



DECIMOQUINTO INFORME ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

Informe Final

Impacto de la Crisis Económica Mundial en la Seguridad Social de Costa Rica

Investigador:
Carmelo Mesa-Lago



Nota: Las cifras de las ponencias pueden no coincidir con las consignadas por el Decimoquinto Informe Estado de la Nación en el capítulo respectivo, debido a revisiones posteriores.
En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

INDICE

Introducción	3
1. Unidad, Integración y Supervisión del Sistema	3
2. Universalidad en la Cobertura.....	6
3. Suficiencia y Calidad de las Prestaciones	10
4. Solidaridad Social	15
5. Equidad de Género	19
6. Eficiencia.....	21
7. Sustentabilidad Financiera	26
ANEXOS.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36

Introducción

Durante períodos de crisis, el ingreso de la seguridad social tiende a disminuir mientras que sus gastos pueden aumentar si crece la inflación. La crisis económica global actual ya ha generado un aumento del desempleo, una reducción del sector formal de la economía y 50 millones de nuevos pobres, todo lo cual tendrá un afecto adverso en la cobertura de la seguridad social. También ha provocado una caída brusca en el valor del fondo de pensiones y su rentabilidad en varios países. Lo anterior indica que la crisis probablemente erosionará a la seguridad social en América Latina como ocurrió en el decenio de los 80s (“la década perdida”), que hasta ahora ha sido más profunda que la crisis en curso, en parte porque la región está mejor preparada que entonces, pero la actual comenzó el pasado septiembre y empeorará durante 2009. La experiencia de la crisis de los 80s indica que puede tomar largo tiempo y esfuerzo salir de ella y recuperar sus efectos nefastos. No sabemos cuanto tiempo tomará la recuperación, pero los paquetes de estímulo en los países desarrollados y en algunos en desarrollo han comenzado recientemente y se ignora cuando lograrán su propósito.

Dentro del contexto de la crisis actual, este trabajo analiza su posible impacto en los seguros sociales de salud y pensiones de Costa Rica. Se estructura alrededor de los principios de seguridad social de la OIT, que se utilizan como criterios para evaluar las fortalezas de ambos programas, así como las debilidades o amenazas que enfrentaban antes de la crisis, examina el posible impacto de ésta en dichos programas, y sugiere medidas para atenuar los efectos de la crisis. Los siete principios son: 1) unidad, integración y supervisión, 2) cobertura universal, 3) suficiencia y calidad de las prestaciones, 4) solidaridad social, 5) equidad de género, 6) eficiencia y 7) sustentabilidad financiera. Se comparará a Costa Rica con los otros países de América Latina respecto a sus fortalezas/debilidades en dichos principios y se identificará la singularidad costarricense en ciertos casos. También se intentará, cuando exista información, examinar el impacto de la crisis de los 80s en los referidos principios en Costa Rica o en otros países de la región, con el fin de ayudar a predecir el impacto en la crisis actual y extraer lecciones para las sugerencias de políticas.

Las políticas macroeconómicas para enfrentar la crisis, como la creación de empleo, extensión de la prestación de desempleo, reentrenamiento de trabajadores, etc. serán las fundamentales (BID, 2009). La seguridad social puede adoptar medidas importantes de protección social y aliviar los efectos de la crisis pero no atacar sus causas. En este sentido la crisis actual cuestiona las políticas de los decenios precedentes que promovieron una reducción del papel del Estado y de la regulación y un aumento del mercado y del sector privado.

1. Unidad, Integración y Supervisión del Sistema

La segmentación de la seguridad social predomina en la gran mayoría de los países de la región y causa notables desigualdades por ingreso, género, ubicación geográfica y etnia. En salud, los grupos de mayor ingreso, las ciudades y zonas urbanas, y la

población blanca tienden a utilizar los servicios privados, mientras que los grupos de menor ingreso, las zonas rurales, y la población indígena usan más los servicios públicos o asistenciales. En pensiones, la cobertura crece con el ingreso y viceversa; los grupos de menor ingreso—usualmente concentrados en las zonas rurales, urbano-marginales y poblaciones indígenas—no tienen protección y, si la tienen, es pública no-contributiva, mientras que los grupos de ingreso medio y alto están cubiertos en su mayoría por el seguro social o afiliados a seguros privados. La multiplicidad de programas también crea segmentación e incrementa la desigualdad: grupos poderosos tienen programas con prestaciones superiores y reciben subsidios fiscales generosos y regresivos: las fuerzas armadas en casi todos los países y los funcionarios públicos en la mayoría (Mesa-Lago, 2008a). La crisis pudiera acentuar la segmentación.

Fortalezas: Salud. Costa Rica tiene uno de los dos sistemas integrados de salud en la región y el único gestionado completamente por el seguro social (el otro es el sistema público de Cuba). Las fuerzas armadas se suprimieron en 1948 por lo cual no hay un programa separado de salud como en virtualmente toda la región. La entidad de seguridad social (Caja Costarricense de Seguro Social: CCSS) gestiona el seguro de salud o enfermedad-maternidad (SEM) que incorporó a todas las otras instalaciones y servicios de salud en el decenio de los 70. Además, SEM integra dos tipos de protección: “contributiva” para los asegurados directos que contribuyen al sistema, así como los pensionados y los familiares dependientes de ambos grupos; y “no contributiva” para los no asegurados que son pobres, y sus familiares. Por ello SEM es capaz de ofrecer servicios de calidad igual a personas de diverso ingreso, género, ubicación geográfica y etnia, así como reducir la pobreza. Entre 1998 y 2004 aumentó 48% en promedio la tasa de utilización de la consulta en SEM, mientras que el uso de los servicios hospitalarios fue relativamente homogéneo en todos los niveles de ingreso (Rodríguez y Castillo, 2008; PEN, 2008).

Pensiones. El sistema costarricense de pensiones cubre los riesgos de invalidez, vejez y muerte (IVM-CCSS) y es uno de los cinco más integrados en la región¹ lo cual ayuda a abaratar los costos y tener una política comprensiva. En el decenio de los 80 existían 19 fondos de pensiones independientes, cada uno con su propia legislación, requisitos de acceso, prestaciones, financiamiento y administración; todos menos dos han sido incorporados a IVM. Este combina un programa contributivo con uno no contributivo y este último sólo existe en otros seis países latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay). Además el sistema de pensiones mixto costarricense es único en la región porque todos sus asegurados obligatoriamente están tanto en el primer pilar (de prestación definida, capitalización parcial colectiva y administración por la CCSS), que paga la pensión fundamental, como en el segundo pilar (Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias—ROP—de capitalización plena individual, contribución definida, prestación incierta, y administración por varias operadoras), que abona la pensión complementaria.² En los otros sistemas mixtos, el asegurado tiene la opción de afiliarse o el monto de su salario determina la afiliación, además la pensión básica se paga por el primer pilar y la fundamental por el segundo. Otra fortaleza del sistema costarricense es que una sola Superintendencia de Pensiones vigila todo el sistema y tiene poderes fuertes para ejecutar sus decisiones. Otros países carecen de una superintendencia específica para pensiones o, si existe, no supervisa todo el

sistema o sus poderes de implementación son débiles (sólo Colombia y Chile—después de la reforma previsional de 2008—tienen una superintendencia única como Costa Rica).

Amenazas: Salud. Hay una creciente segmentación en salud porque el grupo de mayor ingreso utiliza cada vez más los servicios de consulta especializada y hospitalización privados que se han expandido notablemente; entre 1998 y 2004 la relación de los que usaron la consulta privada entre el decil más pobre y el más rico aumentó de 6,4 a 37,5 veces. El arriba notado aumento promedio de la consulta en SEM se concentra en el primer nivel de medicina general brindada por los EBAIS, pero en la consulta especializada los servicios de SEM son poco utilizados por los grupos de ingreso medio y alto que recurren a los privados. Los grupos de ingreso bajo enfrentan dificultades para conseguir una cita en SEM, hay una larga lista de espera y los usuarios pueden ser atendidos por especialistas diferentes. Los servicios hospitalarios privados han crecido y son usados por grupos de mayor ingreso, porque no tienen lista de espera y su servicio de hostelería es muy superior al de SEM. Además, sólo el 5% de la población en el decil más pobre tiene un seguro de salud con aseguramiento directo (la gran mayoría son asegurados por cuenta del Estado y pensionados del régimen no contributivo), mientras que en el decil más rico dicha proporción alcanza el 43% (Rodríguez y Castillo, 2008). El previo informe del Estado de la Nación advertía: “Si la CCSS quiere preservar el grado de cohesión social que ha tenido hasta el momento, debe hacer un esfuerzo extraordinario por resolver sus problemas en... la consulta de segundo nivel [y los servicios quirúrgicos]” (PEN, 2008: 104). Otra debilidad es un sistema de regulación y supervisión de la salud a cargo del ministerio del ramo cuyos poderes son débiles, por debajo de cuatro países que tienen o bien una superintendencia única o un ministerio con poderes más fuertes; la supervisión inadecuada de los servicios privados permite abusos y violaciones normativas. Por ello Costa Rica empata con nueve países que sufren una debilidad similar (Martínez y Mesa-Lago, 2003; Mesa-Lago, 2008a).

Pensiones. A pesar del proceso de unificación, aún se mantienen separados de IVM dos programas de pensiones de prestación definida: el del poder judicial (reparto), y tres en el magisterio: dos regímenes de reparto transitorios cerrados (leyes 2248 de 1958 y 7268 de 1991), y un régimen de capitalización parcial colectiva (ley 7302 de 1992). Estos programas tienen condiciones de acceso y beneficios más generosos que los del programa IVM, así como contribuciones diversas. (ver secciones 4 y 7, y Cuadro A-2).

Posible Impacto de la Crisis: Salud. La integración funcionará como un cojín para amortiguar la crisis, pero la segmentación creciente en salud será un obstáculo. Los grupos de ingreso medio y alto continuarán utilizando seguros y atención privada en la consulta de especialistas y la hospitalización; si ambas se deterioran en SEM debido a la crisis, podría acentuarse dicha tendencia y disminuir la cohesión social. La falta de supervisión apropiada y la presión para reducir costos, podría contribuir al menoscabo de los servicios de SEM y abusos en el sector privado.

Pensiones. En un escenario extremo de restricciones debido a la crisis, el ejemplo de dos grupos (poder judicial y magisterio) con programas de pensiones separados superiores a los de IVM, sería un acicate a otros grupos poderosos para procurar su propio programa. El sistema único mixto de Costa Rica, al que están afiliados obligatoriamente todos los asegurados, debería funcionar como un cojín amortiguador a la crisis (aunque no la hace inmune a ella, ver sección 7) porque sus riesgos están equilibrados entre los dos pilares: el pilar público de prestación definida que garantiza una pensión y el pilar de capitalización con prestación indefinida cuya pensión está sometida a los riesgos del mercado de valores.

Medidas para Atenuar el Impacto. Es esencial tener una estrategia para establecer prioridades en caso de que haya que recortar gastos. La magnitud del problema exige un nuevo pacto social precedido de un debate nacional al estilo del Foro de Concertación de 1998-1999.

Salud. El plan a largo plazo de la CCSS (2006) expresó la voluntad de brindar una atención más oportuna de los médicos especialistas, mediante la mejora de los servicios de intraconsulta, referencia y contrarreferencia, rediseño del programa de medicina mixta, la promoción de alianzas de SEM con hospitales y clínicas privados para reducir las listas de espera, etc. (Rodríguez y Castillo, 2008; PEN, 2008). Una alternativa diferente para revertir la segmentación sería un programa de inversiones de la CCSS para expandir los médicos especialistas y modernizar la infraestructura hospitalaria y sus equipos (Martínez y Mesa-Lago, 2003; Ferraro, 2008). Este programa comenzó en 2007 pero aún no hay una evaluación agregada de sus resultados (ver sección 3). Es esencial fortalecer los poderes reguladores y supervisores del Ministerio o crear una superintendencia única con los poderes necesarios para evitar incumplimientos y abusos.

Pensiones. La crisis brinda una ventana de oportunidad para procurar la incorporación a IVM de los programas separados de pensiones del poder judicial y del magisterio o, al menos, la normalización de sus requisitos de acceso, prestaciones y contribuciones. Si esto no fuese políticamente viable, las transferencias estatales y subsidios destinados a dichos programas deberían reasignarse para mantener los servicios clave de la CCSS, especialmente los no contributivos, lo cual tendría efectos positivos en contener la pobreza y progresivos en la distribución del ingreso. Los dos grupos separados podrían desarrollar un tercer pilar de capitalización individual que abone pensiones complementarias a los dos pilares de la CCSS.

2. Universalidad en la Cobertura

La cobertura de seguridad social es muy baja en dos tercios de los países latinoamericanos y la crisis la reducirá debido a: el incremento del desempleo, la informalidad incluyendo trabajadores independientes, la evasión y mora patronal, y la pobreza (esta última disminuyó hasta 2007 debido al alto crecimiento económico y programas focalizados). Los países más desarrollados socialmente son los que gozan de mayor cobertura en salud y pensiones y también tienen los porcentajes más bajos

de la fuerza laboral informal y de independientes los cuales generalmente carecen de cobertura legal obligatoria o la tienen voluntaria y es muy baja; dichos países tienen también la incidencia de pobreza menor. Por el contrario, los países menos desarrollados tienen la cobertura menor, el sector informal mayor y la incidencia de pobreza más alta, de manera que la crisis los afectará con más dureza. Sólo siete países tienen seguro de desempleo y usualmente cubre a una minoría de la fuerza laboral asalariada; si la crisis se prolonga, los desempleados por largo tiempo podrían perder la cobertura al menos que se extienda el período de la prestación; en los países sin seguro de desempleo el aumento de éste no tendrá protección institucional. Con el posible repunte de la pobreza habrá mayor demanda por cobertura de pensiones y salud no contributiva financiada con transferencias fiscales.

Cuadro 1

Cobertura de los seguros sociales de salud y pensiones, y de seguridad social total por la CCSS en Costa Rica y su ordenamiento comparativo con el resto de América Latina, 2006-2007^{a/}

Salud (% de la población total)^{b/}		Pensiones (% de la PEA)^{c/}		Total (% de la PEA)^{d/}	
Costa Rica	87,6	Uruguay	64,3	Chile	66,7
Chile	72,1	Panamá	64,2	Costa Rica	65,2
Panamá	64,6	Chile	63,4	Uruguay	61,1
Argentina	54,4	Costa Rica^{f/}	57,4	Venezuela	60,9
Colombia	53,3	Brasil	45,9	Argentina	60,0
México	45,3	Argentina	36,2	Rep.	58,4
				Dominicana	
Venezuela	38,3	México	34,2	México	52,1
Perú	26,0	Venezuela	28,9	Brasil	49,5
Uruguay ^{e/}	15,9	Colombia	26,3	Panamá	47,8
Guatemala	16,6	Ecuador	23,0	El Salvador	28,9
Ecuador	16,5	Guatemala	22,4	Ecuador	28,7
El Salvador	15,8	Rep. Dominicana	21,0	Honduras	19,8
Paraguay	12,4	El Salvador	19,5	Guatemala	17,7
Honduras	11,7	Nicaragua	18,4	Nicaragua	17,4
Nicaragua	7,9	Honduras	17,8	Bolivia	15,6
Rep.	7,0	Perú	17,4	Paraguay	14,1
Dominicana					
Haití	0,5	Bolivia	13,3	Perú	13,7
		Paraguay	13,0		

^{a/} Los países son ordenados de mayor a menor cobertura.

^{b/} Estadísticas institucionales de 2000-2005; excluyen programas separados, así como a Brasil y Cuba porque no tienen seguro social sino sistemas públicos, y a Bolivia porque la cifra más reciente es de 1997.

^{c/} Estadísticas institucionales de 2006-2007; excluyen programas separados, así como Cuba y Haití por falta de cifras.

^{d/} Estadísticas basadas en encuestas de hogares en 2004-2006; incluyen programas separados; excluyen a Colombia, Cuba y Haití por falta de cifras; las de Argentina y Uruguay se refieren al sector urbano y el total debe ser inferior.

^{e/} La mayoría de la población está asegurada en mutuales en vez del seguro social.

^{f/} Año 2008.

Fuente: Elaboración del autor basado en: primeras dos columnas de Costa Rica de CCSS, 2008a, 2009c y resto de Mesa-Lago, 2008a; tercera columna de CEPAL, 2008.

Fortalezas: Salud. Según estadísticas institucionales, Costa Rica es el país en la región con la mayor cobertura de la población total en salud por el seguro social—SEM (Cuadro 1): 87,6% en 2007, sólo 12,4% no estaba asegurado (descendiendo de 14,7% en 2000). Del total asegurado, 28,2% eran asegurados directos activos en el régimen contributivo, 6% pensionados, 41,7% familiares de los dos grupos anteriores, y 11,5% cubiertos por el régimen no contributivo incluyendo a sus familiares. Los menores de 18 años gozan de cobertura gratuita en SEM, aunque sus padres no estén asegurados. En 2008, los asegurados en el SEM superaban en casi 15% a los asegurados en IVM, en gran medida por los asegurados indirectos (dependientes del asegurado directo) en salud (CCSS, 2008a, 2009c). Según las encuestas de hogares, Costa Rica tiene la segunda cobertura más alta total en la región combinando salud y pensiones: 65,2% después de 66,7% en Chile (Cuadro 1).

Pensiones. Estadísticas institucionales colocan a Costa Rica en cuarto lugar regional respecto a la mayor cobertura contributiva de la PEA³ (Cuadro 1): 57,4% en 2008 (después de Uruguay, Panamá y Chile con 63-64%), complementada con una pensión no contributiva que conceden sólo cinco países de la región. Los programas del magisterio y el poder judicial cubren alrededor de 5% adicional en Costa Rica (CCSS, 2009g). La alta cobertura se debe en parte al tipo de ocupación en la fuerza laboral: a) el porcentaje más bajo de la fuerza laboral informal (32%) después de Chile; b) el cuarto más bajo respecto a trabajadores independientes (17%), y c) el más bajo en el sector rural no asalariado (24,5%) (CEPAL, 2007). Pero la política de seguridad social también ha jugado un papel importante: a) la cobertura contributiva de los trabajadores independientes se extendió de 21% en 2003 a 43% en 2008 en IVM y de 38% a 63% en SEM, ambos porcentajes son los más altos de la región; b) en 2000 se dispuso la obligatoriedad de la cobertura de los independientes y en 2005 se inició su ejecución con programas de formalización, mapeo y sistema de información de independientes, mejor inspección, endurecimiento de sanciones a la evasión y morosidad, y campaña publicitaria masiva,⁴ y c) los independientes de bajo ingreso⁵ tienen el incentivo de un subsidio fiscal igual a la contribución del empleador en salud y pensiones (Durán, 2007; CCSS, 2009b). En febrero de 2009, del total de asegurados directos en IVM, 16% eran trabajadores independientes (17% en SEM) la proporción mayor de la región (en Chile eran sólo 5% y en México menos de 1%), un aumento frente al 15% en febrero de 2008 (CCSS, 2009b; Mesa-Lago, 2008a). La alta proporción de asegurados pobres y de bajo ingreso en los programas no contributivos de pensiones y salud ha ayudado a aumentar la cobertura y reducir la incidencia de pobreza (ver sección 4).

Amenazas: Salud. Parte del 12,4% no asegurado en SEM es de alto ingreso (rentistas) no obligado a afiliarse y con acceso a servicios privados de salud. Otra parte son inmigrantes de bajo ingreso que acuden a los servicios de emergencia y recibe sólo atención de corto plazo y sin referencia; si no se curan regresan a la emergencia y agravan la congestión en su consulta (Miranda, 2009). Los compromisos de gestión indican que debe mejorarse la atención de salud a los dos grupos de la población con menor cobertura: niños menores de 6 años y adolescentes. FODESAF no recibió los fondos del gobierno en 2001-2006 y perdió 30% de su capacidad, en 2007 logró un aumento en sus recursos reales, pero hay inflexibilidad en su asignación a las áreas

prioritarias para combatir la pobreza, por lo que el Ministerio de Hacienda ha hecho transferencias directas a SEM para el programa de salud no contributivo (PEN, 2008).

Pensiones. Aún 43% de la PEA y 57% de los no asalariados carecen de cobertura contributiva en IVM. La crisis pudiera revertir el incremento en la cobertura.

Posible Impacto de la Crisis. La crisis económica de comienzos de los 80 en Costa Rica fue seguida de una caída en la cobertura de seguridad social, pero la reforma económica estructural, si bien moderada y gradual, pudo contribuir a ese efecto negativo. La cobertura de la población total en SEM declinó de 84,3% en 1979 a 68% en 1982 y no recuperó el nivel anterior hasta 1989. La disminución de la cobertura en pensiones es más difícil de medir porque hay un vacío de información en la etapa peor de la crisis, pero era 50,8% en 1980 y 44,8% en 1988, el nivel pre-crisis no se recuperó hasta 1994. Por otra parte el gobierno adoptó una serie de medidas para paliar los efectos sociales de la crisis, como programas de empleo y vivienda, reforzamiento de los programas de salud y asistencia social para grupos marginales urbanos y rurales, y reajuste de los salarios bajos a par de mantenimiento del salario mínimo real. En contraposición, la reforma estructural chilena, radical y de “choque”, sin políticas para aliviar el costo social, contribuyó a un desplome mucho mayor de la cobertura que no se ha recuperado aún: la de pensiones cayó de 79% en 1973 (antes del golpe de Estado) a 69% en 1980 (después de la primera reforma estructural pero antes de la reforma de pensiones), a 29% en 1982 (durante la crisis) y aún era 63% en 2007 (Mesa-Lago 1994, 2000). La evidencia de los dos países sugiere que una recesión económica fuerte combinada con reformas estructurales radicales puede revertir los avances de cobertura por un decenio, pero políticas sociales contra-cíclicas pueden aliviarla y ayudar a la recuperación. La serie estadística costarricense sobre cobertura de la PEA total por salud y pensiones entre abril de 2006 y febrero de 2009 indica una tendencia ascendente constante hasta octubre de 2008: de 57,2% a 66,8% en SEM, y de 49% a 58,2% en IVM, pero una ligera reducción a 66,1% y 57,4%, respectivamente, en febrero de 2009 (CCSS, 2009c).⁶ De manera que, hasta febrero, la crisis había afectado la cobertura muy poco y las fortalezas del sistema contribuyeron a ello, pero debe actuarse con rapidez con políticas anti-cíclicas para evitar una caída aguda y prolongada como ocurrió en los 80s.

Salud. El flujo inmigratorio de los países vecinos aumentará poniendo presión en la demanda de servicios de salud, especialmente la emergencia, aunque a mediano y largo plazo los inmigrantes contribuirían al financiamiento de la seguridad social. Si hay un repunte de la pobreza habrá mayor demanda por cobertura de salud no contributiva financiada con transferencias fiscales. Hace años se planteó la necesidad de entregar un carnet a todos los atendidos por el programa no contributivo (igual al que tienen los del programa contributivo); no se aprobó y debería de implementarse (Rodríguez, 2009). Las asignaciones de FODESAF o directas del Ministerio de Hacienda para combatir la pobreza pudieran ser afectadas por la crisis.

Pensiones. El desempleo declarado disminuyó de 6% en 2006 a 4,8% en 2007 y se estancó en 4,9% en 2008, mientras que la remuneración media real bajó 1,6 puntos porcentuales entre 2007 y 2008 (CEPAL, 2008b). No hay información aún sobre el

porcentaje del sector informal de la economía. Es muy probable que en 2009 el desempleo abierto y el sector informal aumenten y la remuneración media disminuya lo que afectará a la cobertura y al financiamiento.

Medidas para Atenuar el Impacto. El Estado debe mantener y si es posible extender las transferencias fiscales a la CCSS asignadas a las prestaciones no contributivas de salud y pensiones, para evitar que aumente la pobreza; desarrollar programas de protección del empleo y generación de éste en obras públicas; ayudar con pequeños créditos a los trabajadores independientes y PYMES (Cox, 2009; OIT, 2009). También sería aconsejable el mantenimiento del salario mínimo real. La CCSS debe asegurar que la atención primaria recibe los recursos necesarios; continuar las políticas de extensión de la cobertura a asalariados e independientes; mejorar la atención de salud a los dos grupos de la población con menos cobertura (niños menores de 6 años y adolescentes), y prepararse para el probable aumento de la demanda de servicios de SEM debido a una crecida de inmigrantes. Para ello hay que reforzar los servicios de las EBAIS, así como considerar la inversión en expandir los médicos especialistas y la infraestructura hospitalaria de la CCSS.

3. Suficiencia y Calidad de las Prestaciones

Cuadro 2
Indicadores de suficiencia de prestaciones y calidad de servicios de salud de SEM-CCSS, Costa Rica, 2000-2008

Años	Índice ^{a/} gastos por asegura do	Consultas ^{b/}		Ingreso s hospital x 100 hab	Tasas mortalidad hospitalaria			Exámen labora- torio ^{f/}	Medicamentos por	
		General	Especi a- lidades		General ^{c/}	Fetal ^{d/}	Materna ^{e/}		Egreso hospit al	Consulta externa
2000	100,0	1,41	62,4	8,1	21,3	10,7	0,17	24,0	14,4	2,8
2001	115,9	1,40	62,9	7,8	19,9	10,2	0,14	25,6	15,2	2,9
2002	114,9	1,49	63,8	7,4	21,6	12,2	0,18	27,0	16,5	3,0
2003	123,0	1,53	62,8	7,3	21,9	11,1	0,17	27,9	16,1	2,8
2004	118,4	1,56	63,7	7,0	19,8	12,3	0,13	29,6	14,5	2,9
2005	117,6	1,57	61,9	6,7	19,4	12,4	0,15	30,6	13,6	3,1
2006	124,3	1,54	59,2	6,4	20,0	11,5	0,20	33,2	12,2	3,1
2007	129,4	1,56	54,0	6,4	19,9	11,2	0,10	33,9	12,0	3,4
2008	131,4	1,57	53,8	6,2	20,6	10,9	0,19	33,0	11,1	3,8

^{a/} Elaboración del autor basado en gastos en colones corrientes y número de asegurados (salvo familiares) y el IPC del Cuadro 4.

^{b/} General por habitante; de especialidades por 100 habitantes.

^{c/} Por 100 egresos.

^{d/} Por 100 nacimientos más defunciones fetales.

^{e/} Por 1.000 egresos.

^{f/} Por egreso hospitalario.

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS, 2004, 2008a, 2009f, 2009g.

Fortalezas: Salud. El Cuadro 2 resume los principales indicadores de suficiencia y calidad de salud en SEM en 2000-2008 y la mayoría son positivos. El índice de gastos de salud reales (ajustados por el Índice de Precios al Consumidos: IPC) aumentó 31,4%, especialmente desde 2006. Las consultas generales, los exámenes de laboratorio y los medicamentos suministrados en la consulta externa exhibieron una tendencia creciente entre 2000 y 2008, todos positivos, mientras que la mortalidad general, fetal y materna oscilaron pero sin cambios notables. Por el contrario, la consulta de especialidades, después de aumentar hasta 2002, cayó 10 puntos; los ingresos hospitalarios disminuyeron casi dos puntos, y los medicamentos por egreso hospitalario, después de aumentar hasta 2002, declinaron tres puntos.

Cuadro 3
Comparación de indicadores de salud de Costa Rica con el resto de América Latina, 2005-2007

Países	Gasto salud ^{a/}	Tasas de mortalidad			Acceso		Camas hospital ^{e/}	Médicos ^{f/}	Esperanza vida ^{g/}
		Infantil ^{b/}	-5 años ^{c/}	Materna ^{d/}	Agua potable	Saneamiento			
Argentina	1.529	12,6	15,9	39,2	96	91	2,0	325	75,2
Bolivia	203	54,0	62,9	230,0	86	43	1,4	2.806	65,5
Brasil	755	22,6	30,0	76,1	91	77	2,4	356	72,4
Colombia	581	15,9	26,5	72,7	93	78	n.d.	n.d.	72,8
Costa Rica	684	9,7	11,6	39,3	98	96	1,3	521	78,8
Cuba	333	5,3	6,8	49,4	91	98	4,8	155	78,3
Chile	668	7,9	9,0	19,8	95	94	2,3	779	78,5
Ecuador	274	22,1	26,5	85,0	95	84	1,6	696	75,0
El Salvador	364	25,0	30,4	71,2	84	86	0,9	1.925	71,8
Guatemala	244	39,0	41,2	148,8	96	84	n.d.	3.975	70,2
Haití	71	57,0	73,7	630,0	58	19	n.d.	n.d.	60,6
Honduras	226	23,0	42,6	n.d.	84	66	0,7	1.015	72,1
México	725	18,1	21,1	63,4	95	81	0,8	698	76,1
Nicaragua	253	31,0	n.d.	86,5	79	48	0,8	2.251	72,9
Panamá	660	19,4	24,4	66,0	92	74	2,3	739	75,6
Paraguay	312	17,0	39,2	153,5	77	70	1,1	1.527	71,8
Perú	274	28,7	31,1	185,0	84	72	1,6	668	71,4
R. Dominicana	356	30,6	34,3	80,0	95	79	1,1	673	72,2
Uruguay	885	10,5	16,4	n.d.	100	100	1,9	239	76,2
Venezuela	325	15,5	22,3	59,9	n.d.	n.d.	0,9	n.d.	73,8

^{a/} En dólares internacionales con poder paritario adquisitivo (PPA) por habitante.

^{b/} Por 1.000 nacidos vivos.

^{c/} Por 1.000.

^{d/} Por 100.000 partos.

^{e/} Por 1.000 habitantes.

^{f/} Habitantes por médico.

^{g/} Al nacer en años.

Fuente: Elaboración del autor basado en OPS, 2007; OMS, 2008; CEPAL, 2009.

El Cuadro 3 compara nueve indicadores de salud (cinco de insumos y cuatro de productos) entre los 20 países de la región en 2005-2007: Costa Rica se ordena primera en esperanza de vida; segunda en mortalidad materna y acceso a agua potable; tercera en mortalidad infantil y de niños menores de 5 años así como acceso al saneamiento; quinta en gasto de salud por habitante (US\$PPA) y habitantes por médico; pero décima en camas de hospital por 1.000 habitantes. El cálculo del promedio aritmético de los ordenamientos de los nueve indicadores⁷ coloca a Costa Rica en tercer lugar, después de Uruguay y Cuba, empatada con Argentina y seguida por Chile. De no ser por el ordenamiento en camas hospitalarias, Costa Rica hubiese quedado en segundo lugar. Las series históricas muestran mejoría en todos los indicadores salvo en camas hospitalarias que cayeron de 2,5 por 1.000 habitantes en 1985 a 1,5 en 2000 y 1,3 en 2007 (Mesa-Lago y Bertranou, 1998; CCSS, 2001 a 2008b; ver Amenazas). Según la I Encuesta Nacional de Salud en 2006: 85% de los usuarios califica de regulares a excelentes los servicios de las EBAIS, clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias de la CCSS; 10% de los que utilizaron los servicios de consultas de los EBAIS los consideraron malos o muy malos, y sólo 6% juzgó mala o muy mala la calidad de la cirugía (CCSS, 2008c). SEM provee un paquete integral de salud a todos sus usuarios (contributivos y no contributivos) en lo que fue pionero y actualmente uno de sólo dos países latinoamericanos. Además, no impone cuotas de uso como es común en la mayoría de la región y esto es importante para que no se reduzca el acceso durante una crisis, especialmente entre los pobres y grupos de bajo ingreso (Mesa-Lago, 2008a).

Pensiones. Costa Rica es uno de ocho países en la región en que las pensiones contributivas de IVM se ajustan anualmente por el IPC, en otros dos se ajustan en base a una unidad monetaria o el índice de salarios, y en los diez restantes no hay ajuste periódico y, cuando se hace, es de manera discrecional por el gobierno (Mesa-Lago, 2008a). La pensión contributiva real promedio mensual aumentó sólo 4,7% entre 2000 y 2005, pero en 2008 era 25% mayor que en 2000 a pesar del incremento de la inflación en 2008 (Cuadro 4). No hay ajuste de la pensión no contributiva al IPC y se hace a discreción de la CCSS, por lo que aumentó sólo 6% entre 2000 y 2006, pero hubo ascensos notables en 2007 y 2008, por lo que en el último año estaba casi tres veces por encima del nivel de 2000 (Cuadro 4).

Cuadro 4

Pensiones reales promedio mensuales, contributivas y no contributivas, en CCSS de Costa Rica, 2000-2008

Años	Pensión contributiva (IVM)					Pensión no contributiva (RNC)		
	Colones corrientes	Tasa de inflación	IPC	Colones 2000 (pensión real)	Índice 2000=100	Colones corrientes	Colones 2000 (pensión real)	Índice 2000=100
2000	42.394		1.00	42.394	100,0	8.800	8.800	100,0
2001	47.237	11,0	1.11	42.556	100,3	9.703	8.741	99,3
2002	53.959	9,7	1.22	44.229	104,3	12.642	10.362	117,8
2003	60.773	9,9	1.33	45.694	107,8	13.124	9.868	112,1
2004	66.773	13,1	1.51	44.016	103,8	14.432	9.958	113,2
2005	76.802	14,1	1.73	44.016	104,7	15.815	9.142	103,9
2006	88.822	9,4	1.89	46.996	110,8	17.639	9.333	106,0
2007	105.785	10,8	2.09	50.615	119,4	33.018	15.798	179,5
2008	126.076	13,9	2.38	52.973	125,0	60.169	25.281	287,3

Fuente: Elaboración del autor basado en: pensiones en colones corrientes de CCSS, 2001-2007, 2008a, 2009f, 2009g; inflación de BCCR-INE, 2009; IPC, pensiones reales e índices cálculos del autor.

Amenazas. Salud: Existe un déficit de 200-300 EBAIS necesarios para fortalecer la atención primaria y desconcentrar la atención de los hospitales aunque en 2009 se reporta que hay 100 en las zonas más pobres. La mortalidad infantil que disminuyó constantemente en 2000-2004 al record de 9,2, aumentó a 10,38 en 2007 (debido a un brote de tos ferina) volviendo al nivel de 2000, pero bajó a 8,95 en 2008. El número de camas hospitalarias en 2007 era de 5.647 versus 7.000 en los años 70 y la población se duplicó desde entonces, mientras que la consulta de especialidades por 100 habitantes declinó de 63,8 en 2004 a 53,8 en 2008, ambas alargaron las listas de espera (Miranda, 2009; Cuadro 2). El plan estratégico de la CCSS (2006) notó que se habían postergado las inversiones indispensables en infraestructura y especialidades médicas y recientemente se han tomado medidas para enfrentar ambos problemas: a) un plan de US\$20 millones iniciado en 2007 asigna 76% a la construcción de nuevos hospitales de mediana y alta complejidad y la expansión o modernización de otros, así como 24% al equipo; si bien se informa del progreso del plan no se ofrecen cifras consolidadas del número de camas que agregará y como aliviará la lista de espera; b) se ha incrementado la asignación de recursos y atención al primer nivel que detecta y trata oportunamente enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) antes de requerir hospitalización con costos superiores; y c) se ha expandido la cirugía ambulatoria realizada en el mismo día y la cirugía de baja complejidad hecha en la noche que alcanzó 9.376 acciones en 2008 y redujo la lista de espera en 58% así como la consulta externa quirúrgica en 20.011 pacientes. Nuevos registros en la lista de espera para cirugía entre enero 2008 (16.213) y marzo 2009 (20.107) indican un aumento de 24% aunque esto no es técnicamente correcta pues habría que restarle las nuevas cirugías hechas en 2009 sobre las que no hay información (CCSS, 2008c, 2009g; López, 2009). La caída en la consulta de especialidades se achaca a un déficit de 1.723 especialistas arrastrado desde 2005 que se procura disminuir: a) duplicando las plazas de estudiantes médicos contratados por SEM (de 350 a 750); b) contratando 425 especialistas graduados en 2007-2008; y c) planeando contratar 754 nuevos estudiantes en 2010-2013 (Doryan, 2009). Por último la CCSS admite el “reto [de]

reducir el porcentaje de personas que consideran los servicios regulares, malos o muy malos” (CCSS, 2008c: 22).

Pensiones. Debido a que las pensiones no contributivas crecieron desde 2006 a mayor ritmo que las contributivas, la relación entre la contributiva promedio y la no contributiva bajó de cinco veces en 2006 a tres veces en 2007 y dos veces en 2008. Según la Ley de Protección al Trabajador (LPT 2000) la pensión no contributiva debe ser al menos 50% de la pensión mínima contributiva por vejez; en 2007 la no contributiva (¢33.018) era 48,5% de la mínima contributiva (¢82.500) pero en 2009 la primera (¢66.125) aumentó a 66% de la segunda (¢100.000), o sea, la relación mínima contributiva/no contributiva cayó de 2,5 a 1,5 veces.⁸ Estas brechas pueden estimular la desafiliación al régimen contributivo. Las pensiones contributivas por viudez y orfandad son bajas, debido a que son individuales, pero si se agregan dentro de la familia son mayores y no pueden ser inferiores a la pensión no contributiva (CCSS, 2009g). También la participación de las pensiones de invalidez en las pensiones totales era muy alta a nivel internacional en 2000 (34,7% versus 36,4% en vejez) lo cual revelaba una importante simulación. Un programa iniciado en 2005 atacó el problema con una mayor exigencia en la evaluación médica de la invalidez para eliminar los casos de simulación, incluyendo entrenamiento en la calificación de la discapacidad, y dando la opción del retiro por vejez anticipado con disminución proporcional de la prestación. Como resultado, las pensiones por invalidez se redujeron a 33,1% en 2007 (las de vejez aumentaron a 37,4%) mientras que las nuevas pensiones por invalidez cayeron de 34% a 22,5%, frente a proporciones por vejez ascendentes de 35% a 48,5% (CCSS, 2004 a 2008a, 2008c). No obstante, los tribunales han accedido a una alta proporción de numerosos juicios establecidos por beneficiarios de las pensiones de invalidez anuladas.

Posible Impacto de la Crisis: Salud. Los indicadores de salud exhibieron una tendencia mezclada en la etapa peor de la crisis de los 80, pero la mayoría continuó su mejoría: la razón de médicos por 10.000 habitantes aumentó de 8,3 a 10,1, el acceso de la población a agua potable y alcantarillado se expandió, y las tasas de enfermedades contagiosas continuaron su declive; por el contrario, la mortalidad infantil que había mermado constantemente desde 1965, bajando a 18 por 1.000 en 1981, aumentó a 19 en 1984 pero disminuyó el año siguiente a 17,7 y continuó su descenso después. No hay series estadísticas normalizadas sobre la calidad de las prestaciones de salud en dicha etapa. Las políticas sociales adoptadas para contrarrestar la crisis ayudaron a preservar varios indicadores y promovieron la recuperación en cuatro años de la tasa de mortalidad infantil (Mesa-Lago, 2000). Si la crisis actual se prolonga tendrá un efecto adverso sobre la capacidad del sistema para seguir ofreciendo los mismos niveles de suficiencia y calidad, por lo que podría ocurrir un deterioro en los indicadores de salud, aunque usualmente hay un retraso en ese efecto. No hay un estudio para medir el impacto de la caída sostenida de las camas hospitalarias y la consulta de especialidades sobre la lista de espera y el efecto neto de las políticas recientes para reducirla.

Pensiones. Durante la crisis de los 80, el monto real de la pensión promedio en Costa Rica cayó 46 puntos porcentuales entre 1980 y 1982 pero se recuperó sobrepasando el

nivel previo en 1985; las políticas sociales ayudaron a restaurar el nivel de la pensión en sólo cuatro años. La inflación aumentó de 10,8% a 13,9% entre 2007 y 2008, y en el último año era la cuarta mayor en la región (CEPAL 2008b). No obstante los ajustes de la pensión contributiva y no contributiva superaron a la inflación, especialmente la no contributiva.

Medidas para Atenuar el Impacto: Salud. SEM debería hacer un estudio del impacto de sus políticas recientes, descritas arriba, sobre la lista de espera para ingreso hospitalario, cirugía y consulta de especialidades, así como diseñar un plan para reducir dicha lista y cubrir el déficit de EBAIS a fin de reforzar aún más la atención primaria. En vista a la transición demográfica avanzada, debería planearse la conversión de camas hospitalarias en ginecología y pediatría (por la drástica caída en la fecundidad) hacia camas de gerontología y asistencia en el hogar a los ancianos (por el proceso acelerado de envejecimiento).

Pensiones. En mayo de 2009 se propuso a la Junta Directiva de la CCSS una modificación del cálculo de la pensión no contributiva para que esta sea 40% inferior a la mínima contributiva (Sauma, 2009b), una medida bien encaminada para reducir la brecha existente entre ambas. Si hay una escalada de la inflación en 2009 habría que ajustar la pensión contributiva mejor que la no contributiva y determinar en que medida la pensión mínima contributiva satisface las necesidades básicas. Es esencial profundizar el programa de SEM para mejor control de las certificaciones médicas de invalidez, así como informar a los jueces del efecto nocivo de condonar pensiones de invalidez simuladas a fin de que sean más estrictos en sus decisiones a favor de la mayoría de los demandantes que así mantienen pensiones fraudulentas.

4. Solidaridad Social

Los países latinoamericanos con un sistema de salud universal integrado, de seguro social o público, tienen mayor solidaridad porque los servicios se otorgan a asegurados contributivos y no contributivos pobres o de bajo ingreso (a toda la población en un sistema público). Pero ya se ha visto que en la región predomina la segmentación que genera desniveles importantes en el acceso y la calidad de la atención sanitaria entre grupos de ingreso, edades, localidades y etnias, contrarios a la solidaridad social. Los países que otorgan pensiones no contributivas han reducido la pobreza total y la extrema, pero los países que sufren la incidencia de pobreza mayor no tienen pensiones asistenciales. Actualmente 85 millones de latinoamericanos pobres reciben transferencias focalizadas, equivalente a 15% de la población, pero la incidencia de pobreza en la región promedió 34% en 2007 (Grynspan, 2009). La crisis pudiera debilitar la solidaridad debido a una reducción de los recursos para proteger a los grupos pobre y de bajo ingreso, así como un aumento de las desigualdades.

Fortalezas: Salud. La atención de salud integrada en SEM se otorga legalmente de manera igual a asegurados contributivos y no contributivos. Los últimos son indigentes de un núcleo familiar incapaz de satisfacer sus necesidades básicas y pagar las contribuciones del seguro; son cubiertos de manera solidaria por el Estado. El Cuadro 5

muestra la tendencia (2000-2008) en la distribución porcentual del total de usuarios de la atención de salud de la CCSS entre asegurados contribuyentes y no contribuyentes (“a cargo del Estado”), así como la incidencia de pobreza en los hogares y en la población. El cálculo no es exacto porque el total excluye a los familiares que constituyen una parte considerable. El porcentaje no contributivo promedió 27% en el período, ascendió a 30% en 2002 y después bajó a 22% en 2008, de manera similar a la incidencia de pobreza: de 23,1% a 20,7% en la población y de 20,6% a 17,7% en los hogares.

Cuadro 5

Distribución porcentual de las prestaciones contributivas y no contributivas (solidarias) en salud y pensiones de la CCSS e incidencia de pobreza en Costa Rica, 2000-2008

Años	Seguro de salud			Seguro de pensiones			Incidencia de pobreza (%)	
	Contri-Butivo ^{a/}	No con-tributivo ^{b/}	Total ^{c/}	Contri-butivo	No con-Tributivo	Total ^{d/}	Hogares	Població n
2000	74,8	25,2	100,0	54,1	45,9	100,0	20,6	23,1
2001	70,5	29,5	100,0	54,4	45,6	100,0	20,3	22,9
2002	69,6	30,4	100,0	53,5	46,5	100,0	20,6	23,5
2003	70,6	29,4	100,0	55,4	44,5	100,0	18,5	21,4
2004	70,2	29,8	100,0	57,7	42,3	100,0	21,7	23,9
2005	71,8	28,2	100,0	59,9	41,1	100,0	21,2	23,8
2006	73,8	26,2	100,0	60,8	39,2	100,0	20,2	22,8
2007	75,0	25,0	100,0	62,4	37,6	100,0	16,7	19,0
2008	77,9	22,1	100,0	65,8	34,2	100,0	17,7	20,7

^{a/} Asegurados directos activos y pensionados.

^{b/} Asegurados por cuenta del Estado.

^{c/} Excluye familiares.

^{d/} Incluye dependientes de pensionados.

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS, 2001 a 2008b, 2009f, 2009g y Cuadro A-1. Incidencia de pobreza de Sauma, 2009a, 2009b.

Pensiones. El porcentaje de las pensiones no contributivas otorgadas a los pobres por la CCSS (mediante transferencias de FODESAF) con prueba de ingreso, promedió 41,8% en 2000-2008 exhibiendo una tendencia decreciente, de 46% a 34% en el período, de manera paralela a la disminución de la pobreza (Cuadro 5). Estudios de la OIT demuestran que en los cinco países en que existen programas de pensiones no contributivas estos juegan un papel crucial en la disminución de la pobreza (Durán, 2002). En Costa Rica la pobreza y la indigencia disminuyeron 2 puntos porcentuales en 2007 y en 2008 por efecto de la pensión no contributiva (Sauma, 2009a). Además el subsidio fiscal para financiar la contribución del empleador, la cual no tienen los trabajadores independientes y que se otorga a estos cuando tienen un ingreso bajo, es un componente solidario que ayuda a reducir la pobreza. Estos dos programas han disminuido la pobreza costarricense a la menor en la región después de Chile.

Amenazas: Salud. Un estudio reciente ha detectado variaciones hasta tres veces entre áreas geográficas en las tasas de mortalidad de las dos enfermedades que son causa principal de muerte. También hay una creciente diferenciación en el uso de servicios de

consulta y hospitales (menores en estos) de la CCSS y el sector privado por grupos de ingreso. Los compromisos de gestión indican que existen desniveles importantes en la atención de salud entre grupos de edades y hay que constatar la veracidad de los registros en cuanto a la calidad de la atención. Esta segmentación en el acceso/calidad de servicios de salud por ingreso, variedad en la mortalidad por áreas geográficas y edades requiere un esfuerzo para reducir dichas desigualdades y preservar la cohesión y solidaridad sociales que han sido tan importantes en el país (PEN, 2008). Una inequidad reportada en 2003, fue el llamado “biombo” en los servicios de SEM: algunos usuarios recibían un trato preferente si abonaban una suma “informal” o el médico que les atendía como funcionario de la Caja les sugería que se pasasen a su consulta privada (Martínez y Mesa-Lago, 2003). En 2009 el “biombo” continuaba: la alta ocupación hospitalaria demora el ingreso y extiende la lista de espera, los asegurados van a la consulta privada de un médico empleado de la CCSS y éste dispone el ingreso hospitalario de una manera más rápida; algo similar ocurre con turnos para especialidades, pruebas complejas, etc. (Miranda, 2009). Otra inequidad es que personas de alto ingreso, no obligadas a afiliarse a SEM, esperan a sufrir una enfermedad grave (por ejemplo, cáncer) para inscribirse y pagar una cuota, lo cual les da derecho a atención con un costo altísimo por una cotización misérrima pagada (Rodríguez, 2009).

Pensiones. En 2000, 40% de las pensiones no contributivas se concedía a hogares no pobres (sin especificar en que quintiles de ingreso), debido a instrumentos no precisos de calificación del ingreso familiar per capita y de la línea de pobreza (Durán, 2002). En 2008 la proporción de no pobres que recibía una pensión no contributiva declinó a 26% (en los tres quintiles de menor ingreso) o a 18% al agregar el cuarto quintil de “vulnerabilidad” (Sauma, 2009a). Pero también se estima que del total de hogares que recibieron la pensión no contributiva en 2008, 32% eran de grupos medios o acomodados, mientras que 27% de la población pobre de 60 años o más no estaba cubierta (Trejos, 2009a). Los trabajadores independientes están excluidos del segundo pilar de capitalización individual. Los programas separados del magisterio y el poder judicial tienen condiciones de acceso y prestaciones superiores al programa IVM y dos de ellos reciben subsidios fiscales regresivos. El del magisterio tiene dos regímenes: reparto cerrado (con dos leyes distintas) y capitalización colectiva, con diferencias importantes entre ellos: a) el retiro de vejez puede ser con 30 años de servicios y cualquier edad o 60 años de edad con 10-20 años de servicios, versus 55 años de edad y 396 cotizaciones o 65 años y 180 cotizaciones; b) el salario de referencia es el mejor en los últimos 15 años o el promedio de los 12 mejores años en los últimos 24, versus el promedio de todos los salarios cotizados llevados al presente por el IPC; c) la tasa de reemplazo es 100% del salario de referencia, versus 60% por las primeras 240 cotizaciones más 0,1% por cada cuota adicional; d) la pensión promedio en el régimen de reparto es 4,44 veces la pensión promedio de IVM-CCSS; d) la contribución fluctúa entre 10% y 16% sobre el exceso de un número de salarios mínimos, versus 15% distribuída entre 8% el trabajador, 6,75% el patrono y 0,25% el Estado; e) los regímenes financieros son reparto con un severo déficit financiero-actuarial financiado por el Estado, versus prima media nivelada con equilibrio financiero-actuarial; y f) la administración es por la Junta de Pensiones del Magisterio, sin fiscalización por la

Superintendencia de Pensiones en el de reparto y con fiscalización en el de capitalización parcial colectiva (ver Cuadro A-2).

Posible Impacto de la Crisis. Si se reducen los programas focalizados en grupos vulnerables de la población y en áreas geográficas afectadas por índices de salud inferiores al promedio, y se recorta el número y monto de las pensiones no contributivas, se dañará la solidaridad por la expansión de las desigualdades y la desprotección. Por el contrario, si se pone énfasis en la focalización, se aumentará la solidaridad y habrá un efecto positivo en contener la pobreza, pero será fundamental perfeccionar los mecanismos de focalización.

Medidas para Atenuar el Impacto. El Estado debe mantener su función solidaria aportando las transferencias necesarias a los programas que mejoran la solidaridad social.

Salud. Hay que hacer más atractivos los servicios de SEM para revertir el traspaso hacia los privados, por ejemplo reducir la lista de espera para médicos especialistas y cirugía, permitir que el usuario escoja al médico para evitar cambios de especialista en cada cita, así como comprobar si se han eliminado los casos de diferenciación y uso del “biombo”. También debe considerarse un período de carencia para personas con graves enfermedades que no han estado afiliadas y lo hacen y pagan una cuota a fin de recibir atención compleja y costosa.

Pensiones. El probable aumento de la pobreza demandará el perfeccionamiento de los actuales mecanismos de focalización para evitar que “no pobres” reciban servicios gratuitos de salud así como pensiones no contributivas mientras que parte de los pobres quede sin protección (BID, 2009). Se sugieren varias medidas: congelar la pensión no contributiva durante la crisis, extenderla a los beneficiarios pobres que no la reciben (27% en 2008), y diseñar mecanismos más eficaces de focalización para evitar que no pobres reciban dichas pensiones (entre 18% y 32% del total en 2008). El aumento del monto de la pensión contributiva en 2007-2008 sacó a un grupo de la pobreza y lo movió a un decil de “vulnerabilidad”, pero no puede a todos estos últimos eliminársele la pensión no contributiva por que parte podría recaer en la pobreza (Sauna, 2009b). Para resolver este problema debería hacerse una reevaluación periódica de la condición de pobreza, a fin de determinar si continúa la misma o ha sido superada. Varios países latinoamericanos (Chile, Perú y Uruguay) aprovecharon la crisis de los 80, para eliminar programas separados privilegiados o normalizar sus requisitos de acceso y prestaciones (Mesa-Lago, 1994). Costa Rica debería intentar seguir esa política, normalizando los requisitos de acceso, prestaciones y contribuciones de los programas separados del magisterio y el poder judicial, equiparándolos a los de la CCSS. También habría que permitir a los independientes afiliarse al segundo pilar de capitalización.

5. Equidad de Género

La mujer usualmente tiene una cobertura de seguridad social menor que la del hombre en América Latina debido a su menor participación laboral y concentración en trabajo informal no cubierto en la mayoría de los países. Según encuestas de hogares de 14 países en 2000-2003, en ocho de ellos la cobertura de las trabajadoras en pensiones era menor que las de los trabajadores, en cuatro era igual y en dos era mayor.⁹ Entre los pensionados en 16 países, la cobertura de las mujeres era menor en 14, igual en uno y mayor sólo en uno. La mujer generalmente es asegurada indirecta como dependiente del asegurado masculino al que pertenece la pensión. Además, los sistemas de capitalización individual acentúan la inequidad de género (en adición a la derivada del mercado laboral, como el pago de un salario menor a la mujer por trabajo igual) porque: a) aumentaron los años de contribución para la pensión mínima haciéndola menos asequible a las mujeres, y b) éstas reciben una pensión inferior a la de los hombres ya que: dejan el trabajo para cuidar a los hijos, la pensión se calcula con tablas de mortalidad diferenciadas por sexo, y la edad de jubilación de la mujer es usualmente cinco años menor a la del hombre y ellas tienen una esperanza de vida cinco años superior. Los sistemas públicos atenúan las inequidades de género porque: a) casi ninguno ha aumentado los años de contribución para la pensión mínima; b) hay transferencias de hombres a mujeres, y c) utilizan tablas unisexo para calcular las pensiones (Mesa-Lago, 2008a).

Fortalezas: Salud. La mayoría de los familiares dependientes de asegurados activos y pensionados son mujeres, de manera que ellas acceden como aseguradas indirectas a la atención integral de salud. Las estadísticas de la CCSS (2008b) no desagregan por sexo los servicios de salud, como consultas, urgencias, hospitalización, medicinas, etc., de ahí que no puede analizarse el acceso femenino versus masculino a dichos servicios. Sólo se reportan las incapacidades (licencias) por enfermedad cuyo número, días y servicios utilizados son virtualmente iguales en hombres y mujeres.

Cuadro 6

Indicadores de equidad de género en la CCSS, Costa Rica, 2000 y 2007-2008

Indicadores	2000	2007
Cobertura asegurados directos activos (% del total)		
Salud		
Hombre	67,7	67,1
Mujer	32,3	32,9
Pensiones		
Hombre	69,1	68,8
Mujer	30,9	31,2
Beneficiarios de pensiones contributivas (% del total) ^a		
Hombre	56,0	53,9
Mujer	44,0	46,1
Beneficiarios de pensiones no contributivas (% del total)		
Hombre	41,7	40,4
Mujer	58,3	59,6
Pensión contributiva promedio (% mujer/hombre) ^a		
Hombre	100,0	100,0
Mujer	67,4	72,5

^a Año 2008

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS 2001, 2008b, 2009f.

Pensiones. En las pensiones contributivas la proporción de mujeres beneficiarias se acerca a la del hombre: creciendo de 44% a 46% entre 2000 y 2008, mientras que la proporción de los hombres cayó de 56% a 54%. Más aún, la mujer tiene una proporción mayor y creciente que el hombre en las pensiones no contributivas: de 58,3% a 59,6% entre 2000 y 2007 (Cuadro 6). Esto último se debe a que las pensiones no contributivas se conceden a grupos en que la mujer predomina como: personas solas mayores de 65 años o inválidas, cónyuges o compañeras del jefe del hogar, madres solas inválidas o con hijos menores o inválidos, hijas e indigentes. Además, el monto de la pensión no contributiva es igual para mujeres y hombres (CCSS, 2008b). El aumento de la cobertura de los trabajadores independientes en la CCSS ha favorecido a la mujer que está sobre representada en dichos trabajos. El Código de Trabajo ordena al empleador que durante la licencia de maternidad en los períodos anterior y posterior al parto continúen aportando sus contribuciones al sistema de pensiones, de manera que la mujer no pierde los aportes durante dichos períodos. Como el sistema de pensiones costarricense es mixto, el pilar público solidario que paga la pensión fundamental atenúa la inequidad por género, mientras que el pilar de capitalización la acentúa.

Amenazas: Salud. La proporción de mujeres en el total de trabajadores activos asegurados en SEM que era 32,3% en 2000 (frente a 67,7% los hombres) sólo creció a 32,9% en 2007 (versus 67,1% los hombres) (Cuadro 6). Esta baja proporción se debe en parte a que muchas mujeres son aseguradas indirectas por lo que reciben atención de salud y están protegidas en el riesgo de muerte del titular como sobrevivientes, pero no cuentan en las estadísticas de cobertura directa. Muchas mujeres se incorporan al trabajo como abonadas parciales; la CCSS tendría que imponerles su cuota sobre el salario completo, por lo que no pueden pagarla y la Caja las excluye (Trejos, 2009b). Por último, las aseguradas indirectas no tienen derecho a las prestaciones monetarias por enfermedad y maternidad.

Pensiones. La brecha de las aseguradas directas activas en pensiones contributivas (IVM) es algo mayor que en salud: 30,9% en 2000 frente a 69,1% el hombre y 31,2% y 68,8% respectivamente en 2007 (Cuadro 6). Dentro de los diez países con sistemas de capitalización, el segundo pilar de Costa Rica se ordenó séptimo en 2008 respecto al porcentaje de afiliados femenino (36,4%), cayendo del sexto lugar que tenía en 2004 (AIOS, 2008). Las encuestas de hogares de 2000-2003 con datos de 16 países de la región muestran que, en el porcentaje de las mujeres de 65 o más años cubiertas por una pensión, Costa Rica se colocaba en quinto lugar, por debajo de Uruguay, Brasil, Argentina y Chile (Mesa-Lago, 2008a). No se compensa a la mujer por el tiempo que dedica a la crianza de los hijos, abandonando su trabajo, como se hace en Brasil, Chile y Uruguay, mediante suplementos a la pensión, bono de maternidad, etc. El monto de la pensión contributiva promedio femenina en el primer pilar (IVM) era 67,4% de la promedio masculina en 2000 pero aumentó a 72,5% en 2007; más aún, en la pensión de vejez, la promedio femenina ascendió a 95,3% de la del hombre (Cuadro 6; CCSS, 2009f). En el segundo pilar de capitalización el fondo en la cuenta individual de la mujer es menor al del hombre porque la edad estatutaria de retiro femenina es tres años menor que la masculina y la mujer vive cinco años más en promedio, por lo que al aplicarle la tabla de mortalidad diferenciada por sexo resultará en una pensión inferior a la del hombre. Se desconoce si la Superintendencia de Pensiones ha hecho

proyecciones sobre las pensiones masculinas y femeninas en el segundo pilar de Costa Rica, como se han realizado en Chile mostrando una brecha notable en el monto por género (Mesa-Lago, 2008a). En caso de divorcio, la propiedad de la pensión es objeto de disputa ante un juez de familia, pero no así la expectativa a una pensión porque las cotizaciones se registran a nombre del asegurado directo, así que la cónyuge queda desamparada (Rodríguez, 2009).

Posible Impacto de la Crisis. La crisis probablemente afectará más a las mujeres que los hombres por tres razones: a) aumentará el desempleo cuya incidencia es mayor entre mujeres que entre hombres (en Costa Rica 6,2% versus 4,2% los hombres en 2008)¹⁰; b) extenderá el trabajo informal no cubierto por la seguridad social en el que hay más mujeres que hombres, y c) reducirá el salario real y como las mujeres usualmente reciben un salario inferior al del hombre esto afectará más al monto de sus contribuciones y futuras pensiones.

Medidas para Atenuar el impacto: Salud. La CCSS debería de desagregar por sexo las estadísticas de sus servicios de salud para poder evaluar el acceso femenino y planear estrategias frente a la crisis. Es importante fomentar el aseguramiento directo de las mujeres para que adquieran el derecho a las prestaciones monetarias de enfermedad-maternidad.

Pensiones. La reforma previsional de Chile en 2008 introdujo medidas para aminorar la inequidad de género: un bono de maternidad por cada hijo nacido vivo independiente de la situación socioeconómica de la madre y la posibilidad de compartir el fondo capitalizado entre los cónyuges en caso de divorcio (Mesa-Lago, 2008b); la reforma de 2009 en Uruguay reconoce a la mujer un año de trabajo por cada hijo nacido vivo. Se recomienda estudiar la introducción de estas medidas en Costa Rica. En 2006 se preparó un proyecto para extender la cobertura de la CCSS a las amas de casa que no la tenían directa pero estaban incluidas en el seguro de muerte del cónyuge; la ama de casa haría una contribución y la del cónyuge se dividiría en partes iguales y se depositaría en dos cuentas individuales, dando a la esposa el derecho a tener su propia pensión; el proyecto de sometió a la Junta Directiva de la CCSS pero no se aprobó (López, 2009) y debería reconsiderarse.

6. Eficiencia

Tanto en pensiones como en salud, los sistemas públicos, unificados y con alta cobertura tienen costos administrativos más bajos que los sistemas privados (porque estos son fragmentados, no gozan de economías de escala, tienen utilidades y gastos de mercadeo por la competencia), y también costos más bajos que los sistemas públicos fragmentados y con baja cobertura. La ocupación hospitalaria es superior en el seguro social que el sector privado (Mesa-Lago, 2008a). La crisis generará presiones para reducir los gastos administrativos y aumentar la eficiencia.

Fortalezas: Salud. El SEM es el seguro social de salud más integrado en la región y con la cobertura mayor. El gasto administrativo como porcentaje del gasto total en salud exhibe una tendencia creciente: de 3,47% en 2000 a 4,73% en 2007 con una ligera

disminución a 4,57% en 2008 (Cuadro 7). Como es lógico, la proporción del gasto administrativo en salud es mucho mayor que en pensiones, pero es difícil contrastarlo de forma precisa dentro de la región por carencia de estadísticas normalizadas: una comparación gruesa entre ocho países en 2003 mostró que la proporción costarricense era la segunda más baja. El gasto correspondiente en el sector privado en cuatro países era mayor que en el seguro social y en el sector público: en Chile era 26 veces superior al sistema público y en Costa Rica entre 41% y 153% mayor que en SEM (Martínez y Mesa-Lago, 2003; Mesa-Lago, 2008a). La CCSS tiene sistemas electrónicos en el registro, información, archivos, cuentas individuales, recaudación centralizada de contribuciones y posibilidad de pago por Internet, inscripción de patronos y control de la morosidad con un sistema de inspección integrado, y sistema virtual de información para usuarios, lo cual es poco usual en la mayoría de la región. A comienzos de 2000 se iniciaron compromisos de gestión firmados entre la gerencia central y las unidades de la CCSS para evaluar el cumplimiento de metas prioritarias en cobertura, productividad y calidad, abordando los problemas de salud identificados; se asigna un per cápita a las áreas de salud basada en características de sus usuarios y a los hospitales en función de unidades homogéneas de producción conectadas con la estancia. Los compromisos de 2007 se evaluaron utilizando formularios de muestreo electrónico que reducen los gastos, y en los compromisos de 2008-2009 se asignaron los recursos utilizando un modelo de costos para la compra de servicios de salud (CCSS, 2008c). La distribución presupuestaria entre los tres niveles de salud mejoró entre 1998 y 2009: aumentó de 18,2% a 27,5% en el primero y de 30,6% a 33,5% en el segundo, mientras que disminuyó de 51,3% a 39% en el tercero (CCSS, 2009g). En 2000 Costa Rica se ordenaba en cuarto lugar en la región respecto a la alta asignación en el primer nivel que es eficiente pues resuelve la mayoría de los problemas de salud, así que en 2009 debe haber ascendido en la región (Mesa-Lago, 2008a).¹¹ La ocupación hospitalaria en SEM era de 86% en 2008, entre las dos más altas en la región, mientras que la estancia promedio fue de 5,48 días, relativamente baja en el contexto regional. La ocupación aumentó de 81,7% a 86% entre 2000 y 2008, mientras que la estancia se estancó de 5,46 a 5,48 con un cenit de 5,97 en 2006 (Cuadro 7).

Pensiones. El gasto administrativo en el primer pilar de pensiones (IVM) como porcentaje del gasto total en dicho seguro exhibe una tendencia declinante, de 3% en 2000 a 2,44% en 2008 (Cuadro 7). La comparación de dicho costo como porcentaje de la masa salarial imponible en 2001-2005 entre 16 países, diez con sistemas de capitalización individual (incluyendo el segundo pilar de Costa Rica) y seis con sistemas públicos (incluyendo el primer pilar—IVM—de Costa Rica), dio los resultados siguientes: a) el promedio ponderado en los de capitalización fue 1,63% mientras que el promedio de los sistemas públicos fue mucho menor: 0,003%, en gran medida debido al peso del bajísimo costo en Brasil; b) dentro de los países con capitalización individual, el costo de Costa Rica fue el menor (0,28%), y c) dentro de los seis sistemas públicos el costo de Costa Rica fue el cuarto mayor (0,22%) pero aún así inferior al costo de su pilar de capitalización (Mesa-Lago, 2008a). Este último es administrado por ocho operadoras, comparado con sólo dos en Bolivia y El Salvador, ambos países con un número de asegurados similar al de Costa Rica, y un número sólo superado por México y Argentina que tienen respectivamente 15 y 4 veces más asegurados que Costa Rica. Las dos operadoras con más afiliados concentraban 52,6% de los asegurados en 2008,

la quinta menor entre los diez sistemas de capitalización y exhibiendo una tendencia declinante desde 70,7% en 2002. Estos indicadores sugieren que hay relativamente más competencia en Costa Rica que en otros países y ello se refleja positivamente en el costo administrativo. Costa Rica es única en la región respecto a la comisión administrativa para el programa de vejez, pues se carga en parte sobre el saldo administrado y el resto de los países la carga sobre el salario¹² (SUPEN, 2009). Un cálculo comparativo entre los diez países con capitalización muestra que como porcentaje del salario, la comisión en Costa Rica aumentó de 0,19% en 2005 a 0,27% en 2008 pero en el último año era la más baja entre los diez países e inferior al promedio aritmético de 1,15% (AIOS, 2001 a 2008). La gestión de los riesgos de invalidez y muerte se hace por IVM, uno de tres entre los diez sistemas con capitalización individual, lo que abarata el costo comparado con la prima cargada por las compañías de seguro privadas. Según la CCSS, los compromisos de gestión han logrado reducir el tiempo promedio para el trámite de las pensiones pero deberían publicarse cifras sobre esto.

Cuadro 7
Indicadores de eficiencia administrativa en salud y pensiones en CCSS, Costa Rica, 2000-2008

Años	Gastos administrativos (% del gasto total)			Salud (SEM)		
	Salud (SEM)	Pensiones (IVM)	Camas hospital ^{a/}	Ocupación Camas (%)	Días de Estancia	Empleados x 1.000 hab.
2000	3,47	3,01	1,54	81,7	5,46	8,09
2001	3,64	2,96	1,49	82,4	5,33	8,05
2002	3,97	2,70	1,45	81,3	5,22	8,08
2003	3,95	3,13	1,42	81,6	5,73	8,00
2004	3,65	2,99	^{b/}	80,9	5,29	8,35
2005	3,78	2,94	1,32	83,1	5,33	8,36
2006	3,54	2,56	1,29	82,2	5,97	8,96
2007	4,73	2,26	1,27	83,8	5,65	9,10
2008	4,57	2,44	1,21	86,0	5,48	9,76

^{a/} Por 1.000 habitantes.

^{b/} La cifra dada en el Anuario parece ser errónea y por ello se suprimió.

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS, 2001 a 2008b, 2009f, 2009g.

Amenazas: Salud. Aunque se ha notado que el porcentaje del costo administrativo en SEM es relativamente bajo, preocupa el salto de 34% experimentado en 2007, aunque hubo una ligera reducción en 2008. La relación de empleados por 1.000 habitantes que se mantuvo estancada en 8 en 2000-2003, comenzó a subir y alcanzó un record de 9,8 en 2008—una de las más altas en la región—y el costo de los servicios personales aumentó 21%¹³ (Cuadro 7; CCSS 2008b). Hasta 2000 el número de empleados de la CCSS y sus salarios estaban regulados por la autoridad presupuestaria. En 2006, ejerciendo su autonomía, la Caja comenzó a aumentar las plazas (7.500) y también los salarios (con un techo de 61,6% de los ingresos de SEM), con el objetivo de atraer personal de mejor calidad profesional. La mayoría de los nuevos empleados ha ido a salud (una minoría en especialidades) y en administración; en ésta han sido asignados a los programas de expansión de la cobertura y la recaudación, así como la reducción

de la morosidad mediante el aumento de los inspectores (Doryan, 2009). En 2008 cerca de 60% del gasto total de salud se asignó a salarios y beneficios del personal; aunque reiterando la dificultad en las comparaciones, en 2003 dicho porcentaje era el quinto mayor entre once países y un alto gasto de personal reduce los fondos disponibles para insumos, medicinas, inversión y otros rubros esenciales. La concentración de personal en la zona metropolitana (que tiene 27% de la población total) decreció algo entre 2000 y 2007 pero aún sigue siendo alta: los empleados de 43,4% a 40,3% y los médicos de 43,6% a 40,3% (CCSS, 2001, 2008b; CEPAL 2009). Parte pero no toda dicha concentración se explica porque la zona metropolitana es la sede central administrativa y de los hospitales nacionales. Los empleados de la CCSS están organizados en sindicatos fuertes, tienen permanencia, sus salarios son determinados mayormente por la antigüedad (aunque se han introducido incentivos a la productividad¹⁴) y el proceso de despido de empleados incompetentes es complejo y prolongado. Hay indicaciones que el horario legal de trabajo de los médicos no siempre se cumple. Las reformas de salud redujeron el personal y los médicos contratados pero propiciaron el uso de galenos por proveedores privados contratados por la Caja. Por disposición de la contraloría, los proveedores privados contratados al primer nivel deben ofrecer precios iguales o inferiores a los de SEM, pero sólo participan en la licitación proveedores “históricos”, son raros los nuevos porque no les es atractiva la tarifa. No existe un estudio comparativo de costos entre proveedores privados y entre estos y los del SEM (Doryan, 2009).

La ocupación y la estancia varían considerablemente entre los hospitales. Como es de esperar, los nacionales tienen la más alta en ambas, aunque varían: la ocupación entre 71% (niños) a 98% (crónicos); la estancia promedia 7,75 y varía de 2,41 (mujeres) a 18,2 (geriátrico) y 71,86 (psiquiátrico). Los hospitales regionales tienen promedios menores que los nacionales pero con diferencias importantes: la ocupación en la mayoría de los hospitales en Brunca oscila entre 58% y 66%, mientras que en Chorotega promedia 107%; la estancia promedia 5,48 en la nación pero varía entre 3,61 en Huetar Norte a 6,83 en la central Sur (CCSS, 2008b). Aunque muchas de estas diferencias son lógicas, habría que determinar las causas de que algunos hospitales regionales tengan subutilización y otros no den abasto. A nivel nacional las listas de espera para consulta especializada, cirugía y urgencias se incrementaron en el decenio del 90 y 2000-2001 pero no hay series estadísticas para el resto del decenio en curso, sólo cifras aisladas.

Pensiones. Ya se ha indicado el alto porcentaje de pensiones de invalidez y aunque se ha reducido aún continúa siendo alto. No hay cifras sobre el tiempo que toma el trámite de pensiones en el pilar público y el de capitalización. La práctica única en la región de cargar parte de la comisión administrativa sobre el rendimiento en vez de toda sobre el salario, no ha sido evaluada de forma comparativa en cuanto a sus supuestos resultados en incrementar los incentivos a la competencia y debería hacerse.

Posible Impacto de la Crisis. Durante la crisis de los 80, la CCSS implementó un programa de emergencia para reducir gastos administrativos que: redujo el personal no esencial, los salarios y beneficios, eliminó prestaciones muy generosas (como la ortodoncia y los lentes de contacto) y estableció un mejor control sobre las recetas de

medicinas (Mesa-Lago, 1994). Frente a la probable caída en los ingresos durante la crisis en curso y la necesidad de equilibrar las finanzas, podría reducirse el personal, que creció en relación a 1.000 habitantes desde 2004 y particularmente en 2006-2007, o dejar que los salarios reales se reduzcan, aunque esto sería opuesto por los fuertes sindicatos de la CCSS, lo cuales presionarían, en caso de inflación, para aumentar los salarios.

Salud. La crisis provocará una expansión de la demanda para los servicios de salud no contributivos de SEM a par de que pudiera reducirse el aseguramiento contributivo. Si aumenta la inflación y los empleados de la CCSS consiguen un ajuste de sus salarios, los probables ingresos contributivos declinantes provocará una reducción de los recursos disponibles para prevención, inversión, mantenimiento de la infraestructura y equipo, insumos, medicinas, etc., lo que a su vez podría deteriorar los indicadores de salud (por ejemplo, la mortalidad infantil como ocurrió durante la crisis de los 80). El costo de la atención privada contratada por la CCSS podría aumentar en desmedro de las finanzas de SEM.

Pensiones. La crisis podría reducir el número de operadoras del pilar de capitalización debido a quiebras y fusiones, lo que aumentaría la concentración, reduciría la competencia y podría elevar los costos administrativos. Ha ocurrido una tendencia general de disminución en el número de las administradoras, por ejemplo, en Argentina cayó de 25 a 11 (de 13 en 2000 a 11 después de la crisis económica) y en Chile de 21 a 6 (AIOS, 2001 a 2008)

Medidas para Atenuar el Impacto: Salud. La CCSS debe aumentar la eficiencia y racionalizar los gastos al máximo en el uso de los recursos humanos, financieros y físicos disponibles durante la crisis: aumentar la prioridad en la asignación de recursos al primer nivel a través de las EBAIS; asegurar que el costo de los servicios médicos privados contratados es inferior (con igual calidad) que los servicios directos de SEM-CCSS y, en caso contrario, tomar las medidas necesarias; congelar las plazas especialmente las administrativas no prioritarias; ejecutar el horario legal de trabajo de los médicos donde no se cumpla; desconcentrar aún más el personal y los médicos hacia las regiones y áreas. El personal de la CCSS no debería tener preferencia sobre los asegurados afectados por desempleo y caída en el salario real, así como el número creciente de pobres, y frente a las necesidades urgentes en prevención, medicamentos, insumos quirúrgicos, mantenimiento, etc. Esto requeriría una discusión pública nacional y un compromiso que las medidas serían provisionales y que se ajustarían los salarios después de superada la crisis.

Pensiones. Además de las políticas anteriores sugeridas a la CCSS, la Superintendencia de Pensiones podría aplicar algunas de las medidas que han aumentado la competencia y reducido el costo administrativo en Chile y Uruguay, y que han resultado en un incremento notable del número de operadoras en México (Mesa-Lago, 2008a; 2008b).

7. Sustentabilidad Financiera

La crisis tendrá un impacto adverso en el financiamiento de la seguridad social. Su ingreso se contraerá por varias causas probables: a) reducción de la masa salarial y las contribuciones; b) aumento de la evasión, la morosidad y subdeclaración salarial por los empleadores; c) recorte de los aportes estatales a programas contributivos y no contributivos; d) caída en el valor del fondo de pensiones y de su rentabilidad, que ya ha ocurrido; e) si aumenta la inflación, disminución aún mayor de la rentabilidad real, especialmente si la inversión está en instrumentos no ajustados, y generación de desincentivos para el cumplimiento de las obligaciones (los empleadores ganarán en demorar el pago porque lo harán con moneda devaluada). El gasto pudiera subir por varias razones: a) el creciente número de desocupados aumentará el gasto en el seguro de desempleo; b) si crece la inflación generará presión para el alza de las prestaciones, los salarios del personal, el precio de los medicamentos, equipos, etc.; c) el desempleo y disminución de los salarios harán que parte de los que tienen seguros o atención de salud privados se transfieran a sistemas públicos aumentando su demanda y gastos al tiempo que el Estado puede recortar sus presupuestos; y d) con el aumento de la pobreza parte de los afiliados a programas contributivos dejará de aportar y solicitará cobertura en los programas no contributivos cuando las transferencias fiscales a estos pudieran contraerse. Estos factores incidirán negativamente en el equilibrio financiero y actuarial de los sistemas de salud y pensiones. La inversión social puede también ser afectada por la crisis.

Otro factor importante que puede hacer más difícil el financiamiento de la seguridad social a largo plazo es el envejecimiento de la población. Según la CEPAL (2007) los países latinoamericanos tienen una “ventana histórica de oportunidad” para combatir la pobreza y la desprotección social debido al “bono demográfico” que resulta de una etapa ventajosa de la transición demográfica porque cae la “relación de dependencia”: la proporción del grupo en edad productiva (15-64) que mantiene a las dos “colas” dependientes o no productivas de la población (jóvenes hasta 14 años y ancianos de 65 y más años). Por la caída sostenida de la tasa de fecundidad en la región, la cola joven se reduce, mientras que se expande el segmento productivo y aún no crece la cola anciana. Por ello se reduce la carga y se disponen de recursos para atacar los problemas sociales, pero este bono tiene un límite de tiempo, ya que a medida que avanza el proceso crece la cola anciana (envejece la población) y se contrae el segmento productivo por lo que aumentará de nuevo la relación de dependencia y la carga correspondiente, de forma que se revertirá la situación. La carga de los ancianos es más pesada que la de los niños-adolescentes y el segmento productivo porque la atención sanitaria de los primeros es más costosa que la de los otros dos, las pensiones tienen que ser financiadas con una fuerza laboral en disminución, y el aumento de la esperanza de vida, aunque una bendición humana, agrava dichos costos por la población más longeva. También el envejecimiento reduce proporcionalmente la base de contribuyentes fiscales respecto a los receptores de transferencias públicas. Por otra parte la población relativamente numerosa en edades de máxima acumulación de capital posibilita un creciente ahorro interno para la previsión social en la vejez, que permita enfrentar los problemas financieros asociados al envejecimiento.

Fortalezas. La inversión social total costarricense entre la segunda mitad de 2006 y 2008 creció 22%: la participación más alta fue la de seguridad social, que tomó 35% del total en 2008 después de estar prácticamente estancada desde 2000, mientras que la segunda fue la de salud y tomó 30% del total tras decrecer drásticamente en 2004-2005 (Trejos, 2009a). En 2006 el gasto público social como porcentaje del PIB en Costa Rica (17%) era el quinto superior en la región y, aunque alto, no se corresponde con su ordenamiento promedio tercero en nueve indicadores de salud en la región así como el segundo más bajo en incidencia de pobreza (CEPAL, 2008a). Esto sugiere que la inversión social en Costa Rica ha sido eficiente, medida por sus resultados en indicadores clave.

Salud. El gasto total de salud, incluyendo SEM y el privado, era 7% en 2005 y se ordenó en décimo lugar en América Latina, justo en el medio, mientras que el gasto total en dólares internacionales por habitante (PPA) fue 684, el quinto mayor en la región. Del gasto total de salud, 76% fue en el sector público (93% por la seguridad social, el mayor en la región) y 24% en el sector privado, el tercero menor (OMS, 2008). En vista a los altos ordenamientos regionales en los niveles de salud de Costa Rica, la inversión de SEM ha dado resultados muy buenos con una carga media sobre el producto. Los gastos del seguro de salud como porcentaje del PIB aumentaron algo en 2001 pero se estabilizaron en alrededor de 5% en 2001-2008. El balance financiero de SEM se calcula de dos formas sobre el PIB, con resultados opuestos: a) restando de los ingresos “reglamentarios” (debidos) los egresos, se generó un superávit en 2000-2008, con oscilaciones, que era de 0,69% en 2008; b) utilizando ingresos “efectivos” (los actualmente recaudados) el balance arrojó un pequeño superávit en 2000 que se convirtió en pequeño déficit 2003-2007 pero generó un superávit de 0,19% en 2008 (Cuadro 8). Los ingresos no recaudados se deben mayormente a demoras en el pago de las obligaciones estatales (ver Amenazas Salud), si estas se cobrasen puntualmente SEM tendría un balance financiero positivo estable.

Cuadro 8
Indicadores de sustentabilidad financiera de los seguros de salud y pensiones de la CCSS, en Costa Rica, 2000-2008 (en porcentajes)

Años	Salud (SEM)				Pensiones (IVM)			
	Gastos/ PIB	Ingresos - egresos/ PIB ^{a/}	Ingresos efectivos - egresos/ PIB ^{b/}	Gastos / PIB	Ingresos - egresos/ PIB	Ingresos efectivos - egresos/ PIB ^{b/}	Reserva ^{c/} / PIB	Pensionados/ Cotizantes
2000	4,35	0,94	0,41	1,59	0,91	0,84	6,19	14,5
2001	5,01	0,54	-0,06	1,76	0,96	0,56	6,62	15,6
2002	5,02	0,69	0,19	1,80	1,17	0,76	7,12	15,8
2003	5,11	0,34	-0,24	1,79	1,18	0,66	7,20	15,5
2004	5,01	1,07	-0,11	1,79	1,15	0,72	7,37	15,7
2005	5,00	0,57	-0,10	1,78	1,18	0,78	7,60	15,0
2006	4,94	1,34	-0,12	1,79	1,25	0,89	7,45	14,3
2007	5,13	0,51	-0,11	1,89	1,16	0,84	7,34	13,4
2008	5,38	0,69	0,19	1,97	1,07	0,79	7,55	12,7

^{a/} Ingresos “reglamentarios” (debidos) pero no recibidos debido a morosidad o pago de una cuota inferior a la legal.

^{b/} Ingresos efectivamente recibidos.

Se utiliza toda la reserva; otra publicación de la CCSS (2008a) utiliza sólo parte de la reserva y el porcentaje es menor.

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS, 2001 a 2008b, 2009f, 2009g.

Pensiones. Factores macroeconómicos positivos son: a) el desempleo descendió de 6% en 2006 a 4,8% en 2007 y se estancó en 2008 (la segunda tasa más baja en la región); b) el déficit fiscal se redujo desde 2004 y era 0,5% del PIB en 2008 (el sexto más bajo); c) el período de acumulación de ahorro máximo se estima que termine en 2050 lo cual dará un espacio para la recuperación (CEPAL, 2008b; BCCR-INE, 2009). El gasto de IVM en relación al PIB subió de 1,59% a 1,97% entre 2000 y 2008, pero aún así era el quinto más bajo entre los diez sistemas públicos latinoamericanos. El balance de ingresos debidos menos egresos respecto al PIB, generó un superávit creciente de 0,91% en 2000 hasta un cénit de 1,25% en 2006 aunque descendió a 1,07% en 2008; basado en ingresos efectivos el superávit fue 33% menor en promedio (0,79% versus 1,07% en 2008). Cualquiera de los dos superávits contrastó positivamente con un déficit promedio de -0,5% en los diez sistemas públicos y fue sólo superado por un sistema mucho menos maduro que el costarricense. La reserva de IVM en relación con el PIB aumentó de 6,19% a 7,54% en el período. El porcentaje de los pensionados sobre los activos contribuyentes en IVM creció de 14,5% a 15,7% en 2000-2004, pero luego descendió a 12,7% en 2008, inferior al nivel de 2000 y ordenado sexto más bajo entre los diez sistemas públicos; a pesar de la maduración de IVM, esa tendencia positiva debió a la expansión de la cobertura contributiva desde 2006 (Cuadro 8; comparaciones regionales de Mesa-Lago, 2008a). Había un desequilibrio actuarial en IVM que fue corregido con la reforma paramétrica de 2005 que aumentó la contribución de 7,5% a 10,5% extendiendo el equilibrio actuarial hasta 2040 (pero ver Amenazas abajo). La proporción de afiliados que contribuye a la seguridad social fue 75,3% en 2006 (la más alta entre 17 países de la región), mientras que la proporción similar en el pilar de capitalización fue 71% en 2008, la más alta (CEPAL, 2008a; IAOS, 2008). En resumen, IVM tiene una base financiero-actuarial adecuada y el incremento de la cobertura ha sido un factor positivo, mientras que los adeudos y demoras en los aportes del Estado y el pago inferior al legal de las empresas estatales han sido factores negativos. La existencia de una Superintendencia de Pensiones técnica y única para todo el sistema, con poderes regulatorios y de fiscalización fuertes, facilita el control y permite tomar acciones rápidas y bien fundadas durante crisis.

Amenazas. A pesar del notable aumento en el gasto social total, es todavía insuficiente para recuperar los niveles de 2002 y tendría que subir pero la crisis será un obstáculo. El reto mayor que confrontará Costa Rica en los próximos dos decenios es como enfrentar el costo del envejecimiento poblacional tanto en pensiones como en salud. El país está en un proceso de transición demográfica avanzado (caída sostenida de las tasas de mortalidad y natalidad, aumento de la esperanza de vida, y cambio en el perfil patológico en que prevalecen las enfermedades del desarrollo). Su relación de dependencia es la cuarta más baja en la región después de Cuba, Chile y Brasil; el porcentaje de la población de 65 años y más era 6% en 2007 todavía relativamente bajo pero se proyecta alcanzará 22% en 2030; la esperanza de vida al nacer era de 79,3 años en 2007 (76,7 hombres y 81,9 mujeres) la más alta en la región, superando a Cuba y Chile y dando lugar a un período promedio de retiro de 20 años (CEPAL, 2007, 2008a). Aunque el porcentaje de pensionados sobre los contribuyentes disminuyó en 2005-2008, se proyecta que aumentará gradualmente y llegará al doble en 2045 (CCSS, 2007b). El balance contribuyentes/receptores de transferencias fiscales se volverá negativo a partir de 2012; la relación de dependencia comenzará a aumentar de

nuevo en 2030, y la oportunidad para incrementar el ahorro durará hasta 2050. De manera que hay cierto espacio de tiempo pero hay que actuar con rapidez, especialmente si la crisis frena el ascenso de la cobertura contributiva experimentado en los últimos años o, peor aún, la reduce y revierte ese factor estabilizador.

Salud. El déficit en SEM basado en ingresos efectivos es muy pequeño y se debe a la demora en el pago de las obligaciones estatales y la morosidad patronal, la última se ha reducido desde 2005 por los programas de inspección y recuperación de adeudos. Del total moroso en 2008, 66% era “inactivo” y debía 73% de la deuda total de ¢83.419 millones (US\$159 millones); la mayoría de estos patronos morosos no ejerce actividad y carece de bienes embargables por lo que es muy difícil lograr que paguen; 34% era “activo” y responsable por 27% de la deuda total y con estos hay mayor probabilidad de recuperación; la proporción de inactivos creció 15% en 2003-2008. Del total de la morosidad 62% era con SEM (47% inactiva) y 27% con IVM (20% inactiva). Es difícil determinar el porcentaje de morosidad en un año dado y su distribución entre el Estado y el sector privado. La CCSS (2009e) reportó que 99,92% de los *morosos* estaba en el sector privado y 0,08% en el sector público en 2008, pero debería haber dado la distribución porcentual del monto de morosidad. También informó que en 2008 había 63.424 patronos “facturados” y 60.537 morosos, o sea, 95,4% era moroso, pero la segunda cifra se refería a la morosidad acumulada y debería haberse dado sólo para 2008. Un estimado del autor, basado en estadísticas financieras de SEM e IVM en 2007, muestra que el “faltante” o diferencia entre ingresos reglamentarios (debidos) y efectivos, combinando ambos programas, fue de ¢114.796 millones (US\$230 millones), equivalentes a 9,8% de los ingresos debidos, de los cuales 73% eran ingresos no pagados a SEM y 27% a IVM; dichas estadísticas sugieren que el 100% del “faltante” (morosidad) era del Estado (ver Cuadro A-3). En 2007 la CCSS firmó un convenio con el Ministerio de Hacienda para liquidar con bonos la deuda acumulada desde 1994 por concepto de cuotas del Estado como patrono y como tal, asegurados médicos a cargo del Estado, cuota complementaria a independientes y otros rubros por la suma total de ¢185.179 millones (US\$370 millones), 93% adeudado a SEM y 7% a IVM.¹⁵ Un segundo convenio fue firmado en 2008 por adeudos estatales de ¢15.182 millones (US\$29 millones), 85% debido a SEM y 15% a IVM. Ambos convenios fijaron una tasa de interés de mercado desde la entrega de título hasta el vencimiento del mismo.¹⁶ (CCSS, 2007a, 2008a). A 31 de diciembre de 2008, del total de ingresos debidos (¢948 mil millones) no se había pagado un 8,2% (¢78 mil millones o US\$150 millones), de los cuales 3,8% era morosidad privada y 96,2% adeudos estatales (CCSS, 2009g). Se aduce que esto último técnicamente no es morosidad porque las prestaciones a cargo del Estado y el aporte complementario a los independientes hay que documentarlos ante el Ministerio de Hacienda, la Contraloría y la Contabilidad Nacional, por lo que se pagan con un lapso de un año o más (en mayo de 2009 se facturó por el valor de 2008) y se hace con bonos a largo plazo (López, 2009). En todo caso, si el Estado hubiese efectuado sus aportes al fin de cada mes y la CCSS invertido esos recursos a la tasa de interés de mercado, la situación financiera de SEM sería mejor. Otro problema es que cuando se acaban los recursos del Instituto de Seguros, el tratamiento de los afectados por accidentes de tráfico se pasa a SEM, aumentando sus gastos. El envejecimiento poblacional acelerado en Costa Rica incrementará los gastos de salud debido a que la población mayor de 65 años en expansión sufre una mayor incidencia de enfermedad,

es la que más usa los servicios de salud, y sus enfermedades serán crecientemente terminales, requiriendo inversiones y gastos en ascenso. Si aumenta la morosidad durante la crisis podría agravarse el pequeño desequilibrio financiero actual de SEM.

Pensiones. Dos factores macro negativos son: la disminución de la tasa de crecimiento del PIB de 7,8% al 2,9% en 2007-2008 y el aumento de la inflación de 10,8% a 13,9% (la cuarta mayor en la región), la primera probablemente seguirá cayendo en 2009 mientras que la segunda subirá. Ya se ha visto que la morosidad en IVM es mucho menor que en SEM. La evaluación actuarial más reciente ratifica que IVM estará en equilibrio hasta 2040 pero después será necesario aumentar la contribución. La LPT de 2000 estableció una contribución de 15% pagadera a IVM sobre las utilidades de las empresas estatales, pero sólo se cobra 7,5%; si se hubiese pagado el 15%, el cociente de reserva (la relación entre la reserva y los gastos de IVM) para 2050 sería el doble de lo que se proyecta y no habría que aumentar tanto la contribución en el futuro (CCSS, 2007b). La inversión de la reserva de IVM estaba muy concentrada a fines de 2007: 91,2% en títulos valores públicos, 5,8% en certificados de inversión, bonos y certificados de participación hipotecarias privados, 2,7% depósitos en bancos públicos y 0,3% depósitos en bancos privados (CCSS, 2008b). La composición de la cartera del fondo de capitalización estaba más diversificada a diciembre de 2008: 66,4% en el sector público, 19,1% en el sector privado, 5,6% en fondos de inversión y 9% en emisiones extranjeras (SUPEN, 2009). Aún así, comparada con los otros nueve países con capitalización individual, Costa Rica tenía la cuarta concentración mayor en deuda pública. El fondo de capitalización acumulado equivalió a 5% del PIB en 2007 (AIOS 2008). Este fue el segundo más bajo en la región y pudiera explicarse porque la contribución es una de las más bajas, pero también porque se autoriza a los asegurados la extracción del fondo cada cinco años para gastos (incluso para vacaciones), lo cual reduce el monto de la futura pensión complementaria. El rendimiento real histórico anual promedio (desde la creación del sistema hasta el año en curso) del fondo de capitalización fue el octavo más bajo entre los dos diez sistemas (AIOS, 2002 a 2008), en gran medida debido a la concentración de la cartera en títulos públicos cuyos intereses son más bajos que la rentabilidad de otros instrumentos (pero se verá que esto tuvo un efecto amortiguador durante la crisis).

Posible impacto de la crisis. Los mercados de capitales en los países desarrollados perdieron 43% de su valor en 2008; en Brasil la bolsa perdió 45% y en México 32%. Durante la Gran Depresión y la recesión de los años 70, tomó diez años a la bolsa de valores para recuperar el nivel anterior a la crisis. El modelo del sistema de pensiones jugará un papel en el impacto de la crisis: Los de capitalización individual pura y sin solidaridad pueden ser más afectados pues están completamente sometidos a los riesgos del mercado de valores. Los sistemas mixtos, con un primer pilar público de prestación definida y un pilar de capitalización individual con prestación incierta sometido a las oscilaciones del mercado de valores (incluyendo a Costa Rica) posiblemente funcionarán como un cojín amortiguador a la crisis porque sus riesgos están equilibrados entre los dos pilares. Pero esto no significa que los sistemas mixtos sean inmunes a la crisis ni tampoco los sistemas públicos. La pérdida en los sistemas con reservas dependerá en gran medida de cómo tengan invertida su cartera, mientras en los sistemas de reparto la situación estará subordinada al aporte del Estado para

financiar el déficit. La crisis no sólo ha reducido el valor del fondo acumulado en las cuentas individuales de los sistemas de capitalización, sino también su rentabilidad. En Argentina cayó 25% en enero-octubre 2008, más del doble que durante la crisis económica de 2001 (Mesa-Lago, 2009a). En Chile hay cinco fondos de pensiones (“multifondos”): A y B tienen el mayor riesgo, C es intermedio, y D y E tienen el menor riesgo; un asegurado joven debería invertir más en los fondos de alto riesgo y al acercarse al retiro transferir a los fondos de menor riesgo. En 2008, 74% de la inversión en A estaba en renta variable y 26% en renta fija, mientras que en E, 99% estaba en renta fija y 1% en renta variable. De enero a octubre de 2008 el valor promedio real del fondo total cayó 23% pero en el A fue -41% y en el E sólo -1%; la rentabilidad histórica real anual promedio del fondo C (con riesgo intermedio) fue 8,9% (Figueroa, 2008).

Salud. Durante la crisis de los 80, el gasto de salud de SEM como porcentaje del PIB disminuyó de 5,5% en 1980 a un promedio de 4,5% en los años subsiguientes y no recuperó el nivel anterior hasta 1989 (Mesa-Lago, 2000). La crisis podría agravar el pequeño déficit financiero de SEM basado en ingresos efectivos (o reducir el pequeño superávit basado en ingresos debidos) por varias razones: probablemente disminuirán los ingresos contributivos; la caída en el ingreso reducirá la capacidad para comprar servicios privados y aumentará la demanda a los servicios de SEM; los trabajadores despedidos dejarán de contribuir y al aumentar la pobreza más personas solicitarán atención del sistema no contributivo; como éste es financiado por transferencias fiscales y el Estado estará sometido a una fuerte presión probablemente reducirá o demorará aún más el pago de sus aportes y esto creará problemas financieros al programa no contributivo justo cuando experimenta un aumento de su demanda; y el pequeño fondo de contingencia de SEM no puede servir de amortiguador a la crisis.

Pensiones. Contrario a lo que ocurrió en la salud, el gasto de pensiones como porcentaje del PIB se estancó durante los dos primeros años de la crisis de los 80 pero aumentó a partir de 1983, debido al ajuste de las pensiones contributivas y el aumento del número de las no contributivas (Mesa-Lago y Betranou, 1998; Mesa-Lago, 2000). La crisis actual puede tener un efecto adverso en el período de equilibrio de IVM y en el pilar de capitalización. IVM tiene equilibrio actuarial hasta 2040 y se prolongaría más si no hubiese demora del Estado en el pago de sus obligaciones, las empresas estatales pagasen la cuota legal y se eliminase la morosidad privada. La masa salarial cotizante y el número de trabajadores y patronos contribuyentes creció como promedio en 2007-2008, pero el rendimiento real anual disminuyó de un promedio de 7,7% en 1992-2005 a 3% en 2007 (CCSS, 2008c, 2009f). No está disponible la evaluación actuarial de 2008.

Contrastando con el equilibrio financiero-actuarial de IVM, el régimen transitorio de reparto del Magisterio sufrió en 2008 un déficit financiero de $\text{¢}233.434$ millones (US\$444 millones) equivalente a 1,7% del PIB y un déficit actuarial de $\text{¢}3.800.000$ millones (US\$6,400 millones) proyectado por los 55 años en que todavía habrá pensionados, equivalente a 28% del PIB de 2008 (cálculos del autor basados en JNPM, 2009; BCCR-INE, 2009). Estos déficits se cubren por Hacienda para financiar una pensión promedio que es 4,44 veces la pensión promedio de IVM. Aunque no se pudo obtener cifras del programa del poder judicial, es notorio que sufre un grave

desequilibrio actuarial. En la situación de escasez de recursos fiscales durante la crisis, deberían reducirse estas pensiones de privilegio y usar los subsidios fiscales liberados para mantener/extender los programas no contributivos de la CCSS. El déficit en el programa no contributivo de pensiones fue de ¢6.764 millones en 2008 (US\$13 millones) equivalente a sólo 0,05% del PIB (CCSS, 2008c).

El fondo de pensiones en el pilar de capitalización costarricense creció sostenidamente hasta febrero de 2009 (mientras que cayó drásticamente en Argentina, Chile y otros países) pero disminuyó 20% en marzo de 2009, mientras que las inversiones declinaron 20% en febrero; los contribuyentes llegaron a un cénit en septiembre de 2008 pero en febrero de 2009 habían disminuido 9%. La rentabilidad real anual promedió 6,5% en 2007 pero decreció -6% en 2008; el punto peor fue -11,1% en noviembre de 2008 pero en marzo 2009 era -7,6%. La rentabilidad real histórica ha sido positiva aunque declinando: 6,5% en diciembre 2006, 5,4% en diciembre 2007, 3,4% en diciembre de 2008, y 3,6% en marzo 2009 indicando un repunte (SUPEN, 2009). La explicación del mejor desempeño de Costa Rica comparado con otros países es que en 2008, 66,3% del fondo de capitalización estaba invertido en títulos públicos, 24,7% en emisiones privadas y fondos mutuos internos y 9% en emisiones extranjeras; mientras que en Chile sólo 9% estaba en títulos públicos, 55% en emisiones privadas y fondos mutuos internos (15% en acciones de la bolsa) y 36% en emisiones extranjeras (AIOS, 2008; SUPEN, 2009).¹⁷ La crisis ha afectado con mucha más fuerza las acciones y emisiones extranjeras, mientras que los títulos públicos han sido menos perjudicados hasta ahora, por lo que amortiguaron el impacto de la crisis en Costa Rica, aunque el Estado no podrá mantener por mucho tiempo altas tasas de interés (en febrero de 2009 los bancos redujeron dicha tasa).

Medidas para atenuar el impacto. Las pérdidas en el valor del fondo previsional argentino y el riesgo consiguiente se dieron como razón por el gobierno para promulgar una ley en diciembre de 2008 que cerró el sistema de capitalización y transfirió a todos sus asegurados (9,5 millones), el fondo (US\$30.000 millones) y los aportes futuros (US\$4.500 millones anuales) al sistema público de reparto, sin separarlo de los recursos anteriores (Mesa-Lago, 2009a). Bolivia tiene dos proyectos legales para nacionalizar el fondo privado de pensiones que estaban pendientes de la enmienda constitucional recién aprobada. La nacionalización de los sistemas de cuentas individuales que son propiedad de los trabajadores puede reducir su confianza en la previsión social; una caída en la protección social puede provocar efectos adversos en la gobernabilidad y la democracia.

Los organismos financieros internacionales estiman que el costo de ayudar a las naciones menos desarrolladas durante la crisis (un tercio en América Latina), excederá el monto de los actuales recursos y que es necesario aumentar estos. El Banco Mundial y el FMI han aumentado los recursos para asistencia y se ha pedido a los países desarrollados que aporten 0,7% de sus programas de estímulo para crear un fondo de ayuda. La Cumbre de las Américas en abril de 2009 acordó las bases de un plan hemisférico de estímulo económico frente a la crisis, incluyendo el refinanciamiento del BID y algunas medidas para paliar los efectos sociales. Las agencias pertinentes de las Naciones Unidas (CEPAL, OIT, PNUD), los organismos financieros

internacionales/regionales (Banco Mundial, FMI, BID), las entidades de desarrollo de los países avanzados, y las asociaciones internacionales de seguridad social (AISS, CISS, OISS), deberían colaborar en el diseño y financiamiento de dicho plan. La magnitud del problema exige un nuevo pacto social precedido de un debate nacional en los países y la cooperación internacional. En cuanto al futuro, debería “aprovecharse la crisis” para establecer un sistema mundial regulador de la banca y los mercados de valores, con el fin de evitar que la actual catástrofe vuelva a repetirse.

El plan estratégico y programación de inversiones de la CCSS para 2007-2012 fue concluido en 2006 y hay que revisarlo para evaluar el impacto de la crisis y como enfrentar dicho reto. El prólogo de dicho documento tiene dos puntos importantes que adquieren mayor peso y relevancia en el contexto de la crisis: la seguridad social experimentará cambios profundos, los mayores en sus 65 años de existencia, y el diálogo social es esencial en la renovación del pacto social (CCSS, 2006).¹⁸ Debe hacerse una revisión actuarial lo más pronto posible en 2009 para evaluar el impacto de la crisis en IVM y SEM.

Salud. El Estado debe puntualmente efectuar sus transferencias para financiar el régimen no contributivo, así como su contribución del 0,25% para el régimen contributivo y el aporte complementario a los trabajadores independientes cuyo número probablemente aumentará con la crisis. La actual metodología establecida por la Contraloría penaliza a la CCSS puesto que debe esperar un año para facturar los costos del SEM con cargo al Estado, por lo que debería modificarse para que se facturen al final de cada mes. Hay que resolver el problema de la transferencia de la carga de accidentados del Instituto de Seguros a SEM. La CCSS debería seguir las sugerencias hechas anteriormente para incrementar la eficiencia, controlar el gasto administrativo, establecer prioridades en la asignación de los recursos por niveles de atención, así como continuar y reforzar el programa de inspección que ha dado tan buenos resultados y ejecutar con vigor la ley contra los infractores.

Pensiones. El Estado debe puntualmente aportar su contribución de 0,25% a IVM, efectuar las transferencias fiscales al programa no contributivo y el complemento a los independientes; las empresas estatales cumplir la ley y contribuir 15% de sus utilidades en vez del 7,5% que están aportando; la CCSS tendría que intensificar su esfuerzo para reducir la morosidad y diseñar mejores mecanismos de focalización en los pobres. En cuanto al pilar de capitalización, hay que mantener la serenidad pues eventualmente habrá una recuperación en el mercado de valores aunque se ignora el tiempo que tomará. Habría que modificar la ley para evitar la extracción por los asegurados de fondos acumulados en dicho pilar, generando un incentivo de riesgo reducido a los que están próximos al retiro mediante la introducción de multifondos como en Chile, México y Perú con información adecuada a los asegurados para que conozcan bien el sistema y puedan ejercitar sus opciones. La Superintendencia podría tomar medidas para reforzar ambos pilares: publicar informes periódicos sobre la crisis y su impacto, incrementar la fiscalización en los instrumentos de inversión, participar en un comité de mercado de valores con el BCCR, el Ministerio de Hacienda y otros reguladores, y exigir a las operadoras reportes especiales mensuales de riesgos.

ANEXOS

Cuadro A-1

Cálculo de la distribución porcentual de las prestaciones contributivas y no contributivas en pensiones y salud en Costa Rica, 2000-2008

Años	Seguro de Pensiones					
	Contributivas		No contributivas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
2000	112.195	54,1	95.294	45,9	207.489	100,0
2001	118.320	54,4	99.184	45,6	217.504	100,0
2002	123.632	53,5	107.435	46,5	231.067	100,0
2003	126.678	55,4	101.595	44,5	228.273	100,0
2004	133.199	57,7	97.581	42,3	230.780	100,0
2005	135.652	59,9	93.202	41,1	226.360	100,0
2006	139.990	60,8	90.370	39,2	230.360	100,0
2007	145.308	62,4	87.515	37,6	232.823	100,0
2008	152.300	65,8	78.994	34,2	231.294	100,0

Años	Seguro de Salud					
	Contributivas ^{a/}		No contributivas ^{b/}		Total ^{c/}	
	No.	%	No.	%	No.	%
2000	1.266.214	74,8	426.945	25,2	1.693.159	100,0
2001	1.172.256	70,5	491.525	29,5	1.663.781	100,0
2002	1.192.598	69,6	521.999	30,4	1.714.597	100,0
2003	1.217.515	70,6	507.879	29,4	1.725.394	100,0
2004	1.269.914	70,2	539.097	29,8	1.809.011	100,0
2005	1.331.063	71,8	523.903	28,2	1.854.963	100,0
2006	1.416.529	73,8	502.504	26,2	1.919.033	100,0
2007	1.529.854	75,0	511.166	25,0	2.041.020	100,0
2008	1.659.012	77,9	471.449	22,1	2.130.461	100,0

^{a/} Asegurados directos activos y pensionados.

^{b/} Asegurados por cuenta del Estado.

^{c/} Excluye familiares.

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS, 2001 a 2008b, 2009g.

Cuadro A-2
Comparación de los regímenes del magisterio nacional, en Costa Rica, 2009

Características	Régimen antiguo cerrado (Transitorio de Reparto)	Nuevo Régimen de Capitalización Colectiva (RCC)
Normas legales	<p><u>Ley 2248</u> de 5/9/1958 (vigente hasta 19/5/1993)</p> <p><u>Ley 7268</u> de 12/11/1991 (vigente hasta 13/1/1997)</p> <p><u>Sala Cuarta</u> dispone en 1999 que los asegurados en estos dos regímenes que tengan 20 años de servicios tienen derecho a pensionarse por sus normas respectivas</p>	<p><u>Ley 7302</u> de 15/7/1992 (Ley Marco de Pensiones) y Reglamento de 11/1/2007. Cierra los regímenes antiguos y dispone la afiliación obligatoria para todos los que entren a trabajar a partir de 15/7/1992.</p> <p><u>Ley 7531</u> de 13/7/1995 dispone que el RCC es voluntario (los cubiertos por esta ley pueden pasarse a CCSS sin retorno).</p> <p><u>Ley 7946</u> de 1999 ratifica la afiliación obligatoria en RCC</p>
Retiro por vejez		
Años de edad/servicios	<p><u>Ley 2248</u>: 30 años de servicios (se aceptan años fuera del magisterio) y cualquier edad, o 25 años servicios con 10 consecutivos o 15 alternos bajo ciertas condiciones, o 60 de edad con 10 de servicios.</p> <p><u>Ley 7268</u>: 20 años de servicios y cotizaciones (sólo en el magisterio), o 25 años de servicios con 10 consecutivos o 15 alternos bajo ciertas condiciones, o 60 de edad con 20 de servicios</p>	<p><u>Ley 7302</u>: 55 años de edad con 396 cuotas, las últimas disminuyendo hasta 65 años de edad con 180 cuotas</p>
Salario de referencia	<p><u>Ley 2248</u>: el mejor salario en los últimos 15 años</p> <p><u>Ley 7268</u>: promedio salarial de los 12 mejores años en los últimos 24</p>	El promedio de todos los salarios cotizados ajustados al valor presente por el IPC en los períodos cotizados
Tasa de reemplazo	Ambas leyes: 100% del salario de referencia	60% del salario de referencia por las primeras 240 cuotas, más 0,1% por cada cuota adicional
Contribuciones	Ambas leyes: 10% al 16% sobre el exceso de un número de veces el salario mínimo en la administración pública; contribuciones adicionales para catedráticos	Total 15%, 8% trabajador, 6,75% patrono y 0,25% Estado
Régimen financiero	Ambas leyes: reparto, el déficit actuarial a 55 años se proyecta en US\$6.400 millones, se financia con contribuciones de activos y pasivos, crecientemente insuficientes para cubrir los gastos y Hacienda paga la diferencia	Prima media nivelada, actuarialmente fundada con valuación anual, auditorías de la Superintendencia que acreditan que está en equilibrio financiero y actuarial. Reserva de US\$650 millones. <u>Ley 8721</u> de 24/4/2009 permite diversificar la cartera de inversión reforzando el equilibrio
Administración	Ambas leyes: Junta de Pensiones del Magisterio Nacional, no regulada ni fiscalizada por la SUPEN	Junta de Pensiones del Magisterio Nacional, regulado y fiscalizado por la SUPEN

Fuente: JPMN, 2009.

Cuadro A-3

Estimado de la morosidad en los seguros de salud y pensiones en la CCSS, Costa Rica, 2007 (en millones de colones)

Seguros	Ingresos debidos	Ingresos efectivos	“Faltante” (diferencia)	Distribución porcentual	Morosidad Estatal (%)^a
Salud (SEM)	765.201	681.685	83.516	72,8	100
Pensiones (IVM)	401.017	369.737	31.280	27,2	100
Total	1.166.218	1.051.422	114.796 ^a	100,0	100

^a Por cuotas del Estado como tal, servicios médicos a asegurados a cargo del Estado, cuota complementaria a los independientes, intereses devengados y no pagados, y cuota patronal estatal en IVM

^b Representa el 9,8% de los ingresos debidos.

Fuente: Elaboración del autor basado en CCSS, 2008b.

BIBLIOGRAFIA

Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS). 2002 a 2008. Boletín Estadístico, No. 6 (diciembre 2001) a No. 19 (junio 2008).

Banco Central de Costa Rica e Instituto Nacional de Estadísticas de Costa Rica (BCCR-INEC). 2009. Indicadores de Costa Rica y Estadísticas Económicas. San José.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2009. Políticas sociales y laborales para tiempos tumultuosos: Cómo enfrentar la crisis global en América Latina y el Caribe. Washington D.C.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). 2006. Una CCSS renovada hacia el año 2025: Planeamiento estratégico institucional 2007-2012 y programación de inversiones. San José.

_____. 2007a, 2008a. Convenios entre Hacienda y CCSS para pago de la deuda estatal. San José, Gaceta Oficial.

_____. 2007b. Evaluación actuarial del seguro de invalidez, vejez y muerte”, San José, Dirección Actuarial, agosto.

_____. 2004 y 2008a. Costa Rica: Indicadores de seguridad social 1999-2003 y 2003-2007. San José, Departamento de Estadística.

_____. 2001 a 2008b. Anuario Estadístico 2000 a 2007. San José, Departamento de Estadística.

_____. 2008c. Memoria institucional 2007. San José, Presidencia Ejecutiva.

_____. 2008d. Ampliación de puntos de pago y pago de incapacidades. San José, Dirección Financiera Contable.

_____. 2009a. Estadísticas primer semestre 2008. San José, Departamento de Estadística.

_____. 2009b. Evolución de la cobertura contributiva y acciones estratégicas implementadas por la inspección”. San José, Dirección de Inspección.

_____. 2009c. Estadísticas sobre cobertura (IVM, SEM), pensiones e inversiones de IVM suministradas al autor. San José, Departamento de Estadística y Gerencia Financiera.

_____. 2009d. Logros estratégicos 2008. San José, Gerencia Financiera.

_____. 2009e. Informe de morosidad patronal IV trimestre 2008. San José, Gerencia Financiera.

_____. 2009f. Anuario Estadístico 2008 (incompleto). San José, Departamento de Estadísticas.

_____. 2009g. Observaciones y comentarios al documento: “Impacto de la crisis económica mundial en la seguridad social de Costa Rica. San José, Dirección Ejecutiva y Departamento Actuarial, mayo 30.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2007, 2008a. Panorama Social 2007 y 2008. Santiago, diciembre.

_____. 2008b. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2008. Santiago, diciembre.

_____. 2009. Anuario Estadístico de América Latina 2008. Santiago.

Cox, P. 2009. América Latina en 2009: como enfrentar los efectos de la crisis mundial. Washington, Centro Woodrow Wilson, 5 febrero.

Doryan, E. 2009. Entrevista del autor con el Director Ejecutivo de la CCSS. San José, 27 mayo.

Durán Valverde, F. 2002. “Los programas de asistencia social en Costa Rica: el régimen no contributivo de pensiones”, en Bertranou, F. y otros (editores). Pensiones no contributivas y asistenciales. Santiago, OIT, 173-219.

_____. 2007. La cobertura de los trabajadores independientes en Costa Rica. Lima, Oficina Subregional de la OIT.

Ferrero, Oscar. 2008. "Viacrucis de la Caja", en La Nación, San José, 4 febrero.

Figueroa, L. 2008. Crisis financiera internacional y fondos de pensiones en Chile. Santiago, Superintendencia de Pensiones.

Grynspar, R. 2009. La crisis global, sus efectos en América Latina y el Caribe y reflexiones sobre la cooperación internacional. México, PNUD.

Junta de Pensiones del Magisterio Nacional (JPMN). 2009. Información legal y estadística. San José, Departamentos Legal y Actuarial.

López, L. G. 2009. Comentarios a presentación del autor. San José, Taller Estado de la Nación, 26 mayo.

Martínez Franzoni, J. 2005. Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios. Universidad de Toronto, Conferencia sobre Perspectivas de Salud en América Latina.

Martínez Franzoni, J. y Mesa-Lago, C. 2003. "Las reformas inconclusas: pensiones y salud en Costa Rica". San José, Friedrich Ebert Stiftung.

Mesa-Lago, C. 1994. La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: hacia una disminución del costo social del ajuste estructural. Santiago, CIEDESS.

_____. 2000. "Achieving and sustaining social development with limited resources: the experience of Costa Rica", en Ghai, D. (editor). Social development and public policy: a study of some successful experiences. New York, St. Martin's Press, 277-322.

_____. 2008a. Reassembling social security: a survey of pension and health care reforms in Latin America. Oxford, Oxford University Press.

_____. 2008b. "Protección social en Chile: reformas para mejorar la equidad", en Revista Internacional del Trabajo, Vol. 127, No. 4, pp. 421-446. Ginebra.

_____. 2009a. "La ley de reforma de la previsión social argentina: antecedentes, razones, características y análisis de sus posibles resultados y riesgos", en Nueva Sociedad, No. 219 (enero-febrero): 14-30. Buenos Aires.

_____. 2009b. "Las pensiones de seguridad social en Iberoamérica después de tres décadas de reformas", en Anuario Iberoamericano 2009. Madrid, Real Instituto Elcano.

Mesa-Lago, C. y Bertranou, F. 1998. Manual de economía de la seguridad social. Montevideo, CLAEH.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). 2009. "Informe de la OIT sobre las tendencias mundiales del empleo en 2009", OIT Noticias, Santiago, marzo.

Oficina Panamericana de la Salud (OPS). 2007. La situación de la salud en las Américas: indicadores básicos. Washington D.C.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. World health statistics. Ginebra.

Programa Estado de la Nación (PEN). 2002 y 2008. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José.

_____. 2009. "Presentación", en Décimoquinto Informe. San José, Taller de Consulta, 26 mayo.

Rodríguez Herrera, A. 2009. Comentarios escritos a la presentación del autor. San José, Estado de la Nación, Taller de Consulta, 26 mayo.

Rodríguez Herrera, A. y Castillo, J. 2008. "¿Indicios de segmentación en el sistema de salud costarricense?", ponencia para el XIV Informe sobre el Estado de la Nación. San José.

Sauma, P. 2009a. Pobreza, desigualdad del ingreso y empleo: lecciones aprendidas y principales desafíos en un contexto de menor crecimiento. San José, Estado de la Nación, Taller de Consulta, 26 mayo.

_____. 2009b. Comentarios por escrito a presentación del autor. San José, Estado de la Nación, Taller de Consulta, 26 mayo.

Trejos, J. D. 2009a. Programas selectivos y gasto social: situación durante 2008, evolución reciente y perspectivas futuras. San José, Estado de la Nación, Taller de Consulta, 26 mayo.

_____. 2009b. Comentarios a la presentación del autor. San José, Estado de la Nación, Taller de Consulta, 26 mayo.

Superintendencia de Pensiones (SUPEN). 2009. Estadísticas. San José.

Notas

¹ Los sistemas más unificados son los de Bolivia, Costa Rica, Cuba, Chile y Panamá (Mesa-Lago, 2008a).

² “Prestación definida” es la que su cálculo se determina por la ley, mientras que la “indefinida” es incierta pues se determina no sólo por las contribuciones sino también por factores externos como la rentabilidad de la inversión y variables macroeconómicas. El sistema de “reparto” carece de reservas cuantiosas; el de “capitalización parcial colectiva” las tiene pero garantizan el equilibrio actuarial por un período, y el de “capitalización plena e individual” se basa en cuentas individuales propiedad de los asegurados, invertidas por administradoras de pensiones, el fondo acumulado al final de la vida activa determina el monto de la pensión. La “contribución definida” es fija, mientras que la “contribución indefinida” tiende a aumentar a largo plazo.

³ No es posible medir la cobertura en pensiones no contributivas de la PEA, aunque sí respecto a la población de 65 años y más, pero las encuestas de hogares la dan unida con la cobertura de la pensión contributiva.

⁴ Estas políticas contribuyeron 20% al aumento de asegurados en 2008 y 88% al aumento en las contribuciones (CCSS, 2009d).

⁵ El salario promedio de los independientes a comienzos de 2009 equivalía a 35% del salario promedio nacional, a 46% del de los asalariados en el sector privado y a 16,5% del de los empleados del gobierno (CCSS, 2009c)

⁶ Según las más recientes estadísticas normalizadas de diez países con pensiones de capitalización individual, entre junio de 2007 y junio de 2008 (antes de la crisis), en siete aumentó la cobertura basada en contribuyentes, pero bajó en Argentina, Bolivia y México (AIOS 2008). En Costa Rica hubo un aumento de 13% en dicho período, pero una caída de 9% entre septiembre de 2008 y febrero de 2009 (SUPEN, 2009).

⁷ Se sumó el ordenamiento de cada país (1 a 20) de los nueve indicadores y se dividió por nueve, con esas marcas se hizo el ordenamiento global: 1º) 3,1 Uruguay; 2º) 3,6 Cuba; 3º) 3,8 Argentina y Costa Rica, y 4º) 4,1 Chile. Para la metodología ver Mesa-Lago, 2008a.

⁸ De hecho el cálculo es: $(\text{Pensión no contributiva} \times 1,5) \div \text{Pensión mínima contributiva} = \text{¢}99.188$, equivalente a 99,2% de la mínima contributiva en mayo de 2009.

⁹ CEPAL reporta en un resumen (2008a) que las encuestas tomadas en 2004-2007 en 17 países invirtieron la anterior situación: en nueve países la cobertura de las mujeres en seguridad social (total) era mayor que la de los hombres y en ocho era menor. No se pudo constatar estos resultados directamente en las encuestas.

¹⁰ No obstante se observa una tendencia creciente de inserción laboral de la mujer, así la tasa neta femenina creció de 38,2% a 41,7% entre 2002 y 2008, la última un máximo histórico (PEN, 2009).

¹¹ Unos 1.000 EBAIS juegan un papel clave en la prevención y atención en el primer nivel: a) los médicos visitan periódicamente a los hogares controlando la población inmunizada, las embarazadas y las enfermedades crónicas; b) 700 puestos realizan visitas a comunidades lejanas a los EBAIS; c) 104 áreas de salud (cada una con varios EBAIS) operan una farmacia, laboratorio y servicio social, y d) los EBAIS hacen las referencias al segundo nivel (Doryan, 2009).

¹² En los tres primeros años de operación del sistema, la comisión se cargaba sólo sobre el rendimiento de la inversión, luego se agregó la pequeña comisión sobre el salario; esta combinación dificulta la comparación con los otros sistemas.

¹³ El personal técnico y auxiliar creció 13% mientras que los médicos sólo 1,3%, algo positivo pues la relación de médico por enfermero era 2,8 en 2005 (la cuarta más alta en diez países) y bajó a 1,7 en 2007 (basado en CCSS, 2008c).

¹⁴ En 2005 se estaban implantando alternativas para el nombramiento y pago del personal, incluyendo un fondo de incentivo conectado con el desempeño, que otorga premios e impone sanciones (Martínez, 2005).

¹⁵ El estimado de la deuda estatal por la CCSS era mayor que la del Ministerio de Hacienda y la Contraloría fijó la metodología: pago basado en población efectiva beneficiaria (registrada), ajustando el principal al IPC anual. La Caja firmó los convenios aceptando una suma menor a su propio estimado porque consideró que había el riesgo de perderlo todo (López, 2009).

¹⁶ El interés fijado al primer convenio entre el momento de la firma y la entrega del título equivalió a una tasa real (ajustada a la inflación) de 2,55% mientras que la del segundo fue de 4,85% (CCSS, 2009g).

¹⁷ La Superintendencia había recomendado a la CCSS invertir en emisiones internacionales pero ésta no lo hizo.

¹⁸ La encuesta Américas Barómetro (LAPOP) que se tomará en mayo de 2010 tiene dos nuevos módulos diseñados por el autor para medir el impacto de la crisis en 22 países de América Latina y el Caribe sobre la cobertura, las contribuciones, las prestaciones y la confianza en los sistemas de seguridad social (pensiones y salud). Esta información será importante para refinar la estrategia pero ésta debe decidirse cuanto antes, no puede esperarse hasta entonces.