

Artículo recibido:
5 de octubre del 2012.
Evaluado:
5 de noviembre del 2012.
Aceptado:
23 de noviembre del 2012.

Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica

Universal Coverage: Dream or Utopia? The Situation of Costa Rica

RESUMEN

El sistema de seguridad social costarricense es considerado a nivel internacional como uno de los sistemas más exitosos y eficientes de Latinoamérica. Inició con el seguro social a los trabajadores del sector público y se ha ido consolidando hasta convertirse en uno de los sistemas públicos más comprehensivos en el abordaje de la salud, y de los de mayor universalización tanto en el nivel financiero como poblacional. Sin embargo, en la actualidad su principal reto es la sostenibilidad del sistema para mantener y ampliar cobertura; la ruta propuesta consiste en renovar y fortalecer los principios de equidad, solidaridad y universalidad; incorporar nuevos principios de transparencia, sostenibilidad y participación que se sumen al esfuerzo de construcción de un sueño histórico y alcanzar la cobertura universal.

ABSTRACT

Costa Rican Social Security System is internationally considered one of the most successful and efficient systems in Latin America. First it started covering the Public Sector worker, and it has been straighten to become one of the most widely comprehensive in its approach, and one with the highest population and financial coverage. However, social security is facing a challenge, the sustainability of system and coverage; the route-map consists of renewing and straightening the fundamental principles of equity, solidarity and universality, besides, to complement them with new principles of transparency, sustainability and participation added to efforts for building an historic dream and reach the universal coverage.

PALABRAS CLAVE

Cobertura universal, seguro social, Costa Rica, sostenibilidad, CCSS

KEY WORDS

Universal coverage, social security, Costa Rica, sustainability, CCSS



**María del Rocío
Sáenz Madrigal**

Médica especialista en salud pública. Exministra de Salud de Costa Rica (2002-2006). Asesora de la comisión legislativa que investiga la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Profesora ad-honoren del Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas de la Universidad Nacional (UNA) y profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR).

Correo electrónico: saenz.rocio@gmail.com

Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica

El sistema de seguridad social costarricense es considerado a nivel internacional como uno de los más exitosos y eficientes de Latinoamérica. Empezó con el seguro social a los trabajadores del sector público y se ha ido consolidando hasta convertirse en uno de los sistemas públicos más comprehensivo y universal en el abordaje de la salud, tanto en el nivel financiero como en el poblacional, constituyéndose en un actor relevante en el logro de índices de salud comparables con los de países desarrollados. A continuación se observan algunos de los principales indicadores de las condiciones y la calidad de vida de los costarricenses.

Según datos del 2011, Costa Rica cuenta con una esperanza de vida al nacer de 79,1 años en promedio para ambos sexos, una tasa de mortalidad general de 4,7 por 1 000 habitantes y una tasa de mortalidad infantil de 9,07 por 1 000 nacidos vivos . Otros indicadores como la mortalidad materna experimentan en el tiempo una importante reducción, pasando de 26 muertes maternas en el 2000 a 17 en el 2011, para una tasa de 2,11 por diez mil nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2011).

Por otra parte, la tasa global de fecundidad descendió de 5,0 hijos por mujer (1970) a 1,8 hijos (2011). Las principales causas de muerte en el país ya no son las enfermedades transmisibles, que aún hoy representan una gran carga de la enfermedad en países de la región; en ese sentido el descenso en la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, entre 2000 y 2005, se redujo en 7,7% (Ministerio de Salud, 2010). La mortalidad por diarreas disminuyó de 3 por 100 000 habitantes en el 2000 a 1,32 en 2011. La prevalencia de tuberculosis descendió de 36 por 100 000 habitantes en 1990 a 17 en 2005 y la mortalidad por este padecimiento también se redujo de 3 en 1990 a 1 en 2009 por 100 000 habitantes (Ministerio de Salud, 2010). Es importante señalar que el gasto per cápita en el 2011 fue de \$811 (Banco Mundial, 2011).

Por su parte, las enfermedades no transmisibles cobran cada día más peso en la carga de enfermedad y muerte; las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio ocuparon el primer lugar (11,9% del total de los eventos), seguidas por los tumores 9,7% y en tercer lugar las causas externas 4,7% (Ministerio de Salud, 2011). En el análisis por causa específicas, el cáncer es responsable de 20% de todas las muertes, desde 1995 se ha observado un aumento de 48% en las tasas de incidencia para todos los tipos de cáncer; siendo el cáncer de mama el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado entre las mujeres costarricenses, llegando en 2008 a diagnosticarse en promedio 18 nuevos casos cada semana (Sáenz et ál., 2011).

Adicionalmente, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y las enfermedades hipertensivas son causas de muerte prevalentes en las mujeres; mientras en los hombres destacan los accidentes de tránsito como una causa de muerte a edad temprana y con un comportamiento ascendente.

El descenso de las tasas de fecundidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y el incremento de la esperanza de vida han incidido en la transición hacia una atención de salud dominada por enfermedades crónicas degenerativas, que requieren servicios de salud más especializados a lo largo de la vida, así como de una articulación mayor con servicios de salud complementarios en el hogar, los lugares de trabajo y en la comunidad. Esta reconfiguración epidemiológica plantea un reto en la formación de recursos humanos, en el uso de tecnologías apropiadas y el diseño y provisión de infraestructura.

Situación epidemiológica señalada requiere de especial atención por parte del sistema, no solo en el desarrollo de programas y modalidades para la promoción de la salud, la prevención y la detección temprana y adherencia al tratamiento, sino también en mantener la misma calidad y cobertura de los servicios, con acceso universal y con mecanismos de financiamiento adecuados.

Organización del sistema de salud costarricense

Todo lo comentado anteriormente ha permitido que la población general tuviese acceso a los servicios de salud, pasando de una cobertura de 47,2% en 1970 a 91,9% en el año 2011 (CCSS, 2009/2011).

La prestación de servicios de salud y la administración de los diferentes regímenes de la seguridad social en el sistema de salud costarricense se sustentan en la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en 1941; se estableció así en la norma jurídica un esquema de financiamiento basado en el empleo formal, que a lo largo de los años de vida institucional ha incorporado otras modalidades para proteger a los trabajadores y familias independientes o en condición de pobreza, como lo veremos en los siguientes apartados.

El sistema de salud es regido por el Ministerio de Salud, quien es el garante de las siguientes cinco áreas funcionales, a saber: 1) prestación de servicios de salud, 2) riesgo laboral y accidentes de tránsito, 3) agua y saneamiento, 4) formación de recursos humanos, e 5) investigación y desarrollo tecnológico. Funciones que se deben garantizar mediante instituciones tanto públicas como privadas.

La primera área funcional es la *prestación de los servicios médicos*, cuyo principal agente en el sector público es la CCSS, institución autónoma responsable del financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud para los asegurados de la seguridad social. Se financia con contribuciones de los afiliados, los patronos y el Estado; administra tres regímenes, a saber: el de enfermedad y maternidad, el de invalidez vejez y muerte y el régimen no contributivo, a la vez que desarrolla diversas modalidades de aseguramiento:

- *Asegurados directos*: Son los trabajadores asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas que individual o colectivamente se acogen a la modalidad de seguro voluntario, los trabajadores independientes que coticen al seguro en forma individual o colectiva y la población en condición de pobreza (asegurados por el Estado).
- *Asegurados indirectos*: Son los familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.
- *No asegurados*: Son las personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y los migrantes indocumentados.

Instituciones adscritas al Ministerio de Salud como los Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), atienden poblaciones con

carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas respectivamente.

El sector privado se nutre financieramente de pagos de bolsillo y un incipiente pero agresivo mercado de seguros; está constituido por una amplia red de prestadores que ofrecen principalmente atención primaria, ambulatoria y odontológica con fines comerciales, lucrativos o no. Los hospitales del sector privado, además de la atención de especialidades médicas, internamiento y cirugías, ofrecen servicios no esenciales y un liderazgo regional en el área de turismo médico.

En cuanto a los seguros de salud, los compradores de éstos pueden ser personas que contribuyen o no a la CCSS y que prefieren hacer uso de tales servicios. En este sector, el principal actor es el Instituto Nacional de Seguros (INS); administra seguros de forma mixta (público-privada, solo 2% de todos los hogares tiene un seguro de salud privado de este tipo), también ofrece pólizas de vida. Los servicios de salud los compra al sector privado o al sector público, dependiendo de la patología. Es importante mencionar que la oferta de seguros privados es de agosto del 2008, cuando entró en vigencia la Ley 8653 *Ley Reguladora del Mercado de Seguros* la cual abrió el mercado y permitió la competencia.

En cuanto al área funcional de *riesgo laboral y tránsito*, el INS es la entidad más importante, siendo responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, además de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados a dichos eventos. La entidad que se ocupa de las funciones rectoras y contraloras del área es la Superintendencia General de Seguros y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En el área de *agua y saneamiento* también existe una operación pública-privada; su financiamiento se realiza mediante los pagos de bolsillo y dentro de los proveedores se halla el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), gobiernos locales y entidades comunitarias como las Asociaciones Administradoras de Sistemas Acueductos y Alcantarillados Comunes (ASADAS), que administran el recurso hídrico para sus usuarios. La provisión de los servicios citados es regulada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ambiente y Energía y la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP).

En relación con el área funcional de *formación de los recursos humanos* en salud, son proveedores las universidades públicas y privadas, entidades a las cuales el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y el Fondo para la Educación Superior canalizan recursos públicos para su financiamiento. El Consejo Nacional de Educación Superior y los colegios profesionales son quienes regulan el área. Sin embargo, la apertura creciente de centros de formación privados está provocando sobreoferta y desmotivación de los nuevos profesionales, se evidencia así

que la regulación real estará siendo ejercida por la saturación en el mercado de trabajo.

En la última área funcional de *investigación y desarrollo*, se cuenta con un flujo de inversión pública y privada poco estudiado y direccionado, pero del cual se benefician los centros de investigación, los académicos e investigadores independientes, las ONG y la población en general. En esta área, la función contralora la realiza el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia y Tecnología y los comités éticos científicos institucionales.

Finalmente, en el conjunto del sistema de salud costarricense, el Ministerio de Salud es el responsable de la conducción y dirección política del sistema de salud, la regulación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y el direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico en salud. La intersectorialidad de todos los ámbitos expuestos del sistema apunta a la necesidad de integrar la salud en todas las políticas, con el fin de que la cobertura universal sea una realidad para el país.

Transición epidemiológica, economía y equidad en salud

La institucionalidad de la salud cuenta con un importante sustento constitucional que define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social (Art. 73-74 CPR, 1949), y a la salud de la población como un bien de interés público, lo cual ha marcado como función esencial del Estado el velar por la salud de la población, otorgando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país (Art. 1 - 2 Ley General de Salud N.5395 de 1973).

Con el paso de los años, el mecanismo de financiamiento tripartito enfrenta retos en cuanto a la sostenibilidad del sistema, principalmente por el cambio en la modalidades de empleo, el incremento de la informalidad y la virtualidad son ejemplo de ello, también se ha experimentado una reconfiguración del mercado laboral y una creciente transnacionalización del empleo.

Con la reforma de los años noventa se priorizó la atención primaria como estrategia nacional para la ampliación de la cobertura geográfica de la atención en salud mediante los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y para que se constituyeran en el punto de entrada a la red de servicios integrales de salud. Con las expectativas señaladas se trasladaron funciones de prevención, recuperación y rehabilitación del Ministerio de Salud a la CCSS, asume la primera funciones rectoras en la definición de las políticas de salud en el país, mientras que la segunda se ocupa de la prestación directa los servicios a toda la población.

La premisa detrás de la concentración de funciones rectoras fue el asegurar la coordinación del sistema de salud, que incluye al sector público y privado y las áreas funcionales descritas en el apartado anterior; sin embargo, desde sus inicios se mostraron algunas fracturas y fricciones, principalmente cuando el Ministerio de Salud no logra aún desempeñar todos sus funciones como rector del sector salud y sus funciones rozan con otras entidades rectoras, la autonomía de la CCSS y con el escaso avance en la regulación del complejo sector privado.

Es de importancia en este apartado contextualizar que en la última década la distribución del ingreso nacional en el país ha tenido un comportamiento hacia una mayor inequidad, situación que se recarga sobre el sistema de salud y lo convierte en la estrategia más importante de contención de la pobreza, la cual desde hace dos décadas se encuentra estancada en 21% de la población, nivel que a su vez llega hasta 35% en las regiones rurales y costeras (INEC, 2011).

Sí bien la consolidación de un enfoque de atención de la salud comprensivo y equitativo ha permitido una importante acumulación y distribución de capacidades en una amplia base de la población y mantener niveles de cohesión social y económica distinguibles en toda Latinoamérica, es posible que en un futuro cercano no resista ante los elementos de presión a los que está sometido.

Actualmente, la continuidad de los resultados dependerá de que el resto de la economía y del tejido institucional asuma el reto de reducción de la pobreza de una forma sostenible y coordinada, basándose en el empleo formal en condiciones dignas y en el emprendimiento responsable y solidario que aporta a la seguridad social.

¿Qué ocurre actualmente con el reto de la cobertura universal y la actual crisis institucional de la CCSS?

El país registra una cobertura casi total tanto financiera como geográfica, con una oferta de servicios comprehensiva y con una capacidad resolutive basada en niveles de complejidad; en el ámbito financiero el porcentaje de cobertura de aseguramiento es de 91,9%, incluye asegurados directos, familiares o por cuenta del Estado (CCSS, 2011), de los cuales la población económicamente activa (PEA) presenta una cobertura de 81,7% y 68,8% de la PEA no asalariada (PEN, 2011). Sin embargo, el porcentaje que realmente cotiza (el asegurado directo) es 51,3% de la población asegurada (CCSS, 2011). Las dificultades de la cobertura geográfica se abordarán con más detalle en posteriores párrafos, en este apartado solo se señala que el país cuenta con

una amplia oferta de servicios, los cuales se organizan según niveles de complejidad, siendo el punto de entrada los EBAIS, mientras los servicios de mayor complejidad se concentran en la Gran Área Metropolitana.

Si bien se tiene un alto porcentaje de cobertura, desde hace varios años se ha llamado la atención sobre las dificultades que enfrentará el sistema en su sostenibilidad debido a los cambios en el perfil de empleo, en el perfil epidemiológico caracterizado por enfermedades crónicas, por envejecimiento de la población, así como por el descenso en la tasa de fecundidad, como ya fue mencionado en la sección anterior. Estos cambios afectan directamente la prestación de servicios de salud ante la cronicidad de las enfermedades y la dependencia de alta especialización de los recursos humanos y equipamiento; en un contexto en el que la atención primaria requiere renovarse para adaptarse a las condiciones.

Sin embargo, es en el 2010 cuando se confirma y acepta, por parte de las autoridades, la crisis que enfrenta la principal institución financiadora y prestadora del sistema: la CCSS. El análisis de la situación nos orienta a que la crisis no se presentó por una única vía, sino por una serie de eventos críticos concatenados a lo largo del tiempo. En este sentido, la tesis que desarrollamos a continuación parte de que la crisis que se vive no es solo un mal momento de la CCSS, sino más bien una crisis de valores y principios relacionados al papel que juega la seguridad social como punto de confluencia de intereses entre el estado, los trabajadores, la empresa privada y las interrelaciones entre ellas.

La coyuntura socio-política del país da cuenta de un régimen democrático, pero que en los últimos años se ha caracterizado por incapacidad en la acción política coordinada, crecientes niveles de corrupción y dificultades en la convivencia ciudadana sana, con un alto grado de descontento de la población de manifiesto en la apatía y la desmotivación electoral.

En general, los logros alcanzados y el mismo sistema de salud se aproximan al límite de sus capacidades para ampliar la cobertura universal y brindar sostenibilidad financiera. Los principios que han sostenido la seguridad social en Costa Rica son básicamente tres: equidad, solidaridad y universalidad. Estos principios vigentes en su combinación han determinado el modelo de financiamiento, de atención y de gestión; sin embargo aunque han brindado enraizamiento en el sistema, ese marco ético debe ser renovado y complementado para superar la crisis actual, tal como se ejemplifica a continuación.

En términos de equidad, las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema, 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados (Gutiérrez, 2009), situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad.

En ese sentido, los mismos recursos humanos en salud y la población aceptan y promueven que quienes cuentan con los recursos acudan a centros privados para su atención, con argumentos tales como la reducción en el tiempo de atención, situación que por supuesto segmenta y segrega a la población que acude a los servicios públicos, ampliando la brecha de inequidad en la prestación de los servicios, con mayor impacto en los grupos más vulnerables e inmigrantes.

Un rasgo de inequidad del sistema en cuanto a la población migrante se refleja en un estudio de la UNICEF (2011), con base en datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2011 (ENAH0), en el cual 15% de las personas menores de edad no poseían el carné de vacunación, siendo que quienes tienen mayor riesgo para no contar con un carné son:

[...] los niños y las niñas nacidos en Nicaragua, con más de cuatro veces la probabilidad de los nacidos en Costa Rica ($P < 0,05$). De igual manera los niños y las niñas residentes en la zona urbana y sin aseguramiento de salud por la CCSS tuvieron un 40% más riesgo de no tener el carné, respecto de los de la zona rural y los que sí tenían seguro por la CCSS (p.33).

Estos datos reflejan problemas en el acceso por parte de la población migrante y sin aseguramiento a los servicios de atención primaria; evidencian así una de las barreras que deben romperse para ampliar la cobertura en el país y poder certificar el cumplimiento de los derechos de todos los niños o niñas nacidos o no en suelo costarricense.

El principio de solidaridad es uno de los principales sustentos de defensa del seguro social, basado en una contribución económica proporcional al ingreso por parte del Estado, el trabajador y el patrono, lo que significa que quienes ganan más contribuyen más para que todos tengamos una atención en salud digna, de calidad y oportunidad; sin embargo, este pilar también se encuentra en riesgo cuando, según estimaciones del 2004 “si el 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en un 48%” (PEN, 2005, p.81). Aunado a lo anterior, se observa que existe una preferencia y un alto crecimiento de la oferta de servicios privados de salud, en detrimento de prácticas sociales de mayor convivencia.

También, los resultados de la Encuesta sobre Gastos en Salud (ENGSA) de 2006, revelan que la población asegurada tiene un alto grado de preferencia por el sector privado. En ese año, 31,3% de la población utilizó servicios de salud privados por lo menos una vez en los tres meses previos a la encuesta (ENGAS, 2006). Asimismo, una encuesta de ingresos y gastos en salud real-

izada por la Universidad de Costa Rica (UCR) encontró que 56% de la población había pagado a un médico privado durante el año previo a la encuesta (ENSA, 2006).

Otra encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) 2009, reflejó que 60% de los entrevistados prefirió los servicios privados por cuanto significan “mejor atención, calidad y rapidez de los servicios [...] así como evitar los largos tiempos de espera que sufren en las clínicas y hospitales del Estado” (Gutiérrez, 2009, p. 43). Lo anterior muestra que los niveles de lealtad que la población costarricense mantuvo con la seguridad social en las últimas siete décadas se ha deteriorado rápidamente, y con ello el sentido de solidaridad en el financiamiento implícito del sistema.

Según informes del Banco Mundial, del gasto total en salud, el gasto público muestra un leve aumento, de 67,4 % en el 2009 a 68,1% en el 2010 (Banco Mundial, 2010). Al comparar el gasto público en la última década se muestra una tendencia a la disminución de 8,2% al pasar en 1999 de 76,3% al monto actual, porcentaje preocupante por las implicaciones en los gastos de bolsillo, cuyos efectos se harán evidentes en un futuro cercano (Vargas, CCP & GHO, 2012).

En cuanto al gasto privado, según una investigación realizada a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos del 2004, la cual determina que de forma indiferente a la metodología empleada, en salud el gasto catastrófico del país –es decir el gasto empobrecedor- es pequeño y ha crecido poco, afecta en promedio a 0,4-0,6 de los hogares, y se asocia a los rubros de atención médica ambulatoria y medicamentos. Con estos valores Costa Rica se ubica con los menores valores (menos debe ser interpretado como mejor) de gastos catastrófico de una selección de 12 países latinoamericanos (Knaul, Wong, Arreola, & Méndez, 2011).

Por su parte, el mismo Estado cuestiona la solidaridad, retrasando los pagos como empleador y en su función de protección de los más pobres, lo que ha llevado a una acumulación de deudas que a marzo del 2011 sumaba ₡421.276 millones de colones; pagos que además deben hacerse en efectivo y a tiempo y no como convenios de alivio de deuda; sin menospreciar el hecho de que 75% de la deuda permanecen sin formalización de pago (Díaz, 2011).

En relación con la universalidad, el hecho perverso de que la misma CCSS establezca una categoría de “no asegurado” en el Reglamento de Seguro Social, definido en la *praxis* como aquellas personas con capacidad de pago que deciden no contribuir, advierte un riesgo en los principios de solidaridad y universalidad del sistema, en momentos cuando son necesarias nuevas fuentes de financiamiento frente a escenarios de una menor PEA.

Adicionalmente, si bien el país cuenta con un buen porcentaje de cobertura contributiva ya no es posible cobrar a la totalidad de la población a través del empleo, como lo fue hace setenta años; en este periodo ha cambiado la estructura del empleo y la contratación: la pobreza se mantiene en alrededor de 20%, se ha incrementado el empleo informal y las opciones de atención de salud fuera del país -principalmente para los grupos de mayores ingresos- se han incrementado.

Además, la cobertura geográfica observa dificultades en los servicios de atención primaria dispuesta en la cantidad de EBAIS en el país, ya que la capacidad instalada responde en la norma a la atención de una población no mayor de 3.8 millones de personas, y no de 4.5 millones como la actual. Este rezago afecta la atención efectiva a más de 500 mil personas, quienes esperan un servicio más cercano y accesible, y adicionalmente deteriora la calidad del servicio que reciben los usuarios de los EBAIS que asumen más población que la recomendada para su capacidad de carga o producción.

Aunado a lo anterior, la concentración de recursos humanos y tecnológicos en el área metropolitana obligan a que los mecanismos e instrumentos para asegurar la continuidad en la atención sean transparentes y oportunos; aspectos que en el caso particular de diagnóstico de patologías malignas del cuello del útero, las cirugías por padecimientos comunes o tratamientos para el cáncer, han sido ampliamente denunciados por los atrasos no justificados, y han provocado que sea la Sala Constitucional la que por vía jurídica ordene su atención urgente.

Por su parte, el sector privado ha influido en los cambios recientes en el sistema de salud, en favor de la desregulación de la función rectora justificada como simplificación de trámites. Prueba de ello son los cambios institucionales en aras de simplificar los trámites que “homologaron” las normas y procedimientos para el registro de medicamentos, equipo y servicios de salud, demostrando no solo desconocimiento de las especificidades en cada uno de ellos, sino además abandonando la protección de la población en instrumentos tales como declaraciones juradas; situación que se espera sea revalorada por la autoridades sanitarias sin que ello represente retrasos injustificados.

Retos y reflexiones finales: sintetizando un marco ético

Al inicio de este artículo, la gran preocupación planteada fue la actual cobertura universal, lo que orientó hacia la reflexión sobre los principios que han acompañado a la seguridad social en los últimos 70 años: universalidad, solidaridad y equidad; la evidencia muestra como después de 70 años la realidad costarricense no es la misma en términos epidemiológicos, demográficos y económicos.

En primer lugar, la alta prevalencia y mortalidad de enfermedades crónicas y degenerativas, así como los accidentes de tránsito son parte de los retos que el sistema de salud debe enfrentar, no solo en prevención, detección, tratamiento y rehabilitación, sino en asegurar calidad de atención en toda la red de servicio; aunado lo anterior al fomento del auto cuidado, las redes de apoyo y los servicios de salud comunitarios.

Además, el mismo cambio en la estructura laboral, la informalidad en el empleo, la necesidad de trabajadores inmigrantes principalmente para la agricultura y la construcción, sumado a la persistencia en la pobreza, denota que estamos en un momento para preservar la intención constitucional de respaldar un sistema universal ajustado a los principios propuestos y a una eficiente gestión.

Si bien en setenta años se ha alcanzado una gran cobertura y se ha recurrido a diversas modalidades de financiamiento, lo cierto es que el modelo de financiamiento basado en el empleo está mostrando dificultades y agotamiento; será entonces que como sociedad surja la siguiente interrogante: ¿cuáles son los pasos por seguir para asegurar la cobertura universal con la aportación de todos?, para con ello demostrar que el sueño de la cobertura universal es alcanzable, y haber hecho de la utopía una ruta transitable en busca de equidad y justicia social.

Lo expuesto nos lleva a concluir que el principal reto de la seguridad social es el sostener los logros y avanzar hacia la cobertura universal efectiva para todos, es decir, tanto para la generación actual como para las futuras. En este sentido, proponemos renovar y fortalecer el compromiso de los distintos sectores sociales con los principios iniciales de equidad, solidaridad y universal.

El principio de equidad está relacionado a su vez con el esquema de aportes y beneficios derivados de esas contribuciones. Cada trabajador o trabajadora en este país brinda un aporte porcentual calculado con base en su salario, no obstante los servicios de salud no estratifican ni segmentan el acceso por el monto pagado, sino que permiten que cada asegurado cuente con acceso a una misma oferta de servicios que, al igual que el derecho a la salud, es indivisible. Al respecto, es necesario ser claros en el rechazo a las propuestas que pretenden dejar de lado este principio para segmentar los servicios de acuerdo con la capacidad contributiva mediante “paquetes de servicios”, que dejan así a los segmentos de menor ingreso con una oferta limitada frente a quienes puedan auto-financiar servicios de mayor complejidad o especialización. Por ello, cualquier propuesta que vaya dirigida a crear una modificación en los esquemas de financiamiento y prestación, deberá buscar fortalecer la progresividad de las contribuciones y la indivisibilidad de los servicios.

En el caso del principio solidario, permite que quienes mantienen salud y trabajo en la actualidad puedan aportar y financiar la atención de aquellos que se enfrentan un quebranto temporal o permanente de salud, no obstante, este es uno de los principios que enfrenta un mayor debilitamiento ante las posibilidades de aseguramiento corporativo y extraterritorial que se ofrecen hoy en el país, pero también frente a la transformación del mercado laboral con un porcentaje creciente de trabajadores y trabajadoras independientes, altamente móviles, con altos ingresos y que deciden no contribuir a la seguridad social.

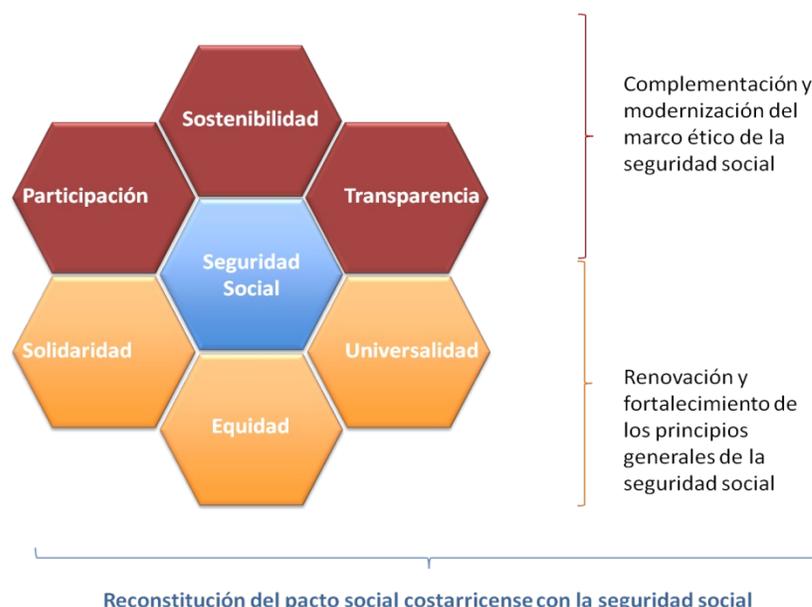
El fortalecimiento del principio solidario brinda las herramientas que permiten a la CCSS hacer frente al cambio en el mercado de trabajo, así como cerrar portillos que permitan institucionalizar la solidaridad como una obligación que alcance no sólo a los trabajadores/as asalariados y a los patronos, sino a toda la población económicamente activa.

Por otra parte, la universalidad como reto ha sido tratada en detalle previamente, pero es necesario reafirmar que el derecho constitucional y humano a la salud debe ser abordado más allá del cumplimiento de compromisos de gestión, los cuales se han convertido en muchas ocasiones en incentivos perversos para que la institución busque planificar sobre “mínimos alcanzables” y no sobre “máximos ajustados a las necesidades reales”. Para ello, el análisis de universalización debe avanzar por la identificación de las brechas geográficas, etarias, étnicas y económicas que separan a la población entre quienes tienen acceso y quienes no, utilizando para ello análisis de cobertura efectiva que permitan direccionar con mayor claridad la toma de decisiones del país hacia metas sanitarias acordes al perfil epidemiológico predominante.

Para enfrentar el reto histórico de crear un nuevo pacto con la seguridad social, no basta con fortalecer los principios fundacionales del sistema costarricense, sino que es necesario incorporar en los modelos de gestión, financiamiento y atención, nuevos pilares éticos que brinden un marco de referencia para las reformas y administración de las próximas décadas. Estos nuevos principios son: la transparencia, la sostenibilidad y la participación. Todos ellos serán la columna vertebral para toda aquella toma de decisión política y técnica que busque una seguridad social que sea cada día más comprehensiva, universal y sostenible.

También se aspira con la nueva modelación del marco ético a que la seguridad sea bien valorada por la población como un logro histórico y enfrente las necesidades de una sociedad cada vez mas informada, comprometida y participativa que reclama su rol en la toma de decisiones de su propia salud y en la gestión y administración del sistema.

Ilustración 1
Reconstitución del pacto social costarricense con la seguridad social



Fuente: Saenz, R & Bermudez, J.L (2011).

En relación con los tres principios por incluir en la reconstitución de un pacto social no sólo centrado en el uso racional de los recursos, se propone la transparencia, con el fin de priorizar la rendición de cuentas en el manejo de los intereses de las colectividades: hacer lo correcto, pagar lo justo, lograr impactar en los resultados y mejorar la equidad en salud. Lo anterior requiere además que entes externos a la institución lo certifiquen como oportunidad para tomar las medidas correctivas (Sáenz, Araya y Valverde, 2012).

Igualmente, para el accionar de la institución son urgentes nuevos esquemas de evaluación, con el propósito de una gestión transparente desde la evaluación de las necesidades de salud como evidencia e insumo mínimo para el diseño de las políticas y metas sanitarias, de las cuales se deben derivar el accionar institucional de la CCSS, cerrando así el portillo para políticas y acciones que en muchas ocasiones han carecido de una justificación técnica pero que sí han contado con una fuerte injerencia de intereses particulares.

Adicionalmente, este principio de transparencia debe permear toda la gestión institucional, el ejercicio profesional del personal de salud, la elección y gestión de las juntas de salud, y el comportamiento mismo de los asegurados y aseguradas del sistema. No obstante, queda claro que es uno de los principios que debe partir de hitos y compromisos políticos para repercutir en el resto del sistema de seguridad social.

Finalmente, es necesario que los esquemas de evaluación de resultados de gestión y de impacto trasciendan los enfoques fragmentarios de los compromisos de gestión y esfuerzos temáticos aislados, hacia evaluaciones integrales de redes y niveles de servicios.

La sostenibilidad se refiere a la sanidad en el manejo de las finanzas, mediante una gestión de mayor impacto en la población mediante menores riesgos, pero que además incorpora la planificación de las necesidades en salud, el desarrollo científico y el tecnológico sin afectar los logros alcanzados por el país (Sáenz, Araya y Valverde, 2012).

Al respecto, es necesario mencionar que la sostenibilidad es una condición que no solo se logra mediante la eficiencia (la cual es necesaria), sino que ocurre también por comprender las demandas crecientes y complejas de los cambios epidemiológicos de la población y buscar opciones de financiamiento adicional para esa nueva realidad, y a la vez por una gestión estratégica que permite crear alianzas entre el sistema, las organizaciones no gubernamentales y la población, de forma que se restituye la seguridad social como un legado tangible y legitimado del modelo de desarrollo costarricense.

Actualmente, la participación es quizá el pilar ético que cuenta con menos instrumentos dentro de la seguridad social. Su práctica persigue volver a colocar en el centro de la toma de decisiones en salud a la población, con el fin de colocar un ladrillo más en la construcción de un sistema aún más sostenible (Sáenz, Araya y Valverde, 2012). Esta condición no se satisface mediante el esquema actual de juntas de salud y su reglamento, sino que se necesita una “política de participación para la seguridad social”, en la cual las juntas serían –bajo un esquema fortalecido– sólo uno de sus eslabones. Es necesario que las organizaciones no gubernamentales que actualmente trabajan y fungen en muchas ocasiones como un “parasistema” de contención y extensión del sistema de salud, ostenten un mayor reconocimiento de su labor actual y cuenten con mecanismos y herramientas permanentes de coordinación y vinculación en todos los niveles del sistema. Las juntas de salud deben ser figuras de mayor presencia y visibilidad en la gestión de los centros de salud y principalmente protagonistas estratégicos para el mejoramiento de la calidad y la cobertura en el ámbito local. Adicionalmente, las juntas deben contar con un espacio nacional de coordinación, opinión e interpelación de las políticas sanitarias e institucionales de la CCSS, que les brinde la trascendencia necesaria para dialogar con las autoridades de salud del país.

La reconstitución del pacto encauza la razón de ser de la seguridad social y permite que, a la luz de estos principios, toda intervención en el sistema se halle direccionada a favor de la población, sin faltar a la historia costarricense y con base en los principios existentes adaptados a los nuevos desafíos. En ese sentido, cuando hablamos en términos del modelo de gestión, finan-

ciamiento y gestión, se abre una serie de combinaciones que orientan la toma de decisiones sin desvirtuar la razón de ser de la población.

Bibliografía

Análisis del módulo de Inmunización Infantil (2011). *Análisis del módulo de Inmunización Infantil*. San José: UNICEF.

Análisis del módulo de Lactancia Materna (2011). *Análisis del módulo de Lactancia Materna*. San José: UNICEF.

Banco Mundial (2010). Indicadores en Salud. *Banco Mundial*. Recuperado el 22 de agosto del 2012, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>

Carrillo, R., Martínez, J., Naranjo, F. y Sauma, P. (2011). *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS: Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud*. San José: CCSS.

CCSS (2009). *Memoria Institucional 2008*. San José: CCSS.

CCSS (2011). *Memoria Institucional 2011*. San José: CCSS.

Díaz, L. (2011, septiembre 8). Contraloría ordena a CCSS cobrar deudas al Estado. *La Nación*. Recuperado el 22 de agosto del 2012, en <http://www.nacion.com/2011-09-08/EIPais/FotoVideoDestacado/N08-BALMA.aspx>

ENGAS (2006). *Encuesta sobre gastos en salud 2006*. San José: INEC.

ENSA (2006). *Encuesta nacional de salud 2006*. San José: UCR.

Gutiérrez, B. (2009). *El Estado de bienestar costarricense: retos para el nuevo gobierno*. Heredia: IDESPO.

- INEC (s.f.). Datos de pobreza en Costa Rica. Recuperado el 20 de agosto del 2012, en <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>
- Knaul, F., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Econ, M. & Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México*, 53(2);85-95.
- MIDEPLAN (2009). *Informe de Evaluación del PND 2008*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2010). *Memoria Institucional 2006-2009*. San José: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2011). *Memoria Institucional 2011*. San José: Ministerio de Salud.
- Programa Estado de la Nación. (2005). *Onceavo Informe Estado de la Nación*. San José: Programa Estado de la Nación.
- Programa Estado de la Nación (2011). *Informe XVII Programa Estado de la Nación*. San José: Programa Estado de la Nación.
- República de Costa Rica (1949). *Constitución política de Costa Rica*. Art 73,74 y 177. San José: Asamblea Legislativa.
- República de Costa Rica (1973). *Ley General de Salud. Ley 5395*. Art. 3. San José: Asamblea Legislativa.
- Sáenz, R., Bermudez, J. y Acosta, M. (2010). *Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica*. San José: WHO.
- Sáenz, R., Acosta, M., Bermudez, J. y Muiser, J. (2011). Sistema de Salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53(2); 156-167.
- Sáenz, R., Ortiz, A., Gutierrez, M. y Bermudez, J. (2011). *Proceso social del cáncer de mama en Costa Rica Vol1: Perspectiva epidemiologica*. San José: Universidad Nacional.
- Sáenz, R., Araya L. y Valverde, J. (2012). *Seguridad social en Costa Rica: de la crisis moral a la crisis institucional*. San José: Representantes de la Sociedad Civil Comisión Especial sobre la CCSS, Asamblea Legislativa.

Vargas J. (2012). *Presentation: On how to reach universal health care in a tropical country and how to sustain it*. Beijing: Symposium Health Systems Research Beijing 2012.

