
financiamiento del desarrollo

La reforma de salud en
Costa Rica

Adolfo Rodríguez Herrera



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva

Santiago de Chile, mayo de 2006



Este documento fue preparado por Adolfo Rodríguez Herrera, consultor de la Unidad de Estudios Especiales, de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "Desarrollo y Equidad Social en América Latina y el Caribe" (GER/01/031), ejecutado por CEPAL en conjunto con la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ). El autor desea agradecer el apoyo recibido de diversos funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Ministerio de Salud, así como los comentarios de Andras Uthoff, Daniel Titelman y Guillermo Cruces, de la CEPAL. Igualmente desea destacar el papel de la economista Olga Barquero Alpízar, que participó activamente en la compilación y procesamiento de información así como en diferentes discusiones sobre la estructura, la orientación y las conclusiones de la investigación y del contenido del documento, y de la estadística Jacqueline Castillo, que lo apoyó en el análisis estadístico de la tasa de consumo de servicios de salud.

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 impreso 1682-0010

ISSN electrónico 1682-0029

ISBN: 92-1-322917-8

LC/L.2540-P

Nº de venta: S.06.II.G.68

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2006. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. 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

Resumen	7
I. Contexto general	9
A. Situación económica.....	9
B. Situación demográfica	10
C. Situación de morbilidad.....	13
II. Organización y recursos del sector	15
A. Organización institucional.....	15
B. Recursos Humanos	16
III. La reforma del sector salud	19
A. Reorganización del nivel de atención primaria	20
B. Especialización del Ministerio de Salud en la función de rectoría.....	22
C. Nuevo modelo de asignación de recursos y compra de servicios	23
IV. Producción y costos	27
A. Consulta médica	27
B. Atención Hospitalaria.....	31
C. Medicamentos y exámenes de laboratorio	34
D. Prestaciones en dinero	37
E. Los costos de tratar el cáncer	38
V. Cobertura	39
A. Extensión de los servicios	40
B. Extensión del aseguramiento.....	41
C. Contratación de proveedores de servicios de atención primaria	44

VI. Gasto y financiamiento	49
A. Ingresos del Sector Salud.....	49
B. Gasto público en salud.....	54
C. Déficit del seguro de salud	56
VII. Amenazas y desafíos	59
A. La reintegración de las clases medias.....	59
Uso de la consulta ambulatoria.....	61
Libre acceso a la atención de primer nivel y cobro en el segundo y tercer niveles.....	62
Servicios especiales de hostelería con copago	63
Periodos de carencia	63
B. La contención del gasto	63
Readecuación de la red	63
Asignación de recursos y compromisos de gestión	64
Establecimiento del paquete de servicios	64
Desconcentración y gestión administrativa	65
Sistemas de información.....	65
C. La transición demográfica	65
Conclusiones	69
Anexo	71
Bibliografía	75
Serie financiamiento del desarrollo: números publicados	77

Índice de cuadros

Cuadro 1	Costa Rica: Algunos indicadores económicos 1990-2003	10
Cuadro 2	Costa Rica: Principales indicadores de pobreza 1996-2003.....	10
Cuadro 3	Costa Rica: Indicadores demográficos 1990-2003	11
Cuadro 4	Costa Rica: Estructura por edad	11
Cuadro 5	Costa Rica: Tasa de mortalidad por los cinco primeros grandes grupos de causas 1996-2003	13
Cuadro 6	Costa Rica: Indicadores de la constitución familiar	13
Cuadro 7	Costa Rica: Indicadores de morbilidad.....	14
Cuadro 8	Costa Rica: Recurso humano por cada 10.000 - 1995-2003.....	17
Cuadro 9	Costa Rica: Promedio de Profesionales por EBAIS y áreas de salud - 2004	18
Cuadro 10	Costa Rica: Número de consultas por habitante según categoría (1990-2004)	28
Cuadro 11	Costa Rica: Consultas Externa, Generales, Especialidades y Urgencias (1996-2004)	29
Cuadro 12	Costa Rica: Costo por consulta, 1995-2004	30
Cuadro 13	Costa Rica: Egresos Hospitalarios.....	32
Cuadro 14	Costa Rica: Indicadores de producción hospitalaria.....	33
Cuadro 15	Costa Rica: Calida de los servicios de salud 1990-2004	33
Cuadro 16	Costa Rica: Costo por estancia por año (US\$) 1995-2004	34
Cuadro 17	Costa Rica: Producción de Servicios de Apoyo 1990-2004.....	35
Cuadro 18	Costa Rica: Medicamentos no LOM de alto costo autorizados, 2004.....	36
Cuadro 19	Análisis del impacto de los recursos de amparo, 2004.....	36
Cuadro 20	Costa Rica: Incapacidades temporales por asegurado directo activo 1990-2004.....	37
Cuadro 21	Costa Rica: principales indicadores del gasto público en el tratamiento del cáncer cifras 2000-2003.....	38
Cuadro 22	Costa Rica: Medidas para aumentar la cobertura de los seguros sociales.....	40
Cuadro 23	Costa Rica: Indicadores de equidad cantonal 2004	41
Cuadro 24	Cobertura según Régimen de Protección 2004.....	44

Cuadro 25	Costa Rica: población cubierta por las empresas proveedoras de servicios de atención primaria 2004.....	45
Cuadro 26	Costa Rica: Coberturas con calidad para proveedores externos y conjunto del país, 2001, 2002 y 2003.....	45
Cuadro 27	Costa Rica: Gasto per cápita de las áreas de salud, según región dólares, 2000-2004.....	46
Cuadro 28	Tasas de cotización por asegurado y responsable del pago, 2005.....	50
Cuadro 29	Costa Rica: Ingresos legales y efectivos 2004	51
Cuadro 30	Costa Rica: aportes legales y efectivos por tipo de aseguramiento 2004.....	51
Cuadro 31	Costa Rica: Obligaciones y monto girado por el Estado 2004.....	52
Cuadro 32	Costa Rica: Deuda por traslado de funciones del ministerio de salud	53
Cuadro 33	Costa Rica: Ingresos totales según fuente de ingreso en millones de dólares 1990-2004.....	53
Cuadro 34	Costa Rica: CCSS Ingresos por contribuciones	54
Cuadro 35	Costa Rica: Gasto público en salud por institución.....	54
Cuadro 36	Costa Rica: Indicadores de gastos en salud de la CCSS 1990-2003	55
Cuadro 37	Costa Rica: Gasto del seguro de salud según actividades y nivel de atención distribución relativa 1997-2004.....	55
Cuadro 38	Costa Rica: Gastos totales según naturaleza	56
Cuadro 39	Costa Rica: Gastos según objeto del gasto 1900-2004.....	56
Cuadro 40	Costa Rica: Relación de ingresos efectivos y egresos.....	57
Cuadro 41	Costa Rica: aportes legales y efectivos por tipo de aseguramiento 2004.....	60
Cuadro 42	Regresión logística: Uso de servicios privados de hospitalización. Costa Rica: 2001	73
Cuadro 43	Regresión logística: Uso de servicios de consulta médica privada. Costa Rica: 2001	74

Índice de gráficos

Gráfico 1	Costa Rica: Tendencia del perfil demográfico	12
Gráfico 2	Costa Rica: Enfermedades de transmisión sexual - 1996-2003	14
Gráfico 3	Consultas pública y privadas - 2001.....	30
Gráfico 4	Costa Rica: Porcentaje de las personas hospitalizadas según decil de ingreso per cápita por lugar de la última hospitalización, 2001.....	31
Gráfico 5	Costa Rica: Cobertura del seguro de salud de la PEA ocupada según categoría	43
Gráfico 6	Costa Rica: Tasa de consulta según edad y sexo 2001.....	66
Gráfico 7	Costa Rica: Hospitalizaciones por habitantes para hombres, mujeres y total según grupos quinquenales de edad, 2001	66
Gráfico 8	Costa Rica: Estancia hospitalaria por edad y sexo, 2004.....	67

Resumen

El sector de salud de Costa Rica es uno de los más desarrollados de la región desde el punto de vista de su cobertura horizontal y vertical, y posiblemente el que cuenta con mayor predominancia del sector público después de Cuba. La reforma iniciada en los años 90 retomó algunos de los elementos que tenían otras reformas regionales anteriores y contemporáneas, pero mantuvo el carácter público del aseguramiento y en lo fundamental de la provisión de servicios. Los logros alcanzados en varios campos de la reforma son manifiestos, sobre todo en lo que se refiere a la extensión de la cobertura de la atención primaria, aunque en otros campos, como la descentralización, son más moderados.

Estos éxitos no han evitado que el sistema de salud esté empezando a hacer frente a una crisis de financiamiento, por un conjunto de circunstancias que no son ajenas a los otros países de la región. La transición demográfica y epidemiológica, el estancamiento en la cobertura contributiva y el aumento sostenido de costos en algunos rubros, particularmente en medicamentos, ponen en peligro la viabilidad financiera del régimen. Las restricciones de acceso a los servicios para las clases medias, originadas sobre todo en la existencia de colas para la atención de segundo y tercer nivel, han venido agravando las inequidades, lo cual podría apuntar hacia una crisis de la viabilidad política del sistema.

El país está iniciando un debate sobre el relanzamiento del proceso de reforma de su sistema de salud. Dicho proceso implicará una reflexión sobre las reformas inconclusas y quizás una renovación de la agenda pendiente.

I. Contexto general

A. Situación económica

La situación económica de Costa Rica se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años. El país ha logrado mantener tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto que rondan el 4% o 5% al año, el PIB per cápita a precios constantes de 1995, pasó de US\$ 3.371 en 1995 a US\$ 3.935 en el 2003. Por su parte, la Población Económicamente Activa ha presentado tasas de crecimiento positivas a lo largo del período, lo que demuestra que la economía ha mantenido un crecimiento moderado pero constante. Del año 1996 al año 2003, la PEA creció en más de medio millón de personas, es decir, un crecimiento anual de aproximadamente un 3%.

La tasa de inflación, sin embargo, es la más elevada de la región centroamericana. Ello se relaciona con la existencia de un déficit público persistente y con las pérdidas del Banco Central, originadas en el servicio de la deuda que emite desde 1980, cuando asumió una serie de pérdidas cambiarias de los bancos públicos que constituyen una deuda no documentada del Ministerio de Hacienda. La tasa de inflación fue de 12% en el año 2004 y la inflación anual acumulada en el primer semestre del 2005 ronda el 13%.

Cuadro 1
COSTA RICA: ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS
1990-2003
(Dólares y Porcentajes)

Indicador	1990	1995	2000	2001	2002	2003
PIB miles de dólares	9 102,6	11 715,8	14 817,7	14 995,5	15 404,9	16 397,2
PIB per cápita a precios constantes 1995	2 959,2	3 371,5	3 775,2	3 741,4	3 767,4	3 935,4
Tasa de inflación anual (%)	27,5	22,6	10,3	11,0	9,7	9,9
Población económicamente activa			1 535 392,0	1 653 321,0	1 695 018,0	1 757 578,0
Gasto público social (% PIB)	16,3	15,3	17,3	18,7	18,9	18,7
Salud público en salud (% PIB)	5,01	5,29	5,51	5,94	6,25	6,30
Gasto per cápita en salud	nd	16,92	23,43	22,82	24,08	24,78

Fuente: Banco Central de Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Planificación Económica.

Costa Rica es uno de los países a nivel latinoamericano con mejores indicadores de desarrollo humano. Ello guarda relación con sus inversiones en salud y educación. Un 18,7% del gasto público es destinado al sector salud, lo cual se refleja en los niveles de cobertura y calidad que posee el sistema de salud en este país.

Cuadro 2
COSTA RICA: PRINCIPALES INDICADORES DE POBREZA
1996-2003
(Porcentajes)

Indicador	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Porcentaje de población pobre	24,6	23,9	22,1	23,7	23,1	22,9	23,5	21,4
Porcentaje de población urbana pobre	17,0	16,3	16,1	17,3	17,1	16,9	17,3	15,4
Porcentaje de población rural pobre	25,1	24,1	22,4	23,5	25,4	25,2	25,4	23,1
Extrema pobreza	7,6	6,6	5,9	7,5	7,1	6,8	6,9	6,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

La proporción de la población que vive debajo de la línea de pobreza en Costa Rica se ha mantenido entre el 22% y el 24%, y la proporción de la población que no puede satisfacer sus necesidades básicas entre en 6 % y 8%, aunque ambas proporciones con una ligera tendencia a la disminución. Se trata de magnitudes muy bajas para los niveles de la región centroamericana, y aún en el contexto de América Latina, pero que no se justifica dada la cantidad de recursos que Costa Rica destina a la lucha contra la pobreza.

B. Situación demográfica

Costa Rica mostró a lo largo del siglo XX una de las tasas de crecimiento de la población más elevadas del hemisferio occidental. Esta tendencia empezó a revertirse en los años 80, y en los últimos 10 años la tasa de crecimiento poblacional anual ha sido de 2%. Esto se explica principalmente por la caída en la tasa de fecundidad, que llegó a 2,1 en el 2003. La disminución en la tasa de fecundidad se ve claramente reflejada en el número de nacimientos, que se redujeron en aproximadamente 6000 niños en los últimos 8 años. Para el 2003 se alcanzaron los 4.1 millones de habitantes aproximadamente, de los cuales un 51% son hombres.

Con relación a la esperanza de vida, Costa Rica se encuentra en los primeros lugares a nivel latinoamericano, por encima de países con un nivel de desarrollo económico mucho mayor, como

Argentina y Chile. Para el 2003 la esperanza de vida al nacer de los costarricenses alcanzó los 78,6 años, lo cual representa un aumento de casi 2 años en relación con la reportada a mediados de los 90. Esta mejora en la esperanza de vida se debe principalmente a una sensible disminución de la mortalidad infantil, que se redujo en más de un tercio durante ese periodo en parte como resultado de la extensión de la cobertura en la atención primaria producida con la reforma del sector salud. La diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres se ha mantenido constante en 5 años desde los 90.

Cuadro 3
COSTA RICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS
1990-2003

(Indicado en cada fila)

Indicador	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Población Total (miles)	3 050,6	3 469,8	3 202,4	3 270,7	3 340,9	3 412,6	3 486,0	3 906,7	3 997,9
Hombres	1 552,0	1 765,0	1 604,3	1 630,8	1 662,7	1 688,9	1 733,0	1 935,1	1 983,7
Mujeres	1 498,6	1 707,8	1 598,1	1 639,9	1 678,2	1 723,7	1 753,0	1 971,6	2 014,2
Tasa de Fecundidad Global	3,2	2,8	2,7	2,7	2,9	2,9	2,5	2,3	2,1
Esperanza de Vida al Nacer	76,7	76,0	76,7	76,9	77,0	77,3	77,7	77,7	78,5
Hombres	74,3	73,5	74,6	74,5	74,8	74,9	75,3	75,5	76,2
Mujeres	79,2	78,7	78,9	79,4	79,2	79,8	80,2	79,9	81,0
Tasa bruta de natalidad x 1000	26,3	23,9	23,3	24,2	23,0	23,0	22,4	19,1	17,4
Tasa bruta de mortalidad x1000	3,8	4,2	4,1	4,0	4,1	4,2	4,2	3,9	3,7
Tasa de mort Infantil x1000	15,3	13,3	11,8	14,2	12,6	11,8	10,2	10,8	11,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Planificación y Política Económica.

La estructura etaria de la población de Costa Rica es privilegiada en este momento, pues se encuentra disfrutando del llamado “bono demográfico”: casi un 43% de la población está constituida por personas entre 25 y 59 años. Sin embargo, la disminución de la tasa de mortalidad y de la tasa de natalidad, sumada al aumento sostenido en la esperanza de vida, da como resultado un proceso de envejecimiento de la población. La información del siguiente cuadro es contundente al respecto:

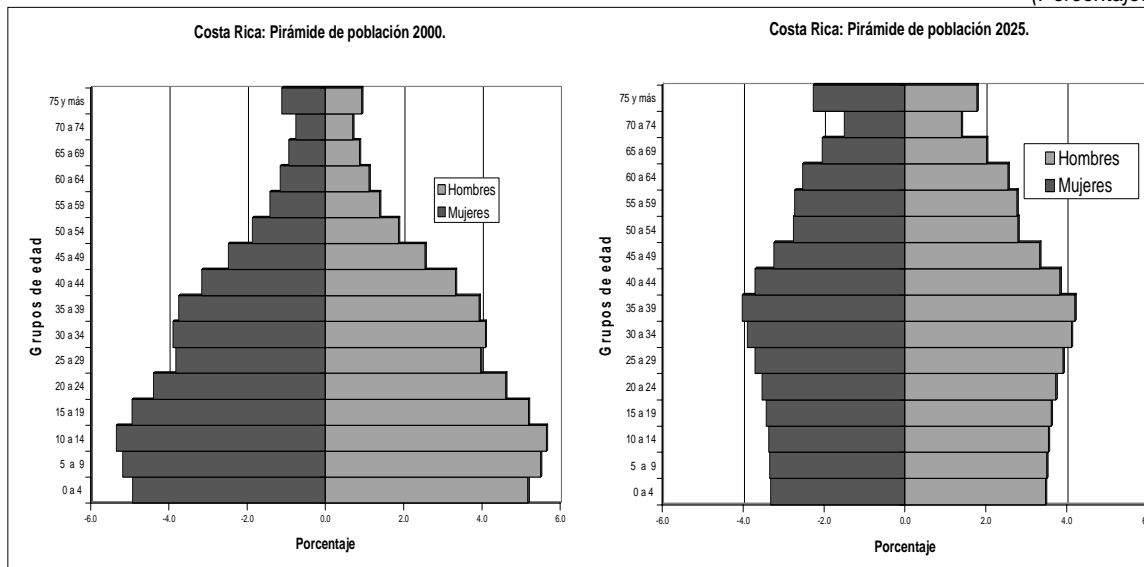
Cuadro 4
COSTA RICA: ESTRUCTURA POR EDAD
(Porcentajes)

Tipo de población	menores de 15 años	mayores de 65 años
Joven	40-50	5
Vieja	20	20
Costa Rica 1960	48	3
Costa Rica 2000	32	5
Costa Rica 2050	18	21

En el año 1960, el 48% de la población era menor de 15 años, para el 2000 esa población bajó a un 32%, por debajo de lo que se considera propio de un país joven (ente 40% y 50%), mientras que el porcentaje de personas mayores de 65 años, que pasó del 3 en 1960 al 5% en el 2000, porcentaje que todavía se considera propio de un país joven. Sin embargo, para el año 2050 esos porcentajes pasarán a 18% y 21%, con lo cual Costa Rica tendrá una población bastante envejecida.

Esta tendencia puede verse a partir de las siguientes pirámides poblacionales, que nos muestran la proyección poblacional para el año 2050, con un importante envejecimiento, dada la reducción de las personas menores de 50 años y un aumento de las personas con más de 50 años.

Gráfico 1
COSTA RICA: TENDENCIA DEL PERFIL DEMOGRÁFICO
(Porcentajes)



Fuente: OPS. Gasto y Financiamiento de la Salud en Costa Rica. Situación Actual, Tendencias y retos.

Esta evolución demográfica tiene efectos sobre los costos del sistema de salud. En efecto, los mayores costos de la atención sanitaria se concentran en los primeros y en los últimos años de vida, con un peso extraordinariamente mayor de estos últimos. El hecho de que el grueso de la población se encuentre en las edades medias implica que el sistema de salud está disfrutando del llamado bono demográfico. Esta situación empezará a revertirse próximamente, y el país, que se ha concentrado en el desarrollo de su red de servicios de atención primaria, como corresponde en la fase actual de su evolución demográfica, deberá prepararse para hacer frente a una demanda creciente por servicios del segundo y tercer niveles de atención, y relanzar su programa de inversiones en esos niveles de atención, mucho más costosos.

Las principales causas de muerte en Costa Rica en los últimos 10 años han sido las patologías propias de un país moderno: en primer lugar, las enfermedades del aparato circulatorio, especialmente las cardiovasculares; en segundo lugar, los tumores; en tercer lugar las muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios), que han presentado un fuerte crecimiento, especialmente en el caso de muertes por accidentes de tránsito; y finalmente las enfermedades del aparato digestivo. Es importante rescatar que gracias a los esfuerzos de extensión de la red primaria de atención, las enfermedades de carácter infeccioso han venido disminuyendo con el paso de los años, y algunas ya han desaparecido.

Cuadro 5

**COSTA RICA: TASA DE MORTALIDAD POR LOS CINCO PRIMERO GRANDES GRUPOS DE CAUSAS
1996-2003**

Indicadores	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Los 5 primeros grandes grupos de causas	40,6	38,7	39	39	39,2	38,8	36,7	37,9
Enfermedades del aparato circulatorio	12,5	11,1	11,2	11,9	12,4	12,1	11	10,5
Tumores	8,4	7,8	8	8,1	8,1	8,5	7,9	8,2
Causas externas	4,6	4,4	4,5	4,7	4,8	4,4	4,5	4,6
Enfermedades del aparato respiratorio	4,3	4,3	4,6	4,1	3,9	3,9	3,1	3,7
Enfermedades del aparato digestivo	2,6	2,4	2,6	2,6	2,7	2,5	2,6	2,7
Las demás causas	8,3	8,7	8,2	7,6	7,3	7,4	7,5	8,2

Fuente: Estado de la Nación.

Como reflejo del proceso de modernización experimentado por el país, se está produciendo una crisis de la familia tradicional. Una de las manifestaciones de esta crisis es la caída a lo largo de los últimos 14 años en la tasa de nupcialidad, que pasó de 7,4 en 1990 a solo 5,5 en el 2004, mientras que durante el mismo período la razón de divorcios por matrimonio se ha casi triplicado. Así mismo, los nacimientos fuera del matrimonio y de madres solteras constituyeron en el año 2004 casi el 80% del total de nacimientos reportados. Los nacimientos con paternidad no reconocida aumentaron más de un 10% durante el decenio de los 90, pero cayeron abruptamente a partir la aprobación en el año 2001 de la Ley de Paternidad Responsable, que brinda un mecanismo expedito a la madre para inscribir al padre de su hijo y obliga al presunto padre a realizarse un examen de ADN en caso de presentar objeción a dicho registro.

Cuadro 6

COSTA RICA: INDICADORES DE LA CONSTITUCIÓN FAMILIAR

Indicador	1990	1995	2000	2004
Tasa de nupcialidad	7,40	6,70	6,10	5,50
Razón de divorcios x c/100 matrimonios	14,50	19,40	39,80	40,70
Nacimientos fuera del matrimonio (%)	38,90	46,60	52,70	59,00
Nacimientos de madres adolescentes (%)	15,80	18,40	21,20	20,47
Nacimientos con paternidad no reconocida	21,10	25,80	31,30	28,94

Fuente: Ministerio de Planificación y Política Económica.

C. Situación de morbilidad

La gran cobertura alcanzada por el sistema de salud costarricense, y en particular el esfuerzo realizado en los últimos años por extender el acceso a la atención primaria, ha implicado un alto grado de control de las enfermedades contagiosas, y la eliminación de gran parte de ellas. Así, por ejemplo, se ha logrado eliminar o reducir sustancialmente el número de casos de enfermedades como sarampión, tuberculosis y malaria. El caso de esta última enfermedad es especialmente llamativo, ya que el país logró controlar la enfermedad y los casos reportados pasaron de 5512 en 1996 a solo 718 en el 2003. El sarampión ha logrado ser casi erradicado en el país, ya que durante los últimos 4 años solamente se ha reportado un caso. Sólo la tuberculosis sigue siendo una enfermedad erradicable que tiene alguna presencia, aunque muy limitada.

Cuadro 7

COSTA RICA: INDICADORES DE MORBILIDAD

Indicador	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Prevalencia de bajo peso al nacer	7	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Número de casos de sarampión	24	26	27	23	nd	nd	nd	nd
Número de casos de tuberculosis	nd	17,30	18,50	19,40	22,50	15,70	13,30	nd
Número de casos de malaria	5 112,0	4 712,0	4 863,0	3 518,0	1 534,0	1 123,0	1 021,0	718,0

Fuente: Ministerio de Planificación Económica.

Por otra parte, tal y como se mencionó anteriormente, se ha venido presentando un fuerte crecimiento en el número de casos reportados de enfermedades conocidas como enfermedades propias de la modernidad, como lo son los problemas cardiovasculares y los tumores malignos, las cuales constituyen las primeras causas de muerte cada año.

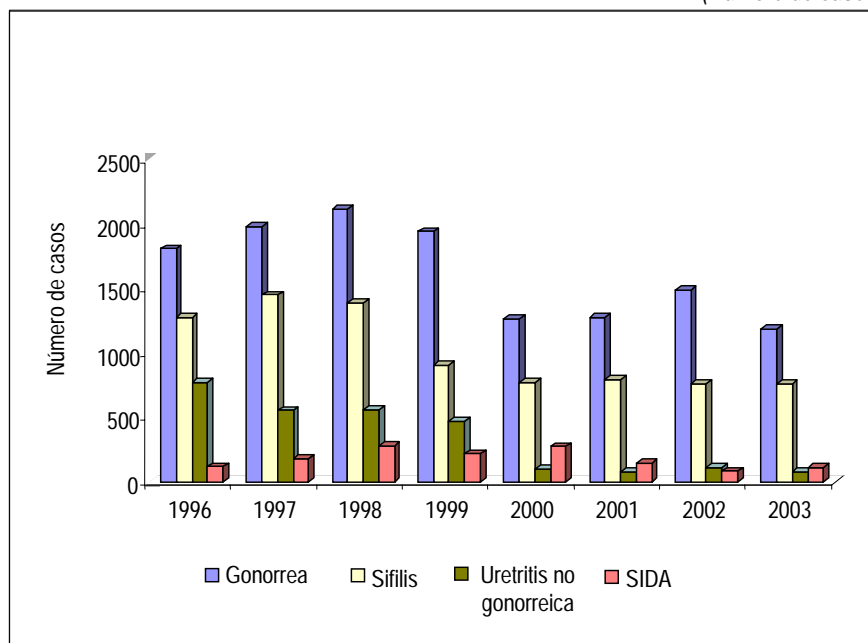
Otro grupo importante de enfermedades son las de transmisión sexual. Al igual que las enfermedades contagiosas, las enfermedades de transmisión sexual presentan una tendencia a la baja; sin embargo, el número de personas contagiadas con gonorrea continua siendo alto (1190 personas reportadas en el 2003), aunque el número de personas contagiadas anualmente de sífilis se ha reducido en un 60% entre 1996 y 2003.

La enfermedad de transmisión sexual que más preocupa a las autoridades de salud es el SIDA, principalmente debido al alto costo que requiere su tratamiento. El número de personas reportadas con esta enfermedad al año ha sido bastante variable durante todo el período, pero cayó a 84 casos en el año 2002.

Gráfico 2

COSTA RICA: ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - 1996-2003

(Número de casos)



II. Organización y recursos del sector

A. Organización institucional

El sistema de salud en Costa Rica está controlado en una alta proporción por el Estado. Se encuentra conformado por 5 entidades públicas. De ellas, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) juega el rol más relevante, a cargo del aseguramiento de la población y de la provisión de la mayor parte de los servicios de salud brindados en el país. Desde 1995 se hizo cargo no sólo de la atención de segundo y tercer nivel de la población asegurada (como había hecho desde su fundación, en 1943), sino también de la atención primaria, hasta entonces a cargo del Ministerio de Salud. Para brindar los servicios de salud se apoya en su propia red de hospitales, clínicas, áreas de salud y equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), aunque también tiene programas en los que participa el sector privado: (i) la compra de servicios a terceros, que involucra a varias cooperativas, a la Universidad de Costa Rica y a una asociación vinculada a una de las clínicas privadas del país; y (ii) el programa de médico de empresa, consistente en el apoyo con medicamentos y procedimientos de diagnóstico a médicos contratados directamente por las empresas para la atención de sus trabajadores.

La CCSS cuenta con cinco gerencias centrales, siete regiones sanitarias y 103 áreas de salud. La prestación de servicios se encuentra organizada por medio de tres niveles de atención, conformados de la siguiente manera:

En el primer nivel de atención la CCSS se encuentra organizada a través de las 103 áreas de salud mencionadas anteriormente, que cuentan con personal médico más especializado que brinda su apoyo a los equipos de atención integral de salud (EBAIS) de su área de influencia. Generalmente el área de salud coincide con la clínica de la región, que se hace cargo de coordinar la labor de todos los EBAIS de la zona. En todos los casos la atención se brinda a través de los equipos de atención integral de salud o EBAIS, que atienden en promedio a 3,500 habitantes cada uno. Actualmente se cuenta con 857 a lo largo del país. Generalmente hay más de un EBAIS en cada clínica y uno en cada centro comunal de salud. Aparte de las clínicas y los Centros de Salud, hay alrededor de 1800 consultorios de visita periódica, para zonas muy alejadas y poco pobladas donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud. En el segundo nivel de atención la CCSS cuenta con 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. En el tercer nivel de atención se cuenta con 6 hospitales especializados y 3 hospitales generales de concentración nacional y alta especialización. Cada uno de estos tres hospitales generales es responsable de atender a la población de un área del país, y todos los establecimientos de salud de esa área les remiten los pacientes para operaciones complejas. En total, pues, hay 29 hospitales, 10 clínicas, 103 áreas de salud y 857 EBAIS. En el segundo y tercer nivel de atención existen en total alrededor de 5850 camas.

La otra entidad relevante es el Ministerio de Salud, que dejó de proveer servicios de atención primaria en 1995 y desde entonces se ha concentrado en la función de rectoría y regulación sanitaria y del mercado de salud, la vigilancia y seguimiento epidemiológico, la investigación y desarrollo tecnológico en salud y la promoción de salud. El Ministerio de Salud, con el fin de cumplir con su función de rector, está formado por un despacho ministerial (Ministro y Viceministro), una Dirección General, seis direcciones centrales, nueve regiones sanitarias y 80 áreas de salud distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional.

Aparte de esas dos, existen otras tres instituciones públicas pertenecientes al sector salud de Costa Rica:

El Instituto Nacional de Seguros (INS): Institución a cargo de gestionar los seguros comerciales (que en Costa Rica son un monopolio del Estado) así como los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y de Riesgos de Trabajo. Además de gestionar los seguros, provee algunos de los servicios de rehabilitación. Esta institución compra servicios de atención médica a la CCSS para atender los accidentes de tránsito y los accidentes laborales para aquellos trabajadores que así lo requieran.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA): Se encarga junto con las municipalidades de la provisión del servicio de agua potable y de alcantarillado sanitario.

Universidad de Costa Rica: Entidad encargada de la docencia y la formación de profesionales en el campo de la Salud, así como de la provisión de algunos servicios de atención primaria por cuenta de la CCSS.

B. Recursos humanos

La mayor parte de los empleados que laboran para la CCSS son profesionales y técnicos de la salud: médicos, enfermeras, odontólogos, microbiólogos, farmacéuticos, técnicos y auxiliares. La proporción del personal técnico en relación con el resto del personal ha aumentado en el curso de la implantación de la reforma, pero no tanto como se esperaba: en 1997 representaba el 54%, mientras que para el 2004 un poco más del 57% del total de empleados de la institución. Se creía que con el proceso de descentralización disminuiría el personal administrativo de las oficinas centrales de la CCSS, que sería trasladado a los centros operativos; sin embargo, estos traslados han empezado a

darse hasta muy recientemente, en parte por el atraso sufrido por el proceso de desconcentración, en parte por resistencia de los niveles centrales. Una parte significativa del aumento en el peso relativo del personal técnico obedece al traslado de funcionarios del Ministerio de Salud y al aumento de contrataciones que ha acompañado la expansión del primer nivel de atención. El porcentaje de participación de los empleados de las áreas administrativas y el de los empleados de servicios generales ha rondado el 20%, con la peculiaridad de que el porcentaje de empleados dedicados a servicios generales ha caído lentamente, para pasar del 23,5% al 19,5% en 7 años.

Cuadro 8
COSTA RICA: RECURSO HUMANO POR CADA 10.000 - 1995-2003

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Razón Médicos	12,2	16,1	16,8	17,9	18,8	16	16,6	16,6	17,1
Razón de enfermeras	5,6	5,7	5,6	3,5	3,5	3,2	3,1	3	3
Razón de Técnicos Medios	nd	nd	nd	1,9	1,9	2,5	2,5	2,6	2
Razón de Farmacéuticos	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	4,4	0,7	0,7	0,8
Razón de Radiólogos	nd	nd	nd	nd	nd	0,5	0,5	0,5	0,6

Fuente: Fuente: Colegio de Profesionales 1999.

Nota: Del 2000 en adelante se usaron datos de la CCSS.

El número de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes se ha mantenido relativamente constante, salvo el de médicos, que ha oscilado a lo largo del periodo con una ligera tendencia a aumentar.

Como se verá más adelante, uno de los pilares de la reforma de salud fue la constitución de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), conformados por un médico, un auxiliar de enfermería y un Técnico en Promoción de la Salud (ATAP), más personal de apoyo (técnicos en farmacia y en registros médicos) y de las Áreas de Salud, que agrupan a los EBAIS y cuentan con personal de apoyo más especializado (como odontólogo, microbiólogo y especialista en salud ambiental). El cuadro siguiente muestra la dotación de personal en los EBAIS y las áreas de salud. Como puede verse, cada EBAIS cuenta al menos con un médico general, un auxiliar de enfermería y un ATAPS, aunque en algunas zonas, debido al perfil epidemiológico, hay un segundo médico asignado a otras funciones sanitarias.

Cuadro 9

COSTA RICA: PROMEDIO DE PROFESIONALES POR EBAIS Y ÁREAS DE SALUD - 2004

Promedio de personas por EBAIS	
ATAPS	1,43
Médicos general*	1,62
Auxiliares de enfermería	1,68
Personas de apoyo de áreas de salud	
Profesionales en enfermería	1,38
Odontólogos	2,13
Farmacéuticos	0,71
Microbiólogos	0,85
Personal de registros médicos	6,39
Médicos de familia	nd
Técnicos de registro en estadística de salud	nd
Otros profesionales	nd

Nota: *Para este indicador se tomaron como referencia los médicos en funciones sanitarias de las áreas de salud.

III. La reforma del sector salud

El diseño de la reforma del sector salud costarricense puede resumirse de la siguiente manera:

- La readecuación del modelo de atención en el primer nivel a partir de (i) la incorporación de un modelo de planificación basado en necesidades de salud con base geográfico – poblacional, (ii) un aumento en la capacidad resolutive de la atención de primer nivel, y (iii) la introducción de la atención integral a la salud a partir de la concentración de toda la provisión de servicios de salud en la CCSS.
- La implantación de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros con el instrumento de los compromisos de gestión (cuyo uso se inició en 1997 con siete hospitales que cumplan ciertos criterios de inclusión).¹ La propuesta aprobada incluía originalmente el traslado de riesgo financiero a prestadores con el otorgamiento de incentivos y la paulatina sustitución del presupuesto histórico por un presupuesto con base en la producción.

¹ Los criterios utilizados para la selección de los establecimientos para la primera etapa de compromisos de gestión fueron los siguientes:
Cumplimiento de la ejecución presupuestaria dentro de los límites esperados, sin que tuvieran una ejecución sin déficit en los dos años previos.
Para las áreas de salud, que tuvieran más de 9 meses de estar abiertas al público.
Que existieran posibilidades de coordinación entre el primer nivel y los hospitales.
Disponibilidad de un sistema de información actualizado y confiable.
Que a lo interno de los establecimientos se contara con líderes que guiaran la implementación de cambios en la organización al implantar el nuevo modelo de asignación de recursos.
Que fueran centros en los que no existieran grandes conflictos entre la administración y los departamentos clínicos y de apoyo.

- El desarrollo de un programa de desconcentración de los servicios de salud, mediante el otorgamiento de personería jurídica instrumental a los hospitales y clínicas que decida la Junta Directiva, y de mayor flexibilidad en la gestión del presupuesto, las adquisiciones, la gestión del recurso humano y la atención de conflictos laborales.

La implementación de este diseño ha sido desigual. A continuación se hace un resumen del avance alcanzado y los desafíos pendientes en los diferentes componentes de la reforma.

A. Reorganización del nivel de atención primaria

La reorganización de la atención primaria ha constituido el elemento más descollante de la reforma. Tanto durante las negociaciones con los organismos multilaterales como durante la primera fase de implementación de la reforma, éste fue el componente que las autoridades defendieron e impulsaron con mayor ahínco; ello contrastó con la actitud del Banco Mundial, que siempre miró con reluctancia este componente, por el efecto que podía tener sobre los costos del sistema.

La reorganización de la atención primaria tuvo dos ejes: el traslado a la CCSS de todas las funciones de la atención en salud ofrecida tradicionalmente por el Ministerio de Salud y la constitución por la CCSS de la red de EBAIS y áreas de salud. Sus principales propósitos eran cumplir con el mandato constitucional y legal de ofrecer una cobertura universal en salud a toda la población nacional (Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961) y de descongestionar la red hospitalaria.

Con respecto al primero de ambos ejes, se transfirió a la CCSS el personal, las instalaciones y el equipo de los centros de salud con que el Ministerio de Salud llevaba adelante sus campañas de atención primaria en todo el país, principalmente en el campo de atención poblacional (vacunación, planificación familiar, etc). El Ministerio sólo mantuvo algunos programas de atención poblacional, como el control del dengue, la malaria y la rabia canina. Todos los demás programas de base poblacional, así como los de atención individual, fueron asumidos por la CCSS; en contrapartida, el Estado asumió el compromiso de seguir trasladando a la CCSS el presupuesto que el Ministerio de Salud había consagrado tradicionalmente a la atención primaria. La resistencia opuesta por el personal del Ministerio a trasladarse a la CCSS se vio reducida por el hecho de que la escala salarial de esa institución era más generosa, y porque las autoridades de la CCSS se comprometieron a mantener todas las ventajas laborales de que disfrutaban esos funcionarios. No obstante, el proceso de fusión fue muy complejo, sobre todo debido a las diferencias de cultura institucional entre ambas entidades, y durante los primeros años los servicios de atención poblacional sufrieron un cierto deterioro. Por su parte, el gobierno no ha cumplido con el compromiso de transferir a la CCSS al menos el monto correspondiente a los costos salariales de los funcionarios trasladados. Allí se origina uno de los componentes de la deuda acumulada del Estado con la CCSS.²

El otro eje de la reorganización de la atención primaria fue la constitución de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y de las áreas de salud. En Costa Rica ya existían importantes antecedentes para esta reorganización. Uno fue el llamado “Hospital Sin Paredes” de San Ramón, una próspera región originalmente cafetalera a 60 Km de San José. Se trataba de un programa de atención de la salud fuera de las paredes del hospital, que alcanzó importantes logros en materia de mejora de las condiciones de la salud aunque a un costo muy alto, ya que se desviaban los recursos hospitalarios hacia la atención primaria. A partir de esa experiencia se

² La deuda acumulada del Estado con la CCSS, sólo por concepto de los salarios de los funcionarios del Ministerio que pasaron a la CCSS, superaba a finales del 2004 los US\$ 100 millones.

introdujo más tarde en un pueblo semirural una experiencia en que los servicios de salud eran ofrecidos a la comunidad por una asociación de médicos que actuaban en edificios y con equipo de la CCSS y que eran pagados bajo la modalidad per capita. Este modelo enfrentó una serie de dificultades de gestión por su carácter experimental, y fue sustituido por una cooperativa que hasta el día de hoy sigue vendiendo sus servicios a la CCSS. Al momento de iniciar las negociaciones del préstamo con el Banco Mundial, ya el modelo de los EBAIS y las áreas de salud se encontraba bastante depurado e incluso había un par de experiencias en curso en clínicas periféricas.

El territorio nacional fue dividido en áreas de salud, agrupadas en 7 regiones sanitarias. Cada área de salud cuenta con un Equipo de Apoyo y con un determinado número de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS). Los EBAIS constituyen un equipo mínimo de atención que brinda sus servicios desde una clínica o desde un centro de salud, a una población dada de entre 3,500 y 7,000 habitantes, según sea la densidad de población en el territorio atendido. El EBAIS está conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS), aunque excepcionalmente, para poblaciones con determinadas patologías, el número de auxiliares y asistentes puede duplicarse. Se encuentra asesorado por un Equipo de Apoyo cuyos servicios cubren a todos los EBAIS de un Área de Salud. Estos Equipos de Apoyo están conformados por un médico de familia, un odontólogo, un farmacéutico, un microbiólogo, un nutricionista, un trabajador social, una enfermera general y un técnico en registros médicos, y cada uno apoya el trabajo de entre 9 y 10 EBAIS en promedio.

Todos los servicios de primer nivel de atención que ofrece la CCSS en el país son brindados por los EBAIS (y sólo excepcionalmente en los servicios de urgencia de los establecimientos hospitalarios). En este nivel de atención se ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Los servicios se agrupan en dos categorías: (i) programas de atención integral, básicamente en prevención y promoción, agrupados en diferentes grupos de edad que consideran necesidades de género y (ii) atención de la demanda por morbilidad prevalente.

Los programas de atención integral fueron definidos a mediados de los años noventa, en el contexto de la reforma sectorial y a partir del análisis de la situación de salud nacional en el que se identificaron doce necesidades prioritarias. Los programas se dirigen a la atención de niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, están a cargo de las áreas de salud (y por tanto de los EBAIS aglutinados en ellas) y su cobertura y calidad se evalúan anualmente en el marco de la evaluación de los compromisos de gestión.

La estrategia de implantación de los EBAIS generó un amplio apoyo por parte de la población, que originalmente los miraba con cierto recelo por su costumbre de recibir atención hospitalaria. Sin embargo, el hecho de que a la cabeza del equipo hubiera un médico fue fundamental para la legitimidad del programa; de hecho ésa fue la razón que adujeron las autoridades costarricenses durante la discusión del préstamo con el Banco Mundial, que consideraba demasiado costosa esta participación de médicos en los equipos. Los primeros EBAIS se implantaron en las comunidades más pobres o con atención más deficiente, y rápidamente las otras comunidades empezaron a presionar por contar con su propio EBAIS. En muchos casos la comunidad se organizaba para donar los terrenos o construir el edificio, de manera que la misma población fue un elemento que aceleró la implementación del programa. A finales de 1998 se había instalado cerca de 400 EBAIS, más de la mitad de los programados. A mediados del 2005 existían en Costa Rica 893 EBAIS y 103 áreas de salud. Prácticamente toda la población nacional tiene acceso geográfico a la atención primaria.

Los logros en este campo de reorganización de la atención primaria son contundentes. Todas las funciones en este campo fueron transferidas a la CCSS y la cobertura ofrecida por ésta en la atención primaria se ha venido expandiendo con los EBAIS hasta cubrir el día de hoy

prácticamente toda la superficie del país, aunque con algunas inequidades sobre todo en materia de infraestructura (edificaciones). La participación relativa de la atención de primer nivel dentro del gasto de la CCSS se ha venido incrementando de manera casi ininterrumpida (del 18,8% de todo su gasto en salud en 1997 a 23,8% en el 2004), y ello ha repercutido de manera sensible en la morbilidad y la mortalidad materno-infantil del país. Para ilustrarlo un dato: la tasa de mortalidad por mil nacimientos vivos pasó de 52,86 en 1972 a 13,72 en 1992; y a pesar de que se pensaba que sería muy difícil bajar ese indicador de esos niveles, en los años subsecuentes ha seguido reduciéndose de manera continua hasta alcanzar el nivel de 10,1 en el año 2004. Como parte de las discusiones sobre el relanzamiento de la reforma de salud, se están diseñando nuevos programas de promoción de la salud y de prestaciones sociales, en los cuales se tiene retraso.

Persiste un serio problema de financiamiento. Como se dijo, en Costa Rica todos los trabajadores deben asegurarse obligatoriamente, sean asalariados o independientes, y a los indigentes los asegura el estado, con lo cual son asegurados no contributivos. Y éstas son las dos fuentes que financian la atención de primer nivel: en lo que se refiere a los indigentes, transferencias estatales –que a menudo se retrasan y generan una deuda que sólo de tiempo en tiempo es amortizada–, y las cotizaciones de los asegurados directos (contributivos) en lo que se refiere a la atención de toda la población que no califica para recibir el subsidio estatal. No existe, pues, una fuente específica de financiamiento para la población que no tiene un seguro contributivo, lo cual implica que existe una fuerte transferencia de riqueza de los asegurados hacia los no asegurados. ¿Quiénes son los no asegurados que utilizan los servicios de atención de primer nivel sin estar asegurados, y que por tanto constituyen el receptor de esa transferencia? Población asalariada e independiente pobre sin derecho al seguro por cuenta del estado por no ser indigente o por no haber regularizado su situación migratoria, lo cual hasta el momento ha impedido afiliarse a una proporción importante de la población inmigrante. Resolver este problema de financiamiento de la atención primaria constituye uno de los principales desafíos del sector y un punto pendiente de la agenda de reforma.

B. Especialización del Ministerio de Salud en la función de rectoría

Antes de la reforma de mediados de los 90, las funciones de regulación y supervisión del Ministerio de Salud se restringían al control del cumplimiento de las normas sanitarias por parte de la industria alimenticia y a la autorización de medicamentos. El proceso de reforma buscaba darle nuevas potestades en el ámbito de regulación y supervisión y fortalecerlo desde el punto de vista técnico. A partir de 1998 se transformó la estructura orgánica del Ministerio, se redefinieron sus procesos de trabajo, se hicieron algunos cambios de personal y se impulsó un ambicioso programa de capacitación. Las nuevas funciones en materia de rectoría se organizaron en cuatro grandes áreas:

Dirección y conducción. La principal función en este campo es la formulación de la Política Nacional de Salud y del Programa Sectorial de Salud así como la coordinación de su ejecución. Pero igualmente el Ministerio ha venido desempeñando otras actividades que le han permitido ir asentando su posición de dirección y conducción del sector, como la elaboración del Análisis Sectorial de Salud y el fortalecimiento de algunas instancias de coordinación interinstitucional, en particular el Consejo Sectorial de Salud, como instancia máxima de concertación sectorial en temas relevantes de salud pública.

Regulación del desarrollo de la salud. El Ministerio emite un conjunto de normas y reglamentos en diversas áreas relacionadas con el sector, particularmente en el área de medio ambiente, de alimentación y de medicamentos. Sin embargo, su capacidad para garantizar el

cumplimiento de las normas dictadas es limitada, y hay un amplio campo de investigación y reflexión en torno a los incentivos que deben crearse para que el cumplimiento de las normas no se funde exclusivamente en la coerción. Un área importante en que carece de potestades es la formación de recursos humanos, lo cual ha dado lugar a una proliferación de instituciones de formación y a un desequilibrio entre la oferta y la demanda de algunos campos profesionales muy específicos.

Vigilancia de la salud. El Ministerio cuenta con una dirección especializada en el cumplimiento de esta función, que se apoya en una red de unidades operativas en el nivel regional y local, así como en un sistema de información sobre la situación de salud que ha venido mejorando pero que todavía tiene importantes carencias, sobre todo en lo que se refiere a los servicios de salud provistos por el sector privado. Desde el año 2002 se vienen publicando indicadores desagregados a nivel cantonal, lo cual ha constituido un paso en la dirección de promover un mayor “empoderamiento” de la población.

Investigación y desarrollo tecnológico. Corresponde al Ministerio la responsabilidad de promover la investigación científica y la innovación tecnológica en aquellos campos que considere estratégicos desde el punto de vista de la promoción, la prevención y la curación. Este es el ámbito en que menos se ha desarrollado la función de rectoría del Ministerio, limitada hasta ahora a la emisión de un decreto ejecutivo sobre el Reglamento de Investigación en Seres Humanos y a la constitución de una Comisión Nacional de Investigación en Salud (CONIS), a cargo de los procesos de autorización y registro de las investigaciones en seres humanos. Un extenso campo se abre ante el Ministerio en la promoción de financiamiento para la investigación y para el desarrollo en áreas estratégicas para la salud, tales como el uso de los recursos naturales y de tecnologías limpias.

C. Nuevo modelo de asignación de recursos y compra de servicios

Este ámbito de la reforma ha sido el más polémico y que más resistencia ha encontrado. El Banco Mundial promovió durante las negociaciones el modelo chileno, que incluía la creación de aseguradores privados de salud semejantes a las ISAPRES y la división de la CCSS en tres instituciones separadas: una dedicada al financiamiento de la salud, otra a la compra de servicios, y una tercera encargada de administrar la red hospitalaria (provisión de servicios). Sin embargo, las autoridades costarricenses nunca estuvieron dispuestas a considerar dicha propuesta, y el contrato de préstamo se firmó en términos que representaban una gran retirada del Banco Mundial en relación con las propuestas que venía y siguió defendiendo durante mucho tiempo en el resto de América Latina: se acordó que la CCSS separaría las mencionadas funciones pero a su interior, asignándolas a gerencias distintas, y que se crearía un mecanismo de asignación de recursos en función de los resultados.³

Una vez aprobado el préstamo, las autoridades empezaron a buscar ejemplos para implementar este mecanismo de asignación de recursos. Tomaron como ejemplo el caso de la Región Autónoma de Cataluña, que compra servicios de salud a diversos hospitales públicos y privados, y contrataron una firma española para que les diseñara el programa. El mecanismo central fue el llamado “compromiso de gestión”, una especie de contrato que formaliza las relaciones entre las autoridades centrales y el proveedor de servicios. En el caso de los hospitales, estos se comprometen a alcanzar una serie de metas en términos de “unidades de producción hospitalaria”, y un porcentaje del presupuesto anual (originalmente fijado en 10%) se asigna en función de los resultados alcanzados, de acuerdo con la evaluación anual. Se esperaba que este porcentaje fuera

³ Clark, M (2002).

aumentando con el tiempo, y que en algún momento se tarificaría la totalidad de la producción y desaparecería por completo el presupuesto histórico. En el caso de las áreas de salud, también se fijó en un 10% el presupuesto que se asignaría de acuerdo con resultados, pero con base en un esquema de capitación, donde el monto per capita es ponderado por las características demográficas y epidemiológicas de la población cubierta; originalmente estaba previsto que los pacientes referidos por los EBAIS a un hospital fueran facturados por éste al área de salud correspondiente, de manera que el EBAIS tuviera interés en resolver directamente el caso, sin referirlo, y se promoviera la capacidad resolutoria del primer nivel, pero las deficiencias en los sistemas de información lo hicieron imposible. Adicionalmente se contempló un sistema de premios y castigos, dependiendo de que el proveedor estuviera por encima o por debajo de un determinado rango alrededor de las metas estipuladas en el compromiso de gestión.

El marco jurídico de este proceso de desconcentración estuvo dado por la Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada en 1998. Es una ley marco muy general, que deja mucho margen de movimiento a la CCSS. Allí se crea una personería jurídica instrumental que otorga al director del hospital y del área de salud la potestad de firmar contratos y la responsabilidad por su incumplimiento, lo cual constituye el principal instrumento jurídico para trasladar la responsabilidad de la gestión a los directores de las unidades proveedoras. Sin embargo, el reglamento de la ley es defectuoso y significa un paso atrás con respecto a la ley, pues fija gran cantidad de restricciones al accionar de los directores, con lo cual se devuelve la iniciativa a la administración central de la CCSS. En la práctica, el reglamento se limita a formalizar la desconcentración de algunas competencias administrativas de las oficinas centrales de la CCSS hacia los hospitales, las clínicas y las áreas de salud.

Como complemento de esta desconcentración restringida la ley creó algunos espacios para la participación ciudadana en la gestión y supervisión de los servicios de salud, básicamente con las denominadas Juntas de Salud. Se trata de órganos formados por ciudadanos de la comunidad que son elegidos mediante votación directa. Hay una Junta por cada hospital, clínica de importancia y área de salud, y su principal función es de vigilancia: sobre la ejecución del presupuesto y otras actividades de gestión, sobre la selección de directores y el contenido de los compromisos de gestión, sobre los logros alcanzados. También están llamadas a promover proyectos y actividades de promoción de la salud en la comunidad, especialmente en el área de salud ambiental. La CCSS les brinda espacio físico y apoyo administrativo para su funcionamiento.

Todo el proceso ha avanzado muy lentamente y requiere una evaluación integral que permita redefinirlo. En primer lugar, estaba previsto originalmente transferir a los hospitales y a las áreas de salud una amplia cantidad de competencias en materia de recursos humanos y contratación administrativa, pero la transferencia efectiva fue mucho menos ambiciosa, en parte por la oposición de las organizaciones gremiales, preocupadas por un eventual deterioro de sus condiciones laborales. Aunque ya no se da el caso extremo de otros tiempos, en que las solicitudes de vacaciones de cualquiera de los 40,000 funcionarios tenían que ser aprobadas por las oficinas centrales, siempre existe una serie de áreas en que hay una centralización excesiva, mientras que en otras la descentralización no ha ido acompañada de la definición de requerimientos mínimos que permitan mantener un nivel aceptable de eficiencia y de consistencia institucional.

En segundo lugar, los compromisos de gestión empezaron a ser elaborados por la División Administrativa y negociados por ésta directamente con las unidades proveedoras de servicios (hospitales, clínicas y áreas de salud), sin que la División Médica tuviera participación en ninguna fase del proceso. Esto generó en la práctica una dicotomía en la definición de la dirección estratégica de la red de servicios, ya que mientras la División Médica elaboraba los planes estratégicos y los planes operativos de la red en consuno con las unidades proveedoras, estas últimas concentraban su atención en las metas de los compromisos de gestión, definidas en una

negociación con la División Administrativa, cuyo cumplimiento tenía implicaciones presupuestarias concretas para ellas. Además, los compromisos de gestión llegaron a ser demasiado extensos y detallados, hasta el punto de definir protocolos que no coincidían con los estándares fijados por el Ministerio de Salud, lo cual repercutió negativamente en las calificaciones que a partir de cierto momento empezó a efectuar el Ministerio de Salud en su función de rectoría.

En tercer lugar, nunca llegó a desarrollarse un sistema de presupuesto verdaderamente vinculado a los resultados de la red de servicios. En lo fundamental el presupuesto siguió siendo elaborado con base histórica y sólo una proporción muy pequeña de él depende de los resultados de la evaluación anual de los compromisos de gestión: las unidades de producción hospitalaria han servido para justificar el crecimiento más o menos inercial del presupuesto anual y no se ha avanzado en la presupuestación per capita en las áreas de salud. Además, el sistema de premios ha perdido la importancia que se le dio originalmente, en parte a causa de las limitaciones financieras, por las cuales siempre se terminó echando mano de las partidas presupuestarias reservadas para los incentivos colectivos, y el de castigos nunca funcionó, sobre todo por la oposición de las unidades proveedoras.

En cuarto lugar, finalmente, los compromisos de gestión no han incorporado compromisos económicos y financieros que incorporen dentro de la estructura de prioridades de la red de servicios lo que constituye una prioridad central de la institución: la contención del gasto, para dar sostenibilidad al seguro de salud.

Estas carencias y limitaciones no invalidan la importancia central de los compromisos de gestión, que a pesar de ellas han propiciado mejoras sustanciales en la gestión de la institución y en particular han inaugurado una cultura institucional orientada hacia los resultados.

IV. Producción y costos

La evolución de la producción de servicios de salud expresa tanto los logros como problemas de la reforma del sector. Por una parte, ha mejorado sensiblemente el acceso de la población a la atención primaria, lo cual se refleja en el aumento sostenido en el número de consultas y de hospitalizaciones, así como en los servicios de apoyo (diagnósticos, medicamentos, etc.). Además, el peso de la atención primaria ha aumentado en relación con la de segundo y tercer nivel, aunque aún no tanto como se esperaba. Por otra parte, sin embargo, las consultas de urgencia siguen teniendo un peso muy importante, lo cual refleja las colas en la atención de segundo y de tercer nivel, y la producción hospitalaria refleja problemas de eficiencia que, aunque han disminuido, siguen representando una asignatura pendiente de la reforma.

A. Consulta médica

El número de consultas ha aumentado de manera sostenida desde 1996, año en que la CCSS inició el establecimiento de EBAIS: de 9,16 millones en 1996 llegó a 12,68 millones en 2004. Esto implicó que el número de consultas per capita pasó de 2,83 en 1995 a 3,70 en el 2004. En particular han aumentado las consultas de medicina general y de odontología: entre 1995 y el 2004 las consultas de medicina general por habitante pasaron de 1,23 a 1,53, y las de odontología de 0,20 a 0,46. Al mismo tiempo, las consultas de especialistas cayeron de 0,69 a 0,64. Esto último podría ser un signo positivo, si reflejara un aumento en la capacidad resolutoria de la red de atención primaria y por tanto una disminución de las referencias a

especialistas; sin embargo, un dato negativo que opera contra esta hipótesis es el aumento alarmante sufrido por las consultas de urgencia, que durante ese periodo casi se duplicaron en términos absolutos y en términos per capita pasaron de 0,63 en 1995 a 0,96 en el 2004.

Cuadro 10

COSTA RICA: NÚMERO DE CONSULTAS POR HABITANTE SEGÚN CATEGORÍA (1990-2004)

Indicador	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Externas	2,20	2,20	2,43	2,49	2,61	2,70	2,75
Medicina General	1,19	1,23	1,38	1,39	1,49	1,53	1,56
Especialidades	0,72	0,69	0,61	0,62	0,64	0,63	0,64
Odontológicas	0,21	0,20	0,35	0,39	0,40	0,44	0,46
Otros profesionales	0,07	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09
Urgencias	0,51	0,63	0,85	0,88	0,88	0,90	0,95
Total	2,71	2,83	3,28	3,37	3,49	3,60	3,70

Fuente: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.

El aumento de las consulta en urgencias es un indicador muy negativo, no sólo porque el costo de una consulta de urgencia es aproximadamente tres veces mayor que el de una consulta externa, sino porque refleja un problema de gestión en la consulta externa. Entre 1995 y el 2004 las consultas de urgencias pasaron de representar el 22,4% de todas las consultas al 25,6%, a pesar de que uno de los propósitos de la estrategia de establecimiento de los EBAIS era precisamente desalojar la presión existente sobre las clínicas y en particular los hospitales. Este fenómeno se relaciona con tres circunstancias. En primer lugar, por incapacidad de resolución de las entidades a cargo de la atención primaria, principalmente por limitaciones de horario. En segundo lugar, por la incapacidad de la red de atención secundaria para satisfacer oportunamente la demanda de consulta con especialistas: por la vía de urgencias los pacientes pueden saltarse una espera para ser atendidos por un médico especialista que a veces supera varios meses. En tercer lugar, finalmente, por que la población no asegurada, en caso de asistir a la consulta externa durante el día, se ve obligada a realizar los trámites de verificación de derechos (que actualmente sólo se realizan durante el día) y los servicios que se le brinden le serían facturados a precio de costo, mientras que en los servicios de urgencias durante la noche son atendidos pero esa verificación no se realiza y por tanto no se les facturan los servicios brindados. El uso de este mecanismo para evitar los controles administrativos es utilizado en particular por la población inmigrante que no ha legalizado su situación en el país, y que por tanto no está asegurada ni por cuenta propia, ni por cuenta de un patrono o del Estado.

El peso relativo de los hospitales en la producción de consulta ha venido disminuyendo en estos años, del 45% en 1996 a menos del 35% en el 2004. Esto se explica por el hecho de que casi el 90% del crecimiento en la producción ha sido resultado de la actividad de las Clínicas y las Áreas de Salud (conformadas estas últimas por EBAIS y clínicas menores), tal y como se había previsto en el diseño de la reforma.

Cuadro 11

COSTA RICA: CONSULTAS EXTERNA, GENERALES, ESPECIALIDADES Y URGENCIAS (1996-2004)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Medicina General									
Hospitales nacionales	65 375	69 622	74 305	76 593	71 426	18 794	20 951	23 990	24 994
Hospitales	721 642	658 658	421 139	379 569	379 650	387 243	285 068	255 614	227 557
Clínicas	2 238 926	2 089 699	1 366 469	720 399	646 044	691 186	706 165	708 850	760 103
Áreas	1 395 696	1 817 555	3 095 257	3 973 740	3 835 836	3 977 238	4 534 718	4 866 276	5 114 966
Sub total	4 421 639	4 635 534	4 957 170	5 150 301	4 932 956	5 074 443	5 546 902	5 854 730	6 127 620
Especialidades									
Hospitales nacionales	977 755	1 073 829	983 477	1 021 576	988 516	990 655	1 042 017	1 074 632	1 081 462
Hospitales	785 608	884 837	865 239	882 379	851 145	884 184	921 085	928 706	979 387
Clínicas	660 842	640 681	559 316	352 853	330 916	482 954	484 788	441 808	471 628
Áreas	29 692	34 246	57 050	218 998	197 575	112 932	127 930	143 093	145 110
Sub total	2 453 897	2 633 593	2 465 082	2 475 806	2 368 152	2 470 725	2 575 820	2 588 239	2 677 587
Urgencias									
Hospitales nacionales	369 938	400 247	551 996	562 027	589 681	600 200	585 713	575 920	612 357
Hospitales	1 233 535	1 275 839	1 318 671	1 400 947	1 504 642	1 497 542	1 520 561	1 547 856	1 609 927
Clínicas	470 341	520 635	434 212	392 990	387 248	422 665	379 672	383 223	414 181
Áreas	219 809	304 870	452 510	632 935	762 216	904 098	982 946	1 131 290	1 238 085
Sub total	2 293 623	2 501 591	2 757 389	2 988 899	3 243 787	3 424 505	3 468 892	3 637 659	3 874 550
Total de Consultas									
Hospitales nacionales	1 413 068	1 543 698	1 609 778	1 660 196	1 649 623	1 609 649	1 648 681	1 673 912	1 718 813
Hospitales	2 740 785	2 819 334	2 605 049	2 662 895	2 735 437	2 768 969	2 762 714	2 732 176	2 816 871
Clínicas	3 370 109	3 251 015	2 359 997	1 466 242	1 364 208	1 596 787	1 570 625	1 533 881	1 645 912
Áreas	1 645 197	2 156 671	3 604 817	4 825 673	4 795 627	4 994 268	5 645 594	6 140 659	6 498 161
Total de Consultas	9 169 159	9 770 718	10 179 641	10 615 006	10 544 895	10 969 673	11 591 614	12 080 628	12 679 757

Fuente: Construcción propia, a partir de información de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Departamento de Estadística. CCSS.

En el año 2004 una consulta costaba a la CCSS en promedio US\$ 32. Sin embargo, estos costos se distribuyen desigualmente, según se trate de hospitales, de clínicas, de áreas de salud o de proveedores externos contratados por la CCSS para brindar los servicios.⁴ En el año 2003 la consulta brindada por un hospital costaba US\$ 43, frente a US\$ 24,1 dólares que costaba en la red de atención primaria y los US\$ 21 que costaba en los proveedores externos. Es necesario aclarar que estos datos deben ser tomados con precaución, ya que la CCSS no cuenta con un sistema de contabilidad de costos que impute adecuadamente a cada producto los costos necesarios para su producción, de manera que es posible que la diferencia real de costo se menor.

⁴ La experiencia de proveedores externos de servicios de salud se visita en la sección sobre la cobertura del seguro de salud.

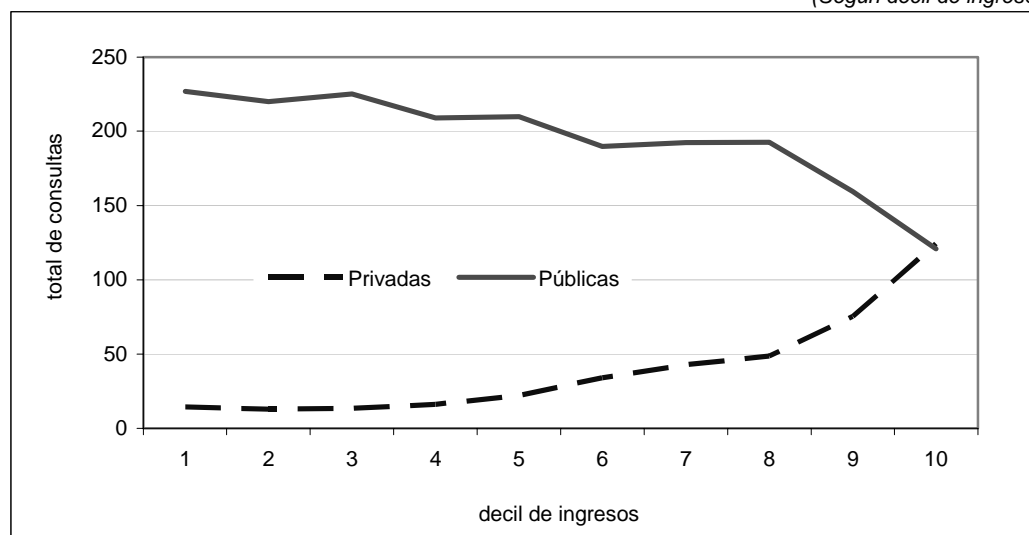
Cuadro 12
COSTA RICA: COSTO POR CONSULTA, 1995-2004
(En dólares)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Promedio Institucional	23,5	30,3	31,4	32,9	33,7	32,0
Hospitales Desconcentrados	34,3	40,8	41,7	41,0	43,0	43,4
Región Central Norte	24,0	23,6	24,2	26,2	26,4	24,2
Región Central Sur	23,9	27,8	28,4	31,6	32,4	29,0
Región Huetar Norte	20,0	26,4	30,5	33,4	34,6	34,4
Región Pacífico Central	29,0	28,3	30,3	31,4	32,4	33,2
Región Chorotega	23,2	26,1	26,5	27,3	25,3	23,9
Región Huetar Atlántica	25,1	29,7	34,1	35,2	32,5	28,6
Región Brunca	23,6	33,6	36,6	37,8	40,2	38,6
Clínicas menores y Áreas de Salud	17,0	21,4	23,9	24,7	24,1	nd
Cooperativas	nd	20,1	22,9	19,7	21,0	nd

Fuente: Elaboración propia con datos del Departamento de Contabilidad. CCSS.

Finalmente, es necesario mencionar que uno de los principales desafíos que tiene la CCSS para consolidar su legitimidad es promover el uso de la consulta externa por las clases medias, particularmente entre aquellas de edad media, que constituyen el grupo que aporta el grueso del financiamiento al seguro de salud. El gráfico siguiente muestra las tasas de utilización de consultas, por decil de ingreso, calculado con base en la última encuesta de hogares realizada en el país, en el año 2001:

Gráfico 3
CONSULTAS PÚBLICA Y PRIVADAS - 2001
(Según decil de ingreso)

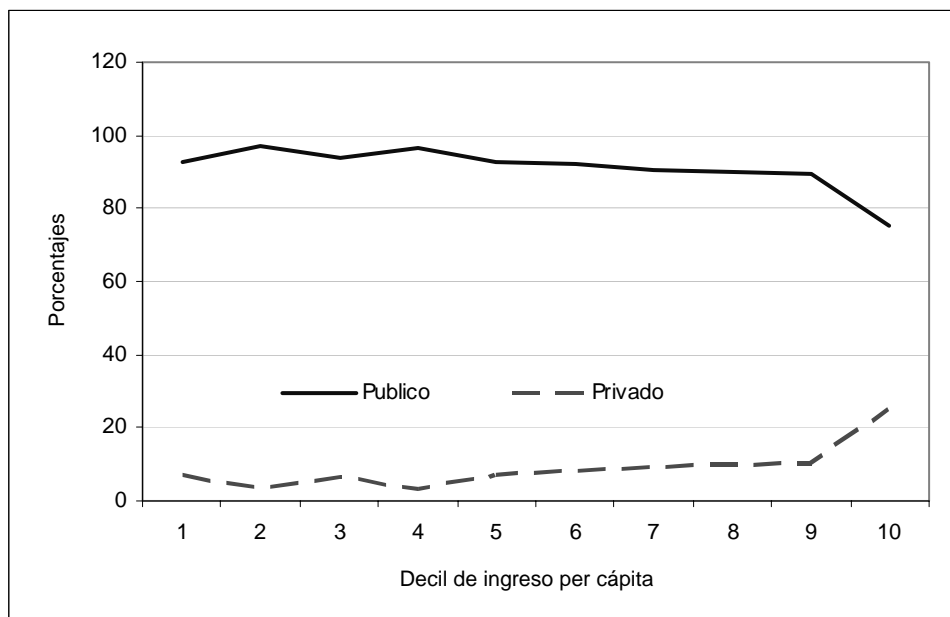


Puede verse en este gráfico que conforme aumenta el nivel de ingreso, aumenta la tasa de consulta privada y disminuye la tasa de consulta pública.⁵ Este comportamiento posiblemente se repita en muchos países, y para la región representa una tasa de utilización de la consulta pública extraordinariamente alta. Sin embargo, dado el contexto y la historia institucionales de Costa Rica, estos datos denotan una erosión del carácter pluriclasista que se ha intentado imprimir a la seguridad social. El origen de que la tasa de utilización de las personas de mayores ingresos sea más baja tiene que ver posiblemente con deficiencias de gestión: los horarios de la atención de primer nivel –de 7 a.m. a 4 p.m.– no son aptos para las personas de clase media –en general reacias a ausentarse del trabajo para ir al médico–, y la atención de segundo nivel –consulta médica especializada– adolece de tiempos de espera –tanto para la asignación de la cita como en el centro de atención el día mismo de la cita– que resultan intolerables para los grupos de ingresos medios registrados por la encuesta entre los deciles superiores de ingreso. Más adelante se discutirán alternativas para hacer frente a estos problemas y promover la consulta externa pública entre los grupos de ingresos medios.

B. Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria que se brinda en el país es de buena calidad, lo cual se ve probado por el hecho de que los servicios hospitalarios de internamiento son altamente utilizados por personas de todos los deciles de ingreso, a diferencia de lo que ocurre con la consulta externa. El gráfico siguiente muestra el porcentaje de personas consultadas en la última encuesta de hogares, clasificadas por nivel de ingreso, para las cuales la última hospitalización había sido en un hospital privado y el de aquellas para quienes había sido en un hospital público:

Gráfico 4
COSTA RICA: PORCENTAJE DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS SEGÚN DECIL DE INGRESO PER CÁPITA POR LUGAR DE LA ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN, 2001
(Decil de ingreso per cápita)



Fuente: Departamento de Estadística. Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2001. INEC.

⁵ Una regresión logística estimada a partir de los datos de la encuesta de hogares muestra, con un margen de confianza del 95%, que por cada aumento en el decil de ingreso per capita, la propensión a utilizar consulta médica privada aumenta en un 36%. Ver un resumen de los resultados en el anexo.

Este es uno de los mayores logros de la seguridad social costarricense: las personas de todos los deciles de ingreso utilizan los hospitales públicos. Ello quiere decir que los hospitales públicos, a pesar de sus diversos problemas, tienen un nivel de calidad lo suficientemente alto como para ser usados por las clases medias, al mismo tiempo que se garantiza a las clases de menores ingresos su acceso a ellos, sin diferenciación alguna.

Además, la producción ha venido creciendo aceleradamente, a pesar de que el esfuerzo de expansión de capacidad realizado por el país se ha concentrado más que en el nivel hospitalario en el de la atención primaria. Como puede verse en el cuadro siguiente, el número de egresos hospitalarios ha aumentado en casi un 20% entre 1995 y el 2004, a pesar de que el número de camas no ha aumentado durante el periodo.

Cuadro 13
COSTA RICA: EGRESOS HOSPITALARIOS

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2004
Egresos hospitalarios	292 605	298 297	292 092	325 846	329 013	342 198	348 723

Fuente: Construcción propia, a partir de "Indicadores de la Seguridad Social".

Sin embargo, existen problemas de gestión que han limitado los avances en materia de eficiencia y de oportunidad en la atención, lo cual se manifiesta principalmente en la existencia de “colas” –listas de espera para el internamiento– que a veces toman varios meses. Estas listas de espera crean condiciones para mecanismos poco transparentes de asignación de espacio: por ejemplo, médicos que reciben a los pacientes en su consulta privada y realizan las gestiones necesarias por que se les asigne una cama al margen de las colas existentes, lo cual puede incluir en casos extremos el cobro de comisiones por el servicio (llamadas “biombos”); así, los pacientes de ingresos altos que están dispuestos a incurrir en esta práctica (que es delictiva) consiguen disminuir el tiempo de espera y pasar por delante de otros pacientes con menores recursos o mayores escrúpulos.

La tasa de egresos hospitalarios por cada cien habitantes se ha venido reduciendo de manera constante, y entre 1990 y 2004 pasó de 9,6 a 8,0 por cada 100 habitantes, evolución que pareciera ir en la dirección correcta, sobre todo si se considera que no manifiesta una reducción en la eficiencia de la atención, ya que en ese campo por el contrario se han logrado ligeras mejoras: la estancia promedio por egreso disminuyó de 6 días en 1990 a 5,3 días en 2004, mientras que el giro de camas hospitalarias aumentó de 44,5 a 58,1 y el índice de ocupación de camas de 76,7% a 80,9% durante ese periodo. Dos indicadores de eficiencia hospitalaria que sin embargo muestran un ligero deterioro durante este periodo, son la estancia preoperatoria, que pasó de 1,58 días en 1990 a 1,88 en el 2003, y el número de cesáreas por cada 100 partos atendidos, que pasó de 19,5 a 22,0.

Cuadro 14

COSTA RICA: INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

INDICADOR	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Egresos hospitalarios por 100 hab	9,59	8,60	8,40	8,38	8,23	8,26	8,38	8,34	8,23	8,21	8,04
Estancia hospitalaria promedio (días)	6,01	5,84	6,11	5,91	5,50	5,80	5,46	5,33	5,22	5,73	5,29
Giro de camas hospitalarias	44,50	49,94	49,93	51,31	51,55	53,06	55,49	56,23	56,83	57,65	58,08
Índice de ocupación de camas	76,76	80,28	81,09	81,18	79,61	80,54	81,67	82,37	81,29	81,65	80,91
Estancia pre-operatoria (días)	1,58	1,61	1,49	1,05	1,34	1,28	1,86	1,94	1,90	1,88	nd
Índice de cesáreas por 100 partos	19,52	21,21	21,25	18,16	21,23	21,99	21,28	22,18	21,95	22,02	nd

Fuente: "Indicadores de la Seguridad Social". Departamento de Estadística. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.

No deja de ser preocupante el deterioro en algunos indicadores de calidad durante este periodo. Entre 1990 y el 2003 la tasa de mortalidad hospitalaria por cada 100 egresos ha pasado de 1,8 a 2,2 y la tasa de mortalidad post-operatoria de 0,35 a 0,72. Esto puede estar relacionado con la mayor complejidad de los casos que están siendo atendidos en la red o a una simple mejora en los registros estadísticos, pero en todo caso es una señal de alarma. Otros indicadores como la tasa de mortalidad materna hospitalaria por 1000 egresos y la tasa de mortalidad fetal por 1000 egresos se mantienen en niveles muy bajos y prácticamente no han cambiado.

Cuadro 15

COSTA RICA: CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1990-2004

INDICADOR	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tasa de mortalidad hospitalaria por 100 egresos	1,81	1,99	1,98	1,97	2,00	1,97	1,90	1,99	2,11	2,17
Medicina	6,94	7,64	8,22	7,61	8,06	7,95	7,31	8,36	8,54	8,77
Ginecobstetricia	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,02	0,04	0,03	0,02
Pediatria ¹	1,25	1,15	0,91	1,11	1,04	1,01	1,35	1,50	2,64	2,50
Cirugía	1,55	1,79	1,80	1,69	1,64	1,69	1,25	1,15	1,31	1,28
Pensión (Pago directo)	1,20	0,72	0,63	0,36	0,51	0,51	0,82	0,33	0,34	0,69
Cuidados intensivos ²	75,63	80,45	80,99	84,33	81,82	77,53	0,00	0,00	0,00	0,00
Crónicos ³	4,15	4,86	4,45	4,96	4,92	4,37	0,49	0,21	0,50	0,63
Tasa de mortalidad post-operatoria por 100 operaciones	0,35	0,50	0,47	0,42	0,61	0,51	0,68	0,66	0,65	0,72
Tasa de mortalidad materna por 1000 egresos ⁴	0,11	0,13	0,07	0,12	0,15	0,14	0,13	0,10	0,13	0,13
Tasa de mortalidad fetal hospitalaria (100%) ⁵	10,28	10,62	11,38	11,23	11,65	11,53	11,29	10,88	12,23	11,13

Fuente: "Indicadores de la Seguridad Social", Departamento de Estadística. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

¹ Incluye Cirugía de Niños.

² Para el año 2000 la atención de los pacientes de cuidados intensivos se encuentra incluida en los diferentes servicios.

³ Comprende Psiquiatría, Geriátrica y Rehabilitación.

⁴ Por cada 1000 egresos del Servicio de Ginecobstetricia.

⁵ Tasa por cada 100 nacimientos más defunciones fetales.

En cuanto a los costos por estancia, han venido aumentando aceleradamente. El promedio institucional por estancia ha aumentado en más del 72% en dólares corrientes entre 1995 y el 2004; este porcentaje es 75% en los grandes hospitales, que concentran casos más complejos que el resto.

Cuadro 16

COSTA RICA: COSTO POR ESTANCIA POR AÑO (DÓLARES) 1995-2004

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Promedio Institucional	139,3	187,6	209,9	232,8	203,0	240,4
Hospitales Desconcentrados	171,1	230,8	254,0	284,5	274,8	300,6
Región Central Norte	135,4	195,0	215,9	227,5	221,7	242,7
Región Central Sur	66,9	88,0	104,2	120,6	77,2	111,7
Región Huetar Norte	157,6	194,8	214,7	241,2	244,8	259,8
Región Pacífico Central	167,1	246,6	283,4	282,7	266,0	295,4
Región Chorotega	162,2	217,0	230,1	244,1	241,0	276,0
Región Huetar Atlántica	178,6	207,4	221,7	244,3	226,6	254,7
Región Brunca	159,1	209,1	228,2	246,3	234,9	255,3

Fuente: Elaboración propia con datos del Departamento de Contabilidad. Sección Costos Hospitalarios.

El relativo estancamiento que muestra la mayor parte de indicadores en estos últimos 10 años, manifiesta que en la modernización de la red de segundo y tercer nivel, y en particular de la red hospitalaria, se ha avanzado mucho menos que en los demás campos. Efectivamente, ha habido pasos muy importantes en el proceso de desconcentración, que han dado mayor autonomía a los hospitales, pero según se ha dicho ese proceso no ha sido acompañado de una transferencia de riesgo que promueva efectivamente un mejor desempeño en los hospitales. Tampoco se ha conseguido completar una adecuada articulación entre los tres niveles de atención, de manera que se aumente aún más la capacidad resolutive de segundo nivel en las clínicas y las áreas de salud, y que incluso se promuevan las intervenciones menos complejas (como los partos sin complicaciones) en las clínicas secundarias, donde su costo es mucho menor que en los hospitales y donde parte de la atención puede realizarse a domicilio.⁶

C. Medicamentos y exámenes de laboratorio

El Seguro Social en Costa Rica cubre tanto los servicios de atención y diagnóstico como los medicamentos requeridos por los asegurados. Para ello cuenta con una lista oficial de medicamentos (LOM) conformada por 54 grupos terapéuticos, entre ellos antihipertensivos, antibióticos, hemostáticos, analgésicos no narcóticos, anestésicos generales, etc. De cada grupo específico y de acuerdo con su principio activo y sus propiedades farmacológicas, se selecciona un medicamento, en una o varias presentaciones farmacéuticas; no existe en la LOM duplicaciones de principio activo con propiedades farmacéuticas similares, pero sí diferentes presentaciones farmacéuticas de un mismo principio activo, con el fin de que el médico pueda prescribir aquella que mejor se adecue a las necesidades y condiciones del paciente. Con el arsenal terapéutico de la LOM, constituido por más de 500 medicamentos, se da respuesta al 97% de la morbi-mortalidad del país. Todos son comprados centralmente, dadas las economías de escala que se presentan en la compra de medicamentos. La inclusión y exclusión de medicamentos es decidida por el Comité Central de Farmacoterapia, que se reúne varias veces al mes para tal efecto. En los últimos años se ha incluido un promedio de 9,5 principios activos por año.⁷

⁶ Un parto sin complicaciones en la Clínica de Coronado, por ejemplo, cuesta alrededor del 50% de lo que cuesta en el Hospital Calderón Guardia, uno de los más importantes del país. Con una adecuada tutela de los hospitales, una parte importante de los internamientos para observación y para intervenciones menores podría realizarse en las clínicas menores, lo cual reduciría los costos por estancia y reduciría la saturación de las clínicas mayores y de los hospitales.

⁷ "Política Institucional de medicamentos esenciales y lista oficial de medicamentos", Departamento de Farmacoepidemiología, CCSS, 2005.

Además existe la posibilidad de prescribir excepcionalmente medicamentos que no se encuentren en la LOM, pero debe seguirse con una serie de procedimientos de aprobación que busca racionalizar el gasto en medicamentos y reducir el peligro de que el médico tratante asuma por cuenta de la institución riesgos excesivos en el tratamiento de un paciente.

Hasta hace poco la Caja ha tenido políticas relativamente flexibles en cuanto al uso de medicamentos genéricos. Aunque durante unos años aumentó marcadamente el uso de productos de marca, esa tendencia se ha revertido y en la actualidad la proporción de esos medicamentos ha vuelto a su nivel histórico del 40%.

La prescripción de medicamentos y exámenes de laboratorio constituye uno de los disparadores del gasto en salud. Ello resulta de dos factores. Uno de ellos es el aumento dramático que ha experimentado el número de medicamentos y de exámenes de laboratorio prescritos por los médicos. El número promedio de medicamentos prescritos por egreso hospitalario ha pasado de menos de 7 en 1990 a más de 16 en el 2003; por su parte, el número de exámenes de laboratorio prácticamente se ha duplicado en todos los casos: su número por egreso hospitalario pasó de 15,8 a casi 30 en el 2004, por consulta externa pasó de 1,15 a 2,20 y por consulta de urgencias pasó de 0,87 a casi 2.

Cuadro 17
COSTA RICA: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO 1990-2004

INDICADOR	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Promedio de medicamentos prescritos por caso atendido							
Promedio por egreso hospitalario	6,57	10,22	14,35	15,24	16,51	16,13	14,56
Promedio por consulta externa (1)	2,43	2,47	2,79	2,88	2,96	2,78	2,94
Promedio por consulta de urgencias	1,74	1,92	1,82	1,91	1,96	1,98	2,00
Promedio de exámenes de laboratorio prescritos por caso atendido							
Promedio por egreso hospitalario	15,80	22,87	24,00	25,59	26,99	27,93	29,61
Promedio por consulta externa (1)	1,15	1,30	2,04	2,21	2,34	2,15	2,20
Promedio por consulta de urgencias	0,87	1,20	1,66	1,80	1,95	2,02	1,97

Fuente: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

(1) No incluye Medicina Mixta ni Médico de Empresa.

El otro factor que hace de los medicamentos y los exámenes un disparador del gasto, es el aumento en el costo promedio de los medicamentos. Esto obedece a la incorporación dentro del cuadro básico de algunos medicamentos muy costosos para atender enfermedades emergentes como el SIDA, así como a una excesiva prescripción de medicamentos que no están incluidos en la lista. Esto último se debe a problemas de control y de incentivos: no siempre se respetan los procedimientos estipulados para la prescripción de medicamentos que no estén en la LOM y los compromisos de gestión no contemplan incentivos para limitar estas prácticas. A continuación se presenta un cuadro con los costos asociados a medicamentos que no están en la Lista Oficial de Medicamentos que fueron autorizados por el Comité Farmacéutico:

Cuadro 18
COSTA RICA: MEDICAMENTOS NO LOM DE ALTO COSTO AUTORIZADOS, 2004
(En dólares)

	Pacientes	Costo mensual por paciente	Costo del tratamiento por paciente	Costo total
Rituximab	14	10 800	10 800	151 200
Docetaxel	20	4 408	26 448	528 960
Irinotecan	14	3 044	18 264	255 696
Trastuzumab	16	3 000	18 000	288 000
Imatinib	17	2 400	28 800	489 600
Gemcitabina	18	1 850	11 100	199 800
Etanercept	2	1 181	14 172	28 344
Vinorelbina	4	613	3 678	14 712
Carboplatino	10	128	768	7 680
Total	115			1 963 992

Fuente: Departamento de Farmacoepidemiología, CCSS.

El problema de los medicamentos se ha venido agravando en los últimos años como resultado de una serie de resoluciones de la Sala Constitucional que ha obligado a la CCSS a ofrecer a sus pacientes tratamientos prescritos por el médico tratante que están fuera del cuadro básico y que no fueron autorizados por el Comité de Farmacia. Con el argumento de que la Constitución Política garantiza el acceso a la salud a toda la población nacional, esas resoluciones han pasado por encima los procedimientos existentes dentro de la CCSS para prescribir medicamentos que no se encuentren dentro del cuadro básico, y han obligado a la seguridad social a asumir el costo de tratamientos extraordinariamente onerosos que en muchos casos sólo consiguen alargar unos meses o unos pocos años la vida al paciente, en condiciones de muy baja calidad de vida. Como puede verse en el cuadro siguiente, sólo en el año 2004 las resoluciones del Tribunal Constitucional, que beneficiaron solo a 40 pacientes, han tenido un costo para la seguridad social de casi un 1% del gasto total en medicamentos para toda la población.

Cuadro 19
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS RECURSOS DE AMPARO, 2004
(En dólares)

Concepto	Monto
Gasto total en medicamentos durante el 2004	65 197 105
Costo de 40 recursos de amparo	525 018
Gasto por paciente	13 125

Fuente: Departamento de Farmacoterapia, CCSS

Una de las discusiones planteadas actualmente en el país tiene que ver con fijar límites precisos a los tratamientos excesivamente complejos y costosos, de manera que no consuman el presupuesto que debería destinarse a mejorar la atención de enfermedades más comunes y prioritarias. Una de las alternativas que se está valorando es constituir un fondo especial para esos tratamientos, con un determinado presupuesto anual que podría ser engrosado con donaciones privadas o de diversas organizaciones, o incluso con aportaciones del Estado, si éste considerara pertinente la atención de determinadas patologías; una vez que el fondo se agota, desaparece la

posibilidad de brindar más tratamientos. En una sección posterior se analizará el caso particular de los tratamientos contra el cáncer, que constituye una de las primeras causas de mortalidad del país.

D. Prestaciones en dinero

Las prestaciones económicas por incapacidad de enfermedad y maternidad constituyen un costo de cierta relevancia para el seguro de salud. Estas prestaciones sólo se dan a los trabajadores que son asegurados directos, no así a los asegurados voluntarios, que tienen una tasa de cotización inferior a la de los trabajadores.

Los datos muestran que en general no ha habido un descontrol en materia de pago de incapacidades. Como puede verse en el cuadro, todos los indicadores oscilan entre 1995 y 2004, pero sin presentar cambios muy radicales: el número de incapacidades por asegurado ha pasado de 0,56 a 0,62; el número de días de incapacidad promedio por asegurado de 5,21 a 5,25; y el número de días de incapacidad por caso de 9,14 a 8,53. Esta evolución podría considerarse positiva si se tiene en cuenta que con la expansión de la cobertura de servicios alcanzada con la creación de los 893 EBAIS se ha multiplicado el número de puntos habilitados para otorgar incapacidades.

Cuadro 20

COSTA RICA: INCAPACIDADES TEMPORALES POR ASEGURADO DIRECTO ACTIVO 1990-2004

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Total de órdenes de incapacidad	0,64	0,56	0,53	0,60	0,59	0,62	0,62
Enfermedad	0,61	0,55	0,52	0,59	0,58	0,61	0,60
Maternidad (1)	0,07	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03	0,03
Días de incapacidad	5,81	5,21	4,96	5,35	5,25	5,40	5,25
Enfermedad	4,11	3,71	3,63	3,99	3,93	4,10	4,00
Maternidad (1)	5,19	4,81	3,47	4,33	4,16	4,10	3,93
Días de incapacidad por caso	9,14	9,25	9,32	8,90	8,85	8,70	8,53
Enfermedad	6,71	6,77	7,01	6,77	6,78	6,73	6,61
Maternidad (1)	75,60	92,01	93,61	105,29	103,37	117,92	117,84

Fuente: Departamento de Estadística, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

(1) Índice por asegurado activo directo.

No obstante, sí se presenta un serio problema en lo que se refiere a las incapacidades otorgadas a funcionarios de la misma CCSS. El número de incapacidades por trabajador alcanza en el año 2004 un promedio de 2,6, más de 5 veces el número de incapacidades otorgadas al conjunto de los trabajadores del país. Aunque la duración promedio de cada orden de incapacidad a funcionarios de la CCSS es de 6,65 días, más reducida que el promedio nacional de 8,53 días, de todas formas el mayor número de incapacidades hace que los trabajadores de la CCSS reciban en promedio 17,3 días de incapacidad por año, mientras que los demás trabajadores menos de 4,5 días por año. Dicho en términos de costos, los trabajadores de la CCSS reciben un 20% de todos los subsidios por incapacidad otorgados por la CCSS, a pesar de que sólo representan un 3,8% de la población asegurada. Este fenómeno, que muy posiblemente se produce porque los médicos no aplican a sus compañeros de trabajo el mismo rasero que a otros pacientes, tiene un correlato en el otorgamiento de pensiones de invalidez: un 20% de las pensiones de invalidez vigentes en el año 2004 habían sido otorgadas a funcionarios de la CCSS.

E. Los costos de tratar el cáncer

La CCSS ha ido expandiendo el cuadro de patologías atendidas más o menos sin tener en cuenta ningún criterio de sostenibilidad económica del seguro de salud. El debate de fondo tiene fuertes implicaciones éticas: ¿debe la seguridad social consagrar sus recursos a la atención de patologías muy complejas y costosas, padecidas por un número muy reducido de personas? Para hacer frente a las patologías padecidas por esas personas, debe reducirse los recursos asignados a los programas preventivos y en particular a la promoción de la salud, cuyos resultados son mucho menos vistosos e inmediatos, aunque sus beneficios alcanzan a una población mucho más amplia y con resultados de calidad de vida a la larga mucho más significativos. ¿En qué proporción es aceptable para la sociedad distraer dichos recursos? Sin ningún ánimo de entrar en esa discusión, se presentan a continuación algunos datos significativos sobre las implicaciones financieras de una de las enfermedades que más cuesta a la seguridad social: el cáncer.

El cuadro siguiente presenta los principales indicadores agregados vinculados con el costo de la atención del cáncer. Como puede verse, los costos reportados pasan de US\$ 44,1 millones en el año 2000 a US\$ 60,7 millones en el 2003, lo cual representa una tasa de crecimiento promedio de 11,2% por año. Esto significa que los costos asociados a la atención del cáncer aumentan su peso relativo dentro del gasto de la seguridad social y del gasto en salud en general. El gasto per capita pasó durante ese periodo de US\$ 11,2 a US\$ 14,6. Como proporción del gasto en salud, el 4,2% que exhibe Costa Rica se encuentra por encima de la mayor parte de países del mundo, y al nivel de algunos países de un nivel de desarrollo muy superior, tales como Estados Unidos (6%), Canadá (4.6%), Holanda (4.8%), Alemania (4.0%) y Suecia (4.1%). Finalmente, el gasto en medicamentos también ha aumentado su peso dentro de la estructura total, hasta llegar al 7% para el año 2003. Este porcentaje supera los gastos de estos insumos para otras enfermedades, incluso para aquellas consideradas altamente costosas en este aspecto, tales como el VIH/SIDA, donde la relación del gasto en medicamentos anti-retrovirales no supera el 6% en los últimos años.⁸

Cuadro 21
COSTA RICA: PRINCIPALES INDICADORES DEL GASTO PÚBLICO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CIFRAS 2000-2003

(Unidad de medida indicada en cada fila)

Indicador	2000	2001	2002	2003
Gasto público en cáncer (millones de colones)	13 597	16 728	19 164	24 138
Gasto público en cáncer (millones de US\$)	44,1	50,8	53,4	60,7
Per capita (colones)	3 464	4 175	4 706	5 809
Per capita (US\$)	11,23	12,69	13,07	14,56
% del Gasto del Seguro de Salud (%)	5,90	6,20	6,30	6,80
% del Gasto Público en Salud (%)	5,50	5,80	5,60	6,00
% del Gasto Total en Salud (%)	3,90	4,00	3,90	4,20
Gasto de Medicamentos (Cáncer/Total Seguro de Salud) (%)	5,30	6,10	5,60	7,00

Fuente: Picado, Castillo et al. Costo económico del cáncer en Costa Rica, 2004, CCSS.

Esta evolución obedece a dos circunstancias. Por una parte, el cáncer es la segunda causa de muerte en el país, con poco más de 3,000 defunciones al año. Por otra parte, ha habido una tendencia a adoptar rápidamente los avances en materia de tratamientos y tecnología médica, ya sea por decisión de los directores de hospitales (que en ese campo han tendido a ejercer una autonomía que no les concede la ley de desconcentración), ya sea por decisión de las autoridades judiciales que han dado la razón a los pacientes que solicitan la prescripción de aquellos tratamientos que por su costo o por estar aún en periodo de prueba no han sido adoptados por la CCSS.

⁸ Picado y Sáenz (2003) en sus estimaciones de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, concluyen que el peso relativo de los anti-retrovirales en el presupuesto destinado para la compra de medicamentos en el Seguro de Salud pasó de significar 9.7% en el 2000 a 5.4% en el 2002, producto de la fuerte caída en el precio de estos medicamentos.

V. Cobertura

La cobertura del seguro de salud tiene dos componentes, que en materia de diseño de políticas a veces entran en conflicto. Por una parte, está la cobertura de los servicios de salud; por otra parte, la cobertura de aseguramiento, que incluye el aseguramiento contributivo y otras formas de aseguramiento como el aseguramiento por cuenta del estado para las personas de escasos ingresos. La Constitución de la República establece que la CCSS debe procurar la universalidad del seguro de salud, lo cual tradicionalmente se ha entendido como el mandato de dar acceso a sus servicios a toda la población del país, pero que podría interpretarse como el mandato de procurar que toda la población contribuya al seguro. Igualmente la Constitución establece que la salud es un derecho para toda la población, aunque no menciona que se trate necesariamente de un derecho gratuito. En todo caso, algunas políticas tendientes a extender la cobertura de los servicios pueden eliminar los incentivos al aseguramiento, así como, viceversa, algunas políticas para promover el aseguramiento pueden tener como consecuencia poner restricciones al acceso a los servicios de salud. La tensión entre ambos objetivos constituye en este momento uno de los principales objetos de debate sobre la seguridad social costarricense, en la medida en que ésta hace frente a serios problemas de financiamiento y a un serio estancamiento de su cobertura de aseguramiento.

El cuadro siguiente presenta los principales hitos en los intentos de extender la cobertura horizontal del seguro de salud, tanto la cobertura de aseguramiento como la cobertura de los servicios:

COSTA RICA: MEDIDAS PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE LOS SEGUROS SOCIALES

Año	Acciones realizadas
1941	Protección obligatoria de asalariados del Sector Urbano en el Seguro del salud
1947	Protección obligatoria de asalariados del sector urbano en el seguro de MM
1962	Extensión del seguro de salud a zonas rurales
1965	Aplicación de la protección familiar
1974	Creación del Régimen No contributivo de Invalidez, Vejez y Muerte
1975	Protección Obligatoria a trabajadores no asalariados ¹
1975	Creación del programa de asegurados voluntarios
1976	Obligatoriedad de contribución al seguro de salud para los pensionados
1984	Creación de Seguro por cuenta del Estado ²
1984	Protección mediante convenios de aseguramiento colectivo
1995	Obligatoriedad de tener seguro de pensiones para afiliarse al seguro de salud
1996	Seguro estudiantil de salud para todos los estudiantes del país
2005	Obligatoriedad legal de aseguramiento en salud y pensiones para los trabajadores independientes

Fuente: Dirección Aduarial y de Planificación Económica, CCSS, y elaboración propia.

¹ Por razones jurídicas, a partir de 1978 y hasta la ley de protección del trabajador se torna voluntario.

² Cobertura para los indigentes en el Seguro de Salud.

A. Extensión de los servicios

En la extensión de la cobertura de las prestaciones ha habido varios hitos relevantes. El primero de ellos fue la extensión del seguro de salud en 1965 a todo el grupo familiar: el cónyuge y los hijos menores de edad o estudiantes a tiempo completo hasta los 25 años. Un problema de aseguramiento vinculado a esta medida es el oportunismo de los miembros de la familia que trabajan pero no lo reportan, ya que de todas formas tienen acceso a las prestaciones por su condición de asegurados familiares; en el caso de las mujeres cónyuges que trabajan, algunas sólo reportan su condición de trabajadoras y asumen la condición de asegurado directo en el momento de quedar embarazadas, con el fin de beneficiarse de los subsidios de maternidad –que cubren únicamente a los asegurados directos–, y se dan de baja poco después de reintegrarse al trabajo. El segundo hito fue la creación en 1974 del Régimen No Contributivo de Pensiones, destinado a las personas mayores de 65 años que no cuenten con una pensión y que vivan en condiciones de pobreza extrema. Este seguro otorga una pensión relativamente baja (por debajo del 50% de la pensión contributiva mínima), pero sus beneficiarios tienen acceso al seguro de salud, lo cual representa posiblemente su principal atractivo. El tercer hito fue la creación en 1996 del seguro estudiantil, que da cobertura de servicios a todos los estudiantes del país, independientemente de que sus padres sean o no asegurados. Con esta medida se buscaba alcanzar simultáneamente dos objetivos sociales: mejorar la protección de los niños y promover que los padres los envíen a la escuela como un medio indirecto de garantizarles el acceso a la salud. Luego han sido promulgadas diversas leyes que dan acceso a los servicios de salud a diferentes grupos, tales como los niños y adolescentes y a los discapacitados, sin que ninguna de ellas cree fuentes de recursos para financiar dichos servicios. Y el cuarto hito ha sido el programa de extensión de la atención primaria a través de los EBAIS y las áreas de salud, que prácticamente ha dado acceso a los servicios de atención primaria a toda la población del país.

Una idea del grado en que la población rural más pobre tiene acceso a los servicios de salud la da el siguiente cuadro, que toma a los 5 cantones con mayor y los 5 con menor grado de desarrollo humano, de acuerdo con el índice de desarrollo humano (IDH) estimado por el Programa

Estado de la Nación, y los compara en una serie de servicios de salud. Como puede verse, no existen diferencias significativas entre ellos, al menos no en términos de la producción que consumen.

Cuadro 23
COSTA RICA: INDICADORES DE EQUIDAD CANTONAL 2004

Cantón	IDH	Pob. total	Días de estancia promedio	Egresos x 100 hab.	Estancias x 100 hab.	Consulta Externa x hab.	Consultas Urgencias x 100 hab.
Cinco más Altos							
115: Montes de Oca	0,83	53,413	5,52	8,13	44,88	3,39	55,63
102: Escazú	0,74	57,466	5,76	5,76	33,18	1,97	46,70
114: Moravia	0,74	53,522	5,00	6,18	30,91	1,68	61,24
402: Barva	0,72	36,078	4,15	7,18	29,83	2,55	157,08
401: Heredia	0,71	117,973	4,45	7,82	34,77	2,06	115,71
Cinco más Bajos							
215: Guatuso	0,21	14,871	4,52	5,48	24,77	1,13	155,41
510: La Cruz	0,18	17,397	4,41	7,36	32,42	2,83	99,73
213: Upala	0,14	38,312	4,20	8,58	36,05	2,25	104,36
214: Los Chiles	0,13	20,716	3,91	10,16	39,78	2,74	46,08
704: Talamanca	0,02	29,959	4,71	7,17	33,76	1,88	43,48

Fuente: Décimo Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, 2004 . Sistema de Información Cantonal, Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.

Nota: El cálculo del índice del 2004 se realizó con información del año 2002.

Los 5 cantones con menor desarrollo humano son rurales todos ellos y con una población muy dispersa, mientras que los 5 de mayor desarrollo humano son todos urbanos y con una población altamente concentrada. A pesar de ello, en los cantones más atrasados el número de egresos per capita es en promedio un 11% mayor que en los más avanzados, mientras que el número de consultas externas y de urgencias per capita es en promedio sólo un 10 y un 5% menor.

B. Extensión del aseguramiento

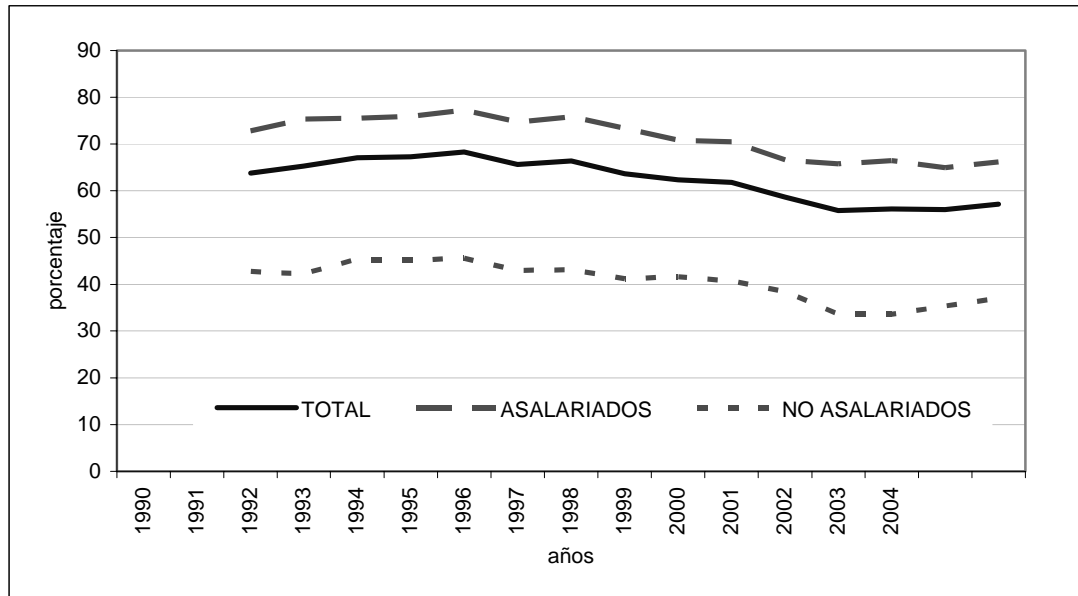
En la extensión de la cobertura de aseguramiento ha habido igualmente varios hitos. El primero de ellos fue la creación del seguro por cuenta del estado, que constituye un programa mediante el cual el Estado asume el pago del seguro de salud para las personas que viven en condiciones de extrema pobreza, de tal manera que su atención no sea financiada por el resto de los asegurados sino por el conjunto de la población nacional que paga impuestos. La contribución por cada asegurado por cuenta del Estado es equivalente a la contribución de un asalariado sobre la base del salario mínimo de contribución. El segundo hito fue la creación en 1975 del programa de asegurados voluntarios, que abrió la posibilidad de que aquellas personas que lo desearan, aunque no fueran trabajadores, pudieran cotizar voluntariamente al seguro de salud. El tercer hito fue la creación en 1984 del programa de convenios de aseguramiento colectivo, instrumento que autoriza a la CCSS a negociar con organizaciones gremiales una póliza colectiva para todos los miembros, tasada con base en un ingreso presuntivo. La responsabilidad por la recaudación de las aportaciones es la organización gremial, que a su vez se responsabiliza ante la CCSS por que todos los beneficiarios del seguro colectivo cumplan con el requisito de no tener ingresos superiores a cierto nivel por encima del ingreso presunto, responsabilidad cuyo cumplimiento no ha sido adecuadamente exigido por la CCSS. Este programa fue concebido especialmente para el aseguramiento de campesinos, aunque posteriormente se ha extendido a diversos grupos de

trabajadores independientes. El cuarto hito es el establecimiento en 1995 de la obligación de afiliarse al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte para todas las personas que estuvieran afiliadas al seguro de salud. Con esta medida se buscaba forzar la afiliación al seguro de pensiones a aquellas personas que voluntariamente estaban afiliadas al seguro de salud. Como estrategia para aumentar la cobertura contributiva de pensiones dio muy buenos resultados, porque el aseguramiento en el régimen de pensiones prácticamente se triplicó entre los no asalariados en los dos o tres años que siguieron a la medida. El quinto hito, finalmente, es el establecimiento de la obligatoriedad del aseguramiento entre todos los trabajadores, aunque no sean asalariados. Esta obligatoriedad entró en vigencia en enero del 2005, y fue establecida en la Ley de Protección al Trabajador, promulgada en el año 2000. Ya en 1975 hubo un intento de establecer esta obligatoriedad mediante una medida administrativa, que sin embargo tuvo que ser suspendida 3 años después precisamente por carecer de sustento legal.

Actualmente la CCSS está diseñando un programa que podría constituir un sexto hito en materia de extensión del aseguramiento, esta vez dirigido a la población inmigrante. Con dicha población existe un serio problema, ya que no es posible asegurarla mientras su residencia en el país sea ilegal. No obstante, se le prestan servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención. Por ello, desde el punto de vista de la seguridad social son bien vistas todas las medidas tendientes a regularizar su estatus migratorio. El programa que está a punto de iniciarse busca regularizar el estatus migratorio y la condición de aseguramiento de los trabajadores estacionales que entran al país desde Nicaragua y Panamá para la recolección de café. Estos trabajadores permanecen en el país durante los meses que dura la recolección del café, y se van desplazando desde las tierras de bajura, donde la recolección comienza más temprano, hacia las tierras de altura, en que el grano madura más tarde. Esta población es beneficiaria de los programas preventivos de primer nivel, tales como las vacunaciones que las brigadas de la CCSS realizan en los cafetales durante la cosecha; sin embargo, por su carácter estacional no son adecuadamente controlados, de manera que algunos niños son vacunados aunque ya hayan cumplido con su cuadro básico, y otros no reciben su tratamiento completo de manera que han desarrollado microorganismos poli-resistentes. Con esta población se implementará un convenio colectivo de aseguramiento, a cargo del Instituto del Café, entidad pública no gubernamental que brinda servicios a los cafetaleros.

Como puede verse en el gráfico siguiente, la extensión del seguro de salud se ha quedado estancada durante toda la década de los 90, e incluso ha venido retrocediendo en los últimos años. La extensión del aseguramiento constituye un serio desafío para la seguridad social costarricense, en vista los problemas de financiamiento que está atravesando.

Gráfico 5
COSTA RICA: COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD DE LA PEA OCUPADA SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Seguro de Salud.

Una de las dificultades para extender el aseguramiento es que el diseño actual del seguro de salud no genera incentivos suficientes para que las personas se aseguren. El Reglamento del Seguro de Salud, emitido por la Junta Directiva de la CCSS, prevé que quienes utilicen los servicios de salud sin estar asegurados los paguen al precio de mercado. Esta disposición excluye implícitamente a las personas sin capacidad económica para pagar el seguro, ya que ellas son aseguradas por cuenta del estado. De acuerdo con el reglamento, la consulta de urgencia puede ser pagada a posteriori, pero cualquier otra consulta tiene que ser cancelada de previo. Sin embargo, esta disposición no se cumple, ya sea porque la gestión de facturación y cobro no es lo suficientemente diligente, ya sea porque la población no asegurada evade los controles presentándose en la consulta de urgencias fuera de horas de oficina, cuando no se realiza en los establecimientos de salud la verificación de derechos. Ahora bien, aunque la institución aplicara a rajatabla esta disposición y extendiera a la noche la verificación de derechos, siempre existiría la posibilidad de que, ante un evento catastrófico, la persona se asegure: el seguro de salud no contempla ningún tipo de período de carencia, de manera que después de pagar la primera cuota la persona tiene derecho a ser atendida como cualquier otra. De esta manera, muchas personas, incluidos en particular los profesionales independientes, que tienen altos niveles de ingreso pero utilizan la seguridad social únicamente en casos muy serios de hospitalización, sólo tienen un incentivo real para asegurarse cuando saben que los costos de curación son mucho mayores que lo que les cuesta el seguro. Así, el diseño del seguro no tiene medidas que desestimen el riesgo moral. A pesar de ello, el porcentaje de personas no aseguradas es de solamente un 12,2%, como puede verse en el cuadro siguiente. Sin embargo, es probable que el número de no asegurados esté subestimado, dado que muchos de los asegurados dependientes posiblemente tienen ingresos que les permitirían ser asegurados directos.

Cuadro 24

COBERTURA SEGÚN RÉGIMEN DE PROTECCIÓN 2004*(La población está en millones de personas)*

Régimen	población	participación
Asalariados y sus dependientes	2,08	49,8
Cuenta propia y sus dependientes	0,62	14,9
Pensionados y sus dependientes	0,36	8,6
A cargo del Estado	0,61	14,5
Total asegurados	3,67	87,8
Total no asegurados	0,51	12,2

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica CCSS.

C. Contratación de proveedores de servicios de atención primaria

Los EBAIS tienen dos antecedentes, como se mencionó. El primero de ellos es el Hospital sin Paredes de San Ramón, hospital que pertenecía a la Junta de Protección Social y que por iniciativa de su director empezó a prestar servicios de atención primaria ambulatorios. Los resultados fueron muy positivos desde el punto de vista de la eficacia del sistema, pero muy ineficientes, porque la estructura de costos hospitalaria no es apta para este tipo de experiencias. El segundo antecedente son las cooperativas de servicios de atención primaria, que surgieron en los años 80 con el fin de atender una serie de comunidades semi-urbanas cuya atención era deficitaria y se confrontaba con las dificultades de coordinación propias del modelo de atención vigente en ese momento.

El primer paso que se dio en la dirección de constituir las cooperativas fue una asociación denominada ACEPROME, conformada por médicos para atender una zona de Barva, pueblo al norte del Valle Central. La CCSS pagaba a la asociación los servicios de los médicos per capita, y la asociación pagaba a los médicos en función de los servicios prestados a los pacientes. La CCSS y el Ministerio de Salud daban el local y ponían el resto del personal. Hubo una serie de problemas con la experiencia, no tanto por la calidad del servicio como por los problemas de gestión: el personal de la CCSS, el Ministerio de Salud y los médicos de la asociación tenían horarios diferentes y culturas institucionales que no consiguieron armonizarse. La población manifestó su malestar y solicitó que la CCSS asumiera directamente la provisión de los servicios. Tras largas discusiones la comunidad, el personal médico y las autoridades locales acordaron con la CCSS que se constituyera una cooperativa para brindar todos los servicios de atención primaria y que fuera contratada por la CCSS a través de un contrato de pago per capita. Treinta y cuatro de los cuarenta funcionarios de la CCSS que estaban brindando servicios en la zona abandonaron sus puestos de trabajo y constituyeron la cooperativa. La comunidad deseaba que la cooperativa asumiera la totalidad de los servicios de salud, pero ello era imposible debido al costo de la infraestructura y el equipo de la atención hospitalaria.

El trabajo de la cooperativa se extendió a otras zonas aledañas, y poco a poco se constituyeron cooperativas en otras zonas del Valle Central. En la actualidad existen 5 proveedores contratados: 3 cooperativas, la Universidad de Costa Rica (que es la principal universidad del país, propiedad del Estado) y ACEMECO, una asociación vinculada a una clínica privada. En total cubren alrededor de un 15% de la población del país, como puede verse en el cuadro siguiente:

Cuadro 25

COSTA RICA: POBLACIÓN CUBIERTA POR LAS EMPRESAS PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 2004

Proveedor	Áreas de Salud	Población	Porcentaje de población nacional
COOPESIBA R.L	Pavas (Coopesalud)	93 062	2,2
COOPESIBA R.L	Desamparados 2	74 74	1,8
COOPESAIN R.L	Tibás	52 839	1,3
COOPESAIN R.L	San Sebastián-Paso Ancho	44 702	1,1
COOPESALUD R.L	Santa Ana	39 33	0,9
COOPESALUD R.L	San Francisco-San Antonio	32 515	0,8
COOPESIBA R.L	Barva	36 078	0,9
COOPESIBA R.L	San Pablo	22 667	0,5
UCR	Curridabat	67 396	1,6
UCR	Montes de Oca	58 765	1,4
UCR	San Juan-San Diego-Concepción	44 203	1,0
ASEMECO	León XIII-La Carpio	42 044	1,0
ASEMECO	Escazú	57 466	1,4
Total		665 807	15,8

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Estos proveedores trabajan con un monto per capita, que se negocia anualmente de forma bilateral. De la evaluación de los compromisos de gestión se desprende que la cobertura con calidad ofrecida por los proveedores externos es en general mayor que la ofrecida por la red de la CCSS. El siguiente cuadro presenta la evaluación de los compromisos de gestión para los proveedores externos y para el conjunto del país, correspondiente a los tres últimos años. Allí se ve que en el año 2003 el desempeño de los proveedores externos fue en todos los campos superior al del promedio nacional:

Cuadro 26

COSTA RICA: COBERTURAS CON CALIDAD PARA PROVEEDORES EXTERNOS Y CONJUNTO DEL PAÍS. 2001, 2002 Y 2003
(Porcentajes)

Programas	Proveedores Externos	Cobertura Nacional
2003		
Atención de niños y niñas menores de un año	74	59
Captación temprana de niños y niñas	68	64
Atención de niños y niñas de 1 a 6 años	47	44
Atención integral al adolescente	33	31
Cobertura tamizaje de adolescentes	27	23
Control prenatal	61	46
Atención de personas diabéticas	32	31
Atención de personas hipertensas	44	55
Adulto mayor	73	65
2002		
Atención de niños y niñas menores de un año	50	53
Captación temprana de niños y niñas	52	65
Atención de niños y niñas de 1 a 6 años	40	37

Cuadro 26 (continuación)

Programas	Proveedores Externos	Cobertura Nacional
Atención integral al adolescente	34	24
Cobertura tamizaje de adolescentes	33	30
Control prenatal	39	29
Atención de personas diabéticas	23	22
Atención de personas hipertensas	37	39
Adulto mayor	25	23
2001		
Atención de niños y niñas menores de un año	66	54
Captación temprana de niños y niñas	45	38
Atención de niños y niñas de 1 a 6 años	44	35
Atención integral al adolescente	30	25
Cobertura tamizaje de adolescentes	37	36
Control prenatal	45	44
Atención de personas diabéticas	25	19
Atención de personas hipertensas	41	27

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

Esta mejor calidad de la atención se ve reforzada por índices de satisfacción de los usuarios mucho más altos que los del resto del país, según se desprende de la información procesada por la Superintendencia de Servicios de Salud, una dependencia interna de la CCSS que estuvo durante varios años a cargo de evaluar la calidad de los servicios brindados.

Sin embargo, los costos de la atención no parecieran ser mayores. La Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS procedió a estimar para los años 2001, 2002 y 2003 el gasto de las diferentes áreas de salud del primer nivel de atención, agrupadas por región, con su correspondiente población de acuerdo con la información del Censo Nacional del 2000. En la estimación sólo se consideró el primer nivel de atención y se excluyeron del costo las transferencias por incapacidad, ya que éstas no constituyen un desembolso real para las Cooperativas. Los resultados de la estimación se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 27
COSTA RICA: GASTO PERCÁPITA DE LAS ÁREAS DE SALUD, SEGÚN REGIÓN DÓLARES, 2000-2004
(Per cápita)

Región	2000	2001	2002	2003	2004 ¹
Central Sur	23,5	25,6	30,3	33,3	33,7
Cooperativas	20,0	21,6	25,5	35,3	37,0
ASEMECO y UCR	32,4	38,5	31,2	31,8	39,5
Brunca	29,6	38,9	35,0	35,4	47,0
Huetar Norte	31,7	34,0	44,8	39,0	48,2
Huetar Atlántica	38,4	39,4	40,3	42,4	48,4
Central Norte	33,1	35,8	35,0	38,0	48,7
Chorotega	41,2	44,3	47,4	51,3	58,4
Metropolitana	47,7	51,7	52,8	52,3	67,5
Pacífico Central	54,9	60,5	65,1	67,2	81,6
País	33,4	37,0	40,6	43,2	49,7

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

¹ Asignación presupuestaria.

Las cifras han sido dolarizadas con el tipo de cambio promedio anual.

Como puede verse, el costo de la atención primaria ha aumentado sensiblemente en el último quinquenio, lo cual es producto del conjunto de tendencias que se han analizado en las secciones anteriores. Sin embargo, lo que es relevante en este contexto es que el costo de la atención brindada por los proveedores externos representa para la CCSS entre un 75% y un 80% de lo que le cuesta la atención primaria en el conjunto del país.

La experiencia de contratación de proveedores externos en la atención primaria ha sido bastante positiva. Sin embargo, hay varios campos en los que podría hacerse un esfuerzo por sacar enseñanzas de ella e introducir mejoras. Por ejemplo, el cálculo de las poblaciones sigue siendo una estimación y no se promueve un censo de pacientes que permita realizar una estimación de riesgo más realista y un pago basado en un dato real y no estimado. Asimismo, los convenios de gestión no necesariamente ponen los incentivos en la dirección adecuada, y a veces tienden a imponer obligaciones que implican una intromisión en la gestión de los proveedores, tales como la contratación de ciertos especialistas.

VI. Gasto y financiamiento

A. Ingresos del sector salud

Costa Rica es posiblemente, después de Cuba, el país del continente en que el Estado tiene el mayor peso relativo dentro del sector salud. Los programas estatales se financian con impuestos o con contribuciones de los ingresos personales. El Ministerio de Salud y la Universidad de Costa Rica reciben presupuesto estatal, mientras que el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados se financian con la venta de sus servicios (el seguro de riesgos profesionales el primero, agua el segundo). La Caja Costarricense del Seguro Social se financia de manera combinada, con las primas pagadas por los asegurados y transferencias del estado destinadas a financiar algunos servicios específicos.

En cuanto al seguro de salud administrado por la Caja Costarricense del Seguro Social, los ingresos reglamentarios por primas de los asegurados son los siguientes:

Cuadro 28
TASAS DE COTIZACIÓN POR ASEGURADO Y RESPONSABLE DEL PAGO, 2005
(Porcentajes)

Tipo de asegurado y fuente	Tasa
Trabajadores asalariados	
Trabajadores	5,50
Patronos	9,25
Estado	0,25
Total	15,00
Trabajadores independientes	
Trabajadores	4,75
Estado	5,75
Total	10,50
Asegurados voluntarios	
Voluntarios	4,60
Estado	5,75
Total	10,35
Pensionados	
Pensionados	5,00
Régimen que otorga	8,75
Estado	0,25
Total	14,00
Por cuenta del Estado	
Estado	14,00

Fuente: Reglamento del Seguro de Salud, CCSS.

Como puede verse, el Estado aporta el equivalente a un 0,25% de todos los asegurados directos, salvo en los casos de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios, en que además asume parcialmente lo que sería la cotización patronal, y el caso de los asegurados por cuenta del Estado, en que asume la totalidad de la contribución. El subsidio otorgado por el estado al aseguramiento de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios se realiza con independencia del nivel de ingreso de estos, lo cual plantea un problema de inequidad, sobre todo en el caso de los profesionales independientes, que tendrían suficiente capacidad de pago como para asumir la cuota obrera y la patronal. Además, constituye un incentivo para que muchos patronos prefieran que sus trabajadores se reporten como trabajadores independientes, pues ello les ahorra la cuota patronal. La pequeña diferencia (de 0,15%) entre la tasa contributiva de los trabajadores independientes y la de los asegurados voluntarios se debe al hecho de que estos últimos no reciben ningún subsidio de incapacidad en caso de enfermarse. En cuanto a los pensionados, la cotización se fijó con el fin de que dicha población contribuya al menos parcialmente al financiamiento de los servicios de salud que reciben, aunque es claro que la cotización es insuficiente para sufragar los costos de dichos servicios (la atención de la población jubilada es la más costosa), que son subsidiados por el resto de la población. Finalmente, los asegurados por cuenta del estado generan ingresos al seguro de salud que corren por cuenta del estado y que se fijan como un porcentaje del ingreso mínimo de cotización, que a principios del 2005 se ubicaba en alrededor de US\$ 220.

Aparte de los ingresos por cuotas, la CCSS tiene una serie de rentas, como ingresos por la venta de lotería y la venta de servicios de salud a la población no asegurada. Estos últimos ingresos son marginales y no reflejan la verdadera magnitud del gasto que representa para la institución la

población no asegurada. El cuadro siguiente muestra los ingresos que de acuerdo con la ley y los reglamentos la CCSS debió recibir en el año 2004 y los ingresos que efectivamente recibió. Como puede verse, en el año 2004 el faltante de ingresos facturados representa un 19,4% del total. Ello no incluye la evasión, bajo ninguna de sus formas; simplemente las obligaciones que el Estado no cumple con la CCSS.

Cuadro 29
COSTA RICA: INGRESOS LEGALES Y EFECTIVOS 2004
(Millones de dólares)

	Ingresos legales	Ingresos efectivos	Razón
Contribuciones	875,5	850,3	0,971
Servicios	32,2	15,8	0,489
Otros	79,5	45,2	0,569
Total	1 130,5	911,3	0,806

Fuente: Dirección Actuarial y Política Económica, CCSS.

La capacidad recaudadora de la CCSS ha venido mejorando, principalmente gracias a las potestades legales que se le han dado: la institución tiene la capacidad de cerrar negocios y existen penas de prisión cuando los patronos retienen las contribuciones de sus trabajadores. La constitución en el año 2001 de un pilar complementario de capitalización individual para pensiones, cuyos aportes son recaudados por la CCSS al mismo tiempo que las contribuciones a los seguros de pensiones y de salud que ella gestiona, ha mejorado el grado de control social sobre el pago efectivo de las contribuciones. A pesar de ello, subsisten problemas de evasión, tanto bajo la forma de subdeclaración como bajo la forma de no aseguramiento.

El cuadro siguiente muestra una estimación de los ingresos que debería tener la CCSS de acuerdo con lo estipulado en las leyes y sus reglamentos, que en todos los casos son inferiores a lo que efectivamente recibe.

Cuadro 30
COSTA RICA: APORTES LEGALES Y EFECTIVOS POR TIPO DE ASEGURAMIENTO 2004
(Millones de dólares)

Tipo de aseguramiento	Aporte		Participación	
	Legal	Efectivo	Legal	Efectivo
Asalariados	722,9	702,0	78,0	85,7
Cuenta propia	43,1	33,4	4,7	4,1
Pensionados	97,9	78,4	10,6	9,6
Cuenta del Estado	62,4	5,0	6,7	0,6
TOTAL	926,3	818,8	100,0	100,0

Fuente: Dirección Actuarial y Planificación Económica, CCSS.

Como puede verse, el principal faltante corresponde a los compromisos del Estado por el aseguramiento de la población pobre. El Estado debe hacer cuatro tipos de transferencias a la CCSS: a) por sus cuotas como patrono (por los funcionarios públicos) y sus cuotas como Estado (por todos los asegurados); b) por los intereses de los bonos de deuda pública en manos de la CCSS; c) por el pago de las funciones que la CCSS asumió cuando el Ministerio de Salud le transfirió todos sus servicios de atención; y d) por las cuotas correspondientes a los asegurados por cuenta del Estado, que aparecen en el cuadro anterior. El estado en general honra sus obligaciones

referidas a los intereses de la deuda así como a las cuotas de los asalariados, tanto en lo que respecta a la cotización patronal (para los funcionarios públicos) como a la cotización propiamente estatal. Con las otras dos transferencias, sin embargo, sí se presentan problemas. En cuando a los aportes por los asegurados por cuenta del Estado, en el pasado el Estado ha venido realizando transferencias periódicas en las que amortiza parcialmente la deuda; en esta última administración, sin embargo, se ha dado una discusión en torno a los montos, pues el Fondo de Asignaciones Familiares, a cargo de financiar los programas de lucha contra la pobreza, ha solicitado pruebas documentales de que la población es atendida, mientras que la CCSS sostiene que se trata de un seguro y que en esa medida la transferencia debe realizarse independientemente de que el asegurado haya sido atendido o no. Si la CCSS cobrara al Estado el costo de los servicios brindados a esta población, es posible que del Estado debería aumentar sus transferencias, ya que se trata de una población con peores condiciones de morbilidad y mayores tasas de natalidad. Después de largas negociaciones, FODESAF ha aceptado que la CCSS le cobre la prima del seguro y no el costo de la atención, pero ha exigido que exista una lista de asegurados, algo que la CCSS no tenía.⁹ La CCSS no ha desarrollado adecuados sistemas de información sobre esta población y no podría ofrecer estadísticas reales sobre los servicios que le brinda y menos aún sobre el costo efectivo de dichos servicios.

En el cuadro siguiente se muestra el detalle de los faltantes:

Cuadro 31
COSTA RICA: OBLIGACIONES Y MONTO GIRADO POR EL ESTADO 2004
(En millones de dólares)

Detalle	Obligación	Girado	Razón
Por cuotas			
Cuota Patronal ¹	113,2	93,7	0,828
cuota estatal	11,5	15,6	1,351
Cuota complementaria TI ²	43,1	33,4	0,776
SUBTOTAL	167,8	142,7	0,850
Por servicios			
Asegurados del Estado	62,4	5,0	0,080
SUBTOTAL	62,4	5,0	0,080
Otros ingresos			
Intereses deuda del Estado	0,0	0,0	0,000
Intereses FODESAF ³	116,2	0,0	0,000
Ingresos FODESAF	1,3	0,0	0,000
Traspaso Ministerio de Salud	18,8	0,0	0,000
SUBTOTAL	136,3	0,0	0,000
TOTAL	366,5	147,7	0,403

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Actuarial. CCSS

¹ Incluye la contribución patronal por los pensionados del estado

² Cuota complementaria del Estado para los trabajadores independientes

³ Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares

Aparte de los intereses por deudas anteriores, la mayor parte del faltante se origina en los asegurados por cuenta del Estado: la facturación que hace la CCSS al Estado por los servicios brindados a la población indigente, cuyo financiamiento al Fondo de Desarrollo Social y

⁹ Para calcular el número de asegurados indigentes y facturar a FODESAF, la CCSS se basaba en las estimaciones de personas en condiciones de extrema pobreza realizadas a partir de la Encuesta de Hogares.

Asignaciones Familiares (FODESAF). Si se incluyen los intereses por esa deuda que el Estado viene acumulando desde 2001, año en que realizó la última transferencia por este concepto, resulta que los asegurados por cuenta del Estado son responsables de más de tres cuartas partes del faltante.

El otro monto relevante son las transferencias que el Estado debería hacer a la CCSS como pago por las funciones de atención primaria que le transfirió el Ministerio de Salud, y que debían ser asumidas por el Ministerio de Hacienda de acuerdo con el convenio firmado el 4 de junio de 1997 entre ese Ministerio y la CCSS. El convenio estipulaba que el Estado se haría cargo de continuar pagando los salarios correspondientes a las plazas de los funcionarios que se trasladaron a la CCSS. La evolución de dicha deuda, cuyos intereses no se han incluido en el cálculo anterior, se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 32
COSTA RICA: DEUDA POR TRASLADO DE FUNCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD
(Millones de dólares)

Año	Monto
1998	9,39
1999	14,03
2000	17,60
2001	19,50
2002	20,09
2003	20,88
2004	18,80
2005*	10,14

Fuente: Departamento de Contabilidad CCSS

Nota: Tipo de cambio al 8 de agosto 2005.

Cálculo con tipo de cambio promedio de cada año.

Los dos cuadros siguientes muestran la composición de los ingresos de la CCSS así como el monto absoluto de los ingresos por cuotas, que representan más de las tres cuartas partes de todos los ingresos de la institución:

Cuadro 33
COSTA RICA: INGRESOS TOTALES SEGÚN FUENTE DE INGRESO
EN MILLONES DE DÓLARES 1990-2004
(Porcentajes)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Total	378,3	604,0	842,4	909,5	959,8	956,3	1 129,9
Cuotas	85,0	92,4	87,4	86,0	87,9	86,9	77,5
Intereses	6,5	3,0	3,9	3,5	2,9	2,7	11,6
Servicios médicos	7,8	3,8	5,4	5,9	6,2	6,6	5,5
Otros	0,7	0,7	3,3	4,7	3,1	3,8	5,4

Fuente: Elaboración propia con datos del Departamento Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

Nota: Se refiere a los ingresos reglamentarios del Seguro de Salud.

Cuadro 34

COSTA RICA: CCSS INGRESOS POR CONTRIBUCIONES*(En millones de dólares)*

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Patronal	174,8	283,5	382,4	388,8	446,5	472,4	489,2
Obrera ¹	116,7	216,1	268,1	263,9	346,9	309,5	335,1
Estado como tal	5,7	12,7	12,9	13,9	11,9	10,9	11,5
Pensionados	24,5	46,0	72,6	82,6	38,0	38,4	39,6
Pensiones de CCSS	10,5	16,3	26,9	30,0	31,9	32,9	34,7
Régimen No Contributivo	2,8	5,6	5,4	6,0	6,1	5,5	4,9
Regímenes especiales	11,1	24,2	40,2	46,6	0,0	0,0	0,0
Programas a cargo del Estado ²	29,4	23,1	45,8	53,4	59,7	62,7	73,1
Total	351,2	581,4	781,8	802,7	902,9	894,0	948,5

Fuente: Elaboración propia con datos del Departamento Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

¹ Incluye cuota complementaria de los trabajadores por cuenta propia y convenios.

² Comprende asegurados por cuenta del Estado y atención a internos en centros penales.

B. Gasto público en salud

Según se mencionó, el sistema de salud de Costa Rica está conformado por 5 instituciones públicas. De ellas la Caja Costarricense del Seguro Social concentra alrededor de 80% del presupuesto.

Cuadro 35

COSTA RICA: GASTO PÚBLICO EN SALUD POR INSTITUCIÓN*(Millones de dólares)*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
CCSS	589,4	647,7	692,9	821,1	843,6	895,9
MS	58,6	59,7	47,8	55,4	47,0	50,9
AyA	76,7	69,9	77,1	68,5	76,5	83,2
INS	28,9	21,5	29,2	34,2	38,6	29,5
UCR	9,9	9,2	10,1	9,7	10,0	13,7
Total	763,5	808,0	857,1	988,8	1 015,7	1 073,2

Fuente: Dirección actuarial y planificación económica. CCSS.

Nota: Datos dolarizados con el tipo de cambio promedio anual.

Entre el año 2002 al 2003 la institución cuyo gasto presentó la mayor tasa de crecimiento fue la Universidad de Costa Rica (UCR) con un 51,3%. La UCR es una de las entidades contratadas como proveedores externos en atención primaria, y ese año se trasladó a la planilla de esta institución todo el personal de las Áreas de Salud de Curridabat y Tres Ríos que antes estaban en la planilla de la CCSS.

En lo que se refiere específicamente a la CCSS, puede observarse que su gasto ha venido aumentado más que el Producto Interno Bruto: como proporción de este último, el gasto de salud pasó de 4,28% en 1991 a 5,14% en el 2003. Como porcentaje de la masa salarial cotizante, los gastos disminuyeron a lo largo de la década 90 y han empezado a aumentar a partir del año 2001.

Cuadro 36

COSTA RICA: INDICADORES DE GASTOS EN SALUD DE LA CCSS 1990-2003

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gastos % de la masa salarial	7,5	15,3	16,1	14,9	14,9	15,0	14,8	17,7	18,1	18,4
Gastos % del PIB	nd	5,01	5,29	5,09	5,21	5,16	5,51	5,94	6,25	6,30
Gasto por habitante ¹	nd	169,2	177,8	182,0	201,1	218,8	234,3	228,2	240,8	247,8

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, así como elaboración propia a partir de información del Banco Central y de la CEPAL.

¹ En dólares. Para dolarizar los montos se usó el tipo de cambio anual promedio.

En relación con el destino del gasto de la CCSS, la importancia del primer nivel de atención ha venido aumentando desde 1990, y constituyó en el 2002 casi un 24% de todo el gasto. Aún así, se trata de un porcentaje muy bajo, dada la importancia que la atención de primer nivel tiene para la salud de los habitantes del país. Cabe destacar que el 40% del gasto del seguro de salud es invertido en la atención ambulatoria, lo cual en principio es consistente con el objetivo de reducir la saturación de la red hospitalaria. Por su parte, la atención de segundo nivel ha venido disminuyendo, mientras que la del tercer nivel ha aumentado. Es objeto de debate el aumento de costos del tercer nivel de atención, ya que ello no corresponde con los propósitos definidos en el programa de reforma. A pesar de ello, las autoridades reconocen la necesidad de realizar mayores inversiones en la modernización de la red hospitalaria, la mayor parte de cuyos hospitales tienen más de 4 décadas de construidos.

Cuadro 37

COSTA RICA: GASTO DEL SEGURO DE SALUD SEGÚN ACTIVIDADES Y NIVEL DE ATENCIÓN
DISTRIBUCIÓN RELATIVA 1997-2004

(Porcentajes)

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Atención Hospitalaria	61,6	62,5	61,2	60	61,1	60,5	60,2	60,6
Atención Hosp. Segundo Nivel	20	19	18,7	16,9	16,5	15,8	16,3	15,7
Atención Hosp. Tercer Nivel	41,6	43,5	42,5	43,1	44,6	44,6	43,9	44,9
Atención Ambulatoria	38,4	37,5	38,8	40	38,9	39,5	39,8	39,4
Atención Amb. Primer Nivel	18,8	18,2	20,1	22,4	21,5	22,3	23,8	21,8
Atención Amb. Segundo Nivel	10	11,6	11,4	11	9,6	8,7	10,3	10,9
Atención Amb. Tercer Nivel	9,5	7,7	7,3	6,6	7,7	8,5	5,6	6,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria, Consolidado Nacional de Metas Salud 2004.

En cuanto a la naturaleza de los gastos realizados por la Caja, cerca del 80% del total son gastos de prestaciones en especie, es decir, gastos realizados en atención médica y medicamentos. Una proporción muy importante de los gastos en especie corresponde a salarios del personal médico, lo cual es normal en una industria altamente intensiva en mano de obra. Las prestaciones en dinero, que se refieren a los gastos por pago de incapacidades a los trabajadores y en menor medida indemnizaciones, han venido aumentando y representaron en el 2003 un 9,63% de los gastos totales. De acuerdo con la legislación costarricense, la CCSS asume el pago del 50% del salario del trabajador a partir del tercer día de estar incapacitado por un médico acreditado por la institución. Un detalle que no deja de ser significativo es que alrededor de un 20% de las indemnizaciones por incapacidades son giradas por la CCSS a sus propios funcionarios, como se mencionó en una sección precedente. Los gastos administrativos solamente representan entre un

3% y un 4% del total, y han venido disminuyendo proporcionalmente en el marco de la implementación de la reforma.

Cuadro 38
COSTA RICA: GASTOS TOTALES SEGÚN NATURALEZA
(Porcentajes)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Prestaciones en especie	82,1	85,9	80,2	76,4	79,3	78,2	79,4
Prestaciones en dinero	6,9	6,0	9,5	8,8	9,6	9,6	9,0
Gastos administrativos	3,1	3,6	3,5	3,6	4,0	4,0	3,7
Producción y talleres	3,6	2,3	2,2	1,5	1,7	1,6	1,4
Construcciones	0,2	0,2	1,0	0,8	0,9	0,9	0,7
Mantenimiento general	1,2	0,9	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Otros gastos	2,9	1,1	3,0	8,1	3,9	5,1	5,3

Fuente: Departamento de Planificación Económica y Financiera. Análisis Técnico de Ingresos y Egresos. CCSS.

El cuadro siguiente muestra cómo se distribuye el gasto en sus diferentes macro-partidas presupuestarias:

Cuadro 39
COSTA RICA: GASTOS SEGÚN OBJETO DEL GASTO 1900-2004
(Porcentajes)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
TOTAL en millones de pesos	328,1	505,4	692,9	821,1	843,6	895,9	931,5
Servicios personales ¹	61,6	66,5	62,0	59,8	63,4	62,0	62,7
Servicios no personales	6,5	6,6	6,2	6,2	6,5	6,2	5,5
Materiales y suministros	20,1	17,0	18,2	16,5	16,3	16,4	16,6
Prestaciones en dinero	6,9	6,0	9,5	8,8	9,6	9,6	9,0
Otros gastos	5,0	3,9	4,1	8,6	4,2	5,8	6,2

Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección Actuarial y Política Económica, CCSS.

¹ Incluye aportes y contribuciones.

C. Déficit del seguro de salud

Fácilmente se desprende de lo descrito en los párrafos anteriores que la situación financiera de la CCSS es difícil, aunque aún no es crítica. El cuadro siguiente relaciona los ingresos efectivos con los egresos de la institución:

Cuadro 40
COSTA RICA: RELACIÓN DE INGRESOS EFECTIVOS Y EGRESOS
(Millones de dólares)

Año	Ingresos Efectivos	Egresos	Razón I/E
1993	426,89	433,22	0,985
1994	480,04	467,31	1,027
1995	545,26	505,20	1,079
1996	528,70	534,48	0,989
1997	567,50	539,12	1,053
1998	664,49	590,61	1,125
1999	708,49	647,58	1,094
2000	758,62	692,75	1,095
2001	811,57	820,99	0,989
2002	875,16	843,48	1,038
2003	854,61	896,00	0,954
2004	911,08	931,41	0,978

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

Nota: En dólares, al tipo de cambio anual promedio.

La última columna del cuadro anterior debe ser explicada. El estado suele acumular una deuda durante varios años, en el curso de los cuales puede ocurrir que los egresos superen los ingresos efectivos. Una vez que el Estado paga, se constituye un excedente que sirve para financiar los déficit futuros. No obstante, la acumulación excesiva de deuda por parte del Estado así como el aumento en los gastos de la CCSS, tiene a la institución en una precaria situación. Una revisión de todo el esquema de financiamiento así como un análisis cuidadoso de los disparadores del gasto pareciera indispensable.

VII. Amenazas y desafíos

El seguro de salud de Costa Rica ha sido ejemplar en la región y su reforma a mediados de 1995 ha sido tomada como ejemplo, particularmente en lo que se refiere al modelo de atención primaria. Sin embargo, en la actualidad enfrenta una serie de tendencias que podrían amenazar su sostenibilidad económica y cuestionar el grado de adhesión social con que ha contado hasta el momento.

A. La reintegración de las clases medias

La integración de los diferentes grupos de ingreso en los mismos programas ha sido el principal eje del éxito de la política social en Costa Rica, y el sector salud no ha sido la excepción: personas de prácticamente todas las clases sociales comparten las mismas camas en los hospitales públicos costarricenses, como antes (a lo largo de casi todo el siglo XX) compartieron las mismas escuelas y los mismos colegios de secundaria. Sin embargo, en la última década han aparecido diversos síntomas que podrían señalar una tendencia de la salud a seguir los mismos derroteros que la educación. Durante los años 70 y 80 empezaron a constituirse escuelas y colegios privados para las clases medias, y en este momento la educación primaria y secundaria se encuentra relativamente segregada, con una brecha de calidad que se va abriendo con el paso de los años; esto tiene efectos sobre la equidad de la educación universitaria: aunque las universidades públicas son las de mayor calidad y se encuentran subsidiadas, el proceso de selección que ocurre durante la secundaria es uno de los factores que explica una disminución tendencial en la proporción de personas de bajos ingresos entre los estudiantes universitarios de esas universidades.

En la salud se percibe la misma tendencia, que ha comenzado por los servicios de atención de primer nivel y que cuestiona el grado de legitimidad de la salud pública para las clases medias en edad productiva. Como se vio en una sección anterior, las personas ubicadas en los deciles superiores en la distribución del ingreso utilizan más los servicios privados de consulta primaria y especializada que los servicios públicos; además, la mayor parte de las personas de esos deciles que utilizan la consulta externa del sector público son viejos: los adultos jóvenes de esos grupos sociales prácticamente no utilizan la consulta pública. Con los servicios de hospitalización el uso de la red pública entre las personas pertenecientes a todos los deciles de ingreso, incluidos los más altos, es proporcionalmente mucho mayor que el de la red privada. Sin embargo, los servicios de hospitalización (públicos o privados) prácticamente no son usados por las personas en edad productiva –que por su edad goza de buena salud–, salvo para los partos; y en este caso, ha empezado a percibirse una tendencia a que las madres de los estratos superiores de ingreso alumbren en hospitales privados, donde los servicios de hostelería son sustancialmente mejores. Esto genera entre esos grupos la percepción de que no están recibiendo nada de la seguridad social, a pesar de ser el grupo que más aporta.

Esta percepción es correcta para los grupos de ingresos medios y altos en edad productiva, si solo se considera un momento determinado del tiempo. El cuadro siguiente muestra una estimación del costo de los servicios prestados a los diferentes grupos de asalariados, y se confronta esa estimación con los ingresos que la CCSS debería recibir y con los que efectivamente recibe de cada grupo.

Cuadro 41
COSTA RICA: APORTES LEGALES Y EFECTIVOS POR TIPO DE ASEGURAMIENTO 2004
(millones de dólares)

Tipo de aseguramiento	Costo efectivo	Aporte		Aporte legal costo	Aporte efectivo costo
		Legal	Efectivo		
Asalariados	393,5	722,9	702,0	1,84	1,78
Cuenta propia	114,4	43,1	33,4	0,38	0,29
Pensionados	155,5	97,9	78,4	0,63	0,50
Cuenta del Estado	268,2	62,4	5,0	0,23	0,02
TOTAL	931,5	926,3	818,8	0,99	0,88

Fuente: Dirección Actuarial y Planificación Económica, CCSS.

Como puede verse, para un momento definido del tiempo la atención de todos los grupos, salvo los asalariados, cuesta más que las contribuciones legales que les corresponden, y mucho más que las contribuciones que efectúan. Los casi US\$300 millones aportados por los asalariados por encima de lo que cuestan los servicios de salud que les brinda la CCSS, sirven para financiar los servicios brindados al resto de la población. La desproporción entre lo aportado y el valor de las prestaciones recibidas es mucho mayor en los estratos que cotizan con salarios más altos. Los costos de los servicios brindados a la población no asegurada no se contabilizan, por lo cual ese costo se encuentra prorrateado entre los costos de la atención de los demás grupos.

Sin embargo, la desproporción entre el valor de las prestaciones y el monto aportado, que es cierta si se considera un momento del tiempo, deja de serlo si se considera no un momento del tiempo sino todo el ciclo vital del asegurado: el costo de la atención que recibirá en la vejez, en su condición de pensionado, posiblemente sea mayor en probabilidad que las aportaciones realizadas durante toda su vida. En ese sentido, el seguro de salud puede concebirse no como un seguro de corto plazo, como lo consideran los actuarios, sino como un seguro de largo plazo, fundado en las transferencias intergeneracionales exactamente de la misma forma que los seguros de pensiones,

con la diferencia de que no existe, como en pensiones, relación entre el esfuerzo contributivo y el valor de las prestaciones: mientras que en el seguro de pensiones el monto de la pensión suele depender tanto del tiempo de cotización como del monto del ingreso sobre el que se ha cotizado, en el seguro de salud los servicios recibidos por todos los asegurados son idénticos, con independencia del ingreso sobre el que cotizan y del tiempo en que han estado asegurados.

La inexistencia de una relación entre el esfuerzo contributivo y las prestaciones en el seguro de salud produce un problema de incentivos. Están ausentes no sólo los incentivos para declarar los ingresos reales –pues la calidad de las prestaciones es la misma independientemente del nivel de los aportes–, sino también los incentivos para cotizar durante la edad productiva, ya que la persona puede carecer de seguro mientras se encuentre sana y asegurarse una vez que comiencen los padecimientos propios de la vejez. En Costa Rica cualquier persona que se asegure tiene derecho de inmediato al mismo conjunto de prestaciones que una persona que ha estado asegurada durante toda su vida. Así, el diseño del seguro de salud carece de incentivos para el aseguramiento entre la gente joven: el comportamiento “racional” para una persona de ingresos medios sería evadir contribuciones durante su edad productiva, en la cual los aportes son mayores que el costo de las prestaciones, y asegurarse una vez que esa relación se invierte y el costo de las prestaciones que requiere empieza a ser mucho mayor que el de sus aportes.

Hay diversas formas de atenuar este problema y crear algunos incentivos para la cotización, pero algunas de ellas son polémicas y podrían acarrear como resultado un aumento de la exclusión. Sin embargo, deben ser consideradas. A continuación se exponen las diferentes estrategias que se han discutido en Costa Rica, en el entendido que la lista no es exhaustiva y que algunas son complementarias y otras alternativas.

Uso de la consulta ambulatoria

El primer paso es tomar medidas para que la seguridad social sea capaz de resolver, al menos parcialmente, las necesidades de consulta en primer y segundo nivel de los grupos de edad y de ingreso medios. Para ello hay dos alternativas.

La primera de ella es facilitar el acceso a la consulta general, aumentar la capacidad resolutive de ésta y reducir las listas de espera en la consulta especializada. A lo primero puede ayudar el fortalecimiento de los programas de obtención de cita a través del teléfono o Internet, así como el establecimiento de horarios específicos en que se de atención con prioridad a los trabajadores, especialmente a primera hora del día y en horario vespertino, ya que hoy los horarios de atención obligan a los trabajadores a ausentarse de su lugar de trabajo, algo que en general no gusta a los de cuello blanco. Para aumentar la capacidad resolutive de la consulta general pueden ser organizados servicios de apoyo telefónico a los médicos generales por parte de los servicios especializados de clínicas y hospitales, y pueden establecerse programas de interconsulta que permitan a los médicos generales tener acceso fácil a especialistas para discutir un caso. Finalmente, para reducir las listas de espera es necesario realizar un rediseño de la distribución de funciones entre los diferentes tipos de entidades de la red e inevitablemente mejorar la disciplina de los médicos en los centros de trabajo.

Este tipo de medidas son imprescindibles, aunque el objetivo no fuera reincorporar los grupos medios a la consulta primaria y secundaria de la red pública. Pero se trata de procesos complejos cuyos resultados pueden tomar mucho tiempo. Entretanto se ha discutido la posibilidad de crear un programa de aseguramiento complementario administrado por el Instituto Nacional de Seguros (INS), la institución pública que tiene el monopolio de los seguros comerciales y que gestiona el régimen de riesgos laborales en Costa Rica. En este momento el INS cuenta con un seguro médico que da a los asegurados la posibilidad de realizar consulta con los médicos especialistas que se encuentren en la lista del INS. La idea sería rediseñar ese seguro, y que una

parte de la prima de aseguramiento sea asumida por la institución en el caso de los asegurados de la CCSS. Los servicios de diagnóstico y de medicamentos podrían seguir siendo brindados por la CCSS, con el fin de reducir el costo del seguro. Un paquete básico de servicios especializados podría costar entre US\$100 y US\$150 por año, una mitad de los cuales podría ser asumida por el asegurado y la otra por la CCSS, para todos los asegurados o para aquellos que coticen por encima de un cierto nivel. Para el INS este seguro tiene la ventaja de que lo posicionaría en el mercado para el momento en que se abran los seguros comerciales, algo que terminará ocurriendo más temprano que tarde. Para la CCSS tiene la ventaja de que ofrece una solución concreta para sus asegurados de mayores ingresos y también la posiciona frente a una eventual apertura de los seguros comerciales. No obstante, esta propuesta también puede ser entendida como un espaldarazo a la exclusión de los grupos medios de los servicios brindados por la red de la CCSS, y en esa medida como una profundización de las tendencias a la segregación que han empezado a aflorar en los últimos años.

Libre acceso a la atención de primer nivel y cobro en el segundo y tercer niveles

De acuerdo con el Reglamento del Seguro de Salud, todas las personas que no estén aseguradas y utilicen los servicios de salud brindados por la CCSS deben pagarlos al costo. Dicho pago debe ser previo, salvo en el caso de las urgencias, en que el paciente puede pagar una vez que se le ha brindado el servicio. Esta medida en principio no tiene efectos negativos sobre las personas de bajos recursos, ya que todas se encuentran aseguradas por cuenta del Estado, que financia las primas de su seguro con los recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, como se mencionó en una sección precedente. Debe hacerse la salvedad de los inmigrantes ilegales, muchos de los cuales sí carecen de recursos para hacer frente al pago de los servicios pero por su condición migratoria no pueden ser asegurados por cuenta del estado. Lo que ocurre con esta población en la práctica es que los funcionarios de la CCSS se hacen de la vista gorda o que ellos, con el fin de evadir los controles, van a consulta en los servicios de urgencias de clínicas y hospitales, fuera de horarios de oficina, cuando no trabajan las unidades de validación de derechos.

Una propuesta tendiente a promover el aseguramiento es rediseñar las políticas de cobro de los servicios brindados a la población no asegurada, eliminándolo del todo en la atención primaria y fortaleciéndolo en la atención hospitalaria. En todas las unidades de prestación de servicios de la CCSS existen funcionarios a cargo de la validación de derechos, lo cual resulta muy costoso para la atención primaria, dada la extensión de la red. Las autoridades de la CCSS han propuesto que la atención primaria sea totalmente abierta y gratuita para el usuario, lo cual permitiría ahorrar los recursos destinados a la validación de derechos en los centros de atención primaria y reduciría la saturación de los servicios de urgencias de clínicas y hospitales, en los cuales la consulta tiene un costo hasta 3 veces mayor. En el 2004 la consulta ambulatoria del primer nivel representó menos de un 22% del gasto global de la CCSS. Si se considera que la población no asegurada constituye alrededor del 12,2% de la población nacional, y que una parte importante de ella tiene ingresos lo suficientemente altos como para no requerir de la atención ambulatoria de primer nivel, es posible que el costo de la atención primaria no se eleve significativamente con una medida semejante, y el sistema sería más racional.

Como contrapartida de esta medida las autoridades de la CCSS exigen que el Estado retome la transferencia de recursos con que se comprometió cuando los servicios de atención primaria fueron trasladados del Ministerio de Salud a la CCSS. Además, reforzarían las medidas de verificación de derechos, facturación y cobro en la atención hospitalaria y la consulta especializada. Una vez más, esto revela la importancia de que la CCSS desarrolle una adecuada contabilidad de costos.

Servicios especiales de hostelería con copago

Uno de los temas que más disgustan a los grupos de ingresos medios y altos en el uso de la atención hospitalaria, es la calidad de los servicios de hostelería. Una de las propuestas que se han formulado es ofrecer servicios especiales de hostelería para los asegurados que puedan financiarlos: habitaciones individuales, menú a la carta, régimen privilegiado de visitas, etc. Así, en la práctica se trataría de establecer una especie de co-pago para la obtención de determinados servicios de hostelería, con el propósito de favorecer la inclusión de las clases medias.

Periodos de carencia

Una de las medidas más duras que se ha mencionado con el fin de combatir el oportunismo en el aseguramiento, es establecer periodos de carencia: habría paquetes diferenciados a los que tendrían derecho los asegurados dependiendo del tiempo que tengan de estar asegurados, desde un paquete básico para las personas recién aseguradas hasta el paquete completo para quienes tengan cierto número de años de estar contribuyendo al seguro. Si el asegurado tuviera que usar servicios que no entran en el paquete que le corresponde durante el periodo de carencia, debería pagar por dichos servicios al costo. Esta medida buscaría combatir la práctica de quienes se aseguran al descubrirse una dolencia catastrófica, como es el caso, por ejemplo, de ciudadanos de países más desarrollados que Costa Rica, los cuales se aseguran a un bajo costo para recibir tratamientos contra el SIDA que no les ofrece el sistema de salud pública de su país.

El inconveniente de esta medida es que por penalizar a los oportunistas podría tener consecuencias sobre personas que por condiciones sociales no se encuentran aseguradas. Una manera que se ha mencionado para evitarlo, es liberar de los periodos de carencia a aquellas personas que califican para ser aseguradas por cuenta del Estado, de manera que aún cuando su condición de aseguramiento haya sido adquirida recientemente, tenga acceso a todo el paquete de servicios, dada su incapacidad de financiárselos de otra manera.

B. La contención del gasto

Como se ha mencionado, la CCSS está haciendo frente a un acelerado aumento en los costos de la atención. Una parte de este incremento obedecen a los cambios en el perfil epidemiológico de la población que tiene lugar con la modernización y la transición demográfica, pero otra parte obedece a problemas de gestión o de diseño del seguro de salud. Se ha mencionado algunas medidas que podrían contener el aumento de costos.

Readecuación de la red

El crecimiento de la red de servicios, sobre todo en clínicas y hospitales, no siempre ha sido planificado, y a menudo se encuentran servicios que no deberían ser brindados en ese nivel de atención; en realidad la CCSS ni siquiera dispone de un inventario actualizado del personal disponible en cada una de las unidades de su red de servicios. La CCSS debería formular un plan maestro que establezca a partir de una adecuada valoración de costo beneficio y una proyección de la demanda cuáles servicios deberían ser brindados en cada unidad de atención. Al respecto se ha mencionado diversos argumentos:

Aunque como política general es adecuado sacar la atención primaria de clínicas y hospitales, debe tenerse en cuenta que sacar un EBAIS hacia un centro de salud tiene un costo, en virtud de que los servicios de apoyo (farmacia y registro de producción) tienen economías de escala, en virtud de lo cual a veces se justifica la existencia de EBAIS al interior de unidades más complejas.

Aunque cada región tiene sus particularidades en materia epidemiológica, deben establecerse estándares generales para los servicios que se van a ofrecer en los diferentes niveles de atención, ya que la distribución de personal a lo largo de la red adolece de serias inequidades, de vacíos y duplicidades.

Los hospitales nacionales deberían especializarse, pues el país es lo suficientemente pequeño como para que los casos realmente complejos puedan trasladarse en muy poco tiempo hacia el hospital que brinda los servicios que requiere. La realización de operaciones menores y de internamientos para observación en esas unidades tiene un costo de oportunidad excesivamente alto, ya que sus instalaciones deberían concentrarse en la atención de esos casos más complejos.

Las clínicas mayores podrían contar con camas de observación y realizar intervenciones menores, como partos sin complicaciones, que pacientes puedan trasladarse servicios altamente especializados deberían ser asignados a hospitales.

Asignación de recursos y compromisos de gestión

Como se mencionó en su momento, compromisos de gestión han sido un instrumento muy importante para alcanzar las mejoras que se han dado en productividad. Sin embargo, no han sido acompañados de una transferencia del riesgo lo suficientemente marcada hacia las entidades desconcentradas. Además, en general no han considerado en extensión componentes relacionados con la contención del gasto. La revisión del contenido de los compromisos, en la dirección de simplificarlos y de incorporarles metas de contención del gasto, debería ir acompañada del inicio de un proceso de asignación de recursos de acuerdo con resultados y no con base histórica. Tal y como se había definido en el proyecto de reforma, el presupuesto en la atención primaria debería realizarse con base en un per capita, aunque se atiendan diferencias específicas en virtud de las particularidades epidemiológicas y de la dispersión de la población. En cuanto a la atención secundaria y terciaria, debería retomarse el proyecto de asignar el presupuesto con base en la metodología de grupos relacionados de diagnóstico (GDR), que permitiría distribuir los recursos de acuerdo con el grado de complejidad del producto ofrecido en clínicas y hospitales.

Las autoridades de la CCSS son concientes de que para hacerlo deben tener al menos tres consideraciones. En primer lugar, el proceso de reasignación de presupuesto tiene que ser paulatino, ya que existen diferencias sustantivas entre el presupuesto con base histórica y el presupuesto con estas nuevas bases que exigirán profundos reajustes en la distribución de personal entre los diferentes centros. En segundo lugar, el proceso debe ser acompañado de un programa de inversiones que en el caso de la atención primaria tienda a nivelar la situación de infraestructura y equipamiento de las diferentes regiones y en el de clínicas y hospitales tienda a adecuar la infraestructura y el equipamiento a la readecuación de la red. En tercer lugar, finalmente, será necesario revisar el conjunto de las políticas de remuneración, de tal forma que un componente significativo de los ingresos del personal técnico y profesional dependa de su desempeño.

Establecimiento del paquete de servicios

La CCSS carece de una clara definición institucional de un paquete delimitado de servicios que responda a los recursos y prioridades de la institución y el país. En la práctica se han venido incorporando nuevos tipos de intervenciones conforme avanza la tecnología médica y cambia el perfil epidemiológico del país, sin que siempre se tenga en consideración la sostenibilidad económica de los tratamientos y en general del seguro de salud. Esta tendencia espontánea se ha visto agravada por la intervención de la Sala Constitucional, que como se mencionó ha obligado a la institución a brindar tratamientos no autorizados a 40 pacientes por un monto superior a medio millón de dólares en un solo año. La CCSS debe definir con claridad cuáles son los servicios y medicamentos que brindará en el marco de su seguro de salud, pero no puede permitir que los

tratamientos hiper especializados, de alto costo, compitan por los recursos con la atención de primer nivel y con la renovación de la infraestructura y el equipamiento de la red. Una alternativa que se ha discutido en la institución, es la creación de un fondo específico para catástrofes, con el cual se financiarían los tratamientos relacionados intervenciones extraordinarias como el tratamiento del sida o el trasplante de hígados que ha empezado a practicarse. Dicho fondo sería alimentado con un presupuesto específico así como con transferencias del Estado provenientes de la fiscalidad, si el país considera dichos tratamientos deben ser financiados por la sociedad, así como por donaciones de la población. La definición de los criterios de racionamiento será muy importante, para que la población tenga confianza en los criterios de aceptación de casos en este fondo.

Desconcentración y gestión administrativa

La CCSS debe impulsar un proceso de modernización en sus procedimientos administrativos. El proceso de desconcentración administrativa ha arrojado resultados positivos, pero debe ser profundizado, y la institución debe mejorar sus prácticas en aquellos ámbitos en que por economías de escala las actividades administrativas deben seguir siendo concentradas; un ejemplo de ello es la compra, almacenamiento y distribución de medicamentos, que enfrenta serias deficiencias que arrojan por resultado la existencia de inventarios excesivos, la caducidad de importantes lotes de medicamentos y el desabastecimiento de ciertas medicinas.

Sistemas de información

Uno de los temas en que la CCSS tiene más retraso es en el desarrollo de sistemas de información gerencial y de contabilidad de costos. La institución se distingue por una abundante producción de estadísticas, pero carece de un modelo de desarrollo informático que apoye el proceso de desconcentración y propicie la autonomía de los centros proveedores de servicios, al mismo tiempo que dote a las autoridades de información oportuna para la toma de decisiones.

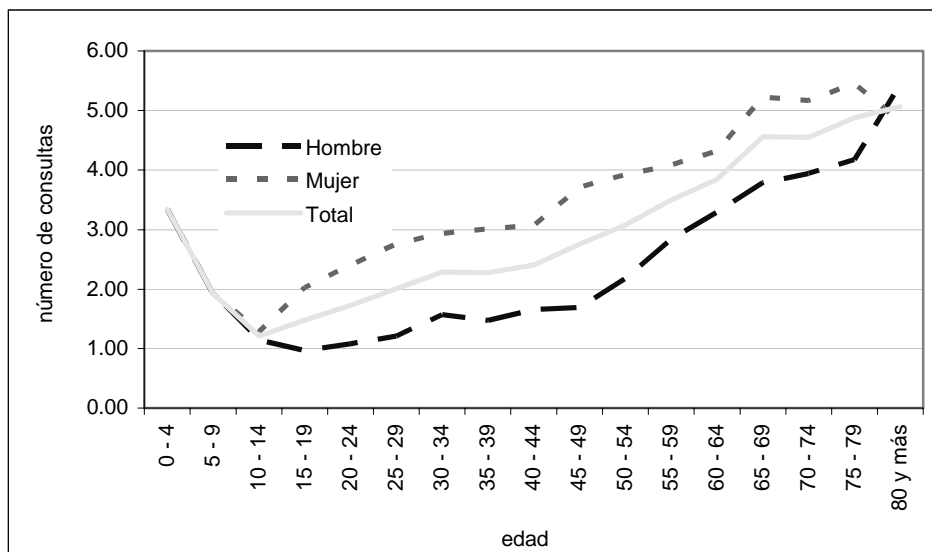
C. La transición demográfica

Costa Rica se encuentra en un momento privilegiado de su transición demográfica. En razón de la disminución de la tasa de natalidad y del aumento en la esperanza de vida, la tasa de dependencia está alcanzando su nivel más bajo. Sin embargo, muy pronto esta tendencia se revertirá, y empezará de nuevo a aumentar la carga sobre las espaldas de la población activa, sólo que con una estructura mucho más costosa, pues la mayor parte de los dependientes pasarán a ser viejos más bien que niños. El principal efecto de esta evolución sobre la seguridad social es un aumento exponencial de los costos, dadas las necesidades de la población de mayor edad.

El cuadro siguiente muestra la tasa de consulta según la edad del paciente:

Gráfico 6

COSTA RICA: TASA DE CONSULTA SEGÚN EDAD Y SEXO 2001

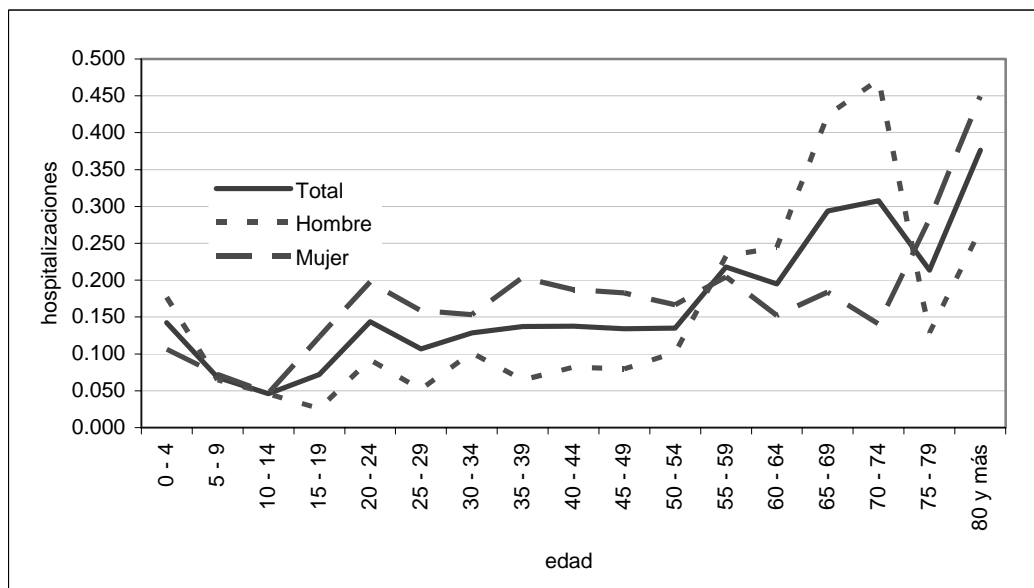


Fuente: Departamento de Estadística. Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. INEC 2001.

La tendencia que se ve en este gráfico es aún más marcada en el caso de la hospitalización, cuyo uso se concentra claramente en las personas de mayor edad. Como puede verse en el gráfico, el grueso de las necesidades de hospitalización se da entre los hombres a partir de los 55 años, y en las mujeres a partir de los 65.

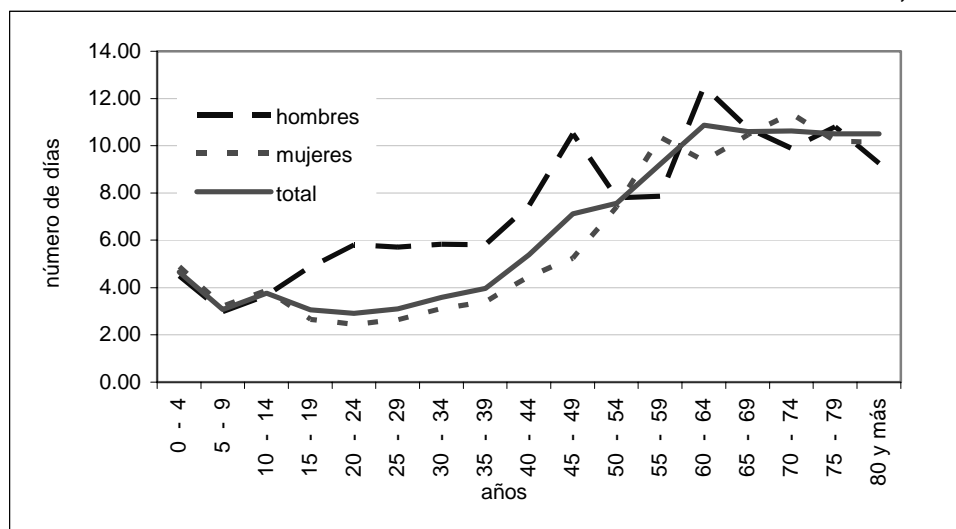
Gráfico 7

COSTA RICA: HOSPITALIZACIONES POR HABITANTES PARA HOMBRES, MUJERES Y TOTAL SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 2001



Pero no sólo aumenta la tasa de hospitalización, sino que igualmente el número de día de estancia va aumentando con la edad del paciente. Del gráfico siguiente puede verse claramente que las estancias de personas con más de 60 años tienen una duración promedio de más del doble las de personas con menos de 40 años.

Gráfico 8
COSTA RICA: ESTANCIA HOSPITALARIA POR EDAD Y SEXO, 2004



Los datos de tasa de consulta, número de egresos y tiempo de estancia por edad, ilustran claramente que el costo de la atención sanitaria aumenta con la edad. Si se considera este hecho a la luz de la transición demográfica cuya tendencia fue esbozada al inicio de este documento, queda claro que el país tiene un serio problema de financiamiento por delante: en el año 2050, por cada 2 personas que salgan de la edad productiva habrá menos de 2 personas que entrarán en ella, de manera que el incremento marginal en los costos no se corresponderá con el incremento marginal en los ingresos. Esto pone de manifiesto, una vez más, la importancia de que se produzca una racionalización muy profunda del sistema de salud, pues de lo contrario para las jóvenes generaciones será estrictamente imposible sostener sobre sus hombros la atención de las generaciones mayores. Pero además el país debe avanzar en dos direcciones complementarias.

Por una parte, debe aumentar la inversión que se realiza en promoción de la salud. Los buenos hábitos de vida –buena alimentación, deporte, esparcimiento y recreación– y una adecuada salud ambiental, se traducen en una mejor calidad de vida en la vejez. Su promoción es la inversión más rentable que puede realizar la CCSS en la dirección de reducir los costos de la atención de la población mayor a futuro. Los programas de promoción, bien orientados, pueden igualmente jugar un papel relevante en la reducción y el tratamiento de determinadas patologías sociales asociadas a la exclusión y la marginalidad, como la violencia doméstica y la drogadicción.

Por otra parte, el país debe contar con políticas que faciliten el aseguramiento de la población inmigrante así como la plena incorporación de sus descendientes a los beneficios de la política social, ya que su incorporación a la institucionalidad del país y el desarrollo de su potencial y su productividad serán vitales para la solvencia futura del sistema de salud y en general de la sociedad costarricense. Es una población cuya atención resulta relativamente barata, ya que se encuentra en edad productiva y es por lo tanto relativamente saludable, y de todas maneras está siendo atendida por el sistema, pero de manera muy ineficiente. La política actual de obstaculizar la legalización de los inmigrantes es muy dañina, pues priva al país de sus contribuciones y los mantiene en una situación de marginalidad que a la larga resulta mucho más costosa que las prestaciones a que tendrían derecho de tener un estatus migratorio adecuado. Todos los esfuerzos que se realicen en esta dirección serán fundamentales para que el país mantenga su cohesión social y la protección social su solvencia.

Conclusiones

La reforma del sector de salud costarricense parece altamente exitosa, a pesar de que en varios campos deben tomarse urgentemente medidas estructurales.

Desde el punto de vista de los resultados sanitarios, la reforma ha tenido importantes éxitos. En primer lugar, se implantó el nuevo modelo de atención primaria al conjunto del país, e incluso se superaron las metas propuestas desde el punto de vista de número de EBAIS. En segundo lugar, la ampliación de los servicios de atención primaria ha reducido las necesidades de hospitalización al menos en 7 de las áreas de morbilidad corregible: infecciones respiratorias, diarrea, control prenatal, hipertensión, parasitosis intestinal, dermatitis y anemia. Ello ha tenido como efecto una reducción en los costos del sistema que el Banco Mundial ha estimado para el periodo entre 1995 y 2002 en 7,800 internamientos hospitalarios. En tercer lugar la mortalidad infantil se redujo de 14,0 a 10,1, y ello gracias a los logros alcanzados en las zonas más pobres donde de manera prioritaria se instalaron los EBAIS.

Desde el punto de vista institucional, la reforma ha tenido igualmente importantes progresos. En primer lugar, se realizó por completo la transferencia de los servicios de atención sanitaria del Ministerio de Salud a la CCSS. En segundo lugar, se produjo la separación entre financiamiento, compra y provisión de servicios al interior de la CCSS, y se siguen introduciendo mejoras al modelo implementado. En tercer lugar se avanzó en el proceso de descentralización de las funciones administrativas, lo cual redundó en mayor flexibilidad de gestión en las clínicas y hospitales. En cuarto lugar se inició un proceso conducente a establecer incentivos en las unidades proveedoras de servicios para que aumenten la calidad y la eficiencia de su gestión.

No obstante estos logros, hay varias áreas en las cuales el país se encuentra estancado o claramente en retroceso, y se perfilan amenazas muy serias para el sector. En primer lugar, hay un retroceso en la cobertura contributiva, que debe ser revertido no sólo mediante instrumentos represivos sino igualmente a partir de una redefinición de los incentivos al aseguramiento y de una audaz política de integración de la población inmigrante. En segundo lugar, existen problemas de equidad que deben ser atenuados. Las clases medias, en especial durante la edad productiva, tienen un gran peso en el financiamiento del sistema y prácticamente no lo utilizan; debería buscarse medios para que no se erosione la adhesión de esos grupos al sistema público de salud, máxime en una coyuntura en que el país podría, con el tratado libre de comercio con EUA, abrirse a la competencia de seguros privados de salud. En tercer lugar hay una gran presión al aumento de los gastos, especialmente en el segundo y tercer niveles de atención. La Seguridad Social no está en capacidad material de responder de manera ilimitada por todos los riesgos de salud y de hacerlo a cualquier persona recientemente asegurada. Deben tomarse decisiones en torno al paquete de servicios otorgados, lo cual implica una discusión muy compleja, por sus implicaciones éticas y políticas, que no puede restringirse a médicos, economistas y jueces, como ha sucedido hasta el momento. En cuarto lugar, finalmente, debe buscarse una solución sostenible y consistente en el tiempo al problema del financiamiento, máxime porque es de prever que, independientemente de los esfuerzos de contención de gasto que se hagan, a muy corto plazo empezará a sentirse el efecto sobre los costos de la transición demográfica.

Anexo

Regresión sobre uso de servicios privados de salud

Cuadro 42

REGRESIÓN LOGÍSTICA: USO DE SERVICIOS PRIVADOS DE HOSPITALIZACIÓN. COSTA RICA: 2001

Variable	β	e^{β}	Intervalo de confianza del 95% e^{β}	Interpretación
Decil de ingreso per capita	0,1216**	1,1293	1,1194 - 1,1393	Por cada aumento en el decil de ingreso per cápita aumenta en un 12% la propensión a utilizar los servicios de hospitalización privados
Sexo(1)	0,2816**	1,3253	1,2688 - 1,3843	Los hombres tienden a utilizar un 36% más los servicios de hospitalización privados con respecto a las mujeres.
Zona(1)	-0,3918**	0,6758	0,6456 - ,7075	La zona urbana tiende a utilizar un 32% menos los servicios de hospitalización privados
Años de estudio	0,1058**	1,1116	1,1053 - 1,1180	Por cada aumento en el año de estudio tiende a incrementarse en un 11% la propensión a utilizar los servicios privados de hospitalización
EDAD				
N ₀₋₉	-0,1273**	0,8804	0,8054 - 0,9625	La población de 0-9 años utilizan un 12% menos los servicios de hospitalización privados con respecto a la población de 40 años y más.
N ₁₀₋₃₉	-0,2623**	0,7693	0,7346 - 0,8057	La población de 10-39 años utilizan un 23% menos los servicios de hospitalización privados con respecto a la población de 40 años y más
				El uso de los servicios de hospitalización privados de la población de 0-9 es un 14% con respecto al uso observado de la población de 10-39.
Constante	-3,6323**			
Variables categóricas	Hospitalización (1) Privada (0) Pública		Edad 0- 9: (1) N ₀₋₉ (0) 1- N ₀₋₉	
	Sexo (1) Hombre (0) Mujer		Edad 10- 39: (1)N ₁₀₋₃₉ (0) 1- N ₁₀₋₃₉	
	Zona (1) Urbano (0) Rural		Edad 40 y más = 1-N ₀₋₉ - N ₁₀₋₃₉	

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC 2001.

** Nivel de Significancia: 1%.

REGRESIÓN LOGÍSTICA: USO DE SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA PRIVADA. COSTA RICA: 2001

Variable	β	e^{β}	Intervalo de confianza del 95% e^{β}	Interpretación
Decil de ingreso per cápita	0,3080**	1,3607	1,3580 - 1,3635	Por cada aumento en el decil de ingreso per cápita aumenta en un 36% la propensión a utilizar los servicios de consulta médica privada.
Sexo(1)	0,0207**	1,0209	1,0119 - 1,0300	El uso de los servicios de consulta médica privada de los hombres es un 2% mayor con respecto al de las mujeres.
Zona(1)	0,1700**	1,1853	1,1734 - 1,1973	La utilización de los servicios de consulta médica privada de los habitantes de las zonas urbanas es un 18% mayor con respecto a la observada por los habitantes de las zonas rurales.
Años de estudio	0,0804**	1,0837	1,0824 - 1,0851	Por cada aumento en el año de estudio tiende a incrementarse en un 8% la propensión a utilizar los servicios de consulta médica privada
Edad				
N0-9	1,0097**	2,7448	2,7040 - 2,7861	La utilización de los servicios de consulta médica privada es 2,72 veces mayor entre la población de 0-9 con respecto a la observada en la población de 40 años y más.
N10 – 39	0,0093	1,0093	0,9991 - 1,0196	La utilización de los servicios de consulta médica privados tiende a ser similar entre los grupos de edad de 10-39 y de 40 años y más El uso de los servicios de consulta médica privada es 2,72 veces mayor entre la población de 0-9 con respecto a la observada en la población de 10-39 años.
Constante	-4,4519**			

Fuente: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Elaboración Propia con base en los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC 2001.

*** Nivel de Significancia: 1%.

Bibliografía

- Aguilar Juan Carlos y Calderón Walter (2004), “Prestación, costo y financiamiento de los servicios de salud, según poblaciones específicas”, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS, febrero.
- Bortman, Marcelo (2002), “Situación de salud de Costa Rica 2002”, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
- Castro Valverde Carlos y Luis Bernardo Sáenz (1998), “La reforma del sistema nacional de salud” Ministerio de Planificación y Política Económica, San José, Costa Rica.
- Clark, Mary A. (2002), “Health sector reform in Costa Rica: reinforcing a public system”. Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms, Washington D.C.
- CCSS. (Dirección de Compra de Servicios de Salud) (2004), “Desempeño de los servicios de salud de las áreas y hospitales de la CCSS. Informe preliminar”, febrero.
- ___, (Dirección de Compra de Servicios de Salud) (2005), “Alianzas estratégicas entre la Caja Costarricense de Seguro Social y los proveedores externos de servicios de salud”, enero.
- ___, (Programa Servicios Médicos Seguro de Salud) (2003), “Anuario 2002, información contable y estadística periodo 1998-2002”.
- ___, (Programa Servicios Médicos Seguro de Salud) (2004) “Anuario 2002, información contable y estadística periodo 1998-2002”.
- ___, (Dirección Actuarial y de Planificación Económica) (2004) “Anuario Estadístico”, agosto. Disponible en www.ccss.sa.cr.
- ___, (Dirección Actuarial y de Planificación Económica) (2004) “Indicadores de seguridad social”, Disponible en www.ccss.sa.cr.
- ___, (Departamento de Farmacoepidemiología) (2005) “Política Institucional de medicamentos esenciales y lista oficial de medicamentos”, CCSS, 2005.

- López, Guillermo (2003), “Cobertura de los Trabajadores No Asalariados en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte”, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS, mayo.
- Martínez, Juliana y Carmelo Mesa-Lago (2003), “La reforma de la seguridad social en Costa Rica en pensiones y salud: avances, problemas y recomendaciones”. Fundación Friedrich Ebert, San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2002), “Análisis sectorial de salud”, San José, Costa Rica. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
- Navarro Román (2001), “Desconcentración administrativa y personalidad jurídica instrumental.”, Gerencia del Proyecto de Modernización, CCSS, diciembre.
- Organización Panamericana de la Salud (2004), “Perfil del Sistema de Salud en Costa Rica”, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
- ____ (2004), “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, Costa Rica. Disponible en pdf en www.cor.ops-oms.org
- Picado Gustavo, Jacqueline Castillo y otros (2004), “Costo Económico del Cáncer en Costa Rica”, Caja Costarricense de Seguro Social, mayo.
- Rivera Sibaja, Alejandrina (2004), “Análisis Técnico de ingresos y egresos de los seguros sociales”, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.
- Rosero Bixby L. (2004), “Evaluación del impacto de la reforma del sector salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15 (2), 94-103.
- Sáenz Luis Bernardo (2003), “Desempeño en siete hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social que participan en el proceso de modernización institucional desde el año 1997”, Jornadas de Economía de Salud.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****financiamiento del desarrollo****Números publicados:**

1. Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
2. Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
3. Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
4. Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
5. La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
6. Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
7. El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
8. Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
9. Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
10. ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
11. La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
12. Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
13. Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
14. Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
15. Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
16. El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
17. La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
18. Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
19. Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
20. Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
21. Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
22. La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
23. Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo French-Davis (LC/L.854), 1994.
24. Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
25. El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
26. Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo French-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
27. Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
28. El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
29. Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.

30. Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
31. Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
32. Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
33. Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
34. Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
35. Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
36. Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
37. Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
38. Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
39. Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
40. Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
41. Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
42. Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
43. Choques, respostas de política económica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
44. Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
45. Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Holzmann (LC/L.1007), 1997.
46. Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
47. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
48. On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Holzmann (LC/L.1012), 1997.
49. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. [www](#)
50. La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
51. Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
52. A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. [www](#)
53. Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. [www](#)
54. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
55. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. [www](#)
56. Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
57. Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
58. Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
59. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
60. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
61. Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
62. Acesso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
63. Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzales Arrieta (LC/L.1045), 1997.
64. Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.

65. Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
66. Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis A. Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
67. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
68. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
69. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
70. Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
71. Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
72. Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
73. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
74. Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
75. El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
76. Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
77. El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
78. El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
79. Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
80. La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), N° de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
81. El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), N° de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
82. O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), N° de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
83. Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), N° de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
84. Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), N° de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
85. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), N° de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
86. Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), N° de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
87. Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales Number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
88. Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales Number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)
89. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), N° de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
90. Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), N° de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
91. Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), N° de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
92. Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), N° de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
93. Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), N° de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)

94. Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), N° de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)
95. Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), N° de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
96. Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), N° de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
97. Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios, Vinicius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), N° de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000. [www](#)
98. Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), N° de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
99. Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), N° de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
100. Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), N° de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
101. Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), N° de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
102. Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Sales Number: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
103. Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), N° de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
104. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), N° de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000. [www](#)
105. Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), N° de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000. [www](#)
106. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), N° de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000. [www](#)
107. Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), N° de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001. [www](#)
108. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), N° de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001. [www](#)
109. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), N° de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001. [www](#)
110. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Uruguay, Fernando Lorenzo y Rosa Osimani (LC/L.1547-P), N° de venta: S.01.II.G.88 (US\$10.00), 2001. [www](#)
111. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas, Marino J. González R. (LC/L.1553-P), N° de venta: S.01.II.G.95 (US\$10.00), 2001. [www](#)
112. La reforma del sistema de pensiones en Chile: desafíos pendientes, Andras Uthoff (LC/L.1575-P), N° de venta: S.01.II.G.118 (US\$10.00), 2001.
113. International Finance and Caribbean Development, P. Desmond Brunton and S. Valerie Kelsick (LC/L.1609-P), Sales Number: E.01.II.G.151 (US\$10.00), 2001. [www](#)
114. Pension Reform in Europe in the 90s and Lessons for Latin America, Louise Fox and Edward Palmer (LC/L.1628-P), Sales Number: E.01.II.G.166 (US\$10.00), 2001. [www](#)
115. El ahorro familiar en Chile, Enrique Errázuriz L., Fernando Ochoa C., Eliana Olivares B. (LC/L.1629-P), N° de venta: S.01.II.G.174 (US\$10.00), 2001. [www](#)
116. Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia, Olga Lucía Acosta y Ulpiano Ayala (LC/L.1630-P), N° de venta: S.01.II.G.167 (US\$10.00), 2001. [www](#)
117. La crisis de la deuda, el financiamiento internacional y la participación del sector privado, José Luis Machinea, (LC/L.1713-P), N° de venta: S.02.II.G.23 (US\$10.00), 2002. [www](#)
118. Políticas para promover una ampliación de la cobertura del sistema de pensiones en Colombia, Ulpiano Ayala y Olga Lucía Acosta, (LC/L.1724-P), N° de venta: S.02.II.G.39 (US\$10.00), 2002. [www](#)
119. La banca multilateral de desarrollo en América Latina, Francisco Sagasti, (LC/L.1731-P), N° de venta: S.02.II.G.42 (US\$10.00), 2002. [www](#)
120. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos en Bolivia, Juan Carlos Requena, (LC/L.1747-P), N° de venta: S.02.II.G.59 (US\$10.00), 2002. [www](#)
121. Multilateral Banking and Development Financing in a Context of Financial Volatility, Daniel Titelman, (LC/L.1746-P), Sales Number: E.02.II.G.58 (US\$10.00), 2002. [www](#)

122. El crédito hipotecario y el acceso a la vivienda para los hogares de menores ingresos en América Latina, Gerardo M. Gonzales Arrieta, (LC/L.1779-P), N° de venta S.02.II.G.94 (US\$10.00), 2002. [www](#)
123. Equidad de género en el sistema de salud chileno, Molly Pollack E., (LC/L.1784-P), N° de venta S.02.II.G.99 (US\$10.00), 2002. [www](#)
124. Alternativas de políticas para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Costa Rica, Saúl Weisleder, (LC/L.1825-P), N° de venta S.02.II.G.132 (US\$10.00), 2002. [www](#)
125. From hard-peg to hard landing? Recent experiences of Argentina and Ecuador, Alfredo Calcagno, Sandra Manuelito, Daniel Titelman, (LC/L.1849-P), Sales Number: E.03.II.G.17 (US\$10.00), 2003. [www](#)
126. Un análisis de la regulación prudencial en el caso colombiano y propuestas para reducir sus efectos procíclicos, Néstor Humberto Martínez Neira y José Miguel Calderón López, (LC/L.1852-P), N° de venta S.03.II.G.20 (US\$10.00), 2003. [www](#)
127. Hacia una visión integrada para enfrentar la inestabilidad y el riesgo, Víctor E. Tokman, (LC/L.1877-P), N° de venta S.03.II.G.44 (US\$10.00), 2003. [www](#)
128. Promoviendo el ahorro de los grupos de menores ingresos: experiencias latinoamericanas., Raquel Szalachman, (LC/L.1878-P), N° de venta: S.03.II.G.45 (US\$10.00), 2003. [www](#)
129. Macroeconomic success and social vulnerability: lessons for Latin America from the celtic tiger, Peadar Kirby, (LC/L.1879-P), Sales Number E.03.II.G.46 (US\$10.00), 2003. [www](#)
130. Vulnerabilidad del empleo en Lima. Un enfoque a partir de encuestas a hogares, Javier Herrera y Nancy Hidalgo, (LC/L.1880-P), N° de venta S.03.II.G.49 (US\$10.00), 2003. [www](#)
131. Evaluación de las reformas a los sistemas de pensiones: cuatro aspectos críticos y sugerencias de políticas, Luis Felipe Jiménez y Jessica Cuadros (LC/L.1913-P), N° de venta S.03.II.G.71 (US\$10.00), 2003. [www](#)
132. Macroeconomic volatility and social vulnerability in Brazil: The Cardoso government (1995-2002) and perspectives, Roberto Macedo (LC/L.1914-P), Sales Number E.03.II.G.72 (US\$10.00), 2003. [www](#)
133. Seguros de desempleo, objetivos, características y situación en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.1917-P), N° de venta S.03.II.G.73 (US\$10.00), 2003. [www](#)
134. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal, Daniel Titelman y Andras Uthoff (LC/L.1919-P), N° de venta S.03.II.G.74 (US\$10.00), 2003. [www](#)
135. Políticas macroeconómicas y vulnerabilidad social. La Argentina en los años noventa, Mario Damill, Roberto Frenkel y Roxana Maurizio, (LC/L.1929-P), N° de venta S.03.II.G.84 (US\$10.00), 2003. [www](#)
136. Política fiscal y protección social: sus vínculos en la experiencia chilena, Alberto Arenas de Mesa y Julio Guzmán Cox, (LC/L.1930-P), N° de venta S.03.II.G.86 (US\$10.00), 2003. [www](#)
137. La banca de desarrollo y el financiamiento productivo, Daniel Titelman, (LC/L.1980-P), N° de venta S.03.II.G.139 (US\$10.00), 2003. [www](#)
138. Acceso al crédito bancario de las microempresas chilenas: lecciones de la década de los noventa, Enrique Román, (LC/L.1981-P), N° de venta S.03.II.G.140 (US\$10.00), 2003. [www](#)
139. Microfinanzas en Centroamérica: los avances y desafíos, Iris Villalobos, Arie Sanders y Marieke de Ruijter de Wildt, (LC/L.1982-P), N° de venta: S.03.II.G.141 (US\$10.00), 2003. [www](#)
140. Régime de croissance, vulnérabilité financière et protection sociale en Amérique latine. Les conditions «macro» de l'efficacité de la lutte contre la pauvreté, Bruno Lautier, Jaime Marques-Pereira, et Pierre Salama, (LC/L.2001-P) N° de vente: F.03.II.G.162 (US\$10.00), 2003. [www](#)
141. Las redes de protección social: modelo incompleto, Olga Lucía Acosta y Juan Carlos Ramírez, (LC/L.2067-P), N° de venta S.04.II.G.10 (US\$10.00), 2004. [www](#)
142. Inserción laboral desventajosa y desigualdades de cobertura previsional: la situación de las mujeres, Jessica Cuadros y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.2070-P), N° de venta S.04.II.G.13 (US\$10.00), 2004. [www](#)
143. Macroeconomía y pobreza: lecciones desde latinoamérica, Luis Felipe López-Calva y Mabel Andalon López, (LC/L.2071-P), N° de venta S.04.II.G.14 (US\$10.00), 2004. [www](#)
144. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social, Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.2090-P), N° de venta S.04.II.G.29 (US\$10.00), 2004. [www](#)
145. Microfinanzas en Bolivia, Jorge MacLean, (LC/L. 2093-P) N° de venta: S.04.II.G.32 (US\$10.00), 2004. [www](#)
146. Asimetrías, comercio y financiamiento en el área de libre comercio de las Américas (ALCA), y en América Latina y el Caribe, Héctor Assael, (LC/L.2094-P), N° de venta S.04.II.G.31 (US\$10.00), 2004. [www](#)
147. Crecimiento, competitividad y equidad: rol del sector financiero, Molly Pollack y Alvaro García, (LC/L.2142-P), N° de venta S.04.II.G.69 (US\$10.00), 2004. [www](#)
148. Opciones de la banca de desarrollo en Chile: el “convidado de piedra” del sistema financiero chileno, Gonzalo Rivas, (LC/L.2143-P), N° de venta S.04.II.G.70 (US\$10.00), 2004. [www](#)

149. Microfinanzas rurales: experiencias y lecciones para América latina, Alejandro Gutierrez, (LC/L.2165-P), N° de venta S.04.II.G.93 (US\$10.00), 2004. [www](#)
150. Las dimensiones laborales de la transformación productiva con equidad, Víctor E. Tokman, (LC/L.2187-P), N° de venta S.04.II.G.115 (US\$10.00), 2004. [www](#)
151. Sistema previsional Argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma, Oscar Cetrángolo y Carlos Grushka, (LC/L.2219-P), N° de venta S.04.II.G.139 (US\$10.00), 2004. [www](#)
152. Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno, Stephen Blackburn, Consuelo Espinosa y Marcelo Tokman (LC/L.2221-P), N° de venta S.04.II.G.143 (US\$10.00), 2004. [www](#)
153. La evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en latinoamérica frente al caso colombiano, Beatriz Marulanda y Mariana Paredes, (LC/L.2248-P), N° de venta S.05.II.G.6 (US\$10.00), 2004. [www](#)
154. Evolución, perspectivas y diseño de políticas sobre la banca de desarrollo en el Perú, Marco Castillo Torres, (LC/L.2274-P), N° de venta S.04.II.G.25 (US\$10.00), 2005. [www](#)
155. A experiência brasileira com instituições financeiras de desenvolvimento, Carlos Eduardo de Freitas, (LC/L.2328-P), N° de venta P.04.II.G.115 (US\$10.00), 2005. [www](#)
156. Regional financial integration in east Asia: challenges and prospect, Yung Chul Park, retirada.
157. La banca de desarrollo en América Latina y el Caribe, Romy Calderón Alcas, (LC/L.2330-P) N° de venta: S.05.II.G.81 (US\$10.00). 2005. [www](#)
158. Asian bond market development: rationale and strategy, Yung Chul Park, Jae Ha Park, Julia Leung, Kanit Sangsubhan, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culpeper, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00). 2005. [www](#)
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00). 2005. [www](#)
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00).2006. [www](#)
168. Inclusion of the European “Nordic Model” in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00). 2006. [www](#)
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedí , (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00). 2006. [www](#)
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00). 2006. [www](#)
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00). 2006. [www](#)
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006. [www](#)
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006. [www](#)

-
- 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@eclac.cl.

[www](#) Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre:
Actividad:
Dirección:
Código postal, ciudad, país:
Tel.: Fax: E.mail: