreza |
| 1992-1993 | Inicio de la reforma del sector salud que transforma al Ministerio de Salud en rector del sistema de salud y establecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud |
| 1997-1998 | Introducción de los Compromisos de Gestión (separación interna de las funciones de provisión y compras dentro de la CCSS) y Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas e inicio del funcionamiento de las Juntas de Salud |
| 2004-2006 | Reglamento para la Afiliación de los Trabajadores Independientes y Reglamento de Salud |

cargo del Estado (actualmente cubiertos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas cuyo acceso geográfico a los servicios es limitado, población en condición de pobreza no informada de sus derechos y 28.8% de trabajadores del sector agrícola sin cobertura en salud o pensiones.

Desde hace varios años se han estado explorando opciones de aseguramiento para los recolectores de café temporales e inmigrantes. Esta iniciativa no se ha po-

Cuadro IV
COBERTURA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL 1970 – 2008

| | 1970 | 1980 | 1990 | 2002 | 2006 | 2008 |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Cobertura contributiva | 47.2 | 75.7 | 85.6 | 86.8 | 87.5 | 87.6 |
| Asegurados directos activos | 11.7 | 23.1 | 24.0 | 23.0 | 26.2 | 28.5 |
| Asegurados directos asalariados | 11.7% | 19.3% | 18.0% | 18.6% | n.a | 23.3% |
| Asegurados directos no asalariados | 0.0% | 3.8% | 6.0% | 4.4% | n.a | 5.2% |
| Cuenta del Estado y sus familiares | 0.0 | 0.0 | 9.2 | 12.9 | 11.5 | 11.5 |
| Pensionados* | 0.2 | 3.0 | 4.6 | 6.4 | 6.3 | 6.1 |
| Familiares de los asegurados directos | 35.2 | 49.6 | 47.8 | 44.5 | 43.6 | 41.5 |
| No asegurados | 52.8 | 24.3 | 14.4 | 13.2 | 12.5 | 12.4 |

* Suma: pensionados del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, pensionados en regímenes especiales y pensionados del registro no contributivo
Fuente: Referencia 21

dido viabilizar por resistencias institucionales y escasa información que sustente la propuesta.

En 2010 se aprobó una nueva Ley de Migración y Extranjería que obliga a los extranjeros residentes permanentes, residentes temporales y trabajadores transfronterizos a cotizar al seguro social de la CCSS como condición para renovar su estado migratorio. La Ley no establece condición laboral para que estos grupos de personas coticen. Asimismo los ejecutivos, representantes, gerentes y personal técnico de las empresas transnacionales establecidas en el país deben acreditar su adscripción a un seguro de la CCSS para efectos de optar por la renovación de su cédula de extranjería.²³

¿En qué consisten los beneficios?

La CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud de 2006.

El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral, y asistencia social, individual y familiar.²⁴ El IVM incluye pensión por vejez, pensión por invalidez, y pensión por orfandad y viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda. Quedan excluidos de subsidios las consecuencias de un aborto intencional, aunque sí cubren los gastos en salud en caso de que se desarrolle una enfermedad a causa del mismo.

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas en el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, mientras que las familias con necesidades nutricionales reciben apoyo del CEN, el CINAI y el IAFA.

El INS ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y vende un seguro privado de salud.

La CCSS presta sus servicios mediante una red de servicios propios organizada en tres niveles diferenciados por su capacidad resolutoria y con sus propios médi-

cos, enfermeras y demás personal de salud. En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que atienden a grupos poblacionales de 3 500 a 4 000 personas junto con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. En este nivel se implementan cinco programas de atención integral en función de la condición etaria, del proceso de vida y género.

El segundo nivel lo conforma una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos.

El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados.²¹

La CCSS contrata, además, bajo varias figuras, a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, cuando lo considera necesario. Por ejemplo, con el fin de extender su red de servicios, en los años ochenta, la CCSS empezó a contratar cooperativas para prestar servicios de salud en áreas donde era deficitaria. Actualmente las cooperativas Coopesaín, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, y dos entidades no cooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa Rica, atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. También contrata servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer. Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal.

Financiamiento

¿Quién paga?

La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado). Actualmente la cuota de cotización asciende a 22.91% de la nómina salarial. El patrón aporta 14.16% dividido en 9.25% para el SEM y 4.91% para el IVM. El trabajador aporta 8.25%, 5.50% para el SEM y 2.75% para el IVM. Finalmente, el Estado aporta 0.50%, dividido en 0.25% para cada régimen (cuadro V). Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta 0.25%. Si los ingresos son menores a US\$ 885, el aporte es de 10.5% y si los ingresos superan ese monto se aporta 13.5%.²⁵

Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y

Cuadro V
ESQUEMA CONTRIBUTIVO DE ASEGURAMIENTO, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

| Esquema contributivo de aseguramiento | | SEM | SIVM | No contributivo | Acumulado |
|---------------------------------------|--|-------|-------|---|-----------|
| Trabajador asalariado | Patronos | 9.25% | 4.91% | | 14.16% |
| | Trabajadores | 5.5% | 2.75% | | 8.25% |
| | Estado | 0.25% | 0.25% | | 0.50% |
| Trabajador cuenta propia | Trabajador con ingreso menor a 885 dólares PPA | | 10.5% | | 10.5% |
| | Trabajador con ingreso mayor a 885 dólares PPA | | 13.5% | | 13.5% |
| | Estado | 0.25% | 0.25% | | 0.5% |
| Asegurado por el Estado | Junta de Protección Social. JPS Ley 7395 | | | 95% de la utilidad neta de la lotería electrónica | |
| | Ley 7972 de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos | | | Monto anual de ₡1000 millones (1.7 millones de dólares) | |
| | Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares | | | 20% del FODESAF (aprox. 0,3% del PIB) | |

Fuente: Referencia 26

SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad

SIVM: Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

Asignaciones Familiares, así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención. Sólo 2% de los hogares cuentan con un seguro privado del INS.

La CCSS es responsable de recaudar y distribuir los recursos. Como parte de la reforma del sector salud de 1997, la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en "compromisos de gestión". Su propósito es asignar recursos sobre un análisis prospectivo de las necesidades en salud de la población en cada área de salud, estableciendo metas de desempeño anuales entre el proveedor inmediato (EBAIS, clínica, hospital, cooperativa) y la CCSS. Los compromisos de gestión estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada, entre otros. El sistema de pago es capitado y prospectivo, e incluye 10% para incentivos. El pago a los prestadores sigue siendo salarial con base en una escala manejada a nivel central.

El sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos y privados contratados por la CCSS. Sin embargo, según una evaluación realizada por la Contraloría General de la República, en ocasiones se han modificado las metas cuando no se logran los objetivos originalmente establecidos.²⁷ De esta manera se evita la pérdida del 10% de bonificación por buen desempeño, pero también se perjudican los objetivos pactados.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2008 ascendió a 8.2%; 76.9% de este total corresponde al gasto público y 23.1% al gasto privado;⁸ 90% del gasto del gobierno en salud corresponde a los fondos de la seguridad social.

El gasto per cápita del sector salud para 2008 fue 225 510 colones, y el gasto per cápita del Ministerio de Salud fue de 11 523 colones.²⁸ Los pagos de bolsillo de los hogares representaron 84.6% del gasto privado en salud en 2007 y 27.3% del gasto total en salud.^{2,29} El resto del gasto privado se concentra en planes de prepago ofrecidos por el INS, así como el gasto realizado por organizaciones de la sociedad civil en beneficio de los hogares.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los costarricenses?

La prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud oscila entre 0.24 y 0.62% de los hogares, lo cual es notablemente bajo. Los gastos de los hogares por hospitalización son escasos y generalmente no son catastróficos.¹²

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

La atención de primer nivel en la CCSS está dividida en 105 áreas de salud, cada una de las cuales cuenta con

un establecimiento de atención ambulatoria. Además dispone de 947 EBAIS y alrededor de 1 800 consultorios de visita periódica para zonas alejadas y poco pobladas donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud.

El segundo nivel está integrado por 11 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales.

El tercer nivel cuenta con tres hospitales nacionales de concentración y cuatro especializados. Los primeros atienden a la población de un área del país y todos los establecimientos de salud de esa área les remiten los pacientes para intervenciones complejas.²⁹

La CCSS dispone de 5 518 camas entre el segundo y tercer nivel, lo cual arroja una razón de 1.23 camas por 1000 habitantes.³⁰

En 1999 la CCSS contó con 3.7 laboratorios clínicos y 0.7 bancos de sangre por 100 000 habitantes y 0.011 equipos de radiodiagnóstico por 1000 habitantes. El sector privado contaba con 2.4 y 0.1 laboratorios clínicos y bancos de sangre por 1000 habitantes, respectivamente. La inexistencia de un inventario del equipo médico tanto en el sector público como privado limita el análisis de este importante rubro.

El INS cuenta con 337 consultorios para atención médica inmediata a los trabajadores y con una red descentrada de servicios de salud integral compuesta por 34 dispensarios médicos que prestan asistencia médico-quirúrgica básica.³¹ También cuenta con instalaciones para hospitalización y rehabilitación, incluyendo un albergue para quienes reciben tratamientos de rehabilitación y que proceden de sitios alejados del Valle Central.

El sector privado cuenta con gran número de clínicas y hospitales, así como con consultorios, laboratorios, farmacias, clínicas dentales y radiología.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

El país contaba en 2009 con 9 000 profesionales en ciencias médicas, 3 653 en personal de enfermeras y parteras, 1 905 trabajadores odontológicos y 2 101 trabajadores de farmacia.² La razón de recurso humano por 1000 habitantes para el 2008 fue de 1.82 médicos, 0.78 odontólogos y 1.86 enfermeras.²⁹

Cada EBAIS cuenta con un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria, además de un equipo de apoyo compartido con los demás EBAIS del área, compuesto por un trabajador social, una enfermera, un médico, un nutricionista, un farmacéutico, un microbiólogo y un técnico en registros médicos.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Desde 1989 existe una política institucional de medicamentos esenciales a través de la cual se integra la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), que actualmente contiene más de 500 medicamentos para atender los problemas de 95% de la población.³²

La selección de medicamentos para la LOM es competencia del Comité Central de Farmacoterapia, quien informa al MS cualquier cambio. Este Comité basa su trabajo en criterios científico-técnicos, como la evaluación comparativa de la eficacia, seguridad, cumplimiento, disponibilidad y costo de los medicamentos.

El gasto en medicamentos y exámenes de laboratorio ha crecido de manera importante en los últimos años debido al aumento en el número de prescripciones y la incorporación de medicamentos para la atención del cáncer, trasplantes y sida.

Para la atención de patologías de baja incidencia se ha creado la normativa para comprar “medicamentos excepcionales” que aplica para una condición clínica especial que haya desarrollado un paciente, una evolución tórpida de un cuadro patológico dado o bien porque no responden adecuadamente a las alternativas terapéuticas disponibles en la LOM, de manera que la excepcionalidad se reconoce porque la condición clínica se sale de la regla o de la generalidad.³³

En 2004 el gasto total en medicamentos ascendió a 65 197.1 millones de colones (\$123 059 836) lo que representa 12.2% del gasto total en salud. Para 2008, la CCSS presupuestó 68 107.6 millones de colones (\$131 008 907) para la adquisición de los medicamentos de la LOM y 4 875.7 millones de colones (\$9 377 344 424) para la compra de medicamentos necesarios para los tratamientos especiales de pequeños grupos de población.

Del total de gastos de bolsillo, 80% está relacionado con la compra de medicamentos y consultas médicas.¹²

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Uno de los objetivos de la reforma del sector salud de 1993 fue fortalecer la función rectora del MS. Sin embargo, no es hasta 1998 cuando se concretó en la redefinición de los procesos de trabajo, capacitación y cambios de personal.

Las nuevas funciones del MS se organizaron en cuatro áreas: a) dirección y conducción; b) regulación

del desarrollo de la salud; c) vigilancia de la salud, y d) investigación y desarrollo tecnológico. En regulación se incluyen las normas y reglamentos en medio ambiente, alimentación y medicamentos.

La Ley General de Salud y sus reglamentos establecen las condiciones mínimas de operación para los prestadores médicos y afines públicos y privados en términos de infraestructura y equipo, que incluyen requisitos de calidad y seguridad para los principales insumos (recursos humanos, productos farmacéuticos, servicios de diagnóstico). El MS es quien verifica el cumplimiento de las condiciones, habilitando el permiso de operación según clasificación de riesgo a la salud. En caso de incumplimiento, la única sanción autorizada en la ley es el cierre de los establecimientos.

La profesión médica está regulada por el Colegio de Médicos y Cirujanos, una institución con 150 años de experiencia. Este colegio es responsable de la acreditación y reacreditación de los profesionales médicos nacionales y extranjeros en todas las especialidades, y de establecer las normas deontológicas para el ejercicio de la profesión. Asimismo en el área de salud encontramos el colegio de enfermeras, microbiólogos y cirujanos dentistas, entre otros.

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados establece que todos los usuarios que paguen directamente los servicios de salud tienen derecho a recibir una cuenta con el detalle y explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento.³⁵ Sin embargo, en términos de protección al consumidor, la regulación es limitada y no hay reglas que determinen las relaciones entre los diferentes agentes que actúan en el mercado de salud.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

El MS cuenta con una dirección especializada en vigilancia en salud apoyada en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, concentrado en la vigilancia de eventos en salud. El Instituto de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud apoya la vigilancia epidemiológica con los laboratorios y Centros Nacionales de Referencia.

Desde 2002 el MS publica una lista de indicadores desagregados a nivel cantonal sobre el estado de salud de la población. Predomina el monitoreo de 66 enfermedades de declaración obligatoria, 11 de las cuales se someten a un control más estricto debido a su importancia y transmisibilidad. También desarrolla estrategias para motivar a la población y empresas privadas a participar en el combate contra la malaria en la región Atlántica y contra el dengue a nivel nacional.

¿Quién evalúa?

El MS y la CCSS conjuntamente evalúan las actividades desarrolladas en el sector salud. Algunos programas se autoevalúan anualmente, como los compromisos de gestión. Otros se monitorean con menor frecuencia, como la satisfacción del usuario. Ambas instituciones contratan organizaciones públicas y privadas, incluyendo a agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, para realizar análisis de contexto y evaluaciones de resultados e impacto. Además, diversas instituciones académicas, como las universidades nacionales, la CEPAL, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo implementan estudios de evaluación independientes.

El MS está desarrollando un área específica de evaluación con el fin de fundamentar el diseño de políticas de salud en evidencias científicas.

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) es la instancia gubernamental encargada de formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar las estrategias y prioridades en cada periodo gubernamental. Elabora un Plan Nacional de Desarrollo en donde se traducen las estrategias y metas cuatrienales. Todas las acciones que ahí se detallan son evaluadas en su nivel de cumplimiento de objetivos del sector. Sin embargo, la CCSS ha alegado que su autonomía constitucional impide que MIDEPLAN emita calificaciones sobre su desempeño.

La Contraloría General de la República (CGR) fiscaliza el uso de los fondos públicos para mejorar la gestión de la hacienda pública. Tiene competencia sobre todas las instituciones públicas. La CGR es el órgano encargado de la regulación/evaluación financiera de la CCSS y del sector salud en general y realiza informes de evaluación financieros.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS de 1998 estableció las Juntas de Salud con el fin de promover la participación ciudadana. Están constituidas por dos representantes patronales, tres representantes de los asegurados de la zona de atención del centro de salud y dos representantes de las asociaciones prohospitalares y proclínicas de la zona. Todos son voluntarios y su tarea es ayudar al director del centro de salud a velar por la correcta ejecución del presupuesto, emitir criterios sobre los compromisos de gestión, y participar en la definición de las prioridades y políticas generales

del hospital o la clínica en materia de inversión, contratación administrativa y promoción e incentivos para los trabajadores. Sin embargo, las Juntas de Salud no tienen autoridad y sólo pueden sugerir y, eventualmente, reclamar. Los hospitales y clínicas siguen respondiendo directamente a la Junta Directiva de la CCSS.

El reclamo se puede canalizar por las contralorías de servicios, la Sala Constitucional o la Defensoría de los Habitantes (ombudsman). En las primeras las quejas más comunes son por retrasos en la atención y tiempos de espera. Estas se resuelven en el mismo establecimiento. Respecto a la Sala Constitucional, en 2009 se tramitaron 60 recursos de amparo e inconstitucionalidad por retraso en la atención y/o por medicamentos excluidos de la LOM. En la mayoría de los casos, la Sala acoge y ordena a la institución la atención pronta, privilegiando el derecho a la atención en salud independientemente del costo.³⁵

A la Defensoría de los Habitantes los ciudadanos pueden acudir con sus quejas, la cual realiza un procedimiento para verificar la denuncia y posteriormente realiza una investigación para con ello emitir un informe y recomendaciones al sujeto fiscalizado. Sus recomendaciones no son vinculantes.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos se mide a través de encuestas de opinión o informes de fiscalización de otras instituciones.

En 1997 se realizó un estudio de los servicios de salud de la CCSS por región del país. En una escala numérica del 1 al 10, los servicios obtuvieron una calificación promedio de 8.2. El mejor calificado fue el servicio de hospitalización, con 8.6. El segundo lugar lo ocuparon los EBAIS, con un promedio de 8.4 Tanto el personal médico como el paramédico fueron bien calificados.

En 2007 la Universidad de Costa Rica (UCR) realizó otra encuesta con la misma escala numérica. La consulta externa en los EBAIS, las clínicas y los hospitales obtuvieron calificaciones promedio de seis. Los largos tiempos de espera fueron el principal problema identificado por los usuarios.

Los resultados de la Encuesta sobre Gastos en Salud de 2006 revelan que la población asegurada tiene un alto grado de preferencia por el sector privado. En ese año, 31.3% de la población utilizó servicios de salud privados por lo menos una vez en los tres meses previos.³⁶ Una encuesta de la UCR encontró que 56% de la población había pagado a un médico privado durante el año previo a la encuesta.³⁷

La encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población en 2009 mostró que 60% de los entrevistados prefirieron los servicios privados porque ofrecen "mejor atención, calidad y rapidez de los servicios."³⁸

De las quejas que llegan a la Defensoría de los Habitantes, las principales están relacionadas con el suministro de medicamentos, la negación/tardanza en la prestación de los servicios de salud y los incumplimientos de los derechos de las y los pacientes en cuanto a atención en salud.³⁹

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

En 2001 se realizó una medición de las funciones esenciales de salud pública (FESP). Su análisis identificó dos acciones prioritarias en donde había menor nivel de desempeño a 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.³⁴ El desempeño en las funciones de prestación de servicios de salud y preparativos para desastres fue bien calificado, mientras que la investigación fue el peor evaluado. Para los participantes en ese estudio fue evidente que el país "cuenta con los instrumentos, leyes, normas, políticas y planes para el desempeño óptimo de las FESP. El desafío es reducir las brechas en el desempeño, su fiscalización y la asignación de recursos suficientes".⁴⁰

En el 2003, con fondos del BID, se llevó a cabo un proyecto que buscaba desarrollar las nuevas capacidades institucionales en el MS para ejercer la rectoría. En él se delimitaron instrumentos para la definición de prioridades en salud y políticas públicas, entre ellos los estudios de carga de la enfermedad y cuentas nacionales, sistema de recursos humanos, así como un componente para fortalecer la regulación en salud con énfasis en calidad de los alimentos y agua potable y la regulación de los establecimientos que prestan servicios de salud de mediana y baja complejidad. Lo novedoso de este préstamo fue que se ejecutó con fondos del proyecto en los 32 cantones más pobres, de acuerdo al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

La reforma comenzó en las áreas rurales periféricas y de densidad poblacional baja, caracterizadas por un nivel educativo relativamente bajo y una mortalidad infantil relativamente alta. Más tarde se implementó en las

regiones con mejores condiciones. Los EBASIS fueron la punta de lanza para ampliar la cobertura y asegurar la atención integral en salud. Además, la desconcentración y los compromisos de gestión propiciaron un incremento en la producción de unidades de servicio en los hospitales y de servicios alternativos del tipo de los que se prestan en el domicilio de los afiliados.

En términos de mejoramiento de la composición del gasto, entre 1997 y 2001, los recursos para la atención hospitalaria bajaron de 61.6% a 59.8%, mientras que los destinados a la atención ambulatoria aumentaron de 38.4 a 40.2%.³² Sin embargo, en el período 2006-2010 se han hecho inversiones en el nivel hospitalario que podrían estar modificando la distribución del gasto en sentido opuesto a la tendencia mencionada.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

El sistema de salud costarricense tuvo mucho éxito en el periodo 1950-1980 cuando se mejoró significativamente el acceso a los servicios de salud y el nivel de salud poblacional. Sin embargo, a partir de 1980 el sistema entró en una crisis organizacional y financiera que limitó la inversión en salud y que, a pesar de la reforma sectorial, persiste en la actualidad. Hoy existe preocupación sobre la sustentabilidad financiera del sistema a largo plazo. Esto se debe, entre otras cosas, a que la reforma fue implementada parcialmente, por cuestiones de orden político, y al hecho de que se produjeron cambios en el perfil laboral (12.2% de la población no está asegurada y un creciente porcentaje de los trabajadores migrantes están laborando en la economía informal y una alta proporción de población nacional vive en condición de pobreza extrema).

Existen rasgos de inequidad en la universalización geográfica de los servicios. Muestra de ello es el informe de avance del Plan Nacional de Desarrollo del MIDEPLAN 2006-2010, que señala un atraso en la creación de nuevos EBASIS.⁴¹

El país, además, está afrontando una transición epidemiológica que le genera grandes presiones financieras al sistema y que exige nuevas mediciones de carga de la enfermedad.

Por último, las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema. De hecho, 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados, situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad.³⁹ Según estimaciones de 2004, "si 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en 48%."⁴²

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
2. Centro Centroamericano de Población. Estructura de la población Costa Rica 1950-2050. [Consultado el 18 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/estruc.htm>.
3. INEC. IX Censo Nacional de Población. San José: INEC, 2000. [Consultado el 11 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>.
4. INEC. [Consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: www.inec.go.cr.
5. Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2006-2009. San José: Ministerio de Salud, 2010.
6. Programa Estado de la Nación. Decimocuarto Informe Estado de la Nación. San José: Programa Estado de la Nación, 2008.
7. Centro Centroamericano de Población. [Consultado el 18 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/estruc.htm>.
8. World Health Organization. Indicadores WHOSIS. Washington D.C.: WHO, 2009. [Consultado 2010 julio 5] Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/cr/en/>.
9. CEPAL. [Consultado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.cepal.org/>.
10. UNICEF. [Consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/costarica_statistics.html.
11. WHO. World Health Statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
12. Zúñiga-Brenes MP, Vargas JR, Vindas A. Rompecabezas del gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud: la experiencia en Costa Rica. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud e International Development Research Centre, 2011.
13. Sáenz R, Ortiz A, Gutiérrez M, Bermúdez J.L. Proceso social del cáncer de mama en Costa Rica. Perspectiva epidemiológica. Universidad Nacional, 2011.
14. Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2006-2009. San José: Ministerio de Salud, 2010.
15. Díaz L. Casos de dengue subieron 33% en solo dos semanas. La Nación 2010 julio 2; sección El País:3.
16. Avila ML. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2009.
17. INEC. Total de defunciones por grupos de edad según causa de muerte y sexo 2009. [Consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: www.inec.go.cr.
18. SUGESE. Registro de aseguradoras. San José: SUGESE, 2010.
19. República de Costa Rica. Constitución Política de Costa Rica. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 1949.
20. República de Costa Rica. Ley General de Salud. Ley 5395. Art. 3. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 1973.
21. Caja Costarricense del Seguro Social. Memoria institucional 2008. San José: CCSS, 2009.
22. República de Costa Rica. Código de la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 1998.
23. República de Costa Rica. Ley de Migración y Extranjería. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 2005.
24. República de Costa Rica. Reglamento del Seguro de Salud. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 2006.
25. CCSS. Plataforma de servicios: Cargas Sociales recaudada por la institución. Guadalupe: CCSS, 2010.
26. Sáenz MR, Acosta M, Bermúdez, JL. Universal coverage in Costa Rica: Lessons and challenges from a middle income country. World Health Report 2010, Background paper, no. 11.

27. CGR. Informe sobre los resultados del estudio relacionados con la efectividad en la gestión de consulta externa en los hospitales nacionales: Hospital México. San José: CGR, 2009.
28. Banco Mundial. Indicadores en Salud. [Consultado el 7 de julio de 2010]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>.
29. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Costa Rica. Washigton D.C.: OPS, 2009.
30. OPS. Indicadores básicos. Situación de la Salud en Costa Rica. Washigton D.C.: OPS, 2009.
31. INS. ¿Dónde puede acudir una persona para recibir los servicios de salud del INS. [Consultado el 5 de julio de 2010.] Disponible en: <http://portal.ins-cr.com/ AccesoCabezal/PregFrec/faq16.htm>.
32. CCSS. Memoria institucional 2007. San José: CCSS, 2009.
33. Tinoco Z. Selección de medicamentos en la CCSS. San José: CCSS, 2007.
34. República de Costa Rica. Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados Ley 8239. San José, Costa Rica: Asamblea legislativa, 2002.
35. Sala Constitucional. Sentencia N.2002-06166. San José, Costa Rica: Sala Constitucional, 2002.
36. ENGAS. Encuesta sobre Gastos en Salud 2006. San José, Costa Rica: INEC, 2006.
37. ENSA. Encuesta Nacional de Salud 2006. San José, Costa Rica: UCR, 2006.
38. Gutiérrez B. El Estado de bienestar costarricense: retos para el nuevo gobierno. Heredia: IDESPO, 2009.
39. Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2008-2009. San José, Costa Rica: Defensoría de los Habitantes, 2009.
40. Ministerio de Salud. Análisis sectorial de salud: Costa Rica 2002. San José, Costa Rica: MINSAL, 2002.
41. MIDEPLAN. Informe de Evaluación del PND 2008. San José, Costa Rica: MIDEPLAN, 2009.
42. Programa Estado de la Nación. Onceavo Informe Estado de la Nación. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación, 2009.