

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Aseguramiento Público en Salud  
Editor Invitado  
Gabriel Martínez

Gabriel Martínez

Carolyn Hughes Tuohy

Jorine Muiser  
Andrew Herring  
Juan Rafael Vargas

Ramiro Guerrero C.

Tapen Sinha  
Sandra Orcí

Gabriel Martínez

# Bienestar y Política Social

## INTRODUCCIÓN

EL PARADIGMA EMERGENTE EN LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS A LA SALUD: EL CASO DE CANADÁ

ENTENDIENDO DIEZ AÑOS DE ESTANCAMIENTO EN EL ESFUERZO DE COSTA RICA PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL

FINANCIACIÓN DE LA AFILIACIÓN UNIVERSAL A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: LECCIONES APRENDIDAS DE COLOMBIA

UNA INVESTIGACIÓN SOBRE EL COSTO DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN MÉXICO

RESEÑA DEL LIBRO. *BEYOND SURVIVAL. PROTECTING HOUSEHOLDS FROM HEALTH SHOCKS IN LATIN AMERICA*, POR BAEZA, CRISTIAN C., Y TRUMAN G. PACKARD



# ENTENDIENDO DIEZ AÑOS DE ESTANCAMIENTO EN EL ESFUERZO DE COSTA RICA PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL

Jorine Muiser

Universidad de Costa Rica  
jorine.muiser@gmail.com

Andrew Herring

Universidad de Harvard  
andrew\_herring@student.hms.harvard.edu

Juan Rafael Vargas

Universidad de Costa Rica  
jrvargas20@gmail.com

## Resumen

**E**ste artículo analiza los logros y obstáculos en el proceso del movimiento hacia la cobertura universal del cuidado básico en los servicios de salud en Costa Rica. El artículo describe al país como un ejemplo sobresaliente en la región, tanto en términos del estado de salud de la población como en los indicadores de financiamiento de la misma. La expectativa de vida y el nivel de pre-pago son ambos comparables con los países de altos ingresos. Sin embargo, el proceso que implicó paso-a-paso la inclusión de la población por grupos socio-económicos en un esquema único de seguro de salud, el cual produjo sus mayores logros en el periodo de 1950 - 1970, se estancó a principios de los noventas. Excepto por un análisis cualitativo del diseño y desempeño actual del sistema de financiación costarricense, este artículo presenta los resultados de un análisis de corte transversal de la Encuesta Nacional en Salud 2006, indicando que no solo los grupos de mayores ingresos sino también los más pobres están fuera del esquema a pesar de la política costarricense de promover la cobertura universal.

— Palabras clave: Modelos de corte transversal, gastos del gobierno y salud, análisis de los mercados del cuidado de la salud, política del gobierno, regulación, salud pública.

Clasificación JEL: C21, H51, I11, I18.

## Introducción

**C**osta Rica ha sido una excepción dentro de América Latina como país de ingresos medianos que alcanzó un estatus de salud comparable a los países de ingresos altos a un costo relativamente bajo (Bertodano 2003; Cruz Martínez 2005). El país también ocupa una posición alta

en el Índice de Desarrollo Humano en relación a su Producto Interior Bruto (PNUD 2006).<sup>1</sup> Estos logros se atribuyen a elevadas inversiones en salud y en educación de Costa Rica en comparación con otros países de América Latina después de que abolió el ejército en 1948 (Vargas 1992). Más concretamente, esto se relaciona con el sistema incluyente de salud de Costa Rica (Herrero y Durán 2001). Desde 1941, se da un incremento en la proporción de la población que contribuye y/o se beneficia de un esquema de seguro social de salud que ofrece una calidad relativamente alta en servicio de salud, y la atención de la salud alcanza los lugares más apartados del país. Como un país ejemplar, con casi el 90% de su población cubierta por el esquema de seguro social de salud, mucho se puede aprender de la experiencia de Costa Rica por el resto de América Latina que se esfuerza por una cobertura más completa de su población.

Sin embargo, como respuesta a factores internos y externos, las reformas del sistema de salud requirieron adaptarse al nuevo contexto socio-económico, el cual se inició en los noventa y aún no se ha completado. Entre tanto, el desarrollo macro-económico y una reestructuración del mercado laboral aumentan la presión sobre el modelo. En consecuencia, los investigadores han empezado a desmitificar algunos de los logros del sistema de salud pública de Costa Rica, expresamente en la preocupación con respecto a las listas de espera que crecen, el debilitamiento de la infraestructura, el aumento de problemas de eficiencia y equidad, los faltantes de especialistas médicos y trabajadores de salud rural, los altos niveles de evasión y, en términos más generales, una falta de sostenibilidad financiera en vista del aumento de la demanda y el aumento de los costos del servicio de salud (Herrero y Durán 2001; Ministerio de Salud 2002; OPS 2004).

Este trabajo analiza los determinantes sistémicos (diseño y rendimiento) del nivel de cobertura alcanzado por el esquema de financiación de salud de Costa Rica en las últimas décadas. Para el análisis, utiliza el marco de financiación de salud de la OMS (OMS 2000; Carrin y James 2005), diseñado para ayudar a los países en su búsqueda de lograr la cobertura universal para los servicios básicos de salud. Éste distingue tres funciones cruciales de financiación del sistema de salud: la recaudación de ingresos, la consolidación de riesgos y la compra. Como nuestros principales temas de interés son la cobertura y sus determinantes sistémicos, este documento se centra en el diseño y desempeño de la recaudación de ingresos. Las principales conclusiones del documento son que la tendencia al alza en los niveles de cobertura desde la década de 1940, se estancó en los noventa debido a la falta de incentivos para que las personas contribuyeran al esquema de salud y la provisión que permite a las personas optar por salir a pesar de que el esquema es obligatorio, entre otras cosas. Contra la intención del esquema, sin embargo, no sólo las personas pudientes, sino también los pobres parecen hacer uso de esta opción. Además, la falta de eficiencia en el sector público y el aumento en la actividad del mercado de servicios de salud, privado y no regulado, parece presionar a un número creciente de personas para salir del esquema de seguro social de salud.

El documento se organiza de la siguiente manera. La primera sección describe la metodología utilizada para nuestro análisis, incluyendo el análisis cuantitativo de los datos de dos encuestas de hogares. La segunda sección es una breve descripción del sistema de salud Costarricense y de

---

<sup>1</sup> Fue el número 48 en 2004 y, como tal, parte del grupo de los países “altos” y cuarto más alto de los países de Latinoamérica después de Argentina, Chile y Uruguay (PNUD 2006).

su sistema de financiación. También se describen las principales políticas de salud pública, lo cual contribuye a explicar el estancamiento en la cobertura del esquema de seguro social de salud. La tercera sección ofrece conclusiones de nuestros estudios cualitativos y cuantitativos. El documento termina con una sección de discusión.

## 1. Metodología

### 1.1 Análisis cualitativo del sistema de salud

El análisis del esquema de financiación de salud de Costa Rica presentado en este documento se basa en el marco de financiación de salud de la OMS (OMS 2000). Este describe las tres funciones claves del sistema de financiación de salud como la recaudación de ingresos, consolidación de riesgos y compra. Como nuestros principales temas de interés son la cobertura y sus determinantes sistémicos, este documento se centra sólo en el diseño y el rendimiento de la recaudación de ingresos. Los indicadores identificados para monitorear la recaudación de ingresos son la cobertura y el método de financiación. Para medir qué tan bien se lleva a cabo un esquema de financiación de la salud en estos términos, se establecen objetivos, basados en experiencias de diferentes países. Estos objetivos no deben tomarse con rigor, sino simplemente como indicaciones. Los indicadores y metas se presentan en el Cuadro 1.

Con el fin de comprender el comportamiento de la función de recaudación de ingresos del esquema de financiación de salud Costarricense y para proporcionar una explicación al estancamiento en la cobertura que ésta experimentó en los últimos 15 años, este documento presenta tendencias en el tiempo en la cobertura de la población para los diferentes grupos socio-económicos y en el gasto, privado y público, para salud. Los datos que se utilizan provienen de

**Cuadro 1**  
**Marco Analítico**

Indicadores de Recaudación de Ingresos (1.) y (2.)	Referencia / meta
1. Población cubierta <ul style="list-style-type: none"> <li>● % de la población cubierta por el esquema o teniendo acceso financiero a los servicios de salud (por grupo socio-económico)</li> </ul>	Benchmark: 100% de la población para servicios esenciales de salud <sup>1/</sup>
2. Método de financiación <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cociente de contribuciones prepagadas al gasto total en salud</li> <li>● % de hogares con gastos catastróficos</li> </ul>	70%  Pago de bolsillo < 15% del gasto total de salud

*Nota:* 1/Para los países que se encuentran en una fase inicial de lograr la cobertura universal a través del seguro social de salud, la meta es incluir primero a los empleados del sector formal y otros sectores en los años siguientes. Hasta el momento, el proceso ha tomado a los países entre 30 y 100 años.

*Fuentes:* Carrin y James (2005), Xu, Evans, et al (2003).

fuentes primarias y secundarias. Los datos primarios provienen de una serie de encuestas de hogar realizadas en 2006. En la parte restante de esta sección se describe la metodología utilizada para analizar estos nuevos grupos de datos.

## 1.2 Análisis cuantitativo

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y epidemiológico; analiza los gastos de salud, la utilización de los recursos del servicio de salud y los patrones de cobertura del seguro de salud de la población Costarricense. Hemos utilizado datos recogidos para el 2006 de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2006) y de la Encuesta Nacional de Gasto de Salud de 2006 (ENGAS 2006). La Encuesta Nacional de Salud se llevó a cabo sobre una muestra representativa nacional de la población no institucionalizada de Costa Rica, en dos etapas estratificadas por región y nivel de urbanización. La muestra final fue creada mediante la selección aleatoria proporcional de los segmentos censales (unidades muestrales primarias) y los hogares (unidades secundarias de muestreo) con una tasa de respuesta del 95%. En nuestro análisis hacemos uso de todo el conjunto que contiene los datos de 7,522 adultos incluyendo ponderadores.

La Encuesta Nacional de Gasto de Salud se llevó a cabo durante el mismo período utilizando una metodología similar estratificada de dos etapas y también unidades muestrales a toda la población no institucionalizada de Costa Rica. Los datos de 2,088 hogares, con ponderaciones, son utilizados en nuestro análisis. A pesar de que la vinculación directa de estas encuestas no parece posible, utilizamos datos únicos en ambos grupos para analizar los patrones de utilización de servicios de salud y los gastos de nuestros sub-grupos de interés, especialmente de inmigrantes, de hogares encabezados por mujeres, de hogares de bajos ingresos, así como de personas aseguradas bajo cada una de las diferentes modalidades, incluyendo los no asegurados. En este sentido, particularmente observamos la posición del seguro utilizando la Encuesta Nacional de Hogares de 2006, así como el gasto y utilización medido por la ENGAS de 2006.

Como variables independientes usamos las características socioeconómicas primarias de la población, incluyendo en ellas, sexo, edad y lugar de nacimiento, nivel educativo, ocupación, región, y el grado de urbanización. La atención en salud es analizada mediante el auto-reporte de hospitalización, consulta médica, consulta odontológica y consumo de medicamentos. El gasto de servicio de salud se examina utilizando el auto-reporte del estatus de seguro y de gasto de bolsillo. Las estadísticas descriptivas se crean para incluir una relativa frecuencia de distribución de las principales variables, incluyendo el cálculo de las diferencias entre los estratos de nivel socioeconómico, región, grado de urbanización, y el estatus de inmigrantes/nativos. Para la comparación bi-variada de proporciones entre el estudio de los subgrupos de población se utiliza el método de chi-cuadrada de Pearson o una prueba t.

Hemos creado un modelo de regresión estratificado para el estatus de seguro como una variable binaria dependiente (asegurados/no asegurados) por ingresos e inmigrantes/nativos. En todos los modelos, controlamos las siguientes covariables: edad (tanto como una variable categórica como continua), género, ingresos de los hogares estratificados dentro de los quintiles, grado de

pobreza, ocupación, grado de urbanización, región geográfica y el auto-reporte del estatus de salud. También estudiamos la posibilidad de interacción entre las covariables e incluimos términos de interacción cuando fue necesario. Sólo son incluidas en los modelos finales las variables que tienen una influencia significativa sobre la variable dependiente y mejoran el ajuste del modelo. El análisis estadístico se lleva a cabo con el STATA 9.0 utilizando conjunto de funciones “svy” para analizar datos complejos de encuestas permitiendo la incorporación de ponderadores y de características de diseño de la encuesta, tanto en los cálculos descriptivos y el modelo de regresión.

## **2. Políticas de Salud Pública y Financiamiento de Salud en Costa Rica**

### **2.1 Políticas de salud pública en Costa Rica**

La Constitución Política de la Segunda República de Costa Rica de 1949 define el derecho a la protección contra los riesgos de enfermedad, entre otros beneficios, a través de un esquema basado en la seguridad social (Constitución Política de 1949). La Ley de Salud General de 1973 define la salud de la población como un bien de interés público, y establece que es una función esencial del Estado garantizar la salud de la población (CCSS 2007e). En otras palabras, cada habitante de Costa Rica tiene derecho constitucional a recibir servicio de salud público. Sobre la base de estas disposiciones, Costa Rica, un país de ingresos medianos, ha logrado ampliar sus servicios de salud pública en el país, reduciendo notablemente las tasas de mortalidad de madres y niños, y estructuralmente aumenta la expectativa de vida a un nivel que es común en los países desarrollados. La mayoría de los éxitos se hicieron en el período comprendido entre 1950 y 1980, cuando el país entró en un período de crisis económica que afectó también al sector de la salud. A comienzos de los noventa Costa Rica logró negociar préstamos con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para financiar un ambicioso programa de reforma en el sector salud. Como parte de este programa, el Ministerio de Salud se convirtió en el encargado del sector salud y el fondo de seguridad social presentó un modelo de cuasi-mercado para organizar sus funciones como financiador, comprador y proveedor de la mayoría de los servicios de salud en el país.

### **2.2 El sistema de salud de Costa Rica**

La financiación de la salud pública es en gran medida responsabilidad de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). La cual también compra y proporciona cuidados de salud a través de un esquema de mercado interno, para la mayoría de la población costarricense. Otras instituciones clave del sector de salud Costarricense son el Ministerio de Salud (MINSAL), administrador y regulador; el Instituto Nacional de Seguros (INS) que financia, compra y proporciona un seguro obligatorio que cubre los trabajos relacionados con riesgos de salud y los accidentes de tráfico, y tiene una posición monopolista con respecto a los seguros voluntarios adicionales de salud y de otro tipo; los sistemas del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (INAA) que proveen

agua potable y manejan el sistema de alcantarillado en el país con las municipalidades y organizaciones comunitarias; y la Universidad de Costa Rica (UCR) que forma profesionales en salud y lleva a cabo investigaciones y evaluaciones de forma independiente, o por requerimiento de una institución pública (OPS 2004). El servicio de salud privado siempre ha estado disponible en Costa Rica, pero se ha convertido en un sector en auge desde los noventa (Ministerio de Salud 2002). Esto responde a una demanda proveniente de los grupos de población nacional e internacional, ésta última principalmente en la forma de turismo médico.

Un importante cambio en la estructura del sector salud se inició en 1973, cuando la gestión y funcionamiento de hospitales fue transferida de la Junta de Protección Social a la CCSS. Veinte años más tarde el proceso se completó cuando la atención preventiva también fue trasladada desde el MINSA a la CCSS, lo cual coincidió con el inicio de la reforma del sector salud. Como parte de la reforma, la CCSS presentó un esquema innovador de servicio de salud primario integrado sobre equipos de cuidado médico básico (Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud, EBAIS) que se fueron ampliando paulatinamente a lo largo del país. A finales de 2005, la CCSS proveyó atención de salud terciaria y secundaria en 3 hospitales nacionales generales, 6 hospitales nacionales especializados, 20 hospitales periféricos y regionales y 10 clínicas, mientras que la atención primaria de salud fue prestada por 895 EBAIS.<sup>2</sup> En total, fueron cubiertas 99 zonas de captación de población.<sup>3</sup> Para ilustrar su constante ambición de aumentar el acceso geográfico en atención de todo el país, la CCSS negoció los contratos de gestión bianual para 2006-2007 con 134 unidades médicas, incluyendo 103 áreas de salud, 29 hospitales, y 2 clínicas especializadas (CEPAL 2006a; CCSS 2006). En 2007, la CCSS informó que 940 EBAIS estaban funcionando en el país (CCSS 2007f).

## 2.3 El esquema de financiación de salud de Costa Rica

La función de recaudación de la CCSS se basa en las contribuciones mensuales relacionadas con el ingreso de los empleados, empleadores y el gobierno. Los cálculos para estas contribuciones siguen el esquema presentado en el Cuadro 2.

Las contribuciones son obligatorias por ley para los trabajadores asalariados, los auto-empleados y para ciertos grupos de pensionados. También las hay de regímenes de carácter no contributivo para determinados grupos de jubilados, miembros de la familia que contribuyen directamente quienes tienen derecho a recibir la Asignación Familiar, así como las mujeres embarazadas, niños y población indigente que están cubiertos por el gobierno.

---

<sup>2</sup> En 2007 la CCSS informa que ha firmado contratos con 940 EBAIS.

<sup>3</sup> Cada EBAIS atiende un promedio de 3,500 habitantes. Una zona de captación de población en general coincide con una clínica que coordina la labor de todos los EBAIS en esa zona. Cada clínica tiene más de un EBAIS y cada centro de salud comunitario tiene una. Aparte de las clínicas y centros de salud hay alrededor de 1,800 centros de visita periódica que cubren zonas alejadas con poca población donde ha sido imposible o no se considera necesario establecer un centro de salud.

**Cuadro 2**  
**Esquema de Contribución de la CCSS**

Contribuciones como % de ingresos mensuales	Empleados	Empleadores	Gobierno	Total
Trabajadores asalariados	5.50	9.25	0.25	15.00
Auto-empleados y miembros voluntarios	X <sup>a</sup>	0.00	0.25 + Y <sup>b</sup>	15.00
Pensionados	5.00	8.75	0.25	14.00
Miembros cubiertos por el Gobierno	0.00	0.00	Z <sup>c</sup>	Z

*Notas:* a/ X= escala progresiva en función de los salarios que se establezcan por la CCSS (X tiene un mínimo fijo), b/ Y = 15.00 – 0.25 – X, c/ Z = a ser establecido por la CCSS.

*Fuente:* CCSS (2007).

En el grado en que la CCSS es un único fondo de seguro de salud, la consolidación se refiere al proceso de distribución de fondos en todo el país. Si bien la asignación de recursos se ha mejorado con la introducción de los Compromisos de Gestión en 1997 (Rosero Bixby 2004), éstos aún no funcionan óptimamente en todas partes y todavía hay zonas desfavorecidas en términos de cobertura y calidad de los servicios (OPS 2003). La asignación se lleva a cabo sobre la base de un esquema de cuasi-mercado según el cual el departamento de compras de la CCSS entra en contacto con los establecimientos semi-autónomos de la CCSS, o en un número limitado de casos, aún con proveedores privados. Si bien los presupuestos que forman parte de los Compromisos de Gestión incluyen el 10% de incentivos para aumentar la calidad y eficiencia al nivel del establecimiento, el pago de los profesionales de la salud sigue basándose en salarios que no incluyen incentivos para fomentar un comportamiento eficiente.

### 3. Comprensión de Diez Años de Estancamiento, Búsqueda de Tendencias Futuras

El sistema de salud de Costa Rica está diseñado para proporcionar acceso a sus servicios a toda la población sin distinción del estatus de aseguramiento, la nacionalidad o la capacidad de pago (Herrero y Durán 2001). Sin embargo, como esto se basa en el seguro de salud, pueden surgir dificultades para garantizar el derecho constitucional a la atención para todos. Los esquemas de seguro social de salud se basan en las contribuciones obligatorias de las partes y, en general, excluye aquellos provenientes de acceso a los servicios que no cumplan con los requisitos legales. El principio del acceso universal a la atención de salud, o la atención de la salud para todos sin distinción, gratuito en el punto de uso, es más fácil de lograr en sistemas basados en impuestos. Los sistemas de Seguro Social en Salud generalmente tratan el problema de grupos de población no cubierta (aquellos que no se inscriben o compran un seguro). Por lo tanto, esta sección buscará respuestas a preguntas como: “¿Quiénes sí y quiénes no contribuyen al Fondo?” “¿Por qué contribuyen o no lo hacen?” y “¿Cómo se encuentran las necesidades de atención médica para aquellos que no contribuyen al sistema?”

### 3.1 Cobertura de la población

#### 3.1.1 Cercanos a la cobertura universal

La CCSS fue fundada en 1941, en 1943 fue transformada en una institución autónoma que financia la atención de la salud y los beneficios de retiro para la población de Costa Rica. Comenzó como un servicio limitado con destino a los trabajadores urbanos, la mayoría empleados del gobierno. En 1961, el gobierno se comprometió ambiciosamente a perseguir la cobertura universal del esquema en un período de 10 años. En la mayoría de países latinoamericanos, el seguro social de salud sigue siendo limitado a empleados del gobierno y/o trabajadores del sector formal. En general, los servicios de salud financiados por impuestos generales son proporcionados por el gobierno para personas que no entran en esas categorías. Además, los ricos tienen la opción de adquirir el seguro de salud privado o comprar los servicios directamente de su bolsillo. Muchos sistemas de salud de América Latina, son así fragmentados (San Sebastián, Hurtig, Rasanathan 2006). Como consecuencia de ello, hay diferencias significativas en la calidad y cantidad de servicios disponibles para los diferentes grupos de población.

Por lo tanto, Costa Rica constituye una excepción a esta regla, supuestamente apoyada por la Constitución, ofreciendo seguro social de salud a todos. El esquema casi alcanzó la cobertura universal 30 años después de la aprobación de la Ley de Cobertura Universal, proceso que consistió en la promulgación de leyes consecutivas facilitando a diferentes grupos socio-económicos a incluirse paso a paso. El Cuadro 3 ilustra la secuencia de este proceso: por ejemplo, los auto-empleados fueron autorizados a participar voluntariamente a partir de 1978 y se les obligó a hacerlo desde 2004. A partir de 1984 los grupos de más bajos ingresos son incluidos a través del pago de contribuciones provenientes de fondos públicos.

**Cuadro 3**  
**Leyes Consecutivas para Lograr el Incremento en el Número de Miembros**

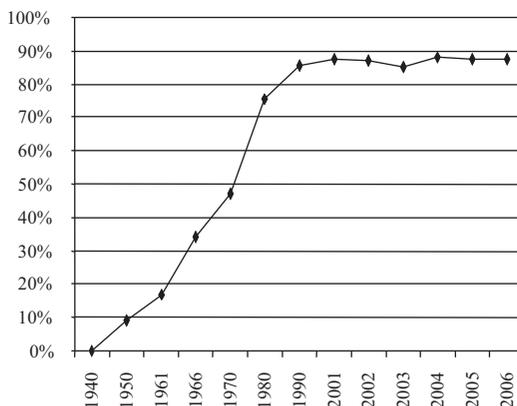
1941	Fundación de la CCSS; afiliación obligatoria para los trabajadores asalariados en las zonas urbanas
1956	Cobertura gratuita para los miembros de la familia de personas aseguradas directamente
1961	Ley de Cobertura Universal (compromiso para lograrlo en 10 años)
1962	Extensión del seguro de salud hacia áreas rurales
1968	Niveles de contribución superiores para aumentar los fondos disponibles y ampliar el paquete de beneficios
1975	Protección obligatoria para auto-empleados (esto fue revertido entre 1978-2004)
	Eliminación de los niveles máximos de contribución al seguro social de salud
1976	Los pensionados son obligados a contribuir al fondo del seguro social de salud
1984	Inclusión de grupos de ingresos más bajos a través de la cobertura de gobierno
	Presentación de los Acuerdos de Seguro Colectivo (grupos de más de 50 personas)
2000	La Ley de Protección al Trabajador elabora un seguro de salud obligatorio para los auto-empleados
2004	Restablecimiento de la protección obligatoria para auto-empleados

*Fuente:* CCSS (2006a), CCSS (2007d).

La plena cobertura universal no ha sido lograda hasta el momento en Costa Rica. Desde la década de los noventa alrededor del 87% de la población está cubierta por el esquema de la CCSS y después de eso, se logró un progreso significativo, como se ilustra en la Gráfica 1. Desde una perspectiva comparativa, sin embargo, tal cobertura es elevada. Por ejemplo, en Argentina, la cobertura de seguro social de salud fue del 63% en 1991 y en México fue del 40% en 2003 (Lloyd-Sherlock 2006). Colombia logró un aumento en la cobertura del 27 al 63% entre 1993 y 2003 después de haber reformado su esquema de financiación de salud para continuar la cobertura universal (Hsiao y Shaw 2007).

Los logros del esquema de la CCSS son similares a los del esquema de seguro de salud estatutario alemán. Éste cubrió casi el 88% de la población en 2003. Pero los esquemas de Costa Rica y Alemania difieren de manera importante en que en éste último, alrededor del 10% de población no cubierta por el seguro social de salud contrató un seguro de salud privado, incluyendo el 4% de los funcionarios gubernamentales con atención gratuita y seguro privado complementario. Por otra parte, casi el 2% de la población estaba cubierta por otros esquemas gubernamentales específicos al sector (militares, policía, bienestar social y asistencia para inmigrantes que buscan asilo), y sólo el 0.2% de residentes alemanes, alrededor de 170,000, principalmente auto-empleados tanto ricos y pobres, no tenían cobertura de prepago para la atención de la salud (OPS 2004), en comparación con casi el 13% (569,578 personas)<sup>4</sup> en Costa Rica. Por otra parte, los Países Bajos implementaron un importante programa de reforma en 2006 que hizo obligatorio el seguro social de

**Gráfica 1**  
**Cobertura de Seguro Social de Salud como Porcentaje de la Población Total, 1940–2006**



Fuentes: CCSS (2006a), CCSS (2007b), CCSS (2007d), OPS (2004).

<sup>4</sup> Población total en 2006: 4'381,369 (CCP 2007).

salud para todos, sin distinción. Durante el primer año de operaciones, alrededor de 280,000 personas no fueron aseguradas en este país, un descubrimiento que con seguridad requiere de investigación adicional (WHO 2007a).

El debate de si la plena cobertura universal debería ser el objetivo de Costa Rica o si la cobertura casi universal es también aceptable, puede ser válido, sobre todo cuando los no asegurados exclusivamente serían personas de los niveles más altos de la sociedad quienes eligen voluntariamente no participar en el esquema. En este sentido, también deberían tenerse en cuenta los costos para un país como Costa Rica de una meta ambiciosa como la plena cobertura universal. Sin embargo, no puede haber duda de que los esquemas de seguro social de salud mejoran la equidad sólo en la medida en que los sistemas basados en impuestos lo hacen mediante la plena cobertura universal. Por otra parte, la inclusión de los ricos en el sistema no sólo aumenta la cantidad de fondos disponibles para el esquema, sino también el interés político de éstos, generalmente los grupos más poderosos de la sociedad, para invertir tiempo y dinero en el sistema. En la sección de debate de este documento volveremos brevemente a este punto.

### 3.1.2 ¿Quiénes son los asegurados?

Actualmente, la CCSS utiliza diversas modalidades de seguro para cubrir sus beneficiarios que figuran en el Cuadro 4. Además, la institución está negociando en la actualidad una nueva modalidad para cubrir migrantes temporales provenientes de Nicaragua y Panamá que llegan al país cada año para la cosecha de café (CEPAL 2006a). Si bien este esfuerzo se manifiesta las intenciones de la CCSS para cubrir determinados grupos de migrantes temporales, es probable que existan otros grupos de migrantes, refugiados y trabajadores marginados en el sector informal que no estén asegurados.

**Cuadro 4**  
**Modalidades de Seguros CCSS**

---

Trabajadores asalariados.
Pensionados y personas retiradas de cualquier sistema estatal.
Cabeza de familia asegurado en el costo del Gobierno.
Personas que se afilian voluntariamente como individuo o colectivo.
Auto-empleados que contribuyen a título individual o colectivo.
Miembros de la familia de personas aseguradas con derecho a recibir la prestación familiar.
Población en condición de pobreza.

---

*Fuente:* CCSS (2007d).

El Cuadro 5 muestra los datos por modalidad de los afiliados a la CCSS en el período de 1970-2006. En 2006, el 87.5% de la población de Costa Rica fue cubierta por el seguro de salud, incluyendo el 26.2% de miembros directamente activos, el 11.5% de personas más sus familias cubiertas por el gobierno sobre la base de su estatus de pobreza, el 6.3% de pensionados y el 43.6% de miembros de la familia de afiliados que contribuyen directamente (CCSS 2007b).

Los datos muestran que la afiliación a la CCSS creció sistemáticamente hasta finales de los noventa. Pero que desde entonces sólo pequeños aumentos se lograron en términos de afiliados que pagaban directamente: la Población Económicamente Activa, tanto de asalariados y auto-empleados. Si confrontamos estos datos con un estudio de CEPAL, encontramos que incluso ha habido pérdidas en cobertura durante la última década. El estudio reveló, entre otras cosas, que el 60% de los auto-empleados estaban afiliados voluntariamente al seguro de salud en 1998 (Herrero y Durán 2001).

Una encuesta de hogares llevada a cabo por el Ministerio de Salud para medir las necesidades de atención sanitaria en 2004 encontró datos sobre los afiliados a la CCSS tal como se presentan en el Cuadro 6. Según esta encuesta, el porcentaje de afiliados que contribuyen directamente a la CCSS fue del 18.8% en 2004 comparado al 23.8% de acuerdo con la CCSS (CCSS 2007d). Al igual que en las encuestas la gente a menudo sub-reporta el aseguramiento. Esta diferencia puede no ser

**Cuadro 5**  
**Afiliación CCSS, 1970 – 2006 (%)**

	1970	1980	1990	2002	2006
Cobertura contributiva	47.2	75.7	85.6	86.8	87.5
Afiliados activos que son directamente asegurados	11.7	23.1	24	23	26.2
<i>Afiliados directos, asalariados</i>	<i>11.70</i>	<i>19.30</i>	<i>18.00</i>	<i>18.60</i>	n.a
<i>Afiliados directos- auto- empleados</i>	<i>0.00</i>	<i>3.80</i>	<i>6.00</i>	<i>4.40</i>	n.a
Afiliados cubiertos por el gobierno y por las familias	0	0	9.2	12.9	11.5
Pensionados que se benefician del esquema de pensión nacional.	0.2	3	4.6	6.4	6.3
Miembros de familia de afiliados directamente asegurados	35.2	49.6	47.8	44.5	43.6
No asegurados	52.8	24.3	14.4	13.2	12.5
<b>Población Económicamente Activa (PEA)</b>					
Cobertura del total de la PEA	n.a	n.a	n.a	52.5	57.8
Cobertura de los asalariados de la PEA	n.a	n.a	n.a	61.8	64.3
Cobertura de los no asalariados de PEA	n.a	n.a	n.a	36.5	48.1

Fuente: CCSS (2006a), CCSS (2007b), CCSS (2007d), OPS (2004).

**Cuadro 6**  
**Conclusiones sobre los Afiliados o Miembros de la CCSS por la**  
**Encuesta Nacional de Salud de 2004**

	<b>Incapacidad de satisfacer las necesidades básicas (%)</b>	<b>Capacidad de satisfacer las necesidades básicas (%)</b>	<b>Total</b>
No asegurados	22.5	16.9	20.5
Afiliados cubiertos por el gobierno	18.5	11.9	16.2
Otros (estudiantes, refugiados)	1.9	1.3	1.7
Familiares de pensionados	1.5	2.9	2
Pensionados no contribuyentes	1.6	2.3	1.8
Pensionados contribuyentes	1	2.9	1.7
Familiares de afiliados directamente asegurados	36.4	37.8	36.9
Auto-empleados directamente asegurados	3.2	5.2	3.9
Directamente asegurados-colectivos	1.8	1.8	1.8
Asalariados directamente asegurados	11.2	16.5	13.1
Desconocido	0.4	0.5	0.5

*Fuente:* Ministerio de Salud (2004).

significativa. Pero en cualquier caso, en términos de financiación, puede considerarse bajo un porcentaje de entre el 20 y el 25% de afiliados que contribuye directamente del total de la población, teniendo en cuenta que el total de la población tiene acceso a los servicios. El fenómeno podría explicarse, en parte, por el generoso diseño del esquema, que considera una serie de regímenes no contributivos, como se mencionó anteriormente.

La Asignación Familiar es proveída al cónyuge, concubina(o),<sup>5</sup> hijos, hermanos y hermanas directos, padre y madre y otros menores, de un afiliado asegurado que esté directamente activo, siempre y cuando sean económicamente dependientes de él o ella. El beneficio también se ofrece a los niños, hermanos y hermanas directos, y a otros menores económicamente dependientes, de más de 18 años, en los casos en que involuntariamente estén desempleados, con incapacidad para trabajar, se encuentren estudiando (hasta la edad de 25 años), o al cuidado de uno de sus padres mayores de 65 años o con discapacidad grave. Cabe señalar que últimamente la CCSS emplea, tal vez con mayor rigor que antes, el derecho a determinar la relación y la dependencia económica de la persona que solicite la Asignación Familiar. Si no existe dependencia, la persona será obligada a comprar su propia tarjeta de seguro y la CCSS cargará retroactivamente cualquier servicio prestado

<sup>5</sup> Si la pareja no está casada, debe haber vivido junta bajo el mismo techo durante al menos 1 año.

no justificado (CCSS 2007). Esto último, sin embargo, es teórico pues la CCSS no tiene capacidad para el seguimiento de facturas que no se paguen. Por otra parte, no existe una política de indemnización para la CCSS para recuperar los costos de los servicios prestados a los afiliados no contribuyentes que no pertenezcan a uno de los regímenes no contribuyentes. Esto difiere de lo que ocurre en los Países Bajos, donde la atención de emergencia para los no asegurados, incluso para las personas que viven en el país sin un estatuto legal, es pagado por el gobierno. Por otra parte, hay un fondo de compensación especial para los proveedores de atención primaria para cubrir los costos del servicio médico esencial no pagado, y los hospitales, entre otras instituciones de salud, anualmente negocian una provisión dentro de su presupuesto con el respectivo fondo de seguro de salud para sufragar los gastos de dudosos deudores. Los pacientes no asegurados que no puedan pagar su factura en estas instituciones también pueden ser cubiertos a través de esta provisión (WHO 2007a).

La generosidad del esquema de la CCSS también se manifiesta en el puro hecho de que el acceso a los servicios es con frecuencia proporcionado de todos modos a las personas que evaden la contribución. La cuestión se discutirá más adelante en el documento.

### **3.1.3 ¿Quiénes son los no asegurados?**

Excepto por la generosidad para con los afiliados contribuyentes y no contribuyentes, el esquema de la CCSS, que en principio es obligatorio, también ofrece a las personas la posibilidad de optar por no participar, al igual que en Alemania, pero a diferencia de los Países Bajos. Los que optan por salir, representan el grupo que la CCSS denomina los No Asegurados, quienes son definidos como los residentes con capacidad para pagar que opten por no contribuir a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS 2007). El grupo supuestamente representa a los no pobres que optan por comprar directamente la atención de la salud del sector público o de proveedores privados o a través de un esquema de seguro de salud privado del INS. Como muestra el Cuadro 3, en 2006 la CCSS reporta un porcentaje de personas no aseguradas de un 12.5%. En 1998, aproximadamente el 10% de la población nacional que se encontró no estaba asegurada (Herrero y Durán 2001) lo cual indicaría un ligero aumento en la proporción de no asegurados durante la última década.

La encuesta de hogares llevada a cabo por el Ministerio de Salud, a la que se hace referencia más arriba, indicaba que alrededor del 20,5% de la población no estaba asegurada en 2004. Más importante, sin embargo, informa que este grupo de personas no aseguradas incluía el 22.5% de encuestados que decían no ser capaces de satisfacer sus necesidades básicas, mientras que el 16.9% informó poder hacerlo (Ministerio de Salud 2004). En otras palabras, la encuesta reveló que en 2004 hubo un mayor número de personas no aseguradas que se consideraron como pobres en mayor proporción que los que dijeron no serlo. Esta conclusión va en contra de la intención de la CCSS para cubrir a todas las personas pobres, ya sea como afiliados contribuyentes o no contribuyentes.

Los Cuadros 7 y 8 presentan datos de la Encuesta Nacional de Gasto en Salud de 2006 (ENGAS 2006). La ENGAS encontró que el 20.4% de los encuestados no estaban asegurados; mientras que la Encuesta Nacional de Salud que se llevó a cabo en el mismo año encontró a un 13.3% de la población no asegurada (ENSA 2006). el Cuadro 7 muestra que, además, una mayor parte de los no asegurados eran personas viviendo en la pobreza (25.5%) o en extrema pobreza (33.2%), más que aquellos que no vivían en la pobreza (18.7%).

Con el fin de estudiar más a fondo los datos de la ENGAS de 2006 y para obtener una mejor comprensión de los grupos socio-económicos que son en realidad los que componen los no asegurados, se llevó a cabo un análisis de regresión logística. El análisis encontró que las personas que viven en la extrema pobreza están sin seguro con un 38% más de probabilidad que sus homólogos más afortunados. Un análisis más detallado indica una correlación entre el estatus socioeconómico bajo y el riesgo de no estar asegurado. Además, los inmigrantes nicaragüenses, que actualmente constituyen más del 6% de la población nacional, tienen tres veces más probabilidades de ser personas no aseguradas que los costarricenses nacionales.

Dentro de este contexto, es relevante mencionar que en Alemania, los refugiados y solicitantes de asilo reciben asistencia del Gobierno, incluidos los servicios de salud, y en los Países Bajos, existen disposiciones especiales para cubrir las necesidades de atención médica de estos grupos, así como para los no asegurados. Según la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares de Costa Rica, los beneficios como la cobertura para la atención de salud por el Estado se debe al estatus de pobreza de una persona, los cuales están reservados solo para los costarricenses.<sup>6</sup>

**Cuadro 7**  
**Posición del Seguro de Adultos Residentes de Costa Rica por Lugar de Nacimiento (porcentaje)**

Posición del Seguro	Nacimientos en Costa Rica	Nacimientos Nicaragua	Total
Asegurados	55.4	81.3	79.6
No Asegurados	44.6	18.7	20.4

*Fuente:* ENGAS (2006).

**Cuadro 8**  
**Estatus del Seguro de Adultos Residentes de Costa Rica por Nivel de Pobreza (porcentaje)**

Estado de aseguramiento	Pobreza extrema	Pobreza	No viven en la pobreza
Asegurados	66.8	74.5	81.3
No asegurados	33.2	25.5	18.7

*Fuente:* ENGAS (2006).

<sup>6</sup> Ley de desarrollo social y asignaciones familiares, [http://www.supen.fi.cr/aplicaciones/Normativa\\_Nueva.nsf/0/943592EB6CF6BC1806256CF7007AA2DA/\\$file/Ley+5662.pdf](http://www.supen.fi.cr/aplicaciones/Normativa_Nueva.nsf/0/943592EB6CF6BC1806256CF7007AA2DA/$file/Ley+5662.pdf).

### 3.1.4 Búsqueda de la sostenibilidad financiera

La CCSS está bien consciente del alto nivel de evasión por parte de los usuarios de sus servicios, y del riesgo que esto implica para su sostenibilidad financiera. Según el estudio citado anteriormente, en 1998 alrededor del 30% de la fuerza de trabajo ocupada no contribuye al fondo de Seguro Social y casi el 40% de la fuerza de trabajo en el sector privado empleó uno u otro mecanismo de evasión contributiva (Herrero y Durán 2001). La CCSS encontró que en 2005 alrededor del 25% de los trabajadores asalariados se registraron a sí mismos como auto-empleados sub-declarando su salario, mientras que el 90% de los auto-empleados quienes se registraron para la CCSS declararon un salario por debajo del mínimo legal (CCSS 2006a).

La institución también estimó que en 1998 la evasión total representó alrededor del 20% de su ingreso regular anual. De este porcentaje, alrededor del 71% correspondía a pagos de trabajadores asalariados y a empleadores no asegurados, mientras que alrededor del 29% correspondía a sub-declaración de salarios. Mientras que en el sector público la falta de pago se convierte en una deuda, en el caso de la evasión en el sector privado, el ingreso omitido se pierde. El problema del pago retrasado es aún considerado como menos grave que la evasión, pero debería ser monitoreado, así como entre 1995 y 1997 en que solo aumentó de 2.8 al 7% (Herrero y Durán 2001).

Lo anterior aclara que la CCSS trata con un problema de cobertura deficiente: alrededor del 30% de la fuerza de trabajo no contribuye al fondo de seguro de salud, mientras que sí se benefician de sus servicios (Herrero y Durán 2001). Este problema no es nuevo para la CCSS, pero como la demanda y el costo de la atención de salud van en aumento, su impacto en términos de solidez financiera del sistema aumenta. Con el fin de controlar el problema, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley de Protección al Trabajador (2000), y, por consiguiente, la CCSS aprobó su Reglamento para la Afiliación de los Auto-empleados (2004) y el Reglamento del Seguro de Salud (2006). La Ley de Protección al Trabajador realiza contribuciones al fondo de pensión obligatorio para los auto-empleados; los Reglamentos relativos a la Afiliación de los Auto-empleados hace lo mismo para los fondos del seguro de salud. El Reglamento del Seguro de Salud concretamente define las normas y restricciones para tener derecho a los beneficios de salud de la CCSS. De acuerdo con estas leyes y reglamentos, todos los auto-empleados, incluidos aquellos que ganan también un salario, deben registrarse en el sistema de la CCSS y declarar sus ingresos mensuales, incluidos las remuneraciones en forma de salarios y otras formas de ingreso. Por otra parte, todos aquellos que pidan la asistencia en salud están desde ese momento obligados a presentar prueba de la modalidad en virtud de la cual estén asegurados. En caso de emergencias, las personas son atendidas primero, pero deben cumplir con los requisitos legales después. Aquellas personas que no tengan una tarjeta de salud tendrán que pagar y las que no puedan pagar la factura, son, supuestamente, buscadas mediante el sistema legal. Sin embargo, la capacidad efectiva de seguimiento de estos casos sigue siendo baja en Costa Rica y, como se mencionó anteriormente, no existen políticas de compensación para cubrir los costos de los servicios prestados por la CCSS en estas circunstancias.

Otros incentivos para controlar y sancionar el abuso son el establecimiento de un mínimo mensual de la tasa de contribución que también se aplica a aquellos que supuestamente ganan menos del ingreso mínimo. Por otra parte, los empleadores y los auto-empleados que no pagan sus

contribuciones a tiempo o que entregan declaraciones falsas son sancionados con una multa, mientras que los empleadores que no pagan su parte de contribución están obligados a pagar directamente los costos de los servicios prestados a sus empleados. El Reglamento del Seguro de Salud también ofrece una clara descripción de los beneficios cubiertos por la CCSS (CCSS 2007).

Otro paso importante para abordar el problema de la evasión y el retraso en los pagos por parte de los empleadores y trabajadores, fue la introducción del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) en 2000. Éste se introdujo como parte de la Ley de Protección al Trabajador para facilitar a los empleados y empleadores inscribirse en la CCSS a través de Internet. Como la Ley establece cuentas individuales, ésta proporciona un incentivo para los trabajadores para registrar correctamente sus salarios; los salarios registrados también forman la base para el cálculo de los pagos de jubilación. En 2003, fueron implementadas otras medidas para mejorar la administración de la CCSS: los empleadores a cargo de la cobranza de ingresos fueron hechos responsables de su trabajo, se fijaron objetivos para recuperar las deudas, se abrió un centro de llamadas y las empresas que no hicieran contribuciones para sus empleados fueron cerradas. En 2005, fueron contratados 130 nuevos inspectores, lo que da un total de 220 personas. De acuerdo con la CCSS, las medidas se reflejaron en una reducción de los pagos retrasados en 2005 del 8.4% (CCSS 2006). Con el fin de alentar a los empleadores a pagar a tiempo, la CCSS comenzó a publicar mensualmente recordatorios de pago en los medios de comunicación, y desde abril de 2007, ésta ofrece a los empleadores con deudas de larga data arreglos financieros hechos a la medida (CCSS 2007a). Más recientemente, la CCSS puso en marcha el Programa Estratégico de Cobertura Contributiva e Inspección (PRECIN). Esto sigue al esquema estratégico a largo plazo de la CCSS para 2025 e implica el trabajo de 60 inspectores adicionales para el año 2007 y 30 más para 2008 y 2009, respectivamente.

Lo anterior demuestra que, a diferencia de como está establecido en la Constitución, la CCSS ha realizado el acceso a sus servicios sujeto a la verificación de los derechos. También restringe los beneficios cubiertos sobre la base del Reglamento del Seguro de Salud y la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). Esta lista forma parte de la Política Institucional de Medicamentos de la CCSS que está vigente desde 1989. En este contexto, dos cosas deben ser destacadas. Por un lado, como las restricciones a ciertos beneficios y los medicamentos son, en principio, inconstitucionales, incluyendo a los no Costarricenses pues el derecho constitucional se concede a todos los residentes del país, aquellos nacionales y no nacionales que demandan tienen éxito cuando reclaman su derecho irrestricto a los servicios de salud con la Asamblea Constituyente, ya sea directamente o con la ayuda de la Defensoría de los Habitantes. Por otro lado, hay grupos de Costarricenses y no Costarricenses menos exitosos que pueden correr un mayor riesgo de exclusión, cuando los empleados de la CCSS en efecto aplican las nuevas normas y reglamentos tan estrictamente como está formulados. Sin embargo, si confrontamos esta información con los datos de 2004 del Ministerio de Salud y la ENSA 2006, encontramos que, comparado a la proporción de gente no asegurada (alrededor de 500,000 personas), relativamente a pocas personas en Costa Rica en realidad se les niega el servicio de salud por no estar aseguradas. Sin embargo, el número de personas no asistidas debido a otras razones (por ejemplo, porque no lograron conseguir una cita) constituye un motivo de mayor preocupación.

Según la encuesta del Ministerio de Salud de 2004, durante ese año el 1.9% de la población (representando 80,500 personas teniendo en cuenta la población total),<sup>7</sup> no fue atendida en establecimientos de salud pública por una variedad de razones, y el 0.2% ( $\approx$  8,473 personas) por no estar asegurada. En una pregunta aparte, el 6.0% ( $\approx$  254,211 personas) del total de la población dijo no ser atendida en una EBAIS cuando solicitaron atención, y el 1.9% ( $\approx$  80,500 personas), debido a no estar asegurada.

De acuerdo con la ENSA de 2006, en ese año, el 3.5% ( $\approx$  153,347 personas) de los entrevistados dijeron no ser atendidos cuando se encontraron con la necesidad de una consulta médica en una EBAIS, clínica u hospital. El cuestionario ofreció 11 razones opcionales para no ser atendidos; 67.3% ( $\approx$  105,152 personas) dijeron que no pudieron obtener la cita y el 5.5% contestó que no fueron atendidos porque no estaban asegurados. Este último representaría el 0.2% o alrededor de 8,763 personas si es extrapolado al total de la población.<sup>8</sup>

## 3.2 Método de financiación

### 3.2.1 Proporción de las contribuciones de prepago en el gasto total en salud

De acuerdo con la estructura de la OMS para la financiación de los sistemas de salud, el cociente de contribuciones pre-pagadas al gasto total de salud es un indicador esencial de rendimiento. Las contribuciones pre-pagadas proporcionan protección contra riesgos financieros o de enfermedad. Esto es contrario a los pagos de bolsillo que hacen a la gente financieramente vulnerable a la enfermedad. En el caso de los grupos de bajos ingresos en particular, los pagos de bolsillo pueden implicar gastos catastróficos en salud y llevar al empobrecimiento de los hogares. Basado en evidencias provenientes de varios países, se ha establecido que cocientes de contribuciones pre-pagadas al gasto total en salud entre el 70 y el 90% proporcionan un aceptable nivel de protección financiera a la población. Además, el cociente de los pagos de bolsillo debe ser menor de 15%. Sin embargo, como estos porcentajes presentan promedios nacionales, también es importante vigilar el indicador con respecto a los diferentes grupos socio-económicos.

Aparte de las contribuciones pre-pagadas de los trabajadores y empleadores del sector privado, la CCSS también recibe fondos regulares del gobierno (Constitución Política 1949), incluyendo el 0.25% del salario de cada trabajador asegurado, la contribución del empresario para servidores públicos, y los costos de cobertura de indigentes, mujeres embarazadas y niños. El gobierno no está obligado a indemnizar a la CCSS por las pérdidas debidas a los malos acreedores o de otra naturaleza.

En los últimos decenios, la deuda del gobierno a la CCSS aumentó drásticamente. Esto se debió en parte a su desacuerdo sobre la suma cargada por la CCSS para la cobertura de algunos regímenes de carácter no contributivo y en parte al hecho de que el gobierno todavía no había

---

<sup>7</sup> Población total en 2004: 4'236,857; (CCP 2007).

<sup>8</sup> Población total en 2006: 4'381,369; (CCP 2007).

cumplido con su compromiso de transferir la suma correspondiente a los costos salariales de los empleados que fueron entregados por el Ministerio de Salud a la CCSS durante las reformas del sector salud de 1990 (CEPAL 2006a). Sin embargo, en 2007 la CCSS logró negociar un acuerdo con el gobierno para reembolsar su deuda de más de 300 millones de dólares en un plazo de 15 años (CCSS 2007g).

### 3.2.2 Gasto público y privado en salud

El Cuadro 9 muestra los datos sobre los gastos de salud de Costa Rica entre 1996 y 2005. Los gastos de seguridad social también incluyen todos los subsidios gubernamentales como se ha mencionado anteriormente. Según estos datos, el gasto de seguridad social aumentó en relación con el total de gasto de salud gubernamental y el gasto de salud privado disminuyó. Los pagos de bolsillo aumentaron en relación con el gasto de salud privado. El gasto total en salud (incluyendo los gastos de seguridad social) como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) se mantuvo estable y el total de gastos de salud gubernamental como un porcentaje del gasto total en salud aumentó ligeramente. Al otro lado de la frontera, estos datos no muestran cambios importantes durante el periodo reportado.

Comparando cifras absolutas, los gastos en salud pública se incrementaron de 124,609 a 487,780 millones de colones, lo cual representa un aumento con un factor de 3.9 y el gasto en salud

**Cuadro 9**  
**Gasto Público y Privado, 1996-2005**

	1996	2000	2005
Gasto total en salud (GTS) como % del producto interno bruto (PIB)	6.7	6.5	6.7
Gasto total del gobierno en salud (incluye gasto de seguridad social) como % del GTS	76.2	77.2	77.1
Gasto de salud privado (GSP) como % del GTS	23.8	22.8	22.9
Gasto total del gobierno en salud (GTSG) como % del gasto total del gobierno	21.7	21.7	20
Gasto en seguridad social como % del GTS	86.4	89.6	90
Pagos de bolsillo como % del GSP	87.5	87.9	88.7
Pagos pre-pagados como % del GSP	2.7	2.3	2.1
Recursos externos como % del GTS	1	1	0.2
Gasto total en salud per capita al tipo de cambio	221	264	306
Gasto total en salud per capita al tipo de cambio internacional del dólar	419	498	630

Fuente: WHOSIS (2007).

privado de 38,997 a 145,270 millones de colones, representando un incremento con un factor de 3.7 durante el mismo período (WHOSIS 2007).

El Cuadro 10 proporciona datos detallados del gasto en salud privado calculados sobre la base del Cuadro 9. Sobre la base de estas cifras, la proporción de las contribuciones de pre-pago en 2005 en Costa Rica fue de  $77.1 + 0.5 = 77.6\%$  (incluidos los esquemas de pre-pago privado según lo calculado en el Cuadro 10). Esto es claro en vista del objetivo del 70-90% de la OMS. El cociente de los pagos de bolsillo, sin embargo, está por encima del objetivo del 15%.

Con respecto al seguro de salud privado, el 2% de todos los hogares en Costa Rica adquirió un esquema de este tipo en 2006 (ENGAS, 2006). Como se mencionó anteriormente, en Alemania esto es aproximadamente el 10% de la población. Los esquemas de salud privada en Costa Rica generalmente proporcionan cobertura adicional voluntaria para los servicios odontológicos (2.5%), consultas médicas incluyendo emergencias (59.9%), servicios de laboratorio, incluyendo exámenes de sangre, orina, etc., (36.1%) y pruebas de diagnóstico, incluyendo rayos X, escáneres, etc. (1.5%). Parece que la gente que adquiere estos servicios de los proveedores privados continúa haciendo uso de la atención de salud secundaria y terciaria que les provee el sistema público. La razón por la cual la proporción de personas que adquieren planes privados es pequeña, se relaciona con el hecho de que hasta dentro de poco, el INS ha tenido el monopolio para vender éstos y otros planes de seguro privado. Sin embargo, la institución se está preparando para la apertura del mercado de seguros. El fondo de pensión de la CCSS no se verá afectado por esta medida, pero ya no habrá un monopolio del INS en seguros de salud privados, entre otros.

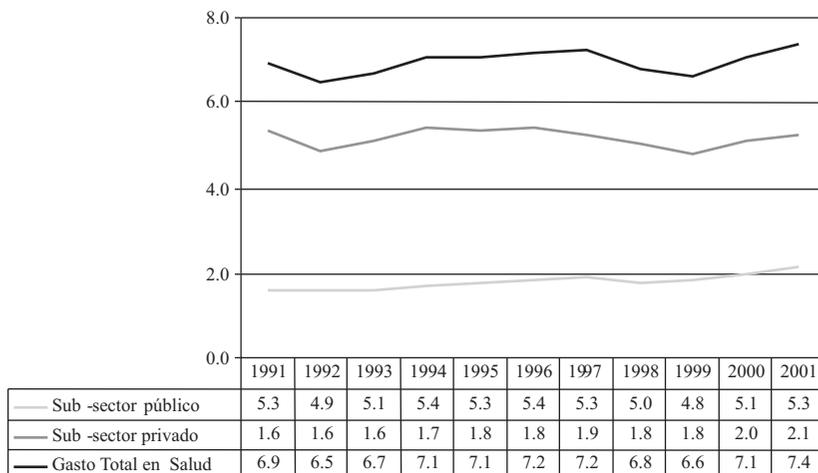
La Gráfica 2 ilustra las tendencias en el sector público, sector privado y el gasto total de salud entre 1991 y 2001 como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). Los datos son de una fuente diferente a las de los cuadros anteriores y cubren un período de tiempo anterior. Éste muestra como estable el gasto de salud del sector público en 5.3% del PIB, pero indica un aumento sustancial en el gasto de salud en el sector privado del 1.6 al 2.1% del PIB. Según estos datos, el incremento total de gasto en salud como porcentaje del PIB se produjo en el sector privado. El aumento relativo del 6.9 al 7.4% en el PIB puede traducirse en una disminución relativa en el gasto del sector público de 76.8 a 71.0% del gasto total en salud y un aumento relativo del 23.2 al 29.0% en el gasto del sector privado (Ministerio de Salud 2002). En otras palabras, la relación del gasto de salud público al privado cambió de 77/23 a 71/29 entre 1991 y 2001.

**Cuadro 10**  
**Indicadores del Seguro de Salud Privado**

	1996	2000	2005
Pagos de bolsillo como % del GTS	20.8	20	20.3
Pre-pago como % del GTS	0.6	0.5	0.5

*Fuente:* Elaborado por autores basado en la WHOSIS (2007).

**Gráfica 2**  
**Gasto del Sector Salud como Porcentaje del PIB, 1991 - 2001**



*Fuente:* Cálculos propios, Ministerio de Salud (2002).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la proporción de gasto público a privado fue de 60/40 en 2004 (OPS 2007a). Esto difiere considerablemente de los datos provenientes de las Red de Cuentas Nacionales de Salud de la OMS, la cual encontró una relación de 77/23 para ese año. Las diferencias pueden referirse a la manera como se calcularon los datos sobre los gastos. Sin embargo, cabe señalar que los datos de la OPS indicarían un gran aumento en el gasto de salud privado. Éste se referiría a los resultados de la ENSA la cual informó que en 2006, 31.3% de los hogares reportados había utilizado un proveedor de servicios de salud privado en un período de tres meses. Por otra parte, el 26.4% de los hogares dijo haber utilizado un médico odontólogo privado en ese mismo período (ENGAS 2006). Otra encuesta llevada a cabo por la UCR encontró que en 2007 sólo el 44.0% de la población no había pagado un médico privado durante un año (56% si lo hizo) y de la población con un ingreso mensual igual o inferior a 150,000 colones sólo el 46.8% no ha comprado atención de salud de un proveedor privado (UCR 2007).

### 3.2.3 Entendiendo el aumento en la actividad del sector privado

El aumento en la actividad del sector privado se ha explicado por una serie de factores, generalmente incorporados en las reformas del sector salud que se iniciaron en los noventa (OPS/OMS 2003; Homedes y Ugalde 2002). Por ejemplo, en relación con estas reformas la CCSS comenzó a aumentar la asignación de fondos al sector privado contratando servicios de salud integrados. También comenzó a comprar programas de diagnóstico y tratamiento de cooperativas. El INS también aumentó la compra de servicios en el mercado privado, pero estos servicios debían ser contabilizados como gasto público, ya que forman parte de un esquema público.

Sin embargo, la mayor parte de la actividad del sector privado se está llevando a cabo en la zona de servicios ambulatorios incluyendo consultas y atención odontológica los cuales son adquiridos directamente por los hogares. La tendencia está relacionada, entre otras cosas, a la “medicina mixta”, esquema que se introdujo en 1989. Esto implica que las personas aseguradas puedan comprar directamente consultas médicas de proveedores privados, mientras que la CCSS cubre los gastos de medicamentos, exámenes de laboratorio y exámenes. Del mismo modo, ya desde 1974, los empleadores incrementan las contribuciones al sector privado a través del denominado esquema de “médico de empresa”. Este sistema permite a los empleadores contratar a un proveedor de servicio de salud privado para su empresa, mientras que la CCSS continúa cubriendo los medicamentos, las pruebas y los exámenes adicionales. Los costos de los dos esquemas de la CCSS son limitados: en 2006, la CCSS gastó 54.1% de su presupuesto en hospitalización, 23.8% en consultas externas, 21.2% en Áreas de Salud, 0.7% en atención odontológica y sólo 0.1% en ambos esquemas: “medicina mixta” y “medicina de empresa” (CCSS 2007h). Esto sugiere que la mayoría de la gente que compra atención en el sector privado, también compra sus exámenes médicos y los medicamentos allí. Cabe señalar que un tercio de los trabajadores de la salud pública en Costa Rica también operan prácticas privadas (Clark 2002). Esto es legal y tiene como objetivo liberar los recursos del sector público para las personas más pobres, pero aumenta la demanda inducida en el sector privado, así como referencias irregulares provenientes de los servicios público y privado. Otro fenómeno bien conocido en Costa Rica es el “biombo”. Esto implica que las personas con capacidad de pago se saltan las listas y el tiempo de espera para ser atendidos rápidamente por sus trabajadores de salud pública preferidos (CEPAL 1998).

El problema del aumento de la actividad del sector privado en el contexto de Costa Rica, donde el acceso a estos servicios depende de los ingresos, es que reduce la equidad. La eficiencia también se ve afectada debido a la demanda inducida por la selección de riesgo y por los proveedores. Ambos fenómenos son comunes en un mercado de servicio de salud privado no regulado como en Costa Rica. La selección del riesgo significa que por ejemplo, los proveedores seleccionan pacientes de bajo riesgo y altos ingresos a través del diseño de sus paquetes de servicios. La demanda inducida por el proveedor significa que los proveedores de atención médica que se les paga sobre la base de tarifas por servicios crean una demanda para aumentar sus ingresos (Carrin y Hanvoravongchai 2003; Liu, 2003).

Con excepción de la evolución mencionada anteriormente, varios autores también culpan el aumento en el gasto privado en salud por la falta de capacidad del sector público para proporcionar servicios de calidad a su debido tiempo (OPS/OMS 2003; Herrero y Durán 2001).

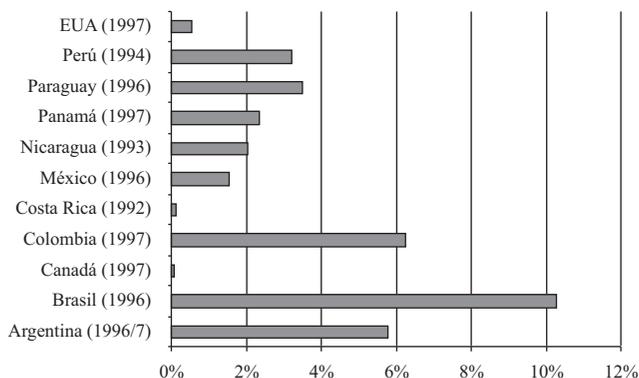
### **3.2.4 Proporción de hogares con gastos catastróficos**

El segundo indicador clave utilizado para medir el rendimiento de los esquemas de financiación de la salud en lo que respecta al método de financiación es el porcentaje de hogares que materializan un gasto catastrófico en salud. Éste último se define como el gasto en salud del hogar  $\geq$  al 40% del ingreso efectivo del hogar después de los gastos de subsistencia o de alimentos (Xu, Evans, et al 2003).

En un análisis de varios países los autores encontraron que los gastos de salud catastróficos fueron causados por una tríada de factores, incluyendo la pobreza, el acceso y utilización de servicios de salud y la falta de protección financiera. El peso relativo de estos factores fue de 0.2:1.6:2.2 respectivamente. En términos generales, los gastos en salud catastróficos variaron entre el 0 y 10%, entre los países que formaron parte del estudio. La Gráfica 3 muestra los datos para los países Latino Americanos incluidos. En Costa Rica, basado sobre la Encuesta Nacional de los Hogares de 1992 (con una muestra de 2,472 hogares), se encontró que los gastos de salud catastróficos ocurren en un 0.12% de todos los hogares. El Cuadro 11 muestra los resultados de un estudio más reciente basado en datos de 2004.

Las cifras presentadas se refieren a la definición de los gastos en salud catastróficos como los gastos de salud de hogares por encima del 40% con respecto a los ingresos del hogar que no son de subsistencia. A medida que la metodología utilizada en este estudio es diferente de la aplicada por Xu y Evans, los datos pueden no ser comparables. Sin embargo, el hallazgo puede indicar un aumento en los gastos de salud catastróficos en Costa Rica entre 1992 y 2004. Por otra

**Gráfica 3**  
**Gasto Catastrófico en Salud**



Fuente: Xu, Evans, et al (2003).

**Cuadro 11**  
**Gastos Catastróficos por Quintil de Ingreso**

Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Todos los Quintiles
5.33%	2.78%	0.68%	0.63%	0.50%	1.97%

Fuente: Briceño, Elizondo-Lara y González Zúñiga, 2007.

parte, según el último estudio, el gasto catastrófico sería más alto en los dos quintiles más pobres de la población. Esto podría estar relacionado con el aumento en la prestación de servicios de salud privados, los cuales al parecer se compran, en contra de las intenciones, por las familias más pobres también.

## 4. Discusión

En el análisis anterior encontramos que la cobertura de la CCSS es relativamente alta, pero no plenamente universal. Mientras que los no asegurados son supuestamente los no pobres, encontramos que también hay grupos de pobres excluidos del esquema, entre ellos habitantes del país Costarricenses y no Costarricenses. Al parecer, la provisión de optar por salir, implica el riesgo de que no sólo el grupo focalizado haga uso de ella. Las familias pobres pueden optar por utilizar la cuota mensual de la CCSS para otras prioridades, arriesgando de esta manera su protección financiera.

La evasión en Costa Rica es históricamente alta. Esto es, al menos en parte debido al hecho de que el derecho a la atención en salud es constitucional. Los Costarricenses demandantes pueden reclamar su derecho con la Asamblea Constituyente y no tienen un incentivo suficiente para contribuir plenamente a la CCSS. Este asunto de diseño también puede explicar en parte el estancamiento en la cobertura de la CCSS desde los noventa.

El sistema de la CCSS ha sido históricamente generoso, pero se está transformando en un esquema menos generoso. El objetivo es mejorar los registros financieros, pero esto aumenta el riesgo de los pobres y de personas menos demandantes a ser excluidas del sistema. Hasta el momento, es pequeño el número de personas que es privada de los servicios por no estar asegurados, pero los resultados deben ser monitoreados de cerca, pues el nuevo diseño del esquema de la CCSS puede afectar el nivel de protección financiera ofrecida a los pobres.

Existe un interés creciente entre los grupos de ricos y pobres para comprar atención de salud en el mercado privado. Este proceso es facilitado por diferentes sectores de salud y por las reformas de la CCSS, pero también se debe a la falta de eficiencia y calidad percibida por los consumidores de servicios de la CCSS. Si esta tendencia continúa, podría afectar la sostenibilidad financiera del esquema de seguro de salud y el nivel de protección financiera que éste proporciona.

El estancamiento de la cobertura de la CCSS, claramente, no se debe a la falta de normas y reglamentos. Tampoco puede explicarse sólo por la escasa capacidad de la CCSS para el seguimiento de éstos. En primer lugar, parece haber una falta de voluntad política entre los Costarricenses para invertir tiempo y dinero en la mejora de la institución. Con el fin de recuperar esa buena disposición, especialmente de los grupos sociales más ricos y poderosos, se necesitan inversiones adicionales para que los registros de la CCSS en términos de calidad y eficiencia puedan mejorar.

Si la plena cobertura universal es o no deseada en Costa Rica es una pregunta para los grupos interesados. Ambas opciones tienen costos y beneficios que deben medirse. Sin embargo, si Costa Rica quiere mantener su alto estado de salud de la población, la provisión de optar por

salir del seguro público debería acompañarse por medidas que garanticen que los grupos no pobres recurrirán a ésta. Por otra parte, debería ponerse a disposición de los ricos un seguro de salud privado apropiado para ofrecerles también protección financiera. Alternativamente, Costa Rica puede considerar un esquema de la CCSS basado en la plena cobertura universal para un paquete básico de servicios, complementado por un seguro de salud privado para paquetes de atención adicional, como es el caso actualmente en los Países Bajos.

## Referencias

**Bertodano I.** “The Costa Rican health system: low cost, high value”. *Bulletin World Health Organization*, vol 81, no 8 (2003): 626-7.

**Briceño, R., M. Elizondo-Lara y G. González Zúñiga.** *Catástrofe económica generada por mala salud: una aplicación para Costa Rica 2005*. New Jersey: Merck & Company, Inc., Whitehouse Station, 2007.

**Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS).** *Reglamento del Seguro de Salud*. Costa Rica: CCSS, 2007. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>.

**CCSS.** “CCSS flexibiliza arreglos de pago.” *Archivo de Noticias*, 13 de abril, 2007a.

**CCSS.** *Indicadores de Seguridad Social 2001 – 2005, Cuadro No. 1, Cobertura Seguro de Salud*. Costa Rica: CCSS, 2007b. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/actuarial/estadist/indicadores/indicobe.html>.

**CCSS.** *Integral de Recursos Humanos, la Gestión, Empleo y Salarios 2007*. Costa Rica: CCSS, 2007c. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>.

**CCSS.** *Integral Cultura Organizacional de la CCSS, Historia de la CCSS, ¿Quiénes Somos?* Costa Rica: CCSS, 2007d. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>.

**CCSS.** *Ley General de Salud, Ley No.5395, 1973*. Costa Rica: CCSS, 2007e. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>.

**CCSS.** “Casi el 100% de la población atendida por los EBAIS.” *Archivo de Noticias*, 14 de septiembre, 2007f. Disponible en: [http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2007/09/n\\_361.html](http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2007/09/n_361.html).

**CCSS.** “Gobierno cancela deuda al Seguro Social.” *Archivo de Noticias*, 29 de agosto, 2007g. Disponible en: [http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2007/08/n\\_347.html](http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2007/08/n_347.html).

**CCSS.** *Memoria Institucional 2006, Cultura Organizacional*. Costa Rica: CCSS, 2007h. Disponible en: [http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c\\_organizacion/c\\_org\\_14.html](http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacion/c_org_14.html).

**CCSS.** *Memoria Institucional 2005*, Costa Rica: CCSS, 2006 Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>

**CCSS.** *Informe Técnico, Cobertura no Asalariados*. Costa Rica: CCSS, 2006a. Disponible en: <http://admsjoweb10.ccss.sa.cr/pensiones/Informes/Cobertura%20no%20asalariados.pdf>.

**Carrin G. y P. Hanvoravongchai.** “Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries?” *Human resources for health* 1, no.6 (2003):1-10.

**Carrin, Guy y Chris James.** “Key Performance Indicators for the Implementation of Social Health Insurance.” *Applied Health Economics and Health Policy* 4, no.1 (2005): 15-22.

**Centro de Población Centroamericano (CCP).** *Indicadores Demográficos Costa Rica, Población*. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/tasas.htm> (consultado en 2007).

**Clark, M.** “Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system.” Presentado en *the Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms*, Washington D.C.: Tulane University, 18-19 de abril, 2002. Disponible en: [http://www.wilsoncenter.org/topics/docs/Clark\\_Paper.pdf](http://www.wilsoncenter.org/topics/docs/Clark_Paper.pdf).

**Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).** *La reforma de salud en Costa Rica*, Adolfo Rodríguez Herrera. Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas, Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Ejecutiva, Serie Financiamiento del Desarrollo 173, 2006a.

**CEPAL.** *Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de Gestión en Salud en Costa Rica desde una perspectiva comparativa*, Ana Sojo, Serie Políticas Sociales 27. CEPAL, 1998.

**Constitución Política.** *Constitución Política de la Republica de Costa Rica.* Costa Rica, 1949. Disponible en: <http://www.constitution.org/cons/costaric.htm>.

**Cruz Martinez, A.** “Costa Rica iguala estándares de salud de países avanzados.” *La Jornada*, 4 de septiembre, 2005. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/09/04/046n1soc.php>.

**ENGAS.** *Encuesta sobre Gastos en Salud 2006.* Costa Rica: INEC, 2006.

**ENIGH.** *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.* Costa Rica: INEC, 2004.

**ENSA.** *Encuesta Nacional de Salud 2006.* Costa Rica: PF UCR, 2006.

**Herrero, F. y F. Durán.** *El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica.* Santiago de Chile: CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Ejecutiva, 2001.

**Homedes N. y A. Ugalde.** “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica.” *Gaceta Sanitaria* 16, no.1 (2002): 54-62.

**Hsiao, R. y R. Shaw.** “Social Health Insurance for Developing Nations.” Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2007. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/Hsiao.Shaw.2007.SHI.developing.countries.pdf>.

**Liu, X.** *Policy tools for allocative efficiency of health services.* Génova: World Health Organization, 2003.

**Lloyd-Sherlock, P.** “When Social Health Insurance Goes Wrong: Lessons from Argentina and Mexico.” *Social Policy and Administration* 40, no. 4 (2006): 353-368. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x?cookieSet=1>.

**Ministerio de Salud.** *Encuesta de necesidades en salud familiar 2004, Resultados Nacionales Evaluación de la atención integral del I Nivel.* Costa Rica: Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Evaluación, 2004. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/encuestas/presentaresultadosencuestadomiciliar-2004.pdf>.

**Ministerio de Salud.** *Análisis sectorial de salud.* San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2002.

**Organización Mundial de la Salud (OMS).** *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* OMS, 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>.

**Organización Panamericana de la Salud (OPS).** *Salud en las Américas .2007,* Volumen Regional, Capítulo 4, “Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud”. OPS, 2007a. Disponible en <http://www.paho.org/HIA/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>.

**OPS.** *Perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica.* San José, Costa Rica: OPS, 2004.

**OPS.** *Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.* San José, Costa Rica: OPS, 2003.

**Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).** *Gasto y Financiamiento de la Salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos.* Costa Rica: OPS/OMS, 2003.

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).** *Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua.* Nueva York, EE.UU.: PNUD, 2006 Disponible en: [http://hdr.undp.org/en/media/01-hdr06%20frontmatter\\_es.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/01-hdr06%20frontmatter_es.pdf).

**Rosero, Bixby L.** “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.

**San Sebastián, M., A. K. Hurtig y K. Rasanathan.** “Is trade liberalization of services the best strategy to achieve health-related Millennium Development Goals in Latin America? A call for caution”. *Rev Panam Salud Pública;* vol 20 no 5 (2006): 341-346. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1020-49892006001000008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1020-49892006001000008&lng=en&nrm=iso&tlng=en).

**Universidad de Costa Rica (UCR).** *Proyecto de Investigación Estructuras de la Opinión Pública Comunicado de prensa, Encuesta sobre la Seguridad Social 2007, Panorama global*, preparado por Dr. Jorge Poltronieri, Escuela de Matemática, Universidad de Costa Rica. UCR, 2007.

**Vargas, J. R.** A Human Development Side of the Peace Dividend. Universidad de Costa Rica, 1992. Disponible en: [http://wwwtest.aup.edu/lacea2005/system/step2\\_php/papers/vargas\\_jrva.pdf](http://wwwtest.aup.edu/lacea2005/system/step2_php/papers/vargas_jrva.pdf).

**World Health organization (WHO).** “The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing”. Discussion Paper Number 3, 2007, Department Health Systems Financing, Cluster Health Systems and Services, WHO, 2007a. Disponible en: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_07\\_3-new\\_dutch\\_healthinsurance.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_3-new_dutch_healthinsurance.pdf)

**WHO Statistical Information System (WHOSIS).** *Health Systems*. WHOSIS, 2007. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat2007\\_6healthsystems\\_nha.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat2007_6healthsystems_nha.pdf).

**Xu K., D. Evans, et al.** “Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis”, *The Lancet*, Volume 362, (12 de julio, 2003): 111-117, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).