SERIE

ISSN 1564-4197

financiamiento del desarrollo

Equidad y solvencia del sistema de salud de cara al envejecimiento: El caso de Costa Rica

Adolfo Rodríguez Herrera
Jacqueline Castillo

NACIONES UNIDAS

CEPAL

Asdi

SERIE

239

Financiamiento del desarrollo

Equidad y solvencia del sistema de salud de cara al envejecimiento: El caso de Costa Rica

Adolfo Rodríguez Herrera

Jacqueline Castillo

NACIONES UNIDAS

CEPAL

Sección de Estudios del Desarrollo

Santiago de Chile, septiembre de 2011

Asdi

Este documento fue preparado por Adolfo Rodríguez Herrera, consultor de la Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "Social protection and social inclusión in Latin America and the Caribbean" (SWE/09/001), ejecutado por la CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la organización.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN 1564-4197
LC/L.3370
Copyright © Naciones Unidas,septiembre de 2011. Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción 5

I. Transición demográfica y financiamiento de la protección social 7
A. La oportunidad del bono demográfico 7
B. El desafío de la transición demográfica 8

II. Segmentación del sistema de salud: Uso de servicios según ingreso 9
A. El auge de los servicios privados de salud 10
B. Consulta médica 10
1. Definición y estimación de la consulta médica 10
2. Utilización de la consulta por tipo de proveedor 11
3. Utilización de la consulta por decil de ingreso 12
4. Indicadores de integración social de la consulta médica 14
C. Egresos hospitalarios 16
1. Egresos hospitalarios por tipo de proveedor 16
2. Egresos hospitalarios por decil de ingreso 17
3. Indicadores de integración social de los egresos hospitalarios 18

III. Envejecimiento: Uso presente de los servicios de salud por edad 21

IV. Envejecimiento: Uso futuro de los servicios de salud 23
A. Proyección de población 24
B. Proyección de los servicios de consulta 24
C. Proyección de egresos y estancia hospitalarios 26

IV. Conclusiones y recomendaciones 31

Anexo 35
Anexo 1 36

Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados 39

Indice de cuadros

CUADRO 1 TASA DE CONSULTA POR HABITANTE SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR Y POR DECIL DE INGRESO COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 13
CUADRO 2 INDICADORES DEL GRADO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL USO DE LA CONSULTA MÉDICA DE PROVEEDOR PÚBLICO. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 14
CUADRO 3 INDICADORES DEL GRADO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL USO DE LA CONSULTA MÉDICA DE PROVEEDOR PRIVADO. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 15
CUADRO 4 TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVEEDOR Y DECIL DE INGRESO COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 17
CUADRO 5 INDICADORES DEL GRADO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN LOS EGRESOS HOSPITALARIOS DE PROVEEDOR PÚBLICO. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 18
CUADRO 6 PESO RELATIVO DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD EN LAS CONSULTAS MÉDICAS Y LOS EGRESOS HOSPITALARIOS. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 22
CUADRO 7 POBLACIÓN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD. COSTA RICA: 2010-2050 24
CUADRO 8 ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA CONSULTA POR GRUPO DE EDAD. COSTA RICA 2010-2050 25
CUADRO 9 PROYECCIÓN DE LA TASA DE CONSULTA. COSTA RICA: 2010-2050 26
CUADRO 10 ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR GRUPO DE EDAD: 2010-2050 28
CUADRO 11 PROYECCIÓN DE LA TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SEXO. COSTA RICA: 2010-2050 28
CUADRO 12 ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA POR GRUPO DE EDAD. COSTA RICA 2010-2050 29
CUADRO 13 PROYECCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. COSTA RICA: 2010-2050 29
CUADRO A.1 TASA DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO COSTA RICA: 2004 36
CUADRO A.2 TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2010 36

Indice de gráficos

GRÁFICO 1 TASA DE CONSULTA SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 12
GRÁFICO 2 TASA DE CONSULTA MÉDICA SEGÚN DECIL DE INGRESO, POR TIPO DE CONSULTA COSTA RICA: 2004 13
GRÁFICO 3 TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOSSEGÚN TIPO DE PROVEEDOR. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004 16
GRÁFICO 4 TASA DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2004 25
GRÁFICO 5A TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2010 27
GRÁFICO 5B PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2010 27

Introducción

Este trabajo tiene dos objetivos complementarios. Por una parte, evaluar a partir de las últimas encuestas de hogares cómo ha evolucionado el uso de los servicios de salud por parte de los diferentes grupos de ingreso. Con esto se pretende indagar hasta qué punto se ha revertido la tendencia hacia la segmentación del sistema público de salud, lo cual fue uno de los objetivos de la reforma de la atención primaria implementada en los años noventa. Por otra parte, realizar una proyección del uso de los servicios de salud en los próximos 40 años, con el fin de alertar sobre las consecuencias que la transición demográfica puede tener sobre la viabilidad financiera del modelo de salud costarricense.

Las conclusiones relacionadas con el primer objetivo del trabajo son relativamente positivas. A pesar de que a lo largo del periodo bajo estudio hubo un aumento en la participación de proveedores privados en los servicios de consulta médica y de hospitalización, durante ese periodo no se perciben tendencias a la segmentación del sistema público de salud. Por el contrario, durante ese periodo, que corresponde con la implementación de la reforma, se evidencia un aumento en el uso de los servicios públicos de consulta médica por parte de todos los grupos de ingreso, mientras que en materia de egresos hospitalarios no se muestra una reducción sustantiva en la importancia relativa del proveedor público.

Por el contrario, las conclusiones relacionadas con el otro objetivo de la investigación resultan bastante alarmantes. En el curso de los próximos 40 años Costa Rica completará su transición demográfica. Si en el mejor de los casos se mantienen los actuales patrones de uso de servicios de salud por grupo de edad, el envejecimiento de la población provocará un aumento superior al 18% en la tasa de consulta médica, al 23% en la tasa de egresos hospitalarios y al 62% en las estancias hospitalarias.

Ambos temas se encuentran estrechamente relacionados, porque la adhesión de todos los grupos de ingreso al sistema público de salud es indispensable para que puedan implementarse las estrategias necesarias para hacer frente a la transición demográfica sin que se deteriore sensiblemente la atención de salud. En la medida en que se deteriore el grado de integración social del sistema público y los grupos medios empiecen a buscar alternativas privadas para hacer frente a sus necesidades de atención en salud, habrá menos espacio político para tomar las medidas que requiere el sistema con el fin de salvaguardar su solvencia financiera.

I. Transición demográfica y financiamiento de la protección social

Los principales desafíos de financiamiento de la protección social están vinculados a una tendencia demográfica que a largo plazo exigirá grandes ajustes a nuestras sociedades, y particularmente en lo que se refiere a la asignación de sus escasos recursos: el envejecimiento de la población. En este capítulo se discuten algunos de los desafíos que plantea la transición demográfica a los países de la región.

A. La oportunidad del bono demográfico

Los países de América Latina se encuentran en diversos estadios de su transición demográfica. La tendencia general es hacia un envejecimiento de la población, esto es, un aumento de la proporción de personas mayores en relación con el resto de la población. Esta evolución tiene diversos momentos intermedios: durante una primera fase aumenta la proporción de niños y niñas, como resultado de la menor mortalidad infantil; durante una segunda fase disminuye la proporción de niños y niñas, como resultado de las menores tasas de fecundidad, al mismo tiempo que aumenta la proporción de los jóvenes; finalmente, aumenta la proporción de personas mayores y disminuye la proporción de jóvenes y niños, como resultado de la combinación sostenida de la baja fecundidad y la baja mortalidad.

Actualmente, la relación entre la población activa y la población pasiva se encuentra en su punto más bajo, situación de privilegio que se conoce con el nombre de "bono demográfico". Este equilibrio entre las edades se caracteriza por la mayor proporción que alcanzan las generaciones productivas, mientras que ya ha empezado a disminuir la

proporción de niños y niñas sin que todavía haya empezado a aumentar la proporción de personas mayores. La mayor parte de los países de América Latina tiene la fortuna de encontrarse en esa situación: su tasa de natalidad ha venido disminuyendo, de manera que el porcentaje de niños, que consumen sin producir, se ha venido reduciendo; su tasa de mortalidad se ha reducido y su esperanza de vida ha aumentado, de manera que en el futuro habrá una proporción creciente de personas mayores, que también consumen sin producir. Pero durante un periodo, que se extiende solamente unas décadas, la proporción de personas activas es la mayor en el ciclo de vida de la sociedad. Ese es el momento óptimo para que la sociedad destine una buena porción de los recursos que produce a invertir para el futuro. Lo que debería ocurrir con el bono demográfico es muy parecido a lo que ocurre en el ciclo de vida personal: cuando la persona tiene entre 30 y 50 años sus ingresos alcanzan el punto más alto, y es el buen momento para invertir, de manera que al envejecer sus necesidades básicas estén resueltas.

B. El desafío de la transición demográfica

Al discutir sobre los modelos de financiamiento de la protección social, se pierde de vista el verdadero desafío que se encuentra en juego: preparar la economía y la sociedad para enfrentar el efecto combinado de las dos tendencias demográficas mencionadas, el aumento de la tasa de dependencia y el envejecimiento de la población dependiente. Con el paso del tiempo, esa relación se va a deteriorar y habrá una proporción creciente de personas pasivas; esta evolución se ve agravada por el hecho de que entre las personas pasivas será cada vez mayor la proporción de adultos mayores, cuyo mantenimiento resulta mucho más costoso que el de los niños, sobre todo por el costo de la atención de salud. La principal consecuencia económica de esta evolución es que una proporción creciente de la riqueza material deberá transferirse de la población activa (que la produce) hacia la población pasiva (que requiere consumir pero no puede contribuir a la producción de riqueza material).

La solución de ese desafío no se puede encontrar en el sistema de protección social ni en su financiamiento, sino en la organización del sistema económico y en general de la sociedad. Por un lado, es necesario utilizar con sabiduría los escasos recursos disponibles —tanto los recursos humanos como el ahorro nacional— para que la productividad del trabajo se acreciente de manera sostenida a lo largo del tiempo. El aumento sostenido de productividad es indispensable para que el deterioro en la relación de dependencia y el envejecimiento no requieran de una contracción severa del consumo per cápita. La inversión en educación y en salud es particularmente estratégica para desarrollar la productividad de las personas; también lo es un uso del ahorro nacional que resuelva sus necesidades de vivienda y de servicios urbanos, así como las necesidades de infraestructura inherentes al crecimiento económico. Por otro lado, es necesario modificar las pautas de consumo, pues difícilmente será posible mantener los niveles actuales de consumo ante el fenómeno de la transición demográfica y del deterioro del medioambiente. En la modificación de las pautas de consumo juega un papel central el desarrollo de formas de vida saludable y creativa, que den lugar a una relación menos compulsiva con los objetos y con el propio cuerpo.

Desde el punto de vista de la sociedad, el breve periodo del bono demográfico brinda las mejores condiciones para destinar parte de la riqueza a prepararse para las fases más avanzadas de su evolución demográfica. Esa preparación implica que realice inversiones para aumentar la productividad de su población y para que sus necesidades básicas sean resueltas. Entre las primeras inversiones se encuentran la infraestructura necesaria para su desarrollo económico –principalmente transporte de mercancías y de personas–, la educación y la salud. Entre las segundas se encuentran la vivienda, el espacio público y el sistema de pensiones. Para realizar estas inversiones, es necesario que existan los mecanismos institucionales para reasignar los recursos disponibles a ese uso, y el principal de esos mecanismos es el sistema tributario, indispensable para que la sociedad aproveche la oportunidad del bono demográfico.

La promoción de la salud se encuentra en el epicentro de esta solución, tanto por lo que se refiere al aumento de la productividad como al desarrollo de pautas de consumo más austeras y sostenibles. El sistema de salud es, además, el ámbito sobre el que se sentirán con mayor crudeza las consecuencias de la transición demográfica y el envejecimiento.

II. Segmentación del sistema de salud: Uso de servicios según ingreso

El sistema costarricense de salud es de los menos segmentados de la región, en gran medida gracias a que los servicios públicos de salud, tanto de consulta médica como de hospitalización, son usados prácticamente por todos los grupos de ingreso. En las últimas décadas se ha observado un aumento en el uso de servicios privados por parte de los grupos de mayores ingresos; sin embargo, a partir de la reforma de los años noventa, también se ha observado un incremento paralelo en el uso de los servicios públicos, independientemente del nivel de ingreso. De esta forma, el análisis de los datos no permite afirmar que durante el periodo analizado se haya deteriorado el grado de segmentación de dichos servicios.

En este capítulo se analiza la evolución en el uso en los servicios de salud, según estos sean brindados por proveedores públicos o privados, de acuerdo con el decil de ingreso al que pertenece el usuario. Para ello analiza la evolución de dos variables: la tasa de utilización de la consulta médica y la tasa de egresos hospitalarios (número de egresos por cada 100 personas), con información de las últimas tres encuestas de hogares que hicieron preguntas sobre la utilización de servicios de salud: 1998, 2001 y 2004. Se usa la información de las encuestas como complemento a los registros administrativos de la CCSS, ya que en estos últimos no existe información sobre el nivel de ingresos del usuario, lo cual es indispensable para identificar el uso de los servicios públicos y privados por parte de personas de los diferentes niveles de ingreso.

A. El auge de los servicios privados de salud

En la mayor parte de los países de la región los sistemas de salud están altamente segmentados: las personas de mayores ingresos utilizan servicios privados, generalmente financiados con un sistema de pre-pago o con un seguro médico, mientras que las personas de menores ingresos utilizan los servicios públicos de salud, generalmente abarrotados y con recursos humanos y tecnológicos a todas luces insuficientes para las necesidades de esa población. Ese no ha sido el caso de Costa Rica, cuyo sistema público de salud ocupa un lugar preponderante en la provisión de servicios a prácticamente toda la población; a lo largo de toda la distribución del ingreso, la población del país ha usado y sigue usando los servicios públicos de consulta médica y de hospitalización.

No obstante, en los últimos 30 años ha crecido la oferta de servicios privados, usados principalmente por las personas de mayores ingresos, tanto en consulta médica como en hospitalización. Esta evolución se relaciona con el aumento durante ese periodo en el ingreso per cápita del país, gracias al cual la población —sobre todo de clase media— puede destinar una mayor proporción de sus ingresos disponibles a gastos en salud. A ello se suma que el aumento en la población ha hecho mucho más compleja la gestión del sistema de salud y existen tiempos de espera mucho mayores en las distintas fases de la atención (trámites para solicitar la cita, tiempo de espera entre la solicitud y la fecha asignada para la consulta o la hospitalización, espera en la antesala de la consulta o la hospitalización, tiempo de internamiento antes de la intervención quirúrgica, etc).

A estas dos razones se suman algunas menos relevantes que, sin embargo, no dejan de contribuir al aumento en la demanda de servicios privados de salud, tanto en la consulta médica como en la hospitalización: (i) la organización del sistema público de salud exige que la puerta de entrada a la consulta especializada sea por el médico de cabecera (equipo básico de atención integral en salud, EBAIS), mientras que en el sector privado es posible contratar directamente al especialista que se desee; (ii) en los servicios públicos existe una alta rotación entre los médicos especialistas que atienden a un determinado paciente, lo cual provoca el malestar de los usuarios, sobre todo en algunas especialidades que requieren el establecimiento de una relación de confianza entre médico y paciente; (iii) la hostelería en los centros hospitalarios públicos es más deficiente que en los privados.

A pesar de ello, los datos disponibles no indican que se esté operando un marcado proceso de segmentación del sistema de salud costarricense. Ciertamente hay un aumento en el uso de los servicios privados de consulta médica y de hospitalización entre los grupos de mayor ingreso, pero esto no se ha visto acompañado por una disminución en el uso de los servicios públicos por parte de esos grupos. El aumento en la oferta de servicios privados es el resultado de un aumento en el uso de esos servicios por parte de los grupos de mayores ingresos, pero esos grupos no han dejado de usar los servicios públicos, lo cual denota que estos últimos siguen siendo capaces de atender a población de todos los niveles de ingreso.

B. Consulta médica

La consulta médica es uno de los principales indicadores de uso de los servicios de salud. No obstante, su definición así como la forma en que se genera su información presenta una serie de dificultades que es conveniente discutir.

1. Definición y estimación de la consulta médica

La tasa de consulta médica se define como el número de consultas por persona durante el año. La información utilizada incluye consultas a cualquier profesional médico, sea en medicina general, en alguna especialidad o en urgencias, pero excluye las consultas de odontología.

El aumento en el número de consultas médicas ha sido muy marcado en el periodo que va de 1998 a 2004, lo cual se percibe tanto en los resultados de las encuestas como en los datos oficiales de la CCSS. Según la encuesta, esas tasas fueron de 2,26 en 1998, de 2,35 en 2001 y de 3,65 en 2004. Según los registros de la CCSS, la tasa de consulta per cápita fue de 3,18 en 1998, de 2,94 en 2001 y de 3,11 en 2004. La caída de la tasa de utilización en los registros de la CCSS entre 1998 y el 2001, se explica

porque muchas de las consultas que antes de 1998 eran realizadas por médicos, pasaron a raíz de la reforma del modelo del primer nivel de atención a ser realizadas por personal paramédico; es el caso, por ejemplo de las consultas para vacunación, que empezaron a ser realizadas por los asistentes técnicos de atención en salud (ATAPS) y dejaron por lo tanto de ser registradas como "consulta médica". No obstante, lo relevante que informan las encuestas es la composición por grupo de edad, tipo de proveedor y decil de ingreso de las consultas, más que su nivel absoluto.

El grado de agregación del concepto "consulta médica" que utiliza la encuesta impide percibir las diferencias en los patrones de consumo que hay de los distintos tipos de consulta. Es probable que la consulta especializada se encuentre más segmentada que la consulta de medicina general, dado que en ella los tiempos de espera en los servicios públicos son mayores, lo cual posiblemente explique que sea en ese campo donde más se ha desarrollado la oferta privada de salud; en contraparte, es probable que la utilización de consulta de medicina general esté mucho más extendido entre todos los niveles de ingreso, principalmente por las mejoras en la atención de primer nivel operadas con el desarrollo y consolidación de los equipos básicos de atención en salud (EBAIS), que apenas comenzaban en el momento de la primera encuesta analizada (1998).

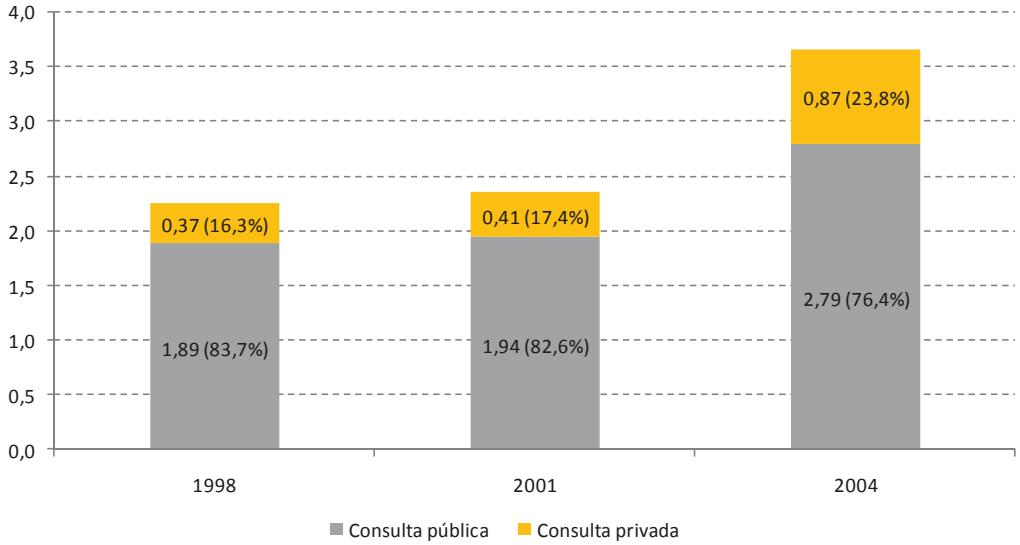
Antes de comentar los datos, es necesario destacar una salvedad relacionada con la forma en que se preguntó en las encuestas. Las de 1998 y 2001 corresponden a encuestas de hogares, en que se pregunta una sola vez al hogar por lo que recuerda; en la de 1998 se preguntó para los primeros siete meses del año y en la de 2001 para los primeros seis meses. La de 2004, en cambio, es una encuesta de ingresos y gastos en que los registros no son de memoria sino en tiempo real: la familia debe apuntar todos los ingresos y los gastos que tenga en el curso de una semana, y es visitada por los encuestadores cada día; estas encuestas se hacen a lo largo de todo el año, de manera que su información se refiere a los 12 meses.

Esta diferencia entre las tres encuestas puede ocasionar al menos dos tipos de sesgos. Por un lado, aunque los datos de las dos primeras encuestas fueron anualizados, puede ser que las diferencias en el periodo abarcado introduzca algunos sesgos, ya que, en virtud de las variaciones climáticas (época de lluvias entre el sexto y el undécimo mes), la población suele ir a consulta médica en el segundo semestre más que en el primero. Así, podría ser que en las dos primeras encuestas (concentradas en el primer semestre), y particularmente en la de 2001, se esté sub-estimando la tasa de utilización, a diferencia de la tercera. Por otro lado, las encuestas 1998 y 2001 piden información de memoria sobre lo ocurrido en los últimos 6 o 7 meses, mientras que la de 2004 es un registro en tiempo real de lo que ocurre en una semana, por lo que podría ser que en las dos primeras encuestas haya una subestimación de la tasa de utilización. Estos dos sesgos podrían explicar parcialmente el aumento tan importante que hubo en la tasa de consulta médica entre 2001 y 2004.

2. Utilización de la consulta por tipo de proveedor

El resultado general más llamativo es que el número de consultas médicas, tanto públicas como privadas, ha crecido para todos los deciles y lo ha hecho a un ritmo ligeramente superior que la población, con lo cual ha aumentado la tasa de consulta médica, brindada tanto por proveedores públicos (la CCSS) como por proveedores privados. Como puede verse en el gráfico 1, según la encuesta de hogares la tasa de consulta médica pasó de 2,26 en 1998 a 2,35 en 2001 y a 3,65 en 2004. Era de esperar que el número absoluto de consultas hubiera crecido, en virtud de la expansión del sector privado en estos años y del enorme esfuerzo institucional realizado por la CCSS en la expansión y fortalecimiento de su primer nivel de atención. Lo que resulta sorprendente, y que se verá en detalle en 2.2c, es que a pesar de la expansión de los servicios privados, los deciles superiores de ingreso no redujeron el número global de consultas a la CCSS en favor de proveedores privados.

GRÁFICO 1
TASA DE CONSULTA SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR
COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004
(Número de consultas por persona al año)



Fuente: Elaboración propia con base en las Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1998, 2001 y 2004

Nota: Los números entre paréntesis indican el porcentaje de cada proveedor en la tasa total de cada año.

Aunque el total de consulta médica ha aumentado, la brindada por proveedores privados aumentó en una mayor proporción: entre 1998 y 2004 la tasa de consulta médica total aumentó en un 61,8%, la pública en un 47,7% y la privada en un 136,8%. El crecimiento de la consulta privada coincide con un auge de servicios de salud privados, pues durante ese periodo se han constituido varios hospitales y clínicas privados. Este proceso hizo que la proporción de las consultas médicas brindadas por proveedores privados pasara de un 16,3% del total en 1998 a un 23,8% del total en 2004. Más adelante se verá que el aumento en la consulta pública tanto como en la consulta privada, pero particularmente esta última, benefició principalmente a los deciles de mayores ingresos.

3. Utilización de la consulta por decil de ingreso

El análisis de la utilización de consulta médica por decil de ingreso pone de manifiesto varios hechos destacables. El cuadro 1 resume los principales resultados:

En primer lugar, la tasa de utilización de la consulta médica del proveedor público aumentó para todos los deciles de ingreso, lo cual se encuentra estrechamente relacionado con la ampliación de la atención primaria a raíz de la reforma de segunda mitad de los noventa: entre 1998 y 2004 la tasa de utilización de consulta médica de proveedor público aumentó en promedio un 47,7%. Parte de este aumento, sin embargo, puede explicarse también por la posible existencia de una subestimación en las encuestas de 1998 y 2001, por las diferencias en el método de recopilación de información expuestas en la sección 2.2.a.

En segundo lugar, este aumento generalizado de la tasa de utilización de la consulta médica del proveedor público fue mayor entre las personas de ingreso superior que entre las de ingreso inferior. Esta evolución podría manifestar que la consulta médica del sistema público de salud es una alternativa viable para las clases medias. En la siguiente sección se propone un indicador de integración social que facilita el análisis de esta evolución.

CUADRO 1
TASA DE CONSULTA POR HABITANTE SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR Y POR DECIL DE INGRESO
COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004
(Número de consultas por personas al año)

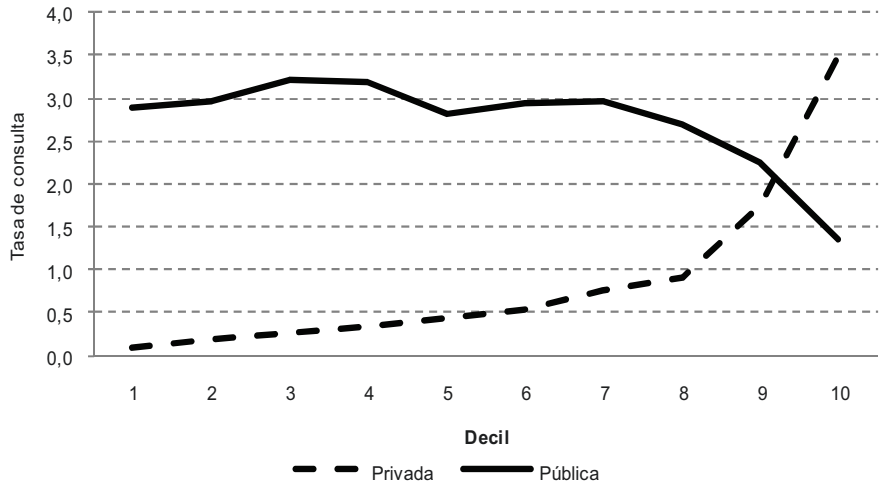
Decil de ingreso	Tasa de consulta total			Tasa de consulta privada			Tasa de consulta pública		
	1998	2001	2004	1998	2001	2004	1998	2001	2004
1	2,41	2,41	2,98	0,15	0,14	0,09	2,26	2,27	2,89
2	2,25	2,33	3,16	0,15	0,13	0,19	2,10	2,20	2,97
3	2,28	2,39	3,47	0,12	0,14	0,26	2,16	2,25	3,21
4	2,28	2,25	3,51	0,25	0,16	0,33	2,03	2,09	3,18
5	2,29	2,32	3,25	0,24	0,22	0,44	2,06	2,10	2,81
6	2,26	2,24	3,47	0,37	0,34	0,53	1,89	1,90	2,94
7	2,28	2,35	3,71	0,34	0,43	0,75	1,94	1,92	2,96
8	2,24	2,41	3,61	0,49	0,49	0,91	1,75	1,93	2,70
9	2,28	2,35	3,99	0,67	0,75	1,75	1,61	1,59	2,24
10	2,15	2,45	4,83	0,93	1,24	3,47	1,21	1,21	1,36
Total	2,26	2,35	3,65	0,37	0,41	0,87	1,89	1,94	2,79

Fuente: Elaboración propia con base en las Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 1998, 2001 y 2004.

En tercer lugar, esta evolución positiva de la consulta médica en el sistema público de salud se ha visto acompañada por un aumento de la participación relativa de los proveedores privados. El aumento de la tasa de utilización de la consulta privada tuvo lugar entre todos los deciles de ingreso, con la excepción del más bajo, pero fue mucho más marcada entre los deciles de ingreso superior.

En cuarto lugar, la confluencia de esos dos fenómenos —el aumento de la consulta pública y de la consulta privada por las personas de ingresos superiores—, ha dado como resultado que la tasa de consulta total de las personas de mayores ingresos creciera más que la de personas de menores ingresos, como puede verse en el hecho de que en el 2004 el decil 10 tuviera una tasa de consulta un 60% mayor que el decil 1.

GRÁFICO 2
TASA DE CONSULTA MÉDICA SEGÚN DECIL DE INGRESO, POR TIPO DE CONSULTA
COSTA RICA: 2004
(Número de consultas por personas al año)



Fuente: Elaboración propia con base en las Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1998, 2001 y 2004.

El gráfico anterior (gráfico 2) muestra la relación entre tasa de consulta médica y decil de ingreso, por tipo de proveedor, para el año 2004. Ahí se puede ver que el uso de los servicios públicos de consulta médica supera el uso de los servicios privados, fenómeno que se da en todos los deciles, salvo el décimo.

4. Indicadores de integración social de la consulta médica

Para medir el grado de integración social de los servicios de salud, se ha creado un indicador que se puede aplicar a los servicios provistos por el sector privado y a los servicios provistos por el sector público. Según el tipo de prestador, el indicador establece una relación entre el número de consultas médicas del quintil de la población de ingreso más alto con el número de consultas de la población del quintil de ingreso más bajo; igualmente el indicador puede comparar el número de consultas médicas del 50% de la población de ingreso más alto con el número de consultas médicas del 50% de la población de ingreso más bajo. La comparación del consumo entre quintiles arroja el Indicador de Integración Social Estricta (IISE) y la comparación del consumo entre mitades de la población arroja el Indicador de Integración Social Amplia (IISA).

En el caso de los servicios públicos de consulta, estos indicadores se calculan de la siguiente manera:

$$IISE_{pub} = \frac{CPub_{Q5}}{CPub_{Q1}}$$

$$IISA_{pub} = \frac{CPub_{D6-10}}{CPub_{D1-5}}$$

Donde $CPub_{Q5}$ es el número de consultas de proveedor público realizadas por las personas del quinto quintil de ingreso, $CPub_{Q1}$ es el número de consultas de proveedor público realizadas por personas del primer quintil de ingreso, $CPub_{D6\text{-}10}$ es el número de consultas de proveedor público realizadas por personas pertenecientes al 50% de la población de mayores ingresos (deciles 6-10) y $CPub_{D1\text{-}5}$ es el número de consultas de proveedor público realizadas por personas pertenecientes al 50% de la población de menores ingresos (deciles 1-5). Normalmente ambos indicadores oscilan entre 0 y 1: cuando la población de mayores ingresos casi no usa del todo la consulta pública el indicador se aproxima a 0 y cuando la población de mayores ingresos usa la consulta pública casi tanto como la de menores ingresos el indicador se acerca a 1.

El cuadro 2 muestra estos indicadores a partir de información de las encuestas de 1998, 2001 y 2004:

CUADRO 2
INDICADORES DEL GRADO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL USO DE LA CONSULTA MÉDICA DE PROVEEDOR PÚBLICO. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004

	1998	2001	2004
Indicador de integración social estricta IISE	0,651	0,636	0,665
Indicador de integración social amplia IISA	0,795	0,789	0,869

Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Propósitos Múltiples de 1998, 2001 y 2004.

Como puede verse, los indicadores de integración social arrojan resultados muy favorables. El indicador estricto se ha mantenido entre 0,651 y 0,665 durante el periodo estudiado, y el indicador amplio pasó de 0,795 a 0,869. Esto significa que no se ha reducido el grado de integración de los servicios brindados por el sector público, y que incluso ha habido un aumento en dicha integración, en la medida los grupos de mayores ingresos han aumentado su tasa de consulta. El indicador de integración

social estricto muestra que por cada 100 consultas realizada por personas del quintil más bajo, las personas del quintil más alto realizaban 65 consultas en 1998 y 66 consultas en 2004. La diferencia en el uso de los servicios públicos es mucho menor si se mide por el indicador de integración social amplio: por cada 100 consultas realizadas por el 50% de la población con ingresos más bajos, el 50% de la población con ingresos más altos realizaba 79,5 consultas en 1998 y ese número subió a 86,8 consultas en 2004, lo cual implica que ambos grupos usan los servicios públicos de manera bastante parecida.

Ambos indicadores de integración social pueden ser utilizados igualmente para medir el grado de segmentación en el uso de los servicios de salud ofrecidos por proveedores privados, aunque debe advertirse que los resultados allí son menos concluyentes debido a que el menor uso de dichos servicios hace que las estimaciones a partir de encuestas de hogares sean menos fiables. La fórmula es ligeramente diferente, con el fin de que el rango del indicador también vaya desde 0 con el grado de segmentación más bajo hasta 1 con el grado de segmentación más alto. Las fórmulas son las siguientes:

$$IISE_{priv} = \frac{CPriv_{Q1}}{CPriv_{Q5}}$$

$$IISA_{priv} = \frac{CPriv_{D1-5}}{CPriv_{D6-10}}$$

Obsérvese que en el miembro de la derecha se ha invertido el numerador y el denominador con respecto a los indicadores de segmentación para el proveedor público: a diferencia de los indicadores para el sector público, en la fórmula de los indicadores para el sector privado el total de consultas en el grupo de ingreso más alto dentro del total de consulta médica de proveedor privado se encuentra en el denominador, mientras que el porcentaje que representa el grupo de ingreso más bajo dentro del total de consulta médica de proveedor público se encuentra en el numerador.

El cuadro 3 estima ambos indicadores de integración social para la consulta de proveedor privado, con la información proveniente de las tres encuestas:

CUADRO 3
INDICADORES DEL GRADO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL USO DE LA CONSULTA MÉDICA DE PROVEEDOR PRIVADO. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004

	1998	2001	2004
Indicador de integración social estricta IISE	0,264	0,134	0,072
Indicador de integración social amplia IISA	0,430	0,241	0,213

Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Propósitos Múltiples de 1998, 2001 y 2004.

Como puede verse, a diferencia de lo que ocurre con los servicios públicos de consulta médica, los servicios privados se encuentran altamente segmentados y el grado de segmentación tiende a aumentar con el tiempo. El indicador de integración social estricta indica que por cada 100 consultas de proveedor privado realizadas por personas del quintil de ingreso más alto, las personas del quintil de ingreso más bajo realizaban sólo 26,4 consultas en 1998, y ese número bajó a 7,2 consultas en 2004. Por su parte, el indicador de integración social amplia indica que por cada 100 consultas realizadas por el 50% de la población de ingresos más altos, el 50% de la población con ingresos más bajos realizaba sólo 44 consultas en 1998, y ese número se redujo a 21,3 en 2004.

El análisis de los indicadores de integración social muestra que el servicio público de consulta médica es usado de manera relativamente homogénea por los diversos grupos de ingreso, mientras que el

servicio privado es usado en mucha mayor proporción por los grupos de mayor ingreso que por los grupos de menores ingresos.

C. Egresos hospitalarios

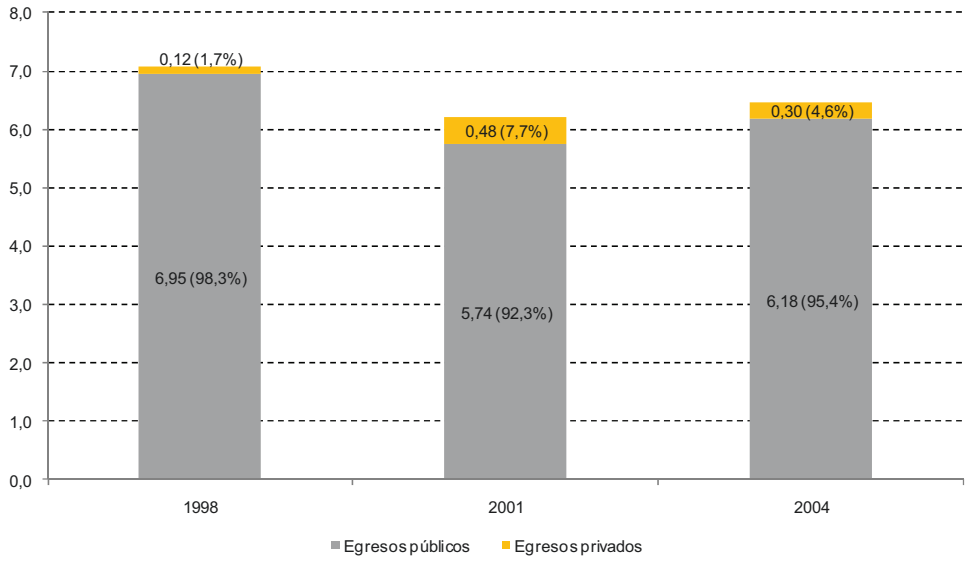
Para analizar el uso de los servicios de hospitalización según el nivel de ingreso, se ha escogido como variable el número de egresos por 100 habitantes, indicador denominado en adelante "tasa de egresos hospitalarios". En general es de destacar que los servicios hospitalarios públicos son usados de una manera bastante homogénea por personas de todos los niveles de ingreso, lo cual manifiesta el prestigio que tienen dichos servicios en Costa Rica. Además se perciben dos tendencias a lo largo de las tres encuestas: por una parte, hay una disminución en los egresos hospitalarios entre todas las personas, pero más marcada entre aquellas de bajos ingresos, quienes precisamente habían hecho un mayor uso de los servicios hospitalarios; por otra parte, el grueso del aumento en los egresos hospitalarios de proveedor privado se ha concentrado entre los deciles de mayores ingresos, de lo cual resulta que los servicios hospitalarios del sector privado están más segmentados que los servicios de consulta médica, los cuales en alguna proporción son usados por los deciles de menores ingresos.

1. Egresos hospitalarios por tipo de proveedor

El resultado más llamativo es la reducción en el número de egresos de proveedores públicos, lo cual es en principio un resultado deseable cuando no va acompañado de un deterioro en los indicadores de salud. En efecto, entre 1998 y 2004 terminó de consolidarse el nuevo modelo de atención y la CCSS reorientó una parte significativa de sus recursos de la atención hospitalaria hacia el primer nivel de atención.

Esta reducción en los egresos hospitalarios de proveedor público ha ido acompañada de un aumento mayor en términos absolutos en los egresos de proveedor privado. Entre 1998 y 2004 los egresos hospitalarios de proveedor privado pasaron de 0,12 a 0,3 por cada 100 habitantes, lo cual significa un incremento del 1,7% al 4,6% del total de egresos. Esto puede verse en el gráfico 3:

GRÁFICO 3
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR
COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004
(Número de egresos por 100 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con base en las Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1998, 2001 y 2004.

Nota: Los números entre paréntesis indican el porcentaje de cada proveedor en la tasa total de cada año.

2. Egresos hospitalarios por decil de ingreso

Al igual que para la consulta médica, el análisis de la información sobre egresos hospitalarios por decil de ingreso pone de manifiesto varios hechos destacables. La estimación de la tasa de egresos hospitalarios resultante de las tres encuestas se resume en el cuadro 4:

CUADRO 4
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVEEDOR Y DECIL DE INGRESO COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004
(Número de egresos por 100 habitantes)

Decil de ingreso	Egresos totales			Egresos privados			Egresos públicos		
	1998	2001	2004	1998	2001	2004	1998	2001	2004
1	8,94	10,15	8,43	0,00	0,75	0,04	8,94	9,40	8,38
2	7,31	6,62	7,78	0,03	0,16	0,28	7,28	6,45	7,49
3	8,99	7,05	5,60	0,00	0,26	0,22	8,99	6,79	5,38
4	7,77	6,89	6,27	0,00	0,42	0,06	7,77	6,48	6,20
5	7,79	6,08	5,76	0,02	0,37	0,07	7,77	5,72	5,70
6	6,18	5,37	6,76	0,14	0,36	0,05	6,04	5,01	6,71
7	6,47	5,10	5,78	0,04	0,33	0,07	6,43	4,77	5,71
8	5,35	4,80	7,04	0,22	0,80	0,29	5,13	4,00	6,75
9	6,88	6,25	5,94	0,53	0,44	0,35	6,35	5,82	5,60
10	5,06	3,91	5,35	0,25	0,89	1,53	4,81	3,02	3,82
Total	7,08	6,22	6,47	0,12	0,48	0,30	6,95	5,74	6,18

Fuente: Elaboración propia con base en las Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 1998, 2001 y 2004.

Un primer fenómeno que destaca al analizar la información de egresos hospitalarios según decil de ingreso es que entre las personas de menores ingresos hubo una reducción en la hospitalización, mientras que en los de mayores ingresos hubo un incremento. En efecto, el promedio de egresos hospitalarios para los cinco deciles de menores ingresos pasó de 8,16 en 1998 a 7,36 en 2001 y a 6,77 en 2004, mientras que para los cinco deciles de mayores ingresos pasó respectivamente de 5,99 a 5,09 y a 6,17. Generalmente, en Costa Rica el número de egresos hospitalarios entre las personas de menores ingresos ha sido mayor que entre las personas de mayores ingresos, por lo que las tendencias observadas en los últimos años permiten concluir la existencia de una mayor homogeneidad en el uso de los servicios de hospitalización entre los distintos deciles de ingreso.

Un segundo fenómeno que se percibe en el cuadro 4 es que entre 1998 y 2004 aumentaron los egresos hospitalarios de proveedores privados para todos los deciles de ingreso, aunque en términos absolutos lo hicieron mucho más entre los deciles de mayores ingresos. Entre los cinco deciles de menores ingresos el número de egresos pasó de 0,01 en 1998 a 0,14 en 2004, mientras que entre los cinco deciles de mayores ingresos pasó en ese periodo de 0,24 a 0,46. Un valor extraordinariamente alto se presenta para el décimo decil, cuyo número de egresos hospitalarios pasó de 0,25 en 1998 a 0,89 en 2001 y 1,53 en 2004. Una parte importante del aumento en los egresos privados en 2004, y que explica el aumento del último decil, tiene que ver con la agresiva política de partos y de cirugías plásticas de las clínicas privadas, y en particular de un gran hospital privado que se constituyó por esa época.

Un último resultado que vale la pena destacar es una cierta tendencia a la segmentación, aunque todavía muy tenue, en la escogencia de proveedor en los servicios de hospitalización. Como se dijo, el aumento en los egresos privados se han concentrado sobre todo entre los deciles de mayores ingresos. Para el 50% de la población de menores ingresos, los egresos hospitalarios de proveedores públicos representaban en 1998 un 99,9% de todos sus egresos, mientras que en 2004 ese porcentaje disminuyó a

98,0%; para el 50% de la población de mayores ingresos, los egresos hospitalarios de proveedores públicos representaban en 1998 un 96,0% de todos sus egresos, mientras que en 2004 ese porcentaje disminuyó a 92,6%. A pesar de que los servicios públicos de hospitalización han perdido ligeramente terreno frente a los privados, sigue siendo extraordinario el uso tan generalizado a lo largo de todos los deciles de ingreso en el uso de los servicios públicos de hospitalización. Esto se explica en gran medida porque los hospitales y clínicas públicos cuentan con gran prestigio en Costa Rica, y el espacio con que cuentan los privados es principalmente para intervenciones menos complejas, particularmente partos y cirugías estéticas, según se dijo.

3. Indicadores de integración social de los egresos hospitalarios

Los indicadores de integración social utilizados para medir el grado de segmentación de los servicios de consulta médica pueden ser igualmente aplicados a los servicios de hospitalización del sector público. En ese caso las fórmulas de los indicadores serían las siguientes:

$$IISE_{pub} = \frac{EPub_{Q5}}{EPub_{Q1}}$$

$$IISA_{pub} = \frac{EPub_{D6-10}}{EPub_{D1-5}}$$

Donde $EPub_{Q5}$ es número de egresos de proveedor público de personas del quinto quintil de ingreso, $EPub_{Q1}$ es el número de egresos de proveedor público de personas del primer quintil de ingreso, EPubD6-10 es el número de egresos de proveedor público de personas pertenecientes al 50% de la población de mayores ingresos (deciles 6-10) y $EPub_{D1-5}$ es el número de egresos de proveedor público de personas pertenecientes al 50% de la población de menores ingresos (deciles 1-5).

El Indicador de Integración Social Estricta ($IISE_{pub}$) mide el número de consultas de proveedor público realizadas por el quintil de ingresos más alto por cada consulta de proveedor público realizadas por el quintil de ingresos más bajo. El Indicador de Integración Social Amplia ($IISA_{pub}$) mide el número de consultas de proveedor público realizadas por el 50% de ingresos más alto por cada consulta de proveedor público realizadas por el 50% de ingresos más bajo. Normalmente ambos indicadores oscilan entre 0 y 1: cuando la población de mayores ingresos casi no usa del todo la consulta pública el indicador se aproxima a 0 y cuando la población de mayores ingresos usa la consulta pública casi tanto como la de menores ingresos el indicador se acerca a 1.

El cuadro 5 estima estos indicadores aplicados a los egresos hospitalarios de proveedor público a partir de información de las encuestas de 1998, 2001 y 2004:

CUADRO 5
INDICADORES DEL GRADO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN LOS EGRESOS HOSPITALARIOS DE PROVEEDOR PÚBLICO. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004

	1998	2001	2004
Indicador de integración social estricta IISE	0,688	0,558	0,594
Indicador de integración social amplia IISA	0,706	0,649	0,862

Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Propósitos Múltiples de 1998, 2001 y 2004

Como puede verse en esta estimación, los indicadores de integración social para los egresos hospitalarios arrojan resultados casi tan favorables como para la consulta médica del cuadro 2. El indicador de integración social estricto se ha reducido de 0,688 a 0,594 durante el periodo estudiado, debido según se dijo al auge de los partos y de las cirugías estéticas en los servicios hospitalarios

privados, pero el indicador de integración social amplio ha aumentado de 0,706 a 0,862 entre 1998 y 2004. A pesar de que son menos positivos que para la consulta médica, estos resultados muestran que los servicios de hospitalización son utilizados por casi todos los grupos de ingreso considerados por la Encuesta de Hogares.

El escaso uso de los servicios privados hace que carezca de relevancia calcular el estimador, como sí se hizo para el caso de la consulta médica.

III. Envejecimiento: Uso presente de los servicios de salud por edad

Este capítulo analiza la información de las tres últimas encuestas de hogares en relación con el consumo de los servicios de salud por grupo de edad. El análisis de las tres encuestas deja ver los efectos de la transición demográfica sobre la estructura etaria de la población, pero igualmente sobre el consumo de los servicios de salud, tanto en consulta como en egresos hospitalarios. Ya se perciben las primeras secuelas de una tendencia que, como se verá en el último capítulo, puede tener serias consecuencias sobre la solvencia del sistema de salud.

El cuadro 6 muestra cómo se ha modificado en las tres encuestas la composición por grupos de edad tanto de la población nacional como de la tasa de consulta y de egresos hospitalarios:

En primer lugar debe destacarse la modificación en la composición etaria de la población (tres primeras columnas). Puede verse cómo los grupos menores de 20 años se han reducido proporcionalmente (de 42,4% de la población en 1998 a 41,6% en 2001 y a 40,3% en 2004), mientras que los mayores de 45 años han aumentado (de 20,5% en 1998 a 20,9% en 2001 y 22,3% en 2004), tendencia que según se verá en el siguiente capítulo se seguirá acelerando con serias repercusiones en los costos del sistema de salud. Esta población mayor de 45 años es precisamente, según se ha dicho, la que más utiliza la consulta médica y la que padece las patologías más costosas de atender.

CUADRO 6
PESO RELATIVO DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD EN LAS CONSULTAS MÉDICAS Y LOS EGRESOS HOSPITALARIOS. COSTA RICA: 1998, 2001 Y 2004

(En porcentajes)

Edad	Población			Consulta			Egresos		
	1998	2001	2004	1998	2001	2004	1998	2001	2004
de 0 a 5	9,9	9,0	8,7	13,7	12,8	10,1	12,4	10,3	12,3
de 5 a 20	32,5	32,6	31,6	20,2	21,3	20,7	12,6	16,3	16,5
de 20 a 45	37,1	37,5	37,4	34,4	33,8	34,2	40,9	39,6	41,9
de 45 a 65	14,3	14,8	15,9	20,0	20,0	22,2	17,4	19,2	16,9
65 y más	6,2	6,1	6,4	11,7	12,1	12,7	16,7	14,6	12,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Propósitos Múltiples de 1998, 2001 y 2004.

En segundo lugar, debe destacarse que el grupo que más utiliza los servicios de consulta y de hospitalización es el de personas mayores de 65 años. Su peso dentro del total de consultas y dentro del total de egresos es de alrededor del doble de su peso dentro de la población nacional. Este peso sería aún mayor si se considera que debido a la naturaleza de sus padecimientos, su consulta genera mayor gasto en medicamentos y exámenes que la consulta de personas de menor edad, y que los periodos de estancia hospitalaria son en general más prolongados.

En tercer lugar, luego del grupo de los mayores de 65 años, son los de entre 45 y 65 años quienes más usan los servicios de consulta, y los menores de 5 años quienes siguen al grupo de los de mayor edad en el uso de los egresos hospitalarios.

En cuarto lugar, son los grupos de edades intermedias los que menos utilizan los servicios de salud. Por ejemplo, los grupos de personas de entre 5 y 45 años utilizan la consulta médica menos que lo que representan en la población total. Por otro lado, los grupos de entre 5 y 20 años utilizan los servicios hospitalarios menos que su peso en la población, en tanto que en el grupo de entre 20 y 45 años el uso es casi equivalente a su representación en la estructura etaria de la población.

La estructura del uso de servicios de consulta médica y de hospitalización que se muestra en el cuadro 6, permite prever las presiones que se originarán sobre los servicios de salud con la transición demográfica. La reducción del peso de los niños dentro de la población aligerará la demanda de servicios de salud; sin embargo, también se reducirá el peso de las personas entre 5 y 20 años, que es el grupo que menos consume servicios de salud, y se reducirá a favor de los grupos de mayor edad, cuyo consumo es más importante. En particular, en los próximos años se verá un aumento relativo de los grupos mayores de 45 años, que hacen un uso de los servicios de consulta médica y hospitalización mucho mayor que el de los grupos de entre 5 y 45 años, pues padecen patologías en general más costosas de atender que las de los menores de 20 años.

IV. Envejecimiento: Uso futuro de los servicios de salud

Este capítulo realiza una proyección del uso de los servicios de consulta médica y de hospitalización para los próximos 40 años, con base en las proyecciones demográficas oficiales y en las tasas de utilización por grupo de edad de la última encuesta de ingresos y gastos, para el caso de la consulta médica, y de los registros administrativos de la Caja Costarricense de Seguro Social correspondientes al año 2010, para el caso de los egresos y la estancia hospitalarios.

Para proyectar el uso de los servicios de consulta médica, se utilizó la tasa de consumo por grupo de edad obtenida por la Encuesta de Ingresos y Gastos del 2004. Esta encuesta tiene la ventaja de determinar la utilización de los servicios de salud según quintil de ingresos, de usar una metodología de recolección que abarca todo el año y de tener mucha fortaleza en la determinación de los patrones de consumos de los hogares.

Para proyectar la tasa de egresos hospitalarios y los días de estancia hospitalaria, se usaron los registros administrativos de la Caja Costarricense de Seguro Social correspondientes al año 2010. Esta decisión responde al hecho de que la encuesta sobreestima la estancia en aproximadamente un 30% con respecto a los registros administrativos, ya que los informantes indican como hospitalización el tiempo de observación en los servicios de urgencia, que no es considerado como un egreso ni como producción hospitalaria; igualmente, consideran como un día de hospitalización un periodo de tiempo inferior a 24 horas, que no aparece en los registros administrativos como un día de estancia. No obstante, aunque las dos fuentes de información aporten datos diferentes en términos absolutos, la distribución proporcional por edad y sexo en ambas es similar.

A. Proyección de población

El proceso de envejecimiento de la población costarricense puede verse en el cuadro 7, compuesto a partir de las estimaciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística y Censos, y que ilustra el efecto de la evolución demográfica sobre la estructura etaria de la población.

En el cuadro puede verse que la población activa (de 20 a 65) disminuye ligeramente del 59,4% a 56,4%, pero la población dependiente cambia sensiblemente su perfil: mientras que en 2010 los menores de 20 años representaban un 34% y los mayores de 65 años un 6,6%, cuarenta años después esas proporciones se habrán modificado y los menores de 20 años representan sólo un 22,6% mientras que los mayores de 65 años un 21,1%. Además, dentro de la población activa se ha reducido notablemente la participación de la población más joven, de entre 20 y 45 años, y ha aumentado su importancia la población mayor de 45 años.

CUADRO 7
POBLACIÓN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD. COSTA RICA: 2010-2050
(En porcentajes)

	2010	2020	2030	2040	2050
0 a 4	7,7	7,1	6,5	5,7	5,6
5 a 20	26,3	21,0	19,4	18,5	17,0
20 a 45	40,1	40,2	36,2	31,6	30,1
45 a 65	19,3	22,4	24,1	26,8	26,3
65 y más	6,6	9,4	13,9	17,4	21,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

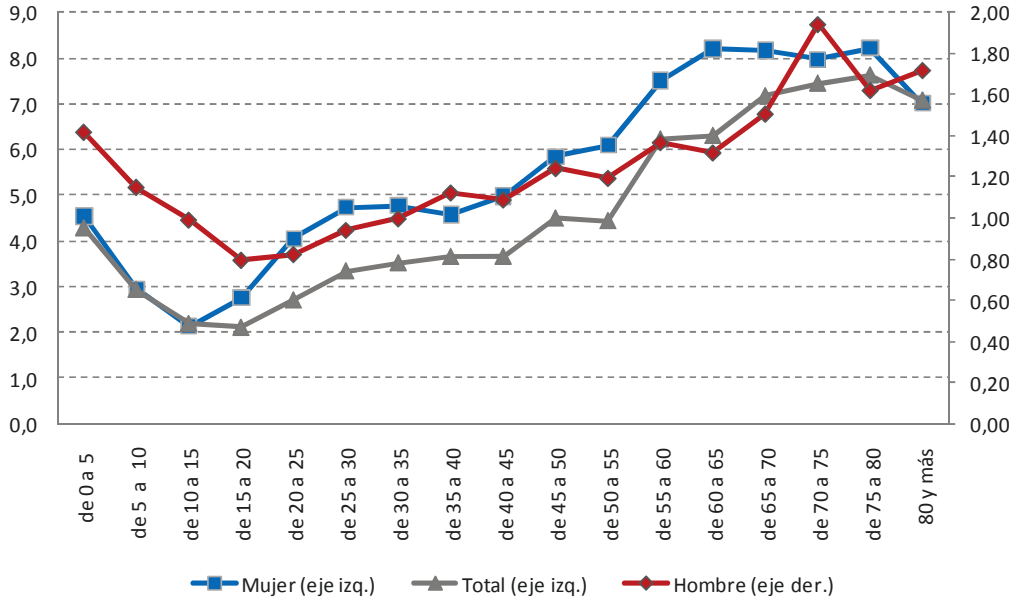
Fuente: Elaboración propia a partir de información del INEC.

B. Proyección de los servicios de consulta

Para realizar las proyecciones de utilización de los servicios de consulta, se utilizaron las tasas de consulta por grupo de edad y sexo estimadas en la Encuesta de Ingresos y Gastos del Instituto de Estadística y Censos del año 2004. Como puede verse en el gráfico 4 (véase también el anexo A.1), la tasa total de consulta muestra un primer pico antes de la edad de cuatro años, después de lo cual caen abruptamente hasta los 15 años, para empezar a subir suavemente. A partir de los 55 años se observa un salto importante en la tasa de consulta, que responde también al aumento relativo de la población mayor de esas edad en la población total.

Resulta interesante destacar que las mujeres hacen un uso mayor de los servicios de consulta que los hombres. Esto se debe en parte a sus funciones de cuidado de los niños y de los adultos mayores al interior de la familia, que la mantienen relativamente vinculada a los servicios de salud, y en parte debido a los controles vinculados a la maternidad y a la prevención del cáncer cervical. Este mayor uso de la consulta médica es uno de los factores que contribuye a la mejor situación de salud de las mujeres. Los hombres, por el contrario, hacen un uso mucho más limitado de la consulta médica. En efecto, tras el pico de la infancia, luego dejan de tener contacto con los servicios de salud hasta después de los 55 años, cuando ya padecen una serie de enfermedades crónicas que los lleva a requerir de más tratamientos complejos y hospitalizaciones que la mujeres.

GRÁFICO 4
TASA DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2004
(Número de consultas por persona al año)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos del INEC, 2004.

El ejercicio de proyección supone que las tasas de consulta por grupo de edad y por sexo se mantienen invariables con respecto a las estimadas por la Encuesta de Gastos e Ingresos de 2004 (gráfico 4), y las aplica a las proyecciones poblacionales de los diferentes grupos de edad. Al hacerlo, la estructura del consumo de servicios de consulta por grupo de edad se presenta como en el cuadro 8:

CUADRO 8
ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA CONSULTA POR GRUPO DE EDAD. COSTA RICA: 2010-2050
(En porcentajes)

Edad	2010	2020	2030	2040	2050
Menos de 5	7,8	6,8	6,0	5,1	4,8
De 5 a 20	16,1	12,1	10,8	9,9	8,8
De 20 a 45	38,2	36,3	31,5	26,5	24,4
De 45 a 65	26,4	29,6	30,2	32,6	31,5
Más de 65	11,4	15,2	21,5	26,0	30,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de información del INEC y de la CCSS.

Como puede verse, el proceso de envejecimiento hace que aumente el peso de los grupos de mayor edad dentro del consumo de servicios de consulta médica: las personas mayores de 65 casi triplican su importancia dentro de la consulta médica entre 2010 y 2050, al pasar de 11,4% a 30,5%, mientras que las personas menores de 20 años pasan en ese mismo periodo de 24% a 13,6%.

A partir de esta información se puede estimar la evolución de las tasas de consulta, siempre bajo el supuesto de que la tasa de consulta por grupo quinquenal de edad se mantiene constante entre 2004 y 2050. El cuadro 9 muestra los resultados de esa estimación:

CUADRO 9
PROYECCIÓN DE LA TASA DE CONSULTA. COSTA RICA: 2010-2050
(Número de consultas por personal al año)

Año	Tasa de consulta total		
	Total	Hombres	Mujeres
2010	2,88	1,11	4,70
2020	3,06	1,14	5,02
2030	3,19	1,18	5,24
2040	3,31	1,21	5,43
2050	3,41	1,15	5,35

Fuente: Elaboración propia, a partir de información de la CCSS y del INEC.

Como puede verse, aún cuando bajo el supuesto de que las tasas de consulta por grupo de edad se mantienen constantes, el cambio en la estructura etaria de la población da lugar a un aumento en el consumo de servicios de consulta médica de 2,88 por persona a 3,41 por persona, alrededor de un 18,4%.

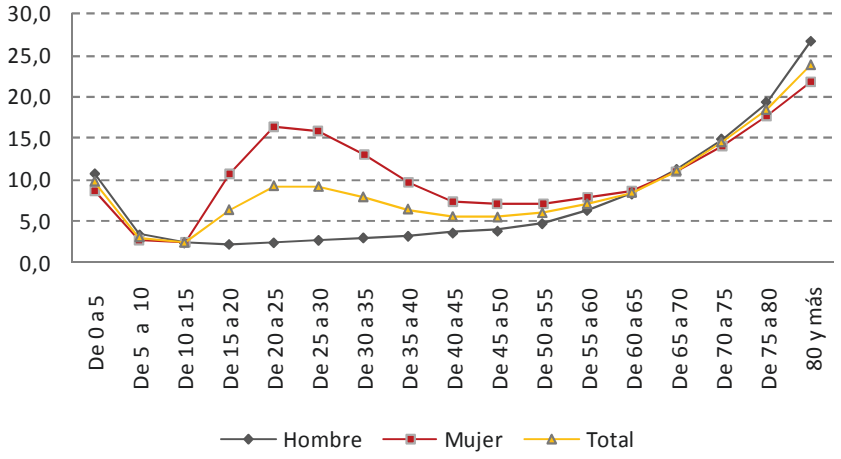
C. Proyección de egresos y estancia hospitalarios

Para proyectar la evolución del consumo de servicios de hospitalización, se utilizaron las tasas de egreso y las estancias por grupo de edad y sexo registradas por la CCSS en el año 2010, que constituyen datos más fiables que las proyecciones de la Encuesta de Hogares. Esa información se puede observar en los gráficos 5a y 5b (véase también el anexo A.2).

Se observa que en general el número de hospitalizaciones (egresos) es mayor entre las mujeres que entre los hombres, aunque la diferencia es particularmente marcada entre los 15 y los 40 años, debido a los partos (gráfico 5a). Sin embargo, las estancias de los hombres son mucho más prolongadas, en gran medida porque tienen hábitos preventivos más deficientes y por lo tanto las dolencias que los llevan a internarse son más complejas y dan lugar a internamientos más prolongados (gráfico 5b).

El número de egresos hospitalarios tiende a aumentar a partir de la edad de 55 años, y más claramente a partir de la edad de 70. Esto se ve agravado por el hecho de que las estancias hospitalarias se prolongan con la edad: a partir de la edad de 40 años el tiempo de estancia empieza a aumentar hasta que a los 65 años llega a duplicar la de los 45 años.

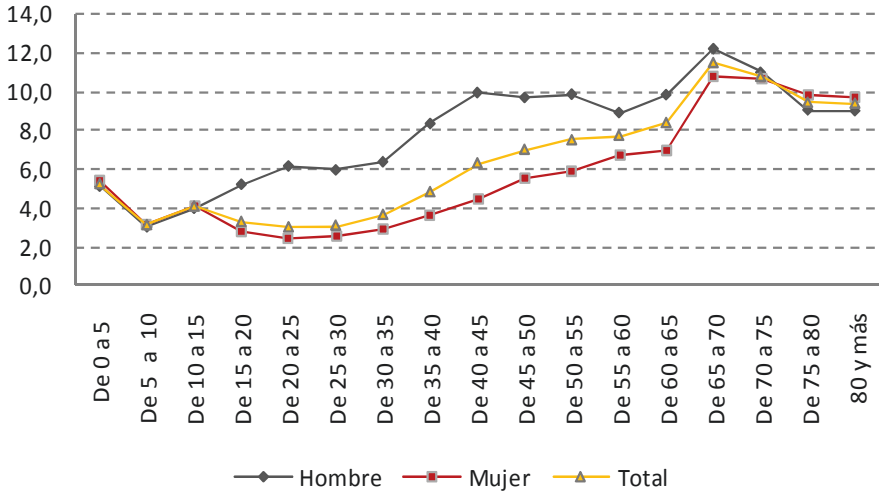
GRÁFICO 5A
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2010
(Número de egresos por 100 habitantes)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Ingresos y Gastos de 2004 y de información de la CCSS.

Nota: El número de egresos corresponde con los registros administrativos de la CCSS para 2010.

GRÁFICO 5B
PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2010
(Número de días por persona)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Ingresos y Gastos de 2004 y de información de la CCSS.

Nota: Los días de estancia corresponden con los registros administrativos de la CCSS para 2010.

El ejercicio de proyección supone, como se hizo para los servicios de consulta, que las tasas de egreso y la estancia promedio por grupo de edad y por sexo se mantienen invariables con respecto a las estimadas por la Encuesta de Gastos e Ingresos de 2004 (gráficos 5a y 5b). Esas mismas tasas se aplican a las proyecciones poblacionales de los diferentes grupos de edad. El cuadro 10 muestra una proyección de la estructura de la egresos hospitalarios por grupo de edad:

CUADRO 10
ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR GRUPO DE EDAD: 2010-2050
(Número de egresos por 100 habitantes)

Edad	2010	2020	2030	2040	2050
De 0 a 5	10,4	9,1	8,0	6,7	6,1
De 5 a 20	14,4	11,0	9,4	8,7	7,5
De 20 a 45	43,4	40,8	34,5	28,4	25,9
De 45 a 65	17,1	19,5	20,0	21,0	19,9
Más de 65	14,7	19,6	28,1	35,2	40,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de información registral de la CCSS para la estancia y proyecciones de población del INEC.

Como puede verse en el cuadro anterior, el proceso de envejecimiento de la población hace que aumente el peso de los grupos de mayor edad dentro del consumo de servicios hospitalarios: las personas mayores de 65 casi triplican su peso relativo en los egresos hospitalarios entre 2010 y 2050, al pasar de 14,7%% a 40,7%, mientras que las personas menores de 20 años reducen su participación en ese mismo periodo, al pasar de 10,4% a 6,1%.

A partir de esta información se puede estimar la evolución de la tasa de egresos hospitalarios, bajo el supuesto de que las tasas de egresos por grupo de edad se mantienen constantes entre 2010 y 2050. El cuadro 10 muestra los resultados de esa estimación:

CUADRO 11
PROYECCIÓN DE LA TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SEXO
COSTA RICA: 2010-2050
(Número de egresos por 100 habitantes)

Año	Total	Hombres	Mujeres
2010	7,21	4,77	9,72
2020	7,56	5,23	9,94
2030	7,88	5,84	9,95
2040	8,37	6,48	10,27
2050	8,89	7,07	10,70

Fuente: Elaboración propia, a partir de información registral de la CCSS y de proyecciones demográficas del INEC.

Como puede verse, la transición demográfica produce que la tasa de egresos aumente aproximadamente un 23% entre 2010 y 2050. Una consecuencia más seria del envejecimiento es el alargamiento de las estancias hospitalarias. El mismo ejercicio que se hizo para los egresos puede hacerse para las estancias. El cuadro 12 muestra una proyección de la estructura de la estancia hospitalaria por grupo de edad:

CUADRO 12
ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA POR GRUPO DE EDAD
COSTA RICA: 2010-2050
(En porcentajes)

Edad	2010	2020	2030	2040	2050
De 0 a 5	9,9	8,0	6,4	5,0	4,4
De 5 a 20	8,9	6,2	4,9	4,2	3,5
De 20 a 45	29,9	26,5	21,1	16,3	13,9
De 45 a 65	23,7	25,2	23,5	23,3	21,4
Más de 65	27,5	34,0	44,1	51,1	56,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de información registral de la CCSS para la estancia de 2010 y proyecciones de población del INEC.

En el cuadro 12 se ve cómo el proceso de envejecimiento de la población hace que entre 2010 y 2050 aumente el peso de los grupos de mayor edad dentro de las estancias hospitalarias, al pasar de 27,5%% a 56,8%, mientras que las personas menores de 20 años pasan en ese mismo periodo de 18,8% a 7,9%. Este mayor peso de las personas de mayor edad tiene como consecuencia un aumento en los días de estancia hospitalaria por persona, siempre bajo el supuesto de que la tasa de egresos y el promedio de estancia por grupo quinquenal de edad correspondientes a 2010 se mantienen constantes hasta el año 2050. El cuadro 13 muestra los resultados de esa estimación:

CUADRO 13
PROYECCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. COSTA RICA: 2010-2050
(En número de días por persona)

Año	Total	Hombres	Mujeres
2010	0,39	0,36	0,43
2020	0,45	0,42	0,48
2030	0,51	0,49	0,54
2040	0,58	0,55	0,61
2050	0,64	0,61	0,67

Fuente: Elaboración propia, a partir de información registral de la CCSS y de proyecciones demográficas del INEC.

Como puede verse en el cuadro 12, en el supuesto de que se mantengan las tasas de egreso hospitalario y las estancias promedio por grupo de edad correspondientes a 2010, el solo cambio en la estructura etaria de la población da lugar a que la estancia hospitalaria se multiplique por 1,6, lo cual obedece, según se ha dicho, a que las causas que llevan al internamiento de las personas mayores son más complejas y requieren periodos de estadía más prolongados.

IV. Conclusiones y recomendaciones

El análisis realizado permite llegar a una serie de conclusiones que muestran la necesidad de acciones estratégicas por parte del sistema de salud costarricense, tanto para consolidar y profundiar el grado de integración social del sistema público como para atenuar las tendencias en el uso de los servicios.

En primer lugar, destaca la buena noticia de que el uso de los servicios públicos de consulta médica ha aumentado entre las personas de todos los niveles de ingreso. Ello manifiesta que el sistema público no está quedando segregado para las personas de menores ingresos. Esta buena noticia, sin embargo, tiene que ser matizada: es muy probable que el aumento en el uso de los servicios públicos de consulta médica esté restringida a la medicina general, que ha tenido un amplio impulso a raíz de la reforma de los años noventa, que constituyó la red de equipos de atención integral en salud (EBAIS).

En segundo lugar, los servicios privados de consulta médica han crecido sustancialmente, y su uso se restringe casi exclusivamente a los grupos de mayores ingresos. Esto manifiesta una alta segmentación de los servicios privados de consulta médica que posiblemente encuentra su origen en debilidades de los servicios públicos. Lamentablemente no existe información disponible que permita analizar con más detalle cuáles son los servicios privados de consulta médica que son demandados por las personas de mayores ingresos, aunque es posible que se trate de consulta a médicos especialistas. Como se dijo, los tiempos de espera en el sector público, tanto para la obtención de la cita como en el consultorio mismo, así como la rotación de especialistas, hace que las personas que pueden permitírselo prefieran pagar los servicios privados de consulta médica.

En tercer lugar, los servicios públicos de hospitalización, aunque menos usados por los grupos de mayores ingresos que los servicios públicos de consulta médica, son demandados por personas de todos los niveles de ingreso. Los servicios privados de hospitalización han aumentado su importancia relativa; sin embargo, dicho aumento ha sido limitado y en su mayor parte se concentra entre las personas del décimo decil de ingreso. Ningún grupo de ingreso usa los servicios privados de hospitalización más que los servicios públicos, y en 2004 incluso las personas del décimo decil, cuyo consumo explica la expansión del sector privado, registran más del doble de egresos de hospitales públicos que de hospitales privados.

A partir de los tres hechos mencionados puede afirmarse que no se está en presencia de un proceso de segmentación del sistema de salud tomado en su conjunto, aunque hay algunos indicios de que podría mejorar el grado de integración social del sistema si se mejorara la gestión de algunos servicios.

En el ámbito de la consulta médica, hay tres grandes campos en los que se debe actuar. En primer lugar, es necesario reducir las listas de espera para los servicios de consulta especializada. Para ello debe desahogarse ese tipo de servicios a través de una mejor gestión del tiempo de los médicos (por ejemplo mediante la implementación de un moderno sistema de expediente médico), el uso de nuevas tecnologías de consulta a distancia (telemedicina) y el aumento en la capacidad resolutiva de los médicos generales. Para las últimas dos estrategias es necesario mejorar el sistema de referencias y contrareferencias, de manera que el médico general tenga un mayor involucramiento en la atención integral del usuario y se reduzca la dependencia del médico especialista. En segundo lugar, es necesario facilitar el acceso del usuario a los servicios y reducir los tiempos muertos. En ello pueden contribuir la asignación de citas a través del teléfono y de internet en el primer nivel de atención y en la consulta especializada, la reducción del tiempo que los pacientes deben esperar por su turno (para lo cual es indispensable hacer que los médicos cumplan más cabalmente con sus horarios de atención) y una gestión de la farmacia y los exámenes más descentralizada que en la actualidad. En tercer lugar, deben instituirse mecanismos a través de los cuales se reconozcan parcialmente los gastos de la consulta médica privada. Es posible diseñar un sistema de reembolso parcial de los honorarios médicos y de los exámenes de diagnóstico que resulte neutral desde el punto de vista financiero para el sistema público pero que estimule el uso de los servicios privados entre los grupos medios y por ende desahogue la consulta pública. Como parte de este sistema puede pensarse en un subsistema de medicina de empresa, de manera que la seguridad social estimule los esfuerzos realizados por las empresas medianas y grandes a través de un apoyo financiero más decidido.

En el ámbito de los servicios de hospitalización, el auge de los servicios privados no es preocupante cuando se restringe a intervenciones que no realiza el sector público, tales como cirugías estéticas. Es más alarmante el auge de los partos en hospitales privados como respuesta de las clases medias a las deficiencias de hostelería en el sector público. El costo de un parto resulta muy bajo para el sistema público de salud, pero en un hospital privado es muy oneroso; sin embargo, una joven pareja de clase media está dispuesta a realizar el esfuerzo financiero con tal de no pasar por las incomodidades que a menudo se padecen en las clínicas y hospitales públicos. El sistema público de salud debería diseñar estrategias para responder positivamente a la demanda de mejores condiciones de hostelería, ya sea con mecanismos de copago (donde el pago del usuario se destinaría a cubrir los costos de las mejores condiciones de alimentación y alojamiento) o a través de convenios con clínicas y hospitales privados que constituyen una mejor alternativa para ese tipo de usuarios.

El otro grupo de conclusiones que se desprende del análisis anterior se refiere a la evolución futura del uso en los servicios de salud. Las proyecciones realizadas asumen un escenario en que la tasa de utilización de consulta y de hospitalización por grupo de edad se mantiene constante. Ese supuesto es optimista, ya que el proceso de modernización de la sociedad costarricense está dando lugar a una reorientación de las patologías: las enfermedades contagiosas desaparecen para dar paso a las enfermedades típicas de las sociedades modernas, mucho más complejas y de atención más costosa. Sin embargo, aún en el escenario escogido, la evolución de la demanda de atención hace prever un aumento significativo en los costos del sistema de salud y en los requerimientos de infraestructura hospitalaria. Esta evolución hace más urgente que nunca el diseño e implementación de una estrategia integral de contención de costos.

Dicha estrategia debería considerar acciones en al menos tres direcciones. En primer lugar, es indispensable promover una mejora en las condiciones de salud de la población. Particularmente relevante es impulsar acciones para evitar el deterioro de la salud en los hombres durante su edad media. Radicalizar las políticas contra el consumo de tabaco y los malos hábitos alimenticios, así como promover de manera sistemática la práctica de algún deporte (lo cual exige una política de inversión en infraestructura y en recursos educativos), parecieran estrategias ganadoras. Estas políticas van más allá del sistema de salud y deberían involucrar de manera prioritaria otras dependencias e instituciones públicas. Sin embargo, es mucho lo que podría hacer la CCSS, que dispone del mandato legal de brindar prestaciones sociales y que tiene la potestad de hacerlo con el principal propósito de promover hábitos saludables en la población de todas las edades y condiciones sociales. En segundo lugar, es necesario racionalizar los servicios brindados, de manera que existan mayores incentivos entre los grupos medios no evadir su obligación de asegurarse y cotizar para el seguro de salud. Actualmente, muchos profesionales liberales carecen de incentivos para asegurarse, pues saben que en el momento en que se les declare una enfermedad seria que requiere de tratamientos costosos podrán asegurarse y contar de inmediato con los mismos derechos de cualquier otro asegurado. Una forma de incentivar el aseguramiento es establecer periodos prolongados de carencia, lo cual permitiría reducir la selección adversa y hacer que muchos de esos profesionales liberales prefieran asegurarse, aun cuando gocen de buena salud. En tercer lugar, finalmente, debe pensarse seriamente en ampliar la base de cotización del seguro de salud. Si Costa Rica tiene la aspiración de universalizar el acceso a los servicios de salud, es natural que el financiamiento del seguro no recaiga exclusivamente sobre las rentas del trabajo (salarios y honorarios), como ocurre en la actualidad, sino que todas las rentas personales (alquileres, intereses y dividendos) deberían contribuir. No hay otra alternativa para enfrentar el inevitable aumento en los costos de la atención de la salud sin generar distorsiones excesivas en el mercado de trabajo.

Anexo

Anexo 1

CUADRO A.1
TASA DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA: 2004
(Número de consultas por persona al año)

Edad	Hombre	Mujer	Total
De 0 a 5	1,42	4,53	4,28
De 5 a 10	1,15	2,94	2,93
De 10 a 15	0,99	2,12	2,19
De 15 a 20	0,79	2,75	2,10
De 20 a 25	0,82	4,04	2,70
De 25 a 30	0,94	4,73	3,34
De 30 a 35	1,00	4,77	3,52
De 35 a 40	1,12	4,58	3,65
De 40 a 45	1,09	4,97	3,66
De 45 a 50	1,24	5,85	4,49
De 50 a 55	1,19	6,09	4,44
De 55 a 60	1,37	7,50	6,23
De 60 a 65	1,32	8,20	6,30
De 65 a 70	1,51	8,17	7,17
De 70 a 75	1,94	7,97	7,45
De 75 a 80	1,62	8,21	7,63
80 y más	1,72	7,01	7,08
Total	1,10	4,53	3,65

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos del INEC 2004.

CUADRO A.2
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN EDAD Y SEXO. COSTA RICA: 2010
(Número de egresos por 100 habitantes)

Grupos de edad	Número de egresos			Estancia promedio		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
De 0 a 5	10,7	8,7	9,7	5,1	5,4	5,2
De 5 a 10	3,4	2,6	3,0	3,0	3,2	3,1
De 10 a 15	2,4	2,3	2,4	4,0	4,1	4,1
De 15 a 20	2,3	10,6	6,3	5,2	2,8	3,3
De 20 a 25	2,5	16,3	9,2	6,2	2,5	3,0
De 25 a 30	2,8	15,8	9,1	6,0	2,5	3,1
De 30 a 35	3,0	12,9	7,9	6,4	2,9	3,6
De 35 a 40	3,2	9,6	6,4	8,3	3,6	4,8
De 40 a 45	3,6	7,4	5,5	9,9	4,5	6,3
De 45 a 50	3,8	7,0	5,4	9,7	5,5	7,0

(continúa)

Cuadro A.2 (conclusión)

Grupos de edad	Número de egresos			Estancia promedio		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
De 50 a 55	4,7	7,1	5,9	9,9	5,9	7,5
De 55 a 60	6,3	7,7	7,0	8,9	6,8	7,7
De 60 a 65	8,3	8,5	8,5	9,8	7,0	8,4
De 65 a 70	11,2	10,9	11,1	12,2	10,8	11,5
De 70 a 75	14,9	14,2	14,5	11,0	10,6	10,8
DE 75 a 80	19,3	17,7	18,4	9,1	9,8	9,5
80 y más	26,6	21,8	23,9	9,0	9,8	9,4
Total	4,8	9,7	7,2	7,5	4,4	5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos del INEC 2004.

Nota: El número de egresos y los días de estancia corresponden con los registros administrativos de la CCSS para 2010.

NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL financiamiento del desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

239. Equidad y solvencia del sistema de salud de cara al envejecimiento: El caso de Costa Rica (LC/L.3370), 2011.
238. La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos (LC/L.3348), 2011.
237. El caso de las cajas de ahorro españolas en el período 1980-2010 (LC/L.3300-P), Nº de venta S.11.II. G.21 (US$10.00), 2011.
236. The European investment bank and SMEs: key lessons for Latin America and the Caribbean, (LC/L.3294-P), sales Nº E.11.II.G.16 (US$10.00), 2011.
235. El futuro de las microfinanzas en América Latina: algunos elementos para el debate a la luz de las transformaciones experimentadas (LC/L.3263-P), Nº de venta S.10.II. G.68 (US$10.00), 2010.
234. Re-conceptualizing the International aid structure: recipien-donor interactions and the rudiments of a feedback mechanism (LC/L.3262-P), Nº de venta S.10.II. G.67 (US$10.00), 2010.
233. Financiamiento a la inversión de las pymes en Costa Rica (LC/L.3261-P), Nº de venta S.10.II. G.66 (US$10.00), 2010.
232. Banca de desarrollo en el Ecuador (LC/L.3260-P), Nº de venta S.10.II. G.65 (US$10.00), 2010.
231. Política cambiaria y crisis internacional: el rodeo innecesario (LC/L.3259-P), Nº de venta S.10.II.G.64 (US$10.00), 2010.
230. Desenvolvimento financiero e crescimento econômico: teoria e evidência (LC/L.3257-P), Nº de venta S.10.II. G.62 (US$10.00), 2010.
229. Financiamiento de la inversión de empresas en general y de micro, pequeñas y medianas empresas en particular: el caso de Uruguay (LC/L.3256-P), Nº de venta S.10.II. G.61 (US$10.00), 2010.
228. La banca de desarrollo en El Salvador (LC/L.3242-P), Nº de venta S.10.II. G.47 (US$10.00), 2010.
227. Acceso al financiamiento de las pymes en Argentina: estado de situación y propuestas de política (LC/L.3241-P), Nº de venta S.10.II. G.46 (US$10.00), 2010.
226. Financiamiento a las microempresas y las pymes en México (2000-2009) (LC/L.3238-P), Nº de venta S.10.II. G.41 (US$10.00), 2010.
225. Financiamiento a la inversión de las pequeñas y medianas empresas: el caso de El Salvador (LC/L.3236-P), Nº de venta S.10.II. G.39 (US$10.00), 2010.
224. Protección del gasto público social a través de la política fiscal: El caso de Chile (LC/L.3235-P), Nº de venta S.10.II. G.38 (US$10.00), 2010.
223. Microfinanzas en Honduras (LC/L.3193-P), Nº de venta S.10.II. G.26 (US$10.00), 2009.
222. La industria microfinanciera en Nicaragua: el rol de las instituciones microfinancieras (LC/L.3146-P), Nº de venta S.09.II.G.119 (US$10.00), 2009.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre: .....

Actividad: .....

Dirección: .....

Código postal, ciudad, país: .....

Tel.: .....Fax: .....E.mail: .....