

El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso¹

(versión preliminar)

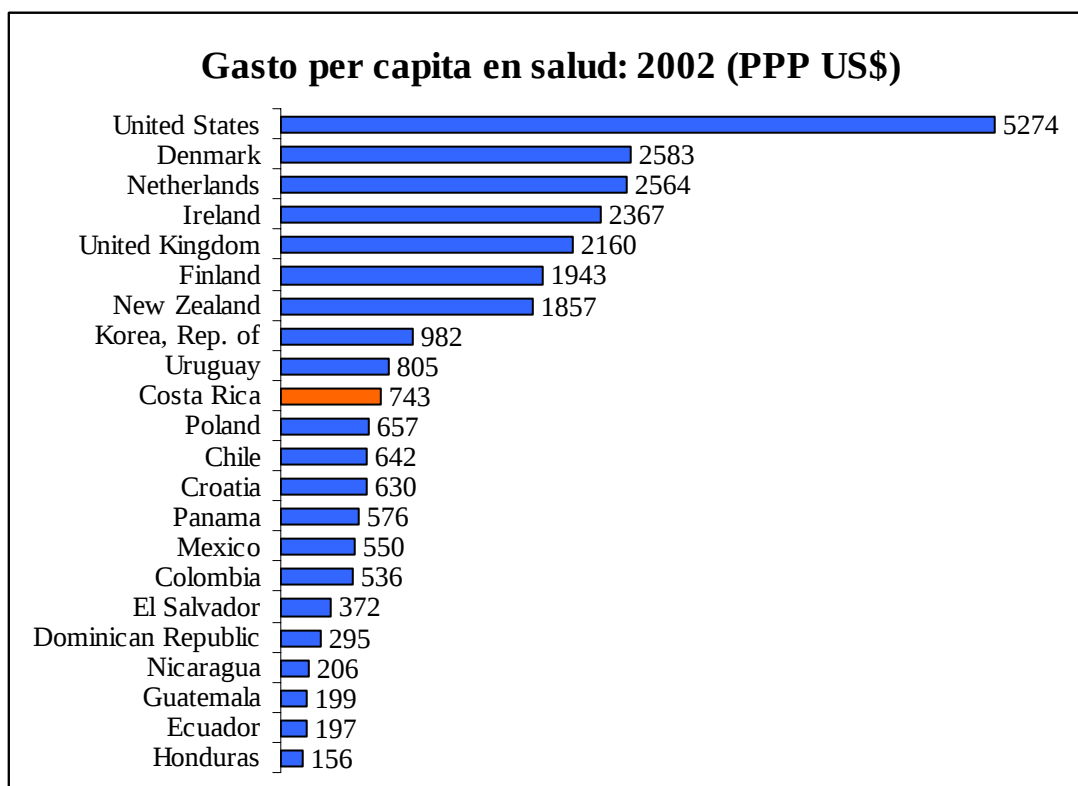
Leonardo Garnier

Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas
Escuela de Economía, Universidad de Costa Rica

La salud en Costa Rica: una historia de éxito... ¿sostenible?

A lo largo de los últimos sesenta años Costa Rica ha logrado construir – y defender – uno de los sistemas de salud pública más exitosos del mundo, tanto en términos de resultados como en términos de eficiencia. Costa Rica es uno de los países latinoamericanos que más invierte en salud, como se aprecia en el Gráfico 1. Aún así, su inversión en salud por habitante está todavía muy lejos de aquella que realizan los países más desarrollados

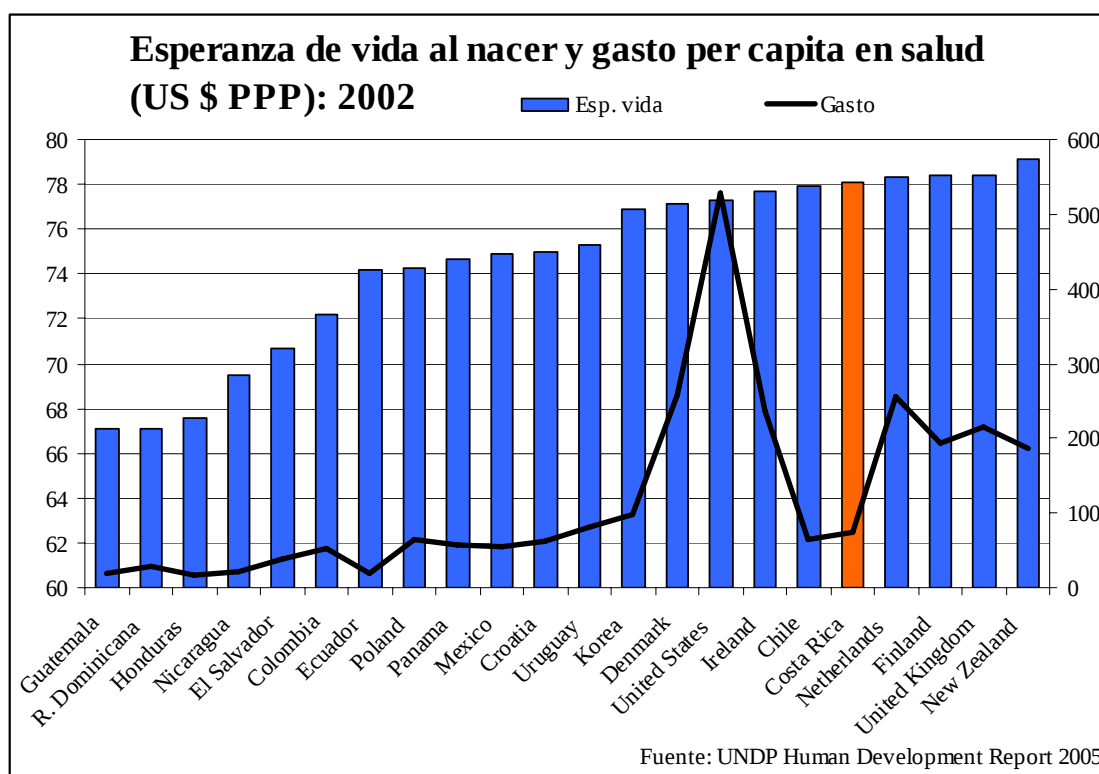
Gráfico 1



¹ Ponencia preparada para el Seminario “Crecimiento, equidad y ciudadanía: hacia un nuevo sistema de protección social” organizado por el Doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 19-21 de setiembre, 2005.

Eso no ha evitado, sin embargo, que Costa Rica, al igual que Chile, haya conseguido niveles de salud equiparables a los de países con inversiones mucho más altas pues, como se aprecia en el Gráfico 2, con un gasto per cápita en salud de apenas US \$743, Costa Rica alcanza una esperanza de vida al nacer de 78.1 años, que es incluso superior a la de países más desarrollados y que dedican mucho más recursos a su inversión en salud, como Irlanda y Dinamarca, que dedican, respectivamente, \$2367 y \$2583 por habitante a la atención de la salud. La otra cara de la moneda la encontramos en otros países que, con gastos per cápita similares a los de Costa Rica y Chile – como Uruguay, Croacia, México, Panamá, Polonia y Colombia – no logran tan buenos resultados en términos de la esperanza de vida de su población. Tal vez el caso más llamativo sea el de los Estados Unidos, que siendo el país con el mayor gasto per capita del mundo en salud – con un sorprendente \$5274 que representa siete veces el gasto per capita de Costa Rica – tiene una esperanza de vida inferior a la de Chile y Costa Rica.

Gráfico 2



Algo parecido puede apreciarse en términos de la mortalidad infantil, donde Costa Rica y Chile muestran una tasa de apenas ocho muertes por cada mil niños nacidos vivos, superada sólo por Cuba en América Latina, y mucho más baja que la del resto de países del continente.

Costa Rica invierte en salud un 9.3% de su Producto Interno Bruto. A diferencia de Cuba, donde el gasto en salud corresponde en forma casi exclusiva a un esfuerzo de gasto público; pero también a diferencia de Chile, donde la mayor parte de la inversión en salud es privada

– con un 3.2% del PIB siendo aportado por el sector privado frente a solo un 2.6% aportado por el sector público – en Costa Rica, el gasto público en salud duplica el gasto privado – y la diferencia en cobertura es, como veremos, mucho mayor. Esto responde a la concepción misma del sistema nacional de salud y a su evolución desde los años cuarenta del siglo pasado. La base conceptual e ideológica de este sistema de salud costarricense parte de una idea simple y sensata de buena economía y buena política: la mejor forma de enfrentar cierto tipo de riesgos es el aseguramiento público: un aseguramiento universal, solidario, equitativo y obligatorio.

En pocas palabras, se parte de la idea de que – a diferencia de lo que ocurre con muchos de los bienes que se compran y venden en el mercado – el consumo de los servicios de atención de los problemas de salud, enfermedad, accidentes, etc. no es un consumo que resulte de ‘los gustos y preferencias’ del consumidor y de su respectiva restricción presupuestaria, sino de la necesidad de enfrentar la ocurrencia accidental de un evento respecto al cual cada uno de nosotros tiene un determinado ‘riesgo’: puede o no enfermarse, puede o no accidentarse, puede o no... Si tiene suerte y nada le pasa, no hay problema, puede seguir dedicando sus recursos – para usar el lenguaje de la economía – a maximizar su utilidad; pero, si le pasa, si se enferma o se accidenta, entonces descubrirá que el costo de atenderse implica un sacrificio ‘no deseado’ y, de hecho, un sacrificio que puede ser insoportablemente caro en términos individuales. Demasiado caro y, además – pensará el desafortunado – un tanto injusto, dado que él o ella no ‘eligió’ enfermarse... y de pronto se ve – valga el oxymoron – ‘obligado a elegir’ curarse.

De ahí la solución obvia de enfrentar los riesgos colectivamente, compartiendo el riesgo mediante algún esquema de aseguramiento en el que, a cambio de un pequeño sacrificio seguro... se evite el riesgo de un gran sacrificio eventual e involuntario. Estos seguros pueden ser privados o públicos, comerciales o sociales, dependiendo de muchas variables y de la intención de la comunidad que decida – o no – compartir el riesgo. Sin embargo, se considera que los mercados de seguros enfrentan dificultades particularmente complejas y generalizadas vinculadas a la información imperfecta o asimétrica, lo que conduce a problemas de riesgo moral, selección adversa y demás fallas del mercado mencionadas con frecuencia en la literatura del ramo². Estos problemas son mucho más graves en un contexto en el que la distribución del ingreso y la riqueza es muy desigual, ya que las posibilidades de compartir riesgos son valoradas en forma muy distinta dependiendo de esa ‘dotación inicial’ con la que cada quien podría – o tendría – que enfrentar los riesgos en forma individual.

Estas fallas de los mercados pueden ser particularmente graves en el caso de los seguros que cubren los riesgos de salud y los servicios de atención de la salud, ya que ‘la salud’ es, además, un bien con características particulares adicionales que van desde las diversas externalidades positivas que produce hasta su carácter de ‘bien meritario’ cuyo costo de oportunidad los consumidores individuales no siempre logran identificar o valorar adecuadamente... de manera que, enfrentados a un pago contante y sonante por atender su

² Ver, por ejemplo: Barr, Nicholas: Economics of the Welfare State, Oxford University Press, Fourth Edition, London, 2003

salud, tienden a gastar menos en ‘eso’ de lo que habría sido individual y socialmente eficiente.

En estas condiciones, se sostiene que los incentivos de mercado y las presiones de la rentabilidad y la competencia tienden a provocar tanto una excesiva segmentación del mercado como un radical encarecimiento de los servicios de atención de la salud. De ahí que no solo los políticos y expertos en salud sino incluso un buen número de buenos economistas, tienden a coincidir que, en estos casos, la mejor forma de enfrentar cierto tipo de riesgos sea el aseguramiento público: universal, solidario, equitativo y obligatorio. Esa fue la opción que, a partir de un inicio un tanto más tradicional de seguro laboral, se adoptó en Costa Rica a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

Un breve *detour* histórico: el desarrollo del sistema de salud en Costa Rica

Sin pretender, ni mucho menos, ofrecer un cuadro detallado de la historia de la seguridad social en Costa Rica – y su aplicación particular al campo de la salud – sí es indispensable dedicar unas líneas a perfilar, aunque sea en forma somera, las principales características y la evolución que llevó tanto a los éxitos que hoy muestra Costa Rica en el campo de la salud como – y sobre todo – a los riesgos que amenazan, en forma creciente, la sostenibilidad de esos éxitos.

En 1941, durante el gobierno del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo este un seguro de carácter obligatorio cuyo objetivo era el de proteger a los trabajadores en situaciones de enfermedad, así como apoyarlos en las condiciones de maternidad, invalidez, vejez y muerte. En esta primera fase, se trataba de un seguro estrictamente laboral, tal y como se desprende del artículo con que fue elevado a rango constitucional, según el cual “Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales regulado por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos, trabajadores, a fin de proteger a estos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determinó.” Si bien el avance conceptual y normativo fue radical, la cobertura inicial del seguro no fue muy amplia, pues se limitaba a los trabajadores asalariados formales, principalmente urbanos y no llegaba a cubrir, siquiera, a las familias de los trabajadores asegurados; además, las cotizaciones para financiar el seguro social se fijaron con un tope por encima del cual no se cotizaba – tope que al inicio se estableció en trescientos colones. Aún así, la reforma no fue fácil, ya que – como comenta el Dr. Jaramillo – hubo mucha oposición al proyecto “en especial del cuerpo médico que veía ya disminuirse la medicina privada, de los propios patronos, que alegaban que la situación económica provocada por la guerra en Europa no les permitía realizar más gastos e, incluso, de los propios trabajadores, ya que no deseaban que se les disminuyeran sus salarios mediante el pago de la cuota obrera”³. Entre 1944 y 1947 el seguro de enfermedad y maternidad se extendió al Valle Central del país. Para fines de esa década el seguro llegó a tener una cobertura del 23% de la población económicamente activa y un 10% de la población total del país.

³ Jaramillo, Juan: Historia y evolución del Seguro Social en Costa Rica, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, Costa Rica, 2004: p. 102

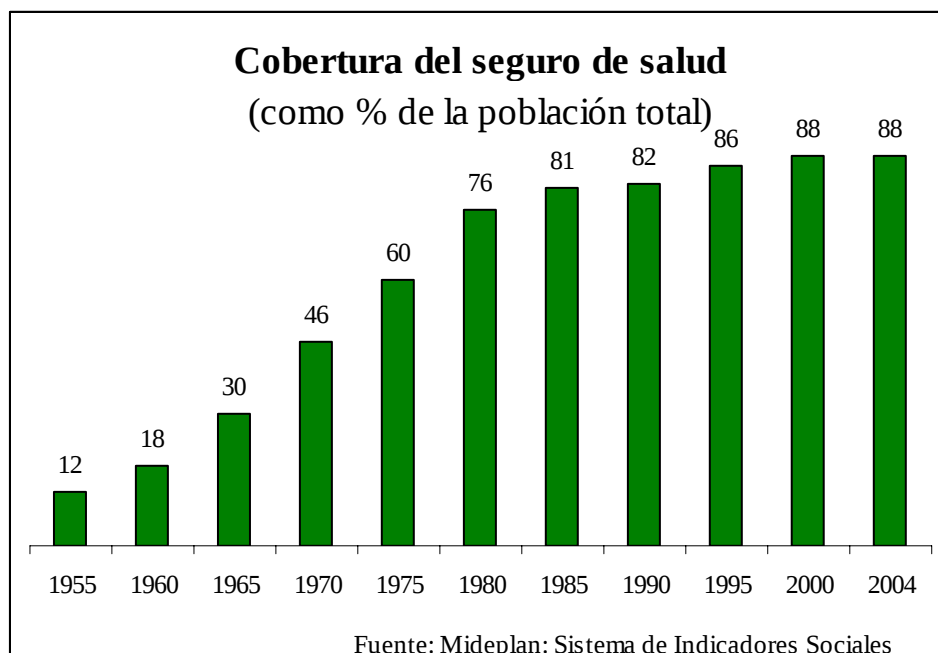
La revolución de 1948 liderada por José Figueres no solo no frenó ni revirtió las reformas de los años cuarenta, sino que las amplió, las profundizó y las consolidó institucional y financieramente, avanzando hacia un esquema universal de aseguramiento. En 1956 se amplió la cobertura para incluir también a las familias de los trabajadores asegurados: la esposa o compañera, los hijos menores de 12 años y los padres si son dependientes del asegurado directo⁴. El impacto de esta medida fue dramático, pues amplió rápidamente tanto la cantidad como la diversidad de los servicios de salud que debía atender la Caja. Para 1960 la cobertura del seguro había subido al 18% de la población total y al 27% de la población económicamente activa. Esto requería más financiamiento, para lo cual se elevó el tope de cotizaciones desde trescientos hasta mil colones y, más adelante, se eliminó del todo, de manera que los trabajadores y los patronos tendrían que cotizar sobre el monto total de los salarios.

Fue sin embargo a partir de 1961 que se gestarían los principales cambios en el enfoque del Seguro Social costarricense, al dictarse la ‘Ley de universalización del Seguro Social’ y modificarse la Constitución de la República con el objetivo de que el país avanzara desde un seguro estrictamente laboral hacia uno universal, de manera que se generalizara a toda la población la cobertura de los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto suponía, en particular, la incorporación de los trabajadores independientes, que deberían cotizar al Seguro Social. Para ello se estableció un plazo de diez años, en los que se realizaron una serie de transformaciones que permitieran alcanzar esa meta y dentro de las que destaca el traslado a la Caja de todos los hospitales dependientes del Ministerio de Salud y de las Juntas de Protección, traspaso que, en los hechos, se completó hasta 1984. En 1973 se promulgó la ‘Ley general de salud’ – aún vigente – en la que se establece tanto el derecho de los costarricenses a la protección de su salud como la responsabilidad que cabe al Estado como garante de ese derecho. Como resultado de estos procesos, la cobertura total del seguro de salud se expandió sistemática y rápidamente, tal y como se aprecia en el Gráfico 3, pasando de un 11.5% del total de la población en 1955 al 30% en 1965, al 60% en 1975, al 81% en 1985 y al 88% en este momento⁵

Gráfico 3

⁴ Cfr. Miranda, Guido: *La Seguridad Social y el desarrollo en Costa Rica*, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, 1988: p. 60; Mideplan: *Principales Indicadores de Costa Rica*, Costa Rica, 1998; Caja Costarricense de Seguro Social: *Indicadores de Seguridad Social 2000-2004*

⁵ Miranda, Guido: p. 64.



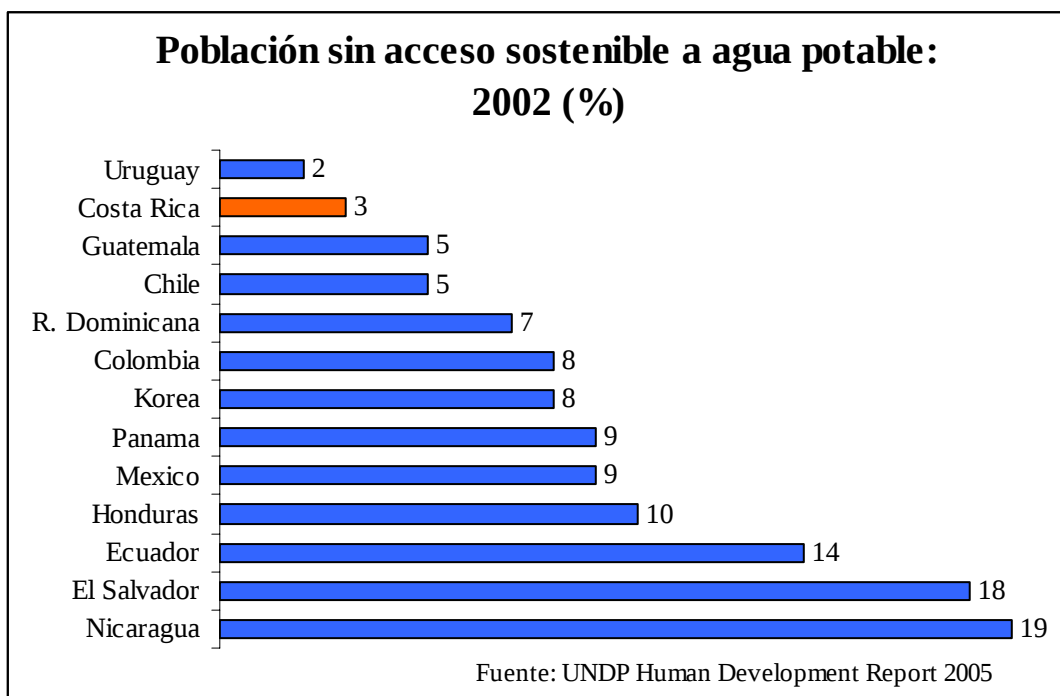
Desde 1975 se anunció la decisión de extender la cobertura del Seguro Social a la población marginada e indigente, pero no fue sino hasta 1983 que se concretó esa medida, mediante un convenio entre la Caja y el Ministerio de Salud, según el cual el Gobierno asumía el costo de dicha cobertura⁶. En consecuencia, estos años vieron una enorme ampliación tanto de la infraestructura de servicios de atención de la salud – centros de salud, clínicas y hospitales – como del personal médico y de enfermería. A partir de 1961 la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica inicia sus funciones, graduando más de 1400 médicos en el transcurso de esa década, y ampliando esa capacidad en años siguientes. A esto se sumó un agresivo esfuerzo por enviar médicos a especializarse en el exterior, de manera que pudieran cubrir las demandas cada vez más sofisticadas de la población. Ya para entonces, el cambio cultural en el país parecía irreversible, y la universalización de los seguros recibió, incluso, el apoyo del cuerpo médico nacional – algo que resultaba vital para el éxito del proceso. Además, si bien el esquema de aseguramiento era de carácter universal, obligatorio y solidario, esto no impedía ni de hecho ni de derecho la coexistencia de un sector de medicina privada que, como se detalla más adelante, ofrecía sus servicios a determinados segmentos de la población.

Sin embargo, es importante destacar que las mejoras en la salud de los costarricenses a lo largo del último medio siglo no fueron únicamente resultado de las políticas de aseguramiento sino – y sobre todo – de la combinación de estas con una agresiva política pública de ‘salud y saneamiento’. Mientras que la Caja Costarricense de Seguro Social se concentraba en la expansión de los servicios curativos, el Ministerio de Salud junto con otras entidades como el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados – creado en 1961 – impulsaron un amplio esfuerzo de prevención y promoción de la salud que incluía desde ambiciosos programas de vacunación hasta el acceso cada vez más amplio a fuentes

⁶ Cfr. Jaramillo, Juan: p. 54

adecuadas de agua potable y servicios sanitarios y de alcantarillado que permitieron cubrir a un 97% de la población, como se aprecia en el Gráfico 4.

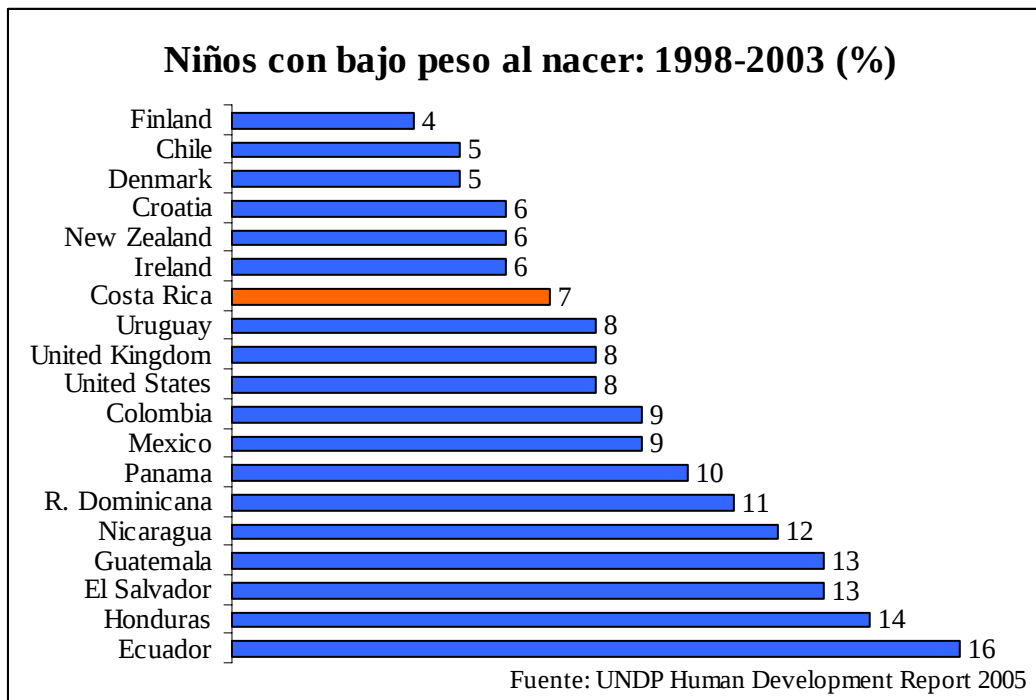
Gráfico 4



Los programas de nutrición infantil han sido también de gran importancia. La cobertura de los programas de salud comunitaria del Ministerio de Salud pasó de apenas 18 áreas de trabajo y un 10% de la población meta a mediados de los años setenta a un 55% de la población y más de 200 áreas de trabajo en 1980; a su vez, los programas de salud rural pasaron de atender a un 11% de la población meta en 1973 mediante 50 centros de salud, a tener casi 300 centros de salud que atendían al 60% de la población rural en 1980.

El impacto de todas estas reformas es difícil de exagerar: mientras que en los años cuarenta la esperanza de vida al nacer era de apenas 47 años, ya para 1978 había alcanzado los 72 años y, como vimos, llega hoy – en promedio – a más de 80 años. Y en términos de un indicador más específico – pero fruto también de toda una combinación de políticas – vemos en el Gráfico 5 el pequeño porcentaje de niños con bajo peso al nacer.

Gráfico 5



Los efectos de la crisis, la estabilización y el ajuste

El sistema nacional de salud vivió probablemente su reto más difícil – como el país entero – a fines de los años setenta y principios de los ochenta, cuando Costa Rica atravesó una de las crisis económicas más profundas de su historia. Unos cuantos datos bastan para comprender la magnitud de aquella crisis. La producción, que había crecido a una tasa promedio anual del 6% durante los treinta años previos, cayó en un 10% entre 1980 y 1982. El desempleo, que tradicionalmente se había ubicado por debajo del 5%, casi se triplicó al superar el 14%. La inflación sobrepasó el 90% en 1982. Los salarios perdieron un 40% de su capacidad adquisitiva. El gasto social cayó dramáticamente, pasando de ser un 23% del PIB en 1980 a ser apenas un 16% del reducido PIB de 1982. La pobreza prácticamente se duplicó como resultado de todo esto, de manera que en 1982 – igual que treinta años antes – más de la mitad de la población costarricense estaba viviendo bajo la línea de pobreza.

Para las instituciones públicas, pero en especial para aquellas encargadas de servicios sociales básicos – como los de educación y salud – el momento resultó dramáticamente paradójico, pues los recursos disponibles se reducían precisamente en el momento en que el aumento de esos recursos habría sido más importante. Tanto las políticas de educación como las de salud se habían embarcado durante los años setenta en una agresiva estrategia de ampliación de su cobertura, con la meta explícita – como hemos recalcado para el sector salud – de hacer realidad la vocación y el carácter universal con que la Constitución y las leyes las habían definido. Ampliar la cobertura en forma agresiva siempre supone extender la capacidad institucional – y financiera – hasta sus límites, poniendo muchas veces en peligro la calidad de los programas. Cuando ese tipo de esfuerzo, de por sí difícil, topa con una crisis de la magnitud descrita, los riesgos de que todo el esquema colapse se magnifican

ya que, por un lado, los recursos disponibles – vinieran del presupuesto nacional, como en el caso de educación y, parcialmente, de salud; o vinieran de las contribuciones tripartitas sobre los salarios – no solo se estancan, sino que se reducen; pero, por otro, las demandas de la población más bien aumentan, especialmente en el caso de la salud, tanto porque la propia crisis exagera algunos viejos problemas y genera otros nuevos – como los vinculados al estrés – como por la simple razón de que la gente tiene menos recursos para recurrir a servicios privados de salud. Tal era la situación a principios de los ochenta: una creciente demanda... con una decreciente capacidad financiera – agravada por el peso del endeudamiento externo y una devaluación del 500%.

Con la crisis cambiaron algunas otras cosas. En términos del entorno internacional, el mundo pasó de la época del desarrollismo nacionalista y el estado benefactor – en algún sentido protegidos por la guerra fría – a la época del ‘consenso de Washington’ que, superada la guerra fría, se montaba más bien en la realidad de la globalización y la retórica del globalismo⁷ para impulsar un conjunto de reformas dirigidas a la apertura, la liberalización, la desregulación y la privatización de las economías, bajo el supuesto – aparentemente económico, pero más bien ideológico – de que las causas tanto de la crisis como del bajo rendimiento de las economías nacionales estaban, todas, vinculadas a los excesos del intervencionismo estatal de las décadas precedentes. En el contexto de la globalización, el viejo liberalismo económico reapareció ahora como neoliberalismo, un movimiento dispuesto a ganar en escala global la batalla que antes había perdido en el contexto de los modernos estados nacionales que, a lo largo del siglo XX, habían apostado más bien por la combinación de una economía de mercado y una sociedad política democrática centrada en la ciudadanía y los derechos. A nivel global, tendieron a debilitarse las instituciones vinculadas con la consolidación de los derechos – las Naciones Unidas en particular – y se fortalecieron las instituciones vinculadas con el nuevo *slogan*: *get prices right*.

En términos del entorno nacional, la crisis también provocó un reacomodo de las fuerzas sociales y políticas, recomponiéndose la alianza de los diversos sectores empresariales que más bien se habían visto enfrentados durante las décadas anteriores – cuando los nuevos grupos empresariales emergentes apostaron, en contra de los viejos grupos agro-exportadores y comercial-importadores, por aprovechar el intervencionismo estatal para impulsar un proyecto desarrollista y modernizante que les permitiera expandir y consolidar sus empresas – y fragmentándose los grupos medios que habían sido, hasta fines de los setenta, un elemento central de la alianza desarrollista. En este nuevo contexto interno – y dada la magnitud de la crisis – se fortalece la identidad de la nueva alianza empresarial liderada por los intereses exportadores y financieros, con el enfoque y los intereses representados por el ‘consenso de Washington’ que, además, ejerce su persuasión por medio de un mecanismo difícil de resistir en una situación de crisis financiera: la condicionalidad cruzada entre sus principales agencias: el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos y el Banco Interamericano de Desarrollo.

⁷ Cfr. Ulrich Beck: ¿Que es la Globalizacion? Falacias del Globalismo, Respuestas a la Globalizacion, Paidós, Barcelona, 1998: pp. 26-27

En términos de la política social, las presiones toman una clara dirección: con base en un análisis de ‘las fallas del estado’ y de una lectura a la Chicago de la política como un mercado caracterizado por la búsqueda de rentas, se promueve la focalización de la política social y la privatización de la ejecución de los programas sociales. La universalidad pasa a ser vista como un mero desperdicio que canaliza los escasos recursos públicos hacia quienes no los necesitan – las clases medias – y la ejecución pública como una fuente de ineficiencia y corrupción.

Costa Rica no fue inmune a estas presiones – de hecho, se firmaron múltiples convenios con el Fondo Monetario, tres programas de ajuste estructural, varios préstamos sectoriales y se recibió una frondosa cooperación de la U.S. A.I.D. Sin embargo, un conjunto de resistencias – no muy sistemáticas, pero efectivas – se combinaron para hacer contrapeso a las presiones y evitar un giro radical que alterara el carácter que tradicionalmente habían tenido las políticas sociales en Costa Rica. Decir esto no implica desconocer que la crisis era real – en sus causas y en sus consecuencias – y que, sin duda, el país debía pasar por un proceso de ‘ajuste’ que resolviera los evidentes desequilibrios financieros que enfrentaba – tanto externos como fiscales –. La gran pregunta no tenía que ver con la necesidad o no del ajuste, con la necesidad o no de introducir reformas en las políticas y los programas sociales, sino con el carácter y el ritmo de esos ajustes y esas reformas.

En el caso que nos ocupa – el sistema nacional de salud – la reforma pasó, al igual que la economía nacional, por dos fases: una, en los ochentas, caracterizada por los esfuerzos de estabilización financiera que buscaban evitar la quiebra del sistema de seguridad social, pero sin provocar un deterioro en los positivos pero frágiles avances hacia la universalidad de los años anteriores. Y otra, que se inicia en los noventa, más bien enfocada a la reforma propiamente dicha del sistema de salud, buscando adecuarlo a las nuevas realidades del entorno pero, de nuevo, sin sacrificar la visión original de un sistema de salud que buscaba ser integral. Como ha dicho Juliana Martínez:

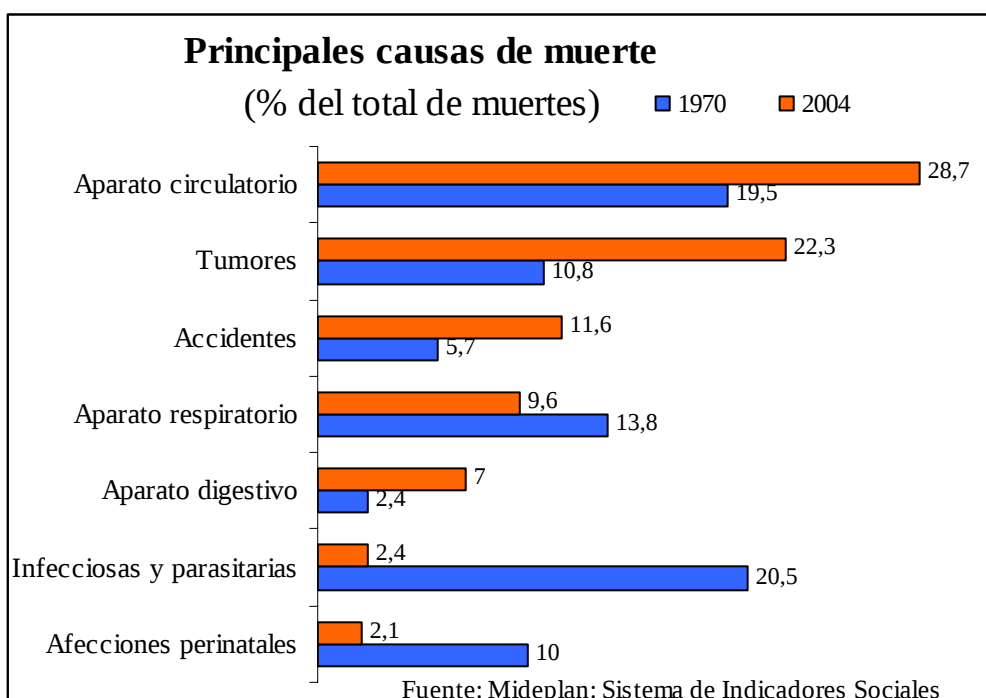
En 1994 se inició una reforma que, al menos en el papel, buscaba mejorar la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios. A diferencia de otras explícitamente privatizadoras y focalizadoras del gasto público social, esta reforma fortalecía la planificación, financiamiento, prestación pública, directa o indirecta, de los servicios. (...) Diez años después hay varias buenas noticias. La cobertura de servicios alcanza el 87% de la población. Ante emergencias, toda persona recibe asistencia. La mortalidad infantil, de por sí baja, ha continuado disminuyendo y es la segunda menor de América Latina. El perfil epidemiológico es similar al de países con mayores niveles de desarrollo. Del predominio de enfermedades transmisibles de hace cuatro décadas, se pasó al de padecimientos crónicos y degenerativos, junto con enfermedades o muertes vinculadas al comportamiento social.⁸

En particular, es importante destacar la evolución del perfil epidemiológico pues, en efecto, constituye uno de los mejores indicadores de cómo, a pesar de las dificultades, la situación

⁸ Martínez Franzoni, Juliana: “Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de los servicios” Versión preliminar, Costa Rica, Mayo 2005: p. 4

de la salud en Costa Rica ha seguido mejorando en medio de situaciones de crisis, estabilización, ajuste y reformas. Tal y como se aprecia en el Gráfico 6, las muertes por causas infecciosas y parasitarias y por afecciones perinatales, que representaban más del 30% de las muertes en 1970, hoy representan menos de un 5% de la mortalidad total; y también ha habido una reducción en las muertes relacionadas con problemas del aparato respiratorio. Por el contrario, las muertes vinculadas con problemas del aparato circulatorio (principalmente infartos), tumores y accidentes, pasaron de representar un 36% de las muertes en 1970 a un notable 63% en este momento, reflejando – junto con la reducción en la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida – una apreciable mejoría en la situación de salud del país.

Gráfico 6



Pero así como reconoce los logros del ajuste costarricense – y, en particular, de las reformas aplicadas en el sector salud, Martínez advierte, sin embargo, que

por otro lado, el sector salud se ha diversificado en una variedad de servicios privados, principalmente con fines de lucro aunque también cooperativo, tanto financiado con recursos públicos como ‘de bolsillo’. Parte de esta oferta privada en expansión es producto de la pérdida de calidad y oportunidad de los servicios públicos. Otra parte de un debilitamiento de las fronteras entre lo público y lo privado⁹

La angustia que se desprende de esta apreciación corresponde con la realidad: las reformas del sistema nacional de salud que se han impulsado en Costa Rica desde mediados de los años noventa han logrado un éxito relativo al preservar el carácter universal de esas

⁹ Martínez Franzoni, Juliana: p. 4

políticas y programas, frenando la privatización y focalización que, desde adentro y desde afuera, se quiso impulsar; y logrando que, a pesar de las restricciones institucionales y presupuestarias, los indicadores de salud siguieran mejorando. Sin embargo, esta reforma heterodoxa no ha logrado resolver algunos de los problemas principales que aquejan a los sistemas públicos de salud – y en especial a los programas de aseguramiento y atención de la salud – ni ha logrado evitar que algunos de los mecanismos de la propia reforma fueran capturados y utilizados con una lógica mercantil y, en ciertos casos, con intenciones abierta – y escandalosamente – corruptas. Para corregir – y evitar que se repitan – estos problemas, y reencauzar los procesos de reforma, es indispensable entender mejor el tipo de problemas que se enfrentan.

Los problemas que enfrentan los seguros públicos

Que el aseguramiento público sea la mejor forma de enfrentar los riesgos en el campo de la salud no quiere decir – obviamente – que no tenga problemas. Estos problemas – que empiezan por los típicos ‘fallos del estado’ que se estudian en la literatura económica¹⁰: burocratización, actitudes rentistas, corrupción, etc. – tienen que ver, además, con los cambios provocados tanto por los cambios en el entorno como por la propia evolución del sistema de seguridad social e, incluso, por su propio y significativo impacto en el entorno, como ejemplificaremos con el caso costarricense.

Pero lo que interesa destacar aquí es que la opción por un esquema de aseguramiento público universal, solidario, equitativo y obligatorio, no tiene una respuesta automática para algo que el mercado logra de una manera más simple... pero brutal – es decir, mediante la discriminación de precios que establece qué recibe y cuanto paga cada quién del sistema de seguros. Aunque reconozca las falencias – e injusticias – de esos mecanismos, y renuncie a ellos, el sistema público debe desarrollar su propia forma de responder técnica y políticamente a estas cuatro grandes preguntas:

- ¿Contra qué riesgos nos vamos a asegurar colectivamente?
- ¿Hasta qué punto – y por qué montos – estamos dispuestos, como sociedad, a cubrirnos frente a esos riesgos?
- ¿Con qué reglas, con qué criterios de acceso y con qué restricciones vamos a cubrirnos frente a esos riesgos?
- ¿Y cómo vamos a financiar, colectiva y solidariamente, esta cobertura compartida de los riesgos de salud?

¹⁰ Ver una descripción de estas fallas, por ejemplo, en Cullis, John y Phillip Jones: Microeconomics and the Public Economy: a defence of Leviathan, Basil Blackwell, Oxford, 1987; y en Przeworski, Adam: States and Markets, Cambridge University Press, Cambridge, 2003

En otras palabras, es preciso definir cuáles son los beneficios que va a ofrecer el sistema, cuáles son sus costos y cómo se distribuirán tanto los costos como los beneficios entre la población.

Una pregunta adicional, pero igualmente importante para los servicios públicos, tiene que ver con la ‘eficiencia social’ del sistema de aseguramiento elegido: cómo garantizar su eficiencia social entendida como el logro de un balance dinámico y sensato entre tres elementos centrales: la cobertura, la calidad y el costo de ese sistema nacional de aseguramiento público.

Aquí es importante destacar una diferencia crucial con respecto a los esquemas privados o comerciales, cuya eficiencia se logra maximizando la rentabilidad aunque eso signifique segmentar los mercados en términos de cobertura y calidad, reduciendo la calidad o sacrificando la cobertura siempre que así lo exija la maximización de la rentabilidad. El esquema público renuncia a esta salida simple – pero atroz – porque considera que la atención de la salud es un derecho, no una mercancía a la que se puede o no acceder dependiendo de si se puede o no pagar por ella; pero renunciar a esa salida fácil no exime al sistema público de enfrentar, a su manera, el reto de definir cuál será el balance de cobertura, calidad y costo que la sociedad considere adecuado y factible.

La coexistencia del seguro público con servicios privados atención de la salud

Cuando hablamos de algo tan sensible como la salud, en un contexto en el que existe tanto un sistema público de aseguramiento en salud como una serie de servicios privados de atención de la salud, es necesario tener claro cuál es el papel de cada uno de ellos, cómo se complementan y qué posibles tensiones o conflictos pueden generarse.

a. El establecimiento de límites: dos criterios distintos

Un primer problema – y probablemente el más importante y difícil de entender y aceptar – surge de la necesidad inevitable de establecer límites al sistema de aseguramiento social; límites que, como dije, dependen del acuerdo colectivo respecto al tipo de riesgos contra el que una sociedad acepta y puede asegurarse colectivamente; respecto a las reglas, criterios y restricciones que establezcan para el acceso a estos servicios; y sobre todo, con respecto a la cantidad de recursos que puedan y quieran – de nuevo, como sociedad – asignar a ese aseguramiento.

Esto quiere decir que siempre, inevitablemente, habrá cosas que ‘queden por fuera’ de lo que puede cubrir el seguro público. Y tienen que quedar por fuera si de verdad se quiere que el seguro sea universal, solidario, equitativo y obligatorio. Sin embargo, este argumento económico del ‘costo de oportunidad’ del derecho a la salud que una sociedad quiera establecer, suele enfrentar un argumento que, no por bien intencionado, es correcto – y que más bien puede llevar, precisamente, a la quiebra del sistema – pues parte de confundir el carácter universal del derecho a la salud con su carácter ilimitado. Y universal no significa, ni puede significar, ilimitado. En el caso costarricense esta contradicción se ha visto ejemplificada con resoluciones judiciales – o de la Defensoría de los Habitantes – que han obligado a la Caja a financiar tratamientos específicos de determinados pacientes que se

salían de la definición acordada de riesgos cubiertos, que no eran parte del cuadro de tratamientos cubiertos, y – de aquí el problema – que tienen un costo que, de generalizarse, superaría peligrosamente los límites financieros de la institución.

b. El derecho a la salud y... otros servicios

Un segundo problema – no tan importante, pero que tiene interés particular en el caso de Costa Rica – es que en un servicio público, si bien la calidad y la calidez tienen que ser elementos fundamentales de la atención... no ocurre lo mismo con lo que podríamos llamar los *lujos* asociados con esa atención. En algunos casos, estos *lujos* tienen que ver, por ejemplo, con el acceso a un cuarto privado, con el refinamiento de la comida, con el televisor disponible y otras cosas por el estilo; en otros casos, podría tener que ver con la posibilidad o no de elegir qué médico atiende al paciente; en otros casos, algunos podrían interpretar como *lujo* el no tener que esperar demasiado – ni hacer largas colas – para que los atiendan. Por supuesto, lo que a algunos les parecen lujos, a otros podrían parecerles – con justicia – parte de los derechos básicos a una salud de calidad, pero también cálida, y eso abre un espacio legítimo de discusión.

De cualquier forma que se resuelva esa discusión, la existencia de esos *lujos* quiere decir que siempre quedan abiertos algunos espacios legítimos para la medicina privada – legítimos e inevitables – y que surgen tanto de aquellos tratamientos que por alguna razón la sociedad decidió que no podía cubrir mediante el seguro público, como de aquellas comodidades o lujos por los que alguien prefiere pagar... que no tener.

En el caso costarricense, la primera situación refiere, básicamente, a la opción de ‘irse a atender al exterior’ cuando se tienen los recursos – o un seguro internacional – para costear un tipo de tratamiento que no puede ser ofrecido por el sistema nacional de salud pública. La segunda, ha sido básicamente la opción que ha dado su razón de ser al sector de medicina privada que siempre ha existido en el país y que le ofrece a sus clientes – a un costo elevado – algunas opciones y comodidades que no ofrece la Caja: elección médica, atención más pronta... y algún lujo o comodidad adicional.

La coexistencia inevitable de estos dos sectores – público y privado – supone una tensión permanente. Esta tensión se ha agudizado en las últimas décadas ya que, por un lado, la atención privada de la salud (la industria médica, la industria farmacéutica y la de seguros comerciales) constituyen en su interacción uno de los negocios más grandes, lucrativos – y concentrados – del mundo; mientras, por otro, la seguridad social constituye una de las mayores conquistas de las sociedades modernas en términos de derechos y bienestar. Así, los espacios de ‘coexistencia pacífica’ entre ambos mundos se reducen, y aumenta la presión de la lógica mercantil por invadir espacios hasta ahora cubiertos por la lógica de los derechos.

En ese contexto, la modernización de los sistemas públicos de salud como el costarricense, debe enfrentar y responder una pregunta crucial: ¿cómo lograr la coexistencia armónica de servicios privados de atención de la salud, con un sistema público de salud que debe seguir siendo universal, solidario, equitativo y obligatorio... y, sobre todo, cómo evitar que esa coexistencia se convierta – como parece haber ocurrido en algunos casos – en un negocio

más de esos en los que se privatizan las ganancias y se socializan las pérdidas? Esta no es una discusión fácil... pero es una discusión inevitable, y es preferible diseñar políticas y criterios razonables a que se proponga – como veremos – que para ponerse *a tono* con el entorno, el Seguro Social se comporte como un seguro comercial y empiece a cobrar tasas y primas diferenciadas según los diversos niveles de riesgos de cada quien.

Un problema angustiante: los costos crecientes de la atención de la salud

Esta tensión se tiende a agravar por un problema que se presenta en todo el mundo: la presión de costos crecientes en la atención de la salud, presión que también se ha acelerado en las últimas décadas como fruto de diversas razones:

- Por el propio éxito de los programas de atención de la salud, que han transformado tanto el perfil demográfico como el epidemiológico, haciendo que ahora vivamos más... pero que también enfrentemos nuevos y complejos problemas de salud cuya atención, además, suele ser cara – y más aún en términos *costo/beneficio* social.
- Por el propio avance tecnológico, que ha provocado un *boom* de nuevos tratamientos y medicinas, algunos de impacto dramático; pero otros muchos de impacto marginal en la salud pero todos con un impacto muy elevado en los costos.
- Por las exigencias crecientes de la sociedad, que va expandiendo su definición de los derechos, de los riesgos contra los que quiere estar cubierta y los criterios de cobertura y calidad de los servicios que desea, lo que presiona los costos.
- Por el carácter oligopólico de estas industrias – médicas, farmacéuticas y de seguros – y por la evolución global de las reglas del juego en el campo de los derechos de propiedad intelectual (que, de hecho, transforman al oligopolio en monopolio), aunado al carácter peculiar de este bien – la atención de la salud – que, como dijimos, no se consume ‘porque nos gusta’... sino porque ‘no nos queda más remedio’.
- Un tema adicional – pero imposible de no mencionar aquí – es la peculiar *ética* que opera en este campo, donde la relación entre los médicos, los laboratorios clínicos, las clínicas y hospitales privados y las empresas farmacéuticas se presta para una serie de prácticas que, en teoría y en los hechos, anulan los *controles cruzados* que debieran existir y, más bien, promueven una *colusión* de intereses de la que el único excluido parece ser el paciente. En casos extremos, se trata de abierta corrupción, ya sea en pequeña escala – como cuando una empresa farmacéutica paga comisiones a los dependientes de las farmacias por vender su marca y no la de la competencia – o en gran escala, como se evidenció en el caso de las comisiones pagadas – también por empresas farmacéuticas nacionales e internacionales – a funcionarios políticos que iban desde el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social y algunos directivos... hasta aquellos que habían ocupado la Presidencia de la República.

Los costos adicionales de los ‘seguros comerciales’

Ante la creciente presión por la participación privada en la atención de los servicios de salud y, sobre todo, ante la perspectiva de que se abran espacios a las empresas de aseguramiento comercial de la salud, algunos han pensado que este aumento de la competencia podría tener la ventaja de ‘abaratar’ los servicios de salud en momentos en que los aumentos de costos parecen un problema insoluble.

Este supuesto abaratamiento – que para algunos es una oportunidad, mientras para otros es una amenaza contra la CCSS – han llevado a sugerir que, para ponerse a tono y poder competir con esta nueva presión, la CCSS debiera mejorar su ‘competitividad’ recurriendo, por ejemplo, a lo que la ‘Agenda Estratégica del Presidente Ejecutivo’ ha llamado “mejorar la gestión de riesgos”. Según el gerente médico, Marco Antonio Salazar, “esto incluye la posibilidad de incorporar el concepto de ‘riesgo’ a la hora de dar el seguro. Así, a una persona hipertensa, diabética, obesa o sedentaria – con más posibilidades de usar los servicios de salud –, se le cobraría un seguro mayor.”¹¹ ¿Servirá esto para reducir costos y aumentar eficiencia? Difícilmente. Más bien, según el diagnóstico de Paul Krugman¹², que ha analizado en detalle los problemas de salud en los Estados Unidos, donde predomina el enfoque mercantil de la salud, esta ‘gestión de riesgos’ es uno de los principales factores que elevan – en vez de reducir – los costos de atención de la salud. Y es que aunque estamos muy acostumbrados a decir y creer que a mayor competencia y mayor participación del sector privado... más eficiencia y menores costos, lo cierto es que, en cuestiones de salud, las cosas son al revés: el sector privado es a menudo burocrático y obeso mientras que los servicios públicos son más eficientes, solidarios... ¡y baratos! ¿Por qué?

En este tipo de mercado, con muchos riesgos e información escasa y mal repartida, los aseguradores privados no suelen competir ofreciendo un servicio de menor costo, sino – en palabras de Krugman – “con base en la selección de riesgos – es decir, rechazando a la gente que tiene mayores probabilidades de tener altos gastos por atención de su salud, y rechazando o atrasando todo lo que puedan cualquier pago.”¹³ Así, según datos de la Organización Mundial de la Salud, estas empresas privadas necesitan una enorme burocracia para estimar los riesgos, las tasas de las primas, diseñar los distintos paquetes de beneficios y revisar, pagar o rechazar las solicitudes de pago, al punto que los gastos administrativos se comen hasta un 15% de las primas en los seguros privados de salud, frente a sólo un 4% en los programas públicos. Y a esto hay que agregar los costos adicionales de los médicos, clínicas y hospitales, que “deben contratar personal de oficina solo para lidiar con las compañías de seguros [pues] así es como los médicos hacen dinero: es una guerra con las compañías de seguros a lo largo de todo el proceso”¹⁴.

Esto conlleva, por un lado, la elevación de los costos del sistema en su conjunto, pues tanto las empresas aseguradoras como las de salud deben cargar con un enorme aparato burocrático de gestión de riesgos que no contribuye en nada a mejorar la atención de la salud, pero sí a elevar su costo y reducir su cobertura. Por otro lado, esta elevación de

¹¹ La Nación: junio 23, 2005

¹² Cfr. The New York Times, serie de columnas publicadas el 11, 22 y 29 de abril del 2005

¹³ Krugman, Paul: “Passing the buck” in The New York Times, April 22, 2005

¹⁴ Ibid.

costos y reducción de cobertura se traduce en una grotesca segmentación de los servicios, que pueden ser de primera clase para quienes más pueden pagar y menos riesgo tengan de enfermarse – y que de hecho suelen pagar mucho más de lo que realmente cuesta la atención que reciben – y de ínfima calidad (o incluso de exclusión absoluta) para quienes no pueden pagar o tengan más riesgo de enfermarse. La paradoja es evidente, la solución no sólo es éticamente perversa sino económicamente ineficiente.

Frente a este absurdo – concluye Krugman – “los planes de seguridad pública tienen mucho menos burocracia porque no tienen que excluir a los pacientes de alto riesgo ni cobrarles primas más altas”¹⁵: pueden dar un mejor servicio, a más gente y a un menor costo y, además, terminan asumiendo también a todos aquellos pacientes – usualmente los más pobres y más propensos a requerir atención de la salud – a quienes las aseguradoras privadas rechacen y que, de otra manera, tendrán que pagar de su bolsillo o terminar en hospitales de caridad. Parece evidente que no es ese el camino por el que debiera enrumbarse las reformas de la CCSS.

Los problemas peculiares de los ‘seguros públicos’

Ahora bien, es importante tener claro que, si bien en el caso de los sistemas de aseguramiento público se evitan estos problemas – lo que redundaría tanto en una radical reducción de los costos como en una mayor y más equitativa cobertura – los problemas que se presentan son de otra índole, tanto por el lado de los ingresos, como por el lado de los gastos y la gestión.

La elevación de los costos enfrenta a los sistemas de seguridad social de aspiración universal, solidaria, equitativa y obligatoria, con la necesidad inevitable de elevar tanto la eficiencia de su gestión como la cantidad de recursos que la sociedad destina a enfrentar esos riesgos mediante un sistema nacional y público de atención de la salud. Si los ingresos y la eficiencia no aumentan en forma significativa, inevitablemente sufren la cobertura y, sobre todo, la calidad de los servicios.

Las dificultades para elevar los ingresos

La elevación de los ingresos topa con una serie de problemas, algunos de larga tradición y, otros, fruto de las tendencias más recientes del desarrollo económico y social de nuestros países.

- En primer lugar, está el problema tradicional – y tal vez creciente – de la evasión y la morosidad en el pago de las cuotas de la seguridad social, problemas que van desde la no declaración y la subdeclaración de los ingresos, hasta el puro y simple incumplimiento de pago.
- En segundo lugar, el problema de los ingresos se ha visto agravado por los cambios en la estructura del empleo vividos en estas décadas, tanto por el peso creciente de trabajadores cuyo ingreso completo no toma la forma de salario – desde los trabajos

¹⁵ Ibid.

precarios y de bajos ingresos que caracterizan al segmento pobre del llamado sector informal, hasta los trabajos altamente calificados y de altos ingresos de los técnicos o profesionales que conforman la aristocracia del sector informal – como por el peso, también creciente de otros tipos de ingresos y remuneraciones no laborales. En ambos casos, los niveles de aseguramiento son muy bajos y, en todo caso, las cuotas que se pagan suelen representar porcentajes del ingreso muy lejanos a los que la ley establece. Un caso extremo se encuentra en el abuso creciente de quienes, teniendo ingresos permanentes y suficientes, se mantienen fuera del sistema de seguridad social, usando y pagando por su cuenta servicios privados de salud; y solamente se afilian al sistema público cuando – y mientras – efectivamente requieran un tratamiento sofisticado y caro.

- En tercer lugar – aunque parezca paradójico – está el problema de la deuda fruto del incumplimiento del propio sector estatal con sus obligaciones financieras para con el sistema de seguridad social y, esto, en varios sentidos. Uno, la deuda correspondiente al atraso en el pago correspondiente a las cuotas de seguridad social de los empleados públicos. Dos, la deuda por los atrasos e incumplimientos del Estado en el pago correspondiente al aseguramiento de los indigentes – que está definida como una obligación del Gobierno. Y tres, la deuda correspondiente a todos aquellos servicios de atención primaria de la salud que fueron trasladados del Ministerio de Salud hacia la Caja con el compromiso – no cumplido – de que el Gobierno Central mantendría la responsabilidad del financiamiento de estos servicios.
- Finalmente, se tiene la evidente dificultad para elevar las cuotas, una dificultad que siempre está ahí como fruto de la muy humana – aunque falaz – aspiración individual a que se mantenga y aún mejore la calidad y cobertura de los servicios que se reciben... y los años durante los cuales esos servicios se reciben, sin que aumente el sacrificio o pago que cada miembro de la sociedad aporta al financiamiento de esos servicios. Esta reticencia, errónea pero entendible y típica del *free rider*, se ve sin embargo justificada y fortalecida cuando se hacen evidentes los problemas de evasión ya mencionados y, más aún, los problemas de abierta corrupción. Ante eso, la reacción inevitable es: “¿pagar yo más para que otros se benefician sin pagar, o para que se lo roben? ¡No!”

¿Qué tan grande es la magnitud del problema? En total, se estima que la deuda estatal con la CCSS asciende a casi 230.000 millones de colones (unos \$475 millones). La morosidad del sector privado, asciende a unos 65.000 millones de colones (unos \$133 millones). A esto falta agregarle ese faltante que corresponde a la población no asegurada: la CCSS tiene registrados menos de 900.000 asalariados cotizantes, que representan apenas el 54% de la población económicamente activa.

Cabe destacar aquí que uno de los problemas que se enfrentan en la dicotomía ingresos y gastos surge cuando los sistemas de seguridad social aspiran – como en el caso costarricense – a una cobertura de vocación universal, y no meramente laboral o asalariada. No se trata de un sistema que atiende solamente los problemas de salud de la población trabajadora asegurada, sino de un sistema que cubre además los riesgos de sus familias y, más aún, que aspira a atender – y asegurar – al total de la población. El problema surge porque se avanza más rápidamente en la cobertura del derecho a la salud, del acceso

universal a los servicios de atención de la salud, que en la cobertura de los deberes y la contribución solidaria al régimen. Esto plantea un problema particular que exige una solución, y es que un sistema de cobertura universal no puede descansar exclusivamente en el financiamiento que resulta de las cuotas sobre el trabajo asalariado, a riesgo de elevar tanto estas cuotas que, paradójicamente, se estimule la evasión, subdeclaración e, incluso, la informalización laboral.

También es importante destacar el problema que representa el financiamiento de todos aquellos servicios de atención primaria y salud preventiva que forman parte de cualquier enfoque sensato de atención integral de la salud pero que suelen ser vistos más como un gasto adicional del sistema que no se relaciona con sus resultados directos – como se refleja en el incumplimiento del gobierno con el financiamiento de estos programas – en vez de ser correctamente entendidos como una de las inversiones más rentables en términos de reducir los costos futuros de atención de los problemas de salud. De nuevo, la miopía contable que suele prevalecer en el sector hacendario hace que, por lograr un pequeño ahorro en el corto plazo, se posterguen, reduzcan y hasta desaparezcan programas e intervenciones primarias cuya carencia redundará, en un plazo no muy largo, en niveles mucho mayores de gasto.

Algunas tareas urgentes en el campo del financiamiento:

En todos estos casos es evidente que se requieren, al menos, tres cosas.

- En primer lugar, una clara conciencia ciudadana de que los derechos – y en particular un derecho como el de la atención de la salud – exigen una contraparte: el cumplimiento universal de los derechos solo es real y efectivo cuando los y las ciudadanas aportan los recursos correspondientes. Una mejor atención de la salud, más oportuna, de mayor calidad y calidez, más sofisticada... sólo puede lograrse a un mayor costo – por más esfuerzos que se realicen en términos de la eficiencia. Eso hay que tenerlo claro: si se quiere mejor salud, hay que pagar por ella.
- En segundo lugar, una redefinición de las reglas y mecanismos mediante los cuales se debe financiar, en sus distintos aspectos, el sistema nacional de salud: qué parte debe venir de las cuotas obrero/patronales; cómo ampliar el concepto de cuota obrero/patronal a las nuevas realidades del mercado laboral para cubrir otros tipos de ingresos que, hoy, evaden sin problemas esta responsabilidad social; qué parte debe venir del Estado como tal – y aquí yo optaría por impuestos con destino específico con la capacidad necesaria para evitar el hoyo negro de la ‘caja única’ – y qué parte podría venir de otras fuentes (incluido, en algunos casos, el endeudamiento o ¿por qué no? la venta o exportación de servicios). Pero hay que definirlo.
- Y, en tercer lugar, la consolidación de los instrumentos necesarios para hacer que el cobro de estas contribuciones sea efectivo: hay que ponerle coto a la evasión impune que hoy sigue ahí – incluso, si es necesario, modificando la legislación para establecer la morosidad de las cuotas patronales como delitos de carácter civil y no simples fallas administrativas.

Un esfuerzo adicional que la CCSS está realizando, consiste en el establecimiento de una serie de convenios *sui generis* con diversos tipos de organismos y asociaciones para fomentar y facilitar el aseguramiento de sectores no cubiertos, ofreciendo paquetes atractivos – pero razonables – tanto para sectores de altos como de bajos ingresos. El objetivo fundamental debe ser la mayor universalidad posible y, en especial, garantizar que incluso los grupos de la clase media alta encuentren siempre ventajoso ser parte contribuyente y usuaria de los servicios de la CCSS. No se debe permitir que a Costa Rica le ocurra en salud lo que ya le ocurrió en educación, donde los servicios privados son de mayor calidad que los públicos; más bien, sería importante trabajar para revertir la actual situación educativa.

Finalmente, es preciso resolver las deudas pendientes del Estado con la seguridad social estableciendo un plan de pagos razonable pero absolutamente sistemático y obligatorio. Si alguna deuda no puede dejar de pagarse, es la deuda de la seguridad social, la deuda del derecho a la salud.

Las resoluciones judiciales: el problema de los límites del aseguramiento público

Mención aparte merece uno de los problemas que más preocupa – y con razón – a las autoridades de la CCSS en términos de la sostenibilidad financiera del sistema, y que tiene que ver con el impacto de una serie de resoluciones judiciales – o de la Defensoría de los Habitantes – sobre las decisiones de la CCSS en cuanto a qué riesgos debe y puede cubrir... y cuáles no.

Decía al principio que uno de los problemas más complejos de tratar en un sistema público de seguridad social en el campo de la salud es que, al contrario de los esquemas de seguros privados, que discriminan por precio y así resuelven ‘su’ problema de cobertura (que no es tal, sino un problema de rentabilidad), en el caso de un sistema público de vocación universal, solidaria y equitativa, hay que establecer criterios objetivos que definan tanto el límite del aseguramiento como los mecanismos y criterios de selección cuando se topa con esos límites. Si bien se parte del concepto de que la atención de la salud es un derecho, y que por tanto no puede haber discriminación en el acceso a ese derecho, también se entiende que la atención a la salud a que refiere el derecho, no puede ser ilimitada.

No se trata de un problema menor, aunque es un problema del que – por razones humanas o emocionales – la gente prefiere desentenderse cuando no está directamente involucrada en las decisiones. El hecho es que un número no grande pero significativo de ciudadanos han demandado – y en la mayoría de los casos han obtenido por la vía judicial – que la CCSS les suministre los medicamentos o intervenciones de alto costo prescritos por sus médicos, aunque estuvieran fuera de los cuadros establecidos institucionalmente. Esto, que en abstracto puede sonar completamente razonable desde la óptica de los derechos, resulta en concreto en la negación misma de la lógica de los derechos: hoy, el 0.24% de los pacientes de la CCSS absorben el 21% del presupuesto de medicamentos de la institución, y se mencionan anécdotas tan impresionantes como el de hospitales nacionales en los que, en determinado momento, la mitad del presupuesto en medicamentos es absorbida por la atención – judicialmente obligada – a un solo paciente. A este problema se agregan casos particulares de abusos – como el de personas que vienen al país específicamente para

asegurarse y recibir un tratamiento extraordinariamente caro que los seguros de su propio país desarrollado no les puede brindar – que, a la larga, llevan a la quiebra del sistema o, al menos, al deterioro de la calidad y cobertura del sistema para más del 95% de los usuarios

Esto nos obliga, una vez más, a plantearnos esa pregunta dramática pero central de todo sistema de aseguramiento público: Reconociendo el derecho de todos a compartir los riesgos de la salud y a recibir un adecuado tratamiento a sus problemas de salud, ¿cómo tratar este problema sin perder el carácter universal, equitativo y solidario de nuestro sistema público de salud? ¿Cómo define la sociedad los límites de su sistema público de salud, manteniéndolo como un sistema universal y solidario, pero sensato? ¿Cómo evitar algunos de los abusos que, hoy, son evidentes?

Las dificultades para elevar la eficiencia y controlar costos sin sacrificar cobertura y calidad: el ambiguo proceso de ‘modernización’ de la CCSS

Si los ingresos no aumentan al ritmo requerido, la presión de los costos solo puede enfrentarse por el lado de la eficiencia social del sistema que, como dijimos, tiene que ver con el delicado balance entre los costos, la calidad y la cobertura del sistema.

A lo largo de los últimos veinte años, en Costa Rica se han realizado una serie de esfuerzos por avanzar – y unos cuantos, también hay que reconocerlo, por retroceder – en mejorar la eficiencia social del sistema nacional de salud, de manera que se pudiera mantener y elevar la cobertura y calidad de los servicios con el menor impacto posible en los costos. Los resultados, hasta hoy, son ambiguos, con aspectos positivos, regulares... y negativos.

Como vimos más arriba, cuando se enfrentó la crisis de principios de los años ochenta, se realizaron enormes esfuerzos y sacrificios para garantizar la supervivencia del sistema de seguridad social y el seguro de salud en particular. Durante los años noventa, pasada la situación más crítica, se impulsó un Proyecto de Modernización de la CCSS dirigido a tres áreas fundamentales:

- Primero, la readecuación del modelo de atención en salud, cuyos componentes más importantes fueron la reorganización territorial de la atención de la salud en noventa ‘áreas de salud’ y la creación y consolidación de los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) que se inician en 1994 y hoy 840 EBAIS cubren prácticamente la totalidad del país.
- Segundo, el rediseño del modelo de asignación de recursos y de financiamiento, que suponía la sustitución gradual del sistema tradicional de asignación de recursos de acuerdo a la ‘base histórica’ por un esquema de asignación prospectiva de recursos. Se introdujeron los ‘compromisos de gestión’ en las áreas de salud y los hospitales, con la intención de vincular la asignación de los recursos con el establecimiento y cumplimiento de metas de producción, eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios. El proceso se inició en 1997 y se ha ido extendiendo al conjunto del sistema.
- Y tercero, se buscaba la modernización de la gestión del sistema, incluyendo el mejoramiento de los sistemas de información, la modernización de los sistemas de

recaudación y control contributivo, la desconcentración, la introducción de objetivos y metas de calidad, eficiencia y producción en los hospitales y áreas de salud – que debían ser la base para el adecuado funcionamiento de los ‘compromisos de gestión’ – y el fortalecimiento de la capacidad gerencial. En esto, los avances – obviamente – han dejado mucho que desear.

Problemas en la implementación de la ‘modernización’

La compra de servicios

Dentro de los instrumentos que las empresas – públicas o privadas – pueden utilizar para aumentar su eficiencia está el *outsourcing* o, más tradicionalmente, la compra de servicios a terceros. Es una práctica normal y que siempre se ha utilizado – la CCSS siempre ha comprado medicinas y equipos médicos a empresas especializadas al igual que el Instituto Costarricense de Electricidad y Telecomunicaciones (ICE) compra los cables y las centrales a empresas especializadas, sin que eso ponga en peligro el carácter público del servicio prestado por la institución. En otras palabras, comprar servicios al sector privado, *per se*, no tiene nada de malo y, bien utilizado, puede contribuir a elevar la calidad y oportunidad de los servicios de la Caja o su oportunidad – como solución transitoria cuando hay cuellos de botella. Sin embargo, en ausencia de criterios adecuados y los correspondientes mecanismos de evaluación – y mucho peor si, además, hay presencia de corrupción – este mecanismo puede convertirse exactamente en su contrario, elevando los costos sin necesariamente mejorar la calidad o la cobertura, o haciéndolo pero a un costo mucho más alto del que la propia CCSS habría incurrido de prestar el servicio directamente.

Se dice, por ejemplo, que en vez de comprar un equipo de resonancia magnética tal y como fue aprobado hace trece años, la CCSS optó por la compra de servicios diagnósticos privados, en los que ya ha invertido unos 1.400 millones de colones... ¡que equivale a lo que le costaría comprar e instalar el equipo correspondiente para realizar ella misma esos diagnósticos. Solo en el 2003 la CCSS gastó más de 14.000 millones en contratación de servicios privados, y el rubro viene creciendo a una tasa anual del 32%, mientras que los ingresos del Seguro de Salud aumentan a un 11% anual. Y lo más grave es que muchos de esos servicios que se han contratado pudieron ser brindados en las instalaciones de Hospitales como el San Juan de Dios y el México, que tienen capacidad ociosa. ¿Por qué ocurren estas cosas? Obviamente, hay muchas sospechas sobre la forma y las razones por las que se hicieron esas contrataciones con determinadas empresas – así como sobre los precios que se pagó por esos servicios, y si efectivamente estos se prestaron.

La ausencia de una contabilidad de costos y de planeamiento de la inversión

Este problema, a su vez, se vincula con la carencia de una contabilidad de costos en la CCSS, lo que le dificulta no solo la adecuada valoración de la contratación de servicios externos, sino incluso la valoración – y cobro – de los servicios que la CCSS presta en atención de pacientes no asegurados, ya sea lo que corresponde al seguro de indigentes o simplemente a pacientes no asegurados (de los cuales, por cierto, solamente un 6% son extranjeros, contrariando la retórica xenofóbica de algunos medios).

También ha inflado los costos de la CCSS una tendencia aparentemente poco racional de expansión de cierto tipo de infraestructura hospitalaria que podría estar sobredimensionada, en lugar de proceder a racionalizar el uso de la infraestructura existente, concentrando algunas especialidades de alta complejidad en determinados centros para obtener tanto economías de escala como de especialización, mejorando tanto la calidad como el costo de esos servicios. Sin embargo, la CCSS no cuenta con un sistema de información sobre su propia infraestructura y equipamiento, ni existe un inventario real de los equipos que se encuentran en los hospitales... lo que obviamente facilita el tipo de compras inadecuadas – y fraudulentas – que se dieron en los últimos años.

La compra y almacenamiento de los medicamentos

Lo mismo ocurre en materia de almacenamiento y compra de medicamentos: en este momento hay más de 4.000 toneladas de productos caducos en las bodegas de la CCSS. ¿Cuánto le cuesta eso a la CCSS? ¡Casi 60.000 millones de colones! Esto es grave, ya que la compra de medicamentos representa un 20% de los gastos totales del Seguro de Salud. Y más grave aún porque no existe una clara estrategia de compra de medicamentos, sino que se traslapan los criterios de distintas instancias – la Comisión de Medicamentos, el Departamento de Farmacoterapia y la Dirección Técnica de Servicios de Salud – con el obvio resultado de que, al no estar claro ni el tipo de medicamentos indicados ni la oportunidad para su compra, se abren los portillos para las compras erróneas que conducen en unos casos al sobreabastecimiento y, en otros al subabastecimiento que, luego, se resuelve con compras directas o ‘de emergencia’ que abren nuevos portillos a prácticas dudosas... y peor que dudosas, abiertamente corruptas.

Es urgente transformar los procedimientos mediante los cuales se establecen las listas de medicamentos; se definen los tipos, montos y momentos en que esos medicamentos se compran; se establecen las reglas de la competencia – licitaciones, subastas, etc. – y, sobre todo, se controla la calidad e idoneidad de los medicamentos efectivamente recibidos pues, de acuerdo a múltiples referencias, no siempre los medicamentos y el equipamiento adquirido representaban la mejor opción en términos de costo/calidad: también en medicina es cierto que, a veces, lo barato sale caro y, por eso, el control de calidad es fundamental.

Una jerarquía sobredimensionada... y sin estrategia

Uno de los aspectos perversos de la reforma ha sido el exagerado crecimiento del gasto en la burocracia central y en los altos cargos. De las tres gerencias que establecía la Ley constitutiva de la CCSS – Médica, Administrativa y Financiera – se pasó a tener cinco gerentes y ocho subgerentes, todos con un salario mayor al millón de colones, vehículo y otras ventajas – y el apoyo administrativo correspondiente. Por el contrario, como dijimos, los programas de promoción de la salud – vitales en un modelo de atención integral de la salud – se han visto disminuidos tanto en términos de personal como de recursos.

En estas condiciones – sin contabilidad de costos, sin adecuados instrumentos de gerencia, sin inventarios, en fin, sin estrategia – los esfuerzos de desconcentración y descentralización han carecido, como la expansión de infraestructura, la compra de

servicios o de medicamentos, de racionalidad. Así, a pesar de la existencia de los ‘compromisos de gestión’, los hospitales, las clínicas y las áreas de salud han venido actuando en forma aislada y casi anárquica, sin visión de conjunto, lo que también ha incidido en la elevación de los costos y la reducción de la calidad y oportunidad del servicio prestado.

Los EBAIS: un logro fundamental pero inconcluso... que puede desvirtuarse

Si bien la creación y consolidación de los EBAIS ha sido uno de los pasos más positivos del proceso de modernización del sistema, no se ha logrado el cambio cultural necesario en la CCSS para que los EBAIS jueguen el papel que les corresponde, y algunos tienden a convertirse en mini-clínicas con horarios vespertinos y servicios de emergencias – con un costo mayor que si se hicieran las referencias adecuadas – mientras que se rechaza a muchos pacientes que, en consecuencia, tienden a sobrecargar los servicios de emergencia de los hospitales. De esta forma, ni se descarga adecuadamente a los hospitales, ni se envían las referencias adecuadas, ni se cumple a cabalidad con los servicios primarios de salud que, anteriormente, cumplía el Ministerio de Salud.

Los recursos humanos: ¿sobran y faltan?

Un aspecto fundamental en el que el proceso de modernización ha fallado es el referido a los recursos humanos. Dada la ausencia de un inventario actualizado de los recursos humanos existentes y de las necesidades futuras, y la carencia del correspondiente plan de desarrollo de recurso humano y de la investigación en salud, se vive la situación paradójica de excesos y faltantes de recurso humano en diversas áreas. Por un lado – y a esto ha contribuido la explosión de escuelas privadas de medicina – hay una sobrepoblación profesional que ya se muestra en notables niveles de desempleo entre médicos y odontólogos. Por otro lado, las políticas de la CCSS (y del Gobierno) limitan la creación de plazas nuevas pero fomentan la ampliación de jornadas. Aquí cabe preguntarse ¿qué impacto tiene que en vez de ampliar el número de plazas se mantengan tan altas las dobles jornadas, guardias, horas extras y demás mecanismos... que elevan el ingreso de los que están dentro, pero no abren espacio a los que están fuera? En otros casos, el problema es inverso, ya que hay carencias de especialistas en áreas críticas para la CCSS y para el sistema de salud: se estima que faltan 800 especialistas en ortopedia, psiquiatría, radiología, geriatría, anestesia, neurología, anatomía patológica, etc.

Ah... no podían faltar: las filas y los biombos

... y por ahí quería terminar. Porque la gente se queja de las filas... y paga los biombos: ese pago – obviamente ilegal – que algunos pacientes hacen al médico y a algún otro funcionario para ser atendidos en forma preferencial respecto a aquellos que no pagan. Y lo que la gente quiere y necesita es no tener que hacer tanta fila... ni tener que pagar biombos. Pero biombos y filas no son más que dos caras de un mismo problema: el mecanismo que, desde hace muchos años, algunos – probablemente más de los que nos imaginamos – han descubierto para incrementar tanto su ingreso como su poder.

Alguna vez alguien – un médico – llegó a sugerir que la culpa del biombo la tenía el paciente que pagaba. Y uno podría verse tentado a coincidir porque... ¿no es tan culpable el que paga como el que cobra? Pero no, no en este caso. Cuando se trata de la salud – incluso de la vida de un ser querido – el que cobra es mucho más que un corrupto, mucho más que un ladrón: es un criminal que secuestra y cobra por el secuestro. ¿Cómo no se ha podido ponerle coto a este problema que pasa de un mero asunto de ineficiencia económica e inequidad social... a uno de pura y simple inmoralidad?