

financiamiento del desarrollo

El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica

Fernando Herrero
Fabio Durán



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva

Santiago de Chile, abril de 2001

Este documento fue preparado por los señores Fernando Herrero y Fabio Durán, consultores del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ “Reformas a los sistemas de salud en América Latina”. Los autores agradecen a Xinia Carvajal, Viceministra; Sandra Barrientos y Jorge Araya del Ministerio de Salud; José Alberto Acuña, Gerente de División Financiera; Gustavo Picado, Claudio López, Freddy Salazar y Sergio Gómez de CCSS; Rodolfo González, Subgerente General; William Calvo, Marian Koberg, Paulina Herrera y Carlos Carrillo del Banco Central de Costa Rica; Luis Mastroeni, Subgerente; Manuel Salazar, Patricia Phillips y Claudio López del Instituto Nacional de Seguros; y Ricardo Arias y Mercedes Valle de la Contraloría Gral. de la República; Raúl Molina y Ana Gabriela Ross, de la OPS, quienes nos orientaron hacia la construcción de la versión de las Cuentas Nacionales de Salud que presentamos en este trabajo. La economista Andrea Collado laboró en el estudio como investigadora asistente. Finalmente, agradecemos a Alvaro Salas, Guido Miranda y James Cercone tres estimulantes conversaciones sobre el tema, y a Daniel Titelman, Ana Sojo y Juliana Martínez por sus comentarios a una versión anterior de este trabajo.

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

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1527-P

ISBN: 92-1-321833-8

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2001. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.01.II.G.72

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	5
Introducción	7
I. El sistema de salud y el programa de reforma	9
A. Las condiciones de partida	9
B. El sistema y sus componentes	10
C. Tendencias de cambio	13
D. El programa de reforma	15
II. Patrones de utilización de servicios de salud	19
A. La utilización por sector institucional en 1998	20
B. La utilización de servicios privados de salud: Síntesis	25
C. Las tendencias en la década de los noventa	26
III. Financiamiento y provisión de servicios de salud	29
A. Las cuentas nacionales de salud	30
B. Métodos y procedimientos	35
C. Una visión de conjunto	37
D. El financiamiento del sector público y las funciones de atención en salud	39
E. El financiamiento y la provisión privados	40
F. El sector externo	41
IV. Provisión privada de servicios estatales de salud	43
A. La reforma y el papel del sector privado	44

B. Los modelos de participación del sector privado	45
C. Resultados e interrogantes de la experiencia reciente	47
V. Rectoría y regulación	53
A. La regulación de insumos y servicios para la salud	54
B. La ausencia de regulación económica específica	54
C. El nuevo papel del Ministerio de Salud	55
D. Participación y control ciudadano	56
Conclusión	57
Bibliografía	61
Serie financiamiento del desarrollo: Números publicados	65

Índice de cuadros

Cuadro 1 Indicadores globales de utilización de servicios de salud, por sector institucional	20
Cuadro 2 Utilización de servicios ambulatorios, por zona	21
Cuadro 3 Tasas de utilización de servicios de salud, según condición de aseguramiento	21
Cuadro 4 Resultados de la regresión logísticas, solo para la población con consulta médica	26
Cuadro 5 Clasificación por fuentes de financiamiento del gasto en salud	32
Cuadro 6 Clasificación por los servicios y productos de salud por función	34
Cuadro 7 Costa Rica: Gasto en salud por fuente de financiamiento	38
Cuadro 8 Estructura de las compras del sector público por institución	39
Cuadro 9 Estructura del gasto en salud en el sector privado por fuente de finan. Privado	41
Cuadro 10 Proveedores del sector privado a quienes se les ha adjudicado la administración	47
Cuadro 11 Esquema de los servicios de salud provistos por el sector privado y financiados por el sector público	50
Cuadro 12 Costa Rica: Características de la regulación de los servicios de atención a la salud y los productos farmacéuticos	54

Índice de gráficos

Gráfico 1 Tasas de consulta médica por edad y sector	22
Gráfico 2 Tasas de consulta médica por decil de ingreso	23
Gráfico 3 Tasas de utilización de servicios hospitalarios según ingreso y sector	24
Gráfico 4 Tasa de consulta médicas públicas y privadas	27
Gráfico 5 Composición de las funciones de salud financiadas por el sector público	40
Gráfico 6 Esquema de relaciones entre el sector público y el sector privado	45

Resumen

El propósito de este estudio es analizar la participación del sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, a la luz del proceso de reforma institucional que se encuentra en marcha. El estudio analiza el papel del sector privado desde cuatro perspectivas complementarias: (1) los patrones de utilización de servicios públicos y privados (con base en las Encuestas de Hogares de la última década); (2) los flujos de gasto entre entes financieros, compradores y proveedores del sistema, a través de la construcción de un juego de Cuentas Nacionales de Salud para el año 1998; (3) los resultados obtenidos en las experiencias de contratación de servicios privados a través del Seguro Nacional de Salud; y (4) las características del marco regulatorio y de rectoría del sistema.

Entre los principales resultados cabe mencionar que el sector privado muestra una importancia creciente en la década de los noventa, en especial conforme el nivel de ingreso del usuario es mayor. Esta tendencia se observa con menos fuerza en los servicios hospitalarios, donde la atención del sistema público es de más alta calidad. Como resultado, alrededor de un 30% del gasto en salud es provisto por el sector privado y se financia principalmente con recursos de bolsillo, dado que los seguros privados de salud juegan un papel marginal. Como parte del programa de reforma se ha ampliado la compra de servicios privados por parte del Seguro Nacional, y los resultados los usuarios expresan satisfacción por los servicios, aunque los costos de estos son significativamente mayores que los de los proveedores públicos. En este contexto adquiere especial importancia el hecho de que la rectoría del sector es estructuralmente muy débil y no existe un sistema de regulación económica específico para enfrentar las distorsiones inherentes a los mercados de servicios de salud.

Definir el papel futuro del sector privado en este sistema y establecer mecanismos apropiados para que los resultados mejoren sin aumentar innecesariamente los costos es uno de los principales retos de política que enfrenta Costa Rica hoy. La universalidad, la solidaridad y el bajo costo que caracterizan hoy el sistema de salud se encuentran en juego en ese debate.

Introducción

El propósito de este trabajo es analizar el papel del sector privado en la provisión y financiamiento de los servicios de salud en el marco de la reforma del sistema en Costa Rica.

El sistema de salud de Costa Rica está organizado alrededor de un seguro estatal que cubre prácticamente a toda la población. Ha sido caracterizado como "un sistema público con participación marginal del sector privado" (Mesa Lago, 1997: 1), en el que por tratarse de "un escenario eminentemente público (el objetivo de la reforma) es mejorar la eficiencia y competitividad de las instituciones públicas que prestan servicios de salud" (Sojo, 2000: 45).¹

Aún cuando esa caracterización sigue siendo válida en lo fundamental, el papel del sector privado se ha incrementado significativamente en los últimos años, tanto en la provisión como en el financiamiento de los servicios.

En este nuevo contexto si bien los retos de política incluyen la modernización de las instituciones públicas, deben ir más allá de estas. Los programas de modernización que están en marcha atienden parcialmente las necesidades que plantea la nueva situación, pero no han enfrentado en forma directa y consensuada la orientación futura del sistema, el papel que jugará en él el sector privado y la institucionalidad necesaria para que coadyuve a mantener y mejorar los elevados índices de salud del país. Este es probablemente el

¹ En el mismo sentido véase por ejemplo OMS (2000) y Trejos y Güendell (1994). Los trabajos de Sojo (2000; 1997) analizan con profundidad dos componentes centrales de los procesos de modernización de la CCSS: los compromisos de gestión y la creación de cuasimercados de salud.

principal reto pendiente en el debate de políticas sobre el sistema de salud de Costa Rica.

El trabajo se divide en cinco secciones además de la presente Introducción y la Conclusión.

En la primera parte se describe la organización del sistema de salud de Costa Rica y la reforma que dio inicio desde principios de la década de los noventa.

En la segunda se analiza la utilización del sistema de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Hogares de 1998 y los resultados se contrastan con los de la Encuesta de 1993, para mostrar un marcado aumento de la demanda privada de servicios de salud por parte de los hogares en ese quinquenio. Los servicios privados se concentran en la atención médica ambulatoria y los servicios públicos en la atención hospitalaria (y la salud preventiva). El uso de los servicios privados es relativamente más elevado en las mujeres que en los hombres, en las zonas urbanas, y conforme más alto es el decil de ingreso del usuario.

En la tercera parte se analiza el gasto nacional en salud, haciendo uso de estimaciones preliminares de Cuentas Nacionales de Salud para 1998. Estas estimaciones fueron preparadas para este estudio de acuerdo a la metodología desarrollada por la OCDE. Se utilizó como punto de partida el Sistema de Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica, y se utilizaron diversas fuentes para construir una visión más detallada de la situación, incluyendo fuentes de financiamiento y proveedores públicos y privados, así como un desglose uniforme de los servicios de atención a la salud. Este es el primer esfuerzo de esta naturaleza que se lleva a cabo en Costa Rica.² Los resultados coinciden con los de la sección anterior, y muestran que la expansión de la demanda privada de servicios de salud ha llevado a que un 31% del total del gasto en salud sea financiado con recursos privados, la mayoría de los cuales corresponden a gastos “de bolsillo” de los consumidores (los seguros privados son un componente menor del financiamiento del sistema).

La cuarta sección describe otra dimensión de la participación del sector privado en el sistema de salud: la provisión de servicios para los grandes compradores estatales del mercado, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto Nacional de Seguros (INS). El énfasis se coloca en la experiencia de la CCSS, cuyo proceso de reforma incluye la contratación de producción de servicios privados de salud por parte de esa entidad. Las compras de la CCSS al sector privado por este concepto eran alrededor del 2% del gasto total en 1998, y las autoridades se han propuesto incrementar su papel. Las evaluaciones de costos, sin embargo, no muestran una ventaja del sector privado como proveedor y la CCSS no posee todavía sistemas de información y de contratación adecuados para garantizar que las compras externas redundarán en costos menores para un mismo nivel de calidad, o una mayor calidad para el mismo costo.

La quinta parte discute en forma somera el tema de la rectoría y regulación del sistema, para enfatizar que se trata de una de las áreas cuyo desarrollo está rezagado frente a la expansión que ha tenido el sector privado. El Ministerio de Salud no parece tener facultades suficientes para cumplir la función de rectoría y son muy recientes los pasos que ha dado para tratar de avanzar en esa dirección. La regulación que existe se basa en normas mínimas para la operación de los agentes privados para las cuales el seguimiento es débil, y no existe más regulación económica que la que tiene la generalidad de las actividades productivas del país. No hay por lo tanto un reconocimiento ni trato especial para las fallas que caracterizan los mercados del sistema.

Para concluir se presenta una síntesis de los principales resultados obtenidos y se plantean algunos de los dilemas de política para que el sistema contribuya al mantenimiento y superación de las condiciones de salud que disfruta actualmente la población.

² En esta sección se explican las principales divergencias entre las estimaciones presentadas y otras que se encuentran en la literatura.

I. El sistema de salud y el programa de reforma

Esta sección tiene el propósito de ubicar al lector en el contexto del sistema de salud de Costa Rica y el programa de modernización que se ha venido desarrollando desde principios de la década de los noventa. En la primera parte se enumeran algunas condiciones particulares de este caso y posteriormente se describen las principales características del sistema y el programa de reforma.

A. Las condiciones de partida

Varias condiciones son indispensables para comprender el sistema de salud de Costa Rica, así como los programas de reforma y las discusiones que tienen lugar alrededor de estos.

En primer lugar, Costa Rica cuenta con condiciones de salud muy favorables en el contexto mundial. La esperanza de vida sin discapacidad al nacer de Costa Rica es igual a la de los países de la OCDE y está entre los primeros lugares de las zonas tropicales del mundo.

En segundo lugar, los logros de Costa Rica en materia de salud son la principal razón por la que este país se encuentra en una elevada posición en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que calcula anualmente el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2000) y explica por qué el IDH de Costa Rica permite clasificarlo en una posición mucho más alta que la que le corresponde en el ordenamiento mundial de acuerdo con el Producto Interno Bruto (PIB) por habitante. En contraste con las condiciones de salud, si

solamente se tomasen en cuenta los componentes educativos que se incluyen en el cálculo del IDH, Costa Rica tendría una posición más baja que la que ocupa de acuerdo al PIB per cápita.

En tercer lugar, el sistema de salud de Costa Rica proporciona acceso a sus servicios a toda la población sin distinción de condición de aseguramiento, nacionalidad o capacidad de pago. Esta característica, que probablemente no es sostenible en esa forma en el mediano plazo, se ha mantenido a pesar de que el sistema tiene serias deficiencias para cobrar las contribuciones obligatorias al sector privado y aún más para cobrar por servicios prestados a personas no aseguradas.

En cuarto lugar, la población costarricense otorga un lugar de privilegio a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que es el centro del sistema de salud. Las encuestas de opinión pública señalan a esta institución como una de las mejores entidades públicas y como una de las que debe mantenerse como tal,³ a pesar de que se señalan también (desde la década de los setenta al menos) las insuficiencias del sistema de atención primaria y en particular el mal trato personal recibido por los usuarios.

B. El sistema y sus componentes

El sistema de salud está organizado alrededor del seguro nacional de salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, que es la institución responsable de administrarlo en todas sus dimensiones. El seguro se complementa con los seguros riesgos profesionales y accidentes de tránsito, que son producidos y administrados por el Instituto Nacional de Seguros, que es la segunda institución que financia, contrata y presta servicios de salud en el país. El sector privado, que es relativamente pequeño, ha venido creciendo en los últimos años; sus servicios se concentran principalmente en la atención ambulatoria y en la comercialización de productos farmacéuticos. Finalmente, la rectoría y la regulación del sistema ha sido asignada al Ministerio de Salud, que se encuentra en las primeras etapas del desarrollo de esta misión.

1. El seguro nacional de salud⁴

En la década de los cuarenta se inició un esfuerzo continuado de desarrollo institucional para promover la salud en Costa Rica.

En 1943 se creó la CCSS como una institución autónoma del Estado destinada a la atención de la población obrera. Su creación se consolidó en la Constitución Política de 1949, que en su artículo 73 dice:

“Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.” (Así reformado por ley No. 2737 de 12 de mayo de 1961).”

³ El gran apoyo de la opinión pública al carácter estatal de la CCSS es quizás una de las razones por las cuales no ha habido en Costa Rica una discusión más abierta sobre el papel potencial del sector privado y las formas para alcanzarlo.

⁴ Sobre este tema véanse por ejemplo los trabajos de Salas (1998), Miranda (1988), Jaramillo (1993). Sobre los procesos de formación de las políticas de salud en Costa Rica, véase Martínez (1998 y 2000).

El Seguro de Salud evolucionó gradualmente a lo largo de los últimos cincuenta años. Entre los principales hitos de su desarrollo cabe mencionar:

- Ley de universalización de los seguros sociales. En 1961 (Ley N° 2738) se estableció la obligación constitucional de la CCSS de universalizar la cobertura de los seguros sociales en un plazo de diez años.
- Traspaso de los hospitales a la CCSS. En 1973 se dictó la Ley N° 5349, que creó el marco para el traspaso de los hospitales a la CCSS, tarea que se cumplió en un período de tres años y medio.
- En 1975 se extendió el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores agrícolas y la CCSS se hizo cargo del Régimen No Contributivo de Pensiones con el fin de dar protección a los grupos de más bajos recursos.
- Creación del Régimen Voluntario de Protección a los Trabajadores Independientes y sus Familiares (1978). De acuerdo con los datos de la CCSS (1999), actualmente este régimen se ha expandido al punto de que un 24% de los asegurados directos utiliza el sistema. Esto equivale al 15% del total de asegurados directos.
- Establecimiento del Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado (1984) para la cobertura de la población indigente. En 1998, este régimen cubría el 25% del total de asegurados (CCSS, 1999:13).
- En 1993 se aprobó la Ley No. 7374, “Ley de Mejoramiento de la Salud de los Costarricenses”, que traspasó a la CCSS los servicios de atención a las personas que aún estaban a cargo del MS y que tenían principalmente un carácter preventivo.

Los pasos anteriores llevaron a la constitución de un Seguro de Salud que cubre en principio a toda la población.⁵

2. Instituciones prestadoras de servicios de salud

La principal institución del sistema es la CCSS, que administra el Seguro de Salud (Enfermedad y Maternidad) en su múltiple condición de ente financiero, comprador y proveedor principal de servicios en los tres niveles de atención.⁶ Tiene a su cargo el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) que es el primer pilar del sistema nacional de pensiones y se financia también con contribuciones obligatorias de patronos, trabajadores y el Estado.

El Instituto Nacional de Seguros (INS) es la segunda institución financiadora, compradora y proveedora de servicios de salud. El INS posee el monopolio legal de los seguros en Costa Rica (aunque en el mercado se venden seguros originados en el exterior), y le corresponde administrar el Seguro de Riesgos del Trabajo (seguro obligatorio establecido por Ley) y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. En esta función recauda las primas obligatorias, y administra la prestación de servicios médicos asociados a esos seguros. Al igual que la CCSS, posee instalaciones propias para la prestación de atenciones a los asegurados, contrata con la CCSS parte de la atención de sus pacientes, y contrata otra parte al sector privado. En esta última materia el INS es la institución pública con mayor experiencia. Además de los seguros establecidos por ley, el INS ofrece en el

⁵ La CCSS brinda sus servicios a toda la población. En principio debe cobrar por estos a quienes no estén asegurados, pero los mecanismos para este fin no funcionan adecuadamente. Así, uno de los restos pendientes es lograr que toda la población contribuya con el financiamiento.

⁶ La CCSS, a través del Centro de Docencia e Investigación en Seguridad Social organiza además la formación y capacitación de personal en salud, en conjunto con la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional (medicina veterinaria) y varias universidades privadas.

mercado, seguros voluntarios que complementan los anteriores, incluyendo un seguro de gastos médicos.

El sector privado, por otra parte, ha venido jugando un papel cada vez más importante, en especial en áreas de atención ambulatoria y atenciones de apoyo en salud. La provisión de productos farmacéuticos y aparatos es privada también, en parte importada.

3. Financiamiento

El gasto corriente en salud de Costa Rica es equivalente a un 6.3% del PIB y US\$234⁷ por habitante, según los resultados que se presentan en la sección tercera de este trabajo.⁸ Desde el punto de vista del financiamiento, la mayor parte corresponde al sector público⁹ (68%) y en particular a la CCSS (59%). Desde el punto de vista de la prestación de servicios también la CCSS es el agente más importante, pues ejecuta directamente el 61% del gasto (incluyendo un 2% que contrata al sector privado).

La CCSS, a su vez, se financia a través de contribuciones obligatorias de asalariados, patronos y el Estado; de subsidios estatales para el aseguramiento de los indigentes; del aseguramiento voluntario de los trabajadores independientes y otros grupos; y de la venta de servicios a personas no aseguradas. También recibe intereses producto de la deuda acumulada por el gobierno central con la institución a lo largo de su existencia.

En 1998, por ejemplo, 42% de los ingresos provino de las cuotas patronales privadas, 36% de las contribuciones de los asalariados y pensionados, 16% de contribuciones estatales (como patrono, como Estado y para financiar los servicios a indigentes), y 6% de intereses y otros. Esta estructura es semejante a la que se observa en otros años del período.

Durante el último quinquenio, los ingresos reglamentarios de la CCSS se han mantenido relativamente constantes como proporción del PIB - alrededor de 5.3% - y los ingresos reales de la CCSS crecieron en promedio un 1% por año más rápidamente que el PIB. Los egresos totales, por su parte, se han mantenido en forma oscilante alrededor de 5.0% del PIB, lo que ha generado un superávit anual de alrededor de 15% de los ingresos reglamentarios de la institución. Este superávit se genera principalmente por las políticas de restricción del gasto público a las cuales ha estado obligada la institución durante las últimas dos décadas, y ha dado lugar a dos tipos de propuestas: las dirigidas a liberar a la CCSS de las regulaciones fiscales impuestas por la Autoridad Presupuestaria y el Ministerio de Hacienda (como en la Ley de Protección del Trabajador, que se aprobó recientemente), y las que desarrollan mecanismos de financiamiento y concesión privada del tipo BOT –“Build, Operate and Transfer”– y sus variantes (como en el caso de la construcción del Hospital de Alajuela descrito en Cercone, J.: 2000).

⁷ Al tipo de cambio promedio de 1998, de 255.6 colones por dólar, sin ajuste por la paridad del poder de compra.

⁸ La información sobre el gasto en salud que se presenta en este trabajo difiere de la que se reportan en otros estudios anteriores por las siguientes razones: (1) las estimaciones que hemos realizado se enmarcan en el Sistema de Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica por lo que los criterios contables y las clasificaciones sectoriales no necesariamente coinciden con las de otros trabajos; (2) no se han incluido gastos de capital en nuestras estimaciones; (3) la definición del sector salud que hemos utilizado no incluye instituciones como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado, el Ministerio de Planificación y las universidades, que a veces se incluyen dadas las disposiciones administrativas que definen el sector salud para efectos del Sistema Nacional de Planificación; (4) En este trabajo hemos utilizado estimaciones de las cuentas nacionales correspondientes a la revisión de la serie elaborada en el año 2000, en las cuales el PIB es alrededor de 25% más alto que en la serie que se utilizaba previamente y (5) las estimaciones del gasto privado en salud que empleamos fueron elaboradas por la CCSS y son más elevadas que las que emplea el Banco Central.

⁹ El sector privado –empresas y especialmente hogares, pues los seguros privados juegan un papel marginal– financia una parte creciente del gasto en salud, en especial el que se dirige a proveedores privados para los cuales existen muy pocas regulaciones efectivas. Las características de este financiamiento se estudiarán en las secciones posteriores

A los problemas de financiamiento que se originan en el sector público deben agregarse aquellos que provienen del sector privado, y que por su magnitud son mayores a los de carácter público: la evasión, la morosidad y la cobertura deficiente del sistema de contribuciones.

La CCSS ha estimado la evasión total (CCSS, 1998:11) en un 20% de los ingresos reglamentarios anuales, del cual un 71% corresponde a pagos de trabajadores asalariados y patronos no asegurados, y un 29% a subdeclaración de salarios. A diferencia del sector público, donde el incumplimiento en el pago se convierte automáticamente en deuda, en el caso de la evasión en el sector privado los ingresos se pierden.

La morosidad es un problema de menor magnitud que el de la evasión, pero tal y como ha señalado la Contraloría General de la República (CGR) podría tratarse de un problema en aumento: al menos de 1995 a 1997 varió de 2.8% a 7% (CGR, 1999: 10).

La cobertura insuficiente se refiere al problema de que un 30% de la fuerza de trabajo no contribuye al financiamiento del Seguro de Salud aunque sí se puede beneficiar de sus servicios, por los cuales es difícil para la CCSS cobrar.¹⁰ Para resolver este problema, la Asamblea Legislativa aprobó nueva legislación que intenta hacer obligatoria la contribución de los trabajadores independientes al Seguro de Salud pero esta aún no ha sido aplicada.

4. Rectoría

El MS es el órgano que tiene asignada por ley la rectoría política del sistema, así como la responsabilidad de supervisar su funcionamiento. Antes del programa de reforma, el Ministerio realizaba también funciones de atención preventiva y curativa a personas. En la actualidad está dando los primeros pasos para convertirse en órgano rector del sistema (Costa Rica, MS, 1999), aunque no es claro que cuente con los instrumentos necesarios para llevar a cabo esta función, como se discutirá posteriormente.

C. Tendencias de cambio

El desarrollo del sistema de salud costarricense ha tenido lugar en medio de debates ideológicos y políticos vinculados con el papel que deben jugar el sector público y el privado en su desarrollo. Los avances alcanzados, que coadyuvaron al logro de los actuales indicadores de salud, se centraron en el fortalecimiento del sector público en las funciones de gestión de la salud. Estos avances han significado un gran reconocimiento del sistema por parte de la población y de la comunidad internacional.

Hay sin embargo un conjunto de factores que ha llevado a una situación de crisis y ha provocado la generación de propuestas de reforma como la que hoy se encuentra en marcha.

La crisis del modelo de atención es el punto de partida para la explicación del programa de reforma.

En los años setenta los programas de prevención del MS fueron altamente exitosos. El Seguro Social se expandió en esos años, absorbiendo y tecnificando la prestación de servicios hospitalarios y ampliando su cobertura.

En forma simultánea, sin embargo, creció la insatisfacción de los usuarios de los grupos medios y altos por la calidad de la atención que recibían en los servicios ambulatorios de la CCSS, que contrastaban con los que podían adquirir en los consultorios privados.

¹⁰ La institución no tiene buenos sistemas de cobro, pero más importante que eso, el usuario puede asegurarse inmediatamente antes de usar los servicios y recibirá los servicios completos, por lo que hay un incentivo a evadir las contribuciones.

A esta insatisfacción se unieron varios factores.

El cambio en el perfil epidemiológico. El cambio en el perfil epidemiológico ocurrido en las dos décadas anteriores cambió las características de la demanda de servicios e hizo prever costos más elevados que los del modelo de atención anterior.

La crisis de los años ochenta. La crisis económica de la década de los ochenta afectó severamente las finanzas de la CCSS, pues el gobierno no hizo frente oportunamente a sus obligaciones con la institución y exigió que esta ampliara sus excedentes financieros y los colocara en bonos del Gobierno. Los servicios se deterioraron coyunturalmente y varios proyectos de inversión tuvieron que posponerse.¹¹

Nuevos enfoques teóricos e ideológicos. Las perspectivas teóricas e ideológicas que enfatizaban el potencial del sector privado y las limitaciones del sector público ocuparon el centro de los debates políticos durante estos años llevaron a una mayor apertura para tratar de encontrar un nuevo equilibrio entre los dos tipos de actores.

En este contexto se abrió el espacio para que se generaran diversos diagnósticos y propuestas:

- Se planteó la necesidad de modificar el modelo de atención para que adoptara una visión integrada de la salud, que combinara el potencial demostrado de la actividad preventiva y promocional que se concentraba en el MS con el desarrollo de la medicina curativa en la CCSS.
- Se empezaron a explorar modelos de contratación del sector privado en la prestación de servicios médicos, como los modelos de médico de empresa, medicina mixta y libre elección médica. Estos experimentos buscaban mejorar la atención al usuario al permitirle una mayor flexibilidad en la elección del tipo de atención que necesitaba y al reducir la presión sobre las instalaciones de la CCSS.
- El proceso continuó con la contratación de cooperativas de servicios de salud, que buscaban adoptar una perspectiva integrada de la salud, mejorar la atención a las personas y operar como una entidad privada contratada por resultados.
- El análisis de las características organizativas del sistema de salud permitió identificar áreas susceptibles de mejoramiento. Las principales instituciones, el MS y la CCSS, tenían entre ellas y a su interior una mezcla de funciones de dirección, financiamiento, compra, provisión de servicios de promoción y prevención que dificultaba su funcionamiento eficiente. Se identificaron además deficiencias en la asignación de recursos: inequidad,¹² ineficiencia¹³ y ausencia de una restricción presupuestaria efectiva que obligara a las dependencias a actuar con criterios de economía en la asignación y el uso de los recursos.

¹¹ La crisis financiera de la CCSS se convirtió en un catalizador de la reforma, aunque no siempre por las razones correctas. La crisis de los años ochenta significó un deterioro de las condiciones económicas y sociales de Costa Rica, y el sistema de salud jugó un papel muy importante para impedir un mayor deterioro de las condiciones sociales. Es posible que un sistema alternativo hubiese podido desempeñar un mejor papel, pero quienes así opinan no han mostrado todavía cómo sería ese sistema. Por otra parte, la crisis financiera no debe confundir la evaluación de las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del sector público o el privado y de sus ventajas relativas. Conviene más bien comparar ambos modelos manteniendo constantes las cantidades de recursos para ver su eficiencia relativa. En algunos documentos sobre los programas de reforma se incurre en este error: "... en los últimos años el país ha experimentado un proceso de deterioro económico importante, acompañado de signos cada vez más evidentes de ineficiencia y crecimiento burocrático del aparato estatal, haciéndose manifiesto mediante una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del sector salud, con importantes implicaciones ..." (CCSS, 1993: 1).

¹² Se estima por ejemplo que para 1994 los cantones con un menor Índice de Desarrollo Social (IDS) recibían una menor asignación presupuestaria del gasto en salud per cápita en relación con los cantones con IDS mayores.

¹³ Por ejemplo, los recursos se concentran en el ámbito hospitalario, en desmedro de intervenciones más costo-efectivas, como la atención ambulatoria o domiciliaria; los presupuestos se asignan con criterios históricos o como resultado de presiones, y no con criterios de necesidades y resultados.

D. El programa de reforma

El período de reforma se inicia con la aprobación en 1993 de la Ley No. 7374, en la que se incorporan a la CCSS, además de los servicios asistenciales, los de prevención y promoción que antes tenía a su cargo el MS. El programa¹⁴ se centra en la CCSS y el MS y sus principales componentes desde el punto de vista de este estudio son la readecuación del modelo de atención, la rectoría y el fortalecimiento del MS, y el desarrollo institucional de la CCSS.

1. Readecuación del modelo de atención

La característica principal es el cambio de enfoque de un modelo de atención centrado en la atención médica biológica a otro que busca brindar "una atención integral y continua, orientada a la familia, a la comunidad y al ambiente; con énfasis en acciones de promoción y prevención y fundamentada en la estrategia de atención primaria" (González et al, 1996:2).

La adopción de esta perspectiva incluye el traspaso de los programas de prevención y promoción del MS a la CCSS, la división del país en 90 áreas de salud y el desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), constituidos por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico en atención primaria que tienen a su cargo la atención de grupos de población de 4000 a 8000 habitantes.

La reforma del sistema de atención se inició en las zonas periféricas más alejadas del país,¹⁵ donde la distancia a los centros de salud es mayor, y donde la pobreza es en promedio el doble que en el resto del país (Rosero y Güell, 1999). En la actualidad hay más de seiscientos EBAIS creados, de una meta total de ochocientos.

2. Rectoría y Fortalecimiento del MS

El traslado de las responsabilidades en el campo de la prevención y la promoción permite concentrar los recursos del MS en las tareas de "dirigir, conducir, vigilar, regular e investigar el desarrollo de la salud y modelo de atención" (CCSS, 1993:4). Sus funciones estratégicas, incluyen la dirección y conducción del sistema, la vigilancia y planificación de la salud, la promoción de la investigación y el desarrollo tecnológicos, y la regulación (Castro y Saénz, 1998: 71). El ministerio conserva una función ejecutora en las áreas de saneamiento ambiental, nutrición y promoción de la salud.

En el transcurso de 2000, el Ministerio concluyó la reestructuración para asumir las nuevas responsabilidades, sobre las cuales se encuentra en un momento de aprendizaje institucional. La tarea se dificulta especialmente porque las facultades específicas sobre los agentes del sistema son limitadas y tiene que basarse en la persuasión y el liderazgo informal. En relación con la CCSS, el Ministerio no tiene facultades legales, pues la Constitución Política le garantiza a la primera, independencia en materia de gobierno y administración

¹⁴ El programa ha contado con financiamiento de varias entidades multilaterales, entre ellas del Banco Interamericano de Desarrollo por el monto de cuarenta y dos millones de dólares que se destinaron a la modernización de infraestructura física de varios puestos y centros de salud y al traslado de los programas de atención primaria del MS a la CCSS, y el Banco Mundial por veintidós millones de dólares orientados a financiar el fortalecimiento de la capacidad institucional de la CCSS

¹⁵ Este resultado responde a las intenciones declaradas desde el inicio por las autoridades, y busca enfrentar el problema de la asignación desigual de recursos a esas zonas. Aunque el sistema se creó sobre la base de los Puestos de Salud que tenía el MS, lo que aminoró los costos económicos, los resultados de la reforma en este punto no fueron visibles para la mayoría de la población, ubicada en las zonas centrales, donde las críticas a la CCSS y sus servicios son más fuertes.

3. Desarrollo Institucional de la CCSS

Los componentes del programa de reforma dirigidos al desarrollo institucional de la CCSS incluyen varios elementos de la administración y las finanzas de la institución.¹⁶ El centro del proceso, es la adopción del llamado “Nuevo Sistema de Asignación de Recursos” (CCSS, 1997). Sus principales elementos son la separación de las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios al interior de la CCSS, la introducción de la función gerencial, la definición de los objetivos de salud específicos de cada centro, la utilización del Compromiso de Gestión como instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo al prestador, y el desarrollo de alternativas en los mecanismos de pago a las Áreas de Salud y los Hospitales.

La separación de las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios al interior de la CCSS significa especializar parte de la misma en la compra de servicios, y permitir la venta de estos a los órganos que tienen capacidad de proveerlos. Esta distinción hace posible también que las compras se hagan al sector privado, si este ofrece mejores condiciones que las del sector público, con lo que se abre la posibilidad de competencia entre ambos sectores

El desarrollo de la función gerencial incluye la descentralización de los prestadores de servicios de salud –y en especial los hospitales y las áreas de salud– de tal forma que puedan tomar decisiones de venta de servicios y compras de insumos, y que cuenten con la organización y la capacitación apropiada para ello.

La definición de los objetivos específicos de los centros de salud es una condición necesaria para introducir incentivos y eficiencia en los establecimientos de la CCSS. Se trata de que cada ente tenga objetivos concretos y bien establecidos de acuerdo a las características de las poblaciones a su cargo.

El Compromiso de Gestión es un instrumento pseudo contractual firmado entre la administración central de la CCSS y los proveedores públicos de servicios a través del cual se establecen las acciones que las partes se obligan a cumplir y las metas que se proponen alcanzar.

Finalmente, la distribución de recursos e incentivos por centro de trabajo se plantea en forma centralizada y asociada con el cumplimiento de metas previamente establecidas. Los mecanismos de asignación de recursos a las Áreas de Salud y los Hospitales buscan introducir eficiencia y calidad.

La reforma de la CCSS ha dado pasos importantes en la dirección propuesta. En 1997 se pusieron en marcha los primeros Compromisos de Gestión, que aún están en fase experimental y se creó la Dirección de Compra de Servicios de Salud como responsable de desarrollar el ciclo de compra. En 1998 se aprobó la Ley No.7852 de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, que crea el marco para el desarrollo de los cuasicontratos y para el establecimiento de Juntas de Salud en cada centro, con el propósito de promover la participación ciudadana en el desarrollo del sistema.

4. El programa de reforma y el papel del sector privado

El programa de reforma se concentra en la reorganización del sistema de salud y en la definición de sus reglas del juego y sistemas de incentivos.

Los componentes del sistema (clínicas, hospitales, otros centros de decisión) irán adquiriendo niveles crecientes de responsabilidad y capacidad de decisión, de acuerdo con las reglas institucionales que se establezcan (incluyendo la posibilidad de asignar excedentes presupuestarios

¹⁶ Entre otras acciones, por ejemplo, se busca el fortalecimiento institucional a través de adecuaciones a la organización del nivel central y regional y de la descentralización administrativa, y se espera mejorar las finanzas a través de la separación rigurosa de los fondos de los regímenes de salud y pensiones, del aumento de la afiliación, la reducción de la evasión y el mejoramiento de los sistemas de fiscalización.

cuando estos existan). Una vez establecida esta independencia relativa de los órganos públicos, estarán en capacidad de competir –sobre la base de ventajas comparativas y no de igualdad– con los proveedores del sector privado. En este sentido perderá relevancia la distinción entre “lo público” y “lo privado” en la provisión de servicios de salud, y los proveedores privados podrán competir con los públicos.¹⁷ Es decir, el programa de reforma abre la prestación de servicios de salud a la competencia de agentes públicos y privados. En los próximos años deberá definirse el marco apropiado para esa competencia y los instrumentos a través de los cuales se regulará la actuación de los participantes en los mercados o cuasimercados que se desarrollen para ese fin.

¹⁷ Es por ello que en CCSS, 1993: 33, por ejemplo, al discutir el tema de la descentralización se plantea que “... se hace abstracción si los prestadores son públicos o privados, por lo que se asume de manera implícita que este problema es independiente de la decisión respecto a privatizar”.

II. Patrones de utilización de servicios de salud

En este apartado se aborda una caracterización de los patrones de utilización de servicios de salud, con una perspectiva de comparación del sector institucional (público o privado) desde el punto de vista del nivel de ingreso, lugar de residencia urbano/rural, género, condición de aseguramiento, nivel de pobreza y edad de la población.

La fuente de datos es la Encuesta de Hogares del año 1998, la cual incluyó algunas preguntas para indagar la utilización de servicios de salud en los seis meses anteriores a la Encuesta, el tipo de servicios, consultas y hospitalizaciones, y el sector institucional.¹⁸ A partir de los datos semestrales, se derivan tasas de consulta y egresos por habitante, convertidas a una base anual.¹⁹ El análisis de la utilización de los

¹⁸ Específicamente, las preguntas incluidas en la Encuesta de Hogares fueron: (1) De enero de este año (1998) ¿ha recibido consulta médica excepto al estar hospitalizado (a)? Si la respuesta es sí, entonces se procede a hacer la pregunta 2. Si la respuesta es NO, se pasa a la 4; (2) Durante ese período ¿cuántas consultas médicas ha recibido?b) De ellas ¿cuántas fueron en consulta privada?; (3) ¿Dónde recibió la última consulta médica?; (4) De enero de este año (1998) ¿Ha estado hospitalizado (a)? Si la respuesta es SI, se hace la pregunta 5; (5) En ese período ¿cuántas veces estuvo hospitalizado?

¹⁹ La tasa anual de consultas por habitante en establecimientos públicos, derivada de la Encuesta de Hogares de 1998, reproduce satisfactoriamente los valores generados por los sistemas de registro clínico del Seguro de Salud, tanto a nivel global como por sexo y edad. En términos absolutos, las consultas médicas públicas anuales estimadas mediante la Encuesta de Hogares es 7.3 millones, mientras que los registros del Seguro Social indican 7.8 millones, es decir, hay una diferencia del 6%, aproximadamente. Los egresos hospitalarios públicos estimados por la Encuesta son 265 mil, mientras que los registros del Seguro Social dan cuenta de 305 mil egresos, lo que da lugar a una diferencia por subestimación del 13%; en este caso, se presume que se trata de una subdeclaración de la frecuencia de hospitalizaciones por parte de quienes informaron haber sido hospitalizados. Las diferencias entre la Encuesta de Hogares y los registros de la CCSS puede ser explicadas por los factores de expansión de cada una de las muestras. Sin embargo, la información contenida en la Encuesta es adecuada para estudiar la utilización de servicios públicos de salud y el uso de servicios privados. Por otra parte, se verificó el número de casos de hospitalización a nivel de muestra. Se reporta un total de 1,505 personas con hospitalización, de las cuales 1,448 casos reportaron uso de hospitales públicos, 30 hospitales privados y en el resto de casos el sector es ignorado. La escasa cantidad de casos de hospitalización en el sector privado invitan a actuar con cautela en la validez e interpretación de los resultados obtenidos para este grupo.

servicios de salud, con base en la Encuesta de Hogares de 1998, lleva a resultados coincidentes con las cuentas nacionales en salud que se discutirán en la siguiente sección.

A. La utilización por sector institucional en 1998

En Costa Rica la utilización de servicios privados de salud es relativamente pequeña en comparación con la de los países de la región latinoamericana²⁰ y muestra una estructura sui generis por nivel de atención. En 1998 el sector privado absorbió cerca del 16% de las consultas médicas, generales y especializadas, pero participó con una fracción muy pequeña en la atención de hospitalizaciones (Cuadro 1).

Cuadro 1
INDICADORES GLOBALES DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL, 1998

Indicador	Total	Público	Privado
Proporción de consultas (%)	100.0	83.7	16.3
Consultas por habitante	2.6	2.2	0.4
Proporción de hospitalizados (%)	100.0	100.0	0.0
Tasa de hospitalización (x 100)	8.1	7.9	0.1

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de 1998.

Este es el reflejo de una situación donde la oferta de servicios hospitalarios especializados se encuentra concentrada casi totalmente en la Caja Costarricense de Seguro Social.

En términos de la distribución geográfica, el uso, tanto de servicios ambulatorios como hospitalarios ofrecidos por el Estado, es más elevado en las zonas rurales que en las zonas urbanas, lo que en conjunto con otros indicadores que se analizan más adelante, representa uno de los mayores logros del sistema de salud y seguridad social costarricense. De acuerdo con la Encuesta de Hogares, en 1998 el índice de consultas por habitante en establecimientos públicos en la zona rural era ligeramente superior al de las zonas urbanas, con 2.7 y 2.5 consultas por habitante, respectivamente; y la tasa de egresos hospitalarios públicos resultó en 8.7 hospitalizaciones por cada 100 habitantes en la zona rural, frente a 6.9 en la urbana.²¹

Los indicadores de utilización de servicios públicos por zona geográfica, contrastan con los de los servicios privados. La tasa de consultas médicas privadas (Cuadro 2) es más baja que la pública tanto en la zona urbana como en la rural, y además, los usuarios de servicios ambulatorios privados se tienden a concentrar en la zona urbana: la tasa de consultas privadas es 0.6 en el ámbito urbano y 0.3 en el rural. Así, cuando se suman las consultas privadas con las públicas, la tasa de utilización urbana se tiende a equiparar con la rural. Esta situación no ocurre en el caso de los servicios hospitalarios, donde la utilización global de servicios es superior en el ámbito rural.

²⁰ El tema se analiza desde el punto de vista del gasto en la sección IV de este documento. El gasto privado promedio en 1998 en la región era 58% (Molina, R. et al, 2000:78) y el 30% en Costa Rica según nuestras estimaciones.

²¹ Debe llamarse la atención en el sentido de que estos patrones de utilización de servicios también pueden estar afectados por la existencia de condiciones de salud más desfavorables para la población rural, lo cual en todo caso no invalida la tesis en relación con la equidad en el acceso a servicios de salud asistenciales.

Cuadro 2
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS, POR ZONA, 1998

Indicador	Total	Urbano	Rural
Proporción de consultas (%):	100.0	40.8	59.2
Público	100.0	37.4	62.6
Privado	100.0	58.1	41.9
Consultas por habitante:	2.6	2.5	2.7
Público	2.2	1.9	2.4
Privado	0.4	0.6	0.3

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de 1998.

Las mujeres realizan una utilización más intensiva de servicios de salud, ambulatorios y hospitalarios, públicos y privados. Destaca sin embargo, que la diferencia en intensidad de uso por género es mayor en los servicios de salud públicos que en los privados.

Otra arista de los patrones de utilización de servicios de salud en Costa Rica, tiene que ver con la condición de aseguramiento de los demandantes, una variable crítica en el contexto de un sistema donde los servicios públicos de salud de tipo asistencial son provistos por el Seguro Social. La relativa generosidad del sistema de seguridad social costarricense en cuanto al acceso a los servicios del Seguro de Salud, se puede resumir en unas cuantas cifras, que vistas en conjunto proporcionan un panorama relativamente claro: (i) alrededor del 30% de la fuerza de trabajo ocupada no cotiza al Seguro Social; (ii) cerca del 40% de la fuerza de trabajo ocupada del sector privado recurre a modalidades de aseguramiento que implican algún mecanismo de evasión contributiva; (iii) casi el 60% de la población ocupada no asalariada, se encuentra afiliada en forma voluntaria al Seguro de Salud, y (iv) se estima que el 10% de la población nacional se encuentra en condición de “no asegurado” (Durán, F. , 1998:150-151).

Lo anterior explica por qué en general, los patrones de utilización de servicios de salud privados según la condición de aseguramiento, no muestran diferencias significativas, excepto para los grupos de bajo ingreso y pobres, agrupados en buena parte en la categoría de “Asegurados por Cuenta del Estado” y cuya demanda de servicios privados es mucho más baja que el promedio, según se observa en el Cuadro 3.

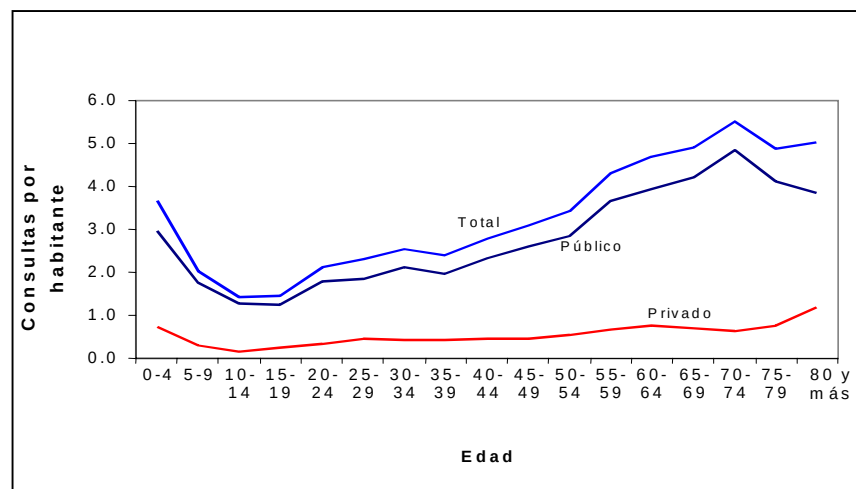
Cuadro 3
TASAS DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD,
SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO, 1998

Condición de aseguramiento	Ambulatorios			Hospitalizac. (x 100 habitantes)		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Total	2.6	2.2	0.4	8.1	7.9	0.1
Directo Asalariado	2.3	1.9	0.4	6.2	6.0	0.2
Directo No Asalariado	2.4	1.9	0.5	8.6	8.2	0.3
Por cuenta de Estado y sus familiares	2.0	1.9	0.1	7.6	7.6	0.0
Familiar de asegurado directo	2.9	2.4	0.5	8.1	8.0	0.1
Pensionado Rég. No Contributivo	6.0	5.7	0.3	28.1	28.1	0.0
Pensionado Régimen Contributivo	4.8	3.9	0.9	15.9	15.7	0.2
Familiar de pensionado	3.9	3.5	0.4	8.5	8.5	0.0
Otras formas	1.5	1.2	0.2	2.0	2.0	0.0
No asegurado	1.4	1.1	0.4	5.4	5.1	0.3

Fuente: Encuesta de Hogares, 1998.

Otros aspectos que deben destacarse en relación con el análisis según condición de aseguramiento, son: primero, que aún para la población no asegurada²² la demanda de servicios de salud se concentra en el sector público, con mayor énfasis si se trata de servicios hospitalarios, lo que refleja las generosas condiciones de acceso a los servicios públicos por parte de toda la población; y segundo, que las elevadas tasas de utilización de servicios de salud de la población pensionada, dos o tres veces más altas que las de los asegurados directos activos, no se presentan con esa magnitud en el ámbito privado, lo que evidencia por un lado el hecho de que en Costa Rica los pensionados de todos los regímenes de pensiones tienen cobertura “automática” por el Seguro de Salud, y por otro, que los precios de los servicios privados de salud son accesibles para una parte muy reducida de la población pensionada.

Gráfico 1
TASAS DE CONSULTA MÉDICA POR EDAD Y SECTOR, 1998

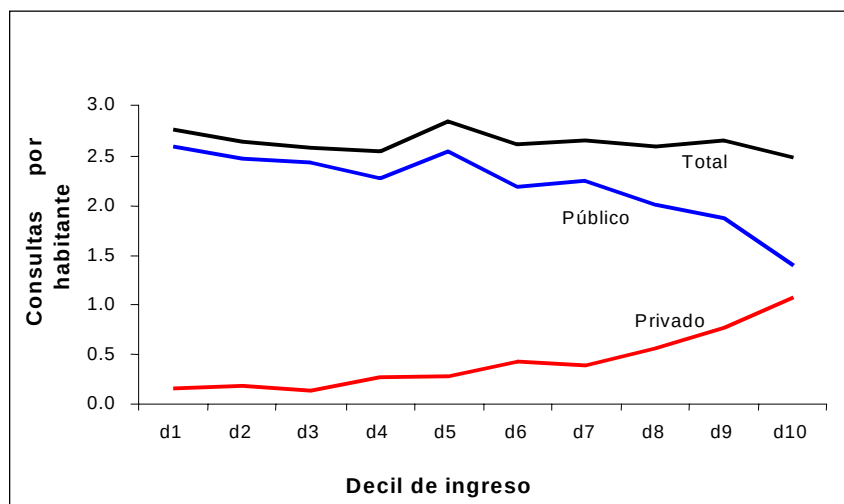


En cuanto a la estructura por edad de la utilización, la tasa de consultas por habitante y el índice de hospitalizaciones, muestran una distribución típica, alta en los extremos y baja en las edades intermedias, que se explican en función de un patrón epidemiológico normal asociado a la edad. No obstante, la mayor tasa de utilización que muestran los niños se inclina con mucho mayor peso hacia el sector público, según se observa en el gráfico 1 y la importancia del sector privado es relativamente mayor en las edades avanzadas.

En términos del nivel de pobreza de los usuarios de servicios de salud, las tasas de utilización no difieren mucho entre pobres y no pobres, excepto que la población pobre tiende a hospitalizarse en mayor medida que el promedio. En cualquier caso, la demanda de servicios privados si bien es ligeramente superior para la población no pobre, sigue siendo mucho más baja que la de servicios de salud públicos.

²² Por definición, la población “no asegurada” se ubica en la categoría de “no pobres”, de modo que se trata de un grupo que tiene capacidad para asumir las cotizaciones al seguro social; además, este grupo es atendido en el Seguro Social bajo la modalidad de “pago directo” por los servicios que utilizan.

Gráfico 2
TASAS DE CONSULTA MÉDICA POR DECIL DE INGRESO, 1998



El gráfico 2, permite apreciar que según el nivel de ingreso, la distribución por sector institucional de la utilización de servicios ambulatorios de salud muestra tasas de consulta decrecientes según el nivel de ingreso en los establecimientos de salud públicos, pero creciente en los privados, que en conjunto definen unas tasas globales de consulta médica que decrecen levemente con el ingreso familiar per cápita.

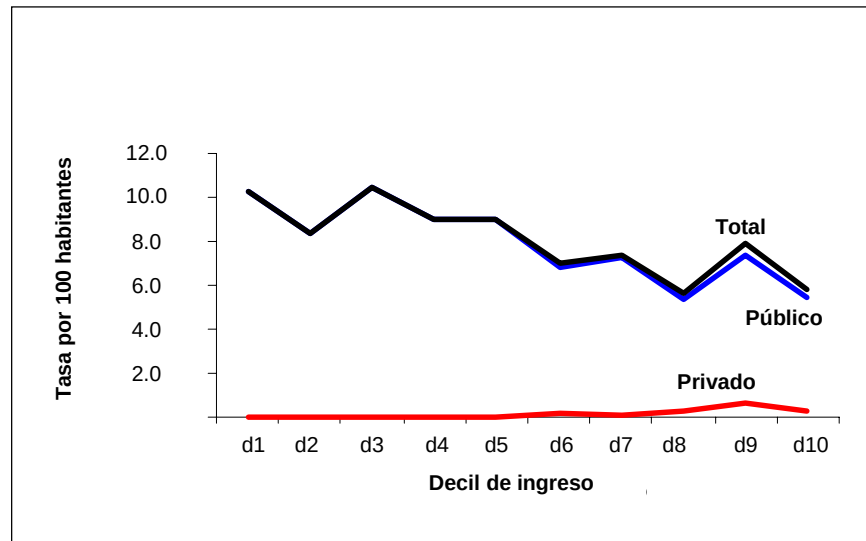
La tasa de consultas decreciente según decil de ingreso en el sector público, puede estar reflejando varios fenómenos mutuamente determinados (Gráfico 2). Primero, que la población de más bajos ingresos goza de condiciones de salud menos favorables que el promedio, y por tanto, una mayor propensión a utilizar los servicios de salud; lo que aunado a condiciones de acceso a los servicios relativamente generosas, implica costos de oportunidad para el acceso efectivo, inferiores en comparación con la gente de mayores ingresos. Estos costos de oportunidad se refieren a los gastos de desplazamiento y al tiempo invertido para obtener los servicios que ocasiona un sistema cuya demanda está regulada fundamentalmente por colas y tiempos de espera, y no por precios.

En segundo lugar, si dichos costos de oportunidad funcionan como un regulador de demanda cuando son relativamente elevados, constituyen un mecanismo para derivar una porción de la demanda de servicios públicos de salud hacia el sector privado, mecanismo que actúa con mayor intensidad allí donde la gente tiene mayor capacidad de pago para obtener los servicios más expeditos brindados por el sector privado. Ello explicaría en gran medida la curva creciente de tasas de consulta privada según el nivel de ingreso.

Una hipótesis que puede plantearse es que las personas de mayor ingreso son más propensas al fenómeno de “demanda inducida” que surge de la asimetría de información entre médico y paciente porque poseen una mayor capacidad de pago, lo que en parte explicaría las más elevadas tasas de consulta privada en los últimos deciles de la distribución de ingresos.

Gráfico 3

TASAS DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS SEGÚN INGRESO Y SECTOR, 1998



En el ámbito de los servicios hospitalarios, las tasas de utilización de servicios hospitalarios públicos, así como la tasa global, muestran una relación inversa con el ingreso, que reflejaría mejores condiciones de salud conforme aumenta el ingreso. Las tasas de utilización de servicios privados, aunque crecen levemente conforme aumenta el ingreso, son muy bajas (Gráfico 3).

Los bajos índices de utilización de servicios hospitalarios privados, en comparación con los ambulatorios, aún para la población de más altos ingresos, pueden ser el resultado de la conjunción de varios factores. En primer lugar, tal y como lo muestran las encuestas de satisfacción realizadas por el Seguro Social, el grueso de la población percibe que la calidad de los servicios hospitalarios públicos es adecuada.²³ Segundo, los costos de dichos servicios son elevados y su financiamiento privado no está al alcance de la gran mayoría de los individuos. Tercero, los médicos de los hospitales públicos, que en su gran mayoría también trabajan en el sector privado, refieren sus pacientes privados para ser atendidos en los hospitales públicos, utilizando prácticas de “cobro indebido” por el uso de instalaciones públicas, a cambio de mayor oportunidad de acceso y servicios diferenciados, básicamente de hotelería.²⁴

Por último, que la oferta de servicios hospitalarios privados se encuentra restringida por la existencia de un sistema hospitalario público desarrollado que deja poco espacio para el desarrollo del sector privado; de hecho, los hospitales privados costarricenses poseen una capacidad resolutoria limitada, que no alcanza las atenciones especializadas que sí brindan los hospitales del Seguro Social. Este factor, evidentemente, limita las opciones para demandar servicios hospitalarios en el sector privado, o bien, restringe la competitividad de los hospitales del sector privado.

La exposición anterior lleva a plantear la hipótesis de que en Costa Rica la demanda de servicios privados de salud —en especial los de tipo ambulatorio— funciona como un mecanismo que llena el vacío en oportunidad de acceso que caracteriza a las atenciones en salud brindadas por el sector público, principalmente en el ámbito ambulatorio. Por ejemplo, la Encuesta de Satisfacción de Usuarios referida anteriormente, reporta un 14% de “no usuarios” de los servicios de salud de la

²³ En la Encuesta de Satisfacción del año 1997, los usuarios otorgan una calificación promedio de 8,6 (medida en una escala de 0 a 10), a once variables de calidad de los servicios de hospitalización. Véase: EYMSA (1997).

²⁴ Una exposición detallada de la magnitud del problema de prácticas médicas corruptas de “cobros indebidos” en los hospitales públicos costarricenses, se encuentra en: Cercone, Durán y Muñoz (2000).

CCSS, entre los cuales el 22% indican que no utilizan los servicios de esa entidad debido a la “mala atención”. Además, que se trata de un fenómeno que actúa con mayor fuerza para los grupos con mayor capacidad de pago, de modo que la demanda de servicios privados de salud funcionaría como un método para “saltar la cola” o mejorar parcialmente la calidad del servicio.

En estrecha relación con lo anterior, se podría plantear la hipótesis de que una porción de la demanda de servicios de salud que son objeto de transacciones privadas, es decir, que implican pagos directos por prestación de servicios, se encuentra “disfrazada” bajo la forma de atenciones en salud provistas en los establecimientos públicos, bajo la figura de prácticas médicas de referencia de pacientes privados para ser atendidos en establecimientos públicos. De cumplirse esta hipótesis, la comparación de los índices de utilización de servicios según sector institucional, no necesariamente son un reflejo fiel de la distribución institucional del gasto asociado.

Otro aspecto relevante que se deriva del análisis anterior, tiene que ver con los incentivos al financiamiento de los servicios de salud públicos. El esquema de financiamiento del Seguro de Salud se sustenta en cotizaciones tripartitas sobre los salarios, que recaen en los grupos de ingreso medio y alto. En la medida en que los grupos que participan en el financiamiento se ven obligados a acudir a los servicios privados de salud, ello representa un riesgo para la sostenibilidad financiera del sistema en términos de los incentivos a la evasión de contribuciones que provoca. En Costa Rica este fenómeno se ve atenuado porque los servicios hospitalarios públicos, que a su vez son los más costosos, no solo gozan de buena reputación entre el grueso de los habitantes, sino que son utilizados en forma prácticamente universal.

Las limitaciones de información acerca de la demanda de servicios privados, no permiten un análisis detallado del tipo de servicios que se demandan en el sector privado con mayor frecuencia, pero la comparación de los patrones de utilización entre servicios ambulatorios y hospitalarios, proporciona alguna evidencia para extrapolar la distinción entre los servicios ambulatorios de primer nivel de atención y los especializados. Lo más probable es que la demanda de servicios ambulatorios privados se concentra en las atenciones menos especializadas; pero la verificación de esta hipótesis requiere el desarrollo de fuentes de información más refinadas.

B. La utilización de servicios privados de salud: Síntesis

Las características de la utilización de servicios pueden sintetizarse a través de un análisis de regresión múltiple cuyos resultados se presentan en el Cuadro 4.²⁵

Los exponenciales “Beta” permiten una interpretación directa en los siguiente términos:

- Por cada incremento en el decil de ingreso per cápita del hogar, aumenta el uso de la consulta privada en un 2.4%
- Los hombres utilizan la consulta privada un 3.8% menos que las mujeres
- Las personas de la zona rural utilizan la consulta privada un 30% menos que los de la zona urbana

25 La especificación sigue un modelo logístico para sus componentes. Las consultas privadas aparecen como variable dependiente, mientras que las variables independientes son el decil de ingreso per cápita del hogar, lugar de residencia urbano/rural, género y grupo de edad. El nivel de ingreso resume el efecto “capacidad de pago” de servicios privados, el costo de oportunidad de acudir a los servicios públicos —que teóricamente implica una reducción del precio relativo de los servicios privados frente a los públicos, conforme aumenta el ingreso—, la condición de salud del demandante, y puede ser vista también como una variable proxy del nivel educativo; el lugar de residencia recoge tanto la condición de salud como el acceso efectivo a los servicios; el género permite capturar la mayor intensidad de uso de servicios por parte de las mujeres, principalmente las ubicadas en edad fértil. La variable edad se calcula mediante la definición de dos variables dummy: una que recoge la pertenencia al grupo de edad “0 a 9” y otra que recoge la pertenencia al grupo “10 a 39”, de modo que el grupo “40 y más” resulta por residuo. Por otra parte, se incorporan en el modelo solos los casos de las personas que realizaron consulta médica. La ecuación predice adecuadamente un 85.5% de los casos.

- Cada año adicional de educación formal se asocia con un 5.9% de aumento en el uso de consultas privadas; los niños con edades de 0 a 10 años, utilizan la consulta privada 1.3 veces más que las personas de 40 y más años de edad, y 2.4 veces más que las personas de 10 a 39 años de edad; y por último, las personas de 10 a 39 años de edad utilizan la consulta privada un 4.6% menos que las de 40 y más años.

Cuadro 4

RESULTADOS DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA, SOLO PARA LA POBLACIÓN CON CONSULTA MÉDICA. VARIABLE DEPENDIENTE: ¿LA ÚLTIMA CONSULTA FUE PRIVADA?: 1 "SI"; 0 "NO"

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Decil de ingreso	0.0239	0.0001	52,080.2	1	-	0.2005	1.0242
Hombre	(0.3910)	0.0480	64.9	1	-	(0.0070)	0.9616
Rural	(0.3461)	0.0510	4,508.0	1	-	(0.0590)	0.7074
Años de estudio	0.0572	0.0005	10,548.0	1	-	0.0902	1.0588
Población de 0 a 9	0.8251	0.0075	12,015.4	1	-	0.0963	2.2822
Población de 10 a 39	(0.0469)	0.0057	68.7	1	-	(0.0072)	0.9541
Constante	(3.6270)	0.0088	138,906.2	1	-		

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Hogares (1998)

C. Las tendencias en la década de los noventa

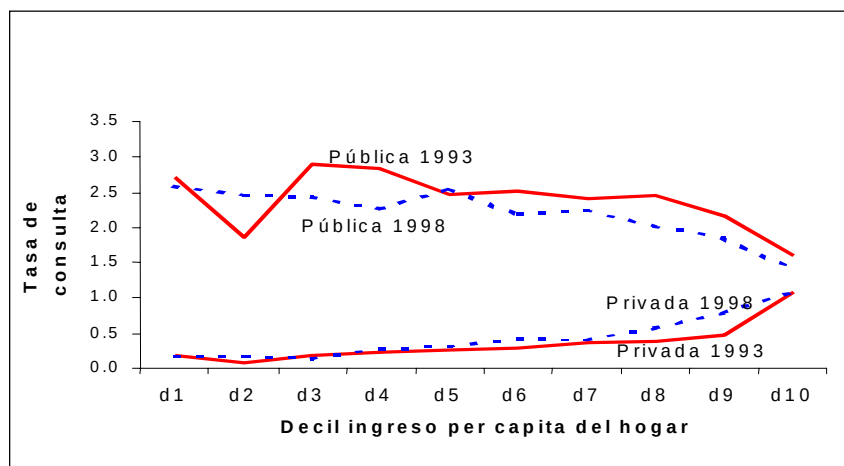
Con el propósito de observar las transformaciones de la utilización en los últimos años se procesó información sobre utilización de servicios de consulta proveniente de la Encuesta de Hogares de 1993.²⁶

La distribución de las consultas entre los sectores público y privado por decil de ingreso per cápita del hogar, sexo, zona, nivel de pobreza, edad, etc., derivadas de la Encuesta de 1993 son muy similares a las obtenidas para 1998.

La tasa global de consultas por habitante de 1998 resultó un 4% inferior a la de 1993, lo que podría estar comprendido dentro del margen de error de muestreo. Sin embargo, la distribución de las tasas de consulta según sector institucional presenta notables diferencias: mientras que la tasa de consultas públicas muestra una reducción del 8% entre 1993 y 1998, la de consultas privadas aumenta en 20%; lo que muestra una recomposición de la demanda a favor del sector privado. Para efectos ilustrativos, el gráfico 4 muestra el comportamiento de la tasa de consultas por decil de ingreso per cápita del hogar, derivados de las Encuestas de Hogares de 1993 y 1998.

²⁶ No fue posible aprovechar la información sobre utilización de servicios hospitalarios. Respecto a la demanda de consultas, dicha encuesta preguntó el número de consultas en los últimos seis meses y el sector institucional de la última consulta médica. Dado que no se preguntó específicamente por el número de consultas efectuadas en cada sector, se proximarón las tasas de consultas públicas y privadas multiplicando la tasa total de consultas por la proporción de personas cuya última consulta fue en el sector privado o público, respectivamente.

Gráfico 4
TASA DE CONSULTAS MÉDICAS PÚBLICAS Y PRIVADAS, 1993 Y 1998



El cambio en la composición de la demanda entre 1993 y 1998, difiere notablemente en intensidad según el grupo considerado. ¿Quiénes han incrementado con mucha mayor intensidad la utilización de servicios de consulta médica privada? Fundamentalmente las personas de mayor ingreso, la gente de zonas rurales, las mujeres –principalmente las ubicadas en edades reproductivas–, los asegurados directos activos, los pensionados de regímenes contributivos, la población clasificada como “no pobre” y los niños menores de cinco años.

Por su parte, los grupos que muestran un decremento de la tasa de consultas privadas entre 1993 y 1998 son los deciles de ingreso 1 y 3, los asegurados por cuenta del Estado –por definición, ubicados en la categoría de “pobres”–, la población no asegurada, y la gente ubicada en el grupo de “extrema pobreza” –para quienes la tasa de consultas privadas cae a la mitad.

III. Financiamiento y provisión de servicios de salud

El propósito de esta sección es describir el sistema de salud de Costa Rica desde el punto de vista del flujo de gasto al interior del sistema, y con énfasis en el papel del sector privado. Con este propósito se elaboró un conjunto de cuadros que permite apreciar el papel de los sectores público y privado en el financiamiento y la provisión de servicios de salud.

Este conjunto de cuadros constituye una primera aproximación a la construcción de las Cuentas Nacionales de Salud de Costa Rica según la metodología propuesta por la Unidad de Políticas de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (OCDE, 2000).

Las dos primeras partes de esta sección presentan con algún detalle los principales conceptos utilizados y los métodos y procedimientos utilizados para obtener las cifras que se analizan a partir de la tercera parte. Se consideró necesario incluir estas dos partes, por un lado, porque los conceptos básicos de las Cuentas Nacionales de Salud no son aún de uso frecuente en la región, y por otra parte, porque las estimaciones que se presentan son una primera aproximación al tema, y el lector podría estar interesado en conocer con mayor detalle cómo se arribó a las cifras. La lectura de estas partes, sin embargo, no es esencial, por lo que quien esté más interesado en los resultados puede pasar directamente a la parte C en la página 38.

A. Las cuentas nacionales de salud²⁷

Las Cuentas Nacionales de Salud son un instrumento contable que describe los flujos de fondos entre compradores y proveedores de los diversos tipos de servicios de salud. Se encuentran actualmente en pleno desarrollo en diversos países, a partir de los avances alcanzados en la OCDE.²⁸

Su propósito es servir a la toma de decisiones en el campo de la salud, con una perspectiva analítica amplia, que permita integrar información específica de los sistemas de salud con dimensiones diversas del desarrollo económico y social.

Los cuadros centrales del sistema buscan responder tres preguntas básicas: de dónde provienen los fondos (fuentes de financiamiento), donde van los fondos (proveedores de servicios y productos de salud), y qué tipos de servicios se dan y son adquiridos.

Las cuentas se organizan en un sistema de tres ejes por medio de la Clasificación Internacional de Cuentas en Salud (CICS), que define atención de salud por función (CICS-FAS), Industrias proveedoras de Salud (CICS-PS) y Fuentes de Financiamiento en Salud (CICS-FS).

Una característica importante del modelo contable utilizado es que está concebido como cuenta satélite de la revisión de 1993 del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (ONU, 1993), del cual se toman las definiciones sustantivas, las normas contables y las estimaciones de partida del gasto en salud. La utilización de las Cuentas Nacionales como marco de las cuentas de salud es una ventaja importante, dado que proporciona una metodología uniforme que se ha estandarizado a nivel internacional. Esto facilita las comparaciones internacionales, el diálogo de políticas al interior de los países y el apoyo político al desarrollo de este instrumento de descripción analítica.²⁹

1. Conceptos básicos

a) Gasto en servicios de salud

La definición de la cobertura del gasto en salud (alcance) es un tema polémico, debido a que las condiciones de salud de una población son resultado de múltiples factores, cuya relación es compleja y no muy bien conocida.

Una primera aproximación para enfrentar el problema es establecer que solamente se incluye el gasto cuya “intención primaria” es el mejoramiento de la salud (Berman, 1996:8). Esta aproximación, sin embargo, es insuficiente para delimitar operativamente el gasto en salud y hacerlo en forma comparable entre diversos países.

La solución propuesta por la OCDE en forma coherente con el Sistema de Cuentas Nacionales es establecer que

“Las actividades de salud de un país son la suma de actividades ejecutadas por instituciones o individuos que buscan, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, las metas de promoción y prevención de enfermedad, curación de enfermedades, reducción de la mortalidad prematura, atención a personas afectadas por

²⁷ El lector interesado podrá consultar el detalle de la metodología cuya base es OCDE (2000) en Herrero y Collado (2001).

²⁸ En el caso de América Latina se ha construido este tipo de Cuentas para Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana (Berman et al, 1999) como parte de los esfuerzos de la Red de Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe (LACNHA). Véase también el portal electrónico de la Organización Panamericana de la Salud (www.paho.org).

²⁹ Algunos autores han cuestionado la conveniencia de desarrollar las CNS en el marco de las Cuentas Nacionales. Véase por ejemplo Rannan-Eliya y Berman (1995).

enfermedades crónicas que necesitan atenciones de enfermería, atención a personas con impedimentos, discapacidades y minusvalías quienes requieren atenciones de enfermería, asistencia a personas para morir con dignidad, provisión y administración de la salud pública y provisión y administración de programas de salud, seguros de salud y otros arreglos de financiamiento” (OCDE, 2000: 31).

El criterio para delimitar los servicios de salud, de acuerdo con esta definición, es “el requisito previo de algún nivel básico de conocimiento médico o enfermería ... (que) se refiere en su mayoría a estándares de acreditación o licencia para el personal de salud” ((OCDE, 2000:32). Los “Hogares”, sin embargo, se tratan como productores, y no solo como compradores en el sistema contable propuesto (es así, por ejemplo, como se contabilizan sus compras de productos farmacéuticos como gasto en salud).

Esta definición no significa adoptar una concepción particular sobre los determinantes de la salud. En particular, no implica una concepción biológica. Permite analizar en qué consiste el gasto directo en servicios vinculados a tecnologías de base médica, y complementar esa información con el gasto en otras actividades relacionadas y con otros determinantes más generales.

La definición planteada excluye varios tipos de gasto³⁰ que tienen gran importancia para el comportamiento del sistema de salud, pero no son gastos directos de aplicación de tecnologías médicas. Estos, clasificados como “Gastos en funciones relacionadas con la salud”, incluyen gastos en seguridad y educación vial, salud ambiental, formación de capital de instituciones proveedoras de salud, educación y capacitación del personal de salud, control de alimentos, higiene y agua para el consumo. Se propone que se reporte la información de estos elementos en forma separada de los datos de los servicios directos de salud, dada su relevancia para el análisis y los procesos de política.

La información que se presenta en este trabajo (que es una primera aproximación al tema) corresponde al gasto corriente en servicios de salud, y excluye por lo tanto los gastos en funciones relacionadas,³¹ incluida la formación de capital.

b) Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento pueden definirse de varias formas alternativas. En un extremo, todos los gastos provienen de los hogares, que son los dueños de los factores de producción y los perceptores de todo el ingreso, o del exterior. En el otro, las fuentes de financiamiento pueden igualarse a los compradores de los servicios de salud, en el entendido de que hay una red de transacciones previas que hacen posible ese gasto (como el pago de impuestos y contribuciones a la seguridad social, la compra de seguros, etc). Es posible identificar clasificaciones intermedias, como por ejemplo una en la que se distingan el gobierno, los hogares y las empresas como las fuentes primarias, y a partir de allí se tracen las transacciones intermedias hasta los compradores.

En los trabajos elaborados en el marco de la Red de Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe (LACNHA), por ejemplo, se hace una distinción entre las fuentes de fondos (Ministerio de Finanzas, empresas, hogares, ayuda extranjera) y los compradores directos de

³⁰ Los gastos en prácticas alternativas a la medicina occidental, como la medicina tradicional, china, antropópica y otras vinculadas a la promoción de la salud, pueden incluirse de acuerdo a las condiciones específicas de cada país. En el caso de Costa Rica no hay información disponible sobre este gasto, aunque la observación casual indica que su importancia ha aumentado durante las últimas décadas.

³¹ Las publicaciones oficiales de Costa Rica incluyen en el gasto en salud el que llevan a cabo instituciones como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA) y la Universidad de Costa Rica en formación de personal de salud (aunque no se incluye el gasto de otras instituciones de educación superior), e incluyen el gasto de capital mezclado con el gasto corriente (Véase por ejemplo: Chacón (1999); Costa Rica, Ministerio de Salud, (2000c) y Proyecto Estado de la Nación (2000)) En este trabajo se excluyen ambos gastos, que corresponden a funciones relacionadas, y se excluye también el gasto de capital, pero no se pudieron separar del Valor Agregado las incapacidades, las licencias por maternidad y algunos gastos de la formación de capital humano que sí se incorporan dentro de la medición.

servicios que reciben sus recursos de las fuentes de fondos (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, otros ministerios, empresas, seguridad social en salud, organizaciones de servicios no gubernamentales, hogares).

Con esta distinción LACNHA elabora un primer cuadro sobre el financiamiento del sistema de salud, que revela los flujos desde las fuentes hacia los compradores. Este cuadro proporciona información relevante, por ejemplo, sobre las contribuciones de patronos, trabajadores y Estado a la seguridad social, sobre las transferencias de impuestos (y endeudamiento público) a la seguridad social u otros entes para la compra de servicios de salud, o sobre las compras de seguros por parte de hogares o empresas. Esta información, sin embargo, es complementaria y no se integra sistemáticamente con las Cuentas Nacionales de Salud propiamente dichas (tampoco en este documento), pues no es evidente que sea relevante establecer esa relación (para, por ejemplo, tratar de plantear las fuentes últimas de financiamiento de determinadas actividades o proveedores).

En la metodología de la OCDE se adopta la perspectiva de igualar la fuente de financiamiento con el comprador, sin preguntarse de dónde obtiene el comprador los recursos. Esta es la perspectiva que se ha adoptado en este trabajo.

El Cuadro 5 presenta en forma sinóptica la clasificación de fuentes de financiamiento que se empleó, junto con algunas notas aclaratorias. El Código CICS-FS corresponde a la clasificación de OCDE, y el Título empleado corresponde al que se utilizó en este trabajo (que es muy semejante al del Manual).

Cuadro 5

CLASIFICACIÓN POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD³²

Código: CICS-FS	Título empleado	Notas
HF.1	Sector Público	
HF.1.1	Gobierno	Además de los gastos del Gobierno General de acuerdo al Sistema de Cuentas Nacionales, se incluyen los gastos que otras instituciones transferieren para el financiamiento de servicios de los salud. Excluye el Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros (INS).
HF.1.2	Seguro Social	Incluye los gastos correspondientes al Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (excluye los gastos del régimen de pensiones que administra esa institución).
HF.1.2	Seguro Social	Incluye de los gastos en seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito que son de naturaleza obligatoria y administrados por el INS.
HF.2	Sector Privado	
HF.2.2	Seguros	Incluye los gastos del Instituto Nacional de Seguros correspondientes a los seguros de salud de naturaleza voluntaria, y una estimación de los gastos de seguros privados (que corresponden a financiamiento proveniente del exterior, dado que solo el Estado costarricense puede tener empresas aseguradoras en el territorio nacional)
HF.2.3	Hogares	Incluye las empresas privadas y públicas, excluyendo las de seguros.
HF.2.5	Empresas	
HF.3	Resto del mundo	
		En este trabajo, el resto del mundo se trata como una fuente de financiamiento y no como un comprador. Así, los gastos por concepto de primas de seguros pagadas al exterior no se contabilizan, sino solo los gastos en salud, que se han estimado en el rubro de Seguros y no como financiamiento del Resto del Mundo. La cooperación internacional no se registra tampoco; si la hay aparece solamente como parte del gasto del respectivo comprador. Los servicios prestados a extranjeros no se incluyen en el gasto nacional en salud, por lo que se hizo la deducción correspondiente (independientemente de que los servicios fuesen pagados o no).

³² Los rubros HF.2.1 Seguros sociales privados y HF.2.4 Organizaciones sin fines de lucro atendiendo hogares, no se han incluido; en el primer caso porque no existen, y en el segundo porque no hay información disponible

d) Proveedores

La clasificación de proveedores de atención en salud CICFS-PS está organizada en las siguientes divisiones: HP.1 Hospitales, HP.2 Establecimientos de atención residencial, HP.3 Proveedores de servicios de salud ambulatorios, HP.4 Venta al detalle y otros proveedores de servicios médicos, HP.5 Provisión y administración de programas de salud pública, HP.6 Administración de salud general y seguros, HP.7 Otras industrias (el resto de la economía, incluyendo domicilios), HP.9 Resto del mundo.

Esta clasificación, sin embargo, no se utilizó en este estudio pues no se dispuso de recursos suficientes para desagregar la información en la forma requerida por el sistema propuesto.

En su lugar se empleó una versión adaptada del tipo de clasificación utilizado por la Primera Red Regional de Cuentas Nacionales de Salud patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (www.paho.org), donde la principal división es entre proveedores públicos y privados (y el resto del mundo). Esto se consideró una ventaja importante, no solo porque el estudio tiene como propósito caracterizar el papel del sector privado, sino también porque esto permite enfocar la atención en el tema central de la reforma del sistema de salud, cual es el papel del sector privado en este.

Al interior del sector público se distinguen las principales instituciones proveedoras (Gobierno General excluyendo la seguridad social), Caja Costarricense del Seguro Social, e Instituto Nacional de Seguros), y el sector privado se trata como una unidad, de la cual se obtiene información sobre los servicios de atención de la salud, pero no sobre la organización de los proveedores. Se incluye además una estimación de los servicios de salud comprados al exterior, especialmente cuando estos tienen financiamiento parcial de la CCSS. Las compras de bienes del exterior (productos farmacéuticos y medicinas), que en parte importante provienen del exterior, no pudieron ser clasificadas como provenientes del resto del mundo.

e) Los servicios de atención de la salud

La clasificación de los servicios de atención de la salud debe responder a necesidades diversas, desde el apoyo al seguimiento del sistema y la toma de decisiones en cada país, hasta las comparaciones internacionales relevantes. La heterogeneidad de los países y sus sistemas de salud dificulta el establecimiento de un sistema uniforme para todos ellos, por lo que la clasificación que se emplee debe ser muy amplia para que se pueda adaptar a las condiciones de cada caso y permitir aún así la comparabilidad entre países.

La propuesta del CICS distingue primero dos grandes divisiones: HC.1 HC.7 Servicios y productos de salud por función, y HCR Funciones Relacionadas a Salud. Los servicios y productos de salud incluyen el gasto corriente de consumo final de actividades de atención médica y prevención de la enfermedad. En este trabajo no se estudian las Funciones Relacionadas a Salud.

El Cuadro 6 presenta la Clasificación Funcional de los Servicios de Atención de la Salud, así como las adaptaciones que se introdujeron en esta para aplicarla al caso de Costa Rica.

Cuadro 6

CLASIFICACIÓN POR LOS SERVICIOS Y PRODUCTOS DE SALUD POR FUNCIÓN

Código CICS-FAS	Título Empleado	Notas
HC.1- HC.7	Servicios y Productos de Salud por Función	
HC.1-HC.5	Servicios y Productos de Salud Personales	
HC.1	Servicios curativos	
HC.1.1 y HC.1.2	Atención hospitalaria	Incluye atención curativa hospitalizada y casos de día de atención curativa hospitalizada.
HC.1.3. y H.C.1.4	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	La clasificación empleada incluye la atención ambulatoria y los gastos de prevención y servicios de salud pública, debido a que con la excepción del Ministerio de Salud no fue posible separar la información. La reforma del modelo de atención, con la creación y desarrollo de los EBAIS en la CCSS ha llevado a que la atención preventiva y promocional que se lleva a cabo en esas entidades se registre también como parte de la atención ambulatoria
HC.2	Servicios rehabilitativos	Este rubro está distribuido en los componentes de atención hospitalaria y atención ambulatoria.
HC.3	Servicios de enfermería a largo plazo.	No hay estimaciones disponibles para este renglón.
HC.4	Atenciones de apoyo en salud	Este rubro incluye exámenes de laboratorio, imágenes de diagnóstico, radiografías y traslado de pacientes
HC.5	Productos médicos y aparatos	Este rubro incluye los productos farmacéuticos y aparatos médicos, que adquieren los pacientes directamente, con y sin prescripción médica, y que no son parte del consumo intermedio de las instituciones de salud.
HC.6-HC.	Servicios y productos de salud pública	
HC.6	Prevención y servicios de salud pública	(Este rubro está incluido en el título de Atención Ambulatoria
HC.7	Rectoría y Gestión	En la propuesta de la OCDE el título de esta sección es "Administración de salud y seguros de salud". Se modificó el título con el propósito de destacar el papel rector de Ministerio de Salud, que es uno de los componentes principales del programa de reforma del sistema.
HCR	Funciones Relacionadas a Salud	
(HC.R.1 a HC.R.7	Incluye, Formación de capital de instituciones proveedoras de salud, educación y capacitación de personal de salud, Investigación y Desarrollo en Salud, Control de Alimentos, Higiene y agua para consumo, Salud ambiental, Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir a personas para vivir con enfermedad e impedimentos, y Administración y provisión de beneficios monetarios relacionados con salud. El listado puede ampliarse de acuerdo a las condiciones y estrategias de salud específicas de cada país. En el caso de Costa Rica –entre otros– es importante distinguir por ejemplo los gastos en seguridad vial y otros vinculados a la prevención de accidentes de tránsito, dada la relevancia que estos últimos tienen en las tasas de morbilidad y mortalidad del país.	

En el cuadro 6 se incluyen los códigos de la clasificación CICS-FAS. Entre las principales adaptaciones realizadas cabe destacar:

- La distinción entre servicios curativos y de promoción y prevención de la salud no se pudo conservar en los cuadros, debido principalmente a limitaciones en la información de la CCSS, que no permitió hacer la desagregación. Esta dificultad se agravó por el hecho de que los nuevos modelos de atención combinan actividades de prevención y curación, por lo que se requieren estudios especializados de costos para hacer estas distinciones.
- Se consideró conveniente distinguir las actividades curativas en dos grupos, Atención Hospitalaria y Atención Ambulatoria (niveles primario y secundario), en lugar de agregar la información bajo un solo rubro de Servicios Curativos. No se dispuso de información para desagregar la atención ambulatoria en el nivel primario y de especialidades, aunque esta es una distinción que convendría incorporar posteriormente.
- Los servicios de rehabilitación se incluyeron en la atención hospitalaria y especialmente en la ambulatoria, cuando la información pertinente estuvo disponible.

- Se excluyeron los gastos en servicios de enfermería de largo plazo, por no estar la información disponible.

Con el propósito de destacar el papel rector del Ministerio de Salud de acuerdo al nuevo sistema, se tituló el rubro de Administración y Seguros como Rectoría y Gestión.

B. Métodos y procedimientos

1. El punto de partida: las Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica

La construcción de esta versión exploratoria de las Cuentas Nacionales de Salud se organizó a partir de la revisión de las Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica, que aún se encuentra en ejecución. El Banco, en el marco de la revisión del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas de 1993, se encuentra elaborando un nuevo conjunto de estadísticas de cuentas nacionales para el período que se inicia en 1991. La revisión ha producido cambios de gran importancia en las principales mediciones económicas, incluyendo el Producto Interno Bruto, que se estima que es alrededor de 20% más alto que lo indicado en las estimaciones anteriores.

El Banco proporcionó información detallada sobre las cuentas de producción y los cuadros de oferta y utilización de servicios de salud y productos médicos y farmacéuticos, los que su utilizaron como punto de partida para la construcción de los cuadros.

2. Período de estudio

La investigación documental permitió identificar un estudio reciente (Picado y Sáenz, 2000) elaborado para 1998, en el que entre otras fuentes de información se utilizó la Encuesta Nacional de Hogares de 1998, que es la encuesta más reciente con información sobre la utilización del sistema de salud (como se reporta en el capítulo anterior), por lo que se adoptó ese año como punto de referencia para la construcción de los cuadros.

3. El sector privado y su medición.

La información proporcionada por el Banco Central se contrastó con los resultados de otros estudios que buscaban profundizar en aspectos particulares, y en especial en el tamaño relativo del sector privado. Esto se consideró necesario porque el sector privado de salud es un componente pequeño del valor agregado total de la economía, por lo que las estadísticas del Banco Central no tenían suficiente precisión y actualidad sobre su magnitud. En efecto, la base del nuevo sistema de cuentas nacionales es 1991, y los datos se actualizan anualmente a través de índices indirectos y encuestas ocasionales.

La estimación más actualizada y completa del tamaño del sector privado es la de Picado y Sáenz (2000). La revisión del estudio con diversos especialistas llevó a la conclusión de utilizar sus resultados en la estimación de las cuentas de salud para el sector privado, en sustitución de los valores originales que proporcionó el Banco Central.

De esta forma, en este trabajo se utiliza la información de Cuentas Nacionales para los grandes totales de la descripción del sector público, y se utilizan las estimaciones de Picado Sáenz (2000) para la definición de los grandes agregados del sector privado de salud. El sector externo, utiliza una combinación de fuentes, entre las principales están los datos de Balanza de Pagos del Banco Central y el estudio de Castillo y López (1999).

4. La medición del sector público

Las estadísticas del sector público que lleva el Banco Central se consideraron la fuente apropiada para la construcción de las Cuentas, dado que el Banco recopila anualmente la información por institución y ajusta aquella que no se elabora sobre base devengado o posee períodos que no coinciden con el año calendario para que sea compatible con las Cuentas Nacionales. También mantiene una separación precisa de los gastos corrientes y de capital, y posee estimaciones de los rubros más agregados de las compras intermedias.

La revisión bibliográfica, por otra parte, identificó diversos estudios realizados por la CCSS, el Ministerio de Salud y la Autoridad Presupuestaria, en los que se estima el gasto público en salud. Estos estudios llamaron la atención sobre instituciones menores que no estaban incluidas en las estimaciones del gasto público en salud del Banco Central, por cuanto las autoridades de esa institución decidieron hacer los ajustes pertinentes en sus estimaciones. En general, sin embargo, se consideró preferible utilizar los datos elaborados por el Banco Central, pues la información de las instituciones de salud combinan gasto corriente y gasto de capital, e incluyen también algunos gastos que corresponden a funciones de apoyo en salud, y no al concepto de gasto en salud que se emplea en este trabajo. La información sobre las funciones de apoyo que aparecen en estos trabajos, no resultaron significativas para la construcción de las cuentas, dado que no poseen la cobertura apropiada para dar una visión precisa del conjunto.³³

5. Estructuras de compras del sector público

Las compras del sector público por proveedor y por función se construyeron a partir de información contable y presupuestaria de las instituciones financiadoras de las compras.

Alguna información de base utilizada no proviene directamente de los estados financieros y contables –y por tanto no corresponden a una base devengado–, pues la información requerida para esto es de muy difícil acceso al interior de las instituciones o solo existe el registro presupuestario para ese nivel de desagregación. De modo que se utilizó, la información de carácter presupuestario, así como diversas estimaciones parciales y criterios de los funcionarios encargados, además de los estados financieros. Esta información se aplicó en forma de estructura a los totales obtenidos de las Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica.

Debe señalarse que la información empleada en la construcción de las estructuras fue elaborada en conjunto con los funcionarios encargados de cada una de las principales instituciones compradoras.

6. El tratamiento del resto del mundo

Las relaciones del sistema de salud de Costa Rica con el resto del mundo son limitadas, salvo en lo que se refiere a la importación de productos farmacéuticos y aparatos médicos. No obstante, en esta medida del gasto total en salud se pudo incorporar al sector externo como fuente de financiamiento y como proveedor de servicios de salud.

En el primer caso (como fuente de financiamiento) se toman las exportaciones de servicios de salud del Cuadro de Oferta de Utilización (COU) del Banco Central, esta información se complementa con el estudio de Castillo y López (1999).³⁴ Como proveedor el dato se obtiene de los gastos que el INS, la CCSS y los hogares hacen en el exterior.

³³ Así por ejemplo, en educación se incluye el gasto en educación para la salud de la Universidad de Costa Rica, pero no se incluyen las otras universidades estatales o las universidades privadas, que han venido jugando un papel cada vez más importante en las últimas dos décadas (Ver Cachón, 1999 y Ministerio de Salud, 2000).

³⁴ Es importante hacer notar que los datos estimados por Castillo y López (1999) sobre la consulta externa y hospitalización, no están siendo pagados por el sector externo, de modo que la fuente de financiamiento es la misma Caja Costarricense de Seguro Social

Las exportaciones e importaciones de medicamentos y productos farmacéuticos no están siendo contabilizadas, primero porque fue muy difícil cuantificar las importaciones de cada institución y segundo porque el gasto en este rubro se contabiliza como gasto en materia prima o bienes secundarios necesarios para la producción de los servicios de salud (consumo intermedio) incluidos en los presupuestos o los estados financieros de las instituciones.

C. Una visión de conjunto

El Cuadro 7 presenta la estimación del gasto corriente en salud de Costa Rica por fuente de financiamiento según proveedor y función para el año 1998 de acuerdo a la metodología indicada anteriormente.

En primer lugar se observa que el gasto corriente asciende a 225 mil millones de colones, equivalentes a 6.3% del PIB y US\$234 por habitante. El gasto en salud de Costa Rica es por lo tanto inferior al promedio regional para ese año, que según Molina et al. (2000: 74-75) ascienden a 7.7% del PIB y US\$392. Se concluye así que en el contexto regional, el gasto en salud de Costa Rica es relativamente bajo, en especial cuando se relaciona con los altos resultados que se observan por ejemplo en la esperanza de vida sin discapacidad al nacer.³⁵

En segundo lugar, al observar la composición del gasto por proveedor y fuente de financiamiento se obtiene el siguiente resultado:

	Financiamiento público	Financiamiento privado
Proveedor público	65%	>1%
Proveedor privado	3%	31%

El 65% del gasto es financiado y provisto por el sector público (dado que las compras de productos farmacéuticos e implementos no se contabilizaron como provisión privada para destacar el papel de los servicios sobre los bienes) y el 31% es financiado y provisto por el sector privado (donde los seguros voluntarios del INS se contabilizan como financiamiento privado). El papel del sector privado como proveedor del sector público alcanzaba en 1998 aun 3% del total, y los pagos del sector privado al público por servicios recibidos no alcanzaba al 1%. En una perspectiva comparada, si bien el sector privado es mayor que en estimaciones anteriores y ha venido creciendo, es de los más pequeños de América Latina y el Caribe, donde la participación promedio del sector privado es 58% (Molina, 2000: 78).

(CCSS), lo que los convierte en una oferta cuyo demanda es generada por extranjeros que viven en el país sin posibilidades de pago (en su mayoría inmigrantes).

³⁵ Un resultado semejante a nivel mundial aparece en OMS, 2000.

Cuadro 7
COSTA RICA: GASTO EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO SEGÚN PROVEEDOR Y FUNCIÓN, 1998
(En millones de colones de 1998)

Funciones			Fuentes									Oferta Total G+Pr+X	
			Sector Público				Sector Privado				Gasto Total Público + Privado		Sector Externo
													Ventas al Exterior
			Gobierno General ^a	C.C.S.S.	I.N.S.	Total	Seguros ^b	Hogares	Empresas	Total			
PÚBLICO	M S	Atención hospitalaria incluyendo casos diarios			0.0				0.0				
		Atención ambulatoria y servicios de salud pública ^c	3,770.4		3,770.4				0.0	3,770.4		3,770.4	
		Atenciones de apoyo en salud ^d			0.0				0.0	0.0		0.0	
		Productos médicos a pacientes consulta externa ^e			0.0				0.0	0.0		0.0	
		Aparatos terapéuticos; durables médicos ^f			0.0				0.0	0.0		0.0	
		Rectoría y Gestión	3,688.2		3,688.2				0.0	3,688.2		3,688.2	
		Subtotal	7,458.5	0.0	0.0	7,458.5	0.0	0.0	0.0	0.0	7,458.5	0.0	7,458.5
	C C S S	Atención Hospitalaria incluyendo casos diarios	1,077.3	59,798.7	2,343.0	63,219.0		205.6	59.1	264.7	63,483.7	3,088.0	66,571.7
		Atención ambulatoria y servicios de salud pública	461.7	41,484.5		41,946.2		139.3	59.1	198.4	42,144.6	3,692.0	45,836.6
		Atenciones de apoyo en Salud		6,460.7		6,460.7				0.0	6,460.7		6,460.7
		Productos médicos a pacientes consulta exter.		11,982.4		11,982.4				0.0	11,982.4		11,982.4
		Aparatos terapéuticos; durables médicos		4,246.7		4,246.7		326.0		326.0	4,572.7		4,572.7
		Rectoría y Gestión		5,199.2		5,199.2				0.0	5,199.2		5,199.2
		Subtotal	1,539.0	129,172.2	2,343.0	133,054.2	0.0	670.9	118.2	789.1	133,843.3	6,780.0	140,623.3
	I N S	Atención Hospitalaria incluyendo casos diarios				0.0				0.0	0.0		0.0
		Atención ambulatoria y servicios de salud pública			2,764.1	2,764.1				0.0	2,764.1		2,764.1
		Atenciones de apoyo en Salud				0.0				0.0	0.0		0.0
		Productos médicos a pacientes consulta exter.			387.1	387.14				0.0	387.1		387.1
		Aparatos terapéuticos; durables médicos				0.0				0.0	0.0		0.0
		Rectoría y Gestión			1,931.1	1,931.1	98.7			98.7	2,029.8		2,029.8
		Subtotal	0.0	0.0	5,082.3	5,082.3	98.7	0.0	0.0	98.7	5,181.0	0.0	5,181.10
	O T R O S	Atención Hospitalaria incluyendo casos diarios				0.0		0.0		0.0	0.0		0.0
		Atención ambulatoria y servicios de salud pública	1,187.0			1,187.0		20.0		20.0	1,207.0		1,207.0
		Atenciones de apoyo en Salud				0.0		35.6		35.6	35.6		35.6
		Productos médicos a pacientes consulta exter.				0.0		0.0		0.0	0.0		0.0
		Aparatos terapéuticos; durables médicos				0.0		0.0		0.0	0.0		0.0
		Rectoría y Gestión				0.0		0.0		0.0	0.0		0.0
		Subtotal	1,187.0	0.0	0.0	1,187.0	0.0	55.6	0.0	55.6	1,242.6	0.0	1,246.6
Compras totales al Sector Público			10,184.5	129,172.2	7,425.3	146,782.0	98.7	726.5	118.2	943.4	147,725.4	6,780.0	154,505.4
P R I V A D O	Atención Hospitalaria incluyendo casos diarios		330.3	442.4	772.8	664.8	2,007.6		2,672.4	3,445.1	1,493.2	4,938.3	
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública		1,973.6	536.3	2,509.9	158.2	32,571.9	5,184.7	37,914.8	40,424.8		40,424.8	
	Atenciones de apoyo en Salud	626.5	1,229.9	573.8	2,430.2	138.5	4,901.2	120.0	5,159.7	7,589.9		7,589.9	
	Productos médicos a pacientes consulta exter.		524.2	57.4	581.6	271.1	23,646.2		23,917.8	24,499.5		24,499.5	
	Aparatos terapéuticos; durables médicos		377.9	76.0	453.9	0.4			0.4	454.3		454.3	
	Rectoría y Gestión			188.6	188.6	98.7			98.7	287.3		287.3	
Compras totales al Sector Privado			626.5	4,436.0	1,874.5	6,937.1	1,332.2	63,126.9	5,304.7	69,763.8	76,700.9	1,493.2	78,194.1
Compras totales al Sector Externo			0.0	150.7	17.8	168.6	0.0	337.2	0.0	337.2	505.7		505.7
Gasto total del Sector Salud			10,811.1	133,759.0	9,317.6	153,887.7	1,430.9	64,190.5	5,422.9	71,044.3	224,932.0	8,273.2	233,205.1

Fuente: PROCESOS con base en datos oficiales. ^a En el concepto de Gobierno General, no se incluye la CCSS y se incluyen otras instituciones públicas como la Junta de Protección Social, la Junta de Administración Portuaria y del Desarrollo Económico de la Vertiente Atlántica, el Instituto Costarricense Contra el Cáncer, el INCIENSA y las municipalidades, además del Ministerio de Hacienda (RNC). ^b El monto de Seguros Privados se calculó duplicando el dato del Seguro de Gastos Médicos brindado por el departamento del departamento de Seguros Personales del INS. La estimación se hace con base en los porcentajes estimados por KPMG (1998). ^c En atención ambulatoria se incluye el gasto por prevención y servicios de salud pública, porque no fue posible desagregar el dato excepto en el Ministerio de Salud. Además, la atención ambulatoria del primer nivel incluye el gasto hecho por los EBAIS. ^d Este ítem incluye exámenes de laboratorio, imágenes de diagnósticos, radiografías y traslado de pacientes. ^e Se compone del gasto en medicinas con y sin prescripción médica y otros productos como vendas, medias elásticas, profilácticos y otros aparatos médicos contraceptivos. ^f Por aparatos terapéuticos y otros durables médicos se entienden: lentes y otros productos para la visión, aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas auditivas. ^g Rectoría y Gestión comprende la administración de la salud y los Seguros de actividades públicas y privadas. Actividades como: planificación, regulación, recolección de fondos y manejo de reclamos también se incluyen.

D. El financiamiento del sector público y las funciones de atención en salud

El cuadro 8 presenta la estructura del gasto del sector público, según institución de financiamiento por sector proveedor y función de atención.

En primer lugar destaca que el 65% del gasto en salud es financiado por el sector público, y dentro de este la Caja Costarricense de Seguro Social como institución principal, que tiene a su cargo el 58% del gasto, frente a 4% del resto del Gobierno Central y 3% de gastos del Instituto Nacional de Seguros, correspondientes a los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y riesgos laborales.

Cuadro 8
ESTRUCTURA DE LAS COMPRAS DEL SECTOR PÚBLICO POR INSTITUCIÓN SEGÚN PROVEEDOR Y FUNCIÓN, 1998
(En porcentajes)

Proveedores	Funciones	Gobierno Central	C.C.S.S.	I.N.S.	Total
P	Atención Hospitalaria	0	27	1	28
U	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	2	18	1	22
B	Atenciones de apoyo en salud	0	3	0	3
L	Productos médicos y aparatos terapéuticos	0	7	0	7
I	Rectoría y gestión	2	2	1	5
C					
O					
Compras totales al Sector Público		5	57	3	65
Composición dentro del Sector Público		7	88	5	100
P	Atención hospitalaria	0	0	0	0
R	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	0	1	0	1
I	Atenciones en apoyo en salud	0	1	0	1
V	Productos médicos y aparatos terapéuticos	0	0	0	0
A	Rectoría y gestión	0	0	0	0
D					
O					
Compras totales al Sector Privado		0	2	1	3
Compras totales al Sector Externo		0	0	0	0
Gasto Público total por fuente		5	59	4	68

Fuente: PROCESOS con base en datos oficiales.

En segundo lugar, el papel del sector privado en la provisión de servicios de salud al sector público era aún marginal en 1998, pues alcanzaba poco más de 3% del gasto total en salud, con un 2% que correspondía a compras de la CCSS, como se señaló anteriormente.

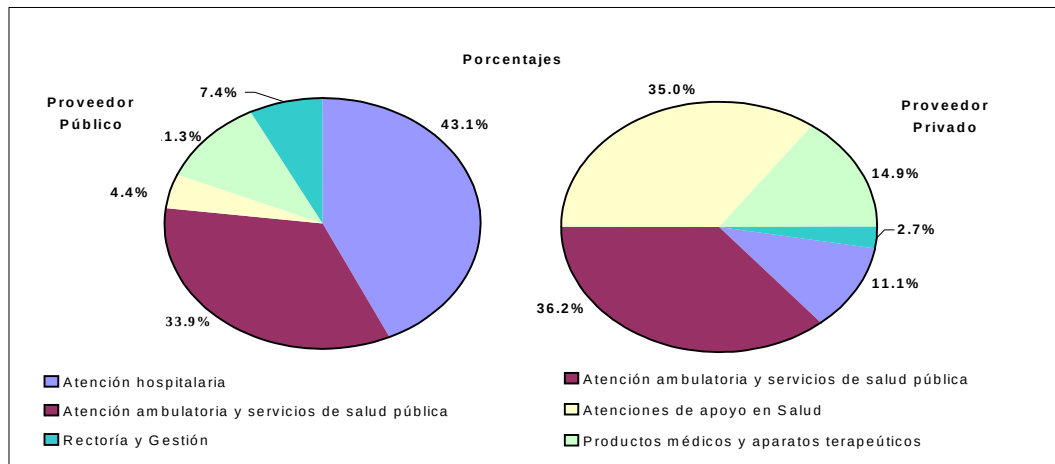
En tercer lugar, hay un patrón de especialización que se aprecia en este cuadro y se ilustra en el Gráfico 5: la Atención hospitalaria y la rectoría y gestión del sistema de salud aparecen como áreas de especialización del sector público, y la atención ambulatoria, las atenciones de apoyo en salud y los productos médicos y aparatos terapéuticos³⁶ son los campos en los cuales el sector privado concentra sus actividades. Esto es así porque la CCSS posee casi toda la capacidad hospitalaria del país y los niveles de más alta complejidad, y se trata de un campo en el que los servicios del seguro social se consideran satisfactorios, a la vez que el sector privado, para

³⁶ Este último renglón no aparece en su justa dimensión en el contexto del sector privado. La CCSS tiene producción marginal de productos farmacéuticos y algunos aparatos, por lo que prácticamente la totalidad de esta función se satisface con producción que proviene del sector privado, nacional e internacional. Visto desde esta perspectiva, esta función de servicios de salud está en manos del sector privado, y es su actividad principal.

incursionar en esta área, se vería obligado a hacer cuantiosas inversiones para un mercado que es muy pequeño a menos que la CCSS le garantice una parte de la clientela a través de su sistema de compras.

Gráfico 5

COMPOSICIÓN DE LAS FUNCIONES DE SALUD FINANCIADAS POR EL SECTOR PÚBLICO, SEGÚN PROVEEDOR, 1998



E. El financiamiento y la provisión privados

El Cuadro 9 presenta la composición del gasto como proporción del gasto total para el caso de servicios de salud que son financiados y provistos por el sector privado.

En primer lugar se observa que los servicios que provee el sector privado para las fuentes de financiamiento privadas corresponden principalmente a funciones de atención ambulatoria, productos médicos y aparatos terapéuticos, con una participación muy baja de servicios de atención hospitalaria.

En segundo lugar, las empresas aportan un 2.4% del gasto en salud a través de los programas de Médico de Empresa que tanto la CCSS como el INS poseen, estos programas son de naturaleza voluntaria para las empresas, que deben contratar los médicos y proporcionar los consultorios, y la CCSS provee los servicios de apoyo, los medicamentos y otros implemento médicos.

Cuadro 9

**ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PRIVADO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO
PRIVADO SEGÚN SECTOR PROVEEDOR Y FUNCIÓN, 1998³⁷**
(En porcentajes)

P R O V E E D O R	Funciones	Fuente de financiamiento			
		Seguros	Hogares	Empresas	Total
	Atención hospitalaria	0	1	0	1
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	0	14	2	17
	Atenciones de apoyo en Salud	0	2	0	2
	Productos médicos y aparatos	0	11	0	11
	Rectoría y gestión	0	0	0	0
	Producción total del Sector Privado	1	28	2	31
	Composición del Sector Privado	2	90	8	100

Fuente: PROCESOS con base en datos oficiales.

En tercer lugar, se aprecia (como se indica en la última fila del cuadro 9) que el 90% del gasto financiado por el sector privado es pagado directamente por los Hogares, como gasto de bolsillo. La participación de los Seguros en el financiamiento del gasto representa alrededor de un 2% del gasto total financiado por el sector privado, y alrededor de un 0.6% del gasto total en salud (aunque es posible que el gasto de los seguros internacionales esté subestimado en esta caracterización).

La elevada importancia del gasto de bolsillo que revela el cuadro no se asocia sin embargo a la presencia de un alto riesgo por gastos catastróficos, como en otros países del continente, dado que el Seguro Social garantiza para toda la población la atención de este tipo de gasto. Tampoco es un problema serio para los enfermos crónicos –para los que la ausencia de seguros podría implicar flujos permanentes de gasto muy onerosos, si bien no catastróficos– pues estos también pueden recurrir a los servicios del Seguro Social en esos casos. Este papel líder del Seguro Social en el aseguramiento de los riesgos mayores reduce el tamaño del mercado para la provisión de seguros privados. Por otra parte, es posible que el principal efecto negativo de la debilidad de los Seguros de salud sea la ausencia de contrapesos a la práctica de los médicos y las empresas distribuidoras de productos farmacéuticos, pues no existen contraparte o intermediarios capaces de enfrentar la fuerza oligopólica que caracteriza estos mercados por las asimetrías de información del primero y la concentración de mercado del segundo.

Debe señalarse además que el Instituto Nacional de Seguros actúa en este mercado como un monopolista privado y sus métodos de selección excluyen enfermedades previas y buscan elegir compradores de bajo riesgo. No hay regulaciones que obliguen al INS a asegurar riesgos mayores.

F. El sector externo

El sector externo como proveedor es muy pequeño; los servicios que brinda son hospitalarios y en su mayoría corresponden a operaciones de cataratas que los costarricenses se hacen en Colombia. De acuerdo a OPS (1999) estas importaciones parecen tener una demanda creciente, pero por el momento no representan una cantidad significativa, pues corresponde al 0.2% del gasto total.

³⁷ La suma de los porcentajes totales de los cuadros 8 y 9 no corresponde al 100% porque no se está tomando en cuenta las compras que el Sector Privado hace al Sector Público, este porcentaje corresponde al 1% faltante que completa los totales.

En 1998, las exportaciones de servicios de salud representaron el 4% del gasto total en salud total. Esta proporción consumida por extranjeros es producida tanto en el sector privado como en el público. En cada sector, los consumidores son diferentes:

En el sector público los demandantes son principalmente inmigrantes de bajo nivel de ingreso y escasa o nula capacidad de pago que demandan los servicios de hospitalización y atención ambulatoria de la CCSS. Las estimaciones disponibles indican que el gasto en servicios prestados a extranjeros equivale a 5% del gasto de la CCSS. Los procesos migratorios de los últimos años, y en especial las migraciones temporales, han dado lugar a importantes prestaciones de servicios a extranjeros por parte del sistema nacional de salud. Esta tendencia podría tender a aumentar en los próximos años, debido a fallos de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia que obligan a las instituciones públicas de salud a prestar sus servicios a extranjeros en las mismas condiciones que se prestan a los nacionales, y la única restricción para ello es asegurarse un momento antes de solicitar la prestación de los servicios.

Al sector privado acuden los extranjeros con capacidad de pago, especialmente por servicios de cirugía cosmética y odontología.

IV. Provisión privada de servicios estatales de salud

El propósito de esta sección es caracterizar la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud que son financiados total o parcialmente por el sector público, y en especial por la CCSS.

La reforma del sistema nacional de salud incluye un nuevo papel para el sector privado como proveedor de servicios de salud para el seguro estatal. Aún cuando hasta 1998, fecha para la cual se dispone de información más detallada en este estudio, la participación del sector privado en este campo alcanzaba 1.5% del gasto total en salud, esta ha tendido a aumentar a partir de entonces y hay un conjunto importante de procesos de contratación en marcha, que incluyen clínicas, áreas de salud e incluso hospitales. Cabe agregar que el gasto financiado por el sector privado en estos programas asciende a un monto semejante al del sector público, por lo que el gasto en programas con financiamiento mixto es superior al 3.1% del gasto total en salud.

Las experiencias se iniciaron desde la década de los setenta con modelos que buscaban aumentar la discrecionalidad de los usuarios en la selección de los médicos, reducir los costos y/o aumentar los aportes de los contribuyentes, y reducir la demanda de servicios de las clínicas y hospitales de la CCSS. Entre estos modelos se encuentran el médico de empresa (1974), la libre elección médica (1992), y la medicina mixta (1980). En todos estos casos los servicios médicos son contratados por el sector privado (hogares o empresas) y la CCSS proporciona servicios de apoyo y productos farmacéuticos, o paga parte de los servicios médicos.

A finales de la década de los ochenta surge un nuevo modelo, la contratación de proveedores que asumen la responsabilidad por la atención integral de la salud (en el nivel ambulatorio). Se trata de un modelo en el que la CCSS contrata un proveedor privado con un contrato específico en el que se detalla el aporte de la institución (por ejemplo puede incluir edificios, equipo, servicios de apoyo, etc.) y las responsabilidades que asume el contratista privado. La experiencia se inició con la creación y contratación de clínicas para la atención integral de la salud organizadas como cooperativas de trabajadores. “Estos grupos asumen la responsabilidad de llevar a la práctica el modelo de atención integral de la salud y el modelo de administración descentralizada.” (CCSS, 2000: E540).

La compra de servicios de salud a cooperativas de salud fue un mecanismo expedito para desarrollar un modelo experimental de atención sin los requisitos más estrictos que la legislación impone para contratos con el resto del sector privado. Los resultados obtenidos con estas experiencias (y con proveedores de servicios de apoyo) llevaron en los últimos años a la expansión del modelo, ahora a través de procesos de licitación abiertos (a partir del 2000 se inician las primeras licitaciones públicas de la CCSS para la contratación de servicios de salud), que han llevado a la contratación privada de servicios de salud y atenciones de apoyo (exámenes de laboratorio, diagnóstico, resonancia magnética). En adelante, los proveedores privados dejan de ser solo las cooperativas, y el espectro se ha ampliado para incluir todo tipo de entidades privadas. Las adjudicaciones más recientes en el campo de los servicios médicos han correspondido a una universidad, fundaciones y asociaciones, pero en los procesos licitatorios del año 2000 han participado también entidades con fines de lucro.³⁸

A. La reforma y el papel del sector privado

Como se ha indicado en las secciones anteriores, el programa de reforma del sector salud abre nuevos espacios para la participación del sector privado.

La reorganización del sistema crea la posibilidad de que la CCSS contrate agentes proveedores públicos o privados para la provisión de servicios de atención de la salud. Los principales pasos para hacerlo posible son: la especialización del Ministerio de Salud en las funciones de rectoría y supervisión y de la CCSS en la prestación de servicios de salud con una visión integral de la misma; la separación al interior de la CCSS de las funciones de financiamiento, compra y provisión; la desconcentración de los hospitales y clínicas; la creación de los compromisos de gestión como cuasicontratos entre las unidades desconcentradas y la administración central de la CCSS; y finalmente, el desarrollo de modelos de contratación de empresas privadas que puedan competir con los entes públicos desconcentrados.

Otros espacios para el desarrollo del sector privado de salud se han creado en forma paralela a través de legislación específica. Cabe señalar en este punto que en 1998, por Ley No.7765, se creó el Instituto Costarricense contra el Cáncer, el cual es una institución pública de carácter no estatal que se dedicará a la docencia, investigación, prevención y tratamiento del cáncer. Se financia con impuestos y deducciones de estos que hagan los contribuyentes. El Instituto construirá un hospital especializado, y puede comprar y vender servicios al sector privado y dar en concesión sus servicios e instalaciones a entidades sin fines de lucro con orientaciones afines.

Como los mercados que componen el sistema de salud son altamente imperfectos por diversas razones, el fortalecimiento del sector privado requiere el desarrollo de un marco regulatorio apropiado y del establecimiento de límites precisos sobre las áreas abiertas a su participación. La

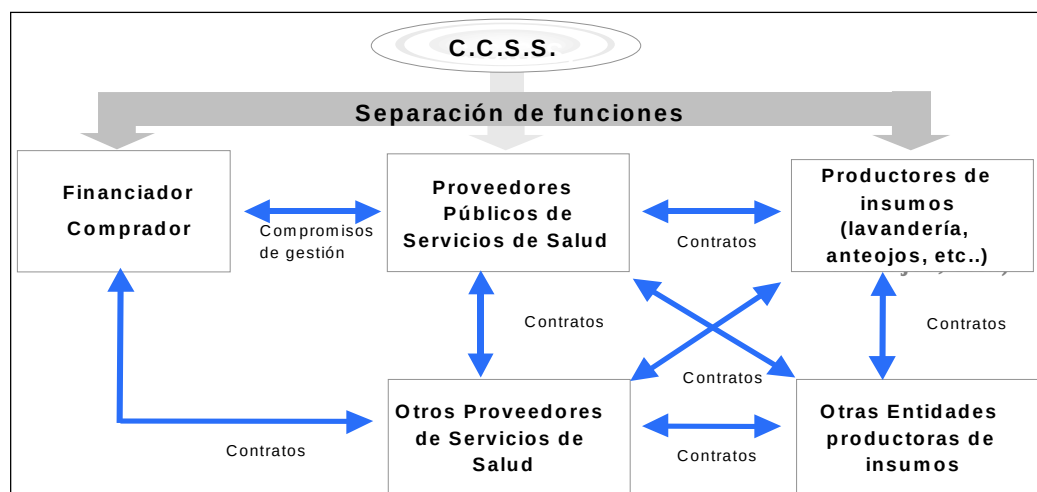
³⁸ La distinción entre entidades con fines de lucro y otras no es tan precisa en Costa Rica como en otros lugares, y no ha sido estudiado sistemáticamente el comportamiento económico de unas y otras, por lo que en este trabajo se tratan todas simplemente como proveedores privados.

principal restricción establecida es el fortalecimiento del Seguro de Salud como una fuente unificada de financiamiento. Falta aún poner en práctica el carácter obligatorio de la contribución para la población no asalariada, aprobado en la Ley de Protección al Trabajador en el 2000, y lograr que efectivamente se cobren las contribuciones establecidas.

El gráfico 6 sirve para ilustrar las relaciones entre el sector público y el sector privado dentro de la contratación de servicios en el marco de la CCSS.

Gráfico 6

ESQUEMA DE RELACIONES ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y EL SECTOR PRIVADO



B. Los modelos de participación del sector privado

En esta sección se caracterizarán brevemente los principales modelos de contratación privada de servicios de salud:³⁹ Programa de médico de Empresa, Programa de Libre Elección Médica, Programa de Medicina Mixta y Contratación de gestión de Servicios y Áreas de Salud. El Cuadro 13⁴⁰ presenta en forma esquemática las principales características de los modelos que se describen a continuación.

1. Programa médico de empresa

El programa médico de empresa se estableció en 1974, como parte de las reformas en la organización y administración de los servicios de atención ambulatoria. Constituye un medio alternativo y opcional de consulta externa donde el patrono, por su cuenta y riesgo, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados, en el tanto la CCSS por medio de una clínica adscrita⁴¹, otorga a los asegurados atendidos los servicios de farmacia, laboratorio clínico y

³⁹ No se entra a discutir en este trabajo la contratación de servicios de apoyo ni la compra de servicios misceláneos (como los de vigilancia y aseo); los primeros porque sus características son semejantes a las de los servicios de salud, y los segundos porque carecen de interés estratégico en la discusión de las políticas de salud.

⁴⁰ El cuadro 12, ordena estos sistemas siguiendo las categorías de KPMG (1998) y complementa la información con otros estudios de diversas fuentes. En ella se resumen las características de cada programa, comenzando por su definición, luego el marco regulatorio, la cobertura, los costos, la opinión de los usuarios, las debilidades y las conclusiones.

⁴¹ La clínica adscrita es la clínica de la CCSS más próxima a la empresa que brinda los servicios de apoyo a la salud (exámenes de laboratorio) y farmacia a los asegurados atendidos bajo la modalidad de médico de empresa. Además, con el propósito de descongestionar los servicios de farmacias de las clínicas del centro de San José. La farmacia Fischel despacha las recetas de algunas clínicas (KPMG, 1998:27).

rayos X. El programa fue diseñado para Consulta externa y por lo tanto no vincula el tratamiento de un asegurado directo que requiere internamiento en un hospital o centro médico.

En 1997 había 900 empresas que cubrían un total de 146,617 trabajadores aproximadamente; esta cantidad representa alrededor de 11% de los asegurados directos de la CCSS (KGPM, 1998:29). En 1998 el número de empresas inscritas y en condición de actividad fue de 1,105 (Picado y Sáenz, 2000:13). A octubre del 2000 existía un registro de 1,184 empresas inscritas y activas. Al aumentar el número de empresas ha aumentado el número de usuarios y también los costos, lo que evidencia una mayor aceptación por parte de los trabajadores, quienes han manifestado su satisfacción con el programa.

2. Programa de medicina mixta

Este sistema se estableció en 1980, con el objetivo de agilizar los servicios de atención ambulatoria. Al igual que el programa de médico de empresa, es un medio alternativo y opcional de consulta externa, donde se faculta al asegurado directo o familiar a contratar por su propia cuenta y responsabilidad la consulta externa con un médico privado que seleccione, con el derecho de recibir por parte de la CCSS los medicamentos y servicios de diagnóstico.

De 1982 a 1995 se dieron 2,129,469 consultas bajo este sistema. Durante ese período el número de consulta creció año tras año, en 1994 el porcentaje de estas consultas con respecto a las consultas totales dadas por la CCSS fue de 5.35% y en 1995 aumentó a 6.83%. El total de médicos inscritos a julio de 1997 fue de 884 y de 1,280 a octubre de 2000.⁴²

3. Programa de libre elección médica

El Sistema de Libre Elección Médica (SLEM) nace en 1992 con el fin de descongestionar los servicios especializados en los hospitales y en la consulta externa.

El programa de Libre Elección Médica constituye el derecho a una ayuda económica que la CCSS da a los asegurados que lo deseen para recurrir a los servicios médicos privados. Los servicios deben brindarse en instalaciones fuera de la institución de acuerdo con los procedimientos quirúrgicos, especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica autorice.

En términos de asignación y ejecución del presupuesto, el programa presenta algunas complicaciones contables porque su aplicación se hace de manera desconcentrada, de modo que cada unidad ejecutora (hospital, clínica, o área de salud) realiza su propia estimación del gasto anual. El problema es que en la ejecución presupuestaria los registros probablemente se hacen en otra cuenta, por lo tanto, la partida que contabiliza el gasto efectivo es casi cero para todos los años de la década de los noventa.

4. Servicios administrados por proveedores privados

La adjudicación de la administración de los servicios de salud integrales es una modalidad que se inicia en 1988 con la contratación de la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud, R.L (COOPESALUD R.L) para la administración de la Clínica de Pavas de la CCSS. Esta contratación marcó el comienzo de una nueva experiencia en la prestación de los servicios ambulatorios de salud. Actualmente, el esquema de contratación posee una base geográfica y se basa en una tarifa por habitante comprendido dentro del Área de Salud atendida.

⁴² Información suministrada por el Departamento de Información de Estadística en Servicios de Salud de la CCSS.

Durante la década de los noventa se firmaron contratos similares con otras cooperativas para la administración de clínicas; después de la Reforma, la modalidad de contratación comenzó a generalizarse ampliando el concepto, pues las clínicas no sólo cubrían una zona de influencia mayor, sino que también tenían a su cargo la administración de los EBAIS. Así, hacia finales del decenio de los noventa, las clínicas comenzaron a asumir áreas de salud y su administración no sólo se adjudicó a cooperativas sino a otras instituciones como la Asociación de Servicios Médicos Costarricenses⁴³ y la Universidad de Costa Rica. El cuadro 12, muestra los proveedores del sector privado a quienes se les ha adjudicado la administración de los servicios de salud, de acuerdo a la fecha de inicio de operaciones, la zona de influencia y el centro médico correspondiente.

También se han desarrollado experiencias sustentadas en el modelo BOT (“Build, Operate and Transfer”), bajo el argumento de que las limitaciones de recursos impiden a la CCSS llevar a cabo algunos proyectos que pueden ser hechos realidad por la iniciativa privada. Ejemplos concretos de estas gestiones son el Hospital San Vicente de Paúl (en proceso de implantación) y la Clínica del Cáncer y los Centros de Atención Integral de la Salud de la Comunidad de Siquirres y de Buenos Aires.

Cuadro 10

**PROVEEDORES DEL SECTOR PRIVADO A QUIENES SE LES HA ADJUDICADO
LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMPLETOS**

Proveedor Privado	Inicio de Operaciones	Zona de Influencia	Centro Médico
COOPESALUD R.L	Agosto, 1988	Pavas	Área de Salud de Pavas
COOPESAIN R.L	Enero, 1990	San Juan y Llorente en Tibás; San Miguel en Santo Domingo y San Vicente en Moravia	Clínica de Tibás
COOPESANA R.L	Mayo, 1993	Santa Ana	Área de Salud de Santa Ana
SERMECOOP R.L	Mayo, 1997	San Isidro de Heredia y San José de Alajuela	Área de Salud de
COOPESIBA R.L	Febrero, 1998	Barva de Heredia	Área de Salud de Barva
Universidad de Costa Rica	1999	San Pedro y Curridabat	Área de Salud de
ASEMECO*	Septiembre, 2000	Escazú, León XII, La Carpio y Garabito	Área de Salud de Escazú Área de Salud León XII, La Carpio y Garabito

Fuente: Elaboración propia.

*La contratación de ASEMECO está en proceso, la adjudicación fue apelada por el Consorcio de Cooperativas y se encuentra en proceso de resolución por parte de la Contraloría.

C. Resultados e interrogantes de la experiencia reciente

La incorporación del sector privado como proveedor de servicios de la CCSS ha sido un proceso lento, un experimento que ha permitido desarrollar experiencia y marcos institucionales orientados a que su aporte signifique una avance en la calidad y el costo de los servicios de salud

⁴³ La Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO) es una asociación propietaria del Hospital Clínica Bíblica sin fines de lucro dentro del Sector Privado, que en agosto del 2000 ganó la licitación pública para administrar las áreas de salud de Escazú y León XIII- La Carpio - Garabito.

recibidos por la población. Este apartado tiene como propósito sintetizar algunos resultados identificados en estudios anteriores, y plantear algunos interrogantes sobre el desarrollo futuro de estos modelos.

1. Los costos de la provisión privada de servicios médicos.

Una de las justificaciones para desarrollar la contratación privada de servicios de salud es la posibilidad de que esto contribuya a contener los costos crecientes de los servicios que se observan en la CCSS. Es difícil evaluar esta proposición por diversas razones: la CCSS no cuenta con un sistema de contabilidad de costos apropiado para ese fin; en la medida en que los programas de prevención y promoción operen satisfactoriamente es posible que se reduzca la demanda de servicios de mayor nivel pero no se dispone de información al respecto y este efecto corresponde más a la reforma del modelo de atención que a la contratación de servicios privados; hay además efectos intertemporales cruzados de difícil cuantificación en el presente. Sin embargo hay un conjunto de estudios, que apuntan todos en la misma dirección:

“El costo de las clínicas atendidas por las cooperativas supera al de las clínicas atendidas por la Caja en una proporción cada vez mayor, situación provocada directamente por el modelo de financiamiento utilizado” (Picado, 1999: 2).

“... su crecimiento se moderó en los dos últimos años, 1994 – 1995, pero su gasto total y su gasto per cápita siguen estando por encima del de las clínicas control asociadas” (Rodríguez, E., 1996: 6)

“... la información analizada permite observar y ratificar un comportamiento explosivo de los gastos totales en proyectos administrados por cooperativas. Esto es, el costo de las clínicas atendidas por las cooperativas supera al de las clínicas atendidas por la Caja, en una proporción cada vez mayor, lo cual deriva directamente del modelo de financiamiento utilizado” (Durán, Muñoz y Rodríguez, 1995: 38)

“... las cooperativas tienen un mayor costo por consulta, costo por hora y costo por persona atendida que los respectivos promedios de las clínicas (de la CCSS) en 1984” (ATD Consultores, 1993: Anexo 1, 16).

Estos resultados –que han llevado también a la recomendación de expandir el sistema con mucha prudencia– se han vinculado en parte con las reglas de financiamiento utilizadas en los contratos, que establecían un monto por habitante como base del cálculo del pago, y lo incrementaban anualmente para mantener su valor real. Esta regla no se aplica sin embargo a los costos de la CCSS que además no aumentan con el número de habitantes.

De aquí surgen dos posibles reglas para poder regular adecuadamente el sistema. La primera es que la CCSS tome como referencia sus costos marginales (y los de otros proveedores que tenga) para establecer los máximos que está dispuesta a pagar al sector privado; La segunda es que la competencia y el establecimiento de mecanismos de licitación sirvan como complemento a la información propia para establecer las tarifas (ATD Consultores, 1993: 28ss).

La contratación de servicios de salud integrales por medio de licitación se encuentra sin embargo en sus primeras fases por lo que no es posible aún evaluar sus resultados

2. La productividad

La evaluación de la productividad es también difícil debido a que no todas las clínicas de la CCSS que sirven de punto de referencia tienen programas de atención integral, a veces solo brindan servicios médicos curativos. Tampoco es posible identificar los efectos indirectos que podrían afectar los costos de los servicios hospitalarios

Los estudios disponibles señalaron que tanto en indicadores como la cantidad de consultas médicas y odontológicas por persona es mayor en las cooperativas que en las clínicas comparables de la CCSS, pero también el número de horas médico contratadas por habitante. La mayor producción de las clínicas cooperativas corresponde así a la mayor cantidad de recursos de que disponen, y no necesariamente a una mayor productividad de su gestión (Picado, 1999: 11,12).⁴⁴

3. La calidad de la atención a las personas

La opinión de los usuarios y de los expertos sobre la calidad de la atención es muy favorable a las clínicas administradas por cooperativas. En las dependencias de la CCSS los usuarios se quejan de las largas filas y del mal trato personal por parte de los funcionarios. Esto no es así en las clínicas administradas por cooperativas, que muestran una aprobación de 95% por parte de sus usuarios, como se analiza en los cuatro estudios a los que se ha hecho referencia en esta sección.

4. Participación, transparencia y sistemas de información

Hay una dimensión adicional del tema que debe mencionarse: la escasa transparencia que tiene la discusión de las ventajas comparativas del sector público y el privado en la administración de los servicios de salud, que hace difícil la evaluación de los resultados obtenidos, la participación ciudadana e incluso la toma racional de decisiones por parte de las autoridades.

La participación no es posible si no hay transparencia y esta a su vez requiere de sistemas de información relevantes para todos los involucrados. En el caso de la CCSS, los sistemas de determinación de costos fueron diseñados para otras épocas y no responden adecuadamente a preguntas pertinentes en este momento, cuales son la productividad y eficiencia relativa de los diversos modelos de atención privada.

Avanzar en este campo permitiría llevar la discusión al plano del análisis de opciones reales, más allá del debate ideológico y de la defensa de intereses particulares.

⁴⁴ En el mismo sentido véase ATD Consultores (1993a y b).

ESQUEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROVISTOS POR EN EL SECTOR PRIVADO Y FINANCIADOS POR EL SECTOR PÚBLICO

Sistema Características	Medico de empresa	Libre elección	Medicina mixta	Contrataciones
1. Definición	Es un medio alternativo y opcional de consulta externa ^a donde el patrono, por su cuenta y riesgo, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados, en el tanto la CCSS por medio de una clínica adscrita ^b , otorga a la asegurados atendidos los servicios de farmacia, laboratorio clínico y rayos X.	Es el derecho a una ayuda económica que la CCSS da a los asegurados que lo deseen para recurrir a los servicios médicos privados. Los servicios deben brindarse en instalaciones extrainstitucionales de acuerdo con los procedimientos quirúrgicos, especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica autorice.	Es un medio alternativo y opcional de consulta externa ^b donde se faculta al asegurado directo o familiar a contratar por su propia cuenta y responsabilidad, la consulta externa en el despacho privado del médico que seleccione, con el derecho de recibir por parte de la CCSS los medicamentos y servicios de diagnóstico.	Es la adjudicación a una cooperativa o proveedor privado, de la administración de los servicios de salud “completos” de una clínica. Se plantea como una respuesta al descontento de la población respecto a los problemas administrativos del modelo biológico tradicional de atención médica, especialmente en consulta externa.
2. Regulación	Reglamento del Sistema Médico de Empresa y del Sistema Mixto de Atención Médica y el Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Médico de Empresa de la CCSS, de 1981	Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS (modificado en 1996) e Instructivo de Normas y Procedimientos para Regular la aplicación del Sistema de Libre Elección Médica en la CCSS	Reglamento del Sistema Médico de Empresa y del Sistema Mixto de Atención Médica y el Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Mixto de Atención Médica de la CCSS, de 1981	Ley General de Salud y la modificación hecha al artículo 3 de la Ley Nº 5345; que permite a una entidad externa a la CCSS y al MS administrar los servicios de salud.
3. Cobertura	El total de empresas inscritas en el sistema en octubre del 2000 es de 1,204, de estas 20 estas inactivas y 1,184 en operación ^d . Actualmente, no se conoce la cobertura en términos del total de trabajadores asegurados beneficiados.	Durante el primer año y medio (de junio de 1993 a diciembre de 1994) de ejecución del programa, utilizaron el servicio 1,613 personas. Se carece de información más reciente que estime el total de beneficiados por este programa.	En 1994 el porcentaje de consultas de medicina mixta con respecto a las consultas totales dadas por la CCSS fue de 5.35% y en 1995 aumentó a 6.83%. El total de médicos inscritos a julio de 1997 fue de 884 y para 1,280 al octubre del 2000. ^e	Estas clínicas incorporan un concepto integral de atención que además del individuo, incluye a la familia, el ambiente de trabajo y la comunidad. Actualmente existen 5 áreas de salud administradas por cooperativas que cubre 300,000 habitantes (7% de la población), 1 por la Universidad de Costa Rica y otra por una Asociación de Médicos ^f . (ver cuadro 7).

^a Este sistema está diseñado única y exclusivamente para ser aplicado a la Consulta Externa Médica y no vincula el tratamiento de un asegurado directo que requiere internamiento en un hospital o centro médico.

^b La clínica adscrita es la clínica de la CCSS más próxima a la empresa que brinda los servicios de apoyo a la salud (exámenes de laboratorio) y farmacia a los asegurados atendidos bajo la modalidad de médico de empresa. Además, con el propósito de descongestionar los servicios de farmacias de las clínicas del centro de San José. La farmacia Fischel despacha las recetas de algunas clínicas (KPMG, 1998:27).

^c Al igual que el Sistema de Médico de Empresa este sistema está diseñado para ser aplicado exclusivamente en consulta externa (Ver nota 1).

(Continuación Cuadro 11)

4. Costos	Los costos de este programa han un aumento sostenidamente desde 1992, lo evidencia la mayor aceptación que ha venido adquiriendo entre las empresas y los empleados. La tasa de crecimiento promedio del período, 1988–1998, fue de 21.37%,	Del monto presupuestado durante el primer año y medio, sólo se utilizó el 38%. Por otra parte, los porcentajes del subsidio varían de acuerdo al servicio (consulta externa, cirugía o parto natural) pero todos son menores al 50%, por consiguiente los beneficiados tienen que ser al menos personas de ingresos medios (KGPM, 1998:40)	Al igual que en el Programa de Médico de Empresa los montos asignados para este programa. han venido aumentando en forma sostenida pero sus crecimiento es cada vez menor.	El gasto real promedio per cápita en 1998 fue de ₡5,912 lo que implicó una reducción cercana al 21% si se compara con el nivel de gasto de 1994 (₡7,482), sin embargo este gasto fue mayor al reportado en las clínicas tradicionales que tuvieron un gasto per cápita de (₡4,674).
5. Opinión de los usuarios	De acuerdo a una encuesta que realizó KPMG en 1997 la mayoría de los pacientes entrevistados se encontraban satisfechos con la atención brindada por el médico en su empresa y con la administración de los otros servicios ofrecidos por la CCSS dentro de este sistema mixto. Por su parte más del 85% de los empresarios entrevistados manifestaron que los trabajadores ven la medicina de la empresa como un incentivo adicional en su trabajo, acuden a ella como primera opción al sentirse enfermos y la consideran como buena o muy buena. Además el 52.5% de las empresas consideran que los empleados han aumentado la productividad.	No se tiene opinión de los usuarios	No se tiene opinión de los usuarios	Para medir la satisfacción, algunas clínicas realizan encuestas periódicas de donde se puede concluir que al menos el 90% de los usuarios están muy satisfechos con el sistema; califican como adecuadas las relaciones médico - paciente, tiempo de espera y los servicios de apoyo. Por otra parte, KPMG (1998)^g; constató que el 100% de los trabajadores no médicos, están satisfechos con su horario y remuneración. Además el 82% de los médicos señalaron que prefieren trabajar en las cooperativas que en cualquier otro lugar, el 100% estaban a gusto con su horario y más del 88% se sentían satisfechos con el equipo disponible y la infraestructura.

^d Información fue suministrada por el Departamento de Información de Estadística en Servicios de Salud de la CCSS, de acuerdo a este departamento, no se puede conocer con exactitud el número total de empresas que están utilizando el servicio, y más difícil el número de trabajadores beneficiados, la razón principal es que pese a que las empresas afiliadas están en la obligación de reportar periódicamente estadísticas relacionadas con el número de trabajadores cubiertos, las horas médicas contratadas, las consultas brindadas y las incapacidades otorgadas, las empresas no envían la información y esto dificulta el control, además, la regulación actual no exige la desinscripción en el sistema por tanto, la cantidad de empresas inactiva puede ser diferente.

^e Información suministrada por el Departamento de Información de Estadística en Servicios de Salud de la CCSS.

^f La Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO) es una asociación propietaria del Hospital Clínica Bíblica sin fines de lucro dentro del Sector Privado, que en agosto del 2000 ganó la licitación pública para administrar las áreas de salud de Escazú y León XIII- La Carpio - Garabito.

6. Debilidades del sistema	- La CCSS no controla el horario de los médicos contratados por las empresas. - No hay controles cruzados sobre el personal contratado; es decir, no se detecta si un médico tiene el mismo horario en una empresa y en la CCSS. - No existen evaluaciones periódicas, ni se mide la opinión de los usuarios - No se ha actualizado el reglamento, ni el manual que regula el sistema; tampoco existen procedimientos de fiscalización y control.	- Al evaluar los toques máximos el subsidio se reduce sólo al 25%, esto significa que las personas que pueden hacer uso del sistema son quienes cuentan con cierta solvencia económica. - Ejerce una presión adicional sobre los problemas presupuestarios y de flujo de efectivo de la CCSS, pues el desembolso sucede antes de lo programado; porque el paciente que está en cola es atendido hoy y no dentro del período que le corresponde en la cola. - No es utilizado por los asegurados de las zonas alejadas ya que el subsidio no es suficiente, ni cubre los costos de traslado	- El programa no ha sido lo suficientemente promocionado entre los asegurados, que a veces no saben en qué consiste y cómo se utiliza. - No hay evaluaciones de opinión de los usuarios. - No existe un manual de procedimientos para la fiscalización y control del programa.	- Cuando se diseñó el sistema, no se establecieron de manera explícitas los objetivos y metas relacionadas con los aspectos financieros y económicos, y actualmente el pago por la administración de las clínicas le cuesta más dinero a la CCSS que lo que paga en sus propias clínicas. - El sistema de financiamiento y pago utilizado actualmente no incentiva a las cooperativas hacia programas preventivos, ni estimulan la reducción de costos de los programas curativos tradicionales. - Carece de procedimientos para disminuir costos
7. Conclusiones	- El número de consultas y el número de empresas inscritas ha venido aumentando lo que indica una mayor aceptación entre los usuarios - Los gastos en que incurre la CCSS por la atención son menores porque existe una contraparte privada que paga salarios, equipo e infraestructura	- Con el SLEM se pierde el principio de equidad, debido a que el acceso a los servicios ofrecidos se da de acuerdo a las posibilidades de pago de los asegurados y no de acuerdo a sus necesidades, de modo que solo se estratifica el problema de la cola, (no se elimina) pues quien no tiene posibilidades de pago debe esperar en la cola a ser atendido en la institución. - No cumple con uno de los objetivos más importantes de su implementación, pues el SLEM no está siendo utilizado por los asegurados de menor acceso a servicios especializados, por el contrario sus usuarios se ubican en zonas urbanas donde se concentra la atención médica especializada.	- Año con año se realizan más consultas bajo esta modalidad, viendo esta conducta, parece que el sistema es una buena opción como medio alternativo de Consulta Externa Médica, pero le falta más promoción e información entre los asegurados. - Los costos del sistema de medicina mixta son inferiores a los de la CCSS para estos mismos servicios y esto se puede explicar porque los costos administrativos son menores, sin embargo hacen falta procedimientos para la fiscalización y el control del sistema (registros, estadísticas de cobertura, precios de las consultas y costo de los servicios de apoyo).	- Aunque la administración de las clínicas sea externa a la CCSS, ésta no pierde el control de los servicios prestados debido a que en los convenios se establecen los mecanismos de control y la obligación de las cooperativas de cumplir las normas generales y la Ley. - Contribuye al descogestionamiento en los servicios de hospitalización en los hospitales de referencia. - A pesar de los controles de la CCSS y obligaciones que se comprometen cumplir las cooperativas, faltan procedimientos para medir el desempeño del programas e incentivos para el mejoramiento continua de la eficiencia (reducción de costos). - El costo de las clínicas atendidas por las cooperativas supera al de las clínicas atendidas por la Caja en una proporción cada vez mayor (ver cuadro sobre financiamiento), situación provocada por el modelo de financiamiento utilizado.

Fuente: Elaboración propia con base en KPMG (1998), Picado (1999) y CCSS (2000).

⁹ En julio de 1997 KPMG realizó encuestas de opinión a usuarios, médicos y trabajadores administrativos. En el caso de los usuarios se pudieron confirmar los resultados antes enunciados. La muestra de los médicos fue de 17 de los 69 que laboraban en ese momento en las cooperativas y de los trabajadores entrevistados fueron 24 de 338 sin contar a los médicos.

V. Rectoría y regulación

La reforma del sistema de salud demanda un nuevo papel para el sector público en la rectoría y regulación del sistema, por dos razones fundamentales. Primero, porque la salud ha sido definida en Costa Rica como un derecho de los habitantes y se trata por lo tanto de un bien meritorio que debe ser promovido y defendido por el Estado. Segundo, porque los diversos mercados del sistema se caracterizan por imperfecciones estructurales severas que dificultan su operación eficiente, como la asimetría de información en los servicios médicos, el riesgo moral y la discriminación en los mercados de seguros de salud, y los monopolios y oligopolios en los mercados de productos farmacéuticos y aparatos médicos.

En la medida en que el sistema se abre para dar una mayor participación al sector privado, y cuando se introducen sistemas de incentivos que emulan la actividad privada en el sector público, es necesario contar con mecanismos que busquen corregir la ineficiencia de estos mercados.

El propósito de esta sección es identificar un conjunto de elementos que caracterizan la rectoría y la regulación del sistema de salud costarricense y que adquieren relevancia en este contexto. Una revisión comprensiva del tema está sin embargo fuera del alcance de este trabajo.

A. La regulación de insumos y servicios para salud

Las facultades del MS en cuanto a supervisión, vigilancia y control de los proveedores de servicios de salud se establecen en la Ley General de Salud y sus reglamentos.

El modelo de regulación se caracteriza por disposiciones que establecen condiciones mínimas de operación de las entidades proveedoras de servicios de salud (infraestructura, equipo) y requisitos de calidad y seguridad de los principales insumos empleados en la generación de los servicios (recursos humanos, productos farmacéuticos, servicios de diagnóstico). El órgano regulador otorga permisos una vez satisfechas las condiciones mínimas correspondientes y supervisa que estas persisten durante la vigencia de las autorizaciones respectivas, que vencen cada cierto tiempo. En caso de incumplimiento demostrado de las condiciones mínimas, el MS posee facultades para intervenir o cerrar los establecimientos, según la gravedad del caso.

En el Cuadro 14 se presentan en forma comparativa las principales características de la regulación para la instalación y operación de servicios de salud (médicos, farmacéuticos, laboratorios, etc.) y para la venta de productos farmacéuticos. Se observa en ambos casos que hay un conjunto de requisitos mínimos que deben cumplirse, los que una vez satisfechos dan lugar a la emisión de una licencia o permiso que vence al cabo de un período preestablecido. Durante la vigencia del permiso se llevan a cabo inspecciones para verificar que se continúa cumpliendo con los requisitos mínimos, y si se comprueba que este no es el caso el MS puede aplicar sanciones diversas.

Cuadro 12

COSTA RICA: CARACTERÍSTICAS DE LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD Y LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Área regulada	Requisitos	Vigencia del permiso	Supervisión	Consecuencias del incumplimiento
Establecimientos de atención médica, farmacias, laboratorios, bancos de sangre, recolectores de desechos y otros, públicos y privados	Recursos humanos acreditados por colegio profesional, planta física, equipos, etc. Autorización y normas especiales si utilizan materiales radiactivos	5 años (servicios médicos), 2 años (farmacias)	Entidades clasificadas por nivel de riesgo sujetas a inspecciones diferenciadas (previas, periódicas, aleatorias)	Intervención o clausura según la gravedad del caso
Inscripción, importación y publicidad de productos farmacéuticos	Medicamentos.	Registro por 5 años. Algunos solo se pueden vender en farmacias	Inspectores realizan inspecciones aleatorias o por denuncia	No se puede importar si no está registrado y los requisitos varían por tipo de medicamento

B. La ausencia de regulación económica específica

En el apartado anterior se vio que la regulación a cargo del MS está orientada a normar las condiciones de operación de los servicios, más que a regular el funcionamiento de los mercados de salud. Es una “regulación de insumos” más que una “regulación del producto final” y no se regulan las relaciones entre los agentes que participan en el mercado de la salud. Así, no se utilizan instrumentos como los protocolos de atención (normas de calidad del servicio final), las normas de información al paciente y los mecanismos de arbitraje en las relaciones médico – paciente (ambas

orientadas a reducir la asimetría de la información y lograr un mayor empoderamiento del usuario), tarifas y acreditación de establecimientos. Otra área de vacío en la legislación costarricense, así como en la normativa que hasta la fecha han impulsado los procesos de reforma del sector salud, es la ausencia de protocolización efectiva en las instituciones del sector público,⁴⁵ así como una ausencia total de requisitos de protocolización en los servicios privados de salud.

En ausencia de una regulación del mercado de la salud, que trascienda el ámbito de los mínimos para permitir la función de los servicios y productos, las normas de regulación aplicables a los mercados de la salud son las mismas que rigen las relaciones económicas para el resto de los mercados. Hay al menos tres áreas en las cuales esta situación no es satisfactoria: los seguros médicos privados (incluyendo el del INS, que posee el monopolio legal de la producción y comercialización de seguros en el país, ejerce ese monopolio como una empresa privada) y los sistemas de medicina prepagada (que son incipientes y no están regulados ni como prestadoras de servicios de salud ni como entidades financieras); el comportamiento monopólico y oligopólico en los mercados de productos farmacéuticos, que en muchos casos tienen precios más elevados en Costa Rica que en el mercado internacional; y los servicios de los profesionales de la salud, donde la asimetría de información les proporciona poder monopólico que no está siendo regulado. El problema es más serio si se toma en cuenta que una tercera parte del gasto en salud es financiada por hogares y empresas que compran directamente servicios de atención ambulatoria.

En resumen, la agenda pendiente en el ámbito de la regulación del mercado de la salud en Costa Rica, comprende el desarrollo de una normativa que integre el actual enfoque basado en la regulación de insumos –básicamente de calidad–, con otro más amplio, orientado a regular las actuaciones de los diversos actores, públicos y privados, y sus interacciones en los mercados de la salud.

C. El nuevo papel del Ministerio de Salud

En el marco de la reforma del sector salud, el MS viene realizando esfuerzos para reorganizar sus funciones y acciones programáticas con el objeto de consolidar su papel rector.

Se han establecido nuevos procesos que persiguen, además de monitorear y evaluar los sistemas de salud, generar normas y mecanismos de intervención y realizar la divulgación y sensibilización de sus resultados.

En el campo de la Normalización, el Ministerio promueve el programa nacional de calidad y acreditación de los establecimientos de salud, el apoyo a los programas de mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones públicas del sector, y la promoción de espacios de participación social para la coordinación y concertación entre las comunidades y los proveedores de servicios de salud.

La acreditación⁴⁶ se inició en 1996, cuando las autoridades de salud decidieron implantarlo en las maternidades del país. No obstante, la acreditación⁴⁷ es voluntaria para los proveedores privados de servicios de salud, y aún está en proceso de implantación en los establecimientos públicos de salud. La acreditación tiene como objetivo “señalar” el mercado de la salud, en el tanto la

⁴⁵ Al interior del Seguro de Salud administrado por la CCSS, se vienen dando esfuerzos para promover la protocolización, pero el alcance del proceso es aún incipiente y carece de los instrumentos necesarios para colocar los incentivos adecuados, así como de supervisión y control sistemático.

⁴⁶ El procedimiento de acreditación consta de seis pasos: (1) solicitud inicial (2) aviso previo, (3) autoevaluación, (4) auditoría, (5) informe y recomendaciones de la auditoría y (6) resolución.

⁴⁷ El acreditamiento, es una facultad de la Administración Pública, tipificada en el artículo 8 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor.

condición de “proveedor acreditado” puede considerarse como un indicador de su calidad. El enfoque que el MS da a este proceso se centra en la evaluación de la estructura y en parte, a las condiciones con que cuentan los establecimientos para ofrecer servicios de salud, por lo que se trata también de un modelo de regulación de oferta como los discutidos anteriormente.

Además de la normalización, el Ministerio introduce la evaluación de sistemas y servicios de salud como una nueva esfera de su papel rector otorgado por Ley. Las actividades de este subsistema se orientan a la evaluación de la calidad de las atenciones en salud, de los proveedores públicos y privados. Los alcances prácticos de este proceso, sin embargo, no están documentados todavía.

El desarrollo de un Ministerio rector con acciones significativas en el campo de la conducción y regulación del sistema es aún una tarea pendiente, de la cual se han dado los primeros pasos. La tarea es compleja porque se trata de una institución débil en el contexto del sistema de salud. En el sector público, la CCSS es la institución más grande, posee todas las funciones operativas, y la Constitución Política le garantiza independencia en materia de gobierno y administración. En el sector privado, si bien el MS tiene facultades para regular las condiciones técnicas mínimas, no las tiene para la regulación económica y se ve obligado a recurrir a la persuasión para promover sus políticas. Desde el punto de vista institucional, esta es una posición muy débil, aún cuando en coyunturas particulares la jerarquía del MS pueda ejercer un liderazgo importante.

D. Participación y control ciudadano

Una forma de regulación complementaria del sistema de salud es la participación ciudadana. En este contexto, la Ley No. 7852 "Desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) creó las Juntas de Salud como entes auxiliares de los establecimientos y de las áreas de salud que actúan como proveedores de la CCSS. En principio deben crearse tanto en los proveedores públicos como en los privados. La primera elección para integrar las Juntas en 125 centros, se llevó a cabo en noviembre del 2000. Las Juntas son entes auxiliares de carácter asesor que tienen otras responsabilidades la de fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables al establecimiento de salud (incluyendo el Compromiso de Gestión, sobre el cual opinan antes de su aprobación) y opinar sobre los candidatos para la Dirección del Centro. Los miembros de las Juntas son electos y desempeñan los cargos ad honorem.

Estos primeros pasos para promover la participación ciudadana pueden ser importantes, como lo ha sido en Costa Rica la participación en las Juntas de Educación de las escuelas primarias, que tienen características semejantes a las de las Juntas de Salud. Debe tenerse presente sin embargo que hay una diferencia fundamental entre ambos servicios sociales: la educación es un servicio que se demanda en la forma de un flujo continuo, por lo que sus usuarios tienen un interés permanente en su operación y resultados; en cambio en la atención de la salud la mayoría de la población requiere los servicios en forma puntual y aleatoria. Es de esperar entonces que las Juntas de Salud tengan una participación menos dinámica que la que se observa en las de Educación (donde por cierto la participación no es tampoco tan amplia).

En síntesis, los sistemas de regulación de los servicios de salud en Costa Rica están aún en una fase incipiente, a pesar de que su importancia es fundamental en el contexto de un programa de reforma que expande el papel del sector privado en el sistema y establece normas análogas a las del sector privado al interior del sector público. La importancia de la regulación también se ve incrementada por el papel creciente del financiamiento privado de los servicios de salud y la ausencia de sistemas de seguros.

Conclusión

Durante la última década, el sector privado de Costa Rica ha venido jugando un papel cada vez más importante en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud.

Este crecimiento, sin embargo, no ha sido producto de decisiones políticas consensuadas, sino el resultado de la insatisfacción de los usuarios del Seguro Nacional de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los usuarios de los grupos medios y altos han expresado su insatisfacción en las encuestas de opinión pública y en la utilización de servicios privados en lugar de los públicos en los campos en los que perciben que los primeros son de mejor calidad (aunque esta sea principalmente en los elementos accesorios y no en lo esencial). La “salida” de los grupos medios y altos del Sistema de Salud es una grave amenaza a su existencia, pues le resta legitimidad, genera presiones externas en contra del financiamiento solidario que aún existe y debilita la “voz” al interior del sistema para promover altos estándares de calidad. Este es el centro de la llamada crisis del modelo de atención que se discute desde la década de los ochenta.

El Programa de Reforma del Sector Salud, que se presenta en la sección I de este trabajo, es la respuesta institucional a esta crisis. La reforma del modelo de atención, con el desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral, busca mejorar y personalizar la atención a las personas en el primer nivel de atención, a la vez que se adopta una perspectiva integral de la atención a la salud. La transformación del Ministerio de Salud busca especializarlo en funciones de rectoría y regulación, eliminando las funciones atención de la salud. La reforma

de la CCSS se propone transformar los sistemas de organización, incentivos y gestión, para que los servicios respondan más a las demandas de los usuarios y los funcionarios tengan mayor flexibilidad para organizarse de acuerdo a objetivos; la creación de los Compromisos de Gestión y de “cuasimercados” en los que se transen los servicios entre las agencias públicas es un componente de este proceso, que se encuentra aún en una fase experimental. Estos dos últimos componentes, y en especial el desarrollo de cuasimercados, son áreas en las cuales el avance debe hacerse con mucha precaución, pues su desarrollo conceptual y la experiencia acumulada en el mundo son aún débiles.⁴⁸

El sistema de salud, sin embargo, como se muestra en la sección II, ha cambiado en los últimos años: entre 1993 y 1998, la tasa de consultas públicas se redujo en 8% y la de consultas privadas aumentó en 20%. Los grupos de más altos ingresos –y en general la población clasificada como no pobre– se han retirado con mayor fuerza de la utilización del sistema público. En contraste, los asegurados por cuenta del Estado, la población no asegurada y la gente ubicada en el grupo de extrema pobreza, han reducido aún más el uso del sector privado. Se fortalecen así las tendencias al crecimiento del sector privado y a la especialización de la CCSS en los grupos de menores ingresos. Esta es todavía solo una tendencia, pues la CCSS atiende actualmente el 84% de las consultas y casi la totalidad de los casos de hospitalización.

Desde el punto de vista de los flujos de gasto, en la sección III se presenta una primera estimación de las Cuentas Nacionales de Salud, para 1998. El gasto en salud de Costa Rica es 6.3% del PIB, equivalente a US\$234 por persona por año, lo que sugiere un sistema social de producción de la salud bastante eficiente, pues el gasto es inferior por ambos criterios al promedio de América Latina y el país posee indicadores de resultados de los más altos de la región. El sector privado financia el 31% del total del gasto, una de las proporciones más bajas de la región, y se concentra principalmente en atención ambulatoria y provisión de productos y aparatos médicos. El gasto privado corresponde fundamentalmente a gastos de bolsillo de los pacientes, pues hay un escaso desarrollo de los seguros de salud (a cargo del INS y vendidos desde el exterior).

Como parte del proyecto de Reforma, se ha experimentado con la contratación privada de servicios de salud por parte de la CCSS, que se presentan en la sección IV. El más desarrollado de esos modelos es la contratación de la gestión de clínicas y áreas de salud a empresas privadas de carácter cooperativo. En estos casos se ha logrado un gran avance en la calidad de la atención personal percibida por los usuarios. El modelo, sin embargo, no ha mostrado aún su capacidad de reducir los costos, pues el costo directo de estas clínicas es mayor que el de clínicas de la CCSS de capacidad de resolución y dimensiones semejantes, y no hay información para evaluar la posible reducción de las referencias a los niveles superiores del sistema. La evaluación se torna más compleja porque la CCSS no posee un sistema de contabilidad de costos actualizado, que le permita comparar sus resultados con los costos de los servicios que contrata. Aún así, la CCSS ha continuado con la política de expansión de la contratación de servicios privados y ha empezado a utilizar mecanismos de licitación pública para esos contratos.

El crecimiento del sector privado de salud, la contratación de servicios privados por parte del sistema público, requieren la existencia de un sistema de regulación capaz de enfrentar las imperfecciones estructurales de los mercados que caracterizan los sistemas de salud. En Costa Rica no existe un sistema desarrollado de regulación económica de los mercados de salud, aunque el Ministerio ha empezado a dar algunos pasos en esa dirección. La Rectoría del Ministerio también es débil, y se sustenta principalmente en mecanismos informales.

⁴⁸ Entre las limitaciones para un funcionamiento eficiente de los cuasimercados están la imposibilidad de que las unidades quiebren o sean adquiridas por otras en el proceso de la competencia, lo que limita mucho su efectividad, así como el principio constitucional – que se aplica con bastante rigor en el sector público– de que deben pagarse remuneraciones iguales por servicios iguales: esto limita y casi elimina la discrecionalidad gerencial sobre el principal componente de costos del sistema.

En este contexto, y para concluir este trabajo, hay varios temas de política cuya profundización es importante para el desarrollo futuro del sistema de salud:

- El retorno a la universalización de los servicios de la CCSS.

Cuando este tema se planteó inicialmente, el propósito principal era incorporar a los servicios de la CCSS a los grupos de menores ingresos. Hoy, el tema de la universalización recobra importancia con el propósito de reincorporar a los grupos medios. Estos son los grupos capaces de legitimar el sistema y establecer altos estándares para su rendimiento, y cuya salida del mismo amenaza su supervivencia. Este tema, vinculado principalmente a la economía política de la transformación del sistema, no es un tema sobre el que exista consenso, pues ante esta necesidad de carácter político se encuentra también el argumento técnico económico de que la adquisición de servicios en el mercado por los grupos medios y altos es un mecanismo progresivo de financiamiento del sistema de salud. Es posible, sin embargo, identificar mecanismos para diversificar los servicios –especialmente en los componentes de hotelería, por ejemplo– para recuperar para el sistema a los que podrían ser los grupos más importantes para su reproducción.

- Un sector privado al servicio de la salud

La participación del sector privado en la provisión de servicios de salud no es sinónimo de una mejor calidad de los mismos. Los mercados de salud se caracterizan por grandes distorsiones estructurales, que los hacen ineficientes y demandan sistemas de control apropiados (como las asimetrías de información en los servicios médicos, el carácter altamente oligopólico de la producción y distribución de productos farmacéuticos y el riesgo moral en los sistemas de seguros). Se requiere por lo tanto un marco institucional que lo oriente adecuadamente a objetivos de eficiencia, equidad y universalidad, so pena de frustrar el logro de estos. Estos sistemas no existen todavía. Entre las principales condiciones necesarias para un desarrollo positivo del sector privado se encuentran:

- La creación de un sistema de regulación económica de la atención de la salud, incluyendo la provisión de productos y aparatos médicos.
- El desarrollo de sistemas de contratación de servicios del sector privado que demande no solo calidad en los resultados sino también minimización de costos para el sistema público. Para ello, la CCSS debe conocer a fondo sus propios costos y estar dispuesta a ejecutar los proyectos y gestionar directamente los servicios si el sector privado no está en capacidad de hacerlo a costos menores.

- Un seguro nacional de salud de cobertura universal

El financiamiento con recursos de bolsillo de los servicios de salud ha sido señalado en la literatura como una de las principales fuentes de inequidad en los sistemas de financiamiento y como un riesgo financiero mayor para los pacientes. En el caso del sistema costarricense, el financiamiento con recursos de bolsillo tiene características diferentes, pues el sistema público es el asegurador de última instancia y atiende los niveles de resolución más altos. Más aún, dado que son los grupos más altos de ingreso los que utilizan los servicios del sector privado, este mecanismo de financiamiento es progresivo. El aseguramiento, sin embargo, es un componente importante del sistema de regulación, pues sitúa una fuerza intermedia con conocimientos especializados entre el proveedor y el comprador y tiende así a enfrentar el problema de las asimetrías de información. El desarrollo de los seguros de salud, sin embargo, es una responsabilidad pública, dados los sistemas de discriminación de riesgos propios de esos sistemas cuando son privados. Las políticas y productos de seguros de salud deberían ser un producto conjunto del INS y la CCSS, con el fin de asegurar los objetivos de cobertura universal de los seguros públicos.

- La rectoría imposible

El desarrollo de la rectoría en el Ministerio de Salud ha mostrado ser una tarea muy difícil. Quizás la mayor dificultad proviene de la independencia en materia de gobierno y administración que la Constitución Política garantiza a la CCSS. Esta disposición, acompañada de la gran dimensión de la CCSS, obliga al Ministerio a buscar el liderazgo a través de mecanismos informales. En el caso de otras entidades vinculadas a la atención de la salud, también los En el campo privado también las facultades del Ministerio son limitadas, y como se señaló anteriormente, la regulación es incipiente. Cabe considerar entonces la posibilidad de establecer otros mecanismos para la rectoría y regulación del sistema. En la medida en que el CCSS siga siendo el centro del sistema, quizás conviene encomendarle también la función de rectoría y establecer en ella la organización apropiada para que la pueda ejercer. Asimismo, las funciones de regulación podrían ubicarse en un órgano público de carácter técnico, no político, semejante a las Superintendencias que se han desarrollado en el sector financiero.

Bibliografía

ATD Consultores (1993a), “La Caja Costarricense del Seguro Social y la Contratación Privada de Servicios de Atención Ambulatoria Integral: Una Propuesta de Marco Global”, Informe de Consultoría San José, febrero.

____ (1993b), “Coopesana RL: Cooperativa Cogestionaria de Salud de Santa Ana: Estudio de Factibilidad”, Estudio de Factibilidad, febrero.

Berman, P. (1998), “Cuentas Nacionales en Países en Desarrollo: Métodos Adecuados y Aplicaciones Recientes”, Data for Decision Making Project, octubre.

Berman, P., L Arellanes, P Henderson y A Magnoli (1999), “Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network”, Partnerships for Health Reform USAID, abril.

Caja Costarricense del Seguro Social (2000a), Anuario Estadístico de 1999 Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense del Seguro Social.

____ (2000b), Expediente de la Licitación Pública de las Áreas de Salud de León XIII - La Carpio - Garabito- y Escazú, Departamento de Adquisiciones, Sección de Contratos Caja Costarricense de Seguro Social.

____ (2000c), “Costa Rica: Indicadores de Seguridad Social 1995-1999”, Departamento de Estadística, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense del Seguro Social.

____ (1999a), Anuario Estadístico de 1998 Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense del Seguro Social.

____ (1999b), “Costa Rica: Indicadores de Seguridad Social 1994-1998” Departamento de Estadística, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense del Seguro Social.
<http://info.ccss.sa.cr/actuarial/indieco.html>

____ (1997), “Hacia un Nuevo Sistema de Asignación de Recursos”, CCSS.

____ (1993), “El Proyecto de Reforma de Salud, Resumen”, CCSS.

- Castillo, J y L.G. López (1999), “ Estimación del Costo de Atención de los Extranjeros en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Gerencia de Modernización y Desarrollo Caja Costarricense de Seguro Social.
- Castro, C. y L. Saénz (1998), “La reforma del Sistema Nacional de Salud: estrategias, avances y perspectivas”, Primera Edición Mideplan San José.
- Cercone, J.; F. Durán y E. Muñoz (2000), “Compromisos de gestión, rendición de cuentas y corrupción en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social”, La Academia de Centroamérica–Instituto Latinoamericano de Políticas Públicas, Banco Interamericano de Desarrollo, Quinta Ronda de Estudios: Transparencia y Rendición de Cuentas en los Hospitales Públicos de América Latina San José, Costa Rica.
- Contraloría General de la República (1999), “Panorama de la reforma del sector salud” Documento en internet, www.cgr.go.cr
- Costa Rica (1974), Constitución Política de Costa Rica, Imprenta Nacional, San José, Costa Rica.
- ____ (1974), Ley General de Salud, Imprenta Nacional, San José, Costa Rica.
- Chacón, D. (1999), “Gasto Público en Salud, 1998”, Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Departamento de Estadística Caja Costarricense de Seguro Social.
- Durán, F. (1998), “Los Convenios de Aseguramiento en Costa Rica”, en ,F. Durán y Adolfo Rodríguez (Editores) América Latina Seguridad Social y Exclusión: 145-164.
- Durán, F., D. Muñoz y E. Rodríguez (1995), “Una evaluación económica y financiera de las modalidades de gestión de servicios ambulatorios de salud mediante cooperativas”, Dirección Actuarial y de Planificación Económica Departamento de Estudios Económicos San José, marzo.
- Estadísticas y Mercado S.A.(EYMSA) (1997), Estudio de Opinión de la CCSS Informe de Consultoría para el Proyecto de Modernización de la CCSS.
- Güendel, L. (1997), “Gestión de las Políticas de Salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento”, en: Ludwig Güendel (editor), Costa Rica: Las políticas de salud en el umbral de la Reforma Serie de Políticas Sociales UNICEF.
- Herrero, F. y A. Collado (2001), “El gasto en el sector salud de Costa Rica. Un acercamiento a las cuentas nacionales de salud ”, San José, PROCESOS, Documento de Trabajo No. 2001-01.
- Jaramillo, J. (1993), Salud y Seguridad Social, San José, Editorial Universidad de Costa Rica.
- Katz, J. (1998), “El futuro de los fármacos y de su regulación en América Latina” En Bezold, C.; Frenk, J.; McCarthy, S. (editores), Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI Perspectivas para Lograr Salud para Todos, Institute for Alternative Futures; Fundación Mexicana para la Salud; Smithkline Beecham Pharmaceutica, México.
- Kleysen, B. (1992), “Los Gastos Privados en Salud en Costa Rica”, Documento de Trabajo del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas Documento 154.
- KPMG (1998), Estudio sobre la prestación y el financiamiento privado de los servicios de salud Informe elaborado por la firma consultora KPMG para el Proyecto de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Martínez, J (2000), “Formación de las políticas de salud costarricense a lo largo del siglo: Propuesta de Modelización”, Mimeo.
- Martínez, J (1998), “Policy Environments and Selective Emulation in the Making of Health Policies: The Case of Costa Rica, 1920 – 1977”, Tesis doctoral Pittsburgh, University of Pittsburgh.
- Mesa- Lago, C. (1997), Modelos Alternativos de la Reforma de la Seguridad Social en América Latina y el Caribe: Comparación y Evaluación, Fundación Friedrich Ebert.
- Ministerio de Salud (2000a), Dirección de Servicios de Salud, Norma de Costa Rica para la acreditación de Hospitales Generales Ministerio de Salud.
- ____ (2000b), Memoria Anual 1999.
- ____ (1999), “Política Nacional de Salud 1998 – 2002”.
- Miranda, G. (1988), La seguridad social y el desarrollo de Costa Rica, San José, Caja Costarricense de Seguro Social, EDNASSS/CCSS.
- Molina, R. et al (2000), “Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias”, Revista Panamericana de Salud Pública.8, 1-2:71-83, julio-agosto.
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2000), Un sistema de Cuentas Nacionales en Salud para la Recolección de Datos Internacionales, Versión 10 (Versión Beta para la publicación e implementación piloto) Unidad de Políticas de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000), The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance, World Health Organization, Documento en internet (www.who.int)

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999), “Costa Rica: perfil del sistema de servicios de Salud”, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS, febrero <http://1651581110/spanish/SHA/prfshshtml>
- ____ (1998), La Salud en la Américas, Edición de 1998, Vol I, Publicación Científica 569.
- Picado G. (1999), “Gestión de las Cooperativas de Salud: una evaluación con base en algunos indicadores financieros y de producción”, Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica Departamento de Estudios Económicos Caja Costarricense de Seguro Social.
- Picado, G. y K. Sáenz (2000), “Estimación del Gasto Privado en Servicios de Salud en Costa Rica”, Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica Departamento de Estudios Económicos Caja Costarricense de Seguro Social.
- Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD) (2000), Informe de Desarrollo Humano 1999, Miudi-Prensa.
- Proyecto Estado de la Nación (2000), Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: un análisis amplio de la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales 1999.
- Rannan-Eliya, R. y P. Berman (1995), “Cuentas Nacionales en Salud en Países en Desarrollo: Mejorando los Fundamentos” Data for Decision Making Project, octubre.
- Rodríguez, E. (1999), “Costo financiero de la modalidad de atención de servicios ambulatorios de salud mediante cooperativas: un análisis de su evolución reciente”, Doc. de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Dpto. de Est. Eco., Caja Costarricense de Seguro Social
- Rosero, L. y D. Güel (1999), “Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS)”, Investigaciones en Salud Pública Documentos Técnicos 13, Organización Panamericana de la Salud, Coordinación de Investigaciones División de Salud y Desarrollo Humano
- Salas, A. (1998), Caja Costarricense de Seguro Social Presente y futuro, San José, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Sojo, A. (2000), “Cuasimercados y Reformas de Gestión en Salud: Experiencias Comparadas de Chile, Colombia, Argentina y Costa Rica”, CEPAL, Serie Políticas Sociales.
- ____ (1997), “Hacia unas Nuevas Reglas del Juego: los Compromisos de Gestión en Salud de Costa Rica desde una Perspectiva Comparativa”, Documento de trabajo CEPAL.
- Trejos, J. D. y L. Güendell (1994), “Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica”, CEPAL, Reformas de Políticas Públicas 18, Santiago de Chile, enero.



Serie

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 Ortiz-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 Agosin y Ricardo Ffrench-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 Culler (LC/L.1004), 1997.
- 43 Choques, respostas de politica economica 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 Gonzáles 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 Alberto 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), Número 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), Número de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 82 O financiamento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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, Vinícius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), Número de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000.
- 98 Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), Número 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), Número 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), Número 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), Número 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), Número de venta: 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), Número 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), Número de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000.
- 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), Número de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000.
- 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), Número de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000.
- 107 Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), Número de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001.
- 108 Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, J.J. Giedion U. y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), Número de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001.
- 109 El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), Número de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001.

- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Estudios Especiales de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. No todos los títulos están disponibles.
- Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
- [www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:.....

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país:.....