



# VIGÉSIMO INFORME ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE (2013)

**Informe Final**

## **La Seguridad Social en Costa Rica en los últimos veinte años: Comportamiento del seguro de salud en perspectiva comparada (1990 – 2010)**

*Investigadora:*

*Jorine Muiser*



**Nota:** Las cifras de las ponencias pueden no coincidir con las consignadas por el Vigésimo 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**

<b>Resumen Ejecutivo .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Diferentes diseños para organizar la seguridad social .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Cobertura universal en salud, sostenibilidad financiera y la importancia del monitoreo .....</b>	<b>8</b>
¿Qué implica cobertura universal en salud?.....	8
¿Qué es la relación entre cobertura universal en salud y sostenibilidad financiera? .....	10
<b>4. Metodología del estudio .....</b>	<b>11</b>
Selección de países.....	11
Indicadores para el análisis comparado.....	13
<b>5. Primer punto de partida del análisis comparado: la construcción del sistema de salud costarricense .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Segundo punto de partida del análisis comparado: cambios contextuales para el periodo 1990 – 2010 .....</b>	<b>18</b>
Indicadores socio-económicos .....	20
Indicadores demográficos y epidemiológicos .....	23
<b>7. Reformas en la organización y gobernanza del seguro de salud en los otros países seleccionados (1990 – 2010) .....</b>	<b>29</b>
Panamá .....	29
México.....	30
<b>8. Variaciones en los sistemas financieros .....</b>	<b>33</b>
<b>9. Reformas del sector salud implementadas 1990 - 2010 .....</b>	<b>38</b>
<b>10. Resultados de las reformas .....</b>	<b>44</b>
Cobertura financiera.....	44
Cobertura poblacional .....	51
Cobertura por servicios .....	57
Medidas de sostenibilidad .....	61
<b>11. Conclusiones: Cobertura universal en salud y sostenibilidad financiero, un solo compromiso .....</b>	<b>66</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>78</b>
<b>Notas .....</b>	<b>80</b>

## **Resumen Ejecutivo**

¿Hemos evolucionado en el logro de la protección de la vulnerabilidad de la población? Comparación temporal e internacional.

En Costa Rica, mientras que creció el PIB, la inequidad de ingreso ha aumentado durante los últimos veinte años y la pobreza se ha mantenido estable. Costa Rica es uno de los pocos países latinoamericanos con un GINI creciente en los últimos años. El GINI de Costa Rica sigue siendo más bajo que el de Panamá y México, pero es más alto que el de Serbia y Holanda. La pobreza en Costa Rica se mantiene por debajo de la en Panamá y México.

Las transiciones demográficas y epidemiológicas están en progreso en todos los países seleccionados. En Costa Rica, lo mismo se refleja en altos niveles de factores de riesgo como sobrepeso y obesidad en todos los grupos etarios. La Reforma de los Noventa no ha podido frenar esta tendencia.

En términos de la organización del sistema de salud, Costa Rica beneficia de un modelo unificado lo que realza la capacidad de equidad y eficiencia. Sin embargo, por mantener una rectoría y planificación sectorial fragmentada, se obstaculizan los avances del proceso de la política de salud y la búsqueda de más eficiencia para fortalecer la sostenibilidad financiera, y más calidad. Este último es crucial para retener los grupos con capacidad de pago dentro del sistema (no solo su financiamiento sino también su disfrute de los servicios ofrecidos lo cual también fortalecería la sostenibilidad financiera y política).

La sostenibilidad financiera del sistema además se vincula, entre otras cosas, con la capacidad del Estado de empujar una transición hacia la atención primaria, la prevención y promoción de la salud, lo cual requiere la instrumentalización de la rectoría en salud.

También se aumentaría la sostenibilidad financiera del sistema cuando se adopte instrumentos para facilitar el uso de recursos del sector privado por y para el sistema público con base en tarifas en vez de precios de mercado, como es el caso en Holanda.

Otro instrumento para elevar la eficiencia del sistema público de salud puede ser la introducción de mecanismos de pago prospectivos.

Con respecto a la cobertura efectiva de la población vulnerable o sin capacidad de pago no existe un sistema de monitoreo así que no es posible identificar las posibles bolsas de exclusión. La cobertura financiera demuestra problemas con respecto a la participación y control del Estado en particular. El gasto catastrófico estuvo bajo en 2004 pero no hay nuevos datos desde entonces.

Trayectoria en Costa Rica en los últimos veinte años: Reforma de los Noventa (EBAIS), Ley Protección al Trabajador, Reglamento del Seguro de Salud y Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS. No se avanzó debidamente con estos procesos por que no hubo ley que diera los instrumentos apropiados para

equipar al Ministerio de Salud y facilitar su liderazgo en esos procesos. Además, la planificación sectorial, entre otras cosas, es un proceso fragmentado.

Un instrumento clave para fortalecer la rectoría por parte del Ministerio de Salud sería la implementación de un sistema de monitoreo de salud independiente a las instituciones que implementan la política, en este caso la CCSS y el sector privado.

En los otros países seleccionados, en particular en Serbia y Holanda, parece que la legislación es más explícita en términos del compromiso con la CUS exigiendo por ejemplo transparencia de los diferentes actores en el sector salud. En todos los países las reformas buscan más equidad y eficiencia; en todos los países sin embargo existen importantes obstáculos. En particular la transición a sistemas de salud enfocados en la atención primaria, la prevención y promoción de la salud es lenta y complicada en todos los países.

Como conclusión: darle instrumentos al Ministerio de Salud de efectuar una efectiva coordinación sectorial puede ser una de las claves para avanzar hacia una verdadera, comprobada y sostenida CUS en Costa Rica. La otra puede ser la participación deliberativa de la población, la sociedad civil, y los demás actores relevantes en los procesos de la política de salud.

**Palabras clave:** sistema de salud, sistema financiero, reformas, cobertura, resultados, seguridad social en América Latina, extensión de la cobertura poblacional, indicadores socioeconómicos, Indicadores demográficos y epidemiológicos, Panamá, México, Serbia, Holanda

*‘La esencia del sistema está en la  
solidaridad de la sociedad costarricense.  
Sin esa solidaridad no se pueden dar  
los otros principios (universalidad y equidad).’*  
Informante no identificado, 2012

*‘La información es poder.’*  
Informante no identificado, 2012

## **1. Introducción<sup>1</sup>**

Costa Rica inicia el proceso de universalizar la seguridad social en 1961. Atravesando un camino lleno de piedras, por los años noventa cerca de 90% de la población se encuentra cubierta por el seguro de salud. Hoy, cuando muchos países dentro y fuera de la región latinoamericana aún no lograron la cobertura universal en salud, Costa Rica ya suma veinte años sosteniéndola. ¿Cómo se comparan sus logros y retos con otros países con un nivel de desarrollo humano similar?

Este documento analiza la organización del seguro de salud costarricense y su comportamiento durante el periodo 1990 – 2010. Pone en perspectiva comparada el diseño y la estructura de gobierno del esquema y sus avances y retos en términos de cobertura y sostenibilidad. El análisis es exploratorio y no exhaustivo dada la limitación de tiempo y la dificultad de encontrar datos nacionales y datos comparables a nivel internacional. Se espera que a pesar de estas limitaciones el análisis dé pautas para posibles siguientes pasos. Como se justifica más abajo, los países incluidos en el estudio además de Costa Rica, son Panamá, México, Serbia y Holanda.

El documento se organiza de la siguiente manera. En la sección 2 después de esta introducción, se discuten los dos modelos clásicos utilizados para organizar la seguridad social. La sección 3 discute el concepto de cobertura universal en salud, establece su relación con el de sostenibilidad financiera y refiere a la importancia de un sistema de monitoreo. En base con esos conceptos, se presenta en la sección 4 la metodología del estudio comparado. La sección 5 describe el primer punto de partida del análisis comparado: la construcción del sistema de salud costarricense con enfoque en su organización, instituciones claves y estructura de gobierno. La sección 6 presenta el segundo punto de partida del análisis comparado: los cambios contextuales que tomaron lugar entre 1990 y 2010 y sus efectos para el comportamiento de los diferentes sistemas de salud. En la sección 7 se analiza la organización de los sistemas de salud de los otros países seleccionados; la sección 8 se enfoca en las variaciones con respecto a los sistemas financieros en esos países; la 9 en las reformas más importantes implementadas durante las últimas dos décadas y la 10 presenta algunos resultados en términos de cobertura y sostenibilidad. La sección 11 se reserva para unas conclusiones y una discusión final.

## **2. Diferentes diseños para organizar la seguridad social**

Los orígenes de la seguridad social están en Alemania en el modelo llamado Bismarckiano que se implementa por primera vez a finales del Siglo XIX. El fin primordial es la protección social de los trabajadores asalariados contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, entre otros. En la época, diferentes empresas o ramos profesionales organizan cada uno su propio esquema de seguridad social. El financiamiento de este tipo de esquemas es con base en contribuciones bi- o tripartitas, incluyendo trabajadores, empleadores y eventualmente el Estado. Se trata de un tipo de impuestos dedicados relacionado al empleo y recaudado por cajas establecidas específicamente con ese fin, paralelas a los esquemas fiscales (OIT 2014).

A inicios del Siglo XX, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) inicia el proceso de negociar con sus Estados miembros una serie de tratados internacionales para la protección social de los trabajadores. En 1942, el gobierno inglés implementa el Plan Beveridge que facilita un modelo de seguridad social universal, ya no fragmentado por empresa o ramo profesional, sino uno que cubre a la población entera. En vez de contribuciones sociales, el sistema se financia con base en impuestos generales, es decir desde el presupuesto nacional.

El modelo Beveridge supera el carácter excluyente de la propuesta Bismarckiana facilitando cobertura a toda la población. A partir de este momento, la OIT y otras organizaciones comienzan a advocar sistemas de seguridad social universales a nivel global. En 1948 se incluye el derecho a la seguridad social en el Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (OIT 2014).

Desde entonces se han mantenido debates técnicos continuos sobre cuál de los dos modelos, el Bismarckiano o el de Beveridge, mejor garantiza la protección social de los trabajadores y la población en general. Cada uno se comporta diferentemente como consecuencia de su específico mecanismo financiero.

Primeramente, un sistema financiero de salud basado en contribuciones a un esquema de seguro social del tipo Bismarckiano, es un sistema en principio excluyente. Las personas deben afiliarse al esquema y pagar sus cotizaciones mensuales para poder gozar de los beneficios cubiertos. Los que no logran afiliarse, no tienen acceso a los beneficios del esquema. Estos esquemas, para lograr cobertura universal deben diseñar diferentes modalidades para garantizar que todos los grupos de la población tengan la oportunidad de afiliarse, incluyendo los trabajadores independientes y pensionados. Además, se deben construir mecanismos complementarios para cubrir a los familiares de los asegurados directos y a la población sin trabajo formal o sin capacidad de pago. La población por su parte, debe estar bien informada de los arreglos institucionales existentes para disfrutar de sus derechos.

Diferentemente, en el caso de un financiamiento desde el presupuesto nacional de tipo Beveridge, es decir un esquema financiado con base en impuestos generales, la cobertura universal está en principio garantizada desde la adopción de la ley. El esquema no requiere ningún tipo de afiliación por parte de la población; basta ser habitante del

país. En ambos casos, el sistema Bismarckiano y el Beveridge por igual, el goce del derecho a la salud, además del método de financiamiento, depende siempre de la cantidad de recursos financieros, humanos y de infraestructura disponibles y su distribución sobre el país, además de la calidad de los servicios, entre otros factores.

Esa disponibilidad de recursos financieros es un segundo aspecto que distingue los dos modelos. El sistema tipo Beveridge depende de las asignaciones financieras sectoriales por el Ministerio de Hacienda desde el presupuesto nacional. Consecuentemente, la disponibilidad de fondos para cada sector varía con cada gobierno de turno dependiendo de sus prioridades políticas. Bajo esas condiciones, un sistema de seguridad social puede desfinanciarse o comportarse diferentemente bajo consecutivos gobiernos. En los modelos Bismarckianos al contrario, las contribuciones sociales generalmente son reservadas para el sector salud explícitamente. Suelen manejarse por una institución creada únicamente con ese fin. En estos casos, la disponibilidad de fondos es más estable sobre el tiempo, aunque depende de otros factores, como el nivel de empleo por ejemplo. El Recuadro 1 resume las ventajas y desventajas de ambos modelos.

**Recuadro 1**

**Ventajas y desventajas de dos modelos de financiamiento para la seguridad social**

<b>Modo de financiamiento</b>	<b>Ventaja</b>	<b>Desventaja</b>
<b>Contribuciones a un esquema de seguro social</b>	Se pueden reservar los fondos separados del presupuesto nacional de manera que su disponibilidad no depende de la política del gobierno de turno	Excluyente en términos de la cobertura poblacional (el goce del derecho instituido se condiciona por la afiliación explícita)
<b>Presupuesto nacional (impuestos generales)</b>	Incluyente en términos de la cobertura poblacional (el goce del derecho instituido no requiere una afiliación explícita; basta ser habitante del país)	Los fondos se asignan desde el presupuesto nacional por lo que su disponibilidad depende de la política del gobierno de turno

Fuente: Elaboración propia

A lo largo del Siglo XX, diferentes países han implementado uno u otro modelo para organizar sus sistemas de seguridad social. Con base en análisis comparados se ha llegado a la conclusión de que no es sólo que cada uno de los dos modelos tiene sus pros y contras. Es más: ninguno de los dos es necesariamente mejor (Bolaños Cespedes 2005; OMS 2000; Mills 2007; OMS 2010). La decisión de implementar uno u otro modelo depende del contexto histórico-cultural del país, las preferencias de cada sociedad y las estructuras de poder, que a veces impiden o más bien empujan ciertos cambios. En cualquier caso, las ventajas y desventajas hay que manejarlas. Además, la tendencia actual es que los sistemas se mueven hacia alguna forma mixta, en la que se combinan mecanismos de ambos modelos.

### **3. Cobertura universal en salud, sostenibilidad financiera y la importancia del monitoreo**

Durante las últimas décadas, las instituciones internacionales de salud, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en América Latina la Organización Panamericana para la Salud (OPS), han priorizado ciertos temas para guiar los procesos de desarrollo de los sistemas nacionales de salud. Entre ellos destacan el movimiento Salud para Todos iniciado en Alma Ata en 1978 que presentó la atención primaria como instrumento para la adhesión social y el fortalecimiento de la participación local en los procesos de la salud (OMS 2008); la cobertura universal en salud como instrumento para garantizar el derecho a la salud sin catástrofe económico para los hogares basado en esquemas de financiamiento sostenible (OMS 2000; OMS 2005); el reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud enfocados en la importancia de factores exógenos al sistema de salud para los resultados en salud, en particular las circunstancias en que viven y trabajan las personas (OMS 2014<sup>a</sup>); el movimiento regreso a Alma Ata con el fin de revalorar la atención primaria como respuesta a la transición epidemiológica, entre otras cosas, promoviendo la transición de un enfoque de los sistemas de salud en servicios curativos a uno en servicios de prevención y promoción de la salud con el fin de realzar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud (OMS 2008); y el movimiento Salud en Todas las Políticas según la Declaración de Adelaide en 2010 subrayando el carácter intersectorial de la política de salud (OMS 2014b), entre otros.

En esta misma época, instituciones multinacionales más en general, como las agencias de Naciones Unidas y el Banco Mundial, dieron su impulso al tema del desarrollo humano. La medición del IDH desde la publicación del World Development Report 1993 titulado 'Invertir en Salud' (The World Bank Group 2014) es parte de este proceso, igual que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) definidos para el periodo 2000-2015 (ONU 2014a). La expectativa es que para el periodo post-2015 cuando inicia una nueva ronda de Objetivos de Desarrollo, la cobertura universal en salud (CUS) representará uno de los nuevos objetivos cuyo progreso se monitoreará en cada país. La CUS así se hará parte de una visión de desarrollo basado en el desarrollo sostenible (WHO 2012).

Cobertura universal en salud, según Margaret Chan, Director General de la OMS, es el concepto singular más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Se la entiende como incluyente porque unifica servicios y los presta en una manera comprensiva e integrada, basada en la atención primaria (OMS 2014c). La directora ha llamado a los gobiernos a asumir el compromiso con la CUS, a empujar el proceso y seguir progresando hacia esa meta. Lo mismo ha iniciado un proceso global que se puede seguir en varias fuentes digitales, entre otras la página UHC Adelante (UHC Adelante 2013).

#### **¿Qué implica cobertura universal en salud?**

Según Mills, cobertura universal en salud implica dos cosas: protección financiera y equidad de acceso. Protección financiera, independientemente de cómo se logra, significa acceso garantizado a servicios necesarios sin consecuencias catastróficas para las economías del hogar; equidad de acceso significa acceso garantizado para todos, sin



diferenciación entre personas por su lugar de residencia, ingreso, etnicidad, sexo, religión, antecedentes políticos o sociales, o cualquier otro factor menos necesidades en salud (Mills 2007). Desde una perspectiva crítica, el concepto de acceso se debe complementar con el de 'efectividad' reconociendo de que no sólo factores de oferta sino también los de demanda determinan si los servicios de salud logran su propósito (Tanahashi 1978). Para lograr una cobertura o utilización efectiva, los servicios de salud deben ajustarse a las circunstancias de vida y necesidades en salud de la población y no al revés. Con respecto a la organización de los sistemas de salud esto implica que estos deben ser suficientemente flexibles como para ajustarse a cambios contextuales y modificaciones en las circunstancias de vida y condiciones de salud de la población. Cobertura efectiva según Tanahashi sólo refiere a aquellas personas que reciban servicios de salud efectivos. Es decir, se refiere a resultados concretos en la realidad diaria de la población, no a sistemas. En las palabras de Anand, cobertura universal en salud implica que todos utilicen de manera efectiva los servicios de salud que necesiten (Anand 2012).

Cobertura universal en salud no representa un punto final, sino es un proceso progresivo continuo que requiere la colaboración sistémica de los diferentes actores públicos y privados que juntos conforman el sistema nacional de salud. El punto de partida de este proceso es el compromiso del Estado con la CUS. En su Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, la OMS destaca la importancia del papel del Estado y su delegado, generalmente el Ministerio de Salud, en este proceso (OMS 2000). En particular, se subraya su papel como rector del sistema de salud y promotor de equidad y eficiencia en la gestión de los recursos. Dentro de sus funciones está la de liderar y dirigir la actividad de los actores sociales y garantizar que el proceso se desarrolle de manera participativa y transparente. Su instrumento más importante, es la información.

El sistema de salud tiene cuatro funciones claves: rectoría, financiamiento, gestión de recursos y provisión de servicios (OMS 2000). Para lograr la CUS, todas esas funciones preferiblemente se organizan de manera sistémica, no fragmentada, realzando así la equidad (es decir, que no haya diferencia entre las condiciones de acceso para diferentes grupos de la población) y la eficiencia (es decir, que se optimice la gestión y distribución de los recursos). La rectoría, como afirma la OMS es 'tal vez la función más importante', porque es el instrumento del Estado para dirigir el proceso en términos políticos. Su ejercicio depende en gran parte de la capacidad o acceso a instrumentos de gestión que tenga para dirigir y monitorear el proceso y para poder actuar con base en evidencia: 'Esta función exige capacidad de visión, hacer acopio de información y ejercer influencia, principalmente por el Ministerio de Salud, que debe supervisar y guiar la realización y el desarrollo de las acciones sanitarias nacionales a nombre del gobierno' (OMS 2000: 137).

El sistema financiero de salud, para sostener la CUS, debe basarse en la solidaridad: toda la población debe contribuir, sea en forma de impuestos o contribuciones sociales, con base en su capacidad de pago e independiente de sus necesidades en salud. Los fondos públicos que así se recogen pueden complementarse por pagos directos o de bolsillo, pero, como se discute más abajo, de manera controlada y solo aplicados a personas con capacidad de pago y para acceder servicios no muy costosos.

El análisis aquí presentado no permite entrar en detalles con respecto al actual debate sobre la medición del progreso en protección financiera y utilización de servicios a nivel de países. Subrayando la importancia de un monitoreo constante por parte del Estado y su(s) delegado(s), este estudio se limita a explorar unos indicadores de comportamiento generalmente aceptados y medidas implementadas en las últimas dos décadas en los países seleccionados.

### **¿Qué es la relación entre cobertura universal en salud y sostenibilidad financiera?**

Como mencionado arriba, la CUS es un compromiso del Estado con la población. Realizarlo en sistemas basados en la seguridad social, donde la universalización no es automática, requiere ciertos esfuerzos específicos. Por ejemplo, el Estado debe garantizar el acceso de los grupos de la población sin capacidad de pago, o sin posibilidad de afiliarse al esquema, porque sólo cuando se garantice la participación de todos bajo las mismas condiciones, un sistema de salud es verdaderamente universal. Si se logran los principios de la CUS, el sistema se convierte en un instrumento de redistribución de riqueza y reducción de la pobreza; si no, puede hasta aumentarla.

El compromiso con la CUS implica equidad en el disfrute del derecho instituido por un lado y sostenibilidad financiera y eficiencia en la gestión de los recursos del sistema por otro. Ambos elementos están intrínsecamente relacionados, como propone la Figura 1.

**Figura 1**

### **La relación entre el compromiso con la CUS y la sostenibilidad financiera**



Fuente: Elaboración propia

En otras palabras, la CUS y la sostenibilidad financiera son parte del mismo compromiso: su relación es recíproca porque sin sostenibilidad financiera no puede haber cobertura universal sobre el tiempo, y sin cobertura universal poblacional y participación financiera de todos, no puede haber sostenibilidad financiera. Para garantizar que todos tengan

voluntad de participar en el esquema, además es clave que los servicios sean comprensivos y de buena calidad.

La CUS como política pública solo puede realizarse desde una perspectiva sistémica por un proceso liderado por el Estado; sólo el Estado tiene potestad de implementar políticas que construyen universalidad. Además, para lograr la CUS, la participación del Estado debe estar en todo: lo político, lo financiero y la fiscalización. Para tal propósito, el Estado y su delegado en el sector salud deben tener acceso a instrumentos efectivos de monitoreo para evaluar el progreso de las medidas implementadas y corregir su rumbo en momentos críticos. Esto es válido cada vez más en vista de la creciente complejidad y multiplicidad de intereses representados en el proceso. Es más, como la meta es cobertura universal a nivel nacional, el monitoreo también debe realizarse con la participación de la población nacional y todos los actores sociales involucrados. Las exigencias al sistema de monitoreo implementado son sumamente altas<sup>2</sup> y la clave es que facilite una fiscalización independiente de las partes involucradas en la implementación de la política.

## 4. Metodología del estudio

### Selección de países

El objetivo de este estudio es analizar los avances y retos que caracterizan el proceso de la CUS en Costa Rica durante los últimos veinte años y compararlos con los procesos en otros países con similares Índices de Desarrollo Humano (IDH). Los criterios para la selección de países son los siguientes: 1. Tener una organización de seguridad social similar a Costa Rica; y 2. Tener un Índice de Desarrollo Humano (IDH) similar a Costa Rica.

**Tabla 1**  
**Los diez países con valor IDH más cercano al de Costa Rica, 2012**

2012 Rango IDH	País	2012 Valor IDH	2012 Esperanza de Vida al nacer	2010 Años escolares promedio	2011 Años escolares esperados	2012 GNI per capita	2012 Valor IDH sin ingreso
57	Bulgaria	0,782	73,6	10,6	14,0	11.474	0,826
57	Saudí Arabia	0,782	74,1	7,8	14,3	22.616	0,774
59	Cuba	0,780	79,3	10,2	16,2	5.539	0,894
59	Panamá	0,780	76,3	9,4	13,2	13.519	0,810
61	México	0,775	77,1	8,5	13,7	12.947	0,805
62	Costa Rica	0,773	79,4	8,4	13,7	10.863	0,816
63	Grenada	0,770	76,1	8,6	15,8	9.257	0,827
64	Libia	0,769	75,0	7,3	16,2	13.765	0,791
64	Malaysia	0,769	74,5	9,5	12,6	13.676	0,791
64	Serbia	0,769	74,7	10,2	13,6	9.533	0,823
67	Antigua and Barbuda	0,760	72,8	8,9	13,3	13.883	0,776
67	Trinidad and Tobago	0,760	70,3	9,2	11,9	21.941	0,743

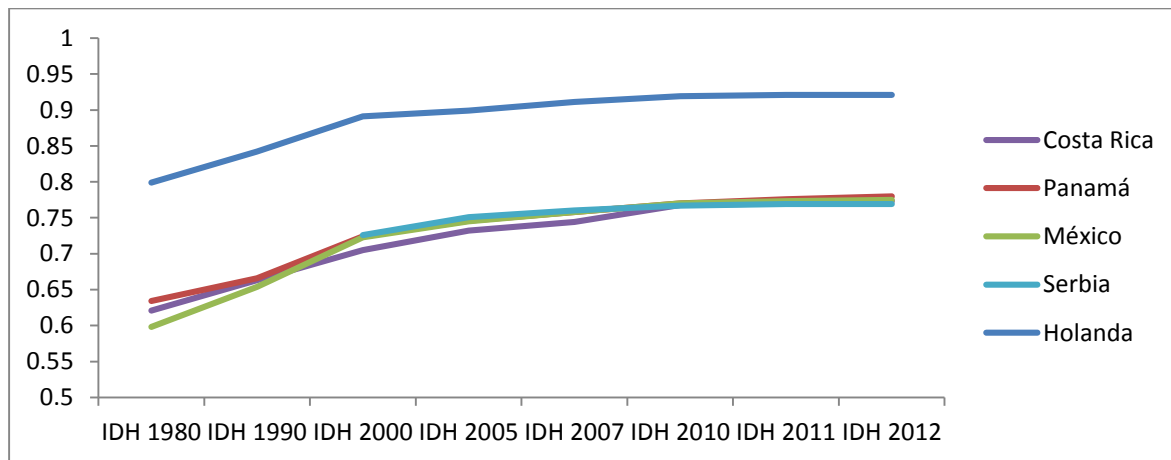
Fuente: UNDP 2014

El IDH es un indicador compuesto monitoreado anualmente por las Naciones Unidas. Mide el desarrollo de los países en términos de avances económicos y también con respecto a los sectores de salud y educación (UNDP 2014). La Tabla 1 presenta los diez países con el IDH más cercano al de Costa Rica según datos de 2012.

Los países seleccionados son Panamá, México como países dentro de la región latinoamericana, y Serbia de fuera de la región<sup>3</sup>. Estos países, como Costa Rica, son de ingresos mediano-altos según la clasificación del Banco Mundial (Banco Mundial 2014). Además se incluye a Holanda, país de ingresos altos con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) más alto que Costa Rica, que comparte una organización de su sistema de salud similar. Se espera que este caso sirva para Costa Rica como punto de referencia y para ver otras opciones. Aprender de experiencias de otros países, incluyendo los de ingresos más altos, no es ajeno al país. Durante todo el proceso de construcción del sistema de salud, Costa Rica ha mirado frecuentemente a las experiencias de países como Chile, Canadá, Inglaterra, España y otros; unas veces acogiendo sus ideas, y otras descartándolas.

El Gráfico 1 demuestra los cambios en los valores IDH de los países seleccionados a lo largo del periodo 1990 – 2010. Notablemente, Costa Rica sigue una tendencia menos acelerada entre 1990 y 2009 que Panamá, México y Serbia, pero lo recupera después. La curva que sigue Holanda, aunque en un nivel más alto, sigue una tendencia similar a la de los otros países seleccionados, todos con una desaceleración a partir de 2000.

**Gráfico 1**  
**Tendencia Valor IDH Costa Rica y países seleccionados, 1980 - 2012**



Fuente: UNDP 2014

Los cinco países seleccionados cuentan con un sistema de salud que se financia con base en contribuciones sociales complementadas con aportes del Estado para cubrir los gastos de la población sin capacidad de pago. Todos se fundamentan en el compromiso con la CUS. Las reformas implementadas durante los últimos veinte años se enfocan en el progreso hacia la CUS y/o son respuestas a cambios contextuales. Son reformas que pretenden realzar la equidad y eficiencia de los sistemas de salud, dentro de los márgenes establecidos por cada sociedad.

## **Indicadores para el análisis comparado**

El análisis se construye sobre los siguientes grupos de indicadores: organización del sistema de salud; cambios contextuales durante los últimos veinte años; sistema financiero; reformas implementadas y sus resultados. Se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2**  
**Indicadores del análisis comparado**

Organización del sistema de salud	Instituciones claves Aspectos de gobernanza del sector salud
Cambios contextuales	Indicadores socio-económicos (PIB per cápita, GINI, pobreza) Indicadores demográficos (taza de dependencia, esperanza de vida, mortalidad infantil) Indicadores epidemiológicos (transición epidemiológica)
Sistema financiero	¿Sistema solidario? ¿Sistema fragmentado o unificado?
Reformas implementadas	Medidas de equidad Medidas de eficiencia (¿enfoque en el primer nivel?)
Resultados de la reforma	Cobertura poblacional Cobertura por servicios Cobertura financiera (gasto total en salud, gasto de bolsillo) Sostenibilidad

Fuentes: Elaboración propia

Con respecto a la organización de los sistemas se analizan los actores claves para la prestación de servicios médicos, generalmente el Ministerio de Salud, el instituto del seguro social y el sector privado; y algunos aspectos de la gobernanza del sector salud, entre otros la estructura de gobierno del instituto de seguridad social y su relación con el Ministerio de Salud. El análisis de cambios contextuales se enfoca en cambios socio-económicos, demográficos y epidemiológicos. Con respecto al sistema financiero, se analiza el grado de su solidaridad y su eventual fragmentación o unificación. Se distinguen sistemas con un fondo único y los con múltiples fondos; en este último caso se distinguen los con fondos separados versus interconectados.

Los procesos de extensión de la cobertura financiera, poblacional y de servicios respectivamente se presentan como estrategias, relacionadas a las reformas implementadas, para lograr la CUS (OMS 2010). Se analizan su impacto con respecto a la equidad y eficiencia del sistema de salud. Cobertura poblacional refiere a los diferentes grupos de la población incluidos en el esquema; cobertura por servicios refiere al paquete de beneficios garantizado; y cobertura financiera a la relativa participación de fondos públicos. Los niveles de estos tres tipos de cobertura determinan en gran parte el grado en que los diferentes grupos de la población disfruten del derecho instituido. Medidas analizadas con respecto a la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas incluyen la posible transformación de un sistema enfocado más en servicios de prevención y promoción de la salud con el fin de disminuir el uso de servicios hospitalarios y para dar respuesta a las transiciones demográfica y epidemiológica. Otros indicadores de eficiencia analizados

incluyen 'la relación entre asegurados directos activos y familiares' e instrumentos de control de la demanda, entre otros.

Para la recolección de datos, el análisis recurre a fuentes primarias y secundarias, incluyendo documentos institucionales y estudios antecedentes. También se hace uso de información recogida con base en una serie de entrevistas. Finalmente, se consultan páginas web de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), otras agencias de Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Banco Mundial (BM). Se encontraron limitaciones en la disponibilidad de datos, en particular de datos comparables a nivel internacional.

## **5. Primer punto de partida del análisis comparado: la construcción del sistema de salud costarricense**

El Seguro Social en Costa Rica nace como programa adscrito al Poder Ejecutivo en 1941 y se incorpora como parte de las Garantías Sociales en la Constitución Política del país en 1943. En esa época, sólo se cubren los riesgos de Enfermedad y Maternidad (EM). La obligación de afiliarse y la posibilidad de disfrutar del derecho instituido se reservan a los trabajadores manuales e intelectuales de zonas urbanas con sueldos bajos exclusivamente. Era lo común en la región, como también era común que los sistemas de seguridad social eran públicos por ley (Bolaños Céspedes 2005: 70).

Costa Rica no fue pionera en materia de la Seguridad Social en América Latina. El país formaba parte del grupo de la 'segunda ola' (Bolaños Céspedes 2005: 82) al que también pertenecen Panamá y México. Chile, entre otros, creó su sistema en los años veinte siendo parte de la primera generación. El sistema costarricense, como la mayoría a nivel regional, se basa en los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad. Sin embargo, diferente a los demás países, Costa Rica implementó una reforma constitucional en 1961 cambiando su concepto de universalidad; desde entonces ya no se referiría sólo a todos los trabajadores y sus familiares, sino a la población en su totalidad. Costa Rica realizó así un ajuste del tipo 'Beveridge' a su sistema fundamentalmente 'Bismarckiano'.

A partir de 1947 se incorpora en el esquema de la CCSS el seguro de pensiones. Este seguro ofrece protección contra los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). A partir de 1995 se desarrollan nuevas modalidades convirtiéndolo en un sistema multi-pilar (Sauma 2013). Desde el seguro de salud también se intenta desarrollar unas figuras mixtas a partir de los ochenta, pero no se ha implementado ninguna reforma legal. El sistema consecuentemente, ha mantenido su carácter público hasta el día de hoy. El sector privado de salud opera en un segmento del mercado paralelo bajo un esquema de regulación mínima.

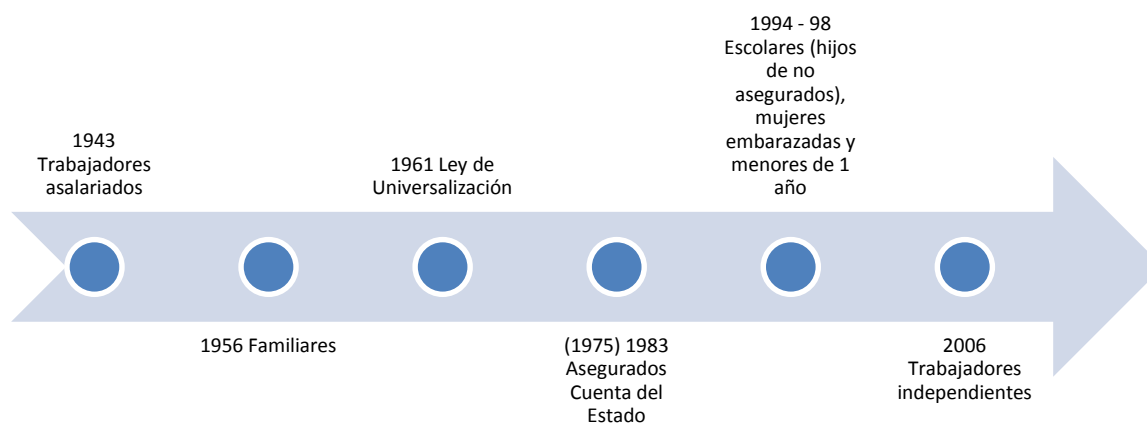
## La universalización del seguro de salud en Costa Rica

El compromiso del Estado costarricense con la CUS data de 1961, año en que se ordena la CCSS a extender sus servicios sobre toda la población nacional dentro de un plazo de diez años (Miranda 2006: 14). El país acogió sus ideas de países como Inglaterra y Canadá que ya contaban con sistemas universales en salud. Según Miranda, la reforma de 1961 fue un acontecimiento grande, porque ‘colocó a nuestro país a la misma altura de Canadá y Chile, que eran los únicos países que tenían una legislación de cobertura universal’ (Miranda 2006: 14). Donde Costa Rica sí fue pionero fue en perseguir la cobertura universal con base en el seguro social; sus países ejemplos, Canadá e Inglaterra, entre otros, financiaban sus sistemas universales con base en impuestos generales y asignaciones del presupuesto nacional.

Costa Rica se acercó a la universalización en un periodo de tres décadas, llegando a un 87% de cobertura poblacional a finales de los noventa (Garnier 2006: 4). Desde entonces implementó una serie de medidas adicionales con el fin de cerrar esa última brecha. A lo largo del tiempo, la CUS en Costa Rica representa un proceso incremental construido sobre tres líneas estratégicas: extensión de cobertura poblacional, cobertura de servicios y cobertura financiera respectivamente (Vargas y Muiser 2013).

El proceso de extensión de la cobertura poblacional tiene unos importantes hitos, como señala la Figura 2.

**Figura 2**  
**Extensión de la cobertura poblacional**



Fuente: Elaboración propia

Entre ellos, se amplía el esquema a incluir a los familiares de los asegurados directos en 1956; se forja el compromiso con la CUS en 1961; el Estado asume la responsabilidad para financiar la cobertura de la población sin capacidad de pago según la modalidad de asegurados ‘por Cuenta del Estado’ en 1983 (formalmente ya en 1975); y después de la Reforma de los Noventa, entre 1994 y 1998, se incluyen a los escolares o hijos de padres

no asegurados, las mujeres embarazadas y los menores de un año dentro del esquema (Miranda 2006). Finalmente, en 2006, cerrando la brecha entre trabajadores asalariados e independientes con el Reglamento del Seguro de Salud en 2006, se obliga la afiliación a la CCSS de esos últimos (CCSS 2014a). Es en las últimas dos décadas entonces que la afiliación poblacional se hace realmente mandataria para todos, aunque el mismo Reglamento mantiene una modalidad para el 'No Asegurado' definido como 'habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud' (CCSS 2014a: 6). Así se mantiene el espacio del 'opting out' para la población afluyente. Este grupo puede utilizar los servicios de la CCSS sólo por un pago directo o de bolsillo, salvo en casos de emergencias cuando la atención médica en Costa Rica es incondicional.

La expansión de la cobertura financiera se logra en Costa Rica eliminando los topes salariales también de manera incremental. Originalmente sólo se obligaba a los trabajadores asalariados con sueldos bajos a cotizar para la CCSS, pero con la Ley Orgánica del Ministerio de Salud se autorizó la modificación administrativa para la ruptura progresiva de los topes salariales (Miranda 2006: 15). Entre 1960 y 1975 se aumenta el tope de 300 a 400 y luego a mil colones mensuales, para finalmente eliminarse del todo. Desde entonces, todos los trabajadores asalariados y sus patronos se obligan a cotizar para la CCSS sobre los salarios enteros (Garnier 2006: 3). Como mencionado arriba, con el Reglamento del Seguro de Salud de 2006 se obliga a todos los trabajadores, asalariados e independientes, a cotizar sobre todas sus remuneraciones, incluyendo salarios y otros ingresos. El Reglamento además establece medidas para hacer más efectiva la recaudación y el control de evasión y morosidad de empleadores y empleados.

La expansión de cobertura por servicios médicos se realiza por medio del traspaso de los hospitales del Ministerio de Salud y la Junta de Protección Social a la CCSS entre 1973 y 1985. Esto representa otra política única de Costa Rica. La CCSS consigue su propia infraestructura para realzar la eficiencia de su gestión; anteriormente compraba los servicios de los hospitales, con base en precios de mercado (Miranda 2006). Con el traspaso de los hospitales a la CCSS, la organización del sistema de salud se distinguió radicalmente de lo común en América Latina donde las instituciones de la seguridad social y los Ministerios de Salud cada uno cuentan con sus propias infraestructuras, cada uno sirviendo grupos de la población distintos: las primeras, trabajadores afiliados y sus familiares, y los segundos, la población no asegurada. En Costa Rica, contrariamente, toda la población se sirve en los mismos establecimientos y bajo las mismas condiciones.

Con respecto a los servicios del primer nivel de atención, a partir del mismo año 1973, la CCSS comienza a ofrecerlos desde sus hospitales; además, el Ministerio de Salud inicia la extensión de programas de atención primaria conocidos como Salud Rural y Salud Comunitaria en zonas rurales marginales y urbanas marginales respectivamente. Según la Ley, el Ministerio de Salud podía implementar estos programas a condición de que no perjudicaran los programas de la CCSS. Los programas del Ministerio de Salud en particular han sido considerados claves para las mejoras en salud logradas en Costa Rica durante los años ochenta (Rosero-Bixby 1995). Como se discute más adelante, con la Reforma del Sector Salud de los Noventa, se trasladaron también todos los servicios del primer nivel, incluyendo la infraestructura y recursos humanos relacionados con los programas del Ministerio de Salud, a la CCSS.



## *Aspectos de la gobernanza*

### La estructura de gobierno de la CCSS

Como señalado arriba, el diseño del esquema de la seguridad social costarricense se origina en las experiencias chilenas. Según Guido Miranda, ‘Chile es el primer país que aprueba la creación del Seguro Obrero en 1925, que inicia funciones al lado de las ya establecidas y consolidadas mutuales. Lo hace con dos grandes desventajas que a lo largo del tiempo le costarán su sobrevivencia: su recaudación económica la hace el Estado y compra servicios a los hospitales de la Beneficencia Pública para cumplir con sus prestaciones. Es decir, ingresos teóricos y gastos reales altos, por lo que para 1940 estará cerrando sus Ambulatorios’ (Miranda 2006: 4).

Esas experiencias chilenas llevan a que con la creación de la CCSS se priorizan los principios de autonomía institucional para así evitar la intervención por parte de los gobiernos de turno en la gestión y el uso de los recursos. Además se desarrolla la idea de que la CCSS debe disponer de servicios propios para atender a sus afiliados (Miranda 2006: 7). Diferente a otras instituciones de seguro social en la región, la CCSS no sólo obtuvo un estatus de autonomía administrativa sino también de gobierno.

Ya en los años setenta, este alto nivel de autonomía de la CCSS se consideró un obstáculo para la coordinación sectorial por lo que se implementan una serie de reformas para limitar la autonomía de la CCSS con respecto al Poder Ejecutivo. En 1968 se implementa una reforma constitucional que les quita la autonomía de gobierno a las instituciones autónomas, incluyendo las instituciones aseguradoras del Estado. Luego, en 1974, la Ley Reforma Juntas Directivas de Autónomas. Creando Presidencias Ejecutivas, establece en su Artículo 1 que ‘a fin de que los Ministros de Gobierno dediquen todo su tiempo a las funciones propias de su Cartera, no se les nombrará representantes del Poder Ejecutivo en las directivas de las instituciones autónomas’. La Ley establece que la figura del Presidente Ejecutivo de las instituciones autónomas es asignado por el Consejo de Gobierno. Hasta entonces, el Ministro de Trabajo presidía la Junta Directiva de la CCSS (Miranda 2006: 15 - 16).

Estas reformas de la administración pública sin embargo, no afectaron la Ley Constitutiva de la CCSS según la que la institución mantuvo la autonomía de gobierno. Y a pesar de una serie de resoluciones de la Corte Suprema que confirmaron que la CCSS, sea como sea, es obligada a contribuir de manera constructiva a los procesos de planificación sectorial, los problemas con la coordinación sectorial han vuelto a surgir con regularidad. Como se discute en adelante, la Reforma del Sector Salud de los Noventa intentó fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud con base en un fortalecimiento institucional, no con una reforma legal, con el fin de mejorar los procesos de la coordinación sectorial. Sin embargo, la Ley Protección al Trabajador de 2000 volvió a reafirmar la autonomía administrativa y de gobierno de la CCSS y el problema con la coordinación sectorial continuó. Actualmente, la Junta Directiva de la CCSS consiste en nueve miembros: el Presidente Ejecutivo más dos otros representantes del Estado, tres representantes de los patronos y tres de los obreros. El Ministerio de Salud no forma parte de la estructura de gobierno de la CCSS.

### Potestad de rectoría del Ministerio de Salud: una rectoría fragmentada

La legislación que dirige el proceso de la política de salud en Costa Rica aún se basa en la Ley General de Salud de 1973. El Artículo 2 establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado y que es función esencial del Estado velar por la salud de la población. También hace explícito que corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud. El Artículo 3 afirma que todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud y los Artículos 4 y 5 forman la base de lo que es la potestad del Ministerio de Salud como rector. En el Artículo 7, la ley estipula que la presente y demás leyes, reglamentos y disposiciones administrativas relativas a la salud son de orden público, y que prevalecen en caso de conflicto sobre cualesquiera otras disposiciones de igual validez formal.

El Artículo agrega, sin embargo, que ninguna de estas reglas puede ser en perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud (Ley General de Salud, 1973). La Ley Orgánica del Ministerio de Salud del mismo año, mantiene ese mismo orden. Es decir, la legislación vigente no le da potestad de rectoría al Ministerio de Salud sobre la CCSS, ni sobre el sector privado. Su potestad no va más allá de procesos de acreditación de establecimientos de salud, salvo en caso de emergencias de salud, cuando el Ministerio sí tiene poder de dirigir una intervención en nombre del Estado. Esto, sin embargo, no es rectoría sectorial. En realidad, la CCSS y otras instituciones del sector salud, ejercen su propia rectoría. Es decir, por no haberse dado una reforma legal para instrumentalizar la rectoría en salud a nivel propiamente sectorial, la misma quedó fragmentada.

## **6. Segundo punto de partida del análisis comparado: cambios contextuales para el periodo 1990 – 2010**

En esta sección se analizan los cambios contextuales que se dieron a nivel regional y global durante los últimos veinte años. Los mismos presentan las nuevas condiciones a que los sistemas de salud deben ajustarse si quieren cumplir con su compromiso con la CUS, y las que motivan las respectivas reformas del sector salud presentadas a continuación.

En América Latina, la década de los noventa se precede por una crisis económica internacional y el inicio de los programas de ajuste estructural (Hidalgo Capitán 2000a; Ahumada 1998). La crisis tiene repercusiones importantes en las economías y programas sociales nacionales. Entre otras cosas, se afectan los niveles de empleo de tal forma que también se reduce la capacidad recaudatoria de los esquemas de seguridad social.

A nivel mundial, el periodo marca un cambio paradigmático del papel del Estado en los procesos socio-económicos de los países. Se da la transición del Estado benefactor hacia el Estado neoliberal, lo que implica que los servicios públicos, hasta entonces administrados por empresas públicas generalmente, se abren poco a poco a la voluntad del mercado. En esa misma época, muchos países en vías de desarrollo enfrentan

problemas para financiar sus deudas acumuladas con los dólares del petróleo en la década anterior y entran en una crisis fiscal. En este contexto, se presentan las instituciones financieras internacionales (IFI), en particular el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), para empujar los países a reformar sus administraciones públicas. La política de las IFI en ese momento es promover la reducción de gastos públicos y abrir el espacio a actores privados y descentralizados.

Costa Rica experimenta esas presiones en un momento en que la crisis financiera amenaza acabar con la CCSS y se plantea una alternativa desde el sector privado. Según Miranda, la crisis de los ochenta en Costa Rica ‘se fue acentuando de tal forma, que empezó a aparecer el temor de la sostenibilidad de los servicios’ (Miranda 2006:17). Como plantea el autor, ‘la crisis del petróleo trajo otros cambios. El más amenazante para la sociedad fue la pérdida de aquella solidaridad que tres décadas antes había movido montañas. Vimos aparecer nuevos conceptos en la economía de los países del Continente y las normas de apoyo de los organismos financieros regionales: el cambio de la función del Estado, que en los países en desarrollo había sido su principal motor. Ahora se trataba de obtener “un Estado pequeño, vigilante y regulador de un sector privado sustitutivo”. Los presupuestos de los Ministerios de Salud, para comenzar, comenzaron a ser reducidos, para que la necesidad desarrollara el sector privado, aunque tuviera que ser pagado del bolsillo del usuario’ (Miranda 2006:18).

Con el fin de rehabilitar el proceso económico, Costa Rica comienza a impulsar una nueva política enfocada en la participación económica del país en el mercado global (Garnier 2006). También comienzan las deliberaciones, como indica Miranda, sobre la posible privatización de los servicios de la CCSS y otras empresas públicas. Otros países dentro y fuera de la región latinoamericana formulan sus propias estrategias ante los cambios contextuales, cada uno dando rumbos diferentes a sus procesos de política pública. En términos generales dominan a partir de los ochenta, los pensamientos neoliberales a nivel global. Estos comienzan a atenuarse a finales del Siglo XX, cuando se evidenció el impacto negativo de tales políticas sobre los índices de pobreza e inequidad social con lo que generan nuevas tendencias de recuperación del gasto social en ciertos países. Actualmente, ante un proceso crecientemente globalizador, los debates académicos y políticos se centran, entre otras cosas, en la definición de los márgenes óptimos para la capacidad regulatoria del Estado.

En Costa Rica, bajo el modelo del Estado neoliberal durante dos décadas consecutivas, el Estado cedió, de manera paulatina y relativa, las arriendas sobre el proceso de la política de salud a la CCSS como institución autónoma descentralizada. Ilustrativo para esta afirmación es el hecho de que en 1994 el Banco Mundial entregó los fondos para la reforma del sector salud, obviamente con el aval del gobierno de turno, a la CCSS, incluyendo el dinero prestado para el proyecto de fortalecimiento del Ministerio de Salud (Mirando 2006). En el mismo periodo creció el espacio del sector privado de salud que siempre operaba paralelo al esquema público, como resultado de la desregulación promovida por el nuevo modelo económico. Siguiendo el análisis de Güendel y Trejos con respecto a las tendencias políticas de la década anterior (Güendel y Trejos 1994: 24 – 26), se concluye que ciertos sectores empresariales relacionados a ese nuevo modelo promovieron la comercialización de los servicios, entre otras cosas a través del turismo

médico. Se aliaron con fracciones políticas conservadores neoliberales representadas también en la misma CCSS aumentando su control sobre los procesos políticos, incluyendo los de salud. Como se demuestra aquí abajo, el gasto privado en salud creció en particular entre 2000 y 2007 en Costa Rica, periodo en que todo esto culminó en un evento dramático para la institución.

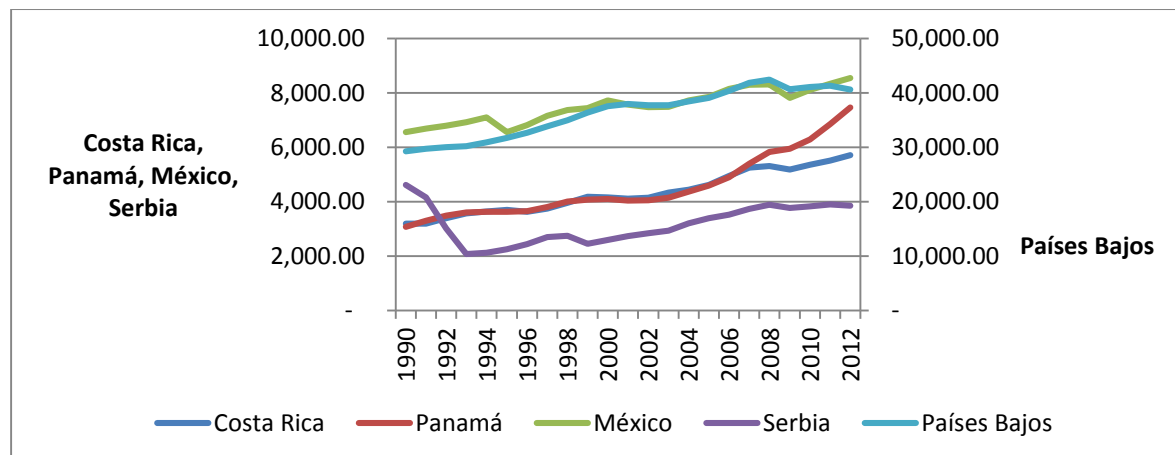
En México, Panamá y Serbia las dos décadas pasadas han sido más turbulentas que en Costa Rica. Aquellos países, además de problemas económicos y financieros, pasaron por crisis políticas y sociales aún más impactantes. Panamá pasó años de dictadura y corrupción, Serbia pasó por la guerra de los Balcanes y procesos de su independización a partir de 2003 y 2008 respectivamente, y en México se produjo la guerra de las drogas que generó niveles de violencia social sin precedentes y que duran hasta el día de hoy.

### **Indicadores socio-económicos**

Para comparar tendencias durante las últimas dos décadas en el comportamiento económico de los cinco países incluidos en este estudio, la Gráfica 2 presenta la del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita en US\$ a precios constantes de 2005.

Se observa que el PIB de Costa Rica es estable con una tendencia de crecimiento paulatino en todo el periodo. Sigue una tendencia similar a Panamá hasta 2007 cuando el PIB panameña comienza a crecer. Entre los países latinoamericanos presentados, el PIB per cápita de Costa Rica en 2012 es el más bajo. Su lento crecimiento, sin embargo, se compensa, ante un contexto políticamente menos complicado que en Panamá y México por ejemplo, por una potencial disponibilidad de fondos públicos para diferentes programas sociales relativamente alta. El rápido crecimiento del PIB per cápita de Panamá desde 2007 se relaciona, entre otras cosas, con el fin de las turbulencias políticas y los ingresos generados por el Canal. México tiene el PIB per cápita más alto de los países latinoamericanos presentados. Es esperable que los problemas sociales señalados arriba, afectan la disponibilidad de fondos para programas sociales, situación que sin embargo no se puede visualizar con base en el PIB per cápita que presenta promedios sin detectar niveles de desigualdad. En Serbia el PIB per cápita disminuye entre 1991 y 1993 para luego comenzar un lento ascenso. Sin embargo se mantiene por debajo de los tres países latinoamericanos, debido a que en su periodo post-guerra inicia también la crisis financiera europea. Holanda tiene un PIB per cápita encima de los demás países aquí analizados, con una tendencia creciente desde 1990 a 2008 seguido por una leve caída entre 2008 y 2009, y luego una relativa recuperación hasta la actualidad.

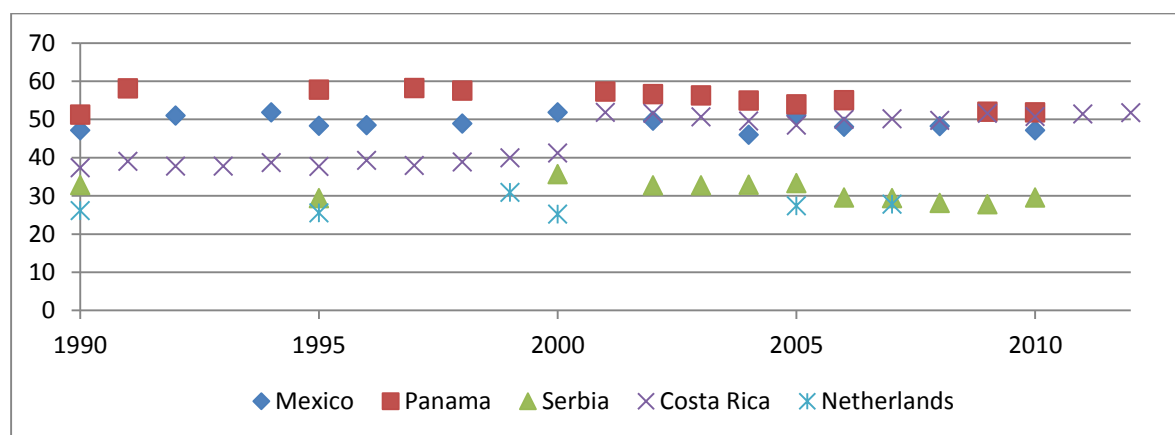
**Gráfico 2**  
**Producto Interno Bruto (PIB) per cápita en US\$ a precios constantes de 2005 en los cinco países seleccionados, 1990 – 2012**



Fuente: Banco Mundial (2014b)

Para analizar tendencias en los niveles de inequidad social, se recurre al índice de GINI que refleja (in)equidad de ingreso, o mejor dicho, el efecto de las políticas sociales implementadas sobre la distribución de ingreso. El Gráfico 3 presenta la tendencia del índice GINI en los cinco países seleccionados durante el periodo 1990 - 2010. Se utilizan diferentes fuentes, y también faltan datos por lo que no se pueden hacer conclusiones duras. Sin embargo, el Gráfico visualiza unas tendencias. Se observa que la inequidad de ingreso en el periodo 1990 – 2010 sólo crece en Costa Rica. Sobre el mismo periodo el GINI disminuye levemente en Panamá; en México está en un nivel similar al de Costa Rica con leves fluctuaciones hacia la posible disminución desde 2000; y en Serbia y Holanda está por debajo de los países latinoamericanos sin mayores cambios en el periodo estudiado.

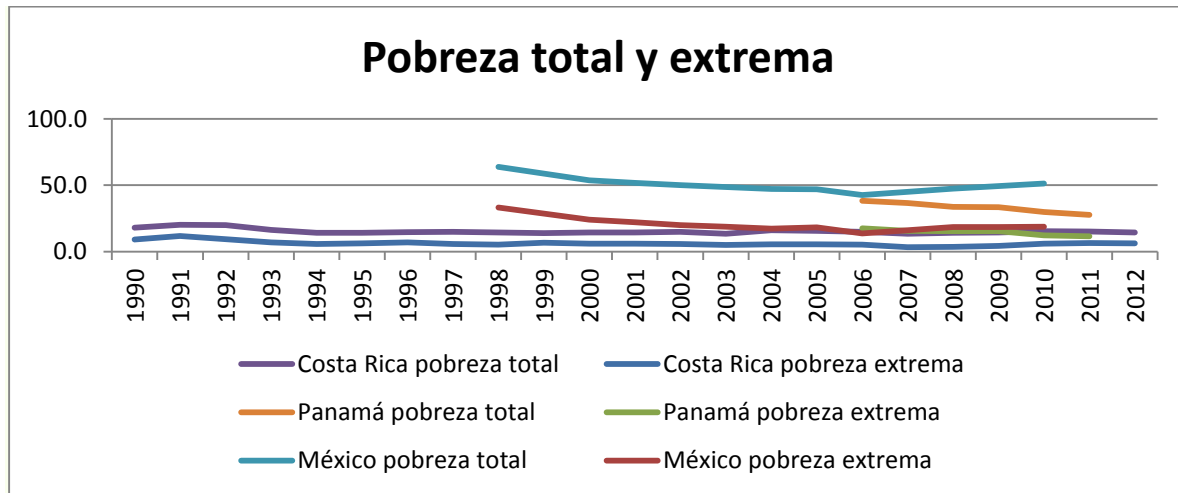
**Gráfico 3**  
**Índice GINI en cinco países seleccionados, 1990 - 2010**



Fuente: Banco Mundial 2014b; Estado de la Nación 2014

En países con un GINI relativamente alto se espera más dificultad política para sostener sistemas de seguridad social basados en los principios de la solidaridad. En Costa Rica se presenta esa potencial pérdida en la solidaridad anunciada por Miranda en años pasados lo que afecta la facilidad con que se implemente una política universal, como la de salud, en el país. Entre los países comparados y como resultado de las políticas sociales implementadas durante los últimos veinte años, los tres países latinoamericanos aparecen como los países más desiguales en términos de distribución de ingreso.

**Gráfico 4**  
**Pobreza total y extrema en Costa Rica, Panamá y México, 1990 - 2010**



Fuente: Banco Mundial 2014b, Estado de la Nación 2014, Ministerio de Salud Panamá 2013: 25

Con respecto a la pobreza, el Gráfico 4 presenta tendencias sobre los últimos veinte años en los tres países latinoamericanos incluidos en el estudio. En Costa Rica la tendencia es relativamente estable después de una disminución durante los primeros años de la década de los noventa: entre 1994 y 2010 Costa Rica no ha disminuido la pobreza y extrema pobreza en el país. En Panamá, la pobreza presenta una tendencia disminuyente entre 2006 y 2011, aunque se reconoce que en las poblaciones indígenas la pobreza sigue siendo muy alto afectando entre 60 y 70% de la población en esas áreas (Ministerio de Salud Panamá 2013: 26 – 28). México presenta una reducción también entre 1997 y 2006 y luego un aumento en la pobreza total y un aumento durante dos años en la pobreza extrema y luego una estabilización. México sale con los porcentajes más altos sobre ambos indicadores seguido por Panamá y Costa Rica respectivamente. No se ha encontrado datos comparables para Serbia y Holanda.

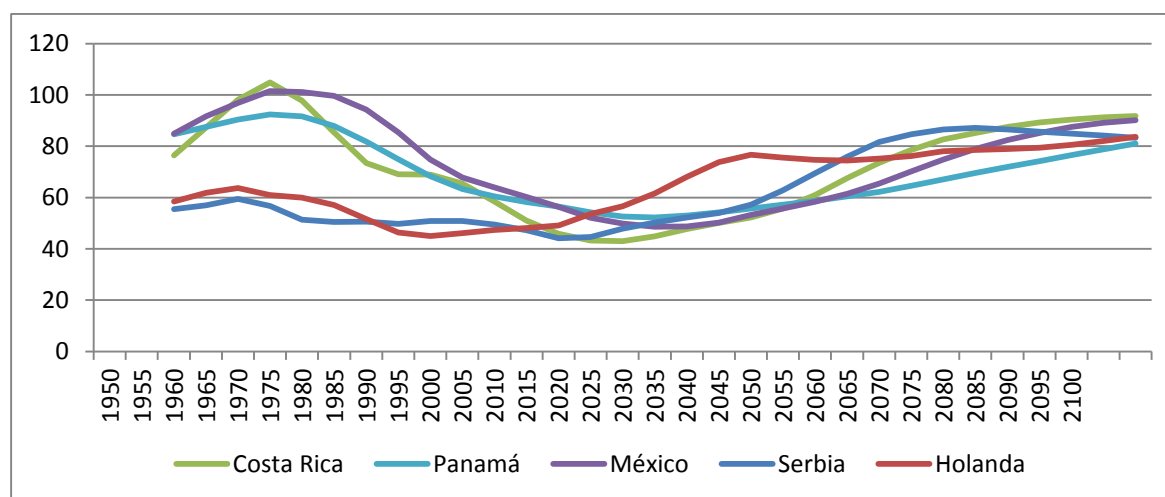
*En resumen, la rehabilitación del crecimiento económico en Costa Rica desde 1990 y realizado aún más a partir de 2000, ha venido con un aumento en la brecha entre pobres y ricos. No ha resultado en una disminución de la pobreza como por ejemplo en México y Panamá, países donde sin embargo, la pobreza sigue afectando a un porcentaje de la población más grande que en Costa Rica.*

## Indicadores demográficos y epidemiológicos

Otros factores que afectan los sistemas de salud a nivel global ya desde los años ochenta, y a ritmos e intensidades variables en los distintos países, son las transiciones demográficas y epidemiológicas. La tendencia de envejecimiento de las sociedades a nivel global, disminuye la disponibilidad de fondos para los seguros de salud mientras que induce un crecimiento del gasto. Por lo tanto, presiona a los gobiernos a buscar más eficiencia en el uso de sus recursos y la gestión pública en general.

Con respecto a los cambios demográficos, el Gráfico 5 presenta la tendencia de la tasa de dependencia<sup>4</sup> en los países seleccionados sobre el periodo 1950 – 2100.

**Gráfico 5**  
**Tasa de dependencia demográfica, 1950 - 2100**



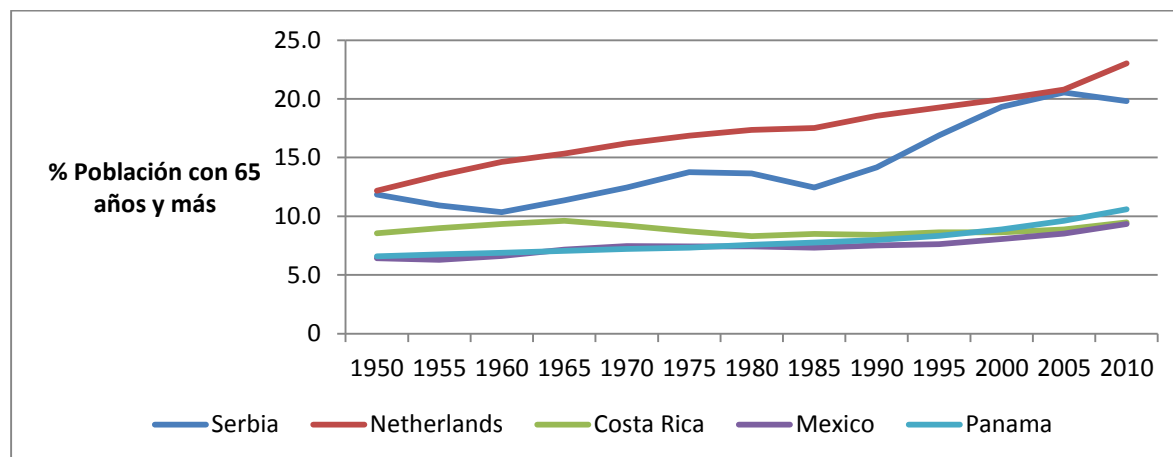
Fuente: UN 2013

El Gráfico visualiza las tendencias relativas en el periodo bajo estudio en una perspectiva a largo plazo. Se observan unas diferencias relativas entre los países latinoamericanos y los europeos seleccionados. Los últimos aún benefician de un bono demográfico, que dura desde 1980 hasta 2025. Luego inicia un periodo en que la población dependiente (niños y adultos mayores) proporcionalmente supera a la población económicamente activa. Para los países europeos, el bono demográfico ha sido menos marcado y además la transición ya inició a finales del siglo pasado, en particular en el caso de Holanda. Desde una perspectiva demográfica, todos los países entran en un periodo más complejo que el anterior para la sostenibilidad financiera de sus sistemas de seguridad social. Todos, por ende, deben de ajustar, bajo liderazgo de sus respectivos gobiernos, sus sistemas financieros a esa nueva realidad.

Los Gráficos 6 y 7 demuestran la tendencia de envejecimiento en los cinco países seleccionados. En el Gráfico 6 se observa un crecimiento en la proporción de la población mayor a 65 años, en particular en Holanda y Serbia, y un aumento lento pero constante en Costa Rica, Panamá y México en particular a partir de 1990. La expectativa es la tendencia de envejecimiento de las sociedades incrementa el gasto de la seguridad social

como consecuencia del esperado aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y los años en que las personas gozan de su derecho instituido.

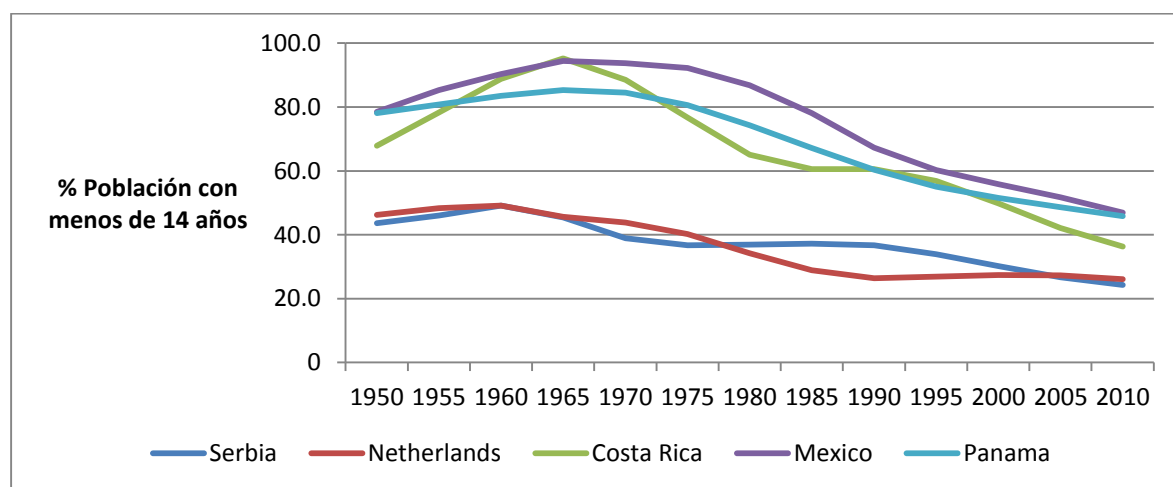
**Gráfico 6**  
**Incremento de la población mayor de 65 años, 1950 – 2010**



Fuentes: UN 2013

En el Gráfico 7 se observa el decrecimiento de la población menor de 14 años lo cual indica una disminución en el futuro en la población económicamente productiva la que en gran parte financia la implementación de las políticas. Ambas tendencias afectan las condiciones dentro de las que operan los diferentes esquemas de seguro de salud.

**Gráfico 7**  
**Disminución de la población menor de 14 años, 1950 – 2010**

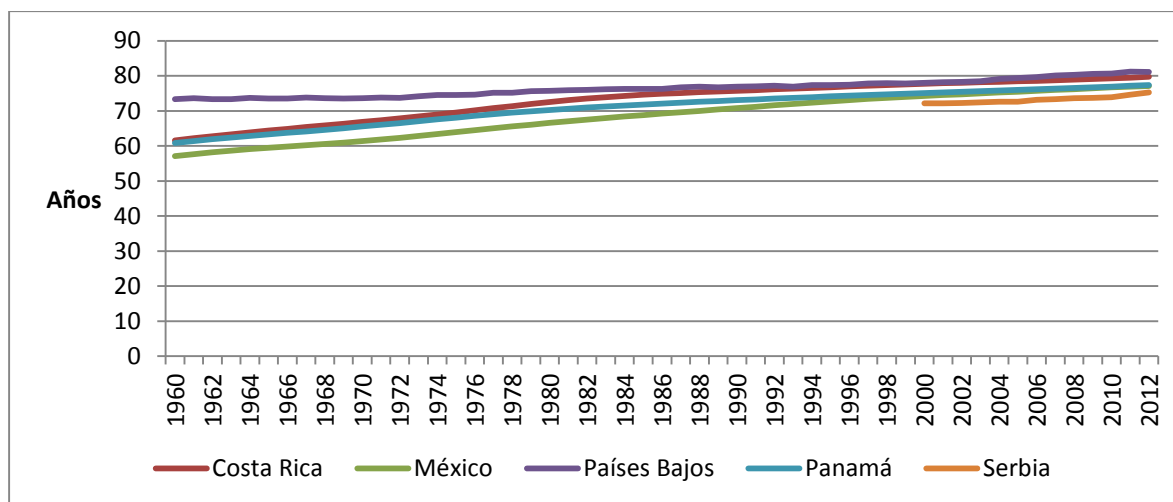


Fuentes: UN 2013



El Gráfico 8 presenta la tendencia de la esperanza de vida al nacer en los países seleccionados en el periodo estudiado. La esperanza de vida es la más alta en Holanda, seguido por Costa Rica, Panamá, México y Serbia respectivamente. Este indicador, igual que el de la mortalidad infantil que se analiza aquí abajo, no se determina por el comportamiento de los sistemas de salud únicamente, sino que son el resultado del conjunto de los determinantes sociales de salud, de los que el sistema de salud es sólo uno. La alta esperanza de vida en Costa Rica y otros países, también es el resultado tanto del sistema de salud como del comportamiento de otros determinantes de la salud incluyendo la vivienda, el empleo, la educación, el medio ambiente, entre otros.

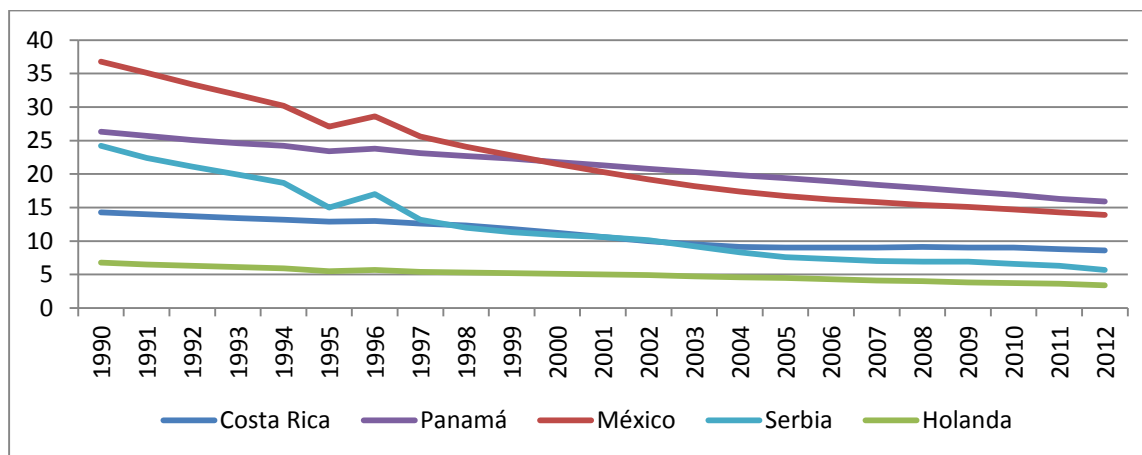
**Gráfico 8**  
**Esperanza de vida al nacer, 1960 - 2012**



Fuentes: Banco Mundial 2014b

El Gráfico 9 presenta la tendencia de la mortalidad infantil en los cinco países seleccionados entre 1990 y 2012.

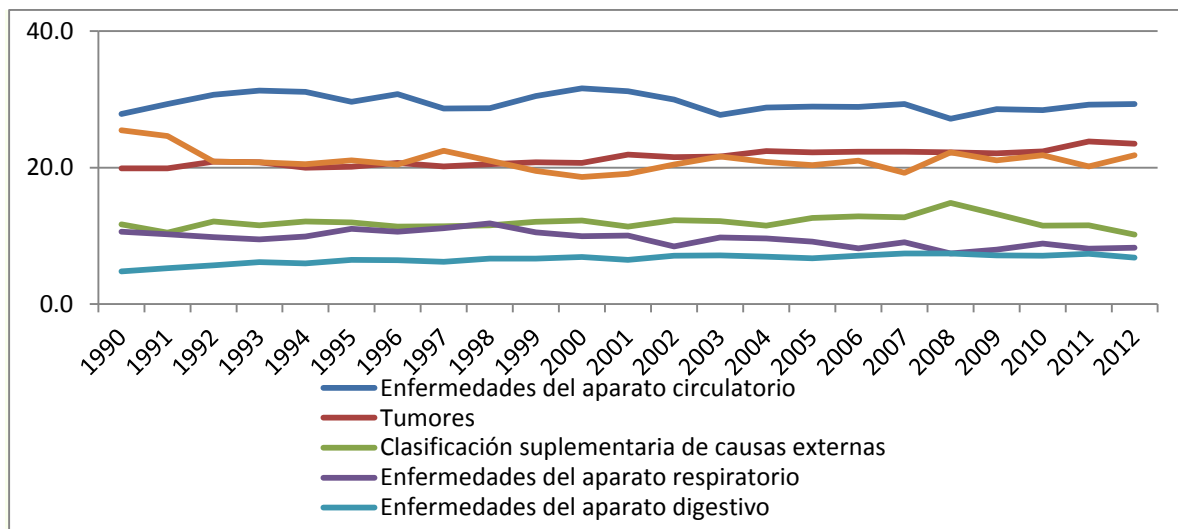
**Gráfico 9**  
**Mortalidad Infantil en cinco países seleccionados por mil nacidos vivos, 1990 - 2012**



Fuentes: Banco Mundial 2014b

En todos los países hay una tendencia continua de disminución. México avanza relativamente más rápido que Panamá. Estos dos países, sin embargo mantienen las tasas de mortalidad infantil más altas en este grupo. Holanda tiene la tasa más baja, seguido por Serbia, país que ha avanzado más rápido que Costa Rica durante los años noventa. Como es bien sabido, Costa Rica ya tenía una tasa bien controlada desde los noventa, gracias a los logros realizados durante las décadas anteriores (Rosero-Bixby 1995). Sin embargo, mientras que Panamá y México parecen atrasados en su avance sobre este indicador, pareciera que Costa Rica está enfrentando una leve desaceleración con respecto a las décadas pasadas, desde 2003.

**Gráfico 10**  
**Tasa de mortalidad por los cinco grandes grupos de causas en Costa Rica (1990 – 2012)**



Fuente: Estado de la Nación 2014

Con respecto a la transición epidemiológica en Costa Rica, el Gráfico 10 presenta la tasa de mortalidad por los cinco grandes grupos de causa. Se observan fluctuaciones no substanciales sobre el periodo 1990 – 2010. Lo mismo indica que la transición epidemiológica ya estaba en pleno desarrollo desde finales de la década de los ochenta (Jaramillo 1993, Miranda 1994) y que desde entonces no se ha logrado disminuciones significativas en la mortalidad.

Con el fin de indicar esperadas aumentas en la incidencia de enfermedades crónicas en el futuro próximo, se presentan en la Tabla 3 prevalencias en 2008 de dos factores de riesgo, obesidad y presión arterial elevada, para los cinco países seleccionados. La obesidad es un factor de riesgo para diabetes, enfermedades cardiovasculares y cánceres; y la presión arterial elevada en particular para enfermedades cardiovasculares. No se encontraron datos comparables para años antecedentes. Se observa variaciones entre los países pero prevalencias importantes en todos. Con respecto a la obesidad, parece que el problema es particularmente grave en México, mientras que Holanda es el país que más a logrado controlarla. La presión arterial elevado es un problema particularmente grande en Serbia.

**Tabla 3**  
**Prevalencia Obesidad y Presión Arterial Elevado en cinco países (% población), 2008**

2008	Obesidad	Presión arterial elevado
Costa Rica	23,7	25,4
Panamá	25,4	26,6
México	32,1	22,8
Serbia	24,8	42,8
Holanda	18,8	27,5

Fuentes: OMS 2014d

A manera de hacer una comparación sobre el tiempo para Costa Rica a nivel de país, se observa un crecimiento importante entre 1982 y 2010 en la prevalencia de obesidad en todos los grupos etarios como demuestra la Tabla 4. En el mismo periodo disminuyó la prevalencia de la delgadez.

**Tabla 4**  
**Grupos poblacionales delgados/sobrepesos/obesos (1982, 1996, 2008/9)**

	1982	1996	2008/9
Niños/as <5 años con déficit de peso/edad		14,5	16,3
Niños/as <5 años con déficit de peso/talla		8,2	8,3
Niños/as <5 años con déficit de talla/edad		29,6	29,4
Niños/as delgados 5 – 12 años		16,5	6,1
Niños/as sobrepesos y obesos 5 -12 años		14,9	21,4
Niños/as sobrepesos y obesos 13 – 19 años			20,8
Mujeres delgadas 20 – 44 años	18,3	9,0	2,0
Mujeres sobrepesos y obesas 20 – 44 años	34,6	45,9	59,7
Mujeres delgadas 45 – 64 años	10,8	2,5	0,6
Mujeres sobrepesos y obesas 45 – 64 años	55,6	75,0	77,3
Mujeres delgadas ≥ 65 años			5,7
Mujeres sobrepesos ≥ 65 años			40,9
Mujeres obesas ≥ 65 años			20,4
Hombres delgados 20 – 64 años	22,0		2,2
Hombres sobrepeso y obesos 20 – 64 años	22,1		62,4
Hombres delgados ≥ 65 años			0,9
Hombres sobrepesos ≥ 65 años			39,6
Hombres obesos ≥ 65 años			17,2

Fuentes: Ministerio de Salud 2014a

La proporción de personas con sobrepeso y las obesas incrementa en todos los grupos etarios y en ambos sexos, según la Encuesta Nacional de Nutrición del Ministerio de Salud 2008/2009 llegando a más de 50% en promedio en el caso de mujeres mayores de 45 años y más de 20% en hombres mayores de 65 años como indica la Tabla 5.

**Tabla 5**  
**Población > 20 años con circunferencia de cintura clasificada como riesgo (2008/9)**

	Mujeres			Hombres	
	20 – 44 años	45 – 64 años	≥ 65 años	20 – 64 años	≥ 65 años
Población > 20 años con circunferencia de cintura clasificada como riesgo	40,9	57,5	67,0	14,4	21,7

Fuentes: Ministerio de Salud 2014a

De acuerdo con datos de la OMS, actualmente el 80% de la mortalidad en Costa Rica se debe a enfermedades no comunicables. Como demuestra la Tabla 6, en 2000 y 2008 respectivamente, la carga de enfermedad por estas causas era 57 y 62% respectivamente. La mortalidad por enfermedades no comunicables llega a 80% en 2010. Estas estadísticas indican, aunque no se puede comparar morbilidad y mortalidad, que hubo una tendencia creciente de enfermedades crónicas en los últimos años en Costa Rica (aunque faltan datos más recientes). Parece que la Reforma de los Noventa no ha podido frenar esa tendencia.

**Tabla 6**  
**Carga de enfermedad por grandes causas 2000 y 2008 versus mortalidad por grandes causas 2010, Costa Rica**

	Enfermedades No comunicables	Enfermedades comunicables	Traumas
<b>Carga de enfermedad</b>			
<b>2000</b>	57	22	21
<b>2008</b>	62	13	25
<b>Mortalidad</b>			
<b>2010</b>	80	7	13

Fuentes: OMS 2014e

Las transiciones demográficas y epidemiológicas comprobadas en los cinco países, requieren un ajuste de los modelos de atención en salud. Una población más vieja implica no sólo que las personas viven más años, sino también que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas. La tendencia se refuerza con los cambios en el estilo de vida que ya se manifiestan a nivel global y, entre otras cosas, causan una epidemia de obesidad en prácticamente todos los países del mundo. Desde esta perspectiva, las organizaciones internacionales promueven la transformación de los sistemas de salud desde un enfoque curativo a un enfoque preventivo y de promoción de la salud. En Costa Rica, esta transformación, como ya mencionado, fue objetivo explícito de la Reforma del sector salud de los Noventa.

## **7. Reformas en la organización y gobernanza del seguro de salud en los otros países seleccionados (1990 – 2010)**

Como descrito arriba, la construcción del sistema de salud costarricense sigue un proceso incremental que comienza ya en los años cuarenta y anterior a esto. Las reformas más significativas y que siguen vigentes en la actualidad, se implementan en las décadas de los sesenta y setenta y luego en las últimas dos décadas, en particular la Reforma del Sector Salud de los Noventa, incluyendo la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la CCSS de 1998, la Ley Protección al Trabajador de 2000 y el Reglamento del Seguro de Salud de 2006, entre otros. En esta sección se analizan de manera comparada los procesos que tomaron lugar en los otros países seleccionados.

### **Panamá**

La Caja de Seguro Social (CSS) se crea en 1941 en el mismo año que la CCSS. En este caso, se juntan unos esquemas ‘Bismarckianos’ ya existentes, los que no estaban interconectados. El objetivo de la creación de la CSS era convertir este conjunto de esquemas separados en un sólo esquema universal con el fin de cubrir a todos los trabajadores del sector formal, público y privado, bajo las mismas condiciones (CSS 2014). Igual que en Costa Rica, el proceso es progresivo: durante los años cincuenta la cobertura poblacional se extiende desde las ciudades de Panamá y Colón a otros distritos; y durante los sesenta se incluye a los familiares de los asegurados directos. El sistema también es de carácter público por Constitución, igual que la CCSS.

#### *Sistema fragmentado en las funciones de aseguramiento y provisión*

Una diferencia entre los esquemas de Costa Rica y Panamá es que este país no trasladó los hospitales o los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud a la CSS. Al contrario, se mantuvieron dos sistemas paralelos; uno bajo mandato de la CSS para atender a los trabajadores del sector formal y sus familiares y otro, bajo el del Ministerio de Salud, para la población no asegurada. Cada institución cuenta con su propia infraestructura. Panamá así mantuvo el patrón típico de los países latinoamericanos. Desde los años setenta, sin embargo, comenzó a implementar políticas hacia el proceso de integración de servicios e coordinación con respecto al uso de recursos, en áreas rurales y ciertos hospitales.

La cobertura universal en Panamá es responsabilidad del Estado y no se realiza a través de la CSS, institución que sólo cubre a los trabajadores activos y pensionados y sus familiares. Diferente a Costa Rica, la cobertura de la población no asegurada es responsabilidad del Ministerio de Salud. El sistema público de salud de Panamá por ende mantiene una fragmentación horizontal con respecto a las funciones de aseguramiento y prestación de servicios. Esto se repercute en particular en la población del sector informal y sin capacidad de pago dado que los servicios del Ministerio generalmente son de una calidad menor. Con respecto a la rectoría, sin embargo, el sector de salud panameño no está fragmentado como en Costa Rica, lo cual potencialmente facilita los procesos de la política de salud.

### *Relación entre el Ministerio de Salud y la CSS*

Igual que en Costa Rica, el Estado de Panamá tiene responsabilidad de velar por la salud de la población por Constitución. En particular, debe atender a los grupos vulnerables y los que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social. De manera diferente sin embargo, la Constitución establece que el sector salud incluyendo sus instituciones autónomas y semi-autónomas, se integre de manera orgánica y funcional (Constitución Política de la República de Panamá de 1972). La CSS no tiene autonomía de gobierno según la Constitución panameña lo cual parece haber facilitado el proceso de integración de servicios a nivel local. Congruente con esto, la constitución de la Junta Directiva de la CSS se difiere de la CCSS en lo que tiene entre sus miembros al Ministro de Salud y el Ministro de Economía y Finanzas. En Costa Rica, el Ministro de Salud no participa en los procesos políticos internos de la CCSS.

### **México**

La organización del sistema de seguridad social en México se difiere de Costa Rica y Panamá porque siguen existiendo diferentes esquemas de seguridad social 'Bismarckianos' paralelos para cubrir diferentes grupos laborales. Hasta el día de hoy, no se ha logrado juntarlos en un solo esquema universal, lo cual ha sido considerado uno de los grandes pendientes del país en materia de la seguridad social (Gomez Dantes 2011). Cada uno de estos esquemas cubre diferentes grupos de la población, establece su propio paquete de beneficios y aplica sus propias reglas de juego.

### *Sistema fragmentado en el aseguramiento, la provisión de servicios y la rectoría*

Las instituciones que conforman el sector público son: 1. el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) que ofrece cobertura a los trabajadores del sector privado y se crea en 1943; 2. el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que da cobertura a los funcionarios públicos y se crea en 1960; 3. Petróleos Mexicanos (PEMEX) para los trabajadores del sector petrolero; 4. Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); 5. Secretaría de Marina (SEMAR); y otros. Estos últimos dos esquemas ofrecen cobertura a los empleados del ejército y la marina respectivamente. El IMSS tiene un régimen obligatorio y uno voluntario el que está abierto a trabajadores independientes y del Estado en particular. Además de estas instituciones de seguridad social, están la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA), y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Estas instituciones ofrecen cobertura a la población no asegurada hasta 2004, año en que se crea el Seguro Popular como un esquema de seguro social adicional para la población hasta entonces no asegurada.

### *La relación entre el Ministerio de Salud y el IMSS*

La rectoría del sistema de salud mexicano está en manos de la Secretaría de Salud, cuyas actividades se limitan a acciones de acreditación primordialmente. Igual que la CCSS, el IMSS en particular tiene un alto nivel de autonomía con respecto al Ministerio de Salud. Los órganos de gobierno y administración de esta institución son la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Dirección General (Art. 257 de la Ley de Seguro Social). El Director es nombrado por el Presidente de la República, igual que en Costa Rica. Según el Artículo 263, el Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del Instituto y se integra hasta por doce

miembros que representan a los patrones, los trabajadores y el Estado, igual que en Costa Rica y Panamá. En este caso, sin embargo, el Secretario de Hacienda y Crédito Público, el Secretario de Salud, el Secretario del Trabajo y Previsión Social y el Director General, son Consejeros del Estado. No son miembros como en Panamá, ni supervisores como en el caso de Serbia (ver abajo), pero sí tienen un nivel de acompañamiento, lo que no está formalizado en el caso de Costa Rica.

### **Serbia**

La 'Anterior República de Yugoslavia' se disuelve en 1989 con lo que Eslovenia, Croacia, Bosnia y Herzegovina, y Macedonia declaran su independencia. Serbia y Montenegro forman la República Federal de Yugoslavia. En 2003 se renombra ese país en República de Serbia y Montenegro. En 2006 Montenegro se separa de Serbia seguido por Kosovo en 2008. Es en este periodo de pos-guerra cuando se inicia un proceso de transición y se implementan reformas en todos los sectores, entre ellos el de salud (Gajic-Stevanovic 2009: 6).

#### *Sistema público unificado en todas las funciones*

Desde entonces, y basado en los principios del seguro obligatorio estatal de la época anterior, Serbia establece un esquema de seguro de salud universal. En el nuevo modelo, la función de aseguramiento se junta en una sola institución pública, llamada el Fondo Republicano del Seguro de Salud (RHIF por sus siglas en inglés).

El seguro de salud en Serbia es universal y no fragmentado, no en la función de aseguramiento, no en la función de provisión y no en la de rectoría. Diferentemente, establece un corte entre dos paquetes de beneficio: un paquete definido por el Ministerio de Salud y actores sociales que todos los proveedores contratados por el RHIF (todos establecimientos públicos bajo mandato del Ministerio de Salud) deben ofrecer a toda la población bajo las mismas condiciones (tarifas y normas de calidad); y un paquete de servicios suplementarios que se ofrecen con base en principios del mercado.

#### *Relación entre el Ministerio de Salud y el RHIF*

En términos de gobierno, el Ministerio de Salud es el supervisor del trabajo del RHIF. Con este propósito está empoderado de exigir del RHIF informes y datos con respecto a sus operaciones; establecer las normas de efectividad las que debe cumplir el RHIF, avisarle en caso de irregularidades y establecer medidas para su corrección; emitir instrucciones; ordenar la implementación de actividades que considere necesarias; iniciar procedimientos para establecer responsabilidades, entre otras cosas (Art. 234 de la Ley de Seguro de Salud). Según el Artículo 55 de Ley de Seguro de Salud, el Ministerio de Salud también aprueba la lista de precios establecidos por el RHIF (ISI/ZSO 2014).

Con respecto a la organización del RHIF, según Artículo 218, el RHIF es administrado por los representantes de los asegurados según las reglas establecidas en esa ley. Los órganos de gobierno del RHIF son la Junta Directiva, la Junta de Supervisión, el Director y el Vice-Director. La Junta Directiva administra todo el esquema del seguro de salud obligatorio de acuerdo con los Estatutos del RHIF los cuales deben ser aprobados anualmente por el Gobierno de la República. Los 21 miembros de la Junta Directa son representantes de los empleadores y empleados, incluyendo los pensionados,

agricultores, trabajadores independientes y la asociación de discapacitados. El Presidente y Vicepresidente de la Junta Directiva son nombrados y restituidos por el Gobierno de la República.

La Junta de Supervisión es responsable particularmente para la supervisión financiera del trabajo del RHIF, incluyendo su cumplimiento con la Ley y los propios estatutos. Los 7 miembros de la Junta de Supervisión son representantes de los asegurados y los empleadores, y son después de ser propuestos por sus respectivos sectores, nombrados por el Gobierno. El Presidente de la Junta de Supervisión es nombrado por el Gobierno. La Junta Directiva, a su turno, nombra al Director y Vice Director del RHIF quienes son responsables para la implementación de las decisiones de la Junta Directiva y las operaciones bajo responsabilidad del RHIF.

Diferente a la CCSS, la autonomía del RHIF es relativa. La administración de los fondos deben seguir los estatutos del RHIF que son aprobados por el Gobierno. Parecido al caso de la CCSS, el Presidente Ejecutivo de la Junta Directiva es nombrado por el Gobierno, y no hay representación del Ministerio de Salud en los órganos de gobierno del RHIF. Sin embargo, el Ministerio de Salud es ente supervisor del RHIF con potestades completas y establecidas explícitamente en la ley en términos de control e intervención.

### **Holanda**

El sistema de seguridad social holandés distingue dos grupos de seguros sociales: un grupo de seguros para toda la población y un grupo reservado para los empleados. El primer grupo incluye la ley de la Vejez (17.9%), la Ley de Sobrevivientes (0.6%), la Ley de Niños, y la Ley de Gastos en Salud excepcionales (12.65%). Estos seguros se aplican a los residentes del país. Las primas se pagan por los empleados y representan 31,15% de su ingreso fiscal con cierto máximo. Los seguros para los empleados incluyen la ley de Desempleo, la Ley de Trabajo e Ingreso según Capacidad y la Ley del Seguro de Salud.

#### *Sistema unificado en todas las funciones con múltiples fondos interconectados*

El Seguro de Salud se reforma radicalmente en 2006. Con la reforma se supera la diferencia que antes existía entre la población asegurada por un esquema de seguro social y la población que fue obligada a comprar un seguro privado. En esa época el gobierno establecía un corte salarial para diferenciar entre ambos grupos. El sistema fue considerado inequitativo e ineficiente.

#### *Papel del Estado y Ministerio de Salud*

La Reforma de 2006 establece un seguro social universal, obligatorio para toda la población. El Estado asume la responsabilidad de cubrir los gastos de la población sin capacidad de pago. El seguro de salud cubre un paquete de beneficios comprensivo para toda la población bajo las mismas condiciones. El esquema se parece al de Serbia, con la excepción de que se base en la competencia regulada en la función de provisión de servicios y la del aseguramiento de tal forma que todos los proveedores y aseguradores en Holanda son actores privados. La regulación por parte del Ministerio de Salud y los sistemas de control bajo responsabilidad de instituciones independientes son obligatorios bajo sanciones para todos los actores y están detalladamente formalizados por la ley. La



ley también hace explícito las normas de transparencia y todos los requisitos con respecto a la provisión de información rutinaria a que deben cumplir todos los actores del sistema.

Se crearon nuevas instituciones para dirigir el proceso, las que operan debajo del Ministerio de Salud: la Junta del Seguro de Salud, la Junta del Monitoreo del Seguro de Salud, y la Junta Tarifaria de Servicios Médicos. Las últimas dos se juntaron luego en la Autoridad Nacional de Salud quien controla y promueve la correcta actuación de los diferentes aseguradores y prestadores en el mercado de salud. Los usuarios se juntan en múltiples organizaciones y reciben apoyo financiero del Estado para ejercer sus funciones de participación y monitoreo (Muiser 2007).

## **8. Variaciones en los sistemas financieros**

A pesar de que los sistemas de salud en los países seleccionados todos cuentan con un financiamiento basado en contribuciones sociales, existen variaciones importantes entre ellos. Antes de presentar el análisis comparado se discuten unos aspectos relevantes con respecto a la organización de sistemas financieros de salud.

Existe consenso a nivel global de que para avanzar hacia la CUS, tanto en términos de protección financiera como equidad de acceso/utilización efectiva de servicios médicos, los sistemas financieros de salud tienen que contar con una proporción alta de fondos públicos o prepagos (OMS 2010). Los gastos de bolsillo deben controlarse a niveles limitados porque suelen funcionar como barrera financiera en particular para grupos de la población con poca o sin capacidad de pago. Los mismos obstaculizan una apropiada utilización de los servicios médicos, hacen que esos hogares en particular no busquen asistencia médica cuando la necesiten, o hacen daño a la economía del hogar en términos más generales. En otras palabras, los gastos de bolsillo ponen en riesgo la protección financiera. Para lograr sistemas financieros con una proporción de fondos públicos suficientemente grande como para garantizar la protección financiera de la población, es necesario desarrollar esquemas financieros solidarios. Esto quiere decir que la población participa en el financiamiento según su capacidad de pago e independiente del costo de su utilización.

Luego, para garantizar un óptimo uso de estos fondos, los mismos deben juntarse en un fondo desde el cual se compra y distribuye los servicios sobre la población con base en sus necesidades específicas. Mills (2007) argumenta que la CUS se puede lograr tanto con base en un financiamiento por impuestos como por contribuciones sociales y también se puede organizarla dentro de un solo fondo o en múltiples fondos interconectados. La clave es que se maximice la transferencia de recursos de ricos a pobres, grupos productivos a dependientes, sanos a enfermos, para elevar la equidad y eficiencia del sistema. A continuación se analizan los sistemas financieros de salud de Costa Rica y los otros países seleccionados en términos de su grado de solidaridad. También se explora si son sistemas unificados, fragmentados o interconectados.

En Costa Rica, los recursos de la CCSS son públicos por ley ya que ‘no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación’

(Constitución Política de Costa Rica de 1949, Art. 73). Un 80% de estos fondos provienen de las contribuciones sociales (CCSS 2012: 90). Son contribuciones tripartitas en las que participan los asegurados directos, los patronos, y el Estado, todos según reglas formales explícitas. El esquema de cotizaciones actuales en Costa Rica y otros países, se presenta en el Anexo 1.

La participación del Estado en el financiamiento del seguro de salud en Costa Rica es clave. Tiene varias formas: primero, como tercera parte cotizante para todos los trabajadores; segundo, como patrono público; tercero, como responsable de complementar la contribución de asegurados voluntarios y trabajadores independientes; y cuarto, como encargado de financiar la cobertura de los asegurados 'Por Cuenta del Estado'.

Estas contribuciones por parte del Estado son el garante para que la CCSS logre la universalización de sus servicios, según el Artículo 177 de la Constitución Política del país (Reforma implementada en 1961). El Artículo se presenta en el Recuadro 1.

#### **Recuadro 1**

#### **La responsabilidad financiera del Estado con la CCSS para lograr la universalización de los seguros sociales**

Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense del Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.

Fuente: Constitución Política de Costa Rica (1949), Artículo 177

El mismo Artículo además establece que el Estado no sólo es responsable de pagar sus cuotas correspondientes mencionadas arriba, sino también de asumir cualquier insuficiencia en las rentas de la CCSS para cubrir las necesidades actuales y futuras de la institución. Además, en el Artículo 24 de la Ley Constitutiva de la CCSS se establece en base con qué fondos el Estado garantiza su contribución: 'las cuotas del Estado se financian con un aumento del veinte por ciento de todos los derechos y recargos sobre la importación de licores, vinos, perfumes, cervezas, refrescos gaseosos, aguas minerales y artículos de lujo de fabricación extranjera; el quince por ciento del valor de los productos elaborados y vendidos por la Fábrica Nacional de Licores; un aumento del quince por ciento de todos los impuestos de consumo que soporte la cerveza fabricada en el país'; entre otros (Ley Constitutiva de la CCSS 1943).

Contrario a esta garantía por parte del Estado, la Ley Constitutiva de la CCSS establece en el Artículo 3, que el proceso de la universalización de sus servicios es un proceso progresivo determinado por la disponibilidad de recursos materiales y humanos: 'La Junta Directiva tomará los acuerdos necesarios para extender progresivamente sus servicios a todo el país conforme lo permitan sus recursos materiales y humanos' (Ley Constitutiva de la CCSS, Artículo 3).

Los Artículos 33 y 34 clarifican el destino de los recursos de la CCSS: las cuotas de los patronos son para financiar en primera instancia 'las prestaciones que exijan los seguros de enfermedad y maternidad, con la extensión que indique la Junta Directiva' y para financiar una parte del gasto administrativo de la CCSS, según indica la Junta Directiva, 'todo de acuerdo con los cálculos actuariales' y la cuota del Estado como tal y las cuotas de los asegurados son para cubrir 'los beneficios correspondientes a los seguros de invalidez, vejez y muerte y cualesquiera otros que fije la Junta Directiva', además de una parte del gasto administrativo. Se establece también que los gastos de administración relativos a los seguros de enfermedad y maternidad no pueden ser mayores al 8% y los en cuanto a los de invalidez, vejez y muerte no más de 5% de su gasto total. Aquí no hay explicitud sobre la responsabilidad del Estado de dar más, con el fin de lograr la universalización, de lo que le compete según su condición de Estado 'como tal', es decir su parte referente a las cotizaciones y los asegurados por cuenta del Estado.

Por otro lado, con la Ley Protección al Trabajador de 2000 se reforma el Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS afirmando de manera explícita que 'corresponderá al Ministro de Hacienda la obligación de presupuestar, anualmente, las rentas suficientes que garanticen la universalización de los seguros sociales y ordenar, en todo caso, el pago efectivo y completo de las contribuciones adeudadas a la Caja por el Estado, como tal y como patrono. El incumplimiento de cualquiera de estos deberes acarreará en su contra las responsabilidades de ley. Penalmente esta conducta será sancionada con la pena prevista en el artículo 330 del Código Penal' (Artículo 74, Ley Constitutiva de la CCSS). Es decir, aquí pareciera que se volvió a establecer la obligatoriedad del Estado con la universalización. Sin embargo, se mantiene dentro de la misma ley cierta inconsistencia entre los diferentes artículos, de la misma manera como vimos más arriba, entre las diferentes leyes que dan forma a la rectoría.

De manera formal, las cuotas del Estado que le debe a la CCSS según las modalidades antes mencionadas, son incorporadas automáticamente como ingreso en los informes financieros anuales de la CCSS (CGR 1999: 8). Sin embargo, desde la década de los ochenta, el Estado acumula una deuda con la CCSS la que actualmente suma unos 400,000 millones de colones (La Nación 2013). Según la Ley Protección al Trabajador la situación debería llevar a ciertas sanciones pero alternativamente se suelen resolver en planes de financiamiento. En la práctica, la deuda afecta el comportamiento de la CCSS y en varias ocasiones ha causada crisis financieras, en particular porque causa escasez de liquidez (CGR 1999: 8).

El sistema financiero del seguro de salud costarricense es un sistema solidario y progresivo (Zúñiga-Brenes, Vargas y Vindas 2007). Las cotizaciones tripartitas son proporcionales al ingreso de los asegurados directos activos y se basan en la capacidad de pago de los asegurados. Además, varios grupos de la población son exentos de contribuir entre ellos los familiares, hogares sin capacidad de pago, estudiantes, madres y niños, entre otros. La gran ventaja del sistema financiero de la CCSS es que se base en un solo fondo donde se juntan todos los recursos financieros antes de ser repartidos entre los establecimientos de salud. Es una propiedad que eleva tanto la equidad como la eficiencia del esquema.

Sin embargo, varios factores han desestabilizado el esquema durante las últimas décadas, entre ellos, la deuda del Estado con la CCSS y la evasión y morosidad de obreros y patrones. Desde esta perspectiva es importante destacar la relación política entre diferentes gobiernos de turno y sectores empresariales, la que durante las últimas dos décadas dentro del marco del Estado neoliberal ha promovido la desregulación y afectado la política de universalización delegada por el Estado a la CCSS. Otro factor que no ayude el proceso es que los recursos del sector privado en salud se manejen en un segmento paralelo del mercado y sólo pueden ser accedidos por la CCSS o el Ministerio de Salud, con base en un precio de mercado.

Como vimos arriba, la legislación vigente no le otorga de manera explícita al Estado o su delegado el Ministerio de Salud la potestad de controlar el uso de los recursos del sector salud, ni de monitorear la gestión de los recursos de la CCSS o el sector privado. Dado el creciente acceso a recursos de poder por parte de esas dos instituciones a lo largo de las últimas dos décadas, la capacidad del Estado de garantizar el derecho a la salud resulta cada vez más limitada.

En Panamá, similar a Costa Rica, el seguro de salud se financia con base en cotizaciones tripartitas. La gran diferencia sin embargo es que la CSS no recibe fondos provenientes del presupuesto nacional para cubrir los gastos de los grupos sin capacidad de pago. Al contrario, el Ministerio de Salud recibe tales recursos y presta servicios en sus propias instalaciones para la población no asegurada. Los grupos afluentes, igual que en Costa Rica, pueden servirse en el sector privado cuando deseen, pagando directamente de su bolsillo. El sistema de Panamá es solidario por lo que se basa en la capacidad de pago de la población. Sin embargo, por ser un sistema fragmentado es más difícil lograr los mismos niveles de equidad y eficiencia que un sistema unificado como el costarricense. Igual que en Costa Rica, el hecho de que el sector privado opera en un segmento paralelo al sistema público realza la inequidad del sistema y obstaculiza el proceso hacia la CUS.

Con respecto al acceso a recursos de poder, la relación entre la CSS y el Ministerio de Salud es diferente en Panamá que en Costa Rica. El presupuesto de la CSS sólo representa 23% del gasto total en salud en 2012 como demuestra el Gráfico 11 al final de esta sección, en comparación con el de la CCSS que representa 59% del gasto total en salud en ese mismo año.

En México, el sistema de seguro de salud está fragmentado en un nivel más elevado que Panamá. La unificación de los diferentes esquemas de seguro social que Panamá logró a la hora de crear la CSS, no se ha logrado en México. Además hasta 2004, la población sin capacidad de pago no pudo, igual que en Panamá, afiliarse a un esquema de seguro. Se servía en los establecimientos de la Secretaría de Salud (SSa) y los SESA. Igual que en Panamá, las instituciones de seguridad social en México se financian con base en contribuciones tripartitas, mientras que la SSa y los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales. Igual que en el caso de Panamá, el sistema es solidario, basado en la capacidad de pago de la población, pero el alto nivel de fragmentación afecta la equidad y eficiencia del sistema y la calidad de los servicios, en particular los de la población no asegurada. México también cuenta con un sector privado

substantial donde se sirve la población con capacidad de pago directamente de su bolsillo o con primas de seguros privados. El sector ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez Dantes et al 2011). Como se analiza más en adelante, la creación del Seguro Popular mejoró notablemente el acceso a servicios de salud para la población del sector informal. Sin embargo, la fragmentación del sistema sigue obstaculizando el proceso hacia una verdadera y efectiva CUS.

El seguro de salud en Serbia se financia en su mayor parte en base con contribuciones bipartitas de trabajadores y patronos que se juntan en el RHIF. Es un fondo único como en Costa Rica. Diferente a Costa Rica, el Ministerio de Finanzas tiene acceso a la cuenta del RHIF lo cual es una de sus sub-cuentas. El RHIF cuenta con suplementos financieros de varias fuentes estatales para cubrir a la población sin capacidad de pago (Gajic-Stevanovic 2009: 13-14). El RHIF representa 90% del gasto público en salud (Gajic-Stevanovic 2009: 5).

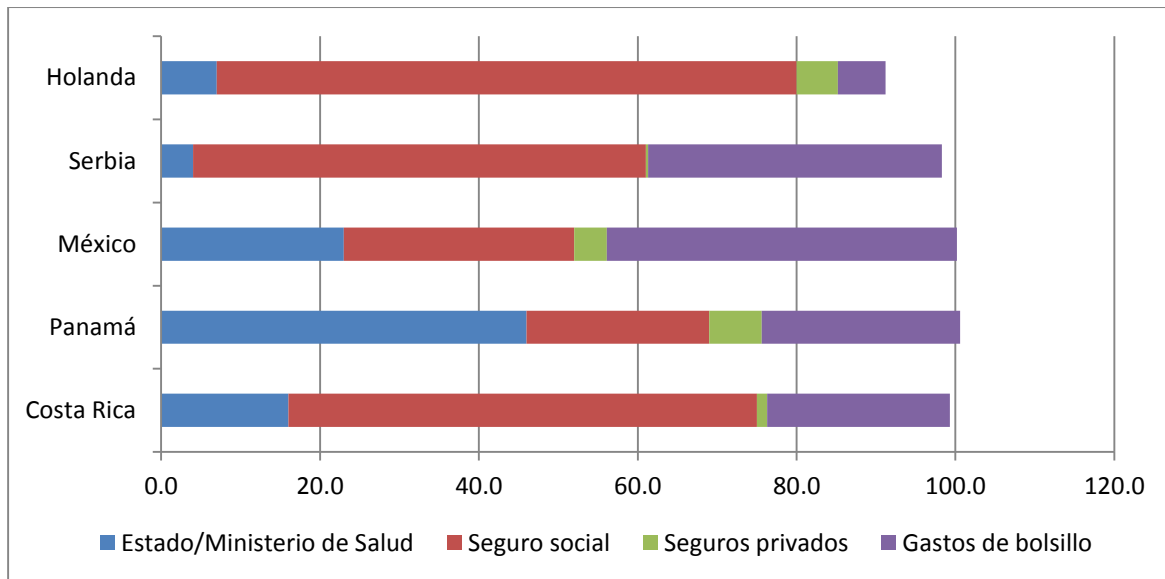
Los fondos del RHIF, igual que en Costa Rica, sólo se pueden utilizar, según el Artículo 231, para el ejercicio de los derechos de los asegurados; mejoras para el sistema de seguro de salud; el ejercicio de los derechos de los asegurados del seguro voluntario por la parte organizada e implementada por el RHIF; y gastos relacionados a la implementación del seguro de salud. El seguro de salud voluntario se regula también con aprobación por parte del Ministerio de Salud y el Gobierno. Como se analiza más en adelante, el sector privado es grande en Serbia y no regulado. También en ese país forma un obstaculo en el proceso hacia la CUS.

El seguro de salud en Holanda se difiere de los demás en que se basa en la competencia regulada en la que participan todos los proveedores de servicios médicos incluidos en el paquete básico establecido por el Ministerio de Salud que es comprensivo. El sistema financiero es solidario y basado en la capacidad de pago de la población. Diferente a todos los demás sistemas, el esquema cuenta con múltiples fondos de aseguramiento, pero estos están interconectados a través de un esquema de ecualización de riesgos lo que garantiza la cobertura universal. De esta forma el esquema supera la fragmentación y se comporta como un esquema unificado. Con base en la ecualización de riesgos, el Estado prohíbe a los aseguradores aplicar el instrumento de la selección de riesgos, y los obliga a aceptar a todas las personas que expresan su interés en afiliarse a sus respectivos programas de aseguramiento. Cada persona en Holanda también está obligada a comprar un seguro bajo sanciones. La participación financiera del Estado se refleja en particular en el crédito fiscal otorgado a las personas con insuficiente capacidad de pago para pagar la contribución nominal cobrada por el asegurador de su preferencia (Muiser 2007).

Para ilustrar las variaciones entre los diferentes sistemas financieros en los cinco países seleccionados, el Gráfico 11 demuestra la distribución del gasto total en salud en 2012 entre el sector público, distinguiendo entre gastos del Estado/Ministerio de Salud por un lado y el seguro social por otro, y el sector privado, distinguiendo entre los seguros privados y los gastos de bolsillo respectivamente<sup>5</sup>. Se observa que en Costa Rica, Serbia y Holanda, el seguro social representa la mayor parte del gasto público y del total en salud. En México y Serbia el gasto de bolsillo es el más alto, pero también en Panamá y

Costa Rica sigue siendo substancial. En Panamá es el Estado/Ministerio de Salud quien más aporta al sistema en términos relativos. Debido a las diferencias señaladas en los sistemas financieros de salud entre los cinco países, también los resultados de los respectivos sistemas de salud y eventuales reformas, varían.

**Gráfico 11**  
**Distribución del gasto total en salud entre el sector público y el privado en cinco países seleccionados, 2012**



Fuentes:OMS 2014f

## 9. Reformas del sector salud implementadas 1990 - 2010

Durante las décadas de los ochenta y noventa aumentan en Costa Rica, como indicado antes, los debates sobre la posible privatización de los servicios médicos (Güendel y Trejos 1994). Al mismo tiempo, se realizan unos intentos para integrar los servicios del Ministerio de Salud y la CCSS, que resultan infructuosos debido a unos obstáculos administrativos y logísticos. En cambio, se establecen unas cooperativas que se contratan con la CCSS para la provisión de servicios del primer nivel como alternativa para el modelo convencional. Estas cooperativas implementan mecanismos de pago por cápita y funcionan como proyectos pilotos de un tipo de 'contracting out' para la CCSS. Los proyectos no se extienden, porque resulta que la ley en Costa Rica no permite ni el pago por cápita en el sector público, ni la privatización de los servicios médicos. Este tipo de modificaciones requerirían una reforma legal que no fue propuesta, entre otras cosas porque tanto los gremios médicos como la población se oponía a las cooperativas por temor que se privatizaran los servicios.

En la misma época, a causa de las políticas de reducción del gasto público, se reduce el financiamiento para los programas de Salud Rural y Comunitaria del Ministerio de Salud. Desde entonces, ante el continuo adelgazamiento del Ministerio de Salud, la CCSS comienza a asumir el liderazgo en los procesos de la política de salud (Güendel y Trejos

1994). Simbólicamente, como ya dicho, a la hora de firmar el préstamo relacionado a la Reforma del Sector Salud de los Noventa, el Banco Mundial deja el control de los fondos en manos de la CCSS en vez del Ministerio de Salud. Este último hubiera sido apropiado siendo el Ministerio el rector sectorial (Miranda 2006).

La Reforma de los Noventa es el resultado de la suma de esas circunstancias descritas arriba, es decir la complicación de la integración de los servicios del Ministerio y la CCSS, los problemas legales y políticos con las cooperativas y la pérdida de los programas de Salud Rural y Comunitaria. Con ella se incorporan de manera definitiva los servicios del primer nivel dentro del esquema de la CCSS. Se trasladan los establecimientos y recursos relacionados del Ministerio de Salud a la CCSS y se comienzan a establecer Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) sobre el territorio nacional. Estos EBAIS implementan un modelo alternativo de la atención primaria integral con el fin de elevar el acceso a los servicios, la equidad en el acceso y la eficiencia del sistema en general. El diseño del programa es el resultado de deliberaciones entre la élite de la política de salud costarricense y las Instituciones Financieras Internacionales (IFI), en particular el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, quienes financian la mayor parte de la reforma. En su momento el proceso no cuenta con apoyo por parte del Ministerio de Salud.

La extensión de los EBAIS sobre el país fue un proceso incremental. La cobertura aumentó de 25,7% de la población nacional en 1995 a 64,2% en 1998 (CGR 1999: 25). En 1998 estaban funcionando 77 áreas de salud y 599 EBAIS (CGR 1999: 26) y para 2012 son 103 áreas de salud y 1014 EBAIS conformados (CCSS 2012: 14). El programa ha sido evaluado como un instrumento efectivo para realzar la equidad de acceso a los servicios de salud (Rosero-Bixby 2004). También ha contribuido a una protección financiera alta en Costa Rica, como se discute más en adelante. En 2004, menos de 1% de la población costarricense sufría choques económicos debido a eventos de salud (Zúñiga-Brenes, Vargas y Vindas 2007).

Los objetivos explícitos del establecimiento de los EBAIS no sólo era elevar la equidad sino también la eficiencia del sistema de salud reforzando el primer nivel donde típicamente se prestan servicios de prevención y promoción de la salud. En una segunda etapa de la Reforma, se implementaron otras medidas para realzar la eficiencia del sistema. Con la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la CCSS en 1998, se establece un mercado interno, institucional, relacionado con un esquema de pagos por resultado basado en contratos, o compromisos de gestión. Es un modelo basado en los principios de la 'competencia regulada', pero a lo interno de la CCSS. La meta de este nuevo modelo de asignación de recursos era 'fomentar la competitividad entre las mencionadas unidades, de manera que los recursos sean otorgados privilegiando a quienes obtienen de ellos la mayor conveniencia social posible (CGR 1999: 34). Las diferentes funciones, como la compra y prestación de servicios y el arbitraje del mercado interno o la fiscalización de resultados, se ubicaron en diferentes unidades dentro de la misma CCSS. Ni el Ministerio de Salud, ni otra institución independiente de la CCSS, adquirieron un papel en el esquema. Es decir la CCSS se fiscalizaba a sí misma. Formalmente, la fiscalización de la CCSS es responsabilidad de

la Contraloría General de la República, pero esta institución sólo aprueba el presupuesto anual de la CCSS en su totalidad; no interviene en la gestión interna de la institución. En la misma época y dentro del contexto de la desregulación como parte del nuevo modelo económico que se daba en la década de los noventa, la CCSS comenzó a contratar incrementalmente a terceras, según la figura del ‘contracting in’, comprando servicios que le faltaba a la institución al sector privado, por un precio de mercado. Ante la falta de instrumentos de control externos, se mezclaban diferentes intereses y se generó un caso de corrupción desgastante para la institución en el 2004. Después de la destitución de la Junta Directiva de la CCSS que resultó, la CGR emitió un informe poniendo en duda si la CCSS contaba con una base jurídica apropiada para aplicar la figura de contratación a terceras, y también cuestionó la constitucionalidad de tal figura (CGR 2004). Como consecuencia del caso mencionado, la CCSS perdió, temporalmente, su incondicional apoyo de la población que siempre gozaba y el proceso de implementación de la Ley de Desconcentración se paralizó. Por otro lado, el proyecto de fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud como rector sectorial, debido a que no se clarificara la inconsistencia legal señalada antes, entre otras cosas, tampoco tuvo el impacto deseado para lograr una mejor coordinación sectorial.

En 2000 se adoptó la Ley Protección al Trabajador, la que universalizó las pensiones para las personas de la tercera edad en condición de pobreza; estableció los mecanismos para ampliar la cobertura y fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS como principal sistema de solidaridad en la protección de los trabajadores; y autorizó, reguló y estableció el marco para supervisar el funcionamiento de los regímenes de pensiones complementarias, públicos y privados, que brinden protección para los casos de invalidez, vejez y muerte (Ley Protección al Trabajador 2000: Art. 1). Con la ley se hizo mandataria la afiliación al seguro IVM para los trabajadores independientes, último grupo pendiente. La también Ley introdujo un nuevo esquema de control para disminuir los altos niveles existentes en términos de evasión y morosidad. Con respecto al seguro de salud, la afiliación mandataria para trabajadores independientes se formalizó con el Reglamento del Seguro de Salud de 2006.

Vale resaltar que al abrir el mercado de pensiones a operadores privados, la Ley también estableció la Superintendencia de Pensiones que obtuvo potestades en términos de supervisión y fiscalización sobre ese mercado, incluyendo actores públicos y privados. Con respecto a la CCSS, se definió en el Artículo 37 un esquema de supervisión específico respetando su autonomía administrativa y de gobierno, según el que las atribuciones de la Superintendencia en relación con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la CCSS serían las siguientes:

- a. Presentar, anualmente, a la Junta Directiva de la CCSS y el Comité de Vigilancia un informe de la situación del Régimen y las recomendaciones para mejorar su administración y su equilibrio actuarial.
- b. Supervisar que la inversión de los recursos y la valoración de la cartera de inversiones se realice de acuerdo con la ley.
- c. Definir el contenido, la forma y la periodicidad de la información que debe suministrar la CCSS a la Superintendencia sobre la situación financiera del régimen.



d. Supervisar el sistema de calificación de la invalidez.

Fuente: Ley Protección al Trabajador 2000, Art. 37

El esquema demuestra que, a pesar de la autonomía administrativa y de gobierno de la CCSS, es posible algún grado de supervisión por parte de un ente estatal independiente.

En Panamá, igual que en Costa Rica, se reconoció ya en 1969 cuando el Ministerio de Salud se hace Autoridad Sanitaria Nacional, que el problema principal del sector salud era la duplicación de los servicios de la CSS y el Ministerio de Salud. Durante la década de los setenta se inician los primeros proyectos para integrar esos servicios, así para lograr más eficiencia en el uso de los recursos. El proceso de integración de servicios curativos y preventivos inicia en la Provincia de Colón y se extiende progresivamente sobre el país en forma de Sistemas Integrados de Salud, parecido a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que se proponía en Costa Rica. Estos Sistemas ahora abarcan la mayor parte del país, con excepción de la Región Metropolitana (CSS 2014).

Como parte del proceso y relacionado al proceso global de Reforma y Modernización del Estado, se implementan unas reformas a nivel del sector salud comenzando en el periodo 1994-1999. Los enfoques de las reformas son la rectoría y descentralización del sector salud. Igual que en Costa Rica se habla de la producción social de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Los objetivos de las reformas son ajustar el sistema a las nuevas circunstancias sociales y cambios demográficos, incrementar la cobertura, mejorar la eficiencia y calidad de los servicios e incrementar la equidad (Ministerio de Salud de Panamá 2014).

Una importante diferencia entre Panamá y Costa Rica es que en los procesos de reforma durante los últimos veinte años en Panamá, el principal protagonista es el Ministerio de Salud. En este país el Ministerio de Salud fue la institución que contaba con más apoyo técnico y financiero por parte de los organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial en los procesos de reforma (CSS 2014).

Un hito en este proceso es la integración del Ministerio de Salud y la CSS a nivel local, uniendo las dos instituciones en el proceso de compra de servicios de salud y un nuevo modelo de gestión en el recién inaugurado Hospital San Miguel Arcángel de San Miguelito (HISMA) (Ministerio de Salud de Panamá 2013: 138). También se establece un sistema de compensación de costos entre el Ministerio de Salud y la CSS con lo que se facilita la utilización de servicios del Ministerio de Salud por parte de los asegurados de la CSS.

Con respecto al modelo de atención, Panamá en este momento se encuentra en un periodo de reformas y reorganizaciones, construyéndose un nuevo modelo sobre tres componentes: la salud integral del individuo y la atención continuada en el curso de la vida; la salud integral de la familia; y la salud integral de la comunidad y el ambiente. El modelo se basa en el principio de la salud como producto social, abordando la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. También considera, según referencia, a las poblaciones migrantes y desplazadas por situaciones laborales desfavorables, desastres, condiciones sociales de inseguridad en sus países de origen,

asegurando que su ingreso al sistema sea en base a la salud como derecho humano (Ministerio de Salud de Panamá 2013: 142-143).

En México la reforma más importante de las dos últimas décadas es la creación del Seguro Popular en 2004. Es un nuevo esquema de seguro social con que se intenta cubrir con un seguro de salud a la población no asegurada y así lograr la cobertura universal en salud (Gómez Dantes et al. 2011). Notablemente el esquema mexicano, a pesar de que se hayan venido convergiendo los diferentes paquetes de beneficio de las diferentes instituciones de seguridad social, sigue siendo un sistema fragmentado tanto en la función del aseguramiento como en la de la provisión de servicios. Todas las instituciones de seguro social cubren los riesgos de EM, IVM, riesgos laborales y accidentes de tránsito, pero cada una presta sus servicios de salud en sus propias instalaciones y con su propio personal. También la SSA y los SESA cuentan con instalaciones propias. Este alto nivel de fragmentación obstaculiza el progreso hacia una gestión de recursos más equitativo y eficiente.

El nuevo Seguro Popular se financia, diferente a los demás esquemas de seguridad social, con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares. No cuenta con sus propias instalaciones pero compra sus servicios a la SSA y a los SESA, y en algunas ocasiones a proveedores privados. El paquete de beneficios del SPS es más limitado que los paquetes de los otros seguros de salud, pero con el tiempo ha venido expandiéndose.

En Serbia la reforma de salud inicia en el nuevo milenio cuando se crea el RHIF. Anteriormente, el sistema era financiado desde el Estado, como en todos los países de la Unión Soviética. El nuevo esquema que refleja una reforma radical, se basa en el seguro social universal y cubre un paquete comprensivo de servicios para toda la población. El RHIF contrata instituciones públicas proveedores de los servicios de salud que todas son propiedad del Ministerio de Salud y controladas por esta institución. El RHIF, diferente al caso costarricense, tiene autonomía administrativa únicamente. El RHIF también implementa servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, programas especiales y otras medidas para la protección de la salud de la población (Gajic-Stevanovic 2009: 13-14).

A partir de 2002, y en particular motivado por la continua falta de recursos para el sector, se implementa en Serbia una reforma enfocada en la estrategia de atención primaria. El modelo es similar al de los EBAIS en Costa Rica; también incluye en el primer nivel de atención a un médico especialista (Gajic-Stevanovic 2009: p. 10). Una nueva Reforma en 2006 cambia los mecanismos de pago para proveedores: los servicios de salud primaria cambian a un pago por cápita, y los servicios hospitalarios a un esquema basado en el sistema DRG<sup>6</sup> (Gajic-Stevanovic 2009: 6). Ambos sistemas de pago son prospectivos y son considerados para incentivar una producción de servicios más apropiada que el salario que se aplica en la CCSS e incentiva la sub-producción por un lado, y el pago directo que se aplica en el sector privado e incentiva la sobre-producción, por otro (Liu 2003). A pesar de que existe evidencia sobre la utilidad de sistemas de pago prospectivos, no ha sido posible introducirlos en Costa Rica, entre otras cosas, como se señaló arriba, porque requieren un cambio de ley.

Finalmente, como parte de la reforma y con el fin de mejorar la base de evidencia e información para tomadores de decisiones, el gobierno de Serbia introdujo el sistema de Cuentas Nacionales de Salud (CNS/National Health Accounts) en 2004. Según Gajic-Stevanovic: 'La aplicación de las CNS en Serbia se ha traducido en un aumento de la transparencia de los flujos financieros en el sector salud. Era la primera vez que el sector privado de proveedores de servicios de salud se podía observar junto con el sector público. Anteriormente, los datos sobre los flujos financieros en el sector privado fueron proporcionados por la Oficina Republicana de Estadísticas; sin embargo, estos datos eran inadecuados e insuficientes para evaluar los servicios de salud prestados y sus gastos. Los responsables políticos quedaron impresionados con el cuadro financiero que las CNS proporcionaban y interesados en tener más transparencia y fiabilidad con respecto a datos financieros del sector público y privado, se introdujo una nueva Política para la Cuenta Fiscal. Esta nueva política representa el impacto político más importante de la introducción de las CNS. Requiere que todos los proveedores de salud privados y públicos proporcionen facturas fiscales a sus pacientes. El proyecto de ley va a proporcionar una base para una mayor transparencia en las actividades de los proveedores privados y ayudará al sector salud pública a reducir las economías de sombra. Responsables de las políticas de salud ahora tienen una imagen más clara de los flujos financieros globales dentro del sector salud que permita la planificación y distribución de los fondos de manera más fiable' (Gajic-Stevanovic 2009)<sup>7</sup>. Estas experiencias pueden ser relevantes para Costa Rica, donde aún no se ha introducido el modelo de las CNS.

La reforma del sector salud en Holanda también es radical y se enfoca tanto en la elevación de la equidad como la eficiencia. Por un lado, se privatizan todos los proveedores de salud y por otro se establece un 'cordón' regulatorio que aplica a todos de la misma manera. Todo el gasto en salud dentro de ese cordón se considera gasto público. Antes de la reforma el sistema se fragmentaba a nivel de la población; después de la reforma el corte se hace a nivel del paquete de beneficios entre intervenciones para las que el Estado regula el precio y la calidad y las que se dejan al juego del mercado. El pago de los proveedores del primer nivel, los médicos de familia, es con base en un pago por cápita combinado con un pago por servicio; el pago de los hospitales es en base con un sistema similar al DRG pero más refinado (Muiser 2007). Con respecto a la atención primaria, el sistema holandés ya desde antes de la reforma se construye sobre médicos de familia establecidos en las comunidades que funcionan como la puerta de entrada al sistema de salud.

Desde 2006, año de la reforma, el Ministerio de Salud holandés inició el desarrollo de un instrumento de monitoreo continuo del comportamiento del sistema de salud. El instrumento consiste en 125 indicadores y pretende analizar el comportamiento del sistema de salud de manera holística y desde múltiples perspectivas. Se monitorean aspectos como acceso, calidad, percepción de los usuarios, seguridad, gasto en salud, tiempos de espera, equidad en precio y calidad, balance entre costo y calidad, transparencia en precio y calidad de servicios, y disponibilidad de información, entre otras cosas. El hecho de que todos los actores que operan en el mercado de salud operan bajo las mismas reglas de juego, no sólo realza la equidad y eficiencia del sistema de salud,

sino también facilita el acceso a y la comparación de la información presentada. En Holanda se publica un informe completo cada 4 años que se usa tanto para los procesos de toma de decisiones como para análisis académicos (DHCP 2010).

## 10. Resultados de las reformas

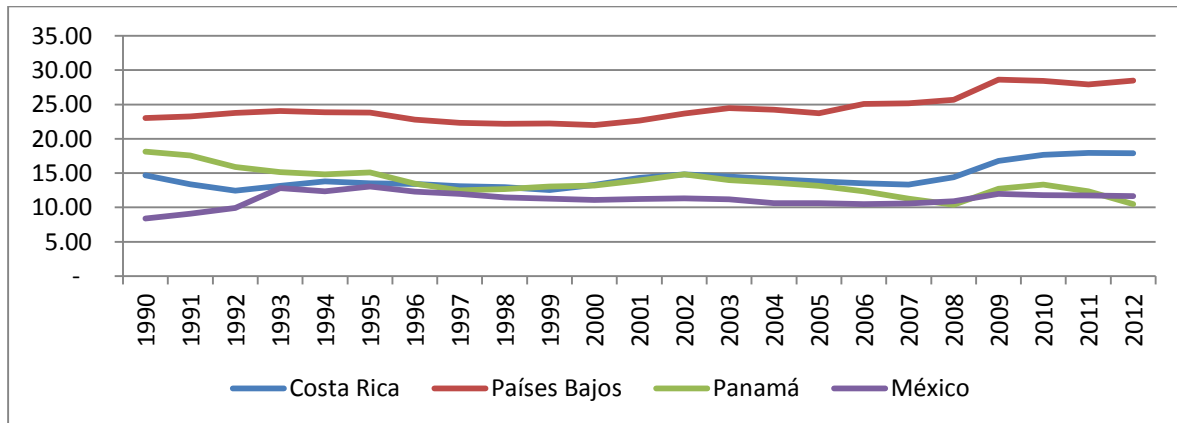
En todos los países estudiados, las reformas que tomaron lugar a nivel del sector salud durante los últimos veinte años, se enfocaron en medidas para lograr o sostener la CUS elevando la equidad y eficiencia del sistema. En Costa Rica, la expansión de los EBAS sobre el país ha sido evaluada como un instrumento exitoso para mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud (Rosero-Bixby 2004). En Panamá, la integración de los servicios del Ministerio de Salud y la CSS también tuvieron como objetivo mejorar la equidad, igual que el establecimiento del Seguro Popular en México y las reformas más radicales en Serbia y Holanda. Lograr un mejoramiento en el comportamiento de los diferentes sistemas en términos de eficiencia ha sido más difícil. En la mayoría de los países el gasto en salud sigue creciendo y la transformación a sistemas basados en la prevención y promoción de la salud ha sido lenta. En esta sección se presenta un análisis comparado de unos resultados de las reformas descritas arriba en términos de cobertura y sostenibilidad financiera respectivamente.

### Cobertura financiera

Antes de iniciar el análisis del gasto en salud en los países seleccionados se presentan las tendencias en las últimas dos décadas del gasto público total relativo al PIB. Este indicador indica la capacidad política o el interés del gobierno de intervenir en el mercado, aún sin indicar en qué sector.

### Gráfico 12

Gasto de consumo final del gobierno general en cuatro países seleccionados (% del PIB), 1990 - 2012



Fuentes: Banco Mundial 2014b

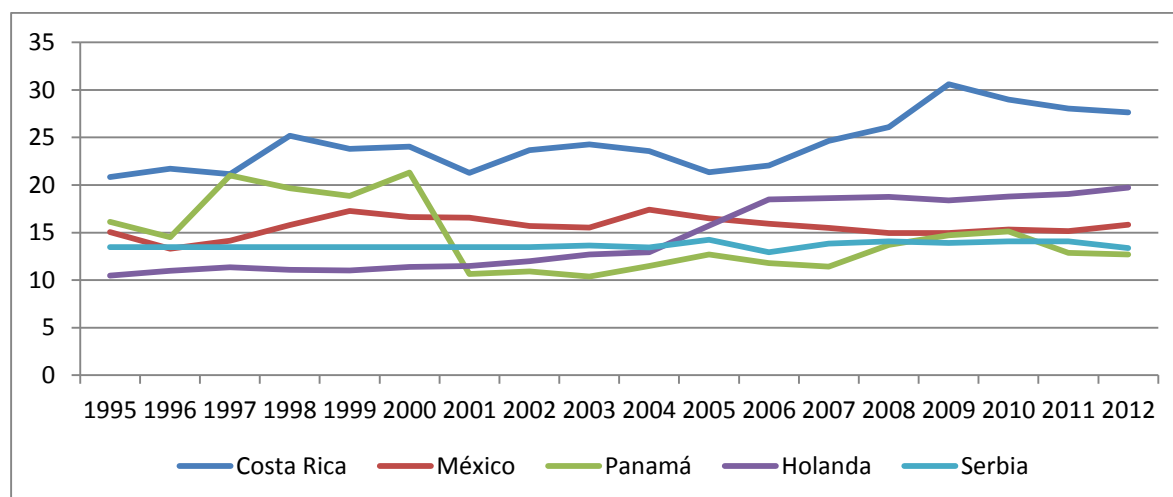
En el Gráfico 12 se observa que Costa Rica y Holanda, después de un periodo de leves disminuciones pero relativa estabilidad desde 1990, presentan aumentos relativos en el gasto público a partir de 2007. Diferentemente, en Panamá hay una tendencia

decreciente sobre todo el periodo con pequeños puntos de retoques temporales, y en México una tendencia relativamente estable entre 1993 y 2012.

Analizando los datos del mismo Gráfico desde una perspectiva ya no dinámica o de tendencia, sino de corte transversal, se observa que en 2012 el gasto público de Holanda es casi tres veces más alto que el de Panamá y México; y aproximadamente dos veces más alto que Costa Rica. Estos datos indican una capacidad menor en Panamá, México, y un poco menos en Costa Rica, para los gobiernos de implementar políticas sociales, o un interés mayor de dejar el comportamiento de las políticas públicas a la voluntad del mercado. Por otro lado, existe más interés y/o capacidad en una participación relativamente fuerte del Estado en el caso de Holanda. Es decir, no sólo es más alto el PIB de Holanda, sino también su gasto público relativo a ello. No se encontraron datos para Serbia en la fuente consultada.

El Gráfico 13 presenta el gasto público en salud como porcentaje de ese gasto público total. Este variable se utiliza generalmente como indicador de la prioridad política del gobierno para con el sector salud. Se observa que el gasto público en salud como parte del gasto público total de Costa Rica supera a los demás países con una tendencia creciente de entre 22 y 25% entre 1995 y 2005 a 30% entre 2006 y 2010. En Panamá, el indicador bajó de más de 20% en 2000 a 10% en 2001, para luego mantenerse entre el 10 y 15% con fluctuaciones hasta 2012. En México y Serbia la tendencia es relativamente estable durante todo el periodo alrededor de 15 y 14% respectivamente. En Holanda el gasto público en salud aumentó a partir de 2004 de 13 a 20% como resultado de la reforma del sector salud.

**Gráfico 13**  
**Gasto público en salud como % del gasto público total en cinco países seleccionados, 1995 - 2012**



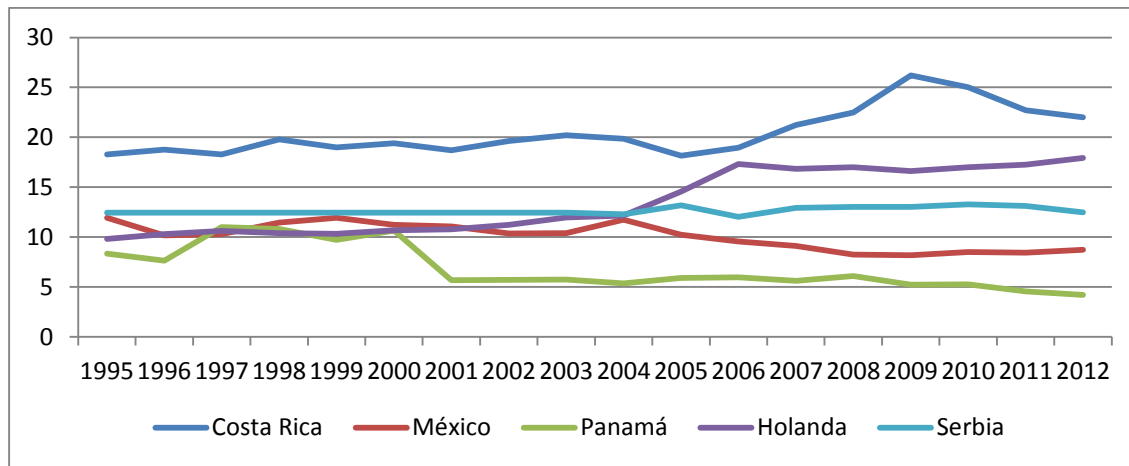
Fuentes: OMS 2014f

Ahora, en el caso de los países aquí comparados, es importante tener cuidado con ese indicador: el gasto público en salud en estos países representa tanto las transferencias al sector salud desde el presupuesto nacional como las contribuciones sociales

administradas por las respectivas instituciones de seguro social. Estos dos fondos, menos en Holanda donde forman parte de la misma política nacional, cuentan con reglas de juego diferentes. Este es el caso en particular en Costa Rica, único país donde la CCSS cuenta con autonomía administrativa y de gobierno. El gasto del seguro social en Costa Rica por ende no representa necesariamente prioridades políticas del Estado o gobierno de turno con la salud, sino por lo menos en parte, decisiones administrativas y eventualmente políticas tomadas al nivel de la CCSS propiamente. El Gráfico 14 representa la tendencia del gasto del seguro de salud como parte del gasto público total en los cinco países seleccionados.

#### Gráfico 14

#### Gasto seguro de salud como % del gasto público total en cinco países seleccionados, 1995 - 2012



Fuentes: OMS 2014f

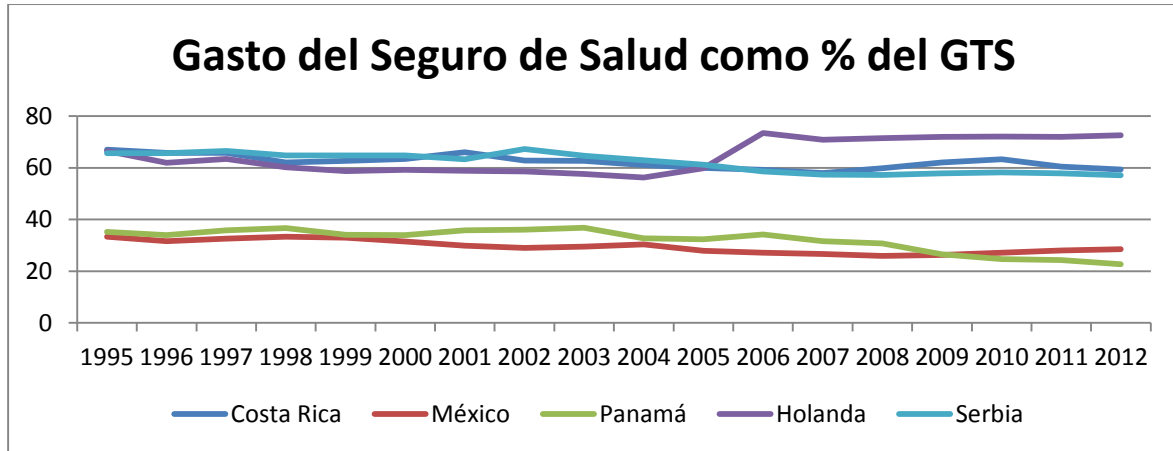
El Gráfico indica un gasto estable del seguro de salud en Costa Rica entre 1995 y 2006, seguido por un incremento substancial entre 2006 y 2010 a más de 25% con respecto al gasto público total y luego una tendencia de disminución. Es decir, el aumento del gasto público en salud señalado en el Gráfico anterior se debe aparentemente, en esos años en particular, al aumento del gasto de la CCSS. No refleja necesariamente, en este caso, una prioridad política del Estado para y con el sector. Según datos presentados más adelante, el aumento no se relaciona con un crecimiento de la producción de servicios médicos. Alternativamente puede indicar un aumento en el costo por unidad de producción resultado del aumento del costo real de los servicios prestados como consecuencia de la transición epidemiológica por ejemplo, o una pérdida en la costo-eficiencia del esquema, lo que sería adverso a los objetivos de la Reforma. La situación merece un estudio más al fondo, en particular porque la tendencia se difiere de la en los otros países estudiados.

En Panamá y México el gasto del seguro de salud disminuye a lo largo del periodo respectivamente de más de 10 en ciertos años a menos de 5 y menos de 10% del gasto público total respectivamente. Dado que el gasto público es relativamente estable en México y creciente en Panamá a partir de 2002, se debe concluir que entonces sube el gasto del Estado/Ministerio de Salud. En estos países esto sí parece reflejar prioridades

políticas de parte del gobierno de turno. En Serbia el gasto es estable durante el periodo en alrededor de 12 – 13%; y en Holanda, el gasto sube como resultado de la reforma de 10 a 12% entre 1995 y 2004, y a 18% a partir de la reforma de 2006 para mantenerse en ese nivel hasta la actualidad.

**Gráfico 15**

**Gasto seguro de salud como % del gasto total en salud en cinco países seleccionados, 1995 - 2012**

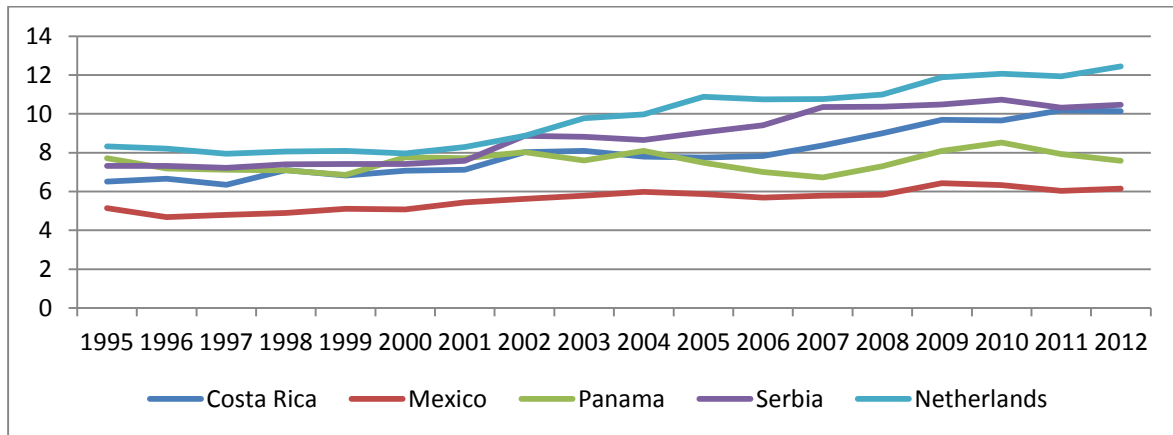


Fuentes: OMS 2014f

El Gráfico 15 representa la tendencia del gasto del seguro de salud como % del gasto total en salud (GTS) entre 1995 y 2012. Indica un incremento del gasto del seguro social en Costa Rica entre el 2006 y 2010 seguido por una aparente corrección, periodo en que los demás países presentan una disminución o estabilización (con excepción de Holanda donde el aumento se relaciona con la reforma de 2006).

**Gráfico 16**

**Tendencias en el Gasto Total en Salud (GTS) como % del Producto Interno Bruto (PIB) en cinco países seleccionados, 1995 - 2012**

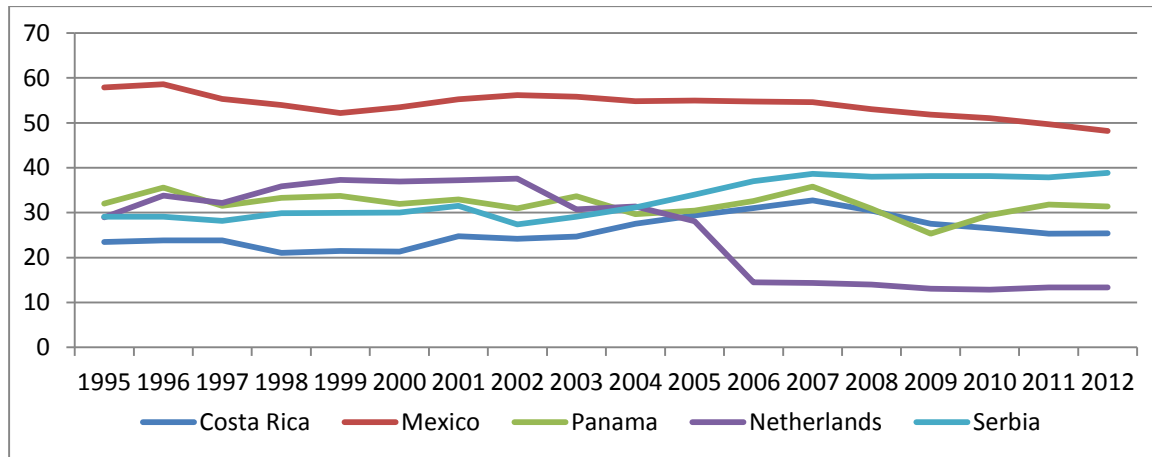


Fuentes: OMS 2014f

Desde otra perspectiva, el gasto total en salud (GTS) como % del producto interno bruto (PIB) es un indicador general que demuestra la tendencia del crecimiento del gasto en salud incluyendo tanto el sector público como el privado. El Gráfico 16 indica un crecimiento en todos los países incluidos en este estudio sobre este indicador, pero más notablemente en Holanda y Serbia. En Panamá el GTS se mantiene alrededor de 8% del PIB. Entre los países latinoamericanos en este grupo, Costa Rica es el país con el gasto más alto en salud y México el más bajo. La tendencia se relaciona con diferentes factores, incluyendo las transiciones demográficas y epidemiológicas, el avance tecnológico y las preferencias coyunturales de cada sociedad, incluyendo intereses políticos.

### Gráfico 17

#### Gasto Privado en Salud (GPS) como % del GTS en cinco países seleccionados, 1995 - 2012



Fuentes: OMS 2014f

El gasto privado en salud como % del gasto total en salud se presenta en el Gráfico 17. Según los cálculos de la OMS, es complementario al gasto público en salud. El gasto privado incluye tanto el gasto de bolsillo como el gasto en planes privados en salud. Se nota la gran baja en Holanda, y la tendencia creciente en Costa Rica entre 2000 y 2007. Cabe notar que en términos generales, el espacio para la actividad privada no regulada tiende a incrementar el gasto total en salud.

En Costa Rica, a partir de 2000 comienza a crecer el gasto privado. Esto se relaciona posiblemente con la apertura del CIMA y la promoción del turismo médico y la implementación de la figura 'compra a terceras' mencionada arriba. A partir de 2007, el gasto privado en salud comienza a reducirse del nuevo, debido a que se traslada, como también señalado arriba, al seguro de salud. México presenta una reducción en el gasto privado en salud como resultado de la Reforma del Seguro Popular, aunque el gasto privado sigue siendo muy por encima de los otros países. Panamá experimenta una baja entre 2007 y 2009, antes de una subida, relacionada posiblemente con la apertura del mercado a la actividad privada; y en Serbia también se observa un aumento, lo que es continuo desde la reforma en 2002. El aumento indica que las personas aseguradas incrementalmente también se sirven en el sector privado.

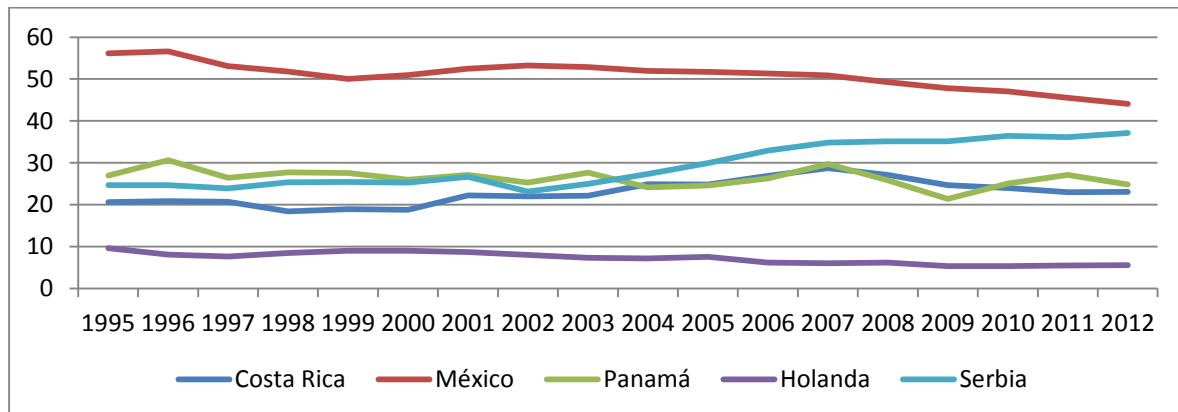


Las fluctuaciones en el gasto en salud (público versus privado) indican cosas diferentes en cada uno de los países estudiados representando intereses múltiples y variados. En México refleja el aumento del gasto público en particular para financiar el Seguro Popular, es decir subió el gasto del gobierno proveniente de impuestos; en Holanda refleja la reforma radical del sector en 2006 que resultó en un aumento del gasto público en salud pero en particular del seguro de salud; en Costa Rica refleja la implementación de políticas que resultan después de una lenta disminución del gasto del seguro de salud desde 2001, en la transferencia de gastos del sector privado al seguro de salud entre 2007 y 2010, seguida por una corrección.

Analizando las tendencias del gasto privado en salud, es importante notar que, el gasto de bolsillo representa uno de dos componentes, al lado del gasto en planes privados. Es importante la proporción que representa el gasto de bolsillo del gasto total en salud porque se vincula con un riesgo más elevado de eventos financieros catastróficos a nivel de los hogares. Además, el gasto de bolsillo puede funcionar como una barrera económica provocando que las<sup>8</sup> personas pobres decidan no utilizar los servicios de salud aún cuando los necesitan.

Según se observa en el Gráfico 18, el gasto de bolsillo en México disminuye como resultado del establecimiento del SPS en 2004. Sin embargo, el indicador sigue siendo el más alto con respecto a los demás países analizados. En Costa Rica, el gasto de bolsillo aumenta entre 1995 y 2007 y baja a partir de entonces. En Panamá el indicador queda relativamente estable en todo el periodo aunque con fluctuaciones. En Holanda el gasto de bolsillo sigue una tendencia levemente disminuyente en particular después de 2006, y en Serbia más bien está aumentando en particular desde la reforma. Esto se debe posiblemente a que la reforma abrió el espacio al sector privado paralelo al sector de seguro social administrado por el RHIF.

**Gráfico 18**  
**Gasto de bolsillo como % de GTS en cinco países seleccionados, 1995 - 2012**



Fuentes: OMS 2014f

El Gráfico indica que el riesgo de incurrir en gastos catastróficos por eventos de salud es el más alto en México y Serbia respectivamente y más bajo en Holanda. Por otro lado, estas conclusiones no se pueden tomar tan fácilmente, dado que la relación entre gastos

de bolsillo y gastos catastróficos se condicionen por dos factores adicionales: 1. La capacidad de pago del hogar que compra servicios del bolsillo; y 2. El tipo de servicios comprado. Es decir, cuando una persona con poca o sin capacidad de pago compra servicios caros, por ejemplo hospitalarios, en el sector privado, hay un riesgo alto de que el gasto de bolsillo sea catastrófico. Si, al contrario, es una persona con capacidad de pago quien compra servicios del primer nivel de su bolsillo, el riesgo es casi cero. Cuando los gastos de bolsillo causan gastos catastróficos, la protección financiera ofrecida por el sistema de salud es baja. En estos casos el sistema de salud funciona como un instrumento de empobrecimiento. Cuando la protección financiera es alta, el sistema más bien puede convertirse en un instrumento de reducción de la pobreza.

El análisis del gasto de bolsillo por ende requiere ser completado por un análisis de gastos catastróficos, entre otros. En Costa Rica, según varios estudios realizados entre 2003 y 2007, el gasto catastrófico es bajo, aunque levemente creciente en las últimas décadas. Según datos de 1992, 0.1% de los hogares costarricenses incurre en gastos catastróficos de salud (Xu et al. 2003); según datos de 2004 este grupo sube a 0.3% aproximadamente, con variaciones entre 0.5% y 0.2% entre el quintil más pobre y el más rico respectivamente (Zúñiga-Brenes 2007:14). Desde entonces no se ha realizado calculaciones con respecto a este indicador.

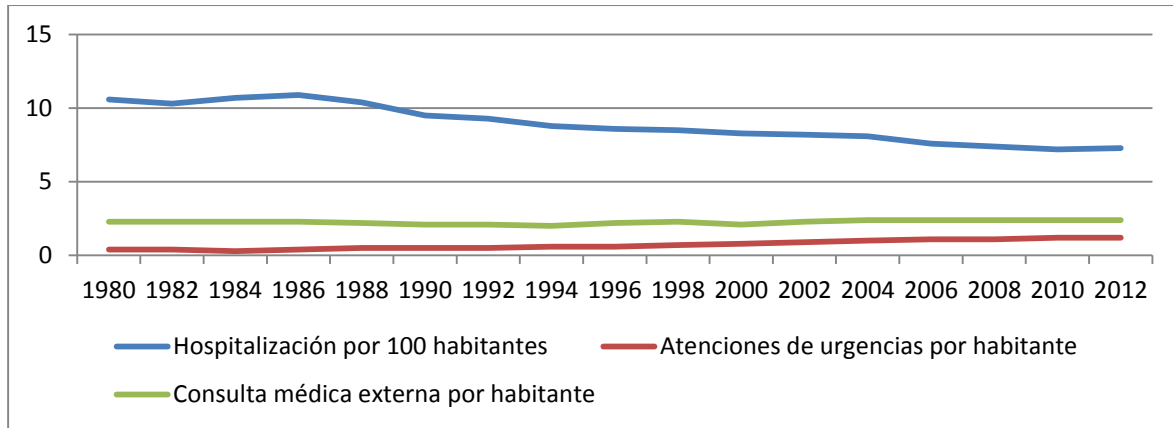
En México, según el análisis de Knaul et al (2012), la reforma que estableció el Seguro Popular tenía como objetivo explícito disminuir el gasto de bolsillo y controlar el riesgo de los hogares no asegurados a sufrir gastos catastróficos de salud. Como resultado, el gasto de bolsillo bajó, y bajó también el gasto catastrófico de 2.8% de los hogares en 1992 a 2.0% en 2010. El gasto empobrecedor lo que refleja el % de hogares que caen bajo la línea de pobreza a causa de eventos de salud, bajó de 4.2 a 0.8% en el mismo periodo (Knaul et al 2012: 12). En Holanda el gasto catastrófico es alrededor de 0,5% de la población en la actualidad (Thomas, IHEA 2014). De Panamá y Serbia no se han encontrado datos con respecto a gastos catastróficos o empobrecedores.

#### Utilización de servicios

Retomando la discusión sobre el aumento relativo del gasto del seguro de salud entre 2006 y 2010 en Costa Rica, aquí se vinculan esos datos con datos de utilización de servicios. El aumento del gasto de la CCSS señalado arriba no se relaciona, como se observa en el Gráfico 19, con un incremento en la utilización de los servicios. Según el Gráfico, la hospitalización por 100 habitantes en Costa Rica disminuye entre 1986 y 2010 de más de 10 a alrededor de 7, acompañado por leves aumentos en la atención de urgencias y consultas externas por habitante. Esto indica que el gasto del seguro de salud pudiera haber disminuido según también era el objetivo de la Reforma, al menos que se haya incrementado, el costo por unidad de producción como señalado arriba.

### Gráfico 19

#### Hospitalización por 100 habitantes, atención de urgencias por habitante, consultas externas por habitante (1980 – 2012)



Fuentes: Memoria Institucional CCSS 2012

Con respecto a la consulta ambulatoria, los datos presentados arriba difieren levemente de los de Garnier quien reporta un aumento en la consulta ambulatoria un poco más elevado entre 1995 y 2004 de 2,8 a 3,7 por habitante (Garnier 2006: 8). Según la propuesta más reciente de la OMS, el número de consultas externas mínimo, desde el punto de vista de lo que sería indicativo para cobertura universal de salud, sería 5 por habitante por año, y el número de altas por 100 habitantes sería 10 por año (OMS 2012). Desde esta perspectiva ambos indicadores en Costa Rica serían relativamente bajos (la tendencia disminutiva en la hospitalización que empezó en 1990 no parece reflejar estas recomendaciones de la OMS). En México, la utilización de los servicios del Seguro Popular es 3.3 para consultas ambulatorias por hogar por año (Knaul et al 2012: 10), lo que también sería bajo.

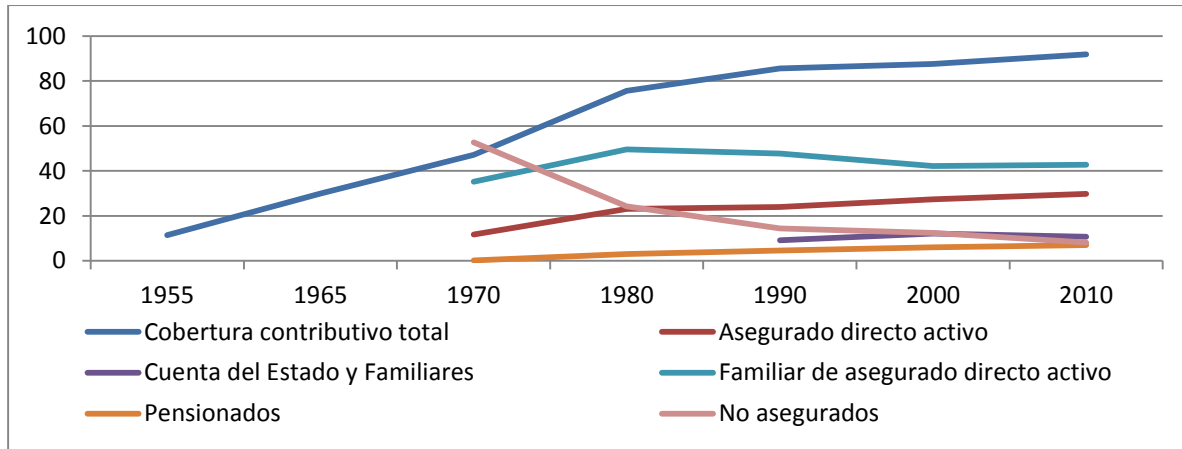
En conclusión: Durante las últimas dos décadas, el gasto total en salud relativo al PIB sube en particular en Costa Rica, Serbia y Holanda. El gasto privado y en particular el de bolsillo disminuye en México y Holanda a raíz de las reformas implementadas. En Serbia, este gasto sube, en Panamá es relativamente estable y en Costa Rica sube entre 2000 y 2007 para luego disminuirse para llegar a un nivel un poco encima del que tenía en 1995. El gasto público (Estado/Ministerio de Salud) sube en particular en Panamá y México a raíz de las reformas implementadas. El gasto del seguro de salud disminuye levemente en Panamá, México y Serbia; sube radicalmente en Holanda y fluctúa en Costa Rica, sube entre 2006 y 2010 y luego baja a un nivel un poco debajo del que tenía en 1995. Con respecto a la utilización de los servicios hospitalarios y ambulatorios en Costa Rica, ambos están por debajo del mínimo recomendado por la OMS.

### Cobertura poblacional

La cobertura poblacional del seguro de salud en Costa Rica sigue una tendencia progresiva desde la creación de la CCSS. El Gráfico 20 presenta la tendencia sobre el periodo 1955 – 2010 en base con datos de diferentes fuentes.

**Gráfico 20**

**Tendencia global de la cobertura poblacional del seguro de salud en Costa Rica, 1955 – 2010**



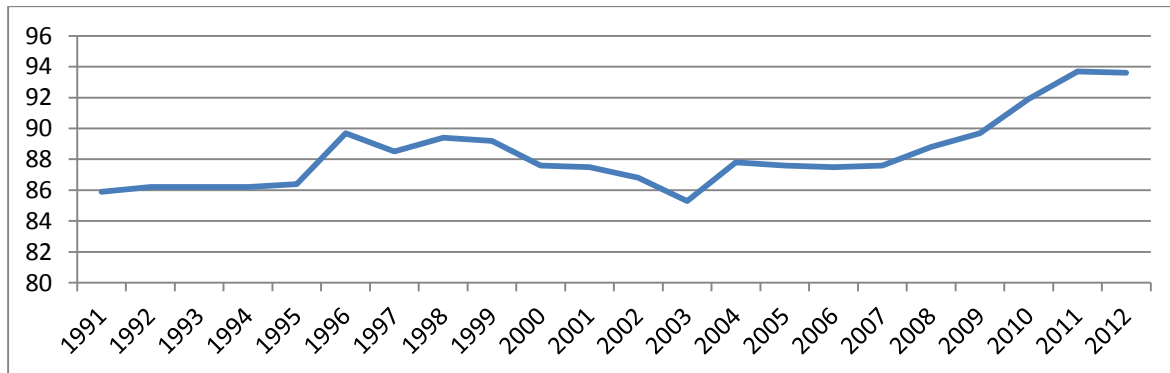
Fuentes: Garnier 2006: 3; CCSS 2012

La tendencia demuestra el proceso incremental que se realizó en Costa Rica a lo largo de unas décadas. Esto difiere de otros países donde se implementaron reformas radicales, como en Holanda en 2006. El aumento de la cobertura en el periodo 2006 – 2010 no se traduce en un aumento en la utilización de los servicios como ya vimos arriba.

El Gráfico 21 demuestra en más detalle, la tendencia de la cobertura poblacional del seguro de salud durante los últimos veinte años. Se observa un incremento después de la Reforma de los Noventa, seguido por un periodo de decrecimiento hasta 2003 y luego una tendencia creciente del nuevo hasta 2011. Para 2012 la CCSS reporta una cobertura poblacional de 93,6%. El aumento en cobertura es notable en particular entre 2007 y 2011, el mismo periodo en que subió el gasto sin que se incrementara el volumen de servicios prestados.

**Gráfico 21**

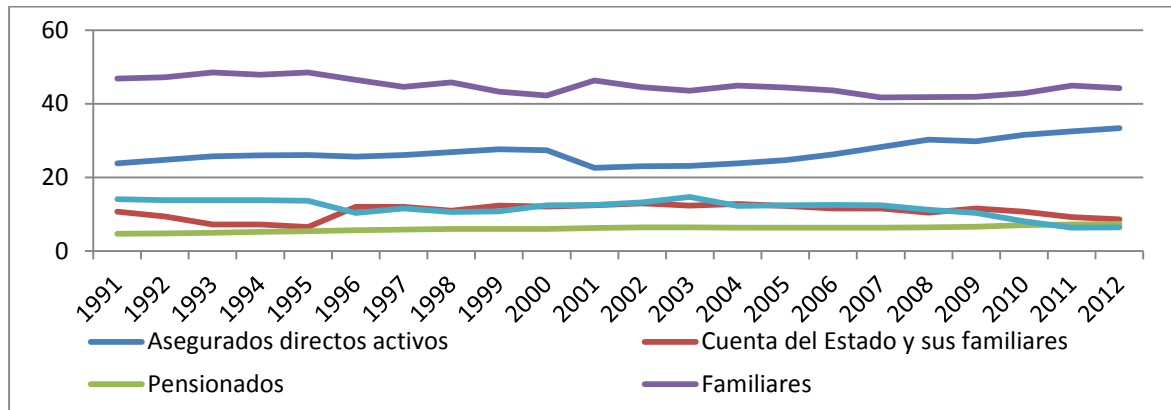
**Cobertura contributiva del Seguro de Salud (% población), 1991 - 2012**



Fuentes: CCSS 1996, CCSS 2001, CCSS 2006, CCSS 2010, CCSS 2013

El Gráfico 22 presenta las tendencias de cobertura por modalidad de aseguramiento, incluyendo los asegurados directos activos, familiares, asegurados por cuenta del Estado, pensionados y No Asegurados respectivamente. Se observa un incremento continuo en la cobertura de los asegurados directos salvo una disminución en el 2001 pero una lente disminución en la cobertura de familiares, coberturas estables para pensionados, y una leve disminución también de asegurados por cuenta del Estado a partir de 2009.

**Gráfico 22**  
**Cobertura por modalidad del Seguro de Salud (% población), 1991 - 2012**



Fuentes: CCSS 1996, CCSS 2001, CCSS 2006, CCSS 2010, CCSS 2013

Por otro lado, la tendencia decreciente de los No Asegurados reportado por la CCSS, complementaria al aumento de los asegurados directos activos, no concuerda con los datos de otras fuentes, como el Censo 2011 y unas encuestas implementadas en 2004 y 2006 respectivamente. Por ejemplo, según el Censo 2011 del INEC el porcentaje de la población No Asegurada es 14,5% para ese año. De manera similar, mientras que la CCSS reporta 13,2 y 12,5% de población No Asegurada en los años 2002 y 2006 respectivamente, según una encuesta del Ministerio de Salud este grupo representa 20,5% de la población en 2004, y según la ENGAS 2006 es 20,4% en 2006. Además, de los no asegurados, 22,5% decía no poder satisfacer sus necesidades básicas en 2004; y 25,5% y 33,2% decía que vivía en situaciones de pobreza y extrema pobreza respectivamente según la ENGAS 2006. Estos datos son importantes porque, como se mencionó arriba, el No Asegurado en Costa Rica supuestamente es una persona con capacidad de pago que elige no contribuir al seguro, no una persona pobre (Muiser et al. 2008: 61). La discrepancia entre los datos de la CCSS y las otras fuentes mencionadas indica la importancia de contar con un sistema de información que cubre a toda la población, e independiente de la institución que implementa los programas relacionados, en este caso la CCSS.

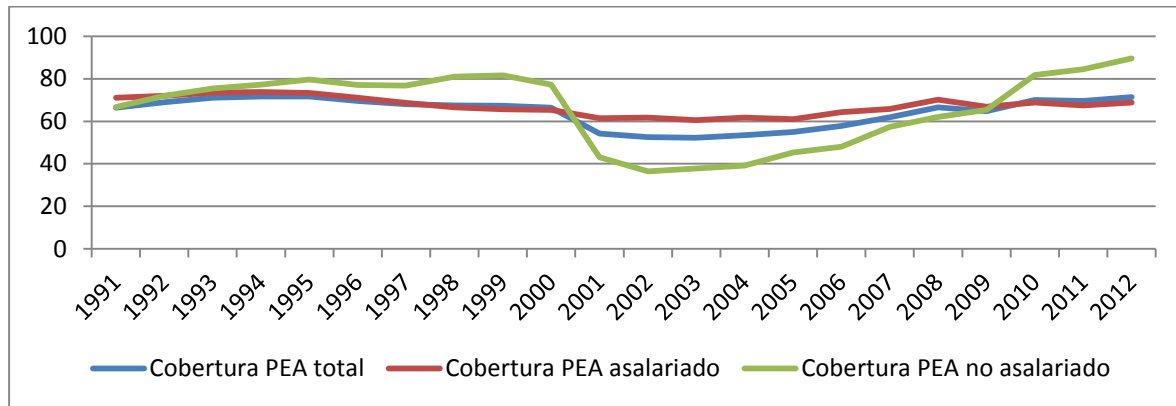
Además es relevante desde esta perspectiva que si la cobertura poblacional se entiende como población formalmente afiliada a la CCSS, esto no es el mismo grupo que utiliza los servicios (y por ende disfruta de los servicios cubiertos). Según la ENSA, en 2006 un 31,3% de los hogares reportaron haber utilizado servicios de un prestador privado en un periodo de tres meses; y según una encuesta de la UCR en 2007, sólo 44% de la

población no había pagado a un médico privado durante un año (56% sí había) y de la población con un ingreso debajo de 150,000 colones por mes, sólo 46,8% no había comprado servicios de un prestador privado (Muiser et al. 2008: 68). La discrepancia entre la proporción de la población que está afiliada a la CCSS y la que efectivamente utiliza sus servicios, indica un potencial problema con la satisfacción de los usuarios y la calidad percibida, lo que en el futuro puede afectar la sostenibilidad del esquema.

Con respecto a la cobertura de la Población Económicamente Activa en el Seguro de Salud, los datos de la CCSS demuestran estabilidad durante los últimos veinte años con respecto a la PEA total y la PEA de trabajadores asalariados, y una disminución seguida por un incremento substancial de la PEA de trabajadores independientes. Los datos se presentan en el Gráfico 23.

### Gráfico 23

#### Cobertura de la Población Económicamente Activa Seguro de Salud (% PEA), 1991 - 2012



Fuente: CCSS 1996, CCSS 2001, CCSS 2006, CCSS 2010, CCSS 2013

La caída que se da en 2000 y su recuperación consecutiva se relaciona posiblemente con el proceso de la adopción de la Ley de Protección al Trabajador en 2000. Con esa Ley se hizo obligatoria la afiliación de los trabajadores independientes al seguro de pensiones, medida que se reflejó en el seguro de salud con en el Reglamento del Seguro de Salud en 2006. Los procesos pueden explicar el aumento constante de la afiliación de trabajadores independientes a partir de 2003.

#### *El monitoreo de 'bolsas de exclusión'*

En todos los sistemas de salud, y en particular los sistemas basados en el seguro social como se explicó arriba, existe el riesgo de que algunos grupos de la población queden excluidos de los servicios, los llamados bolsas de exclusión. Lo mismo se debe a la existencia de barreras financieras, geográficas, culturales u otras no atendidas propiamente por el sistema de salud. Es importante identificar los grupos de la población potencialmente excluidos, buscar formas de incluirlos y monitorear su situación. Esto es particularmente importante en Costa Rica donde los No Asegurados son considerados aquellas personas que se atienden en el sector privado por propia voluntad porque tienen capacidad de pago. El supuesto es que no hay personas no aseguradas sin capacidad de pago, porque existe la modalidad Asegurado por Cuenta del Estado. Además, si

hubiese personas no aseguradas sin capacidad de pago, incluyendo las personas no documentadas, ellas son atendidas por la CCSS en caso de emergencia. Formalmente deben pagar su cuenta después de ser atendidas. En casos no de emergencia, estas personas tienen que pagar antes de ser atendidas. Ahora, a pesar de que la ley cubre la mayoría de las personas no aseguradas sin capacidad de pago, es importante monitorear este grupo porque no tienen la posibilidad de atenderse en otra institución pública como por ejemplo, en Panamá y México, donde el Ministerio y la Secretaría de Salud respectivamente, los recibe. Además el riesgo existe que estas personas ni siquiera busquen ser atendidos en la CCSS por miedo de ser rechazados. Como dicho, aunque el riesgo de ser excluido en Costa Rica es relativamente bajo dado el sistema existente, esto no quiere decir que no existe.

Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud implementó dos encuestas en 2004 y 2006 respectivamente, con el fin de monitorear la utilización de los servicios primarios e identificar grupos con necesidades en salud no satisfechas. Según datos de 2004, hasta 6,0% de la población (unas 250,000 personas) dijo no haber sido atendida en un EBAIS cuando buscaba asistencia médica; 1,9% de ellas (unas 80,000 personas) dijo que fue rechazada por no estar asegurada. Según la ENSA 2006, estos datos eran 3,5% y 0,2% respectivamente (Muiser et al. 2008). Estos datos son importantes para identificar problemas y posibles soluciones con respecto al comportamiento del sistema de salud. Aún falta más investigación para identificar y resolver el tema de posibles bolsas de exclusión en Costa Rica, un tema de importancia para cualquier sistema de salud y en particular los basados en el seguro social.

En Panamá, la cobertura de la CSS subió de 67% en 2005 a 80% en 2011. De esta población, 57% es dependiente, 7% es cotizante activo pensionado y 36% es asegurado cotizante activo. Los 20% de la población no asegurada es responsabilidad del Ministerio de Salud. Sin embargo, también 33% de los asegurados de la CSS se atienden en los establecimientos del Ministerio de Salud, así que el Ministerio de Salud atiende en total a un 53% de la población (Ministerio de Salud de Panamá 2013). Bolsas de exclusión en Panamá no se presentan como consecuencia de exclusión de grupos poblacionales en principio, sino por limitaciones en términos de acceso geográfico y falta de infraestructura en ciertas zonas.

Según la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos (Art. 4). Sin embargo, debido a la fragmentación histórica del sistema, siempre han existido diferentes esquemas de cobertura para diferentes grupos de la población. El Recuadro 2 presenta los tres distintos grupos de beneficiarios del sistema de salud mexicano.

**Recuadro 2**  
**Tres grupos de beneficiarios en el sistema de salud mexicano**

Trabajadores asalariados, pensionados y sus familiares	Instituciones de la seguridad social (≈45% de la población total)	IMSS: 80% (≈36% de la población total) ISSSTE: 18% (≈8% de la población total) PEMEX, SEDENA, SEMAR en conjunto: 1% (≈0.5% de la población total)
Trabajadores independientes, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familiares	Servicios de la SSa, los SESA y IMSS-O  Desde 2004: SPS	En 2008: 27 millones de afiliados al SPS (≈25% de la población total) En 2012: 50 millones de afiliados al SPS (Knaul et al 2012) (≈45% de la población total)
Población con capacidad de pago	Sector privado	

Fuentes: Gómez Dantes (2011) y Knaul et al. (2012)

Según el análisis de Knaul et al (2012), hoy en día 98% de la población mexicana está afiliada a un esquema de seguro social, incluyendo al SPS. Igual que en Panamá, mientras que casi toda la población está cubierta por uno u otro esquema de seguro social o por el Ministerio o la Secretaría de Salud, puede haber diferencias entre los diferentes paquetes garantizados y en la calidad de los servicios entre los diferentes esquemas. En Costa Rica, diferentemente, el paquete de la CCSS cubre en principio a toda la población por igual y bajo las mismas condiciones.

La cobertura poblacional del seguro de salud de Serbia es in principio universal aunque aplica un periodo de espera; el seguro requiere que las personas afiliadas coticen tres meses consecutivos antes de poder ejercer su derecho, o 6 meses interrumpidos dentro de un periodo de 18 meses al máximo (Art. 32).

La Ley de Seguro de Salud en Serbia define todos los grupos de la población obligados a afiliarse al seguro de salud y otros grupos vulnerables cuya cobertura es financiada por el Estado desde el presupuesto nacional. También los familiares de los asegurados directos están cubiertos bajo el régimen. El riesgo de exclusión en Serbia se presenta en limitaciones en el acceso geográfico y la cantidad y calidad de los servicios cubiertos en el sistema público.

En Holanda, la cobertura poblacional del seguro social antes de la reforma se definía anualmente en forma de un tope salarial. Los hogares con ingresos encima del tope estaban obligados a comprar un seguro privado mientras que los con ingresos debajo del tope se afiliaron al seguro social. Con la Reforma la cobertura poblacional se aumentó de una sola vez a casi 100% de la población dado que el seguro se hizo mandatorio para todos bajo sanciones. Personas indocumentadas y las que aún experimentan barreras financieras son las que forman aún unos grupos excluidos, o bolsas de exclusión, en total unas 250,000 personas. Existen organizaciones privadas o no gubernamentales (ONGs) que les ayudan a estos grupos cuando necesiten acceso a servicios médicos (Muiser 2007).



En conclusión: La cobertura poblacional de los sistemas públicos de salud es prácticamente universal en todos los países estudiados, aunque es importante reconocer que en todos los sistemas de salud, particularmente los basados en el seguro social, existe el riesgo de bolsas de exclusión, sea en términos de grupos poblacionales o individual, sea en términos de calidad y cantidad de servicios ofrecidos. La relevancia de un sistema de monitoreo de posibles bolsas de exclusión en Costa Rica se explica en particular porque aquí la población no asegurada sin capacidad de pago no tiene alternativas dentro del sistema público de ser atendida como por ejemplo en Panamá y México. En estos países, sin embargo, puede haber diferencias significativas en la calidad y cantidad de servicios ofrecidos a esos grupos o individuos en ciertos casos. En Holanda y Serbia la cobertura poblacional está al 100% prácticamente. Estos dos países hacen cortes en el paquete de beneficios en vez de por grupos poblacionales. El crecimiento del gasto privado en salud en Serbia, sin embargo, demuestra el riesgo de este modelo.

### **Cobertura por servicios**

Todos los sistemas aquí comparados cuentan con paquetes de beneficios comprensivos, salvo unos esquemas en México. Todos los países también utilizan una Lista Oficial de Medicamentos.

El paquete de beneficios cubierto por la CCSS es un paquete único para toda la población por igual, y comprensivo. Según el Artículo 15 del Reglamento del Seguro de Salud de 2006, el Seguro de Salud cubre:

Atención Integral a la Salud (Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular; asistencia social, individual y familiar - Art. 17)

- a) **Prestaciones en Dinero (Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia; ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos; ayuda económica para traslados y hospedajes; ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero; ayuda económica por concepto de libre elección médica - Art. 27)**
- b) **Prestaciones Sociales (tratamiento social individual y familiar y planeación social u organización comunal – Art. 25).**

Fuentes: CCSS 2014

El Artículo afirma, igual que los respectivos reglamentos en Panamá, México y Serbia, que el contenido de dichas prestaciones, se determina según las posibilidades financieras del seguro. Este tipo de cláusulas refleja la importancia de la participación del Estado en el financiamiento de estos esquemas, si la meta es garantizar la cobertura universal en salud considerando que implica un paquete de beneficios comprensivo de servicios integrales (OMS 2014).

Siendo el paquete de beneficios costarricense un paquete comprensivo, no se hacen explícitas las intervenciones incluidas. Por otro lado sí se describen en el Reglamento del

Seguro de Salud unas pocas intervenciones excluidas. Según el Artículo 19, la CCSS no se responsabiliza por los servicios de salud que no sean otorgados por sus funcionarios autorizados, bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del Reglamento. Luego, según el Artículo 45, las consecuencias del aborto intencional o doloso, se consideran como enfermedad, pero no dan derecho, en ningún caso, al pago de subsidios. Finalmente, para la compra de anteojos la CCSS establece un copago, el que se elimina en caso de la población sin capacidad de pago.

Con respecto a los No Asegurados, la legislación vigente refuerza el concepto de la universalidad, solidaridad y equidad aun cuando puede afectar la sostenibilidad de la institución. Según el Artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud de 2006, cuando la atención sea urgente, el No Asegurado debe ser atendido de inmediato aun cuando sea bajo su responsabilidad económica. Es decir, en caso de emergencia el No Asegurado puede hacer el pago después de recibir la atención médica. Las prestaciones no urgentes a personas No Aseguradas, al contrario, se hacen después de que el No Asegurado haya realizado el relativo pago. Aunque aquí no se presentan datos, es de común conocimiento que la CCSS regularmente presta servicios de emergencia a personas No Aseguradas que luego no se pueden cobrar lo cual afecta la sostenibilidad del sistema. Según la legislación vigente, financiar este tipo de gastos del seguro, es tarea del Estado. Como ya dicho, el monitoreo de estos casos no se hace de manera rutinaria.

El Ministerio de Salud de Panamá presta servicios en los tres niveles a la población no asegurada. La CSS tiene como objetivo 'garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, frente a la afectación de estos medios, en casos de retiro por vejez, enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidas en la Constitución y la ley, y con las posibilidades financieras de la institución (Artículo 2 de la Ley 51). Es una protección más amplia de la que da la CCSS, en particular con respecto a los riesgos laborales y accidentes de tránsito. En Costa Rica, estos riesgos siguen cubriéndose ya desde 1924 y a pesar de las intenciones de trasladarlos a la CCSS con la Reforma de los Noventa, por el Instituto Nacional de Seguros (INS).

Indicando la relación entre la capacidad de cobertura por servicios del Ministerio de Salud y la CSS, la CSS cuenta con 80 y el Ministerio de Salud con 835 instalaciones de salud según datos de 2010. Para el caso de México, el Recuadro 3 presenta la cobertura por servicios para cada esquema de seguridad social.

**Recuadro 3**  
**Cobertura por servicios para los diferentes esquemas de seguridad social en México, 2006**

IMSS – régimen obligatorio	Seguro de Enfermedad y Maternidad (atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales); Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida; Retiro y Vejez; Prestaciones Sociales; Guardería y otros
IMSS – régimen voluntario para personas no asalariados y empleados públicos entre otros	Seguro de Enfermedad y Maternidad según indicado arriba.
ISSSTE	Conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Seguro de salud garantiza acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.
PEMEX, SEDENA y SEMAR	Beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.
SPS	SPS garantiza acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas. El paquete aumentó progresivamente de 91 intervenciones en 2004 a 284 en 2012.

Fuentes: Gómez Dantes (2011 y Knaul et al.(2012)

Según el informe citado, la población no asegurada recibe, en las unidades de los SESA, beneficios heterogéneos: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades. El IMSS-O ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles (Mapa del sistema de salud México 2006).

Según el análisis de Knaul et al (2012), hoy en día mientras que los esquemas siguen operando de manera paralela lo que afecta la eficiencia del sistema en su totalidad, en los últimos años los paquetes de beneficios han venido convergiéndose cada vez más. Las diferencias entre las coberturas por servicios se han disminuido, por lo menos con respecto a los seguros de salud y con excepción de la población no asegurada. Como mencionado arriba, según la autora, la población No Asegurada representa 2% de la población en 2012. Los diferentes esquemas, incluyendo el SPS hoy en día ofrecen paquetes de beneficios en el seguro de salud que cubren 95% de los servicios esenciales (Knaul et al 2012): ‘*La arquitectura financiera del Seguro Popular se diseñó con el objetivo*

*de aumentar la equidad en la aplicación de los fondos federales entre poblaciones con y sin seguridad social. Se armonizó con el IMSS, guiado por las reforma de 1997. En 2007, se reformó también el ISSSTE según las mismas líneas. Como resultado, las asignaciones son similares sobre las tres agencias (IMSS, ISSSTE y SPS) allanando el camino para la creación de un solo fondo y esquema de pago para el seguro de salud' (Knaul et al 2012: 5). Según el análisis, con la reforma se ha mejorado el nivel de equidad del sistema de salud mexicano, aunque aún faltan medidas a ser implementadas para también realzar más la eficiencia.*

La cobertura del seguro de salud de Serbia incluye el derecho a los servicios de salud, el derecho a un beneficio salarial durante un periodo de invalidez para el trabajo y el derecho al transporte relacionado al uso de servicios de salud (Art. 30 de la Ley de Seguro de Salud). El seguro de salud tiene un componente obligatorio y un componente voluntario. El seguro obligatorio de salud cubre accidentes y enfermedades no relacionados al trabajo y también los relacionados al trabajo (Art. 9).

Según el Art. 34 de la Ley de Seguro de Salud el derecho a la los servicios de salud otorgados en base con el seguro de salud obligatorio incluye:

1. servicios preventivos y detección temprana;
2. exámenes médicos y servicios de planificación familiar, embarazo, parto y servicios post-parto hasta 12 meses después del parto;
3. exámenes médicos y servicios para enfermos y lesionados;
4. prevención y servicios para enfermedades dentales;
5. servicios de rehabilitación para enfermos y lesionados;
6. medicamentos y equipo médico;
7. equipo prostético y otro para ayudar el movimiento, estar de pie, sentarse, ver, oír y hablar, y otro tipo de equipo médico-técnico auxiliar

Fuentes: Ley de Seguro de Salud Serbia, Art. 34

El paquete de beneficios de Serbia es comprensivo como en Costa Rica, y define, además de inclusiones de manera explícita las intervenciones excluidas. El Artículo 61 alista un serie de intervenciones no incluidas, como chequeos médicos para empleos, escuelas y otras organizaciones; intoxicaciones agudas de alcohol; aborto sin indicaciones médicas, intervenciones cosméticas e inmunizaciones no obligatorias, entre otras cosas. La Ley regula todo el mercado de proveedores de servicios, estableciendo tarifas, contratos, informes, transparencia, control, seguimientos, sanciones, entre otros aspectos.

Como en Serbia, el seguro de salud de Holanda realiza un corte entre un paquete de beneficios comprensivos que forma parte de la Ley de Seguro Social y que todos los proveedores y aseguradores tienen que garantizar a toda la población bajo las mismas condiciones; y un paquete de servicios suplementarios que se ofrecen con base en principios de mercado. Durante los últimos años caracterizados por políticas neoliberales, el paquete de servicios público se ha reducido y el número de intervenciones prestadas bajo los principios de mercado ha aumentado.

*En conclusión: la cobertura por servicios es comprensiva e integral en principio, en todos los esquemas con más o menos exclusiones dependiendo del caso. El Seguro Popular de México es el único esquema que se construyó sobre un paquete limitado pero el mismo se está convirtiendo poco a poco en un paquete comprensivo también. En todos los casos, el tema de la calidad de los servicios ofrecidos (incluyendo el trato de y la seguridad para el paciente, pero también listas de espera, continuidad de los servicios, entre otras cosas) es probablemente el más urgente a ser monitoreada. No fue posible entrar en este tema dentro de las limitaciones de este trabajo.*

## Medidas de sostenibilidad

### *Transición epidemiológica y atención primaria*

Para realzar la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, es necesario incrementar la utilización del primer nivel y disminuir el gasto hospitalario. En Costa Rica, esto fue uno de los objetivos explícitos de la reforma de los Noventa (CGR 2006). El proceso sin embargo, no ha avanzado suficientemente hasta el día de hoy. Según los datos presentados en la Tabla 7, el gasto para consultas externas bajó de 26,5 a 21,5% entre 2002 y 2012; el gasto para áreas de salud subió de 19,6 en a 22,2% en el mismo periodo; pero el gasto hospitalario aumentó con casi 3% de 52,6 a 55,5% en el mismo periodo. En 2013, los gastos de hospitalización incluyendo gastos directos e indirectos, subieron hasta llegar a 71,6% (CCSS 2013: 30).

**Tabla 7**

### **Gastos hospitalización, consulta externa y áreas de salud (clínicas menores)**

	Gastos Hospitalización (%)	Gastos Consulta externa hospitales y clínicas mayores (%)	Gastos Áreas de salud y cooperativas (%)
2002	52,6	26,5	19,6
2004	52,0	25,8	21,1
2006	54,1	23,8	21,2
2008	55,4	20,7	23,0
2010	56,1	20,7	22,3
2012	55,5	21,5	22,2
2013	71,6	27,3	nihil

Notas: 1. En 2002 se refiere a 'clínicas menores' en vez de 'áreas de salud y cooperativas'. 2. Los servicios no incluidos en esta tabla son los odontológicos, medicina empresa y medicina mixta que en todos los años reportados representan menos de 1,0% de los gastos totales.

Fuente: CCSS Memoria Institucional 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 y 2013.

El aumento en el gasto de hospitalización se realiza en primera instancia en el periodo 2006 – 2010, cuando hay una disminución en la utilización de los servicios hospitalarios, y luego en 2013. Según datos presentados por la CCSS, en 2002 los hospitales consumieron 25,8% de las consultas médicas en el país contra 23,0% en 2013; y las áreas de salud 59,6 y 76,4% respectivamente (CCSS 2002; CCSS 2013). La disminución en el uso de servicios hospitalarios entre 2002 y 2012 de casi un 3%, resultó en un aumento de 3,5% del gasto en el mismo periodo. El crecimiento de la atención en las

áreas de salud de 59,6 a 76,4% entre 2002 y 2013 con casi el 17%, por otro lado, evidencia el potencial del nuevo modelo de atención costarricense.

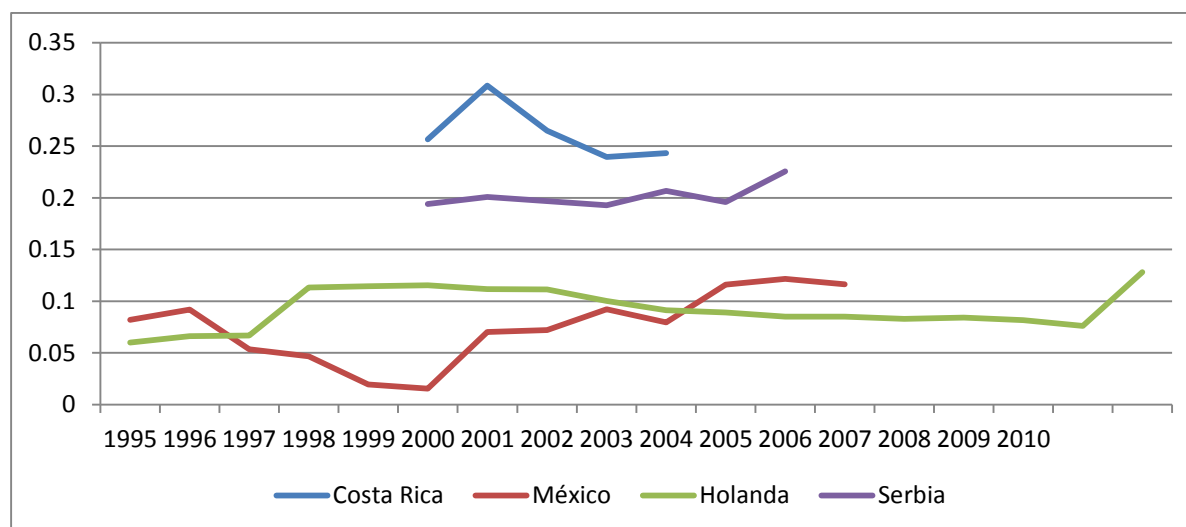
En Panamá, los programas de atención primaria hasta recientemente han sido valorado como débiles. Para dar respuesta a esta situación en 2012 la CSS lanza un nuevo proyecto de atención primaria que se describe de la siguiente manera: ‘Implementación de un nuevo modelo de atención en salud, que consiste en modificar la atención de salud a los asegurados, que estaba basada en la demanda espontánea y ahora, con la modernización, el galeno tendrá mayor control sobre sus pacientes, quienes tendrán un médico de cabecera, que atenderá un sector de la población’ (CSS 2014). Aún es temprano para evaluar el progreso de este nuevo modelo.

Como señalado arriba, en Serbia se inició una reforma basada en el fortalecimiento del primer nivel en 2002. El sistema de Holanda cuenta con un médico de familia como primer punto de referencia obligatorio para toda la población a nivel local, ya desde antes de la reforma de 2006.

Desde hace relativamente poco, la OMS monitorea gastos realizados a nivel de los países para servicios de prevención y promoción de la salud. Los mismos aún son incompletos y posiblemente no óptimamente robustos. En el Gráfico 24 se presentan tendencias en la ‘tasa del gasto para servicios de prevención y salud pública versus el gasto para servicios hospitalarios entre 1995 y 2010<sup>9</sup>’. Costa Rica, en términos generales, parece comportarse mejor que los otros países por lo menos en el periodo reflejado.

#### Gráfico 24

**Tasa Gasto Servicios de Prevención y Salud Pública como % del GTS y Gasto para Servicios hospitalarios como % del GTS en cinco países seleccionados, 1995 – 2010**



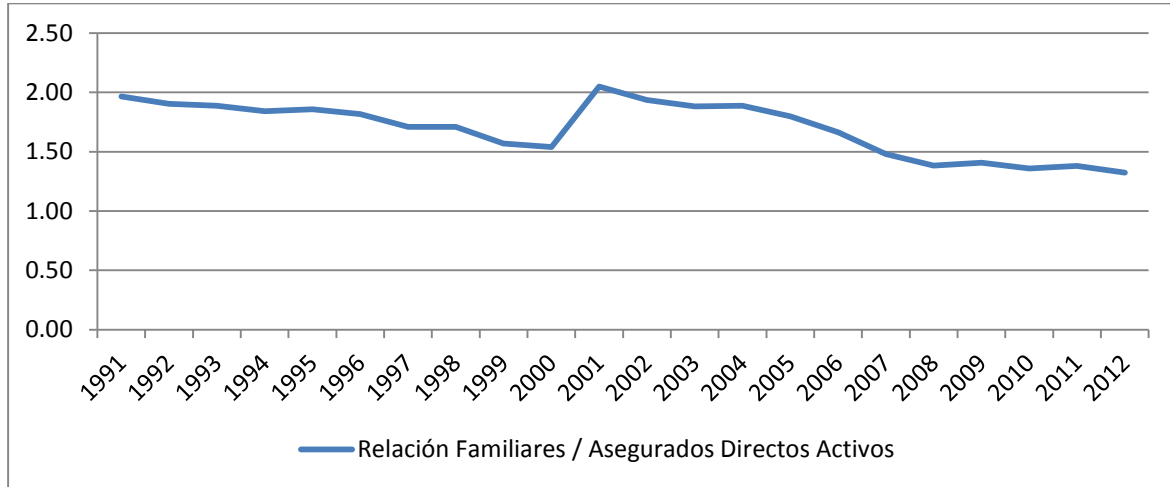
Fuentes: OMS 2014

### Relación asegurados directos activos y sus dependientes

Importante para la sostenibilidad también es monitorear la relación entre asegurados directos activos y sus respectivos dependientes dentro del seguro de salud.

#### Gráfico 25

#### Relación de Familiares con Asegurados Directos Activos del Seguro de Salud, 1991 - 2012



Fuentes: CCSS 1996, CCSS 2001, CCSS 2006, CCSS 2010, CCSS 2013

El Gráfico 25 demuestra la relación entre Familiares afiliados y Asegurados Directos Activos en Costa Rica la que, como también se observó arriba, está disminuyéndose. La relación sigue una curva hacia abajo, reflejando que el número de familiares por asegurado directo está en disminución, una tendencia relativamente favorable para la sostenibilidad financiera de la CCSS.

Con respecto a la relación dependientes- cotizantes en Panamá, en la CSS los dependientes representan 58% de los asegurados con una tasa de 1.4 dependientes por cotizante (CSS 2014). En Costa Rica esta tasa actualmente está en 1.6 como demostrado arriba.

### Instrumentos para controlar la demanda: listas de espera, copagos y riesgo propio

El paquete de beneficios en Costa Rica es un paquete comprensivo prácticamente sin exclusiones como demostrado arriba. Dado que el paquete de beneficios de la CCSS no cuenta con un copago como instrumento para controlar la demanda, se aplica el instrumento de las listas de espera. Mientras que es un instrumento común a nivel de sistemas públicos de salud, en el caso de la CCSS por falta de capacidad operacional, las listas de espera en ciertas áreas han crecido a niveles inaceptables. Durante las décadas de los setenta y ochenta, una sobre-demanda a nivel de la CCSS usualmente se resolvía trasladándola al sector privado. Sin embargo, durante la primera década después de la Reforma de los Noventa el traslado de la demanda de la CCSS al sector privado se explotó de tal forma, que en 2004 la Contraloría General de la República suspendió la contratación a terceras por parte de la CCSS hasta que el Estado decidiera de manera formal, cómo establecer la relación entre ambos sectores.

Las Tablas 8 y 9 presentan información sobre las listas de espera juntada por un estudio realizado en 2007.

**Tabla 8**  
**Listas de espera dentro de los establecimientos de la CCSS, 2004**

	<b>Proporción de las listas de espera totales</b>
<b>Tipo de consulta con más listas de espera</b>	
Consultas médicas especializadas	47%
Procedimientos terapéuticos	43%
Cirugías	10%
<b>Especialidades con más listas de espera</b>	
Oftalmología	28%
Ortopedia	14%
Cirugía ortopédica (electiva)	20%
<b>Procedimientos médicos con más listas de espera</b>	
Ultrasonidos	31%
Rayos-X	20%

Fuente: Zúñiga-Brenes, Vargas y Vindas (2007): 22

**Tabla 9**  
**Hospitales de la CCSS y especialidades con más listas de espera, 2004**

<b>Hospitales y especialidades con más listas de espera</b>	<b>Tiempo de espera</b>
Hospital México: Servicios de oftalmología	360 días - el hospital México representa 20% de todas las listas de espera en el país
San Juan de Dios: cirugía general, urología, servicios de cuidado vascular de periferia	360 días
Hospitales regionales (en 5 de 7 hospitales)	> un año (en un hospital hasta en 6 especialidades)
Hospital Nacional de Niños: odontología, cirugía reconstructiva, ortopedia, urología	> un año

Fuente: Zúñiga-Brenes, Vargas y Vindas (2007): 22

Según Zúñiga-Brenes y colegas, autores del estudio: ‘las listas de espera son un problema mayor y pueden inducir gastos de bolsillo en los hogares con capacidad de pago (Zúñiga-Brenes et al. 2007: 22). Se agrega aquí que las mismas, si ocurren en hogares sin o con poca capacidad de pago, pueden inducir hasta gastos catastróficos o incapacidad para satisfacer necesidades en salud.

En Panamá, la CSS aplica la misma cláusula que la CCSS relacionando la prestación de servicios a los fondos disponibles. Por lo tanto también maneja listas de espera como mecanismo de control de la demanda. El Ministerio de Salud, diferentemente controla la demanda con base en un copago o ‘una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (Ministerio de Salud de Panamá 2013: 144). Según la misma fuente, en la Red Pública del Ministerio se aplican cuotas de recuperación o copagos, cuyo monto



generalmente se determina por los patronatos. En términos generales no representan más allá del 1% del costo real del servicio, ni más del 5% de los recursos disponibles. Estos copagos aplican para servicios de primer nivel. Sin embargo, cuando se trata de población sin capacidad de pago al momento de recibir una atención, la misma no le es negada. El copago, en principio puede funcionar como una barrera financiera para la población sin capacidad de pago.

En los establecimientos de la Secretaria de Salud en México, los usuarios pagan una pequeña contribución al recibir la atención (cuotas de recuperación) (Gómez Dantes 2011). En las instituciones de seguro salud los servicios se prestan dependiendo de la disponibilidad de recursos. Para controlar la demanda manejan, como la CCSS y la CSS, listas de espera.

En Serbia, la Ley de Seguro de Salud establece un copago para ciertas intervenciones dependiendo de la capacidad de pago del asegurado (Art. 45). Las intervenciones y porcentajes se establecen por el RHII. Los proveedores de salud son obligados a cobrar los mismos montos, tanto a los asegurados obligatorios como los voluntarios.

En Holanda un instrumento para controlar la demanda es el riesgo propio que se aplica a todos. En el seguro obligatorio es 350 Euros mínimo por año por persona. Pero también siguen existiendo tiempos de espera en Holanda para ciertas intervenciones.

#### *Medidas para controlar la evasión y morosidad*

Desde la adopción de la Ley Protección al Trabajador en 2000, ha sido una meta explícita de la CCSS controlar la evasión y morosidad por parte de patronos y trabajadores. Entre otras cosas, se ha implementado un nuevo sistema para facilitar el pago de sus contribuciones por internet, el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE). Se estableció que el salario de base reportado para las cotizaciones del seguro de salud también se aplicaría al sistema de pensiones, lo que incentivó a los trabajadores a declarar su salario correctamente. Dentro del mismo contexto, se contrataron a más inspectores y se les hicieron responsables a dar rendición de cuentas sobre su trabajo y cumplir con metas concretas. También se abrió un centro central de llamadas y se aplicó con más rigor la regla que le permite a la CCSS cerrar empresas que no cumplen con su deber con la CCSS, entre otras cosas (Muiser y Vargas 2008). La implementación de estas medidas ha sido fructuosa según las memorias institucionales anuales de la CCSS. En Holanda, la afiliación al esquema por parte de trabajadores y patronos también es obligatoria bajo sanciones, con reglas más estrictas desde la reforma de 2006, lo cual ha elevado el nivel de cumplimiento por las diferentes partes.

## **11. Conclusiones: Cobertura universal en salud y sostenibilidad financiero, un solo compromiso**

El análisis comparado presentado en este documento es una exploración no exhaustiva de una serie de indicadores de monitoreo del comportamiento del sistema de salud costarricense en comparación con otros países. Para completar todos los datos e información relevante, se requiere esfuerzos investigativos adicionales.

Con respecto al proceso de la construcción del sistema de salud costarricense se concluye que el traslado de los hospitales a la CCSS iniciado en 1973 marca un hito que favorece la equidad y eficiencia del sistema pero que origina a la vez un desequilibrio en la gobernanza del sector salud. Por un lado, hace que se evite la fragmentación sistémica en la provisión de servicios típica en América Latina, pero por otro convierte la CCSS en el actor más poderoso del sector. La CCSS, que ya tiene autonomía administrativa y de gobierno, ahora también cuenta con más recursos financieros, humanos y de infraestructura que el Ministerio de Salud. A pesar de una reformas en la administración pública y el pronunciado interés del Presidente Figueres (1970 – 1974) en que el Ministerio de Salud y la CCSS trabajaran juntos (Miranda 2006: 15), la asimetría de poder entre ambas instituciones se convirtió en un obstáculo para la coordinación y rectoría sectorial desde entonces.

Mientras que esta situación afecta la planificación sectorial y complica el proceso de avanzar hacia la CUS de manera eficaz, algunas consecuencias aún han sido más serias: la falta de una rectoría eficaz basada en información oportuna y evidencia concreta, ha facilitado que se generara un incremento no deseado del gasto privado en salud durante los primeros años del siglo XX, un caso de corrupción en 2004 y un posible uso ineficiente de recursos del seguro de salud entre 2006 y 2010. En términos generales se puede decir que debido a estos acontecimientos no se ha podido avanzar lo suficiente con los objetivos de la Reforma del Sector Salud de los Noventa.

Desde otra perspectiva, ya de importancia para la población de manera directa, los datos del aseguramiento de la CCSS presentados en las memorias institucionales anuales, entre otros, no son fiscalizados por una fuente independiente. Ni el propio Estado y su delegado en el sector salud, el Ministerio de Salud, cuenta con instrumentos para ejercer un monitoreo independiente de la implementación de la política de salud. Corregir esta situación es urgente en vista del compromiso del Estado con la CUS.

En términos de la organización del sistema de salud costarricense, con la Ley de Universalización de los servicios de la CCSS en 1961 se supera en Costa Rica la fragmentación del sistema de salud en la función aseguradora y en la de la provisión de servicios hospitalarios. Con la Reforma de los Noventa se supera la fragmentación de la función de provisión de servicios preventivos y de promoción de salud. Sin embargo, con esta misma Reforma, en vez de superar la fragmentación de la función rectora que existía desde los años setenta, se la fortalece aún más. El Ministerio de Salud no obtuvo, ante importantes cambios contextuales, nuevas potestades o instrumentos de gestión que necesitaba para ejercer una planificación, fiscalización, control y evaluación del uso de los recursos a nivel sectorial. Tampoco con respecto al sector privado de salud, no obtuvo

instrumentos para facilitar un proceso apropiado de regulación. Consecuentemente, tanto la CCSS como el sector privado ejercen su propia rectoría lo que afecta la eficiencia, equidad y efectividad del sistema.

El análisis presentado hace evidente que la cobertura universal en salud es un proceso que nunca termina y que implica un ajuste continuo de los sistemas de salud a nuevos contextos y circunstancias, en particular cambiantes necesidades en salud de la población. También se ha constatado que no sólo es diferente la organización de los sistemas en distintos países, aun cuando todos se basen en el mismo modelo Bismarckiano, sino que también varía su comportamiento sobre el tiempo dependiendo de factores endógenos y exógenos al sistema.

Para concluir el análisis se presenta aquí en la Tabla 10 un resumen de unos hallazgos y tendencias señaladas en el análisis comparado presentado para luego comparar unos logros y retos del sistema costarricense con los otros países e identificar unas posibles lecciones para Costa Rica.

**Tabla 10**  
**Análisis comparado Costa Rica y países seleccionados, 1990 - 2010**

	<b>Costa Rica</b>	<b>Panamá</b>	<b>México</b>	<b>Serbia</b>	<b>Holanda</b>
<b>Cobertura poblacional Seguro Social</b>	De 85 a 92%				
	De 60 a 84%	De 45 a 98% (reforma del SPS)	De ≈100 a 100% (de un sistema basado en impuestosa seguro social universal - reforma radical)	≈De 50 a 100% (de un sistema mitad seguro social mitad seguro privado a seguro social universal - reforma radical)	
<b>Existe la modalidad del 'opting out'</b>					
<b>(= no afiliarse como persona con capacidad de pago)</b>	Sí	Falta información	Falta la información	No	No

<b>Mecanismo para personas no asegurados sin capacidad de pago</b>	Atención en la CCSS sólo por emergencias; por no emergencias por pago, incluyendo personas no documentadas	Residentes se atienden en el Ministerio de Salud.			
<b>Según información encontrada (p. 40) se están considerando opciones para personas no documentadas</b>	Residentes se atienden en la Secretaría de Salud.				
<b>Falta información con respecto a personas no documentadas</b>	Falta información con respecto a personas no documentadas	Las personas no documentadas son atendidas por ONGs			
<b>Mecanismos de pago prospectivos</b>	No	Falta información	Falta información	Sí	Sí
<b>Gasto del bolsillo como % del GTS</b>	De 21 a 23%				
<b>(tendencia +/+)</b>	De 31 a 25%				
<b>(tendencia -/-)</b>	De 57 a 47%				

Fuente: Elaboración propia

En base con estos datos se puede concluir que hasta la actualidad Costa Rica sigue teniendo indicadores relativamente favorables en comparación con otros países con respecto al comportamiento de su sistema de salud: una cobertura poblacional alta aunque no al 100% lo cual sería la meta en sistemas basados en la CUS; una cobertura por servicios comprensivos y una protección financiera alta. En este sentido Costa Rica se comporta de manera comparable a Holanda y tal vez Serbia, aunque no hay información sobre la calidad de los servicios en los diferentes países y el sector privado es más grande en Serbia que en Costa Rica. México y Panamá, por otro lado, aún cuentan con sistemas de prestación de servicios y aseguramiento fragmentados lo que potencialmente afecta la calidad de la cobertura para grupos de la población vulnerable.

Un tema a analizar es el de las posibles bolsas de exclusión en términos de población sin capacidad de pago, las que no están claramente identificadas en Costa Rica, entre otros países. El tema es particularmente importante porque en Costa Rica no existe una alternativa para estos grupos o individuos en el sector público, sólo en casos de emergencias. Para identificar esas bolsas, es necesario establecer un sistema de monitoreo que abarca a toda la población, independiente de la CCSS. El Censo 2011 indica que la cobertura poblacional de la CCSS, diferente a los que reflejan los datos de la CCSS, no ha aumentado durante los últimos veinte años.

También es relevante monitorear posibles problemas con la retención de los diferentes grupos de la población al sistema. Es decir, un continuo aumento en los grupos de la población afiliados a la CCSS pero que prefieren utilizar los servicios del sector privado, indicaría un problema con la satisfacción de la población con el sistema y puede representar un riesgo para su sostenibilidad financiera y política.

Además de lo señalado arriba en esta última sección, algunos problemas pendientes en el sistema de salud costarricense post-reforma, son el endeudamiento del Estado con la CCSS y la falta de regulación por parte del Ministerio sobre el sector privado. Son factores que a mediano y largo plazo pueden afectar tanto la cobertura en sus tres componentes, como la sostenibilidad financiera del sistema. En particular se menciona del nuevo la falta de capacidad del Ministerio de Salud y por ende del Estado, según los arreglos institucionales existentes, de monitorear y gestionar los recursos del sistema salud de manera global. No hay sistemas de monitoreo independientes del costo de producción de los servicios, por lo que es difícil implementar políticas adecuadas para controlar los gastos.

Por otro lado, es crucial que la población afluyente siga contribuyendo debidamente al sistema público por lo que se deben resolver las listas de espera, aumentar la calidad de los servicios en general, y mejorar la eficiencia del sistema. La CUS verdadera sólo se sostiene cuando haya voluntad con este compromiso a nivel de la sociedad; esto implica voluntad de pago por parte de la población con capacidad de pago y aportes apropiados por parte del Estado para cubrir los gastos de los que no tengan tal capacidad.

En términos de lecciones a aprender de los otros países incluidos en este estudio, Costa Rica podría analizar más al fondo la legislación vigente en Panamá, Serbia y Holanda por lo que concierne la relación entre el Ministerio de Salud y el instituto que administra la seguridad social. No se ha comprobado la necesidad de mantener una autonomía de la CCSS al nivel actual. Más bien se ha identificado esta situación como un factor que obstaculiza el proceso de la política de salud (coordinación sectorial). También la fragmentación de los sistemas de planificación y evaluación en Costa Rica son factores que obstaculizan tal proceso.

De los modelos de Serbia y Holanda, Costa Rica puede aprender sobre la implementación del modelo de competencia regulada en el esquema de prestación de servicios. Costa Rica intentó implementar un esquema de este tipo con la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas en 1998, proceso que estancó a partir de 2004. Desde esta perspectiva es relevante para Costa Rica aprender de la legislación

establecida en Serbia y Holanda con respecto a ese esquema, la que incluye reglas del juego más explícitas para todos los actores involucrados. La legislación en estos países obliga a los actores plena transparencia de sus acciones en forma de la entrega de informes periódicos obligatorios bajo sanciones, los que permiten a la vez, un monitoreo y control de los recursos del sistema de salud de manera transparente y continuo. En Serbia parece haber servido la adopción del modelos de las Cuentas Nacionales de Salud, decisión que fue tomada por el gobierno de Serbia. Sólo contando con un buen sistema de monitoreo puede funcionar un esquema enfocado en un sistema de pago por resultado. También con base en las experiencias de estos países, Costa Rica podría volver a considerar la introducción de mecanismos de pago prospectivos (por cápita y DRG), como fue propuesto pero no aceptado, en décadas pasadas.

Con respecto al caso de Holanda, el sistema de salud post-reforma aplica el esquema de competencia regulada no sólo a la función de provisión de servicios, sino también a la función de aseguramiento. Además privatizó a los aseguradores y proveedores públicos para luego contratar a todos los actores como actores privados. Estos cambios radicales no parecen factibles ni útiles en el caso de Costa Rica. Pareciera más relevante, la propuesta de Serbia la que se parece más al modelo planteado con la Reforma de los Noventa en Costa Rica cuando no se reconoció la importancia de incorporar mecanismos de monitoreo y control independientes. Por otro lado, Serbia no puede funcionar como ejemplo con respecto a la regulación del sector privado, área donde Holanda tiene más experiencia. En Serbia, el gasto privado en salud ha crecido sustancialmente desde la reforma.

También puede ser relevante analizar más al fondo el sistema de monitoreo implementado por el Ministerio de Salud en Holanda, lo cual eleva a otro nivel la capacidad de acompañamiento del proceso de la cobertura universal en salud por parte del Estado y actores sociales involucrados. También el nivel de participación de la población en el proceso de la política de salud en Holanda es alto y puede ser estudiado como ejemplo.

## Referencias bibliográficas

- Anand S 2012. Oral Presentation Second Global Symposium on Health Systems Research. Beijing 2012.  
[http://www.healthsystemsresearch.org/hsr2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=192&Itemid=289](http://www.healthsystemsresearch.org/hsr2012/index.php?option=com_content&view=article&id=192&Itemid=289). Consultado 240714.
- Ahumada C (1998). Política Social y Reforma de Salud en Colombia. Papel político No. 7 abril de 1998 (9 – 35).  
<http://www.javeriana.edu.co/politicas/publicaciones/documents/1.POLITICASOCIALLYREFORMA.pdf>. Consultado 110814.
- Banco Mundial 2014. Ingreso mediano alto. <http://datos.bancomundial.org/income-level/UMC>. Consultado 240714
- Banco Mundial 2014b. Datos. <http://datos.bancomundial.org/> Consultado 110814.
- Bolaños Céspedes F (2005). Régimen de pensiones: solidaridad o autofinanciamiento. Una aproximación costarricense. Sala Segunda Corte Suprema de Justicia.  
[http://sitios.poder-judicial.go.cr/salasegunda/revistasalasegunda/revista9/pdf/arti\\_01\\_05.pdf](http://sitios.poder-judicial.go.cr/salasegunda/revistasalasegunda/revista9/pdf/arti_01_05.pdf)  
Consultado 240714.
- CCSS 1996, 2001, 2006, 2010, 2012, 2013. Memorias Institucionales de la CCSS.  
[http://www.ccss.sa.cr/cultura\\_organizacional\\_detalle?id=3](http://www.ccss.sa.cr/cultura_organizacional_detalle?id=3)  
Consultados 120814.
- CCSS 2014a. Reglamento del Seguro de Salud 2006. Normativa de la Categoría Reglamentos. [http://www.ccss.sa.cr/normativa\\_categoria?id=8](http://www.ccss.sa.cr/normativa_categoria?id=8). Consultado 240714.
- CGR (1999). Panorama de la Reforma del Sector Salud. Contraloría General de la República. Julio 1999.
- CGR (2004). Informe sobre la utilización de modelos alternativos para la prestación indirecta de servicios de salud por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social. División de Fiscalización operativa y evaluativa. Área Servicios de Salud.
- CSS 2014. Caja de Seguro Social. Gobierno de la República de Panamá. Historia.  
<http://css.gob.pa/historia.html>. Consultado 120814.
- CSS 2014b. Proyecto Atención Primaria en Salud. Fecha de Lanzamiento julio 2012.  
<http://www.css.gob.pa/pro-atencionprimaria.html>. Consultado 150814.
- Constitución Política de Costa Rica (1949).  
<http://pdba.georgetown.edu/Parties/CostaRica/Leyes/constitucion.pdf>. Consultado 120814.

- Constitución Política de la República de Panamá (1972).  
<http://www.asamblea.gob.pa/main/LinkClick.aspx?fileticket=fDgmRvYW8cY%3D&tabid=123>  
Consultado 120814.
- DHCP (2010). Dutch Health Care Performance Report 2010.  
[http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object\\_binary/o9931\\_Dutch\\_Health\\_Care\\_Performance\\_Report\\_2010\\_ES.pdf](http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o9931_Dutch_Health_Care_Performance_Report_2010_ES.pdf). Consultado 120814.
- Estado de la Nación 2014. Estadísticas sociales. Salud/Pobreza/Ingreso.  
<http://www.estadonacion.or.cr/estadisticas/compendio-estadisticas/compendio-costa-rica/compendio-costa-rica-social>. Consultado 160814.
- Gajic-Stevanovic (2009). Health care system and spending in Serbia.  
<http://www.healthsystems2020.org/content/impact/detail/2285/> Consultado 120814.
- Garnier L 2006. El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso. Gaceta Médica de Costa Rica. Suplemento No. 2, Año 2006
- McIntyre 2014. Forthcoming.
- Gómez Dantes O et al. (2011). Sistema de Salud de México. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):220-232. [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002625](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625). Consultado 120814.
- Güendel y Trejos (1994). Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Proyecto Regional de Reformas de Política Pública. CEPAL/Gobierno de los Países Bajos. Serie Reformas de Política Pública No. 18. Naciones Unidas. Santiago de Chile. 1994.
- Hidalgo Capitán AL (2000). El cambio estructural del sistema socioeconómico costarricense desde una perspectiva compleja y evolutiva (1980-1998). Tesis Doctorales de Economía. Universidad de Huelva. Capítulo 3. El contexto espacio-temporal de Costa Rica: 3. <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/alhc/index.htm>. Consultado 110814.
- ISI/ZSO 2014. Health Insurance Act. Institute for Social Insurance. Serbia.  
<http://www.zso.gov.rs/english/domaci-propisi-zdravstveno.htm>. Consultado 120814.
- Jaramillo Antillón J 1993. Salud y Seguridad Social. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica. 1993. ISBN 9977-67-226-1
- Knaul FM et al (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online August 16, 2012



([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)).

[http://www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2012/08/Mexico-Update\\_8-16-12.pdf](http://www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2012/08/Mexico-Update_8-16-12.pdf). Consultado 120814.

La Nación (2013). CCSS advierte a candidatos que Estado le debe ¢400.000 millones. La Nación, 13 diciembre de 2013. [http://www.nacion.com/nacional/CCSS-advier-te-candidatos-debe-millones\\_0\\_1383861825.html](http://www.nacion.com/nacional/CCSS-advier-te-candidatos-debe-millones_0_1383861825.html). Consultado 120814.

Ley Constitutiva de la CCSS. [http://www.ccss.sa.cr/normativa\\_categoria?id=3](http://www.ccss.sa.cr/normativa_categoria?id=3)

Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la CCSS. [http://www.ccss.sa.cr/normativa\\_categoria?id=3](http://www.ccss.sa.cr/normativa_categoria?id=3)

Ley General de Salud de Costa Rica. [http://www.ccss.sa.cr/normativa\\_categoria?id=3](http://www.ccss.sa.cr/normativa_categoria?id=3)

Ley Orgánica del Ministerio de Salud. <http://www.geosalud.com/leyes/leyorganicams.htm>

Ley Reforma Juntas Directivas de Autónomas Creando Presidencias Ejecutivas. [http://www.asamblea.go.cr/Centro\\_de\\_informacion/biblioteca/Centro\\_Dudas/Lists/Formule%20su%20pregunta/Attachments/276/Ley%205507%20JUNTAS%20DIRECTIVAS.pdf](http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/biblioteca/Centro_Dudas/Lists/Formule%20su%20pregunta/Attachments/276/Ley%205507%20JUNTAS%20DIRECTIVAS.pdf). Consultado 160814.

Ley Protección al Trabajador (2000). [http://www.ccss.sa.cr/normativa\\_categoria?id=3](http://www.ccss.sa.cr/normativa_categoria?id=3)

Ley de Seguro Social de México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>. Consultado 120814.

Ley de Seguro de Salud de Serbia. Health Insurance Act Serbia. <http://www.zso.gov.rs/doc/Health%20Insurance%20Act%20-%2006.02.2014.pdf>. Consultado 160814.

Ley de Traspaso de los Hospitales. Ley No. 5541 de 10 de julio de 1974 (sin título y conocida como: Autorización a las Juntas de Protección Social y demás instituciones que traspasen hospitales y otras instalaciones a la CCSS para pagar a sus trabajadores prestaciones legales). [http://www.asamblea.go.cr/Centro\\_de\\_Informacion/Consultas\\_SIL/Pginas/Detalle%20Leyes.aspx?Numero\\_Ley=5541](http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_Informacion/Consultas_SIL/Pginas/Detalle%20Leyes.aspx?Numero_Ley=5541). Consultado 160814.

Ley 5349 para reorganizar los servicios médicos preventivos con base a la CCSS. [http://www.asamblea.go.cr/Centro\\_de\\_Informacion/Consultas\\_SIL/Pginas/Detalle%20Leyes.aspx?Numero\\_Ley=5349](http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_Informacion/Consultas_SIL/Pginas/Detalle%20Leyes.aspx?Numero_Ley=5349). Consultado 160814.

Ley de Universalización de la Seguridad Social. <http://www.cesdepu.com/leyes/2738.12-MAY-1961.htm>. Consultado 160814.

- Liu X (2003). Policy tools for allocative efficiency of health services. Geneva. World Health Organization 2003. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42787>
- Mills A (2007). Strategies to achieve: are there lessons from middle income countries? <http://uhcforward.org/publications/strategies-achieve-universal-coverage-are-there-lessons-middle-income-countries>. Consultado 240714.
- Ministerio de Salud 2014a. Encuesta Nacional de Nutrición 2008 - 2009. [http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/resultado\\_ENN\\_2008\\_2009\\_8\\_octu\\_09.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/resultado_ENN_2008_2009_8_octu_09.pdf). Consultado 120814.
- Ministerio de Salud de Panamá (2013). Situación de Salud de Panamá. [http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion\\_de\\_salud\\_panama\\_2013\\_0.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf)  
Consultado 120814.
- Ministerio de Salud de Panamá (2014). Gobierno de la República de Panamá. Acerca de. <http://www.minsa.gob.pa/institucion/acerca>. Consultado 120814.
- Miranda Gutiérrez G 1994. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. 2ª Edición. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS/CCSS. San José. Costa Rica. 1994. ISBN 9977-984-90
- Miranda Gutiérrez G 2006. Desarrollo histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social. Gaceta Médica de Costa Rica. Suplemento No. 2, Año 2006. [http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadsocial/index\\_archivos/GuidoMiranda.pdf](http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/GuidoMiranda.pdf). Consultado 200814.
- Muiser J (2007). The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing, Discussion paper 3/2007. [http://www.who.int/health\\_financing/countries/euro/en/index2.html](http://www.who.int/health_financing/countries/euro/en/index2.html). Consultado 120814.
- Muiser J, Herring A, Vargas JR (2008). Understanding ten years of stagnation in Costa Rica's drive for universal coverage. Well-Being and Social Policy. Vol. 4, Num. 2 (2008): 49-74. [http://well-being.ciss.org.mx/pdf/en/2008/vol\\_4\\_num\\_2\\_2\\_08\\_en.pdf](http://well-being.ciss.org.mx/pdf/en/2008/vol_4_num_2_2_08_en.pdf). Consultado 140814.
- OIT (2014). De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos. [http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS\\_122242/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_122242/lang--es/index.htm). Consultado 240714.
- OMS 2000. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. <http://www.who.int/whr/2000/es/> Consultado 240714.
- OMS 2005. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. World Health Assembly Resolution 58.33 (2005).

[http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/).  
Consultado 240714.

OMS 2008. Regreso a Alma Ata. <http://www.who.int/dg/20080915/es/>. Consultado 240714.

OMS 2010. Informe sobre la Salud en el Mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: camino hacia la cobertura universal. <http://www.who.int/whr/2010/es/>. Consultado 240714.

OMS (2012). Measuring service availability and readiness. A health facility assessment methodology for monitoring health system strengthening. Service availability indicators. WHO June 2012: 4. [file:///C:/Users/Jorine/Downloads/SARA\\_ServiceAvailabilityIndicators.pdf](file:///C:/Users/Jorine/Downloads/SARA_ServiceAvailabilityIndicators.pdf). Consultado 180814.

OMS 2014<sup>a</sup>. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/). Consultado 240714.

OMS 2014b. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/isa/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1). Consultado 240714.

OMS 2014c. Cobertura sanitaria universal. [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/es/). Consultado 240714.

OMS 2014d. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles , 2014. Costa Rica: [http://www.who.int/nmh/countries/cri\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/cri_en.pdf?ua=1);  
Panamá: [http://www.who.int/nmh/countries/pan\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/pan_en.pdf?ua=1);  
México: [http://www.who.int/nmh/countries/mex\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/mex_en.pdf?ua=1);  
Serbia: [http://www.who.int/nmh/countries/srb\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/srb_en.pdf?ua=1);  
Netherlands: [http://www.who.int/nmh/countries/nld\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/nld_en.pdf?ua=1) Consultado 120814.

OMS 2014e. Carga de enfermedad: Global Health Observatory Data Repository; Mortalidad: OMS, [http://www.who.int/nmh/countries/cri\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/cri_en.pdf?ua=1). Consultado 120814.

OMS 2014f. Global Health Observatory Data Repository. Health systems: health financing. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en>. Consultado 120814.

ONU 2014a. Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015. <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Consultado 240714.

- Rosero-Bixby L (1995). Actualidad demográfica Costa Rica 1994. 2. La mortalidad infantil en Costa Rica 1981 – 1990. Programa Centroamericano de Población. Ed. Victor M. Gómez. Fondo Poblacion de Naciones Unidas.
- Rosero-Bixby L (2004). Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasi experimental. Pan American Journal of Public Health 15. No. 2 (2004): 94 – 103.
- Sauma P (2013). Situación y características del sistema de pensiones al 2012. Estado de la Nación. Investigaciones de base. [http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca\\_virtual/019/sauma\\_p\\_2013.pdf](http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/019/sauma_p_2013.pdf). Consultado 240714.
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization, 56 (2): 295-303 (1978).
- Thomson S (2014). Presentación oral durante Congreso iHEA, Dublin 2014. Session: Economic crisis and universal health coverage in the European Union. <https://ihea2014.abstractsubmit.org/sessions/2046/>. Consultado 160814.
- UHC Adelante (2013). Hacia la cobertura universal de salud. <http://uhcforward.org/>. Consultado 240714.
- UN (2013). United Nations Population Division. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2012 Revision. File POP/9-1: Percentage total population (both sexes combined) by broad age group, major area, region and country, 1950-2100. Estimates, 1950-2010. POP/DB/WPP/Rev.2012/POP/F09-1. <http://esa.un.org/wpp/documentation/publications.htm>. Consultado 120814.
- UNDP (2014). El Índice de Desarrollo Humano (IDH). <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>. Consultado 240714.
- Vargas JR y Muiser J (2013). Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940–2000). Health Research Policy and Systems 2013, 11:28 (4 September 2013). <http://www.health-policy-systems.com/content/11/1/28>. Consultado 240714.
- WHO (2012). Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda  
WHO discussion paper. October 2012.  
[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/WHOdiscussionpaper\\_October2012.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf). Consultado 240714.
- World Bank Group (2014). World Development Report 1993 : Investing in Health. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>. Consultado 240714.
- Xu et al. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis. The Lancet. Volume 362. July 12, 2003: 111 – 117.

[http://www.who.int/health\\_financing/documents/lancet-catastrophic\\_expenditure.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf). Consultado 120814.

Zúñiga-Brenes MP, Vargas JR y Vindas A (2007). Out-of-pocket and Catastrophic Health Expenditures Puzzle: The Costa Rican experience. Working Paper. Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina y el Caribe. LANet/LAred. FUNSALUD. México.  
<http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%20uno/Costa%20Rica%20WP1.pdf>. Consultado 120814.

## Anexo

### Esquema de cotizaciones

Las contribuciones tripartitas al seguro de salud no han sufrido cambios en Costa Rica desde la década de los noventa. Las mismas representan 80% del ingreso total de la CCSS en 2012 (CCSS 2012: 90). Las cotizaciones actuales se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3**  
**Cotizaciones tripartitas del seguro de salud por modalidad**

Asalariados	
Trabajadores	5.50% de sus salarios
Patronos	9.25% de los salarios de sus trabajadores
Estado como tal	0.25% de los salarios de todos los trabajadores del país
Pensionados	
Pensionados	5.00% del monto de sus pensiones
Fondo que paga la pensión	8.75% del monto de la pensión que paga
Estado como tal	0.25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro
Asegurados voluntarios	
La contribución que corresponde al asegurado voluntario estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumida por el Estado como cuota complementaria. En forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo.	
Asegurados por Cuenta del Estado	
La contribución para financiar el aseguramiento de la población en condición de pobreza, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.	
Trabajadores independientes	
La contribución que corresponde al trabajador independiente estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumida por el Estado como cuota complementaria. En forma adicional el Estado deberá aportar el 0.25 % sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes	

Fuente: CCSS 2014a

Según Mirando, hasta 1990 era la Junta Directiva quien definía las cotizaciones como instrumento para balancear los ingresos con los gastos. Desde entonces, sin embargo, la Asamblea Legislativa obtuvo esa potestad (Miranda 2006). La razón detrás de este cambio de política se relaciona con el interés de la Asamblea Legislativa de controlar el costo laboral para la empresa privada.

En Panamá, el MINSA se financia básicamente con impuestos generales y la CSS con recursos provenientes de seis fuentes distintas: Estado; empleados; empleadores; trabajadores independientes y afiliados voluntarios; pensionados; e ingresos provenientes de la gestión propia de la CSS. La contribución del Estado equivale a 0.8% de los sueldos y otras bases de cotización de los afiliados cotizantes. Además, el Estado participa con aportaciones vinculadas al impuesto a bebidas gaseosas, bebidas alcohólicas y cigarrillos, el pago de una compensación por la retención y la transferencia de impuestos a salarios, los ingresos del Fondo Fiduciario de la Caja, entre otros.

Las cotizaciones en Panamá son más altas que en Costa Rica. En 2008 además inició un proceso de un aumento incremental de los mismos como se demuestra en la Tabla 4.

**Tabla 4**  
**Cotizaciones incrementales para la CSS, 2008 – 2013**

	Empleados	Empleadores	Trabajadores independientes y voluntarios	Pensionados y jubilados
2008 - 2010	8%	11.5%	9.5% (20.25% para salud y pensiones)	
2011 - 2012	9%	12%		
A partir de 2013	9.25%	12.25%	8.5% (22.00% para salud y pensiones)	6.75%
	7.25% del 13e mes	10.75% del 13e mes		
		Riesgos laborales		

Fuente: Ministerio de Salud de Panamá 2013: 155

En Holanda el sistema de financiamiento es muy diferente. La prima representa 7.75% del salario mensual con cierto máximo, lo cual desde 2013 es pagada por los empleadores. Existe un ingreso máximo (tope) como base para las cotizaciones. El asegurado, a su turno, paga una prima nominal a la agencia aseguradora de su preferencia. Esta prima la fija la agencia aseguradora con el fin de competir en el mercado, pero el Estado fija una prima nominal como guía. Esta prima era 1,426 Euros en 2013. La prima no incluye los costos del seguro suplementario, lo cual es facultativo. Trabajadores independientes pagan una contribución de 5.65% de su ingreso con un cierto máximo, además de la prima nominal al asegurador<sup>10</sup>. Las primas se pagan por persona asegurada. El seguro es obligatorio para cada persona mayor de 18 años. No existe el beneficio familiar. La participación del Estado en el financiamiento del seguro de salud se presenta en forma de un crédito fiscal que se facilita a las personas cuyos ingresos están debajo de cierto mínimo.

El seguro de salud de Serbia es un seguro obligatorio y universal por ley. Su financiamiento se hace con base en contribuciones bipartitas por un lado y un financiamiento complementario por parte del Estado para cubrir la población sin capacidad de pago. Las cotizaciones para el seguro de salud representan 12% del salario?

## Notas

---

<sup>1</sup> La autora extiende sus agradecimientos por sus valiosos insumos a Leonardo Merino, Pamela Jiménez, Jason Chaves y Fraya Corrales.

<sup>2</sup> Ver el esquema del Health Systems Performance Assessment (HSPA) propuesto por la OMS. <http://www.who.int/publications/2003/hspa/en/> y los DHCP (Dutch Health Care Performance Reports) [http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object\\_binary/o9931\\_Dutch\\_Health\\_Care\\_Performance\\_Report\\_2010\\_ES.pdf](http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o9931_Dutch_Health_Care_Performance_Report_2010_ES.pdf)

<sup>3</sup> En base con el segundo criterio se seleccionarían Panamá, México y Grenada, pero como el sistema de salud de Grenada se financia con base en impuestos generales, se pasó al siguiente país más cercano con un sistema de salud financiado por contribuciones sociales como el de Costa Rica. De esta forma se seleccionó a Serbia.

<sup>4</sup> La tasa de dependencia refiere a la relación de los grupos de la población dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) con la población en edad productiva (entre 15 y 64 años de edad).

<sup>5</sup> En el Gráfico 11 se observa que los datos de Holanda son incompletos: sólo representan 90% del gasto total en salud (error en la base de datos de la OMS).

<sup>6</sup> El sistema DRG refiere a Diagnosis Related Groups lo cual es un model de pago prospectivo para servicios hospitalarios basado en el diagnosis del paciente.

<sup>7</sup> Traducción desde el inglés por la autora.

<sup>8</sup> Como mencionado arriba, según Mills, cobertura universal en salud implica además de equidad en el acceso a los servicios también 'acceso garantizado a servicios necesarios sin consecuencias catastróficas para las economías del hogar' (Mills 2007). Estas se refieren a un choque económico temporal o el empobrecimiento del hogar a causa de un evento de salud (OMS 2010).

<sup>9</sup> La tasa se calculó con base en ambos tipos de gastos presentados por la OMS como % del gasto total en salud (GTS).

<sup>10</sup> <http://www.kpmg.com/be/en/issuesandinsights/articlespublications/belgium-holland-brochure/pages/fiscaal-nl-sociale-zekerheid.aspx>