



# Financiamiento y cobertura del Seguro de Salud en Costa Rica: desafíos de un modelo exitoso

## Financing and coverage of Health Insurance in Costa Rica: challenges of a successful model

Claudio Arturo Arce Ramírez<sup>1</sup>;  <https://orcid.org/0009-0009-1815-2516>

1. Asesor, Gerencia Financiera, CCSS; caarce@cccss.sa.cr

Recibido 15 de mayo de 2019. Aceptado 09 de enero de 2020.

### RESUMEN

El financiamiento del Seguro de Salud basado en un esquema de contribuciones sobre el empleo y el aporte estatal se enfrenta a diversos y múltiples desafíos, como la informalidad del empleo y la expansión del empleo atípico (no estándar), la crisis fiscal que enfrenta la Hacienda Pública, el desarrollo de la medicina personalizada y su impacto en el gasto en medicamentos, así como la eficiencia en el uso de los recursos del Seguro de Salud, entre otros. La forma en que se enfrenten estos desafíos tal vez condicione la senda de la cobertura aseguradora de este seguro.

**Palabras clave:** Financiamiento, Seguro de Salud, cobertura.

### ABSTRACT

The financing of Health Insurance based on a frame of employment contribution and governmental support is facing up several and multiple challenges. Challenges such as informal employment and the increasing of unusual employment (non-standard), the fiscal crisis affecting the Public Treasury, the development of personalized medicine and its impact on drug spending, and the challenges in the efficiency of the use of Health Insurance resources, among others. The way in which these challenges are faced will probably condition the insurance coverage path of this insurance.

**Key words:** Financing, Health Insurance, coverage.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es describir los desafíos que enfrenta el financiamiento del Seguro de Salud para continuar con la expansión de la cobertura horizontal que ha distinguido al país y con ello contribuir con la solidaridad y el acceso universal de la población a los servicios de salud. Los desafíos son múltiples y diversos; destacan la brecha entre la cobertura contributiva y aseguradora, el esquema de financiamiento basado en contribuciones, la estructura del aseguramiento, el desafío de los medicamentos de alto costo, los problemas históricos de evasión y morosidad, la debilidad estatal en honrar en tiempo y forma sus obligaciones, el impacto de las fallas de eficiencia en el mercado de trabajo (desempleo e informalización) y por último, las debilidades en la eficiencia en la prestación de servicios de salud.

En este contexto, el desafío básico para mejorar la cobertura universal de salud no solo es gastar más en la prestación de servicios de salud, sino principalmente gastar mejor; es decir, mejorar la eficiencia y la calidad del gasto.

## ANTECEDENTES

El origen de la Seguridad Social en Costa Rica se ubica a partir de la aprobación del "Proyecto de ley de reparación por accidentes de trabajo", que constituye el Banco de Seguros como un monopolio estatal de seguros comerciales. Sin embargo, fue hasta 1941 que se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cual se incorporó en 1943 en la Constitución Política, como parte de las Garantías Sociales. En ese período solo se cubrían los riesgos de Enfermedad y Maternidad (EM). La obligación de afiliarse y la posibilidad

de disfrutar del derecho se reservaba exclusivamente a los trabajadores manuales e intelectuales de zonas urbanas con sueldos bajos. En 1947 se instauró el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), cuya cobertura inicial era para servidores del Estado e instituciones públicas y municipalidades. En ese mismo año se incorporan los trabajadores administrativos de la empresa privada. En forma progresiva y sistemática tanto el Seguro de Salud como el de Pensiones avanzaban hacia la universalización; actualmente el Seguro de Salud protege a asegurados directos, familiares, trabajadores independientes, voluntarios y asegurados por el Estado e indigentes.

Seguindo a Muiser (1) es posible identificar varios hitos en la expansión de la cobertura contributiva de este seguro:

- Eliminación de los topes salariales de manera incremental. Originalmente solo se obligaba a los trabajadores asalariados con sueldos bajos a cotizar para la CCSS.
- Entre 1960 y 1975 se triplicó el tope, para finalmente eliminarse del todo, amparado en lo dispuesto en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.

Hoy en día el esquema de financiamiento del Seguro de Salud en el que se basa la política de universalización está definido bajo un esquema contributivo de carácter obligatorio para todos los trabajadores, el cual en algunos casos se manifiesta bajo una figura tripartida –patrones, trabajadores y Estado– y en otros con un carácter bipartido –trabajadores y Estado– como es el caso de trabajadores independientes y asegurados voluntarios. Complementan este sistema contributivo el grupo de los pensionados y los programas específicos a cargo del Estado.

## BRECHA ENTRE LA COBERTURA ASEGURADA Y LA CONTRIBUTIVA. DESAFÍO PARA LA SOSTENIBILIDAD

El Seguro de Salud históricamente ha desarrollado diversas modalidades de aseguramiento contributivo y no contributivo, con el objeto de procurar la cobertura universal. Desde su constitución en 1941 se han realizado sucesivos esfuerzos por mejorar la cobertura y la oferta de servicios (Figura 1), hasta el desarrollo reciente de la elaboración de un esquema de aseguramiento particular para las trabajadoras domésticas, recolectores de café y microempresas.

Sin embargo, se observa una brecha entre la cobertura contributiva y la cobertura de aseguramiento; así, para el año 2016 la cobertura contributiva (excluyendo Población Económicamente Activa –PEA– no remunerada ni PEA que busca trabajo por primera vez) era del 65,8 % de la PEA, pero la cobertura de aseguramiento era cercana al 95 % (Figura 2). Esta situación genera presión sobre las finanzas, por cuanto se otorgan servicios de salud sin la correspondiente contraprestación económica.

Existe un abanico diverso de elementos que inciden en la cobertura contributiva (Cuadro 1). Los esquemas de aseguramiento no contributivo, como el Seguro de Beneficio Familiar (regulado en el artículo 12 del Reglamento), facilita el acceso a las prestaciones de salud a los familiares directos de los asegurados directos que dependan de estos. Además, la seguridad social no puede negar la atención a cualquier persona que la requiera, independientemente de su condición de aseguramiento, aunque en teoría está obligada a cobrar el costo de la atención.

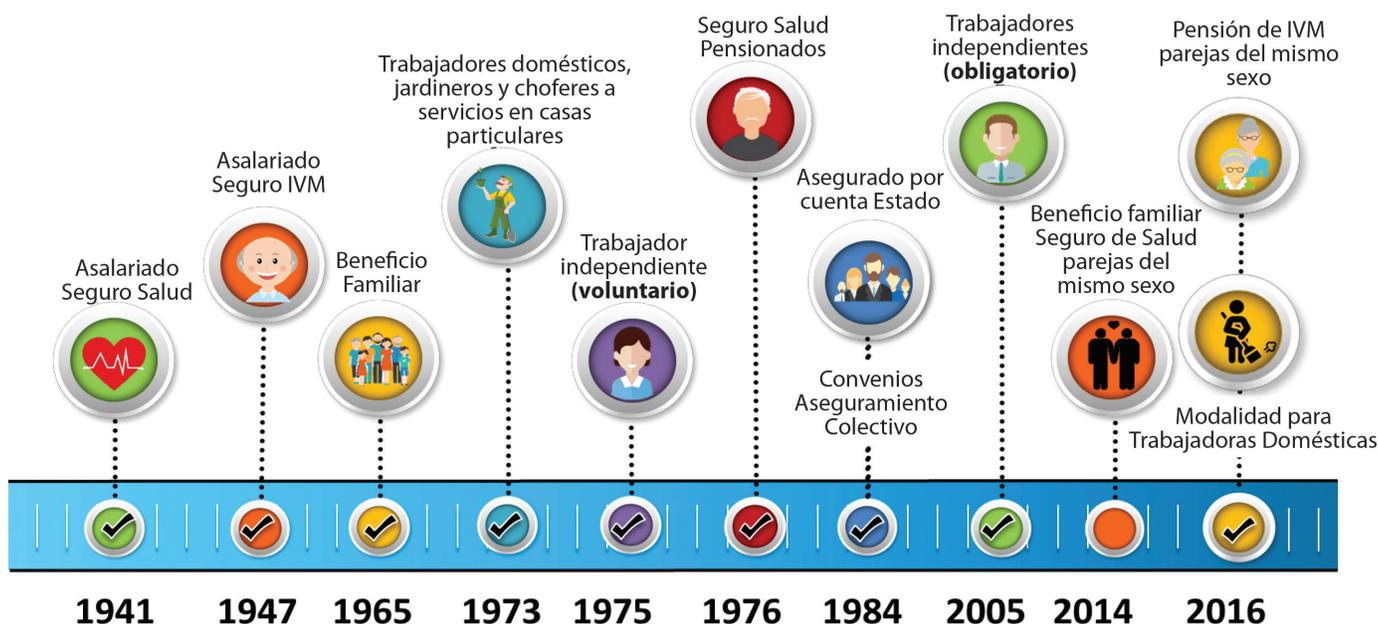
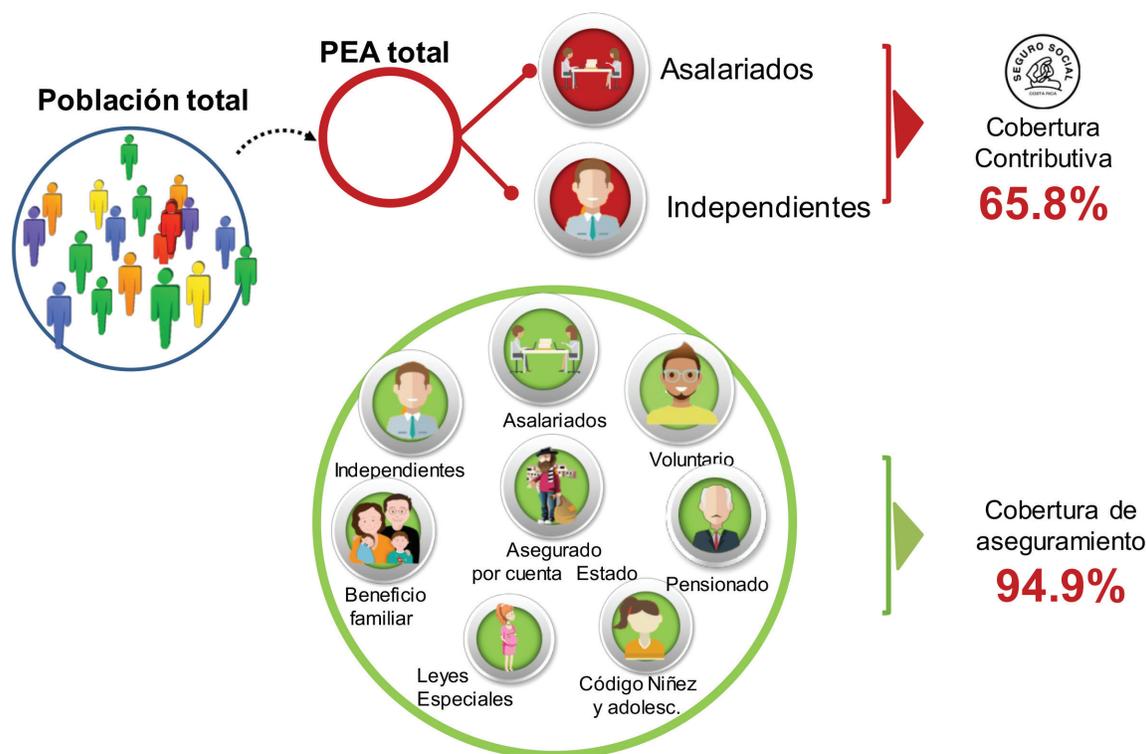


Figura 1. Evolución histórica de las diversas modalidades de aseguramiento contributivo y no contributivo, 2016.

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Financiera.



**Figura 2.** Cobertura de la PEA según categoría ocupacional. Seguro de Salud 2016.  
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Financiera y Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística.

**Cuadro 1**  
Factores que inciden en la cobertura contributiva

Aseguramiento		Empleo	
Fijación Base Mínima Contributiva		Informalidad de la fuerza de trabajo	
Costo del aseguramiento relativamente alto		Desempleo y sub-empleo	
Modalidades no contributivas del aseguramiento		Jornadas parciales	
Dispositivos de fiscalización y coacción son onerosos		Empleos de alta rotación	
Trabajador		Patrón	
Nivel de ingresos/salarios		Empresas en proceso de consolidación	
Escolaridad		Utilizar cuotas del Seguro de Salud como capital de trabajo	
Migrantes		El 67% de las empresas cotizantes reporta menos de cinco empleados	
Trabajadores independientes subdeclaran el ingreso		Únicamente el 2% de las empresas cotizantes indica tener 100 o mas empleados	
		La evasión no constituye delito penal	

**Fuente:** Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Financiera Gerencia Financiera.

De los elementos identificados, están aquellos que el Seguro de Salud puede contribuir a mejorar, es decir, que se encuentran bajo su órbita de gestión, y aquellos otros que son externos a la Institución, por ejemplo, las características del empleo, de los patronos y del trabajador.

El costo del aseguramiento es un factor de gestión interno y relevante. En el caso del Seguro de Salud y el Seguro de

Invalidez, Vejez y Muerte la base mínima contributiva es equivalente al menor ingreso de referencia existente en el sector de trabajadores independientes; es decir, el salario mínimo legal del trabajador no calificado vigente. En la normativa existente la base mínima de contribución aplica no solo para

los de cuenta propia, sino también para el colectivo de asegurados por el Estado, internos en centros penales y asalariados que reportan menos de la base mínima.

En principio, la introducción de la base mínima contributiva (BMC) en el Seguro de Salud busca establecer correspondencia entre el perfil de beneficios y el nivel mínimo de contribución. Sin embargo, en la práctica se traduce en un aumento del costo del aseguramiento; el ejemplo claro es el de las trabajadoras domésticas, donde al cotizar sobre la base mínima el costo de aseguramiento se eleva hasta un 29 %. Por último, aproximadamente el 28 % de la PEA ocupada y el 25 % de la PEA total (Cuadro 2) no aportan al financiamiento del Seguro de Salud, lo que se traduce en una presión sobre el financiamiento de este seguro. La proliferación de nuevas modalidades de contratación de mano de obra, basadas en la supuesta inexistencia de relación obrero-patronal (el caso de Uber), constituye un aspecto plausible que explicaría la falta de cobertura de los trabajadores asalariados.

Para los trabajadores independientes, al menos existen dos posibles razones que explican el nivel de cobertura: (i) la precariedad de ingresos (capacidad contributiva) y (ii) la efectividad de los mecanismos de compulsión.

Adicionalmente, solo el 70,2 % de los trabajadores asalariados están protegidos por el Seguro de Salud; pero dicho indicador varía desde solo el 10 % para los establecimientos con cinco o menos trabajadores, al 52 % para los establecimientos con 100 o más empleados (2); es claro, entonces, que el indicador de cobertura mantiene una relación directa con el tamaño del establecimiento.

## ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO: DESACELERACIÓN DE LOS INGRESOS POR CONTRIBUCIONES

El sistema financiero imperante en el Seguro de Salud está definido bajo un esquema contributivo, combinado con una participación pequeña de rubros como venta de servicios (personas no aseguradas que deben pagar por los servicios prestados, entre otros), intereses y alquileres, entre otros. Sin embargo, a pesar de esto, los ingresos por contribuciones a la seguridad social han venido perdiendo fuerza. Para el periodo 2005-2016 su aporte se ha disminuido en 12 puntos porcentuales, pasando del 82 % en el 2005 al 70 % en el 2016. Una característica de estos ingresos es que el 45 % provienen del Sector Público; sector donde el empleo y los salarios muestran una mayor estabilidad que en el sector privado.

Sin embargo, en los últimos años el ritmo de crecimiento del empleo en este sector ha disminuido; así, para el período 2012-2016 el número de trabajadores en el sector privado creció a un ritmo del 2,3 %, mientras que en las instituciones autónomas y en el Gobierno Central lo hizo al 1,7 % (2).

La pregunta es, ¿cuáles han sido las estrategias para enfrentar la disminución relativa de los ingresos por contribuciones? La primera estrategia ha sido aumentar las transferencias que el Sector Público hace al Seguro de Salud; así, para el 2005 constituían un 4 % de los ingresos totales y para el 2015 alcanzaban un 8 %, aunque del 2011 al 2015 su ritmo de crecimiento disminuyó un 5 %. La segunda estrategia ha sido el uso de recursos de vigencias anteriores, los cuales alcanzaron una participación máxima del 11 % en el 2015,

**Cuadro 2**  
Distribución de las contribuciones de la PEA ocupada. Junio, 2015

Concepto	Valores
Total PEA (1)	2 305 296
PEA ocupada	2 087 363
Total de trabajadores asalariados (2)	1 543 159
Total de trabajadores independientes	448 897
Total de asegurados asalariados (3)	1 210 043
Total de asegurados trabaj. independientes	204 477
Total asalariados sin asegurar	333 116
Total trabajadores independientes sin asegurar	244 420
Total	577 536
Porcentaje de la PEA total sin asegurar	25.1%
Porcentaje de PEA Ocupada sin asegurar	27.7%

1. Datos provenientes del BCCR con base en INEC.

2. Datos provenientes de la Encuesta Continua de Empleo (ECE). INEC.

3. Datos provenientes del Sistema de Estadísticas de Patronos, Trabajadores y Salarios. CCSS.

**Fuente:** Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Banco Central de Costa Rica (BCCR).

mientras que en el 2005 constituían un 5 %. Dentro de estos fondos se ubican los Recursos Específicos (i.e. aquellos que solo pueden ser utilizados para el fin por el cual fueron creados); tal es el caso de las transferencias del Instituto Costarricense contra el Cáncer y los provenientes de la Ley N° 9028, conocida como Ley Anti-Tabaco.

## ESTRUCTURA DEL ASEGURAMIENTO Y CONSECUENCIAS NO DESEADAS

Del cuadro siguiente, se destaca que un 54,6 % de la población está asegurada directamente, mientras que un 35,8 % lo está por medio del seguro familiar, con lo cual por cada asegurado directo (cotizante) hay 0,66 personas que no cotizan y que están protegidas por esta modalidad de aseguramiento (Cuadro 3).

Aunque originalmente el aseguramiento de beneficio familiar es una herramienta dirigida a garantizar la protección social de salud a las personas en dependencia económica del asegurado directo, podría propiciar consecuencias no deseadas. Por ejemplo, de las 1 644 166 personas cubiertas con esta modalidad de aseguramiento, el 64,1 % son mujeres, y de estas el 12 % se encuentra dentro de la fuerza de trabajo, según los datos de la Encuesta de Hogares del 2016; es decir, existen 197 299 mujeres que no deberían estar gozando del Seguro de Beneficio Familiar, sino que deberían ser aseguradas directas.

De tal forma, es un esquema que genera un *incentivo perverso* al aseguramiento, en el tanto que motiva a asegurarse en una modalidad que es más barata (costo del dependiente del familiar es igual a cero) que aquella a la que correspondería (en este caso asalariada, que le corresponde una deducción del 9,34 % de su salario). Destaca también que un 12,7 % de la población (las personas en edad activa que se encuentran en situación de pobreza y que no se encuentran cubiertas por el seguro como cotizantes directos o como sus familiares dependientes de un cotizante directo) está asegurada por cuenta del Estado, que paga el seguro a la Caja; a ese 12,7 % se suma el 2,5 % de los pensionados por el Régimen No Contributivo, por quienes el Estado paga su aseguramiento en salud.

Sobre este tema, es importante mencionar que las personas en edad productiva aseguradas por cuenta del Estado (12,7 %) tienen protección de salud pero no de pensiones; en este sentido, se debe recordar que los asegurados por Cuenta del Estado, así como los dependientes del asegurado directo no cotizan al régimen de pensiones. Esta característica implica al menos dos cosas: a) en el mejor de los casos esta población podría aspirar a una pensión del Régimen No Contributivo (RNC) de Monto Básico, y b) existe necesidad en el país de abordar esta situación, pues un porcentaje importante de población no va a disfrutar de pensión en la vejez, con las consecuencias en la pobreza que ello implica.

**Cuadro 3**  
Estructura del aseguramiento. Seguro de Salud. 2016

Detalle	2016	%
<b>Población Nacional (A+B+C+D)</b>	<b>4 889 762</b>	<b>100%</b>
<b>Asegurados Directos</b>		
Asalariados	1 159 702	23.7%
Cuenta Propia	389 057	8.0%
Convenios	30 410	0.6%
Otras formas de seguro (estudiante, refugiado)	23 083	0.5%
Pensionado de Régimen IVM	272 485	5.6%
Regímenes Especiales (Magisterio, Poder Judicial, Hacienda)	50 897	1.0%
Régimen No Contributivo (Monto Básico + Gracia o Guerra)	123 629	2.5%
Por el Estado	620 582	12.7%
<b>A. Sub-Total Asegurados Directos</b>	<b>2 669 845</b>	<b>54.6%</b>
Dependientes de Asegurado Directo	1 644 166	33.6%
Dependientes de Pensionado	105 693	2.2%
<b>B. Sub-Total Asegurados Indirectos</b>	<b>1 749 859</b>	<b>35.8%</b>
C. Segura privado o del extranjero	15 766	0.3%
D. Población No Asegurada	454 292	9.3%

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Encuesta de Hogares; 2016.

Por otra parte, según los datos de la Encuesta de Hogares, 454 292 personas (9,3 % de la población) no están protegidas por la seguridad social, ya que ni cotizan ni son dependientes de un asegurado directo; aunado a esto, la penetración de los seguros privados en salud continúa siendo muy baja (0,3 %), aunque los gastos de bolsillo van en aumento y ahora son más altos que los del promedio de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y estos se concentran en los grupos de población de mayores ingresos (3).

### **PROBLEMAS HISTÓRICOS Y RECURRENTE: EVASIÓN, MOROSIDAD Y DEUDA ESTATAL**

Desde el 2013 la Contraloría General de la República evidencia que la evasión de salarios en el Seguro de Salud asciende a un 16,4 % global (sector público y privado) y un 25,8 % para el sector privado. En relación con los trabajadores independientes, este órgano estima que el nivel de evasión por subdeclaración de ingresos fue del 64,2 % (4). En un estudio posterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que la evasión de los asalariados para ese mismo año alcanzó el 30,73 % sobre las cuotas cobradas, mientras que en el caso de los trabajadores independientes fue del 107,2 % (5). Los valores difieren producto del abordaje metodológico elegido por los investigadores. Sin embargo, coinciden en las tendencias: a) la evasión por salarios disminuye en el período 2010-2012 y b) la evasión de los trabajadores independientes es muy elevada, aunque con una leve disminución para los últimos años de medición. En el caso de la morosidad de los trabajadores independientes, es útil destacar que a pesar de que esta ha crecido, lo ha hecho a un ritmo cada vez menor en los últimos años. Así, en términos nominales, durante el periodo 2014-2017, la tasa de crecimiento experimentó una desaceleración de más de 8 %, ya que pasó de un 31,4 % en el 2014 a un 22,62 % en el 2016; mientras que en el caso de los asalariados, el indicador porcentaje de morosidad activa en relación con la facturación en el 2015 se encontraba en 26,6 %.

Un aspecto que explica los niveles de morosidad observados es que el trabajador independiente una vez afiliado y aunque haya dejado de cancelar las cuotas, se le continúa facturando. En este caso, lo que se sugiere es establecer un período máximo para la exclusión automática, cuando se observen estos casos; así, por ejemplo, en la modalidad de aseguramiento voluntario, de acuerdo con el Reglamento de Salud, se establece que después de seis meses consecutivos de no cotizar, se le suspende la facturación de los comprobantes de pago al trabajador, y podrá activar la condición de asegurado una vez que haya cancelado las cuotas adeudadas hasta un máximo de seis mensualidades.

Cabe destacar que a junio de 2018, la deuda estatal totaliza ₡1,28 billones, de los cuales ₡1,09 billones (86 %) corresponden al Seguro de Salud y ₡186,255 millones (14 %) al Seguro de IVM. En el caso del Seguro de Salud, la deuda

acumulada constituye casi el 50 % del presupuesto de este seguro para el 2018.

Es importante recalcar que el Gobierno desempeña un papel importante en el financiamiento de los seguros sociales, tanto desde su condición de patrono como de Estado propiamente dicho. Las estadísticas del año 2017 denotan que el Ministerio de Hacienda aporta el 20 % de los ingresos totales del Seguro de Salud; el 9,6 % mediante cuotas patronales y el 10,4 % restante como parte del financiamiento de cuotas complementarias, Estado como tal y programas (paternidad responsable, plan nacional de vacunación, Ley de control del tabaco y programa del Ministerio de Salud).

### **INFORMALIZACIÓN Y DESEMPLEO EN EL MERCADO DE TRABAJO**

Al tener como fuente de financiamiento las contribuciones, las características del empleo (formal e informal) constituyen un aspecto central para observar la posible trayectoria de los ingresos futuros. De acuerdo con los datos de la Encuesta Continua de Empleo (ECE), para el primer trimestre del 2017 el 43,2 % de la población ocupada tenía un empleo informal según la definición del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC); a ello se agrega que en promedio el 25 % de dependientes se encuentran con empleo informal para el período 2010-2017 (I trimestre), es decir, asalariados que tienen empleo informal o trabajadores no remunerados en el sector formal. Un aspecto a valorar en el crecimiento del empleo informal, es que estos trabajadores reciben un conjunto similar de beneficios de salud. El resultado es que el empleo formal está involuntariamente penalizado, mientras que el empleo informal está subsidiado.

Por otra parte, en Costa Rica, se estima que 34 647 personas salieron de la fuerza laboral en el 2016 por sentirse desalentadas, lo que implica que el desempleo ampliado fue de 11,1 % ese año. Además, se estima que 148 124 ocupados buscaban empleo en 2016, por lo que la presión general del mercado laboral fue de 360 447 personas; es decir, el 16,2 % de la fuerza de trabajo, según los datos del INEC; lo relevante es identificar el impacto en las finanzas del Seguro de Salud; así, en un reciente estudio efectuado en la CCSS, se estimó una pérdida de “alrededor del 8 % de la masa cotizante de SEM producto del desempleo” (6).

### **EL DESAFÍO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO**

El Seguro de Salud destina aproximadamente US\$250 millones anuales a la adquisición de medicamentos que componen la Lista Oficial de Medicamentos (LOM); en los últimos años este gasto ha constituido en promedio un 7-8 % del gasto total en salud.

Los medicamentos NO LOM (aquellos utilizados en la atención de patologías de grupos minoritarios y adquiridos por los hospitales), por su parte, representaban en el 2016 el 14,3 % del gasto total de medicamentos, y aunque no

parecen constituir un factor de presión sobre las finanzas en el corto plazo, su ritmo de crecimiento es mayor que el de los medicamentos LOM, sobre todo en los últimos años; incluso, su ritmo de crecimiento supera al gasto total del Seguro de Salud (Figura 3).

Este crecimiento es entendible, ya que es ocasionado por el alto impacto financiero de los nuevos fármacos biotecnológicos, como la Imigluserase y la Algasidasa (prescritos para la enfermedad de Gaucher y Fabry, respectivamente), así como los medicamentos para el tratamiento del cáncer, que en algunos casos generan un costo-tratamiento anual por paciente superior a los \$200 000 dólares. Esta tendencia tal vez se agrave, ya que según la información de la CCSS, en la Carga de Enfermedad el 62 % de los Años Ajustados por Discapacidad (AVAD) corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles. En esta dirección, se estima que para el 2024 el gasto de las unidades médicas constituirá el 23 % del gasto en relación con el programa 5101.

Esta estimación tal vez sea conservadora, pues no incorpora el desafío que implica la medicina personalizada y su impacto en la producción de medicamentos. El modelo actual de producción de la industria farmacéutica consiste en desarrollar medicamentos que puedan ser utilizados por el mayor número de pacientes y para varias indicaciones, pero tiene el riesgo de estancarse a favor de un nuevo modelo que descansa en el desarrollo de medicamentos adaptados al perfil biológico y patológico de cada paciente; a título de ejemplo, para el 2017 estas terapias suponían alrededor del 35 % del total de autorizaciones de comercialización otorgadas por la

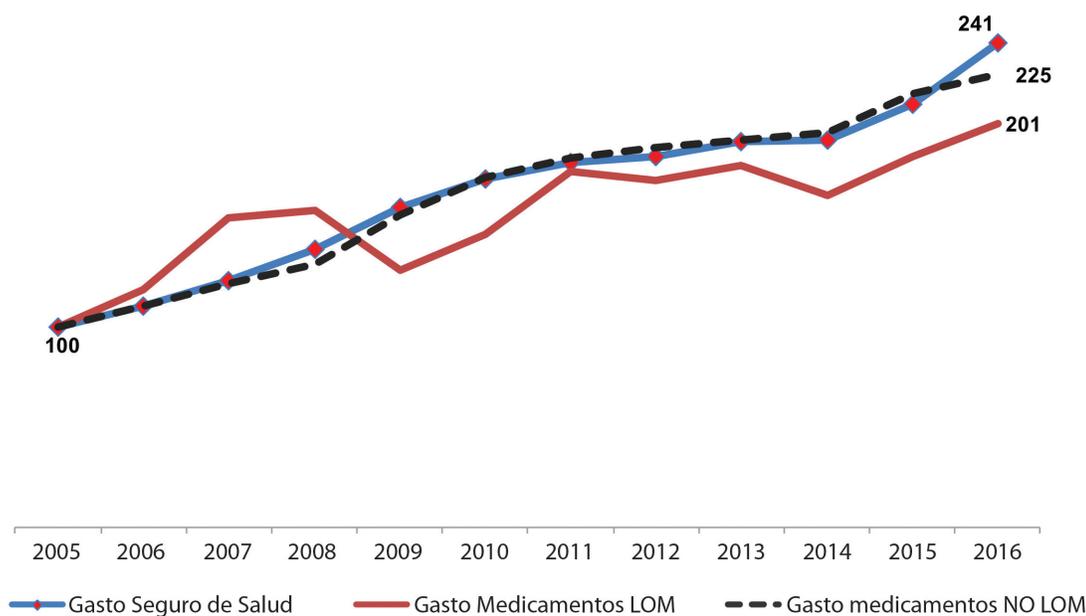
*Food and Drug Administration (FDA)* para nuevas moléculas, y hace 10 años esta proporción era de apenas el 10 %.

Estos elementos son indicativos de la necesidad de que el Seguro de Salud identifique fuentes de recursos adicionales (i.e impuestos específicos) para enfrentar el probable incremento del gasto en medicamentos, y desarrolle un esquema regulatorio que permita racionalizar los precios de adquisición de los medicamentos, así como dar monitoreo y seguimiento continuo a la evolución de los precios y las cantidades adquiridas.

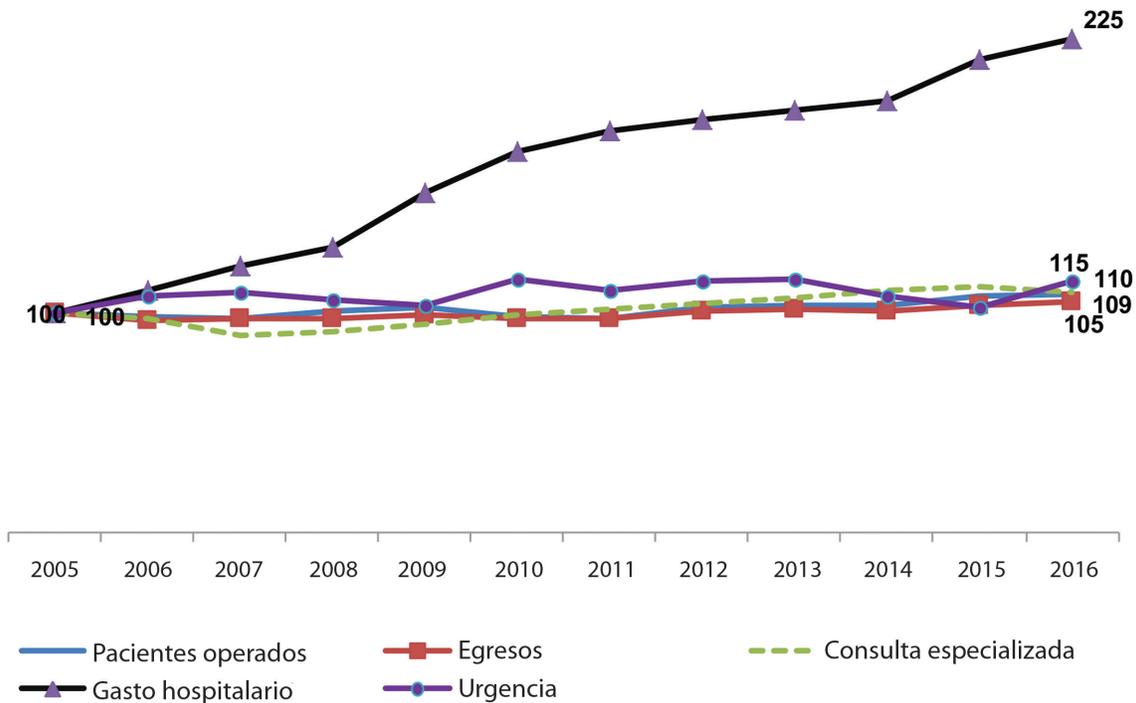
### EL DESAFÍO DE LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD EN LA PRESTACIÓN DESERVICIOS DE SALUD

En el caso de los hospitales, se observa una brecha creciente entre el comportamiento del gasto real (eliminando el efecto inflación) y algunos datos de producción hospitalaria: egresos, urgencias, intervenciones quirúrgicas y consultas a especialistas (Figura 4).

Como se observa en el gráfico, el nivel y el ritmo de crecimiento del gasto superan con creces los niveles de productividad observados. Aunque no es propósito de este documento analizar las causas de este comportamiento, sí es interesante destacar, por ejemplo, el caso de los pacientes operados, que podría estar asociado con el hecho de que en las 177 salas de operación disponibles no se utiliza el 31,2 % de los días hábiles disponibles; a ello se agrega que el índice ambulatorio institucional era de un 23,5 % para el 2015, aunque si se toma en cuenta solo a los hospitales (excluyendo a



**Figura 3.** Ritmo de crecimiento del gasto del Seguro de Salud, medicamentos LOM y NO LOM y Tránsito.IPC. 2015=100.  
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Dirección de Presupuesto, y Banco Central de Costa Rica (BCCR).



**Figura 4.** Comportamiento de los gastos reales hospitalarios e indicadores de producción. 2015=100.  
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Anuarios Estadísticos y Sistema Ejecutivo de Información Presupuestaria.

los establecimientos ambulatorios), el índice de cirugía ambulatoria disminuye a 20,8 % (7).

De lo anterior se colige que es necesario que el Seguro de Salud introduzca elementos prospectivos en la asignación de recursos; por ejemplo, asignar el presupuesto a los hospitales según los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD); metodología que asocia los fondos asignados con la complejidad (casuística) y eficiencia hospitalaria, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe del año 2010.

## CONCLUSIONES

El financiamiento tripartido del Seguro de Salud ha permitido avanzar hacia la ruta de la cobertura universal en salud de la población costarricense. Sin embargo, para continuar con la ampliación de la cobertura horizontal, se requiere un conjunto de medidas organizativas, de financiamiento y de gestión del gasto.

En cuanto a las medidas organizativas, se sugiere implementar un agresivo plan de simplificación de trámites en la inscripción patronal y de los trabajadores independientes, reestructurando estos procesos y utilizando la tecnología disponible en forma agresiva.

Respecto al financiamiento, en el corto plazo, se aconseja continuar desarrollando esquemas de aseguramiento que

promuevan la incorporación de población de difícil cobertura y reformar la modalidad de aseguramiento de Beneficio Familiar por los incentivos incorrectos que genera; además, para enfrentar la presión del gasto en medicamentos, se sugiere coadyuvar en identificar nuevas fuentes de financiamiento (por ejemplo, impuestos específicos) que permitan generar recursos frescos al Seguro de Salud y desarrollar un esquema de regulación enfocada en racionalizar los precios; asimismo, rediseñar la base mínima contributiva, en el tanto tiende a encarecer el costo del aseguramiento, para que responda a la dinámica de la informalización y la presión de los nuevos empleos que se observan en el mercado laboral.

En el mediano plazo, el financiamiento podría migrar gradualmente hacia un financiamiento híbrido, conformado por impuestos generales y contribuciones. En el largo plazo, la tendencia es que el financiamiento recaiga en impuestos generales, con lo que además se favorece la formalización en el mercado de trabajo.

Sin embargo, las medidas sobre el financiamiento parecen ser insuficientes. Es fundamental mejorar la calidad del gasto para cerrar la brecha entre gasto y resultados alcanzados; en esta dirección, la introducción de elementos prospectivos en la asignación de recursos a los hospitales (GRD) y áreas de salud constituye un aspecto básico.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS

El autor firmante declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muiser J. *La Seguridad Social en Costa Rica en los últimos veinte años: comportamiento del Seguro de Salud en perspectiva comparada (1990–2010)*. Vigésimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2013). San José: Programa Estado de la Nación; 2013.
2. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Sistema de Estadísticas de Patronos, Trabajadores y Salarios de la Dirección Actuarial*. San José: CCSS; 2015.
3. Campos J, Slon P, Vargas JR. *Gasto catastrófico en salud de los adultos mayores en Costa Rica*. Simposio de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. San José: Universidad de Costa Rica, Escuela de Economía; 2016.
4. Contraloría General de la República (CGR). *Estudio especial sobre las contribuciones a la Seguridad Social: una estimación de la evasión. Informe DFOE-SAF-IF-04-2013*. San José: CGR, División de Fiscalización Operativa y Evaluativa; 2013.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cinco estudios acerca del Seguro Social de Salud de Costa Rica*. San José: OPS/OMS; 2013.
6. Fernández C. *El desempleo como desafío para la seguridad social: impacto reciente y perspectivas a mediano plazo*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Dirección Actuarial y Económica; 2017.
7. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015*. San José: CCSS, Gerencia Médica. Dirección de Compra de Servicios de Salud; 2016.
8. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Compendio de leyes y reglamentos que rigen a la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: CCSS, Gerencia Financiera. Dirección de Inspección; 2016.
9. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo, Uruguay: CEPAL; 2006.
10. Cruces G. *Protección social y sistemas de salud: Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos*. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, 14 y 15 de Noviembre de 2006. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2006.
11. Dion-Labrie M, Fortin MC, Hébert MJ, Doucet H. Reflexiones éticas sobre la medicina personalizada: ¿la alianza entre la ciencia y la medicina, realizada por fin? *Revista Colombiana de Bioética*. 2008; 3(2): 57-82.
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). *Encuesta continua de empleo al primer trimestre de 2017*. San José: INEC; 2017.
13. Philip M. *Economía de la Medicina Personalizada: retos y oportunidades*. Madrid; Fundación Ramón Areces; 2011.
14. Martínez J. *La seguridad social en Costa Rica: percepciones y experiencias de quienes menos tienen y más la necesitan*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2006.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS; 2010.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de Salud Pública*. México: OPS; 2015.
17. Sauma P. *Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica*. México: CEPAL; 2013.
18. Titelman D. *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes*. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
19. Valdés JD. *Vigésimo Primer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2014: Situación financiera del seguro de salud de la C.C.S.S.* San José: Programa Estado de la Nación; 2014.