

**Ministerio de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud**

Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica:

Situación actual, tendencias y retos



Grupo responsable del estudio:

Gustavo Picado, CCSS
Edwin Acuña, Ministerio de Salud
Javier Santacruz, Asesor OPS/OMS Costa Rica

Colaborador:

Lic. Rubén Suárez, consultor en Economía de la Salud
de la OPS/OMS

Fotografía

Archivo OPS/OMS

Edición

Xinia Bustamante C. OPS/OMS Costa Rica

W74

O-686g Organización Panamericana de la Salud
Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación
actual, tendencias y retos / Organización Panamericana de la
Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro
Social. — San José, C.R. : OPS, 2003. 44 p. ; 28 cm.

ISBN 92 75 32481 6

1. GASTOS EN SALUD. 2. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD.
3. ASIGNACION DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE
SALUD. 4. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud.
II. Caja Costarricense de Seguro Social. III. Título.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en
ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, grabación y
otros, sin permiso del Ministerio de Salud y la OPS/OMS.

San José, Costa Rica, octubre 2003

Este documento puede ser solicitado en el Ministerio de Salud, Despacho
Ministerial

Se puede consultar en www.netsalud.sa.cr y en www.cor.ops-oms.org

Índice de contenidos

1.	Introducción	6
2.	Aspectos metodológicos sobre la estimación del gasto en salud	9
3.	Gasto en salud	11
	3.1. Gasto nacional en salud.....	11
	3.2. Gasto público en salud.....	14
	3.3. Gasto privado en salud.....	16
	3.4. Funciones de atención a la salud.....	19
	3.5. Agentes de financiamiento y proveedores.....	21
	3.6. Impacto redistributivo del gasto público.....	22
4.	Financiamiento	24
	4.1. Sistema en general.....	24
	4.2. Seguro de salud.....	26
5.	Asignación de recursos seguro de salud	31
	5.1. Compromisos de gestión.....	31
	5.2. Gastos por nivel.....	32
	5.3. Gasto hospitalario.....	33
6.	Sostenibilidad financiera	34
7.	Principales retos	36
8.	Bibliografía	43
Cuadros		
	Cuadro N° 1: Gasto Público en salud de Costa Rica, según diferentes métodos.....	9
	Cuadro N° 2: Gasto Nacional en Salud, 1991-2001.....	11
	Cuadro N° 3: Principales indicadores del gasto en salud.....	12
	Cuadro N° 4: Gasto en salud por habitante y Esperanza de Vida al Nacer (EVN) diez países con EVN inmediatamente inferior y superior que Costa Rica.....	14
	Cuadro N° 5: Importancia relativa de las funciones de atención según proveedor, 2001.....	19

Cuadro N° 6: Agentes de financiamiento según proveedor	21
Cuadro N° 7: Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso familiar per cápita	22
Cuadro N° 8: Principales instrumentos y fuentes de financiamiento	25
Cuadro N° 9: Población nacional según modalidad de aseguramiento.....	27
Cuadro N° 10: Calidad de aseguramiento contributivo, 2001.....	30
Cuadro N° 11: Gasto del seguro de salud según actividades y nivel de atención.....	33

Gráficas

Gráfica N° 1 Tendencia del perfil demográfico de Costa Rica	6
Gráfica N° 2 Cuatro grandes grupos de causas de mortalidad en Costa Rica, 1970-1998	7
Gráfica N° 3 Gasto público en salud por institución, 1992-2001.....	15
Gráfica N° 4 América Latina: gasto privado de los cinco países con mayor y menor porcentaje, 1998.....	17
Gráfica N° 5 Gasto privado en salud según quintil de ingreso. Estimac. para el 2001.....	18
Gráfica N° 6 Distribución del gasto público en salud por quintil de ingreso.....	23
Gráfica N° 7 Estructura relativa de los ingresos reglamentarios del seguro de salud.....	29
Gráfica N° 8 Calidad de aseguramiento de la PEA según quintil de ingreso	31
Gráfica N° 9 Gasto en salud de la población mayor de 65 años.....	36

Presentación

La sociedad invierte recursos considerables para el cuidado de su salud, los cuales comúnmente se expresan como una proporción del producto interno bruto (PIB). Sin embargo, esta medida o indicador es un estimador grueso y solo aproximado del gasto real en salud, ya que si bien en teoría dicha proporción expresa el total de fondos públicos y privados que se destinan a los bienes y servicios de salud, la realidad es que esa proporción varía de acuerdo al método de cálculo utilizado y los bienes y servicios incluidos en la medición. Independientemente del método de cálculo y de los elementos que se incluyan, es innegable que el gasto en salud representa un monto importante del gasto social.

A pesar del creciente gasto en salud y del nivel alcanzado en algunos países, lo cierto es que en las últimas décadas las necesidades de salud de la población han crecido a un ritmo mayor que el de los recursos, por lo que la oferta de bienes y servicios de salud se ha visto superada por la demanda. Las causas de tal crecimiento son múltiples y entre ellas se destacan las siguientes: una sociedad más informada que demanda con mayor frecuencia servicios curativos y preventivos; aumento en la esperanza de vida y de mayores de 60 años que requieren más servicios y de mayor costo; cambio del perfil epidemiológico con predominio de enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos y costosos, y la aparición de resistencia a tratamientos usuales y de bajo costo.

Por otra parte, debe destacarse que la sociedad exige cada vez más la rendición de cuentas de los sectores público y privado, con el fin de transparentar tanto las fuentes de financiamiento de los bienes y servicios que producen, así como de los tipos de gasto que realizan. Además de esta necesidad social, está el hecho de que la rectoría en salud requiere de información detallada del financiamiento y gasto del sector, con el fin de reorientar el gasto y de promover mecanismos de financiamiento con equidad y solidaridad.

Aquí se presenta un avance en la sistematización de la información económica en salud ya que, por primera vez en el país, no solo se proporciona información histórica de los “macro-indicadores de gasto”, sino que también se detallan los principales rubros de gasto, se profundiza en la revisión del gasto público y privado y se revisan las fuentes de financiamiento, con lo cual se establece un punto de partida y a la vez, un progreso sustancial en la formulación de la Cuenta Nacional de Salud. Quedan sin embargo, varios retos en esta materia que deben ser abordados mediante nuevos estudios y el mejor uso de la información existente, como las encuestas de hogares. La nueva información deberá permitir realizar correlaciones del gasto en salud con el perfil epidemiológico, las necesidades de salud, la demanda y las inequidades sanitarias, que resulta indispensable para modular la calidad del gasto en salud y hacerlo más eficiente.

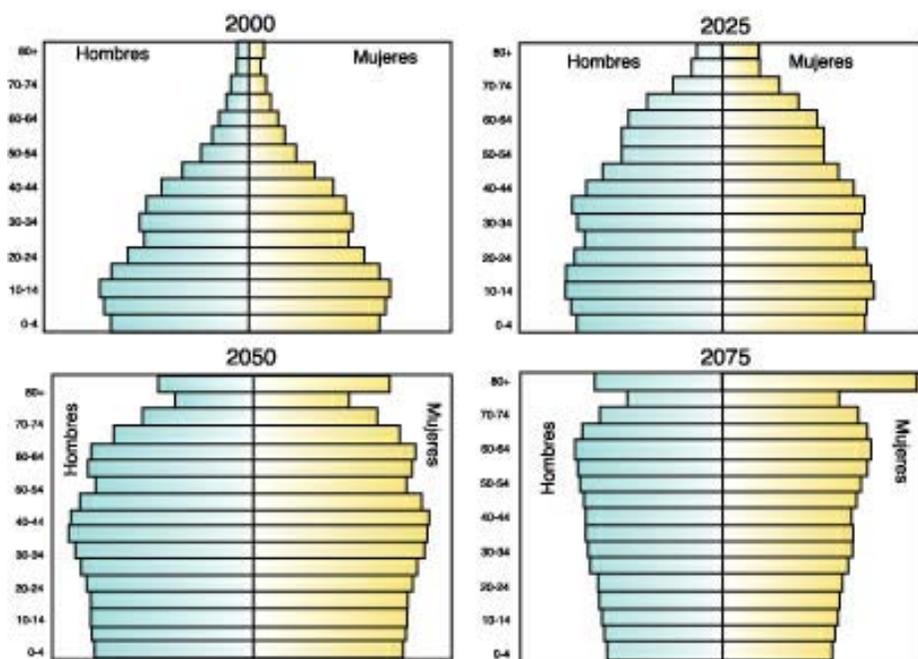
Esta publicación es parte de la Serie Análisis de Situación, que es publicada por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS.

1. Introducción

En los últimos años, la justificación utilizada internacionalmente para promover la inversión en salud en países de bajos ingresos, sostiene la tesis de que la salud es una forma de capital humano, por lo que un mejor nivel de salud pública se traduce en mayor productividad individual y mayores posibilidades de crecimiento económico para un país. La inversión en salud es considerada como una de las acciones básicas para combatir los círculos de pobreza que afectan a millones de personas y hogares en el mundo, por lo que diversos foros y organismos internacionales están impulsando la transferencia de fondos financieros de los países ricos hacia los pobres, con el propósito de que estos últimos puedan otorgar a su población acciones básicas de salud consideradas como costo-efectivas.

Actualmente hay mayor coincidencia entre las percepciones económica y social sobre la necesidad de invertir en salud, sin embargo, las limitaciones económicas invariablemente obligan a que dicha inversión implique un costo de oportunidad, ya que se pueden postergar otras necesidades importantes para el desarrollo social, como la educación, la vivienda y la nutrición. Debido a ello, el análisis del financiamiento y gasto en salud, requiere convertirse en un ejercicio permanente para buscar el uso de los recursos existentes en forma más justa y sostenible.

Gráfica 1
Tendencia del perfil demográfico de Costa Rica



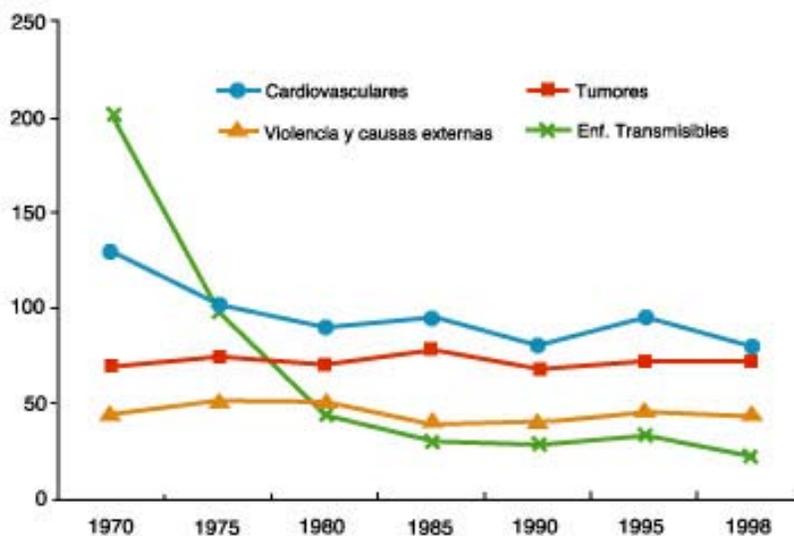
Entre otros aspectos, se debe poner atención en el nivel, composición y calidad del gasto; su distribución por grupos de edad, ingreso y zonas geográficas; las fuentes e instrumentos de financiamiento; los mecanismos de asignación y control de resultados; así como en la sostenibilidad del gasto a nivel familiar y de país. En un sentido más amplio, es necesario evaluar las presiones que generan las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica, tanto sobre la economía general como sobre las finanzas del sistema de salud.

Como se muestra en la gráfica 1, una proyección de largo plazo muestra una clara tendencia al envejecimiento de la población, que deberán afrontar los servicios de salud. La transición demográfica seguirá exigiendo la readecuación del modelo de atención, así como la forma y los medios empleados para proveer los servicios de salud y por otra parte, la atención de esta población requerirá mayores recursos, debido a la mayor demanda de servicios y al uso de tecnología más costosa para atender problemas crónicos y sus complicaciones.

Por otra parte, el perfil epidemiológico de la población costarricense ha cambiado radicalmente en las últimas décadas, producto de un descenso pronunciado de la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades transmisibles, en contraposición a una mayor relevancia de las enfermedades crónico-degenerativas y de nuevas patologías como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La siguiente gráfica muestra parte de este fenómeno.

Gráfica 2

Cuatro grandes grupos de causas de mortalidad en Costa Rica, 1970-1998
-tasas estandarizadas por 100 mil habitantes-



Fuente: Ministerio de Salud

Paradójicamente, las fuentes de financiamiento no han evolucionado al mismo ritmo para apoyar los cambios demográficos y epidemiológicos, ni tampoco la extensión de cobertura en la prestación de los servicios propuesta por la reforma sectorial. Adicionalmente, las obligaciones asumidas por el Estado no son suficientes para sufragar los costos de la atención de población subsidiada o asegurada por el Estado. Por otra parte, la tendencia creciente del empleo informal, la proliferación de nuevas formas de contratación laboral, la entrada al mercado laboral de una cantidad significativa de trabajadores inmigrantes ilegales, el cuestionamiento de empresarios y productores sobre la distorsión que imponen las contribuciones salariales, y la difícil situación fiscal que vive el país, entre otros factores, generan un ambiente de preocupación sobre el ritmo de expansión futuro de los ingresos del sistema de salud costarricense y deben ser considerados señales de alarma para la definición de estrategias innovadoras que mejoren el financiamiento y la calidad del gasto.

En este contexto, las autoridades sanitarias del país y los encargados de diseñar las políticas sectoriales, requieren efectuar un análisis cuidadoso de los aspectos claves relacionados con el gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica, a fin de tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias para asegurar la continuidad del hasta ahora exitoso sistema de salud.

El presente estudio tiene como objetivo aportar evidencias en las siguientes tres dimensiones:

- La situación actual del financiamiento y gasto en salud.
- Las tendencias del gasto y financiamiento en el corto y mediano plazo, y
- Los retos prioritarios propios del sistema de salud costarricense.

El estudio pretende conjugar los enfoques descriptivo y analítico, reconociendo las limitaciones propias de la falta de algunas estadísticas confiables, consistentes y de una extensión apropiada para efectuar análisis de tendencias, lo cual implícitamente plantea la necesidad de nuevos estudios e investigaciones en esta materia, que aborden con mayor profundidad ciertos elementos centrales del tema en discusión.

Por último, es justo reconocer el valioso aporte recibido por un distinguido grupo de expertos nacionales, vinculados directa o indirectamente con el quehacer del sector salud de Costa Rica, quienes a través de sus comentarios, críticas y sugerencias, han enriquecido el contenido del presente documento. Ciertamente, no ha sido posible atender todas sus inquietudes, pero sin duda alguna, los progresos futuros que se puedan llevar a cabo en el tema de gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica, tendrán que considerar sus calificadas recomendaciones.

2. Aspectos metodológicos sobre la estimación del gasto en salud

En Costa Rica, las estadísticas financieras y económicas del sector salud, tienen un carácter bastante limitado y su uso por los profesionales sanitarios, generalmente responde a la única necesidad de disponer de indicadores agregados, tales como el gasto nacional en salud, la relación de este con el Producto Interno Bruto y la composición institucional. No es común que los indicadores económicos se utilicen en el diseño o evaluación de políticas sectoriales, para promover principios básicos como la equidad, eficiencia, efectividad y sostenibilidad de los recursos financieros, lo cual traduce un problema de tipo cultural que se refleja en la insuficiente aplicación de la economía en el campo sanitario.

Un segundo problema es la falta de un sistema de información confiable, único, oportuno y con criterios compartidos. El ejemplo más claro de esta deficiencia, es la existencia de al menos cuatro metodologías distintas para estimar el gasto público en salud, sin que ninguna de ellas sea considerada como oficial. La siguiente tabla muestra la diferencia de sus resultados.

Cuadro 1
Gasto público en salud en Costa Rica, según diferentes métodos
-millones de colones y año 2001-

Indicador	STAP	CGR	MINSAL	BCCR
Gasto en salud	289,832	242,922	314,698	280,312
Gasto en salud como % PIB	5,5	4,6	5,9	5,7
Gasto en salud per cápita (US\$) ^{a/}	219,9	184,3	283,7	212,6
Crecimiento real 2000-2001	3,4	2,2	2,4	2,0

STAP: Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria; CGR: Contraloría General de la Rep..

MINSAL: Ministerio de Salud; BCCR: Banco Central de Costa Rica

^{a/} Al tipo de cambio promedio, año 2001

Fuente: Elaboración Propia con datos del Proyecto Estado de la Nación y BCCR

Por otra parte, la información relacionada con la producción y gasto privados es escasa y de difícil acceso, y los datos en general no tienen la desagregación y clasificación necesarias para responder ciertas preguntas básicas sobre el gasto y financiamiento de la salud en el país.

Para efectos de este estudio, se decidió estimar el gasto nacional en salud de acuerdo a dos diferentes metodologías, que satisfacen requerimientos igualmente distintos. La primera estimación se realizó de acuerdo al “método tradicional” del gasto público en salud, por lo que en ella sólo se incluyeron instituciones públicas definidas dentro del sector salud por el Decreto Ejecutivo No. 19275-S de 1989. Este método supone que todas las erogaciones de las entidades públicas que componen el sector salud, representan un gasto en salud. Las instituciones incluidas son: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Seguros (riesgos del trabajo) y la Universidad de Costa Rica (formación y capacitación de profesionales en salud).

La ventaja esencial de esta estimación “tradicional” es que los datos agregados por sector, permiten construir series históricas para periodos relativamente largos (en este caso 1991-2001), y dan la oportunidad de analizar la tendencia de ciertos indicadores básicos como: proporción respecto a la producción nacional, composición pública y privada, gasto por habitante en dólares y peso relativo en el gasto público social, entre otros más, así como un análisis comparativo con los resultados de otros países del mundo.

La segunda medición se realizó utilizando algunas matrices del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, que propone la metodología de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Este método proporciona información sistematizada de acuerdo a una clasificación internacional de las cuentas de salud, que abarca tres dimensiones:

- Funciones de atención de la salud,
- Proveedores de atenciones de salud y
- Fuentes de financiamiento.

Este método permite ampliar la visión que proporciona el método tradicional, ya que suministra información sobre el origen y uso de los recursos, así como la forma en que éstos transitan a través de los principales actores sectoriales.

Una de las diferencias básicas de la estimación del gasto bajo los lineamientos de la OCDE, en relación con el enfoque tradicional, es que el concepto de gasto en servicios de salud se delimita bajo criterios técnicos propios de la salud pública y de los conocimientos básicos de medicina y enfermería, así como de la nomenclatura de los servicios o atenciones que tienen como fin primordial el mejoramiento de la salud de las personas. Desde esta perspectiva, el gasto que efectúa un ente público incluido por decreto en el sector salud, como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), no se incluye en esta estimación, ya que la producción y suministro de agua para consumo humano no está clasificada como una función propiamente de salud, dado que su finalidad directa no es el mejoramiento de la salud. Por supuesto, este criterio no pretende omitir su importancia como un macro-determinante de la salud, ni los efectos nocivos que el suministro de agua no potable puede causar en el estado

de salud de las poblaciones, sino más bien, refleja que la decisión de lo que se entiende por gasto en salud, es una selección en favor de la especificidad y en contra de la amplitud del concepto.

3. Gasto en salud

3.1. Gasto nacional en salud

Entre 1991 y el 2001, el gasto nacional total en salud creció de 60,367 a 405,702 millones de colones corrientes. Esta última cifra equivale a US \$1,275 millones y corresponde al 7,4% del Producto Interno Bruto. Sin embargo, como se muestra en el cuadro No. 2, en términos reales el gasto total en salud solo tuvo un crecimiento acumulado de 78,1% en ese período, con un promedio anual de 5,9%. Con excepción de 1996, el gasto total creció significativamente todos los años del período de referencia. En cuanto a los componentes público y privado del gasto en salud, se observa un mayor crecimiento de este último con una tasa de expansión anual promedio de 8,3%, en contraste con el 5,1% del sector público.

Cuadro 2

Gasto Nacional en Salud, 1991-2001
-millones de colones corrientes y constantes de 1991-

Año	colones corrientes			colones constantes 1991 ^{a/}		
	Público	Privado	TOTAL	Público	Privado	TOTAL
1991	46,337	14,031	60,367	46,337	14,031	60,367
1992	56,195	18,451	74,646	46,140	15,150	61,290
1993	70,041	21,925	91,966	52,381	16,396	68,777
1994	89,161	28,190	117,351	58,736	18,570	77,306
1995	112,284	37,902	150,186	60,046	20,269	80,315
1996	133,396	44,279	177,675	60,702	20,149	80,851
1997	157,339	56,696	214,036	63,224	22,782	86,006
1998	182,972	65,256	248,228	65,846	23,484	89,330
1999	216,058	81,230	297,288	70,654	26,563	97,218
2000	250,140	98,302	348,442	73,718	28,970	102,688
2001	288,238	117,482	405,720	76,352	31,120	107,473

^{a/} El índice usado para deflatar las cifras nominales es el calculado por el Banco Central para la actividad servicios de salud.

Fuente: Elaboración con base en información de MINSA, CCSS, INS, AyA y Banco Central.

La consecuencia lógica del diferente ritmo de crecimiento de ambos componentes, es una ganancia relativa del peso que actualmente tiene el gasto privado en salud en la composición del gasto total. Esta tendencia, es un fenómeno que ya se venía observando en las pocas investigaciones que sobre el tema del gasto privado se han llevado a cabo en el país, la cual se confirma por el aumento significativo del número y complejidad de los proveedores privados de atención a la salud. Ciertamente, esta manifestación puede ser una señal de alarma de las fallas que tiene el sistema público de servicios de salud, ya que una parte importante de los usuarios que usan los servicios privados, señala como causa los problemas de acceso, la atención poco oportuna y la menor calidad en la red de servicios públicos. No obstante, los servicios privados también son usados por un grupo de usuarios de altos ingresos, que toman esa decisión por razones de exclusividad y comodidad.

Cuadro 3
Principales indicadores del gasto en salud
1991-2001

Año	Per cápita (US\$)	Per cápita real (US\$ 1991)	% PIB	Composición (%)		% Gasto público social
				Público	Privado	
1991	156.7	156.7	6,9	76,8	23,2	32,3
1992	171.6	162.8	6,5	75,3	24,7	30,0
1993	194.5	164.0	6,7	76,2	23,8	29,4
1994	218.8	161.5	7,1	76,0	24,0	29,2
1995	238.5	158.8	7,1	74,8	25,2	30,1
1996	238.1	160.0	7,2	75,1	24,9	28,9
1997	250.0	169.9	7,2	73,5	26,5	27,3
1998	256.1	167.1	6,8	73,7	26,3	28,3
1999	269.9	164.5	6,6	72,7	27,3	29,7
2000	286.7	168.1	7,1	71,8	28,2	29,0
2001	295.6	170.4	7,4	71,0	29,0	28,5

Fuente: Elaboración con base en información del Banco Central, Ministerio de Salud, CCSS, INS y AyA.

Es de hacer notar que el gasto por habitante en términos nominales también aumentó en el periodo de análisis, lo cual permitió recuperar a principios del decenio el nivel de gasto que se perdió con la grave crisis económica enfrentada por Costa Rica en los años ochenta. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud, el gasto en salud del país en 1980 era de US \$202 por habitante, tres años después, a causa de la citada crisis económica, descendió hasta US \$89 por habitante. El crecimiento sostenido del gasto, fue posible gracias a la reactivación y crecimiento de la economía doméstica, en el contexto de un nuevo modelo de desarrollo sustentado en las exportaciones no tradicionales a terceros mercados.

La conversión de las cifras nominales a cifras reales es muy importante, ya que estas últimas permiten tener una idea más exacta de la cantidad de servicios que es posible obtener, en tanto que las primeras reflejan más bien los precios de producción o compra. Con base en lo anterior, se puede ver que el gasto real en salud por habitante solo creció US \$14 en un decenio. La interpretación inmediata de este dato, es que si bien el gasto en salud ha permitido al sistema de salud subsistir en un proceso de costos crecientes, dicho gasto no ha permitido incrementar considerablemente la oferta de bienes y servicios de salud y estos en última instancia, son el medio para mejorar el estado de salud de la población.

Este tema amerita una investigación más profunda y con mayores elementos, para obtener conclusiones confiables.

El gasto en salud del país, se considera relativamente bajo en relación con los elevados indicadores de salud logrados y en especial, con la esperanza de vida al nacer. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), señalan que Costa Rica tiene un gasto en salud por habitante más bajo que el promedio de aquellos países con una esperanza de vida al nacer similar. Más concretamente, el gasto de Costa Rica por habitante en el año 1998, expresado en dólares americanos y ajustado por la paridad del poder adquisitivo (PPA) estimado por la OMS, fue de US \$528, monto muy inferior al registrado por el promedio de los diez países con una esperanza de vida inmediatamente superior (US \$3,354 en promedio) y al correspondiente a los diez países con una esperanza de vida inmediatamente inferior (US \$822 en promedio).

Cuadro 4

Gasto en salud por habitante y Esperanza de Vida al Nacer (EVN).
Diez países con EVN inmediatamente inferior y superior a la de Costa Rica
Cifras en US\$ PPA y Año 1998

País	GSP	EVN	País	GSP	EVN
Costa Rica	528	76,1			
10 inferiores			10 superiores		
Barbados	900	74,7	Dinamarca	2,486	76,4
Jamaica	206	74,7	Estados Unidos de América	3,962	76,7
República Checa	1,109	74,9	Chipre	1,322	76,9
Dominica	283	75,5	Irlanda	1,891	76,9
Kuwait	469	75,5	Finlandia	1,848	77,3
Portugal	1,414	75,5	Luxemburgo	2,983	77,4
Cuba	184	75,6	Reino Unido	1,616	77,4
Eslovenia	1,624	75,7	Alemania	2,969	77,5
Chile	750	76,0	Bélgica	2,594	77,8
Brunei Darussalam	981	76,1	Singapur	805	77,8
Promedio	822	75,5	Promedio	3,354	77,0

GSP: Gasto Nacional en Salud por habitante, cifras 1998

EVN: Esperanza de Vida al nacer, cifras 2000

Fuente: WHO (2001)

3.2. Gasto público en salud

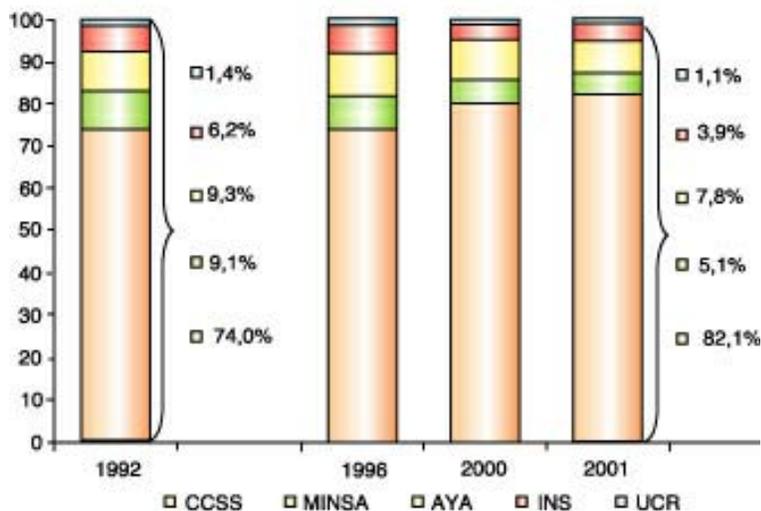
Una de las características centrales del sistema nacional, es el predominio histórico del gasto público en salud, en un contexto donde el Estado ha tenido un rol incuestionable en la gestión de actividades estratégicas vinculadas con el desarrollo social del país. Prácticamente se reconoce por consenso, que bajo ningún otro esquema de Gobierno, Costa Rica hubiera logrado los progresos e indicadores en materia de salud, con los que cuenta en la actualidad.

Los recursos de tipo público destinados a la atención de la salud, provienen mayoritariamente de las contribuciones aportadas al seguro social (CCSS) y no de impuestos generales o específicos recaudados por el Gobierno. Esta condición permitió que el gasto público en salud, creciera casi

sin interrupción durante el período 1991-2001, pese a las recurrentes y crecientes dificultades financieras enfrentadas por el fisco en los últimos años. En el año 2001, el gasto público en salud llegó a un total de 288,238 millones de colones (US \$877 millones), lo cual corresponde al 5,4% del PIB. La tasa de crecimiento anual promedio fue de un 5,1%, y su comportamiento ha sido bastante consistente, aún después de iniciada la ejecución de la reforma sectorial, en la segunda mitad de la década anterior.

Un análisis del gasto por institución, muestra su lógica concentración en el seguro de salud administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, que en promedio representó el 76,5% del total del gasto público en los años de estudio. Por otro lado, se observa una pérdida relativa de importancia del gasto del Ministerio de Salud, que se explica por la transferencia de actividades de atención primaria y la consecuente y significativa reducción de sus trabajadores.

Gráfica 3
Gasto público total en salud por institución, 1992-2001
-distribución porcentual-



El gasto de la Universidad de Costa Rica muestra cierta estabilidad, con una participación relativa que oscila alrededor del 1%. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), tuvo un fuerte incremento de su gasto en el trienio 1996-1998, debido a que asumió la administración de algunos acueductos que anteriormente eran gestionados por asociaciones locales o municipalidades, no obstante, en los años siguientes los gastos descendieron y su participación se redujo al 8% del total. El Instituto Nacional de Seguros, desciende de un 6,2% en 1991 a un 3% en el 2001, con una evolución marcada por fuertes fluctuaciones.

3.3. Gasto privado en salud

Dado el predominio de la seguridad social (CCSS), que concentra las actividades de financiación, administración y provisión de los servicios de salud de un seguro de tipo universal, el subsector privado siempre ha tenido un papel minoritario como complemento de la provisión pública. Hasta hace pocos años, las etiquetas de marginal, pequeño o poco desarrollado, eran comunes al referirse al sector privado como proveedor de atenciones de salud.

No obstante, hay que destacar que en los últimos años la producción de servicios de salud en el subsector privado ha crecido en forma significativa y su financiamiento esta a cargo principalmente de los hogares. Sin embargo, cabe aclarar que el sector público ocupa un lugar importante en dicho financiamiento, ya que la CCSS ha transferido una cantidad creciente de recursos al sector privado para contratar servicios integrales de salud de primer nivel, así como para diagnóstico y tratamiento que requieren especialistas y equipos de alta tecnología. Asimismo, el Instituto Nacional de Seguros, que tiene a cargo la gestión del seguro de riesgos del trabajo y el seguro obligatorio de automóviles, compra mayoritariamente servicios privados para satisfacer la demanda de sus asegurados. Finalmente, las empresas o patronos también financian, siendo la forma más común la del llamado Sistema Médico de Empresa.

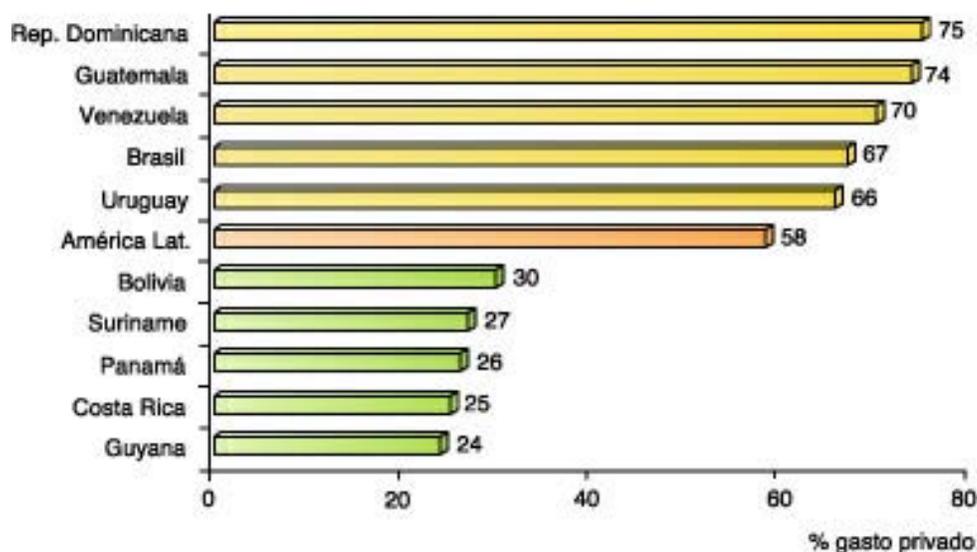
Las múltiples limitaciones existentes en cuanto a la disponibilidad y acceso de información relativa a la producción y el gasto privado en atenciones a la salud, han provocado que las escasas estimaciones que existen de estas variables, se apoyen en un sinnúmero de fuentes de información, con características y niveles de confianza muy diversos, y sin responder a una metodología uniforme que permita su cálculo de forma periódica. En el presente estudio, la serie consignada para el período 1991-2000, corresponde a una estimación lineal efectuada con base en los montos determinados para 1986 y 1998 por Kleysen, Picado y Sáenz en el 2000, respectivamente. El monto registrado en el 2001, proviene de información sobre la actividad de los hospitales privados y la industria farmacéutica en poder del Banco Central de Costa Rica, el módulo de utilización de servicios privados de salud de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2001 y los gastos incurridos por las líneas de seguros médicos del INS.

Las cifras globales del 2001, indican que el gasto privado en salud fue de 117,238 millones de colones (US\$ 357 millones), cifra que representa un 2,0% del PIB. La tasa de crecimiento anual promedio del gasto real fue de un 8,3% en el período 1991-2001, circunstancia que le permitió duplicar su monto inicial. Si bien es cierto que el peso relativo del gasto privado creció en la última década, en 1998 Costa Rica se encontraba en la lista de los cinco países de América Latina con una menor participación del gasto privado, muy por debajo del promedio regional ubicado en 58% y una situación muy distinta al 75% de República Dominicana, el país que en ese año tenía el mayor porcentaje de gasto privado.

Aunque el próximo apartado analiza con mayor detalle los bienes y servicios adquiridos con el gasto privado, puede señalarse que la atención privada se concentra en los servicios ambulatorios de salud, principalmente en las consultas a especialistas y los tratamientos odontológicos, ya que estos exigen al oferente una organización mínima y por otra parte, son bastante compatibles con el doble rol laboral público y privado del médico. No obstante, en los últimos años los laboratorios clínicos, los centros integrales especializados y los hospitales privados, han empezado a ganar presencia como proveedores. Su oferta, en la actualidad es más amplia y diversificada que hace algunos años, inclusive, están a la vanguardia en la prestación de ciertos servicios que requieren altas inversiones en equipo y tecnología de punta.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001, los centros privados produjeron el 18% del total de consultas externas brindadas por los centros de atención del país. Cabe sin embargo destacar, que el gasto privado en consultas odontológicas es muy superior al correspondiente al sector público y el gasto en medicamentos por las familias es de 2 a 1 con relación al gasto público. Por otra parte, la enseñanza y formación de profesionales en ciencias de la salud en universidades privadas ha crecido aceleradamente en la última década, en contraposición a su virtual estancamiento en las universidades públicas

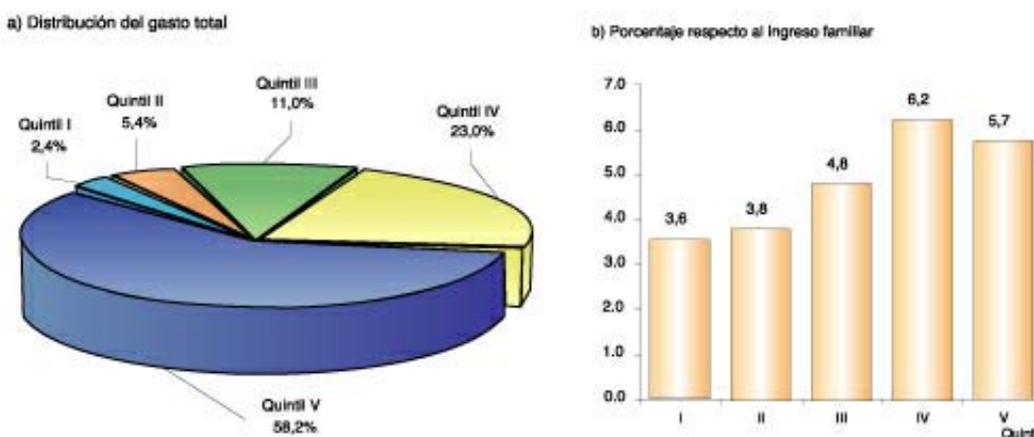
Gráfica 4
América Latina: Gasto privado de los cinco países con mayor y menor porcentaje, 1998



Fuente: Molina et. al (2001)

Como ya se comentó, el crecimiento del gasto privado en salud puede reflejar falencias del sistema público para proveer bienes y servicios con calidad y oportunidad. Por otra parte, su interpretación debe tomar en cuenta el impacto en los presupuestos familiares de los distintos grupos de ingresos. Con base en una estimación basada en la Encuesta de Hogares del 2001, es factible concluir que el gasto privado aumenta progresivamente con el nivel de ingreso. Solo el 2,4% del total del gasto es realizado por las personas de menores ingresos, en tanto que el 58,2% lo realizan los del quintil de mayor ingreso, como se puede ver en la gráfica 5.

Gráfica 5
Gasto privado en salud según quintil de ingreso.
Estimación para el año 2001



Fuente: Picado (2003)

Como ilustra la gráfica adjunta, el quintil más pobre destina en promedio 3,6% de su ingreso mensual a cubrir sus necesidades de salud en el sector privado, en tanto que el cuarto quintil emplea un 6,2% para tales efectos. Llama la atención que en el quintil más rico desciende ese porcentaje a 5,7% lo cual podría asociarse a un mejor estado de salud del grupo, pero se requiere una investigación más a fondo para determinar con mayor precisión sus causas.

Los resultados expuestos no concuerdan con el patrón observado en otros países en cuanto a la inequidad en el impacto en la carga financiera para los hogares. Por ejemplo, en el 2002, Molina y colaboradores reportan que en Honduras, país donde el sector privado contribuye con 62% del financiamiento, el cuartil de la población con menores ingresos destina 7,1% de sus ingresos familiares al gasto en servicios y bienes de salud, mientras que el cuartil de mayores ingresos destina solo 2,5% a este fin, situación que contrasta con la experiencia de Costa Rica.

3.4. Funciones de atención a la salud

La presente sección, así como la siguiente, y parte de la correspondiente al tema del financiamiento, están basadas en las estimaciones llevadas a cabo a través de las matrices básicas de un Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, con cifras del año 2001.

El gasto en salud se concentra en los servicios ambulatorios y servicios de hospitalización, con un peso relativo de 31,9% y 28,6%, respectivamente, como se observa en el cuadro 5. La diferencia entre uno y otro en la práctica es menor, ya que contablemente no ha sido posible desagregar totalmente del concepto de servicios ambulatorios que se refiere al gasto por la tradicional consulta médica, los gastos relativos a las actividades de prevención y promoción que se realizan con el nuevo enfoque de atención integral a la salud.

Cuadro 5

Importancia relativa de las funciones de atención según proveedor, 2001.
-cifras relativas-

Función de atención a la salud	Proveedor		
	Público	Privado	Total
Servicios Ambulatorios	17,5	14,4	31,9
Servicios de Hospitalización	26,6	2,0	28,6
Servicios Auxiliares de atención a la salud	4,7	3,0	7,7
Medicamentos	5,4	9,5	14,9
Servicios de Prevención y Salud Pública	1,3	0,0	1,3
Rectoría y Administración	3,8	0,0	3,8
Otros	1,2	0,0	1,2
Funciones relacionadas a la salud	10,7	0,0	10,7
Gasto Total en Salud	71,0	29,0	100
Gasto Corriente en Salud	67,6	32,4	100

Fuente: Informe Final del Análisis del Sector Salud (2002)

El gasto en servicios ambulatorios está compuesto en proporciones muy similares por el sector público y el sector privado. Esta paridad, pese a que el número total de consultas externas privadas representan solo el 18% del total de consultas, sugiere una demanda privada dirigida principalmente a médicos especialistas y una significativa diferencia de precios de producción con las consultas del sector público. Otra parte de la explicación se debe a las erogaciones por consultas odontológicas, ya que el seguro de la CCSS brinda una oferta de servicios odontológicos bastante limitada, por lo que el mercado privado tiene una participación mayoritaria en la atención dental y combina servicios básicos con tratamientos de alto costo.

El segundo rubro en importancia es la atención hospitalaria, la cual está casi en su totalidad vinculada con la provisión pública. La participación privada es bastante baja, ya que los costos son bastante altos y existe la posibilidad de ingresar a la red de hospitales públicos en el momento que se necesite, generalmente sin costo alguno y además, los usuarios refieren niveles altos de satisfacción de los cuidados recibidos en hospitales de la CCSS. Los mismos prestadores privados han limitado el ofrecimiento de servicios hospitalarios, ya que se requieren inversiones cuantiosas y no se cuenta con una demanda asegurada. Pese a todo, la actividad hospitalaria privada muestra en los últimos años un dinamismo en servicios como partos y cirugías menores.

El rubro de medicamentos es el 14,9% del gasto total en salud, siendo el único componente dominado ampliamente por el gasto privado. Cabe sin embargo destacar, que ese predominio se refiere únicamente al valor monetario de los flujos transados, ya que el número de unidades físicas es mayor en el sector público, lo cual refleja nuevamente la diferencia de costo en ambos sectores. El mercado de medicamentos y la forma como se distribuye en gasto entre las familias de los distintos estratos de ingresos, necesita investigaciones más profundas, ya que existe la presunción de que el gasto privado en este rubro puede tener una gran inequidad, incidiendo sobre la estabilidad económica de los más pobres.

Finalmente, un tercio del gasto corriente en salud es pagado a proveedores privados, lo cual vuelve a poner de relieve el innegable crecimiento de este sector y la imperiosa y urgente necesidad de regular adecuadamente su actividad. Es indispensable contar con reglas claras y transparentes respecto a las condiciones en que debe operar, con una apropiada normativa sobre la calidad técnica y humana de los servicios prestados, promoviendo una competencia sana entre los productores que beneficie a los usuarios y establecer límites bien definidos de la relación de éstos con el sector público.

3.5. Agentes de financiamiento y proveedores

En el siguiente cuadro se testimonia el rol preponderante que tiene la CCSS en el sistema de salud costarricense, como agente de financiamiento, administrador de recursos y proveedor de bienes y servicios de salud. El papel del sector privado como proveedor de atenciones a la salud financiadas con recursos públicos es aún marginal, pues la suma de lo pagado por la CCSS (1,9%) más lo correspondiente al INS (1,6%) es apenas un 3,5% del total.

Cuadro 6
Agentes de financiamiento según proveedores
-cifras relativas-

Proveedores	Agente de financiamiento					
	Gobierno	CCSS	INS	Hogares	Seguros Privados	ONG'S
Gobierno	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CCSS	0,0	63,1	0,0	0,0	0,0	0,0
INS	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0
Servicios privados	0,0	1,9	1,5	24,5	0,4	0,0
ONG'S	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Total	5,2	65,0	4,2	24,5	0,4	0,7

Fuente: Informe Final del Análisis del Sector Salud (2002)

El 60% de las compras de la CCSS a proveedores privados son por concepto de atención integral a la salud contratada a cuatro Cooperativas Autogestionarias de Salud y recientemente a la Universidad de Costa Rica, las cuales cubren diversas poblaciones del área metropolitana. El restante 40% del gasto se destina a consultas y cirugías oftalmológicas, exámenes de diagnóstico especializado y tratamientos de alta tecnología contra el cáncer en centros de radioterapia. Estos últimos proveedores se desarrollaron por la incapacidad de la seguridad social para prestar esos servicios, por lo que su fuente principal de ingresos es por concepto de pacientes referidos y financiados por la CCSS.

Los hogares únicamente compran servicios a prestadores privados, aunque existe una pequeña proporción de pago a la CCSS, de aquellas personas no aseguradas o patronos morosos, cuyos trabajadores fueron atendidos en la red de establecimientos públicos. Los montos de éstos son

insignificantes, debido en parte a la ausencia de un sistema de cobro efectivo de la CCSS, para usuarios con capacidad contributiva y que no cotizan al seguro social.

Por último, los datos del INS demuestran que esta es una institución con un fuerte vínculo con los proveedores privados. El complejo del INS-SALUD y los dispensarios médicos de su propiedad, tienen una capacidad de producción limitada, motivo por el cual, el ente asegurador contrata un alto porcentaje de estos servicios en el sector privado.

3.6. Impacto redistributivo del gasto público

Una de las preguntas más relevantes respecto al gasto público en salud, es la forma en que se distribuye entre los distintos grupos poblacionales, con especial énfasis en los estratos de ingresos. En un estudio elaborado para el Proyecto Estado de la Nación (Trejos 2002), se hizo una estimación de la equidad de la inversión social para el año 2000. Una de sus principales conclusiones es que el gasto público en salud es el componente del gasto social más equitativo de todos, debido a que las familias más pobres reciben recursos en una proporción mayor. Dado que este gasto se distribuye más equitativamente que los ingresos, se afirma que ayuda a reducir la desigualdad de los ingresos.

Cuadro 7

Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso familiar per cápita
-cifras relativas-

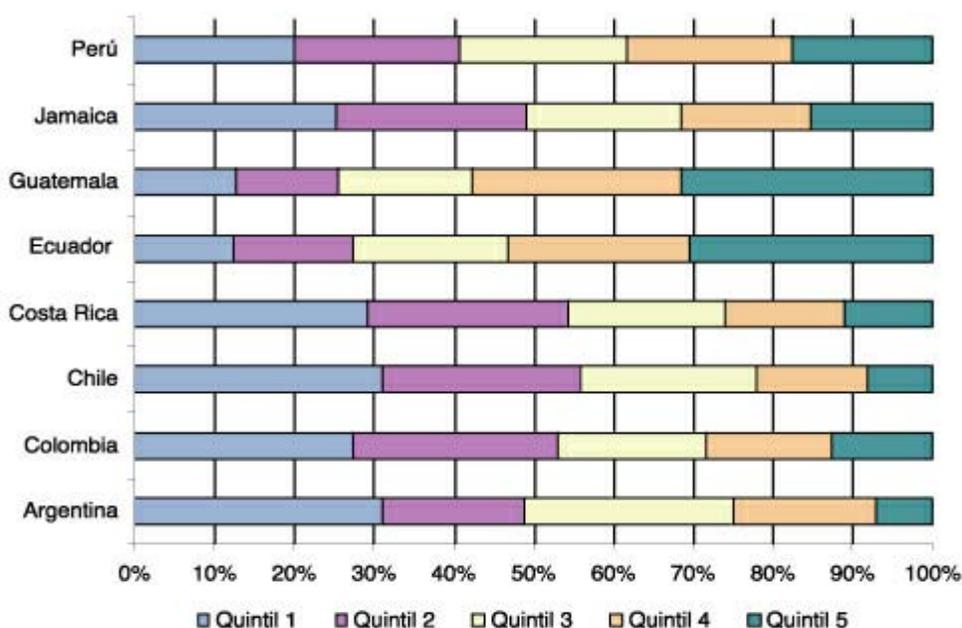
Función	Quintiles de ingreso familiar per cápita					
	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Sector Salud	100.0	29,2	25,2	19,8	14,8	11,1
Rectoría	100.0	22,6	21,4	20,3	19,4	16,2
Atención primaria	100.0	37,9	27,2	17,2	13,5	4,1
Atención curativa	100.0	26,4	24,7	20,6	15,4	12,9
Consulta médica	100.0	26,5	24,1	20,9	17,3	11,1
Hospitalización	100.0	26,3	25,1	20,5	14,2	13,9
Prevención drogas	100.0	22,6	21,4	20,3	19,4	16,2
Programas de nutrición	100.0	55,0	27,1	11,6	4,6	1,8

Fuente: Trejos (2002), Pobreza infantil y equidad social en Costa Rica

La equidad del gasto público en salud y su efecto positivo en la redistribución del ingreso, es completamente consistente con los patrones de consumo que se presentan en los principales servicios brindados por el seguro de salud. No obstante, es preciso avanzar en mediciones más refinadas, en las cuales el concepto de equidad esté vinculado con las necesidades reales de atenciones a la salud de los distintos grupos poblacionales.

En un análisis comparativo entre un grupo de países de América Latina y el Caribe, para los que se cuenta con estimaciones de la distribución por quintil de ingreso del gasto público en salud, destacan Costa Rica, Uruguay y Argentina, como los países donde los grupos más pobres reciben las mayores proporciones del gasto en relación con su peso poblacional, tal como se observa en la gráfica 6. En Costa Rica este resultado está directamente vinculado con la presencia de un sistema de salud público, cuyas tareas de aseguramiento y provisión de las atenciones en salud, recaen fundamentalmente en el seguro de salud que administra la CCSS y el cual se rige por los principios de universalidad, solidaridad e igualdad. La preocupación por ampliar la cobertura y la accesibilidad de las atenciones a la salud, ha sido una constante en su desarrollo, permitiendo en las últimas décadas una reducción significativa en la brecha de los indicadores de salud que separan las familias más pobres de aquellas con mayores recursos.

Gráfica 6
Distribución del gasto público en salud por quintil de ingreso.
Grupo seleccionado de países de América Latina y el Caribe



Fuente: Suárez (2001) y Trejos (2002)

4. Financiamiento

4.1. Sistema en general

El financiamiento debe analizarse desde una doble perspectiva, la de los instrumentos y la de las fuentes financieras. En cuanto a la primera, en la literatura clásica se definen los siguientes cuatro mecanismos o instrumentos de financiamiento: los seguros públicos de salud, los seguros privados de salud, el cobro a los usuarios y el gasto público que procede de la recolección de impuestos generales o específicos para financiar la salud. En Costa Rica predomina el primero de ellos y corresponde a las contribuciones a la seguridad social, que incluye tanto las aportaciones a la CCSS para el seguro de salud (59,7%) como al Instituto Nacional de Seguros (4,8%) para el seguro de riesgos del trabajo.

El segundo instrumento de financiación en orden de importancia, es el de los pagos directos que realizan los hogares por la adquisición de bienes y servicios de salud, fundamentalmente a proveedores privados. Como bien apuntan Herrero y Collado (2001), este tipo de financiamiento (gasto de bolsillo) no se destina a cubrir gastos catastróficos ni enfermedades crónicas, pues el seguro público de salud es siempre el prestador de última instancia.

El mecanismo de seguros privados o comerciales de gastos médicos tiene un desarrollo limitado en el país, debido a la cobertura y monopolio legal que tiene la CCSS, para el seguro de salud y el INS, para el seguro de riesgos del trabajo. En consecuencia, la participación de los seguros privados como instrumento financiero es poco significativa en Costa Rica y ello ha generado escaso interés en los habitantes por los seguros privados y la medicina prepagada, como lo indica una encuesta aplicada en el 2001 por la empresa consultora CID-Gallup, la cual reveló que solo el 22% de las personas de ingresos medios y altos, que viven en el área metropolitana, tenían alguna información sobre los seguros privados. Por último, los préstamos y donaciones externas constituye el instrumento financiero de menor importancia cuantitativa para el país, con una participación de solo el 3,4%.

El análisis desarrollado desde la perspectiva de las fuentes de financiamiento, indica que los hogares proporcionan la mitad de los recursos para financiar las atenciones de salud en el país, ya sea por medio de las contribuciones a la seguridad social, o bien, a través de pagos directos a proveedores privados. A su vez, las empresas aportan casi el 40% del financiamiento de la salud en Costa Rica, situación que no puede omitirse al momento de diseñar políticas y redistribuir responsabilidades para fortalecer el sistema financiero de la salud, ya que atentar contra sus finanzas constituye un riesgo para restarles competitividad.

Los recursos del sector externo son poco representativos en la estructura actual del financiamiento, ya que en los últimos años sus flujos han disminuido de manera considerable, adoptando principalmente la forma de créditos bancarios para inversiones en equipo médico,

Cuadro 8

Principales instrumentos y fuentes de financiamiento -porcentajes-

Instrumentos	Fuentes de Financiamiento				Total
	Gobierno	Hogares	Empresas	Sector Externo	
Impuestos	5,0	0,0	0,0	0,0	5,0
Contribuciones al Seguro de Salud	2,3	24,2	33,2	0,0	59,7
Contribuciones al INS	0,0	0,0	4,8	0,0	4,8
Préstamos y Donaciones externas	0,0	0,0	0,0	3,4	3,4
Venta de bienes y servicios	0,0	26,1	1,0	0,0	27,1
Total	7,3	50,3	39,0	3,4	100,0

Fuente: Informe Final del Análisis del Sector Salud (2002)

infraestructura y pago a personal que participa en la reforma sectorial. El Gobierno Central también tiene un rol limitado con solo el 7,3% del financiamiento, situación que amerita revisión dado que no corresponde al porcentaje de población pobre que debe ser cubierta por la modalidad del subsidio estatal, sobre todo si se resta el 2,3% que debe pagar como empleador.

De la descripción previa se puede concluir que la estructura del financiamiento sanitario, basada en contribuciones obligatorias a la seguridad social de parte de los trabajadores asalariados y sus patrones, esta ligada al desempeño de la actividad económica y el mercado laboral, así como a la generación de empleos y salarios reales crecientes. Por otra parte, un desempeño negativo de la economía doméstica, especialmente en tiempos en que el desempleo y los niveles de pobreza tienden a incrementarse, tiene un doble efecto sobre las finanzas del sistema de salud, ya que junto a la disminución del gasto de bolsillo para compra de servicios privados, hay aumento significativo de la demanda de los bienes y servicios públicos de salud.

Asimismo, es posible entender que, de la situación financiera del seguro de salud, depende el funcionamiento adecuado de los servicios públicos de salud en Costa Rica. Por esta y otras razones, se considera importante dedicar la siguiente sección a un análisis más profundo de los ingresos de este régimen.

4.2. Seguro de salud

La estructura del financiamiento del seguro de salud se sustenta en las contribuciones de trabajadores, patronos y Estado, sin embargo, ese mecanismo tripartito se amplía a través de otros mecanismos de afiliación establecidos por la CCSS. No obstante, se debe destacar que el peso mayor del financiamiento del seguro de salud recae sobre los asalariados, ya que es el único grupo social obligado legalmente a participar en dicha financiación.

Con la promulgación de la Ley de Universalización de los Seguros Sociales en 1961, la CCSS adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir a la totalidad de la población nacional. Este compromiso rompe con los principios doctrinales "bismarckianos", que hasta ese momento caracterizaban al seguro social del país, ya que solo cubría a los trabajadores asalariados. Para cumplir con ese mandato, la CCSS diseñó y desarrolló un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento, con el propósito de incorporar a los grupos de la población aún no afiliados al seguro de salud. A continuación, un resumen cronológico de estas acciones:

-1965: Extensión de la protección del régimen del seguro de salud a todas las personas que conforman el núcleo familiar del asegurado directo y que conviven en un estado de dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

-1975: Creación del Seguro Voluntario. Esquema contributivo dirigido a trabajadores independientes, quienes pagan una tasa de cotización parcial con un complemento del Estado. Además, se dio acceso al seguro de salud a los beneficiados del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, con subsidio del Fondo de Desarrollo de Asignaciones Familiares.

-1976: Obligación de los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a cotizar para el seguro de salud. Los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión o bien, son responsabilidad directa del pensionado.

-1984: Creación de los convenios de aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso, modalidad denominada Convenios Especiales. De igual manera, se creó el programa de Asegurados por Cuenta del Estado, el cual permite la cobertura de la población indigente mediante subsidio estatal.

El resultado final de todas estas iniciativas, queda demostrado con una cobertura de las modalidades de aseguramiento del seguro de salud que, de acuerdo a cifras institucionales, en el 2001 ascendió a 87,5%, por lo que el restante 12,5% se encuentra "no asegurado". El factor fundamental del avance en las dos últimas décadas, se debe a la creación del Asegurado por Cuenta del Estado y en menor medida a los Convenios Especiales.

Cuadro 9
Población Nacional según modalidad de Aseguramiento
1960, 1970, 1980, 1990, 2001

Tipo de Seguro	1960	1970	1980	1990	2001
Asalariado-Obligatorio	7,6	11,7	19,3	18,0	18,4
Seguro Voluntario	-	-	3,8	6,0	5,1
Asegurado Familiar	7,7	35,1	47,9	40,9	42,1
Por Cuenta del Estado	-	-	-	9,2	12,4
Pensionado	0,1	0,2	3,0	4,6	6,2
Familiar Pensionado	0,0	0,2	1,7	3,3	3,4
No asegurado	84,6	52,8	24,3	18,0	12,5
TOTAL	100	100	100	100	100

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica

La característica común de todas las modalidades de aseguramiento no tradicionales, es el importante papel que el Estado debe asumir como financiador total o complementario de las aportaciones establecidas. Por ejemplo, en el Seguro Voluntario, el trabajador paga un porcentaje con base a un ingreso mensual estimado (generalmente subestimado) y el Estado debe cubrir el resto de la cuota global. En el Seguro por Cuenta del Estado y los Pensionados del Régimen No Contributivo, el Estado debe pagar la totalidad ya que la mayoría son pobres.

No obstante, a pesar de todo el diseño financiero que respalda las formas no tradicionales de aseguramiento, el impacto de éstas en los ingresos del seguro de salud ha sido mínimo. Dentro de los factores principales que explican esta situación no deseable, se pueden señalar los siguientes:

i) Baja afiliación y recaudación de ingresos en el Seguro Voluntario: Menos de la mitad de los trabajadores independientes y patrones están afiliados a este seguro y a pesar de que los afiliados por este mecanismo son casi el 13% del total de asegurados directos activos, solo aportan el 4% de los ingresos totales del seguro de salud.

ii) Incumplimiento de las obligaciones estatales: El Estado, como ente responsable de financiar el complemento de la contribución de los trabajadores independientes y de los otros esquemas de protección no tradicionales –Régimen No Contributivo y Asegurados por Cuenta del

Estado- no ha cumplido con su rol financiero. El grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado con la CCSS en el año 2000, fue de tan sólo el 51.6%.

iii) Inconsistencia entre aportes y costos: Los costos de ciertas modalidades subsidiadas por el Estado son mayores con relación a sus aportes.

iv) Incentivos para la evasión: La creación de modalidades de aseguramiento con tasas globales de contribución menores a las aplicadas para el seguro obligatorio de los asalariados, introduce un atractivo incentivo económico para afiliarse mediante un mecanismo de menor costo.

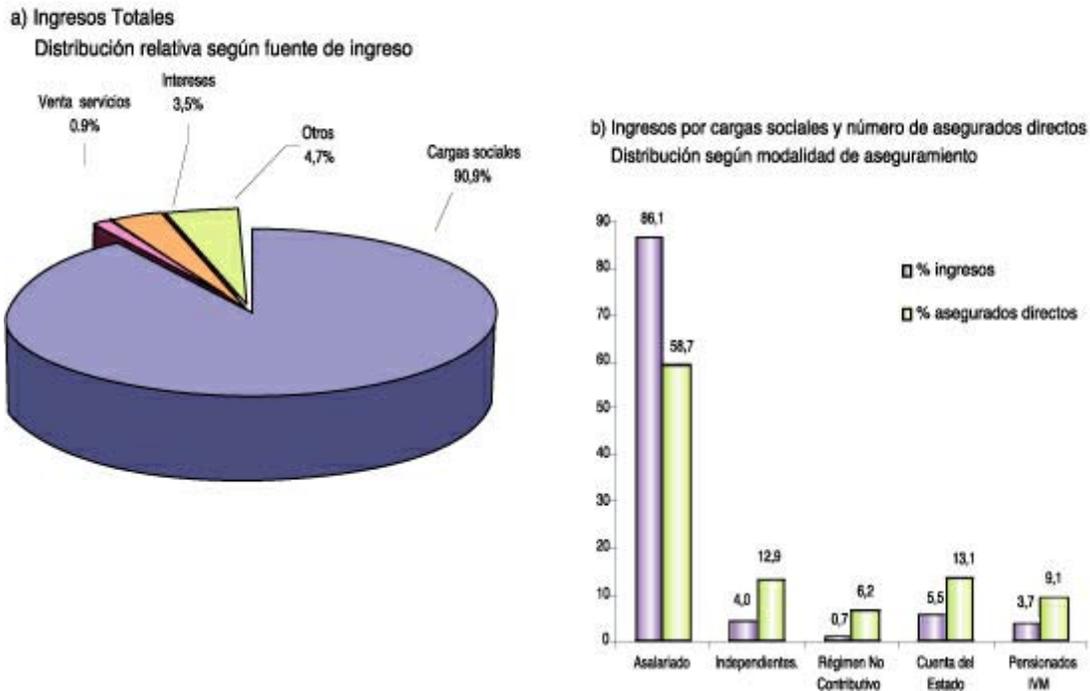
v) Problemas para identificar beneficiarios: Las Unidades de Validación de la CCSS, no tienen posibilidades materiales de verificar la condición de pobreza de los usuarios que reclaman el Seguro por Cuenta del Estado y en un trámite poco confiable, normalmente, terminan concediendo tal beneficio.

De este modo, como ya se mencionó, la principal fuente de financiamiento del seguro de salud continúa siendo el aporte de los trabajadores asalariados y sus patronos. Las contribuciones por esta categoría en el período 1998-2001 representaron 86,1% del total de ingresos, con casi tres quintas partes que provienen de la empresa privada (gráfica 7). En consecuencia, pese a que los trabajadores públicos y privados asalariados, que se encuentran afiliados al seguro de salud tan sólo representan un 18,4% del total de la población nacional, contribuyen con el 78,2% de los ingresos que recibe este régimen. Por lo tanto, es de suma importancia, mantener bajo estudio permanente, los dos grandes problemas del seguro obligatorio: la evasión y la morosidad de contribuciones obrero-patronales.

La evasión de las contribuciones puede darse en diversas formas, siendo la principal y más reconocida la del no aseguramiento. No obstante, también existe el aseguramiento intencional en una modalidad que no corresponde; por ejemplo, un asalariado puede inscribirse como trabajador independiente o bien, no inscribirse y asegurarse como beneficiario familiar por parte del cónyuge. Otra forma frecuente de evasión, pero difícil de identificar, es la subdeclaración salarial, es decir, reportar salarios o ingresos menores a los realmente percibidos.

Durán (1997) estimó que la evasión en 1996 por concepto del no aseguramiento y subdeclaración de salarios equivalía al 23% de los ingresos por cuotas, o a un 21% en términos de los ingresos reglamentarios. Dada la ausencia de una cifra más reciente del monto de evasión, y con el propósito de tener una idea general sobre la forma en que los trabajadores remunerados del país están contribuyendo financieramente con el seguro de salud, se ha considerado apropiado introducir un concepto denominado "calidad del aseguramiento contributivo". Este indicador intenta mostrar el grado de evasión por motivos del no aseguramiento o aseguramiento en una modalidad indebida, de aquellos trabajadores activos que reciben ingresos por la prestación de sus servicios.

Gráfica 7
Estructura relativa de los ingresos reglamentarios del Seguro de Salud.
Cifras promedio del período 1998 -2001



El grado de evasión por la subdeclaración salarial, no puede medirse en este caso. El concepto básico es que a cada categoría ocupacional le corresponde una sola forma de aseguramiento. El trabajador asalariado debe aportar a la modalidad obligatoria y el trabajador por cuenta propia y los patronos deben asegurarse a través del seguro voluntario. En aquellos casos donde esta situación se cumple, la calidad de aseguramiento es igual a 3 (valor máximo). En la situación en que el trabajador asalariado aporte a la modalidad de voluntario o como pensionado, se califica como 2 (valor medio). Si el trabajador activo no cotiza a ninguna de las modalidades contributivas, se le asigna valor de 1.

El cálculo del indicador de calidad de aseguramiento con datos de la Encuesta de Hogares del 2001, revela que en promedio el 35,5% de los trabajadores activos ocupados del país no participan en el financiamiento del seguro de salud. El problema afecta al 29% de los trabajadores de la empresa privada, a más de la mitad de los independientes, y casi al 73% de la categoría de servicios doméstico. La situación que requiere mayor atención es la de los trabajadores asalariados del sector privado, ya que además del mal aseguramiento contributivo, sus patronos eluden el pago del 9,25% de cargas sociales correspondiente al seguro de salud, sin

omitir aproximadamente un 14% adicional por otros conceptos (Régimen de IVM, Régimen de Pensiones Complementarias, Asignaciones Familiares, Banco Popular, INA e IMAS).

Cuadro 10

Calidad de aseguramiento contributivo, 2001 -distribución relativa-

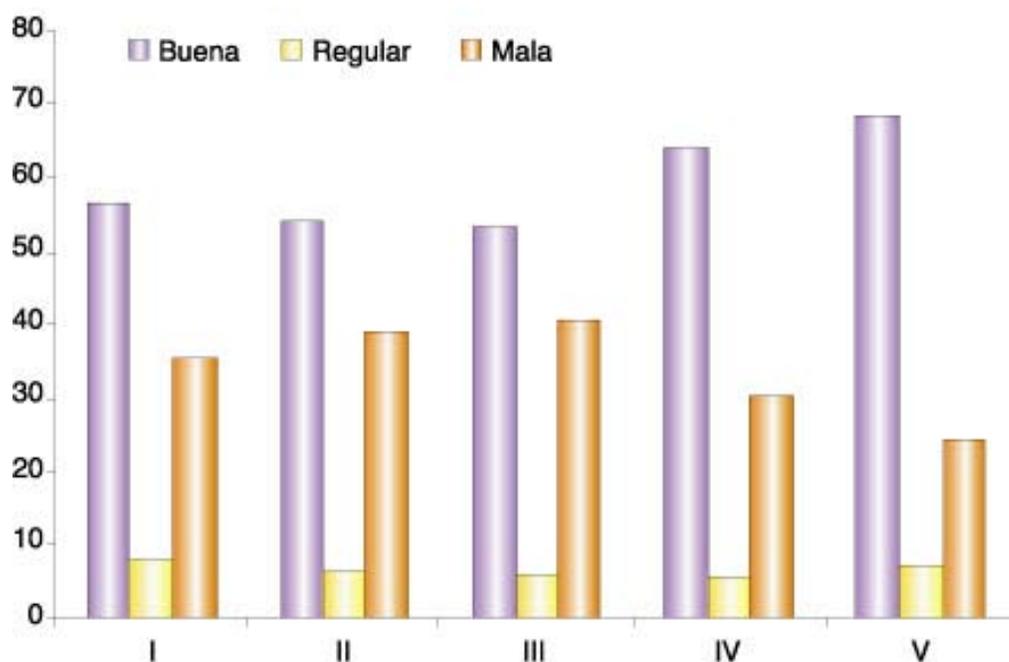
Categoría Ocupacional	Categorías			
	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
Patrono o socio activo	41,1	15,8	43,1	100
Trabajador cuenta propia	26,3	9,8	63,9	100
Empleado Estado	95,8	0,9	3,3	100
Empleado empresa privada	64,6	6,4	29,0	100
Servidor doméstico	16,4	10,7	72,9	100
Promedio	57,3	7,2	35,5	100

Fuente: Elaboración con base en la Encuesta de Hogares 2001.

La desagregación del indicador de calidad de aseguramiento contributivo por niveles de ingreso, señala que los trabajadores pertenecientes al quintil más rico presentan el porcentaje de aseguramiento correcto más alto, pese a que es el grupo que menos utiliza la atención ambulatoria de los servicios de salud públicos. No obstante, este resultado debe correlacionarse en buena medida con la formalidad de los empleos que ellos tienen y con la posibilidad de tener acceso a los servicios de hospitalización y especialización que ofrece el seguro de salud.

Gráfica 8

Calidad de aseguramiento de la PEA ocupada según quintil de ingreso.
Distribución porcentual para el año 2001



Fuente: Elaboración con base en las EHPM 2001

5. Asignación de recursos al Seguro de Salud

5.1. Compromisos de Gestión

Uno de los componentes centrales de la Reforma del Sector Salud es el nuevo modelo de asignación de recursos financieros, que trata de reemplazar la asignación presupuestaria histórica (que no considera el desempeño de las unidades proveedoras, sino que está determinada por su capacidad de presión), por un mecanismo que incentive la productividad y la gestión eficiente de los recursos del sistema.

El eje central de este modelo es la introducción de los compromisos de gestión, como instrumento jurídico donde se materializa el acuerdo entre financiador-comprador (gerencia administrativa) y el proveedor (máxima autoridad del hospital o área de salud), en relación a la cantidad (cobertura) y calidad de servicios a ofrecer, los recursos financieros asignados, el tipo de

evaluación al que debe someterse y los incentivos a otorgar, entre otros aspectos. Un efecto inherente a los compromisos de gestión, es el traslado del riesgo implícito en el uso de los recursos y la toma de decisiones a los proveedores. El incumplimiento de las metas pactadas está sujeto a un conjunto de sanciones, previa evaluación de la producción en términos de ciertos indicadores de cobertura y calidad pactados.

En el caso de las áreas de salud, el compromiso de gestión fija el pago de un monto histórico per cápita por acciones de nivel primario de atención, mientras que para los hospitales el pago se realiza por actividades efectuadas con base en la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH). El modelo también considera un componente presupuestario variable condicionado al logro de objetivos y metas, el cual asciende a un 10% del presupuesto total, y se divide en partes iguales entre un fondo de incentivos y un fondo de compensación solidaria que compensa imprevistos en la ejecución presupuestaria.

Pese a todo, aún no se ha podido vincular directamente la asignación de recursos con la producción de servicios de calidad de los proveedores, pero se debe reconocer el avance en el direccionamiento de los recursos hacia la producción en áreas y programas de interés institucional. Este nuevo modelo de asignación de recursos ha permitido introducir en los hospitales servicios alternativos a los egresos, como son los procedimientos mayores ambulatorios y la hospitalización domiciliaria, que aunque no se ven reflejados de manera positiva en las estadísticas de egresos y, por el contrario, pueden tener un efecto negativo sobre los mismos, sí han tenido un impacto positivo en la producción medida en UPH's.

En cuanto a la atención de primer nivel, la mejora en la producción se observa principalmente en materia de coberturas de atención integral en los diferentes programas de atención, que se han establecido para los diferentes grupos poblacionales (niños, adolescentes, adulto, mujer y adulto mayor), aunque sigue habiendo un rezago en la calidad. En materia de producción de consultas, también se observa un crecimiento sostenido en los últimos años.

5.2. Gastos por nivel

Un avance de la reforma sectorial es el mejoramiento, aún insuficiente, de la composición del gasto. Entre 1997 y 2001 el gasto real del primer nivel de atención creció en contraste con un decremento global del segundo y tercer nivel, ya que se elevó de 18,8% al 22,2%.

Pese al aumento de los fondos destinados al primer nivel de atención, estudios recientes concluyen que la distribución geográfica continúa siendo inequitativa, ya que ciertas áreas de salud reciben una cantidad de recursos por habitante hasta 60 veces más que otras, sin que exista una relación aparente respecto a las necesidades de salud de las poblaciones adscritas. Esta situación debe ser analizada con cuidado y amerita medidas correctivas.

Cuadro 11
Gasto del seguro de salud según actividades y nivel de atención
-distribución relativa-

CONCEPTO	1997	1998	1999	2000	2001
Atención hospitalaria	61,6	62,5	61,2	60,0	59,8
Atención hosp. segundo nivel	20,0	19,0	18,7	16,9	17,1
Atención hosp. tercer nivel	41,6	43,5	42,5	43,1	42,7
Atención ambulatoria	38,4	37,5	38,8	40,0	40,2
Atención amb. primer nivel	18,8	18,2	20,1	22,4	22,2
Atención amb. segundo nivel	10,0	11,6	11,4	11,0	9,9
Atención amb. tercer nivel	9,5	7,7	7,3	6,6	8,0
TOTAL	100	100	100	100	100

Fuente: Dirección de Presupuesto. Caja Costarricense de Seguro Social.

5.3. Gasto hospitalario

Arce (2002) reporta una tasa de crecimiento promedio anual del gasto público hospitalario, en el período 1991-2000, del 5,3%, superior al ritmo de aumento en los gastos totales del seguro de salud. Considera que de mantenerse la tendencia, en menos 20 años sería necesario destinar 3 veces la cantidad de recursos actuales.

Por otra parte, Sáenz y Arce (2002) afirman que la introducción de las Unidades de Producción Hospitalaria en los hospitales nacionales, no ha logrado contener el aumento en los costos de estos centros, debido al incentivo económico que reciben por continuar produciendo estancias, la falta de articulación con el primer nivel de atención, la fijación de tarifas en valores por encima de los costos y la indecisión de las autoridades centrales de disminuir el presupuesto de aquellos centros que presentan ineficiencias evidentes.

En el mediano plazo, no parece viable en términos financieros, continuar con el ritmo de incremento en el gasto hospitalario y simultáneamente contar con recursos suficientes para apoyar aquellas intervenciones costo-efectivas relacionadas con la promoción y prevención de la salud. En este

particular, el desafío futuro será reducir el gasto hospitalario a través de medidas tales como: favorecer una mayor producción de actividades hospitalarias no tradicionales, entre ellas las cirugías ambulatorias; la creación de centros de especialidad; el traslado de actividades históricamente efectuadas en hospitales a centros de menor complejidad, por ejemplo, los partos; y el desarrollo de mecanismos alternativos para brindar los cuidados de largo plazo de la población anciana.

6. Sostenibilidad financiera

El término sostenibilidad financiera no debe interpretarse como el equilibrio, en un determinado período de tiempo, de los ingresos y egresos del régimen. El concepto más bien trata sobre las posibilidades financieras que se tendrán en un futuro, para mantener un determinado paquete de atenciones a la salud, condicionado por un patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos unitarios de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más. Las atenciones deben brindarse con calidad técnica y humana, eficiencia, eficacia y equidad.

En este particular, las manifestaciones iniciales de la pérdida de sostenibilidad de un sistema, no corresponden precisamente a un desequilibrio financiero, más bien, están representadas por la aparición de mecanismos no explícitos de racionamiento de los bienes y servicios de salud. El aumento en los tiempos y las listas de espera, los denominados "biombos médicos" que se refieren a convenios ilícitos entre médicos y pacientes, las barreras administrativas para acceder a ciertas prestaciones, períodos recurrentes caracterizados por la falta de provisión de ciertos medicamentos, entre otras formas adicionales. Todas estas prácticas, carentes de transparencia, promueven la corrupción del sistema en general y ponen en una desventaja manifiesta a las personas más necesitadas.

La sostenibilidad depende, en última instancia, de un amplio conjunto de factores y consideraciones. Importa entre muchos otros: 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.

No es el propósito del estudio, profundizar en cada uno de estos aspectos. No obstante, considerando la dimensión y la "certidumbre" de su ocurrencia y el impacto del proceso de envejecimiento poblacional que enfrenta Costa Rica, demanda algunos breves comentarios. En primer lugar, este fenómeno implica una disminución en los ingresos recaudados por el seguro de salud, sea por la vía de una disminución en los ingresos cotizables de las personas

pensionadas por los regímenes contributivos, el reducido monto transferido por el Gobierno para cubrir a los pensionados del Régimen No Contributivo, o la posibilidad de que el individuo simplemente quede sin condición de aseguramiento.

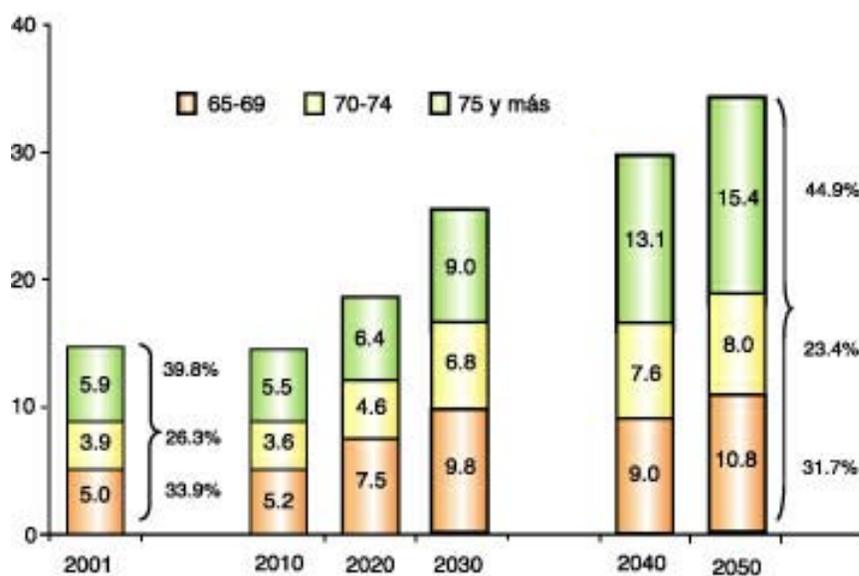
Por otro lado, el gasto tiende a aumentar a consecuencia de: i) el incremento en el número promedio de consultas, en particular, las relativas a especialidades médicas; ii) crecimiento en los egresos hospitalarios y las estancias promedio causadas por el predominio de enfermedades crónico-degenerativas, y iii) aumento en el costo unitario de las consultas y las estancias hospitalarias, debido al uso más intensivo de ciertos insumos y los mayores requerimientos de diagnósticos, tratamientos y tecnología médica más costosa.

Considerando la estructura de consumo actual de consultas y egresos hospitalarios, el costo promedio por paciente y las proyecciones de población según grupo de edad, se estimó el gasto público en salud para las próximas cinco décadas. Durante este período, la participación relativa del gasto destinado a las personas mayores de 65 años, pasará de representar un 14,8% en el año 2001 a un 34,8% en el 2050, resultado acompañado por un aumento del peso poblacional de este grupo del 6% al 17,7%. Adicionalmente, las proporciones del gasto destinado en los diferentes estratos de edades de las personas mayores de 65 años, tenderá a concentrarse en aquellos de 75 y más, en contraposición, al predominio de las edades más jóvenes que se da en la actualidad.

Los cálculos efectuados sugieren otra cuestión interesante, probablemente aún más que las anteriores. El gasto público en salud en términos reales, debe incrementarse a lo largo del período de proyección, a una tasa promedio anual de 1,5%, únicamente para cubrir las erogaciones adicionales asociadas al cambio en la estructura por grupos de edad de la población nacional. Este hallazgo no tiene una interpretación directa que cuestione la sostenibilidad del sistema, pues es necesario tomar en cuenta la contraparte que son los ingresos, así como, la posibilidad de que las tasas de utilización de consultas y egresos hospitalarios desciendan en un futuro. No obstante, parece constituir una señal inequívoca de la atención que demandan los temas financieros, si el objetivo es salvaguardar y fortalecer en el tiempo el hasta ahora exitoso sistema de salud de Costa Rica.

Gráfica 9

Gasto en salud de la población mayor de 65 años.
Distribución porcentual por grupos de edad, 2001-2050



Fuente: Estimación con base en la Encuesta de Hogares y CNS 2001

7. Principales retos

La definición de un conjunto de acciones que se puedan denominar los retos del sector salud costarricense en materia de gasto y financiamiento, es en realidad, un reto en sí mismo. El ejercicio de priorizar, comúnmente no es un acto libre de valoraciones subjetivas, depende de un sinnúmero de factores y circunstancias, y su máxima expresión de entendimiento colectivo. El consenso es un producto que germina únicamente después de amplios procesos de discusión y negociación.

Por lo tanto, es justo señalar que el objetivo central de esta sección, se limita a describir cuatro aspectos considerados como aquellos que demandan intervenciones más urgentes y cuyos avances pueden contribuir decisivamente en el mejor uso y aprovechamiento de los recursos invertidos en la salud. El eje común de estas propuestas, es fortalecer el financiamiento y la provisión pública de los bienes y servicios de la salud, dado los buenos resultados alcanzados y la voluntad de la población general y las autoridades sectoriales, de continuar operando bajo este mismo esquema.

I. Mejorar la información sobre gasto y financiamiento de la salud

En esta oportunidad, el término “información” es tratado en un sentido amplio. No es solamente actuar sobre la calidad, precisión, confiabilidad, consistencia y oportunidad de la información financiera como insumo final, sino también, es necesario incidir en los procesos de construcción, recolección y procesamiento de datos, las metodologías empleadas para su presentación y análisis, la cultura organizacional en su manejo, normas transparentes que regulen el acceso y la disponibilidad, la difusión y la discusión pública, y por último, la toma de decisiones ligada estrechamente a la evidencia disponible.

El sistema en general, carece de información apropiada en calidad, cantidad y tiempo. La producción de indicadores financieros y económicos de la actividad del sector salud es una práctica poco desarrollada en el país. Pese a la abundancia de reportes emitidos por instituciones del gobierno, no existe una estimación única y con carácter oficial del gasto público en salud, ni tampoco desagregaciones útiles respecto al tipo de actividad desarrollada (curativa, de prevención y promoción, de rehabilitación; hospitalaria, ambulatoria, domiciliar), las fuentes e instrumentos de financiamiento, los proveedores y sus relaciones comunes, entre otros aspectos. El problema es aún mayor en el sector privado, donde la fragmentación de oferentes y consumidores, junto con la resistencia de los primeros a facilitar datos respecto a su actividad, han limitado durante muchos años el conocimiento y estudio de este ámbito, cuya participación relativa en el mercado de las atenciones a la salud ha crecido sostenidamente en los últimos tres lustros.

Una de las posibles alternativas para superar las barreras de información en el sector privado, es la inclusión de módulos especiales en la Encuesta de Hogares o la Encuesta de Ingresos y Gastos, apropiados para la estimación y caracterización del gasto privado en salud de los individuos y hogares. Es una posibilidad que demanda el logro de acuerdos interinstitucionales y el apoyo técnico y económico de organizaciones internacionales, pero con extraordinarias ganancias en términos del diseño y ejecución de políticas públicas que favorezcan el acceso a las atenciones de salud requeridas, sin atentar contra la sostenibilidad financiera de las familias.

En un nivel más micro, los centros públicos de atención en salud muestran una contabilidad de costos poco desarrollada, que limita llevar a cabo a lo interno asignaciones eficientes de recursos y un control apropiado del funcionamiento de sus diferentes unidades. De igual manera, esta deficiencia puede resultar en un atraso innecesario, al momento de la implementación de la competencia entre centros de atención por medio de la libre elección de los usuarios. Adicionalmente, el análisis comparativo respecto a otros modelos alternativos de prestación de servicios, tales como las cooperativas de autogestión, queda expuesto a interpretaciones y conclusiones erróneas o sesgadas, a causa de estas imperfecciones en la información.

El problema de la información en materia de gasto y financiamiento, no sólo está asociado con la producción insuficiente o de baja calidad. Otros numerosos factores de diversa índole, constituyen elementos que también repercuten negativamente en su utilidad. Es posible señalar algunos de ellos:

- **Acceso restringido discrecionalmente:** Una práctica usual en muchas dependencias estatales, es que los funcionarios responsables de su administración, ejerzan la potestad discrecional de otorgar o no ciertas estadísticas y datos relativos al uso de recursos públicos. Ciertamente, el marco jurídico impone límites en el tipo de información que pueden entregar, no obstante, las negativas son habituales en circunstancias que no parecen ir en contra de tales disposiciones.

En lo que respecta al sector privado, la medida óptima contra esa barrera es por medio del Ministerio de Salud. Esta instancia tiene potestades legales para procurar la recopilación y divulgación de un conjunto básico de indicadores de este grupo de prestadores, con el objetivo de mejorar las estadísticas y transparencia del mercado de bienes y servicios de salud.

- **Poco apoyo a la investigación sobre el tema:** Los principios centrales que rigen el gasto y financiamiento de la salud, tales como: eficiencia, efectividad, equidad y sostenibilidad, deben abordarse a través de estudios puntuales, que conjuguen la información producida de manera sistemática y periódica, con otras fuentes de información complementarias, en muchos casos, desarrolladas exclusivamente para tales efectos. Por ejemplo, pese a que las estimaciones existentes afirman que el gasto en productos farmacéuticos en las familias es dos veces el correspondiente al sector público, no se tiene una idea precisa sobre la manera en que el financiamiento de este gasto se distribuye entre los hogares de diferentes niveles de ingresos y el impacto que tienen en el presupuesto familiar.

- **Ausencia de reportes e informes periódicos:** El país requiere contar con un reporte o informe anual con reconocimiento oficial, de la situación actual y tendencias de los principales indicadores del gasto y financiamiento, y un análisis consecuente con éstos y la realidad del sector salud. Este es un paso importante en una dinámica de retro-alimentación, un requisito indispensable para mejorar la producción, uso e interpretación de las estadísticas y datos en cuestión. La tarea parece adaptarse al rol rector del Ministerio de Salud, pero sin duda alguna, es obligatoria la participación activa de otros importantes actores (Caja Costarricense de Seguro Social, INS, Banco Central, Instituto Nacional de Estadística y Censos).

- **Uso restringido de la información disponible:** Los funcionarios competentes para la toma de decisiones en cuanto a gasto y financiamiento de la salud, normalmente no conocen o no atienden la información disponible en esta materia. Los médicos quienes dirigen habitualmente los centros de atención y una cantidad importante de unidades administrativas de nivel central, son poco afectos a entrar en consideraciones de naturaleza económica y financiera, trastocando lógicamente las posibilidades de un mejor uso de los recursos asignados. A un nivel superior, los miembros de juntas directivas, ministros y presidentes ejecutivos, mantienen fuertes vínculos con el Poder Ejecutivo o grupos sociales con diversos intereses, y por lo tanto, especialmente en temas de carácter económico, la toma de decisiones no siempre utiliza la evidencia disponible.

II. Fortalecer las finanzas del seguro de salud

La piedra angular del sistema de salud costarricense es el seguro social, público y universal, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social y denominado en la actualidad seguro de salud. Precisamente, sus grandes virtudes tales como fácil acceso a los bienes y servicios brindados, independientemente de la condición de aseguramiento y una protección casi ilimitada de todas las necesidades de salud de los habitantes del país, junto con las presiones derivadas de las transiciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y económicas, han provocado el cuestionamiento de su sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo.

El diseño de una estrategia que permita robustecer las finanzas de este régimen, en particular, la generación de ingresos, debe constituirse en una preocupación nacional. De una cantidad extensa de tópicos, a continuación se presentan cuatro que bien pueden formar parte de un conjunto de acciones en tal dirección.

- **Independencia y autonomía:** La gestión financiera del seguro de salud debe aislarse de las exigencias gubernamentales, las cuales imponen límites de crecimiento del gasto o contratación de personal, la acumulación de deuda en forma de títulos valores, e incluso la presencia de superávit operativos, que no responden a las necesidades de gasto o inversión de este seguro. Ciertamente, la propuesta no es obviar la realidad fiscal que enfrenta el país, sino más bien, proteger los recursos aportados por los trabajadores y patronos que residen en el país, de cualquier injerencia que pretenda desviar éstos a usos distintos a los relacionados con el mejoramiento de salud de la población.

- **Combatir más agresivamente la evasión y morosidad:** La Ley de Protección al Trabajador, convierte en obligatoria la contribución de los trabajadores independientes al seguro de salud a partir del año 2006. El desafío para los administradores de este seguro, es diseñar, en los

próximos años, mecanismos financieros de aportación que reconozcan las particularidades propias de este tipo de empleo, pero sin crear incentivos económicos a la evasión.

Gracias a esta misma ley, la CCSS cuenta en la actualidad, con mayores instrumentos y potestades legales para combatir la evasión y la morosidad. La aplicación práctica de facultades, tales como el cierre de negocios por la negativa sin fundamento del patrono de entregar información sobre sus trabajadores, es una necesidad. El impacto de esta medida puede tardar algún tiempo para evidenciarse, sin embargo, es indiscutible las potenciales ganancias que representa.

- **Evaluar el rol de financiador que cumple el Estado:** El Estado incumple sus obligaciones financieras con el seguro social, al no pagar ni oportuna ni completamente sus adeudos. Esta situación no es sencilla de resolver, pues entre otras medidas, requiere establecer mecanismos legales de sanción para aquellos funcionarios y autoridades gubernamentales que no transfieran los fondos reglamentados a favor de la CCSS. No obstante, el obstáculo principal no sería promulgar una ley, sino su aplicación, pues es poco probable que la Presidencia Ejecutiva y una buena parte de los miembros de la Junta Directa de la CCSS, o bien, el jerarca del Ministerio de Salud, asuman una actitud contraria a la del Poder Ejecutivo.

Tampoco parece lógico exigir al Gobierno aportaciones mayores, cuando sus finanzas parecen encontrarse en la peor posición de los últimos años. Sin embargo, lo que no parece ser justo es que las aportaciones del Estado disminuyan, cuando el peso de la población subvencionada por éste ha crecido de manera sostenida y donde el gasto en salud en los próximos 20 o 30 años de ciertos grupos en riesgo social, tales como los adultos mayores, aumentará significativamente. La discusión más de fondo es ¿cómo y quién financia la atención de los pobres y grupos en riesgo social?

- **Ajustes en las modalidades de aseguramiento:** La multiplicidad de niveles de contribución es un incentivo para evadir o eludir las responsabilidades con la seguridad social por parte de los agentes con capacidad contributiva. En consecuencia, es necesario establecer una cuota lo más uniforme posible para todas las modalidades contributivas del aseguramiento. De lo contrario, es predecible que continúe aumentando el número de trabajadores asalariados inscritos en el seguro voluntario, debido a que en términos globales tiene un costo casi de la mitad respecto al seguro de tipo obligatorio.

En esta misma dirección, debe proponerse una transformación de los mecanismos que se emplean para seleccionar los Asegurados por Cuenta del Estado. Dado los esfuerzos que desde hace algunos años viene realizando el Instituto Mixto de Ayuda Social, en la homologación de criterios y herramientas para identificar las personas y familias pobres que viven en el país, una posibilidad real es el uso del Sistema de Información Objetivo (SIPO) para elegir los beneficiarios de esta modalidad de aseguramiento.

III. Avanzar en los mecanismos de asignación de recursos

Las medidas impulsadas en el proceso de Reforma del Sector Salud han tenido un marcado énfasis en mejorar la asignación y productividad de los recursos, principalmente de aquellos administrados en el seguro de salud. Pese a todo, es todavía claro que los recursos de producción no siempre se utilizan en las proporciones adecuadas, o bien no se encuentran disponibles en las cantidades necesarias, circunstancia que atenta en contra de la eficiencia técnica del proceso de producción de los servicios de salud.

La estrategia para los próximos años, es consolidar avances como el aumento de los recursos en el primer nivel de atención, mejorar la distribución territorial en función de las necesidades de salud de la población y crear los instrumentos jurídicos y administrativos que permitan a los centros de atención llevar a cabo una gestión más autónoma de las decisiones del nivel central. Además, una de las críticas más frecuentes a los compromisos de gestión, es que, si bien es cierto que buscan introducir elementos de competitividad a lo interno de la red pública de atención, han limitado la capacidad productiva de estos proveedores a únicamente la producción pactada o bien a una cierta producción que no necesariamente responde a las necesidades de la población.

En un futuro, los modelos de asignación deben avanzar hacia modelos que ligen cada vez más los recursos a la producción, garantizando la viabilidad de los centros y el respeto a la legislación vigente (en contratación del recurso humano, por ejemplo). En el primer nivel de atención, del financiamiento histórico hacia un pago ajustado por riesgo, medido por variables tales como: mortalidad infantil, sexo y estructura de edades de las poblaciones atendidas.

En atención secundaria, el objetivo de largo plazo es un pago por caso cubierto, pero basando el costeo en las normas de atención. En este nivel también se buscan alternativas para dar peso dentro del financiamiento a las actividades de coordinación y apoyo al primer nivel, tendientes a fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles.

En lo relativo a la atención de tercer nivel, se avanza hacia la utilización de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), pero posiblemente habrá que hacer ajustes a los costos relativos internacionales, para reconocer costos estructurales diferenciados entre unidades o entre servicios o para ponderar correctamente las particularidades en la escala de planta de los hospitales. Al respecto, ya existe una propuesta para llevar a cabo un plan piloto en el 2004, de pago por GRD, en varios centros hospitalarios).

IV. Regulación del mercado de bienes y servicios de salud sector privado

Sin dejar de reconocer los avances en materia de habilitación de establecimientos de salud, logrados por el Ministerio de Salud, es necesario crear una normativa legal transparente y equitativa, que permita circunscribir la actividad privada en el mercado de salud a ciertos requerimientos mínimos en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, estándares de calidad, protocolos de atención, satisfacción de los usuarios, formación de precios, control del mercado, prácticas monopolísticas, competencia, entre otros. Por supuesto, este marco regulatorio no debe concebirse como un paquete de ataduras o barreras a la gestión privada de los servicios de salud, y menos aún, a su futuro desarrollo, es más bien, una forma de fortalecer su crecimiento sostenible, favoreciendo tanto el interés económico particular como el interés social.

Por otro lado, los contratos con proveedores privados financiados con recursos públicos, deben promover la minimización de costos para el sistema como un todo, y apelar a fuertes sanciones cuando los proveedores hagan un uso indebido de la asimetría de la información o la estructura del mercado, sea para inducir la demanda, prestar servicios de baja calidad o cobrar precios por encima de los márgenes razonables de ganancias.

Bibliografía

Aguilar, J. y W. Calderón (2002). Características de la Población, Sistema de Aseguramiento por el Estado y Costo de Atención en Salud de los Indigentes (1998-2001). **Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 06. CCSS.**

Arce, C. y Sáenz, L. (2002). Hallazgos preliminares, logros y desafíos de la reforma en el sector salud de Costa Rica durante los años noventa. **Informe preparado para el Proyecto Estado de la Nación. San José, Costa Rica.**

Arce, Claudio (2001). El desempeño hospitalario: entre luces y sombras. **Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma, Gerencia de Modernización y Desarrollo. CCSS.**

Caja Costarricense del Seguro Social (2002). Indicadores y Estadísticas de los Seguros Sociales. **Departamento de Planificación Económica y Financiera. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.**

Calderón, W. (2001). Valoración Actuarial del Seguro de Salud 2000. **Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 21. CCSS.**

Herrero, F. y A. Collado (2001). El gasto en el sector salud de Costa Rica. Un Acercamiento a las Cuentas Nacionales en Salud. **Serie Cuadernos de Trabajo N°. 2001-01. San José, PROCESOS.**

Herrero, F. y Picado, G. (2002). Gasto y Financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. **Informe preparado para el Proyecto Estado de la Nación. San José, Costa Rica.**

Ministerio de Salud (2002). Análisis sectorial de salud Costa Rica. **San José, Costa Rica.**

Molina, R. et al (2000). Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias. **Revista Panamericana de la Salud 8, 1-2:71-83, julio-agosto.**

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. **Ginebra, Suiza.**

Picado, G. y K. Sáenz (2000). Estimación del Gasto Privado en Servicios de Salud en Costa Rica. **Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 25. CCSS.**

