

Análisis de la cobertura del seguro de salud a partir del censo de población 2000

Gustavo Picado Chacón¹
Virginia Salazar Figueroa²

Introducción

Uno de los preceptos básicos del sistema de salud costarricense, es el acceso de toda la población a los servicios de salud prestados por el seguro social. Este principio de universalidad responde no solo a la voluntad explícita de gobernantes y legisladores, sino que también se ha fortalecido por nuestros tribunales de justicia, al reconocer la salud como un derecho fundamental de todo hombre por su simple condición como tal, y por tanto, exigible en todo momento y bajo cualquier circunstancia.

No obstante, es importante señalar que en la gestión práctica del seguro de salud, el concepto de universalidad no se aplica en un sentido literal. Los administradores del seguro de salud, intentan controlar el acceso indiscriminado; los únicos servicios que son otorgados independientemente de la condición de aseguramiento son los de urgencias, pero incluso éstos, están sujetos al cobro posterior, en el caso de las personas no aseguradas. En consecuencia, una de las tareas esenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en las últimas décadas, como ente responsable de administrar el seguro de salud, ha sido la búsqueda de estrategias y mecanismos efectivos para la extensión de la cobertura contributiva a toda la población del país.

¹ Jefe, Departamento de Estudios Económicos, Dirección Actuarial, (C.C.S.S.)
gpicadoc@ccss.sa.cr

² Jefe, Sección Análisis Demográfico, Dirección Actuarial, (C.C.S.S.) vsalazaf@ccss.sa.cr

Con tales propósitos, a mediados de los años setenta introduce un seguro voluntario para los trabajadores independientes y la obligatoriedad a todos los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales a contribuir con el seguro en cuestión. En 1984 se crea una modalidad de aseguramiento para la protección de los pobres, financiada por el Estado, conocida como asegurados por cuenta del Estado. El año siguiente, se implementa una modalidad de aseguramiento colectivo para trabajadores independientes, agrupados en organizaciones gremiales no comunitarias, denominada convenios especiales.

Como resultado de este proceso, y de acuerdo con los registros administrativos, en la actualidad un 87.5 % de la población nacional está afiliada al seguro de salud, bajo alguna de las diversas modalidades existente en este régimen. Pese a tan notable progreso en relación con años anteriores, la no inclusión del restante 12.5% de la población, continúa como un tema de permanente preocupación e interés por parte de las autoridades superiores de la institución. Es indispensable, a efecto de implementar políticas efectivas para incrementar la cobertura de la población, reconocer e interpretar las principales características de aquellas personas que están fuera del seguro, pero además, contar con criterios de focalización geográfica, tratando de encontrar en aquellos cantones o distritos de baja cobertura, elementos comunes que permitan identificar ciertas causas de los bajos niveles de cobertura.

En este contexto, el Censo Nacional de Población llevado a cabo a mediados del año 2000, representa una fuente de información única, una posibilidad enormemente valiosa de profundizar en el análisis de la cobertura del seguro de salud. Con el uso de los datos recolectados en el censo y con atención especial a la pregunta relacionada con la condición de aseguramiento de las personas, el presente estudio pretende aportar evidencia sobre la evolución, situación actual y determinantes individuales y familiares de la afiliación o no de la población nacional al seguro de salud, bajo una perspectiva de carácter geográfico, fundamentalmente a nivel de cantón.

De igual manera, en el estudio se introduce un concepto denominado Indicador de calidad de aseguramiento (ICA), una medida simple que trata de ponderar las cuatro formas en que un trabajador puede, desde el punto de vista de aseguramiento, relacionarse con el seguro de salud:

- 1) En la categoría que le corresponde,
- 2) En otra categoría, pero siempre contribuyente, y
- 3) Asegurado, aunque no contribuyente o

- 4) No asegurado. El indicador es estimado para los diez cantones con mayor y menor nivel de cobertura, y por rama de actividad económica.

El estudio es de cierta forma descriptivo, pero también conjuga la interpretación de los resultados a la luz del conocimiento adquirido en análisis previos o de la simple observación en el tiempo. Lógicamente, su fuente de información básica son los datos del Censo de Población 2000, aunque de manera complementaria utiliza algunos resultados de la Encuesta de hogares 2001.

El documento está dividido en siete secciones, incluyendo la presente introducción. En la sección dos se describen las modalidades de aseguramiento existentes en el seguro de salud, y algunas de sus principales características. La sección tres está dedicada a consideraciones generales, tratando de aportar evidencia sobre la relación del nivel de aseguramiento y la salud de la población. Las secciones cuatro y cinco muestran la evolución de la cobertura del seguro de salud, en un análisis comparativo a nivel inter-temporal y por área geográfica respectivamente. La estimación de la calidad de aseguramiento se incluye en la sección seis, donde el indicador propuesto es desagregado por rama de actividad económica. Por último, la sección siete incorpora las principales conclusiones derivadas del estudio.

Modalidades de aseguramiento en el seguro de salud

Los seguros sociales en Costa Rica nacen bajo principios doctrinales “bismarckianos”, en el sentido de que la población sujeta a protección en un inicio, era únicamente los trabajadores asalariados y sus familiares. No obstante, con la promulgación de la Ley de universalización de los seguros sociales en 1961, la CCSS adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir a la totalidad de la población nacional.

En los años siguientes, la institución diseña un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento, con el propósito de incorporar aquellos contingentes no afiliados al seguro de salud. Durán (1998) enumera cuatro cambios fundamentales relacionados con este fin:

- 1) En 1975 se establece la protección para los trabajadores no asalariados; inicialmente la afiliación es obligatoria, pero por limitaciones de carácter jurídico pasa a ser voluntaria a partir de 1978;
- 2) En 1976 se obliga a todos los pensionados, de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a contribuir al seguro de salud; los aportes están a cargo de cada

programa que otorga la pensión, o bien son responsabilidad directa del pensionado;

- 3) En 1984 se crea una modalidad de aseguramiento para la protección de los pobres, financiada por el Estado, y sobre la base de núcleos familiares, denominada seguro por cuenta del Estado;
- 4) A mediados de la década de 1980, se desarrolla una modalidad de aseguramiento colectivo para trabajadores independientes y no remunerados, agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, denominada convenios especiales.

Este esquema se complementó con una directriz del Poder Ejecutivo, avalada e implantada por la Caja a inicios del decenio de 1980, mediante la cual se abre la atención de los servicios de urgencias en los centros de salud (clínicas y hospitales) a toda la población, independientemente de la condición de aseguramiento, de manera tal que prevalece el derecho a la salud instituido en la Constitución Política.

En consideración al desarrollo histórico reseñado, es posible identificar las siguientes modalidades de aseguramiento del seguro de salud:

- 1) *Asalariado*: Es un seguro obligatorio y aplica para todos aquellos trabajadores que mantienen una relación obrero-patronal convencional, caracterizada por los principios de subordinación, prestación de servicio y remuneración. El patrono es el responsable de reportar a la Caja sus trabajadores y deducir de los salarios las correspondientes cuotas.
- 2) *Por cuenta propia o convenio*: Es un seguro voluntario y es suscrito fundamentalmente por personas que trabajan por cuenta propia, como patronos, familiar no remunerado y en algunos casos por desocupados.
- 3) Esta categoría incluye también a los trabajadores asegurados mediante convenios especiales entre la CCSS y entidades públicas o privadas tales como asociaciones, sindicatos, cooperativas y otras más.
- 4) *Pensionado*: Esta modalidad cubre a las personas que se pensionaron bajo alguno de los regímenes de pensiones existentes en el país a saber: Régimen No Contributivo, Régimen de Invalidez, vejez y muerte, Régimen de Hacienda, Magisterio Nacional, Poder Judicial y otras instituciones públicas.

- 5) *Familiar*: Es el tipo de seguro que protege a los familiares de los asegurados directos asalariados, pensionados, por cuenta propia o por convenio, considerando dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.
- 6) *Por cuenta del Estado*: Incluye a todas aquellas personas de escasos recursos económicos, y que no tienen posibilidades de asegurarse mediante ninguna otra forma. La ley obliga al Estado a asegurar esta población previo estudio de su situación socioeconómica. Este seguro cubre a todo el núcleo familiar de escasos recursos.

En todas estas modalidades de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud se realiza bajo las mismas condiciones, tanto para el asegurado titular como para sus familiares.

Consideraciones generales

El fenómeno de la población no asegurada por el seguro de salud, tiene algunas características esenciales, que generalmente no han sido tratadas de una forma adecuada, aunque de su comprensión depende el entendimiento o la correcta dimensión del problema bajo estudio.

Con el propósito de explicar estos rasgos básicos, se propone el uso de un modelo simple de aseguramiento, que involucra una familia con un jefe, un cónyuge y otros miembros dependientes. El jefe de familia es el único que tiene un empleo y puede convertirse en un asegurado directo de cualesquiera de las modalidades de seguro existentes, en tanto, los otros miembros deben acogerse al principio de la protección del beneficio familiar.

En consecuencia, cuando el jefe de familia no está asegurado, el resto de la familia tampoco. Pero en sentido contrario, en aquel caso donde el jefe de familia adopte un seguro contributivo (asalariado, cuenta propia o convenios especiales) el resto de los familiares podrán acogerse al aseguramiento vía beneficio familiar o en caso de pobreza o riesgo social, el seguro por cuenta del Estado cubriría todo el núcleo familiar. En conclusión, existe un efecto de escala en la población no asegurada.

Por otro lado, el problema de no-aseguramiento depende de la categoría ocupacional del jefe de familia y su condición de pobreza. Es factible señalar tres posibles situaciones, las cuales ameritan estrategias de solución diferenciadas.

- 1) *Jefe de familia asalariado*: En aquellos casos donde la persona sea un asalariado, legalmente él y su patrono están obligados a

contribuir al Seguro de Salud, circunstancia que define el no-aseguramiento como un problema de evasión.

- 2) *Jefe de familia cuenta propia*: En este caso la decisión de acogerse o no a la modalidad de seguro voluntario o convenios especiales, es una decisión personal, pero con implicaciones sobre el resto de los miembros de la familia.
- 3) *Jefe de familia pobre*: Dada una familia en estado de pobreza o riesgo social sin capacidad económica para tomar alguna de las modalidades contributivas, la opción viable es tramitar el aseguramiento por cuenta del Estado. El jefe y los miembros de una familia sin seguro que tengan estas condiciones, tienen un problema de gestión administrativa.

Por último, y quizás uno de los argumentos más importantes, es que la tasa de cobertura del seguro de salud, no mantiene de manera forzosa una relación con las otras condiciones propias de un cantón determinado. En términos simples, la tesis anterior admite que el aseguramiento es un proceso desligado geográficamente del lugar de residencia de los habitantes.

Considerando que la mayor proporción de personas que pertenecen a la fuerza de trabajo son empleados asalariados, entonces la condición de aseguramiento del jefe de familia, depende del lugar donde se encuentra su empleo y no del cantón donde resida. No son pocos los cantones, donde su función principal es simplemente albergar a las personas y no desarrollan actividades económicas.

En conclusión, la tasa de aseguramiento de un cantón particular es el producto de la suma de las condiciones laborales de sus pobladores, en muchos casos ajenas a su realidad, así como a la concentración de la pobreza. En este sentido, cualquier análisis que incorpore el aspecto geográfico debe interpretarse en un sentido limitado y con las precauciones correspondientes.

En términos de políticas públicas, una de las preocupaciones básicas respecto a los niveles de cobertura del seguro de salud, es el posible impacto que éstas puedan tener sobre el estado de salud de la población, principalmente en aquellas áreas geográficas con valores de cobertura excesivamente bajos. Con una aproximación sencilla a esta hipótesis, los gráficos 1a. y 1b. presentan la relación que se da entre los niveles de cobertura del seguro de salud por cantón y dos medidas clásicas de salud: mortalidad infantil y mortalidad en niños menores de cinco años. La prueba básica de correlación entre ambas medidas, sugiere que las

diferencias entre las tasas de mortalidad no están asociadas de manera directa con las diferencias en las tasas de cobertura.

Este resultado que puede considerarse de cierta forma inesperado, cuenta a su favor con algunos argumentos interesantes. En primer lugar, la condición de “No asegurado” no evita o impide el acceso a la red de servicios públicos de salud administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social.

De acuerdo con la Encuesta de hogares del 2001, la tasa de utilización de consultas ambulatorias de la categoría de no aseguradas fue de 1.1 consultas por persona al año, que aunque es la tasa más baja de toda la población, y casi la mitad del promedio general, apoya la afirmación de que a pesar de su condición de aseguramiento este grupo humano tiene acceso a la red de servicios públicos de salud. Ciertamente, este resultado puede interpretarse como una consecuencia de las barreras administrativas que se imponen a su ingreso a la red de servicios públicos, la satisfacción de sus necesidades de atención médica por otros medios (servicios del sector privado), una cierta “represión de la demanda” y en última instancia, un requerimiento real inferior a los otros grupos de asegurados.

En este mismo sentido, es importante señalar que las medidas de salud, mortalidad infantil y mortalidad de niños menores de cinco años, utilizadas para establecer la relación con la tasa de cobertura, corresponden a grupos humanos que la institución ha considerado como prioritarios, y por tanto, su acceso a los servicios brindados es universal e independiente a su condición de aseguramiento. La cuestión de fondo es que quizás otras medidas de salud de más largo plazo o bien relacionadas con personas en edad adulta, pueda aportar evidencia en otro sentido.

En segundo término, la salud de las poblaciones está determinada por múltiples factores, entre los que por supuesto se incluye la disponibilidad de servicios médicos, pero también otros como: acceso a servicios básicos, ambiente económico y social, el medio ambiente físico, los estilos de vida, conductas individuales y colectivas, la dotación genética y biológica, por citar algunos. La importancia relativa de cada uno de ellos es difícil de distinguir, pues además de su notoria multiplicidad y complejidad, interactúan entre sí de maneras bastante intrincadas, circunstancia que convierte en una tarea harto difícil el reconocer de forma precisa las vías e impacto sobre la salud de un factor específico.

No obstante, numerosos estudios sobre el tema señalan que la incidencia particular de cada uno de estos determinantes, guarda un estrecho vínculo con el nivel actual de salud de los países o regiones y su desarrollo económico-social. Así por ejemplo, una investigación llevada a cabo en Nicaragua, concluye que la salud de sus pobladores está determinada, en

orden de importancia, por la calidad y acceso a los servicios básicos, las condiciones de la vivienda y en tercer lugar, por la disponibilidad de servicios médicos (Espinosa, 1999). Por el contrario, en otros países con un nivel de desarrollo mayor, el principal determinante de la salud son las prácticas y hábitos saludables (consumo de tabaco, alcohol o drogas, actividad y ejercicio físico).

Evolución de la cobertura, 1984-2000

En el período intercensal la tasa de aseguramiento del seguro de salud aumentó poco más de diez puntos porcentuales, pues pasó de 71.2% en 1984 a 81.8% en el 2000. La causa fundamental de este avance responde a la creación del asegurado por cuenta del Estado, el cual permite a las familias y personas pobres afiliarse al seguro de salud, previa comprobación del estado de necesidad. La discrepancia en las tasas de aseguramiento por género se mantiene, pero con una ampliación de la brecha a favor de las mujeres, circunstancia que refleja al menos tres factores:

- 1) La demanda de éstas por empleos de mayor calidad no salarial.
- 2) Una tendencia natural a buscar cobertura a ciertas contingencias básicas, y
- 3) El rol activo que ejerce en el cuidado de la salud propia y la de su familia.

Por otro lado, se denota un aumento relativo de la importancia del Seguro voluntario respecto al seguro de los asalariados, variación que es producto en parte del aumento en la fuerza de trabajo que se desempeña en actividades por cuenta propia, así como, gracias al establecimiento de una nueva modalidad de aseguramiento destinada a cierto segmento de este grupo de trabajadores denominada Convenios Especiales.

El porcentaje de personas no aseguradas de manera formal por el Seguro de Salud, asciende a 18.2%, una cifra que es mayor a la estimada por la Dirección Actuarial de la Caja (12.5%). Una de las posibles causas de esta diferencia, es el uso por parte de esta dependencia, de información derivada de las Encuestas de hogares para estimar la población asegurada por Cuenta del Estado, así como de imputar como tales a todos aquellos no asegurados en condición de pobreza.

La cifra aportada por el censo del 2000, constituye una señal de alerta para los hacedores de políticas a lo interno de la CCSS, pues indica que casi una quinta parte de los habitantes de este país no están incluidos en ninguna de las modalidades de aseguramiento existente. Si bien es cierto,

esta circunstancia no implica una negación directa al acceso de la red pública de servicios de salud, puede constituir un obstáculo importante al ingreso a centros de atención o servicios de cierta complejidad. Por otro lado, implica que un contingente de personas con capacidad económica para contribuir financieramente con el seguro (un tema que ocupará una sección especial en este estudio) evaden o eluden su responsabilidad solidaria con el sistema.

Otro resultado derivado del Cuadro 1, es que el porcentaje de la población nacional cubierta bajo la modalidad de Asegurado Familiar ha descendido levemente. Un fenómeno que si bien está en línea con la mayor participación de la mujer en el mercado laboral, también es consecuencia de un traslado de personas de esta categoría al seguro por cuenta del Estado, que incluye directamente a las personas del núcleo familiar de escasos recursos.

Pese al descenso en los asegurados por beneficio familiar, la dependencia contributiva ha crecido. Es decir, la relación entre el total de asegurados y aquellos que aportan recursos económicos directamente al Seguro de Salud (asalariados, cuentas propias y pensionados), es en el 2000 mayor a la registrada en 1984 (una diferencia de 0.2 personas por asegurado), un indicador que sugiere un posible aumento en la presión que atenta contra la sostenibilidad financiera de este seguro. El efecto final sobre el equilibrio financiero dependerá de los recursos que el Estado pueda transferir a la Caja Costarricense de Seguro Social por concepto de los asegurados por cuenta del Estado, ya que mediante el traslado de personas desde el grupo de no asegurados, hacia el de asegurados por cuenta del Estado, se eleva la dependencia contributiva en el seguro de salud.

Resultados por área geográfica

El progreso exhibido en la tasa de afiliación al seguro de salud, es un resultado casi generalizado a nivel de provincia y cantón. En el caso de las provincias, todas muestran un aumento, con la particularidad de que aquellas con una menor tasa en 1984, crecieron más aceleradamente. En consecuencia, la brecha entre ellas tiende a reducirse, aunque las posiciones extremas según el valor de este indicador se mantienen.

Así las cosas, de acuerdo con el censo del 2000, Heredia continúa como la provincia con la más alta tasa de afiliación, en tanto, Alajuela y Guanacaste conservan los menores valores de este indicador. En las posiciones intermedias, el cambio de mayor importancia es el arribo de San José al segundo lugar, en contraposición a la caída de Limón hasta el quinto puesto.

El análisis del nivel de aseguramiento por cantón indica ganancias en la tasa de cobertura de casi todos, con excepción de Upala y La Cruz, quienes precisamente son los dos cantones con el porcentaje de personas afiliadas al Seguro de Salud más bajo del país. Los cantones con mayor avance en la cobertura en el período 1984-2000 son Acosta, Los Chiles y León Cortes, en ese orden.

Otro aspecto positivo en esta evolución, es que la brecha entre el cantón de mayor y el de menor cobertura, descendió respecto a la registrada en 1984, similar evolución mostró la variabilidad alrededor del promedio, medida que evidencia la similitud de tasas de cobertura entre los cantones. La desviación estándar de la tasa de cobertura desciende casi a la mitad, con la exclusión de los diez cantones con menor cobertura y los diez cantones con mayor cobertura. Este resultado evidencia una extraordinaria paridad entre una gran cantidad de cantones.

De manera más precisa, el Cuadro 2 presenta los diez cantones con mayor y menor nivel de cobertura, así como el valor de algunas variables consideradas explicativas de las diferencias entre estos grupos opuestos.

Esta lista de los diez cantones con menor nivel de aseguramiento está compuesta básicamente por los cantones fronterizos con Nicaragua y Panamá, que tienen un alto componente de población migrante, empleada en actividades agrícolas, y niveles de pobreza elevados, (los extranjeros componen más del 20% de los no asegurados en estos cantones, mientras solo un 8,1% de los asegurados). El único cantón urbano de esta lista es Alajuelita, una de las más importantes áreas marginales del Gran Área Metropolitana y donde, de acuerdo con la clasificación de segmentos censales propuesta por el INEC, uno de cada cuatro segmentos se ubica en el nivel bajo, que corresponde al estrato de mayor deterioro socioeconómico (MIDEPLAN, 2001).

En relación con el Censo de 1984, los cantones que se mantienen en la categoría de menor cobertura son Talamanca y Los Chiles. No obstante, este último tuvo un avance de poco más de 40 puntos porcentuales, situación que le permitió pasar del cantón con menor cobertura al décimo puesto en esta categoría en el año 2000. En el grupo de los de mayor cobertura, la mitad de los cantones que lo forman también se encontraban incluidos en 1984 (Montes de oro, Flores, Jiménez, Barva, Belén)

En esta etapa del estudio, una de las interrogantes fundamentales es, ¿cuáles son los determinantes de los niveles de cobertura? La construcción de una posible respuesta requiere, en primer lugar, retomar el enfoque simplista de que la condición de aseguramiento de las familias depende comúnmente de la exhibida por el jefe de familia. Por otro lado, es necesario esquematizar la presencia de personas no aseguradas como el

resultado de tres posibles situaciones: evasión (asalariados), decisiones personales (cuenta propia) y la no-gestión administrativa del seguro por cuenta del Estado (personas en estado de pobreza).

El Cuadro 2 sugiere un par de determinantes. El porcentaje de población extranjera es cuatro veces mayor en los cantones con menor cobertura respecto a los de mayor cobertura. El conocimiento en el tema, apunta a la contratación de estas personas en condiciones laborales precarias y donde uno de los incumplimientos de ley habituales es la negación de su derecho a contribuir al seguro de salud. Lógicamente, el entorno inmediato en que se da la relación de trabajo, permite al patrono actuar de este modo, pues generalmente el empleo es ocasional y la abundancia de mano de obra a bajo costo reduce las demandas de quienes pretenden ser contratados.

Por otro lado, la concentración de pobreza es otro elemento que está asociado positivamente con la presencia de altas tasas de personas no aseguradas. Los tres peores cantones en cobertura, Upala, La Cruz y Talamanca, promedian poco más de un 40% de las personas pobres, y el grupo en general un 31.3%. En esta variable, la diferencia es acentuada respecto al grupo opuesto, que muestra un promedio de 18.7% en la incidencia de la pobreza. De igual manera las carencias de servicios básicos, o de calidad en las viviendas son más comunes en estos cantones, y aún más entre sus habitantes no asegurados.

Las áreas geográficas con niveles de pobreza altos, deben contar con proporciones mayores de asegurados por cuenta del Estado. La evidencia apunta en esa dirección, no obstante, los niveles no parecen alcanzar corresponderse entre sí, cuestión que sugiere la necesidad de apoyar un proceso de divulgación entre estos cantones de baja cobertura, sobre la existencia del seguro por cuenta del Estado y los beneficios que este otorga. No obstante, en este aspecto es indispensable señalar que la práctica común de las personas de escasos recursos es tramitar este seguro en el momento justo que requieren la atención médica. Por otro lado, las unidades responsables en cada centro de atención de tramitar este seguro, presentan a menudo débiles controles y la falta de un seguimiento adecuado del curso que toma la gestión del seguro en cuestión.

En lo que corresponde a los asalariados, los estudios sobre la evasión han evidenciado que no son las características socio-económicas a nivel individual o familiar, las que diferencian al grupo de trabajadores que tienen seguro de aquellos que no. Esto, dada la obligatoriedad que tiene el seguro para los asalariados. Por el contrario, las diferencias están en las características de la actividad y el tamaño de la empresa, entre otros aspectos, tales como, informalidad del empleo, ocasionalidad, jornada laboral (total o parcial); por ejemplo una empresa de pequeño tamaño en términos de empleados tiene más propensión a evadir las

responsabilidades con el seguro social que una de mayor tamaño. Además, existe abundante evidencia nacional e internacional, que señala a la agricultura e industria manufacturera de pequeños establecimientos, la construcción en general y el servicio doméstico, como actividades con una cobertura de apenas un 25 % o 30%.

En el Cuadro 3 se pueden apreciar las características que poseen tanto asegurados como no asegurados en cuestiones relacionadas con las características y servicios que disfrutaban en casa, un buen indicador del nivel de pobreza, entre otras características relacionadas con la conformación de la población no asegurada, en comparación con la asegurada, para la generalidad del país

En el Cuadro 3 puede notarse una mayor concentración en zonas urbanas por parte de la población asegurada, así como mejores indicadores respecto a la calidad de las viviendas, un mejor acceso a servicios básicos de vivienda, sin mencionar el menor índice de masculinidad entre los no asegurados, que a su vez poseen tres veces más porcentaje de extranjeros que los asegurados, lo cual parece apoyar varias de las afirmaciones hasta aquí consideradas

Dentro de los cantones con menor aseguramiento se puede notar tendencias similares con respecto a las diferencias entre los que están cubiertos por el seguro de salud y quienes carecen de este; dentro de los cantones fronterizos, es apreciable un bajo acceso a los servicios básicos, pero con una mayor incidencia en aquellos casos en los que no se posee cobertura, con importantes diferencias en la magnitud para el caso de Alajuelita, que por su ubicación dentro del Valle Central, ostenta mejores indicadores en varios rubros, correspondientes a acceso a servicios y calidad de la vivienda.

Calidad del aseguramiento contributivo

En el marco de las distintas modalidades de aseguramiento vigentes en la actualidad en la Caja Costarricense de Seguro Social, se identifican dos formas bien diferenciadas:

- 1) Aseguramiento contributivo
- 2) Aseguramiento no contributivo.

El aseguramiento contributivo directo se entiende como aquel llevado a cabo por un trabajador activo, sea bajo la categoría de “Asalariados” o bien de “trabajadores independientes” -en sus dos formas clásicas: cuenta propia o patronos-, en las modalidades del seguro de salud que les corresponda. Por su parte, la categoría de no contributivo o asistencial está

constituida por los familiares, pensionados, y la población asegurada por cuenta del Estado, fundamentalmente.

La búsqueda de mecanismos que permitan la protección universal de la salud, lleva implícita a su vez, la posibilidad de que estos trabajadores activos, generadores de riqueza, evadan su responsabilidad con la contribución de cuotas y evidentemente del no-cumplimiento del principio de solidaridad que contempla la Seguridad Social costarricense.

Varias son las formas en que esta evasión se puede concretar. La principal y más reconocida es el no-aseguramiento. No obstante, también existe el aseguramiento en una modalidad que no le corresponde; por ejemplo, un asalariado inscrito como trabajador independiente o bien un asalariado que se protege con el beneficio familiar derivado de su cónyuge. Por otro lado, una de las formas más frecuentes de evasión, pero de enorme dificultad al momento de identificar, es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos, fenómeno conocido como subdeclaración salarial.

La información recopilada en el Censo de Población 2000, tan solo permite establecer las dos primeras formas de evasión. Con el propósito de contar con una medición sintética de este fenómeno, se ha construido una medida denominada Índice de Calidad de Aseguramiento (ICA), el cual pondera el hecho de si el trabajador activo se acoge a la modalidad en función de su categoría ocupacional o no.

El componente conceptual básico del ICA es el que a cada categoría ocupacional le corresponde una única forma de aseguramiento contributivo directo. En términos simples, el trabajador asalariado debe aportar a la modalidad obligatoria y el cuenta propio o patrono a la voluntaria. En aquellos casos donde esta situación se verifica, la calidad de aseguramiento es igual a 3 (valor máximo). En la situación en que aporte a la modalidad contributiva contraria o bien como un pensionado, se le otorga un 2 (valor medio). El no estar incluido en ninguna de las modalidades contributivas le concede un valor de 1, el más bajo posible.

Es indispensable tener en todo momento presente, que el ICA mide calidad de aseguramiento contributivo, razón por la cual, es indiferente un trabajador asalariado o independiente cubierto por el beneficio familiar o sin seguro.

El Cuadro 6 contiene la estimación del ICA para los últimos años censales, desagregado por categoría ocupacional. La conclusión básica es que el indicador en cuestión muestra una leve mejora entre ambos años, complementada con una fuerte estabilidad en su composición interna entre las categorías bueno, regular y malo. La interpretación directa de estos

resultados indica que dos de cada cinco trabajadores activos presentan algún tipo de evasión, sea por aseguramiento en una modalidad que no les corresponde o bien porque simplemente no se encuentran asegurados. Además el problema recae sobre los trabajadores por cuenta propia y patronos.

Pese al mejoramiento de poco más de 10 puntos porcentuales en los niveles de cobertura totales del Seguro de Salud, la contributiva aumenta aproximadamente tan solo 2 porcentuales. Esta situación pone de manifiesto un argumento planteado en secciones anteriores, en el sentido de que el crecimiento de la cobertura total estuvo impulsado por el establecimiento del asegurado por cuenta del Estado y no por un incremento en el aseguramiento de la fuerza de trabajo del país.

ICA por rama de actividad económica

El conocimiento previo de los patrones del aseguramiento, consistentemente señala que el fenómeno de la no-afiliación es diferencial, según el área o rama de la economía de que se trate. La cuantificación de la calidad, medida en términos del ICA, señala que en el año 2000, de un valor máximo posible de 3, el aseguramiento alcanzó un valor de 2.33, ello quiere decir que, menos del 64% de la población está protegida al seguro de salud bajo la modalidad de aseguramiento que realmente le corresponde en virtud de su categoría ocupacional.

La identificación pormenorizada en razón del área de actividad económica pone en evidencia que en el campo de la construcción la calidad del aseguramiento tan sólo alcanza un valor de 1.9, tipificándose como el sector que presenta más baja calidad de aseguramiento junto con servicios comunales, sociales y personales, y que cabría asumir que estos son a su vez los sectores que más evaden la afiliación contributiva al seguro de salud bajo la modalidad pertinente. La composición relativa refleja que tan solo el 41.4% de la población del sector construcción califica como bien afiliada, en tanto el 58.6% corresponde a población mal afiliada o no afiliada contributivamente.

Conjuntamente con los sectores de construcción y servicios, las áreas del comercio y de la agricultura se constituyen también, segmentos de la economía que más adolecen de debilidades en la calidad del aseguramiento, pues el ICA asume en ellos valores de 2.2 y 2.1, respectivamente. En estos dos grupos se refleja que en el sector comercial el 42.9% de la población se encuentra afiliada a una modalidad que no le corresponde, en tanto que en el sector agrícola lo hace el 48.8%.

En el extremo opuesto, se identifica al sector industria con el ICA más elevado (2.5) en torno a la composición relativa del ICA a lo interno del

conjunto de actividades económicas, sobresale este sector como el que ostenta la más alta proporción de población mejor afiliada con un 72.2% seguido a continuación por el sector de establecimientos financieros con un 61.5%.

Conclusiones

De acuerdo con los datos recopilados en el Censo de Población y Vivienda la tasa de cobertura del Seguro de Salud aumentó poco más de 10 puntos porcentuales respecto a la registrada en 1984, para ubicarse en un 81.8% de la población total. El incremento estuvo impulsado por el establecimiento de la modalidad de aseguramiento por cuenta del Estado, que permite el acceso a los servicios de salud públicos, a las personas en estado de pobreza sin capacidad para pertenecer a ninguna de las otras modalidades existentes. No obstante, aunque de manera más modesta, es importante destacar la contribución de otra nueva modalidad creada en el período entre los respectivos censos, conocida como convenios especiales.

Como consecuencia del traslado de personas no aseguradas a asegurados por cuenta estatal, se da una circunstancia que preocupa, el crecimiento de la dependencia contributiva, es decir, los trabajadores que contribuyen directamente con el financiamiento del seguro de salud son proporcionalmente menos, respecto aquellos que no aportan y están cubiertos. Esta situación que es notoria en la realidad, convierte las transferencias gubernamentales en una fuente indispensable de ingresos. En un futuro no muy lejano, es necesario llevar a cabo una revisión sobre el papel del Estado en el financiamiento del seguro de salud, pues como se señaló en el estudio, el acceso a la red de servicios públicos no está condicionado por el aseguramiento.

En el aspecto geográfico, los resultados destacables son un progreso generalizado en la tasa de cobertura del seguro de salud a nivel provincial y cantonal, con tan solo un par de cantones que exhibieron retrocesos en este indicador. Pero además de este avance, las diferencias entre cantones disminuyó, con al menos 60 cantones con una cobertura por encima del 80%.

Los cantones expuestos a problemas en la cobertura del seguro de salud, son principalmente aquellos fronterizos con Nicaragua y Panamá, caracterizados por una alta concentración de personas pobres, extranjeros indocumentados y empleados en actividades agrícolas de carácter ocasional. Dentro del grupo de no asegurados las características recién citadas muestran una incidencia mayor, que para el resto de la población de los cantones, en donde se observa además, un aseguramiento por parte del Estado de proporciones mayores a las del promedio nacional, lo que provoca un crecimiento de la dependencia contributiva. La Caja

Costarricense de Seguro Social debe establecer programas focalizados para identificar las personas no cubiertas de estas zonas, e incluirlas en la modalidad de aseguramiento que les corresponda.

El estudio aporta alguna evidencia sobre los determinantes de las diferencias en el nivel de aseguramiento a nivel cantonal. Es factible sugerir que poblaciones con una alta concentración de pobreza y población extranjera, condiciones que guardan una estrecha relación, están expuestas a niveles de aseguramiento bajos.

Cuadro 1. Población nacional según modalidad de aseguramiento censos 1984 y 2000

Modalidad de aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19.2	26.5	11.9	18.7	25.0	12.5
Seguro voluntario	4.5	6.7	2.3	6.6	10.0	3.2
Asegurado familiar	44.6	33.6	55.7	43.2	32.0	54.3
Por Cuenta del Estado				8.5	7.4	9.6
Otro tipo	2.8	2.7	3.0	4.7	4.9	4.5
No tiene	28.8	30.4	27.1	18.2	20.6	15.9

Principales indicadores

Tasa de aseguramiento	71.2	69.6	72.9	81.8	79.4	84.1
Dependencia contributiva	3.0	2.1	5.1	3.2	2.3	5.4

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en los Censos 1984 y 2000

Cuadro 2. Cantones con mayor y menor nivel de afiliación del seguro de salud

Cantón	Tasa de cobertura		Posición 2000	Cobertura		% Población		% Aseg. Cta. Estado
	2000	1984		jefes de familia	IDS 2000	Extranjera	Pobre	
Montes de Oro	90.8	78.8	1	90,9	63.9	2.8	29.7	13.2
Flores	90.4	81.5	2	90,2	100.0	4.6	1.0	6.3
Jiménez	90.0	83.7	3	90,0	59.3	1.9	19.3	5.4
León Cortés	89.4	57.1	4	89,2	38.0	3.0	30.2	6.4
Barva	89.3	78.9	5	89,2	63.3	4.0	17.2	10.1
Santa Bárbara	88.9	76.6	6	88,3	69.4	5.0	14.1	10.0
Pérez Zeledón	88.5	75.8	7	89,0	48.9	1.6	24.6	11.9
Atenas	88.1	77.6	8	88,4	68.8	5.5	7.5	4.9
San Pablo	87.6	79.6	9	87,7	74.3	4.8	11.6	5.6
Belén	87.5	80.6	10	88,1	94.9	9.2	1.0	4.6
<i>Promedio</i>	88.7	76.9		89,0	62.0	3.5	18.7	9.3
Los Chiles	77.0	36.0	72	77,1	8.9	27.1	43.8	6.8
Alajuelita	76.7	67.0	73	74,9	58.7	11.2	31.3	18.5
Nandayure	76.5	59.3	74	75,9	53.1	1.7	33.1	22.6
Santa Cruz	76.4	64.5	75	76,6	52.8	3.9	33.2	11.9
San Carlos	75.7	63.3	76	77,1	45.5	12.1	19.5	7.9
Garabito	73.2	56.1	77	69,6	48.3	13.5	24.9	7.9
Golfito	73.0	57.6	78	74,0	44.0	4.2	35.9	14.0
Talamanca	67.9	40.1	79	66,2	0.0	18.6	49.7	21.2
La Cruz	63.9	66.1	80	65,8	16.4	21.2	44.6	8.5
Upala	53.3	58.1	81	58,0	17.4	15.3	38.2	32.8
<i>Promedio</i>	72.6	60.2		73,3	40.0	12.1	31.3	11.9
Promedio País	81.8	71.3		81,8	60.1	7.7	21.3	8.5

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en los censos de 1984 y 2000.

Cuadro 3. Algunas características de los asegurados y no asegurados, según el Censo Costa Rica; Año 2000

	No Asegurados		No Asegurados	
	Asegurados	Asegurados	Asegurados	Asegurados
<i>Distribución en provincias</i>				
			<i>Ausencia de acueducto</i>	10,2
San José	35,6	34,2		14,6
Alajuela	18,3	20,9	<i>Corriente eléctrica</i>	97,5
Cartago	11,4	11,1		93
Heredia	9,8	7	<i>Estado de la vivienda</i>	
Guanacaste	6,7	8	Malo	9,3
Puntarenas	9,4	9,4	Regular	25,2
Limón	8,8	9,3	Bueno	65,5
				48,7
<i>Zona</i>			<i>Sexo</i>	
Urbana	60	54,8	Masculino	48,5
Rural	40	45,2	Femenino	51,5
<i>Tugurios</i>	1,2	3,6	<i>Edad promedio</i>	27,8
<i>Casas en precario</i>	1,7	4,3	<i>% Extranjeros</i>	5,9
<i>Ausencia de tubería</i>	2,4	5,9	<i>Razón de dependencia</i>	1,7
				1,7

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en el censo 2000

Cuadro 4. Características, de los asegurados y no asegurados en los diez cantones con menor aseguramiento, entre la población Costa Rica, 2000

<i>Asegurados</i>								
Tugurios	Casas en precario	Ausencia de tubería	Ausencia acueducto	Corriente eléctrica	Estado de la vivienda			
					Malo	Regular	Bueno	
Upala	1,3	0,4	17,5	27,2	82,5	18,8	37,5	43,8
La Cruz	2,3	1	15,2	23,6	74,8	20,2	38,2	41,6
Talamanca	0,5	0,2	26,6	56,4	75,7	13,6	46,5	39,9
Golfito	1,6	1,6	6,6	28,4	89,9	16,6	39,6	43,8
Garabito	2,6	2,1	2	11,2	94	10,3	27,3	62,4
San Carlos	0,6	0,3	2,7	13,4	96	11	29,8	59,2
Santa Cruz	2,4	2,5	8,2	13,4	93,9	11,8	28,7	59,5
Nandayure	0,9	0,3	6,6	31,7	92,4	13,5	29,8	56,7
Alajuelita	3,4	5,9	0,3	2	99,6	11	29,9	59,1
Los Chiles	1,7	0,9	35,6	46,7	70,2	21,1	39,9	38,9
<i>Promedio</i>	1,6	1,8	8,0	18,8	91,4	13,2	32,9	53,9
<i>No asegurados</i>								
Tugurios	Casas en precario	Ausencia de tubería	Ausencia acueducto	Corriente eléctrica	Estado de la vivienda			
					Malo	Regular	Bueno	
Upala	3,7	1,1	39	47,6	63,3	34,7	41,6	23,7
La Cruz	4,4	1,7	23,4	31,6	62,9	32,2	44	23,9
Talamanca	1,6	0,2	39,1	55,8	64,6	21,1	49,3	29,6
Golfito	4,3	3,3	16,2	43,8	76,5	30,8	40,6	28,7
Garabito	5,8	4,2	5,5	14,1	89,1	17,5	30,7	51,8
San Carlos	2,3	1	9,5	21,5	87,5	22,9	36,5	40,6
Santa Cruz	4,7	3,8	13	19,5	90,7	19,2	34,7	46,1
Nandayure	2,4	0,5	7,3	39,1	89,3	18,3	32,4	49,3
Alajuelita	8,2	11	1,2	3,5	98,7	20,2	34,7	45,1
Los Chiles	5,5	2,1	49,2	59,3	55,3	31,8	43	25,2
<i>Promedio</i>	4,1	3,1	18,5	29,7	80,2	25,3	38,7	36,0

Cuadro 4. (continuación)

	<i>Asegurados</i>				Edad promedio
	Sexo		% de Población		
	Masculino	Femenino	Rural	Extranjera	
Upala	49,9	50,1	80,8	11,2	26,5
La Cruz	48,3	51,7	71,4	17,2	24,9
Talamanca	50,7	49,3	91,9	19,3	22,6
Golfito	49,6	50,4	64,9	3,3	27,3
Garabito	50,6	49,4	66,7	10,3	25
San Carlos	49,4	50,6	73,1	8,1	26
Santa Cruz	47,5	52,5	72,6	2,9	30,3
Nandayure	48,6	51,4	83,1	1,3	29,1
Alajuelita	47,9	52,1	12,2	8,2	25,5
Los Chiles	50,2	49,8	82,6	20,3	23,8
Promedio	49,1	50,9	63	8,9	26,2
	<i>No asegurados</i>				Edad promedio
	Sexo		% de Población		
	Masculino	Femenino	Rural	Extranjera	
Upala	54,3	45,7	91,6	19,9	22,5
La Cruz	54,6	45,4	86,3	28,2	22,5
Talamanca	57,8	42,2	91,3	17,2	22,6
Golfito	57,7	42,3	79,3	6,7	24,7
Garabito	57,7	42,3	61,7	22,3	25,5
San Carlos	55,9	44,1	81,5	24,7	23,4
Santa Cruz	61,2	38,8	81,9	7,2	27,2
Nandayure	61,1	38,9	92,8	2,9	26,8
Alajuelita	54,2	45,8	17,8	21	25,8
Los Chiles	60,7	39,3	93,3	50	21,9
Promedio	56,4	43,6	74,6	20,4	24

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en el censo 2000

Cuadro 5. Ponderaciones del índice calidad de aseguramiento

Modalidad de seguro	Categoría ocupacional		
	Asalariado	Cuenta propia	Patrono
Asalariado	3	2	2
Cuenta propia o conv. especial	2	3	3
Pensionado	2	2	2
Familiar	1	1	1
Cuenta Estado	1	1	1
Otro	1	1	1
No tiene	1	1	1

Cuadro 6. Población económicamente ocupada: Indicador calidad de aseguramiento censos 1984 y 2000

Año	ICA	Composición relativa del indicador (%)			Total
		Bueno	Regular	Malo	
<i>1984</i>					
Asalariados	2.44	69.8	4.2	26.0	100.0
Cuenta propia	1.76	30.9	14.5	54.6	100.0
Patronos	1.79	13.2	52.7	34.1	100.0
<i>Total</i>	2.28	60.4	7.5	32.1	100.0
<i>2000</i>					
Asalariados	2.45	69.3	6.6	24.1	100.0
Cuenta propia	1.90	41.0	7.5	51.5	100.0
Patronos	2.16	44.0	27.6	28.3	100.0
<i>Total</i>	2.33	62.6	7.7	29.7	100.0

Fuente: Elaboración de los autores con base en los Censos 1984 y 2000

Cuadro 7. Indicador calidad aseguramiento según rama actividad económica Censo 2000

Rama actividad económica	ICA	Composición relativa del indicador (%)			Total
		Bueno	Regular	Malo	
<i>Total</i>	2.3	62.6	7.7	29.7	100.0
Agricultura	2.1	51.2	9.3	39.5	100.0
Industria manufacturera	2.5	72.2	6.1	21.6	100.0
Construcción	1.9	41.4	11.2	47.4	100.0
Comercio, restaurantes y hoteles	2.2	57.1	8.4	34.4	100.0
Transporte, almacenamiento y común.	2.3	58.9	10.6	30.5	100.0
Establecimientos financieros	2.3	61.5	9.4	29.1	100.0
Servicios comunales, sociales y personales	1.9	45.3	10.3	44.5	100.0

Fuente: Elaboración de los autores con base en censo 2000

Gráfico 1
 Tasas de aseguramiento vs. medidas de salud, según cantón
 Censo 2000

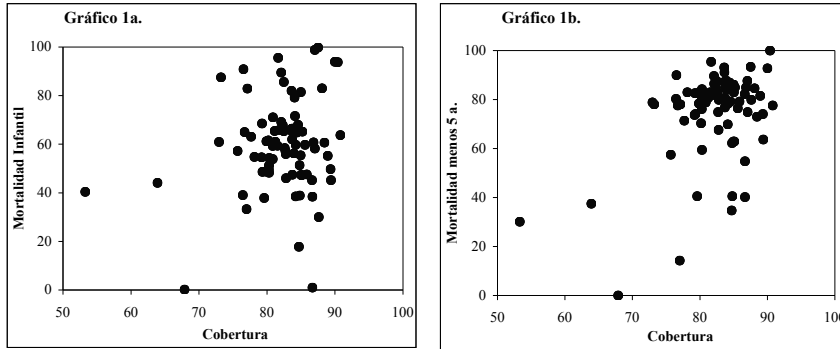


Gráfico 2
 Tasa de afiliación al Seguro de Salud por provincia,
 censos 1984 y 2000

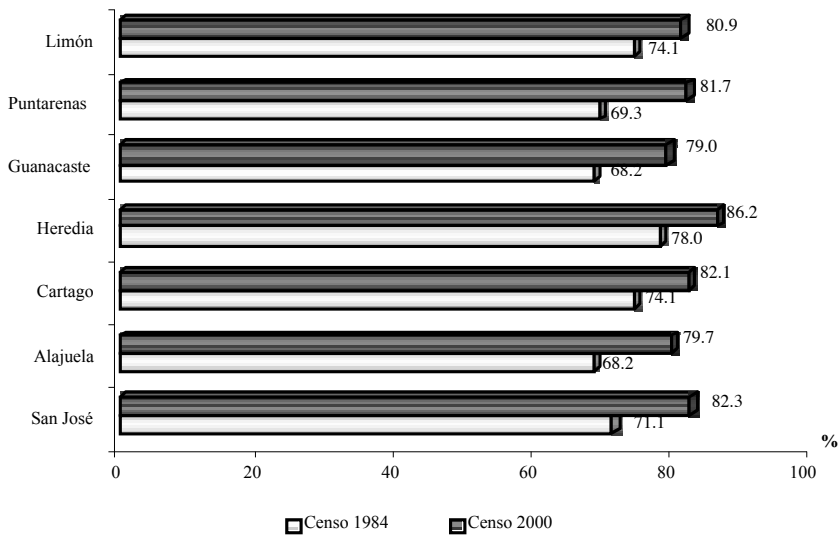


Gráfico 3
Distribución de frecuencias tasas de aseguramiento cantonal
Censos 1984 y 2000

