

Estado
de la
Nación

EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

DECIMOCUARTO INFORME ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

Informe Final

¿Indicios de segmentación en el sistema de salud costarricense?

Investigadores:

Adolfo Rodríguez-Herrera y Jacqueline Castillo



CONSEJO NACIONAL DE RECTORES



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

Contenido

1. La consulta médica	5
<i>La composición de la consulta médica por proveedor y grupo de edad</i>	<i>6</i>
<i>Los patrones de la consulta médica según el nivel de ingreso</i>	<i>8</i>
<i>La consulta médica por edad y decil de ingreso</i>	<i>14</i>
2. Los egresos hospitalarios	16
<i>La composición de los egresos hospitalarios por edad y proveedor</i>	<i>17</i>
<i>Los patrones de los egresos hospitalarios según el nivel de ingreso</i>	<i>18</i>
<i>Los patrones de los egresos hospitalarios por edad y decil de ingreso</i>	<i>23</i>
Conclusiones	26
ANEXO	28
<i>Características de la población por decil de ingreso</i>	<i>28</i>
<i>Características generales</i>	<i>28</i>
<i>Condiciones de empleo e ingresos</i>	<i>28</i>

Introducción

El sistema de salud costarricense se ha distinguido de muchos otros de la región por su carácter integrador, esto es, su capacidad de ofrecer servicios con la misma calidad a personas de diferentes niveles de ingreso, regiones, géneros y orígenes étnicos. Todo pareciera indicar que la profunda reforma que se diseñó e implementó en los años 90, sobre todo en la atención de primer nivel, ha evitado o al menos desacelerado el proceso de segmentación social que han sufrido Costa Rica durante ese periodo.¹ En la mayor parte de los países de la región los sistemas de salud están altamente segmentados, sobre todo desde el punto de vista del ingreso: las personas de mayores ingresos utilizan servicios privados, generalmente financiados con un sistema de pre-pago o con un seguro médico privado, mientras que las personas de menores ingresos utilizan los servicios públicos de salud, generalmente saturados y con recursos humanos y tecnológicos a todas luces insuficientes para las necesidades de esa población atendida.

Una preocupación creciente de los responsables del sistema de salud costarricense es que se erosione su capacidad de brindar servicios oportunos y de calidad a personas de los diferentes niveles de ingreso. La mayor parte de quienes hoy dirigen el país, que cuentan entre 40 y 70 años, en su infancia recibieron consulta externa y se internaron para intervenciones quirúrgicas en los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. El crecimiento de la población, sumado al avance de la transición demográfica y al proceso de urbanización, ha hecho mucho más complejo el sistema de salud; en la actualidad existen filas de espera mucho mayores que entonces, tanto para la consulta especializada como para las intervenciones quirúrgicas, que disuaden a las personas con medios para pagarse servicios privados de utilizar los servicios públicos. Durante ese mismo periodo ha crecido sustancialmente la oferta de servicios privados, usados principalmente por las personas de mayores ingresos, tanto en consulta médica como en hospitalización. Frente a estos hechos, ¿puede afirmarse que se está operando un proceso de segmentación del sistema de salud, de forma que las personas de mayores ingresos tienen a usar en una mayor proporción los servicios privados y los servicios públicos quedan reservados para las personas de menores ingresos? ¿Cuáles son los grupos de edad entre los que las tendencias a la segmentación son más fuertes? Los intentos de responder a esta última pregunta deben tomarse con cautela, ya que la información por grupo de edad y decil de ingreso es demasiado desagregada para que pueda considerarse como totalmente representativa, y hay algunas “casillas” de la matriz que presentan saltos debidos a razones muestrales.

¹ Para una descripción de la reforma del sistema de salud, ver Rodríguez Herrera Adolfo (2005) La reforma de salud en Costa Rica, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, número 173, Santiago de Chile, mayo 2006. Para una descripción del sistema de salud, particularmente en la atención de primer nivel, ver Rodríguez Herrera Adolfo y Celeste Bustelo (2007). “Costa Rica: Modelos alternativos del primer nivel de atención en salud”, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, número 202, Santiago de Chile, mayo 2008.

Este trabajo analiza la evolución en el uso en los servicios de salud, según estos sean brindados por proveedores públicos o privados, de acuerdo con el decil de ingreso al que pertenece el usuario. Para ello toma dos variables, la tasa de utilización de la consulta médica y la tasa de egresos hospitalarios, en tres encuestas de hogares: 1998, 2001 y 2004. El primer apartado analiza la evolución del uso de consulta médica según ésta sea brindada por un proveedor público (la CCSS) o un proveedor privado, y lo hace según el decil de ingreso del consultante o el grupo de edad al que pertenece. El segundo apartado hace el mismo análisis, pero para la hospitalización. En un anexo se presentan algunas características generales que presentan los diferentes deciles de ingresos, con el fin de que el lector se de una idea aproximada del tipo de personas de que se está hablando.

El análisis muestra que las tendencias a la segmentación de los servicios de salud son menos serias de lo que podría preverse; en particular es positivo observar que el uso de los servicios públicos se ha incrementado entre todos los deciles de ingreso. Sin embargo, el gran aumento en el uso de los servicios privados se ha concentrado casi exclusivamente entre los deciles de ingreso superiores, lo cual hace que en la última encuesta por primera vez esos deciles tengan un uso de consulta y de hospitalización superior a los deciles inferiores.

Es necesario hacer dos salvedades en relación con estas encuestas. En primer lugar, en relación con la forma en que se preguntó en las encuestas. En las tres encuestas se preguntó por el número de consultas médicas, y luego se pidió que se dijera cuántas habían sido públicas y cuántas privadas; sin embargo, en la de 1998 se preguntó para los primeros 7 meses del año, en la de 2001 para los primeros 6 meses y en la de 2004 para todo el año. Aunque los datos fueron anualizados, puede ser que las diferencias en el periodo abarcado por las encuestas introduzca algunos sesgos, ya que, en virtud de las variaciones climáticas (época de lluvias entre el sexto y el onceavo mes), la población suele consultar en el segundo semestre más que en el primero; así, podría ser que en las dos primeras encuestas (concentradas en el primer semestre), y particularmente en la de 2001, se esté sub-estimando la tasa de utilización, a diferencia de la tercera. En segundo lugar, la última encuesta es de ingresos y gastos, lo cual significa que se mide de manera más exhaustiva el gasto; esto podría estar introduciendo algún sesgo con respecto a la información de los años anteriores, y en particular podría explicar, al menos parcialmente, el salto tan marcado que se opera en la tasa de utilización de la consulta ese último año.

1. La consulta médica

La tasa de consulta médica se define como el número de consultas por persona durante el año. Incluye consultas a cualquier profesional médico, sea en medicina general, en alguna especialidad o en urgencias, pero excluye las consultas de odontología. Este concepto tiene al menos dos diferencias con el utilizado en las estadísticas oficiales de la CCSS: en estas últimas la cifra correspondiente a “número de consultas” (i) no constituye el número de consultas médicas per capita (como lo estima la encuesta de hogares), sino el promedio de consultas realizadas por las personas que han tenido al menos una consulta durante el año; y (ii) no incluye los servicios de urgencias², que sí son incluidos en la pregunta de las encuestas.

Lamentablemente el grado de agregación del concepto “consulta médica” impide percibir las diferencias en los patrones de consumo de los distintos tipos de consulta. Es probable que el grado de segmentación según el nivel de ingreso del usuario en la consulta de medicina especializada sea mayor que en la consulta de medicina general, dado que es en medicina especializada donde existen más “filas” en los servicios públicos, lo cual posiblemente explique que sea en ese campo donde más se ha desarrollado la oferta privada de salud, utilizada casi exclusivamente por las personas de mayores ingresos; por contrapartida, es posible que la utilización de consulta de medicina general esté mucho más extendida entre todos los niveles de ingreso, principalmente por las mejoras en la atención de primer nivel operadas con el desarrollo y consolidación de los equipos básicos de atención en salud (EBAIS), que apenas comenzaban en el momento de la primera encuesta analizada (1998).

El resultado general más sorprendente es que para todos los deciles ha crecido el número de consultas médicas, tanto públicas como privadas, y lo ha hecho a un ritmo ligeramente superior que la población, con lo cual ha aumentado la tasa de consulta médica, brindada tanto por proveedores públicos (la CCSS) como por proveedores privados. Era de esperar que el número absoluto de consultas hubiera crecido, en virtud de la expansión del sector privado en estos años y del enorme esfuerzo institucional realizado por la CCSS en la expansión y fortalecimiento de su primer nivel de atención; lo que resulta sorprendente es que los deciles superiores de ingreso no hubieran reducido su número global de consultas a la CCSS, o en todo caso su tasa de consulta, en favor de proveedores privados.

² Se define como “urgencia” toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día. El afectado no tiene que pedir cita, acude y se le atiende, en algunas clínicas y áreas, este servicio no funciona las 24 horas del día ni todos los días de la semana. Para su registro se utiliza el formulario No. 4-70-05-0420 (Atención de Urgencia) el cual debe incorporarse al expediente de salud de la persona afectada o que se le abra para su atención posterior en el mismo centro, si es un paciente de primera vez y es dado de alta o trasladado, después de su manipulación estadística, el formulario se guardará alfabéticamente y cronológicamente. Una vez llevada a cabo la atención, si el médico determina que no era una emergencia, la atención se califica como “no urgencia” y se anota así en el formulario mencionado.

La composición de la consulta médica por proveedor y grupo de edad

El aumento en el número de consultas médicas ha sido muy marcado en el periodo que va de 1998 a 2004, lo cual se percibe en los resultados de las encuestas. Según los datos oficiales de la CCSS, la tasa de consulta per capita pasó de 3,18 en 1998 a 2,94 en 2001 y a 3,11 en 2004, cifras más altas que las que arroja la encuesta, a saber de 2,26, 2,35 y 3,65.³ La caída de la tasa de utilización entre 1998 y el 2001 se explica por cuanto muchas de las consultas que realizaban médicos antes de 1998 pasaron a ser realizadas por otro personal a raíz de la reforma del modelo del primer nivel de atención: es el caso, por ejemplo de las consultas para vacunación, que empezó a ser ofrecida por los asistentes técnicos de atención en salud (ataps), con lo cual hubo una caída de la consulta médica. No obstante, la información relevante aportada por las encuestas se refiere más que al nivel absoluto de la consulta médica a su composición, tanto por el grupo de edad, por el tipo de proveedor y por el decil de ingreso.

Lo primero que debe destacarse es la modificación en la composición etárea de la consulta médica. El gráfico siguiente muestra las proporciones en que el total de consultas de distribuyeron entre los diferentes grupos de edad en las tres encuestas (las tres primeras barras), así como las proporciones que cada grupo de edad representa dentro de la población total (las tres últimas barras). En este gráfico puede compararse la pauta de consumo de cada grupo poblacional.

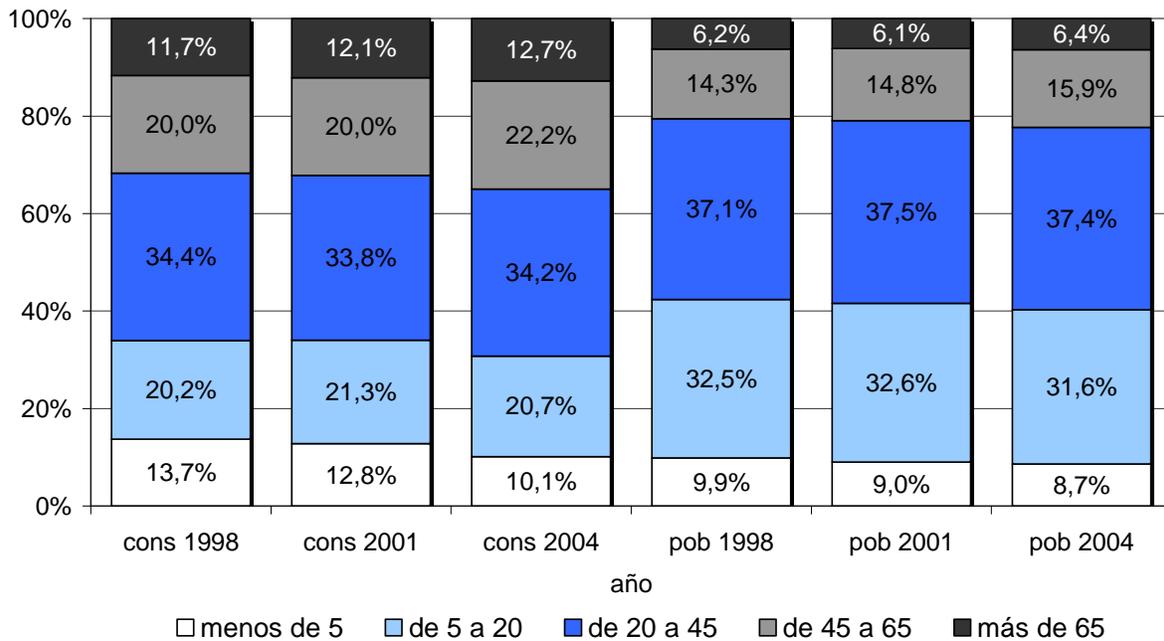
Un primer fenómeno que se observa, es que todos los grupos de edad, salvo los que tienen entre 5 y 20 años y entre 20 y 45 años, utilizan la consulta médica más que el promedio nacional; ello se ve en que la consulta que utilizan representa una proporción del total de consultas mayor que la proporción que ese grupo representa dentro del total de la población nacional. El grupo que utiliza proporcionalmente más la consulta médica es el mayor de 65 años: la proporción de consultas de ese grupo es casi exactamente el doble de la proporción que ese grupo representa dentro del total de la población nacional. Un segundo fenómeno es que el segundo grupo en utilización de la consulta externa después de los mayores de 65 años no son los niños con menos de 5 años, como suele pensarse, sino los adultos que tienen entre 45 y 65 años. Este dato es interesante, ya que las patologías de este grupo de edad son en general más costosas de atender que las de los niños, y este grupo está creciendo por razones demográficas mientras que el de los niños está decreciendo, lo cual tendrá serios efectos sobre el

³ Departamento de Estadística, Dirección Actuarial, CCSS. Lo que en las cifras oficiales de la CCSS se denomina “tasa de utilización de consulta pública”, que fue de 2,94 en 1998, 2,64 en 2001 y 2,48 en 2004, no es comparable con la información de las encuestas, por dos razones: (i) la cifra oficial no constituye el número de consultas médicas per capita, sino el promedio de consultas médicas que han tenido todas aquellas personas que han tenido al menos una consulta en los servicios de la CCSS durante el año (esto es, resulta de dividir el número total de consultas médicas no por la población del país sino por el número de personas que fueron atendidas en los servicios de consulta médica de la institución); y (ii) no incluye los servicios de urgencias, que sí son incluidos en la pregunta de las encuestas. La tasa de utilización que se brinda en el texto, cifra comparable con la de las encuestas, resulta de dividir el número total de consultas médicas (medicina general, medicina especializada y urgencias), que en esos tres años fue de 10,613,259 a 11,466,912 y a 13,259,341, por la población nacional promedio de esos años.

costo del sistema de salud. Un tercer fenómeno que puede observarse es el efecto de la transición demográfica: los grupos menores de 20 años se han reducido proporcionalmente (de 42,4% de la población a 40,3%), mientras que los mayores de 45 años han aumentado (de 20,5% a 22,3%), tendencia que se seguirá acelerando con serias repercusiones en los costos del sistema de salud. Esta población mayor de 45 años es precisamente, según se ha dicho, la que más utiliza la consulta médica y cuyas patologías son las más costosas de atender.

Gráfico 1

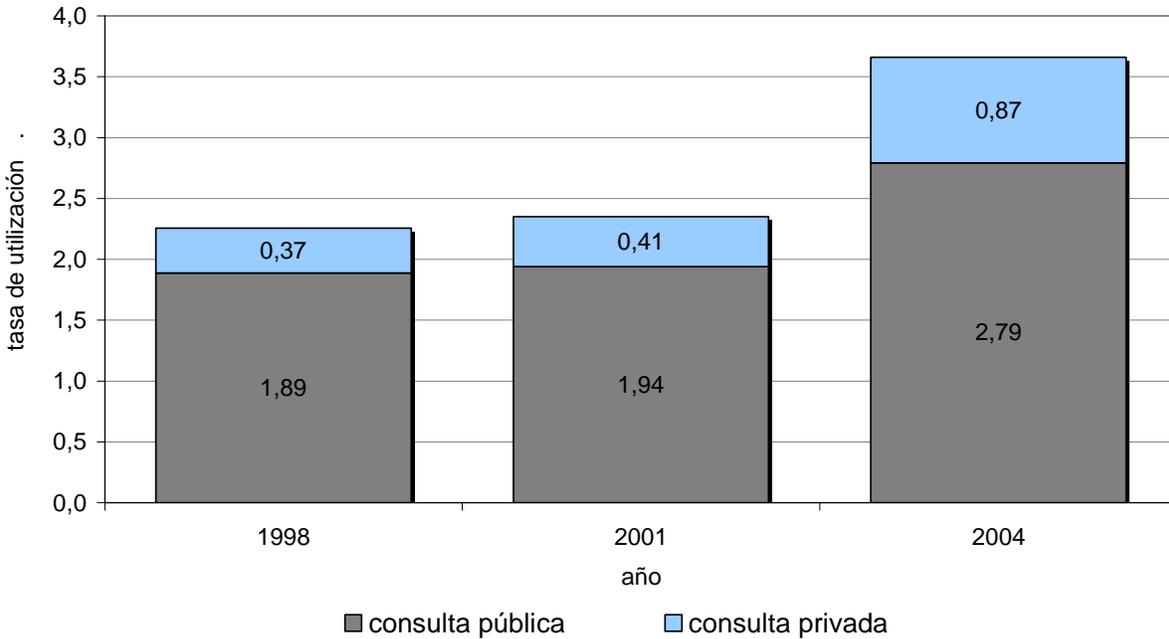
**Composición de la consulta y de la población por grupo de edad:
1998, 2001 y 2004**



Lo segundo que debe destacarse es que aunque el total de consulta médica ha aumentado, la brindada por proveedores privados aumentó en una mayor proporción: entre 1998 y 2004 la tasa de consulta médica total aumentó en un 61,8%, la pública en un 47,7% y la privada en un 136,8%. Tal vez el aumento de la consulta médica del último año esté sobre-estimado, en virtud de que, como se dijo, está estimada a partir de la encuesta de ingresos y gastos, que realiza una medición más cuidadosa de este rubro; sin embargo, de todas maneras es claro que ha habido un crecimiento de la consulta privada, que coincide con un auge de servicios de salud privados: durante ese periodo se han constituido varios hospitales y clínicas privados. Este proceso hizo que la consulta de proveedores privados pasara de un 16,3% en 1998 a 23,8% en 2004. Esto puede verse en el gráfico siguiente:

Gráfico 2

**Tasa de utilización de consulta médica según tipo de proveedor:
1998, 2001 y 2004**



Más adelante se verá que el aumento en la consulta pública tanto como en la consulta privada –pero particularmente esta última– benefició principalmente a los deciles de mayores ingresos. Esto ha producido por primera vez un resultado no necesariamente deseado: que la tasa de utilización de consulta entre las personas de mayores ingresos superara en 2001 por primera vez la de menores ingresos.

Los patrones de la consulta médica según el nivel de ingreso

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

Tabla 1
Tasa de consulta por habitante según tipo de proveedor y por decil de ingreso:
1998, 2001 y 2004

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

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

En primer lugar, la tasa de utilización de la consulta pública aumentó para todos los deciles de ingreso. Como se mencionó en la introducción, este es uno de los resultados más sorprendentes, pues se ha especulado que en los años recientes ha habido un abandono de la consulta externa por parte de las clases medias y que el sistema de salud se estaba segmentando, al menos en su primer y su segundo niveles de atención. No es eso lo que muestran los datos, al menos no los datos agregados para todas las edades. Entre 1998 y 2004 la tasa de utilización de consulta médica de proveedor público aumentó en promedio un 47,8%.

En segundo lugar, este aumento generalizado de la tasa de utilización de consulta médica de proveedor público fue mayor entre las personas de ingreso superior que entre los de ingreso inferior. Esta evolución puede considerarse positiva, pues manifiesta que para los deciles de ingreso superior la calidad de los servicios públicos de consulta médica presentan una calidad y oportunidad aceptables. El resultado ha sido una ganancia en el grado de integración (o una reducción en el grado de segmentación) del sistema público de salud. El cuadro siguiente calcula dos indicadores del grado de segmentación de un servicio de salud. El primero del sistema: la proporción entre el número de consultas de proveedor público del primer quintil y el del último quintil, y la proporción entre el número de consultas de proveedor público de los cinco primeros deciles y los cinco últimos deciles:

Tabla 2
Indicadores del grado de segmentación de la utilización de consulta médica de proveedor público 1998, 2001 y 2004

	1998	2001	2004
(1) quintil 1	22,79%	22,88%	22,39%
(2) quintil 5	14,83%	14,55%	14,88%
Indicador de segmentación extrema 1/	0,349	0,364	0,335
(3) deciles de 1 a 5	55,70%	55,89%	53,52%
(4) deciles de 6 a 10	44,30%	44,11%	46,48%
Indicador de segmentación media 2/	0,205	0,211	0,131

1/ El indicador de segmentación extrema se calcula como $[1 - (2)/(1)]$.

2/ El indicador de segmentación media se calcula como $[1 - (4)/(3)]$.

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

Como puede verse, aunque las personas de menores ingresos siguen utilizando los servicios de consulta pública relativamente más que las de mayores ingresos, en el 2004 la diferencia entre unas y otras se ha atenuado. No obstante, a pesar del aumento en la consulta pública por parte de las personas de mayores ingresos, lo cierto es que persiste una correlación negativa entre el nivel de ingreso y el uso de consulta de proveedor público⁴, tal como lo muestra el gráfico 3.

En tercer lugar, esta evolución de la consulta médica en el sistema público, positiva para el grado de integración del sistema de salud de salud, se ha visto acompañada por un aumento de la consulta con proveedores privados, que sin embargo se ha concentrado entre los deciles superiores, lo cual contrarresta parcialmente la mejoría en el grado de integración. En efecto, la tasa de utilización de consulta médica de proveedor privado tuvo un aumento espectacular para los deciles superiores, mucho más moderado para los deciles inferiores e incluso una disminución para el primer decil. El cuadro siguiente realiza para la consulta con proveedores privados el mismo ejercicio realizado en el cuadro anterior con la consulta de proveedores públicos. En el cuadro siguiente se puede ver que, a diferencia de lo ocurrido con la consulta pública, la consulta privada ha visto incrementarse su grado de segmentación:

⁴ Este es un resultado que ya habían puesto de relieve Fernando Herrero y Fabio Durán con los datos de la encuesta de 1998, y que luego fue actualizado por Adolfo Rodríguez con datos de la encuesta de 2001. Ver Herrero Fernando y Fabio Durán. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, número 190, Santiago, 2001, y Rodríguez Herrera Adolfo. La reforma de salud en Costa Rica, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, número 173, Santiago, 2006.

Gráfico 3

Tasa de utilización de la consulta con proveedor público según decil de ingreso: 1998, 2001 y 2004

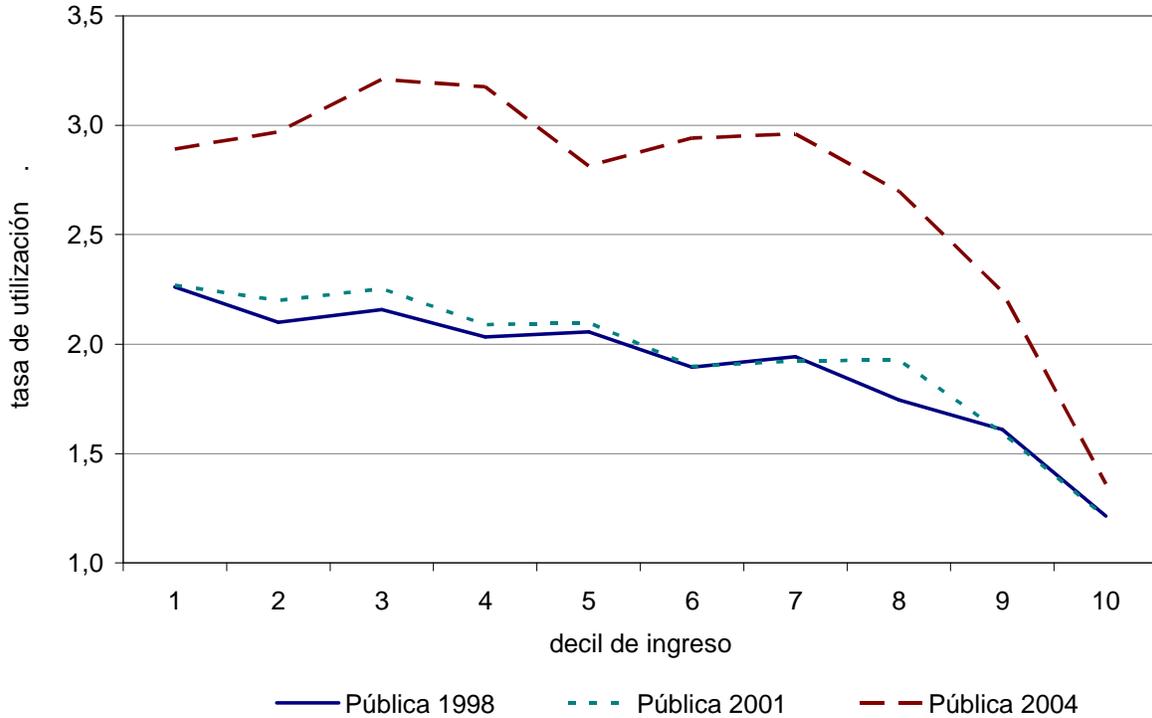


Tabla 3

Indicadores del grado de segmentación de la utilización de consulta médica de proveedor privado 1998, 2001 y 2004

	1998	2001	2004
(1) quintil 1	10,20%	6,68%	3,90%
(2) quintil 5	38,64%	49,77%	53,89%
Indicador de segmentación extrema 1/	0,74	0,13	0,07
(3) deciles de 1 a 5	30,06%	19,42%	17,53%
(4) deciles de 6 a 10	69,94%	80,58%	82,47%
Indicador de segmentación media 2/	0,57	0,76	0,79

1/ El indicador de segmentación extrema se calcula como $[1 - (1)/(2)]$.

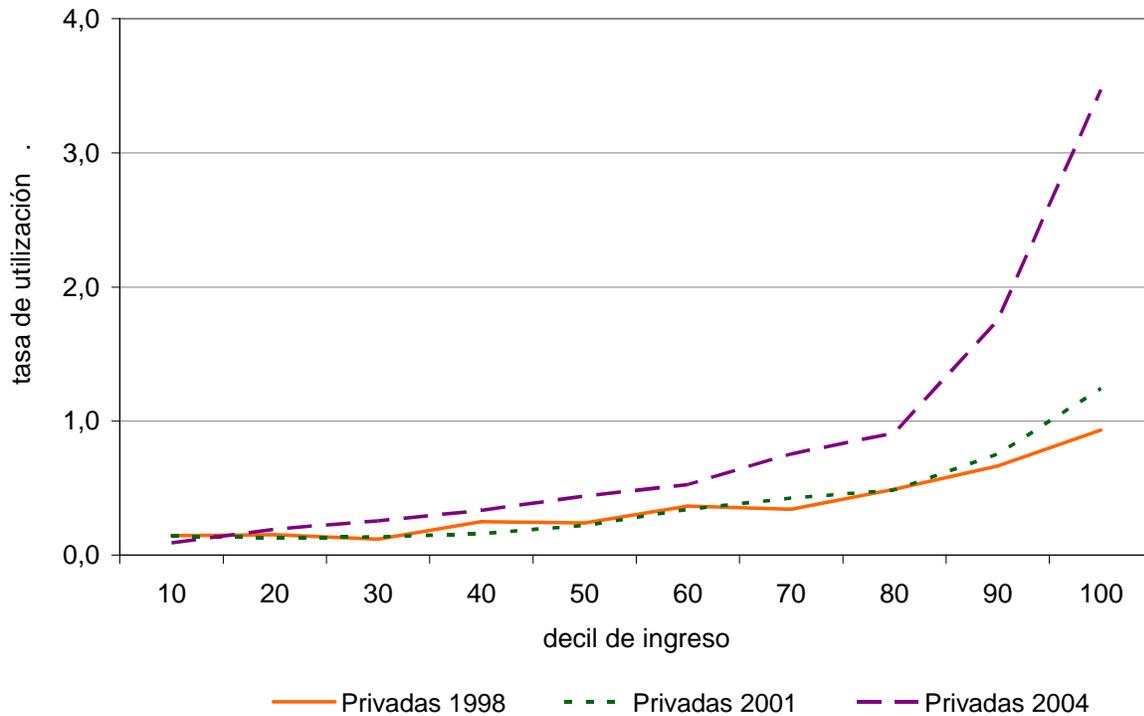
2/ El indicador de segmentación media se calcula como $[1 - (3)/(4)]$.

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

Como puede verse en el cuadro anterior, las personas de menores ingresos (ya sea el primer quintil o los primeros cinco deciles) utilizan en el 2004 la consulta con proveedores privados relativamente menos que en 1998 y el 2001: en el 2004 las personas del quinto quintil van 14 veces más a un médico privado que las del primer quintil, y las de los cinco deciles superiores casi 5 veces más que las de los cinco deciles inferiores. Esto hace que se fortalezca la relación directa entre el nivel de ingreso y la tasa de utilización de consulta de proveedor privado, como lo ilustra el gráfico siguiente, donde puede verse que la pendiente de la curva correspondiente a 2004 es mayor que la de las otras dos curvas:

Gráfico 4

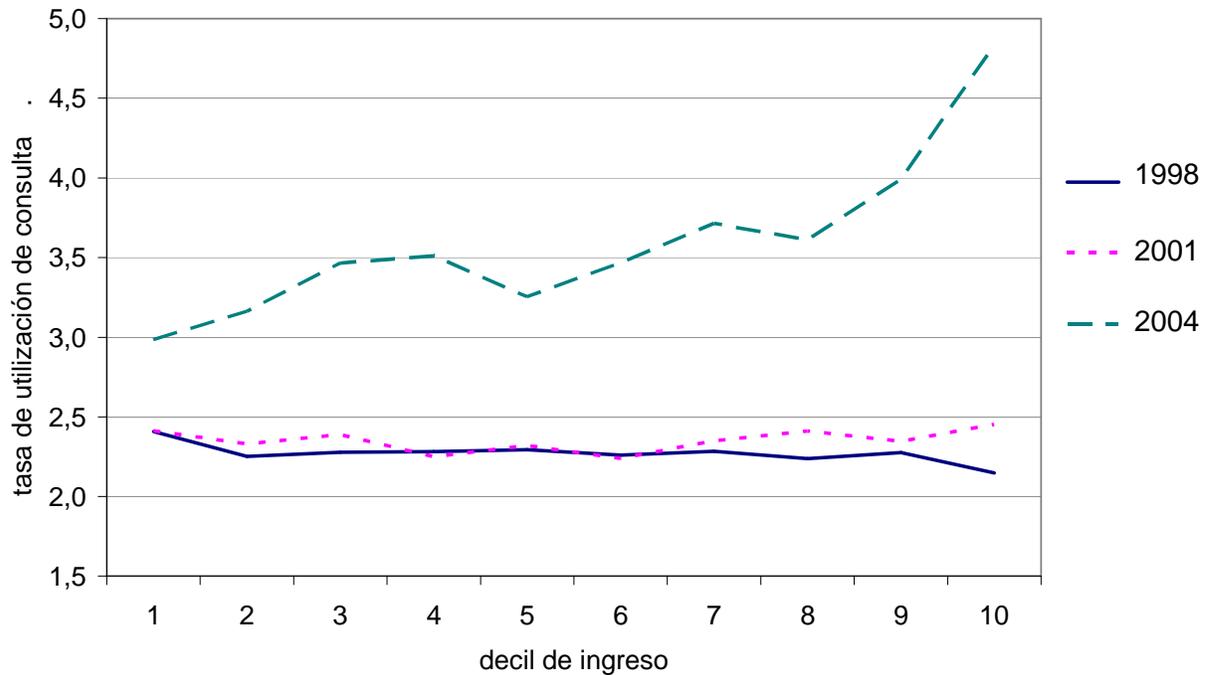
Tasa de utilización de la consulta con proveedor privado según decil de ingreso: 1998, 2001 y 2004



En cuarto lugar, la confluencia de esos dos fenómenos –el aumento de la consulta pública y de la consulta privada por parte de las personas de ingresos superiores–, ha provocado que la consulta total, aunque se ha incrementado para las personas de todos los deciles, lo ha hecho más marcadamente los deciles superiores, con lo cual por primera vez en los tres años comparados se tiene la circunstancia de que los deciles superiores tienen una mayor tasa de utilización de consulta médica que los deciles inferiores. El gráfico siguiente muestra ese fenómeno:

Gráfico 5

**Tasa de utilización de consulta médica total por decil de ingreso:
1998, 2001 y 2004**



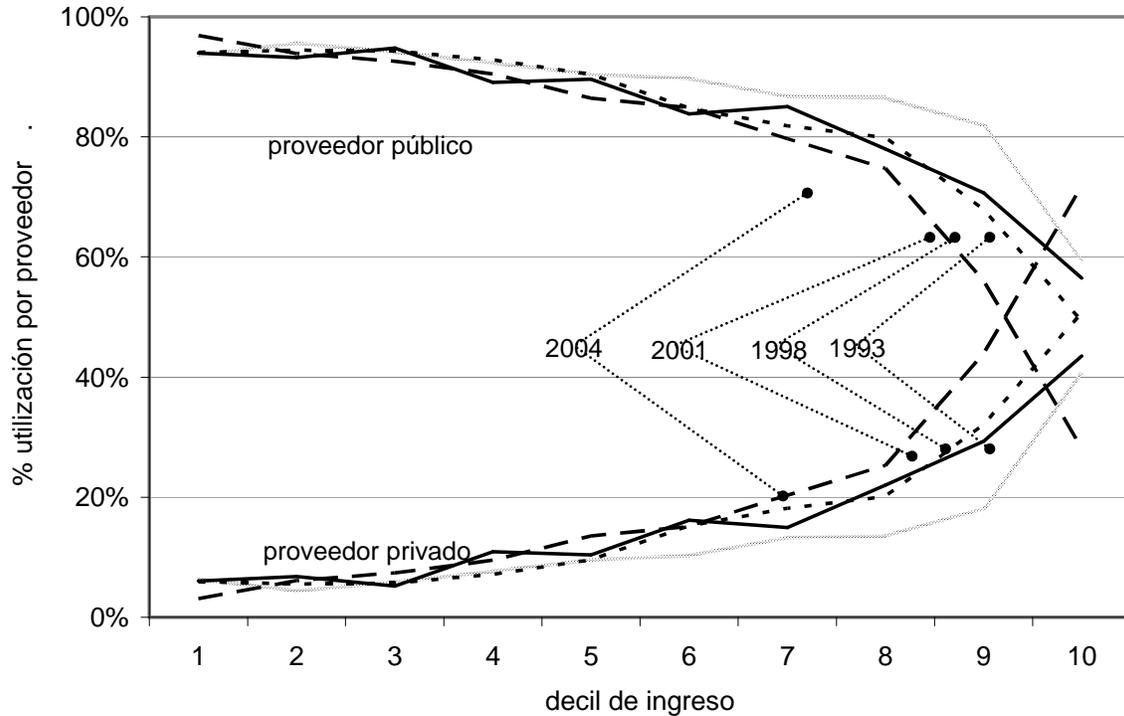
Como se ha visto, al contrario de lo que ocurre con la consulta pública, la tasa de utilización de la consulta médica de proveedores privados aumenta con el nivel de ingresos, lo cual es esperable; lo preocupante es que la diferencia entre el primer decil y el último se ha incrementado fuertemente con los años: en 1998 las personas del décimo decil iban a consulta privada 6,4 veces más que las del primer decil, mientras que esa cifra pasó a 8,7 en 2001 y a 37,5 veces en 2004. El incremento en la diferencia de utilización entre los dos deciles extremos para este último año, expresa la combinación de una disminución de la tasa de utilización de consulta privada en el primer decil (de 0,15 a 0,09) y un salto en dicha tasa para el décimo decil (de 0,03 a 3,47).

El gráfico siguiente ilustra esta correlación. Para las personas que respondieron haber tenido consultas médicas durante los años respectivos, se grafica la proporción que dijeron haber tenido se proveedores públicas y de proveedores privados. Para este gráfico se ha recuperado la información correspondiente a la encuesta de 1993 para fines comparativos, aunque debe utilizarse con determinadas salvedades.⁵

⁵ En las encuestas de 1998, 2001 y 2004 se preguntó a la persona por el número de consultas públicas y el número de consultas privadas, mientras que en la de 1993 se preguntó si la última consulta había sido pública o privada. Se utiliza este dato como indicador del porcentaje en que el conjunto de la población distribuyó sus consultas entre el sector público y el privado.

Gráfico 6

Distribución de la tasa de utilización de consulta médica según tipo de proveedor: 1993, 1998, 2001 y 2004



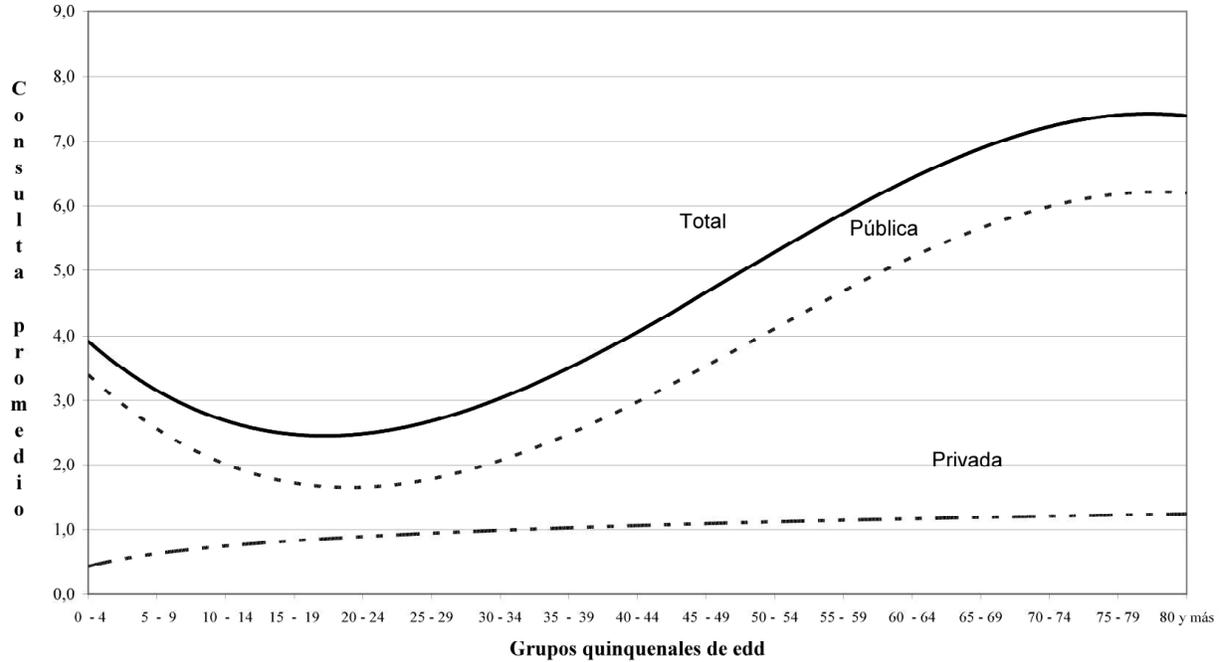
Así, pues, este gráfico ilustra una tendencia negativa, ciertamente no muy fuerte, hacia una mayor segmentación en la consulta médica: los deciles de ingreso superior han reducido la proporción de consultas médicas realizadas con proveedores públicos, mientras los de ingreso inferior han reducido la tasa de consultas médicas con proveedores privados. El aumento en la consulta privada para los deciles de mayor ingreso, hace que por primera vez la consulta privada represente un porcentaje mayor del total de consultas que la consulta pública.

La consulta médica por edad y decil de ingreso

Con respecto a la estructura de la consulta por edad, la consulta de proveedor público predomina entre todos los grupos de edad. Entre los niños y los adultos mayores la consulta pública representa más del 80%, y en todas las edades cerca del 70%. En los grupos de edades medianas la consulta privada presenta se ubica entre el 25 y 30% del uso.

Gráfico 7

Modelo de uso de consulta promedio según grupos quinquenales de edad por tipo de financiamiento. Costa Rica: 2004.



De acuerdo con el decil de ingreso claramente se muestra una diferencia por edad en las proporciones de uso de la consulta entre proveedor público y privado, ya que para los primeros deciles de ingreso, independientemente del grupo de edad el 99% de las consultas se realizan en el sector público. En los deciles 6, 7 y 8 la consulta pública explica cerca del 80% del uso de los servicios, porcentaje que disminuye hacia las edades medianas, mientras que en la infancia y la vejez este porcentaje se incrementa. El comportamiento es diferenciado en el último decil de ingreso. En ese decil la consulta de proveedores públicos representa un 30% de todas las consultas, pero las personas de 65 años y más el porcentaje supera el 50%.

Tabla 4
Porcentaje de uso de consulta pública según grupos
quinquenales de edad por decil de ingreso. Costa Rica: 2004

Grupos de edad	Decil de ingreso										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Total	96,2	93,8	90,3	90,0	83,6	83,1	79,3	71,9	62,9	33,6	76,3
0-4	97,4	94,9	94,1	92,3	88,9	92,6	80,5	79,1	65,2	25,9	82,1
5-9	99,1	98,5	88,1	90,4	86,7	84,2	82,5	77,4	58,4	35,9	82,7
10-14	91,8	90,0	95,0	86,5	78,4	76,8	79,0	55,8	53,8	29,3	77,4
15-19	98,6	95,5	84,3	88,2	83,8	81,5	69,1	71,1	57,2	18,0	74,6
20-24	98,8	77,6	78,1	90,5	78,6	71,1	78,4	68,5	65,6	33,7	73,1
25-29	97,3	92,9	79,1	90,4	87,1	79,3	73,2	72,4	61,9	33,5	70,2
30-34	96,4	87,1	90,8	81,6	77,2	86,4	73,2	55,9	55,4	24,6	67,3
35-39	96,1	95,1	95,6	86,0	70,3	72,6	74,4	61,6	58,8	27,0	68,7
40-44	97,1	95,6	85,9	90,8	78,6	74,8	79,5	67,0	62,4	22,4	72,4
45-49	83,1	93,2	91,7	88,0	78,9	81,6	85,1	72,1	48,4	29,7	69,6
50-54	100,0	92,8	90,5	93,4	97,7	87,2	83,5	72,8	74,9	35,3	78,6
55-59	98,5	96,3	87,1	93,2	91,2	94,8	80,2	64,6	77,8	45,8	77,6
60-64	100,0	98,8	96,4	97,4	82,5	86,6	84,2	83,0	61,7	50,2	81,7
65-69	97,7	97,6	96,6	84,3	89,1	93,3	68,4	81,6	73,2	52,4	80,4
70-74	97,5	95,3	87,4	98,0	91,2	92,9	94,7	92,3	88,5	69,8	91,3
75-79	95,2	89,5	99,3	98,6	82,1	83,5	93,6	80,1	62,8	26,1	83,6
80 y más	91,5	96,5	95,5	83,0	80,8	91,0	89,6	53,4	60,2	35,4	79,7

2. Los egresos hospitalarios

Para analizar el uso de los servicios de hospitalización según el nivel de ingreso, se ha escogido como variable el número de egresos por 100 habitantes. Se define como egreso hospitalario o episodio de hospitalización, el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital, ya sea vivo o por defunción. Esta estadística no toma en cuenta los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital), ni los recién nacidos sanos; incluye los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria también así como los nacimientos ocurridos en el tratados por morbilidad propia y a los que fallezcan minutos, horas o días después de su nacimiento dentro del hospital.

En la información de hospitalización las tendencias son menos claras que en consulta médica. En general es de destacar que los servicios hospitalarios públicos son usados de una manera bastante homogénea por personas de todos los niveles de ingreso, lo cual manifiesta el prestigio que tienen dichos servicios en Costa Rica. Además se perciben dos tendencias a lo largo de las tres encuestas: por una parte, hay una disminución en los egresos hospitalarios entre todas las personas, pero más marcada entre aquellas de bajos ingresos, quienes precisamente habían venido haciendo un mayor uso de los servicios hospitalarios; por otra parte, la proporción de los egresos de proveedores privados ha aumentado entre los deciles de mayores ingresos, con lo cual empieza a manifestarse en los servicios de hospitalización una ligera segmentación por nivel de ingreso que ya se había manifestado con anterioridad, aunque con menor fuerza que en los servicios de consulta médica.

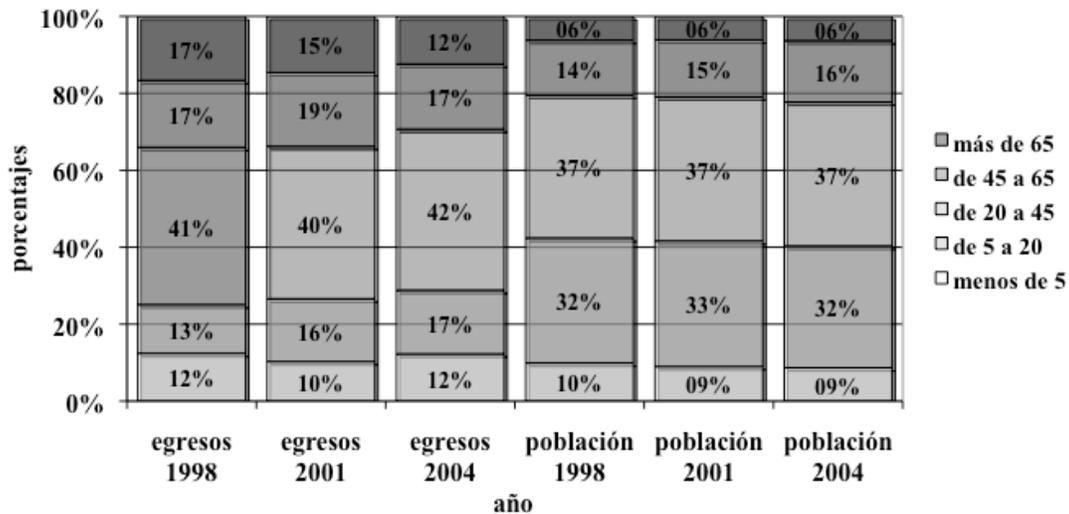
La composición de los egresos hospitalarios por edad y proveedor

Lo primero que debe destacarse es, al igual que para la consulta médica, la modificación en la composición etárea de los egresos hospitalarios. El gráfico siguiente muestra las proporciones en que el total de egresos se distribuyeron entre los diferentes grupos de edad en las tres encuestas (las tres primeras barras), así como las proporciones que cada grupo de edad representa dentro de la población total (las tres últimas barras). En este gráfico puede compararse la pauta de utilización de los servicios de internamiento por cada grupo poblacional.

Un primer fenómeno que se observa, al igual que para la consulta médica, es que todos los grupos de edad, salvo el que tiene entre 5 y 20 años, utilizan los servicios hospitalarios más que el promedio nacional; ello se ve en que el número de egresos de todos los grupos representa una proporción del total de egresos mayor que la proporción que ese grupo representa dentro del total de la población nacional, salvo en el grupo de 5 a 20 años. El grupo que utiliza proporcionalmente más los servicios hospitalarios es el mayor de 65 años: la proporción de egresos de ese grupo es el doble de la proporción que ese grupo representa dentro del total de la población nacional. Si se contara el número de días de estancia hospitalaria posiblemente la situación sería más grave, ya que las intervenciones a las personas con más de 65 años son en general más complejas y requieren un internamiento más prolongado. Un segundo fenómeno es que el segundo grupo en utilización relativa de los servicios hospitalarios después de los mayores de 65 años sí son los niños con menos de 5 años, a diferencia de lo que ocurre con la consulta externa, en la cual el segundo grupo que más consume es el de adultos que tienen entre 45 y 65 años.

Gráfico 8

Composición de los egresos hospitalarios y la población por grupo de edad:
1998, 2001 y 2004

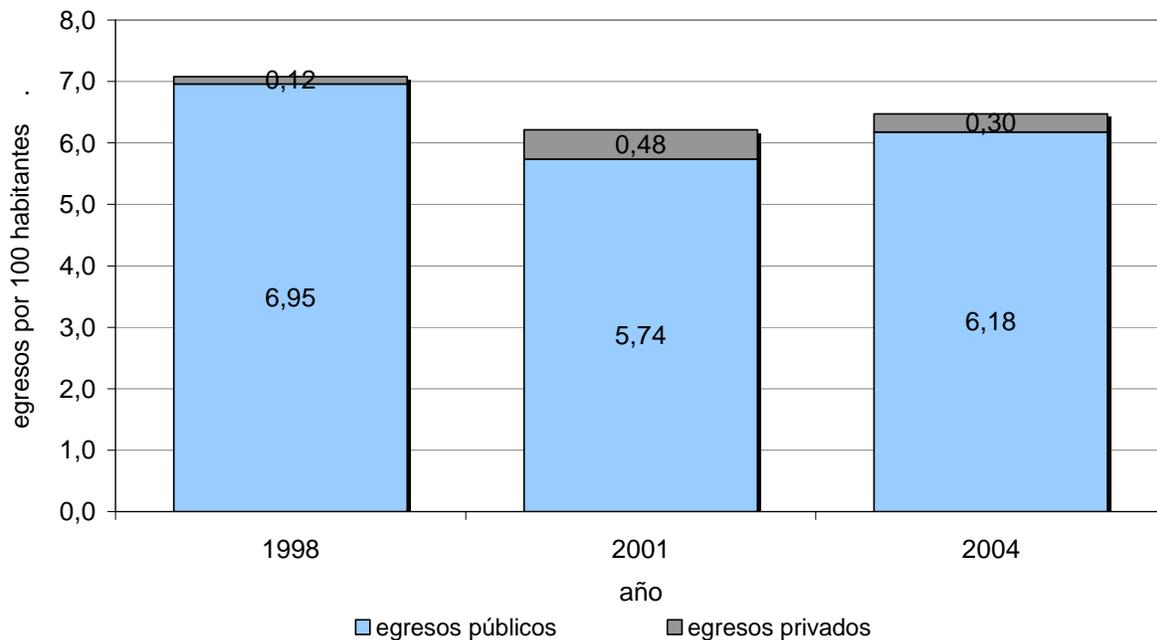


El primer resultado llamativo es la reducción en el número de egresos de proveedores públicos, lo cual es en principio un resultado deseable cuando no va acompañado de un deterioro en los indicadores de salud. En efecto, entre 1998 y 2004 terminó de consolidarse en nuevo modelo de atención y la CCSS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

Esta reducción en los egresos hospitalarios de proveedor público han ido acompañados de un aumento, más reducido, en los egresos de proveedor privado, aunque el incremento en su importancia es mucho menor que en el caso de la consulta médica. Entre 1998 y 2004 los egresos hospitalarios de proveedor privado pasaron, con respecto al total de egresos, del 1,74% al 4,57%, lo cual contrasta con la consulta médica de proveedor privado, que según se vio pasó del 16,3% al 23,8%. Esto puede verse en el gráfico siguiente:

Gráfico 9

**Egresos hospitalarios por 100 habitantes por decil de ingreso:
1998, 2001 y 2004**



Los patrones de los egresos hospitalarios según el nivel de ingreso

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

Tabla 5
Egresos hospitalarios por 100 habitantes según tipo de proveedor y por decil de ingreso
1998, 2001 y 2004

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

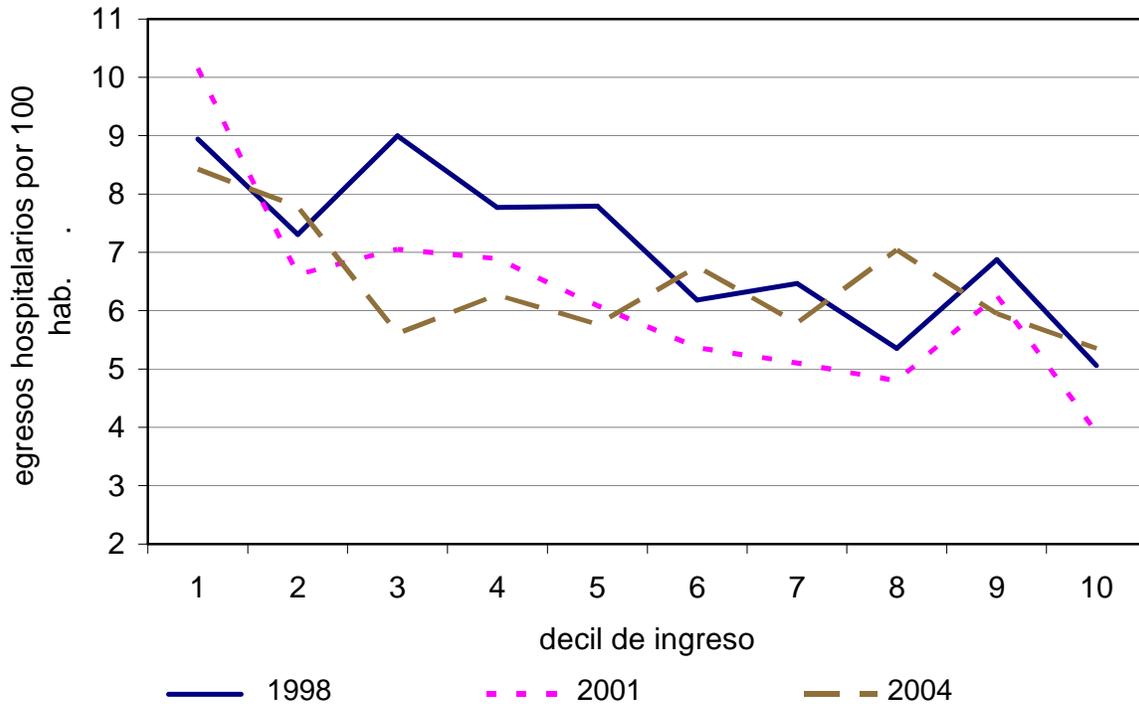
F/ Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Propósitos Múltiples de 1998, 2001 y 2004.

Un primer fenómeno que destaca al analizar la información de egresos hospitalarios según decil de ingreso, es que la reducción en hospitalización es mayor entre las personas de menores ingresos. Dos maneras de ver esto son las siguientes: (i) el número de egresos hospitalarios en todos los cinco deciles de menores ingresos con la excepción del segundo, mientras que aumentó en tres de los cinco deciles de mayores ingresos; y (ii) el número de egresos hospitalarios para los cinco deciles de menores ingresos pasó de 8,16 en 1998 a 7,36 en 2001 y a 6,77 en 2004, mientras que para los cinco deciles de mayores ingresos pasó respectivamente de 5,99 a 5,09 y a 6,17.

Generalmente en Costa Rica el número de egresos hospitalarios entre las personas de menores ingresos es mayor que entre las personas de mayores ingresos. La evolución mencionada en el párrafo anterior, tiene como resultado un uso más homogéneo de la hospitalización entre las personas de los diferentes deciles de ingreso. El gráfico siguiente muestra la relación inversa entre el número de egresos hospitalarios y el nivel de ingreso. En la medida en que se ha homogenizado el número de egresos hospitalarios entre los diferentes deciles, esa relación inversa se ha ido suavizando, lo cual se manifiesta en el siguiente gráfico en que las curvas más recientes tienen una pendiente menor.

Gráfico 10

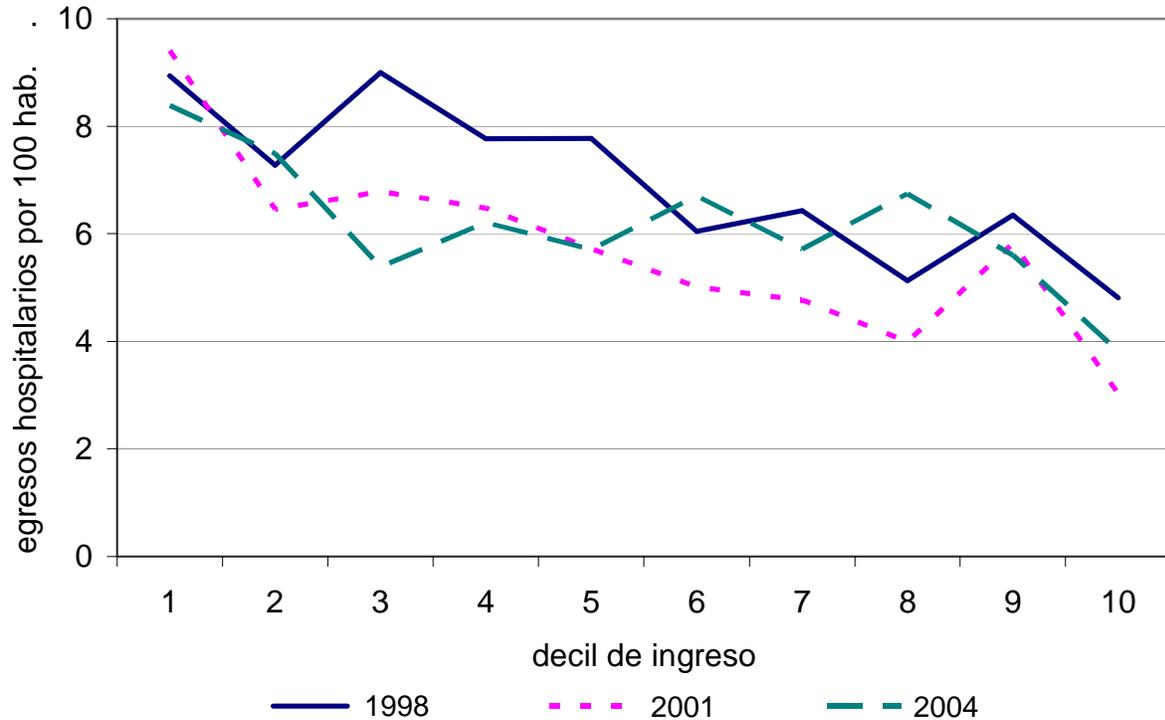
Egresos hospitalarios totales por 100 habitantes por decil de ingreso 1998, 2001 y 2004



En la medida en que el uso de servicios privados de hospitalización mayores ingresos, al considerar solo los proveedores públicos la pendiente de las curvas es mayor: es decir, entre los egresos hospitalarios de proveedor público es mayor la relación entre lo que consumen los deciles de menores ingresos y lo que consumen los de mayores ingresos. Sin embargo, la relación para los egresos hospitalarios de proveedor público también se ha ido suavizando y el conjunto de la población tiene hoy una tasa de utilización de los servicios de hospitalización pública mucho más homogénea. Esto se ve claramente en el gráfico siguiente, donde la curva correspondiente a 2004 es mucho más plana que las otras dos:

Gráfico 11

Egresos hospitalarios públicos por 100 hab según decil de ingreso: 1998, 2001 y 2004

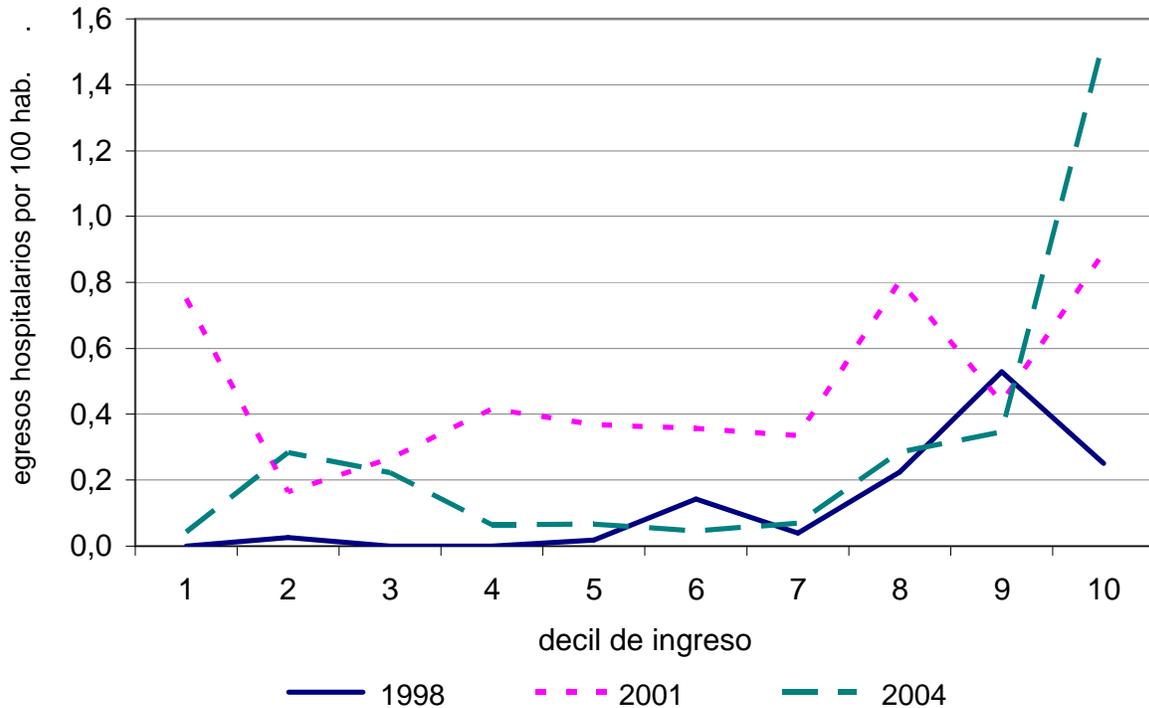


Un segundo fenómeno que se percibe en el cuadro es que entre 1998 y 2004 aumentaron los egresos hospitalarios de proveedores privados para todos los deciles de ingreso, aunque en términos absolutos lo hicieron mucho más entre los deciles de mayores ingresos. Entre los cinco deciles de menores ingresos el número de egresos pasó de 0,01 en 1998 a 0,14 en 2004, mientras que entre los cinco deciles de mayores ingresos pasó en ese periodo de 0,24 a 0,46. Un valor extraordinariamente alto se presenta para el décimo decil, cuyo número de egresos hospitalarios pasó de 0,25 en 1998 a 0,89 en 2001 y 1,53 en 2004.

La información de las encuestas muestra una caída en la producción hospitalaria del sector privado entre 2001 y 2004, tanto en consulta médica como en hospitalización, tras lo cual hay una recuperación en la última encuesta. Esto obedece posiblemente al auge que hubo de servicios médicos privados a inicios de la década, con el surgimiento de un gran hospital privado que para introducirse en el mercado realizó una fuerte campaña promocional.

Gráfico 12

Egresos hospitalarios privados por 100 hab según decil de ingreso: 1998, 2001 y 2004

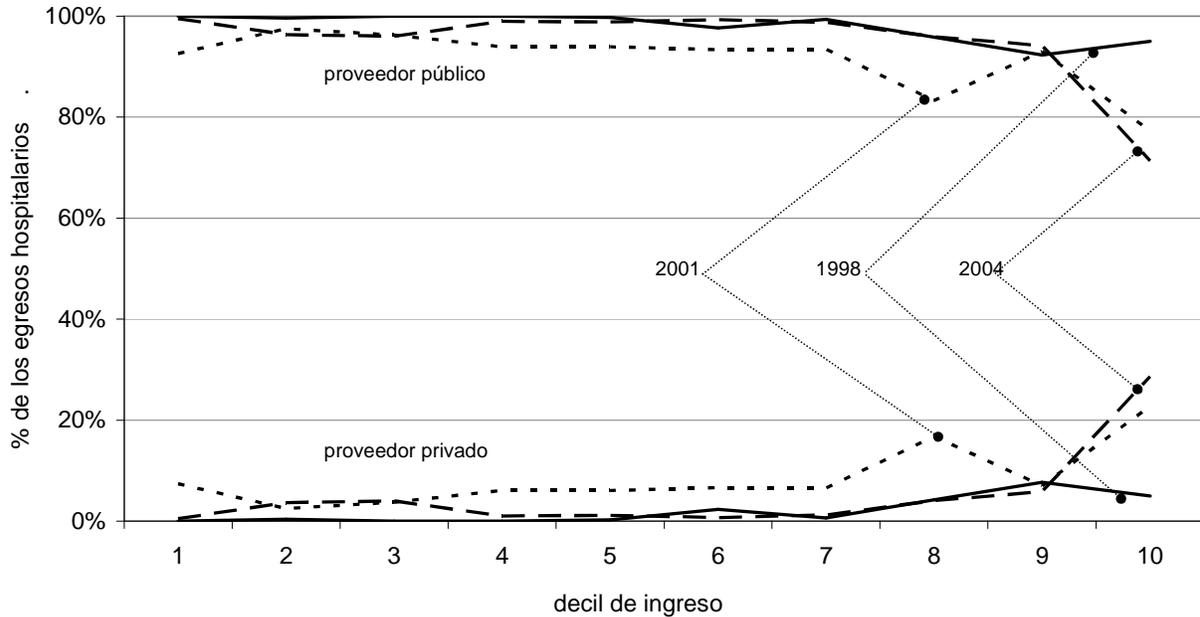


Un último resultado que vale la pena destacar es una cierta tendencia a la segmentación en la escogencia de proveedor en los servicios de hospitalización. En general se percibe en las tres encuestas la misma relación en hospitalización que en consulta médica: cuanto mayor sea el nivel de ingreso mayor es la proporción de hospitalización con proveedores privados y menor con proveedores públicos; pero esta tendencia es menos marcada para los servicios de hospitalización que para los servicios de consulta médica, en gran medida porque los hospitales y clínicas públicos cuentan con gran prestigio en Costa Rica y son usados por personas de todos los deciles de ingreso, lo cual ha dejado poco espacio para los servicios de hospitalización privada.

No obstante, se percibe un aumento en el uso de servicios privados entre los deciles de mayores ingresos, de manera que empieza a aparecer un cierto grado de segmentación como el que se percibe en la consulta médica. El gráfico siguiente lo muestra: las curvas inferiores corresponden a la proporción de egresos hospitalarios de proveedor público, y las superiores a su inversa, la proporción de egresos hospitalarios de proveedor privado. En todas ellas se percibe la relación mencionada en el párrafo anterior, pero más marcada en la curva correspondiente a 2004.

Gráfico 13

Distribución de los egresos hospitalarios según tipo de proveedor: 1998, 2001 y 2004

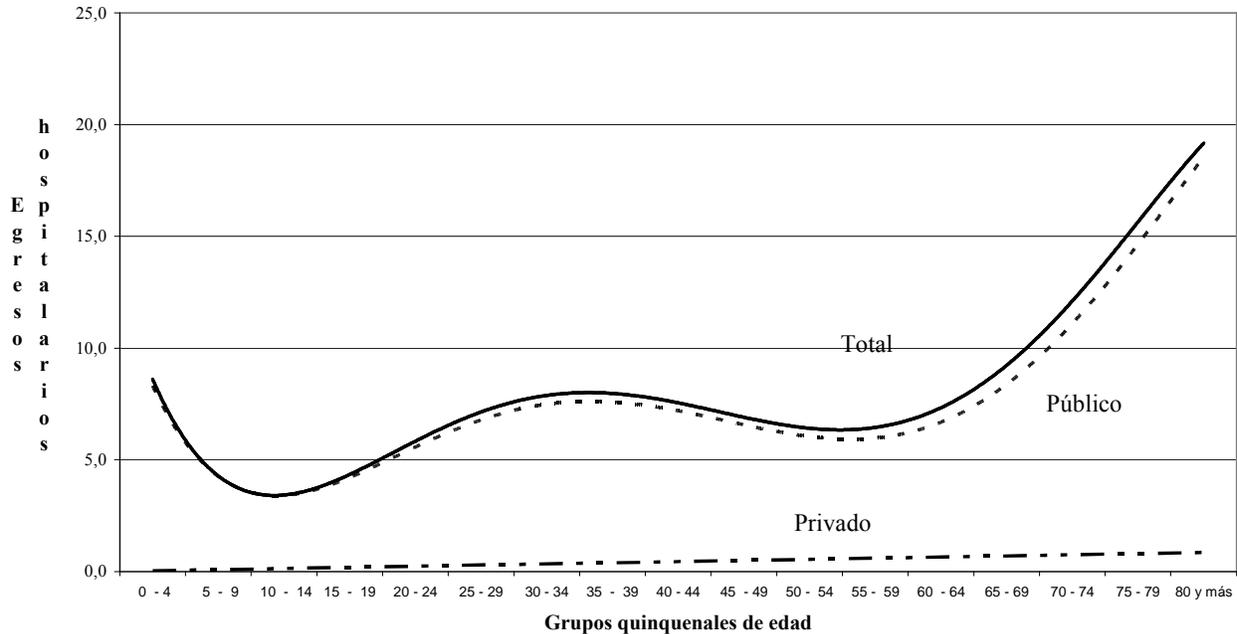


Los patrones de los egresos hospitalarios por edad y decil de ingreso

Los grupos de edad que más utilizan los servicios de hospitalización son, como se sabe, los menores de 5 años y los mayores de 65. El gráfico siguiente presenta un modelo de la tasa de egresos hospitalario ajustado con medias cuadradas a partir de los datos de la encuesta del 2004. Como puede verse allí, el mayor número de egresos hospitalarios se presentan entre los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 años, con una tasa de utilización mucho mayor de estos últimos, cuya promedio de estancia hospitalaria es además mucho mayor que el de los demás grupos de edad, lo cual tiene consecuencias muy severas sobre los costos del sistema.

Gráfico 14

Modelo de uso de egreso hospitalario por 100 habitantes según grupos quinquenales de edad por tipo de financiamiento. Costa Rica: 2004.



En relación con la estructura de los egresos hospitalarios por edad según tipo de proveedor, puede verse en el cuadro siguiente que los egresos de proveedor público predominan entre todos los grupos de edad. En promedio los egresos de todos los grupos de edad corresponden en más de un 95% a proveedor público, muy por encima del 75% que representan las consultas médicas de proveedor público. Entre los niños y los adultos mayores los egresos de proveedor público representan cerca del 90% del total de egresos del grupo, muy por encima del 70% que representaba la consulta, mientras que en los niños y los adultos jóvenes (menores de 25 años) así como entre los representa más del 95%.

El uso de los servicios de hospitalización es similar entre todos los deciles de ingreso. Hasta el decil 7 los egresos de proveedor público se mantienen muy cerca del 100%, y disminuyen ligeramente en los deciles 8 y 9, pero siempre por encima del 95%; en el decil 10, sin embargo, los egresos hospitalarios de proveedor público descienden al 72%. Los grupos de menor edad son los que utilizan proporcionalmente más los servicios públicos, mientras que los de edades más altas parecen utilizar una proporción ligeramente inferior, aunque a partir de los 75 años vuelve a subir por encima del 95%.

Tabla 6
Porcentaje de uso de hospitalización pública según grupos
quinquenales de edad por decil de ingreso. Costa Rica: 2004

Grupos de edad	Decil de ingreso										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Total	99,5	96,4	96,1	99,0	98,9	99,3	98,8	95,9	94,3	72,4	95,5
0-4	94,7	100,0	90,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	67,3	96,6
5-9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,2	99,0
10-14	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
15-19	100,0	87,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,8	67,5	95,9
20-24	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,8	100,0	100,0	99,3
25-29	100,0	63,2	88,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	84,0	92,9	92,8
30-34	100,0	100,0	81,1	100,0	81,7	100,0	100,0	100,0	87,5	77,7	92,6
35-39	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,3	70,8	100,0	74,3	94,7
40-44	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	95,8	100,0	90,0	100,0	67,4	95,6
45-49	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	94,0	99,2
50-54	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	39,0	92,6
55-59	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	68,0	70,2	88,9
60-64	100,0	100,0	100,0	68,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	70,0	94,5
65-69	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,0	100,0	52,1	89,5
70-74	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	89,6
75-79	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	51,0	94,9
80 y más	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	52,9	96,4

Conclusiones

¿Se está operando un proceso de segmentación en el sistema de salud costarricense? La respuesta no es clara, lo cual es ya una noticia positiva, pues muchos han pensado que sí, que hoy tenemos un sistema de salud más segmentado que hace 10 años. Sin embargo, no necesariamente.

Por una parte los servicios de consulta externa públicos son más usados por las personas de todos los niveles de ingreso. Ello va en la dirección de un sistema más integrador, menos segmentado. No obstante, este resultado positivo debe ser al menos matizado con dos evoluciones negativas. Una de ellas es que los servicios privados de consulta médica han crecido aceleradamente, y todo su crecimiento se ha concentrado en personas de los deciles de ingreso superior. Esto, como se dijo, hace que por primera vez en mucho tiempo las personas de los deciles superiores tengan una tasa de utilización de la consulta médica mayor que las demás. La otra evolución que contrarresta la buena noticia con que se inició este párrafo, tiene que ver con lo que ocurre con la consulta especializada. Es posible que la “democratización” de la consulta médica se concentre principalmente en la consulta de medicina general brindada por los médicos de los EBAS; en el campo de la consulta especializada, es de esperar que los servicios sean poco utilizados por las personas de los deciles superiores, a menos que se trate de enfermos crónicos que consultan al médico y obtienen los exámenes y los medicamentos gratuitamente. Si la CCSS quiere preservar el grado de cohesión social que ha tenido hasta el momento, debe hacer un esfuerzo sobrehumano por resolver sus problemas de gestión con la consulta de segundo nivel (médicos especialistas), ya que ella constituye el actual talón de Aquiles. La población con menos de 5 y con más de 45 años tiene necesidades de consultar médicos especialistas, pero es muy difícil procurarse una cita y una vez lograda se pierde gran cantidad de tiempo; además, la CCSS no permite que el usuario escoja el médico especialista, de manera de manera que siempre es posible que el usuario se tope en cada con un especialista diferente. Estos hechos han provocado que las personas con ingreso medios y altos opten por resolver sus necesidades de consulta médica especializada en los servicios de atención privados. La CCSS cuenta con varias estrategias en su documento “Hacia una CCSS renovada en el 2025” que anuncian al menos la voluntad de corregir la situación y brindar una atención más oportuna de los médicos especialistas. Entre las medidas que se mencionan al respecto, está la mejora en los servicios de interconsulta, referencia y contrarreferencia, el rediseño del programa de medicina mixta y la mejora en los procesos de compra de servicios de salud a terceros.

Por otra parte, empiezan a cobrar importancia los servicios hospitalarios del sector privado, concentrados hasta ahora entre las personas de mayores ingresos. Gran parte de este aumento entre las personas de mayores ingresos de la tasa de egresos hospitalarios con proveedor privado, se explican en el auge de los alumbramientos y de intervenciones de cirugía plástica. Allí debería avanzarse en mejorar las condiciones que hacen menos atractivo para las personas de mayores ingresos el uso de servicios públicos de hospitalización, y ello se refiere principalmente a la oportunidad de los

internamientos y a la calidad de los servicios de hostelería (alimentación, alojamiento, etc). Pero igualmente la CCSS debería promover alianzas con hospitales y clínicas privados para reducir las listas de espera y promover el desarrollo de una oferta de servicios privados que no tendrían por qué cuestionar los servicios públicos.

ANEXO

Características de la población por decil de ingreso

Como el trabajo se centra en un análisis del comportamiento de la consulta médica y de los egresos hospitalarios por decil de ingreso, pareciera oportuno hacer una breve descripción de las características que presenta la población por decil de ingreso. Este análisis se hace de acuerdo con los datos de la última encuesta analizada, la de 2004.

Características generales

Un 49% de la población es femenina en todos los deciles de ingreso. El 26% de los hogares son jefeados por mujeres; en los hogares del primer decil esta proporción aumenta al 37%, mientras que en el último decil disminuye al 22%.

Un 90% de los hogares el 90% son hogares nucleares, aunque en los deciles más bajos de ingresos la proporción de hogares extendidos es mayor, lo cual se manifiesta en el hecho de que la proporción de personas que tienen como relación de parentesco “nieto” con el jefe del hogar.

La edad promedio de la población es de 29 años aunque se muestra un incremento de 0,8 años conforme aumenta el decil de ingreso, este incremento es. En el primer nivel de ingreso la edad promedio es de 25 años y en el último decil es de 34.. Es importante destacar que en todos los deciles de ingreso la proporción de personas de 65 años y más es cercana al 6% mientras que si se muestra una diferencia en la proporción de niños y adolescentes entre los deciles de ingreso, siendo mayor en los primeros deciles y menor en los deciles más altos de ingresos.

Existe diferencia en los años de estudio según decil de ingreso ya que se muestra un incremento de 0,6 en el promedio de años de estudio por cada aumento en el decil de ingreso. Para todos los grupos de edad, el número de años de estudio de las personas de todas las edades en el décimo decil prácticamente duplica el de las personas del primer decil.

Condiciones de empleo e ingresos

El 5,2% de la población en el primer decil cuenta con un seguro de salud como asegurado directo, mientras que en el último decil esa proporción es cercana al 42%. En los primeros deciles predomina la característica de asegurados por Cuenta del Estado y los pensionados por el Régimen No Contributivo.

Se presenta una diferencia estadísticamente significativa en el monto promedio de los ingresos familiares per capita, ya que estos pasan de 13,118 colones en el primer decil a 385,941 en el último, esto es se multiplican casi por 29.

En cuanto a la condición de actividad se muestra en el primer decil de ingreso la proporción de personas ocupadas es del 84% mientras que en el último decil de ingreso esta proporción se incrementa al 98%.

De las personas inactivas del primer decil de ingresos, el 5% indican que tienen alguna discapacidad que les impide trabajar mientras que el último decil esta proporción disminuye al 1,8%,

En el primer decil de ingreso de las personas que laboran cerca del 99% lo hace en el sector privado. Al aumentar el nivel de ingreso esa proporción se reduce a favor de la proporción de personas que laboran en el Gobierno Central y en la Instituciones Autónomas, hasta llegar al 74% en el último decil de ingreso.

Existe diferencia en la proporción de personas según decil de ingreso y categoría ocupacional ya que en los primeros deciles la proporción de personas asalariadas es cerca del 55% mientras que en los últimos deciles es 70%; disminuyendo en forma proporcional las personas que trabajan por cuenta propia e incrementándose la proporción de Patronos.

La proporción de perceptores en los hogares con los deciles más altos es cercana al 68%, mientras que en los deciles más bajos esta proporción disminuye a cerca del 50%.