



PROSPECTIVA EN SALUD 2045: PREVENCIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

mideplan
Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

CRÉDITOS

Elaboración II Semestre 2016 Unidad de Análisis Prospectivo

von Marschall Murillo, Carlos (Coordinador)
Araya Jiménez, Stephanie
Briceño López, Adriana
Quirós Carmona, Dunia
Romero Araya, Luis Diego

Revisión filológica

Castillo Navarro, Grace

Colaboración de revisión

Dirección Área de Análisis del Desarrollo
Robles Monge, Mario (Director Área)
Unidad de Análisis Sectorial
Barboza Calvo, Karol (Coordinadora)
Bonilla Alfaro, Cristina
Jefe de despacho – Asesores
Soto Castro, Daniel
Núñez Masis, Carolina

Diagramación

Unidad de Comunicación
Mideplan.

CR

614.44.972.86

C8375p Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Análisis del Desarrollo. Prospectiva en salud 2045 : prevención y sostenibilidad / Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica -- San José, CR : MIDEPLAN, 2017.
1 recurso en línea (31 p.)

ISBN 978-9977-73-101-8

Disponible en www.mideplan.go.cr

1. SALUD PUBLICA. 2. SERVICIOS DE SALUD.
3. PROYECCIONES DE POBLACION. I. Título.

mideplan

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

INTRODUCCIÓN

En Costa Rica el derecho a la salud es un derecho fundamental derivado de los artículos 21 y 50 de la Constitución Política del derecho a la vida, y del derecho a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado. Además, la Sala Constitucional define el derecho a la salud como uno de naturaleza prestacional que impone al Estado y a las instituciones públicas encargadas el deber de brindar un servicio público continuo, eficaz, eficiente, oportuno, de calidad, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario a favor de los usuarios de los servicios de salud pública.

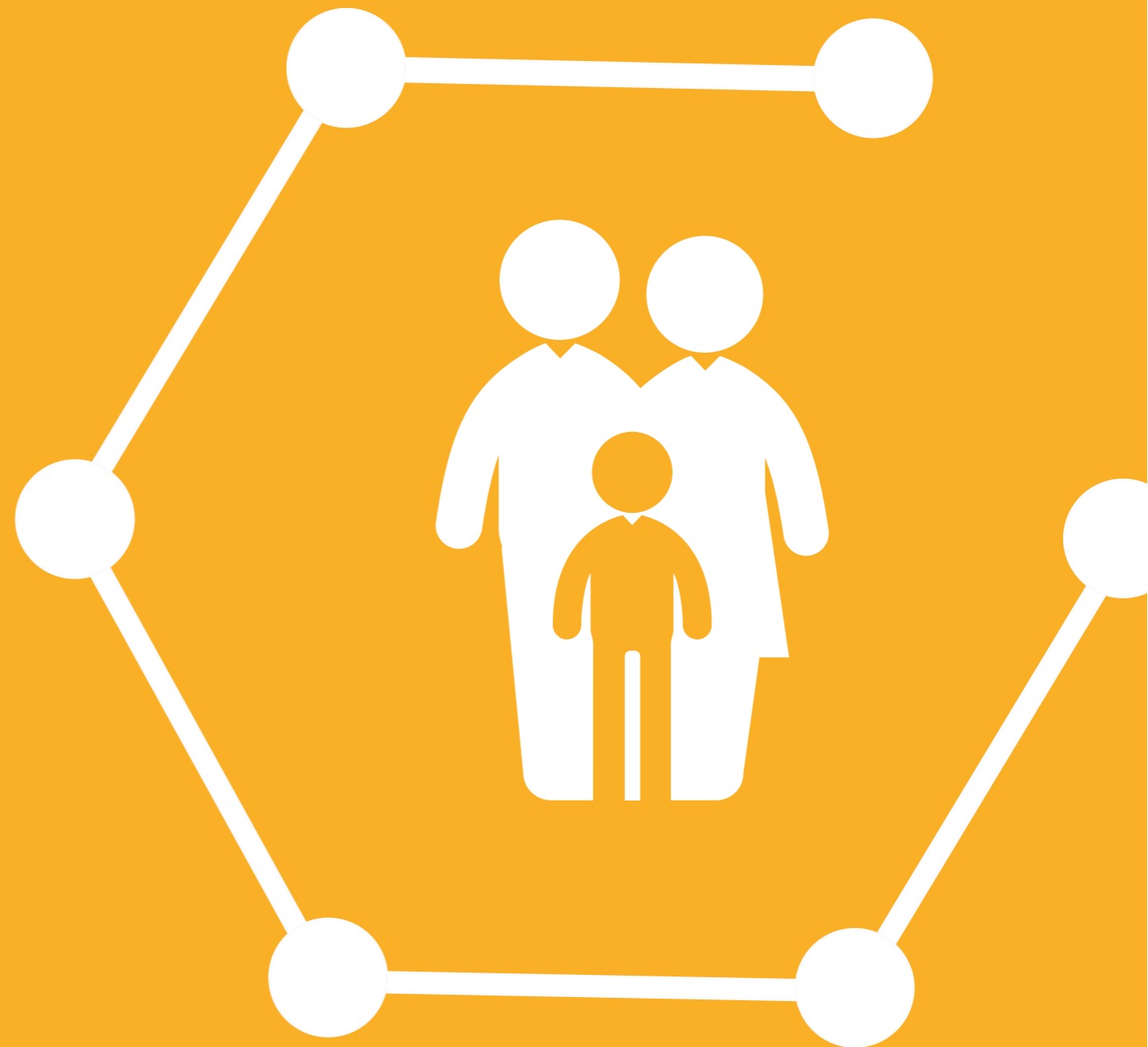
Por esa importancia se elabora un análisis con mirada en la planificación de largo plazo, que oriente al desarrollo de acciones de políticas, planes, programas y proyectos estratégicos en el sector salud para la búsqueda de soluciones a los problemas existentes y a la revolución del acceso a la medicina, que da paso a un modelo de salud que funcionará por y para un ciudadano cada vez más informado, con sus respectivas demandas (OPTI 2016).

Esta medicina moderna se destaca por una industria farmacéutica personalizada, con centros sanitarios virtuales de atención al ciudadano para detectar, analizar y transmitir datos sobre el estado de salud de una persona en tiempo real. A su vez se piensa implantar en las prendas de vestir de forma generalizada y en pacientes dependientes, el uso de nuevas tecnologías basadas en 3D, que permitirán el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico a distancia. Eso permitirá que todos los historiales clínicos sean electrónicos y accesibles para todo el sistema de salud, generalizando la utilización de tarjetas inteligentes que contengan el historial clínico del paciente o la información más relevante del mismo (OPTI 2016).

Lo anterior, es la visión que están contemplando los países de la Unión Europea para inicios del 2020; sin embargo, Costa Rica no debe olvidar que, para aspirar a un buen desarrollo al futuro, se debe aprender del pasado y analizar el presente (MIDEPLAN 2015b). Por lo que debe de reconocer aspectos como: a) el comportamiento demográfico y sus proyecciones de población (con desagregación regional), b) la institucional y capacidad de servicios que ofrece, c) la igualdad y equidad de género en los servicios médicos y d) la sustentabilidad económica del sector, entre otros aspectos.

Todo eso debe analizarse con el fin de contribuir a que los tomadores de decisión del país direccionen líneas estratégicas de acción para suplir las necesidades de salud actuales y con miras a treinta años a futuro, considerando nuestra estructura de población, principalmente en el período del 2030 al 2045 donde se proyecta para Costa Rica una población envejecida (MIDEPLAN 2015a), y cuyo Estado debe de direccionar esfuerzos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, y en específico Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades (MIDEPLAN 2015c).

PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS

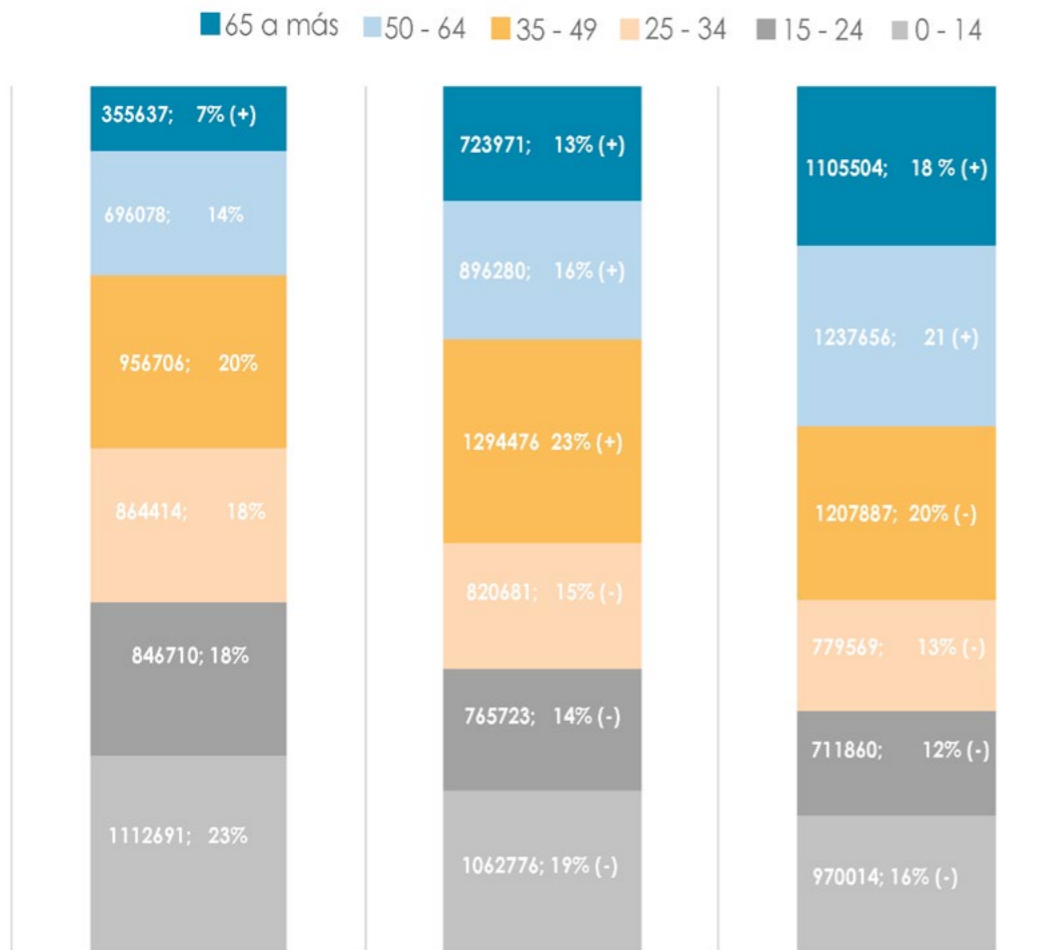


Nacionales

Con base a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Costa Rica vamos a pasar de ser 4 832 234 habitantes, a ser 5 563 906 (al 2030), y 6 009 490 (al 2045). Dichos aumentos en la población demarcan principalmente un cambio en la estructura de la población por edad repercutiendo principalmente en una población envejecida, disminuyendo la cantidad de personas en edad joven (menores de 35 años), y van a aumentar la cantidad de personas más adultas (de 35 años y más) (Gráfico 1).

Gráfico 1
Costa Rica. Estimación y Proyecciones poblacionales por grupos de edad. 2015, 2030, 2045

(valores absolutos, porcentaje y signo de tasa de crecimiento)



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos del INEC.

Esa disminución en población joven se puede observar al pasar de 1 112 691 personas de 0 a 14 años (23%) en el 2015, a ser menos de un millón de personas de 0 a 14 años en 2045 (16%). De forma inversa tenemos la población de 50 años a más; ya que la población de 50 a 64 años representaba al 2015 un 14% (696 078) de la población total, pero al 2045 se espera que represente el 21% de la población (1 237 656); en igual tendencia tenemos a la población de 65 años y más, que al 2015 teníamos 355 637 (7%), y al 2045 se esperan más de un millón de personas (18%) con estas edades.

El análisis de la población estimada y proyectada para Costa Rica, muestra cambios no solo en los grupos de edades, sino también en el sexo de la persona; esto porque al 2015 la mayoría de las personas menores de 35 años fueron hombres y la mayoría de personas de 35 y más fueron mujeres. Con el pasar de los años se espera que, en el 2030, la mayoría de personas menores de 50 años sean hombres y que en las edades de 50 años y más sean mujeres (Cuadro 1).

Cuadro 1
Costa Rica. Porcentaje de población por sexo y grupos de edad actual y a futuro. 2015, 2030, 2045

Grupo de edad	2015		2030		2045	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 - 14	51,3	48,7	51,2	48,8	51,2	48,8
15 - 24	51,6	48,4	51,2	48,8	51,1	48,9
25 - 34	51,3	48,7	50,8	49,2	50,8	49,2
35 - 49	49,9	50,1	51,1	48,9	50,5	49,5
50 - 64	49,3	50,7	49,0	51,0	50,4	49,6
65 a más	47,2	52,8	46,6	53,4	45,8	54,2
Total	50,5	49,5	50,2	49,8	49,8	50,2

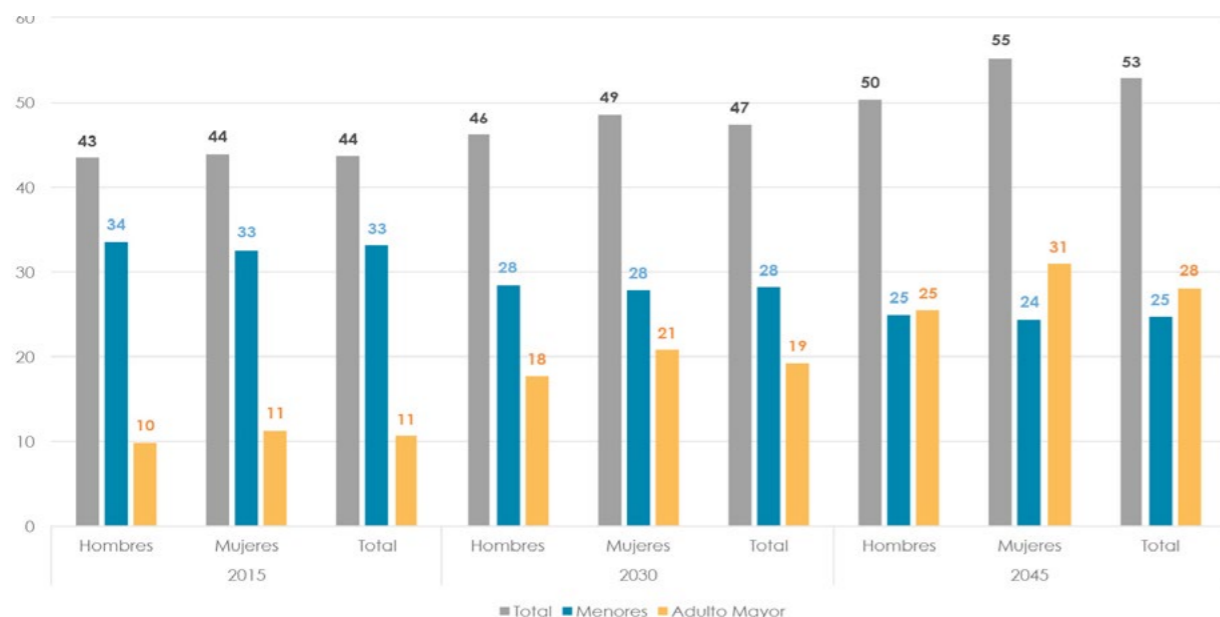
Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos del INEC.

Además, en el 2045 se proyecta que la mayoría de personas menores de 65 años sean hombres y que la mayoría de personas de 65 años y más sean mujeres. Hay que tomar en cuenta que las diferencias porcentuales son muy bajas; pero si se recalca que el porcentaje con mayor crecimiento es el de las mujeres de 65 años y más en los tres años de análisis.

El análisis de las proyecciones poblacionales al 2030 y 2045 demarcan una relación de dependencia¹ diferenciada para las personas menores de 15 años en comparación con las personas adultas mayores. Al 2015 la relación de dependencia en el país fue de 44 personas dependientes por cada 100 personas de Población Económicamente Activa (PEA), de esas 44 personas 33 son menores de 15 años y 11 son personas adultas mayores (ambas por cada 100 PEA); sin embargo, esa dependencia se espera que varíe en los años 2030 y 2045.

En el 2030, se espera que la razón de dependencia sea de 47 personas dependientes por cada 100 en edad PEA, pero la dependencia en personas menores de 15 años sería menor que en el 2015; por otro lado, la dependencia en personas adultas mayores se espera que aumente. Tendencia que continuará hasta el 2045 donde la dependencia de las personas adultas mayores sería más grande que la de personas menores de 15 años. Hay que tener en cuenta que la dependencia en personas adultas mayores será diferenciada en sexo (Gráfico 2).

Gráfico 2
Costa Rica. Razón de dependencia total (general) y por grupos de edad según sexo. 2015, 2030, 2045
(grupos de edad menores de 15 años, y de 65 años y más)



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos del INEC.

¹Relación de dependencia es igual a la división de personas menores de 15 años, sumado con la población
²Porcentajes calculados con base en a las estimaciones poblacionales del INEC al 2015.

Regionales

Este análisis poblacional a largo plazo (del 2015 al 2045), debe contemplar la desagregación regional de la población. Esto dado que en el país el 62,3% de las personas aproximadamente habitan en la región central; un 7,4% en la Brunca; un 7,6% en la Chorotega; un 9,0% en la Huetar Caribe; un 8,0% en la Huetar Norte; y un 5,7 en la Pacífico Central².

La Región Central, tiene la característica de contar con el mayor número de habitantes; pero además va a ser la que tiene menor porcentaje de población de 14 años o menos; y se proyecta a ser la región con más población de 50 a más años (Cuadro 2). Similar comportamiento se espera que se presente en las demás regiones de planificación con la salvedad de que las regiones Huetar tanto Caribe como Norte, van a ser poblaciones menos envejecidas que las otras cuatro (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de población por grupos de edad y año de análisis según región de planificación. 2015, 2030 y 2045

REGIÓN CENTRAL			
Grupo de edad	2015	2030	2045
0 - 14	19,8% (596 018)	11,8% (408 155)	6,3% (223 590)
15 - 24	17,4% (523 890)	14,0% (484 022)	10,0% (357 726)
25 - 34	16,6% (499 263)	15,6% (537 941)	13,0% (463 662)
35 - 49	19,7% (593 500)	17,8% (615 020)	14,3% (509 822)
50 - 64	16,6% (498 149)	26,2% (906 831)	37,1% (1 320 551)
65 a más	9,8% (295 458)	14,6% (503 165)	19,3% (685 468)

REGIÓN BRUNCA

Grupo de edad	2015	2030	2045
0 - 14	26,0% (93 267)	16,7% (68 683)	9,8% (40 402)
15 - 24	18,2% (65 129)	15,9% (65 284)	12,7% (52 272)
25 - 34	15,1% (54 239)	14,7% (60 283)	13,0% (53 519)
35 - 49	19,0% (68 064)	19,8% (81 339)	18,8% (77 644)
50 - 64	13,6% (48 751)	21,1% (86 849)	29,9% (123 588)
65 a más	8,1% (29 109)	11,9% (48 946)	15,9% (65 741)

REGIÓN HUETAR CARIBE

Grupo de edad	2015	2030	2045
0 - 14	27,7% (120 184)	19,1% (95 145)	12,0% (60 615)
15 - 24	19,4% (83 982)	18,1% (89 923)	15,4% (77 483)
25 - 34	14,9% (64 567)	12,9% (64 416)	10,3% (51 716)
35 - 49	19,2% (83 262)	20,2% (100 576)	19,4% (97 767)
50 - 64	12,7% (55 011)	20,9% (103 914)	31,4% (157 962)
65 a más	6,1% (26 541)	8,8% (43 686)	11,5% (57 865)

REGIÓN CHOROTEGA

Grupo de edad	2015	2030	2045
0 - 14	22,8% (83 211)	13,7% (57 600)	7,5% (31 768)
15 - 24	16,4% (60 040)	12,9% (54 102)	9,1% (38 843)
25 - 34	15,7% (57 506)	15,6% (65 549)	14,0% (59 533)
35 - 49	19,9% (72 755)	20,0% (84 153)	18,2% (77 555)
50 - 64	16,0% (58 617)	25,6% (107 374)	36,8% (156 712)
65 a más	9,2% (33 530)	12,2% (51 065)	14,5% (61 966)

REGIÓN HUETAR NORTE

Grupo de edad	2015	2030	2045
0 - 14	26,6% (102 449)	17,4% (79 436)	10,4% (75 994)
15 - 24	19,6% (75 349)	18,0% (81 967)	15,1% (110 015)
25 - 34	15,8% (60 685)	15,0% (68 291)	13,0% (94 821)
35 - 49	18,5% (71 257)	19,2% (87 371)	18,2% (132 178)
50 - 64	12,1% (46 689)	18,4% (83 888)	25,5% (185 969)
65 a más	7,4% (28 676)	12,0% (54 778)	17,7% (129 104)

REGIÓN PACÍFICO CENTRAL

Grupo de edad	2015	2030	2045
0 - 14	23,7% (66 282)	15,8% (51 320)	9,7% (36 686)
15 - 24	17,7% (49 401)	15,3% (49 637)	12,2% (46 046)
25 - 34	14,7% (41 130)	12,9% (41 851)	10,4% (39 317)
35 - 49	20,1% (56 320)	20,4% (66 214)	19,0% (71 871)
50 - 64	14,7% (41 219)	22,1% (71 558)	30,4% (114 693)
65 a más	9,1% (25 395)	13,4% (43 573)	18,3% (69 026)

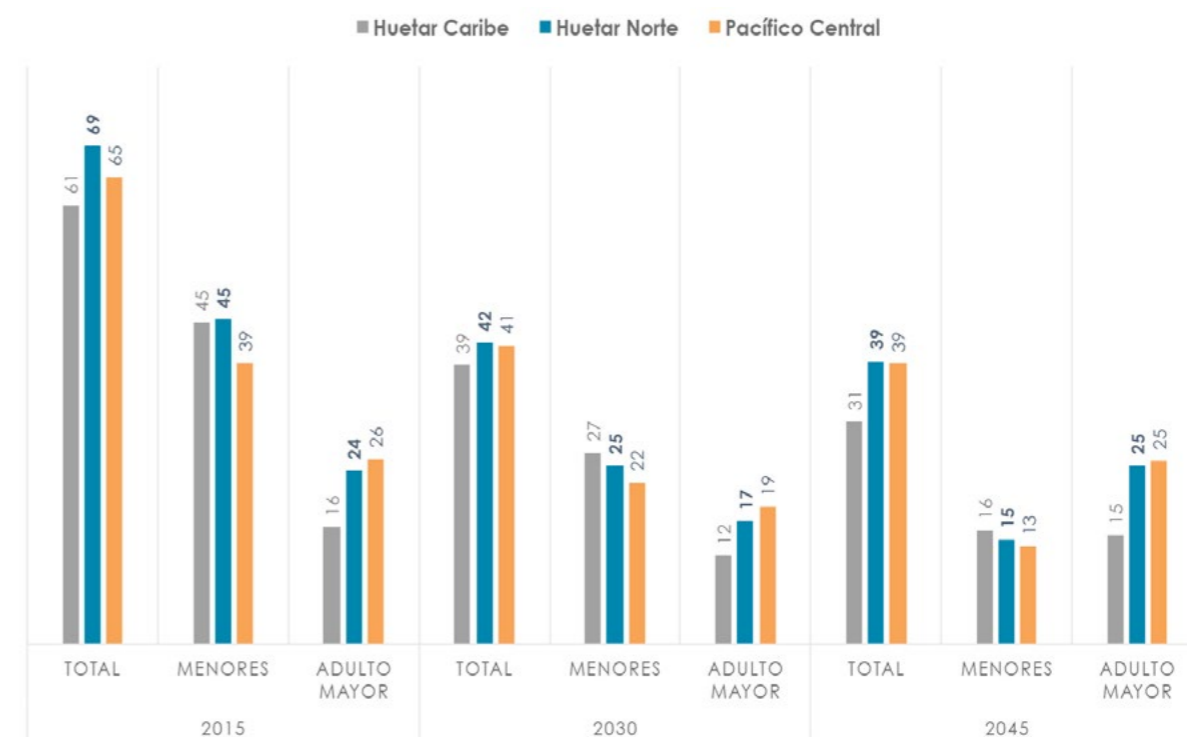
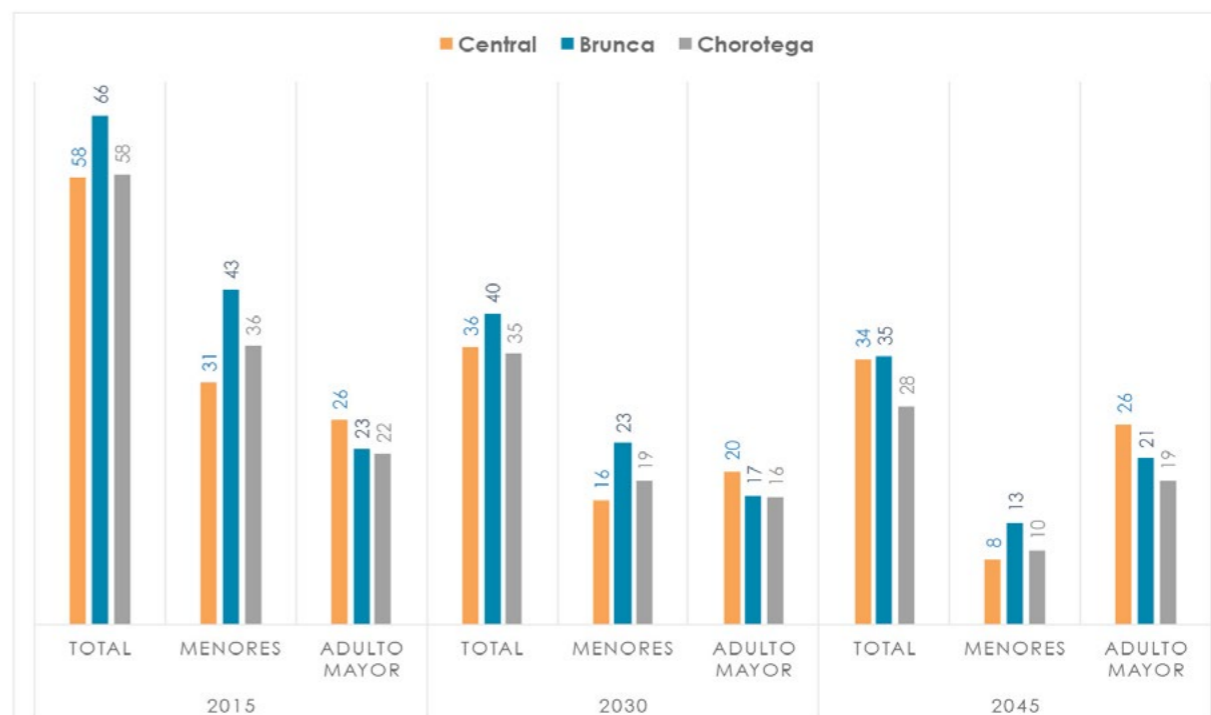
Fuente: Proyecciones realizadas por la Unidad de Análisis Prospectivo con estimaciones de población del INEC (2000 y 2015). En base al modelo de crecimiento exponencial con un periodo de 15 años (2030 y 2045).

Dentro del análisis poblacional por regiones, se observa que actualmente las regiones con mayores razones de dependencia son la Brunca, la Huetar Norte y Pacífico Central (patrón que se obtiene para los años 2030 y 2045).

Ahora bien, para el caso específico de la dependencia con respecto a personas menores de 15 años sobresalieron en el 2015, las regiones Brunca, las Huetares Norte y Caribe (esquema de análisis obtenido tanto para los años 2030 y 2045 - con la excepción de que en el 2045 se le sumaría la Pacífico Central como región con mayores dependencias en población menor de 15 años-).

Finalmente, para el análisis de la razón de dependencia de personas de 65 años y más, las regiones que encabezan al 2015 esta estadística son la Central, Huetar Norte y Pacífico Central (resultado similar para los años 2030 y 2045 - con la excepción de que en el 2030 se le sumaría la Brunca como región con mayores dependencias en población de 65 años y más -) (Gráfico 3).

Gráfico 3
Costa Rica. Razón de dependencia total (general) y por grupos de edad según región de planificación. 2015, 2030, 2045



Fuente: Proyecciones realizadas por la Unidad de Análisis Prospectivo con estimaciones de población del INEC (2000 y 2015). Con base en el modelo de crecimiento exponencial con un periodo de 15 años (2030 y 2045).

Finalmente, para el análisis de la razón de dependencia de personas de 65 años y más, las regiones que encabezan al 2015 esta estadística son la Central, Huetar Norte y Pacífico Central (resultado similar para los años 2030 y 2045 - con la excepción de que en el 2030 se le sumaría la Brunca como región con mayores dependencias en población de 65 años y más -) (Gráfico 3).

Discapacidad, género y promoción de la salud

En Costa Rica el derecho a la salud es un derecho fundamental derivado de los artículos 21 y 50 de la Constitución Política del Derecho a la vida, y del derecho a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado. Además, la Sala Constitucional define el derecho a la salud como uno de naturaleza prestacional que impone al Estado y a las instituciones públicas encargadas el deber de brindar un servicio público continuo, eficaz, eficiente, oportuno, de calidad, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario a favor de los usuarios de los servicios de salud pública.

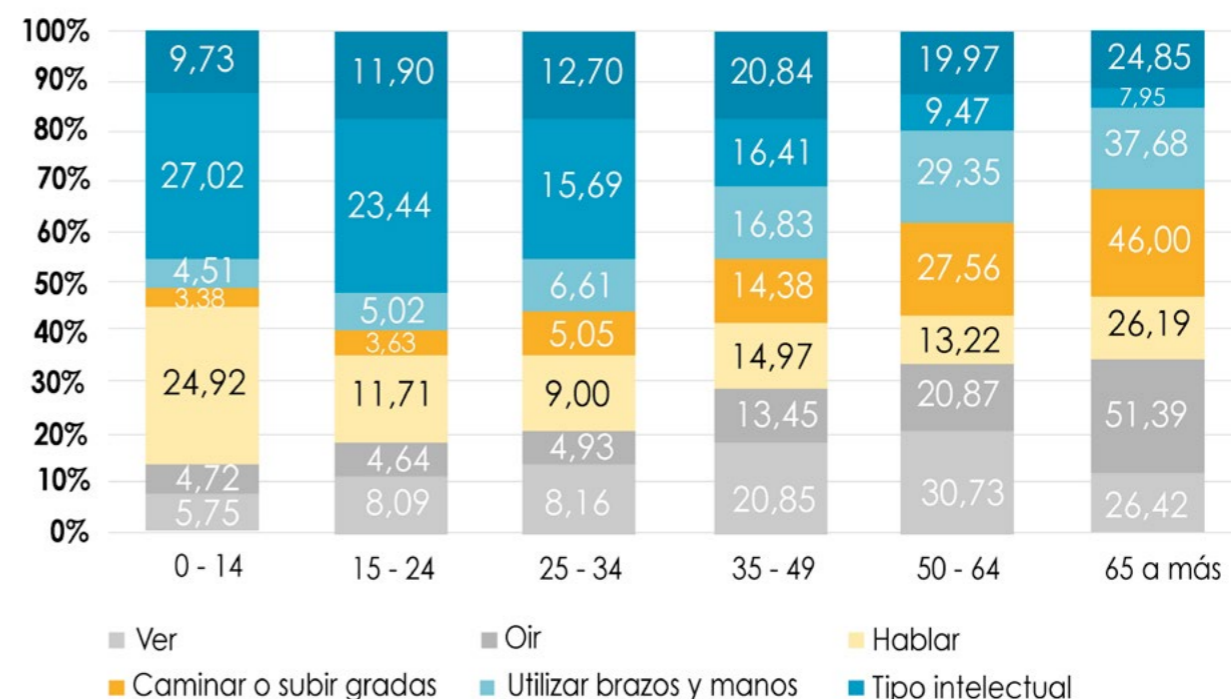
La salud pública es un concepto social y político encaminado a mejorar la salud, prolongar y mejorar la calidad de vida de las poblaciones a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención direccionadas a dicho tema (OMS: 1998); por otro lado los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color de piel, religión, lengua, o cualquier otra condición. Por lo tanto, el enfoque de derechos humanos en la salud pública puede entenderse como la mejora y calidad de la salud de todas las personas sin distinción alguna (ACNUDH 2016), y en esta misma perspectiva quedó plasmado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de las personas a todas las edades.

Discapacidad y salud

En Costa Rica 452 849 personas (11,77% de la población nacional) manifestaron poseer al menos una discapacidad, según datos del Censo Nacional de Población y de Vivienda (CENSO), 2011. Al analizar los tipos de discapacidad por grupos de edad según datos del CENSO, se halla que más del 50% de la población con una discapacidad³ se encuentra entre los 55 y más años. En la población de 0-14 años predomina la discapacidad del tipo intelectual (27,02%) y del habla (24,92%). En las edades de 35-49 años predominan la discapacidad de tipo visual (20,85%) y la discapacidad del tipo mental (20,84%). En los adultos mayores (65 años y más) predomina la discapacidad del tipo auditiva (51,39%) y la física -dificultad para caminar y subir gradas- (46%) (Gráfico 4). Además, el 84,90% de las personas con discapacidad cuenta con cobertura de Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), de los cuales 82,82% son hombres y 86,96% son mujeres

³Según la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600) discapacidad se define como cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo.

Gráfico 4
Costa Rica. Porcentaje de Personas con discapacidad según grupo de edad. 2011



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos de INEC 2011

Es importante señalar que conforme se avanza en edad la capacidad de oír, de utilizar brazos y manos, y la de caminar o subir gradas disminuye, por tanto es necesario generar capacidades en el sistema de salud para la atención y cuidado paliativo de esta población aportando calidad de vida, por lo que es de vital la garantía en el acceso a la salud, en estos términos la misma Ley 7600 establece la obligatoriedad de la institucionalidad pública en brindar el acceso a la salud para las personas con discapacidad:

Artículo 31.-Acceso

Los servicios de salud deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona que los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios. En razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que le corresponda.

Realizando un análisis por región de planificación se encuentra que la Región Huetar Norte es la que cuenta con los valores más bajos de cobertura del SEM en promedio un 74,40%, además en esta región son los hombres los que cuentan con menor promedio de aseguramiento (72,81%). La región con menor porcentaje promedio de personas con al menos una discapacidad es la Región Central (10,15%) y a su vez es la que cuenta con mayor porcentaje promedio de aseguramiento (86,70). (Cuadro 3).

Cuadro 3
Costa Rica. Porcentaje promedio de aseguramiento de personas con discapacidad

Por región y sexo. 2011

Promedio de porcentaje de población con:				
Región	Al menos una discapacidad	Condición de discapacidad asegurada	Hombres con discapacidad asegurados	Mujeres con discapacidad aseguradas
Central	10,15	86,70	84,83	88,54
Brunca	11,95	84,99	82,04	88,03
Chorotega	11,84	81,54	78,69	84,45
Huetar Caribe	10,74	85,91	84,74	87,11
Huetar Norte	11,01	74,40	72,81	76,08
Pacífico Central	11,11	85,26	82,76	87,86
País	10,68	84,88	82,82	86,96

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos de INEC 2011.

Un 50,52% en promedio de la población con discapacidad se encuentra asegurada de forma indirecta es decir es asegurada por algún familiar de hasta tercer grado de consanguinidad. Es importante destacar además que la Región Brunca y la Región Huetar Norte son las que muestran menores porcentajes en cuanto al aseguramiento directo, este tipo de aseguramiento corresponde al seguro de los asalariados (Cuadro 4).

Cuadro 4
Costa Rica. Porcentaje promedio de aseguramiento de personas con discapacidad por región y tipo de aseguramiento. 2011

Promedio de porcentaje de población con discapacidad				
Región	Asegurada	Asegurada directa	Asegurada indirecta	Asegurada por otras formas
Central	86,70	37,53	48,30	0,87
Brunca	84,99	25,95	58,34	0,70
Chorotega	81,54	27,77	52,89	0,88
Huetar Caribe	85,91	28,55	56,22	1,14
Huetar Norte	74,40	25,55	48,20	0,64
Pacífico Central	85,26	30,83	53,52	0,92
País	84,88	33,50	50,52	0,86

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos de INEC 2011

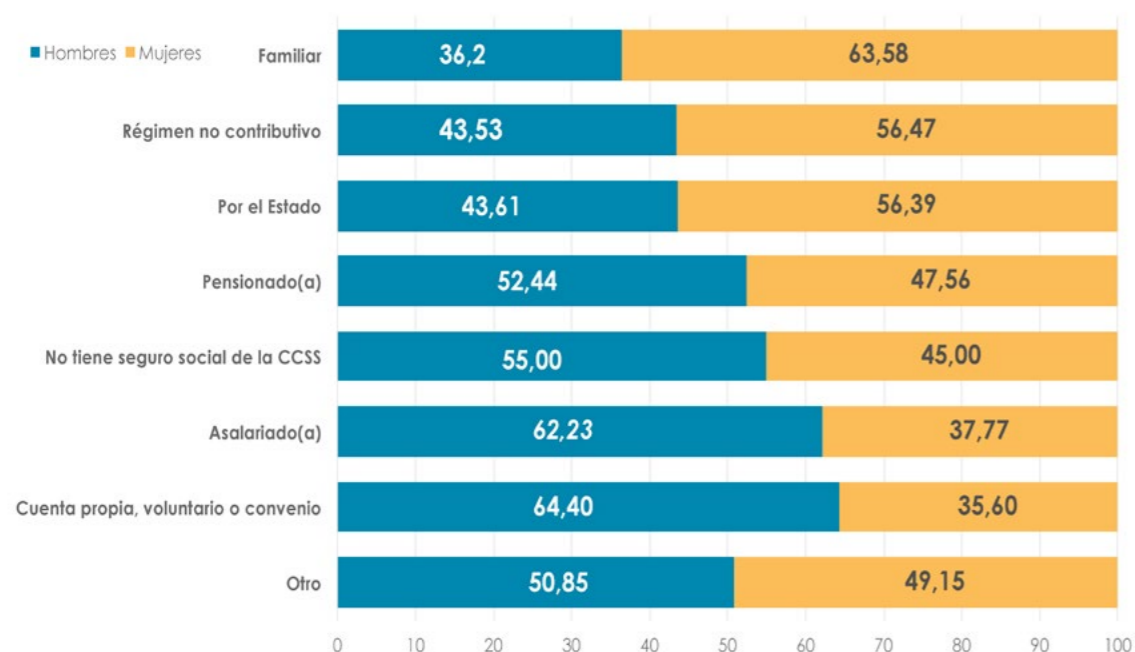
Equidad de género y Desigualdad

La equidad de género en salud es definida por la Organización Panamericana de la Salud como la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables (OPD s.f.).

La Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género del país, elaborada en 2007, destaca la necesidad de trabajar un eje denominado, Acceso a una vida sana incluyendo la salud sexual y reproductiva, entre los principales puntos a tratar están la prevención y detección de Cáncer Cérvico Uterino, con esto la necesidad de reducción en el tiempo de espera de los resultados de las citologías, además de mejorar la captación de mujeres en el proceso post-parto y la mejora en la cobertura del seguro de salud para las mujeres; actualmente el aseguramiento directo (asalariadas, por cuenta propia o voluntario) para las mujeres es de 38%.

En términos de acceso a la salud pública esta es mayor en mujeres que en hombres, para la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2016, Costa Rica contaba con una población de 4 484 186 personas, de estas 3 745 967 personas estaban aseguradas (83,5%); 1 721 2701 son hombres y 2 024 697 son mujeres; de éstas 1 142 971 (56,4%) se encuentran aseguradas bajo la modalidad "Familiar"; esta modalidad corresponde a la que los asalariados (asegurados directos) incluyen a sus familiares de primer grado de consanguinidad y esposas (modalidad familiar) En cuanto al no aseguramiento este es mayor en los hombres (54,4%) (Gráfico 5).

Gráfico 5
Costa Rica. Porcentaje de población con seguro de salud según tipo de aseguramiento y sexo. 2016



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos de INEC 2016.

Específicamente en el país por cada 100 personas aseguradas directas 62 son hombres y 38 son mujeres. Además, la región con mayor desigualdad es la Región Huetar Caribe, entre los distritos más desiguales se encuentran Florida, Duacarí, Roxana y Pacuarito (Cuadro 5).

Cuadro 5
Costa Rica. Porcentaje promedio de asegurados directos por región y sexo. 2016

Región	Promedio de Asegurados directos	
	Hombres	Mujeres
Central	59,26	40,74
Brunca	65,59	34,41
Chorotega	63,20	36,80
Huetar Caribe	70,63	29,37
Huetar Norte	70,40	29,60
Pacífico Central	66,19	33,81
País	61,63	38,37

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos de INEC 2016.

Salud sexual y reproductiva

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo” (UNFPA 2010).

En el año 2010 en Costa Rica la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-10) mostró que el 11,2% de las mujeres entre 15 y 44 años habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años y en los hombres en el mismo rango de edad un 22%.

La ENSSR-10 muestra además que en métodos anticonceptivos prevalece la esterilización (35%) sobre métodos modernos (34%) (Orales, DIU, inyectables, norplant), de barrera (14%) (Condón femenino y masculino) y tradicionales (3%) (Retiro, Billings, ritmo).

En cuanto a esterilización prevalece aún la femenina (29,9%) a la masculina (5,8%). En cuanto al uso del condón que además de prevenir un embarazo el condón masculino ayuda a prevenir enfermedades venéreas es utilizado apenas por un 9% de hombres en unión (casados, unión libre, pareja estable).

En cuanto a la fecundidad la ENSSR-10 revela que para la población de 15 a 49 años el número ideal de hijos ronda los 2-3 (2,5%), y además indica que el ideal de hijos se reduce conforme disminuye la edad. Otro dato importante es la percepción de la sexualidad ya que para la población en general (15-49 años) entre las principales fuentes de información sobre sexualidad se encuentra en mujeres la madre (33,9%), la maestra (17,2%) y las amigas/os (13,7%), en los hombres (15-49 años) madre (24,4%), maestra (16,1%) y amigos/as (18, 1%). Es necesario hacer hincapié en las inequidades de género en salud. En este tema la Organización Panamericana de la Salud (OPS: SF) identifica tres grupos de desajuste:

1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud (estado y determinantes de salud) - En parte debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos de salud que los hombres. El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud

2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos - Otra vez, en gran parte debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidad de acceder los recursos materiales que les permiten obtener los servicios necesarios.

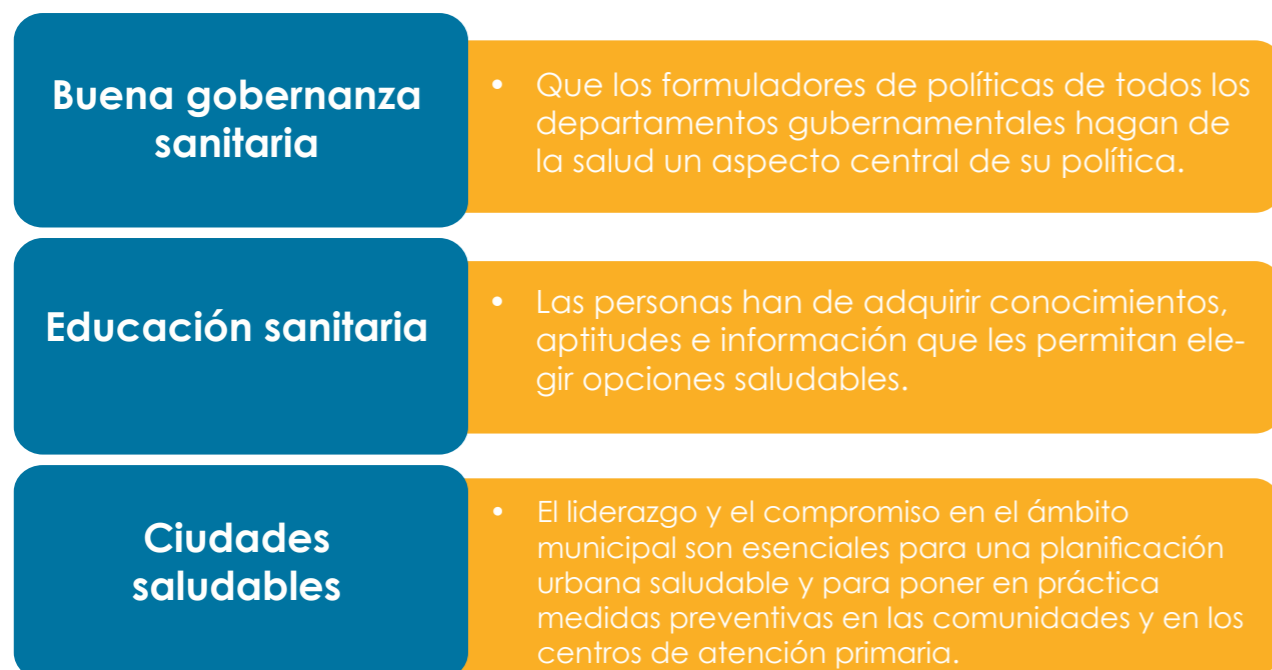
3. Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud - Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones

Promoción de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Promoción de la Salud como:

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

La OMS define tres componentes (OMS: 2016) para la Promoción de la Salud (Diagrama 8):



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con información de OMS 2016.

La OMS presentó el paradigma de promoción de la salud, por medio de la Asamblea General de la Salud en 1977, donde se estableció como meta para el año 2000 que todos los ciudadanos del mundo alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva; bajo dicho contexto en 1986 se dicó la Carta de Otawa "Hacia una nueva salud pública" esta establece las bases de la promoción de la salud, este documento establece estrategias para la aplicación de las acciones de promoción de la salud (CENDEISS 2003) (Diagrama 9):

Diagrama 9
Bases de la Promoción de la Salud



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con información de CENDEISS 2003.

No se debe de olvidar que en esta materia Costa Rica cuenta como marco jurídico internacional con:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969).
- Carta de Otawa (1986).
- Carta Panamericana sobre el Ambiente y Salud en el Desarrollo Humano Sostenible (1995).
- Declaración Ministerial: Prevenir con Educación (Declaración firmada por los ministros de Educación y Salud. Conferencia de México 2008).
-

Además, se han desarrollado políticas y planes transversalizados por el enfoque de promoción de la salud por ejemplo (Ministerio de Educación Pública: 2016):

- Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”.
- Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010 – 2021.
- Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021.
- Política Nacional de Sexualidad 2010 - 2021 parte I y II.
- Componente Cuidados Paliativos para el Plan Nacional de Salud.
- Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016 – 2021.
- Plan Nacional de Ciencia Tecnología en Salud 2012 -2016.
- Plan de acción de reducción y control de las deficiencias de micronutrientes 2011 – 2020.
- Reglamento general del Sistema Nacional de Planificación.
- Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2011 – 2015.
- Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021.
- Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal / Sodio en la población de Costa Rica 2011 – 2021.
- Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010 – 2018.
- Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH/SIDA 2011 2015.
- Plan Nacional de Salud 2010 – 2021.
- Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015.
- Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018.

La promoción de la salud es primordial en el desarrollo de capacidades de buenas prácticas de vida que permitan la disminución de enfermedades crónicas, el fin último de la promoción de la salud es alcanzar la equidad sanitaria, además se basa en una visión prospectiva de la salud ya que fomenta la capacidad de tomar decisiones hoy sobre su propia vida y a la sociedad en general ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Carta Otawa 1986).

Oferta de servicios y beneficios sociales de salud

Lograr el desarrollo sostenible es fundamental para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para toda la población de cualquier edad, el estado costarricense a nivel constitucional se ha comprometido a garantizar el bienestar de la salud de toda la población. De esta manera, el país construyó un robusto Sistema Nacional de Salud, el cual procura preservar, mantener y mejorar la salud de la población mediante los siguientes propósitos específicos:

- Garantizar a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad.
- Disponer de estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de los recursos y su respectivo control.
- Establecer subsistemas administrativos efectivos, eficientes y equitativos y garantizar por niveles de gestión (central, regional y local) una legislación nacional en salud congruente y actualizada.

La organización del sistema de salud en el país es compleja, eso afirma Sáenz (2011) porque la estructura y cobertura, de los servicios personales de salud se dan en el sector público, el sector privado y en un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS, principal proveedor de servicios personales, así como del financiamiento del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) –Actual Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) – y al Ministerio de Salud como ente rector del sistema. En el sector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, además de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados (servicio que también lo brindan algunas aseguradoras privadas) (Diagrama 1).

Diagrama 1.
Esquema del servicio de salud costarricense.



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo en base con Sáenz María del Rocío (2011), "Sistema de Salud de Costa Rica".

Tipología de servicios de salud

Los servicios de salud se brindan en tres tipos de servicios:

- El primero es la promoción de la salud que procura informar e involucrar a la población en las prácticas y factores protectores para mantenerse saludables y que no lleguen a sufrir enfermedades. Entre las acciones que se desarrollan se encuentran la promoción de actividad física, salud bucodental, salud sexual, relaciones saludables, cultura de paz, hábitos de higiene, salud mental, entre otros.

El segundo es en la prevención de enfermedades dentro de los diversos extractos generacionales, la OMS indica que esta fase implica la instauración de “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Dentro de la prevención se encuentran los programas de vacunación específicos para la prevención de las enfermedades infectocontagiosas de la infancia: sarampión, tosferina, rubéola y poliomielitis, entre otras. La detección de agudeza visual y auditiva: medición de capacidades. Salud oral: chequeo completo de boca, dientes y aplicación de flúor. Vigilancia de anemia: se toma muestras de sangre a los escolares. Antiparasitarios: se da dosis de pastillas contra los parásitos.

- El tercero es la atención de la enfermedad, donde se brinda servicios cuando alguna persona se encuentra disminuida en sus capacidades, para lo cual se han establecido tres niveles de atención según la complejidad de la enfermedad:

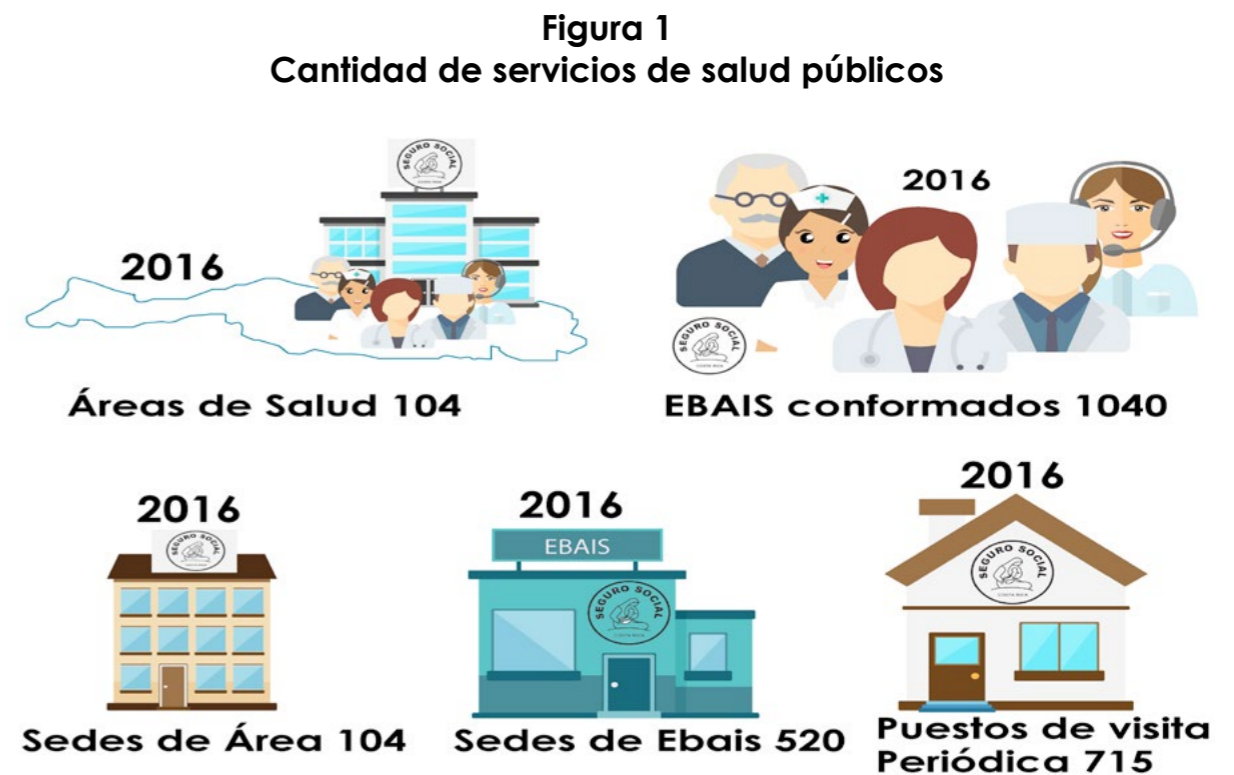
1. Comprende los servicios básicos que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y que cumplen con la consulta externa, medicina general en las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo.
2. Brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades Los establecimientos de la CCSS. típicos de este nivel de atención, son los puestos y los centros de salud, las clínicas tipo I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y los servicios de medicina interna, pediatría, ginecología, psiquiatría, cirugía general especialidades básicas de los hospitales periféricos y regionales. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención cuentan con quirófanos dotados de personal y equipo para realizar cirugía mayor poco compleja.
3. Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades; adicionalmente, se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.

□ Finalmente, los proveedores de salud deben velar por la ejecución de diversos programas de promoción de la salud, (La OMS indica que la promoción de la salud son aquellas actividades realizadas en población sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan).

Dentro de la promoción de la salud, se encuentran los programas de prohibición del fumado en sitios públicos y autobuses, la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, la generación de programas de hábitos

nutricionales saludables, impulsar la actividad física. La temática de promoción se retomará dentro del capítulo de salud pública y derechos humanos. Cantidad y distribución de los servicios de salud

Según el inventario de la CCSS del primer semestre 2016, los servicios de atención primaria se brindan en 1040 EBAIS y 715 puestos de visita periódica, se estima que exista al menos un EBAIS por cada 4 000 (cuatro mil habitantes). Según los datos del INEC para el año 2015 hay 4 832 234 habitantes, por lo cual deberían existir 12 080 centros médicos. A nivel internacional, la OMS indica que debe estar disponible al menos 23 especialistas en salud (médicos, parteras, enfermeros) por cada 10mil habitantes, la CCSS indica que en cada EBAIS al menos laboran 05 especialistas en salud, con estos datos, el sistema de salud a nivel nacional sí supera la expectativa a nivel mundial con más 28 570 colaboradores (Entre los empleados de ciencias médicas hay en el campo de la enfermería y servicios de apoyo unas 23 000 personas y unos 5 570 médicos aproximadamente) (Figura 1)⁴.



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, en base con Inventario y análisis de Áreas de Salud, sectores, EBAIS, sedes de Área, sedes de EBAIS y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 30 de junio de 2016.

⁴La OMS hace referencia a especialistas en salud (médicos, parteras y enfermeros) sin embargo, en Costa Rica los médicos especialistas no se refieren a este tipo de profesionales.

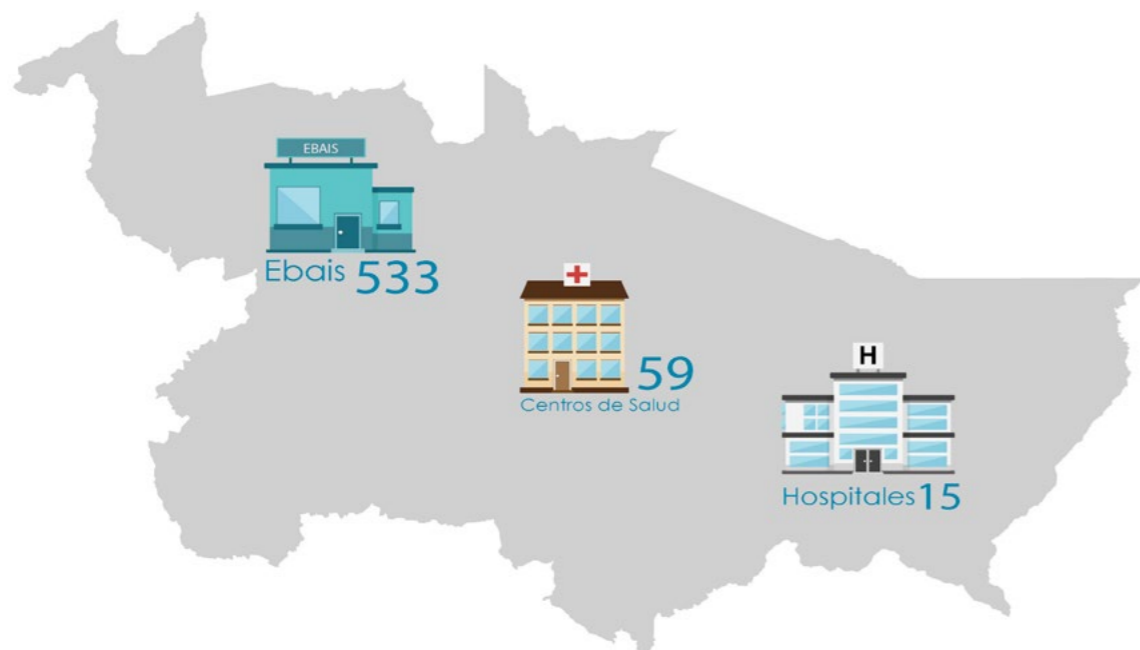
Para satisfacer los requerimientos de personal médico, es necesario establecer una estrategia de crecimiento continuo del personal médico, ya que conforme aumenta la población dentro de la región, mayor será la cantidad de funcionarios requeridos tanto en atención primaria por medio de los EBAIS, como en los consecuentes niveles de atención especializada.

Sin embargo, a nivel regional existen brechas en cantidad de centros y de especialistas en salud requeridos por la cantidad de población que las habitan, de igual manera se expone la tendencia de cobertura de demanda futura de servidores médicos con las proyecciones de población del INEC para cada región de planificación⁵ para los años 2030 y 2045.

Análisis Regional

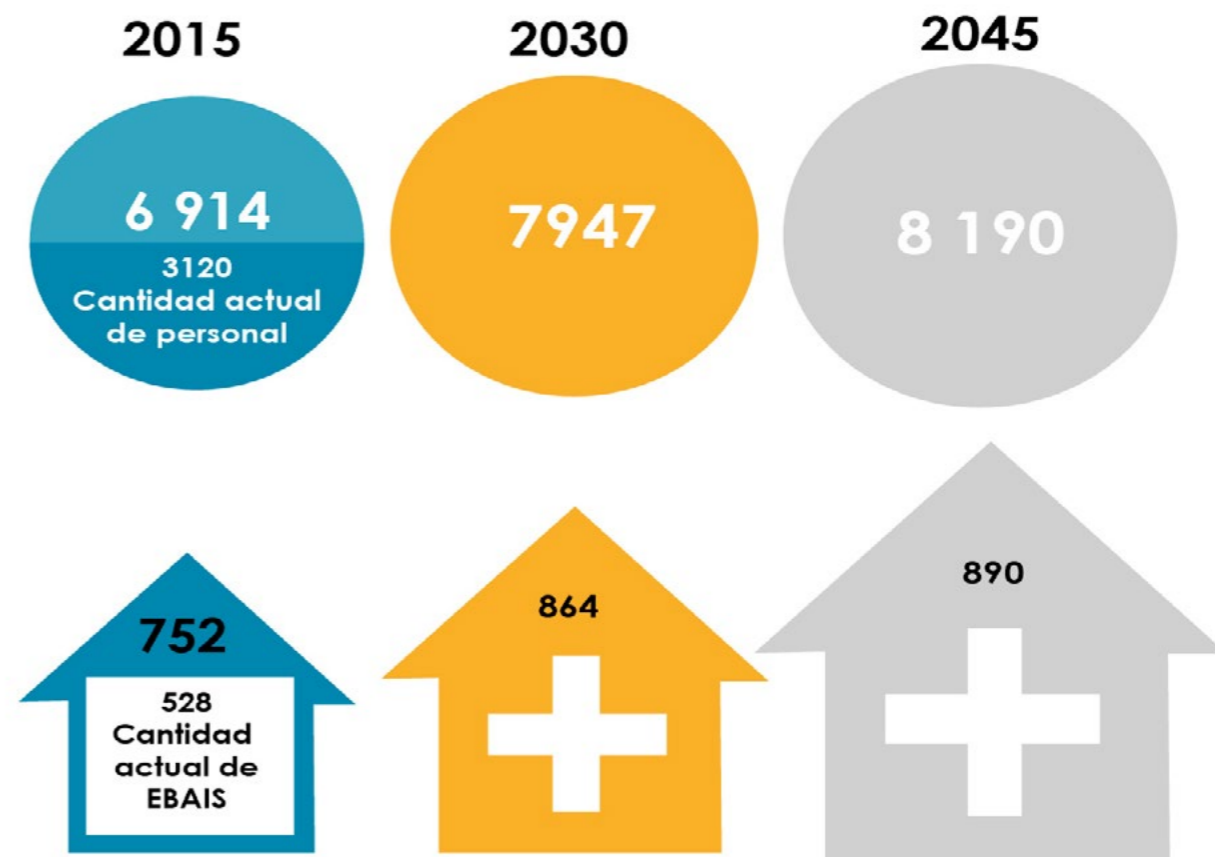
Región Central

Región de planificación con mayor cantidad de oferta y demanda por atender al 62,26% de la población del país (3 006 278), dentro de su territorio existen 629 EBAIS, lo cual representa al menos un centro médico de atención primaria por cada 4 779 habitantes. Estos 533 EBAIS representan el 51,25% de los centros de atención primaria del país. Según los estándares de la OMS, para dicha cantidad de población, debería existir un mínimo de 6 914 personal en salud, los datos indican que existen solamente 3 120⁶. De igual manera, en infraestructura física, existe un faltante del 29,78% de los EBAIS requeridos para atender de manera eficiente a toda su población (Diagrama 2).



⁵Se realizó una estimación aproximada de las regiones de planificación por medio de los cantones y distritos según CCSS.
⁶Datos obtenidos del Indicadores: Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social a octubre 2016.

Diagrama 2
Región Central. Cantidad en Requerimientos de Personal Médico y Cantidad de EBAIS.
2015, 2030 y 2045



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, proyecciones realizadas con datos de la CCSS e INEC.

Región Brunca

Comprende al 7,43% de la población del país (358 559) Posee 71 EBAIS dentro de su territorio, lo cual representa al menos un centro médico de atención primaria por cada 5 050 habitantes. Estos 71 EBAIS representan el 6,82% de los centros primarios de atención médica del país. Según los estándares de la OMS, para dicha cantidad de población, se estima que deberían existir un mínimo de 824 personal en salud, los datos indican que existen solamente 650. De igual manera, en infraestructura física, existe un faltante del 30,00% de los EBAIS requeridos para atender de manera eficiente a toda su población (Diagrama 3).

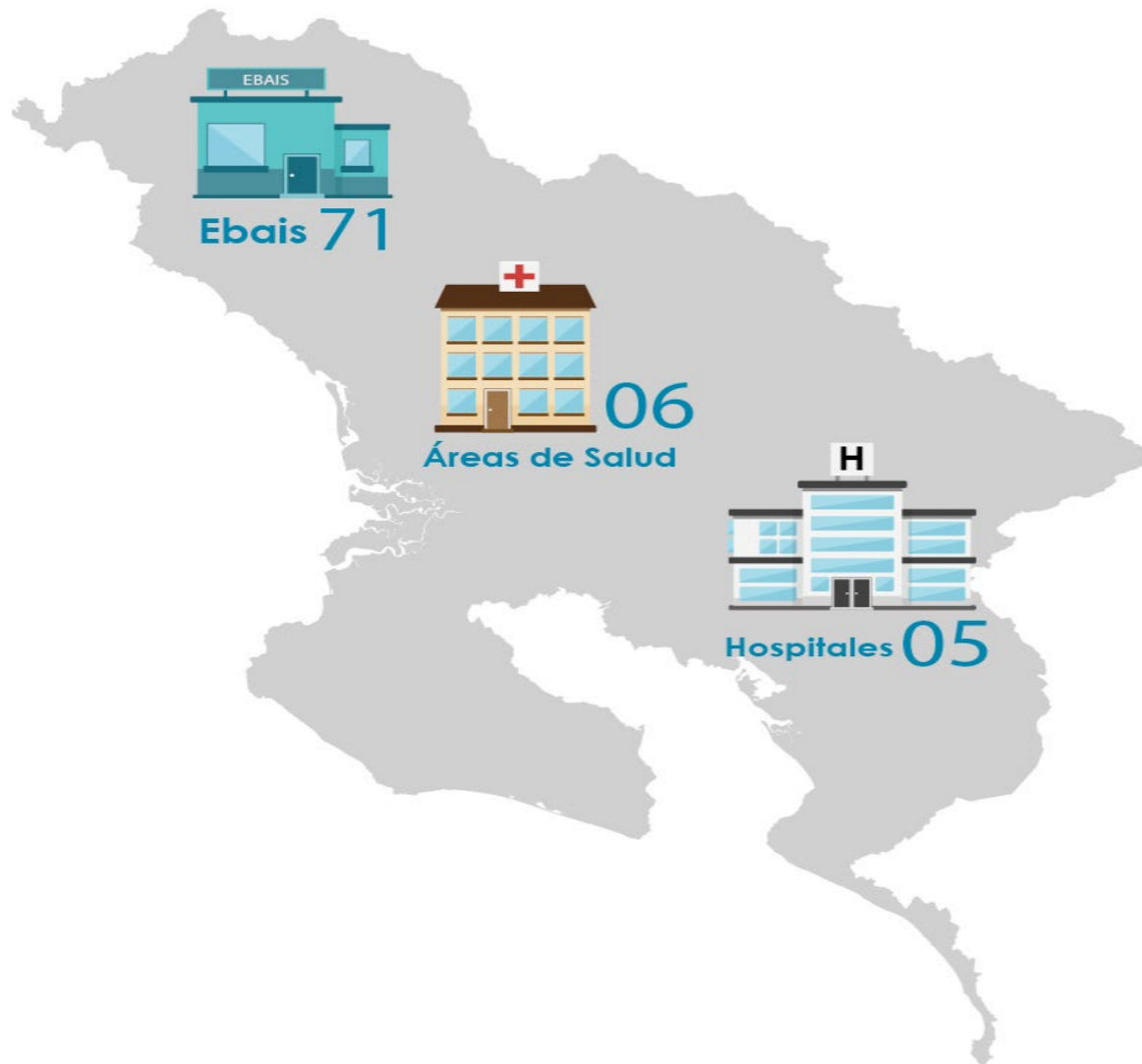
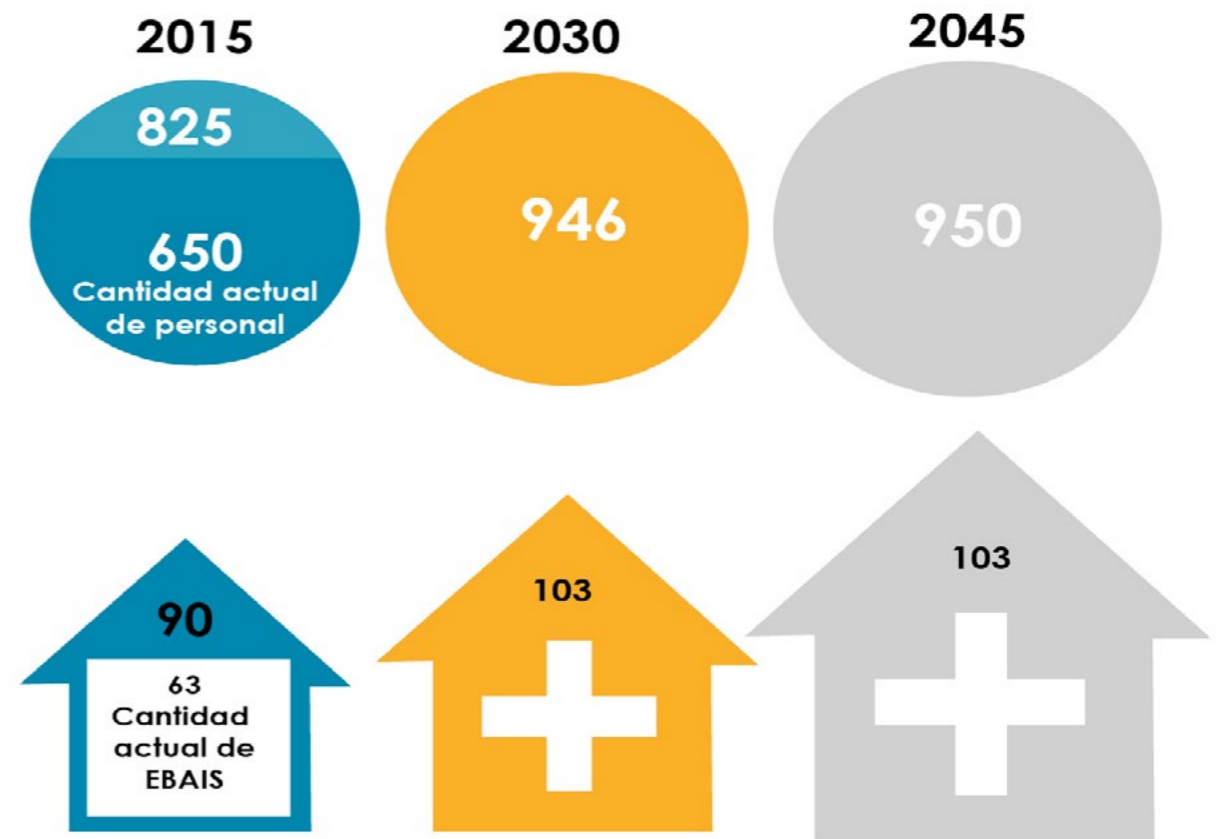


Diagrama 3
Región Brunca. Cantidad en Requerimientos de Personal Médico y Cantidad de EBAIS.
2015, 2030 y 2045



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, proyecciones realizadas con datos de la CCSS e INEC.

Región Chorotega

Comprende al 7,57% de la población del país (365 659), la cual 87 EBAIS dentro de su territorio, lo cual representa al menos un centro médico de primera atención por cada 4202 habitantes.

Estos 87 EBAIS representan el 8,36% de los centros primarios de atención médica del país. Según los estándares de la OMS, para dicha cantidad de población, se estima que deberían existir un mínimo de 841 personal en salud, los datos indican que existen solamente 718. Sin embargo, en infraestructura física, existe un sobrante del 49,45% de los EBAIS requeridos para atender de manera eficiente a toda su población (Diagrama 4).

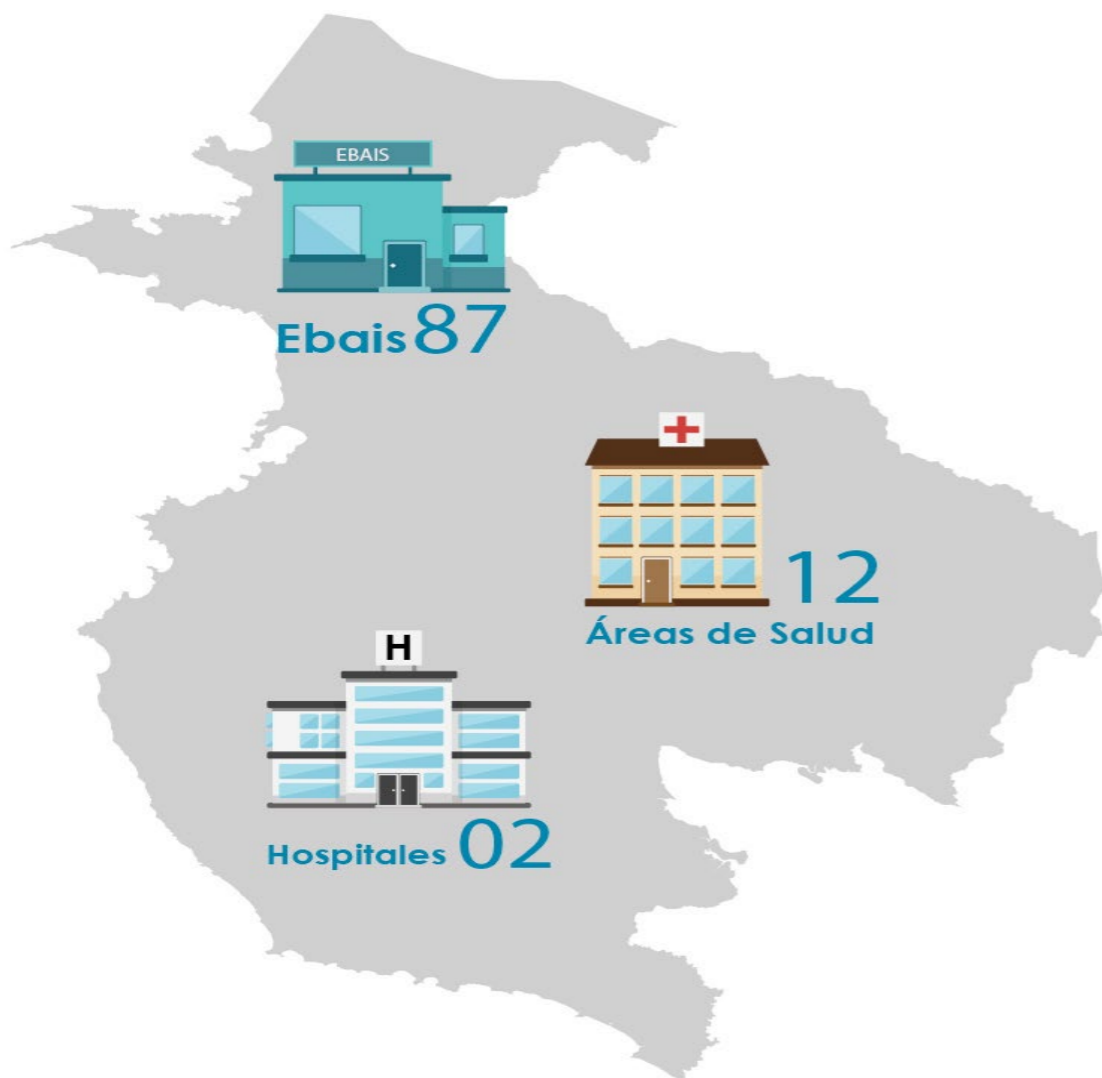
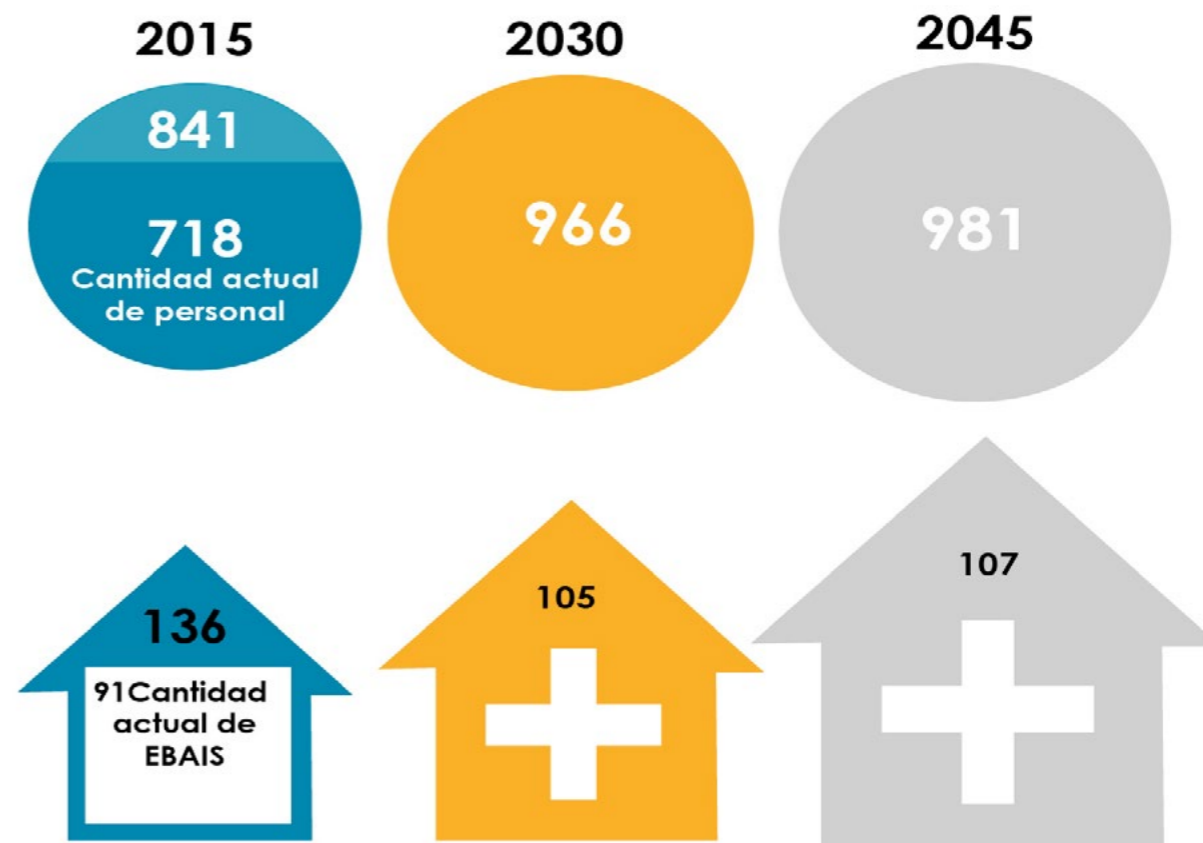


Diagrama 4
Región Chorotega. Cantidad en Requerimientos de Personal Médico y Cantidad de EBAIS.
2015, 2030 y 2045



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, proyecciones realizadas con datos de la CCSS e INEC.

Región Huetar Caribe

Comprende al 8,98% de la población del país (433 547). Posee 117 EBAIS dentro de su territorio, lo cual representa al menos un centro médico de primera atención por cada 3 705 habitantes. Estos 117 EBAIS representan el 11,25% de los centros primarios de atención médica del país.

Según los estándares de la OMS, para dicha cantidad de población, se estima que deberían existir un mínimo de 997 personal en salud, los datos indican que existen solamente 716. De igual manera, en infraestructura física, existe un faltante del 18,51% de los EBAIS requeridos para atender de manera eficiente a toda su población (Diagrama 5).

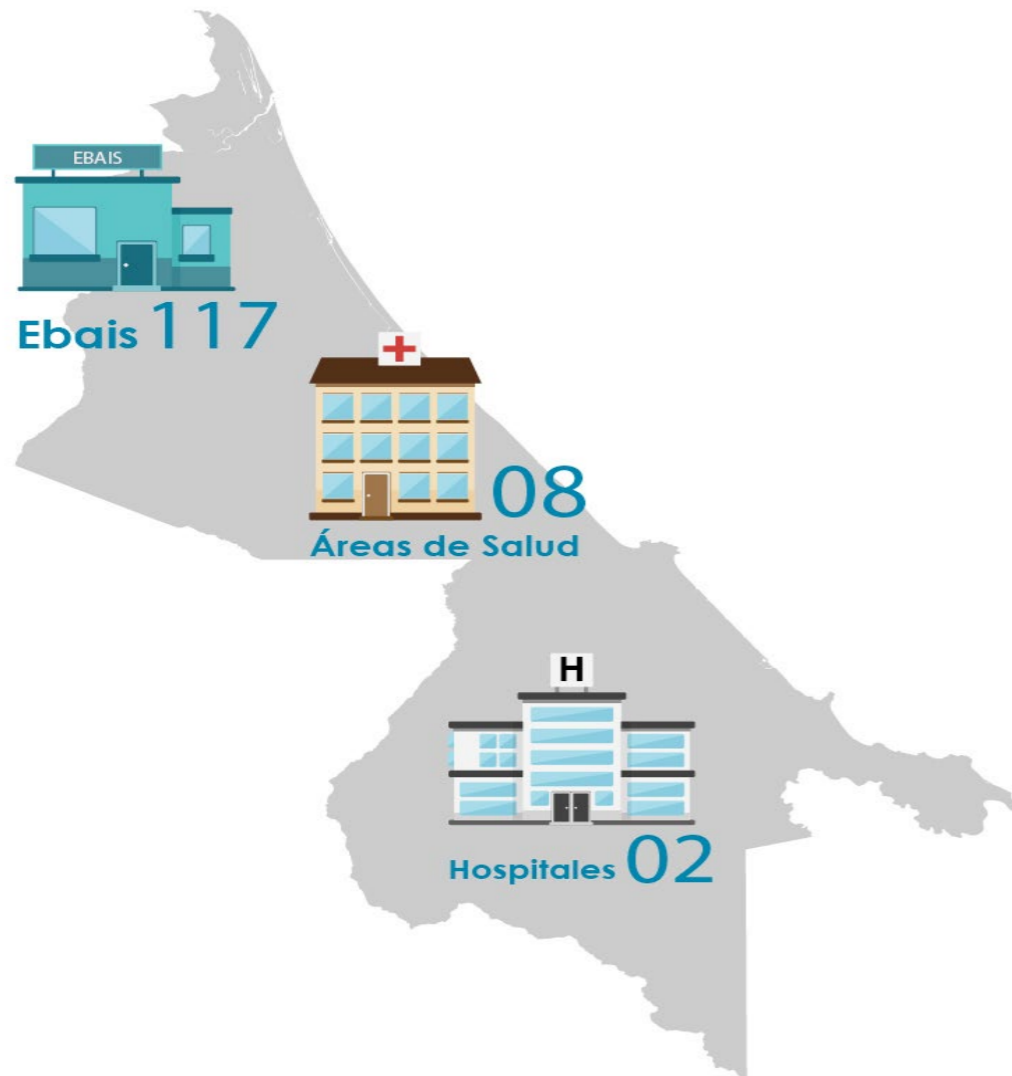
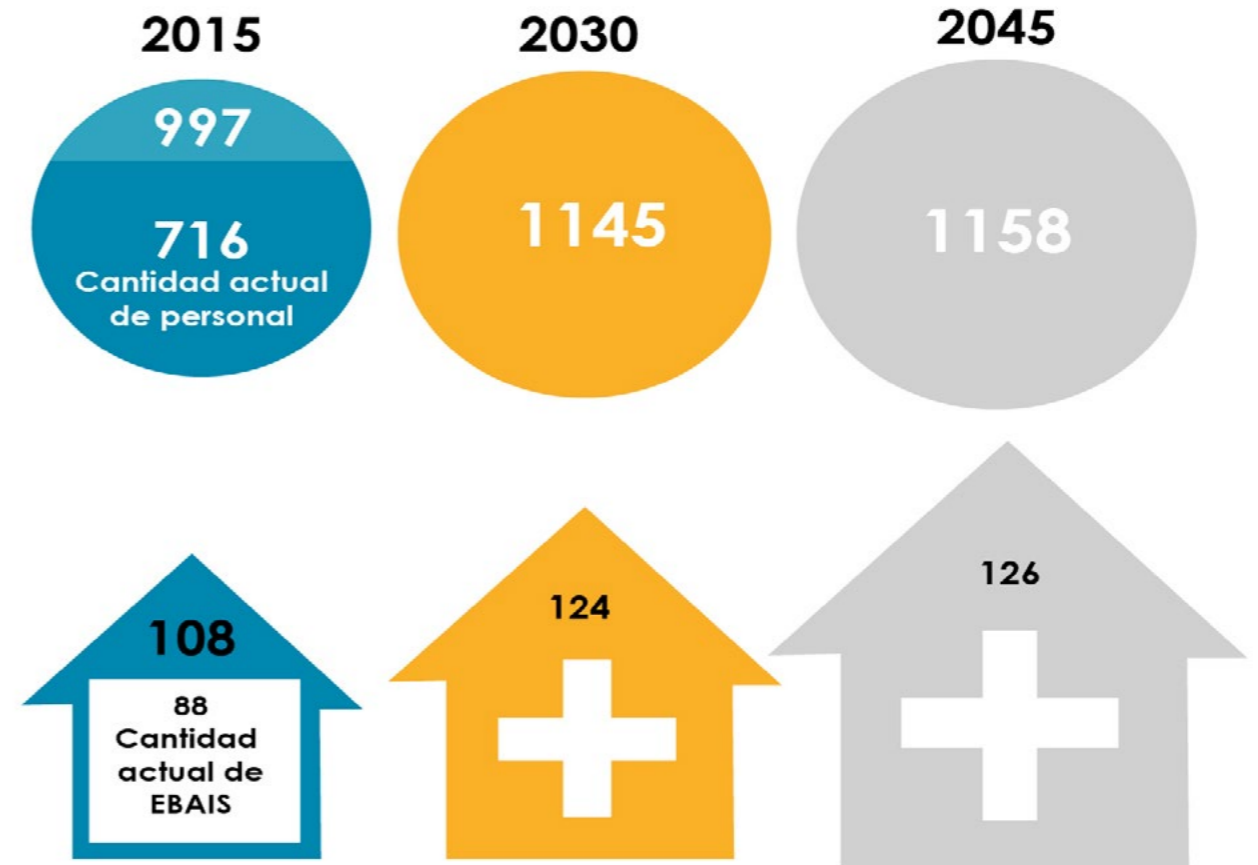


Diagrama 5
Región Huetar Caribe. Cantidad en Requerimientos de Personal Médico y Cantidad de EBAIS. 2015, 2030 y 2045



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, proyecciones realizadas con datos de la CCSS e INEC.

Región Huetar Norte

Comprende al 7,98% de la población del país (385 105), Posee 65 EBAIS dentro de su territorio, lo cual representa al menos un centro médico de primera atención por cada 5 924 habitantes.

Estos 65 EBAIS representan el 6,25% de los centros primarios de atención médica del país Según los estándares de la OMS, para dicha cantidad de población, se estima que deberían existir un mínimo de 885 personal en salud, los datos indican que existen solamente 4554, Sin embargo, en infraestructura física, existe un sobrante del 9,37% de los EBAIS requeridos para atender de manera eficiente a toda su población (Diagrama 6).

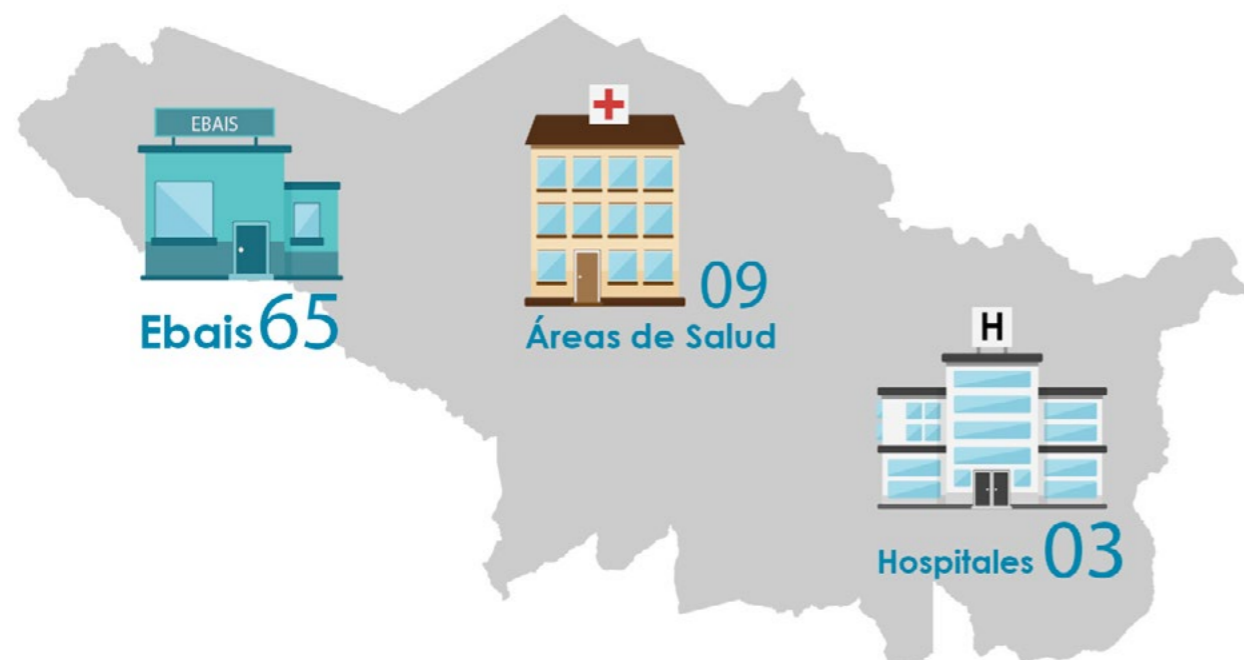
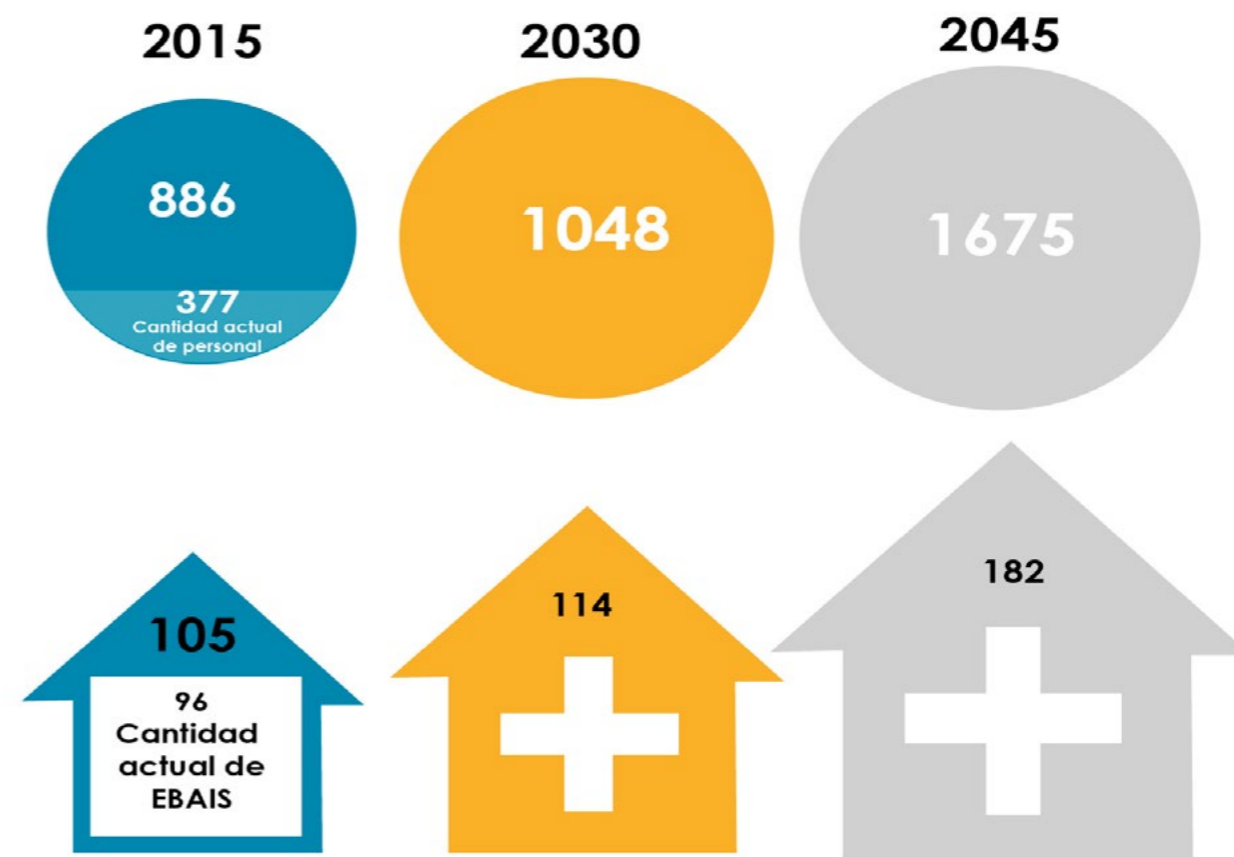


Diagrama 6
Región Huetar Norte. Cantidad en Requerimientos de Personal Médico y Cantidad de EBAIS. 2015, 2030 y 2045



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, proyecciones realizadas con datos de la CCSS e INEC.

Región Pacífico Central

Comprende al 5,79% de la población del país (279 747). Posee 71 EBAIS dentro de su territorio, lo cual representa al menos un centro médico de primera atención por cada 3 940 habitantes. Estos 71 EBAIS representan el 6,82% de los centros primarios de atención médica del país Según los estándares de la OMS, para dicha cantidad de población, se estima que deberían existir un mínimo de 643 personal en salud, los datos indican que existen solamente 5774. Sin embargo, en infraestructura física, existe un sobrante del 57,14% de los EBAIS requeridos para atender de manera eficiente a toda su población (Diagrama 7).

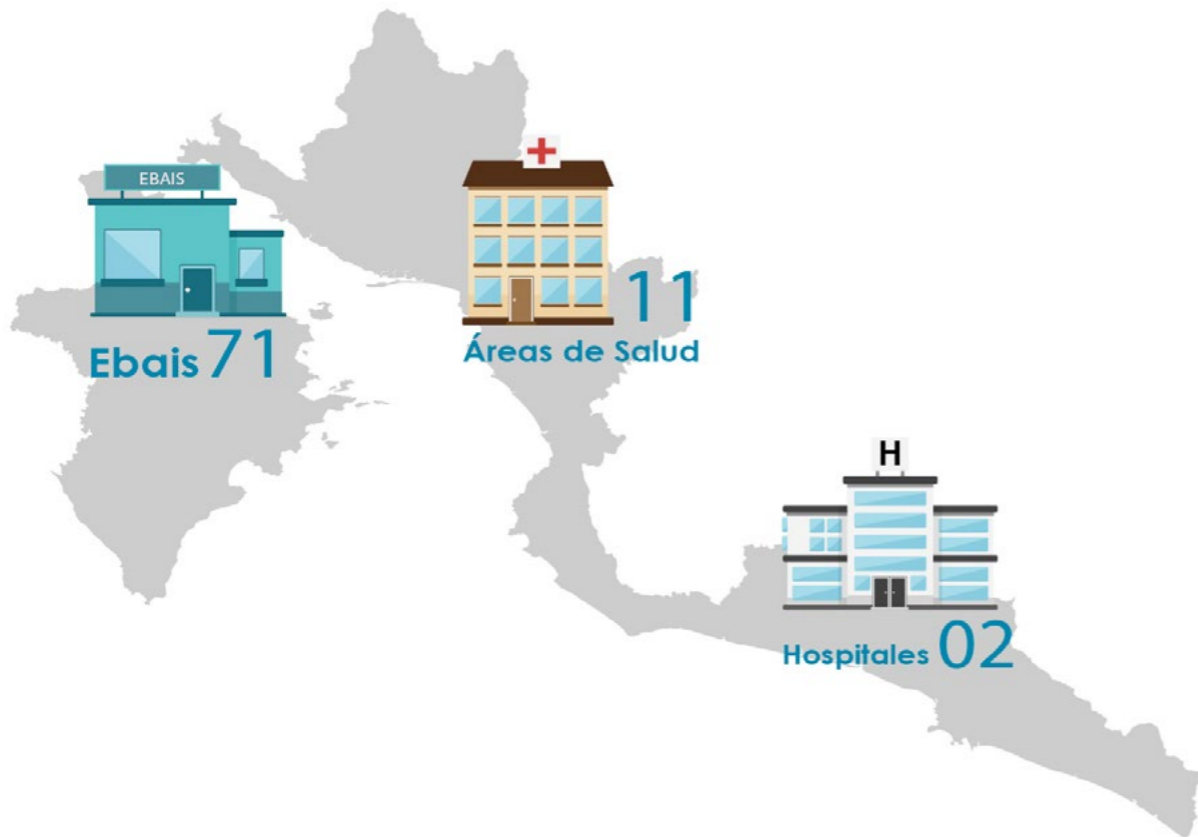
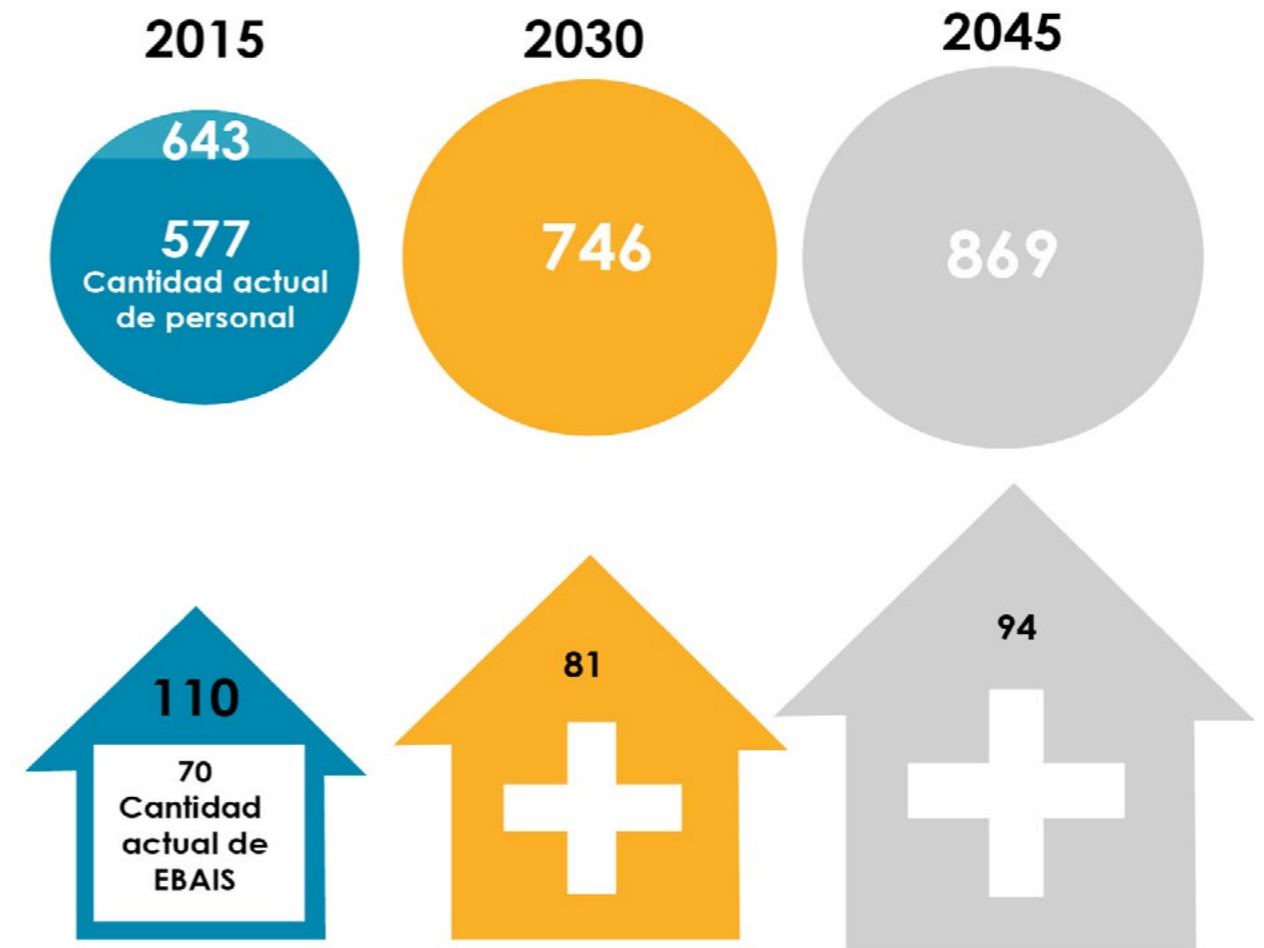


Diagrama 7
Región Pacífico Central. Cantidad en Requerimientos de Personal Médico y Cantidad de EBAIS. 2015, 2030 y 2045



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, proyecciones realizadas con datos de la CCSS e INEC.

Estas proyecciones médicas están relacionadas con los estándares mínimos requeridos para garantizar un acceso justo al sistema sanitario de primer nivel, por lo cual es importante indicar que se requiere seguir fortaleciendo la atención que se brinda en el primer nivel, sin embargo, es necesario regionalizar el segundo y tercer nivel para garantizar un acceso a la salud de manera equitativa y efectiva, principalmente en los hospitales nacionales que se concentran en la región central desfavoreciendo en equidad e igualdad a las personas que viven en las demás regiones de planificación del país.

Sostenibilidad Financiera

La sostenibilidad financiera de los servicios de un sistema de salud no consiste en el equilibrio entre sus ingresos y sus gastos para un período de tiempo, sino más bien representa las posibilidades de financiar en el futuro, un conjunto de servicios de salud a la sociedad, determinado por su patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más. Estos servicios deben brindarse con calidad técnica y humana, eficiencia, eficacia y equidad (OPS 2003). O bien, es la capacidad de garantizar a mediano y largo plazo las necesidades de los ciudadanos por estos servicios, cumpliendo con criterios de oportunidad, calidad y alta satisfacción (Picado 2016).

Así, esta sostenibilidad depende, en última instancia, de un amplio conjunto de factores y consideraciones como: i) la eficiencia en el uso de los recursos asignados a la salud; ii) la gobernabilidad técnica, administrativa y política del sistema; iii) la consolidación del principio de solidaridad financiera; iv) el impacto de las transiciones demográficas y epidemiológicas; v) la capacidad por atender oportunamente las necesidades de inversión en equipo e infraestructura y; vi) la respuesta a los cambios en los procesos económicos y las transformaciones del mercado laboral (OPS 2003).

Dado lo anterior, Picado (2016), sostiene que la sostenibilidad financiera no es un simple equilibrio entre ingresos, gastos e inversiones; tampoco es un asunto estrictamente financiero, ni es una tarea exclusiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), demanda una construcción consciente y altamente participativa; se da cuando puede garantizar a largo plazo las prestaciones actuales.

Cuando un país incrementa la esperanza de vida al nacer a casi los 80 años, reduce significativamente las muertes tempranas a toda edad (tasa de mortalidad infantil de 7,8 por mil niños nacidos vivos en el 2015), aumenta los años de vida saludables de su población, aborda con intensidad el envejecimiento de la población y la transformación del perfil epidemiológico, responde a las nuevas enfermedades, diagnósticos y tratamientos; y todo ello bajo un concepto de cobertura y acceso universal a los servicios de salud, no cabe duda de que el reto de la sostenibilidad implica un grado superlativo de esfuerzo a mediano y largo plazo (Picado 2016).

Ingresos

Los ingresos para financiar los servicios de Salud provienen del Ministerio de Salud (MINSAL) por medio de presupuesto nacional, y de la CCSS por medio de las cargas o contribuciones sociales que son de 26,33% para el patrono y 9,34% para el trabajador (Figura 2).

Figura 2
Ingresos del Sistema de Salud Público Costarricense



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con información de la C.C.S.S.

Ingresos de la CCSS: Los ingresos que tiene la CCSS se clasifican en tres grandes grupos: Ingresos Corrientes, Ingresos de Capital y Financiamiento:

Ingresos Corrientes: Son los ingresos percibidos por concepto de los servicios cotidianos que realizan las entidades del sector público, se clasifican en contribuciones sociales, ingresos no tributarios y las transferencias que son dadas por el gobierno central.

- **Contribuciones sociales:** constituyen los recursos que percibe la Institución a cargo de los patronos, empleados, trabajadores independientes, pensionados y del Estado, de carácter obligatorio o voluntario, de acuerdo con los porcentajes establecidos en la Ley Constitutiva de la CCSS (Ley 17, 1943). Estos recursos constituyen la principal fuente de fondos del régimen (alrededor del 80% de los ingresos totales).

- **Ingresos no tributarios:** Son los recursos provenientes de la prestación de servicios, venta de bienes, rentas derivadas de la actividad pública y de su propio patrimonio; que no constituyen impuestos.
- **Transferencias corrientes:** se refieren a los ingresos recibidos de otras instituciones públicas, privadas y externas, para financiar gastos corrientes, sin que medie una contraprestación de bienes, servicios o derechos a favor de quien traslada los recursos. En el caso de la CCSS, estas transferencias corrientes corresponden a leyes especiales.

Ingresos de capital: Incluye los ingresos por la venta de activos tangibles e intangibles, los reembolsos por préstamo concedidos, las transferencias de capital y otros recursos financieros.

Financiamiento: recursos provenientes de los préstamos adquiridos por la CCSS y de recursos generados por el exceso de ingresos sobre los gastos ejecutados al final de períodos presupuestarios anteriores (vigencias anteriores), ambos se utilizan para cubrir las necesidades derivadas del faltante de los ingresos corrientes y de capital de un período.

Los ingresos totales aumentaron sostenidamente durante el período 2001-2015, dentro de ellos las contribuciones sociales constituyen la principal fuente (representan aproximadamente el 80%); seguida de las transferencias corrientes y el financiamiento (principalmente los recursos de vigencias anteriores recibidas por la institución) (Cuadro 6).

Cuadro 6
Ingresos totales promedios del seguro de salud por quinquenio
2001-2015.
(Montos en millones de colones nominales)

Tipo	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Ingresos Corrientes	342.835,4	805.541,8	1.518.781,6
Ingresos por Contribuciones	309.086,3	706.799,8	1.270.294,5
Ingresos No Tributarios	21.317,6	45.406,4	72.995,4
Transferencias Corrientes	12.431,6	53.335,7	175.491,7
Ingresos de Capital	14.692,5	29.856,4	1.477,4
Financiamiento	26.735,7	68.590,9	103.654,0
Total de Ingresos	384.263,5	903.989,1	1.623.913,0

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, con datos de la CCSS, 2006-2015.

En términos reales⁷ para el período analizado, los ingresos totales representa en promedio el 5,8% del PIB, mientras que las contribuciones sociales constituyen un 4,6% del PIB; ambos indicadores tuvieron un leve incremento en el período, sin embargo el crecimiento de las contribuciones ha disminuido en forma sostenida desde 2006 (Cuadro 7), lo que constituye una preocupación, pues como ya se mencionó, éstas constituyen cerca del 80% de los ingresos.

Cuadro 7
Ingresos totales y contribuciones sociales
2000-2015
(Tasa de crecimiento y porcentaje del PIB)

Período	Ingresos		Contribuciones Sociales	
	% PIB	% PIB	% PIB	Var %
2001-2005	5,4	4,4	4,4	3,6
2006-2010	5,7	4,5	4,5	7,1
2011-2015	6,4	5,1	5,1	5,5
Promedio	5,8	4,6	4,6	5,4

Var %: Tasa de Crecimiento.

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, con datos de la CCSS

Por otra parte, los empleados del sector público representan el 20% de los asalariados del país, pero aportan el 47% de las cuotas de la CCSS, así como lo indicó el gerente financiero de la CCSS "el que los empleados públicos ganen más tiene su beneficio para la Caja", y cuando se presente una crisis económica, la institución tendría la capacidad de defenderse porque los ingresos dependen principalmente del empleo público y en menor medida de la empresa privada formal y de las transferencias del gobierno, las cuales han aumentado desde el 2012 hasta la fecha en un 9%. (Salazar 2015).

Los ingresos totales aumentaron sostenidamente durante el período 2001-2015, dentro de ellos las contribuciones sociales constituyen la principal fuente (representan aproximadamente el 80%); seguida de las transferencias corrientes y el financiamiento (principalmente los recursos de vigencias anteriores recibidas por la institución) (Cuadro 6).

Gasto en Salud

El gasto público en salud es realizado por la CCSS, el MINSA, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), el Instituto Nacional de Seguros (INS) (riesgos de Trabajo) y Universidad de Costa Rica (UCR) (Formación y capacitación de profesionales en salud).

Costa Rica ha realizado durante muchos años un esfuerzo importante en la inversión de servicios de salud, así durante este siglo, el gasto público en esos servicios como porcentaje del PIB aumentó de 5,4% en el quinquenio 2001-2005 al 6% en 2011 al 2015, con promedio de 5,9% (Cuadro 8). Específicamente, la CCSS invierte en promedio el 5,4% en estos servicios, porcentaje que supera el gasto promedio en los países de América Latina que es del 4%, como se indica posteriormente.

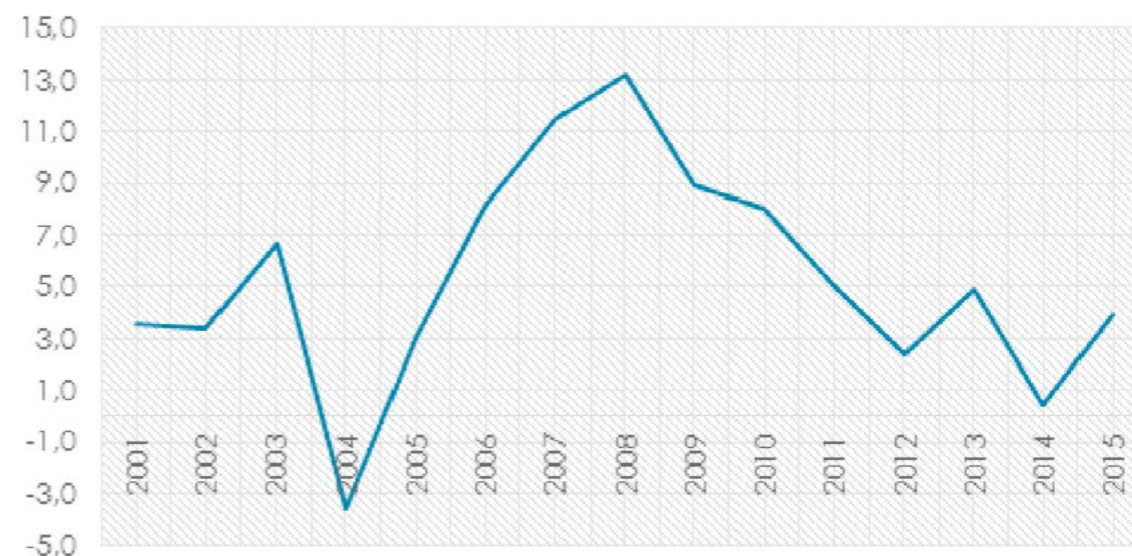
Cuadro 8
Costa Rica: Gasto Público en Salud 2000-2015
(Porcentaje con respecto al PIB)

Período	Total	CCSS
2000-2005	5,4	5,0
2006-2010	5,8	5,3
2011-2015	6,5	5,9
Promedio	5,9	5,4

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, con dato de SIDES y CCSS.

Si se considera la evolución de los gastos en términos reales, se tiene que éstos en los últimos 15 años han crecido en promedio en un 5,3%, observándose una tasa de crecimiento mayor en el período del boom económico del período 2005-2008, para luego disminuir a partir del 2008 (Gráfico 6).

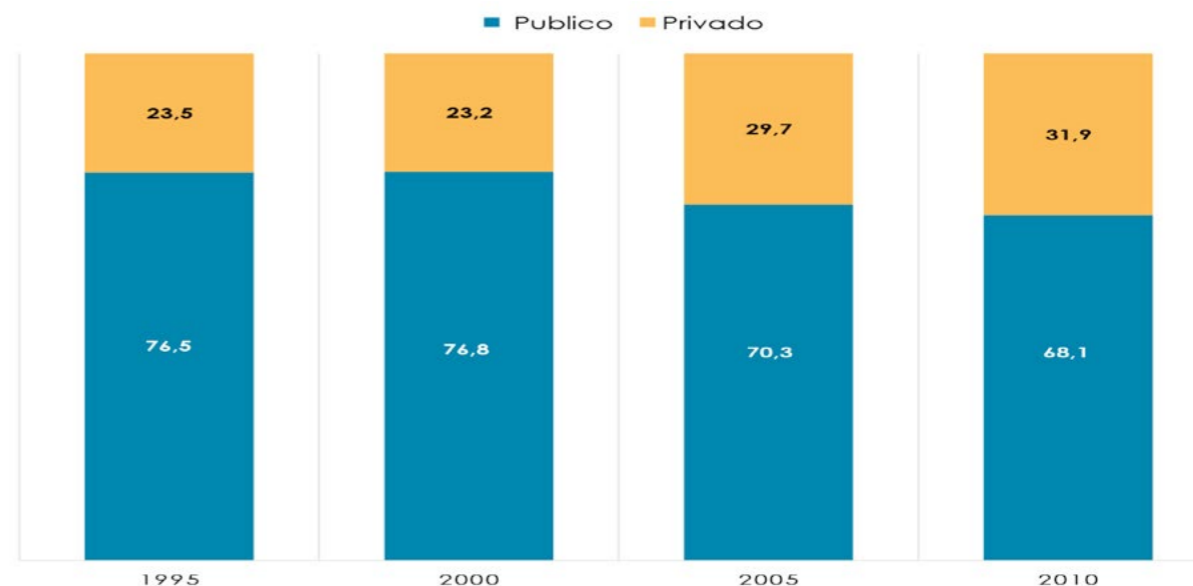
Gráfico 6
Tasa de crecimiento del gasto real en Salud 2001-2015



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, con datos de la CCSS, 2006-2015

Si bien el gasto total en Salud ha aumentado durante los últimos años, la participación del gasto público en salud como porcentaje del gasto total disminuyó de 76,8% a 68,1% del 2000 a 2010, en tanto que el gasto del sector privado en salud aumentó de 23,2% a 31,9% (Gráfico 7).

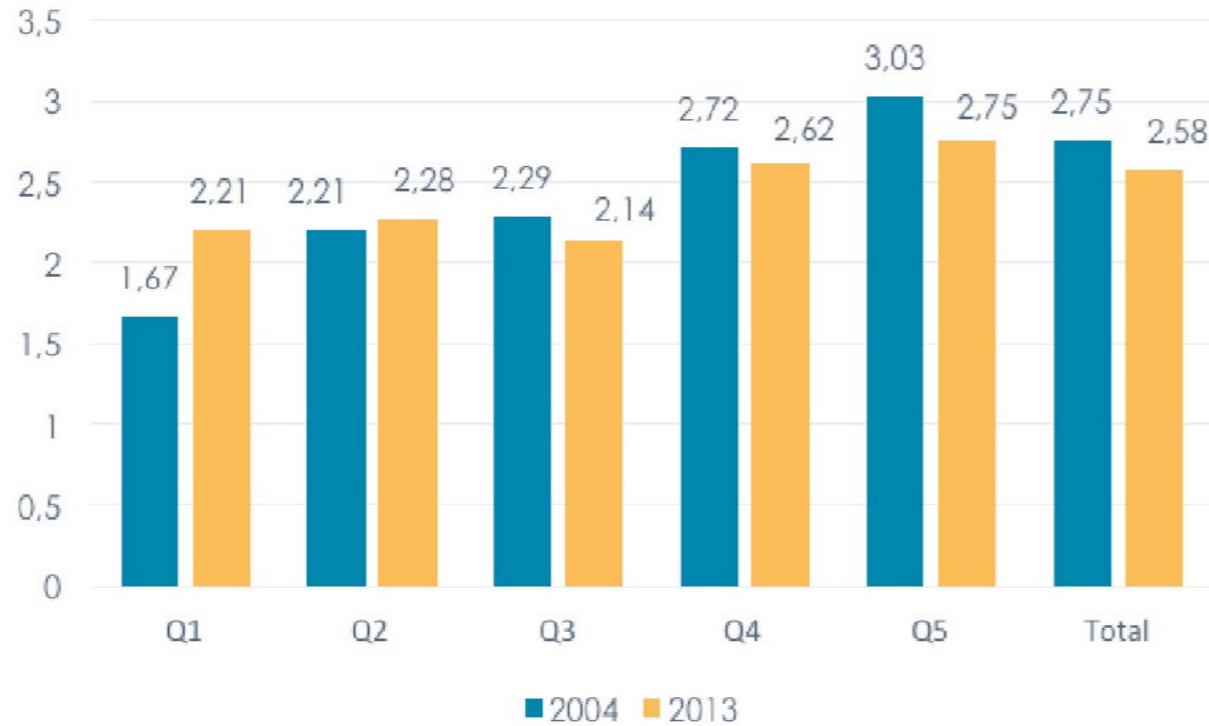
Gráfico 7
Composición del Gasto total en Salud. 1995, 2000, 2005 y 2010



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos del Grupo Banco Mundial. Estudio de gasto público social y sus instituciones: Costa Rica 2015.

Pero el crecimiento en el gasto total de salud no se distribuyó en forma equitativa, ya que el gasto de bolsillo de los hogares en servicios privados ha aumentado más en los quintiles más pobres, (primer quintil) que en los restantes quintiles. (Grupo Banco Mundial, 2015) (Gráfico 8).

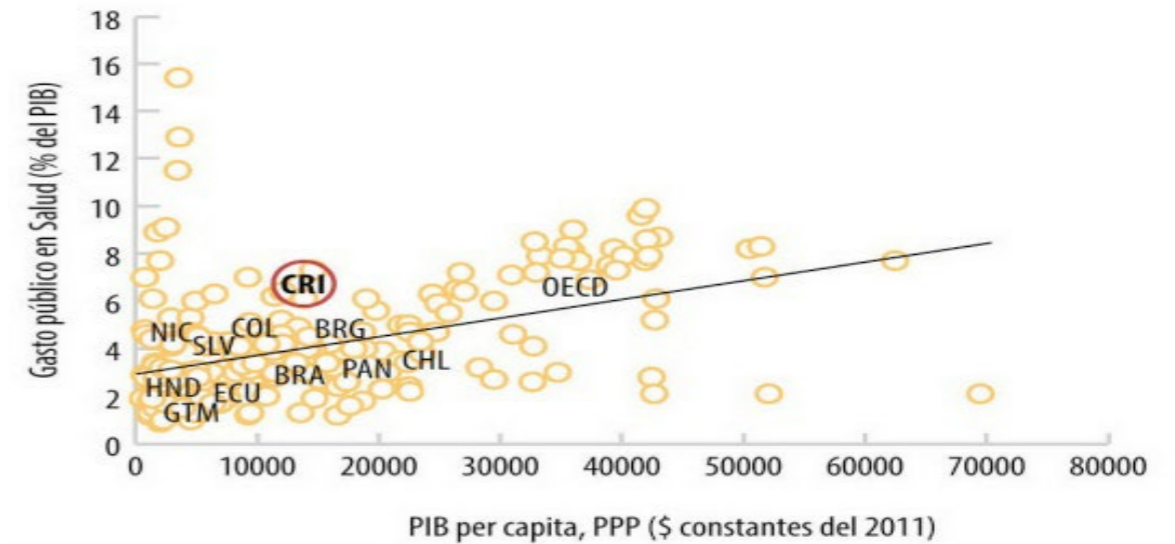
Gráfico 8
Gasto de bolsillo en salud de las familias costarricenses por quintil 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con datos del Grupo Banco Mundial. Estudio de gasto público social y sus instituciones: Costa Rica 2015

Por otra parte, si se hace una comparación con países de Latinoamérica y la OCDE, se tiene que el gasto que realiza Costa Rica en salud como porcentaje del PIB es similar al promedio de la OCDE, y superior al que realizan los países latinoamericanos, a pesar de que tiene un PIB per cápita inferior (Gráfico 9) (Grupo Banco Mundial 2015).

Gráfico 9
Gasto Público y PIB per cápita Latinoamérica y OCDE, 2013



Fuente:

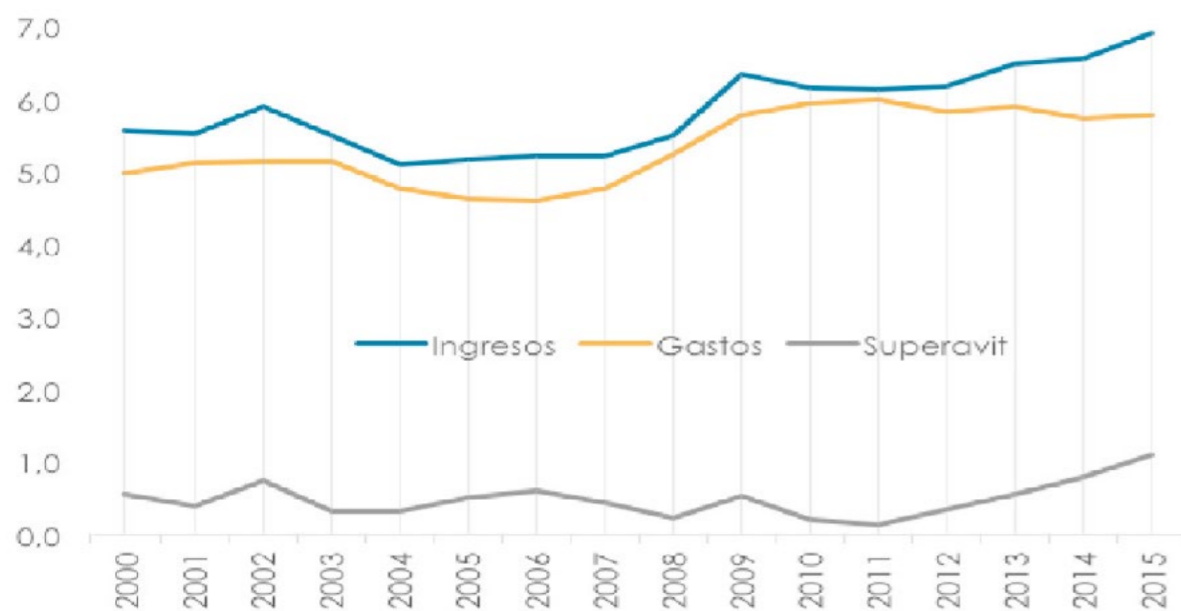
Por otra parte, con respecto a la CCSS, los gastos más importantes son las remuneraciones que representan aproximadamente el 60,00% de los gastos totales seguido de materiales y suministros, para el período 2001-2015 (Cuadro 9). Al considerar el balance entre los ingresos totales y gastos totales de la institución se tiene que durante todo el período analizado los ingresos han sido superiores a los gastos totales, como porcentaje el Producto Interno Bruto (Gráfico 10), por lo cual la CCSS ha mostrado una situación de equilibrio económico y por tanto se puede considerar que existe un equilibrio o sostenibilidad financiera por un período, cuando se garantiza a largo plazo las prestaciones servicios actuales (Salazar 2015).

Cuadro 9
Gastos totales promedio del seguro de salud por quinquenios, 2001-2015
 (En millones de colones)

Concepto	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Remuneraciones	208.032,5	537.561,0	972.841,1
Servicios	37.845,5	71.708,0	120.561,7
Materiales y Suministros	63.346,1	138.943,1	218.999,1
Intereses y comisiones	656,6	1.646,8	1.710,0
Activos Financieros	88,2	117,6	751,9
Bienes duraderos	17.804,3	37.352,5	42.618,0
Transferencias corrientes	21.928,3	52.230,1	105.749,5
Transferencias de capital	200,0	67,0	-
Amortizaciones	1.968,0	4.713,3	5.243,8
Total de Gasto	351.869,6	844.339,3	1.468.475,2

Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, con datos de la CCSS.

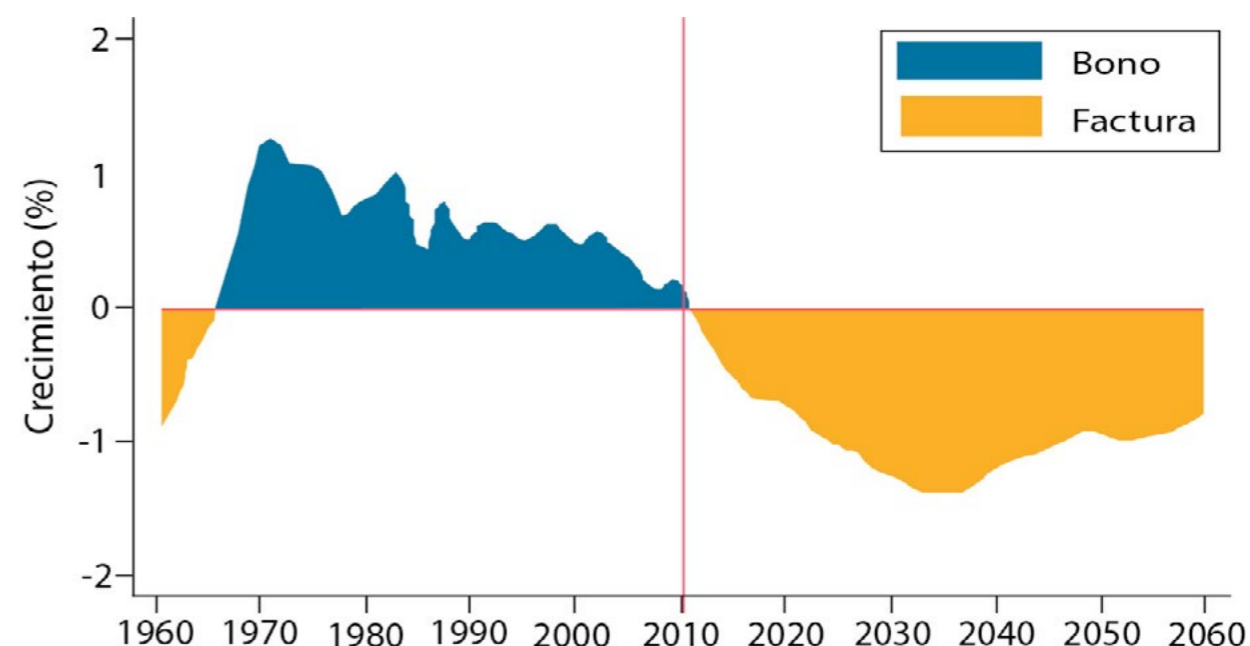
Gráfico 10
Caja Costarricense de Seguro Social: Ingresos y gastos totales. 2000-2015
 (Como %PIB)



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo, con datos de la CCSS.

Esta sostenibilidad en la prestación servicios y en general la Salud Pública costarricense se ha beneficiado del bono demográfico positivo durante las últimas décadas, el cual se presentó hasta el 2012, y se concentró en edades saludables que inclusive se refleja en las edades materno infantiles. Sin embargo, esto cambia a partir del 2013 y se presenta un bono negativo o factura demográfica, que obliga al sistema de salud a realizar cambios importantes a fin de no reducir la prestación de servicios, como aumentar la recaudación o aumentar las transferencias recibidas de otras instituciones públicas (Gráfico 11). Este bono demográfico negativo se da por el incremento en el costo de servicios, especialmente en edades adelantadas o adultas mayores, por el uso de tecnologías médicas caras y el abuso de medicina especializada (Rosero y Jiménez 2012).

Gráfico 11
Sector Salud: Bono y factura Demográfico
 (En porcentajes)



Fuente: Imagen tomada de Centro Centroamericano de Población CCP (2011), El bono demográfico y su factura para el fisco de Costa Rica.

Adicionalmente, si se considera un escenario en el cual: las transferencias que hace el gobierno al sector salud que son financiadas con recursos provenientes del pago de impuestos tienden a aumentar con la edad de las personas, las condiciones en las finanzas públicas y la presencia de un déficit financiero creciente limita la posibilidad de tomar medidas administrativas para mejorar los ingresos y los servicios del sistema; y los cambios demográficos se mantienen; se proyecta que las transferencias a este sector pasen del 5,4% en el 2008 al 6,2% al 2040; denotando las presiones que la demografía ejercerá sobre los gastos de salud (CCP 2012), lo que representaría una carga importante sobre las generaciones futuras y para el fisco.

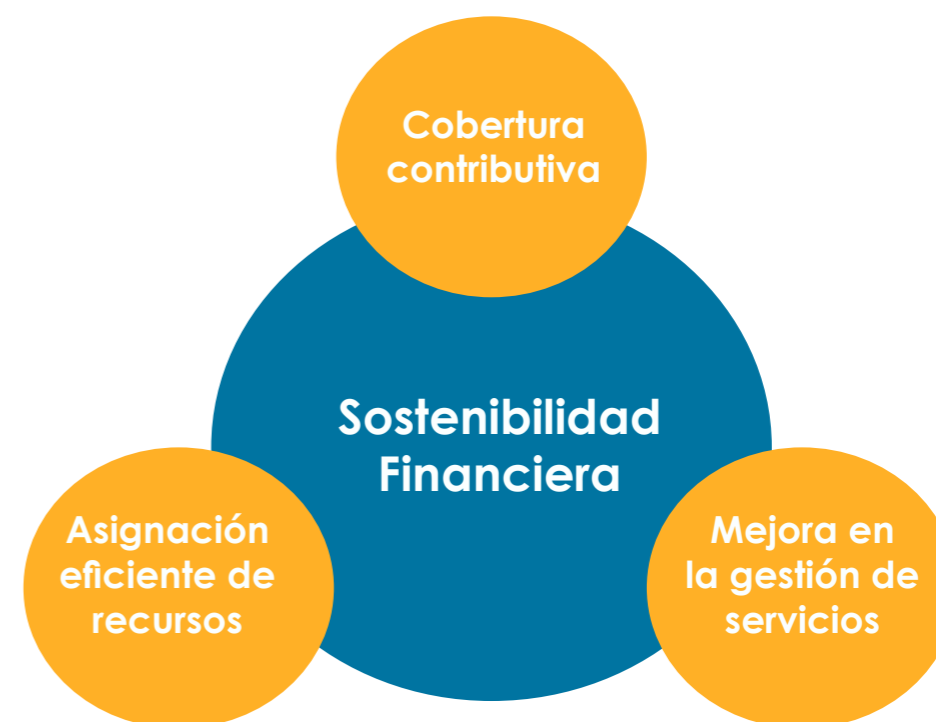
Las anteriores consideraciones se ven reforzadas con:

- Actualmente uno de cada tres costarricenses (27% de la población) sustenta el financiamiento de los servicios de salud del país, lo que indica que poco más de un 70 % de la población nacional recibe servicios de salud (consultas, medicinas, operaciones y exámenes) gracias a las cuotas que el resto paga por ellos. Lo anterior es delicado ya que este 27% se torna cada vez más insuficiente para cubrir los gastos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que crecen en cantidad y en complejidad todos los años. (Ávalos 2016).
- La CCSS espera que para el 2050, la atención de adultos mayores consumirá el 30% del presupuesto de la CCSS; lo cual no incluye el gasto que realizan estas personas, en servicios privados para su cuidado (gasto de bolsillo). Actualmente, la atención de las enfermedades que padece esa población representa un 13% de ese presupuesto (□208 000 millones) (Rodríguez y Avalos 2014). Mientras que, el 40,7% de los egresos de las dependencias gubernamentales serán dedicadas a esta población.
- Las enfermedades crónicas, para el 2020 el número de casos de cáncer aumentará en un 48,2% respecto al actual, lo que ocasionará que el monto que se gasta en medicamentos, que actualmente es del 8%, sufra un incremento; a esto se le debe sumar el aumento en los costos de la tecnología médica (Salazar 2015).
- En el 2013, del total de consultas hechas en el país el 37% fue por vía privada y el 58% acudió a la Caja. De las personas que acudieron a los servicios de la Caja, el 75% son parte del decil más pobre. Respecto a la consulta que se da en centros privados, se destaca que el 4% de las personas más pobres fueron quienes accedieron a este servicio, lo cual “no es un mérito que esta parte de la población tenga que consultar en lo privado, por lo que es un llamado de atención para la institución” (Salazar 2015).
- En cuanto a hospitalizaciones, el 96,9% de los casos son atendidos por la CCSS y 3,0% por hospitales privados, en donde sólo las personas que ocupan el sexto decil más rico tienen la posibilidad de pagar por estos servicios (Salazar 2015).

Sin embargo, es importante destacar que la salud de las personas no solo depende de estos servicios sino también del acceso y la calidad el agua, la electrificación, los hábitos y la educación (Salazar 2015); aspectos que el país ha tenido desempeños adecuados, lo que ocasionó que en las últimas dos décadas, la vida saludable de los costarricenses aumentara en tres años, colocándose en 69, y con una esperanza de vida al nacer de 79 años, lo que indica que los costarricense pasará enfermo al menos una década a lo largo de su vida (Evans 2015).

Por otra parte, se debe considerar que el diálogo social es necesario para mantener la sostenibilidad y la política de sostenibilidad financiera y debe basarse en tres ejes: ampliar la cobertura contributiva, asignación eficiente de recursos e inversiones estratégicas, y mejorar la eficiencia de la gestión de los servicios de salud (Figura 3) (Salazar 2015).

Figura 3
Diagrama Ejes de Sostenibilidad Financiera



Fuente: Unidad de Análisis Prospectivo con información de Salazar (2015).

Dado las anteriores consideraciones derivadas del cambio demográfico, a saber: la necesidad de mayores recursos (transferencias) para el sector, que la cantidad de personas que sustenta el financiamiento de los servicios de salud del país puede ser inferior al 27% actual (es decir el envejecimiento de la población), que existirá un faltante de recursos para financiar los gastos del gobierno, que el gasto de bolsillo de la familias se distribuye inequitativamente, entre otros; todo lo anterior obligará a las autoridades a tomar acciones y estrategias para enfrentar esos retos y garantizar una prestación de servicios públicos de salud de modo que beneficien la sostenibilidad de los servicios que brinda la CCSS (Picado 2016), que permitan mantener o superar la calidad de vida de las futuras generaciones.

Además, como lo afirma Picado (2016), el equilibrio financiero de la CCSS, se basa en el control sobre las remuneraciones, una mayor asignación de recursos financieros a las áreas de salud, hospitales y centros especializados, y un aumento significativo en los recursos destinados a las inversiones en infraestructura, equipamiento y tecnologías.

Para lograr lo anterior se debe tomar en consideración lo siguiente:

- Autocuidado de la salud: la salud no se inicia en un centro de atención de la CCSS mediante la medicina curativa; comienza con los hábitos y prácticas saludables de las personas, los hogares y la sociedad (medicina preventiva); acciones como, reducir el sobrepeso, el consumo de alcohol, tabaco y drogas; e incrementar la actividad física y mental, entre otras acciones.
- Continuidad de la atención de la salud en el primer nivel de atención: la CCSS debe redefinir y profundizar el modelo de atención en actividades de promoción y protección o de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes, de manera que se opere por medio de redes integradas y se de una atención continua, dando especial importancia a dar impacto en los factores de riesgo.
- Productividad de recursos y Diversificación de Ingresos: dado las limitaciones de los ingreso especialmente los provenientes de las contribuciones sociales y la dificultad de aumentar los niveles de gasto a mediano y largo plazo será necesario mejorar la calidad y eficiencia del gasto, así como aumentar la productividad de todos los recursos con los que dispone el seguro de salud (gestión, personal, instalaciones físicas, equipo, tecnologías, información); y buscar fuentes alternativas de financiamiento, tales como: impuestos específicos a ciertos productos o servicios nocivos para la salud, aportes de los gobiernos locales a la CCSS o una legislación más rigurosa sobre el financiamiento de los riesgos excluidos específicamente los accidentes de tránsito y los laborales. (Picado 2016).

Finalmente, con el objetivo de mejorar la disponibilidad y la calidad de la atención de salud y fortalecer la eficiencia institucional, la CCSS firmó en este 2016 un préstamo con el Banco Mundial, a fin de implementar la Agenda Estratégica de Fortalecimiento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (Banco Mundial 2016). La cual contempla la renovación del modelo de atención de salud existente mediante la modernización de las redes de atención primaria con sistemas digitales, que permitan la toma oportuna de decisiones a nivel local y nacional. Se pretende alcanzar las siguientes metas, aumentar en un 22% la lista prioritaria de cirugías mayores que se realizan en forma ambulatoria; y aumentar en un 40% el tamizaje en los cinco cantones con la más alta incidencia de cáncer de colón y la ampliación del Expediente Digital Único de Salud para dar un salto cualitativo en cobertura real y en el uso de herramientas digitales.

Bibliografía.

ACNUDH. (2016). ¿Qué es la promoción de la salud?

<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

Ávalos, Angela. (2016). Uno de cada tres ticos financia la atención en salud. La Nación. Costa Rica.

http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/ticos-financia-atencion-salud_0_1597440253.html

Banco Mundial. (2016) Apoyo para mejorar servicios de salud. Washington.

<http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2016/03/18/costa-rica-support-to-improve-health-services>

Caja Costarricense del Seguro Social, Gerencia Médica, DPSS. (2016). Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud "Inventario y análisis de Áreas de Salud, sectores, EBAS, sedes de Área, sedes de EBAS y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 30 de junio de 2016".

Calzada, A; Castillo, F. (Sin fecha). El derecho a la salud bajo el sistema de justicia constitucional costarricense.

<http://sitios.poderjudicial.go.cr/salaconstitucional/Constitucion%20Politica/Doctrina/3El%20Derecho%20a%20la%20Salud%20bajo%20el%20Sistema%20Costarricense-Magistrados%20Calzada%20y%20Castillo.pdf>

Carta Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [En línea]. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

CENDEISS. (2004). "El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades" <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>

Centro Centroamericano de Población (2011), El bono demográfico-y su factura para el fisco de Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

CENDEISS. (2003). Promoción, Prevención y Educación para la Salud. San José, Costa Rica.

http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/Modulo2/Modulo_2.pdf

Centro Centroamericano de Población C.C.P. (2012). Tres escenarios del fisco en Costa Rica 2040. Universidad de Costa Rica.

CERMI. (2010). Salud pública y discapacidad Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública. Madrid, España. <http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/33/Salud%20publica%20y%20discapacidad.pdf>

Evans, R. (2015). Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. Costa Rica. www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/58/21

Grupo Banco Mundial. (2015). Estudio de gasto público social y sus instituciones: Costa Rica. 2015. Documentos e informes. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/998741468194981719/pdf/97416-SPANISH-WP-P146907-P150371-PUBLIC-ADD-SERIES-Box394831B-SSEIR-Costa-Rica.pdf>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (2015a). Costa Rica: Prospectiva en el cambio demográfico al 2045. San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (2015b). La prospectiva y técnicas para elaborar escenarios a futuro. San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN); Sistema de Naciones Unidas (SNU). (2015c). Objetivos de desarrollo del milenio, III informe País. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud Pública. (Sin fecha). Políticas, Planes, Estrategias.

<http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/estrategias-politicas-planes>

Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI). (2016). La Sanidad electrónica (e-Salud) Transformará en los próximos 15 años el actual modelo sanitario español. Madrid, España.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2016). Revisión del Sistema de Salud Costarricense: política general y cuestionario de datos. Costa Rica.

Organización Panamericana de la Salud OPS. (Sin fecha). Equidad de género en salud. Washington DC, Estados Unidos.

<http://www.generamosigualdad.org/wp-content/uploads/GenderEquityinHealthsp.pdf>

OPS; Caja Costarricense de Seguro Social. (2003). Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. San José, C.R.

<http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/gasto.pdf>

Picado, G. (2016). Sostenibilidad financiera del seguro de salud. La Nación. Costa Rica.

http://www.nacion.com/opinion/foros/Sostenibilidad-financiera-seguro-salud_0_1577842201.html

Rosero, Luis y Jiménez, Pamela. (2012). Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal. San José, Costa Rica. Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

Rodríguez; Ávalos. (2014). Ángela Ancianos consumirán 30% de seguro de salud en 2050.

http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Ancianos-consumiran-seguro-salud_0_1448055235.html

Rodríguez, O. (2015). CCSS creará fideicomiso para invertir \$450 millones en obras,

http://www.nacion.com/economia/finanzas/CCSS-creara-fideicomiso-invertir-millones_0_1522647749.html

Sáenz M. (2011). "Sistema de salud de Costa Rica", publicado en la revista Salud México, vol 53 suplemento 2.

Sáenz, M; Acosta, M; Muiser, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública de México, vol. 53.

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/11Costa%20Rica.pdf

Salazar, K. (2015). Sostenibilidad de CCSS y AyA son vitales para la salud en Costa Rica. UCR, Oficina de Divulgación e Información.

<https://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/10/21/sostenibilidad-de-ccss-y-aya-son-vitales-para-la-salud-en-costa-rica.html>

Rosero, L; Jiménez, P. (2012). Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal. San José, C.R.: Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

CONCLUSIONES

Al analizar las diversas dinámicas de la oferta en atención de la población, se denota una discordancia entre cantidad de personal médico e infraestructura entre las regiones, en donde la región Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte poseen mayor cantidad de centros de salud por habitante, sin embargo, aún posee deficiencia en la cantidad de personal médico que deberían tener para las respectivas zonas. Las demás regiones poseen deficiencias tanto en personal como en infraestructura. Por lo tanto, es necesario reflexionar sobre la contratación de médicos y personal médico para satisfacer las necesidades en salud de la población.

También es importante analizar el movimiento demográfico de la población para los próximos 30 años, hay regiones con superávit de instalaciones y su tendencia es a no aumentar significativamente (con excepción de la Región Huetar Norte) por lo cual es necesario analizar cuáles serán las necesidades a atender de la población que actualmente se encuentra en la región para prever la oferta de salud dentro de los próximos 30 años.

A pesar de que existe cobertura de servicios de salud en todo el país, para casos de atención nivel 3 o especializados la población continúa trasladándose a la región central, no ha podido descentralizar esos servicios e incluso las inversiones de ese tipo de servicio siguen dentro del Gran Área Metropolitana.

La sostenibilidad financiera de los servicios de salud no es solamente alcanzar un equilibrio entre ingresos y los gastos e inversiones, sino implica que la prestación de servicios sea permanente, oportuna y de alta calidad de tal manera que permita aumentar la calidad de vida de las personas a lo largo del tiempo.

El sistema de salud se concentra principalmente en el sector público que representa aproximadamente un 70,0% del total, pero su participación ha venido disminuyendo a costa del sector privado y el principal actor es la CCSS, por tanto, la sostenibilidad del sistema depende fundamentalmente de la sostenibilidad de financiera y operativa de esta institución.

Si bien, durante los últimos años en la CCSS los ingresos han sido mayores a sus gastos, los primeros han venido disminuyendo en forma sostenida como porcentaje del PIB, especialmente las cuotas a la seguridad social; en tanto que los gastos se mantienen aumentando como consecuencia del cambio demográfico y el consecuente aumento en la demanda de servicios y en la calidad de los mismos.

A mediano y largo plazo, habrá cada vez más personas demandando mayores y mejores servicios, mientras que la cantidad de cotizantes será cada vez menor; lo cual genera presiones importantes sobre la sostenibilidad del sistema. Por tanto las autoridades de gobierno central y de la CCSS y en general la sociedad costarricense deben tomar medidas para que crezcan los ingresos, especialmente de la CCSS con el aumento de la demanda por los servicios; también se deben mejorar la disponibilidad y la calidad de la atención de salud y fortalecer la eficiencia institucional, fomentando los servicios de promoción y salud preventiva, mejorar los servicios brindado a nivel primario y aumentando la eficiencia y calidad en la utilización de los recursos tanto humanos como de capital.

La planificación de estrategias de promoción de la salud es fundamental en la disminución de enfermedades crónicas asociadas al sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol ya que este paradigma de salud visualiza no solo la prevención de las enfermedades en un individuo en específico si no la prevención a partir de la modificación del entorno, las políticas gubernamentales en salud y la acción interinstitucional a favor de prácticas de vida saludables que al largo plazo propician una vejez sana y activa.

El país debe además prestar atención a los cambios demográficos y las necesidades específicas de la población con discapacidad y adultos mayores, en estos casos el fortalecimiento de medios de aseguramiento para esta población, pero sobre todo el desarrollo de programas de atención primaria y prevención de enfermedades es vital para certificar una vida digna y sana, prestando mayor atención a las regiones periféricas especialmente la Región Huetar Norte y la Región Chorotega.