

ECONOMÍA Y FINANZAS

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA

Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional

José Francisco Pacheco Jiménez
Rebeca Alvarado-Prado

Mayo, 2022



Las crecientes presiones derivadas del envejecimiento poblacional, las nuevas tecnologías médicas, los mandatos legales y las inversiones en calidad sanitaria inciden en los costos generales del seguro de salud costarricense.



Al mismo tiempo, las contribuciones a la seguridad social, otra la principal fuente de ingresos del esquema, experimentan una importante pérdida de dinamismo que obliga a replantear el modelo de financiamiento del seguro.



¿Qué opciones de espacio fiscal se abren? ¿qué nivel de factibilidad política e institucional? ¿qué políticas se impulsan a nivel internacional que pudieran servir como ejemplos a nivel local?

CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	ELEMENTOS PARA LA COMPRESIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD	5
2.1	Objetivos y funciones del sistema de salud.....	6
2.2	Función de financiamiento: concepto y alternativas.....	6
3.	SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD: CONSIDERACIONES LEGALES, INSTITUCIONALES Y FINANCIERAS	12
3.1	Evolución histórica del seguro de salud en Costa Rica: principales hitos.....	12
3.2	Aspectos legales y normativos sobre el financiamiento del seguro de salud.....	12
4.	DESEMPEÑO DEL SEM: COBERTURA Y EVOLUCIÓN FINANCIERA	14
4.1	Cobertura con seguro de salud y perfil de la persona con cubierta.....	14
4.2	Desempeño financiero de la CCSS.....	18
4.3	Tendencias en materia de egresos.....	20
4.4	Saldo financiero.....	22
4.5	Retos del SEM: factores internos y externos.....	23
5.	OPCIONES DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD: ALTERNATIVAS A PARTIR DE UNA REVISIÓN LITERARIA	24
5.1	Financiamiento por imposición.....	24
5.2	Experiencias y casos internacionales	25
5.3	Reformas en materia de seguridad social.....	27
5.4	Reducción de gasto ineficiente.....	28
5.5	Seguros privados voluntarios suplementarios.....	29
5.6	Financiamiento de servicios de promoción de la salud.....	30
5.7	Nuevos modelos: financiamiento innovador.....	30
5.8	Una valoración integrada de las fuentes de financiamiento.....	32
6.	ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LAS REFORMAS EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DEL SEM	33
6.1	Reflexiones generales.....	34
6.2	Recomendaciones puntuales sobre medidas de creación de espacio fiscal.....	34
	Referencias bibliográficas.....	35

1

INTRODUCCIÓN

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cumple 80 años de ser, a lo largo de todo este periodo, un pilar fundamental de la democracia costarricense y de la cohesión social, tan necesaria para el bienestar colectivo. Su aporte al progreso nacional es incuestionable. Sin embargo, como toda organización compleja, su estructura y operación precisa de cambios constantes para su sostenibilidad, especialmente si los cambios inciden directamente en las perspectivas financieras de los programas que administra.

El Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) administrado por la CCSS no se escapa a las presiones que ejercen sobre él, tanto los factores del entorno como aquellos generados endógenamente. Si bien el Seguro mantiene balances financieros positivos en la pasada década, tres temas podrían afectar considerablemente su desempeño financiero futuro. Primero, el aumento de los gastos asociados a la atención de la pandemia por COVID-19 tienen y tendrán, por algún tiempo más, un peso en la estructura de costos de la entidad. Segundo, también producto de la pandemia, el desempleo ha aumentado y con ello los ingresos por contribuciones sociales derivados de salarios e ingresos independientes. La incertidumbre en cuanto a la recuperación del nivel de empleo añade elementos de insostenibilidad. Finalmente, en medio de la crítica situación fiscal del Gobierno central, las posibilidades de un pronto pago de la deuda que se tiene con el seguro parecen lejanas. Aún más, es posible que la deuda misma aumente ante la ausencia de recursos frescos para financiar al Gobierno y la aplicación de una regla fiscal que limita los pagos respectivos.

La coyuntura explica parte del problema financiero del seguro mas no todo. Lo estructural también juega un tanto. La estructura económica, los cambios en el mercado laboral y la dinámica demográfica son tan solo algunos de los determinantes que, desde afuera, podrían forzar a un replantea-

miento del modelo de seguro de salud tal y como lo hemos conocido hasta el día de hoy. Inclusive, bien puede decirse que parte de las presiones sobre el seguro son producto de su propio éxito por cuanto la mejora sustantiva en la esperanza de vida de la población y su respectivo proceso de envejecimiento son a la vez componentes explicativos de las presiones financieras que sobre el mismo seguro se ejercen.

No todo se explica, eso sí, por lo que pasa afuera del SEM. Decisiones de naturaleza interna relacionadas con la forma como se organiza la entidad, los procesos administrativos que la conforman y los incentivos a favor o en contra de la eficiencia y calidad de los servicios, son elementos de naturaleza microeconómica que deben igualmente ser valorados. En ese contexto complejo, se discuten los cambios al modelo de financiamiento del SEM. El presente documento explora ideas aplicadas a nivel internacional en materia de financiamiento del sector salud, como base para propiciar una discusión amplia y una reflexión balanceada sobre las alternativas que tiene el SEM ante los retos que se le presentan en dicha materia. Como tal, el mismo discurre alrededor de las distintas opciones de financiamiento teóricamente desarrolladas. Posterior a una breve descripción del modelo, desde lo normativo, el documento concentra su análisis en torno a temas de cobertura del seguro, perfil de la persona sin seguro y desempeño financiero. En una sección posterior, se exponen fuentes alternativas de financiamiento aplicadas a nivel internacional, tanto las de naturaleza tributaria como otras vinculadas a la seguridad social. Un elemento distintivo incluido en esta sección es la presentación, a nivel inicial, de lo que hoy se denomina financiamiento innovador. Este se ha venido constituyendo una alternativa de fondeo del sector salud, donde se combina la recaudación de nuevos recursos con modificaciones en la gestión de dichos fondos. Finalmente, la última sección desarrolla puntos de reflexión sobre medidas de política y acción en la materia.

2

ELEMENTOS PARA LA COMPRENSIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud son un tema prioritario a nivel global, dado que buscan reducir la carga social, económica y sanitaria que representan las enfermedades, aunado a las discapacidades y muertes prematuras. A lo largo de la historia, se han posicionado diferentes reformas de sistemas de salud de acuerdo con los modos de producción, organización de recursos –respuesta social– o bien desde el perfil epidemiológico. Un hito trascendental para los sistemas de salud, fue la Declaración de Alma Ata (1978) donde se logra incorporar la atención primaria de salud como mecanismo para lograr una cobertura universal asequible (Organización Mundial de la Salud (OMS) 1978).

Pese a lo anterior, los sistemas de salud siguen estando predominado por un concepto centrado en la atención médica, desde un enfoque hegemónico médico. Empero, en la actualidad está emergiendo un nuevo enfoque centrado en los determinantes que influyen de manera indirecta o directa en la salud. Lo anterior, tiene implicaciones a nivel operativo en los sistemas de salud desde el desempeño y práctica (OMS 2000).

En 1989, Duplessis et al. definieron los sistemas de salud como las organizaciones que prestan servicios sanitarios y otras redes, sectores, instituciones, ministerios y organizaciones que tienen una *influencia definida* en el objetivo final del sistema: la salud. Por tanto se consideran importantes la educación, el transporte, los servicios sociales, la vivienda, la industria alimentaria, entre otras (The European Observatory on Health Systems and Policies 2012). Lo anterior, implica que la salud no debe comprenderse únicamente desde el plano biológico-médico, sino a partir de una serie de determinantes sociales de salud. En caso contrario, se centraría únicamente en la atención sanitaria, excluyendo acciones desde otros sectores como ambiente, vivienda, educación, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud, los sistemas de salud están conformados por organizaciones, personas e instituciones cuyo propósito es promover, restaurar o mantener la salud. Dichos sistemas de salud pueden ser integrados y estar centralizados, aunque esto no ocurra siempre en la praxis (OMS 2000).

La definición de un sistema de salud incluye, por tanto, los

servicios de salud –personales y poblacionales– y las actividades que permitan su prestación a través de funciones de financiamiento, generación de recursos y funciones rectoras; además de la rectoría que busca influir en el impacto sanitario desde otros sectores (The European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Por tanto, el sistema de salud abarca tanto los servicios de salud y las actividades que permiten su prestación –como financiamiento– y la rectoría a partir de la gestión (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2000).

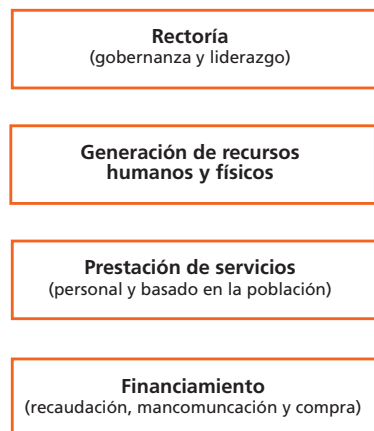
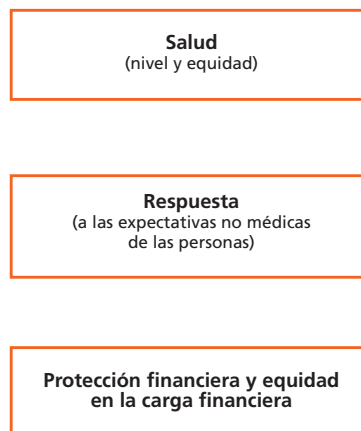
En este sentido, los sistemas de salud no solamente tienen el deber de mejorar la salud, sino de proteger contra pérdidas financieras del costo de la enfermedad, así como aspirar a la dignidad. Una de las metas que se plantea es la equidad de la contribución financiera, pues en todo sistema las personas tienen expectativas del trato que reciben, al ser consideradas como legítimas por el mismo grupo. Por ende, la capacidad de responder debe ser una meta social, que implique una reducción del daño a la dignidad y una potenciación de la autonomía personal (OMS 2000).

«Por tanto, los sistemas de salud trascienden la atención sanitaria, donde la gobernanza de salud debe ser una prioridad para los Estados. En este sentido, los sistemas de salud están estrechamente relacionados con la salud y riqueza, los cuales inherentemente permean el bienestar y cohesión social, refiriéndose a elementos intrínsecos como el medio ambiente, acceso a servicios esenciales, espirituales, entre otros» (OMS 2000).

OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

La OMS (2000) describe como **objetivos de los sistemas de salud** los siguientes: mejorar el estado de salud de la población; mejorar la capacidad de respuesta del sistema cuando las personas entran en contacto con el sistema sanitario; mejorar la equidad en las contribuciones financieras, incorporando tanto la evitación de empobrecimiento como consecuencia de pagos sanitarios “catastróficos” y la distribución equitativa de la carga de la financiación del sistema [Figura 1].

Figura 1

Funciones y objetivos de los sistemas de salud.**FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD****OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD**

Fuente: Kutzin 2013

Dentro de las **funciones del sistema de salud** para lograr dichos objetivos, se incluye la prestación de servicios –quizás la más conocida–; sin embargo, dicha función indica lo que el sistema hace y no lo que en esencia es. Además de la prestación, otras funciones son la rectoría, creación de recursos y financiamiento (The European Observatory on Health Systems and Policies 2012).

Esta misma instancia, indica que en la prestación de servicios de salud la persona debe ser el centro, dado que actúa como proveedora, consumidora, contribuyente y rectora del sistema de salud en la vida adulta; al asumir el rol de paciente durante su curso de vida. Por tanto, el sistema de salud presta diversos servicios o realizan ciertas intervenciones, las cuales deben priorizarse de acuerdo con los factores de riesgo subyacentes, carga de morbilidad y pautas de utilización de servicios, así como información sobre el costo y la eficacia de las intervenciones. Además, se requiere racionar las intervenciones y cerciorarse que los recursos disponibles se invierten en áreas de alta prioridad garantizando la calidad de la prestación de servicios.

En referencia a la rectoría *stewardship* entendida como “gestión cuidadosa y responsable de algo cuyo cuidado se confía a alguien”, se refiere a que la gente confía su cuerpo y dinero al sistema de salud, el cual tiene bajo su responsabilidad y compromiso protegerlos. El gobierno debe utilizar los recursos que la gente debe aportar a través de impuestos y aseguramiento social.

En la prestación de servicios, se requiere que los recursos financieros se repartan de forma equilibrada entre los insumos que se usan para este fin. Los tres insumos esenciales en los sistemas de salud son el recurso humano, capital de equipo y bienes fungibles.

FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO: CONCEPTO Y ALTERNATIVAS

En cuanto al financiamiento, dicha función recauda y pone a disposición los recursos para el sistema. Lo anterior, implica un deber moral y ético de rendir cuenta a la sociedad de cómo se obtienen y combinan los recursos y, no menos importante, la forma en que se usan en última instancia. Por tanto, el financiamiento tiene repercusiones sobre la equidad con que se reparte la carga de los pagos.

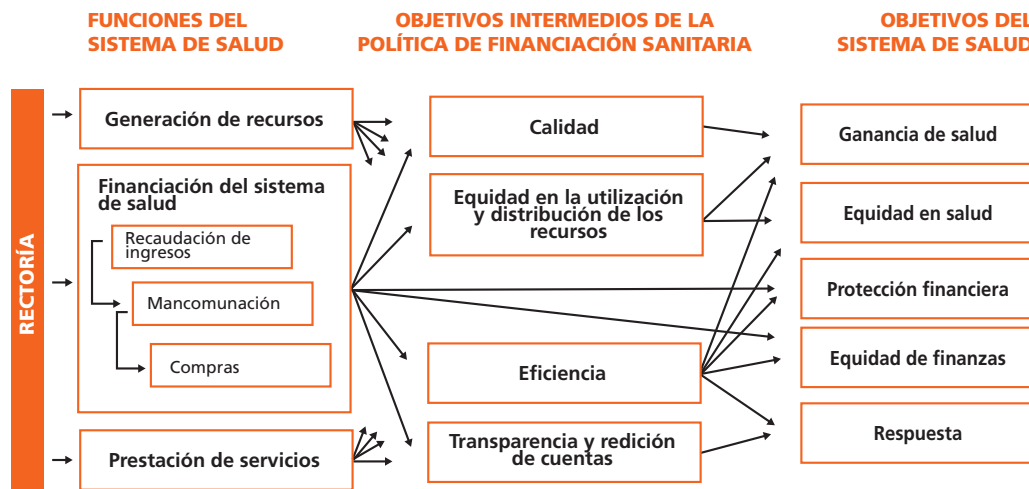
Los sistemas de financiación deben estar diseñados para proporcionar a las personas el acceso a los servicios de salud, incluyendo la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. Dichos servicios deben ser de calidad y eficaces. Es importante indicar que, el financiamiento de salud por sí sola puede afectar a los objetivos intermedios y finales, así como también la afecta la política y la aplicación articulada de las funciones (Kutzin 2013). [Figura 2]

La Organización Mundial de la Salud ha definido objetivos intermedios para lograr los objetivos finales de un sistema de salud, mismos que se establecen en los siguientes términos: promover el uso y la prestación de los servicios en relación equitativos con la necesidad de los mismos, mejorar la transparencia y la responsabilidad del sistema ante la población, promover la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios, y mejorar la eficiencia en la administración del sistema de financiación sanitaria (Kutzin 2008).

El financiamiento en los sistemas de salud, por tanto, es el elemento clave para alcanzar una interacción entre proveedores y personas usuarias. El propósito del financiamiento es contar con fondos, así como establecer incentivos financieros adecuados para quienes son proveedores, con el fin de promover un acceso a la atención de salud (OMS 2000).

Figura 2

Vínculos entre el sistema de financiación sanitaria y los objetivos políticos, otras funciones del sistema y los objetivos generales del sistema



Fuente: Kutzin et al. 2010

Las tres funciones interrelacionadas del financiamiento de los servicios de salud son recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de intervenciones. El primero se refiere al proceso donde el sistema de salud recibe el dinero de familias y organizaciones o empresas, así como donantes. Dentro de las formas de recaudar ingresos destaca: impuestos generales, contribuciones obligatorias a seguros de salud de carácter social, contribuciones voluntarias a seguros de salud privado, pagos del bolsillo del usuario y donaciones. La mancomunación se refiere a la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan las personas que conforman el fondo. Finalmente, la última función, compra, se refiere al proceso por el cual se paga a quienes son proveedores con recursos fi-

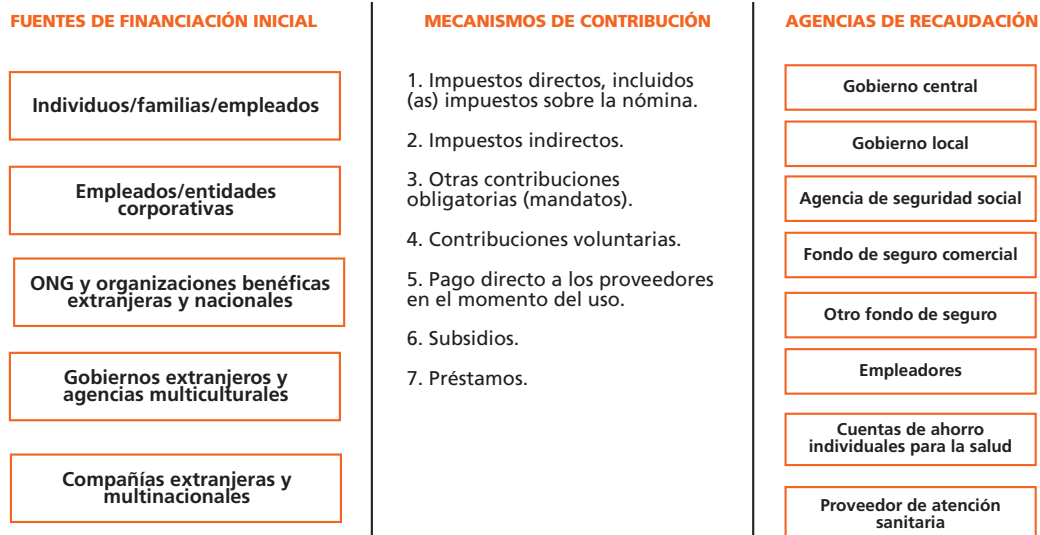
nancieros mancomunados para que presten un conjunto de intervenciones de salud. Para esto, se requiere una compra estratégica donde la búsqueda continua sea lograr el máximo rendimiento del sistema de salud.

Específicamente, en recaudación de ingresos el gobierno recauda impuestos –ingresos fiscales generales, ingresos por impuestos sobre la nómina que suelen destinarse al seguro de enfermedad obligatorio–, seguro social de enfermedad, prepago voluntario, pago directo –bolsillo–, entre otros (Kutzin 2008).

Según Sheiman et al., la recaudación implica las fuentes de financiamiento inicial, mecanismos de contribución y organismos de recaudación [Figura 3].

Figura 3

Recaudación de ingresos



Fuente: Sheiman et al., (2010)

El financiamiento basado en impuestos proporciona una mejor protección financiera a los hogares porque están “preparados”, siendo esto una ventaja para agrupar riesgos sanitarios. Históricamente, este tipo de financiación se dio en dos grupos; el primer grupo de países se basó en el anterior desarrollo del seguro de salud social o privada y el segundo grupo evolucionó, a partir de los servicios sanitarios administrados directamente, a regímenes coloniales. Actualmente, este tipo proporciona una financiación sustancial de servicios en casi todos los países. De hecho, entre los ingresos públicos, los gastos más destacados son los sanitarios (Bennett y Gilson 2001).

Dichas autoras, indican, dentro de las ventajas del pago obligatorio, que el sistema evita problemas comunes a los mercados de seguros voluntarios. Además, los sistemas fiscales pueden beneficiarse de las economías de escala en la administración, gestión de riesgos y poder adquisitivo. No obstante, desde la posición política-económica podría representar privilegiar a algunos grupos, implicando también desafíos en la gestión de los servicios públicos y problemas relacionados con la rendición de cuentas e inestabilidad (Bennett y Gilson 2001).

Otra fortaleza es que, a diferencia de otras formas que dependen de la afiliación a una aseguradora –pública o privada–, este tipo de sistema moviliza fondos de toda la población, independientemente de su estado de salud, ingresos y ocupación. Paralelamente, al lograr la recaudación de fondos, las contribuciones pueden ser distribuidas entre una mayor proporción de la población (Bennett y Gilson 2001). Es importante señalar que la característica que permite que los ingresos fiscales del gobierno sean una fuente progresiva de fondos conlleva que las contribuciones individuales estén separadas de la probabilidad de que la persona necesite o utilice los servicios sanitarios (Savodoff 2004).

Según Health Systems Resource Centre (2001), el financiamiento basado en impuestos es la forma predominante en la mayor parte de África subsahariana y sur de Asia. Se ha señalado que con este tipo de financiamiento se favorece a las personas en condición de pobreza, desde las siguientes premisas: (1) en las economías maduras, los sistemas fiscales tienden a ser progresivos, (2) las personas en condición de pobreza estarían protegidas, al menos, de los choques financieros asociados a grandes costos de atención sanitaria y (3) la financiación fiscal no implica el cobro de tasas en punto de pago, por tanto, la accesibilidad financiera puede ser elevada (Bennett y Gilson 2001).

En contraste, el financiamiento por impuestos ha sido cuestionado en países de ingresos bajos y medios. Aunque tengan acceso a la prestación de servicios, a menudo dichos servicios están en servicios urbanos y hospitalarios, siendo el costo de transporte y tiempo barreras para la población en condiciones de pobreza. Además, en países con sectores formales pequeños, tienden a depender mucho de impuestos indirectos –ejemplo: impuesto sobre las ventas– más que de los directos –como la renta–. En este sentido, los impuestos indirectos son menos progresivos que los directos e in-

cluso pueden ser regresivos.

Otra desventaja es la restricción por las limitadas bases impositivas de impuestos en muchas economías en vías de desarrollo. En este sentido, datos en los hogares sugieren una desigualdad en el acceso a la atención sanitaria financiada por fondos públicos, dado que induce el vicio por el uso de los servicios privados; mientras que la población rica sigue utilizando los servicios públicos con fondos públicos.

En tanto, Wagstaff (2000) indica que, en general, el financiamiento de la salud con ingresos fiscales en los países en vías de desarrollo es, al menos, ligeramente progresiva, y la financiación mediante impuestos directos es más progresiva que otros mecanismos de financiación; esto significa que las personas con mayores ingresos pagan un mayor porcentaje de ingresos para apoyar los sistemas. Sin embargo, esto no es del todo claro dado que el pago fiscal no es preciso en todos los países (Wagstaff 2000 citado por Bennett y Gilson 2001).

El éxito de la financiación por impuestos dependerá de la eficacia del sistema político en la asignación de fondos y la eficacia con la que esta se aplique (William Savodoff 2004). Se recalca que el sistema de salud financiado con impuestos no es sencillo de desarrollar, debido a la falta de una base tributaria sólida y la escasa capacidad institucional para recaudar impuestos de forma eficaz (Carrin et al. 2005).

La financiación por seguro social, en principio implica la afiliación obligatoria de la población. Está compuesta por trabajadores, empleadores, empresas y el gobierno, que pagan contribuciones a un fondo de seguro (Carrin y James 2005). Los seguros sociales se basan en el apoyo mutuo, implica una transparencia de recursos de personas relativamente más dinero y salud a personas relativamente menos dinero y salud. Para lograr lo anterior, la accesibilidad financiera debe ser alta y la incidencia de primas de seguro debe ser, al menos, neutral, si no es progresiva (Bennett y Gilson 2001).

Generalmente, la carga de la financiación se concentra en trabajadores del sector formal, quienes, en países en desarrollo, representan una proporción pequeña de la población. En la praxis, las diferencias entre el sistema fiscal y seguridad social no son grandes, sin embargo, son considerados menos regresivos que los sistemas de predominación privada (Xu, Evans, Carrin y Aguilar-Rivera 2005).

Algunos estudios han indicado que este tipo de financiación produce diferencias de acceso entre personas en condición de pobreza y el resto de la población. Por ejemplo, el gobierno coreano tiene un exitoso sistema de seguro social, sin embargo, los personas en condición de pobreza, adultas mayores y quienes viven en zona rural siguen teniendo menor acceso a la atención sanitaria, debido a la mala distribución del personal y centros de salud, que se ubican principalmente en la zona urbana donde hay mayor demanda y capacidad de pago (Bennett y Gilson 2001).

Además, la evidencia sugiere que, en países de renta baja y

media, dependen en gran medida de contribuciones del gobierno, siendo el personal del gobierno quien se beneficia en mayor proporción de este tipo de seguro. Otro aspecto es que en países con economía estancada es poco probable que este tipo de seguro sea factible.

Dentro de los retos del seguro social, está la ampliación a población trabajadora autónoma y al sector no formal para lograr sus objetivos (Carrin et al. 2005).

Por su parte, los seguros médicos privados suelen ser limitados a un grupo elitista y politizado (Bennett y Gilson 2001). Este tipo de seguro precedió a muchos sistemas modernos de seguridad social en Europa occidental, lo que permitió a los países de esa región crear los mecanismos, las instituciones y la capacidad que, posteriormente, hicieron posible el acceso universal a la atención de salud (Sekhri y Savedoff 2005).

Los seguros médicos privados están desempeñando un papel cada vez más importante tanto en los países de ingresos altos como en los países de ingresos bajos. Este tipo de seguro se caracteriza a menudo como una cobertura comercial voluntaria y con fines de lucro. Muchos países en vías de desarrollo tienen planes de seguro privados que benefician a la clase media y también ofrece cierto grado de protección financiera a población en condición de pobreza y vulnerabilidad. Algunos países desarrollados utilizan el seguro privado secundario para satisfacer vacíos del sistema de financiación pública y cubrir la creciente demanda de servicios sanitarios (Sekhri y Savedoff 2005).

Según la experiencia, este tipo de seguro no debe utilizarse como primera línea —ni en países desarrollados— sino que ofrecen la oportunidad para quienes cuentan con empleo y pueden contribuir directamente a los costos de atención médica, logrando así captar fondos privados para saciar demandas en los cuidados de salud. Cuando la financiación pública es escasa, el seguro privado permite que los ingresos fiscales se destinen a las personas en condición de pobreza. Puede, entonces, servir de mecanismo de transición al crear capacidad y proporcionar protección financiera para ciertos segmentos de la población.

Bennett y Gilson mencionan que, en países de ingresos bajos y medios este tipo de seguro tiende a ser limitado, excepto en Sudáfrica y Zimbabue, donde los grupos de altos ingresos dependen de este tipo de seguro. En este contexto, generalmente los mecanismos de financiación gubernamental y del seguro social pueden reducirse, liberando así más recursos gubernamentales para los pobres. Lo anterior, dependerá en gran medida de que los recursos liberados se utilicen realmente para este grupo poblacional (Bennett y Gilson 2001).

Dentro de la evidencia, se sabe que el seguro de salud privado que cubre a los grupos más pudientes capta comúnmente importantes subsidios gubernamentales, incluso si el gobierno no subsidia explícitamente el seguro (Bennett y Gilson 2001).

Un argumento importante es considerar si quienes adquieren este tipo de seguro deberían “optar por no participar”. Esto podría dañar el potencial para subsidiar la atención a las personas en mayores condiciones de pobreza, además, generar una presión política para mantener altos estándares de atención. Quienes defienden el seguro privado muchas veces indican que las primas de este tipo de seguro deberían estar exentas de impuestos promoviendo su utilización.

En los servicios privados, se encuentran los planes prepago y de riesgo, así como gastos de bolsillo de los hogares. Los pagos de bolsillo se comprenden como los gastos que asume directamente la persona usuaria (Jalali et al. 2021). Este grupo se encuentra dentro de los mecanismos más utilizados en países de desarrollo, los cuales agravan la inequidad en salud, especialmente para la población más vulnerable socialmente. Otros de los mecanismos son transacciones privadas, costos compartidos oficiales del paciente (copagos) dentro de paquetes de beneficios públicos o privados definidos y pagos informales. Los altos costos médicos de este tipo de mecanismo pueden agotar los ahorros financieros y los créditos por daños y, por tanto, repercutir en la adherencia a la medicación y la salud en general.

El impacto de los pagos de bolsillo para la salud va más allá de los gastos catastróficos que generan, las personas pueden decidir no utilizar los servicios por el simple hecho de no pagar los costos directos o indirectos. Por tanto, es probable que esto promueva un círculo vicioso de pobreza (Xu K et al. 2008).

A partir de la evidencia, se indica que los efectos de las tarifas de las personas usuarias sobre las personas en condición de pobreza parecen casi universalmente negativos; los aumentos en las tarifas rara vez se acompañan de mejoras en la calidad. Este tipo de seguro suele limitar efectivamente la demanda de servicios no básicos; empero rara vez este ha sido el propósito en países de desarrollo. En contraste, se conocen pocos sistemas de tarifas de personas usuarias a pequeña escala, con fuerte asistencia técnica, lo cual sugiere que, con el diseño y aplicación adecuado, las tasas de personas usuarias pueden beneficiar a las personas en condición de pobreza (Bennett y Gilson 2010).

Finalmente, el financiamiento comunitario se conoce como el mecanismo mediante el cual los hogares de una comunidad financian o cofinancian los costos asociados a la cartera de servicios de salud. Dentro de las características figura no tener fines de lucro y aplican principio básico de riesgo compartido. Desde la experiencia, se consideran esquemas jóvenes y que, bajo ciertas circunstancias, pueden ser una estrategia atractiva para mejorar el acceso a la salud, empoderando a clientes y mejorando el servicio. Sin embargo, dentro de las barreras se encuentran los problemas con la asequibilidad de las primas, la confianza en la integridad, competencia de los gerentes, entre otros (Carrin et al. 2005). Según la experiencia, el seguro médico comunitario parece estar funcionando, pues favorece a las personas en condición de pobreza. No obstante, esta población necesita acuerdos especiales para poder acceder a las prestaciones

del régimen. Por tanto, se han reportado desigualdades geográficas en estos regímenes, ya que quienes viven más cerca de los centros de salud suelen utilizarlos más, respecto a los de zonas rurales. En el caso de China –periodo del sistema médico cooperativo– el gobierno debió desempeñar un rol redistributivo entre los regímenes para garantizar menor desigualdad por la ruralidad (Bennett y Gilson 2010).

El mal diseño de los planes, las adaptaciones erróneas del

diseño durante la aplicación y la escasa comprensión del concepto de seguro entre la población han contribuido a su bajo rendimiento. Estos planes deben desarrollarse teniendo en cuenta tanto los aspectos técnicos como contextuales (Bennett y Gilson 2010).

En el siguiente cuadro, se resumen las principales características de los mecanismos de pago según criterios de sostenibilidad, equidad y manejo administrativo.

Cuadro 1

Consideraciones financieras y sociales por fuente de financiamiento

OPCIONES DE FINANCIAMIENTO	SOSTENIBILIDAD	SALUD Y EQUITAD	MANEJO ADMINISTRATIVO
Impuestos	El éxito de la financiación por impuestos dependerá de la eficacia del sistema político en la asignación de fondos y la eficacia con la que esta se aplique (Savedoff 2004). Se recalca, que el sistema de salud financiado con impuesto no es sencillo de desarrollar, debido a la falta de una base tributaria sólida y la escasa capacidad institucional para recaudar impuestos de forma eficaz (Carrin et al. 2005).	Los impuestos directos sobre beneficios y ganancias de capital parecen favorecer la cobertura universal, a la vez que no dañan los resultados en salud. En contraparte, los impuestos al consumo están relacionados con peores resultados en salud. Por lo tanto, aunque es más eficiente y sus resultados recaudatorios pueden ser mayores, el financiamiento a través de impuestos al consumo puede ser contraproducente para los objetivos sanitarios que se pretenden alcanzar con el alza de impuestos (Organización Panamericana de la Salud 2018). Aunque tengan acceso a la prestación de servicios, a menudo dichos servicios están en servicios urbanos y hospitalarios, siendo el costo de transporte y tiempo barreras para la población en condiciones de pobreza (Bennett y Gilson 2001).	La recaudación es más simple y mayor a través de aumentos del impuesto del valor agregado. Los incrementos en los impuestos a la renta afectan a menores cantidades totales y suelen sufrir de mayor evasión. Sin embargo, la diferencia entre un tipo de impuesto y otro no es neutra para la salud (Organización Panamericana de la Salud 2018).
Seguros sociales	Los países que han recurrido a estos recursos para financiar la salud, principalmente economías avanzadas, han optado por un único fondo universal, financiado con impuestos generales y, en algunos casos, complementariamente, con aportes solidarios de cotizaciones sociales (Organización Panamericana de la Salud 2018). Además, la evidencia sugiere que, en países de renta baja y media, dependen en gran medida de contribuciones del gobierno, siendo el personal del gobierno quien se beneficia en mayor proporción de este tipo de seguro. Otro aspecto es que en países con economía estancada es poco probable que este tipo de seguro sea factible. Dentro de los retos del seguro social está la ampliación a población trabajadora autónoma y al sector no formal para lograr sus objetivos (Carrin et al. 2005).	El aumentar la recaudación a través de las contribuciones solo beneficia al grupo poblacional cubierto por ese sistema, salvo que se estime el impacto cruzado sobre los aportes estatales y sobre la liberación de recursos en el sector público (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Los planes de seguro social proporcionan acceso a servicios de salud para grupos específicos de la población, a través de la participación obligatoria y la elegibilidad en base a un pago de una contribución no relacionada con riesgo (por ejemplo, las contribuciones pagadas por empleadores y / o empleados para la salud). Algunos estudios han indicado que este tipo de financiación produce diferencias de acceso entre pobres y el resto de la población (Bennett & Gilson, 2001).	Las contribuciones a la seguridad social son pagos obligatorios realizados al Estado por trabajadores o empleadores. Estos pagos confieren derechos a las personas trabajadoras (y sus dependientes o familiares) para recibir beneficios sociales futuros, como el seguro de desempleo, el seguro de accidentes, pensiones y reembolsos de atención médica, entre otros (Organización Panamericana de la Salud 2018).

OPCIONES DE FINANCIAMIENTO	SOSTENIBILIDAD	SALUD Y EQUIDAD	MANEJO ADMINISTRATIVO
Privados	Según la experiencia, este tipo de seguro no debe utilizarse como primera línea –ni en países desarrollados– sino que ofrecen la oportunidad para quienes cuentan con empleo y pueden contribuir directamente a los costos de atención médica, logrando así captar fondos privados para satisfacer demandas en los cuidados de salud. Cuando la financiación pública es escasa, el seguro privado permite que los ingresos fiscales se destinen a personas en condición de pobreza. Puede, entonces, servir de mecanismo de transición al crear capacidad y proporcionar protección financiera para ciertos segmentos de la población (Bennett y Gilson 2001).	Suelen estar limitados a un grupo elitista y politizado (Bennett y Gilson, 2001). El seguro de salud privado cubre a los grupos más pudientes captando comúnmente importantes subsidios gubernamentales, incluso si el gobierno no subsidia explícitamente el seguro (Bennett y Gilson 2001).	Este tipo de seguro se caracteriza a menudo como una cobertura comercial voluntaria y con fines de lucro; muchos países en vías de desarrollo tienen planes de seguro privados que benefician a la clase media y también ofrece cierto grado de protección financiera a población en condiciones de pobreza o vulnerabilidad (Bennett y Gilson 2001).
Pago de bolsillo	Acá se habla de gastos catastróficos en salud cuando los hogares deben dedicar una proporción muy alta de sus presupuestos para pagar directamente (de bolsillo) por los servicios. También se encuentra en la literatura la referencia a gastos empobrecedores, refiriéndose a aquella situación en la que este rubro de gasto representa la diferencia entre situarse por encima o por debajo de la línea de pobreza en cada contexto (Organización Panamericana de la Salud 2018).	Este tipo de gasto es uno de los principales determinantes de inequidad, ya que la atención responde a la capacidad de pago. Este concepto se relaciona directamente con el nivel de protección financiera que se garantiza a los hogares (Organización Panamericana de la Salud 2018).	El gasto de bolsillo es el pago directo en el momento de utilizar los servicios que realizan los hogares por atención de salud, junto a las primas pagadas a los seguros privados, es el principal componente del gasto privado (Organización Panamericana de la Salud 2018).
Comunitario	El mal diseño de los planes, las adaptaciones erróneas del diseño durante la aplicación y la escasa comprensión del concepto de seguro entre la población han contribuido a su bajo rendimiento. Estos planes deben desarrollarse teniendo en cuenta tanto los aspectos técnicos como contextuales (Bennett y Gilson 2010).	Según la experiencia, el seguro médico comunitario parece estar funcionando, pues favorece a la población en condición de pobreza. No obstante, esta población necesita acuerdos especiales para poder acceder a las prestaciones del régimen. Por tanto, se han reportado desigualdades geográficas en estos regímenes, ya quienes viven más cerca de los centros de salud suelen utilizarlos más, respecto a quienes son de zonas rurales (Bennett y Gilson, 2010).	Dentro de las características figura no tener fines de lucro y aplica el principio básico de riesgo compartido. Desde la experiencia, se consideran esquemas jóvenes y que, bajo ciertas circunstancias, pueden ser una estrategia atractiva para mejorar el acceso a la salud empoderando a clientes y mejorando el servicio (Bennett y Gilson 2010).

Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, los sistemas de salud tienen como función el financiamiento de la salud, donde la recaudación de ingresos debe contextualizarse de acuerdo al alcance de cada país. La cobertura universal debe ser una aspiración global, garantizando un sistema de financiación sostenible. El primer punto implica la promoción de una cobertura efectiva, es decir que cada persona reciba la intervención que necesita y experimente una mejor salud como resultado; por tanto, se busca la reducción de la brecha entre la necesidad de servicios y la utilización de los mismos, así como garantizar

que los servicios sean de calidad para aumentar la salud de quienes los utilizan (Kutzin 2013).

En este marco, la cobertura universal es un elemento importante para la cohesión social, el derecho a la salud y a un acceso equitativo a los servicios sanitarios. El financiamiento de salud para la cobertura universal implica, por tanto la reflexión constante de las reformas de recaudación, compra y el diseño de prestaciones orientadas a mejorar el sistema de salud.

3

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD: CONSIDERACIONES LEGALES, INSTITUCIONALES Y FINANCIERAS

El presente apartado describe aspectos de naturaleza normativa e institucional relacionadas con la evolución del seguro de salud en Costa Rica.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SEGURO DE SALUD EN COSTA RICA: PRINCIPALES HITOS

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se crea como entidad de carácter semiautónomo el 1 de noviembre de 1941 mediante Ley N.º 17 siendo presidente el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Posteriormente, en 1943, se reforma la ley respectiva para convertirla en una institución autónoma plena.

Desde la perspectiva del financiamiento propiamente dicho, el modelo tripartito ha prevalecido a lo largo de las décadas con participación de patronos, trabajadores y el Estado. El proceso de avance hacia la cobertura universal ha sido largo y si bien a lo largo de 80 años de existencia los resultados demuestran una amplia cobertura de la población nacional, ciertamente aún existe un porcentaje importante de la ciudadanía sin seguro de salud. Históricamente, el avance hacia la cobertura universal ha tenido los siguientes hitos (Arce 2021; CCSS página web):

- 1941: afiliación obligatoria para personas asalariadas manuales e intelectuales de zonas urbanas con sueldos bajos. Los beneficios a los que se tenía acceso eran aquellos del Seguro de Enfermedad y Maternidad, creado en 1942.
- 1947: se establece el seguro de pensiones por Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) destinado a personal funcionario gubernamental y de municipalidades. En ese mismo año, se amplía el acceso al seguro para población trabajadora administrativa de empresa privada.
- 1960: seguro del IVM se amplía a personas empleadas del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales.
- 1961: se aprueba la Ley N.º 2738 sobre Universalización de los Seguros Sociales a cargo de la CCSS. Para 1971, se normó la inclusión de toda la población obrera en el seguro.
- 1962: se incorporan la población trabajadora manual ocasional y la población trabajadora pagada por planillas de jornales en obras públicas y ferrocarriles.

- 1975: extensión del IVM a trabajadores agrícolas mientras se asigna a la CCSS la administración de las pensiones del Régimen no Contributivo como un programa de apoyo a personas adultas mayores (y de otros grupos) que no hubieran cotizado al IVM.
- 2000: se aprueba la Ley N.º 7983 Ley de Protección al Trabajador, misma que otorga a la CCSS la responsabilidad de recaudar las cuotas obrero-patronales de los fondos de capitalización laboral y el fondo de pensión complementaria para su posterior distribución a las operadoras.

ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD

En materia de financiamiento, el SEM se rige por lo contemplado tanto en la Ley Constitutiva de la CCSS como en el Reglamento del Seguro de Salud. Tres artículos de la ley son claves. El artículo 32 otorga a la Junta Directa la función de crear dos fondos, uno para SEM y otro para IVM. El artículo 33, por su lado, define al Seguro de Salud como un régimen de reparto lo siguiente:

«ARTÍCULO 33.- El fondo del régimen de reparto estará conformado por las cuotas de los patronos y se destinará a las prestaciones que exijan los seguros de enfermedad y maternidad, con la extensión que indique la Junta Directiva, y a cubrir, además, los gastos que ocasionen los mismos seguros, así como los de administración en la parte que determine la Junta Directiva en el presupuesto correspondiente, todo de acuerdo con los cálculos actuariales.»

Finalmente, la ley define que los costos administrativos del seguro de enfermedad y maternidad no podrán sobrepasar el 8% de los ingresos efectivos.

Las contribuciones a la seguridad social representan la fuente de financiamiento más importante del seguro de salud. El artículo 62 del Reglamento del SEM establece las cuotas respectivas para cada uno de los tipos de seguro vigentes, mismas que se presentan en el Cuadro 2.

En el caso de las personas asalariadas, las contribuciones totalizan un 15% de la planilla, misma que responde a un aporte patronal del 9.25%, un 5.50% por parte de los trabajadores

y un 0.25% proveniente del Estado. Según lo establece el mismo reglamento, las deducciones respectivas se deben aplicar sobre el monto ordinario del salario, así como el salario en especie, las retribuciones extraordinarias y las especiales. Un esquema similar funciona para las personas pensionadas, quienes aportan un 5% de su jubilación mientras el fondo de pensiones que lo cubre contribuye con un 8.75%.

En el caso del seguro voluntario, el Reglamento establece que la contribución «estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y Económica». Actualmente, esa cuota fluctúa entre ₡12 000 y ₡25 000 por mes.

Además, la contribución estatal comprende no solo el 0.25% de la masa cotizante del grupo, sino que, además, se establece un aporte adicional resultante de la diferencia entre la contribución que paga el asegurado y la contribución global.

El grupo de población asegurada por cuenta del Estado responde a todos aquellos segmentos que deben recibir la afiliación al SEM producto de disposiciones legales establecidas en distintas piezas de legislación. Su financiamiento proviene del presupuesto nacional (impuestos y deuda) y corresponde a un 0.25% sobre toda la masa cotizante derivada de las poblaciones aseguradas a cargo del Estado.

Cuadro 2

Tasas de contribución al SEM vigentes al 2021

TIPO DE SEGURO	PATRONO	TRABAJADOR	ESTADO	PENSIONADO	FONDO DE PENSIONES	OTROS
Asalariado	9.25%	5.50%	0.25% *			
Pensionado			0.25% *	5.00%	8.75%	
Voluntario			0.25% *			12 000 - 25 000
A cargo del Estado						0.25% *
Independiente		2.89% - 10.69%	0.25% *			

* Corresponde al salario de todas las personas trabajadoras del país, así como de todas las pensiones y masas cotizantes de independientes y otros grupos.

Fuente: Reglamento del SEM

Sobre trabajadores independientes, este grupo cobra un interés especial en un país donde los niveles de informalidad rondan el 47% de la población ocupada. Contrario al esquema asalariado, el seguro para trabajadores independientes debe ser financiado prácticamente en su totalidad por la persona trabajadora a partir de una escala contributiva esti-

mada por la Dirección Actuarial y Económica y aprobada por la Junta Directiva. El Estado aporta un 0.25% adicional de la masa cotizante de este grupo. Hoy día, la tasa contributiva del seguro de salud para trabajadores fluctúa entre 2.89% y 10.69%, según el nivel de ingreso registrado por quien cotiza.

Cuadro 3

Esquema de cotización en trabajadores independientes, 2021

RANGO DE INGRESO (EN COLONES)	TASA SEM
Menos de 297 044	2.89%
De 297 045 a 639 149	4.33%
De 639 150 a 1 278 298	6.24%
De 1 278 299 a 1 917 447	8.02%
Más de 1 917 448	10.69%

Fuente: Elaboración con base en información de la CCSS

Además de las contribuciones sociales, el SEM se nutre financieramente de otros rubros como los intereses por inversiones financieras, venta de activos, transferencias del sector público y recursos de años previos. En ese sentido, cabe recordar que la legislación ha creado una serie de compromisos con cargo al presupuesto nacional relacionados con el financiamiento de programas como vacunación, Código de Niñez y Adoles-

cencia, internos de centros penales y fecundación in vitro. Además, como recaudador del impuesto al tabaco establecido en la Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud (Ley 9028), el Ministerio de Hacienda (vía Ministerio de Salud) traslada a la CCSS un monto determinado en función de la recaudación de dicho tributo.

4

DESEMPEÑO DEL SEM: COBERTURA Y EVOLUCIÓN FINANCIERA

El presente apartado tiene como objetivo analizar el grado de cobertura poblacional del SEM, así como su comportamiento financiero en perspectiva de largo plazo.

COBERTURA CON SEGURO DE SALUD Y PERFIL DE LA PERSONA CON COBERTURA

Estimaciones reportadas por la CCSS en sus Memorias del 2000 y 2019 indican que la cobertura contributiva del SEM pasó del 87.6% al 91.1%, respectivamente. En este último año, la composición de la población asegurada muestra que el grupo asalariado y sus dependientes representan casi el 55% de población beneficiada, mientras que las personas dependientes por cuenta del estado constituyen 1 de cada 7. Sin embargo, desde una perspectiva contribu-

tiva, los datos muestran 3 grupos. El grupo 1 comprende a aquellos segmentos que cotizan directamente desde su rol como persona trabajadora o pensionada, o bien personas amparadas a esquemas especiales. El grupo 2 agrupa a dependientes. Finalmente, el grupo 3 contempla propiamente a la población no asegurada. Un elemento llamativo en la composición de la afiliación entre 2000 y 2019 es que el grupo 1 creció de manera importante, pasando de representar el 45.4% al 60.2%. Los siguientes grupos mostraron crecimientos disminuidos menores inclusive al ritmo de la población. Por ejemplo, el grupo de dependientes (tanto personas dependientes directas como pensionadas) únicamente aumentó un 2.4% en 19 años de análisis. Como consecuencia de lo anterior, el ratio de personas dependientes versus cotizantes directas bajó de 0.93 a 0.51.

Cuadro 4

Composición de población asegurada en Costa Rica, por categoría. 2019

CATEGORÍA DE ASEGURAMIENTO	TAMAÑO DE POBLACIÓN	PARTICIPACIÓN
Personas asalariadas	1 314 691	26.0%
Cuenta propia	398 608	7.9%
Convenios	61 234	1.2%
Cuenta del Estado	753 394	14.9%
Dependientes de persona asegurada directa	1 446 368	28.6%
Estudiantes	46 283	0.9%
Personas pensionadas	470 029	9.3%
Dependientes de persona pensionada	117 795	2.3%
Población no asegurada	439 530	8.7%
Seguro privado	11 798	0.2%
TOTAL	5 059 730	100.0%

Fuente: Memoria Anual 2019, CCSS

Las estadísticas anteriores muestran diferencias importantes respecto a los datos aportados por el Instituto Costarricense de Estadísticas y Censos a través de la Encuesta Nacional de Hogares 2019. Según esta fuente, 753 543 personas no estu-

vieron cubiertas por seguro de salud durante ese año, cifra que representa al 14.9% de la población nacional y un 71% mayor al dato reportado por la Caja.

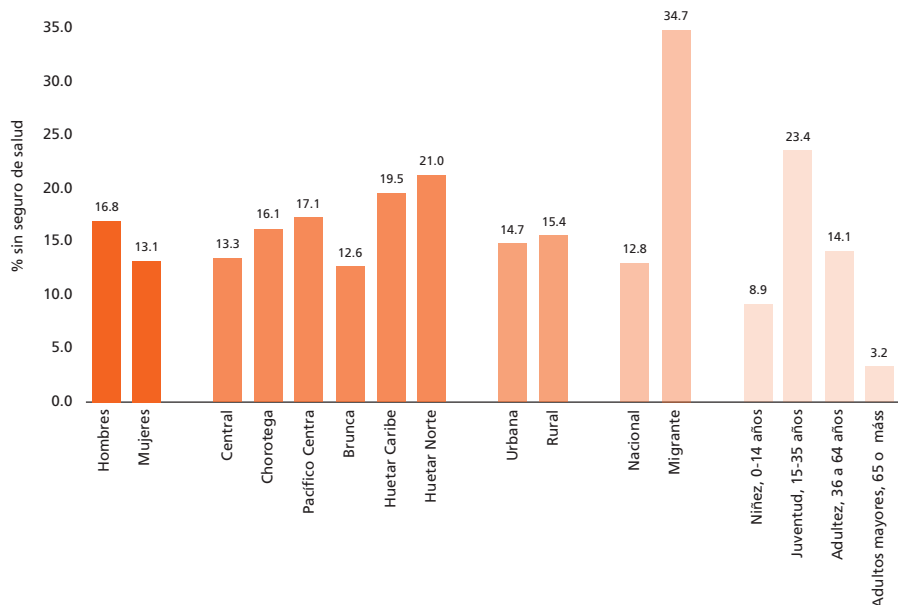
Como parte de la exploración en ese apartado, el documento examina las características de la población no asegurada a partir de la información de la ENAHO 2019. El gráfico a continuación muestra el porcentaje de población sin seguro de salud, por característica personal. En general, la persona sin seguro de salud se caracteriza por ser hombre, entre 15 y 35 años, migrante y residente de las zonas Huetar Norte y Huetar Caribe. Son la población migrante el grupo más afectado habiendo una de cada tres personas sin protección adecuada. Lo anterior, con respecto a la población costarricense, su tasa es casi 3 veces superior. El migrante nicaragüense experimenta una tasa cercana al 40%.

El segundo grupo con mayor afectación es el de jóvenes en el rango 15-35 años, mismo cuya tasa se eleva al 23.4%, 9 puntos por encima del grupo etario que le sigue (personas adultas con 14.1%). No obstante, los grupos más vulnerables como personas menores de edad y adultas mayores poseen tasas

de un dígito que reflejan políticas activas impulsadas en décadas pasadas a favor de su protección sanitaria.

La condición por residencia geográfica muestra que la mayor incidencia de personas sin seguro se ubica en las regiones Huetar Caribe (19.5%) y Huetar Norte (21%), en contraposición a la región Brunca, donde la tasa se ubica inclusive por debajo del promedio nacional. Resulta importante anotar que, al cruzar determinados segmentos de poblaciones altamente desprotegidas, los datos indican, por ejemplo, que un 33.3% de la población joven de la región Huetar Norte no poseen seguro y son la niñez y juventud migrantes quienes más desprotegidas están de entre las personas nacidas fuera del territorio nacional: un 45.7% de ellas no posee seguro. Aún más, el 62% de las personas menores de 15 años que residen en dicha región no posee protección en materia de seguro de salud.

Gráfico 1
Porcentaje de población sin seguro de salud, por característica



Fuente: Elaboración a partir de ENAHO 2019

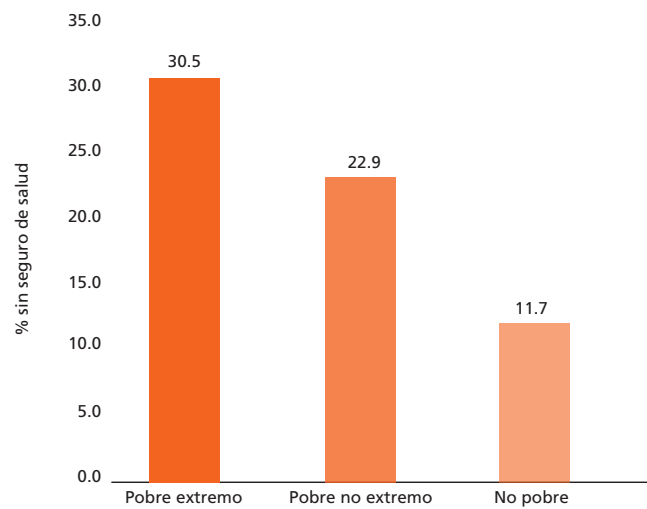
En cuanto a su perfil educativo, la escolaridad mediana de la persona sin seguro es de 8 años, esto entre la población de 15 o más. El 88.9% de este mismo grupo tiene educación secundaria completa como nivel máximo de instrucción, pero 71% tiene secundaria incompleta o menos.

El perfil en materia de pobreza refuerza las tendencias antes comentadas. La relación entre tasa de desprotección y nivel de pobreza crece en contra de grupos con mayores limitaciones socioeconómicas al punto que el porcentaje de personas en pobreza extrema y sin seguro es casi 3 veces superior a la tasa de personas sin condición de pobreza. En términos de pobreza multidimensional, mientras el 10% de las personas sin condición de pobreza no tienen seguro, entre aquellas en situación de pobreza, la tasa aumenta a 33.7%. Además, siempre en referencia a la pobreza multidimensional, los datos

muestran lo siguiente:

- Un 21.7% viven en condiciones de hacinamiento (13.5% nacional)
- Un 4.6% no tiene Internet (3.7% nacional)
- Un 7.8% experimenta desempleo de largo plazo (5% nacional)
- El 19.7% no recibe salario mínimo (12.9% nacional)
- Al 49.0% se le incumplen derechos laborales (31.6% nacional)
- El 22.0% es independiente informal (15% nacional)

Gráfico 2

Relación entre pobreza y cobertura con seguro de salud, 2019

Fuente: Elaboración a partir de ENAHO 2019

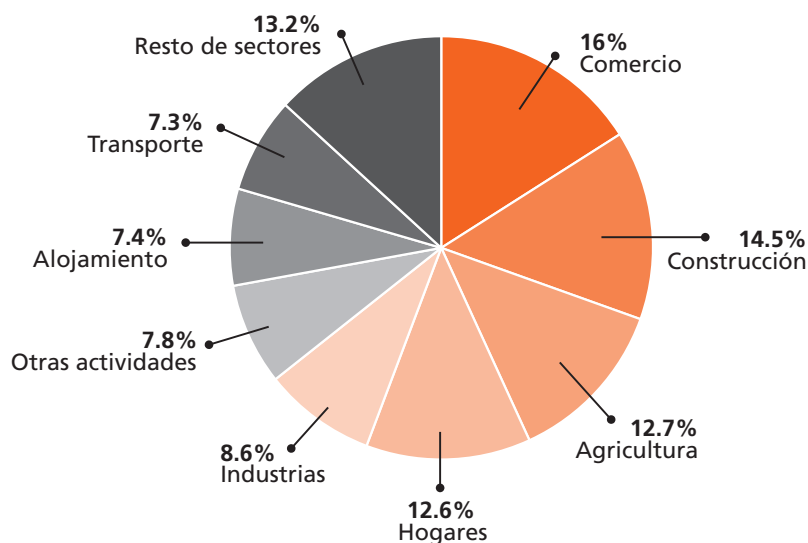
Finalmente, en materia laboral, el 49% de las personas no-aseguradas se encuentran ocupadas al tiempo que la tasa de pobreza en el 2019, en este grupo, ascendía al 25.4%. Una de cada 3 personas sin seguro no se encuentra activa en el mercado de trabajo. Entre las personas ocupadas, un 50% no laboran jornadas a tiempo completo con una jornada semanal media de 36.3 horas.

Cuatro sectores absorben el 55.8% de las personas sin seguro en Costa Rica: comercio, construcción, agricultura y personas trabajadoras del hogar. En efecto, en cuanto a la composición

del grupo sin seguro por rama de empleo, una de cada seis personas ocupadas sin seguro labora para el sector comercio, una de cada siete para construcción y una de cada ocho para hogares.

Por otro lado, cuando el análisis se centra en la ocupación de la persona trabajadora, los resultados muestran que el 43.7% de las personas ocupadas sin seguro se dedican a ocupaciones elementales, seguido por un 20.3% que contribuyen las personas trabajadoras de servicios y vendedores y, finalmente, un 16.4% que aportan oficiales y personas operarias.

Gráfico 3

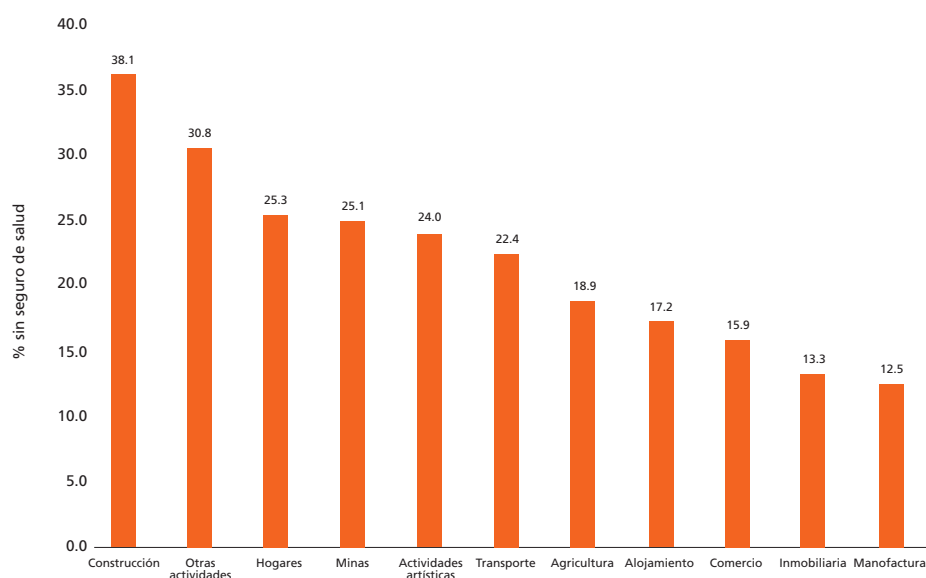
Composición de población ocupada sin seguro por rama de actividad

Fuente: Elaboración a partir de ENAHO 2019

Una forma alternativa de analizar el problema de la carencia de cobertura por rama de actividad es por medio de la estimación de cuantas personas trabajadoras no poseen seguro de salud. En otras palabras, contrario al punto anterior donde se discutió la contribución de cada rama al total de personas sin cobertura, en este caso el factor de atención es la proporción de trabajadores, en cada rama, que no goza del seguro.

Datos a partir de la ENAHO indican que poco más del 36% de trabajadores de construcción no cuentan con seguro, porcentaje que se encuentra seguido por otras actividades (30.6%), hogares (25.3%) y minas (25.1%). Interesantemente, actividades artísticas aparece en un quinto puesto: aproximadamente un cuarto de las personas que laboran en esa rama lo hacen sin protección en salud.

Gráfico 4

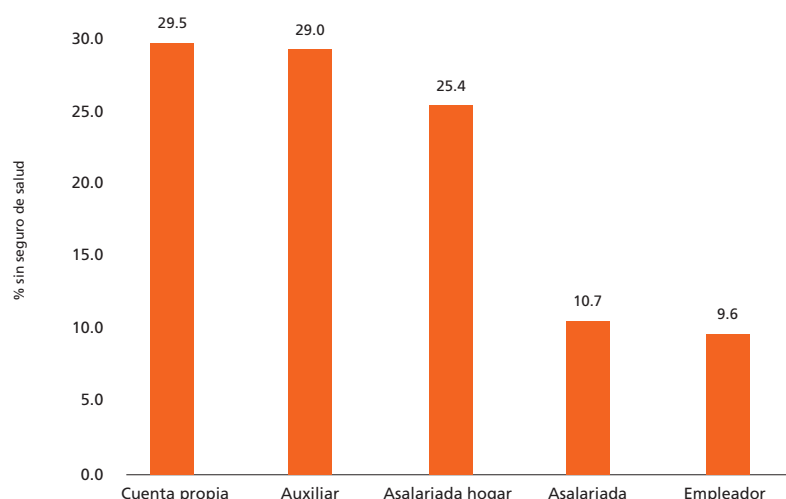
Porcentaje de trabajadores sin seguro por rama de actividad, 2019

Fuente: Elaboración a partir de ENAHO 2019

Por último, para fines de política de cobertura en materia de salud, es útil conocer la cobertura en aquellos grupos laborales por tipo de vínculo contractual. Los seguros sociales fueron implementados inicialmente para proteger a poblaciones asalariadas y paulatinamente fueron ampliándose a otros segmentos, como trabajadores independientes. En el caso de Costa Rica, cerca de un 10% de la población asalariada no

tiene seguro. Sin embargo, el punto hacia donde orientar los esfuerzos de cobertura debería ser en el segmento de trabajadores independientes, donde cerca del 30% no tienen seguro. El segundo grupo en importancia es el de las personas trabajadoras de hogares, donde una de cada cuatro no posee protección.

Gráfico 5

Porcentaje de personas ocupadas sin seguro, por posición en empleo

Fuente: Elaboración a partir de ENAHO 2019

DESEMPEÑO FINANCIERO DE LA CCSS

Este apartado analiza el desempeño financiero de la CCSS desde la óptica de ingresos, egresos y el saldo financiero observado desde 1992 hasta 2020.

Evolución en materia de ingresos

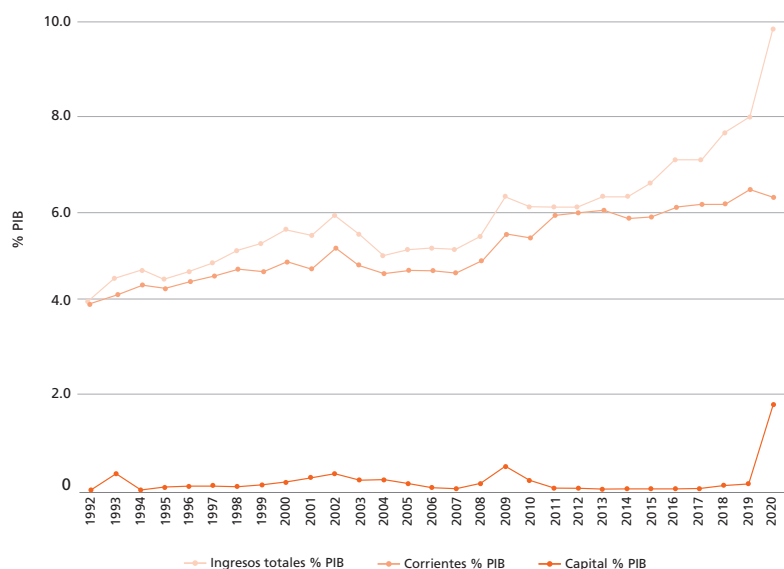
Los ingresos totales de la CCSS ¹ promediaron 5.8% del PIB entre 1992 y 2020 con una tendencia al alza a lo largo de este periodo (ver gráfico 1). De esta forma, mientras entre 1992 y 1999 los ingresos representaron 4.7% del PIB, en las siguientes dos décadas dichos valores aumentaron al 5.5% (2000-2009) y 7.0% del PIB (2010-2020). Este último dato cae al 6.7% del PIB si se descuenta el efecto COVID-19, que impulsó un aumento extraordinario en los ingresos de capital. La tasa media real de crecimiento anual se estima en 7.8% si bien es observable una desaceleración a lo largo de los años, de 9.2% en 1992-1999 a 7.4% en 2010-2019.

Por componente, los ingresos corrientes representaron 5.2% del PIB (4.4%, 4.9% y 6.0% para cada uno de los periodos arriba descritos, respectivamente), contribuyendo con 89.6%

de los ingresos totales del seguro de salud. Su tasa media de crecimiento real se ubicó en 6.1% por año, por debajo del crecimiento de los ingresos totales. La caída paulatina del peso de los ingresos corrientes se observa con mayor intensidad desde el 2015, fecha a partir de la cual ese porcentaje desciende de forma persistente hasta alcanzar un 80.3% de los ingresos totales en 2018-2019. En 2020, los ingresos corrientes cayeron al 63.4% del ingreso total con una contracción nominal, respecto al 2019, de ₡154 000 millones. Los ingresos de capital no suelen representar más del 0.1% del PIB con un valor máximo del 0.5% del PIB en el 2009 (previo a pandemia), condición que representa un peso medio del 1.9% en los ingresos totales. Este patrón se modificó sustancialmente durante el primer año de COVID-19, representando en dicho año un valor extremo que se elevó al 1.85% del PIB y al 18% de los ingresos totales. Los ingresos de capital representaron, en el 2020, 16 veces más ingreso que en su promedio histórico. Los ingresos por financiamiento, sobre los cuales se profundizará más adelante, tuvieron un peso del 7.1% de los ingresos totales o 0.51% del PIB. Su participación acelerada a través de los años pone de manifiesto la creciente dependencia del seguro de salud de los recursos de años anteriores para cerrar brechas en su marco de financiamiento.

Gráfico 6

CCSS: Ingresos totales por categoría como % del PIB, 1992-2020



Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

En cuanto a los ingresos corrientes, dos características sobresalen. Primero, las contribuciones a la seguridad social han aportado poco más del 82% de los ingresos corriente en la última década, mientras las transferencias corrientes (del sector público) contribuyen con uno de cada diez colones en este apartado. La segunda tendencia a detallar es que en los pasados 28 años, cambios importantes se han observado en la composición de este segmento. Por ejemplo, mientras en los 90 las contribuciones al seguro de salud promediaron el 89.2% de los ingresos corrientes, para años recientes esta participación ha caído cerca de 8 puntos porcentuales. Por su

lado, las transferencias corrientes, que previo al 2010 no superaban el 5%, han superado el 10% desde el 2010.

De los ingresos corrientes y totales de la CCSS, las contribuciones sociales son, por mucho, el principal componente financiero y estratégico del modelo de seguridad social. Desde 1992, las cotizaciones a la seguridad social han tendido a la baja cualquiera que sea su punto de referencia. Como porcentaje de los ingresos corrientes, las contribuciones cayeron del 89.5% en el quinquenio 1992-1996 y al 81.2% en el lapso 2015-2019. Ya para el 2019, este porcentaje había caído por

¹ Los ingresos totales corresponden a la suma de ingresos corrientes, ingresos de capital y financiamiento.

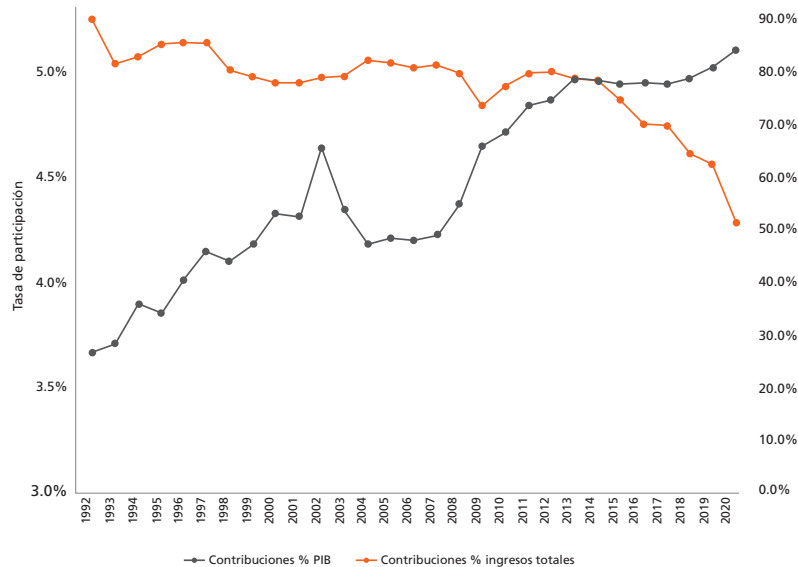
debajo del 80%. Como proporción de los ingresos totales, las contribuciones se movieron del 85.2% (1992-1996) al 68.5% (2015-2019) con un pronunciado declive en el 2020 que ubicó dicha participación en cerca del 51% de los ingresos totales.

En cuanto a su participación como porcentaje del PIB, las con-

tribuciones han crecido de manera paulatina desde 3.7% a inicios de los 90 hasta 5% previo a pandemia. El crecimiento nominal anual de las contribuciones es explicado por partes iguales entre contribuciones de empleadores (14.3% por año) y de trabajadores (14.7%). A largo plazo, el 60% de las cotizaciones provienen del sector patronal.

Gráfico 7

Participación de contribuciones sociales en ingresos, 1992-2020



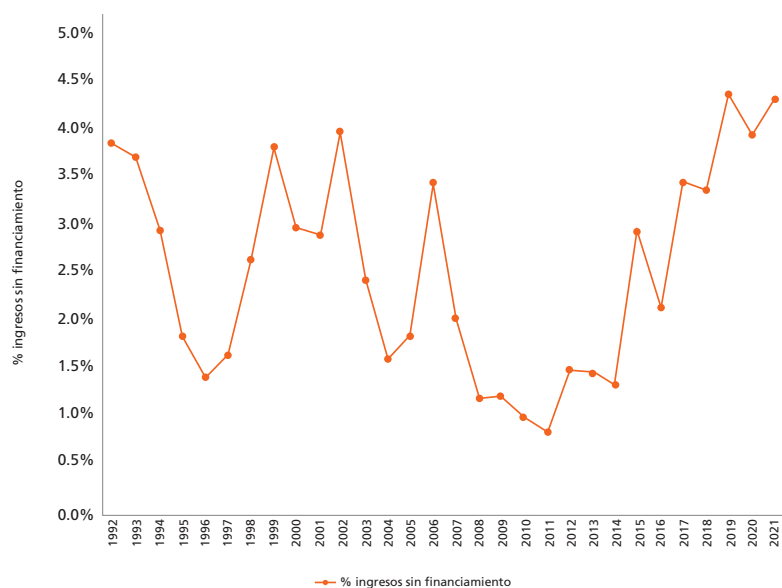
Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

Dentro de los ingresos corrientes, un rubro que deviene de interés para el análisis de los ingresos es el de las rentas de activos financieros, es decir, los ingresos derivados de inversiones financieras. Si se consideran como porcentaje de los ingresos sin financiamiento, tales rentas han aportado un 2.5% de

esos ingresos con una importante recuperación a partir del 2012 luego de que en el año previo se alcanzara el mínimo histórico (0.8% de los ingresos sin financiamiento). En el último trienio, las rentas financieras alcanzaron el 4.2% de los ingresos.

Gráfico 8

Rentas de activos financieros en ingresos sin financiamiento

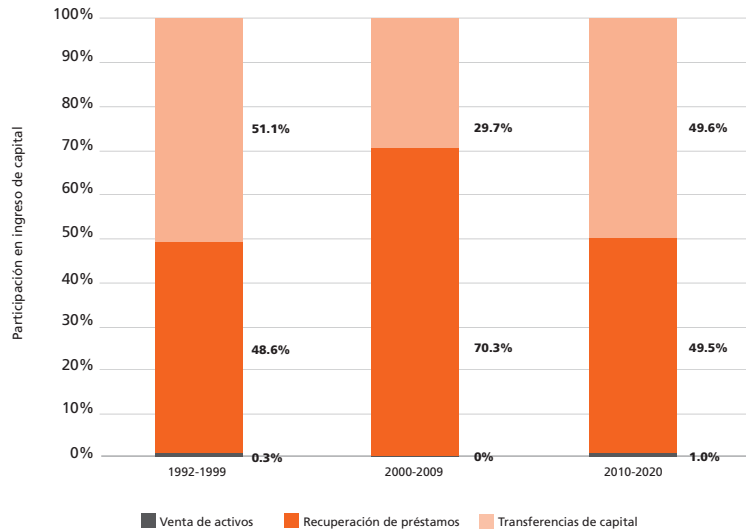


Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

En cuanto a los ingresos de capital, dos rubros (recuperación de préstamos y transferencias de capital) explican prácticamente el total de este apartado. Eso sí, sus pesos relativos han experimentado cambios abruptos a lo largo de las décadas. En los 90, las transferencias de capital aportaban poco más de

la mitad de los ingresos de capital; mientras que, para la primera década del nuevo siglo, se redujeron a cerca de un 30%. Por último, entre 2010 y 2020, la participación entre recuperación y transferencias prácticamente se igualó.

Gráfico 9

Composición de ingresos de capital por década

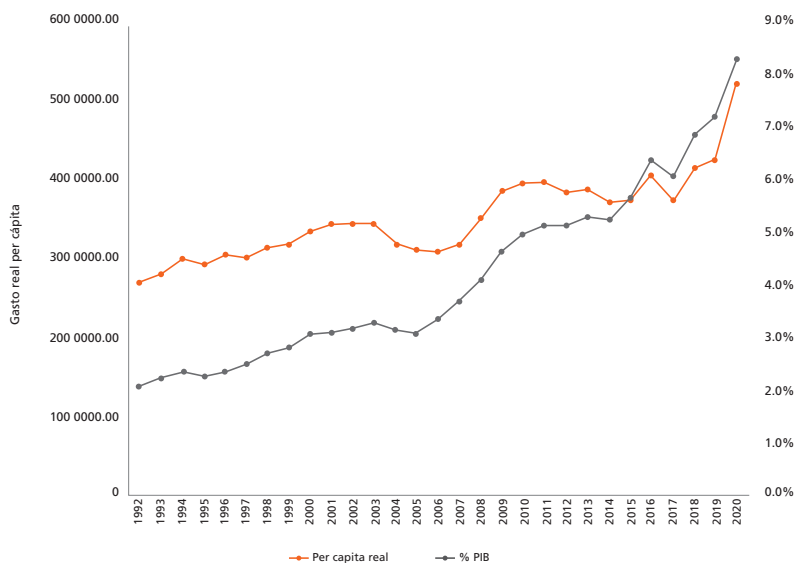
Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

TENDENCIAS EN MATERIA DE EGRESOS

Los gastos totales de la CCSS crecieron, en términos reales, a un ritmo anual del 6.9% desde 1992. De manera que pasaron de 4.8% a 7.8% del PIB en ese lapso. El promedio del periodo

ascendió a 5.2% de la producción. Cuando la valoración se hace en términos reales per cápita, el gasto pasó de ₡135 048 a ₡548 942 por persona, es decir, se multiplicó por 4 en cuestión de 28 años.

Gráfico 10

Composición de ingresos de capital por década

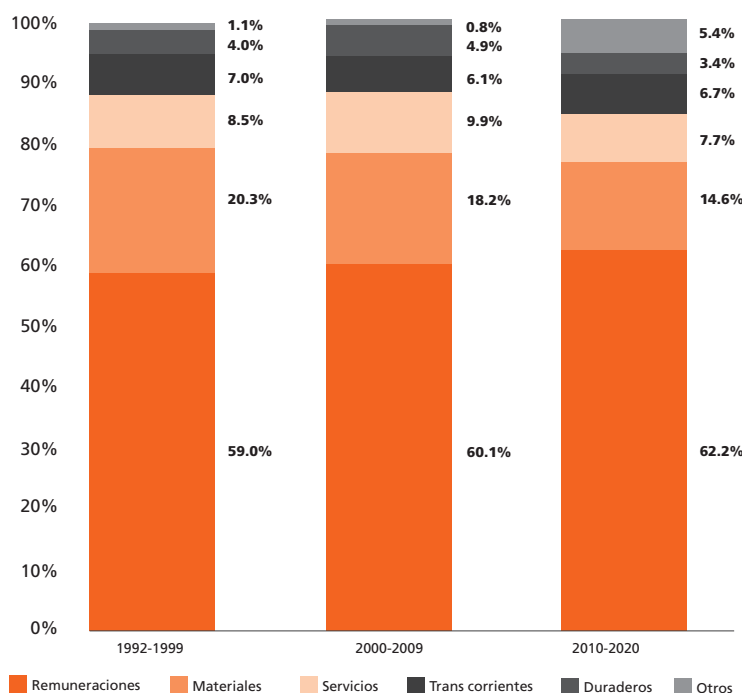
Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

En cuanto a su composición, sobresale el aumento persistente de la participación de las remuneraciones en la estructura del gasto del seguro de salud. Así, mientras en los 90 los salarios totales representaron un 59% del gasto, para el periodo 2010-2020 habían aumentado al 62.2%. Si se evalúa el cambio de largo plazo en la estructura de costos de la CCSS, únicamente remuneraciones, pago de intereses y activos financieros aumentaron su participación, ambos de forma conjunta en 7.4 puntos porcentuales. Por su lado, aquellas categorías que más peso perdieron fueron la compra de materiales (-5.6

puntos) y bienes y servicios (-0.8 puntos).

¿Cuáles factores han impulsado el crecimiento del gasto en la CCSS? Según lo identifica el siguiente gráfico, el 55% del crecimiento se explica por el aumento en las remuneraciones, en tanto la compra de activos aportó un 15% adicional al aumento. Por otro lado, el pago de intereses y amortización, las transferencias corrientes y la adquisición de bienes duraderos contribuyeron, en su conjunto, a explicar el 10% del aumento observado desde 1992.

Gráfico 11

Estructura del gasto del seguro de salud por década

Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

Varias consideraciones deben hacerse al respecto. En materia de remuneraciones, que fue el rubro con mayor crecimiento en el largo plazo, su aumento es producto tanto de incrementos en el salario unitario (real) como en la cantidad de personas funcionarias de la institución. Entre el 2000 y el 2020, las remuneraciones totales (en colones del 2020) crecieron 3.1 veces; de forma que pasaron a representar 2.5% del PIB en 1992-1995 al 3.5% en 2016-2019.

La evolución de los salarios puede explicarse por la dinámica de dos factores, a saber, planilla y salario medio. La planilla propiamente dicha (esto es, el número de personas trabajadoras) aumentó en 1.8 veces, pasando de 31 381 a 57 577 trabajadores en ese periodo. Por su parte, el salario promedio real aumentó 1.6 veces en ese mismo periodo de ₡1 212 347 a ₡1 935 281 (colones del 2020). En la explicación de este comportamiento, sobresalen el papel de remuneraciones eventuales y contribuciones patronales. De hecho, fueron las primeras (tiempo extraordinario, recargo de funciones, disponibilidad laboral, compensación de vacaciones y dietas) el principal motor del crecimiento salarial, al aumentar a un ritmo del 6.6% por año. Para el 2019, las remuneraciones eventuales representaron 16.5% de los gastos totales, tres puntos más que en 2014.

No obstante, esta tendencia alcista en el largo plazo, las remuneraciones han venido perdiendo participación en el corto plazo. Según los datos de la CCSS, los salarios alcanzaron su participación máxima en el 2010 al llegar al 4% del PIB (68% de los gastos). Posterior a este año, las remuneraciones han venido cayendo al punto que, para el trienio 2018-2020, se redujeron al 3.5% del PIB (54% del total).

Otro rubro estratégico en la provisión de servicios de salud es la inversión física. Tradicionalmente, esta categoría (bienes duraderos + transferencias de capital) representó el 4.1% del gasto total de la CCSS. Esto ha significado, en términos del PIB, un 0.2% de dicho indicador desde 1992.

Varios patrones caracterizan la evolución del gasto en capital. La primera es su patrón cíclico, que simula periodos de crecimiento (1995-2002) con otros de contracción (2003-2006) que se alternan. Segundo, en línea con lo anterior, quizás la particularidad más relevante en materia de inversión física es el periodo relativamente sostenido de crecimiento observado desde 2012 (0.1% del PIB) que ha elevado la inversión hasta 0.4% del PIB en 2020 (0.3% en 2019).

SALDO FINANCIERO

Para fines del presente documento, el saldo financiero de la CCSS se calcula como la diferencia entre los gastos totales y los ingresos excluyendo financiamiento. Históricamente, la CCSS ha experimentado un saldo superavitario anual del 0.10% del

PIB. De los 29 años analizados, la entidad experimentó superávits en 21 de ellos con rangos entre 0.01% (mínimo) y 0.55% del PIB (máximo). Cuando se han presentado estados deficitarios, los mismos han promediado -0.12% del PIB con rangos entre -0.02% y -0.28%.

Cuadro 5
Saldos financieros del SEM como proporción del PIB, por periodo

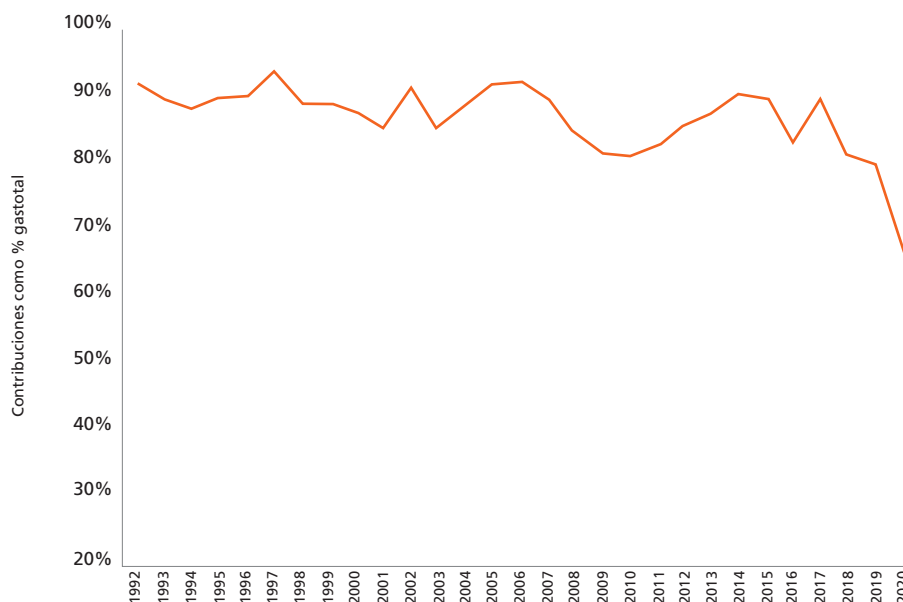
PERIODO	SALDO % PIB
1992-1999	0.08%
2000-2009	0.05%
2010-2020	0.16%

Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

No obstante, los resultados positivos mostrados anteriormente, existen tendencias financieras que podrían presionar en contra de la sostenibilidad del SEM. Un ejemplo es el grado de cobertura del gasto que brindan las contribuciones sociales. En los 90, las contribuciones eran suficientes para financiar el 89% del gasto del seguro. Esa cifra experimenta un declive progresivo. Si se descuenta el efecto COVID-19 en el 2020, cuando las cotizaciones apenas cubrieron el 65.5% de los gastos, los datos de largo plazo indican que el grado de cobertura ha venido cayendo a un ritmo medio de 2.5 puntos porcentua-

les por década. Así, en el periodo 2000-2009, la tasa media alcanzó el 86.9% de los gastos, unos 2.3 puntos porcentuales menos que en la década previa. Posteriormente, entre 2010 y 2019, las contribuciones financiaron el 84.1% de los gastos, una caída adicional de 2.8 puntos respecto a la década anterior. En el más corto plazo (2018-2019), sin embargo, los aportes contributivos promediaron menos del 80%. Esto significa que, poco a poco, la CCSS debe procurar ingresos de otras fuentes (como de sus inversiones financieras) para compensar la caída en los ingresos principales.

Gráfico 13
Tasa de cobertura del gasto con ingresos por contribuciones, 1992-2020



Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

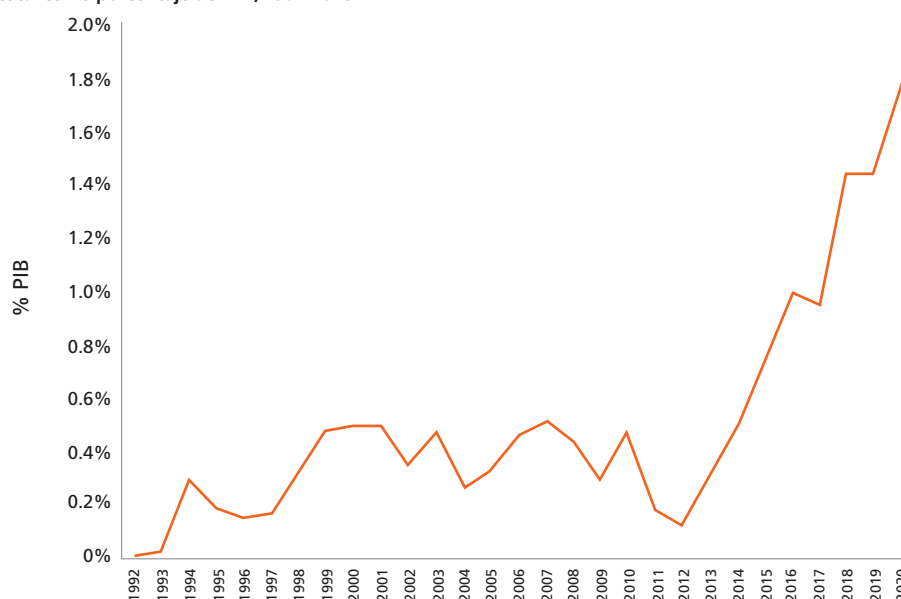
Una segunda presión financiera se observa en el nivel de financiamiento utilizado por el SEM a través de los años. Según datos de la CCSS, el volumen de financiamiento anual requerido por el SEM promedió ₡388 572 millones entre 2015 y 2019, con un aumento extraordinario del 20% en el 2020, que lo elevó a ₡652 256 millones. La principal fuente de finan-

ciamiento ha sido y sigue siendo la de Recursos de Vigencias Anteriores: 97 de cada 100 colones de financiamiento provienen de ese rubro. Quizás el aspecto que más llama la atención es el creciente uso de tales recursos desde el 2012, en línea con la tendencia observada en inversión física. Así, mientras en el lapso 2010-2012 el financiamiento alcanzó el 0.26% del

PIB, en el periodo 2017-2019 es cifra había aumentado a 1.28% del PIB. En el 2020, la presión producto del COVID-19

aumentó hasta posicionar las necesidades de financiamiento en 1.8% del PIB.

Gráfico 14
Financiamiento total como porcentaje del PIB, 1992-2020



Fuente: Estimaciones con base en datos de la CCSS

Según el estudio actuarial con corte a diciembre 2017 (actualizado en el 2019), las perspectivas financieras del SEM podrían complicarse de manera importante en la presente década. Con base en las proyecciones brindadas por dicho estudio, factores asociados al incremento en los gastos durante época de pandemia (aún vigentes), el elevado nivel de desempleo que erosiona la recaudación contributiva y la morosidad del Estado por la complicada situación fiscal del Gobierno central afectarían de forma significativa el balance del seguro a partir del 2024, situación que persistiría hasta el 2031.

RETOS DEL SEM: FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS

La siguiente es una lista de factores que podrían afectar la sostenibilidad financiera del SEM en las siguientes décadas. Algunos aspectos son de entorno mientras que otros son producto del modelo mismo y su dinámica. Al respecto, Arce (2021), Ministerio de Salud (2014), OPS (2018) y Asamblea Legislativa (2021), entre otros, sintetizan los desafíos del modelo de financiamiento de la CCSS en los siguientes términos:

- **Envejecimiento poblacional:** el proceso de envejecimiento se ha acelerado a nivel nacional al punto que, para el 2019, un 11.5% de la población tenía 65 años o más. El INEC proyectó que para el 2032 ese porcentaje podría elevarse al 13.8%. El envejecimiento poblacional tiene efectos directos sobre las finanzas del SEM, por cuanto las personas adultas mayores tienden a hacer un uso más intenso de los servicios clínicos que las poblaciones más jóvenes. Por ejemplo, la evaluación actuarial del SEM con corte al 2017 estima que para el 2032 el gasto en población adulta mayor podría ser 10 puntos porcentuales superior al peso que tendría ese grupo en 2018.
- **Transición epidemiológica:** según el Institute of Health Metrics and Evaluation, la carga de enfermedad de Costa Rica mudó considerablemente desde los noventa al punto que, hoy día, de las principales 10 causas de muerte, solo 1 es por enfermedad materna-neonatal (desórdenes del periodo neonatal) mientras 7 son no contagiosas (cardiopatías isquémicas, diabetes, otros trastornos musculo esqueléticos, enfermedad renal crónica, lumbalgia, desórdenes del periodo neonatal, trastornos depresivos y enfermedades vasculares cerebral) y 2 son por lesiones (accidentes de tránsito y violencia interpersonal). La prevalencia de altas tasas de enfermedades crónicas multiplica la demanda de servicios y medicamentos al tiempo que el costo es más elevado por unidad producida.
- **Costos crecientes en tecnología sanitaria:** Neumann et al exponen el doble rol de la tecnología en el sector salud al afirmar que, por un lado, su mejoramiento se traduce en vidas salvadas (tratamientos, diagnósticos, etc.), mientras por otro el costo de dicha tecnología es elevado y presiona los gastos globales del sistema (Neumann et al 1991).
- **Informalidad del mercado laboral:** en Costa Rica, cerca del 47% de la fuerza laboral ocupada es informal, es decir, no cotizan para la CCSS. Un porcentaje importante de esta informalidad se manifiesta en las personas trabajadoras independientes. En efecto, según lo discutido en el capítulo anterior, este grupo es el más propensos a no contar con seguro de salud. Esto presupone, en general, un reto enorme hacia la universalidad del sistema y capturar ese 9% de población costarricense que aún no tiene SEM (cerca del 15% con datos de la ENAHO).

- **Financiamiento proveniente del Estado y situación fiscal del país:** entre el 2016 y el 2019, las transferencias del Estado a la CCSS por concepto de cuotas patronales, como Estado, cuotas complementarias y cobertura a poblaciones especiales pasaron de ¢477 835 millones a ¢698 981 millones (Asamblea Legislativa 2019). Para la Caja, este movimiento representó un salto importante en la composición de su esquema de financiamiento, dado que las transferencias del Estado pasaron de representar un 21% a un 24.1% de los ingresos totales. Este incremento paulatino, sin embargo, podría empezar a experimentar alguna desaceleración por los múltiples factores fiscales que podrían impactar de forma importante el monto a trasladar. Si bien las transferencias y pagos están regidos por ley, la crítica situación fiscal podría obligar al Estado a mantener una parte creciente del monto en forma de deuda, con la consecuente dificultad financiera en el corto plazo para el SEM. Asimismo, otros elementos fiscales podrían jugar en contra del seguro siendo quizás la más importante la política de congelamiento salarial anunciada por el Ministerio de Hacienda en el marco del cumplimiento de la regla fiscal. Esta, también, que afectará las cuotas a la seguridad social, en términos reales, del siguiente quinquenio.
- Lucha por el espacio fiscal: Muy relacionado con el punto anterior, las necesidades crecientes de financiamiento por parte del SEM podrían encontrarse en el camino con otros actores en similar posición, que buscan ampliar su volumen de recursos a mano; por ejemplo, el Gobierno central en su afán por bajar el déficit público y la misma CCSS en su objetivo por mejorar las finanzas del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, entre otros. Así las cosas, una lucha que se visualiza en la presente década contempla la creación de espacio fiscal para financiar proyectos públicos al tiempo que se adoptan las decisiones respectivas sobre la distribución de ese espacio incremental entre entidades con necesidades. El crecimiento moderado de la economía podría influir de forma importante en el tamaño final de la bolsa que sea efectivamente generada.
- Los medicamentos de alto costo: Arce (2021) estima en unos US\$250 millones por año el gasto en medicamentos dentro de la CCSS, cifra que representa entre el 7% y el 8% del gasto del SEM. Dentro de ellos, el segmento NO LOM (aquellos utilizados en la atención de patologías de grupos minoritarios y adquiridos por los hospitales) crece por encima del gasto en fármacos, al punto que se espera que su peso en el gasto en medicamentos suba del 14.3% (2016) al 23% (2024).
- Evasión, morosidad y deuda pública: Según estima la Contraloría General de la República para el 2013, la evasión salarial en el SEM se ubica en 16.4% si se contemplan los sectores público y privado y en 25.8% solo en el privado (Arce, ídem). Además, la evasión por subdeclaración de ingresos entre independientes se eleva al 64.2%. El segmento patronal activo tiene una deuda ¢104 000 millones y las personas trabajadoras independientes activas mantienen una deuda por ¢286 500 millones. Finalmente, la deuda del Gobierno con la CCSS se estima que alcanza ¢1.65 billones.

5

OPCIONES DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD: ALTERNATIVAS A PARTIR DE UNA REVISIÓN LITERARIA

La literatura internacional es amplia en detallar alternativas de recursos no tradicionales que permiten ampliar la base de fondos disponibles sea para un fondeo general o para financiar programas puntuales. Esta sección prepara una revisión de dichas alternativas, a partir de lo aplicado en otros ámbitos.

FINANCIAMIENTO POR IMPOSICIÓN

El financiamiento del sector salud vía impuestos se ha venido popularizando ya sea como principal fuente de recursos o como fuente complementaria a otras alternativas, por ejemplo, las contribuciones a la seguridad social. Esto ha sido particularmente cierto en aquellos países donde las contribuciones a la seguridad social son especialmente elevadas y se requiere generar fondos de forma adicional.

La literatura internacional señala la necesidad de valorar al menos tres grandes aspectos al momento de optar por el financiamiento vía impuestos (Savedoff 2004). La primera valoración considera si el impuesto debe darse al consumo o al ingreso, esto en torno al debate sobre **eficiencia versus progresividad**. Si el planteamiento prioriza lo primero, los impuestos deben aplicarse al consumo en tanto los elementos de progresividad suelen asociarse a impuestos al ingreso.

La segunda variable que debe contemplarse en cuanto al uso de impuestos para financiamiento de la salud se refiere a la decisión sobre si los impuestos deben ser **nacionales o locales**. Si bien en Costa Rica la recaudación es mayoritariamente centralizada de alcance nacional, existen experiencias (Suecia) donde parte de la imposición se hace a nivel municipal y tal recaudación tiene destino al fortalecimiento de redes

sanitarias locales. La discusión alrededor de esta segunda cuestión gira en torno a temas como solidaridad versus transparencia. La recaudación nacional suele crear mecanismos que propician el financiamiento solidario donde las regiones con mayor nivel socioeconómico financian aquellas con rezago social relativo. Sin embargo, se dice que el financiamiento creado a nivel local puede generar más transparencia sobre el uso y destino de los recursos.

Por último, el tercer tema concentra su interés sobre si el financiamiento sanitario por impuestos debe establecer **gravámenes generales o específicos**. Esta discusión tiene múltiples aristas al respecto, tanto técnicas como políticas. Por ejemplo, desde la perspectiva sectorial, el establecimiento de impuestos específicos permite asegurar el financiamiento y alejar las decisiones futuras de los vaivenes políticos del momento. En otras palabras, se evita la competencia por fondos entre los múltiples sectores que debe atender el presupuesto gubernamental. Además, se indica que los impuestos específicos suelen motivar menos evasión por conocerse de antemano su destino puntual (Savedoff 2004).

En el caso de los impuestos específicos a bienes o servicios dañinos a la salud (cigarro, alcohol, comida rápida), su establecimiento podría reducir considerablemente su consumo y de esta forma la demanda futura de servicios sanitarios. La Organización Panamericana de la Salud considera que los denominados “impuestos saludables” son una herramienta para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a través de mecanismos como los siguientes²:

- Reducen significativamente la carga de las ENT (ODS 3).
- Benefician en gran medida a las poblaciones vulnerables, que soportan una mayor carga de salud (ODS 1, 5, 10).
- Impulsan el desarrollo económico a través de una fuerza laboral más saludable (ODS 8).

Resulta importante anotar que, a los ministerios de finanzas, por el contrario, les resulta un tanto incómodo el establecimiento de impuestos específicos por cuanto la tributación general mantiene un nivel flexibilidad que permite reasignar recursos en función de necesidades cambiantes.

EXPERIENCIAS Y CASOS INTERNACIONALES

Si bien la imposición sigue siendo una fuente particularmente importante y sostenible de financiamiento del sector salud, la experiencia internacional muestra alternativas a la tributación tradicional al modelo tradicional que se caracterizan principalmente por la definición de impuestos específicos provenientes de fuentes no tradicionales.

Impuesto a pecados (sin taxes)

El impuesto a los pecados se define como aquel tributo aplicado a bienes o servicios que se consideran perjudiciales a la salud tales como el alcohol, tabaco, azúcar, comidas rápidas y drogas, entre otros. Costa Rica ya tiene establecido múltiples impuestos al tabaco y las bebidas alcohólicas, algunos de ellos transformados en destinos específicos a la CCSS.

La experiencia internacional al respecto es amplia y variada, particularmente por las nuevas tendencias a establecer impuestos a pecados “no tradicionales”. De manera general, los impuestos a pecados se suelen aplicar a los siguientes productos:

- Tabaco
- Alcohol
- Bebidas gaseosas o ligeras altas en azúcar
- Caramelos
- Comida rápida
- Juegos de azar
- Marihuana recreacional

El principal objetivo de todo impuesto al pecado es elevar el costo del bien o servicio al punto de llegar a desestimular su consumo. La OMS (2019) estima que un impuesto a las bebidas azucaradas que represente un 20% de su precio puede reducir el consumo en un 20%. Otras personas autoras, como Ranson et al., estiman que un 10% de incremento en los impuestos al tabaco podrían salvar 10 millones de vidas de fumadores (muertes prematuras) (Ranson et al. 2000).

Desde la óptica financiera, los recursos generados por estos tributos suelen ser considerados para financiar programas de promoción de la salud o directamente el tratamiento necesario para atender las enfermedades derivadas de su consumo. Desde un punto de vista técnico, cabe mencionar –eso sí–, que no todo impuesto a estos bienes puede clasificarse como impuesto al pecado por cuanto su diseño no necesariamente está orientado a corregir el consumo de estos males (i.e. el monto es reducido) o el uso de sus recursos no está destinado propiamente a programas sanitarios relacionados con obesidad o diabetes. Cabe además señalar que el financiamiento por esta vía tiene la particularidad de experimentar caídas substanciales en el tiempo, producto justamente de su éxito en el control o reducción del consumo del bien gravado. Es decir, si el impuesto tiene éxito, en cuanto a su objetivo primario (desestimular consumo), entonces es esperable que la generación de nuevo ingreso se reduzca, afectando el presupuesto institucional. Quizás por esta razón, lo mejor es diseñar

² Ver <https://www.paho.org/es/temas/impuestos-saludables>

³ Ver <https://blogs.worldbank.org/health/seven-salvos-sin-taxes>
<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/small-tax-could-add-huge-gains-public-health>

los impuestos a los pecados como gravámenes específicos para actividades afectadas por su consumo y con mecanismos de evaluación constante que permitan saber si el declive en la recaudación va de la mano con un descenso de las enfermedades vinculadas a tales “pecados” (Brumby 2014)³.

Las experiencias a nivel mundial son variadas y de pesos muy distintos en el financiamiento sanitario. A nivel mundial, la OMS (2021) estima que para en 2018 un total de 38 países (equivalente a 14% de la población mundial) mantenían altas cargas al tabaco, que superaban un 75% de su costo. Suecia, por ejemplo, ha establecido impuestos a los juegos de azar para dar tratamiento a las personas adictas a tales formas de entretenimiento. México estableció en el 2014 un impuesto a la comida “chatarra” (o de alto contenido calórico) y las bebidas azucaradas, que se ha destinado a financiar programas contra la obesidad.

Impuestos a las transacciones financieras

Según Benjamin, un impuesto a las transacciones financieras (ITF) es un tributo modesto aplicado en forma de fracción porcentual a las transacciones de acciones, bonos, efectivo o derivados⁴ (Benjamin 2014). A nivel mundial, se estima que más de 50 países alrededor del mundo utilizan ITF con una recaudación aproximada para el 2014 de unos US\$30 billones por año. En países en desarrollo, esta recaudación podría rondar entre US\$2.9 y US\$14.5 billones (OIT 2016). De todos los impuestos globales o nacionales que puedan financiar al sector salud, los ITF son quizás de los que más volumen de recursos pueden generar. Actualmente, los ITF se ubican en un rango que va del 0.00001% al 2% del monto transado si bien la gran mayoría se posicionan por debajo del 0.5% sobre el valor de la transacción.

De entre las experiencias internacionales, Brasil es uno de los casos que mayor atractivo cobró al establecer un ITF cuyo objetivo principal fue el financiamiento de programas de salud y protección social no contributiva. Según OIT (2016), BPC (2020) y KPGM (2021)⁵, Brasil estableció el denominado Imposto Sobre Operações Financeiras (IOF) como un impuesto federal sobre transacciones crediticias, compra de divisas, seguros, oro y valores financieros ejecutadas a través de instituciones financieras (incluyendo otros rubros como préstamos interempresas). El gravamen, lanzado con poco éxito en 1993, experimentó altibajos desde entonces. Aunque se consolidó como impuesto en el 2008, ese mismo año fue considerado inconstitucional por la Suprema Corte por su condición de “específico”. Finalmente, en el 2015, el impuesto fue aprobado de nuevo por el Congreso de la República. Entre 1997 y el 2003, la tasa del IOF aumentó del 0.2% al 0.38%. A setiembre 2021, bajo la nueva legislación del 2015, las tasas vigentes son las siguientes:

- Tasa de IOF para un prestatario: 0,00559%
- Tasa de IOF para un prestatario individual: 0.01118%

- Tasa de IOF para un prestatario corporativo (por día): 0.00559%
- Tasa de IOF para un prestatario individual (por día): 0.01118%
- Envío de dinero desde Brasil a un amigo o familiar en el exterior: 0.38%
- Envío de dinero desde Brasil a una cuenta en el exterior a su nombre: 1.1%
- Enviar dinero desde el exterior a Brasil a usted mismo, una amistad o familia: 0.38%
- Envío de dinero desde el exterior a Brasil por un período de 180 días o menos: 6.38%

Entre 1993 y 2007, el país recaudó en promedio US\$20 billones por año. De ellos, el sector salud (principalmente expansión de atención primaria) recibió un 42%, el seguro social un 21%, el programa Bolsa Familia un 21% y otros servicios sociales un 16%.

Impuestos al turismo

El establecimiento de impuestos al turismo ha sido explorado como posible fuente de financiamiento tanto a nivel global como local. La literatura ha explorado tres posibles mecanismos de impuestos a personas visitantes externas. La primera es la aplicación de un impuesto por cambio de moneda en los aeropuertos, al arribo de los turistas al país. Una tasa del 5% al cambio de moneda, dicen Stenberg et al, podría generar entre un 1% y un 40% adicional de recursos para el sector salud, dependiendo del volumen turístico del país y de la inversión actual que realicen los gobiernos (Stenberg et al 2010).

Un segundo mecanismo, aplicado inicialmente en Francia y Brasil en las épocas de los presidentes Chirac y Da Silva, es el impuesto solidario a los tiquetes de avión. Dicho impuesto aplica montos fijos según el destino de la persona pasajera (fuera o dentro del Área Económica Europea) y según la categoría de tiquete adquirido (económica o ejecutiva). En la actualidad, el impuesto fluctúa entre €2.63 para personas pasajeras en clase económica, cuyo destino sea la Unión Europea y €63.07 para quienes viajen fuera de la región en clases ejecutiva o primera clase.

El tercer mecanismo impositivo es el impuesto a la entrada de turistas, propiamente al momento de su arribo. En un caso como el costarricense previo a pandemia, un impuesto de US\$5 por turista hubiera representado poco más de US\$15 millones o 0.1% del ingreso del SEM sin financiamiento.

⁴ Ver <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/small-tax-could-add-huge-gains-public-health>

⁵ Ver <https://home.kpmg/us/en/home/insights/2021/09/tnf-brazil-tax-on-financial-transactions-iof-increased-rates.html>

Bonos de diáspora

Los bonos de diáspora son instrumentos de financiamiento utilizados en países donde existe una cantidad importante de personas ciudadanas que hoy residen en otras naciones. Según lo señala el Banco Mundial, un bono de diáspora es «un instrumento de ahorro minorista emitido en denominaciones relativamente pequeñas para la venta a aquel segmento de la diáspora que tiene guardado dinero, pero carece del poder de organizar el capital como empresario»⁶ (Banco Mundial 2011).

Los bonos de diáspora suelen ser instrumentos de largo plazo emitidos para financiar proyectos de infraestructura o situaciones de emergencia para el sector. El apelativo de “bono” implica el pago de un rendimiento financiero que usualmente es pequeño en comparación con otras formas de inversión pero que apela al elemento patriota para su compra.

Tasas a consumo celular

Al igual que el impuesto a las transacciones financieras, el impuesto al uso de la telefonía celular se sustenta por la alta frecuencia de la variable sujeta al tributo. Por las características del tributo, el mismo podría ser relevante en países de ingreso medio y alto donde la penetración celular es elevada. En algunos contextos, el impuesto se convierte en una donación voluntaria de forma que la persona sea quien decida si procede o no el cobro respectivo.

La forma práctica que adquiere este impuesto (o donación) puede ser muy variada. Una alternativa es aplicarlo sobre el consumo de minutos de telefonía móvil. Una segunda opción es establecer una tasa específica por mensaje de texto enviado. Filipinas aplicó dicha alternativa con un monto equivalente a US\$0.1 por mensaje. Una tercera forma es aplicar un impuesto especial a las compañías de telefonía, tal es el caso observado en Gabón.

REFORMAS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Una segunda categoría de reformas en materia de financiamiento se refiere a aquellas que han modificado aspectos de los seguros sociales. Dos son temas centrales en los últimos años. El primero es la ampliación de la base contributiva. La segunda es la activación de políticas tendientes a incrementar la afiliación de trabajadores informales, especialmente aquellos independientes.

En cuanto al primer punto, múltiples países de la OCDE, como Austria, han establecido bases contributivas donde el ingreso total bruto, no solo el salario, es la base para la estimación de las contribuciones sociales. Esto implicaría que todo tipo de rentas serían sujetas de la tasa contributiva. Existen otras variantes que surgen a la luz de la experiencia de países de la OCDE tales como las siguientes:

- Si bien el modelo suizo difiere enormemente del establecido en Costa Rica⁷, resulta interesante anotar que la cuota contributiva en este país varía según factores privados como lugar de residencia y edad.
- En Chile, los empleadores contribuyen con un 0.03% del ingreso bruto de las personas empleadas para financiar la cobertura de sus hijos/hijas con edades entre 1 y 15/18 años; siempre y cuando experimenten una condición de salud severa. Este fondo serviría para financiar permisos de ausencia laboral de manera que la persona recibiría apoyo financiero durante dichos permisos.

Un segundo aspecto que ha cobrado vigencia en los últimos años es la búsqueda de financiamiento a los seguros de salud a partir de una mayor cobertura de personas trabajadoras informales. Tal y como se analizó en el capítulo previo, el grupo de trabajadores independientes tiende a tener una mayor propensión a la informalidad y por lo tanto deberían convertirse en foco de políticas y actividades que promuevan su afiliación. Una revisión literaria en la materia contempla, entre las más importantes, las siguientes políticas tendientes a promover una afiliación creciente entre informales independientes:

- **Reformas legales:** La principal recomendación al respecto es establecer la afiliación de la persona trabajadora independiente como obligatoria y no voluntaria, como pasa en una enorme cantidad de países.
- **Establecimiento de un modelo de monotributo (MM):** El MM es un modelo simplificado de pago de impuestos y recaudación de ingresos. Específicamente, se ha establecido para pequeños contribuyentes, con miras a reducir la informalidad (Durán-Valverde 2015). En otras palabras, el monotributo es un acuerdo institucional entre la agencia de recaudación de impuestos y la organización de seguridad social para establecer un proceso de recaudación de ingresos único y más simple con algunas otras condiciones especiales que se aplican solo a los pequeños contribuyentes.
- **Flexibilización del modelo de afiliación:** es necesario reconocer que las personas trabajadoras independientes, incluyendo aquellas de naturaleza agrícola, difieren del grupo de personas asalariadas tanto por la periodicidad del ingreso como por la existencia de patrones irregulares a lo largo del año. En otras palabras, los ingresos por trabajo independiente podrían estar sujetos a estacionalidad. Por lo que, esta condición debería considerarse en el cobro del seguro de las personas trabajadoras independientes, como una forma de acoplarse a sus circunstancias y no al revés. De forma similar, los criterios de ingreso y salida del régimen deberían ser más laxos (Ashan 2016). En una línea parecida, Hu y Stewart proponen un acercamiento geográfico a los trabajadores independientes por

⁶ Ver <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2011/06/16/harnessing-the-diasporas-resources-to-boost-african-development>

⁷ En Suiza, la afiliación al seguro es responsabilidad individual, sin participación de quien emplea de manera que todo el financiamiento recae en los hombros de la persona afiliada directa.

medio del establecimiento de una mayor red de entidades capaces de afiliar y recibir pagos, en caso de ser necesario hacerlos de formas física (Hu y Stewart 2009).

- **Paquetes grupo-específicos:** Ginneken recomienda el establecimiento de paquetes definidos según las características del grupo independiente, pues el perfil laboral, demográfico y social de este grupo podría ser distinto al asalariado y, por lo tanto, sus necesidades epidemiológicas también lo sean (Ginneken 2003).
- **Creación de impuestos específicos para subsidiar el esquema de trabajadores independientes:** Contrario a la tendencia observada en la sección anterior, que identifica impuestos para financiar segmentos generales o específicos del paquete de beneficios, algunos países han establecido impuestos para subsidiar a grupos poblacionales, siendo en este caso el de independientes. La recomendación anterior se ilustra con el caso del Fondo de Bienestar para trabajadores de beedis en la India y que cubre a 400 mil trabajadores. Este es financiado con un impuesto específico a la producción de beedis.
- **Establecimiento de políticas específicas hacia la mujer:** La distinción entre personas trabajadoras asalariadas e independientes y las políticas derivadas de ello también debería ser trasladada a la distinción entre mujer y hombre independiente. Esto como una forma de incentivar la afiliación de ambos grupos con beneficios ajustados a sus necesidades.

REDUCCIÓN DE GASTO INEFICIENTE

En el sector salud, la eficiencia puede abordarse en dos niveles. El nivel macro se entiende como el grado en el que un sistema de salud genera la mayor contribución a sus metas sociales (como lo pueden hacer la reducción de la mortalidad o el incremento de la vida de las personas), con los recursos de los que dispone (Lam y Hernández 2008, citado en Sanmartín-Durango et al 2019). El segundo nivel es el micro, en el que se involucran las diferentes unidades del sistema de salud y el cual se «entiende como la relación entre recursos y resultados en una organización, programa o un servicio» (GES 2017: 1).

Además, se puede reconocer entre la eficiencia técnica o productiva y la eficiencia en la asignación o económica. La primera hace alusión a la producción de una mezcla específica de bienes y servicios, a partir de la utilización de la menor cantidad de recursos o mediante la combinación adecuada de insumos. Por su parte, la eficiencia en la asignación es aquella en la que se genera la combinación óptima de bienes y servicios, que permite la maximización de los beneficios en la sociedad.

En línea con los conceptos anteriores, cualquier procedimiento médico que se produzca con el costo medio mínimo es ejemplo de la eficiencia técnica. Dichos procedimientos alcanzarán además la eficiencia en la asignación si, junto con la eficiencia técnica, con el valor pagado por cada procedimiento se alcanza el mayor beneficio posible. La eficiencia en la

asignación podría entenderse como “hacer lo correcto” y la eficiencia técnica como “hacer las cosas de la manera correcta” (Yip et al. 2015, citado en GES 2017).

De acuerdo con el Informe sobre la salud en el mundo del 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre un 20% y un 40% del gasto en salud se puede determinar ineficiente. Dicho gasto no tiene un gran impacto en el mejoramiento de la salud de las personas. En el informe mencionado se destacan las siguientes 10 principales causas de ineficiencia en salud:

- Infrautilización de medicamentos genéricos y precios de los medicamentos más elevados
- Uso de medicamentos de baja calidad y falsificados
- Uso inadecuado e ineficaz de medicamentos
- Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos
- Planta de personal inadecuada o cara, trabajadores sin motivación
- Admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas
- Tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras)
- Errores médicos y calidad asistencial insuficiente
- Derroche, corrupción y fraude
- Combinación ineficiente de intervenciones sanitarias/nivel inadecuado de estrategias

Aunado a lo anterior, Madeiros y Schwierz resaltan que en la literatura empírica se ha estudiado ampliamente la ineficiencia en el sector salud y que sustentan la existencia de las siguientes fuentes de ineficiencia: 1) configuraciones subóptimas para la prestación de atención; 2) prestación ineficiente de atención hospitalaria aguda; 3) fraude y corrupción en los sistemas de salud; 4) gran variación inexplicable en la cantidad y calidad de la atención entre los países y dentro de ellos; y, 5) una combinación subóptima de atención preventiva versus curativa (Madeiros y Schwierz 2015).

El área de recursos humanos representa una proporción significativa del gasto en salud. En los países de ingresos bajos y medios, los salarios pueden llegar a representar una tercera parte del gasto total. En esta área, se destaca el cambio de tareas como una opción viable para el ahorro de los costos en los sistemas de salud. Seidman y Atun implementaron una revisión literaria en la que encontraron evidencia sustancial que estas acciones generan ahorros y mejoras en la eficiencia en el área de tuberculosis y VIH/SIDA (Seidman y Atun 2017). Lo anterior, aplica para países de ingresos bajos y medios. Estas acciones permiten el mayor acceso a los servicios de

salud e incluyen el uso de personas trabajadoras comunitarias de salud que, a su vez, mejoran la salud de la población. La OMS realizó un estudio que, en 2015, presentó la experiencia de 10 países a nivel mundial sobre casos de relevancia en la aplicación de reformas para la mejora de la eficiencia en salud. Estos países son Burundi, República Democrática del Congo, Etiopía, Sudáfrica, China, República de Corea, Chile, El Salvador, México y Uruguay.

Las principales lecciones del análisis de los casos se pueden resumir en siete áreas de acción. La primera se refiere a las políticas de priorización de la atención primaria de salud, en la que se incluyen las políticas de asistencia gratuita. Esta categoría de política engloba acciones como el diseño de programas de capacitación de personal en salud, el control de medicamentos esenciales y el desarrollo de sistemas de información. Dichas medidas se destacan dentro de la mejora de los niveles de eficiencia en Burundi, Etiopía, Uruguay y China. La segunda área corresponde a la alineación del financiamiento y a la compra estratégica de servicios. De esta categoría, se desprende la relevancia de la promoción de la compra de servicios a través de estrategias de negociación y la asignación de recursos a las personas proveedoras, tomando como base las necesidades y el desempeño de dichas personas. Estas prácticas pueden frenar el uso excesivo e inadecuado de servicios y fue clave en Burundi, Chile y Etiopía. En lo puntual, resulta menester prestar atención a la modernización de los mecanismos de compra de medicamentos, equipo y construcción/infraestructura.

Tercero, la mejor rendición de cuentas a través de contratos basados en resultados mostró en Burundi que la utilización de recursos financieros claros aumentó la calidad de los servicios. Como efecto de esta medida, en Burundi se redujeron los reembolsos a hospitales públicos de 84 a 45 días en 2012. Además, en el 2009 China eliminó el margen de ganancia de los medicamentos, lo que evitó que las personas proveedoras prescribieran medicamentos innecesarios.

La cuarta área habla de la combinación óptima de habilidades en el personal de la salud. En esta área, se destaca la experiencia de Etiopía, donde se creó un grupo de trabajadores de extensión de salud para suplir demandas de familia y de la comunidad. Asimismo, se amplió la producción de profesionales de la salud de nivel intermedio, entre otras medidas. Dicha medida generó contención de costos en los salarios de personal. El Banco Mundial, en su informe sobre financiamiento de salud en Papua Nueva Guinea, recomienda revisar la productividad de los insumos, en particular la laboral, equipo e infraestructura (Banco Mundial 2014).

Quinto, se destaca, además, que la creación de agencias reguladoras independientes promueve el aseguramiento de los estándares de calidad en los sistemas de salud. En El Salvador, por ejemplo, se creó la Dirección Nacional de Medicamentos que permitió eliminar los conflictos de interés asociados con la regulación de medicamentos. A su vez, dicha medida permitió el monitoreo y la aplicación de sanciones en la materia.

Sexto, la revisión de los denominados programas verticales,

aquellos destinados a financiar iniciativas puntuales como VIH-SIDA. Esta medida parece necesaria por cuanto muchos de estos programas absorben importantes niveles de recursos sin muchas veces conocer exactamente su eficiencia e impacto en la población beneficiaria.

Por último, las reformas en el área de capacidad gerencial, presupuestaria y sistemas de información que sean claves para permitir el adecuado monitoreo y evaluación de desempeño del sistema de salud. En Chile y Uruguay, se implementaron sistemas de información que permitieron dar seguimiento a pacientes y a su uso de los servicios de salud. De forma similar, la aplicación de marcos de gestión por resultados (que incluyen al presupuesto por resultados) parecieran ser esenciales para fortalecer el vínculo recursos-producción con impacto y transparentar los esfuerzos que se hagan en pro de la reducción de desigualdades por género o geográficas.

SEGUROS PRIVADOS VOLUNTARIOS SUPLEMENTARIOS

Los sistemas de salud han aplicado diferentes reformas de demanda con el objetivo de contener la expansión del gasto público, así como generar conciencia sobre el costo de los servicios médicos y, con ello, reducir la sobreutilización. Este tipo de reformas usualmente incluyen aumentos en los pagos de bolsillo y una diversificación en la distribución de los costos de los servicios al involucrar a las personas. Además, con este tipo de políticas, se logran liberar recursos públicos para la atención de la salud. Paralelo a este enfoque, los países también aplican reformas que buscan trasladar la demanda de servicios de salud al sector privado. Dentro de estas políticas, se destaca la promoción del crecimiento de salud privados voluntarios (Alexandersen et al 2016).

Dentro de las ventajas que generan los seguros voluntarios, Colombo y Tapay destacan las siguientes: 1) aumentan la capacidad disponible, reduciendo los tiempos de espera y liberando la presión financiera del sistema público, 2) son más flexibles y con mayor capacidad de respuestas a las necesidades y preferencias de la población, 3) ofrecen mayor variedad de proveedores, 4) ofrecen servicios excluidos de los sistemas públicos, y 5) conducen a un mercado más dinámico, competitivo e innovador (Colombo y Tapay 2004, citados en Alexandersen et al 2016).

Se puede distinguir entre dos categorías dentro de seguros de salud privados voluntarios. La primera categoría es la complementaria, la cual consiste en la cobertura de pagos de bolsillo que son financiados en parte por el sistema público de salud. Dichos seguros también podrían brindar acceso preferencial a servicios médicos, los cuales, pese a ser ofrecidos por el sistema público, tienen algún tiempo de espera. Por otro lado, existen los seguros privados voluntarios suplementarios, que ofrecen servicios no cubiertos por el sistema público de salud (OECD 2004, citado en Alexandersen et al. 2016). Estos seguros se aplican en combinación con seguros médicos básicos obligatorios.

Los seguros suplementarios son vistos en muchos países co-

mo instrumentos que permiten limitar el financiamiento legal de la atención médica, por lo que están ganando cada vez mayor protagonismo en los sistemas de salud. Este tipo de seguros es aplicado por varios países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), siendo los Países Bajos quien se destaca por su elevada cobertura (Roos y Schut 2012). Otros de los países donde se aplican este tipo de seguros son Finlandia, Noruega, Dinamarca y Suecia, pero los niveles de cobertura son bajos (Alexandersen et al. 2016).

Los principios rectores de los seguros suplementarios son muy diferentes a los presentes en los seguros de salud básicos. Los últimos suelen basarse en la solidaridad, acceso universal, elección de quien consume y competencia regulada. Por el contrario, los seguros suplementarios son 100% voluntarios y se rigen bajo los principios del libre mercado. Lo anterior, implica que las aseguradoras pueden elegir libremente las condiciones de los contratos y la suscripción médica (Roos y Schut 2012).

En los Países Bajos, los seguros suplementarios ofrecen cobertura para beneficios que están fuera del paquete de beneficios básicos del seguro de salud obligatorio. Dentro de estos servicios, se encuentran la atención dental, la fisioterapia y la cirugía estética. En este país, los seguros cubren cerca del 10% del gasto en atención médica y cubre a cerca del 90% de la población (Roos & Schut 2012).

En Finlandia, el seguro complementario incluye gastos de viaje, productos de lujo, servicios necesarios por accidentes deportivos y ciertos productos de seguros específicos para enfermedades como el cáncer. Además, cubren a personas de la tercera edad que abandonaron la cobertura de la salud ocupacional. Por su parte, en Dinamarca el seguro suplementario cubre servicios como fisioterapia y chequeos médicos. En Noruega, este tipo de seguro está enfocado en el tratamiento dental para pólizas colectivas, apuestas, adicción a las drogas y el alcohol, así como a tratamientos adicionales como la acupuntura. Por último, en Suecia se ofrece para servicios complementarios, en su mayoría para servicios dentales para personas adultas (Alexandersen et al. 2016).

FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como se mencionó anteriormente, algunos países han establecido mecanismos de financiamiento para segmentos particulares del paquete de servicios, tales como promoción de la salud y prevención de la enfermedad, o para financiar rubros puntuales, como medicamentos o vacunación. En el caso puntual de la promoción, Bayarsaikhan y Muise (2007) afirman que los servicios de este tipo deberían ser financiados con presupuesto general, no con contribuciones a la seguridad social, por su naturaleza de bienes públicos (Bayarsaikhan y Muise 2007). La experiencia internacional al respecto es, sin embargo, ampliamente diversa. En su revisión de casos específicos de financiamiento de programas de promoción, estas mismas personas autoras muestran que lo normal es contar con esquemas de financiamiento mixto. En Mongolia,

por ejemplo, promoción y prevención se financia con presupuesto general, mientras las actividades curativas se cubren con contribuciones sociales. En Dinamarca y Holanda, las funciones de promoción y prevención se dan a nivel municipal y, en algunos casos, las tareas respectivas han sido delegadas a instituciones puntuales, independientes de los seguros sociales.

Javadinasab et al. desarrollaron una investigación que analizó opciones de financiamiento para servicios de promoción de la salud en Dinamarca, Turquía, Suecia, Japón, Alemania, Inglaterra y Australia, así como una lista de alternativas de financiamiento para Irán (Javadinasab et al. 2019). Los principales hallazgos y conclusiones arrojaron lo siguiente:

- Todos los países mantienen como base de financiamiento la existencia de impuestos a los pecados anteriormente mencionados.
- Si bien los impuestos al tabaco y al alcohol son los más populares, otros países han establecido impuestos al juego (Australia, Suecia e Inglaterra), a los automóviles con énfasis en carros de lujo (Suecia y Australia), a la energía (petróleo, gas, carbón) y al café (Alemania).
- Asignar un porcentaje del IVA a programas de este tipo.
- Establecimiento de tasas o impuestos a la contaminación en ciudades con más de 1 millón de personas o que posean industrias contaminantes.

Cabe destacar la recomendación de asignar un 5% del presupuesto en salud a actividades de promoción como parámetro de financiamiento óptimo.

NUEVOS MODELOS: FINANCIAMIENTO INNOVADOR

Desarrollos recientes en materia de financiamiento del sector salud apuntan a la búsqueda de nuevas fuentes, a partir de mecanismos innovadores tanto en su fuente como en su estructura. En lo particular, Atun et al. explican que la innovación financiera en salud consiste fundamentalmente en la incorporación del denominado enfoque de la cadena de valor, aplicado a los tres procesos sustantivos del financiamiento; a saber, movilización de recursos, mancomunación y asignación de recursos (Atun et al. 2012). En otros términos, bajo el enfoque de financiamiento innovador, la óptica contempla más el financiamiento como un **proceso integrado**, que trasciende el ámbito de recaudación de fondos y lo extiende a funciones más amplias que garanticen efecto directo en la población.

El Thinkwell Institute muestra una lista de cinco categorías de financiamiento innovador dentro del sector salud: Financiamiento Basado en Resultados, Capital Catalítico, Inversión de Impacto, Inversión Socialmente Responsable y Nuevos Canales de Tributación (Thinkwell Institute 2020). También se incluye en esta lista modelos como el Financiamiento Combinado, los Bonos Sociales y los swaps de deuda. En muchos casos, las

diferencias entre estas alternativas son mínimas, por lo que es posible agruparlas en bloques más uniformes. Es fundamental entender, eso sí, que más que considerar fuentes innovadoras de financiamiento, estas opciones suelen estar concentradas en diseñar mecanismos que permitan elevar el nivel de recursos a partir de planteamientos relacionados con el desempeño de los recursos utilizados y su impacto en la población.

En términos de Atun et al., «el marco de la cadena de valor permite a los investigadores considerar la financiación innovadora de forma amplia que incluya enfoques para la movilización de recursos que suplementen las contribuciones oficiales, junto con innovadoras formas de agrupar recursos, canalizar fondos a los países y crear nuevos incentivos para la implementación de programas» (Atun et al. 2012: 2045).

Financiamiento basado en resultados

El financiamiento basado en resultados comprende una amplia gama de instrumentos cuya característica más importante es, justamente, la vinculación de los recursos disponibles con resultados y no con insumos. De esta forma, la iniciativa que se financia bajo este tipo de enfoque declara transparentemente las metas que desea alcanzar en el entendido, además, que el desembolso de fondos subsecuentes será posible si el programa avanza en línea con lo negociado inicialmente. Dentro de este gran apartado de financiamiento, se enmarcan alternativas como el financiamiento combinado, los bonos de desarrollo o de impacto social y los canjes de deuda, entre otros.

Financiamiento combinado (Blended Finance)

El mecanismo de financiación combinada comprende una mezcla de recursos que incluye donaciones internacionales, capital privado y aportes públicos en un único fondo que rompe con el patrón típico de otorgamiento de fondos que solían hacer países y organismos donantes. En este sentido, mediante el mecanismo del financiamiento combinado, los recursos públicos y de donantes, estos recursos se convierten en capital semilla para atraer más recursos, usualmente de un sector privado que está interesado en invertir en proyectos de desarrollo y recibir un rendimiento por el mismo, comúnmente menor al que le ofrecería el mercado. Bajo este enfoque, el diseño financiero y la gobernanza del modelo contiene ciertos elementos básicos que incrementan la posibilidad de una buena ejecución de dichos fondos, con el consecuente efecto en la población. En lo particular, el mecanismo de blended finance se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Préstamos de largo plazo (20 años o más) y en términos muy flexibles
- Rigurosos sistemas de monitoreo y evaluación
- Implementación de procedimientos para la gestión del riesgo
- Objetivo primario de maximización del impacto

En general, el financiamiento combinado comprende una se-

rie de instrumentos particulares que han sido de poca aplicación en salud, pero pueden convertirse en grandes movilizadores de fondos desde lo privado. Algunos mecanismos que calzan dentro de la perspectiva de este modelo son las garantías crediticias y el derisking, los bonos de impacto, trueques de deuda por proyectos de desarrollo y similares.

Bonos de Impacto Social

Este instrumento comprende la emisión de bonos para financiar proyectos que generan resultados sociales palpables, tales como iniciativas en materia de SIDA, por mencionar una posibilidad. Bajo este mecanismo, una persona o entidad inversora (donante o privado) aporta un monto adelantado (upfront financing) a una persona o entidad proveedora de servicios de salud, posterior a que se haya negociado una serie de resultados de interés para quien financia y para las personas usuarias. En su revisión sobre el uso de bonos de impacto social en salud, Grace-Hulse et al. concluyen sobre el enorme potencial que tiene el instrumento, no obstante, han sido poco utilizados a la fecha para fines de financiamiento del sector salud (Grace-Hulse et al. 2021). Parte del poco estímulo para su uso, a pesar del potencial observado, se debe a la falta de transparencia en los resultados que se desean alcanzar, conflictos de interés emergentes y bajo rigor de las evaluaciones o poca disposición a aplicarlas.

Deuda por salud (Debt2Health)

El mecanismo de deuda por salud convierte pagos de amortización e intereses de una deuda en inversiones dentro del sector. Bajo esta opción de financiamiento, el país A negocia un canje de deuda (debt swap) con un país dispuesto a perdonar deuda, total o parcial, a cambio de que la nación beneficiaria se comprometa a invertir los recursos liberados en un programa de salud.

Capital catalítico

El capital catalítico es, en palabras de Sintés «deuda, capital, garantías y otras inversiones que aceptan un riesgo desproporcionado y/o rendimientos modestos en relación con una inversión convencional, con el fin de generar un impacto positivo y permitir la inversión de terceros que de otro modo no sería posible» (Sintés s.f.). De esta forma, el modelo catalítico es una forma de apalancar un proyecto con fondos provenientes de inversionistas que están dispuestos a asumir riesgos más elevados sin necesariamente aumentar sus rendimientos. Dentro de esta opción de financiamiento se encuentran modelos como los siguientes:

- Financiamiento mancomunado
- Cofinanciamiento
- Capital semilla
- Garantías de crédito
- Fondos rotatorios

UNA VALORACIÓN INTEGRADA DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Esta sección tiene como objetivo sintetizar las opciones de financiamiento anteriormente presentadas y comparar algunas de sus ventajas o desventajas a partir de un enfoque de semáforo aplicado a cuatro criterios técnicos y políticos: sostenibilidad financiera, factibilidad institucional para su recaudación efectiva, eventual apoyo político y promoción de la eficiencia. Por **sostenibilidad**, se entiende la habilidad de determinada alternativa de financiamiento de mantener su base generadora de recursos en el largo plazo, según las necesidades sanitarias de la población. **La factibilidad institucional** está asociada a la capacidad de la instancia responsable de recaudar los fondos, según las consideraciones técnicas y legales definidas en cada caso. La **viabilidad política** analiza el nivel de apoyo que determinada opción recibiría entre los grupos sociales, económicos y políticos involucrados en el tema. Por último, el criterio de **promoción de la eficiencia** se entiende en función de posibles distorsiones que la medida pueda incorporar o, de forma contraria, a la eventual corrección de problemas en materia de productividad, calidad o eficiencia.

En materia de sostenibilidad financiera, diversos autores (ver OIT-UN Women 2019) concuerdan que los impuestos generales siguen siendo la alternativa que más volumen de recursos podría generar, cosa que la coloca como la opción más atractiva. Además, su relativa estabilidad añade la alta valoración otorgada en el presente análisis. Otras fuentes como el impuesto a las transacciones financieras y la aplicación de tasas contributivas al ingreso total (y no solo laboral) también son consideradas fuentes sólidas con bases impositivas/contributivas que se esperan crezcan en el largo plazo. Casos como lo impuestos a pecados, las tasas de telefonía móvil y el impuesto al turismo se ubican en un segundo grupo. Su condición amarilla deviene de la recaudación moderada que generarían o del riesgo que el monto recaudado disminuya a lo largo de los años por contar con una base que se reduzca. Por ejemplo, si los impuestos al pecado son exitosos, las personas podrían disminuir su consumo de comida rápida con la correspondiente erosión de la recaudación final. También es posible considerar riesgos asociados a la caída de la demanda (servicios celulares, por ejemplo), saturación impositiva (i.e. muchas tasas aplicadas a un mismo servicio, como el turismo) y temporalidad para generar un monto significativo (como en el caso de los ahorros por eficiencia). En cuanto a los recursos para proyectos de promoción y el financiamiento innovador, se esperan volúmenes de recursos reducidos o moderados. Aunque, en el segundo caso, es posible que los mismos puedan multiplicarse en la medida que el país gana experiencia en su implementación. En el caso del aumento en la cobertura de personas trabajadoras independientes, cabe recordar que la afiliación de este grupo suele ser más inestable que aquella entre personas asalariadas, razón que introduce una valoración menor. Solamente un rubro, los bonos de diáspora, han sido asignados con una calificación roja considerando que la población migrante de Costa Rica es relativamente pequeña y la colocación de estos instrumentos podría no darse en montos cuantiosos.

Al trasladar el análisis a la capacidad institucional, de las 12 alternativas acá consideradas, 6 muestran criterios de valoración muy positivos. En otras palabras, la capacidad de recaudación se considera elevada en prácticamente todos los impuestos, desde los generales como IVA hasta los específicos, como turismo, consumo celular y transacciones financieras. Esto permite intuir que un elevado porcentaje del volumen de recursos esperados podría ser finalmente ingresado a las arcas institucionales. Menos optimismo se asocia a los bonos de diáspora, las contribuciones sociales establecidas sobre el ingreso total y la reducción del gasto ineficiente, entre otras. En el caso de las contribuciones sociales, la dificultad estriba en capturar el ingreso total de las familias al nivel apropiado, mientras la generación de ahorros por eficiencia es un ejercicio que implica la identificación de factores generadores de ineficiencia y su correspondiente modificación. En el caso del monotributo y el financiamiento innovador, los retos institucionales se asocian a la necesidad de coordinar adecuadamente con el Ministerio de Hacienda (asumiendo que la legislación lo permite) las acciones y los acuerdos para la recaudación conjunta y el traslado de recursos a tiempo. En cuanto al financiamiento innovador, las limitadas capacidades institucionales (y las eventuales restricciones legales) son quizás el principal obstáculo para acceder a los recursos en el corto plazo.

La viabilidad política se analiza como el más difícil de los 4 criterios acá contemplados. La aprobación de impuestos suele considerarse la alternativa de menor apoyo político, especialmente en el caso de los impuestos generales, como el IVA. Algo similar podría esperarse del impuesto a personas visitantes extranjeras. Las tasas al consumo celular, transacciones y sin taxes podrían tener una mayor probabilidad de éxito por las motivaciones detrás de estos (i.e. reducir consumo de comida no saludable) o por el destino puntual de los fondos recaudados (i.e. mayor transparencia de uso). Algunos oponentes a un impuesto como el de las transacciones financieras consideran que encarecerá los costos del servicio y podría generar exclusión financiera y deterioro de la digitalización bancaria. Por otro lado, aquellos que promueven la medida aseguran que la experiencia de otros países no confirma los daños esperados al mercado financiero, mientras el volumen generado para programas sociales es usualmente elevado. Políticamente hablando, pareciera que mejores augurios podrían tenerse para el impulso de medidas tales como el aumento en la cobertura de las personas trabajadoras independientes, la reducción ineficiente del gasto y el desarrollo de un programa de financiamiento innovador podrían tener mayor aceptación política. Sin embargo, es importante evidenciar que ninguna medida necesariamente se puede considerar apoyada a pleno. Por ejemplo, los ahorros por eficiencia podrían significar congelamientos presupuestarios o inclusive reducción en algunos programas, lo que generaría oposición en los grupos perjudicados.

Por último, en materia de eficiencia económica, alternativas como la aplicación de impuestos a comidas rápidas, aumento de cobertura, ahorros y aumento del financiamiento a la promoción de la salud reciben una valoración verde por tres motivos: se aplican a males, reducen ineficiencias en el uso del

gasto y fortalecen la asignación en áreas costo-efectivas. Los impuestos al turismo se consideran promotores de ineficiencias, mientras a nivel intermedio se valorarían temas como los impuestos específicos, los seguros privados complementarios y las contribuciones sobre el ingreso total. El diseño final de cada alternativa amarilla podría incidir en un cambio de

valoración. Por ejemplo, tasas muy elevadas de IVA podrían afectar el consumo poblacional, en tanto un impuesto excesivo a las transacciones financieras podría reducir el uso digital de los servicios bancarios a favor del uso de efectivo.

Cuadro 6

Valoración de alternativas de financiamiento por criterio

ALTERNATIVA	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	FACTIBILIDAD INSTITUCIONAL	VIABILIDAD POLÍTICA	EFICIENCIA
Impuestos generales				
Impuesto a pecados (<i>sin taxes</i>)				
Impuesto a transacciones financieras				
Impuesto al turismo				
Bonos de diáspora				
Tasas al consumo celular				
Contribuciones sociales sobre la base del ingreso total				
Aumento de la cobertura a trabajadores independientes: monotributo				
Reducción gasto ineficiente				
Seguros privados voluntarios suplementarios				
Financiamiento a la promoción de la salud				
Financiamiento innovador				

Positivo Medio Negativo

Fuente: Elaboración propia.

6

ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LAS REFORMAS EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DEL SEM

Savedoff et al. mencionan la existencia del fenómeno de transición en el financiamiento del sector salud (health financing transition) como un proceso que se caracteriza por dos condiciones: un incremento en el gasto per cápita con una participación creciente de los gastos mancomunados (seguros) dentro del total del gasto en salud y 2- los gastos de bolsillo tienden a caer o son relativamente bajos (Savedoff et al. 2012).

Sobre la primera condición, Fan y Savedoff (2014) concluyen empíricamente que el gasto per cápita en salud incrementa en países con transición en el financiamiento, debido a aumentos paulatinos en el ingreso per cápita del país y cambios

en las prácticas y tecnologías médicas básicamente. Además, variables políticas como el peso del gasto público en salud y las tendencias demográficas explican ese crecimiento, aunque una variable como la última tiene una contribución de leve a moderada, según evidencia empírica aportada por los mismos autores.

La creación de espacio fiscal en un contexto como el anterior presenta múltiples desafíos de naturaleza financiera, institucional, política y legal. Las siguientes son algunas de las ideas y reflexiones que surgen a la luz de lo observado a nivel internacional y de las discusiones propiciadas por grupos a nivel interno.

REFLEXIONES GENERALES

- La tendencia mundial es hacia el financiamiento mixto de los seguros sociales, especialmente con un rol cada vez más protagónico de las alternativas tributarias. Producto de las discusiones en torno al eventual encarecimiento de la planilla por incrementos en las contribuciones sociales, existe una persona empleadora cada vez mayor que busca financiamiento en los impuestos para compensar presiones financieras.
- Este financiamiento, sin embargo, debe ser valorado a la luz de múltiples aspectos. Temas como regresividad o progresividad de los tributos, condición general o destino específico. Toda medida, claro está, tiene pros y contras y, por lo tanto, la decisión debe establecerse a partir de cuatro preguntas-eje: ¿qué cambios normativos requiere?; ¿tiene apoyo político?; ¿cuáles modificaciones organizacionales demanda? y ¿cómo afecta el tema de la equidad?
- Desde una perspectiva política, toda reforma en materia de financiamiento debe integrar una agenda balanceada. Esto es, la misma debe buscar incrementar los ingresos a la vez que aplica medidas para reorientar el presupuesto, bajar el gasto ineficiente y ganar calidad/productividad. Puesto en otras palabras, es importante considerar tanto la generación de nuevo ingreso como la modernización del modelo de gestión financiera, particularmente los mecanismos de presupuestación, ejecución de recursos y seguimiento y evaluación.
- En línea con el punto anterior, se considera fundamental que la CCSS avance en la implementación de presupuestos para resultados y mecanismos de pago modernos, especialmente capitación en el primer nivel de atención y mecanismos prospectivos a nivel hospitalario.
- Siempre en ese mismo enfoque, la aprobación de nuevo financiamiento para el SEM podría estar acompañada de demandas políticas por reducir los niveles de evasión y subdeclaración. Una estrategia de mejora (legal y administrativa) en la gestión cobratoria podría significar un ingrediente crítico que denote esfuerzos desde múltiples ángulos.
- La política de universalización del seguro de salud debe considerar la expansión de la cobertura a personas independientes como uno de sus pilares de trabajo.

RECOMENDACIONES PUNTUALES SOBRE MEDIDAS DE CREACIÓN DE ESPACIO FISCAL

- Analizar la factibilidad de modificar la estructura de las cargas sociales vigente, especialmente aquellas que aplican al Banco Popular y al INA, de forma que parte de tales destinos puedan reenfocarse al seguro de salud.
- Diseñar una estrategia consensuada del pago de la deuda del Gobierno a la CCSS, contemplando las condiciones económicas actuales y la situación fiscal del país.
- Valorar la eliminación del tope de cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA).
- Analizar la integración del Seguro de Riesgos Laborales a la CCSS.
- Proceder con estudios correspondientes sobre factibilidad de aplicar impuestos a transacciones financieras o al consumo de servicios móviles.
- Replantear la estrategia de lucha contra la evasión.
- Revisar el modelo de afiliación de la persona trabajadora independiente, en línea con recomendaciones internacionales de forma que propicie incentivos a favor de la cobertura de este grupo
- Evaluar alternativas de mecanismos de financiamiento innovador, que permitan analizar opciones como bonos sociales y financiamiento combinado a la luz de la legislación actual, la experiencia institucional y los requisitos necesarios para su aplicación
- Diseñar un programa de mejoramiento de la gestión del gasto que comprenda al menos 3 puntos:
 1. Incorporación de la presupuestación para resultados.
 2. Capitación para primer nivel de atención.
 3. Mecanismos prospectivos para hospitales.

REFERENCIAS

- Ahsan, R.** (2016): Expanding Insurance with Large Informal Sectors. Capacity Building Seminar on Enhancing Social Spending in Support of Inclusive Growth in Asia. Colombo, Sri Lanka.
- Alexandersen, N., Anell, A., Kaarboe, O., Lehto, J., Tynkkynen, L. & Vrangbæk, K.** (2016): The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries, in: *Nordic Journal of Health Economics*, 4 (1): 68-83. Available at: <https://journals.uio.no/NJHE/article/view/2718/2488>
- Bennett, S., & Gilson, L.** (2010): Implementing health financing reform: lessons from countries in transition: World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, January, 1-425. <http://www.heart-resources.org/wp-content/uploads/2012/10/Health-financing.pdf>
- Carrin, G., & James, C.** (2005): Key performance indicators for the implementation of social health insurance, in: *Applied Health Economics and Health Policy*, 4(1), 15-22. <https://doi.org/10.2165/00148365-200504010-00004>
- Carrin, G., Waelkens, M., & Criel, B.** (2005): Community Based Health Insurance Scheme, in: *Nombre de la revista*, 10(8), 799-811.
- Giinneken, W.** (2003): Extending social security: Policies for developing countries. Social Security Policy and Development Branch, International Labour Office. ESS Paper No.13. Ciudad: País.
- Hu, Y. & F. Stewart.** (2009): Pension Coverage and Informal Sector Workers: International Experiences. OECD Working Papers on Insurance and Private Pensions, No. 31. Ciudad: País.
- Jalali, F. S., Bikineh, P., & Delavari, S.** (2021): Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: a scoping review, in: *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(1), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00301-8>
- Kutzin, J.** (2008): Health financing policy: a guide for decision-makers. Ciudad: País.
- Kutzin, J.** (2013): Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, in: *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602-611. <https://doi.org/10.2471/blt.12.113985>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (1978): Declaración de Alma Ata. Ciudad: País.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2000): Informe sobre la salud en el mundo 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Organización Panamericana de la Salud.** (2018). Espacio Fiscal para la Salud en América Latina y El Caribe. Ciudad: País.
- Roos, A. & Schut, F.** (2012): Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, in: *Eur J Health Econ* 13:51-62. Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10198-010-0279-6.pdf>
- Savedoff, W.** (2004): Health financing: designing and implementing pro-poor policies, in: DFID Health Systems Resource Centre. http://www.tgphsh.or.tz/uploads/media/DFID_-_Health_Financing-_designing_and_implementing_pro-poor.pdf
- (2004b): Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. WHO Discussion paper. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69022/EIP_FER_DP_04.4.pdf
- Sekhri, N., & Savedoff, W.** (2005): Private health insurance: Implications for developing countries, in: *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), 127-134. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-96862005000200013>
- Sintes, Brexo** (s.f.) El 'capital catalítico', una palanca fundamental para el impacto. Consultado en: <https://www.openvaluefoundation.org/es/blog/el-capital-catalitico-una-palanca-fundamental-para-el-impacto>
- The European Observatory on Health Systems and Policies.** (2012): Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Ciudad: País.
- The World Bank** (2014): Assessment of Health Financing Options. Papua New Guinea: The World Bank and Australian Aid.
- Xu K, Evans D, Carrin G, A.-R. A.** (2005): Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. 7. www.who.int/health_financing/pb_2.pdf%5Cnhttp://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_08_1-cct.pdf

SOBRE EL(A) AUTOR(A)

José Francisco Pacheco Jiménez. Máster en Economía del Desarrollo con 23 años de experiencia laboral. Ha sido Viceministro de Hacienda (2014-2017) y miembro de la Junta Directiva del Banco Central de Costa Rica (BCCR) (2018-2023). Cuenta con más de 15 años de experiencia como consultor en ámbitos sociales, laborales, ambientales y de gestión pública en 43 países de América Latina y el Caribe, Europa del Este, África y el sur de Asia. Asimismo, desde 2001 ha sido docente de la Universidad Nacional (UNA), la Estatal a Distancia (UNED) y la de Costa Rica (UCR).

Rebeca Alvarado-Prado. Licenciada en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica (UCR) y magister en Epidemiología con énfasis en implementation research, pobreza y enfermedades infecciosas de la Universidad de Antioquia de Colombia -beca del TDR-OMS. Docente e investigadora del grado y posgrado de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y del posgrado en epidemiología de la Universidad Nacional (UNA). Ha sido profesora en los temas de salud y determinantes, campo de la salud pública, investigación, epidemiología y análisis de datos cuantitativos.

IMPRESIÓN

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES)
Costa Rica
costarica@fesamericacentral.org
<https://americacentral.fes.de/>

Responsable:
Ingrid Ross
Representante Fundación Friedrich Ebert para Costa Rica, Guatemala y Honduras

Coordinador:
Marco Zamora
m.zamora@fesamericacentral.org

San José, mayo, 2022

SOBRE ESTE PROYECTO

En 1965 la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES, Fundación Friedrich Ebert) abre en Costa Rica su primera oficina en la región centroamericana. El 23 de julio de 1965 se firma el Convenio de Cooperación entre el Gobierno de Alemania y el Gobierno de Costa Rica. El 1º de setiembre de 1980 se aprueba la Ley no.6454 que lo ratifica. Por más de 55 años la Fundación en Costa Rica ha desarrollado sus actividades como plataforma de diálogo, análisis político y de asesoría política. La participación de múltiples actores y el fortalecimiento de la democracia social son bases de la cooperación realizada con instituciones sociales y políticas costarricenses.

En la actualidad, la Fundación Friedrich Ebert, a través de su oficina en Costa Rica, desarrolla los dos proyectos de trabajo regional de la FES en América Central. Por un lado, El Proyecto Transformación Social Ecológica, que busca contribuir al fortalecimiento de las capacidades de gobierno

democrático y social, aportar contenidos y apoyar diálogos hacia una economía social y ecológicamente sostenible, elaborar propuestas de modelos de desarrollo alternativo, y una política fiscal como instrumento de justicia social y de igualdad de género. Por otro lado, el Proyecto Juventudes Progresistas, que ofrece espacios de formación y fortalecimiento de liderazgos en las juventudes, e impulsar estos liderazgos para participar de manera más efectiva en proceso de defensa de la democracia y los Derechos Humanos.

El concepto de planificación y las actividades de la FES en red de las seis oficinas centroamericanas consiste en la coordinación, el intercambio y la articulación regional con implementación nacional.

Para más información, consulte
<https://americacentral.fes.de/>

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA

Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional



El seguro de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuenta una historia de éxito con una cobertura que se aproxima a la universalidad. No obstante, este logro histórico, el país aún mantiene desprotegidas a una de cada seis personas de las cuales unas 250 mil son pobres. Además, el esquema nacional experimenta presiones de índole demográfico, tecnológico, legal, social, político y clínico que ejercen presión sobre los costos al tiempo que las fuentes tradicionales de financiamiento se erosionan por los efectos de un mercado laboral con ingresos que crecen lentamente mientras la informalidad se eleva. Esta doble condición abre espacios para la discusión del futuro del financiamiento del seguro de salud a partir de las experiencias interna-



cionales y el contexto nacional. El documento señala la existencia de una amplia gama de fuentes posibles de creación de espacio fiscal para el sector salud, mismas que fluctúan entre aquellas tradicionales como el aseguramiento de trabajadores independientes y los impuestos generales y aquellas poco ortodoxas como los impuestos a las transacciones financieras. De igual forma, se incluye en el listado el denominado financiamiento innovador, mismo que abre un enorme universo de recursos para un país que apenas da sus primeros pasos en su aplicación. Eso sí, la búsqueda de nuevas fuentes de ingreso no puede obviar la necesidad de impulsar cambios internos que permitan ejecutar mejor los recursos, generar ahorros por eficiencia y disminuir la evasión contribu-



tiva. El balance entre medidas de ingreso y de gasto pareciera necesario no sólo por un asunto de distribución de las cargas sino por el impulso político necesario al existir un compromiso explícito por parte de la CCSS por elevar el impacto del gasto en la población. Un detalle adicional que señala la investigación es que la mera valoración financiera no es suficiente para catalogar la conveniencia de una fuente. El estudio anota la importancia de evaluar cada alternativa desde una óptica política (¿cuál apoyo de los sectores involucrados?), institucional (¿qué tan sencillo sería recaudar esos recursos?) y de equidad (¿quién aportaría finalmente los recursos?).

Más información sobre el tema aquí:
<https://americacentral.fes.de/>