

Sostenibilidad del Seguro de Salud en Costa Rica: Un Análisis Multi-dimensional de su Definición

Sustainability of Health Insurance in Costa Rica: A Multi-dimensional Analysis of its Definition

Daniel Quesada-Yamasaki^a

Resumen

La sociedad costarricense ha vivido ciertos cambios en los patrones demográficos y epidemiológicos desde la instauración de su actual sistema de salud, los cuales representan retos para la permanencia en el tiempo de un seguro de salud tal como se ha gestionado hasta ahora. Por ello, las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social han incursionado en el desafío conceptual de definir qué se entiende por sostenibilidad del seguro de salud y qué medidas implementar para alcanzarla. Con el propósito de aportar a la discusión en la materia, este ensayo tiene como objetivo analizar dicha definición desde las dimensiones que la componen (deconstrucción) y reconstruir el concepto de sostenibilidad del seguro de salud con una síntesis de los elementos clave.

Palabras clave: seguro de salud, seguridad social, sostenibilidad, Costa Rica.

Abstract

Costa Rican society has experienced certain changes in demographic and epidemiological patterns since the establishment of its current health system, which poses challenges for the [public] health insurance's permanence as it has been managed thus far. Therefore, the authorities of the Caja Costarricense de Seguro Social [Costa Rican Social Security Fund] have ventured into the conceptual challenge of defining what health insurance sustainability means and what measures should be implemented in order to achieve it. With the purpose of contributing to the discussion on the subject, this essay aims to analyze the aforementioned definition from the dimensions that compose it (deconstruction) and reconstruct the concept of health insurance sustainability with a synthesis of the key elements.

Keywords: health insurance, social security, sustainability, Costa Rica.

^a Universidad Estatal a Distancia, Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, Mercedes de Montes de Oca, 500 este de Rotonda Betania, San José, Costa Rica.

Correspondencia: Daniel Quesada Yamasaki
Universidad Estatal a Distancia
Correo electrónico: quesadayamasaki@gmail.com

Introducción

En Costa Rica, el Sector Salud se encuentra a cargo de un conjunto de instituciones públicas, tanto centralizadas como descentralizadas, a las que les compete proveer servicios de salud a la población¹. De ellas, la principal encargada de la prestación de servicios asistenciales en los tres niveles de atención sanitaria es la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como administradora del seguro de salud, así establecido en la Constitución² y en su ley constitutiva³.

Este seguro de salud se rige por los principios de universalidad, igualdad, subsidiariedad estatal, integralidad, eficiencia, participación social y obligatoriedad⁴. Para la CCSS, apearse a estos principios brindando una atención integral y orientada hacia la cobertura universal implica un alto costo. Esto, acentuado por un envejecimiento de la población y un bono demográfico negativo que experimenta Costa Rica⁵, ha llevado a las autoridades a preocuparse por analizar la capacidad de este sistema de sostenerse en el tiempo.

Para ello, la Presidencia Ejecutiva y el Cuerpo Gerencial de la CCSS⁶ han concretado la siguiente definición de sostenibilidad del seguro de salud:

'La sostenibilidad del Seguro de Salud se entiende como la capacidad de garantizar razonablemente a mediano y largo plazo, la protección de las personas contra los riesgos en salud y maternidad, mediante prestaciones dirigidas al mejoramiento de la salud en el curso de vida, bajo criterios de pertinencia, calidad y eficiencia; en el marco de los principios institucionales, la responsabilidad social y ambiental; corresponde a un proceso transversal que involucra no solamente a toda la organización, en su tarea de desarrollar una prestación eficiente, sino que también requiere de espacios de diálogo y de construcción nacional.' (p. 4)

En la extensión de dicha definición se hace evidente la intención de sus creadores de elaborar un concepto que abarque múltiples dimensiones. De hecho, en el documento se hace referencia a que la política se compone de un enunciado general y cuatro específicos, reflejando la intención de abarcar diferentes áreas⁵.

Para iniciar un análisis de la definición, conviene enfatizar en la categoría que se le asigna al término sostenibilidad del seguro de salud: se dice que es una capacidad del sistema para alcanzar ciertas características en términos de permanencia, quehacer, metodología, principios rectores y entidades involucradas. Cada uno de estos constituye una dimensión de la definición, que se muestra de manera separada en la Tabla 1 para facilitar la visualización de la definición deconstruida.

Tabla 1. Dimensiones que componen la definición de Sostenibilidad del Seguro de Salud⁶.

Dimensión	Pregunta a la que responde	Segmento correspondiente de la definición
Temporal	¿Cuándo? ¿Por cuánto tiempo?	Garantizar razonablemente a mediano y largo plazo
Sustantiva	¿Qué?	La protección de las personas contra los riesgos de salud y maternidad
Metodológica	¿Cómo?	Mediante prestaciones dirigidas al mejoramiento de la salud en el curso de la vida
Axiológica-Normativa	¿Bajo qué principios y normas?	Bajo criterios de pertinencia, calidad y eficiencia; en el marco de los principios institucionales, la responsabilidad social y ambiental
Intersectorial	¿Quién está involucrado?	Corresponde a un proceso transversal que involucra no solamente a toda la organización, en su tarea de desarrollar una prestación eficiente, sino que también requiere de espacios de diálogo y de construcción social

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, la Tabla 1 resume el proceso de deconstrucción de la definición que se detallará más adelante en este ensayo. Cada dimensión que compone la definición de sostenibilidad del seguro de salud busca responder a las siguientes preguntas: ¿Por cuánto tiempo debería seguir vigente el modelo? ¿De qué debería ocuparse el seguro de salud? ¿Cómo debería cumplir su función este sistema? ¿Qué principios y normas orientarán su funcionamiento? ¿Quiénes o qué entidades participan en la puesta en marcha de un seguro de salud sostenible?

En consecuencia, el presente ensayo pretende analizar cada una de estas dimensiones con el fin de capturar su esencia y el papel que juegan en la definición como un todo para, finalmente, reconstruir una nueva revisada a la luz de otras fuentes documentales pertinentes en la materia.

Dimensión temporal

Al hablar de sostenibilidad del seguro de salud, la principal idea que evoca es la de permanencia y capacidad de mantener el sistema en el tiempo. En vista de que el modelo ha sido exitoso en el mejoramiento de los índices de salud de la población costarricense desde su creación^{7,8}, no es de extrañar que se busque la preservación de dicho sistema y sus aportes por un período considerable de tiempo; al menos mientras los principios de igualdad y universalidad⁴ en los que se fundamenta mantengan su aceptación en la sociedad.

Esta última salvedad es importante, ya que el éxito de toda política o sistema público radica en el grado de aceptación y legitimidad que ostente en la población⁹. Esto se ha confirmado en la población costarricense, que considera relevante preservar la integridad de un seguro de salud en el que los trabajadores, los patronos y el Estado aportan económicamente. A cambio se recibe una atención que, si bien no es perfecta, se considera al menos adecuada¹⁰ y con cobertura a

personas que no tienen posibilidad de contribuir¹¹. Sin embargo, la capacidad del sistema para mantenerse en el largo plazo se ha visto cuestionada por factores relacionados con los gastos e ingresos.

Gastos

En cuanto a gastos, un factor con gran relevancia es la proyección de envejecimiento poblacional⁵, que implica un aumento en un sector de la población que registra mayores tasas de uso de los servicios de salud⁶. Aunado a ello, en el patrón epidemiológico actual de Costa Rica, la mayor carga de morbilidad corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles, consideradas como entidades diagnósticas que implican un tratamiento más costoso y prolongado⁶.

Además, otros aspectos que elevan el gasto son: la tendencia creciente de eventos como traumatismos por situaciones de violencia y el aumento de la necesidad de atención psiquiátrica por dependencia de sustancias psicoactivas o trastornos relacionados con ansiedad y depresión. A lo anterior debe agregarse que la mayoría de situaciones de salud se abordan en el segundo y tercer nivel de atención: los más complejos y más costosos, ya que terminan absorbiendo un 70% de los recursos de la CCSS⁶.

Ingresos

Por otro lado, el flujo de ingresos al seguro de salud se ha visto limitado. Un componente importante en la situación de los ingresos es la deuda del Estado costarricense con la CCSS, la cual, a pesar de que el Gobierno ha hecho esfuerzos de pago para reducir su tamaño, más bien ha ido en aumento. Esto se debe principalmente a deudas por concepto de: Traslado de funcionarios del Ministerio de Salud a los niveles de atención primaria en la CCSS (y los intereses acumulados por no pago de esta deuda); la atención de pobla-

ción no asegurada por lo establecido en el Código de Niñez y Adolescencia, y la atención de personas sin solvencia económica, que son aseguradas por el Estado¹².

Lo anterior provoca que, aunque el monto que debe pagar el Estado costarricense por concepto de aporte patronal es considerable¹³, en el crecimiento de la deuda del Estado con el seguro de salud tiene más peso el incumplimiento de pago de cuotas por convenios para la protección de personas en situación de vulnerabilidad (y protegidas por leyes especiales) como: niñez, adolescencia, población indigente, población nacional e inmigrante en pobreza extrema, entre otros¹².

El hecho de que el Gobierno de la República de Costa Rica sea el principal cotizante como patrono y que, además, deba asumir el pago de las cuentas especiales mencionadas anteriormente, aunado a su incapacidad para el pago de deuda en efectivo (la mayor parte del monto de la deuda ha buscado saldarlo mediante títulos valores)¹², genera un punto de presión importante para la situación financiera del seguro de salud por su alta dependencia de esta fuente de ingresos.

Asociado a las situaciones de morosidad del Estado (y de entes privados) existe otro factor que juega un papel importante en los ingresos actuales y futuros del seguro de salud: el cambio demográfico. Anteriormente se mencionó que el país experimenta un bono demográfico fiscal negativo, producto de un envejecimiento poblacional⁵.

Para efectos del seguro de salud, esto implica que el crecimiento en los servicios de salud que deben proveerse a la población de las distintas edades es mayor que el crecimiento potencial en los ingresos por planillas (aportes al seguro de salud). De hecho, Rosero y Jiménez plantean en su estudio que la contribución por planillas registrada en 2008 corresponde a un 7,7% del producto interno bruto (PIB), mientras

que para el 2060 se proyecta que disminuya a 6,5%¹⁴. Estas cifras evidencian el efecto de una baja proporción de población joven, que se traduce en menores ingresos para la seguridad social.

(Des)balance

La conjugación de escenarios desfavorables tanto en los gastos como en los ingresos del sistema ha provocado situaciones de desbalance financiero que no son nuevas para el seguro de salud. Desde el 2007, este desbalance alcanzó niveles preocupantes cuando se empezó a presentar un déficit por el crecimiento acelerado de los egresos de la institución explicado, en gran parte, por la partida presupuestaria de remuneraciones a funcionarios. Esta situación de déficit se revirtió parcialmente a partir de 2011 cuando los ingresos volvieron a superar los egresos gracias a los ingresos de capital, producto del vencimiento o venta de títulos valores que había otorgado el Estado por concepto de pago de deuda¹².

Sin embargo, una vez que se deja de contar con los beneficios de estas inversiones, el peso de los ingresos vuelve a recaer en las fuentes corrientes, por lo que el estado de las finanzas del sistema se puede volver a comprometer, ya que el crecimiento de los ingresos corrientes ha mostrado una tendencia a desaceleración desde el año 2009¹⁵.

Este panorama de desequilibrio entre ingresos y egresos del sistema de salud ha permitido proyectar que para el año 2023 el diferencial de ingresos menos egresos sería negativo¹² y, para el 2027, el seguro de salud podría ser incapaz de cubrir los costos operativos⁶. Esto quiere decir que, de cumplirse los supuestos bajo los que operan las fuentes citadas, el seguro de salud podría verse seriamente comprometido en su funcionamiento en menos de 10 años, lo cual dista mucho de una meta de sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

Paralograr dicha meta es prudente pensar en la necesidad de implementar medidas como:

- Detener el crecimiento de los egresos, iniciando por su componente más importante: el de las remuneraciones (sobre lo cual ya se ha empezado a trabajar con la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas)¹².
- Apostar por un modelo centrado en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, ya que la evidencia demuestra la capacidad de estos modelos de reducir —a largo plazo— los costos por atenciones en el segundo y tercer nivel sanitarios^{16,17}.
- Aumentar, mediante la formalización del empleo, la proporción de ingresos por concepto de contribuciones hasta que constituyan al menos un 90% del total. Esto reduciría la dependencia de aportes por convenios (entre las principales causas de imposibilidad de pago del Estado) y de ingresos de capital¹².

Por lo tanto, la principal premisa en relación con una dimensión temporal de la sostenibilidad del sistema de salud es la implementación oportuna de medidas que permitan al sistema mantener un balance financiero saludable y acorde a la realidad nacional, de modo que su funcionamiento permanezca vigente a mediano y largo plazo.

Dimensión sustantiva

La dimensión sustantiva de la sostenibilidad del seguro de salud constituye su centro, su quehacer. Con base en la definición que brinda la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, este quehacer sería la protección de las personas contra los riesgos de enfermedad y maternidad⁶. A raíz de este enunciado, surgen las interrogantes: ¿cuáles personas? ¿cuáles son esos riesgos actualmente? ¿qué implicaciones tienen las dos respuestas anteriores para el sistema de salud?.

Cobertura de los servicios

La pregunta ‘¿cuáles personas?’ remite al tema de la cobertura del seguro de salud, el cual ha sido fuente de orgullo para el país en distintos foros internacionales. Desde el establecimiento de las garantías sociales y pasando por la Reforma del Sector Salud a finales del siglo XX, el acceso de la población a los servicios de salud públicos ha ido en aumento: alcanzando un 90% de cobertura en el año 2000 y un 95% en el 2014¹⁸.

El 5% de los habitantes que aún se mantiene sin acceder a los servicios de salud incluye grupos como: empleados informales o temporales, personas refugiadas de escasos recursos que no son candidatas a seguro por el Estado, personas inmigrantes indocumentadas, grupos indígenas que aún carecen de registro civil, entre otros¹⁸. Aunque 5% podría parecer una cifra pequeña, la condición de vulnerabilidad socioeconómica de estos grupos debería encender alarmas que motiven la continuación de una cobertura creciente hacia el 100%.

Que todos los habitantes de Costa Rica sean sujetos de esa acción sustantiva del seguro de salud resulta de gran relevancia por dos motivos en particular. En primer lugar, por los principios de igual dignidad de todas las personas y de universalidad del sistema⁴ y, en segundo lugar, por razones de costo-beneficio: la atención integral en salud de grupos vulnerables no solo trae beneficios sociales y económicos a dichos grupos, sino también a la población en general al aumentar la productividad, especialmente si dicha atención es llevada a cabo desde un enfoque de promoción de la salud, tal como se ha comprobado en contextos de otros países¹⁹.

Calidad y oportunidad en los servicios

Además de una extensa cobertura en términos cuantitativos, la sostenibilidad del seguro

de salud desde su dimensión sustantiva debe verse permeada por criterios de calidad y oportunidad. Es decir, que los servicios que ofrece para proteger a la población contra riesgos de enfermedad y maternidad sean de la mejor calidad posible y brindados a tiempo. El tiempo de atención es el área en la que más se reportan oportunidades de mejora para el sistema costarricense, ya que en el 2014 el tiempo promedio de espera para cirugía general era de 452 días¹⁸.

Con el fin de atender esta problemática, se creó desde el 2001 la Unidad Técnica de Listas de Espera de la CCSS²⁰ y se ha buscado reducir los tiempos de atención mediante proyectos específicos como el Plan para la Atención Oportuna de las Personas del 2017²¹. Con estos esfuerzos, se ha buscado alcanzar un punto de equilibrio entre la oferta y la demanda, brindando atención en un tiempo razonable y reflejando una gestión institucional apegada a las buenas prácticas, que sea percibida por las personas usuarias como de calidad²¹.

Sin embargo, para mayo del 2019 la situación no había mejorado de manera significativa, ya que, con base en datos brindados por la CCSS, la espera promedio era de 369 días en el servicio de cirugía general y de 200 días en consulta externa²². Además, con respecto a la calidad, los últimos datos disponibles (2016-2017) indican que un 66% de las Áreas de Salud (primer nivel) de la CCSS no alcanzan un nivel de productividad acorde con los recursos que reciben, mientras que el panorama en el ámbito hospitalario también muestra algunos resultados preocupantes como una mortalidad intrahospitalaria alta en al menos seis centros de la red²³.

Tomando en cuenta este escenario, para que el seguro de salud sea sostenible desde la perspectiva de su dimensión sustantiva,

es necesario implementar medidas que contribuyan a mejorar la calidad y eficiencia en los servicios, reduciendo los tiempos para la atención. Monge-Navarro y colaboradores han brindado algunas recomendaciones en este sentido, por ejemplo: aumentar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, favorecer la cirugía ambulatoria, mejorar los sistemas de información sobre las listas de espera, entre otras²⁴.

Gestión de los recursos

Hasta ahora, se ha revisado cómo la cobertura, la calidad y oportunidad de los servicios pueden determinar el grado en el que las personas se benefician del quehacer de un seguro de salud. Aunado a ello, la sostenibilidad del seguro de salud, en su dimensión sustantiva, se verá directamente influenciada por otro factor: la identificación de los riesgos a la salud contra los que debe proteger y una eficiente asignación de recursos acorde con dichos riesgos. Para ello, es elemental tomar en cuenta el patrón epidemiológico de la población.

En el caso de Costa Rica, la mayor parte de la carga de morbilidad corresponde a cardiopatías isquémicas, diabetes y enfermedad renal crónica (ERC) (ver Figura 1). Esta última, además, constituye una de las patologías cuya carga ha presentado un mayor incremento en el tiempo: un aumento del 2,84% entre 1990 y 2017 en los años de vida saludable perdidos por cada 100,000 habitantes (AVISA)²⁵. Los AVISA indican el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura, es decir, miden la diferencia en años entre la situación real y una situación ideal donde todos viven hasta la edad de la expectativa de vida estándar, y en perfecto estado de salud²⁶.

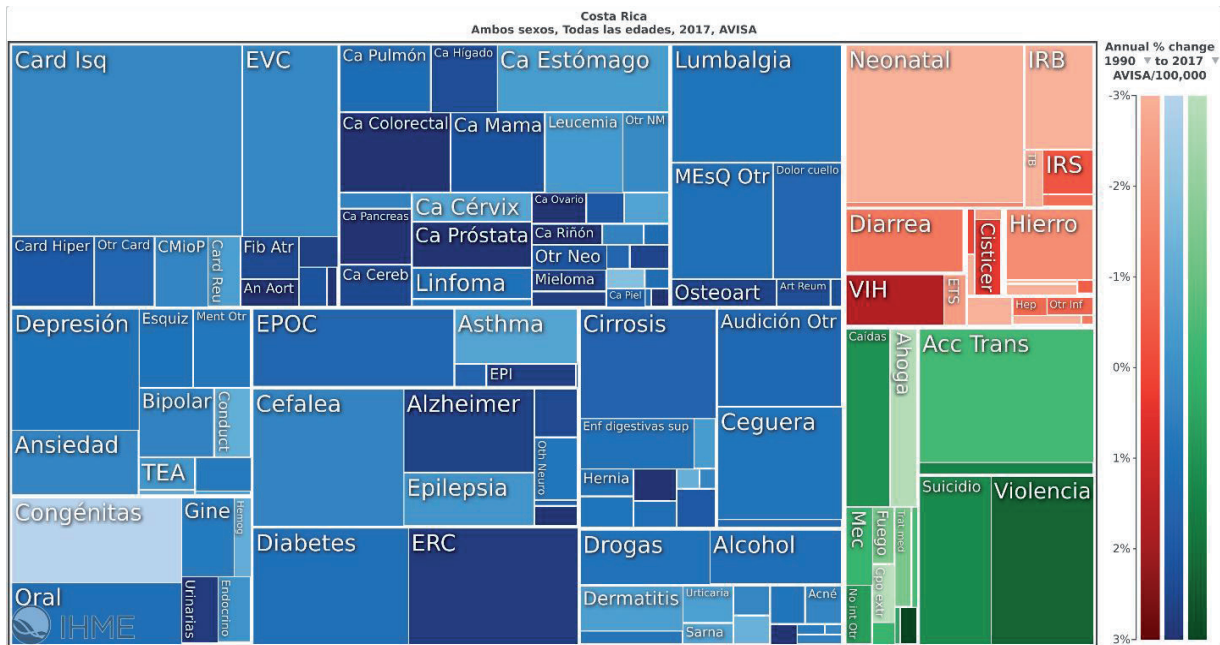


Figura 1. Distribución de la carga global de enfermedad en Costa Rica, en años de vida ajustados por discapacidad. Tonos azules: enfermedades crónicas; tonos naranjas: problemas de salud materno-infantiles, infecciosos o nutricionales; tonos verdes: traumatismos y eventos violentos²⁵. Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (2018).

El aporte a la carga global de enfermedad de diferentes patologías o riesgos a la salud se resume en la Figura 1. Allí, el tamaño de cada recuadro es proporcional a su peso en la carga global de morbilidad de la población costarricense (medido en AVISA) y la intensidad de la coloración refleja el porcentaje de cambio de dicha contribución para cada entidad diagnóstica entre 1990 y 2017 (un tono más oscuro denota crecimiento y uno más claro, disminución)²⁵. Salta a la vista que el grueso de la carga de morbilidad proviene de enfermedades crónicas. De las otras áreas, los trastornos neonatales congénitos y los accidentes de tránsito son los que aportan en mayor proporción a la carga de morbilidad²⁵.

Mediante un formato similar al de la Figura 1 (que no se presenta en este ensayo), el Instituto

para las Métricas y Evaluación en Salud (IHME, por sus siglas en inglés) presenta también la distribución de la mortalidad por causas. El patrón se mantiene: las enfermedades crónicas causan el mayor porcentaje de muertes, encabezadas por cardiopatías isquémicas y ERC²⁵.

Luego de un análisis del patrón epidemiológico de la población, se evidencia entonces que, para cumplir cabalmente su dimensión sustantiva, el seguro de salud debe ocuparse en proteger a las personas de afecciones crónicas, las cuales constituyen el principal riesgo de la población en términos de morbilidad y mortalidad. Para ello, un abordaje que inicie con la promoción de estilos de vida saludables resulta esencial¹⁶.

Pero, además de los riesgos de enfermedad, no se puede dejar de lado que el

quehacer del seguro de salud también incluye la protección frente a los riesgos de maternidad⁶. Al hablar sobre la atención en salud relacionada con maternidad, es importante tomar en cuenta los datos de estimaciones y proyecciones de la tasa de fecundidad para años venideros, así como el comportamiento de algunos indicadores de gestión hospitalaria en el servicio de Ginecología-Obstetricia.

Para Costa Rica, se proyecta que la tasa global de fecundidad tendrá una tendencia decreciente hasta llegar a un mínimo de 1,67 hijos por mujer en el año 2032. Después de esto, volvería a crecer levemente, pero sin alcanzar la tasa de recambio (fecundidad \geq 2,1) antes del 2050, último año del que se tienen proyecciones²⁷.

Este descenso en la tasa de fecundidad brinda luces sobre dos aspectos en la gestión del seguro de salud: la disminución en el número de nuevos contribuyentes al sistema en el futuro⁵ y la importancia de una eficiente distribución de recursos entre los diferentes servicios y centros de salud.

Respecto al segundo punto, el investigador Melvin Morera Salas resume de la siguiente manera sus hallazgos sobre la gestión de los recursos en los centros hospitalarios²⁸:

‘El servicio de Obstetricia presenta índices de ocupación inferiores al 50% en varios centros periféricos. La baja ocupación de las camas en este servicio es generalizada, (...). Algunos problemas que pueden explicar tal desequilibrio son: inadecuada distribución interna de las camas, falta de personal médico especializado y baja demanda de algunas atenciones, por el cambio demográfico y el perfil epidemiológico de la población.’ (p. 112)

Lo anterior debe llamar la atención de las autoridades en cuanto a la distribución de recursos que se está llevando a cabo. En un sistema con tal tamaño y complejidad, los recursos mal gestionados pueden tener un alto costo y constituir un obstáculo para el desarrollo del quehacer sostenible en el

tiempo. Por tanto, para que el seguro de salud perdure, resultará primordial en su dimensión sustantiva la asignación eficiente de sus recursos limitados, priorizando entre un sinnúmero de necesidades, según lo que indiquen los patrones demográfico y epidemiológico de la población²⁹.

En conclusión, a la luz de este conjunto de factores (cobertura, tiempo y calidad de atención y gestión de los recursos) pareciera que, para lograr un desarrollo óptimo en la dimensión sustantiva de la sostenibilidad del seguro de salud, la principal lección es la necesidad de una coordinación intrainstitucional transparente, para una asignación óptima de recursos destinados a la promoción de estilos de vida saludables y la protección de la salud a lo largo de la trayectoria de vida de las personas.

Dimensión metodológica

Esta dimensión hace alusión a las formas mediante las cuales se lleva a cabo la dimensión sustantiva de forma sostenible. La Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud ha propuesto hacerlo a través de prestaciones orientadas a un enfoque de mejoramiento de la salud en el curso de la vida⁶.

Al hacer referencia a la salud en el curso de la vida, se le percibe como el resultado de la interacción entre eventos que se presentan a lo largo de la vida de una persona y que, en conjunto con otros factores (sociales, políticos, económicos), dan forma a la trayectoria de los individuos y el progreso de la sociedad hacia el desarrollo. Es decir, la salud es entendida como ‘una dimensión fundamental del desarrollo humano y no sólo un fin en sí misma’ (p.3)³⁰.

Por ello, al hablar de prestaciones para el mejoramiento de la salud en el curso de la vida desde un seguro de salud, debe comprenderse que los profesionales sanitarios requieren abandonar la visión tradicional de enfocarse en

la trayectoria de la enfermedad para redirigir su atención a la comprensión de las trayectorias de la salud en la vida de las personas³⁰.

Dichas trayectorias de salud son moldeadas por una serie de determinantes. De estos determinantes, la atención en salud contribuye apenas en un 11% a la trayectoria de salud de las personas, mientras que los relacionados con la biología humana (como la genética) definen un 20 a 30%. El mayor impacto en la salud de las personas a lo largo del curso de vida proviene de conductas individuales y circunstancias sociales^{31,32}. Por ello, se reconoce que los mayores avances en términos de mejoramiento de la salud y calidad de vida se deben a intervenciones que influyen en los estilos de vida de las personas³⁰.

De lo anterior se desprende que, para contribuir a la sostenibilidad de un sistema público de seguro de salud, será clave hacerlo a través de métodos que: Prioricen la promoción de estilos de vida saludables; generen conciencia en las personas sobre la importancia de la prevención de enfermedades, y disminuyan la proporción de la población que llega a situaciones de salud-enfermedad que requieren un abordaje complejo en los niveles de atención más costosos.

La implementación de una dimensión metodológica con esas características representa un reto para la CCSS. Actualmente: existe un amplio grado de cobertura y desarrollo en el primer nivel de atención en términos geográficos, mas no desde el punto de vista de horarios y capacidad resolutive. Esto ha ocasionado que muchos pacientes acudan directamente a los departamentos de emergencias de los hospitales para su atención primaria, por ejemplo: en el 2010, el 44% de las consultas se dio en los servicios de emergencias (43.5% en hospitales y 56.5% en Áreas de Salud) y, de estas, más de la mitad resultó no ser una emergencia verdadera¹⁷.

Lo anterior implica en sí mismo un problema por la atención de una situación de salud en un

nivel que no corresponde. Si se considerara, además, la posibilidad de prevención de dicha enfermedad o evento relacionado con la salud, la realidad en términos del reto que enfrenta la institución es aún más preocupante. Por ende, es vital para la sostenibilidad del sistema la des-complejización de la atención en salud: priorizando la promoción y prevención en salud, seguido de ampliación en la capacidad de atención en el primer nivel de atención, con el consecuente descongestionamiento y ahorro de recursos en el segundo y tercer nivel.

Para lograr lo anterior, se requiere una institución capaz de ser flexible y dinámica para la implementación de nuevas acciones y modalidades de trabajo como las mencionadas anteriormente. Sin embargo, organismos externos como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) han hecho una fuerte crítica a este aspecto de la CCSS, al posicionarlo como una debilidad que contrasta sus fortalezas¹⁷:

'Mucho hay que alabar del sistema de salud de Costa Rica: su estabilidad institucional respecto al financiamiento y la planificación; un brazo proveedor cercanamente integrado, pero claramente diferenciado, con una atención primaria fuerte en su base; (...)

Puede que el Sistema sea quizás demasiado estable: la rigidez institucional y los intereses creados han estancado reformas vitales, lo que significa que Costa Rica aún carece de una aplicación sistemática de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y evaluación en tecnologías sanitarias, a pesar de varios intentos por introducir dichas reformas.' (p.3)

Por lo tanto, la reflexión clave desde el punto de vista de la dimensión metodológica de la sostenibilidad del seguro de salud es que la misma requiere que la CCSS sea una institución flexible para dar respuesta a las trayectorias de salud (no solamente de enfermedad) en el curso de la vida, con un sistema en el que los niveles más complejos no estén saturados gracias a acciones de promoción y prevención desde los niveles primarios.

Dimensión axiológica-normativa

Es gracias a esta dimensión que la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud plantea qué tipo de seguro de salud desea mantener como sostenible en el tiempo. Es decir, su importancia radica en que de ella nacen los principios que orientarán el espíritu del sistema. Para la Política aplican los mismos principios institucionales de la CCSS³²: equidad, igualdad, obligatoriedad, solidaridad, subsidiariedad, unidad y universalidad, los cuales en general coinciden con los estipulados en el Reglamento del Seguro de Salud⁴.

Estos principios institucionales se han mantenido vigentes desde la creación del sistema de seguridad social, pero la aceptación en la actualidad no es la misma que en años anteriores. En esta línea, María del Rocío Sáenz (exministra de salud y expresidenta ejecutiva de la CCSS) señala que los prolongados tiempos de espera para recibir atención en salud han provocado que los principios de equidad y solidaridad pierdan legitimidad en un sector de la población que prefiere recurrir a servicios privados. Esto hace necesario que se revise el modo de operación del seguro de salud con el fin de que éste no sabotee su propia legitimidad³⁴.

Es por ello, que los criterios planteados en la Política de pertinencia, calidad y eficiencia son clave y deben ser tomados como ejes orientadores con el mayor compromiso posible, ya que, como se mencionaba anteriormente la legitimidad o apoyo por parte de la población a un sistema público son esenciales para su éxito (y, en este caso, para su sostenibilidad en el tiempo)⁹. De lo contrario, será necesario revisar, renovar o complementar el marco ético vigente para contar con uno que sea coherente con su funcionamiento y goce de legitimidad en la población.

Precisamente con el fin de evaluar las percepciones de la población, en 2014 se llevó a cabo un Diálogo Nacional para el Fortalecimiento del Seguro de Salud a través de 15 comunidades distribuidas en todas las regio-

nes del país. Los resultados de dicho diálogo con la población muestran lo que las personas usuarias consideran relevante para mejorar el seguro de salud (y, por consiguiente, para mantener su buena percepción):

- En lo que respecta al capital humano, las personas usuarias esperan ser atendidas por personal con vocación, contrato cálido, comunicación asertiva y valores humanitarios; además, contar con la presencia de otros profesionales, mayoritariamente de las ciencias sociales (psicología, trabajo social, educación, sociología, etc.) en los centros de salud. De esto, es interesante cómo la población demanda atención de los diferentes determinantes de la salud, más allá del biológico³⁵.
- Por otro lado, la población exige cambios en la manera que la institución aborda los determinantes sociales de la salud: desean recibir mayor y mejor educación para el autocuidado de la salud, contar con participación efectiva en la toma de decisiones para que haya corresponsabilidad social del usuario, contar con espacios de infraestructura y diálogo para hacer el cambio hacia estilos de vida más saludables y que se empodere a las Juntas de Salud como representantes de la ciudadanía³⁵.
- Otro hallazgo consiste en los aportes de la ciudadanía sobre el financiamiento del seguro de salud al proponer medidas para mejorar los ingresos como supervisar el pago puntual del Estado y el pago puntual de cuotas obrero-patronales, así como realizar la publicación de personas (físicas o jurídicas) morosas con el sistema. Asimismo, apoyan el continuar orientándose bajo el principio de solidaridad y sensibilizar a los usuarios al respecto³⁵.

Cabe destacar entonces que, de acuerdo con lo recopilado en el Diálogo Nacional, los ideales que gozan de apoyo en la población y que aportan legitimidad al sistema son el principio de solidaridad (uno de los principios fundamentales del sistema que permanece vigente), el empoderamiento de la ciudadanía

en materia de salud y un enfoque preventivo desde los determinantes de la salud.

En síntesis, además de regirse por el orden legal vigente, para que el sistema de seguro de salud público sea sostenible en el tiempo, debe fundamentarse en principios que gocen de legitimidad entre los contribuyentes/ usuarios. Para ello, será importante articular la participación ciudadana a los principios institucionales de solidaridad y universalidad como eje que modele el funcionamiento del sistema a través del tiempo.

Dimensión intersectorial

Como último punto del análisis, es importante recalcar que, desde el planteamiento

de la definición de sostenibilidad, se tiene claro que el futuro del seguro de salud no puede ser solamente responsabilidad de las gerencias de la CCSS. Más bien, debe ser un esfuerzo colaborativo que 'requiere de espacios de diálogo y de construcción social' (p. 4)⁶.

En dicho esfuerzo colaborativo es necesaria la participación de diferentes sectores que, para efectos de este documento, se han clasificado en tres: público, privado y sociedad civil. La Figura 2 busca resumir el escenario óptimo para una dimensión intersectorial del seguro de salud. Allí, las diferentes entidades constituyen cada uno de los tres sectores (representados como pilares) y articulan, de acuerdo a sus competencias y capacidades, acciones que conducen a la viabilidad de un seguro de salud sostenible.

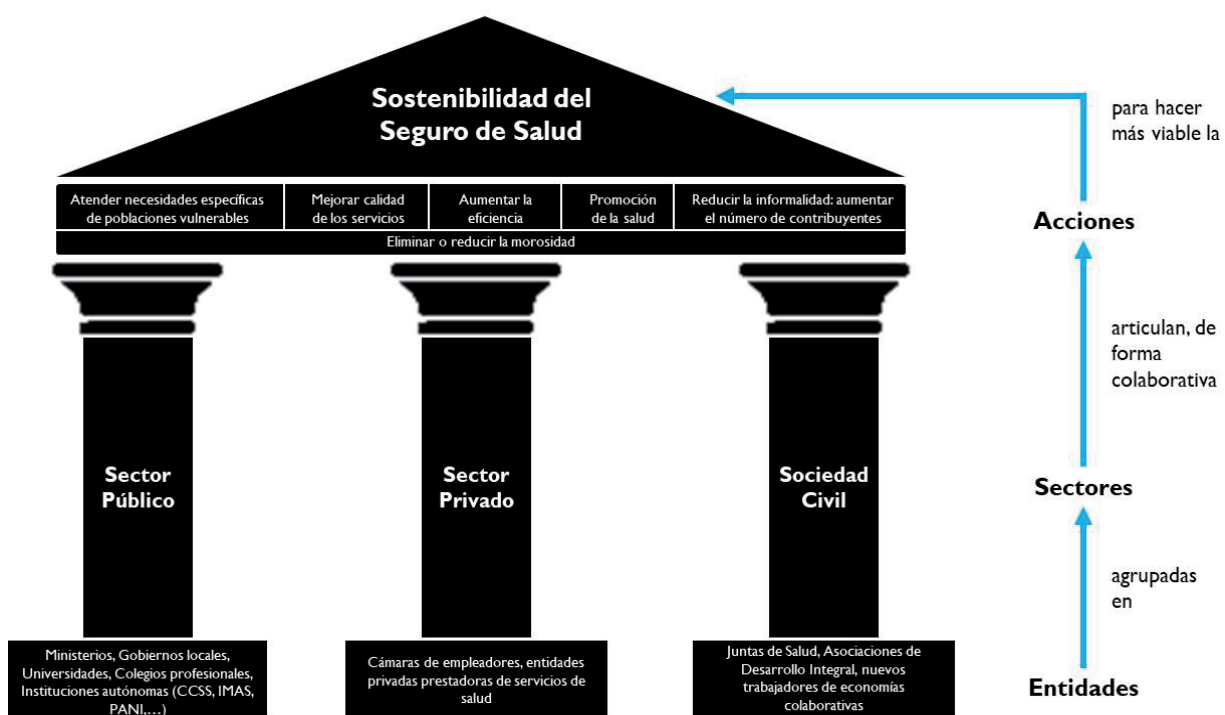


Figura 2. Escenario óptimo de la intersectorialidad para la sostenibilidad del seguro de salud. Abreviaciones: CCSS, Caja Costarricense de Seguro Social; IMAS, Instituto Mixto de Ayuda Social; PANI, Patronato Nacional de la Infancia.

Fuente: Elaboración propia.

La participación del sector público en el seguro de salud puede ser la más obvia y la que se ha hecho más evidente hasta el momento. Sin embargo, aún hace falta mayor compromiso de entidades como los gobiernos locales si se desea apuntar al fortalecimiento de la atención primaria³⁶ y a la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad³⁷ como pilares de la sostenibilidad del sistema.

Además, como se señaló en apartados anteriores, el peso importante de la deuda del Estado con la seguridad social por concepto de convenios especiales de atención a población menor de edad y población indigente¹², hace necesaria la participación de entidades como el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) con el fin de que puedan velar por los intereses de los grupos vulnerables que atienden sin responsabilizar por completo a la CCSS de la salud de dichas poblaciones.

Por otra parte, desde el sector privado es importante el aporte de posibles soluciones de los empleadores como contribuyentes. Las empresas privadas prestadoras de servicios de salud también deberían participar de la discusión ya que, en diferentes ocasiones son proveedoras del seguro de salud público como administradoras de ciertos centros de salud o facilitadoras de algunos procedimientos. Además, los aportes de los prestadores de servicios de salud privados pueden ser de gran ayuda en términos de lecciones aprendidas sobre la satisfacción de los usuarios, en aras del mejoramiento de un sistema que beneficia a toda la población.

Como tercer sector involucrado, está la sociedad civil a través de sus representantes directos. En el caso de Costa Rica y, en particular para el seguro de salud, la ciudadanía organizada participa principalmente a través de las Juntas de Salud y de las Asociaciones de Desarrollo Integral de cada comunidad (coordinadas a nivel nacional por la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad).

Estas últimas, aportan información y colaboración valiosa en los Análisis de la Situación de Salud, así como en la ejecución de actividades que permitan aumentar los recursos disponibles para mejorar la atención en salud³⁶.

En cuanto a las Juntas de Salud, estas fueron creadas a finales del siglo XX y principios del XXI con la misión de ser entes auxiliares de los centros de salud que velan por la mejora de la atención, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana³⁸. Actualmente, su principal rol es de tipo contralor y auxiliar en la administración. Hace pocos años, la Presidencia Ejecutiva de la CCSS propuso su fortalecimiento con el fin de alinear sus acciones con las líneas de trabajo de las tres redes de atención de la institución³⁹.

Sin embargo, el poder de decisión de las Juntas de Salud sigue siendo limitado y sus funciones, de acuerdo con la normativa, son principalmente como órgano de consulta o recomendación³⁸. Una realidad muy diferente es la que experimenta una entidad similar: las Juntas de Educación, las cuales, tienen incluso funciones en relación con la formulación, ejecución y evaluación presupuestaria⁴⁰.

El ámbito de acción de una Junta de Salud es muy distinto al de una Junta de Educación, pero si se desea apostar por la participación ciudadana en el seguro de salud, la alternativa más lógica es hacerlo a través de una instancia que ya existe y fue creada para este efecto, mediante su fortalecimiento en funciones y competencias, que desemboquen en un mayor impacto en la realidad local de la atención en salud.

Por último, un agente relativamente novedoso en este panorama es el conjunto de personas que ha optado por una fuente de ingresos dentro de una actividad de economía colaborativa. Este concepto, de reciente definición, se entiende como:

'la venta, intercambio o cesión de productos o servicios principalmente por parte de individuos, mediante plataformas tecnológicas en línea que permiten la conexión y gestión de la relación entre los proveedores y los consumidores, usando los proveedores medios propios, disponiendo de autonomía para organizarse y sin alcanzar el tamaño de una PYME' (p.7)⁴¹.

Adicional a esto, el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) agrega que dos características importantes de este fenómeno son: que el servicio (temporal o permanente, gratuito o con tarifa) se presta mediante la interacción entre pares y que el mismo, es generado por personas que no están organizadas formalmente. Ejemplos de sectores en los que la economía colaborativa ha incursionado son: alojamiento, transporte de personas, prestación de servicios profesionales y técnicos, financiamiento colaborativo, entre otros⁴².

El aspecto de informalidad es clave para entender el papel de la economía colaborativa en la sostenibilidad del seguro de salud, ya que este tipo de actividad económica -hasta el momento no regulada en el país- ha representado para muchos individuos una fuente de ingresos importante (única o complementaria) y ya existen datos que afirman que, desde su surgimiento, ha generado rendimientos importantes⁴³. Sin embargo, la carencia de regulación en la materia coloca a las actividades de economía colaborativa en una posición desigual respecto a la actividad comercial tradicional, en términos fiscales, pero también de la seguridad social⁴⁴.

Visualizar una contribución de individuos participantes de economías colaborativas al seguro de salud es complejo, debido a que su forma de organización del trabajo se da bajo la modalidad de *crowdsourcing*: las empresas ahora anuncian al público general una convocatoria para realizar una tarea que antes era realizada por un trabajador contratado; esta tarea, a su vez, es articulada con el cliente final mediante plataformas tecnológicas intermediarias. Así, la empresa se convierte

en intermediaria de un servicio que se comercializa de persona a persona (*peer-to-peer*), externalizando las actividades laborales y desapareciendo las planillas⁴⁴.

Por lo tanto, a pesar de que este modelo puede implicar ventajas en términos de flexibilidad y nuevas formas de generar ingresos, desde el punto de vista laboral 'se oculta la verdadera cadena de responsabilidad^{44'} (p. 530), lo cual tiene implicaciones negativas para la seguridad social. Esto debido a que las actividades de economía colaborativa no se identifican como una relación obrero-patronal y no están sujetas a contribución al seguro de salud, lo que disminuye las fuentes de ingresos del sistema. Debido a que su participación en el mercado mundial es creciente⁴³ y ello podría generar un impacto importante en el financiamiento del seguro de salud de nuestro país, resulta esencial la incorporación de las organizaciones de economía colaborativa al debate sobre nuevas soluciones para la sostenibilidad del sistema desde su quehacer.

Finalmente, al respecto de este análisis sobre la intersectorialidad para la sostenibilidad del seguro de salud, se concluye que no se debe omitir la necesidad de reunir la participación de múltiples agentes para la búsqueda, implementación y mantenimiento de nuevas soluciones, involucrando tanto a aquellos que tienen una participación importante del gasto como a aquellos que pueden oxigenar el sistema desde la contribución con nuevos ingresos.

Reconstrucción de la definición de "sostenibilidad del seguro de salud"

A raíz del análisis realizado en el apartado anterior, se plantea a continuación una posible definición de sostenibilidad del seguro de salud: simplificada (tanto en número de palabras como en complejidad de ideas) y que reúne los puntos que se han identificado como clave a lo largo del análisis.

Toda definición se compone de un término genérico y de un término diferenciador. El término genérico es el concepto de contenido más amplio en que el término por definir está comprendido⁴⁵. En este caso, la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud identifica la sostenibilidad del seguro de salud como una *capacidad*⁶. Es decir, como una característica potencial que tiene una entidad de lograr algo. En lugar de ello, en la reconstrucción de la definición, se ha preferido utilizar el término genérico *cualidad*, bajo el entendido de que se trata de una condición o carácter distintivo que ya está presente y es propio de la entidad⁴⁶.

Esto debido a que, ante el escenario que enfrenta actualmente el seguro de salud, la sostenibilidad no puede ser algo potencial sino algo real si se quiere continuar gozando de los beneficios que este sistema ha traído a la sociedad costarricense.

El término diferenciador “limita la extensión del término genérico para que convenga exactamente al término definido” (p.17)⁴⁵. Para la construcción de este término diferenciador se utiliza la Tabla 2, en la cual se rescata o incorpora el aspecto más importante de cada una de las dimensiones del concepto analizadas en este documento.

Tabla 2. Aspectos clave de cada una de las dimensiones de la “sostenibilidad del seguro de salud” para la construcción del término diferenciador de una nueva definición.

Dimensión	Pregunta a la que responde	Cita original ⁶	Aspecto clave a rescatar o incorporar
Temporal	¿Cuándo? ¿Por cuánto tiempo?	Garantizar razonablemente a mediano y largo plazo	Funcionalidad y pertinencia a través del tiempo
Sustantiva	¿Qué?	La protección de las personas contra los riesgos de salud y maternidad	Asignación óptima de recursos para instaurar estilos de vida saludables y proteger la salud en la trayectoria de vida de las personas
Metodológica	¿Cómo?	Mediante prestaciones dirigidas al mejoramiento de la salud en el curso de la vida	Flexibilidad institucional
Axiológica - Normativa	¿Bajo qué principios y normas?	Bajo criterios de pertinencia, calidad y eficiencia; en el marco de los principios institucionales, la responsabilidad social y ambiental	Aseguramiento de la legitimidad de los principios institucionales, promoviendo la participación ciudadana
Intersectorial	¿Quién está involucrado?	Corresponde a un proceso transversal que involucra no solamente a toda la organización, en su tarea de desarrollar una prestación eficiente, sino que también requiere de espacios de diálogo y de construcción social	Coordinación de múltiples agentes (públicos, privados y de la sociedad civil) en la búsqueda y mantenimiento de soluciones

Fuente: Elaboración propia.

Tomando en cuenta todo lo anterior, se propone una redefinición del término de la siguiente manera:

La sostenibilidad del seguro de salud se puede entender como la cualidad del sistema de mantenerse vigente —en funcionalidad, pertinencia y

legitimidad— a través del tiempo, construyendo y preservando la salud en la trayectoria de vida de las personas, gracias a la eficiencia y flexibilidad institucional, la coordinación intersectorial y la participación ciudadana.

Conclusiones

Después de realizar la deconstrucción de la definición *sostenibilidad del seguro de salud* para su análisis, es posible concluir que la misma no puede ser entendida únicamente desde el punto de vista financiero, sino que se deben tomar en cuenta también aspectos como su capacidad de mantenerse funcional, abordando los desafíos que el contexto requiera y que sus principios fundacionales sigan siendo compatibles con los valores que gozan de aceptación en la sociedad a la que cubre dicho sistema.

En la reconstrucción de la definición destacan tres ejes de acción clave: la participación ciudadana, la transición hacia un modelo de salud basado en la promoción de la salud en el curso de vida y la diversificación de las fuentes de ingreso para el sistema a través de una acción intersectorial. De esta manera, se busca preservar la vigencia del sistema a través del tiempo en términos de funcionalidad (disponibilidad de recursos suficientes para ejecutar su quehacer), pertinencia (respuesta a los desafíos actuales del contexto) y legitimidad (apoyo por parte de la población).

Agradecimientos

El autor desea agradecer a Karen Vargas López como parte del cuerpo docente del Sistema de Estudios de Posgrado de la UNED por su orientación y motivación en la elaboración de este ensayo.

Referencias

- [1] Presidencia de la República (Costa Rica); Ministerio

de Salud (Costa Rica). Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica: Casa Presidencial; 2008.

- [2] República de Costa Rica. Constitución Política. San José, Costa Rica; 1949.

- [3] Asamblea Legislativa (Costa Rica). Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa; 1943.

- [4] Caja Costarricense de Seguro Social. Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica: CCSS; 1996.

- [5] Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (Costa Rica). Prospectiva en Salud 2045: prevención y sostenibilidad. San José, Costa Rica: MIDEPLAN; 2017.

- [6] Caja Costarricense de Seguro Social. Política de Sostenibilidad de Seguro de Salud, 2018-2022. San José, Costa Rica: CCSS; 2018.

- [7] Ministerio de Salud (Costa Rica). Análisis de la Situación de Salud 2018. San José, Costa Rica; 2019.

- [8] World Health Organization. Global Health Observatory country views: Costa Rica statistics summary [Internet]. 2019. [Consultado el 17 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CRI>

- [9] Ramírez M. Políticas públicas, gobernabilidad y gobernanza. Eutopía - Rev Col Cienc Humanidades Bach. 2014;20:63-71.

- [10] Ramos-Esquivel A, León-Céspedes C. Características epidemiológicas y percepción de la población que asiste a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Acta Méd Costarric. 2008;50(2):102-106.

- [11] Martínez-Franzoni J. La seguridad social en Costa Rica: Percepciones y experiencias de quienes menos tienen y más la necesitan. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2006.

- [12] Valdés-Torres J. Situación financiera del seguro

de salud de la C.C.S.S. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación; 2015.

la Atención Oportuna de las Personas. San José, Costa Rica: CCSS; 2017.

- [13] Ministerio de Hacienda (Costa Rica). Proyecto de Ley del Presupuesto de la República 2020 [Internet]. 2020. [Consultado el 17 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.hacienda.go.cr/contenido/15348-proyecto-de-ley-del-presupuesto-de-la-republica-2020>
- [14] Rosero-Bixby L, Jiménez-Fontana P. Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal. San José, Costa Rica: Centro Centroamericano de Población - Universidad de Costa Rica; 2012.
- [15] Organización Panamericana de la Salud. Cinco estudios acerca del seguro social de Costa Rica. San José, Costa Rica: OPS/OMS; 2013.
- [16] Organización Mundial de la Salud. Salvar vidas, reducir el gasto. Una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2018.
- [17] Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen, Dinamarca: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2013.
- [18] Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica. Evaluación y recomendaciones. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2017.
- [19] Capitman JA, Pacheco TL, Ramírez M, González A. The effectiveness of a Promotora health education model for improving Latino healthcare access in California's Central Valley. Fresno, CA, EE.UU.: Central Valley Health Policy Institute; 2009.
- [20] Caja Costarricense de Seguro Social. Reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera. San José, Costa Rica: Junta Directiva CCSS; 2001.
- [21] Caja Costarricense de Seguro Social. Plan para
- [22] Cordero-Parra M. (2019, 30 de julio). Tiempos de espera en la CCSS mantienen en largo suplicio a los asegurados. Semanario Universidad: País. 2019Jul30:15.
- [23] Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica. Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016. San José, Costa Rica: EDNASSS; 2017.
- [24] Monge-Navarro A, Murillo-Sancho G, Calderón-Céspedes A, Vega-Araya A, Aguilar-Cubillo A. Listas de espera. Acta Méd Costarric. 2014;56(2):71-77.
- [25] Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare Data Visualization [Internet]. 2018. [Consultado el 02 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- [26] Alvis N, Valenzuela MT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. Rev Méd Chile. 2010;138(supl. 2):83-87.
- [27] Centro Centroamericano de Población; Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad: 1950-2050. San José, Costa Rica: INEC; 2013.
- [28] Morera-Salas M. Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. Acta Méd Costarric; 2014,56(3):109-114.
- [29] Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen, Dinamarca: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2009.
- [30] Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la salud en el curso de la vida. [Internet]. 2017. [Consultado el 02 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=construyendo-

la-salud-en-el-curso-de-la-vida&lang=es

- [31] McGovern L, Miller G, Hughes-Cromwick P. Health Policy Brief: The relative contribution of multiple determinants to health outcomes. *Health Affairs*. 2014;33(10).
- [32] Choi E, Sonin J. Determinants of Health. [Internet]. 2018. [Consultado el 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
- [33] Caja Costarricense de Seguro Social. Principios filosóficos. [Internet]. 2019. [Consultado el 02 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/cultura>
- [34] Sáenz MR. Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica. *Rev Rupturas*. 2012;2(2):346-363.
- [35] Ministerio de Salud (Costa Rica). Diálogo Nacional para el fortalecimiento del seguro de salud costarricense en el contexto de la salud pública. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2014.
- [36] Vargas W. Atención primaria de salud en acción: Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José, Costa Rica: EDNASSS; 2006.
- [37] Boza R, Fallas I, Madrigal C, Ramírez P. (2013). Propuesta para el Desarrollo de un Sistema de Gestión en Salud en el gobierno local: Experiencia de la Municipalidad de Tibás. [Tesis de grado]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2013.
- [38] Caja Costarricense de Seguro Social, Junta Directiva. Reglamento de las Juntas de Salud. San José, Costa Rica: CCSS; 2004.
- [39] Presidencia de la República (Costa Rica). Juntas de Salud adquieren un rol más protagónico en la CCSS. [Internet]. 2016. [Consultado el 01 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://presidencia.go.cr/comunicados/2016/03/juntas-de-salud-adquieren-un-rol-mas-protagonico-en-la-ccss/>
- [40] Presidencia de la República (Costa Rica); Ministerio de Educación Pública (Costa Rica). Reglamento General de Juntas de Educación y Juntas Administrativas del Ministerio de Educación Pública. San José, Costa Rica: La Gaceta; 2013.
- [41] Bulchand J, Melián S. La revolución de la economía colaborativa. Madrid: LID; 2018
- [42] Instituto Mexicano para la Competitividad. Una mirada a los beneficios y oportunidades de la Economía Colaborativa. Ciudad de México: IMCO; 2018.
- [43] Perea AF. Ni tanto que queme el santo ni tan poco que no lo alumbre. *Economía colaborativa: ¿evolución de mercado o competencia desleal? Una visión desde el análisis económico del derecho*. *Con-Texto, Revista de Derecho y Economía*. 2017;48:25-57.
- [44] Morales MA. Economía colaborativa: un desafío más para la seguridad social. *Rev Fac Derecho de Méx*. 2019; 69(273):513-548.
- [45] Vilches LM, Rodríguez AF. Sobre el definir: Recomendaciones para la redacción de definiciones. *Rev Mapping*. 2008;129:16-19.
- [46] Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2019. Calidad [citado 2019 Nov 28]. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>

Recibido: 1 de diciembre de 2019

Corregido: 1 de abril de 2020

Aceptado: 24 de junio de 2020

Conflicto de interés: No existe conflicto de interés