



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

Leonardo Garnier

Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas

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.

La gran pregunta, ante los retos – internos y externos – que este sistema enfrenta es si este éxito será sostenible...

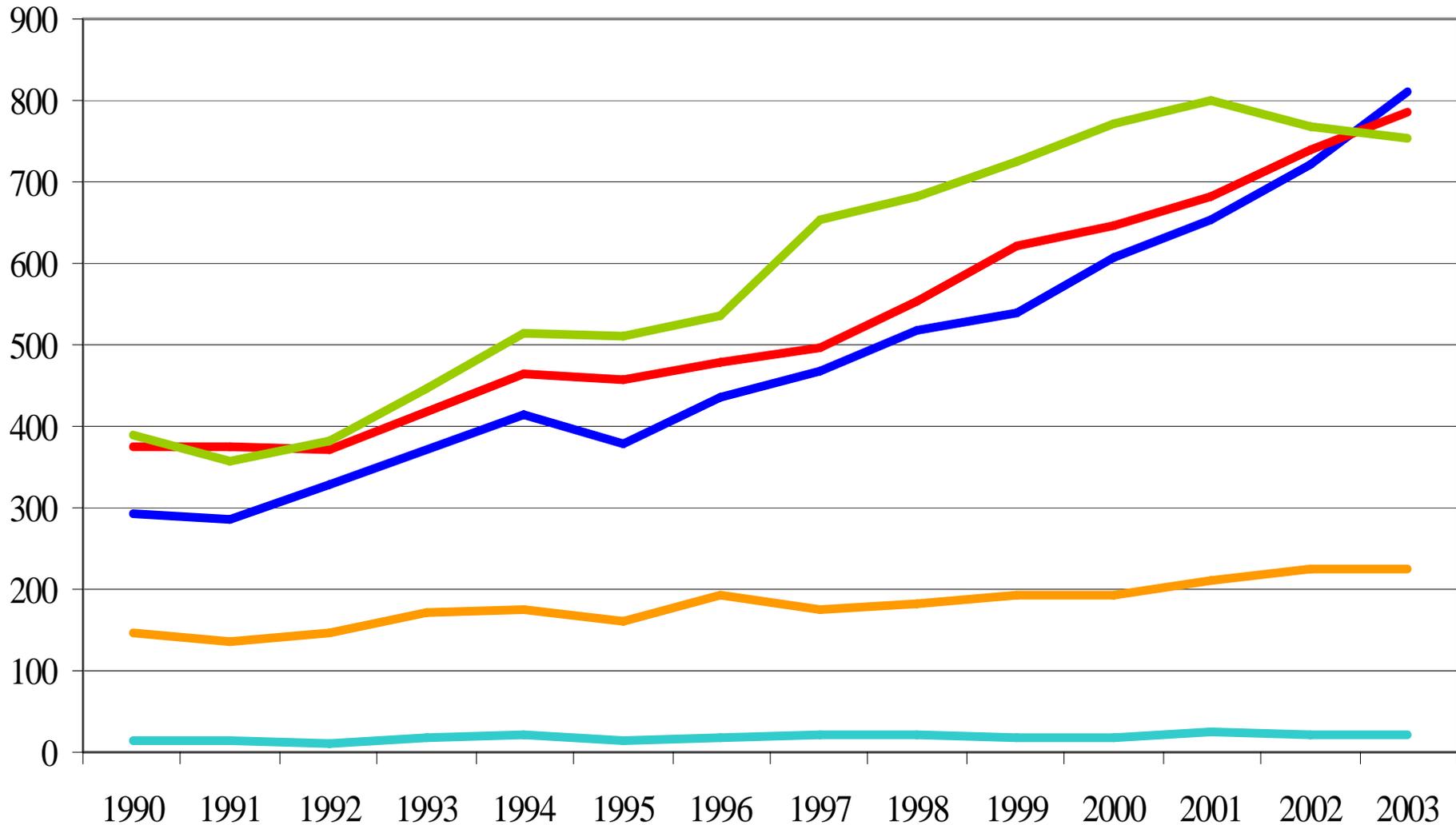


...y qué habría que hacer para que lo fuera.

Gasto Social del Gobierno de Costa Rica

(en millones de CRC reales de 1991)

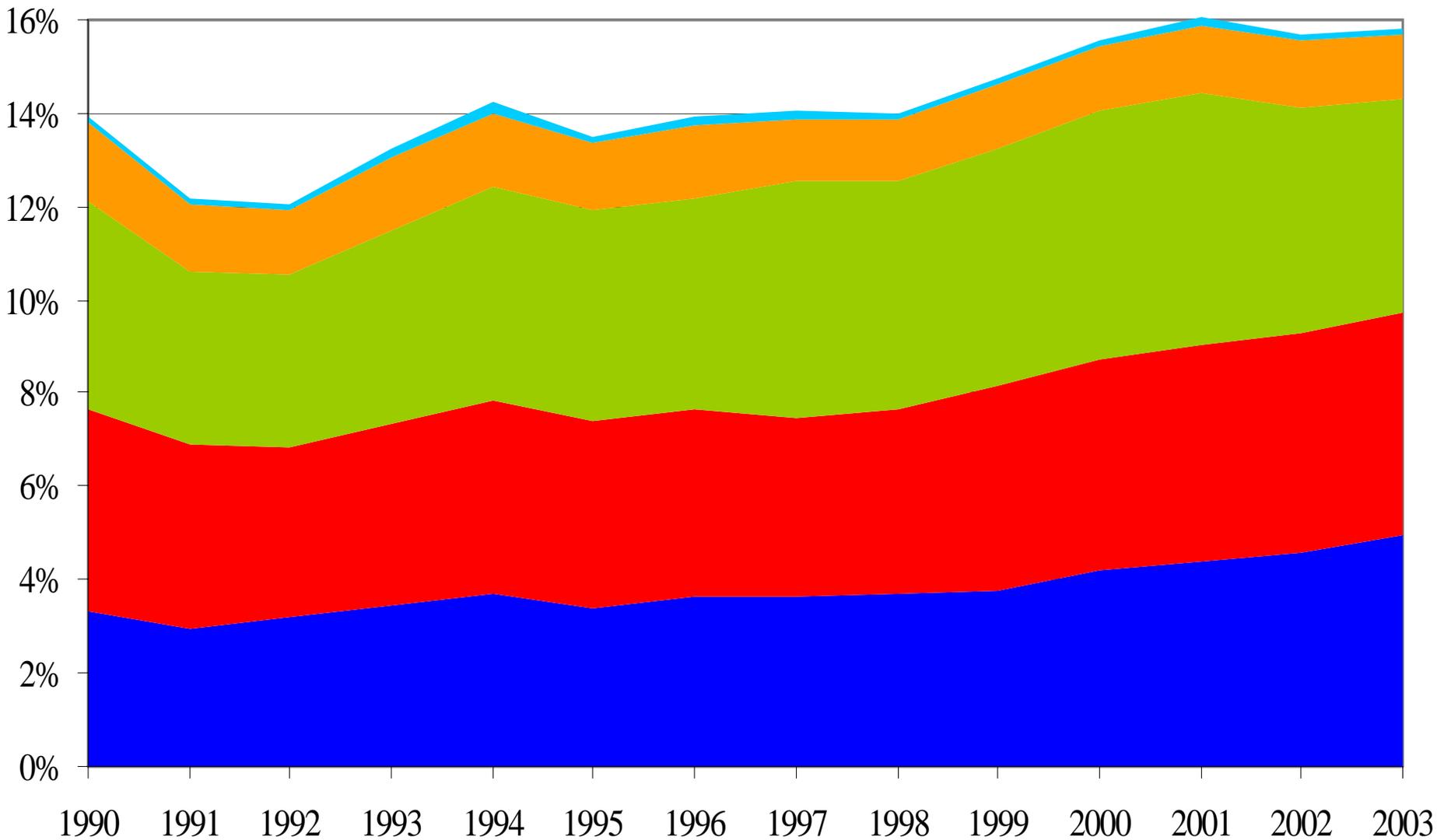
— Educación — Salud — Asistencia social — Vivienda — Serv. Culturales



Gasto Social del Gobierno de Costa Rica

(% PIB) 1990-2003

■ Educación ■ Salud ■ Asistencia social ■ Vivienda ■ Serv. Culturales



Gasto per capita en salud: 2002 (PPP US\$)

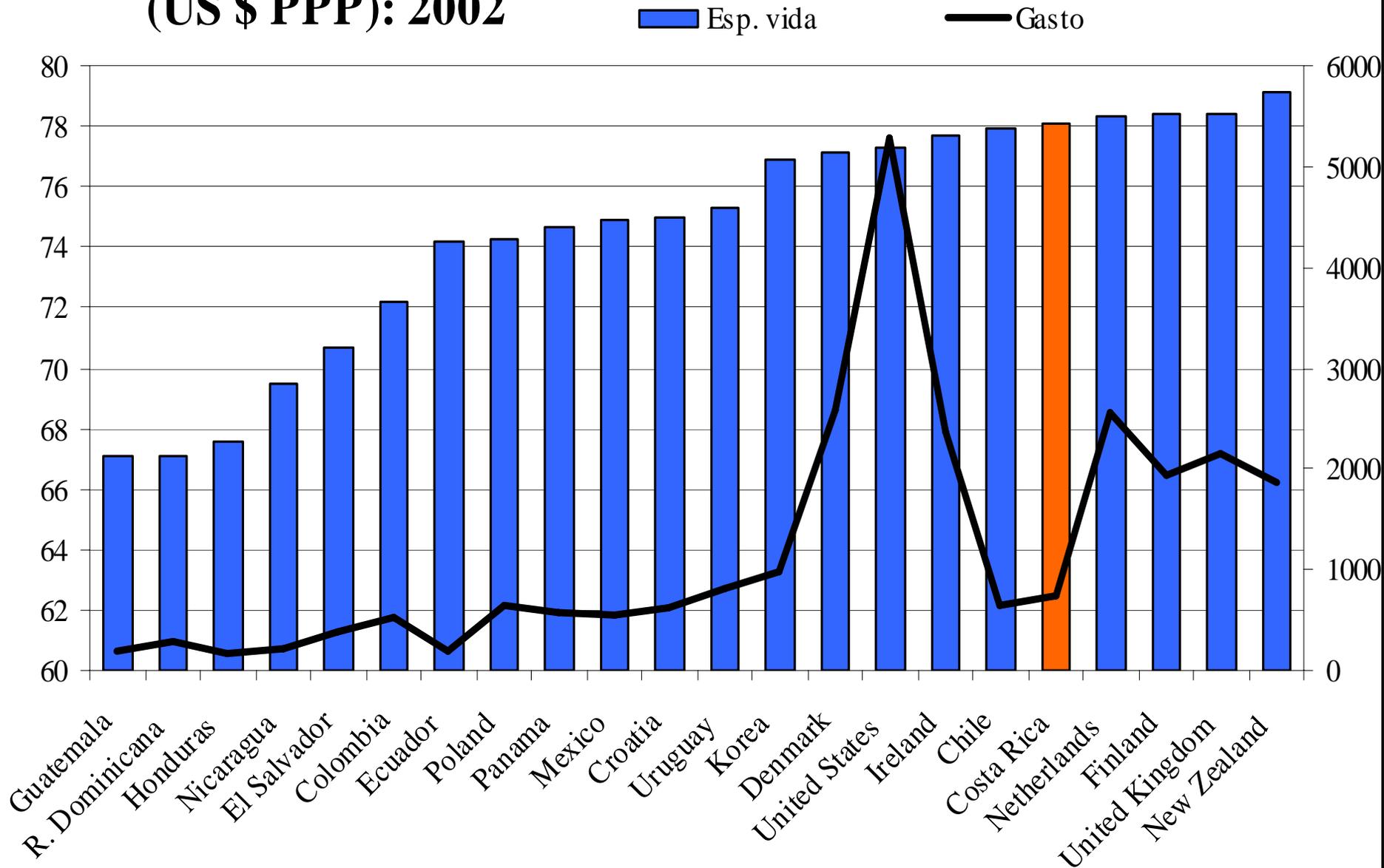


Costa Rica es uno de los países de América Latina que más invierte en términos de salud por habitante...

y aunque su inversión por habitante sigue estando muy por debajo que la de los países más desarrollados,

los resultados son notables:

Esperanza de vida al nacer y gasto per capita en salud (US \$ PPP): 2002



Fuente: UNDP Human Development Report 2005

Costa Rica invierte en salud un **9.3% del PIB** y, de ese esfuerzo, más de dos terceras partes corresponden a gasto e inversión pública.



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 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,

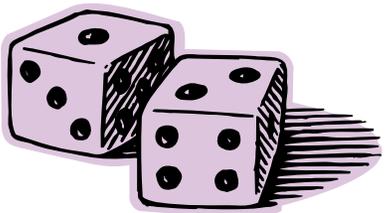
solidario,

equitativo y

obligatorio.

Se parte de la idea de que el consumo de los servicios de atención de los problemas de salud, no es un consumo que resulte de ‘los gustos y preferencias’ del consumidor sino de la necesidad de enfrentar la ocurrencia accidental de un evento respecto al cual cada uno de nosotros tiene un determinado ‘riesgo’ que no depende de su voluntad: puede o no enfermarse, puede o no accidentarse, puede o no...

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.



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 ramo.



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:

desde las diversas externalidades positivas que produce

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



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

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.



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 10% de la población total del país.

La revolución de 1948 liderada por José Figueres no solo no frenó las reformas 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.

Para 1960 la cobertura del seguro había subido al 18% de la población total. Esto requería más financiamiento, para lo cual se elevó el tope de cotizaciones 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 gestaron los principales cambios en el enfoque del Seguro Social costarricense, al dictarse la ‘Ley de universalización del Seguro Social’ y modificarse la Constitución con el objetivo de avanzar desde un seguro estrictamente laboral hacia uno universal.

Esto suponía, en particular, la incorporación de los trabajadores independientes, que deberían cotizar al Seguro Social.



En 1973 se promulgó la ‘Ley general de salud’ 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.

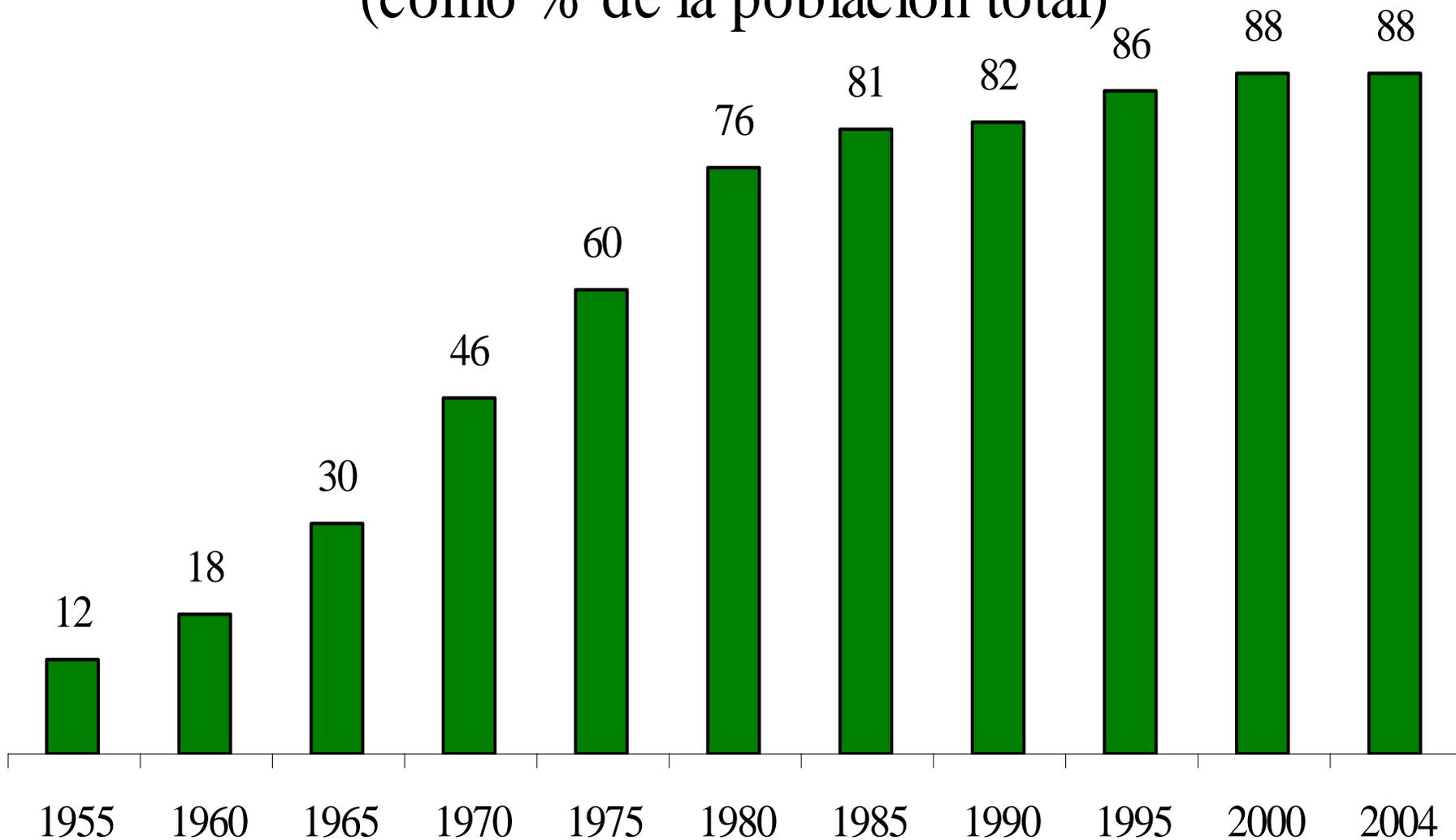
Desde 1975 se anunció la decisión de extender la cobertura del Seguro Social a la población marginada e indigente, pero no fue sino hasta 1983 que se concretó esa medida, mediante un convenio entre la Caja y el Ministerio de Salud, según el cual el Gobierno asumía el costo de dicha cobertura.

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.

El aumento de la cobertura fue sistemático:

Cobertura del seguro de salud

(como % de la población total)



Fuente: Mideplan: Sistema de Indicadores Sociales

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 CCSS 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 adecuadas de agua potable y servicios sanitarios y de alcantarillado que permitieron cubrir a un 97% de la población.

La cobertura de los programas de salud comunitaria y rural del Ministerio de Salud pasó de apenas un 10% de la población meta a mediados de los años setenta a cerca del 60% de la población meta en 1980.

Los programas de nutrición infantil han sido también de gran importancia.

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.

Los efectos de la crisis, la estabilización y el ajuste

El sistema nacional de salud vivió su reto más difícil a principios de los ochenta, cuando Costa Rica atravesó una de las crisis económicas más profundas de su historia.

La producción cayó en un 10% entre 1980 y 1982.

El desempleo 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 de 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 estaba viviendo bajo la línea de pobreza.



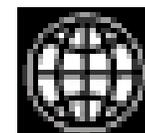
Para las instituciones públicas encargadas de servicios sociales básicos – como los de educación y salud – el momento resultó dramáticamente paradójico, pues los recursos disponibles se reducían precisamente en el momento en que el aumento de esos recursos habría sido más importante.

Con la crisis cambiaron algunas otras cosas.

En términos del entorno internacional, pasamos de la época del desarrollismo nacionalista y el estado benefactor 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 globalismo para impulsar un conjunto de reformas dirigidas a la apertura, la liberalización, la desregulación y la privatización de las economías, minimizando el papel del Estado.

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; 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, ejercen su persuasión por medio de un mecanismo difícil de resistir en una situación de crisis financiera: la condicionalidad cruzada entre sus principales agencias: el FMI, el Banco Mundial, la AID y el BID.



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 *chicaguiana* 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.

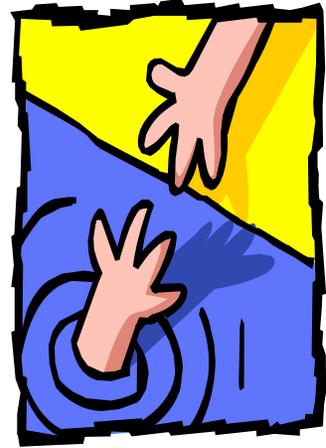
Costa Rica no fue inmune a estas presiones – de hecho, se firmaron múltiples convenios con el Fondo Monetario, tres programas de ajuste estructural, varios préstamos sectoriales y se recibió una frondosa cooperación de la U.S. A.I.D.

Los gobiernos empezaron a adoptar políticas diseñadas para reducir el ámbito de intervención del Estado en la economía. Los Estados redujeron su intervención en la producción, en los precios y en el comercio. Estrategias pro-mercado se consolidaron en grandes áreas del mundo en desarrollo. El péndulo había oscilado desde el modelo de desarrollo dominado por el estado de los 1960s y 1970s hacia el estado minimalista de los 1980s.

Como usualmente pasa con estos cambios radicales de perspectiva, los países tendieron a veces a pasarse de la raya. Los esfuerzos para rebalancear el gasto y el endeudamiento público fueron descoordinados, y se cortó tanto lo bueno como lo malo. Para cumplir con sus obligaciones financieras, los gobiernos más endeudados estrujaron programas de importancia crítica en educación, salud e infraestructura, todavía con más frecuencia – o más – de lo que cortaron programas de baja prioridad. El resultado fue el descuido de las funciones vitales del Estado, amenazando el bienestar social y erosionando las bases para el propio desarrollo de los mercados.

Banco Mundial

Sin embargo, un conjunto de resistencias 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.



La reforma del sistema nacional de salud pasó por dos fases: una, en los ochentas, caracterizada por los esfuerzos de estabilización que buscaban evitar la quiebra del sistema de seguridad social, pero sin provocar un deterioro en los 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.

En palabras de Juliana Martínez:

“A diferencia de otras reformas explícitamente privatizadoras y focalizadoras del gasto público social, esta reforma fortalecía la planificación, financiamiento, prestación pública, directa o indirecta, de los servicios. (...)

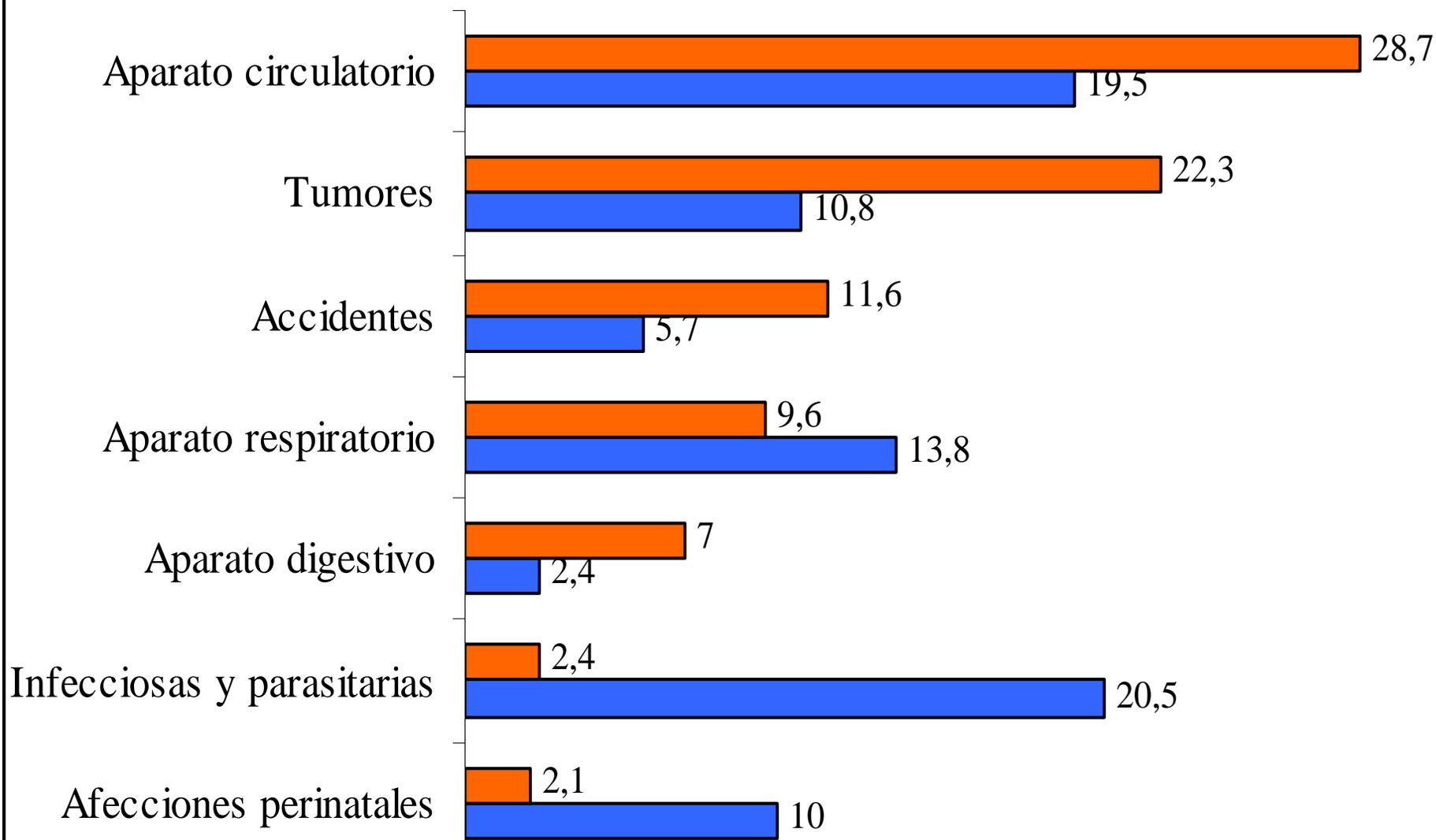
Diez años después hay varias buenas noticias. La cobertura de servicios alcanza el 87% de la población. Ante emergencias, toda persona recibe asistencia. La mortalidad infantil, de por sí baja, ha continuado disminuyendo y es la segunda menor de América Latina. El perfil epidemiológico es similar al 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”

Principales causas de muerte

(% del total de muertes)

■ 1970

■ 2004



Fuente: Mideplan: Sistema de Indicadores Sociales

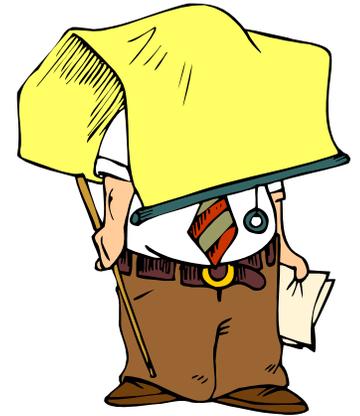
Las reformas han tenido un éxito relativo al preservar el carácter universal de esas políticas y programas, frenando la privatización y focalización que, desde adentro y desde afuera, se quiso impulsar; y logrando que, a pesar de las restricciones institucionales y presupuestarias, los indicadores de 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 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 abiertamente corruptas.



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 que no tenga problemas.



Estos problemas empiezan por los típicos ‘fallos del estado’ que se estudian en la literatura económica: burocratización, actitudes rentistas, corrupción, etc.;

pero tienen que ver, además, con los cambios en el entorno y con la propia evolución del sistema de seguridad social e, incluso, por su propio y significativo impacto en el entorno.

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:

Preguntas clave:

- ¿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?

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, fruto de diversas razones:

Por el propio éxito de los programas de atención de la salud.

Por el avance tecnológico y el encarecimiento que conlleva.

Por las exigencias crecientes de la sociedad.

Por el carácter oligopólico de estas industrias y por la evolución global de las reglas del juego en el campo de los derechos de propiedad intelectual

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.

En segundo lugar, el problema de 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 como por el peso, también creciente de otros tipos de ingresos y remuneraciones no laborales.

En tercer lugar – aunque parezca paradójico – está el problema del incumplimiento del propio sector estatal con sus obligaciones financieras para con el sistema de seguridad social – por los indigentes y por los servicios de salud integral.

Finalmente, se tiene la evidente dificultad para elevar las cuotas fruto de una típica actitud de *free rider*: se quieren más y mejores servicios, pero sin tener que pagar más por ellos.



Todos estos problemas se han visto agravados por los casos de corrupción descubiertos en el Seguro Social en los últimos años, que desestimulan la ‘vocación de pago’ de los ciudadanos y las empresas.

¿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.

Ya en este momento, el sistema es deficitario, a pesar de que no está logrando satisfacer la demanda.

El problema surge porque se avanza más rápidamente en la cobertura universal del derecho a la salud, que en la cobertura de los deberes y la contribución solidaria al régimen.

Esto plantea un problema: 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 del financiamiento de todos aquellos servicios de atención primaria y salud preventiva que forman parte de un enfoque sensato de atención integral de la salud pero que suelen ser vistos más como un gasto adicional – que se trata de evitar – que como una de las inversiones más rentables en términos de reducir los costos futuros de atención de los problemas de salud.

En síntesis:

Tanto los logros obtenidos... como las dificultades de su sostenibilidad, nos obligan a plantearnos esa pregunta dramática pero central de todo sistema de aseguramiento público:

¿Cómo tratar este problema de lograr un adecuado balance entre el costo, la cobertura y la calidad del sistema nacional de salud sin perder el carácter universal, equitativo y solidario que lo han definido hasta ahora?

¿Cómo define la sociedad los límites de su sistema público de salud y los mecanismos para su financiamiento, manteniéndolo como un sistema universal y solidario, pero sensato?

¿Cómo evitar algunos de los abusos que, hoy, son evidentes?

...gracias!