

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA PRESENCIA PRIVADA CRECIENTE Y
DESIGUAL EN EL TERRITORIO DE SERVICIOS DE
SALUD: DETERMINANTES E IMPLICACIONES
PARA EL UNIVERSALISMO DE LA POLÍTICA
SOCIAL EN COSTA RICA ENTRE 1990 Y 2015.

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado de Ciencias Políticas
para optar al grado y título de Maestría Académica en
Ciencias Políticas.

Rolando Fernández Aguilar

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2021

Dedicatoria

Las eternas gracias a mi madre y a mi padre. La dedicatoria de esta investigación es para Marta Elena Aguilar y Javier Fernández, por ser mi luz, mi guía y las personas más importantes en mi vida. Sin su apoyo incondicional el haber llegado hasta acá hubiese sido impensable, gracias por no dejarme caer.

A mis hermanos, Alejandro y Diego, mi admiración por ellos me ha hecho creer. Les agradezco por ese amor y esa calidez, por creer.

Gracias infinitas, esta investigación es por y para ustedes.

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi familia, mi mamá, papá y hermanos; sin su apoyo, aliento y amor esta investigación no hubiese sido posible, por la admiración y la inspiración. La investigación la realicé por y gracias a ustedes, fueron mi motor, refugio y apoyo, mi eterno agradecimiento.

A mí comité asesor de la investigación. En especial agradezco profundamente con todo mi corazón a la directora de la investigación, la Dra. Juliana Martínez-Franzoni. Sus conocimientos, críticas académicas, orientaciones en metodología, así como su depurado, sistemático y riguroso análisis, y su constante depuración del documento final, han sido fundamentales para el crecimiento profesional y humano. Gracias Juliana, gracias por creer, apoyarme y confiar en que se podía realizar; le extiendo mi más sincero respeto y cariño

También agradezco a la Dra. Jennifer Pribble y al Dr. Gerardo Hernández Naranjo. A la profesora Jenny le agradezco lo enseñado, así como la orientación académica en el campo de análisis de las desigualdades y variaciones subnacionales. Al profesor Gera, por orientar en el análisis y en la comprensión de los fenómenos y apoyar enteramente en todo momento. Gracias por el apoyo total y la confianza a la investigación.

Agradezco al Posgrado de Ciencias Políticas, a las personas directoras que en su momento mostraron su apoyo a la investigación, Dr. Andrés León, Dr. Gerardo Hernández Naranjo y la Dra. Tania Rodríguez. Al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y al Centro Centroamericano de Población (CCP) de la UCR, por el apoyo con los datos para el análisis empírico desarrollado.

Quiero agradecer a Fabián Calvo, coterráneo, amigo y estadista que contribuyó a la investigación con sus conocimientos en estadística y geografía. A Mauricio Sandoval y Amalia Amador, colegas de FLACSO Costa Rica, por apoyo y ánimo en todo momento. Agradezco a mis colegas Karla Acuña, Rebeca Solano y Javier Johanning por su apoyo constante y aguda crítica. Karla, gracias por el apoyo total.

A la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Costa Rica (FLACSO Costa Rica) gracias, en especial a la Dra. Ilka Treminio (directora de la sede) por su apoyo, inteligencia y conocimiento, que se convirtieron en una guía académica en el proceso.

Gracias a nuestras instituciones pilares que componen el Estado Social de Derecho. A la CCSS porque su labor histórica, que sigue motivando a la investigación para el fortalecimiento de sus capacidades, y profundizar los aportes invaluable a la sociedad costarricense. Gracias por haber sido inspiración. A la UCR, mi enorme agradecimiento.

Proteger lo colectivo, defender la esperanza y la dignidad, nunca claudicar.

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Académica en Ciencias Políticas.”

Dra. Tania Rodríguez Echeverría
Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

Dra. Juliana Martínez-Franzoni
Profesora Guía

Dr. Gerardo Hernández Naranjo
Lector

Dra. Jennifer Pribble
Lectora

M.Sc. Marinela Córdoba Zamora
Representante de la dirección del Posgrado en Ciencias Políticas

Rolando Fernández Aguilar
Sustentante

¹ Nota aclaratoria: la lectora que consta en esta acta, cuyas rúbricas físicas son omisas, se encuentra fuera de la República de Costa Rica, razón por la cual la grabación de la defensa de tesis, debidamente resguardada por la Universidad de Costa Rica, respalda la aprobación y participación de sus partes.

Contenido

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Hoja de aprobación:	iii
Capítulo 1-Introducción y Planteamiento del problema.....	1
1.1 Introducción	1
1.1.1 Delimitación del caso y límite temporal-espacial	1
1.1.2 Justificación.....	2
1.2 Problema de Investigación, Objetivos e Hipótesis	6
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos.....	7
1.2.3 Hipótesis preliminar	7
1.3 Descripción capitular.....	7
Capítulo 2- Estado de la Cuestión y Discusión Teórica.....	9
2.1. Postulados globales: Estado y política social	9
2.2. Universalismo y Segmentación: Relaciones y Tensiones	11
2.2.1 El <i>Universalismo</i> en la seguridad social en Costa Rica	14
2.2.2 La seguridad social y sus servicios sociales: una arena en permanente transformación	16
2.3. Universalismo y relación público-privado en la salud	18
2.3.1 La relación público-privado en la seguridad social: las arquitecturas públicas de la política social en riesgo	18
2.3.2 Relación público-privado en la dinámica territorial: Pistas de las transformaciones en las arquitecturas de la política social de salud.....	20
2.4. Política social y territorio: elementos teóricos-conceptuales	23
2.4.1 Territorio y variaciones subnacionales en América Latina	24
2.4.2 Variaciones subnacionales y política social en América Latina.....	26
2.4.3 Aproximaciones a las variaciones subnacionales en el caso costarricense: Elementos a considerar	33
2.5 Conclusiones.	35
Capítulo 3- Enfoque analítico y metodológico.....	37
3.1 Enfoque analítico	37
3.1.1. Análisis de la mercantilización desde el acceso que hace la gente de servicios que están garantizados en lo público.....	37
3.1.2 Ubicación del acceso a los servicios de salud en el territorio	38

3.1.3 Trayectoria del acceso de los nacimientos por oferta de servicios.....	39
3.2 Estrategia metodológica.....	40
3.2.1 Aspectos epistemológicos.....	40
3.2.2 Aspectos metodológicos.....	41
3.2.3 Generación y análisis de datos: método de redes.....	43
3.2.4 Medición de redes y espacio: unidad de análisis, de observación, indicadores y fuentes.....	45
3.2.5 Reconstrucción conceptual: Variaciones subnacionales.....	46
3.2.6 Caracterización de la oferta privada de salud en el país.....	47
Capítulo 4- Análisis de redes y espacio: ventanas de análisis de relación público-privada.....	48
4.1 Nacimientos, redes y espacio: Una ventana al análisis subnacional del universalismo....	48
4.2 Oferta privada de nacimientos: expansión y universalismo.....	63
4.3. Conclusiones.....	70
Capítulo 5- ¿Por ausencia o por presencia? La universalidad de la Seguridad Social como catalizador de la presencia privada.....	73
5.1 Gasto de salud: Comportamientos y condiciones.....	73
5.2 Presencia institucional del sistema de salud en el territorio.....	78
5.3 Dinámica de los nacimientos en el sector público.....	85
5.4 Conclusiones.....	88
Capítulo 6- Caracterización de la oferta privada en salud.....	90
6.1 Caracterización histórica de la oferta privada: Trayectoria en el siglo XX.....	90
6.1.1 Centralidad de la atención pública y la incipiente oferta privada en la segunda mitad del S.XX.....	90
6.1.2 La oferta privada y el universalismo de la CCSS: discusiones sobre lo privado y preámbulo de la reforma de salud.....	92
6.2 Caracterización de la oferta privada de salud: entre la apertura de seguros y el desarrollo turístico médico.....	96
6.2.1 Turismos médico: Una ventana de oportunidad para el despliegue privado en el territorio.....	97
6.2.2. Apertura de Seguros: Catalizador de la oferta privada.....	99
6.2.3 Ampliación del mercado privado de salud: Amalgama de condiciones y factores..	103
6.3 Conclusiones.....	106
Capítulo 7- Conclusiones e implicaciones para el universalismo de la política social.....	109
7.1 Conclusiones.....	109
7.2 Implicaciones para la investigación académica.....	111
7.3 Implicaciones para la política pública y las arquitecturas de política social.....	114
8. Bibliografía.....	119

Índice de gráficos y cuadros

Gráfico 1. Costa Rica. Comparación porcentual de nacimientos de los principales hospitales de la GAM, 1995, 2005 y 2015.....	62
Cuadro 1. Costa Rica Distribución porcentual de la cantidad de nacimientos atendidos en hospitales privados. Costa Rica, 1995, 2005, 2015*	64
Gráfico 2. Costa Rica. Distribución porcentual del total de nacimientos por hospitales privados, 2008-2019	66
Gráfico 3. Costa Rica. Gasto de salud, público y privado 2011-2016. (Millones de colones)....	73
Gráfico 4. Costa Rica. Distribución porcentual del gasto en salud en Costa Rica en el periodo 2011-2016	75
Gráfico 5. Costa Rica: Cantidad del pago de bolsillo per cápita (millones de colones y gasto de bolsillo porcentual del gasto privado entre 2011-2016	76
Gráfico 6. Costa Rica: Promedio del gasto de consumo mensual per cápita, por quintil de ingreso, según subgrupo de gasto, Febrero 2018 - Febrero 2019, 2021.....	77
Gráfico 7. Costa Rica. Distribución absoluta del número de camas y distribución porcentual de ocupación de camas en la CCSS, entre 1995 y 2020	79
Gráfico 8. Costa Rica. Distribución de Camas hospitalarias 1995-2019	80
Gráfico 10. Costa Rica. Distribución absoluta de camas hospitalarias por región del país, según CCSS, entre 2000 y 2020	83
Gráfico 11. Costa Rica. Total de Áreas de salud y EBAIS por región para el año 2017, CCSS	85
Cuadro 2. Costa Rica. Distribución absoluta y porcentual de nacimientos en servicios pública, 1995, 2005 y 2015.....	86
Gráfico 12. Costa Rica. Condición de aseguramiento 2016-2020	100
Gráfico 13. Costa Rica. Quintil de ingreso per cápita del hogar por condición de aseguramiento, 2020.....	102
Cuadro 3. Costa Rica. Principales inversiones de hospitales privados para el segundo y tercer nivel de atención entre 1999 y 2019.....	103

Índice de Figuras

Figura 1: Costa Rica: Distribución de nacimientos en hospitales públicos (izquierda) y hospitales privados (derecha) por cantones para el año 1995	50
Figura 2. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en el hospital Clínica Bíblica para el año 1995.....	51
Figura 3. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en la Clínica Santa Rita, 1995	52
Figura 4: Costa Rica: Distribución de nacimientos en hospitales públicos (izquierda) y hospitales privados (derecha) por cantones, 2005.....	54
Figura 5. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en el Hospital Cima, 2005	55

Figura 6. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Hospital Clínica Bíblica para el año 2005	56
Figura 7: Costa Rica: Distribución de nacimientos en hospitales públicos (izquierda) y hospitales privados (derecha) por cantones para el año 2015	58
Figura 8. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Hospital Clínica Bíblica para el año 2015	59
Figura 9. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Hospital Cima para el año, 2015	60
Figura 10. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Clínica Católica para el año 2015.....	61
Figura 11. Costa Rica: Distribución de nacimientos por lugar de residencia de la madre en hospitales privados en los años 1995, 2005 y 2015	67
Figura 12. Costa Rica. Distribución territorial de los centros de salud, INEC, 2021.....	84
Figura 13. Costa Rica. Distribución de nacimientos en hospitales públicos por cantones, en los años 1995, 2005 y 2015	87



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Rolando Fernández Aguilar, con cédula de identidad 30461 0167, en mi condición de autor del TFG titulado La presencia privada creciente y desigual en el territorio de servicios de salud: determinantes e implicaciones para el universalismo de la política social en Costa Rica entre 1990 y 2015

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Rolando José Fernández Aguilar

Número de Carné: B02330 Número de cédula: 30461 0167

Correo Electrónico: rola.fernandez.vertejo@gmail.com

Fecha: 8 de febrero de 2022 Número de teléfono: 8998 1875

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Juliana Murfinez-Franconi

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declara contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Capítulo 1-Introducción y Planteamiento del problema

1.1 Introducción

El desarrollo investigativo de la política social costarricense se ha estructurado alrededor de lo que el aparato estatal se ha propuesto hacer, y sobre lo que ha logrado concretar, sin embargo, existe una variable que aumenta su presencia en este ámbito institucional, la cual se refiere a la estructura de los servicios privados. El caso de la seguridad social en Costa Rica no escapa de estas circunstancias, por consiguiente, la finalidad investigativa es poder generar los recursos comprensivos de las implicaciones de la relación público-privado para la seguridad social, y la caracterización de la oferta privada de tercer nivel atención.

La utilidad de la investigación radica en un aporte analítico a los estudios sobre variables sub-nacionales, universalismo y política social; se fundamenta en la interrelación entre dichas variables, y se espera contribuir a la toma de decisiones basada en recursos investigativos. Por el momento, la mirada a la dinámica privada es escasa y la literatura sobre política social comparada generalmente no la incorpora, por lo tanto, la pregunta de investigación se estructura en torno a ¿Cuánto ha crecido la presencia privada en el territorio? y ¿Cómo desafía el carácter universalista del régimen de política social costarricense, en particular, de su seguridad social?

Para responder a esta pregunta este estudio contribuye a la investigación sobre el nivel sub-nacional en el país: la respuesta no puede ser agregada, para toda Costa Rica, sino desagregada en unidades territoriales más pequeñas (Pribble, 2017). En efecto, los aprendizajes de este estudio son relevantes para comprender y favorecer la regulación, la intervención en pro de las clases y grupos sociales los cuales son desfavorecidos en alguna medida por este fenómeno, y a la toma de decisiones en los diferentes niveles de representación.

1.1.1 Delimitación del caso y límite temporal-espacial

Los servicios públicos de salud en Costa Rica se encuentran en manos de la Caja Costarricense del Seguro Social. Por ello, este estudio hace un contrapunto entre el acceso a los servicios mediante este proveedor y el acceso mediante proveedores privados.

El **caso** de estudio se enfoca en la seguridad social costarricense y las trayectorias de comportamiento de la relación público-privada en el territorio. Uno de los pocos países del sur global que ha construido de manera exitosa servicios de salud universales, y el único que lo ha hecho en el marco de la seguridad social, a través de cotizaciones e impuestos a las planillas (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016); mediante el Seguro de Enfermedad y Maternidad operado desde la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el país logró servicios universales tal como se expresa en tres dimensiones claves del universalismo como son los de cobertura, suficiencia y equidad (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014).

En términos empíricos, la unidad de observación es el nivel hospitalario, llamado “tercer nivel” de atención, donde se concentran los servicios más complejos y de más alto costo, por lo tanto, hay una mayor estratificación de la población. **En términos de delimitación espacial** la investigación utiliza como foco el territorio costarricense, además, lo innovador de este estudio es la desagregación de lo ocurrido en distintos lugares del territorio nacional.

Temporalmente el estudio contempla desde 1990 hasta 2015. Durante este período, para el año 1991, el gasto privado pasó de 14.031.000,000 millones de colones (OPS, 2003) a 690.000.000 millones de colones para el año (OMS, 2014) en el 2014, con una tasa de cambio presupuestaria del 48%. Este período coincide con dos momentos marcadamente distintos en la región latinoamericana: uno de retracción del papel del Estado en el bienestar (1990) y otro expansivo (desde el 2000 hasta 2013), dichas etapas se han manifestado con particularidades en cada país de la región (Pribble, 2013; Filgueira; 2014; Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

Específicamente, en Costa Rica tuvo lugar un proceso gradual de aperturas y privatizaciones (Hidalgo, 2002a y 200b; Vargas, 2015), así como cambios propios en las estructuras institucionales de la CCSS (Seligson y Martínez-Franzoni, 2010; Martínez-Franzoni et al., 2014).

1.1.2 Justificación

Las transformaciones históricas que acontecen en el sur global ponen un énfasis especial en la forma en que las aproximaciones políticas, sociales y económicas empiezan a impactar en las sociedades de la región. La importancia de desarrollar estudios sobre las políticas sociales en países del sur global con grados importantes de universalismo en los servicios radica en la paulatina inserción de procesos de privatización (mercantilización), que intervienen directamente en el acceso y calidad de los servicios (Martínez-Franzoni et al., 2014), con el potencial de debilitar a los sistemas de protección social de los Estados de Bienestar (Huber y Niedzwiecki, 2018), de ahí la justificación teórica e histórica de la investigación.

Aunado a lo anterior, Torres-Rivas (2008) expone que las tensiones suscitadas a raíz de los procesos internacionales de orden económico y político en la región han transformado la institucionalidad pública, fundamentalmente en la relación público-privado, configuran una salida infranqueable para desestructurar las capas de institucionalidad pública con un efecto visiblemente eficiente y eficaz sobre las arquitecturas de política (Bresser, 2011; Huber et al., 2018).

La modernización de la región latinoamericana en el siglo XXI se inserta en su segundo experimento de edificar un proyecto de sociedad (Pérez-Sainz, 2016), por ejemplo, con la irrupción de los progresismos en los gobiernos, las transformaciones de la división sexual del trabajo (entrada de las mujeres a los mercados), el avance de la institucionalidad de derechos

humanos, y la construcción de políticas progresivas en lo fiscal, han transformado las dinámicas sociales (Pérez-Sainz, 2016).

Como corolario, se ha generado un avance en la agresividad del comportamiento de la economía ortodoxa neoliberal y conservadora en los últimos diez años (Filgueira, 2014), de ahí la importancia de investigaciones que puedan dar cuenta de las condiciones y comportamientos de las arquitecturas públicas en los determinantes, y sus implicaciones para las sociedades.

En el plano empírico, hay un novedoso uso de indicadores *proxy* de análisis del comportamiento longitudinal de la relación público-privado. Se realiza un uso de dimensiones sociales para el estudio de las desigualdades territoriales (Pribble 2013; Otero-Bahamón, 2020; Rodrigues-Silveira, 2013), en este caso lo nacimientos como *proxy* analítico, situado en un enfoque de análisis multinivel de redes espaciales (Rodrigues-Silveira, 2009), se retoma la importancia del análisis subnacional para dar cuenta de los comportamientos, implicaciones y potenciales transformaciones (Giraudy y Pribble, 2020; ; Gonzáles et al., 2019; Otero-Bahamón, 2016, 2019 y 2020).

A través del método descrito, se permite ubicar tendencias actuales en el proceso histórico de larga data en la medida que se hace una aproximación detallada de la ampliación y la tensión política de la cobertura, así como de la suficiencia de los servicios que dio lugar a universalización del sistema (Martínez-Franzoni et al., 2019). Dar cuenta de las formas en que se amenaza el universalismo de la política social de salud repercute en las eventuales acciones que la propia institucionalidad logra generar para mejorar las condiciones de vida de la población, en específico, de la salud.

La investigación encuentra asidero en un contexto caracterizado por el aumento del gasto privado en salud, aumento de la oferta privada, y aumento en el uso de los servicios médicos de salud privado (Alvarenga et al. 2018). Estos factores, relativos al incremento, están asociados a los procesos de transformación productiva y económica suscitada en Costa Rica desde finales de los años ochenta.

Costa Rica presenta una clara inversión pública en salud con un 6.3% del PIB, por encima de la media en el continente (5.2%) en el 2015. Además, cuenta con el sistema más universal en la región centroamericana, y uno de los más importantes en América (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016). Sin embargo, las dinámicas de gasto privado en salud han crecido de manera consistente, por ejemplo, Alvarenga et al (2018) señalan que “la OMS ha reportado un crecimiento del 42.3% en el gasto del servicio privado de salud, en Costa Rica, pasando de \$241 millones a \$1261 millones” (p.5) entre el 2000 y el 2014.

El gasto de bolsillo (gastos privados ejecutados por los hogares) se ha incrementado en los últimos veinte años de forma importante, para el 2010 se ubicaba en 18.71%, y llegó a un 24.9% en el 2014 (OCDE, 2017), superior al promedio de países OCDE (20%), lo cual significó en el año 2016 un 21.4% del gasto total de salud del país (OPS-OMS, 2018). No obstante, se agrava la situación cuando se da cuenta de la utilización de ese gasto de bolsillo, que refiere a 44.9% de ese gasto de bolsillo para atención curativa, y 33.4% en la compra de medicamentos (Ministerio de Salud, 2018), donde el gasto de bolsillo per cápita pasó de 98.347 colones en 2011 a 106,054 colones en 2016 (OPS-OMS, 2018). Estas condiciones sugieren un indicio de falsas garantías de la seguridad social, y pueden propiciar la creación de un sistema de dos niveles (OCDE, 2017).

Se ha planteado que los accesos a dichos servicios privados corresponden en su mayoría a la clase alta y clase media en el país (Collado et al., 2001), y que consisten en compra de medicamentos, servicios dentales y consultas médicas (Briseño, 2008; Collado et al, 2001; OCDE, 2017). Similar a lo identificado por el Ministerio de Salud (2018), la OCDE (2017) expone que el gasto de bolsillo se concentra en consultas médicas y medicamentos, sin embargo, en operaciones mayores el sistema de salud de la CCSS sigue prestando el servicio, reflejo de esto es el gasto hospitalario que reporta la CCSS para el 2017, que asciende a 71% de los gastos totales que la institución realizó, y un 27,8% en gastos de consulta externa y clínicas mayores (CCSS, 2018).

Sumado a lo anterior, la Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos (2018), realizada por la Contraloría General de la República (CGR), se establece que un 76,5% de costarricenses encuestados confirmaron haber realizado gastos adicionales para acceder a servicios privados de atención, y un 79% en gastos adicionales en medicamentos de farmacias privadas.

Este conjunto de indicadores respalda los cuestionamientos de larga data realizados en estudios previos (León y Sáenz, 1992²; Collado y Herrero, 2001) y se retoma en la investigación, donde se cuestionaba el comportamiento del gasto privado de salud por quintiles de ingreso y zona (rural o urbana) en la década de los noventa, ambas investigaciones coinciden en la importancia de las implicaciones de este fenómeno en la seguridad social.

Lo anterior es importante pues la investigación, más allá de enfocarse en indicadores como el gasto, sin desmeritar su importancia, busca avanzar en la comprensión de las implicaciones para el sistema universal de salud con las variaciones subnacionales (Otero-Bahamón, 2019), al

²Precisamente porque el gasto por mes de los hogares en el país por concepto de “cuidados y conservación de la salud” fue 512.1 millones de colones, y el rubro de mayor gasto corresponde a servicios médicos en un 50.9%, y términos de distribución por quintiles, el gasto en el 20% de los hogares de menores ingresos se ubicó en compra de productos médicos y farmacéuticos, en un 42%, mientras que el quinto quintil registro un 23% en dicho rubro (León et al., 1992). Mientras que el gasto en “diagnóstico y hospitalización”, el primer quintil registró un 4%, mientras que el quinto quintil un 13.5% (León et al., 1992).

ampliar las capacidades analíticas de las condiciones derivadas de la relación público-privado. Esta relación es consistente en las diferentes regiones del país, y se convierte en una externalidad de la relación desigual y creciente del campo privado en la salud, según Alvarenga et al (2018), este tipo de aumento de la oferta privada de salud tiene una implicación en el servicio de salud, específicamente, en la doble práctica médica.

La doble práctica propicia la presencia de una concentración de oferta privada en zonas donde se brindan servicios públicos de salud, y tiene implicaciones en la atención. Además, las investigadoras concluyen que los servicios públicos, representados por la CCSS, se ven afectados en costos de procedimientos que, en principio, se atienden en el sector privado (Alvarenga et al, 2018), lo cual evidencia la necesidad de desarrollar estudios que den cuenta y analicen las condiciones del universalismo en las experiencias del sur global Martínez-Franzoni et al (2014).

La relación entre las condiciones socioeconómicas de los hogares y el gasto en salud tiene un importante vínculo en los efectos sobre estas condiciones, por ejemplo, Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) establece que el 62,8% de los hogares en pobreza están “*Sin seguro de salud*” en la dimensión de salud³, es decir 187 473 hogares (INEC, 2018), lo cual perjudica el acceso y la cobertura a los servicios de salud, e hipotéticamente, puede inclinar a las familias a realizar gasto de bolsillo⁴, lo cual contradice los supuestos del modelo universalista de atención.

El vínculo de dichos fenómenos tiene un reflejo en el gasto catastrófico⁵ de los hogares, preocupación latente que Briseño (2008) caracteriza como un impacto considerable en familias empobrecidas, por ende, en la cobertura, equidad y suficiencia del servicio. Estos elementos justifican socialmente la investigación, pues se contribuye a posicionar la importancia del cambio social basado en la reducción de las desigualdades, y en la ampliación de servicios basados en la dignidad humana y acceso universal, con un claro compromiso de concentrarse en los sectores más vulnerabilizados de la sociedad.

Asimismo, la investigación toma relevancia pues incorpora observaciones sobre las transformaciones subnacionales mediante las variaciones gestadas en el territorio, transversalizado por la relación público-privada, y la composición misma de la oferta de salud en lo subnacional (Batlle, Suárez-Cao y Wills-Otero, 2017; Mauro et al., 2016; González et al., 2019;

³ La dimensión de salud incorpora los indicadores de *sin seguro de salud*, *sin eliminación de excretas*, *sin servicio de agua*, y *sin eliminación de basura*.

⁴ A nivel territorial, las diferencias son significativas, el ENAHO (2018) arroja que la dimensión de salud en la ruralidad es la que mayor aporta y explica el IPM, con un 28.6% del IPM rural.

⁵ Según Campos et al (2013) se comprende el gasto catastrófico como aquel monto invertido por los hogares enfrentar costos de salud y donde se ven reducidos los gastos básicos durante un período de tiempo determinado. La OMS lo amplía e incluye variables como gasto de bolsillo, contribuciones sociales obligatorias y gasto en impuestos destinados para el financiamiento de salud.

Niedzwiecky, 2018; Otero-Bahamón, 2020; Pribble, 2013, 2015, 2019; Rodrigues-Silveira, 2009).

Por consiguiente, la investigación ayuda a profundizar en el conocimiento de las condiciones en las cuales se encuentran las arquitecturas públicas de salud, tema que hasta la fecha tiene un proceso importante de abordaje, y que se enmarca en el replanteamiento analítico sobre el universalismo (Martínez-Franzoni et al., 2014), la comprensión de las escalas, los procesos, y las representaciones tanto sociales como territoriales.

La investigación también se fundamenta en una justificante política, pues resalta los cambios en el universalismo de las arquitecturas públicas, y problematiza sobre las implicaciones sociales que puedan tener dichos cambios sobre la sociedad costarricense, y en específico, en la construcción de la política pública, la regulación, y las dinámicas de clase. En este contexto, la investigación busca propiciar un marco comprensivo y analítico sobre la relación público-privado, que sea de utilidad en la toma de decisiones, y en el debate sobre la seguridad social, el universalismo y el sistema de salud en el país.

1.2 Problema de Investigación, Objetivos e Hipótesis

La investigación establece los cambios y los efectos de las transformaciones en las arquitecturas públicas, específicamente en el territorio nacional, y en la escala institucional de salud, en los hospitales del tercer nivel de atención, fundamentalmente sigue la literatura especializada reciente, pero incipiente, la cual se centra en determinantes nacionales y subnacionales de la salud, que explica variaciones subnacionales (Otero-Bahamón, 2016, 2019, y 2020; Giraudy et al., 2020).

Los cambios en el acceso a los servicios privados y públicos en el territorio, precisan ser atendidos, explicados, y discutidos, en su doble implicación, para la arquitectura pública y para sus resultados en términos del acceso, la suficiencia y la equidad de los servicios públicos (Otero-Bahamón, 2020; Giraudy y Pribble, 2020; González et al., 2019; Pribble, 2013; Niedzwiecky, 2018; Rodrigues-Silveira, 2009; González et al., 2019).

Existen dos miradas sobre el problema propuesto; la primera, es *dónde* acontecen los efectos de las transformaciones a partir de las tensiones público-privados en el territorio; la segunda, responde al *hacia dónde*, es decir, cómo ocurren los desplazamientos producto de la dinámica de interrelación público-privada.

Como se trata de un primer acercamiento investigativo de esta índole en el país, y dado que las relaciones privadas aún yacen en un estadio opaco de la topología de los desplazamientos, se trabaja en primera instancia con datos e información disponible y, en posteriores investigaciones y estudios, se ampliará para indagar y puntualizar esa opacidad.

El problema de investigación planteado se expresa en la pregunta:

¿Cómo la presencia privada en el territorio desafía el carácter universalista de una política social, y en particular, en el acceso a sus servicios de salud?

1.2.1 Objetivo general

- Aportar a una mejor comprensión del fenómeno creciente y territorialmente desigual del acceso a los servicios privados de salud en Costa Rica en el periodo 1990-2015.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Documentar los cambios producidos en el territorio respecto al acceso a los servicios privados y públicos del tercer nivel de atención médica entre 1995, 2005, y 2015.
2. Caracterizar la oferta privada de atención de salud de tercer nivel de atención, a nivel territorial, a través de los principales rasgos, similitudes y diferencias de dicha oferta identifica en el período de análisis considerado.
3. Discutir las implicaciones que las transformaciones territoriales tienen sobre la arquitectura pública y el universalismo de los servicios de salud.

1.2.3 Hipótesis preliminar

El crecimiento del sector privado es espejo de la presencia, no una respuesta ante la ausencia de los servicios de salud de la seguridad social en el territorio costarricense.

1.3 Descripción capitular

En los posteriores acápite se condensan los principales hallazgos y discusiones derivadas del proceso de investigación. Es notable que la interrelación entre los capítulos esta mediada por un vínculo entre el proceso metodológico y las categorías analíticas que la investigación incorpora.

El capítulo dos integra la discusión teórica, así como la literatura especializada de importancia para la investigación, además, toma como punto de partida cuatro importantes categorías teórico-conceptuales interrelacionadas y en discusión permanente: en primera, instancia se añaden los postulados globales sobre el Estado y la política social; como segundo acápite, se incorpora el análisis de universalismo y la segmentación, se toman como fundamento preliminar los estudios previos sobre la seguridad social y el sistema de salud costarricense; la tercera categoría alude al vínculo entre universalismo y la relación público-privado, como elemento persistente de los procesos de mercantilización; el cuarto acápite del capítulo se enfoca en discutir y ampliar las categorías de territorialidad y variaciones subnacionales, con énfasis en las discusiones actuales sobre variaciones subnacionales en la región y posiciona la importancia de generar investigación aplicada sobre dicha literatura en el país.

El tercer capítulo sintetiza el enfoque analítico (categorial) de la investigación y el enfoque metodológico aplicado a lo largo del estudio. Ambos enfoques responden al encuadre explicativo de los capítulos empíricos, y postula la trayectoria de investigación que se desarrolló entorno a la territorialización de la relación público-privada de los servicios de salud en el país.

Tanto el cuarto como el quinto y sexto capítulo fundamentan la base empírica de la investigación. En el cuarto capítulo se describe y analiza la trayectoria de la oferta privada en el tercer nivel de atención en salud en los últimos veinticinco años, en el plano territorial, con la utilización de los nacimientos como *proxy* empírico para dar cuenta de las dinámicas de erosión en la seguridad social y el sistema de salud.

Respecto al quinto capítulo se realiza un análisis de las condiciones de la oferta pública centrado en la discusión en torno a la presencia pública en el territorio, el gasto y las capacidades institucionales, con el fin de relacionar los hallazgos presentados en el capítulo cuarto, en contraste con la situación de la oferta pública en el país. El sexto capítulo compila la caracterización de la oferta privada en el país, propone un marco comprensivo, sobre dicho sector, para dar cuenta de la consistencia interna del sector empresarial de salud y las condiciones que permiten su crecimiento.

El séptimo capítulo discute las implicaciones para el universalismo de la política social, en específico, la seguridad social y el sistema de salud costarricense, este aparatado vincula los principales elementos empíricos derivados de los capítulos predecesores y del enfoque analítico-metodológico. En este capítulo se concentran las recomendaciones para potenciales investigaciones sobre variaciones subnacionales y política social, así como recomendaciones de carácter político para la toma de decisiones.

Capítulo 2- Estado de la Cuestión y Discusión Teórica

2.1. Postulados globales: Estado y política social

La consideración de la política social como relevante, en sus propios términos, parte de la idea que, en las democracias capitalistas, el Estado necesariamente ejerce un papel redistributivo; lo variable es el grado y tipo de redistribución (Esping-Andersen 1990). Ello supone que el Estado tiene una autonomía relativa respecto a la sociedad y a la economía (Poulantzas, 1979; Skocpol, 2011)⁶.

La visión *relacional* del Estado lo comprende como producto de las acciones y confrontaciones de clases, pero también de su propia dinámica. Linera (2015) establece el Estado como un *proceso*, un flujo de relaciones y procesos materiales (v.g. políticas públicas) y simbólicos (culturalización). Lo materialidad se expresa en el entramado institucional, la política social, lo legal, lo burocrático, procedimental, y lo simbólico representado por las construcciones culturales e ideológicas (Linera, 2015, p. 146).

A su vez, se externalizan a partir de instituciones que posibilitan la repetición de prácticas, la edificación de burocracias (según Weber), la construcción de leyes y normativas, procesos y estructuras administrativas, políticas públicas, y en específico, la edificación e implementación de políticas sociales para el bienestar (Esping-Andersen, 1990). Este carácter multidimensional del Estado⁷, como posiciona Jessop (2014), está constituido (y constituye) un entramado institucional que genera y opera acciones puntuales de políticas en la ciudadanía y la economía, por ejemplo, de política pública y social (Linera, 2015).

Poulantzas, Linera, Thwaites y Jessop ofrecen el fundamento teórico que adopta esta investigación para comprender el Estado, y su forma de operacionalización para el caso concreto, es decir, políticas sociales. Se comprende **la política social como un proceso histórico**, afecta y es afectado a través de las relaciones materiales y la vida cotidiana de las personas, que tiene su mayor despliegue universal en modelo de bienestar, aunque no exclusivamente. En el contexto regional, esta implicación se presenta en forma de encrucijada o efecto de péndulo, por ejemplo, el paso en menos de dos décadas de un esquema neoliberal a la constitución de economías centralizadas en el sur de América (Midaglia, 2014), y el posterior repliegue de las economías y

⁶ En el caso de Costa Rica permite entender el gradualismo, y la dinámica paulatina de transformación de la política social (Martínez-Franzoni et al, 2014)

⁷ El Estado⁷, como conjunto de instituciones (estructuras y representación social), complementa la visión del Estado como conjunto relacional y procesal (proceso), comprendido como un espacio de confluencia, contradicciones, representaciones y acciones sociales, políticas y económicas, bajo un esquema estratégico-relacional (Jessop, 2014, p.25)

modelos posneoliberales (Pérez-Sainz, 2016), han generado transformaciones considerables en las dinámicas de constitución de políticas sociales, y sus legados (Pribble, 2013).

En dinámicas de contracción/ampliación y segmentación/universalización se presentan modificaciones internas de las arquitecturas de políticas, que suponen potenciales riesgos, específicamente en ámbitos como fuentes de financiamiento, relación con proveedores, diseño de políticas, construcción de acuerdos, entre otros. En consecuencia, hay un impacto considerable si estas dinámicas estuvieran signadas por procesos de mercantilización/privatización⁸ (Alonso, 2007; Bresser, 2011; Esquivel, 2013), pues las probabilidades de ensanchamiento de las desigualdades interseccionadas aumentan (Pérez-Sainz, 2016), con implicaciones como la erosión de las arquitecturas de políticas⁹.

Esto tiene su efecto en la constitución y diseño de la política social¹⁰, sobre todo, en la concepción propia de *bienestar*, entendido como capacidad para el manejo de los riesgos sociales¹¹, no como un estado de cosas en sí (Martínez-Franzoni, 2008), principalmente el bienestar externalizado a través de instituciones y políticas públicas. Para el desarrollo y gestión del bienestar se constituyen los *regímenes de bienestar*, entendidos como “una constelación de prácticas diversas, aunque jerárquicamente organizadas de asignación de recursos” (Martínez-Franzoni, 2006, p. 11), estos regímenes potencian, o no, la reducción de esas desigualdades de clase y género, que le atañen directamente¹².

Si bien el bienestar se asocia con el riesgo social que puede afectar a la población, esta noción de riesgo que asume la investigación se circunscribe en la tradición sociológica del desarrollo, y no a la postura neoclásica (Martínez-Franzoni, 2008), es decir se concibe desde lo colectivo y como construcción política y social (Esping-Andersen, 2001), que se cristalizan en lo individual, interpersonal y colectivo, así como en las políticas públicas (Martínez-Franzoni, 2008, p.26).

En el estudio de las relaciones público-privada, tal cual lo plantea la investigación, tanto las nociones de Estado y régimen de bienestar son centrales para estructurar el macro-análisis conceptual, en su contexto, con el meso-análisis (de alcance medio) que permita dar respuesta a

⁸ Bresser (2011) y Esquivel (2013) señalan que, en la década de los noventa, la lógica de operación del Estado y su reforma estuvieron relacionadas con los procesos de tercerización, privatización y publicitación de los servicios públicos, lo que ha criterio del autor, marcó la pauta de acción de lo estatal, con un fuerte proceso de desestructuración de la universalidad como paradigma de proceso y operacionalización de la política social.

⁹ De ahí la importancia de ahondar en el caso costarricense como un “*best case*” respecto a la política universalista de salud en la región y las transformaciones ocurridas en el seno de dicha arquitectura.

¹⁰ Sobre todo, en el despliegue que el Estado ejerce sobre la sociedad y los territorios. Nótese que este tipo de transformaciones en la política social, implica un cambio en las estructuras de intervención social.

¹¹ La variedad y formas de los Estados de bienestar suponen, a su vez, transformaciones diferenciadas en el tiempo y territorio, con efectos sustanciales en los riesgos y la incertidumbre de vida de las sociedades, es decir, en la medida en que determinado modelo económico interfiera en la lógica de la división social y sexual del trabajo, se transforman las relaciones de mercantilización (Esping-Andersen, 1990).

¹² En los regímenes de bienestar, las relaciones desiguales y combinadas de la división sexual del trabajo, así como las desigualdades de clase, tiene un efecto directo en la constitución de los riesgos sociales.

la condición de bienestar en el contexto de retracción de las políticas universalistas, la cual potencia, limita o amplía las desigualdades en el acceso, cobertura y suficiencias de los programas sociales.

En este contexto, se parte de una postura donde la política social no es elaborada únicamente como mecanismos de “solución de problemas sociales”, sino que se desprende como una forma institucionalizada de expresión de poder, de un determinado modelo económico, es decir una relación política y económica, tal y como Grassi (2008) lo plantea. Las políticas sociales se ven transformadas por variables estructurales (económicas), políticas (relaciones de poder de clases, grupos y élites) y técnicas (burocráticas), de ahí el carácter complejo, multidimensional e histórico de las políticas sociales (Filgueira, 2015).

2.2. Universalismo y Segmentación: Relaciones y Tensiones

El desafío del carácter universalista de la política social de la salud presenta una serie de aspectos derivados de una relación no externalizada, la cual paulatinamente tiende hacia las dinámicas de fraccionamiento y desintegración de las arquitecturas públicas de la política social, en especial, aquellas que se derivan de la cobertura y suficiencia en los servicios, con un claro impacto en las condiciones humanas de vida.

La incorporación social, es entendida como una acción autónoma de la política social, en cuanto garantiza condiciones materiales y humanas en salud, pensiones, educación, entre otros; con una independencia de ingresos monetarios (Martínez-Franzoni et al., 2015), es decir, una conformación de pisos de protección social, de alcance multi-clase, que puede ser **universal** o **segmentada** (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2015); lo fundamental de esta diferenciación es el impacto en las mismas arquitecturas sociales de bienestar.

Se habla de “políticas sociales universales, estratificadas o focalizadas o sujetas a pruebas de medios, es decir, pueden responder a la contingencia y el objetivo que desean alcanzar.” (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2015, p.14), esos objetivos no están constituidos y contruidos sobre la mera contingencia (aunque puede ser afectada por ella), sino que son históricos, y responden a las élites que han confluído en la región latinoamericana (Blofield, 2011). Por otro lado, las políticas segmentadas tienen su lógica en la concentración de recursos y beneficios sociales en poblaciones vulnerabilizadas, en condición de pobreza y pobreza extrema, que no pueden suplir, total o parcialmente, sus necesidades básicas mediante sus propios recursos (Filgueira, 2016), tiene un alcance particularizado sobre un grupo poblacional estratificado.

Cuando se habla de **universalismo**, se entiende respecto a la triada dimensional para comprender el *acceso, la generosidad y equidad*¹³ (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014).

Definimos el universalismo a partir de resultados respecto a tres dimensiones: acceso –que debe ser masivo, alcanzando a la mayoría–; generosidad -incluyendo calidad-; y equidad –es decir condiciones iguales entre distintos grupos de la población-. Las políticas sociales universales son aquellas cuyos resultados alcanzan a toda la población con similares beneficios y suficiente calidad mediante una combinación de instrumentos masivos y de discriminación positiva, haciendo por lo tanto innecesario, sólo opcional, el que la población recurra al mercado. (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014, p.79).

No obstante, Pribble (2013) incorpora como dimensiones campos de análisis del universalismo de las políticas sociales a la cobertura de la universalidad, la calidad de los servicios o magnitud de transferencias con baja segmentación, y la reducción de la segmentación, coincidente con Martínez-Franzoni (2019), y añade la dimensión transparencia y sostenibilidad financiera, como elementos analíticos para las arquitecturas de política; define el universalismo de las políticas sociales como aquellas que “garantizan la cobertura de un conjunto de servicios sociales esenciales (educación, salud) y que aseguran el ingreso mínimo básico durante la vida laboral y después de dejar el mercado de trabajo debida a edad avanzada, enfermedad o desempleo” (Pribble, 2017).

Tanto Pribble (2013) como Martínez-Franzoni (2019) se alejan de dicotomías poco fructíferas para la investigación (universalismo/no universalismo, maximalistas/minimalistas) y se centran en las potencialidades de las dimensiones del universalismo que resalten los resultados de las arquitecturas de política y los procesos subyacentes en sus creaciones de políticas de bienestar, aspecto que contribuye a la aproximación que sostiene el presente trabajo.

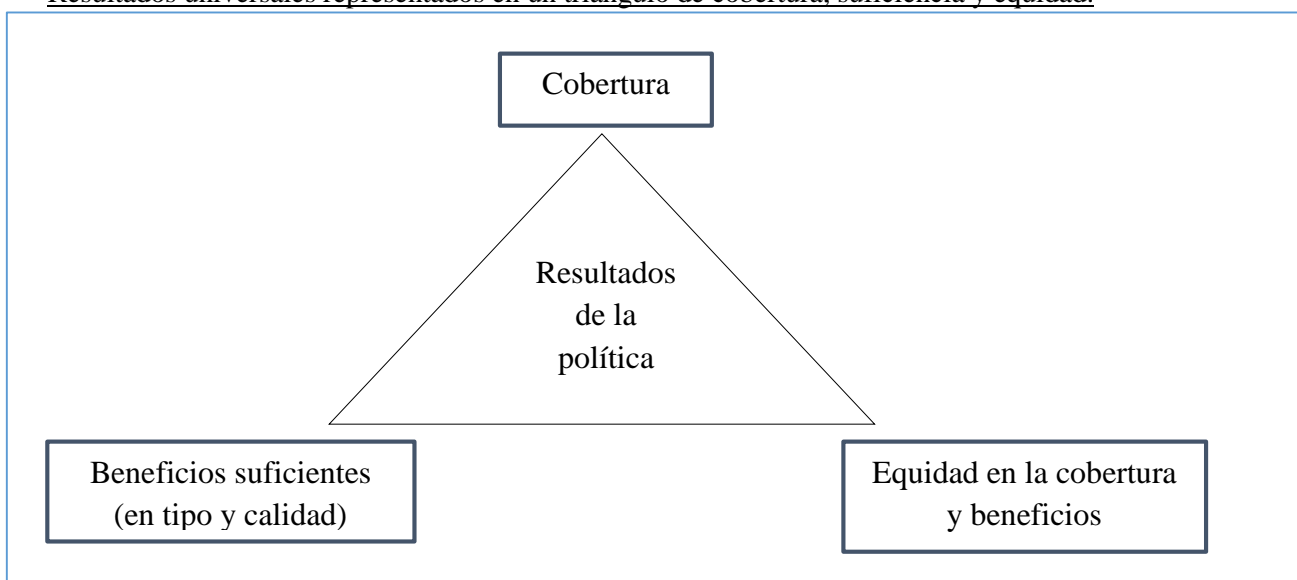
Con base en estas dimensiones, Pribble (2013) categoriza los modelos de universalismo en la región como modelo puro, avanzado, moderado y débil, comprende que un modelo puro involucra cobertura universal, calidades óptimas, criterios objetivos y sustentables, normativa sólida, y una forma homogénea de los servicios de estratificación de las transferencias nula o baja y sistemas de base contributiva progresiva que sustenten financieramente las arquitecturas.

¹³ Como síntesis estas tres dimensiones son las categorías de análisis que se utilizaron para analizar el Estado en la sociedad y en el espacio, como esquema general, y en específico, la política social y las relaciones institucionales, “yendo y viendo” en el análisis de lo general a lo singular, lo cual se hace particular en las dimensiones.

El universalismo, como característica y paradigma de las políticas sociales, tiene sus enfoques presentes en la literatura especializada, la cual se refiere precisamente a los alcances, intensiones e impulsos que política e institucionalmente se pueden presentar. Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, (2015) establecen que las discusiones giran en torno a un universalismo **minimalista** o **maximalista**¹⁴.

La primera de las definiciones fomenta una incorporación social segmentada, y como lo mencionan Martínez-Franzoni et al., (2015), la segunda de estas definiciones puede decantarse por un proceso más ambicioso constituido por problemas operacionales política y estatalmente, que pueden vulnerarse por conflictos de clase, aunados a los intereses económicos de las elites que sostienen los andamiajes burocráticos, económicos e ideológicos. De forma esquemática Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea (2019) reflejan los resultados de las políticas sociales universales de la siguiente forma:

Figura 1:
Resultados universales representados en un triángulo de cobertura, suficiencia y equidad.



Fuente: elaboración propia, a partir de Martínez Franzoni et al. (2019).

Esta lógica triangular de las políticas sociales universales requieren un cierto tipo de condiciones, para un desarrollo institucional y una implementación en las arquitecturas públicas, concentra simultáneamente el foco de análisis en los resultados y sus trayectorias, más allá de hacer énfasis

¹⁴El paradigma minimalista del universalismo en la política social parte de una idea acceso generalizado a beneficios básicos (v.g. proveer beneficios limitados en el acceso a la salud), mientras que el enfoque maximalista, concibe el universalismo como una cobertura masiva, generosa y equitativa, a través de programas sociales específicamente financiados con impuestos generales. (Martínez-Franzoni et al., 2015, p. 15)

exclusivamente en el gasto o en la estructura de los regímenes políticos (Filgueira, 2014; Martínez-Franzoni et al., 2019; Pribble 2013).

Interesa a la investigación establecer que la política social de carácter universalista en el sur global, y específicamente en Costa Rica, es transversalizada por condiciones diferenciadas en las trayectorias históricas, los procesos de desarrollo de los modelos económicos, y las dinámicas de estabilidad política, es decir, los legados de políticas (Pribble, 2013). Asimismo, para el caso costarricense el paulatino agrupamiento de procesos enfocados en la instauración y ampliación de la salud brindó un esquema universal en la salud, y la seguridad social.

La investigación parte de la ruptura de la falsa dicotomía *universalidad/focalización*, y se posiciona en la incesante necesidad de consolidar arquitecturas universales (pensiones, salud, educación) que faculten la movilidad social ascendente, generen incorporación social con independencia de ingresos monetarios (Martínez-Franzoni, Puig y Sánchez-Ancochea 2015), es decir, de alcance multi-clase que contribuyan a la reducción de las desigualdades. Lo anterior aunado al fortalecimiento de los programas focalizados, los cuales pueden generar pisos de protección social en los sectores altamente vulnerabilizados que no pueden suplir, total o parcialmente, sus necesidades básicas con sus propios recursos (Filgueira, 2016). Tanto las políticas universales, como las políticas focalizadas deben considerarse como mecanismos compensatorios y complementarios del accionar público para la movilidad social. (Sojo, 2017).

2.2.1 El Universalismo en la seguridad social en Costa Rica

El carácter universalista de la seguridad social en Costa Rica es reflejo de un proceso histórico de larga duración (Botey (2013), Martínez-Franzoni (2005), Rosenberg (1983) y Sagot (1994), este proceso es incluso previo al período de fundación y expansión de la seguridad social. Botey (2013) señala que el desarrollo de los acueductos, protomedicatos, los cementerios, las cañerías, creación de hospitales, que son parte del periodo 1850-1895, contribuyeron a gestar un modelo de salud pública que avanzó conforme las transformaciones políticas en relación al papel del Estado y la economía costarricense de la época¹⁵. Resalta la autora que las transformaciones de las políticas sociales están intrínsecamente relacionadas al desarrollo del modelo económico de la época (Botey (2013).

Una vez creada la seguridad social para la década de los cuarenta del siglo XX, en la figura de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), los procesos de configuración y expansión de la misma se dieron de forma paulatina, y gradual, y no mediante un evento puntual que lo detonara

¹⁵ Específicamente las transformaciones en el plano del modelo de gestión pública, y el modelo económico por el cual Costa Rica transitó a mediados de la primera década del siglo XX, es específico, con transformaciones que permitieron un establecimiento primario de bases de un Estado de Bienestar, posterior a un periodo signado por las tesis liberales.

(Molina y Palmer, 1996; Rosenberg, 1983). Es hasta la década de los setenta que se logra trazar una lógica de universalización de la seguridad social, justo en el momento de desarrollo propio de un modelo de Estado de corte desarrollista y benefactor (Rosenberg (1983); Rovira 1984).

Hay un rol importante, vinculado a la lógica de expansión de la seguridad social universal, de los partidos políticos y las demandas colectivas del trabajo, que propusieron y defendieron mayores grados de incorporación social y laboral. La construcción de servicios de salud de amplia comprensión social generó mejoras en las condiciones vida, desde el aumento en las tasas de natalidad, hasta el aumento en la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad infantil, y la ampliación de los esquemas de vacunas y seguimiento en la salud comunitaria de acuerdo con Botey (2013), Martínez-Franzoni (2005), Rosenberg (1983) y Sagot (1994).

Para Sagot (1994) la universalización de la cobertura tuvo una serie de factores que contribuyeron a su desarrollo, por el ejemplo, el principio de solidaridad (desde el plano económico), la universalidad (desde la atención y el servicio de salud), la igualdad y, por último, la obligatoriedad del servicio. Esto coincide con las aspiraciones de una política social universal entorno a la promoción de servicios que cumplan estándares de calidad en las condiciones de vida básicas de las sociedades (Filgueira, Molina, Popadópulos y Tobar, 2006), pero fundamentalmente, que se edifiquen a través del acceso, generosidad y equidad (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2014), donde la combinación de los instrumentos de política social (arquitecturas) logren dar cuenta de las relaciones materiales y simbólicas de la población, y es precisamente lo que paulatinamente desarrolló Costa Rica entorno a la seguridad social (Rosenberg, 1983).

Para Martínez-Franzoni et al., (2015), se desarrolla incorporación social universal cuando los programas sociales (tanto servicios como transferencias) tienen coberturas amplias y aportan beneficios robustos, con ciertos grados altos de equidad en los distintos grupos de la población. Cuando este proceso es impactado por la política de privatización, tercerización y liberalización, por ejemplo, en pensiones, se desarrolla un proceso de “desincorporación social dado que aumenta la dependencia de los individuos con respecto al mercado”. Martínez-Franzoni et al., (2015) p.13).

Según (Filgueira, 2015), el desarrollo de las reformas neoliberales modificó la dinámica de universalización, debido a una lógica de segmentación/focalización, de acuerdo con autor, mediante un claro componente neoliberal/conservador, surgido del consenso de Washington en las décadas de los ochenta y los noventa. Esto no dejó de impactar al país, a criterio de Sagot (1994) pues las luchas por la seguridad social en los años noventa se dieron, precisamente, por un quiebre en las aspiraciones universalistas, y en la incorporación social. Se puede ubicar en esta

coyuntura el primer “choque” coyuntural, ideológico y económico, y los primeros cambios a lo interno de la seguridad social¹⁶ (Molina et al., (1996); Rosenberg (1983); Sagot (1994).

Estas presiones de mercado no son nuevas sobre la universalidad de la seguridad social. La tensión principal tuvo que ver con la práctica médica privada que existía al momento de crearse la seguridad social en 1941, la cual continuó existiendo. Sin embargo, desde los años noventa al presente, se produce un cambio cualitativo en las relaciones entre la seguridad social y el mercado de privado, entre otras razones, por la pérdida de terreno de las ideas pro-estatales desde la propia seguridad social (Martínez-Franzoni, 1999).

Para Rosenberg se puede encontrar que la lógica de discusión política todavía está vinculada a los cambios producidos a mediados de siglo XX, y con un direccionamiento ideológico consistente sobre la *forma* Estado-institucionalidad, y su contenido político. En este contexto, se hace central que la respuesta de la investigación permita constatar si esa amenaza a los servicios públicos de salud, es consistente, pero además identificar su forma de externalización, en el plano institucional y territorial.

2.2.2 La seguridad social y sus servicios sociales: una arena en permanente transformación

La década de los ochenta constituye un momento de crisis de la seguridad social y de sus servicios de salud: la contracción de los recursos llega justo en el momento de la máxima expansión de la cobertura alcanzada desde la creación de la seguridad social. Los cambios y transformaciones del sistema de salud, la seguridad social y la contraposición universalidad-privatización empiezan a ser un tema recurrente en la literatura especializada, durante y posterior a la década de los noventa. Las investigaciones buscaron explicar qué pasaba, *por qué* y *cómo* en lo relativo a las modificaciones en dichos campos y el impacto tanto en la institucionalidad como en las dinámicas sociales y económicas.

Para Mesa-Lago, (1985), Güendell y Trejos (1994), y Vidal (2014), las principales consistencias de cambios y contradicciones del sistema universalista de la seguridad social, se realizaron en este momento histórico, lo cual generó un replanteamiento de las intervenciones en la política social, y en la seguridad social como régimen.

En este sentido para, Mesa-Lago (1995) uno de los problemas se dio en recaudación, y en las oportunidades de llegar a un proceso de ampliación de la cobertura. Para Villalobos (2011), la tensión entre *universalismo* y *privatización* expresa un conflicto ideológico respecto al papel del Estado en el desarrollo de un sistema de seguridad social, es decir, un conflicto supeditado a la

¹⁶ Similar tesis sostiene Muisier (2015), respecto a la designación coyuntural de “post-reforma”, como se analiza en apartados posteriores.

generación de condiciones institucionales para la atención de la salud, y el establecimiento de un sistema distributivo y solidario.

Tal cual como lo desarrolla Martínez-Franzoni (2006), la seguridad social en la figura de la CCSS evidencia un avance hacia un modelo más equitativo, que busca contrarrestar la desigualdad de ingresos y riquezas, desigualdad de género, mercado y trabajo informal, mediante un sistema que provee la salud de forma amplificada, en tanto cobertura y equidad, lo cual en la tensión de universalismo-privatización que expone Villalobos (2011), representa un nodo de contradicción.

Hay una transformación en el sistema de ideas en las décadas del noventa, e inicios de siglo XXI, referido a la forma y lógica de generar política pública desde una nueva forma de gestión administrativa que configura dinámicas en las arquitecturas financieras y de recaudación que dan vida a los sistemas de salud pública (Bresser, 2011).

Para Muiser (2015) hay un cambio en la relación *gobernanza-salud*, “particularmente en el diseño y la implementación de la estrategia de separación de funciones y su impacto en la gobernanza del sector salud” (p.41,) que logran generar una separación en las formas de repensar la universalidad de los servicios públicos de salud, y de generar mecanismos que fortalezcan las capacidades institucionales, sin que afecte su funcionamiento. Sobre esto, señala la autora, se generó un proceso de desaceleración en el fortalecimiento de la rectoría en salud, bajo el binomio institucional Ministerio de Salud-CCSS, entre otras cosas, por las acciones de desconcentración, privatización y tercerización –fundamentalmente-, de ciertas áreas y servicios vinculados a las capacidades institucionales de la CCSS.

Esta relación de gobernanza-salud es recurrente en la literatura de variaciones subnacionales (Alves, 2015; Otero-Bahamón, 2020; Pribble, 2015), y en los análisis de relaciones sociedad civil-políticas sociales en cuanto a las dinámicas de apoyo/resistencia de modelos solidarios (Niedzwiecki, 2014), en específico, por las transformaciones que ocurren a partir de las formas de relacionamiento político-ciudadanas en contextos de cambios sociales y económicos.

Precisamente, para el caso costarricense, según León (2014), la equidad y el acceso¹⁷ de los servicios fueron dos áreas entorpecidas por la forma en la cual se asignan recursos en el país, lo que afecta dos pilares del universalismo de la política social durante el periodo de transformación institucional, circunstancia que convirtió a la seguridad social en un terreno de disputa; generó mecanismos diferenciados a lo interno del sistema desde una mediación propia de la relación entre lo público y lo privado, en un contexto donde este binomio se colocó en el centro del debate

¹⁷ Dos de los componentes del universalismo, el otro es la calidad, señala Martínez-Franzoni et al. (2014).

político e institucional, y modificó consistentemente las estructuras y arquitecturas públicas, no solo en la seguridad social, sino en el mismo diseño de Estado, en la década de los noventa.

Cabe destacar que los resultados de la relación público-privada, a nivel de la seguridad social y la CCSS, fueron paulatinos y graduales, y en algunos aspectos inconclusos (Martínez-Franzoni, 2005). Esto permitió una lógica diferenciada y contenida de cambios radicales, en la trayectoria del modelo universalista de la salud pública.

2.3. Universalismo y relación público-privado en la salud

2.3.1 La relación público-privado en la seguridad social: las arquitecturas públicas de la política social en riesgo

La línea central de este apartado está relacionada con el vínculo existente entre la seguridad social y la relación público-privado, específicamente en los mecanismos de mercantilización y la relación directa sobre las arquitecturas de la política social, ubicadas en un potencial estado de *riesgo* (Martínez-Franzoni et al., 2014).

La política social, como ha sido señalado por Martínez-Franzoni et al. (2014), tiene un correlato directo en la manera que las arquitecturas públicas intervienen en la sociedad. Las arquitecturas políticas son consideradas los instrumentos políticos que buscan una orientación en la forma en cómo se elige y se financia, también, cuáles derechos se ven cubiertos y quién los provee, es decir, cómo se estructuran los programas de las políticas sociales (Martínez-Franzoni et al, 2014; Martí Puig, Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2015).

Las arquitecturas son una metáfora de partes o componentes de un sistema, y se consideran como políticas estatales de protección social e instituciones destinadas para los mismos fines (Filgueira et al, 2006). Estos componentes son cinco “elegibilidad, proveedores, y regulación de la opción privada externa para las políticas sociales específicas (p. ej., salud, educación, pensiones)” (Martínez et al, 2019), tienen una doble proyección a un corto plazo, buscan resultados de política concretos, y a un largo plazo, generan implicaciones en las trayectorias que se acercan o alejan del universalismo (Martínez et al, 2019).

Lo nodal de las políticas sociales, especialmente, de las arquitecturas políticas (y sociales de bienestar), es que son el reflejo del ideario estatal y del modelo económico, los cuales en contextos determinados, transitan por diferentes estadios, de ahí la trazabilidad que se puede externar/identificar en las trayectorias, por ejemplo, el modelo de políticas sociales del modelo liberal-social; políticas sociales del modelo de sustitución de importaciones; las reformas del

nuevo periodo liberal exportador¹⁸; y las políticas sociales del nuevo modelo estatal-exportador (Filgueira, 2015).

En este último contexto, expuesto por Filgueira, los cambios y transformaciones de los sistemas públicos de salud, generaron en el país una modificación sustancial en las formulaciones de políticas públicas, y en las mismas arquitecturas que dan soporte a los sistemas universales de salud pública. Para Güendell et al., (1994) se presentó un ordenamiento institucional, que si bien no implica una privatización *per se*, si logró allanar el sendero para la construcción de condiciones materiales-institucionales, al presentarse una interrelación de los aspectos que inciden en el proceso de privatización de ciertos campos de los servicios de salud, por ejemplo, el tema del servicio médico y de salud en la rectoría de la CCSS.

En este mismo sentido, Mesa-Lago (2006) invita a la reflexión en torno a los grados reales de privatización de los servicios, es decir, de las capacidades de transformación del sistema de salud pública, lo cual permite diferenciar y graduar los impactos en las arquitecturas determinadas. Según esta línea conceptual, la relación público-privado, parece estar asociada a las capacidades, grados, y estrategias de su desarrollo mismo, una relación en disputa y externalizada con tonalidades diferenciadas, similar a lo ocurrido en el caso costarricense (Martínez- Franzoni, 2019).

La preocupación de Mesa-Lago encuentra un correlato para el caso costarricense pues, para Jaramillo (2013), hay una tensión existente en la relación público-privado, desde la misma reforma de salud a mediados de la década de los noventa, y en el accionar de la seguridad social en el país. Según Jaramillo (2013), algunos de los aspectos influyentes fueron las variables como corrupción, transformación de la atención médica (que entra directamente a tener un impacto en la población y, por ende, en la calidad del servicio), así como las problemáticas de incapacidades y los “biombos” médicos.

En este sentido, Durán y Herrero (2001) generan un importante aporte a la comprensión del creciente fenómeno de la salud privada en Costa Rica, y sus implicaciones en la seguridad social. En el marco de la reforma del sector salud, estos autores señalan que el punto nodal, para el fortalecimiento paulatino del sector privado en el país, se da a partir de una *insatisfacción* de ciertos sectores sociales de clase media-alta y clase alta, debido a una serie de factores como la crisis de los años ochenta (Rovira Mas, 2020), el cambio en el perfil epidemiológico y nuevos enfoques teóricos/ideológicos (Durán et al., 2001).

¹⁸ En este periodo las dinámicas de mercantilización, descentralización y la focalización fueron la tónica consistente, es decir, el producto de las relaciones desiguales de la etapa neoliberalizante.

Pero estos aspectos son exponenciales en el espacio y el tiempo. Lo expuesto por Jaramillo (2013), Durán et al. (2001), Araya (2019), y Mesa-Lago (1997, 2006), entre otro conjunto de investigadores e investigadoras, refleja una serie de fragmentos particularizados de una relación compleja que se externaliza de diferentes formas, y encuentra su núcleo de fortalecimiento en sistemas universales de atención (Martínez et al., 2019).

Recientemente, Alvarenga et al. (2018) analizaban una particularidad de la relación público-privado, y el riesgo al que se ven expuestas las arquitecturas públicas de la política social frente a la doble práctica médica. Específicamente, las investigadoras problematizan sobre la doble práctica médica, y posicionan las restricciones, efectos y consecuencias de dicha práctica para la seguridad social, las personas aseguradas, y la arquitectura pública.

Hay un aporte teórico-conceptual que las autoras realizan, puntualmente, sobre la comprensión del fenómeno de la doble práctica como reflejo de una relación desigual de los servicios privados de salud, al ámbito público de atención. En esta vía, hay un aporte significativo respecto a las lógicas de concentración territorial de la oferta privada cercana a los hospitales de la seguridad social, pues incide en la doble práctica médica (Alvarenga et al., 2018).

En estos dos aportes comprensivos se encuentra una discusión central para la investigación relacionada a la expresión empírica y cotidiana de la presencia privada como reflejo de la existencia del servicio público de salud en el territorio. Es decir, posicionan un aspecto de la topología de desplazamientos de la interrelación público-privado que yacen en lo opaco de la institucionalidad.

En suma, en Alvarenga et al. (2018), Martínez-Franzoni et al. (2014 y 2016) y Mesa-Lago (2006) se encuentran bases sustanciales que problematizan y dan cuenta sobre los desplazamientos de la relación público-privado, y el riesgo que esto implica en las arquitecturas públicas, con claro efectos en el territorio, y específicamente en las condiciones de vida de la población.

2.3.2 Relación público-privado en la dinámica territorial: Pistas de las transformaciones en las arquitecturas de la política social de salud

Es primordial entender que la política social, tal y como lo plantean Andrenacci y Repetto (2006), parte de una lógica de “auto-intervención” de la sociedad sobre sus condiciones, sin embargo, en la lógica de un Estado relacional y material, el surgimiento de esa intervención tiene un componente institucional innegable, el cual, al final del día, asigna y refleja los aspectos que pueden condicionar y determinar si una política social tiene un carácter universalista o segmentado.

Asumir que en el sur global la lógica ha funcionado en diseñar una política social universalista sería un error histórico y político, tal y como Martínez-Franzoni et al. (2015) han externalizado.

Sin embargo, la experiencia costarricense demuestra que el universalismo creado en las políticas de salud desde la década de los sesenta (Rosenberg, 1983), puede presentar ciertas transformaciones que tienen, hipotéticamente, relación directa con la coyuntura regional de péndulo ideológico-programático, y en el plano nacional, con el gradualismo de ciertas políticas regresivas en el campo social (Hidalgo, 2002).

En los textos de Bermúdez y Umaña (2013), Marín (2012), Arias et al. (2015) y Alegría (2016) se pueden encontrar importantes elementos, respecto a las externalizaciones que la relación público-privado genera en la institucionalidad y en el territorio. Este aspecto es medular porque evidencia las formas del comportamiento institucional en lo subnacional, mediado por la propia dinámica de tensión público-privado, que al final tiene implicaciones en las formas de vida, de acceso tanto a servicios, como a una atención digna y de calidad.

En este sentido, la tercerización de servicios sociales es uno de estos condicionantes de la relación de tensión público-privado (Marín, 2012), y tiene implicaciones en las formas de desestructuración de la cobertura universalista, en el territorio de la seguridad social, marcado por la reforma del sector salud como coyuntura estratégica, en especial, porque ha creado, según el autor, los “nuevos operadores de salud” en la reforma institucional. Para Bermúdez y Umaña (2013), en Costa Rica este proceso se constata en el plano administrativo, ambos referencian que el proceso de mercantilización de los servicios que estaban en el espacio de lo público, paulatinamente, cedieron espacio a la intervención privada, por ejemplo, la concesión, y las contrataciones administrativas desventajosas, las cuales tienen repercusiones sociales, económicas y políticas que devienen de dichos recursos (Bermúdez et al., 2013).

Es importante diferenciar el fenómeno de los procesos de publicitación y concesión (Bresser, 2011), los cuales, a la postre, pueden significar cambios en el modelo institucional de atención, por ejemplo, Marín (2012) en lo relativo al caso de Coopesalud R.L., Bermúdez y Umaña (2013) sobre los experiencias de Coopesana, Coopesain, Asemeco y PAIS, hacen un análisis a partir del acercamiento y contratación que la CCSS realiza con el sector cooperativista, específicamente, estos ejemplos refieren a las formas institucionales de transformación, que repercuten en los mismos procesos de presencia territorial, que precisamente, no surge como la aparición de entidades privada, sino como una forma mixta en el plano de la relación público-privado.

Este aspecto es central porque evidencia las formas en que se externalizan cambios paulatinos en la institucionalidad pública, tal cual como lo posiciona Martínez-Franzoni et al. (2015), y las capacidades para generar modificaciones en la atención y en el comportamiento territorial de la atención, nuevamente, la discusión tiene una implicación las premisas de la relación público-privado.

De esta manera, las transformaciones en el plano institucional son centrales, pero es medular avanzar en la investigación sobre sus formas de revelarse en el territorio y en las capacidades de la población de acceder a los servicios de salud. Para reformar las tesis de cambios en las matrices institucionales y en la relación público-privado Martínez-Franzoni (2005) posiciona una serie de aportes centrales en la comprensión general del problema que se plantea. Los aportes estratégicos de la autora son, básicamente, el análisis de las variables que han intervenido en la relación público-privada, específicamente para el caso de la CCSS.

El primer aporte es considerar el aumento del gasto privado en la salud, específicamente, el gasto de bolsillo (OPS, 2003; OCDE, 2017; OMS-OPS, 2018), por ejemplo, en el uso de los servicios privados por parte de la población en servicios de odontología y farmacias, como Martínez-Franzoni (2005) y Collado et al. (2001) lo exponen, por otro lado, muestra que, en el caso de la población vulnerabilizada y de menores ingresos económicos, se usan más los servicios de la CCSS. Este aporte es medular en la medida que puede ser un recurso empírico sobre los factores que influyen en el aumento de la medicina de carácter privado en el país, y su uso.

Por otro lado, Martínez-Franzoni (2005) presenta la “apropiación particular de los servicios públicos” como un aspecto a valorar que, precisamente, se refiere a la forma de atracción de gasto en atención de la población al servicio privado. Ambas explicaciones tienen un vínculo directo con una operacionalización empírica que logre dar cuenta de la evolución de estas variables y que detalle a la relación público-privado de la salud como un proceso de mercantilización.

Precisamente se comprende la mercantilización como el grado en el cual los servicios públicos de salud son dependientes del poder adquisitivo y el gasto privado por parte de la ciudadanía (Martínez-Franzoni, 2012), aunado a un proceso de racionalidad del mercado respecto al desempeño institucional, es decir, la mercantilización de los servicios públicos se transpone a la lógica del servicio público por la ponderación costo-beneficio (Sojo, 2008).

Por el contrario, la “desmercantilización refiere al grado en que el acceso a los servicios de salud, sea mediante la salud pública o mediante la seguridad, es independiente del poder adquisitivo y de gasto privado por parte de la población” (Martínez-Franzoni, 2012, p. 102), la tensión presente entre mercantilización/desmercantilización tiene como fuente de sustento las condiciones de universalización/segmentación de la oferta y, por ende, en la disponibilidad, calidad y cobertura de los servicios.

Ese mismo vínculo en tensión repercute sobre las condiciones que dan soporte a los regímenes de bienestar, en especial, en el trinomio *Mercado-Estado-Familia*, que es la base de la relación de producción, con diferencias en los pesos que esos regímenes recargan sobre uno u otro, aspecto del trinomio antes expuesto, precisamente porque los regímenes de bienestar se diferencian entre

sí según el grado en que introducen márgenes de autonomía entre el bienestar de las personas y el intercambio mercantil; por un lado, entre éste y la división sexual del trabajo sobre la cual se edifican las desigualdades (Martínez, 2005, p. 7); lo cual está supeditado, a su vez, por la misma tensión y peso, de la cuestión pública o lo privada, en la generación de bienestar.

Por ejemplo, la lógica de *eficiencia* está subordinada teórica y metodológicamente a generar réditos al mercado y al ámbito de lo privado, y puede tener un impacto sobre los valores que acompañan a la seguridad social, y su efecto concreto en la institucionalidad pública, tal cual apunta Rodríguez (2006). La eficiencia en el marco coyuntural de las décadas de los ochenta y noventa supone una transformación consistente en la relación público-privado, la importancia del estudio de Rodríguez es que efectúa su análisis en función de la búsqueda de un conjunto de explicaciones, respecto a las transformaciones suscitadas, en la dinámica de atención de la CCSS, específicamente, cuando se habla de los antagonismos entre la medicina social y la medicina individual.

Esta relación, que parece imperceptible, tiene un enraizamiento en las dinámicas de mercantilización, y de ahí, la importancia de dar cuenta sobre las formas de operación de la atención médica y sus componentes socioeconómicos (y de clase) durante la asignación de recursos. Las formas en las cuales se externaliza la relación público-privada pasa por un proceso gradual, de escalas en la atención médica y la acción institucional, lo que favorece a esta investigación, pues abre una ventana analítica y advierte no concebir un solo proceso o fenómeno de la seguridad social como aislado o desasociado de las prácticas políticas.

2.4. Política social y territorio: elementos teóricos-conceptuales

La dinámica de acumulación en la región ha estado permeada por procesos de mercantilización desiguales y combinados en el territorio (Huber et al., 2018), una de sus expresiones se encuentra en los vínculos que se tejen en el accionar institucional con el territorio. Es allí donde se reproducen relaciones desiguales de producción (Andrenacci y Repetto, 2006), y/o se amplían el bienestar y la distribución de servicios (Otero-Bahamón 2020, Pribble, 2015).

Se parte de la concepción del territorio como fenómeno social, como espacio que estructura y es estructurado por relaciones de poder, mediante dinámicas de control (institucionales, políticas, económicas, etc.), implica, a su vez, una lógica de acción frente a las estructuras, es decir, no es neutro, ni estático y mucho menos fragmentado históricamente (Haesbaert, 2013; Lefebvre, 1976)¹⁹.

¹⁹Se hace la diferencia respecto a corrientes que entienden el espacio como inerte y sin capacidad de agencia, lo que subestima su accionar social, cultural y político. Separar el espacio del tiempo, se traduce en una cuantificación y objetivación positivista, tal y como lo señala Beltrán (2013, p.142),

Según Haesbaert (2013), estos aspectos presentan relaciones que propician dinámicas de *desterritorialización*, que, para efectos de la investigación, se comprende en su acepción “positiva”, si se entiende que “[...] todo proceso y toda relación social implican siempre simultáneamente una destrucción y una reconstrucción territorial”. (Haesbaert, 2013, p.13)²⁰, de ahí que se den procesos de reterritorialización, o se generan condiciones “nuevas” o diferentes (reterritorialización) en un territorio.

En sí mismo, el territorio encarna la categoría analítica más importante sobre las transformaciones institucionales, y es precisamente esa tensión (Rodrigues-Silveira et al., 2017) la cual permite allanar el campo de estudio de las variaciones subnacionales, en específico, con investigaciones que puntualizan la lógica universalismo/segmentación en políticas sociales (Martínez-Franzoni et al., 2014).

2.4.1 Territorio y variaciones subnacionales en América Latina

La preocupación de los análisis subnacionales, desde la ciencia política y la sociología política, están anclados a los procesos de democratización en la región latinoamericana a partir de la década de los ochenta del siglo XX., así como los cambios, en la década de los noventa en términos de los modelos económicos (Batlle, Suárez-Cao, y Wills-Otero, 2017; Ortis de Rozas, 2016).

Se identifica un doble desarrollo en el proceso de inserción de lo subnacional a la investigación en el marco de los procesos democratizadores en la región latinoamericana (Giraudy, 2011), por un lado, el análisis de sistemas federales y sus manifestaciones sobre la democracia (Argentina o/y Brasil); por otro lado, los procesos de descentralización política producto de los procesos de democratización en países unitarios (Batalle et al., 2017; Mauro et al., 2016)²¹.

El análisis de las variaciones subnacionales busca una ruptura del “sesgo nacional”, es decir, una atención diferenciada para los fenómenos de escala nacional (Batlle et al., 2017; Mauro et al., 2016)²². Este aspecto brinda una ventana de oportunidad, en términos investigativos, de comprender variaciones, transformaciones y/o persistencias en los fenómenos que se externalizan territorialmente, con la incorporación de elementos demográficos y socio-económicos a esos estudios de lo subnacional (Batlle et al., 2017; Mauro et al., 2016).

²⁰ Para Haesbaert, la comprensión negativa de la *desterritorialización* “[E]ntendida como fragilización o pérdida de control territorial” es decir, desde dinámica de precarización social.

²¹ En esta vía, el aporte primario de O'Donnell (1993, 2004 y 2010) fue considerar las características del Estado como asociaciones con las variaciones territoriales de la democracia, así, el autor extiende el espectro de análisis de las diferencias en el territorio, (Ortis de Rozas, 2016).

²² En esta vía, para borrar el sesgo nacional, y evitar un reduccionismo de lo local, es medular plantear un curso de ida y vuelta en el análisis conceptual y empírico de lo nacional/subnacional.

El auge de los estudios subnacionales estuvo vinculado a estructuras político/administrativas propias de países federados por ejemplo, Brasil o Argentina, (Batlle et al., 2017), se enfocó en las agendas investigativas de temáticas como autoritarismo en lo local y procesos de democratización subnacional, sistemas fiscales federados, políticas sociales de bienestar, entre otro conjunto de temas (Alves, 2015; Alves y Gibson, 2018; Gibson, 2005; 2012; Otero-Bahamón, 2020; Pribble, 2013; Rodrigues-Silveira, 2009).

No obstante, el análisis, en y desde países unitarios y de media/alta centralización administrativa el análisis, es bastante reciente con importantes contribuciones de Otero-Bahamón (2019, 2020 y 2021) para el caso de Colombia, Perú y Chile, el caso chileno exclusivamente con Pribble (2013). La escala subnacional en términos conceptuales implica también variaciones analíticas de las dimensiones de lo local/territorial y supone diferencias en las perspectivas de abordaje metodológico (Mauro, Vaca-Narvaja, y Ortiz de Rozas, 2016). Las variaciones subnacionales comprenden modificaciones, cambios y persistencias coyunturales y/o históricas en el territorio desde la arena nacional, lo cual impacta simultáneamente lo subnacional y lo nacional (Ortiz de Rozas, 2016), en términos de O'Donnell (2010), son discontinuidades del Estado a través (y reflejado) del territorio.

Importa el análisis de las variaciones subnacionales porque son un reflejo de las relaciones subyacentes entre las arquitecturas de política, la institucionalidad y las relaciones de producción, con implicaciones en las condiciones de vida y desarrollo de la ciudadanía. Dicho análisis de las variaciones subnacionales es relevante porque permite construir políticas públicas inclusivas mediante esas diferencias externadas en la institucionalidad pública, y genera mejores actividades institucionales (planes, programas y proyectos) con un vínculo concreto sobre la realidad territorial.

En este sentido, las variaciones de lo subnacional en un país se pueden concebir como reflejo de decisiones políticas, modelos económicos diferenciados, trayectorias de arquitecturas públicas, legados de políticas y dinámicas de relacionamiento entre la institucionalidad pública y los procesos de mercantilización y excedente de capital, que tienen un impacto diferenciado en el territorio y en la ciudadanía, y están mediados por condiciones de desigualdad y capacidades adquisitivas (González et al., 2017), de ahí la multidimensionalidad de las variaciones subnacionales (Behrend, 2016).

Para la literatura especializada en las variaciones subnacionales responden a condiciones de desigualdades y las diferencias en las trayectorias de las políticas públicas, de condiciones nacionales y subnacionales que modifican las condiciones en el territorio (González y Nazareno, 2021; Otero-Bahamón, 2021). El territorio es fundamental para el estudio subnacional porque,

según Otero-Bahamón (2021), puede representar un lugar de desventajas o privilegios, de desigualdades en el acceso, la cobertura y aplicación de políticas.

Las variaciones subnacionales, como reflejo del diseño institucional, remiten en primera instancia a procesos de transformación propios de la institucionalidad en el despliegue que ejerce en el territorio que, a su vez, externaliza expresiones público-privado en periodos históricos determinados por transformaciones en los modelos de desarrollo y en los sistemas de bienestar (Haesbaert, 2013; Huber et al., 2018; Rodrigues-Silveira, 2009).

En consecuencia, estas relaciones público-privada, y de diseño institucional, son nodos para investigar pues remiten a procesos de desterritorialización/reterritorialización (Haesbaert, 2013) de dinámicas, élites, arquitecturas y políticas, produce modificaciones en el (des)empoderamiento social y económico (Pérez-Sainz, 2019), transformaciones en arquitecturas públicas, y en los contrapesos y relaciones del campo público al privado y viceversa, es decir, representativas de procesos de tensión de agencias políticas en la territorialidad (Rodrigues-Silveira, Sonnleitner y Terron, 2017).

Estos elementos son fundamentales para vincular los aspectos macro-analíticos del territorio, y los resultados de políticas públicas y sociales, en específico, aquellos que constituyen variaciones subnacionales, es decir, diferencias/desigualdades expresadas en el territorio desde la institucionalidad pública y los mercados, con implicaciones en las condiciones de vida y de acceso a servicios.

2.4.2 Variaciones subnacionales y política social en América Latina

Hay un avance reciente en los estudios y la literatura especializada sobre variaciones subnacionales y política social en América Latina, el cual puntualiza la multidimensionalidad acaecida en el plano territorial, y en el encuentro de fenómenos socioeconómicos como la externalización de las desigualdades, pobreza, modelos de desarrollo diferenciados, relaciones de mercantilización, y capacidades institucionales (González y Lodola, 2019).

La construcción de políticas sociales en territorios social y económicamente desiguales, mediados por esquemas diferenciados de desarrollo, permiten avanzar en investigaciones enfocadas en asociación compleja entre lo nacional/subnacional, relaciona variables longitudinales en escenarios coyunturales y resalta potencialidades, diferencias, y persistencias (Baráibar, 2013).

Otero-Bahamón señala que las investigaciones a nivel regional se han centrado en aspectos como la calidad de los Estados y el Estado en lo subnacional (Harbers, 2015; Rodrigues-Silveira, 2009), la competencia política subnacional (Pribble, 2015; Alves, 2015), el capital social (Díaz-Cayeros, Magaloni, y Ruiz-Euler, 2014), instituciones democráticas (Touchton y Wampler, 2014), o

alineamientos partidistas (Niedzwiecky, 2018), por otro lado, están las investigaciones enfocadas en determinantes nacionales y subnacionales que brindan explicaciones sobre las diferencias transnacionales en el grado de variación subnacional (Otero-Bahamón, 2016 y 2019; Giraudy y Pribble, 2020).

El vínculo entre variaciones subnacionales y política social tiene su relevancia en la medida que las transformaciones estructurales en arquitecturas públicas, sistemas fiscales, atención institucional, o variaciones en las actividades económicas inciden de forma significativa en ampliaciones o limitaciones del bienestar y en los derechos socioeconómicos de las poblaciones (Rodrigues-Silveira, 2009; Pribble, 2013; Gonzáles et al., 2019).

En este sentido, aumenta la relevancia investigativa, y la implementación de las políticas sociales (Niedzwiecky, 2016; Otero-Bahamón, 2020) para la creación de condiciones y estructuras de bienestar en la arena subnacional, tal cual Otero-Bahamón (2020) menciona, es central que las investigaciones y construcciones metodológicas de lo subnacional no pierdan el vínculo con los procesos subnacionales, y sobre todo el vínculo político, al concentrarse solo en los aspectos subnacionales e ignorar la “doble mirada” analítica de los fenómenos y procesos.

Acorde a esa doble mirada, Gonzáles et al., (2019)²³ exponen que la distribución de renta, más las estructuras institucionales de política pública, contribuyen a la explicación de las variaciones en el impacto de los ingresos sobre el desarrollo humano y la industrialización económica en subregiones que presentan economías primarias, sea industrial o productiva. Enfatizan que las concentraciones en el territorio subnacional de industria extractiva y producción en economías de primarias se correlacionan de manera negativa con el desarrollo humano en otras subregiones que no presentan la concentración industrial, productiva o de comercio (Gonzáles et al., 2019).

Caso contrario, en regímenes de reparto de renta subregionales se presenta un vínculo positivo cuando se aplica redistribución en los gobiernos (municipios) locales, enfocada en el gasto social vinculado a arquitecturas públicas y semipúblicas en lugar de servicios privados (Gonzáles et al., 2019), elemento central en regímenes de bienestar subnacionales que son tensados por esquemas de ampliación de oferta privada.

Para el caso de las investigaciones subnacionales se comprende cómo regímenes de bienestar subnacionales como comunidades que presentan combinaciones entre gasto, cobertura y

²³ Es importante establecer que las herramientas metodológicas utilizadas por los autores fueron el modelo de regresión de series de tiempo transversal agrupado por la naturaleza longitudinal (mínimos cuadrados ordinarios), el mismo utiliza dos variables dependientes, el Índice de Desarrollo Humano (con las dimensiones: esperanza de vida al nacer, alfabetización de adultos y matrícula combinada primaria, secundaria y terciaria, e ingreso bruto per cápita), y como segunda variable una medida de industrialización subregional, la cual utiliza el índice de industrial bruto (GIP), modificado como índice geográfico bruto provincial (GGP) (Gonzáles et al., 2019).

participación privada en la formulación de políticas sociales (Rodrigues-Silveira, 2009), se ven mediadas por una relación público/privado en la generación de sistemas de atención, protección y promoción social dirigida a la ciudadanía.

Desde este campo, Rodrigues-Silveira (2009) distingue tres expresiones que intervienen en los regímenes subnacionales de bienestar, en primera instancia el gasto, cuánto se asigna de recursos financieros; la segunda expresión sería la cobertura asociada a la elegibilidad, la cual define los criterios, pagos e impactos sobre la población beneficiaria; y el tercer aspecto, se centra en la participación privada, determinada por grados de dicha participación en el suministro del bienestar. Estos elementos cumplen un doble rol, pues también se consideran variables analíticas para puntualizar dichas variaciones multinivel territorial²⁴.

Otero-Bahamón (2020), en una reciente investigación da cuenta que en contextos, donde la prestación de servicios sociales emanados desde lo nacional, se tiene en cuenta el ámbito local/subnacional, la prestación de los servicios se facilita e intensifica en ruralidad de lo subnacional, comúnmente los territorios más empobrecidos y habitados por minorías étnicas; sin embargo, la investigadora también expone que un marco de política nacional ajeno a las dinámicas subnacionales, homogeniza los territorios y no incorpora la sensibilidades o fenómenos subyacentes en la prestación de los servicios, los cuales pueden ser afectados y constreñidos por una ampliación de la oferta privada, específicamente, en servicios como la salud y la educación, lo cual aumenta dinámicas asociadas a la mercantilización de los mismos (Otero-Bahamón, 2020).

Para estos impactos en las políticas sociales Otero-Bahamón (2020)²⁵ propone que los servicios universales de salud, como es el caso costarricense, contrarresten los avances de la oferta privada y dinámicas de mercantilización a partir de la implementación de políticas públicas de la variable *Place-Sensitive Policies*, es decir, **políticas sensibles al lugar o la sensibilidad al lugar**²⁶, entendidas esta como las capacidades que tienen las arquitecturas públicas que generan bienestar de incorporar en su implementación las características subnacionales. Precisamente, es por la naturaleza de la sensibilidad al lugar que Otero-Bahamón lo considera una vía hacia la

²⁴ En este caso el autor propone las variables de gasto, elegibilidad en los sistemas de protección social y participación privada en el análisis de los regímenes de bienestar subnacionales, aspectos que son críticos en el aporte metodológico para la investigación, pues si bien Rodrigues-Silveira lo propone para contextos federalizados, en Costa Rica se puede incorporar dichas variables debido a la misma disponibilidad de información y por la consistencia interna de las variables para el análisis.

²⁵ La investigadora se concentró en investigar la reforma de salud en Colombia promulgada en 1991, e hizo énfasis en la variable de mercados de seguros (aseguradoras) de salud, aspecto central que contemplaba dicha reforma, con el objetivo de ampliar la cobertura universal de la salud en el territorio. La conclusión Otero-Bahamón, es que no se logra esa ampliación de los seguros, en cambio, la creación del mercado de aseguradoras de salud ha llevado a restringir el acceso y empeorar la calidad de los servicios, incluso cuando se controlan variables subnacionales como pobreza, etnia y capacidad de gobernabilidad municipal.

²⁶ Contrario a las políticas sensibles al lugar, se encuentran las *políticas de lugar "ciego"*, comprendidas como aquellas que "reflejan un enfoque único para todos los diferentes contextos subnacionales, dejando intactos o incluso acentuando los impactos negativos de ciertas características del lugar en el bienestar." (Otero-Bahamón, 2020, p. 8).

universalidad de los servicios. La operacionalidad de las políticas sensibles al lugar está dada por tres tipos de aspectos de política pública:

1. El conocimiento e identificación subnacional de las condiciones socio-económicas que impactan la oferta de servicios de atención, por ende, los resultados sociales. Se pueden incorporar datos enfocados en pobreza rural (por LP o IPM), distancia de centros de producción o industria, densidad poblacional, composición étnica, e ingresos per cápita.
2. Estimación de la proporción de personas que viven el área subnacional, y que debe comprender políticas y acciones públicas que garanticen y promuevan el bienestar, o bien, que eviten que afecten las condiciones de bienestar. Esta propuesta daría estimaciones y aproximaciones a distribuciones equitativas de inversión pública. La estimación que Otero-Bahamón propone es de 10%.
3. Medición de la calidad de los instrumentos sensibles al lugar. Analizar la potencia que dichos instrumentos de política pública tienen en relación a las condiciones subnacionales, si comprenden las variaciones, incorporan poblaciones vulnerabilizadas, las desigualdades etarias, género, ingresos, accesos y etnia, así como aspectos metodológicos.

Hay una heterogeneidad entre las manifestaciones de lo institucional (Ortiz de Rosas, 2016), y de los mercados (Otero-Bahamón, 2020) a lo largo del territorio, lo cual se externaliza en procesos diferenciados (Harbers y Steele, 2020). La universalidad de los servicios sociales, impactado por lo público/privado, es precisamente uno de los elementos que puede evidenciarse en escala subnacional, pues en ella se posicionan desigualdades de ingresos, riquezas, atención pública, y acceso a los servicios públicos y/o privados (González y Nasareno, 2019).

Harbers et al., (2020) proponen un enfoque analítico centrado en dos variables medulares para cualquier desarrollo investigativo sobre variables subnacionales; la primera, tiene que ver con la gama de bienes públicos proporcionados, y los derechos protegidos por el Estado, por ejemplo, los sistemas de salud, la educación, pensiones; la segunda variable, comprende el grado de uniformidad territorial en los bienes proporcionados y los derechos protegidos estatalmente, es decir, las formas de asignación.

Ambas variables permitieron a las autoras desarrollar una tipología para clasificar la heterogeneidad territorial en el gama y asignación de bienes públicos y derechos protegidos, e hipotéticamente, Harbers et al., (2020), exponen que, en algunos tipos de políticas sociales, se torna desafiante la uniformidad territorial, de ahí los grados de heterogeneidad, sobre todo por la complejidad de la política, por ejemplo, salud o educación; caso distinto, si la complejidad de la política es baja, pues se lograrían mayores niveles de uniformidad.

El aporte significativo de dicha tipología²⁷ es que permite constatar las trayectorias que pueden transitar los sistemas de protección social a partir de las capacidades estatales para generar grados de uniformidad en el territorio y proteger los derechos sociales, civiles, económicos, etc. (Harbers et al., 2020). Las autoras formulan la pregunta ¿Qué explica las divergencias entre mayores uniformidades subnacionales y menores uniformidades en el territorio en un mismo país? Al respecto proponen que una alternativa es la complejidad de la política social o el bien público que se pretenda extender, sin embargo, se continúa sin poder avanzar en una respuesta firme sobre la persistencia de las desigualdades subnacionales.

Es medular avanzar analítica y metodológicamente hacia modelos que puntualicen lo expuesto porque esas transformaciones en los grados de *heterogeneidad/homogeneidad* se dan, en contextos subnacionales diferenciados, incorporan variables como ampliación de oferta privada, transformaciones institucionales, competencia electoral, capacidades administrativas, políticas de empleabilidad y variables en actividades económicas (Giraudy et al., 2019; Pribble, 2013; 2015; Otero-Bahamón, 2020; Rodrigues-Silveira, 2009), y elementos que interconecten condiciones de ampliación de sistemas universales (Martínez-Franzoni et al., 2018), con dinámicas de expansión de oferta privada, lo cual deriva en los potenciales daños contra la atención pública, en este caso de salud, se deposita el énfasis en el *proceso* y en los *cambios* (Behrend, 2011).

Precisamente Pribble (2015) expone una serie de hallazgos críticos que nutren estudios sobre lo subnacional, los cuales incorporan las variables de competencia electoral, y capacidades institucionales que tiene un país en sus territorios locales para el desarrollo de políticas sociales. En el análisis la autora da cuenta de variaciones subnacionales a la vez que toma en cuenta la relación entre las elecciones a nivel local y el desarrollo institucional/administrativo que facilita la implementación, sostenimiento y amplia programas sociales en un contexto de alta descentralización y municipalización de los recursos, sobre todo, en procesos electorales que generan rotación política en el municipio, e interrumpen la eficacia administrativa.

Pribble (2015) señala que la fortaleza de las instituciones no depende únicamente de las trayectorias, sino que hay una importante injerencia del liderazgo político (influencia de factores políticos), por ejemplo, perfil, intereses, iniciativas, y capacidad de las personas electas en el plano

²⁷ La tipología presentada por Harbers et al. (2020) clasifica en cuatro diferentes tipos de Estados vinculados a las variables expuestas: 1) *El estado ampliamente uniforme*: que proporciona una amplia gama de bienes públicos a la ciudadanía en todo su territorio; 2) *El estado diferenciado*: proporciona una amplia oferta de bienes públicos, sin embargo, tiene importantes diferencias territoriales (subnacionales) en la ubicación, tipos de bienes y servicios proporcionados y derechos protegidos, a su vez, este tipo de Estado modifica las condiciones de configuración de vida diferenciada en un territorio; 3) *El estado estrechamente uniforme*, prioriza entre una oferta limitada de bienes públicos, y a su vez, los busca proporcionar de manera uniforme en todo el territorio, existe una variable de éxito en la cobertura y sostenibilidad de los programas y políticas sociales en cuanto a los niveles de cooperación y coordinación multinivel (Harbers et al., 2020), 4) *el estado desarticulado*: no existe una proporcionalidad, ni uniformidad en la asignación de los bienes públicos en el territorio (Harbers et al., 2020).

local y otros, que promueva mejores condiciones para el desarrollo de políticas, programas y proyectos, aunado a la eficacia de los mismos. Este elemento es medular, pues introduce una perspectiva analítica más allá de las condiciones socioeconómicas (estructurales), y apunta al aspecto de las capacidades políticas en los espacios de toma de decisiones, las cuales afectan de manera sensible en la arena subnacional (Bianchi, 2016).

La investigación se realiza en el contexto chileno (alta descentralización y municipalización de programas sociales), diferenciado al costarricense, el cual, por el contrario, presenta dinámicas de centralización políticas y administrativas mucho más consistentes, Pribble advierte sobre la importancia de generar estudios en contextos diferenciados sobre el comportamiento institucionales en lo subnacional, por ejemplo, donde se presente una centralización de las políticas públicas y sociales; donde exista una relativa aplicación óptima de las leyes (Pribble, 2015).

Similar a la incorporación de elementos analíticos de los factores políticos a las variaciones subnacionales de Pribble (2015), Alves (2015) se enfocó en los determinantes políticos de los sistemas de salud subnacionales en Brasil²⁸, incorporó variables como la competencia electoral, y la agenda programática/ideológica de los partidos políticos, elementos que determinan el funcionamiento de los sistemas de salud en las regiones, específicamente en los aspectos administrativos de los gobiernos federales.

Aspectos como nivel de independencia municipal (visible en el grado de descentralización de los recursos de salud) y las estrategias de distribución de capacidad y financiera en la Comisiones de Gestión Conjunta (CIB), son dos características que dieron forma al carácter de las políticas de atención de salud en Brasil (Alves, 2015), elementos circunscritos dentro de la influencia de factores políticos sobre las capacidades administrativas de las políticas de salud, que permiten ampliaciones en la gobernanza local, capacidades de cobertura y sostenibilidad financiera, y participación horizontal y vertical en la toma de decisiones (Alves, 2015).

Estos elementos moldean las capacidades de gestión, ampliación, y universalización de los servicios de salud en el territorio, analizados desde la óptica de competencia electoral y agendas programáticas sobre las arquitecturas públicas. Si bien, no incorpora el análisis elementos de la oferta privada, y relación público-privado en el territorio de los servicios de salud (foco de análisis del presente estudio), la investigación que desarrolló Alves (2015) permite establecer un vínculo entre las aproximaciones sobre el funcionamiento administrativo y financiero de las políticas de

²⁸ El sistema brasileño de salud presenta una atención en salud basada en un sistema federal, es decir, atención subnacional, con algunos elementos de centralidad, sobre todo en directrices y lineamientos generales (véase también Rodrigues-Silveira, 2009).

salud frente a elementos de comportamiento político/electoral, y entre las dinámicas de democratización en la atención de la salud.

Importantes investigaciones sobre las variaciones subnacionales están centradas en países con sistemas administrativos/políticos federales, con desarrollos económicos basados en extracción de materias primas (*commodities*), o con altos volúmenes de productividad, con procesos de descentralización radicales o profundos, donde las dinámicas de competencia electoral, en lo federal o municipal, desempeña un papel protagónico en el comportamiento subnacional (Alves, 2015; Alves y Gibson, 2018; Pribble, 2013, 2015; Giraudy, 2015; Gonzáles et al., 2019; Hoyos, 2007; Niedzwiecki, 2016, 2018; Otero-Bahamón, 2020; Rodrigues-Silveira, 2009), y fundamentalmente, donde el foco de atención pasa por las transformaciones en el territorio. Esta literatura interpela directamente a variaciones subnacionales de las políticas sociales, incorpora y analiza desigualdades, cambios y persistencias en políticas de salud, empleo o educación, en países del sur global como Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

El aporte de esta literatura especializada se ubica principalmente en la incorporación de variables analíticas, por ejemplo, estructuras económicas/productivas vinculadas al desarrollo de la oferta privada en el territorio, en específico para la investigación, que puedan generar un vínculo con esa tensión público/privado alrededor de la seguridad social. Asimismo, se puede ubicar potenciales indicadores, como el gasto público y privado en salud por región, estructuras económicas y productivas por región, desagregación del coeficiente de Gini por región, distribución económica por región, y la utilización del Índice de Pobreza Multidimensional y Línea de Pobreza por Ingreso en el plano subnacional, entre otro conjunto de indicadores que den cuenta de las potenciales variables partícipes del desarrollo de esa oferta privada en la salud, específicamente, en el tercer nivel de atención.

Asimismo, elementos como la *sensibilidad del lugar* (Otero-Bahamón, 2020), el vínculo entre modelos de desarrollo, diferencias de mercado y concentración de procesos de industrialización o producción en subregiones (Rodrigues-Silveira, 2009) contribuyen al estudio de las variaciones subnacionales en un contexto costarricense diferenciado, en su trayectoria de dependencia, y en el modelo establecido como unitario y centralizado, en específico, en elementos a considerar como variables analíticas en el proceso de análisis.

Especialmente los aportes de Otero-Bahamón (2020), Pribble, (2013; 2015), Harbers et al., (2020) y Rodrigues-Silveira (2009) permiten una aproximación conceptual y analítica sobre el fenómeno de las variaciones subnacionales y la multidimensionalidad de abordajes y comprensiones, a pesar que los puntos centrales de sus investigaciones se enfocan en contextos federalizados y de descentralización máxima. Es en Alves (2015), González et al. (2019), y Rodrigues-Silveira

(2009) donde identifican elementos de análisis sobre las dinámicas de mercantilización y servicio de salud de forma más relacional con la presente investigación, en específico, con la incorporación de aspectos comprensivos sobre las potenciales implicaciones de la expansión creciente y desigual de una oferta privada en los servicios de salud.

Para efectos de esta investigación el foco analítico y metodológico se encuentra precisamente en esa relación de expansión de la oferta privada sobre los servicios de salud en el territorio costarricense, en un contexto donde el universalismo de la seguridad social se erosiona paulatinamente (Martínez-Franzoni et al., 2019), con implicaciones en el plano de las relaciones y condiciones sociales, donde se debilita la incorporación social, la ampliación de la salud como derecho humano, y el bienestar como prerrogativa de dignidad humana, y se agravan dinámicas de desigualdad y polos de expansión privada.

2.4.3 Aproximaciones a las variaciones subnacionales en el caso costarricense: Elementos a considerar

El desarrollo investigativo y analítico en el país entre los vínculos institucionales, específicamente los sistemas universales de atención, la oferta privada y el análisis de lo subnacional no presenta un reservorio de estudios consistentes. No obstante, se presenta una serie de investigaciones que, en el análisis de las desigualdades, en la dimensión de ingreso, ahondan sobre el fenómeno en el territorio, Arias, Rodríguez, y Sánchez (2020), y Arias, Sánchez y Sánchez (2011), y Trejos y Sánchez (2015) compilan una serie de investigaciones recientes sobre las diferencias y transformaciones acaecidas en el territorio²⁹, y utilizan el ingreso como variable preliminar al análisis propiamente.

El estudio desarrollado recientemente por Arias et al., (2020) ya muestra una preocupación por las distribuciones desiguales en el territorio, pues remiten a importantes desniveles en los ingresos por zonas y regiones del país. Los autores señalan que las diferencias constatadas se vinculan con deficiencias y limitación de acceso a los servicios sociales, así como recursos productivos y las insuficientes oportunidades de empleo, es decir, tienen su fuente en las diferencias de ingresos (Arias et al., 2020; Arias et al., 2011).

Aspectos como densidad poblacional, distribución por actividad económica, niveles de pobreza y pobreza extrema, acceso a los servicios, se deben de considerar en al momento de disgregar los datos por ingreso, pues los pesos relativos y enfoques analíticos sobre las regiones son diferentes, por ejemplo, Arias et al., (2020) y Trejos et al., (2015) alertan sobre los procesos de agudización

²⁹ Sin que implique una conceptualización de variaciones subnacionales, y sin un enfoque sobre la universalidad de los servicios de salud, y en particular, de la CCSS.

de desigualdades en el territorio, a lo cual se suma a un aumento de necesidades básicas insatisfechas³⁰.

Pribble (2013), Rodrigues-Silveira (2009) y Alves (2015) alertan sobre la necesidad de reforzar el análisis acerca de las desigualdades de ingresos con un enfoque del comportamiento de las condiciones económicas en los territorios. El Programa del Estado de la Nación en los informes de los años 2019 y 2020, se alerta sobre estas diferencias que presentando en el territorio costarricense, específicamente, en las diferencias existentes entre regiones en términos de la estructura productiva, especialmente, en la edificación de variaciones subnacionales en el país (PEN, 2019).

Parte importante de estos trabajos es la propuesta de tipología desarrollada en el marco del análisis del PEN (2019) y de Jiménez-Fontana y Segura (2019) sobre las estructuras productivas regionales, las cuales evidencian variaciones económicas presentes en el territorio costarricense, este aspecto aporta elementos comprensivos que deben profundizarse con indicadores de dimensiones sociales relativos a las desigualdades (Otero-Bahamón, 2019).

Según Otero-Bahamón (2019), es importante la incorporación de la dimensión social de las desigualdades (v.g. educación, salud, saneamiento y oportunidades), de ahí que la presente investigación posiciona este elemento nodal, y utiliza el análisis de las variaciones subnacionales para evidenciar potenciales diferencias en la arquitectura de política en salud, visto desde la oferta privada y los nacimientos como *proxy*.

En este marco de análisis, se encuentra una pionera investigación en el año 1998 efectuada por Güell y Rosero-Bixby. El enfoque de la investigación se centró en determinar la situación de la oferta pública en servicios de salud y la equidad en el acceso a estos servicios, en un área de análisis de todas localidades de Costa Rica, lo cual permitió indagar el comportamiento de la oferta y la demandan en el contexto de implementación de la reforma de salud.

Güell et al. (1998) precisan que el análisis en las regiones y cantones a nivel país, al menos para la oferta pública, presentaba inconsistencias en la disponibilidad de información sobre calidad y acceso a los servicios médicos en los sectores periféricos y rurales, de ahí que la investigación introduce la medición de la accesibilidad, e incorpora datos de población censales de forma desagregada, un inventario completo de establecimientos y sus características, así como la interrelación de estos elementos en una plataforma GIS en el espacio (Güell et al, 1998).

³⁰ Por el ejemplo, Arias et al., (2020) menciona que la concentración de pobreza en territorio de la GAM se ubica en un 20% del área de dicha región, concentra el 71,3 % de todas las personas con al menos una necesidad básica insatisfecha; para el caso de la región Huetar Caribe 84 % de las personas registradas con al menos un NBI concentra el 21 % del área, similar a la región a la Pacífico Central.

Esta investigación intercala el análisis espacial con los elementos de arquitectura de política (elegibilidad, beneficios, proveedores, financiamiento y relación de regulación privada) con el territorio, en el contexto de reforma del sistema de salud (1995). El análisis se centra en la identificación de la forma de desarrollo de la reforma en la oferta (pública) y demanda; logran determinar que, aunque el proceso fue lento, para 1998 la reforma empezaba a gestar una reducción en la brecha de equidad en el acceso, cabe recalcar que estas inequidades y deficiencias de acceso se presentaban en zonas periféricas (Güell et al., 1998, p.18).

El aporte que los autores realizan es fundamental en el tema de indicadores, y permite considerar otras “ventanas” de ingreso al análisis de relación público-privado en el territorio, nodales para la investigación, por ejemplo, la densidad de servicios (razón entre indicadores de oferta y demanda), de utilidad en la escala nacional, y en algunos casos subnacional (provincias o regiones) (Güell et al., 1998), que permitiría exponer potenciales modificaciones subyacentes a la forma y oferta de servicios privada en contraposición al sector público. Otro indicador que utiliza es la distancia entre centros médicos (indicador del establecimiento más cercano), que permite estudiar en lo subnacional junto a las distancias de la oferta, y el peso de la disponibilidad de servicios de los centros de salud (Güell et al., 1998)³¹.

Si bien, la metodología permite la absorción de aspectos de precisión en el uso de los datos, no hay un enfoque de análisis sobre variabilidad subnacional puesto que la homogeneidad de los servicios públicos (foco de concentración de la investigación) es alto para dicho contexto. Para el caso costarricense el desarrollo investigativo de las variaciones subnacionales como categoría analítica es poco explorado, y se torna central la exploración literaria y la construcción metodológica y de indicadores óptimos.

Se reafirma la necesidad de ubicar el lente de análisis en indicadores de oferta (y demanda) para dar cuentas de las potenciales desigualdades que puedan presentarse en los accesos a servicios, fundamentalmente, se utiliza el territorio y las arquitecturas de política como campo de análisis (Güell et al., 1998), similar a lo que la literatura especializada de variaciones subnacionales señala (Alves, 2015, Giraudy et al., 2019; Pribble, 2015; Rodrigues-Silveira, 2009).

2.5 Conclusiones.

De forma operativa, la revisión bibliográfica y la discusión teórica permiten identificar de forma empírica los potenciales desplazamientos de las arquitecturas de políticas en un contexto de alta

³¹ Para 1998 se daba una preferencia por los centros médicos más acondicionados en infraestructura, servicios y profesionales, casi siempre hospitales, “[e]l análisis de uso de los servicios mostró que apenas una tercera parte de la población va al establecimiento más cercano.” (Güell et al., 1998, p.19).

erosión de los sistemas de salud, pensiones, y las deficiencias de absorción de los mercados sobre el conjunto de la población, en especial sus sectores vulnerabilizados.

Se pone en relieve que las tensiones subyacentes en la relación público-privado y sus implicaciones en las arquitecturas universales de salud, específicamente, en sus dinámicas territoriales. Este elemento es crítico desde la discusión teórica, no obstante, se debe profundizar analítica y metodológicamente, de ahí la importancia del siguiente capítulo que depura las bases conceptuales y comprensivas del fenómeno.

Capítulo 3- Enfoque analítico y metodológico

A partir de la territorialización del acceso privado en el ámbito de la salud como objetivo de esta investigación, se presentan las principales herramientas conceptuales y metodológicas que son utilizadas en el análisis empírico. El objetivo de generar una síntesis analítica y metodológica que agrupe las principales nociones expuestas en el marco teórico es concretar las *articulaciones teórico-metodológicas* que guiaron el análisis empírico, por tanto, este capítulo se presenta en una relación de *espejo* de lo analítico a lo metodológico.

3.1 Enfoque analítico

Se parte de tres premisas analíticas, que tienen un correlato en lo metodológico, y se expresan en los capítulos siguientes respecto a lo empírico, de ahí que su relación es intrínseca a lo largo del documento, con puntos de encuentro que permiten expresar un marco comprensivo del fenómeno.

3.1.1. Análisis de la mercantilización desde el acceso que hace la gente de servicios que están garantizados en lo público

La **relación público-privado** tiene un correlato económico y político directamente asociado a las formas de vida y convivencia social, específicamente en lo relativo a la salud y la seguridad social, de ahí la importancia de desarrollar nuevas formas de aproximación que permitan incorporar variables analíticas con potencial explicativo.

Al incorporar el análisis de la oferta privada, este estudio se enfoca en las dinámicas públicas que se encuentran estrechamente relacionadas con las privadas. Concretamente, como premisa se asume que la arquitectura de política pública en salud, de carácter universal en Costa Rica, se transforma a favor de la oferta privada, de forma paulatina, en la medida que la tensión público-privada se ensancha debido al gasto de bolsillo de los hogares y las personas, y el pago a dobles seguros médicos.

En específico, la oferta privada compite con las arquitecturas públicas al ofrecer servicios que la población ya tiene, en principio, garantizados como parte de la seguridad social. Concretamente, el acceso privado de servicios garantizados en el servicio público puede, en el mediano y largo plazo, erosionar la sustentabilidad de los servicios públicos. Así, la seguridad social se presenta como una arena en disputa y en constante transformación, que puede generar condiciones de cambio que favorezcan a la universalidad, o, por el contrario, que erosione la arquitectura en un contexto de expansión de la oferta privada de salud.

Metodológicamente, el uso del análisis de redes y espacio, la caracterización de la oferta privada, y el comportamiento de los accesos a la oferta de servicios son elementos empíricos de entrada que permiten entrelazar comportamientos y dinámicas de mercantilización que se externalizan como una relación público-privado, con potencial de transformar las dinámicas de atención

pública en tanto su calidad, acceso, suficiencia y distribución territorial (Pribble, 2019, Otero-Bahamón, 2020), y poder dar cuenta de potenciales implicaciones para la universalidad de la política social.

Para el caso costarricense esta consideración es de fundamental importancia porque atiende un vacío en los estudios existentes y permite otra forma de aproximación al estudio de la relación público-privada de la seguridad social y las capacidades infraestructurales para brindar servicios de salud sin distinción de los ingresos (Pribble, 2013; Otero-Bahamón, 2019 y 2020).

3.1.2 Ubicación del acceso a los servicios de salud en el territorio

Costa Rica cuenta con uno de los pocos sistemas universales de salud en el Sur Global (Martínez-Franzoni et al., 2019). En este sentido ha sido ampliamente estudiado, pero no desde la perspectiva que se plantea en esta investigación, la cual integra el análisis territorial en trayectorias, con el estudio de las relaciones público-privadas en el sistema universal de atención a la salud.

La posición de análisis territorial tiene una vinculación directa con la indagación de las formas y representaciones de las arquitecturas de política en el territorio, por tanto, el análisis espacial de redes contribuye a la identificación empírica de esos comportamientos de forma diacrónica. Esto implica la utilización de metodologías que logren dar cuenta de las transformaciones suscitadas en el plano de lo estructural (reforma de Estado o/y política social) y que permitan recuperar evidencia sobre lo territorial, tal y como lo propone Rodrigues-Silveira (2013), por ejemplo, mediante la utilización de un análisis institucional-territorial, específicamente observado como redes sociales-espaciales.

Aunado a lo anterior el enfoque analítico de variaciones subnacionales faculta un nivel de análisis mucho más depurado, y trazable sobre las transformación y trayectorias de la política social, en la medida que posibilita esquemas comparativos de expresiones institucionales (o económicas) en el territorio, además, propicia nuevas aproximaciones metodológicas y el uso de indicadores (Giraudy et al., 2020; Giraudy et al., 2019; González, 2019; Harbers et al., 2020; Pribble, 2013 y 2017; Otero-Bahamón, 2019, 2020 y 2021; Rodrigues-Silveira, 2013 y 2017), para el caso de la investigación, sería el indicador de nacimientos, como proxy analítico.

Para el caso costarricense, el análisis de las variaciones subnacionales requiere una aproximación que, en primera instancia, propicie una reconstrucción literaria, la cual permita identificar métodos, herramientas, conceptos y aproximaciones óptimas, en un escenario nacional de poco desarrollo investigativo sobre variaciones subnacionales. Posteriormente, incorporar herramientas metodológicas que permitan generar un ingreso explicativo desde dimensiones sociales (Otero-Bahamón, 2020), más allá de las dimensiones económicas como el ingreso, en

otras palabras, se propone un estudio de las desigualdades territoriales en la educación, la salud, o pensiones, entre otros, que logre identificar trayectorias en lo territorial.

Respecto a la dimensión temporal, la **reconstrucción histórica** de los datos que ayudan a dar cuenta de las transformaciones institucionales de la CCSS facilita un análisis mucho más concreto de la evolución de histórica de la relación público-privado en el país, sobre todo en periodos que evidencian las potenciales transformaciones en el tiempo y el espacio.

3.1.3 Trayectoria del acceso de los nacimientos por oferta de servicios

El análisis tiene presente un elemento histórico, específicamente relacionado a la reforma de salud de 1995 y la transformación en la organización de los servicios públicos de salud que esta causó (Hidalgo, 2002b; Mora, 1999; Collado y Herrero, 2001). Los cambios experimentados por los servicios de salud de la CCSS justifican que este estudio ofrezca una mirada diacrónica a través de la observación del mismo fenómeno durante distintos momentos.

El plantear la erosión de la seguridad social no es nuevo, pues ya se ha documentado (Alvarenga et al., 2018; Jaramillo, 2013; Martínez et al., 2014, 2016; Martínez-Franzoni et al., 2019; y Mesa-Lago, 2006). El interés en el papel de las dinámicas de acceso privado para los servicios públicos se apoya en un cuerpo de conocimiento importante acerca de cómo la mercantilización de la salud es una causa de las erosiones que los sistemas universales de salud pueden sufrir, lo cual implica una forma de desestructuración de la lógica estatal, caracterizada por un proceso de desmembramiento de la seguridad social, que, para el caso costarricense, no ha sido radical ni abrupto, sino gradual, contradictorio y complejo en la externalización de los fenómenos (Martínez-Franzoni, 2005 y 2006; Mesa Lago, 2006).

Como punto de ingreso empírico, esta investigación incorpora indicadores como nacimientos por hospitales (público/privado) y el lugar de residencia de la madre para comprender las formas de expresión y absorción de la oferta por tipo de servicio, y los potenciales desplazamientos territoriales para nacimientos respecto a la oferta (público/privada) en el territorio. En este sentido, se parte del cambio paradigmático propuesto por Otero-Bahamón (2019) respecto a la comprensión de las desigualdades y las variaciones subnacionales desde una dimensión social, en este caso, se utiliza como base empírica los indicadores de nacimiento y el lugar de residencia de la madre, que posibilitan una aproximación mucho más orgánica a las expresiones que se puedan gestar en el territorio, por ende, a las variaciones de lo subnacional que se externalicen (Giraudy et al., 2020; Otero-Bahamón, 2019; Pribble, 2015.)

Este aspecto es crítico si se toma en cuenta las importantes investigaciones que Otero-Bahamón (2020 y 2021) ha generado respecto a las dinámicas de “encubrimiento” de las desigualdades subyacentes en el territorio que se presentan en investigaciones de escala nacional-institucional,

similar a la advertencia que realiza Rodrigues-Silveira (2017) respecto al nacionalismo metodológico en el estudio de las políticas sociales. Hasta ahora este enfoque de análisis no ha sido suficientemente desarrollado en Costa Rica, ni vinculado a sus implicaciones para el universalismo de la política social en el país.

Lo que este estudio aporta es el análisis diacrónico del acceso privado a servicios garantizados en lo público, como es el caso concretamente de los partos. Además, el estudio ubica estas dinámicas en el territorio bajo la idea que la relación público-privado tiene lugar de manera creciente, pero desigual en el territorio.

Esta síntesis deviene, precisamente, de las relaciones expuestas en el desarrollo del estado del conocimiento y discusión teórica, y a su vez, de las investigaciones desarrolladas hasta este momento. Sin lugar a dudas también evidencian la forma en que el objeto de estudio se ha abordado, para efectos de esta investigación, supone una importante “ventana de oportunidad” para constituir un análisis que brinde explicación al *cómo* esa relación mercantil se externaliza en el territorio con el efecto subyacente en la política social y el principio universalista.

La importancia de desarrollar estudios que incorporen relaciones complejas entre variaciones en el territorio, políticas sociales universales (oferta pública) y externalizaciones de las relaciones mercantiles (oferta privada) potencian un análisis integral sobre las transformaciones de las políticas sociales, y el acceso a servicios básicos de salud, pensiones, TCM, distribución de renta. Similar a Baráibar (2013), Rodrigues-Silveira (2009) explica que algunos factores, como la estructura del estado, la diversidad étnico-cultural, demográfica, y los distintos perfiles de actividad económica, generan y potencian variaciones subnacionales en los territorios, y externalizan diferencias al interior de un determinado país.

Para esto se continúa con la estrategia metodológica que permite presentar, de forma consistente, el *camino investigativo* que compone el estudio, y que da cuenta del uso de los datos de la composición metodológica utilizada a lo largo de los siguientes capítulos.

3.2 Estrategia metodológica

A continuación, se desarrolla los elementos epistémicos y metodológicos que sustentan la base empírica de la investigación, y que sirven de correlato del enfoque analítico. Se disgrega por las metodologías y herramientas utilizadas a lo largo de la investigación.

3.2.1 Aspectos epistemológicos

La premisa que sostiene la investigación sobre realidad social, parte de una comprensión material de los fenómenos políticos, sociales y económicos, que genera la construcción de relaciones, la cual es intersubjetiva y múltiple en cuanto a su perspectiva histórica. Epistemológicamente, la realidad social es multidimensional y está en constante transformación, hecho que define y

posiciona a la persona investigadora en un proceso de construcción de conocimiento, afectado y que afecta su entorno.

Respecto al elemento axiológico, se asume un papel reflexivo ante los valores y sensibilidades, pues si bien hay una cercanía emocional con el objeto, también existe un proceso de abstracción respecto al mismo, en esta vía, la autoreflexibilidad³² en la investigación se manifiesta en el constante desarrollo del sujeto y el conocimiento (Ibáñez, 1985).

La investigación parte de la crítica y “sospecha” acerca de las relaciones desiguales y combinadas de acumulación y mercantilización externadas en la **relación público-privada**, circunstancia que transforma la dignidad humana, los procesos de relacionamiento (sociales e institucionales), las arquitecturas públicas y la institucionalidad, específicamente, aquella vinculada a la prestación de servicios de salud.³³

La investigación se aparte de las nociones propias del nacionalismo metodológico, que configura una “homogenización ilusoria” de la realidad socio-política (Rodrigues-Silveira, 2009, p. 2). En este sentido, la investigación comprende que el desarrollo territorial, las transformaciones en las arquitecturas públicas, y el viraje de enfoque en la política social tienen un importante correlato político, social y económico en un proceso ulterior, globalizante e histórico, que responde a un sistema económico, el capitalismo, y a su vez, tiene procesos a escala regionales o sectoriales que responden a comportamiento diferenciados, pero vinculados en la lógica macro-estructural.

3.2.2 Aspectos metodológicos

La investigación es de tipo descriptiva y explicativa, desde un enfoque cualitativo de la investigación. Descriptiva en la medida que desarrolló un proceso de reconstrucción de cambios expresados en el territorio respecto a la presencia pública y privada de los servicios. Es explicativa porque dio cuenta de las implicaciones de los cambios identificados para la arquitectura pública de los servicios.

La estrategia metodológica ubica dos soportes empíricos, por un lado, la utilización del *proxy* de nacimiento para analizar las transformaciones en el espacio y en tiempo, dentro del territorio nacional (con análisis subnacional), y un segundo recurso, que se ubica en la aplicación de una búsqueda de fuentes primarias y entrevistas a profundidad, para generar una triangulación de la información recolectada empíricamente.

³² La auto-reflexibilidad, además, extiende los márgenes de aprehensión de la relación epistemología-metodología, supone que la relación de ciertas técnicas o metodologías son solo un paso de recolección de información, y lo nodal en la investigación se determina a través del análisis de las condiciones materiales y simbólicas críticas de la realidad.

³³ Esta relación público-privado tiene su origen, precisamente en una manifestación más de las dinámicas económicas de acumulación y utilización de lo público-institucional por la lógica comercial. Según las premisas de la negación, la esencia de dicha relación no es develada con claridad por las mismas manifestaciones en la realidad concreta (Lefebvre, 1961), y utiliza un efecto simbólico de avance necesario en el mejoramiento de la institucionalidad pública.

La investigación se organiza en torno a la comparación entre los tres momentos en el tiempo, medidos en tres décadas distintas (1995, 2005 y 2015). Permite derivar implicaciones para las arquitecturas de políticas y la tensión entre universalización y segmentación en sus resultados. Más concretamente, se presenta:

- a) Análisis de cambios y continuidades en el acceso público / privado mediante la búsqueda de similitudes y diferencias en las décadas comparadas (1995, 2005, 2015), así como potenciales variaciones subnacionales.
- b) Implicaciones para la arquitectura pública.
- c) Características de la oferta privada de salud.

Se recurre al análisis cualitativo de datos, mediante la entrevista, la revisión documental y el análisis de variables en el territorio, y se utiliza el análisis cuantitativo en la reconstrucción del método de redes en el territorio, y su posterior representación. Esta doble utilización analítica soporta y confluye en la triangulación de datos, y análisis macro del tema en cuestión.

El trabajo se basa en un **estudio de caso**: “como el estudio intensivo de un caso particular, con el propósito —al menos parcial— de echar luz sobre una clase más amplia de casos (una “población”)” (Gerring, 2007, p. 20). A partir de lo expuesto por Yin, el tipo de estudio de caso es el “(Tipo 2): diseños para un solo caso, pero con sub-unidades de análisis contenidas dentro del caso.” (2009, p.46).

El caso seleccionado se refiere a los servicios públicos y privados de salud en Costa Rica. Este estudio de caso permite observar dinámicas mercantilizadoras en un escenario de “*best case scenario*” de presencia pública, fundamentado en las características de la arquitectura pública de salud costarricense explicado previamente en este anteproyecto. Cabe mencionar que el análisis subnacional no se ubica en el orden político-administrativo, sino en las dinámicas de oferta privada y servicio público de la atención de salud (Güell et al., 1998), y específicamente, cómo se refleja en la erosión del universalismo y la política social (Martínez-Franzoni et al., 2019).

A partir del análisis, documentación y comparación de las variaciones en el territorio, se seleccionó la atención de nacimientos, para el último año de análisis, en el Gran Área Metropolitana (GAM), esto porque la concentración de oferta privada es mayor en este territorio. A continuación, se detallan las técnicas de recolección de información utilizadas:

- Exploración de fuentes primarias en los registros de Ministerio de Salud y Registro Nacional.
- Análisis documental de páginas *web*, cartera de ofertas, y registros de la oferta privada de tercer nivel atención.

3.2.3 Generación y análisis de datos: método de redes

El estudio caracterizó las transformaciones territoriales en el acceso a la salud mediante el análisis espacial, que *situó* procesos en el territorio (Rodrigues-Silveira (2017) con el objetivo de caracterizar la **desigualdad espacial** (Rodrigues-Silveira y Ruiz, 2009). Según a Rodrigues-Silveira (2017), este enfoque es holístico e integral, y logra establecer correlaciones espaciales de los cambios institucionales, y potencia la externalización de diferencias subnacionales que se presentan cuando se homogeniza el análisis de variables de política sociales (Pribble, 2013; Rodrigues-Silveira 2013).

Ello se realizó mediante el Análisis Exploratorio de Datos Espaciales (AEDE), como herramienta metodológica que permitió, mediante datos cuantitativos, generar esquemas de comportamiento sobre los nacimientos según local de oferta en salud (público o privado) El AEDE “se utiliza para identificar relaciones sistemáticas entre variables cuando no existen expectativas claras sobre la naturaleza de estas relaciones” (Yrigoyen, 2009, s.p), y brinda información sobre el comportamiento de una o más variables (Arias y Mesa, 2014), lo que adecuó al tema propuesto, pues en este caso no hay claridad sobre las transformaciones territoriales de la relación público-privada de la salud en el país, que hipotéticamente se pueden evidenciar como desiguales y crecientes.

Mediante este método se observó, concretamente, la distribución territorial de los nacimientos a lo largo del tiempo (véase seguidamente el acápite de indicadores), y las formas de desarrollo de la oferta privada.

Se realizó un **análisis multinivel** de redes espaciales (Rodrigues-Silveira, 2009) en el periodo temporal designado (1995, 2005 y 2015) a nivel nacional, y a partir del comportamiento evolutivo o involutivo de los hallazgos empíricos, el análisis subnacional (cantonal), donde se encuentran variaciones o comportamientos similares. A continuación, el detalle de las escalas o niveles:

- Análisis nacional del comportamiento de nacimientos, de carácter descriptivo-exploratorio.
- Análisis subnacional del comportamiento de nacimientos, el cual contempla: escala provincial y/o cantonal.

La escala utilizada en la investigación es nacional, con una disección subnacional enfocada en los cantones donde existe (existió) presencia de hospitales públicos y privados, pues para el caso costarricense dicha escala facilita el proceso pues permite ubicar longitudinalmente cambios en las formas de utilización de un determinado proveedor de salud, además, en esta escala se presenta una mayor disponibilidad de datos socioeconómicos y de salud, elemento central para la

profundización del análisis³⁴. Es importante resaltar que la investigación mantiene una doble mirada analítica en lógica de tránsito de ida y vuelta entre lo nacional (decisiones políticas, legados de políticas, diseños institucionales, recursos financieros, etc.) y lo subnacional-cantonal (diferencias productivas, acceso a bienes y servicios, desplazamientos, composición socioeconómica desagregada, etc.).

La propuesta de representación radica en modelos espaciales con vectores de nodos y aristas, en figuras de flujos temáticos y densidad de nodos; esto favorece a una multiplicidad de representaciones gráficas que posibilitan la explicación y asociación analítica, mediante figuras y cartografías de redes sociales sobre-puestas en el territorio. La investigación no incorpora indicadores vinculados a la distancia de la oferta por deficiencias en términos analíticos sobre una “falta accesibilidad”, por ejemplo, “una comunidad puede tener una clínica muy cerca, pero esto tendrá muy poco significado si los servicios que ésta presta [sic.] son limitados, o si la población no usa sus servicios.” (Güell et al., 1998)

Para la representación simbólica-visual de las figuras se utilizó el programa el software cartográfico QGIS versión 3.16, la capa de cantones se obtuvo a través del Sistema Nacional de Información Territorial del Instituto Geográfico Nacional y los registros de nacimientos fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), lo cual permite la generación de figuras descriptivas que registran comportamientos en el desplazamiento y en la atención de nacimientos en un determinado sector de la oferta (Güell et al., 1998), una vez que los datos fueron procesados en el programa R mediante capas territoriales y la integración de los datos de nacimientos. Estas capas de R se lograron recuperar de la librería propia del programa. Cada figura se categorizó de acuerdo a la cantidad de nacimientos registrados y se representó de modo que, a mayor intensidad del color, mayor cantidad de nacimientos (véase capítulo 4).

Se utilizó el programa R para la correlación de los datos, que se trasladaron al QGIS posteriormente, el cual da un soporte extra al proceso analítico de los datos empíricos utilizados para analizar las transformaciones de la relación público-privado. Para la elaboración y análisis de los grafos (redes) se utilizaron los paquetes estadísticos R y *RStudio*, para esto fue necesario el uso de dos librerías:

- ❖ *Igraph*: permite crear los grafos a partir de la relación que hay entre el lugar de residencia de la madre y el lugar de nacimiento (institución), con esta librería se crea y se gráfica el grafo.

³⁴ Rodrigues-Silveira (2013) llama la atención sobre la importancia de utilizar una escala que evidencie mayores rasgos de heterogeneidad y ahonde en las potenciales transformaciones, de ahí la importancia de la escogencia de la escala para esta investigación que sirva como recomendación para futuros estudios.

- ❖ *Raster*: mediante esta librería se puede descargar la figura base de cantones de Costa Rica en el cual se grafica la red.

Fue necesario obtener las coordenadas geográficas de cada cantón y cada hospital, a partir de estos elementos se crea el grafo en la relación al lugar de residencia de la madre respecto al lugar de nacimiento, cada lugar se empata con las coordenadas geográficas del cantón y se crea el grafo sobre la figura de cantones. Los grafos se componen de:

- Vértices: son cada cantón y hospital representados en la figura.
- Arco: Es la línea que une cada cantón del lugar de residencia de la madre con la institución donde se registró el nacimiento.

Dado que la relación entre los vértices va en una sola dirección, es decir, se representa el desplazamiento del lugar de residencia de la madre hacia la institución, se habla de un grafo dirigido. El vínculo de las herramientas mencionadas genera potencia metodológica, pues abre el análisis fuera de la suposición investigativa, y permite considerar a la oferta como un elemento en transformación, y una relación económica, de acceso, y calidad en sí misma (Güell et al., 1998).

Visualmente el análisis a partir de sistemas de información geográficos permite identificar cambios en los datos a partir de representaciones (figuras) (Güell et al., 1998), no obstante, esta investigación va más allá al incorporar redes espaciales de relacionamiento a partir de los indicadores como lugar de residencia de la madre y el lugar de nacimiento del niño/niña, lo cual permite analizar desplazamientos y cambios en la dinámica público-privado.

Cabe resaltar la ventaja en utilizar un GIS para la eliminación de unidades geográficas arbitrarias o subjetivas (Güell et al., 1998), pues el análisis espacial a partir de la GIS dota de validez interna los indicadores utilizados (Güell et al., 1998), en el caso de la investigación es el indicador de lugar de nacimientos, el que permite una aproximación confiable y certera sobre el uso de la oferta de salud.

3.2.4 Medición de redes y espacio: unidad de análisis, de observación, indicadores y fuentes

Asociado al anterior acápite se destaca que la **unidad de análisis** es el proveedor público o privado de servicios de salud, en el territorio. La **escala de análisis** es nacional-subnacional, es decir, se comprenden los nacional en la heterogeneidad subnacional y las transformaciones suscitadas a lo interno.

La **unidad de observación** son los hospitales del segundo nivel (hospitales regionales) en caso de atención de nacimientos y hospitales del tercer nivel (hospitales especializados/hospitales nacionales) de atención de salud pública, y del lado de la oferta privada, los hospitales y clínicas privadas que atienden partos. Es importante que estos son solo una entrada de análisis a los

procesos de transformación macro sociales, específicamente los que tienen que ver con la transformación de las relaciones público-privadas.

El indicador para establecer la presencia pública y privada en el territorio, es el universo de hospitales donde se atienden nacimientos para el tercer nivel de atención, o bien, aquellos centros de salud del segundo nivel que brinden dicho servicio.

Las fuentes de estos datos están disponibles en el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), específicamente la base de datos sobre Nacimientos por Institución, así como las bases de datos del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la UCR, como mecanismos de validación de los datos. Se cuenta con dichas bases de datos y, específicamente, la información del INEC se obtuvo mediante una solicitud realizada a la institución, asimismo, hay disponibilidad de los datos en el sistema de consultas (*Radatam*) hasta el año 2000.

Cabe mencionar que las fortalezas de ambas bases de datos radican en el registro *in situ* que realizan durante el momento preciso de los nacimientos en los centros de salud³⁵. Por otro lado, las debilidades radican en la consecución que diferencia a ambas bases de datos, por su parte se conjuntara una sola base de datos mediante los datos del CCP como punto de partida (1995), y la base de datos del INEC como cierre en el 2015, para el año 2005 se realizó una equiparación de datos de ambas bases. Cabe destacar que se utilizó el sistema de consultas del INEC denominado *Redatam* con la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) para los años de 2010 al 2020, y la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) para el año 2009 como fuentes primarias de información para el análisis y caracterización de condiciones de la oferta privada.

La medición se realizó en tres momentos en el tiempo. A partir de tres mediciones sincrónicas, se puede tener una reconstrucción diacrónica de lo ocurrido durante todo el período. Los tres momentos son los años 1995, 2005 y el año 2015, es decir, tres momentos distintos de medición de los procesos de transformación de la arquitectura de los servicios públicos en Costa Rica discutido posteriormente (véase capítulo dos).

3.2.5 Reconstrucción conceptual: Variaciones subnacionales

Como parte del ejercicio analítico para la incorporación de los elementos teóricos y conceptuales que contribuyan ampliar el debate y análisis del universalismo de la política social de salud, se desarrolla un capítulo dedicado a dicha labor (véase capítulo segundo), y potencien la ubicación de indicadores subnacionales que permitan el análisis desde una perspectiva heterogénea de las

³⁵ Hay un elemento metodológico importante de acotar, el cual se refiere al caso de los nacimientos en el hogar, que son tomados en cuenta en la investigación pues el foco investigativo se concentra en el registro de la oferta, sea pública o privada. Sin embargo, cabe destacar que tanto los centros de salud, como la base de datos de INEC Y CCP sí contemplan dichos registros de nacimientos por año.

relaciones institucionales, sociales y económicas asociadas a las implicaciones y determinantes de las arquitecturas de política (Harbers y Steel, 2020; Pribble 2013; Rodrigues-Silveira 2013).

Se desarrolló una reconstrucción conceptual de la literatura especializada y los debates sobre variaciones subnacionales y la relación público-privado en el Sur Global, fundamentalmente Latinoamérica, dicha reconstrucción permite indagar insumos de abordaje metodológico a nivel nacional (capítulo dos). Los instrumentos utilizados y propuestos son:

- Análisis documental de fuentes secundarias y literatura especializada, sobre todo la que se desarrolla a nivel latinoamericano sobre variaciones subnacionales, sin que implique una exclusión de otros recursos y literatura.
- Entrevistas a profundidad semiestructuradas a personas expertas en variaciones subnacionales en América Latina.

3.2.6 Caracterización de la oferta privada de salud en el país

El recurso metodológico para la caracterización de la oferta privada de salud en el país tiene su fundamento en la recuperación de información por fuentes secundarias (bibliografía especializada, sitios *web*, noticias y entrevistas) y por fuentes primarias a partir del *Redatam*, específicamente con la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) para los años de 2010 al 2020.

Por otro lado, la caracterización de la oferta privada de tercer nivel atención, reflejada en el objetivo específico dos, tiene un componente analítico enfocado en la reconstrucción comprensiva a partir de:

- a) Entrevistas a profundidad semiestructura de informantes clave, tanto en el plano institucional, como en las empresas privadas que ofrecen servicios de salud en el nivel subnacional determinado por el proceso de revisión empírica de redes y espacio. (revisar anexo entrevistas).
- b) La revisión documental de páginas web de empresas privadas que ofrecen servicios de salud ubicados nivel subnacional determinado por el proceso de revisión empírica, así como en archivos institucionales en la CCSS, el Ministerio de Salud, y el Registro Nacional.

El análisis derivado de dichas fuentes permitió identificar los puntos sobre los que se cimienta la oferta privada de salud, y los aspectos que le han permitido desarrollarse en los últimos veinticinco años en el país. Además, logra compilar las principales perspectivas de los actores institucionales, y no institucionales vinculados a dicho sector. La caracterización del acceso privado y su ubicación en la arquitectura pública, permiten una aproximación analítica a las potenciales consecuencias que ello tiene para los resultados universalistas de dicha arquitectura.

Capítulo 4- Análisis de redes y espacio: ventanas de análisis de relación público-privada

A través de la pregunta *¿Cómo la presencia privada en el territorio desafía el carácter universalista del régimen de política social costarricense, en particular, de su seguridad social?* el presente capítulo describe y analiza los principales elementos asociados al desarrollo de la atención pública y la oferta privada en el tercer nivel de atención de salud en los últimos veinticinco años. Se utiliza el estudio espacial para dar cuenta de las variaciones en los tres momentos temporales señalados (1995, 2005 y 2015), transversalizado por la relación público/privado en el tercer nivel de atención. El *proxy* de análisis son los nacimientos en dicho nivel de atención y los años respectivos, así como la trayectoria de los mismos en el territorio según el tipo de atención (público o privado).

Los recursos analíticos que facilitan una aproximación longitudinal y territorial son las redes o grafos en el plano territorial, es decir, desde el análisis de redes y espacio se propicia una representación de los fenómenos sociales en la interrelación institucional (Rodrigues-Silveira, 2009; 2015), y a su vez, el constatar y visualizar potenciales variaciones subnacionales (Harbers et al., 2020; Otero-Bahamón, 2020; Pribble, 2013), de ahí que este capítulo toma como base metodológica dichas herramientas y enfoques.

Es importante mencionar que los datos presentados en dicho acápite no establecen ningún hecho causal o correlacional de las variables, sino una exploración a profundidad y una descripción de las condiciones que se presentan en la relación público-privado de la salud, al ser este un campo poco allanado en la investigación social, de ahí la importancia de establecer una base metodológica y comprensiva que permita futuras investigaciones con énfasis en la causalidad de fenómenos.

4.1 Nacimientos, redes y espacio: Una ventana al análisis subnacional del universalismo

La literatura especializada en variaciones subnacionales advierte sobre las potenciales transformaciones que acontecen en el territorio relativas al acceso a la salud y su relación con la oferta, en especial con la oferta privada (Alves, 2015; Rodrigues-Silveira, 2009; 2013), fundamentalmente en la identificación de las diferencias subnacionales que pueden suscitarse en el desarrollo de una determinada política social (Martínez-Franzoni et al., 2019), o bien, desde un legado de políticas (Pribble, 2013), que pueden ocultar las relaciones pública-privado y heterogeneidad espacial³⁶ (Rodrigues-Silveira, 2013).

³⁶ Rodrigues-Silveira (2013) expresa que, al secundar a Fotheringham, Brunson y Charlton (2007, p. 240-2), se puede considerar heterogeneidad espacial como aquellos cambios en el espacio subnacional en la intensidad o dirección de la asociación o asociaciones entre fenómenos en función del lugar donde se ubican, es decir, del contexto territorial en el que ocurren.

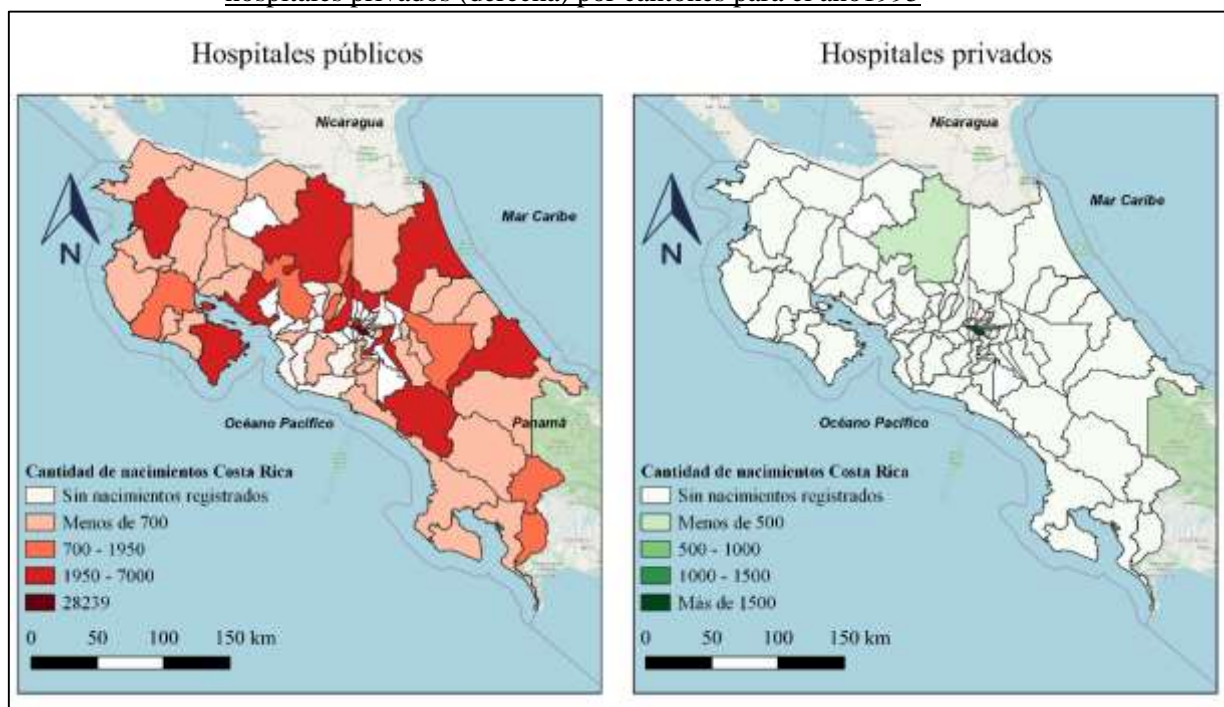
Costa Rica ha presentado un avance paulatino en términos de la expansión de la oferta privada en salud en el territorio, al menos en términos de expresión de los nacimientos (*proxy*). La preocupación sobre la variable territorial, el gasto en salud y sus implicaciones en términos de desigualdades y acceso no es novedosa, en la década de noventa León y Sáenz (1992) analizaron el comportamiento en el plano territorial en la distribución por quintiles, similar a lo planteado por Collado et al. (2001) y Briseño (2008).

El aporte del análisis de redes y espacio³⁷ permite una aproximación para comprender transformaciones subnacionales desde un enfoque integrado y relacional, que incorpora el territorio, la institucionalidad y la participación privada de un determinado bien o servicios (Güell et al., 1998). Esta relación de indicadores también está supeditada a los aspectos materiales como el acceso económico para el pago del servicio, capacidades infraestructurales de los proveedores de salud y cobertura de la oferta privada en el territorio.

Del total de hospitales registrados en la base de datos correspondiente a los nacimientos por hospitales en los años 1995, 2005, y 2015, el 17.6% corresponde a hospitales privados, y el 84.4% a hospitales públicos. En apariencia, hay una diferencia considerable en la presencia de los dos modelos de atención en el tercer nivel de salud, con una clara prominencia de hospitales públicos en relación a los hospitales privados, sin embargo, el paulatino avance de la presencia privada en el territorio se puede constatar mediante el análisis espacial en los tres años seleccionados.

³⁷ Como recordatorio y anotación metodológica, cabe destacar que las redes, presentadas a continuación, se denominan no dirigidas pues las aristas (o líneas de redes) se unen en un mismo nodo o vértice, y la relación es unidireccional. Cada arista representa un nacimiento que se desprende de un nodo 1 que son los cantones (lugar de residencia de las madres) y se conjuntan en un nodo 2 que son los hospitales privados en el territorio.

Figura 1: Costa Rica: Distribución de nacimientos en hospitales públicos (izquierda) y hospitales privados (derecha) por cantones para el año 1995



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2020.

Para 1995 la concentración en la atención de los hospitales de la seguridad social es innegable (la figura 1), según Mesa-Lago (1997), había una participación marginal del sistema privado en la atención pública, con una pequeña concentración de atención privada de nacimientos en la Gran Área Metropolitana.

Nótese, en la figura derecha, que únicamente dos regiones presentan registro de atención privada de nacimientos, la GAM con el Hospital Clínica Bíblica, Clínica Santa Rita, y Hotel Hospital La Católica, que en 1995 brindaban atención en partos, y la región Huetar Norte, específicamente en el cantón de San Carlos; ambos casos sin ninguna vulneración del sistema público.

La estructura de la oferta privada en el país era reducida, concentrada en el mercado farmacéutico y atención privada especializada en consultorios médicos particulares (Herrero et al., 2001; Martínez-Franzoni, 2005), sin embargo, la forma de la oferta en el tercer nivel de atención en la esfera privada se concentraba en el hospital Clínica Bíblica, y en la Clínica Santa Rita, en menor medida se incorpora la Clínica Católica.

La figura 2 y 3 visualizan los desplazamientos del lugar de residencia de la madre a los hospitales Clínica Bíblica y Clínica Santa Rita respectivamente para el año 1995, donde el primero de estos centros es el que mayor concentración de nacimientos obtuvo para dicho año con 72.34% de los nacimientos en la oferta privada, y desde los cantones centrales del GAM, por ejemplo, San José (26.33%), Curridabat (6.65%), Montes de Oca (7.61%) o Escazú (6.74%), que presentan mayores

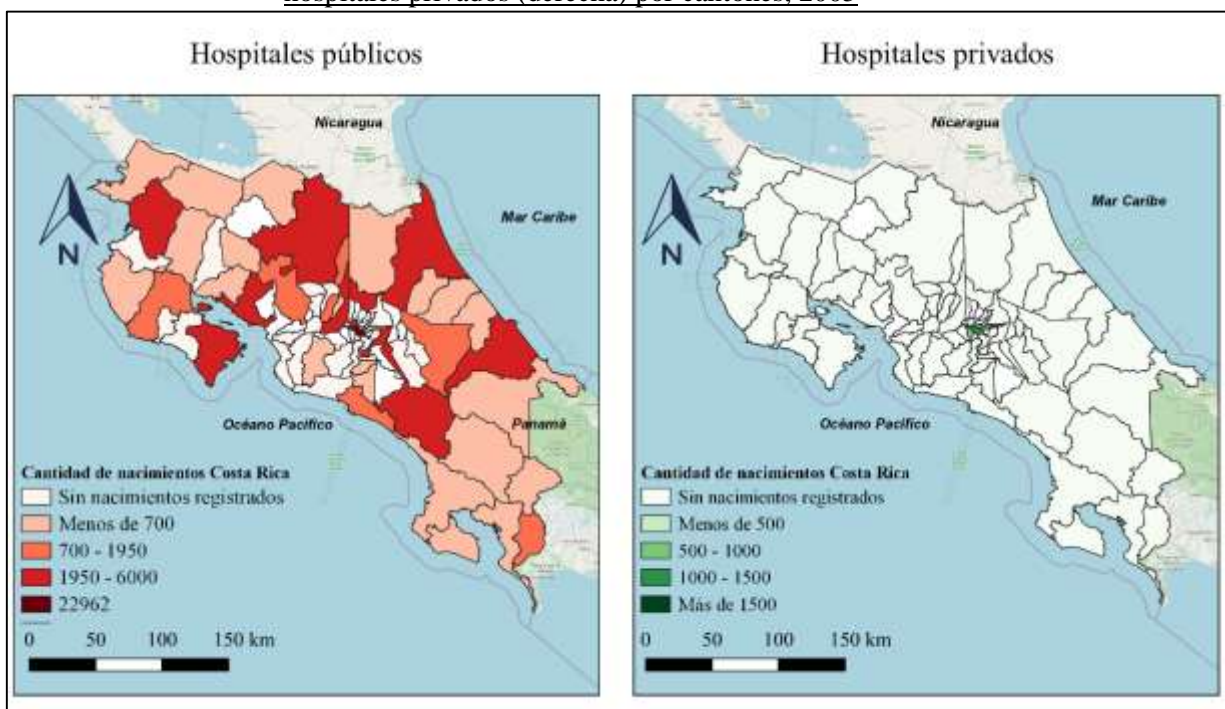
Sin embargo, para este momento coyuntural, de paso gradual de un modelo de desarrollo a otro, se situaba la reforma al sistema de salud en el país, la cual generó condiciones necesarias, más no suficientes, para implementar inversiones privadas de salud en el territorio (Jaramillo, 2013), es decir, potencialmente el rediseño institucional en el sistema de salud y, por ende, en la seguridad social pudo haber facilitado condiciones óptimas para la introducción de un modelo propenso a la incorporación privada y, por otro lado, a la erosión de la arquitectura (Martínez-Franzoni et al 2019).

Durán et al. (2001) se señala que se presentaron cambios en las expresiones de atención privada como el modelo de médico de empresa, medicina mixta y libre elección médica, y con mejores condiciones para el desarrollo de la atención del tercer nivel orientado a la atención especializada, ubicado fundamentalmente en la GAM, y con incipientes experiencias en las periferias.

Reflejo de esto es que diez años después de la reforma al sistema de salud, en el 2005, el comportamiento territorial de la oferta privada en términos correlacionales a la atención de los nacimientos se redujo aún más en la GAM, por ende, mantuvo el grueso de la atención en los hospitales públicos de la CCSS. Muestra de lo anterior se refleja en la figura 4 y el análisis de redes espaciales en las figuras 5 y 6, presentan mayores concentraciones en el ámbito público de atención universal. Durán et al. (2001) establecen que, en las zonas rurales, la utilización de los servicios de consulta privada fue 30% menos que en las zonas urbanas, lo que generó una separación importante mediada por aspectos como la reducida oferta, con una demanda poco variable, al menos, en la atención del tercer nivel³⁸.

³⁸ Es importante recordar que en este caso el *proxy* son los nacimientos, para constatar ese comportamiento subnacional de la oferta de servicio privados.

Figura 4: Costa Rica: Distribución de nacimientos en hospitales públicos (izquierda) y hospitales privados (derecha) por cantones, 2005



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2020.

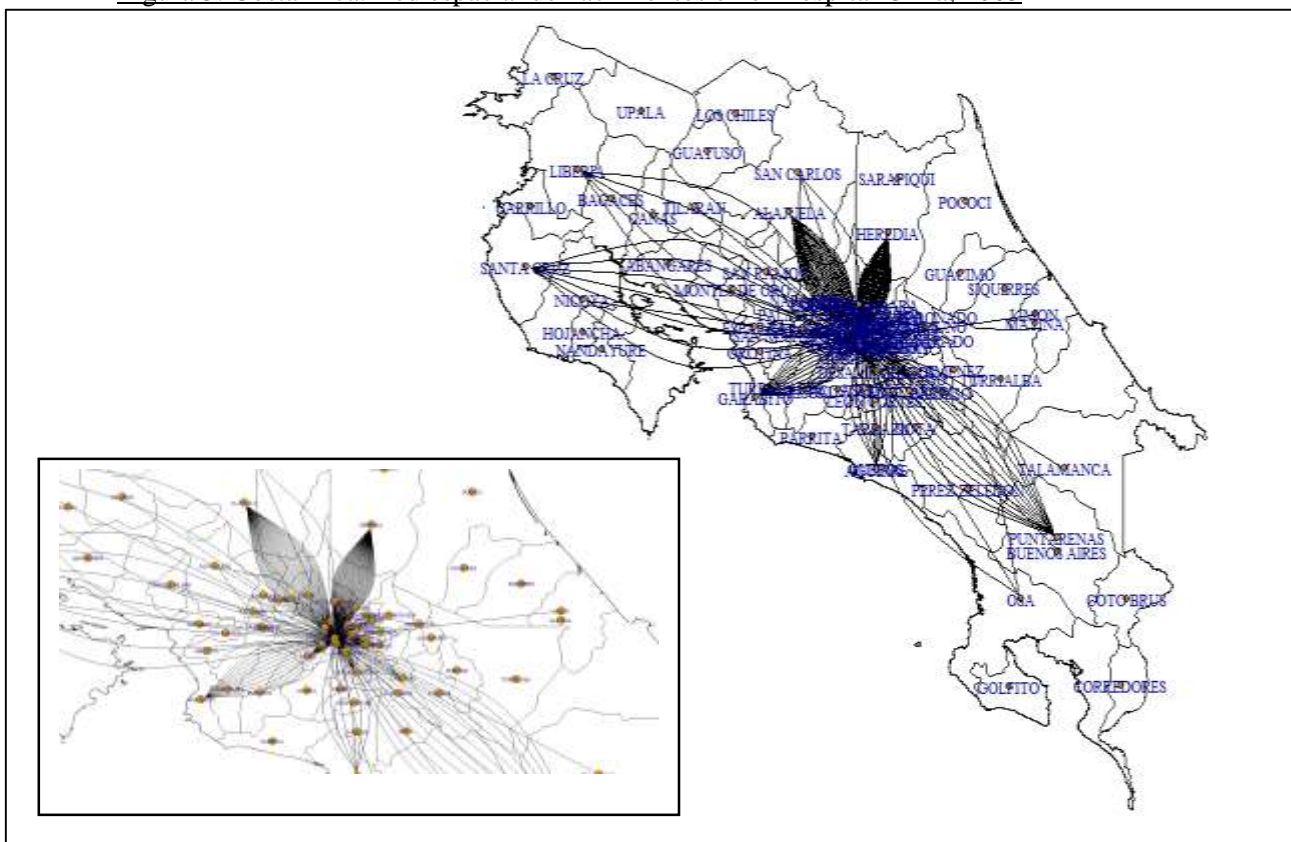
No obstante, para el año 2005 ya se presentaba un aumento en la cantidad de hospitales privados en la GAM, no así en el resto del territorio, lo que puede considerarse como un elemento de concentración de la oferta y aumento de la misma³⁹, aunado a factores que pueden favorecer a su crecimiento, por ejemplo, la densidad poblacional de la GAM, o bien, la centralidad en las matrices económicas (financiera, comercial, industrial, etc.) y productivas, es decir, una variación en condiciones subnacionales que permiten un desarrollo diferenciador, en este caso, de la atención en salud (Alves, 2015; Pribble, 2013; Rodrigues-Silveira et al, s.f), aspectos que Rodrigues-Silveira (2013) menciona como modificadores de “*patrones de demandas de políticas sociales*” en contextos subnacionales (ver Figuras 7 y 9).

Las diferencias porcentuales y absolutas entre 1995 y 2005 respecto a nacimientos en hospitales privados no fue tan significativa, ejemplo de esto es que la tasa de cambio fue del 6% y se intensifica en cantones ubicados en la GAM, véase Figura 6. Sin embargo, se incorpora una serie de centros de salud privados durante el decenio entre 1995 y 2005 de oferta privada a nivel territorial (Cuadro 1), por ejemplo, el hospital Cima ubicado en Escazú e inaugurado en el año

³⁹ Sumando al Hospital Clínica Bíblica, Clínica Santa Rita, y Hotel Hospital La Católica, se establecieron el Hospital CIMA, la Clínica Jerusalén en la captación de nacimientos a lo largo del país entre 1995 y el año 2005.

1999⁴⁰, que logró un aumento considerable en la absorción de nacimientos a nivel país, como lo refleja la figura 5.

Figura 5. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en el Hospital Cima, 2005

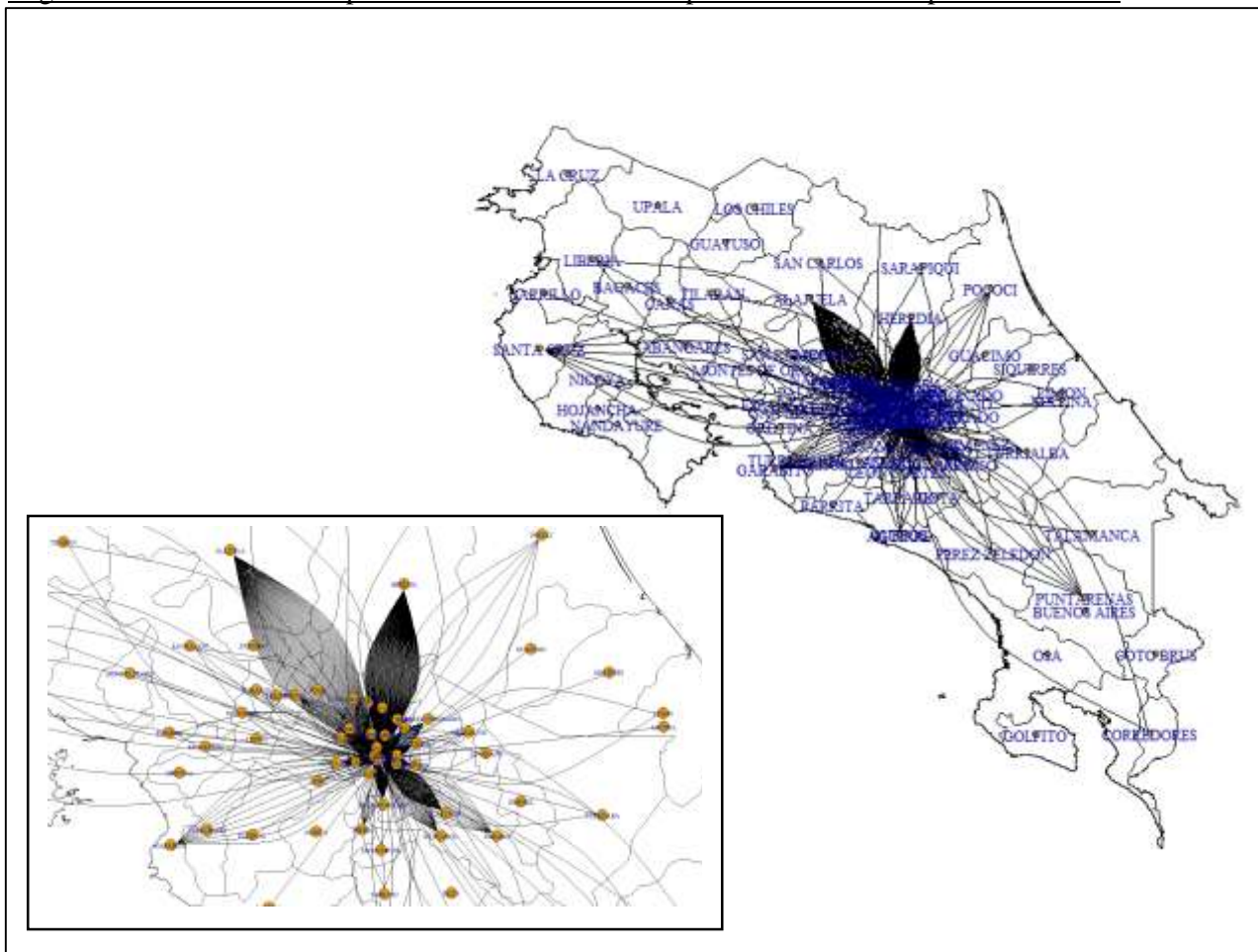


Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2021.

Los porcentajes más altos respecto a los cantones de residencia de la madre en el caso del Hospital Cima, están reflejados en la intensidad de las aristas al nodo central, se encuentran en cantones centrales, por ejemplo, Santa Ana (10.7%), Escazú (24%) y San José (11.1%), a su vez se presentan considerables porcentajes de absorción del universo de nacimientos en la oferta privada para el año 2005 en cantones como Alajuela (5.4%), Heredia (6.7%) y Belén (5.4%), que si bien presentaban porcentajes para el año 1995, no se habían presentado de forma tan consistente como en esta ocasión.

⁴⁰ El hospital Cima San José se funda en el año de 1999 y rápidamente genera una presencia y cobertura considerables a nivel país, logra desplazar a la clínica Santa Rita como segundo establecimiento de carácter privado de mayor absorción de nacimientos, y se posicionó en sectores socioeconómicos medios-altos y altos.

Figura 6. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Hospital Clínica Bíblica para el año 2005



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2021.

Similar sucede con el hospital Clínica Bíblica que en el año 2005 (figura 6), se constata que la intensidad en el centro del país se afianza a pesar del crecimiento paulatino de la oferta privada, se presenta una mayor distribución porcentual entre los cantones, que se caracteriza por la incorporación de nuevos elementos e intensidades de las aristas a la red, por ejemplo, el caso de Desamparados que registro un 5.9%, Cartago un 4.2%, o bien, Alajuela con un 5.7%, que confirma su aumento global en casos, aunado a cantones como San José con un 14% o Curridabat con un 7%.

Tanto la figura 5 y la figura 6 evidencian un menor número de aristas (nacimientos) al nodo hospitalario (hospital Cima y Clínica Bíblica respectivamente) a nivel de cantones de regiones periférica, hay una persistencia en algunos de estos para los cantones a nivel general, por ejemplo, Puntarenas, Garabito o Santa Cruz; según los datos porcentuales de los cantones hay un aumento paulatino en estos cantones por hospital, y en general, por lugar de residencia de la madre, lo que puede considerarse casos no aislados. La dinámica se sostiene en cantones centrales, mientras que se dispersa a nivel de regiones y cantones fuera de la GAM, está variación subnacional puede

asociarse a condiciones diferenciadas por ingresos, que puedan facilitar el acceso en el pago de servicios privados.

Este fenómeno pudo significar una antesala para el posterior crecimiento que se da en el año 2015 pues la tasa de cambio aumentó entre el 2005 y 2015 en 20%, mientras que en los veinte años comprendidos entre 1995 y 2015 dicha tasa de cambio presentó un aumento del 27% de nacimiento en establecimientos privados de salud del tercer nivel de atención, aunado a una mayor presencia fuera del GAM (véase Gráfico 2).

De esta manera, se presenta una ampliación de la oferta en la atención en las periferias del país que no se presentaba veinte años antes o era inexistente en la oferta del tercer nivel de atención en importantes cabeceras de cantones como San Carlos, Liberia, San Ramón, Pérez Zeledón, o Cartago, donde la presencia privada en atención al tercer nivel de atención de salud es creciente a diferencia de diez o veinte años antes, lo cual es evidenciado por la tasas de cambio entre el año 2005 y 2015 de cada uno ellos entre otro conjunto de cantones, lo que implica un aumento en la presencia en cantones que se catalogan como centros de desarrollo socioeconómico importantes, con clúster empresariales, zonas de desarrollo turísticos, agroindustrial y comercial.

Según Rodrigues-Silveira (2013) se presenta una relación en la demanda de servicios y políticas sociales en aquellas regiones o territorios que han avanzado económica y productivamente, lo cual moldea diferentes tipos de demandas hacia las instituciones públicas, los servicios, bienes y en la generación de políticas, y transforma las interlocuciones de las dinámicas demográficas, económicas e institucionales (Harvey, 2005; Rodrigues-Silveira, 2013).

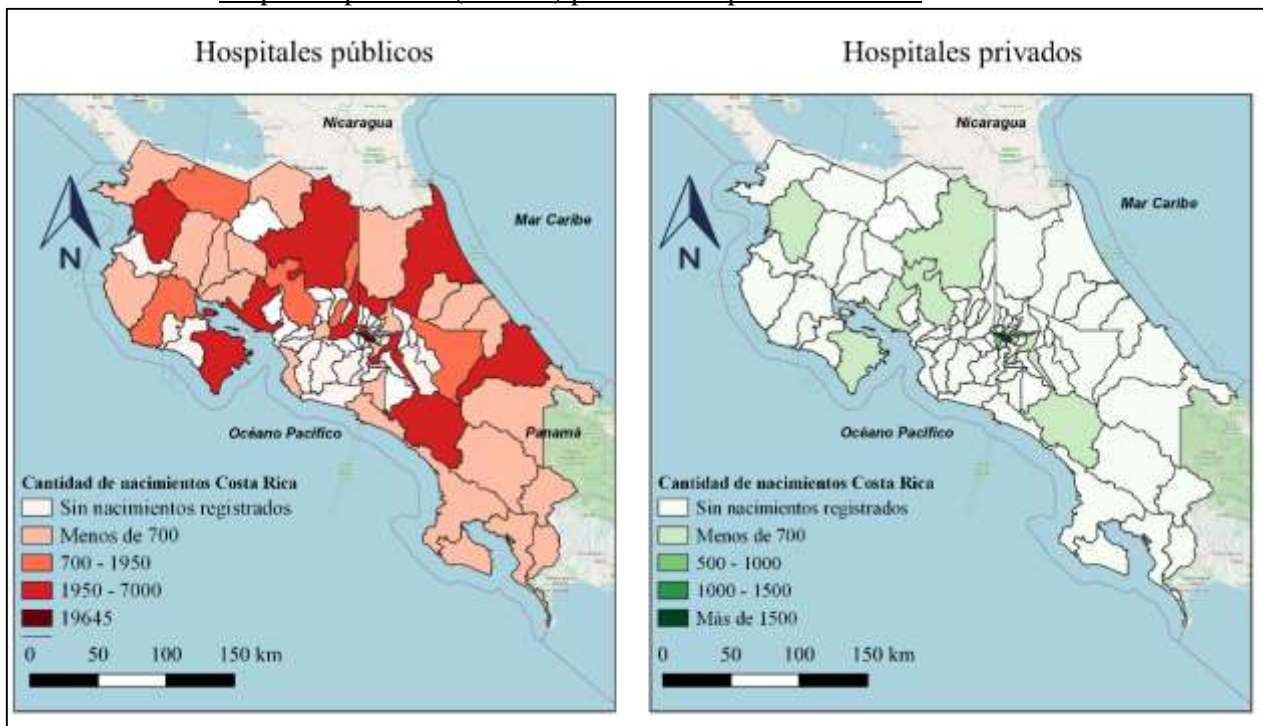
Por ejemplo, para el caso del cantón de Cartago la tasa de cambio registró en dichos años un aumento del 200%. Por otra parte, San Ramón que pasó de registrar un aumento de 3 veces mayor entre 1995 y 2005, a registrar un aumento 5 veces mayor entre el 2005 y 2015. Esta situación se evidencia de mejor manera en la Figura 8 y en los grafos de los desplazamientos de la residencia de la madre a un determinado hospital privado, los cuales son consistentes en dichos cantones.

Es importante señalar que el contexto sociopolítico marca una importante diferencia, pues la trayectoria institucional se modificó a lo interno del país, y la matriz económica costarricense ya había avanzado lo suficiente en la diversificación de productos agroindustriales, la apertura turística, así como en el posicionamiento respecto la atracción de inversiones en manufactura, comercio y tecnologías. Aunado a lo anterior, la aprobación del Tratado de Libre Comercio con EEUU, Centroamérica y el República Dominicana (Raventós, 2018).

Estos aspectos moldean las condiciones externas de la oferta privada, en especial, el mercado de seguros, y la atracción de inversión médica al país. A su vez, hay una confluencia de factores alrededor del funcionamiento público de la CCSS, por ejemplo, la doble práctica médica que

incide en la alta concentración de oferta privada alrededor de los hospitales de la seguridad social, como lo constatan Alvarenga et al. (2018), o bien la dispersión de poder administrativo de la CCSS (Martínez-Franzoni et al., 2019) que a criterio de Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea “abrió el portillo para mayor corrupción y relaciones público-privada conflictivas” (2019, p. 190).

Figura 7: Costa Rica: Distribución de nacimientos en hospitales públicos (izquierda) y hospitales privados (derecha) por cantones para el año 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2020.

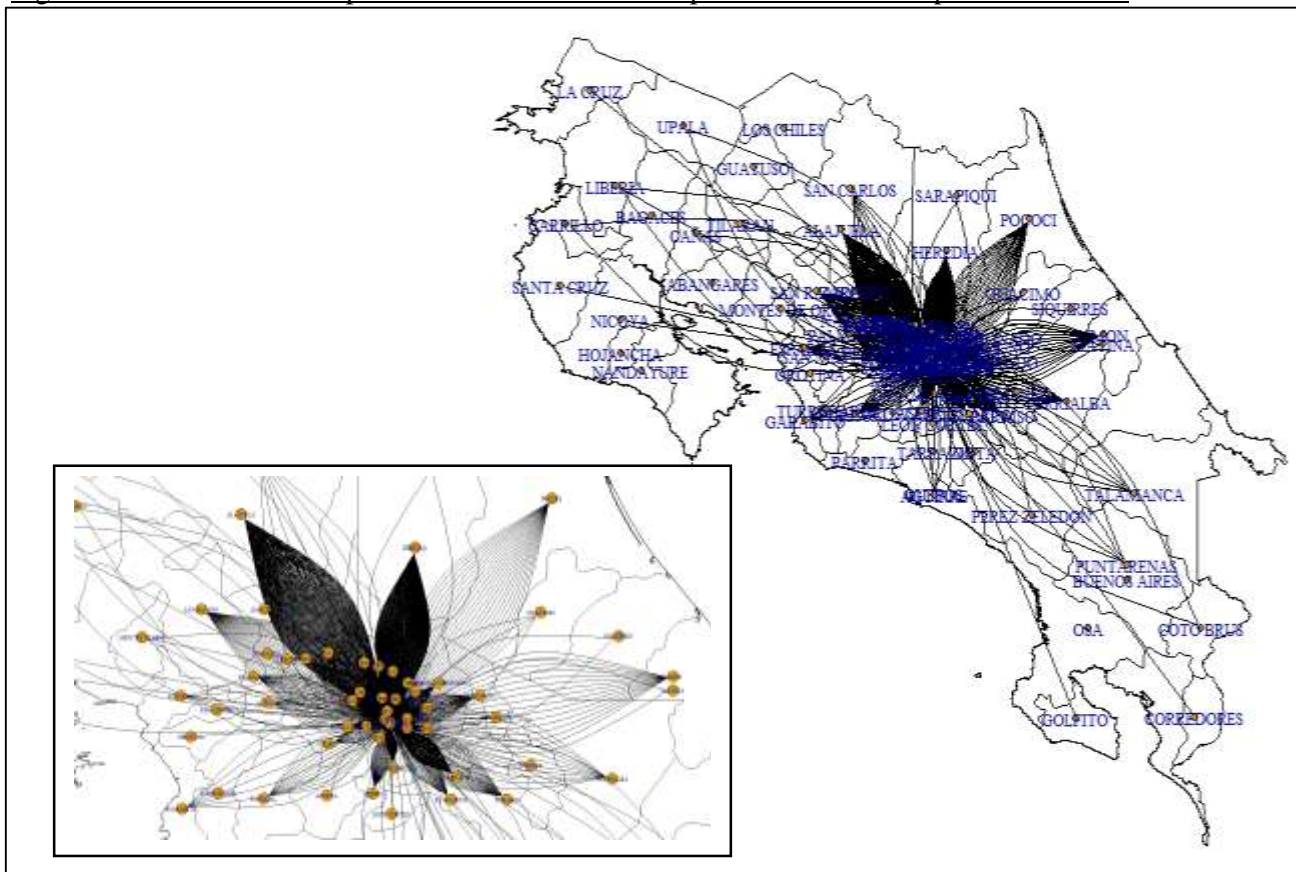
La trayectoria institucional de la reforma de salud ya presenta sus implicaciones en el comportamiento de la relación público-privado en la arquitectura de política de la salud del país. Estos ejemplos de erosión de la atención y funcionamiento público (Alvarenga et al., 2018; (Martínez-Franzoni et al., 2019; Jaramillo, 2013).

Respecto al comportamiento existente a lo interno de la GAM sobre oferta privada, para el año 2015 se presenta una consolidación y aumento de la misma amparado por el despliegue en la inversión del sector privado de salud, el desarrollo del sector turismo, y la apertura comercial como agentes catalizadores del fenómeno de expansión (Rodrigues-Silveira, 2013), aún en presencia del sistema de atención pública de la CCSS, la cual sigue siendo consistente en cobertura y sostenibilidad del modelo de atención en aquellos cantones con presencia privada, por lo tanto, no rivaliza de forma profunda con la captación del servicio público general, pero si empieza a capturar segmentos poblacionales antes no absorbidos por la presencia privada.

En consonancia con la Figura 7, la dinámica de las redes en los hospitales privados ha puesto en evidencia la agudización propia de los fenómenos de crecimiento de la demanda de servicios

privados para el año 2015, pero también una ampliación en la cobertura, incluso si esto se traduce desplazamientos desde el lugar de residencia de la madre a los hospitales centrales del país. Se presentan más cantones periféricos donde ciertos grupos de la ciudadanía optan por el pago a hospitales privados, y se afianza a lo interno del país el aumento en cantones centrales como Alajuela, Escazú, Flores, Heredia, Cartago, Santo Domingo, entre otros, que han incrementado porcentualmente nacimientos en servicios privados, esto se evidencia en los grafos 9, 10 y 11 que pertenecen al Hospital Clínica Bíblica, Hospital Cima, y Clínica Católica.

Figura 8. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Hospital Clínica Bíblica para el año 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2021.

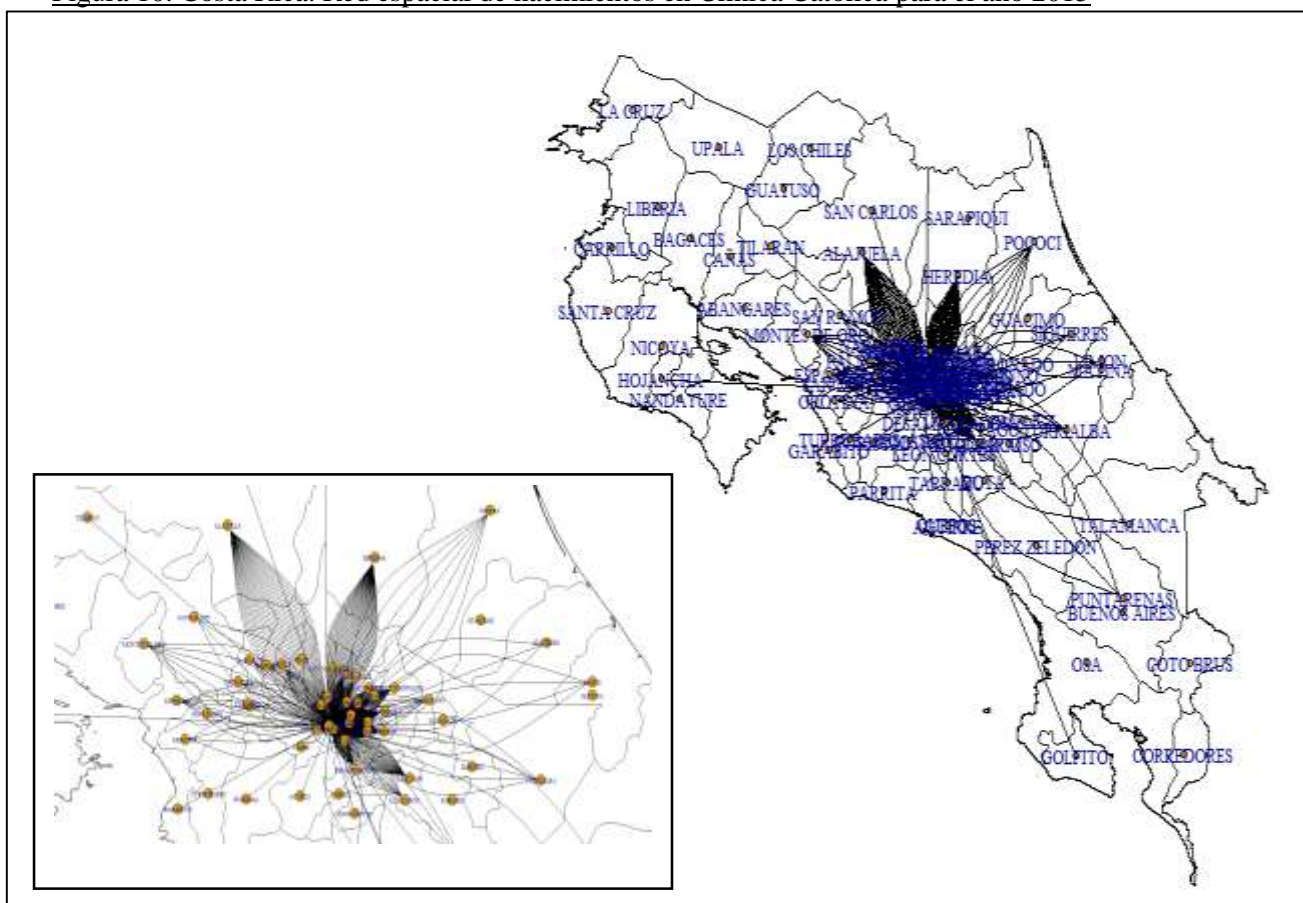
La intensificación de este caso particular es consistente con otras redes (Figuras 7 y 8), y resalta más en aristas de cantones en regiones menos densamente pobladas, y en condiciones desiguales de vulnerabilidad, por ejemplo, desde la región Caribe con cantones como Limón, que presenta alrededor del 1%, o Pococí con un 1.25% de nacimientos. En primera instancia se pueden observar porcentajes bajos, sin embargo, las tasas de crecimiento en hospitales privados de dichos cantones han aumentado entre 3 y 4 veces en los últimos veinte años, no por ausencia de servicios públicos, sino debido a la atracción provocada por parte de los servicios privados.

Nótese en el recuadro la Figura 8 la intensificación de las aristas procedentes de cantones ubicados en la GAM de provincias como Cartago o Heredia, lo que implica mayor densidad de nacimientos

Si bien, en la mayoría de cantones, hay una distribución porcentual de procedencia de nacimientos por lugar de residencia de la madre en cantones periféricos, en el caso de cantones pertenecientes a la GAM la situación tiende a variar, y es el hospital Cima el que captura mayores porcentajes de cantones ubicados en segmentos altos en desarrollo social a nivel país, a diferencia de la Clínica Católica o Bíblica. Este aspecto ha sido consistente en los datos disponibles para el 2005 y 2015, por ejemplo, Santa Ana que paso de un 10.7% en el año 2005, a un 15.7% en el año 2015 sobre nacimientos en dicho establecimiento.

Las diferencias subnacionales en los desplazamientos por lugar de residencia de la madre presentan gradualmente cambios, pero son consistentes en el tiempo. Estas variaciones subnacionales en un país altamente centralizado y unitario pueden estarse presentando por factores en la composición social de los territorios (Otero-Bahamón, 2019; Rodrigues-Silveira, 2009), más que aspectos de orden de gestión territorial administrativa o político. Bien pueden considerarse elementos de cobertura de la arquitectura de política de salud en los territorios que pueden estar generando estas pequeñas modificaciones en la forma de aproximación de la demanda ciudadana de la oferta privada (Martínez-Franzoni et al., 2019).

Figura 10. Costa Rica. Red espacial de nacimientos en Clínica Católica para el año 2015

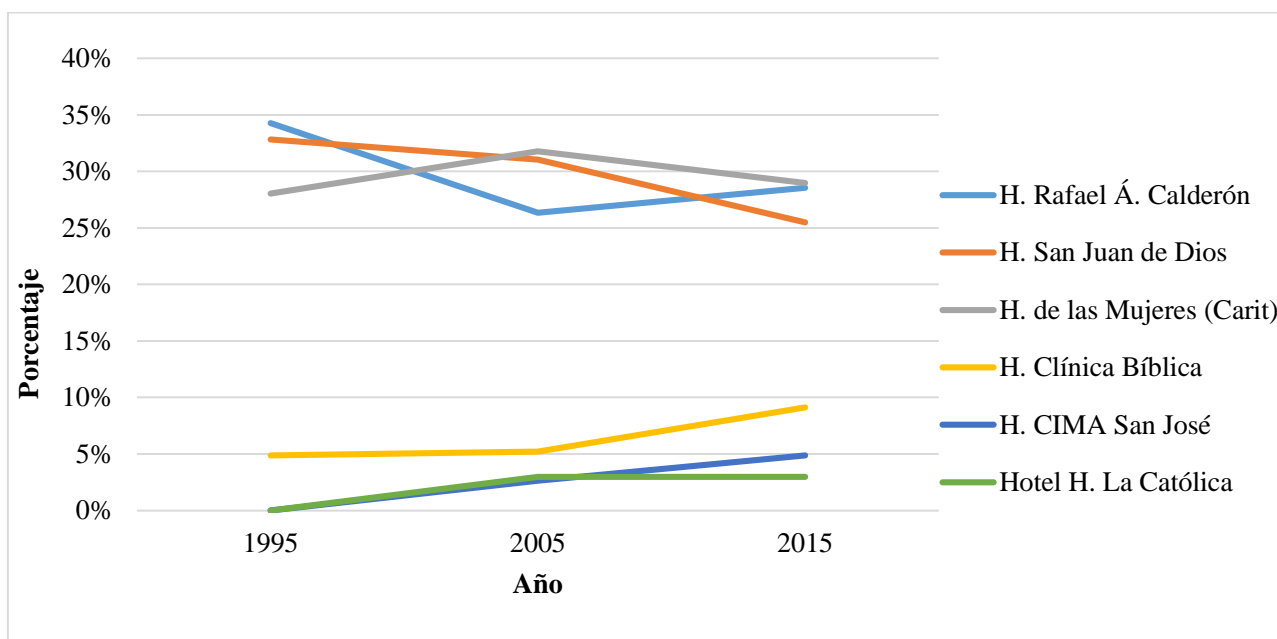


Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2021.

Durante los tres años de estudio, la Clínica Católica es la que ha presentado menores porcentajes de nacimientos por lugar de residencia de la madre, y se han concentrado, en su mayoría, en la GAM, asimismo es el hospital privado de menor absorción a nivel subnacional en regiones y cantones, como lo muestran las aristas en la Figura 10.

Si se precisa el “foco de análisis” es importante señalar que se da un proceso de expansión de la atención privada en la GAM, para el caso de nacimientos en los últimos veinte años registrados, tal cual lo constata el Gráfico 1. Nuevamente, y según la literatura especializada en variaciones subnacionales (González et al., 2019; Pribble, 2013, Othero-Bahamón, 2019; Rodrigues-Silveira, 2009; 2013), la concentración económica, aunada a la presencia de necesidades humanas básicas, generan que la atención médica promueva dinámicas de competencia, inclusive en el caso costarricense, unitario, y centralizado en lo administrativo y en presencia de un sistema público universal de atención de salud.

Gráfico 1. Costa Rica. Comparación porcentual de nacimientos de los principales hospitales de la GAM, 1995, 2005 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEC, 2020.

En efecto, la GAM ha experimentado un proceso de expansión de los distintos segmentos de la economía, según el PEN (2019) se encuentra la mayor parte del parque empresarial (65%) y de las ventas (82%) del país, además, en los últimos 5 años ha presentado una concentración de la producción de instrumentos médicos (PEN, 2019), lo que permite desarrollar capacidades de atención privadas diferenciadas, en especial, por el acceso a servicios, a las condiciones socioeconómicas y a la expansión de los mercados, tal cual lo ha mencionado Rodrigues-Silveira (2013) sobre el vínculo demografía-economía que moldea condiciones y relaciones entre la ciudadanía y la institucionalidad.

La confluencia de factores de concentración poblacional, concentración de actividades productivas/económicas, y la facilidad en el acceso a bienes y servicios influyen en las diferenciaciones acontecidas en el plano territorial (González et al., 2019). Costa Rica no escapa de dicho fenómeno, y presenta una tenue y consistente expansión en la oferta privada en el tercer nivel de atención, y particularmente en los nacimientos, la cual estaba concentrada por un servicio público universal en términos de acceso de los servicios.

La trayectoria de nacimientos en el país muestra, como indicador, un desplazamiento lento con espacios de contracción/concentración para el año 2005, y un avance tenue en las periferias del país para el año 2015, ubicado sobre todo debido a las tasas de cambio entre los periodos en cuestión. Sin embargo, los movimientos internos de los nacimientos del país no se contemplan en dicho procesamiento, y pueden resultar en una puerta de entrada para comprender potenciales condicionalidades de la oferta en la dinámica de exposición de los servicios.

4.2 Oferta privada de nacimientos: expansión y universalismo

La oferta privada de salud se ha caracterizado por un desarrollo alrededor de los cambios estructurales acaecidos a lo interno de la institucionalidad pública, en consonancia con la apertura comercial y los cambios en el modelo de desarrollo costarricense. Asimismo, ha logrado construir una vitrina de exposición de servicios selectos en términos de posibilidades de acceso, se enfoca en el turismo médico y en sectores socioeconómico de ingresos medio-alto (véase capítulo 5), y diversifica las estructuras de financiamiento de los servicios mediante la apertura de seguros.

En el tercer nivel de atención de la oferta privada, específicamente en los servicios de partos, se ha presentado un proceso relativamente lento, pero consistente, en la absorción de segmentos poblacionales que requieren dichos servicios. Tal cual lo muestra la Figura 3 para el 2015, la cual muestra en el centro poblacional y económico (GAM) una oferta privada que captura nacimientos en el resto del país, con presencia en cantones antes no registrados.

El Cuadro 1 evidencia para los tres años de estudio la transformación en la cantidad de nacimientos atendidos en hospitales y clínica privadas en el país. Nótese que en consecuencia a las transformaciones socio-políticas y económicas para el año 2005 se amplía la oferta de servicios, y se distribuyen los porcentajes dentro de la misma, a pesar que a nivel nacional la cantidad de nacimiento anuales presenta una tendencia decreciente, es decir, aunque se vean reducidos los porcentajes y absolutos entre los veinte años de estudio, para el tercer año la gama privada de servicios se amplía.

Cuadro 1. Costa Rica Distribución porcentual de la cantidad de nacimientos atendidos en hospitales privados. Costa Rica, 1995, 2005, 2015*

Hospital	Cantón	Año		
		1995	2005	2015
Hospital Clínica Bíblica	San José	72.34%	41.84%	48.88%
Clínica Santa Rita	San José	27.41%	11.63%	3.35%
Hotel Hospital La Católica	Goicoechea	0.19%	23.94%	16.04%
Clínica Jerusalén	Goicoechea	0.00%	1.58%	0.00%
Hospital CIMA San José	Escazú	0.00%	21.02%	26.13%
Hospital Cooperativo (Borromeo)	San Carlos	0.06%	0.00%	1.24%
Hospital Clínica Labrador	Pérez Zeledón	0.00%	0.00%	1.02%
Hospital Universal	Cartago	0.00%	0.00%	0.64%
Clínica San Rafael Arcángel	Liberia	0.00%	0.00%	1.85%
Clínica de Occidente (Plaza Médica)	San Ramón	0.00%	0.00%	0.61%

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos del INEC, 2021.

*los cálculos se basan solo de los hospitales privados que han registrado al menos un nacimiento en estos tres años.

En el plano coyuntural, para el decenio entre los años 2005 y 2015 los cambios que se logran apreciar en las distribuciones del Cuadro 1 se enmarcan en el clivaje sociopolítico y económico (Raventós, 2018) que significó la aprobación del Tratado de Libre Comercio (TLC) entre Centroamérica, Estados Unidos y República Dominicana para el año 2007 y su posterior implementación a partir del año 2008, sobre todo por las propuestas estructurales que se aplicaron en términos de apertura de mercados, regulación de monopolios consecuente a la apertura, y políticas domésticas de transformación institucional.

Este aspecto presenta un correlato en el despliegue de la oferta de servicios privados, pues entre 2008 y 2019 en el país quince (15) distintos hospitales privados registraron nacimientos, y para el año 2019, último año de registro del INEC, hubo una cantidad de once (11) centros privados que atendieron partos, con presencia territorial en las periferias, y sobre todo, dentro de la GAM, la cual contabiliza cinco (5) distintos centros con oferta privada en salud que capturaron nacimientos durante dicho periodo.

Aunado a lo anterior, la oferta privada ha encontrado un clima de inversión entre 2017 y 2018 (véase capítulo 5) que le permite la ampliación de los servicios y el fortalecimiento de condiciones de atención, con un claro perfil de población objetivo. Por ejemplo, en el 2020, el Hospital Cima implementó un sistema en línea donde la persona usuaria puede adquirir paquetes de maternidad, lo cual ubica a dicho centro médico como el único con un sistema virtual que les permite exponer los paquetes, servicios y beneficios de la oferta (González, 2020).

El uso de herramientas y aplicaciones de servicios es un aspecto que se ha estudiado poco, pero que puede generar un efecto importante en sectores poblacionales y cohortes generacionales cada vez más naturalizados en dichos sistemas en línea al momento de buscar, decidir y acceder a un

determinado servicio, aspecto que potencia a la oferta privada y genera mayor proyección comercial⁴¹.

Por otro lado, se presenta un encadenamiento entre la oferta de salud, sistemas de aseguramiento y pago de servicios por cuotas que utilizan mecanismos de crédito para el pago de los servicios, específicamente para los partos, pues el “costo de una cesárea es de alrededor de ¢1.160.000 en efectivo, pero como tarjetahabiente podrá optar por un plan de tres cuotas mensuales de ¢386 mil sin interés, o bien, de 10 cuotas de ¢126 mil, a una tasa del 1,5% mensual” (Prendas, 2016, s.p).

Hay un riesgo asociado a la tensión de los modelos de servicios (pública y privada), y el fortalecimiento de la oferta privada, pues fundamentalmente llevan a una dicotomización de los servicios, y del gasto mismo (véase capítulo 5). Según Martínez-Franzoni (2005) y Rodríguez (2005) esto puede provocar un doble gasto y aseguramiento de un sector poblacional de ingresos medios-altos, con apatía hacia los servicios públicos, y con un recurso de movilización hacia la oferta privada, que eventualmente genera una ruptura en el esquema solidario de la seguridad social⁴².

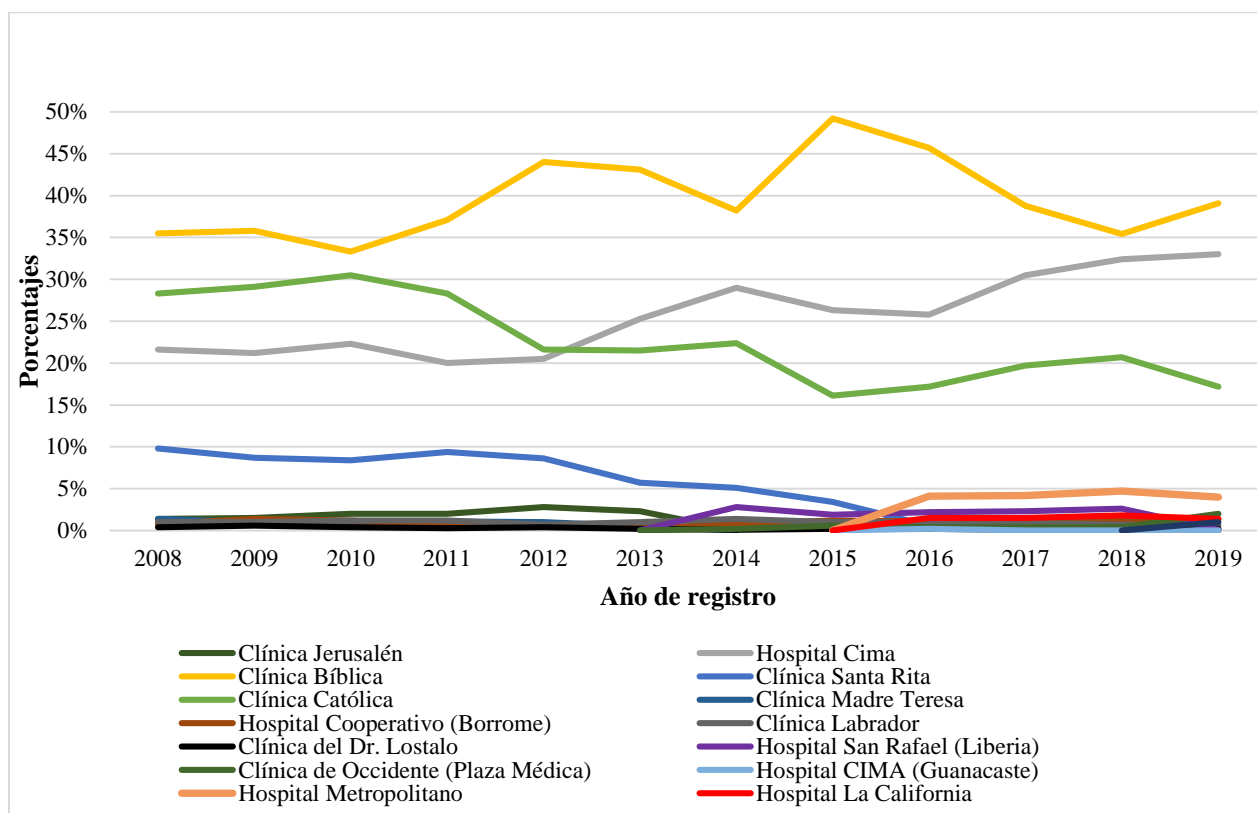
Ahora bien, el análisis de la oferta privada en el país, desde el ámbito de los nacimientos, permite una aproximación a elucidar la forma/estructura que presentan dichos servicios privados en el país. Este aspecto se refiere a las condiciones y formas en las cuales se relaciona entre sí la oferta privada, como lo muestra el Gráfico 2 donde la concentración de los nacimientos se puede ubicar en tres hospitales territorialmente localizados en la provincia de San José, como los son el Hospital Cima, Clínica Católica y el Hospital Clínica Bíblica⁴³, este último tiene, a su vez, la mayor capacidad infraestructural y la mayor inversión económica, lo cual facilita la absorción de mayor cantidad de nacimientos.

⁴¹ Nótese preliminarmente que el acceso al servicio, bajo este sistema como tal, está restringido a un amplio sector población que presenta condiciones de desigualdades de conexión, uso de dispositivos tecnológicos, y familiaridad con las aplicaciones, pero fundamentalmente, en el acceso económico a los servicios. En la “otra cara de la moneda”, se encuentra un sector de ingresos medios y altos que pueden acceder a dicha información sin movilización alguna, en un contexto de pandemia donde se aplicaron medidas relativas a la movilización social.

⁴² Además, la concepción del acceso a la salud como un derechos protegido y tutelado queda supeditado a las dinámicas de oferta/demanda y a las capacidades adquisitivas de la población, aspecto que, de entrada, presenta condiciones desiguales y combinadas en su fundamento.

⁴³ Para el día de hoy estos son los principales centros de salud privados en dicho campo, sin embargo, antes de 1999 era la Clínica Santa Rita la que ocupa un espacio en la triada y no el Hospital Cima, fundado en dicha fecha.

Gráfico 2. Costa Rica. Distribución porcentual del total de nacimientos por hospitales privados, 2008-2019

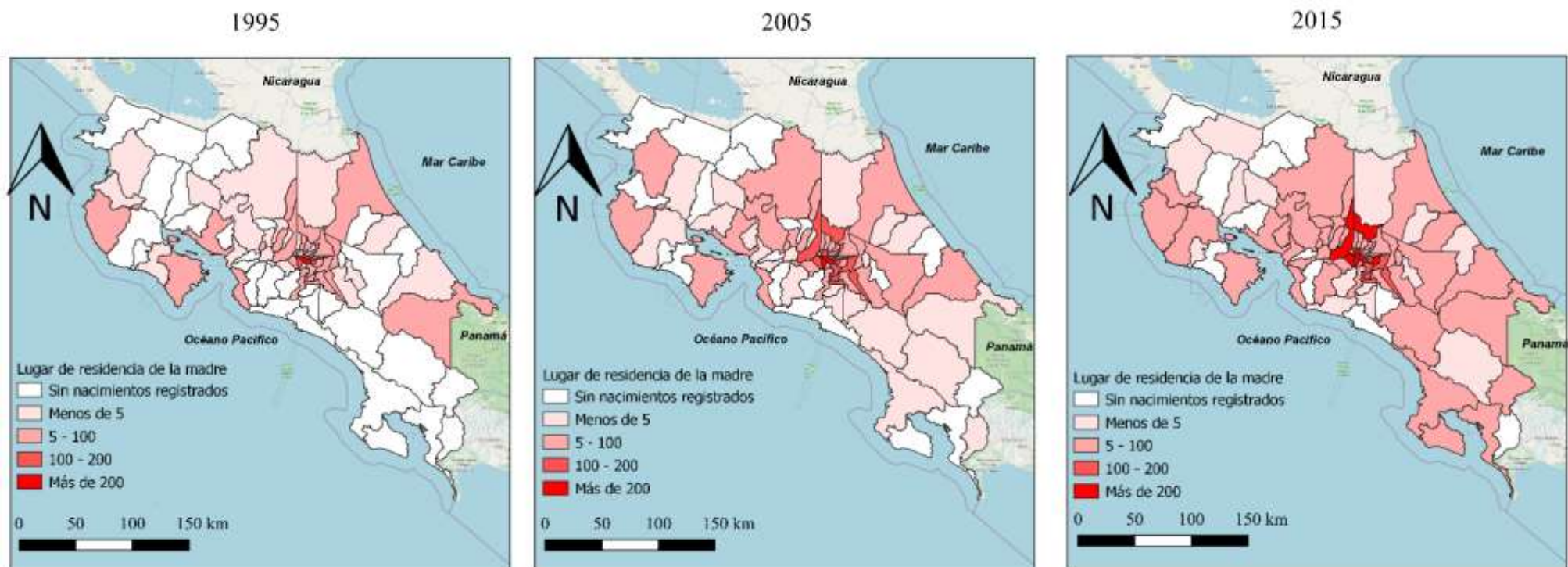


Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos del INEC, 2021.

El resto de los hospitales registrados, en su mayoría ubicados en cantones urbano-periféricos (excepto el Hospital Metropolitan y Hospital Las Américas) presentan los porcentajes más bajos de captación de nacimientos, aunque con una notable presencia territorial en lugares como Pérez Zeledón, Liberia, San Ramón, Cartago y San Carlos, coincidentes en ser cabeceras de cantón y centros económicos en las diferentes regiones del país. Se presenta un modelo concentrado de nacimientos en tres hospitales ubicados geográficamente en la provincia de San José, con capacidades diferenciadas y con trayectorias de presencia en el ámbito bastante prolongadas, aspectos relevantes sobre las capacidades acumuladas de un determinado servicio en el territorio (Harbers et al., 2020).

Mientras que el resto de la oferta privada capta porcentajes menores, prácticamente concentrados en los cantones donde se ubica el servicio, en los hospitales ubicados en la provincia de San José la absorción de nacimientos de madres con lugares de residencia fuera de dicho territorio es mucho mayor y consistente respecto al resto del país. En la siguiente figura se muestran los cambios de nacimientos en hospitales privados por residencia de la madre suscitados en los tres años de estudio fuera del área donde residen, lo que genera una presencia que no compite directamente con la oferta representada en la provincia de San José.

Figura 11. Costa Rica: Distribución de nacimientos por lugar de residencia de la madre en hospitales privados en los años 1995, 2005 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2021.

Nótese que la Figura 11 captura de forma longitudinal los desplazamientos territoriales de los nacimientos desde los lugares de residencia de la madre⁴⁴, en servicios privados de salud. Se parte del hecho constatado que el total de nacimientos a nivel país son cubiertos por hospitales y clínicas públicas de la seguridad social, por ejemplo, para el año 2019, el 95.2% de nacimientos se dio en hospitales públicos, mientras que el 4% en hospitales privados (INEC, 2021), sin embargo, ante el aumento de la presencia territorial de la oferta privada, como lo evidencia el Gráfico 2, entre los años 2008 y 2019, en cantones fuera y dentro de la GAM, se han generado desplazamientos de personas de diferentes cantones a dichos centros privados, es decir, hay un aumento en la oferta en los últimos 10 años (Gráfico 2) y un desplazamiento territorial paulatino de la demanda a nivel territorial.

Para el año 2015 se muestra que, por lugar de residencia de la madre como indicador, hay un aumento en el uso de hospitales privados desde cantones circundantes y/o pertenecientes a la GAM, aspecto que ha sido consistente en los tres años de estudio, pero se acrecienta y se intensifica para el año 2015. Las tasas de cambio de nacimientos en hospitales privados por residencia de la madre, según los distintos periodos de análisis (1995-2005; 2005-2015; 1995-2015), evidencian diferencias en los desplazamientos, por ende, en la cobertura de la oferta privada en el periodo de 1995 al 2015.

En general, y partir de los datos recuperados y procesados del INEC sobre nacimientos por institución y cantón de residencia de la madre para los años determinados, se logró construir las tasas de cambio cantonales. Estas permiten trazabilizar los cambios en los desplazamientos de los nacimientos, a partir del indicar de residencia de la madre, la movilización hacia los hospitales privados (o bien públicos)⁴⁵, lo que permite explorar y describir cambios en las dinámicas cantonales, lo cual es aproximado al análisis subnacional en casos centralizados y unitarios como Costa Rica.

Se constata que entre el periodo de 1995 y 2005 el 57.5% de los cantones han presentado tasas de cambio positivos, mientras que el 42.5% no presentó tasas negativas o en 0%. Este escenario es diferente entre los años 2005 y 2015 pues el 62.5% de los cantones si presentan tasas de cambio

⁴⁴ Cabe destacar que el indicador de lugar de residencia de la madre, vinculado a la institución de nacimiento (público o privado) contribuye a evidenciar los desplazamientos territoriales de las personas usuarias a determinado centro de salud, en este caso hospitales privados, lo cual facilita de forma consistente comprender los cambios territoriales en los usos de los servicios.

⁴⁵ Es de interés para la investigación concentrarse en las transformaciones suscitadas en la esfera privada, para dar cuenta de sus cambios internos. Lo cual no exime que, en la atención pública, se estén desarrollando cambios internos, sin embargo, y a partir de procesos de contrastación e indagación se logró confirmar la estabilidad en los nacimientos en hospitales públicos de la seguridad social, con una clara reducción dada por el cambio demográfico costarricense (Mideplan, 2015).

en aumento, aunado al incremento de los nacimientos en hospitales privados⁴⁶. De las tres agrupaciones temporales (1995/2005; 2005/2015; 1995/2015) comparativas de las tasas de cambio, las variaciones más importantes se concentran entre los años 1995 y 2005, en los primeros 10 años del proceso de transformación de la reforma de salud, donde se concentran la mayor cantidad de nacimientos en los tres hospitales privados del país de mayor capacidad (Hospital Cima, Clínica Bíblica y Clínica Católica) como lo refleja el Gráfico 2, mientras que las tasas de cambio más profundas se pueden observar en los veinte años analizados (1995/2015), donde la reforma de salud ya estaba implementada, y donde se consolida el proceso de apertura del mercado de seguros comerciales y de desarrollo del turismo médico (véase capítulo 5).

Si bien, hay características compartidas⁴⁷, el perfil de los cantones que presentan mayores tasas de cambio se registra en la GAM, tienen un corte urbano, y están ubicadas en el centro económico y comercial del país, con mayores indicadores de desarrollo social y con un andamiaje de condiciones favorables relativas a los servicios, como Escazú, Santa Ana, Flores, Alajuela o Cartago. Por otro lado, el perfil de crecimiento de las tasas de cambio también está asociado a centros comerciales y económicos en la GAM rural y las periferias territoriales del país., por ejemplo, Paraíso, San Ramón, Puntarenas, Pérez Zeledón, San Carlos, y Nicoya, respectivamente.

Los cantones de Flores, Escazú y Santa Ana se seleccionaron en conjunto pues comparten condiciones de desarrollo social humano similares, ubicados geográficamente en el GAM, con características económicas enfocadas en el sector comercial, financiero, tecnológico, etc., así como con una amplia cartera de servicios. Por ejemplo, para el periodo 1995-2005 el crecimiento de la tasa de cambio para Escazú fue de 100%, en Santa Ana aumentó en 4 veces y para Flores se dio un aumento en 5 veces lo registrado en 1995, sin embargo, para 2015 en dicho cantón el crecimiento de la tasa de cambio en hospitales privados aumentó en 14 veces, y se posicionó como uno de los cantones de mayor crecimiento a nivel país, mientras que en Escazú se dio una reducción de la tasa en 17% y en Santa Ana aumentó 6 veces para 2015.

Un aspecto que resalta en la exploración de los datos es cómo cantones centrales de las provincias pertenecientes a la GAM como Alajuela o Cartago logran crecimiento exponenciales y sostenidos para los tres periodos de análisis. Un ejemplo claro de esto es como Alajuela pasó entre 1995 y 2005 a 105% de nacimientos en servicios privados, y para 2005 y 2015 en un 154%, sin embargo, en los veinte años comprendidos por el estudio (1995-2015) el crecimiento se da 4 veces. En los párrafos anteriores se exponen ejemplos de cantones pertenecientes a la GAM, con características

⁴⁶ Una aclaración importante: Si bien hay cantones que registran porcentajes importantes en las tasas de cambio de nacimientos en hospitales privados por residencia de las madres (desplazamientos), cuando se revisan y analizan los absolutos, estos siguen presentando números bajos de crecimiento en los años analizados.

⁴⁷ La selección de los casos surgió de un análisis de los datos a partir de criterios de crecimiento absoluto de nacimientos en hospitales privados en 1995, 2005 y 2015, aumento en las tasas de cambio, región del cantón y el valor derivado del Índice de Desarrollo Social implementado por Mideplan.

similares en datos socioeconómicos, y en condiciones de accesibilidad y distancia de centros privados relativamente cercanos, lo cual facilita los desplazamientos y la atención en salud, aunque este aspecto, según a Güell et al. (1998), no parecía tan determinante, al menos para los primeros años posteriores a la puesta en marcha del sector salud.

Ahora bien, a pesar de este comportamiento en el “centro” territorial y económico, los datos de las tasas de cambio y análisis de redes muestran dos grupos de cantones periféricos con características urbano/rurales o rurales, y con diferencias en las actividades económicas (PEN, 2019), que comparten ciertas tasas de cambio en el plano de nacimientos en hospitales privados a nivel nacional.

En el primer grupo, se presentan cantones categorizados por Mideplan como cantones y distritos con un bajo índice de desarrollo humano social (2017), con características desiguales en los accesos a servicios y bienes, que manifiestan un aumento en las necesidades insatisfechas (Arias et al., 2020; Trejos et al., 2015), ejemplo de esta categoría son los cantones de Talamanca, Matina, Corredores, Cañas, Upala, Nandayure, Los Chiles, entre otros, donde las tasas de cambio fueron de entre el 0% y el 10% para los periodos analizados. El desplazamiento de madres en labor de parto a servicios privados fue muy bajo o nulo en dichos años, este elemento subnacional sigue posicionando la necesidad de la atención pública derivada del esquema de seguridad social para el tercer nivel, y revela diferencias en composición socioeconómica de los cantones analizados (Pribble, 2013), aspecto que debe ampliarse en el conjunto relacional de los causales.

El segundo grupo de cantones pertenecientes a las provincias y regiones periféricas, respecto a la GAM urbana, presentan una tasa de cambio de nacimientos importantes en los hospitales privados del país, la cual evidencia los cambios en los último veinte años. En este grupo se encuentran cantones como Puntarenas, San Ramón, Orotina, Montes de Oro, Puriscal, o Paraíso, entre otros, que han referido tasas de cambio importantes, por ejemplo, un caso llamativo es el de Paraíso que presentó un aumento de 14 veces el porcentaje respecto al que tenía entre 1995 al 2015, o bien San Ramón, que para dicho periodo aumento en 29 veces.

Este segundo grupo es diferente en aspectos como la categorización a partir del índice de desarrollo social (Mideplan, 2017), diversos en sus principales actividades económicas, pues cuentan con presencia y acceso tanto de bienes como de servicios, diferenciada por territorios. Este grupo presenta tasas de cambio aumentadas y crecientes de nacimientos en hospitales privados a nivel país para los primeros diez años analizados (1995-2005), por ejemplo, para el 2005 Paraíso aumentó en 12 veces, Puntarenas presenta un 85% de crecimiento, en San Ramón creció en 5 veces los nacimientos en hospitales privados, o bien Orotina que aumentó en 3 veces.

Es consistente en algunos cantones como San Carlos que durante los tres periodos analizados las tasas de cambio presentaron una tendencia creciente, por ejemplo, para 1995-2005 aumentó en 100%, para 2005-2015 aumentó en 5 veces, y para los veinte años comprendidos entre 1995-2015 aumentó en 11 veces. Las particularidades socioeconómicas de este cantón se encuentran en una serie de transformaciones en sus matrices productivas y actividades económicas, las cuales presentan una diversificación económica que vincula actividades extensivas como ganadería, producción piñera, de cítricos y actividades asociadas al turismo; pero también con un importante núcleo de actividades y empresas vinculadas a prácticas de alta informalidad, y violación de condiciones laborales⁴⁸.

Similar al cantón de San Carlos, existe otro conjunto de cantones que han sostenido sus tasas cambio aumentadas de nacimientos por lugar de residencia de la madre. Cantones como San Ramón en la provincia de Alajuela, o bien, cantones de la provincia de Heredia como San Isidro, San Rafael, o San Pablo, coinciden en el aumento por más de 10 veces entre 1995 y 2015 de nacimientos en hospitales privados. Prácticamente todos los cantones en la provincia de Heredia, a excepción de Sarapiquí, que presenta indicadores bajos y deficientes en desarrollo social, los demás presentan porcentajes aumentados en las tasas de cambio de nacimientos en servicios privados durante los veinte años de análisis, en efecto, es dicha provincia la que presenta mejores condiciones de desarrollo humano e indicadores de cobertura de servicios, aunado a su cercanía territorial a otro conjunto de cantones de la GAM con características similares y con presencia privada en los servicios de salud.

Si bien, el crecimiento de la oferta privada es gradual, no lineal, y concentrado territorial e infraestructuralmente, las erosiones del sistema universal de salud se presentan en la medida que dichos servicios crean nuevos actores y oportunidades para la clase media (Martínez- Franzoni et al., 2019), lo cual genera una ruptura con los procesos de unificación de los restantes componentes de las arquitecturas públicas (Martínez- Franzoni et al., 2019).

4.3. Conclusiones

Hay un aumento consistente, a través el tiempo, en la esfera pública del tercer nivel para nacimientos, lo cierto es que en el ámbito privado hay una incorporación paulatina de diferentes cantones y personas que, a lo largo de los años, no presentaban nacimientos en hospitales privados, y para el último año de estudio, 2015, sí presentaban.

⁴⁸ Si bien, no hay una causalidad entre ciertos factores propios de diferencias subnacionales, hay condiciones que pueden asociarse a los desplazamientos hacia la oferta privada por acumulación de condiciones socioeconómicas que permiten acceder a dichos recursos; a su vez, lógicas de presencia territorial de relaciones público-privado que pueden tensar, material y culturalmente, la predilección por un determinado servicio.

En el caso de cantones de la GAM el aumento no se da por ausencia de oferta pública, sino por presencia creciente de la oferta privada en contextos sociopolíticos que permiten su desarrollo. Para el caso de las periferias, los accesos a clínicas u hospitales públicos pueden estar limitados por las distancias, aunque este no es un factor influyente a considerar, como lo han señalado Güell et al., (1998), en cambio hay una toma de decisiones que probablemente está asociada a elecciones por capacidades socioeconómicas que permiten el acceso a los servicios privados.

En el análisis subnacional se evidencia que la presencia pública de oferta de servicios de salud sigue siendo consistente, unitaria y amplia en aquellos cantones que registran nacimientos en hospitales privados, sobre todo en la GAM, esto derivado de los datos procesados de nacimientos por institución según el INEC.

Por otro lado, se presentan variaciones subnacionales que segmentan a la población y su uso de servicios privados en territorios subnacionales fuera del centro económico y metropolitano, los cuales son desiguales y segmentados entre regiones y condiciones de acceso. Hay una presencia privada importante en cantones centrales-periféricos, caracterizados por un importante desarrollo económico en la periferia del país (PEN, 2019), en particular, Otero-Bahamón (2020) señala que estas diferencias socioeconómicas influyen, a su vez, en las capacidades de generación de políticas inclusivas, aún en contextos unitarios y centralizados como el costarricense.

Otro elemento a considerar son los encadenamientos de las actividades productivas de los sectores privados que han posibilitado nuevas formas de acceso, y financiamiento de los servicios, por ejemplo, servicios de salud, y aseguramiento privado. Este aspecto genera una doble afectación a las escalas de aseguramiento y uso de los servicios públicos (Martínez-Franzoni et al., 2019), presiona la arquitectura de la política hacia una paulatina ruptura de la unificación, así como al ensanchamiento de las distancias entre clases, fundamentalmente, entre las clases empobrecidas y las clases medias (Filgueira et al., 2006; Martínez- Franzoni et al., 2019), con repercusiones en el acceso, la cobertura y suficiencia, variables transversalizadas por aspectos territoriales.

Este elemento, para el caso costarricense, se encuentra aún en exploración y descripción, sin embargo, más allá de los nacimientos como *proxy* de análisis de las transformaciones privadas, el comportamiento de la oferta parece concentrarse en tres proveedores de salud⁴⁹ con capacidades infraestructurales importantes, aumento de las inversiones, y con mecanismos de financiamiento (créditos y cuotas de pagos) de los servicios flexibilizados para ciertos segmentos de la población y en algunos servicios particulares (véase capítulo 5).

⁴⁹ Es importante referir, a su vez, la necesidad de ahondar en un análisis mucho más exhaustivo de las redes de poder que contempla este sector económico vinculado al sector de la salud privada, para dar cuenta de los intereses y las relaciones de poder subyacentes en potenciales transformaciones ligadas a la relación público-privada.

Si bien Harbers et al., (2020) establecen que, aún en países fuertes y centralizados, la distribución de recursos presenta “rupturas” que significan la no asignación uniforme de recursos, y a su vez una heterogeneidad en las arquitecturas, la cual lejos de tener connotaciones negativas, es un elemento importante que las políticas sociales pueden y deben considerar para generar política pública desde el reconocimiento de las diferencias socioculturales, los derechos humanos y el mejoramiento de políticas sociales consistentes en sus tres campos de composición, desde una perspectiva inclusiva e igualitaria (Harbers et al., 2020; Martínez- Franzoni et al., 2019; Otero-Bahamón, 2020), sobre todo, cuando características como la competencia electoral y las diferencias en actividades económicas (Pribble, 2013; 2015) interactúan en el territorio, en condiciones crecientes de las desigualdades en el plano territorial (PEN, 2020; 2019; Arias et al., 2020; Trejos et al., 2015).

Si se presenta un afianzamiento de la oferta privada en el país, sin que esto implique un amplio desarrollo para el periodo de estudio. En el capítulo siguiente se aborda la presencia de la oferta, para generar un contrapunto en el estudio, e identificar si la oferta privada se está generando como espejo de la oferta pública, o bien, hay otro conjunto de factores que inciden en su desarrollo nacional y subnacional. De previo, la hipótesis no se logra constatar afirmativa o negativamente, no obstante, el capítulo brinda importantes indicios de las transformaciones acaecidas en los últimos veinticinco años.

Capítulo 5- ¿Por ausencia o por presencia? La universalidad de la Seguridad Social como catalizador de la presencia privada

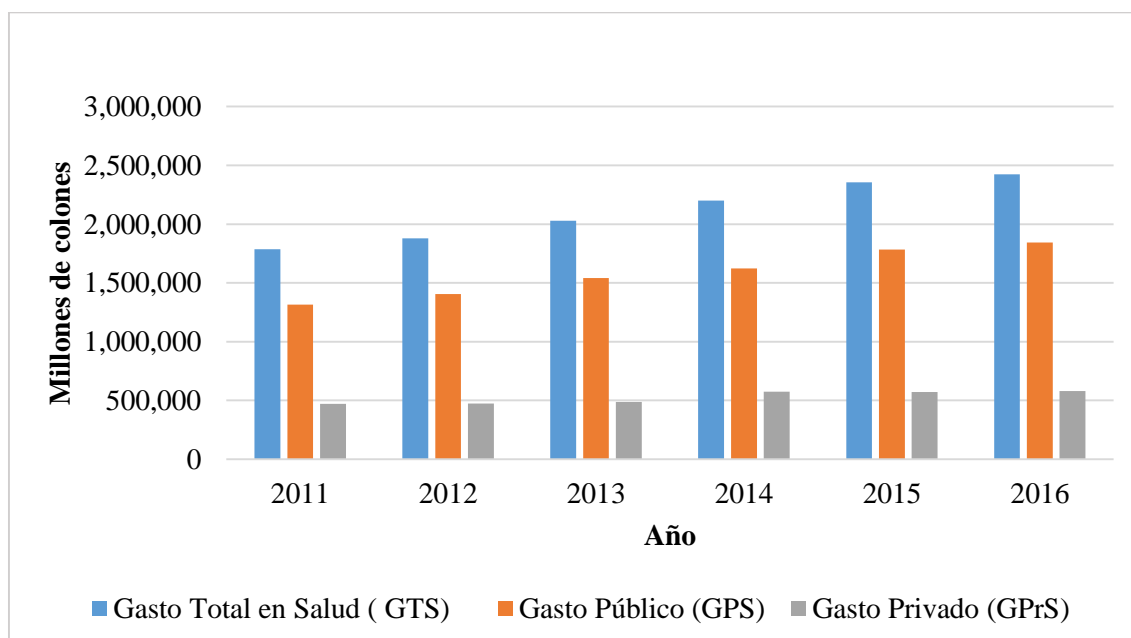
La hipótesis de investigación plantea que el crecimiento del sector privado es espejo de la presencia de la oferta pública, más que una respuesta ante la ausencia de los servicios de salud de la seguridad social en el territorio costarricense. ¿Se da ha desarrollado de esta forma históricamente? Para responder al cuestionamiento es preciso relacionar los hallazgos presentados en el capítulo previo, con la situación de la oferta pública en el país.

Tres indicadores para hacerlo son el gasto de salud, la presencia institucional del sistema de salud en el territorio y la dinámica de los nacimientos en el sector público (indicador de nacimientos desde la escala territorial), previamente expuestos.

5.1 Gasto de salud: Comportamientos y condiciones

Producto de la reforma al sistema de salud, y las modificaciones en el “clima” de generación de oferta privada, se produjo una “re-mercantilización de acceso y, por lo tanto, una re-estratificación de los servicios” (Martínez-Franzoni, 2005, p. 25). La redefinición del diseño institucional, las arquitecturas públicas y las concepciones de servicio en el espacio público generaron condiciones mínimas para una expansión moderada, pero consistente, de la oferta privada en las dos primeras décadas del siglo XXI (ver capítulo 4).

Gráfico 3. Costa Rica. Gasto de salud, público y privado 2011-2016. (Millones de colones)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Informe de Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica. Período 2011-2016, Ministerio de Salud, 2018.

Nótese que, a pesar del aumento del gasto privado, hay una consistencia y sostenimiento del gasto público en salud⁵⁰, con una tasa de crecimiento de dicha inversión en un 40% entre el 2011 y el 2016, donde el presupuesto llegó a 1,843,783 mil millones de colones. Precisamente el gasto de salud pública, como porcentaje del total de gasto de salud en Costa Rica, llega en el 2016 a 76%, es decir, más de la mitad del gasto total corresponde a la inversión pública (Gráfico 3), lo que a todas luces presenta un sostenimiento presupuestario en dicho periodo de tiempo, lo cual propició condiciones estables en la atención de los distintos niveles de atención en salud en el país.

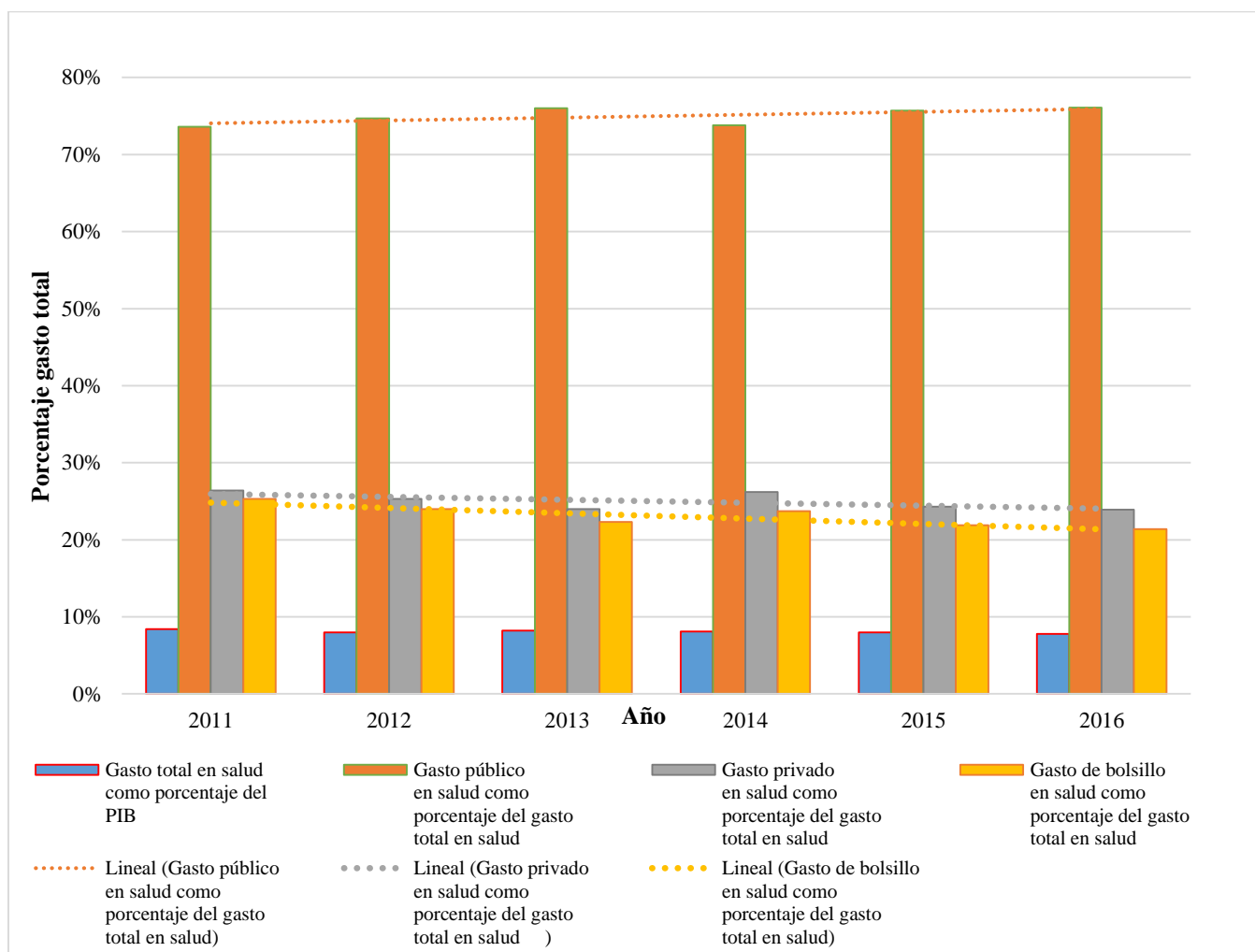
Para el año 2016 el gasto privado como porcentaje del total gasto de salud fue de 23.9%, lo cual muestra un desmejoramiento del gasto e inversión que realizó el sector privado en el 2011, donde llegó a un 26% del gasto total de salud, no obstante, sigue siendo una cifra considerable y apegada a la tendencia de la región (OPS-OMS, 2018), sobre la media establecida en los países miembros de la OCDE (OCDE, 2017).

El aumento del gasto de bolsillo⁵¹ en los últimos veinte años tiene un reflejo en las condiciones de vida de las familias, sobre todo cuando por necesidad, urgencia y falta de atención de calidad se da un empuje al gasto de bolsillo en los hogares. Para el año 2002 el gasto de bolsillo de las personas representó el 18.7%, mientras que en el año 2014 el gasto de bolsillo representó el 24.9% como porcentaje del gasto total de servicios de salud, por encima del promedio OCDE, que fue de 20.1% (OCDE, 2017), para el año 2015 se registró un 20.9% (OPS-OMS, 2018).

⁵⁰ Este elemento es un dato y premisa “dura”, que se debe desagregar en futuras investigaciones para dar cuenta de la distribución per cápita de ese gasto en salud, y las condiciones en el acceso, cobertura, y suficiencia de los servicios.

⁵¹ Se comprende por gasto de bolsillo como aquellos “pagos directos de los hogares, incluyendo el pago de propinas o pagos en especie realizados al personal de salud, proveedores de medicinas, artefactos terapéuticos y otros bienes y servicios” (Briseño, 2008). Asimismo, incorpora el pago que se realiza a los proveedores de los servicios de salud públicos y privados, además, de copagos, deducibles y honorarios por servicios (Briseño, 2008). Mientras que el “gasto privado en cambio refleja todo el gasto en salud que no sea público e incluye, además del gasto de bolsillo, el gasto en cotizaciones, aportes o pago de primas” (Ministerio de Salud, 2002).

Gráfico 4. Costa Rica. Distribución porcentual del gasto en salud en Costa Rica en el periodo 2011-2016



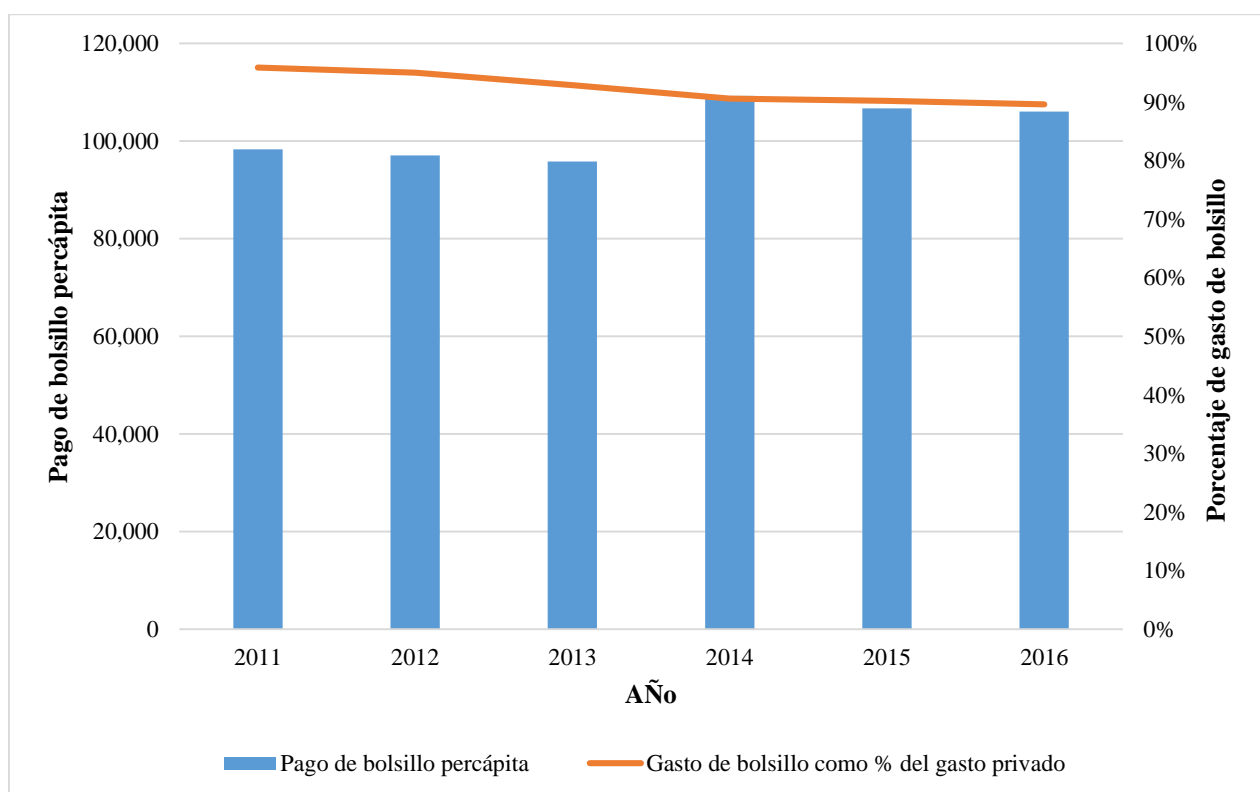
Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por la CCSS y OPS-OMS, 2018.

Entre el año 2011 y 2016 hay un incremento constante del gasto privado de salud a nivel general, fomentado por un mejoramiento del “clima de negocios” del sector salud, y la ampliación de la oferta. Asimismo, este fenómeno ya había sido alertado por investigaciones previas (Martínez-Franzoni, 2005; Rodríguez, 2005; y Durán et al., 2001), sobre todo por las potenciales implicaciones en el sistema de salud y el desmejoramiento en la atención pública (a pesar del aumento del gasto público).

Se puede señalar este tránsito como un “empuje” de la demanda al espectro de la oferta privada de salud, que se presenta con mayor claridad en el escenario donde el gasto privado alcanzó un 23% del gasto total de salud, compuesto en su mayoría por el gasto de bolsillo (Ministerio de Salud, 2018), que ha sido sostenido en su crecimiento durante los últimos veinticinco años desde la reforma de salud.

Una de las características más notables de la oferta privada en el país es que su desarrollo se asocia directamente al gasto de bolsillo que los hogares y las personas realizan para solventar alguna necesidad médica inmediata que no ven satisfecha en la en los servicios públicos; esto, vinculado a un elemento de condiciones privilegiadas de decisión personal y económica, se realiza desde una erogación personal. Tal como lo muestra el Gráfico 5, hay un importante aumento del gasto de bolsillo per cápita, el cual para el año 2013 se logra clasificar porcentualmente, por uso, un 44.9% en atención curativa, y un 33.4% en compra de medicamentos.

Gráfico 5. Costa Rica: Cantidad del pago de bolsillo per cápita (millones de colones y gasto de bolsillo porcentual del gasto privado entre 2011-2016



Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por la CCSS y OPS-OMS (2018), 2021.

Precisamente el gasto de bolsillo, como porcentaje del gasto privado en salud, representó para el año 2016 un 89.6%, la cifra más baja en el quinquenio registrado, pues en años anteriores este porcentaje se mantuvo en el rango de 95% a 90% del porcentaje del gasto de bolsillo (OPS-OMS, 2018).

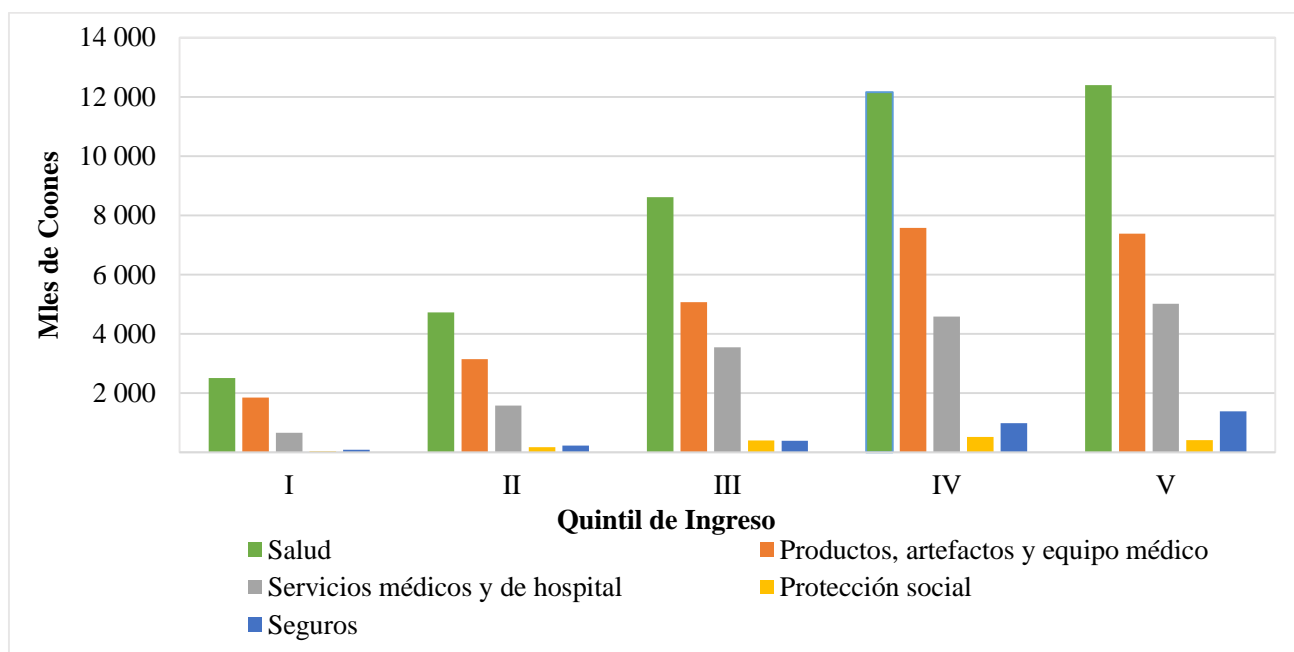
Hay un correlato en las formas de gasto y consumo de la población, pues para el año 2018, un 77% de las personas participantes de la Encuesta de Percepción de los Servicios Públicos, de la Contraloría General de la República (CGR), indicó que se incurrió en gastos adicionales para el acceso a ciertos servicios privados, mientras que el 79% adquirió medicamentos no incorporados

en la canasta de medicamentos de los centros de salud públicos. Este fenómeno tiene un importante impacto sobre la calidad y suficiencia del sistema de salud público⁵².

Así las cosas, para Rodríguez (2005) la intervención de la oferta privada se ha caracterizado por dos importantes ámbitos de atención: en primera instancia, la prestación y venta de servicios, es decir, la tercerización (con la participación de cooperativas, universidades y la representación asociada de ciertas clínicas privadas del país); por otro lado, en los programas de médico de empresa y sistema mixto, los cuales refieren a una en su cartera de servicios, la prescripción de medicamentos y procedimientos de diagnóstico menores, promueve, a su vez, gastos extra en la compra de servicios como exámenes de laboratorios, medicamentos, ambulatorios, etc.

Estos elementos repercuten en la ejecución del gasto en los hogares respecto a los quintiles de ingreso, con implicaciones de erosión para el sistema de salud pública. Nótese en el Gráfico 5 que los quintiles de mayor ingreso (Q IV y Q V) enfocan sus gastos corrientes mensuales en servicios médicos y hospitalarios, así como la compra de productos (medicamentos), es decir, el gasto de bolsillo, elemento que supedita la obtención del servicio a la capacidad adquisitiva

Gráfico 6. Costa Rica: Promedio del gasto de consumo mensual per cápita, por quintil de ingreso, según subgrupo de gasto, Febrero 2018 - Febrero 2019, 2021



Fuente: elaboración propia, a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2018.

⁵² Según la OPS-OMS los siguientes factores propician el aumento de dicho gasto “Las listas de espera, la calidad de la atención y las dificultades de acceso a la atención de primer nivel y por ende el congestionamiento en las salas de emergencias de los hospitales, son unas de las principales razones por las que parte de la población ha optado poco a poco a aumentar su gasto de bolsillo en salud y su gasto en seguros voluntarios de salud” (OPS-OMS, 2018, p.53).

Tal y como se evidencia, hay un aumento en los quintiles IV y V del gasto de bolsillo por servicios médicos particulares (privados), la compra de medicamentos y productos que son accesibles en el mercado privado. Esta dinámica tiende a la erosión del sistema público en la medida que la canasta de servicios (supeditada a la capacidad económica de acceso de los servicios) cambia en su sustentabilidad, cobertura y calidad entre los sectores focales de la atención (Martínez-Franzoni, 2019).

No obstante, la oferta pública en el país valorada en términos del gasto se ha sostenido y no ha presentado importantes impactos en su estructura presupuestaria, según los Gráficos 3 y 4.⁵³ Este aspecto se abona a la consideración de un gasto sostenido en un contexto de aumento de la oferta privada. A manera de hipótesis, las potenciales causas pueden ubicarse en transformaciones macroeconómicas y productivas del andamiaje económico costarricense.

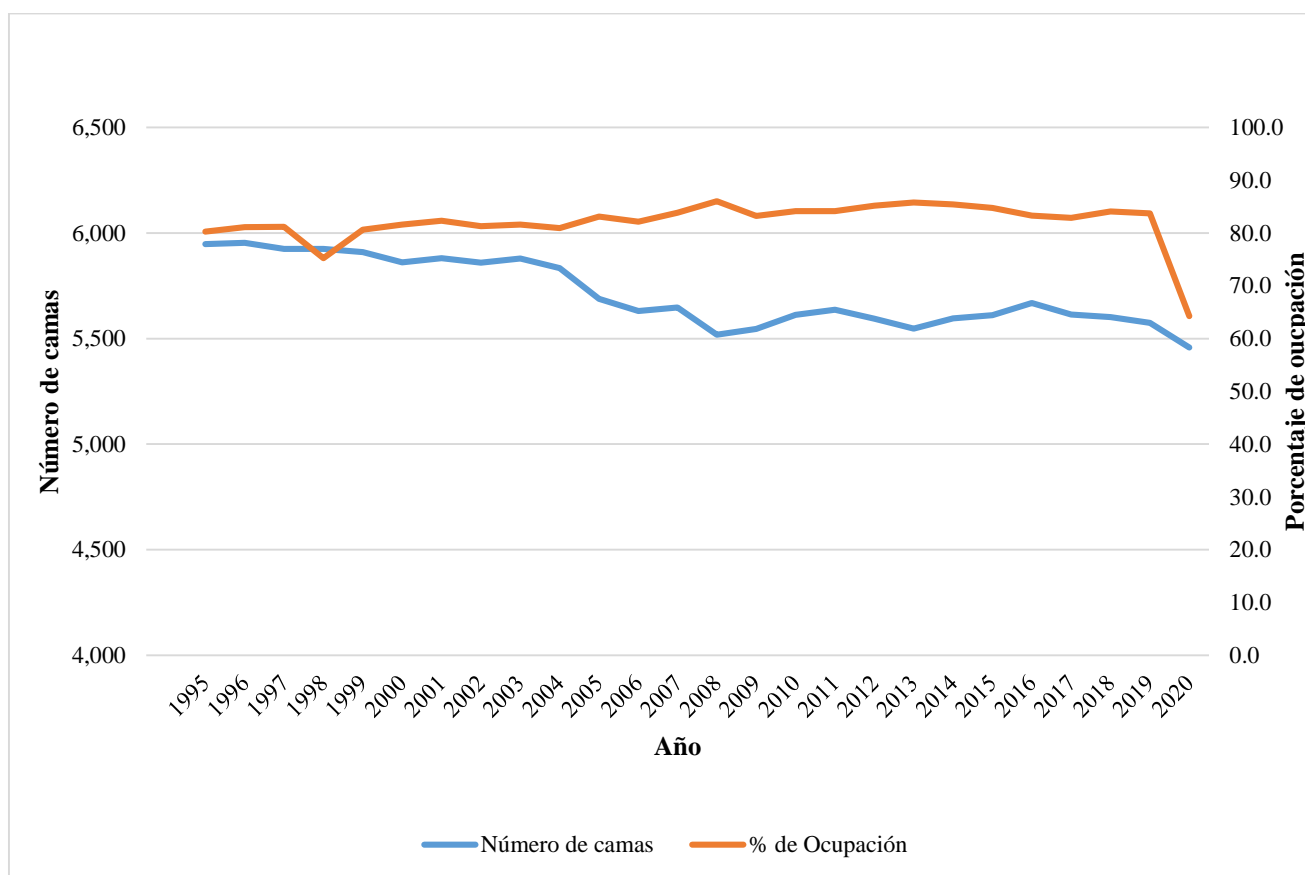
5.2 Presencia institucional del sistema de salud en el territorio

La variable de gasto en salud tiene un correlato institucional en la disponibilidad de infraestructura para el desarrollo de una atención óptima, y garante del derecho a la salud. Para esto es importante resaltar las capacidades de la CCSS en cuanto a la distribución de camas hospitalarias a lo largo de cuarenta años.

El Gráfico 7 refleja que la CCSS entre 1995 y 2020 ha visto reducido el número de camas hospitalarias obtenidas, aun cuando hay un aumento porcentual relativo de la ocupación de las mismas durante el mismo periodo (exceptuando entre 2019 y 2020 años en los cuales se reduce dicho porcentaje). Si bien, hay una multiplicidad de factores relativas a los cambios de capacidades instaladas, modificación en la dinámicas y enfoque de atención, así como a la cultura de uso de los servicios públicos.

⁵³ Si el problema no es la inversión en salud como presupuesto, es importante cuestionarse dónde se encuentran los principales “nudos” del debilitamiento de la oferta pública. Cabe una serie de hipótesis con potencial de correlación, no obstante, se estima que, a pesar de la presencia pública de servicios de salud, hay un elemento insoslayable vinculado a una expansión del gasto privado, sobre todo de erogaciones individuales o familiares.

Gráfico 7. Costa Rica. Distribución absoluta del número de camas y distribución porcentual de ocupación de camas en la CCSS, entre 1995 y 2020



Fuente: elaboración propia a partir de datos estadísticos de la CCSS (Anuarios Estadísticos de la CCSS), 2021.

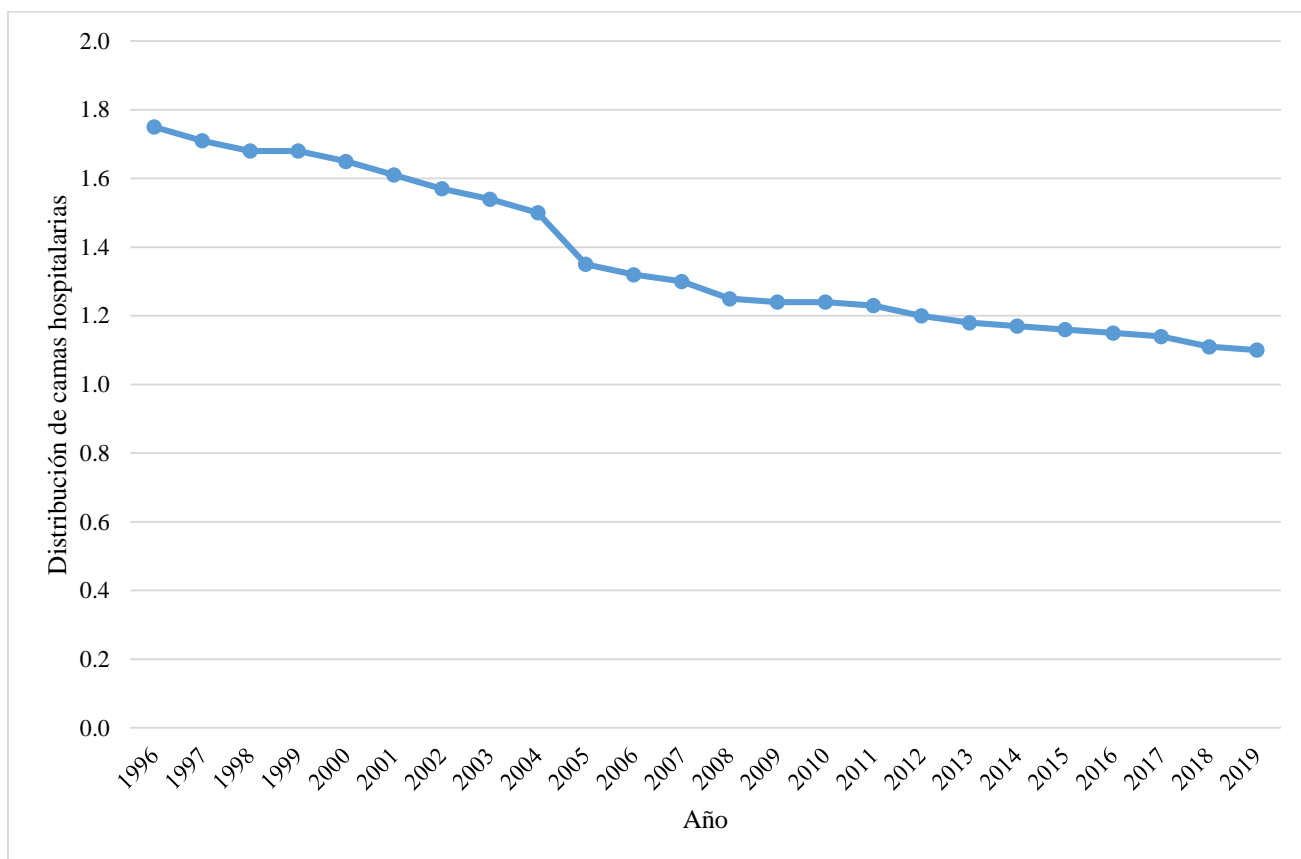
No obstante, la decisión institucional de reducción/ampliación de camas hospitalarias puede tener múltiples razones y el potencial de afectar la atención de salud, así como puede propiciar condiciones favorables para la oferta privada, aunado a la modificación (negativa o positiva) que puede generar en la población. En este sentido, se presenta un sostenimiento de la presencia de camas hospitalarias⁵⁴, con una tendencia a la baja, que tiene sus efectos directos sobre las capacidades de atención de las personas usuarias, con una clara erosión de la cobertura y equidad de los servicios, tal cual lo muestra el Gráfico 7.

Sumado a lo anterior, para dicho periodo (1995-2019) Costa Rica experimenta una tendencia decreciente importante en la disponibilidad de camas hospitalarias por cada mil personas. La tendencia es similar a la que ocurre en América Latina y el Caribe, sin embargo, el país pasa de 1.8 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes en 1995 a la cifra de 1.1 camas hospitalarias

⁵⁴ Considerado como uno de los indicadores de presencia pública de salud.

para el año 2018, es decir, se aproximó a una reducción de las capacidades hospitalarias en la atención pública.

Gráfico 8. Costa Rica. Distribución de Camas hospitalarias 1995-2019



Fuente: elaboración propia con cifras obtenidos de la base de datos del Banco Mundial, 2021.

Esta lógica de reducción de la oferta pública en tanto camas hospitalarias puede presentar una potencial segmentación del servicio en el territorio (Martínez-Franzoni, 2005) y agrietar distintas dimensiones de la arquitectura de política. Precisamente, la oferta privada se alimenta de las contradicciones que emanan de la arquitectura pública de salud, se favorece de procesos de tercerización del servicio y del empuje de las necesidades de salud hacia dinámicas de gasto secundario de los hogares.

Está característica de la oferta privada, en el país, encuentra en el plano territorial una expresión en los último quince años, pues entre los años 2013 y 2018 se da un crecimiento consistente del gasto de salud de los hogares en el territorio, sobre todo, en la región Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte, según el Gráfico 8 (INEC, 2018). Prácticamente todas las regiones (a excepción de la región central) no alcanzan el promedio nacional en el 2013 y 2018 de gasto de salud por hogar, a pesar de un aumento del mismo gasto.

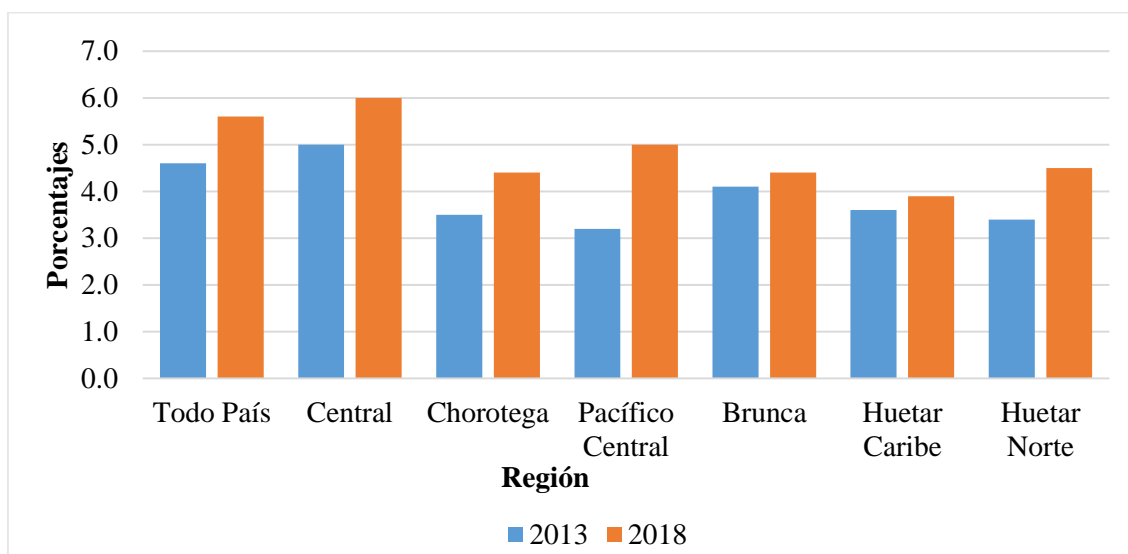
Si bien, se puede aseverar que la presencia pública en el país tiene una cobertura amplia, fundamentalmente en atención del primer nivel mediante los EBAIS, hay un gasto subyacente en los hogares concerniente a la salud, específicamente en aspectos como medicamentos, exámenes médicos, y citas particulares, como lo constata el Gráfico 8, y que se refleja en el territorio. Este factor sitúa de previo la bifurcación en la proveeduría de salud de la arquitectura pública (Martínez-Franzoni, 2005).

La forma de distribución de dicho gasto, por ende del acceso a los servicios, remite al comportamiento de la presencia (o no presencia) pública, la calidad y suficiencia de los servicios, así como a la generación de procesos de mercantilización de la salud en las regiones del país, lo cual agrava las dinámicas de desigualdad territorial de factores fuera del ingreso, es decir, los servicios de salud (Otero-Bahamón, 2019) y propicia dinámicas de ralentización de desarrollo humano en las regiones, aspecto que González et al. (2019)⁵⁵ expone como causas de las variaciones en el impacto de las formas de atención de servicios públicos y sociales.

Este elemento permite observar cómo el gasto de salud en los hogares aumenta, pero de forma diferenciada y desigual, entre la región central y el resto de las regiones del país, donde la región central del país aumentó por encima del promedio regional en 2018, favorecido por una concentración de población con mayores condiciones de movilidad y ubicación de los servicios especializados privados, así como concentración de la oferta, este elemento subnacional debe leerse cuidadosamente pues manifiesta un fenómeno de creciente gasto de salud territorialmente, con contracción pública, relacionado a un aumento de la oferta privada ligado a dinámicas de mercantilización de la salud, alejadas de los derechos humanos.

⁵⁵ Es importante establecer que las herramientas metodológicas utilizadas por los autores fueron el modelo de regresión de series de tiempo transversal agrupado por la naturaleza longitudinal (mínimos cuadrados ordinarios), el cual utiliza dos variables dependientes, el Índice de Desarrollo Humano (con las dimensiones: esperanza de vida al nacer, alfabetización de adultos y matrícula combinada primaria, secundaria y terciaria, e ingreso bruto per cápita), y la segunda variable, una medida de industrialización subregional, la cual utiliza el índice de industrial bruto (GIP), modificado como índice geográfico bruto provincial (GGP) (González et al., 2019).

Gráfico 9. Costa Rica. Distribución porcentual del gasto salud del hogar por región, 2013-2018



Fuente: elaboración propia, a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2013 y 2018.

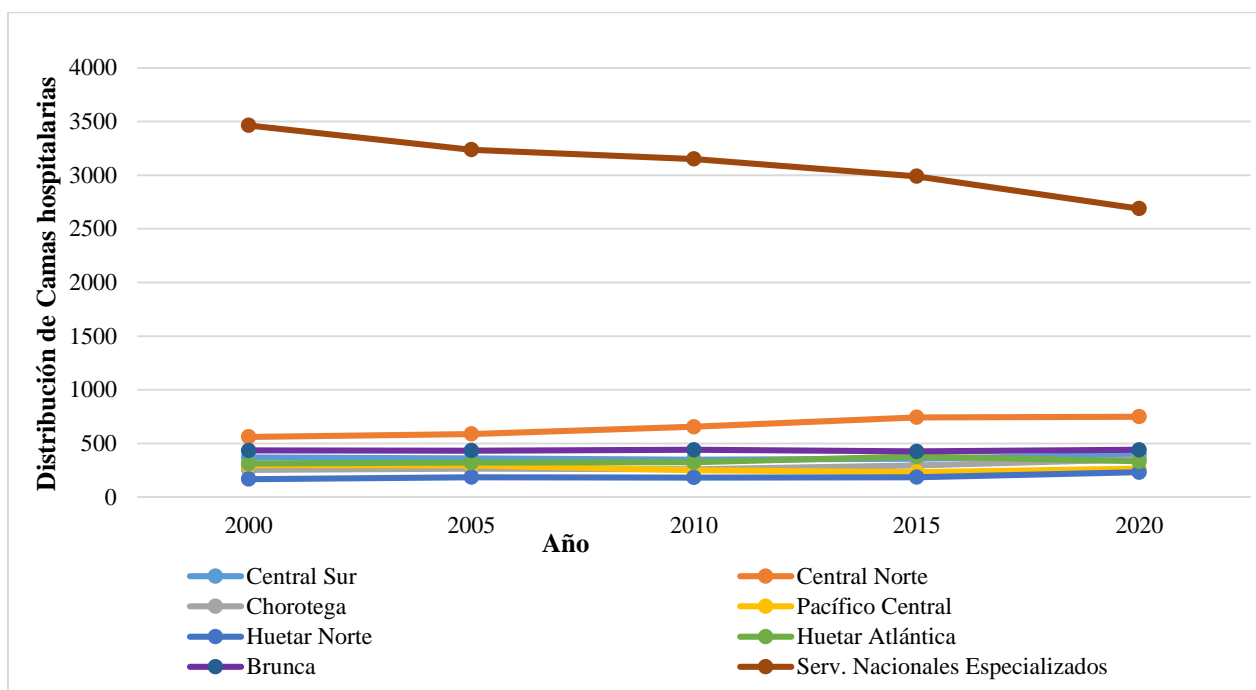
No obstante, en todas las regiones se presenta un aumento considerable del gasto por hogar para el año 2018, especialmente en el gasto de bolsillo, el cual aumenta considerablemente y se reafirma como un mecanismo de erosión de los servicios públicos, fundamentalmente, en el primer y segundo nivel de atención pública de salud.

Como contrapunto territorial, la distribución de las camas hospitalarias a nivel país presenta dinámicas territoriales de contracción desde el año 2000 hasta el año 2020, en especial en el área denominada *Servicios Nacionales Especiales*, donde se agrupan los servicios médicos especializados (Geriatría, Psiquiatría) y los hospitales de nacionales (Hospital Calderón Guardia, H. México y H. San Juan de Dios), es decir, la región central del país, específicamente San José.

Nótese en el Gráfico 9 las diferencias considerables que subyacen en el territorio nacional, en la escala de regiones, respecto a la distribución absoluta de camas hospitalarias en los centros médicos de la seguridad social. La presencia pública de salud respecto a la disponibilidad de camas se mantiene consistente en el resto de regiones (excepto los Servicios Nacionales), con un leve aumento, en los últimos 5 años, en la región Central Norte que contempla los hospitales de las provincias de Alajuela y Heredia.

Por ejemplo, la región central pasó de 3464 camas hospitalarias en el año 2000 a 2689 camas hospitalarias en el año 2020. Estas cantidades vulneran las capacidades de atención, en especial, en aquellas especialidades y casos particulares donde se torna imprescindible ciertas intervenciones quirúrgicas de alta complejidad médica.

Gráfico 10. Costa Rica. Distribución absoluta de camas hospitalarias por región del país, según CCSS, entre 2000 y 2020



⁵⁶**Fuente:** elaboración propia a partir de datos estadísticos de la CCSS (Anuarios Estadísticos de la CCSS), 2021.

Las diferencias absolutas que se presentan en los totales de camas disponibles por región son considerables, aunado a las condiciones desiguales de la capacidad hospitalaria de la región central en el acceso a servicios hospitalarios especializados respecto al resto de regiones, con implicaciones en el acceso al tercer nivel de atención de salud.

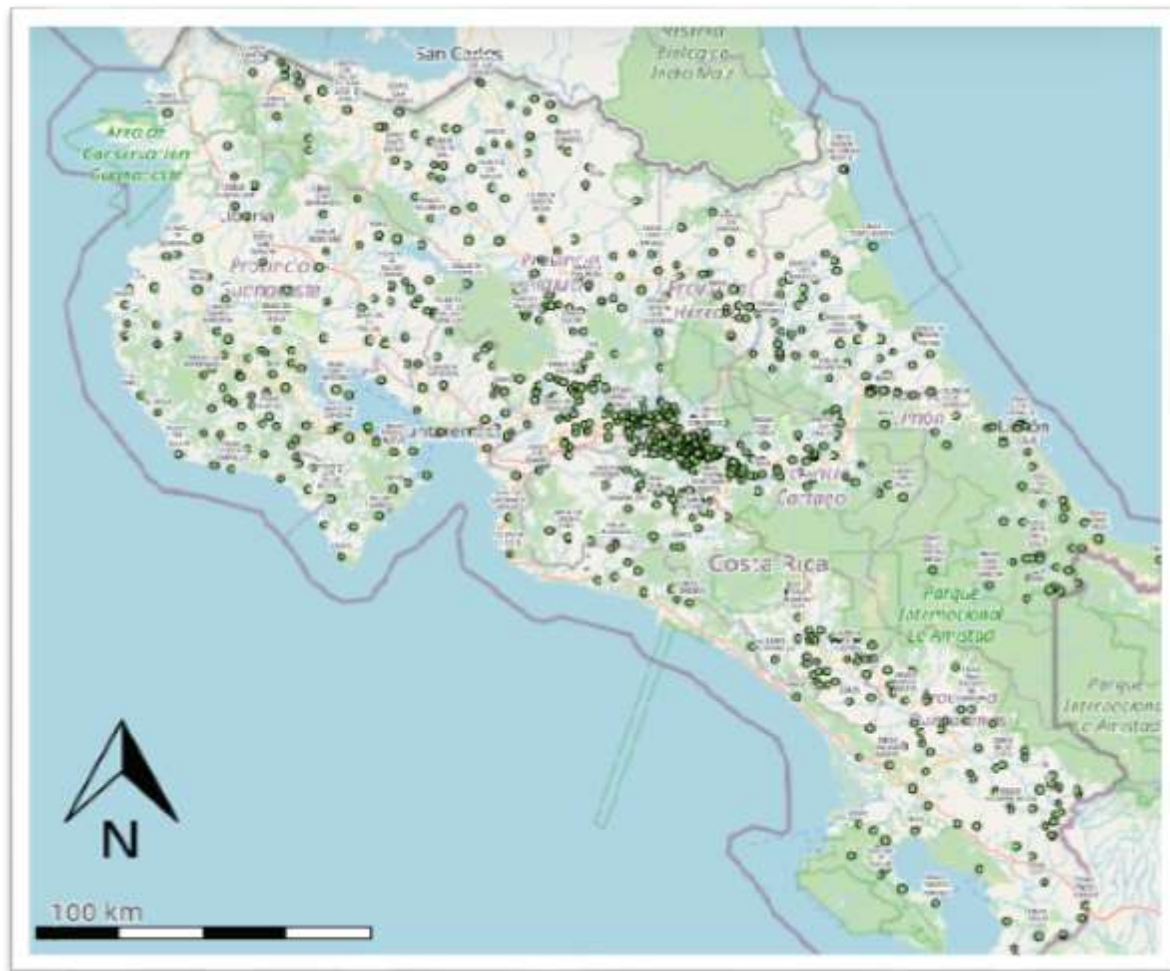
Empero, el aumento de la presencia privada de salud en los distintos sectores tiene un relacionamiento con las capacidades infraestructurales del sector público, así como implicaciones territoriales en el acceso derivado de condiciones preexistentes de presencia pública, como no disponibilidad de servicios, dificultades en el desplazamiento para la obtención del servicio, o bien, no acceso a servicios especiales de atención.

La figura social proporcionada por el INEC presenta de forma gráfica y ampliada la presencia de servicios públicos de salud en el territorio (sin distinción de nivel de atención) señalados por los puntos verdes en la Figura 12, aunado al incremento que registra la CCSS respecto al aumento de los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS), pues en 1997 se presentaba un total de 417 EBAIS, y se pasó en el 2001 a 808 EBAIS (CCSS, 2001); para el años 2018 se registraron un total de 1048 EBAIS en el territorio nacional (CCSS, 2018), con un total de 521 sedes de

⁵⁶ La agrupación regional responde a la agregación de regiones que utiliza la CCSS desde el año 2019. La agrupación de los datos de los años 2000, 2005, 2010 y 2015 se realizó conforme a lo utilizado por la CCSS desde 2019 con el fin de no presentar alteraciones en los datos y de mostrar, de forma consistente, los datos para dichos años.

EBAIS (CCSS, 2018). Se refleja una importante presencia territorial, sin embargo, y coherente a lo presentado en el capítulo 4, las concentraciones de los servicios de salud en el territorio refieren a una concentración importante en la Gran Área Metropolitana, lo cual consistente con el Gráfico 10 relativo a la disponibilidad de camas por región.

Figura 12. Costa Rica. Distribución territorial de los centros de salud, INEC, 2021

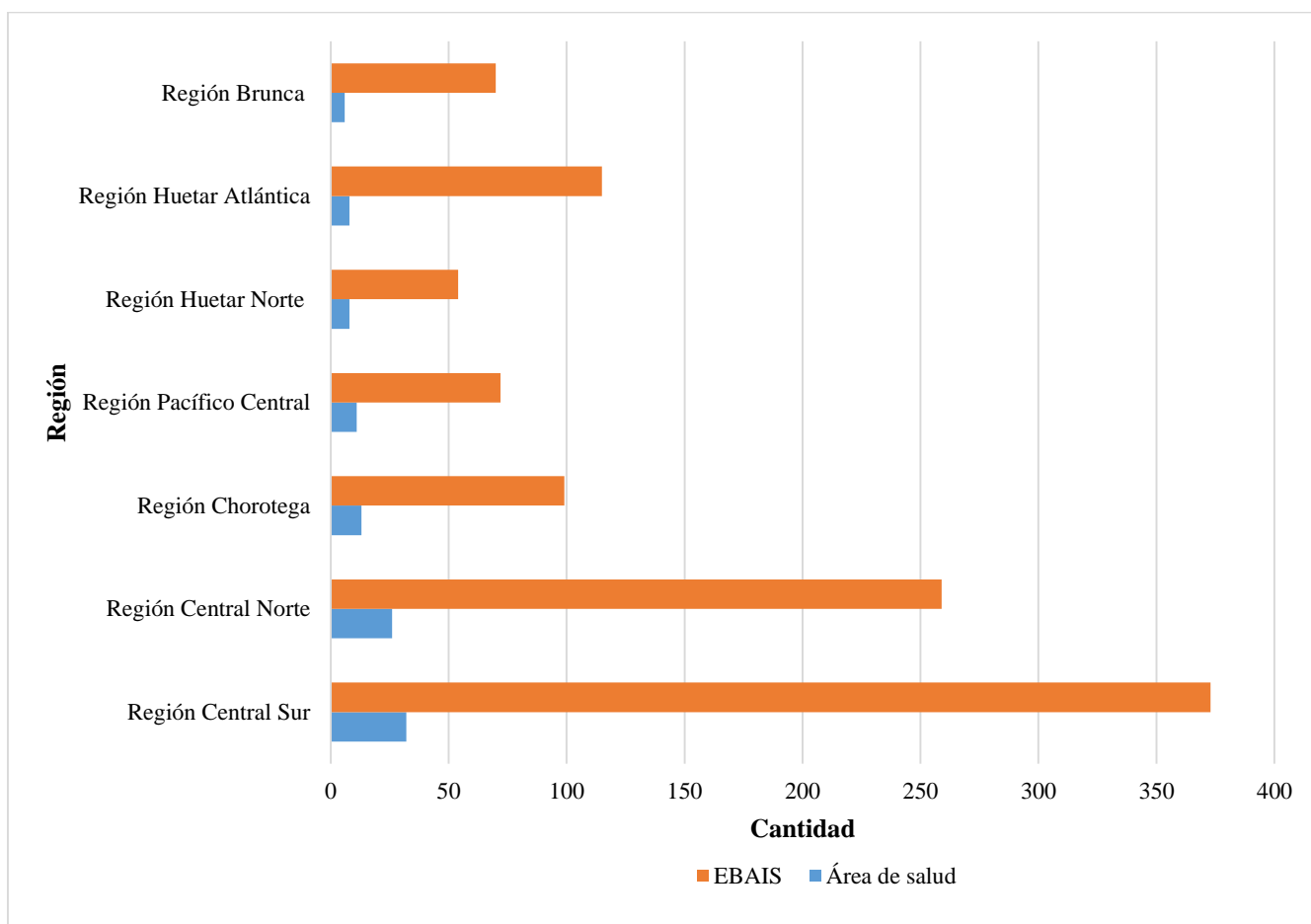


Fuente: elaboración propia a partir del sistema de Figuras sociales del INEC, 2021. Disponible en: <http://Figurassociales.inec.cr/mapnew.php>

Para los años en estudio (1995-2005-2015) la cantidad de hospitales se atendieron nacimientos en un rango importante de presencia del servicio en los territorios, puesto que en 1995 se presentó que 68 centros de salud (hospitales y clínicas) atendieron nacimientos en 1995, mientras que para el año 2005 lo hicieron 47 hospitales públicos y para el año 2015 la cifra de centros de salud que atendieron nacimiento fue de 56 centros de salud, esto para el tercer nivel de atención.

Coincidente con la Figura 1, se puede observar en el Gráfico 11 la concentración territorial de la infraestructura del primer nivel de atención (EBAIS) en la GAM, que puede responder a procesos de concentración de población y al aspecto económico, así como a decisiones institucionales.

Gráfico 11. Costa Rica. Total de Áreas de salud y EBAIS por región para el año 2017, CCSS



Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria Institucional 2017 de la CCSS, 2021.

Es una presencia considerable que, a todas luces, se debe reforzar en las regiones fuera de la GAM. Hay una presencia de la oferta pública en el territorio, que más allá de sus debilidades, refiere a un importante sistema que debe seguir su fortalecimiento.

La presencia territorial a lo largo de los años ha sufrido modificaciones en condiciones de la atención y cobertura, sin que eso signifique una paralización o limitación del accionar público, fundamentalmente, por la reducción de camas hospitalarias por región, disminución de centros de salud, procesos de concentración de servicios especializados, fluctuaciones en la cantidad médicos por cada mil habitantes, o bien, el aumento del gasto de bolsillo, impulsado por un aumento de la oferta privada en el país.

5.3 Dinámica de los nacimientos en el sector público

Precisamente esa presencia de servicios públicos en el territorio se puede ver reflejada en el acceso a los nacimientos en los mismos, y su presencia en las diferentes regiones del país. El Cuadro 1 establece de forma clara que, pese a presentarse una expansión de la oferta privada y su utilización, al menos en nacimientos, hay una fuerte utilización de los servicios de salud públicos

en el país, aunque la tasa de crecimiento entre 1995 y 2015 de los nacimientos en hospitales públicos decreció en un 11%, mientras que en la oferta privada creció en 27%.

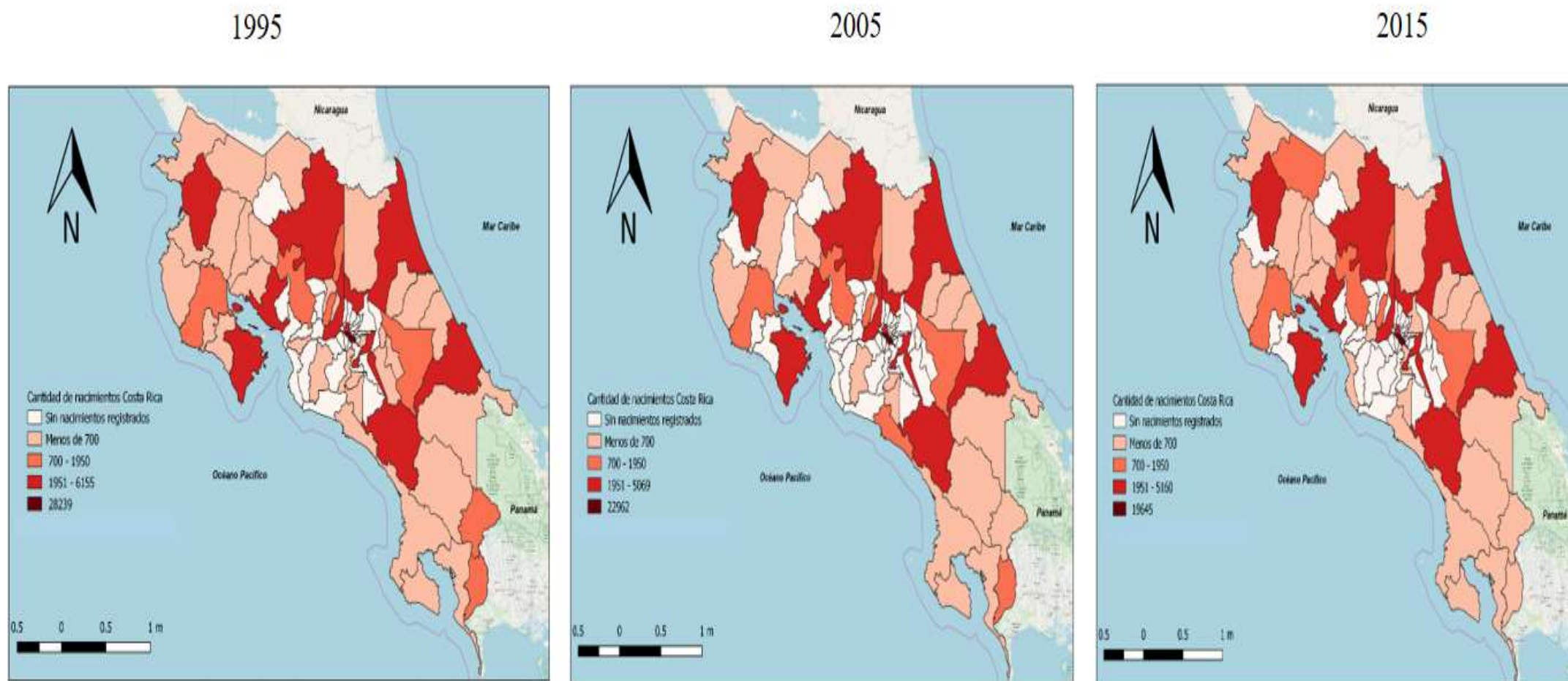
Cuadro 2. Costa Rica. Distribución absoluta y porcentual de nacimientos en servicios pública, 1995, 2005 y 2015

Año	Total de nacimientos en servicios públicos	% de nacimiento en servicios públicos
1995	76423	96%
2005	67012	95%
2015	66976	94%

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2020.

Si se utilizan los nacimientos como *proxy* de análisis, se evidencia que, a pesar de los procesos de estrujamiento del sistema público (Martínez-Franzoni et al., 2019), hay una presencia importante de servicios públicos en el territorio. Ahora bien, las implicaciones en términos de disponibilidad y distancia entre la demanda y la oferta es un elemento que puede generar procesos de desplazamiento (Güell y Rosero-Bixby, 1998) de ciertos sectores económicamente empoderados hacia la oferta privada, lo cual agudiza las dinámicas de erosión.

Figura 13. Costa Rica. Distribución de nacimientos en hospitales públicos por cantones, en los años 1995, 2005 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenido del INEC, 2020.

5.4 Conclusiones.

La evidencia documenta una presencia pública considerable expresada en el gasto, la disponibilidad de recursos y la presencia territorial, que se refuerza con una ampliación de los servicios especiales (al menos en la región Central). Estos elementos plantean un escenario de sostenimiento de indicadores de presencia universal de la salud en Costa Rica, combinada con la presencia de la oferta privada, en forma desigual y creciente en el territorio.

En cuanto a la dimensión temporal, la Figura 2 presenta un importante sostenimiento de las condiciones de atención en las transformaciones a lo largo de las tres décadas de estudio, utiliza los nacimientos como indicador de entrada en el plano territorial, lo cual permite identificar una presencia pública durante este periodo de tiempo. A lo largo de dicha trayectoria temporal, la presencia territorial de la oferta pública medida por la atención de los nacimientos en el territorio fue consistente - a pesar que la oferta privada generó, de forma gradual, una presencia en distintas regiones, específicamente en la GAM, y en un contexto de ampliación de condiciones como apertura comercial, de seguros y generación de turismo médico durante la década que comprende los años 2005 y 2015, vinculad al contexto de reforzamiento del modelo aperturista (Vargas, 2015).

Los ámbitos de dimensión territorial, inversión presupuestaria y ciertas capacidades institucionales indican que la erosión si está presente, pero no de forma aguda. Este aspecto genera condiciones de atención óptimas (en algunos servicios), coberturas favorables, y sustentabilidad en la intervención pública de los servicios, en otras palabras, en presencia de la oferta pública de salud, hay un crecimiento paulatino de la oferta privada, tal cual lo muestra el capítulo cuarto.

Si bien el gasto presenta limitaciones para analizar la política social (Pribble, 2017, 2013; Rodrigues-Silveira, 2013), hay evidencia de que esta inversión ha sido consistente - de la mano de un crecimiento sostenido del gasto de bolsillo, que se traduce en erogaciones complementarias de los hogares y las personas en los mercados de salud, por tanto, en el empoderamiento dinámicas mercantiles (Sojo, 2008).

No obstante, las dinámicas de comportamiento territorial de los nacimientos han mostrado presencia pública, toda vez que la oferta privada se amplía (capítulo cuarto) en tanto a gasto privado y gasto de bolsillo (Gráfico 5), y en las tasas de cambio en la absorción de la demanda de salud por la oferta privada (capítulo 4).

En síntesis, la oferta privada se desarrolla en un contexto de sostenimiento de los servicios universales de salud, y no en la ausencia de los mismos. Este elemento permite identificar que la hipótesis se cumple parcialmente en este caso, es decir, hay una presencia de público que genera una amplia gama de servicios de salud que presentan ciertos puntos de crítica, pero con una lógica

universalista de la política, lo que lleva a aseverar que su ausencia no propicia un crecimiento de la oferta privada.

Se impone así un análisis más detallado de la oferta privada para dar cuenta de las estrategias y formas de aproximación de la oferta privada en el territorio y dirigida a las personas usuarias de los servicios médicos. El capítulo siguiente busca ampliar estos aspectos, especialmente, la relación de la oferta privada con los procesos de transformación estructural de los mercados en Costa Rica.

Capítulo 6- Caracterización de la oferta privada en salud

Como reflejo del enfoque analítico-metodológico, este capítulo caracteriza y describe la oferta privada de salud en el país, con el objetivo de proponer un marco comprensivo sobre dicho sector, en virtud de las transformaciones sociales, políticas y económicas suscitadas en el país, fundamentalmente en los últimos treinta años, centra su atención en las dinámicas de mercantilización de los servicios públicos. Se recorren los hitos centrales donde la presencia privada, la cual se ve reflejada en el orden de lo público durante el siglo XX. El punto de partida de esta caracterización es desde el año 1995 hasta el año 2020, y se particulariza en la atención privada del tercer nivel de atención, a partir de evidencia de fuentes secundarias y primarias.

6.1 Caracterización histórica de la oferta privada: Trayectoria en el siglo XX

6.1.1 Centralidad de la atención pública y la incipiente oferta privada en la segunda mitad del S.XX

El ordenamiento sanitario en el país durante las primeras cuatro décadas del siglo XX se concretó a partir de un proceso bidireccional, primeramente, la centralidad de la atención médica por parte de médicos particulares, así como la participación estatal en la atención de salud con veintidós circuitos médicos (1894)⁵⁷, o medicaturas de pueblo, estos elementos dan paso de un modelo de higiene pública, a un modelo salubrista (Botey, 2016).

Ambas premisas desarrolladas por Botey son centrales para comprender y caracterizar esa incipiente oferta privada. Se dio paso de prestación privada de servicios, particular y segmentada, a un modelo mucho más centralizado y unificado de la atención, elemento central que contribuyó a la consolidación y fundación de la CCSS en la década de los cuarenta (Botey 2016; León, 2018), y en específico, a una dinámica de intervención que, para el inicio de siglo XX, ya contaba con dos importantes leyes: la Ley sobre Médicos de Pueblo, y la Ley de Profilaxis Venérea (ambas entre los años de 1893-1894), lo que amplió las capacidades y poderes institucionales en la materia, potenció la atención pública del Estado y delimitó el accionar privado (Botey, 2016; Palmer, 1999).⁵⁸

Precisamente, es este control ejercido desde el plano estatal a los médicos de pueblo, es lo que inhibe expresiones o iniciativas privadas en la atención, pues estos circuitos médicos ordenaron en el territorio las acciones privadas de salud. No obstante, la primera experiencia privada de mayor escala se ubica precisamente en esta época descrita, específicamente en el año 1929 (Hospital Clínica Bíblica, s.f.) a raíz del arribo de un proyecto denominado “Misiones

⁵⁷ Asimismo, este paso en el diseño del sistema de atención de salud permitió un mayor control estadístico y epidemiológico de la población, así como una ampliación de la cobertura, la cual logró esquemas de vacunación controladas, atención inmediata y mecanismos de control de enfermedades y emergencias.

⁵⁸ Tanto Botey (2016) como Palmer (1999) coinciden en señalar la “alianza estratégica” del gobierno costarricense con la Fundación Rockefeller a inicios de siglo XX, cuando empezaba una misión para poner en marcha el proceso de organización de sistemas de salud públicos que lograran un avance en las condiciones humanas de higiene y salud; con este apoyo estratégico se obtuvieron recursos (financieros y humanos) para estructurar dicha organización.

Latinoamericanas” que buscaba brindar atención a niños y niñas en situaciones de desnutrición y con enfermedades propias de la época como tuberculosis o paludismo (Hospital Clínica Bíblica, s.f.).

Este hecho no vulneró el proceso incipiente de organización de la salud pública, hipotéticamente por encontrarse en un momento de edificación del sistema público entre 1920 y 1940, con una orientación de fortalecimiento de la salud pública, la intervención estatal y la concentración de la acción en el territorio de parte del Estado, fundamentalmente en San José, el cual paulatinamente, se expandió al resto del país (Botey, 2016; Palmer, 1999), aunado también, a la generación de arquitectura legal/normativa que reforzó este proceso, por ejemplo, la promulgación de la Ley del Servicio de Asistencia Pública que buscó el tratamiento gratuito de enfermedades de la sangre y de la piel de origen específico; la Ley sobre la Protección de la Salud Pública, así como el combate a la enfermedades de transmisión sexual, la higienización en los centros educativos, la construcción y nacionalización del sistema de cañerías y el sistema de agua potable, la creación de “Seguro por Enfermedad”, la creación y centralización en la administración de la Unidades Sanitarias en el Consejo de Protección Social, y el paso de los servicios de salud de la Municipalidad de San José a la Secretaría de Salud y Protección Social (Botey, 2016; Palmer, 1999).

Esta trayectoria institucional permitió un salto cualitativo y cuantitativo hacia la seguridad social como mecanismo de fortalecimiento y expansión pública de la atención de salud, lo cual limitó la apertura y presencia privada de gran escala en el país, sin que esto inhibiera por completo la oferta privada de baja escala, que se concentró en pequeños consultorios de “médicos de pueblo” en los distintos cantones. Otro elemento que interviene en el debilitamiento del clima de negocios del sector privado de salud fue el paso conceptual en materia de política pública de la beneficencia y la caridad a la centralidad institucional de carácter intervencionista y asistencial (Palmer, 1999), con influencia directa en la política pública de la época.

Sí bien, la presencia de oferta privada fue incipiente en dicho momento histórico, las relaciones público-privadas para la estructuración del sistema de salud en el país no lo fueron. De acuerdo con Botey, la Fundación Rockefeller, la cual estaba desarrollando programas conjuntos en América Latina y Estados Unidos con el fin de fortalecer los sistemas de atención primaria de salud, fue la que propició dicho modelo en Costa Rica. Las Unidades Sanitarias tuvieron un fuerte impulso a partir de una figura tripartita de financiamiento público/privado, donde la Fundación Rockefeller, el gobierno de Costa Rica y las municipalidades aportaban específicamente en zonas fuera de la capital, como San Ramón o Turrialba, primeros cantones en obtener una Unidad Sanitaria con este modelo (Botey, 2016).

Por ende, la presencia privada en la primera mitad del siglo XX se da por medio de apoyos puntuales y estratégicos al Estado costarricense, con la clara idea de edificar un modelo sanitario e higiénico centralizado. La importancia de esta lógica público/privada se encuentra en un paulatino tránsito hacia un modelo que se termina de consolidar y profundizar con las garantías sociales y la creación del seguro social, así como en los eventos socioeconómicos y políticos posteriores.

6.1.2 La oferta privada y el universalismo de la CCSS: discusiones sobre lo privado y preámbulo de la reforma de salud

La oferta privada de salud en su trayectoria institucional durante el siglo XX se encuentra en una clara condición de inferioridad respecto al despliegue que significó el modelo de intervención/desarrollista y la estructuración de las instituciones benefactoras en el país. Un claro ejemplo de esto es la aprobación, en 1977, de la Ley de Traspaso de Hospitales N° 5349, que inició el proceso de transferencia de los hospitales, públicos o privados del país, hacia la CCSS (Güendell et al., 1994).

No obstante, para 1978, con un programa de orientación neoliberal (Díaz, 2021) la administración Carazo Odio centra el debate sobre el carácter de la seguridad social y la atención privada en tres propuestas “primero, el carácter bancario, segundo, la disminución del tamaño, y su transformación en una entidad eficiente, y, tercero, la formación de un sistema de medicina mixta” (Güendell et al., 1994, p.18), parte de esta discusión se centró en la privatización de los servicios de consulta externa, impulsado por los sectores neoliberales de dicha coalición, elemento de tensión con las facciones democristianas y socialdemócratas.

Sin embargo, producto de la crisis socioeconómica y política en Costa Rica (Rovira, 1984), y con el mandato de cumplir con la ley de 5349 de traspaso de hospitales, dichas acciones no encontraron asidero en la agenda política del gobierno. Este hito histórico limitó las intenciones de ampliación de la oferta privada de atención de salud, y los intereses de debilitamiento institucional contra la CCSS (Güendell et al., 1994).

La marginalidad de la oferta privada respecto al CCSS tenía un claro componente ideológico y programático del modelo económico y social de la época (Rovira, 1984; Vargas, 2003) orientado desde las bases socialdemócratas, y desde una lógica de benefactora del Estado que se generó de un bloque de legalidad en la materia que brindaba protección jurídica e institucional, el cual subordinó la oferta privada a una atención particularizada de médicos y farmacias privadas.

León (2018) señala que se dan los “*últimos pasos de la ingeniería de protección social*” en la década de los años setenta, precisamente porque se incorporan la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), la creación del Fondo de Asignaciones Familiares (Fodesaf)

en 1974, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) para el año de 1975, así como el paso del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo (RNC) a la CCSS⁵⁹, es decir, el despliegue del grueso de la política social universal en el país, para lograr la incorporación social y laboral (Martínez-Franzoni y Sánchez Ancochea, 2017).

A pesar de este importante desarrollo de arquitecturas políticas sociales, algunas con un carácter universal, se presentaron una serie de acciones tendientes a favorecer la oferta privada, impulsadas fundamentalmente desde la Cámara de Industrias y el gremio médico conservador respecto a la seguridad social y modelo de atención (Güendell et al., 1994).

Se presentó el proyecto ley Sistema de Libre Elección Médica, propuesto por el exdiputado liberacionista Dr. Miguel Chavarría ante la Asamblea Legislativa, para la libre atención médica desde las posibilidades económicas para dicho servicio (Güendell et al., 1994). Asimismo, de acuerdo con Güendell et al., otras acciones tomadas en este periodo fueron las gestiones de cabildeo político para impedir acuerdos en materia de pago de deuda del Estado a la CCSS, entre otro conjunto de medidas anti-seguridad social de corte privatizante.

Si bien el proyecto de ley de Libre Elección Médica no fue aprobado en la Asamblea Legislativa⁶⁰, se concretó en el seno de la junta directiva de la CCSS una propuesta tendiente a la desconcentración de la atención en los centros médicos y a propiciar la oferta privada, que se denominó Sistema de Medicina Mixta, la cual proponía que los pacientes pagaran la consulta al médico previamente inscrito en este sistema, por su parte la Caja, con los procedimientos usuales, asumía el costo de los medicamentos y los exámenes de laboratorio (Güendell et al., 1994), y junto al Sistema de Médico de Empresa, ya existente, se estructuraba un ambiente mucho más favorable para el desarrollo de la oferta privada de baja escala, lo cual redefinió el modelo de atención.

Reticentes en propuestas para abrir el mercado de los servicios de salud, y en consonancia con el plan de estabilización financiera⁶¹, en la década de los ochenta se presenta el proyecto de ley de “Servicios Médicos Mixtos”⁶² con el objetivo de permitir que la persona asegurada tuviera la posibilidad de consultar al médico de su preferencia en el consultorio particular y que la CCSS

⁵⁹ Muchos de estos elementos se encuentran aún en el sistema de protección social y la política social del país, con las claras modificaciones estructurales producto del conflicto de los modelos económicos y transformaciones en el diseño institucional.

⁶⁰ Se dio una importante oposición desde Colegio de Médicos y la Junta Directiva de la CCSS encabezada por el Dr. Álvaro Fernández, presidente ejecutivo de la institución para dicho momento.

⁶¹ Para la década de los ochenta la CCSS aplicó una serie de medidas en el marco del plan de estabilización financiera, que abarcó “distribución y producción de medicamentos, regulaciones laborales, organización administrativo-gerencial y tópicos financieros” (Güendell et al., 1994, p. 28), y que, a su vez, significó un impacto en la atención pública, pues la orientación de dicho plan y las acciones institucionales era de orden administrativo y financiero, lo que repercutió en la atención.

⁶² Promovido por el diputado liberacionista Dr. Guzmán Mata y el diputado Dr. Trejos Escalante, expresidente de la organización ANFE, de orientación abiertamente neoliberal.

pagara dicha consulta, así como un porcentaje de los medicamentos y exámenes de laboratorio (Güendell et al., 1994). Sin éxito en la corriente legislativa, este proyecto buscó, nuevamente, una desestructuración de los servicios públicos, mediante mecanismos de tercerización.

Las propuestas para modificar el sistema de atención se continuaron presentando en la administración Monge Álvarez (1982-1986), justamente impulsadas por el presidente ejecutivo Dr. Guido Miranda, la primera era el cambio a un modelo de capitación o modelo inglés, y la segunda enfocada en la operativización de la administración de las clínicas y hospitales, ambas propuestas tienen asidero en la administración Arias Sánchez (1986-1990), lo que permitió nuevas formas de gestión de la atención, y la participación de actores privados en la atención, en conjunto con la CCSS (Güendell et al., 1994; Villalobos, 1996), por ejemplo, “modelo de capitación, complementado con un enfoque integral en la comunidad de Barva de Heredia (1987); el arrendamiento de la administración de la Clínica de Pavas (1988) y, posteriormente la Clínica de Tibás (1990), a cooperativas autogestionarias” (Güendell et al., 1994, p.35) lo que denomina Güendell y Trejos como el preludio de la reforma.

La reforma de salud propiamente permitió la apertura de una serie de condiciones favorables para cambios en la estructura organizativa de la atención, la cobertura en el territorio, y la atención primaria, en especial con los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), así como la atención sanitaria que recaía en el Ministerio de Salud hasta el año 1995 (Rodríguez, 2005).

Sin embargo, condiciones de desgaste en la arquitectura pública de financiamiento de la CCSS, la deuda del Estado, la problemática de listas de esperas en operaciones, cambios de orden administrativos (enfoque de nueva gerencia), cambio en los sistemas de compras y proveedores, y procesos de tercerización a lo interno de la institución (Martínez-Franzoni, 2005) debilitaron desde la reforma de salud en 1995 las fronteras entre lo público y lo privado, con las implicaciones, en términos de la atención, contra las personas y la desestructuración del ideario solidario, universal e inclusivo de la CCSS.

La reforma de salud, en consonancia con Martínez-Franzoni (2005) y Rodríguez (2005) se puede resumir en cuatro importantes cambios que redefinieron el rol de prestación pública de los servicios. En primera instancia, el reordenamiento de los tres niveles de atención, el cual incorpora un primer nivel de atención con enfoque preventivo, vinculado a los EBAIS. Esto configuró el sistema de atención de acuerdo a la planificación territorial. En segundo lugar, separación de funciones entre instituciones y dependencias, el Ministerio de Salud se coloca como rectoría en materia de salud, y la CCSS agrupa la prestación de servicios, y los campos gerenciales (financieros, administrativos y médicos) (Martínez-Franzoni, 2005).

El otro elemento tiene está ligado al desarrollo de un modelo de asignación de recursos a partir de las necesidades de la población, el cual en la práctica no se completó (Martínez-Franzoni, 2005) y que, por el contrario, trajo consigo disputas entre distintas visiones sobre el rol de los proveedores de la salud, sobre todo por el rol de los servidores privados y la compra de servicios, lo cual hasta el día de hoy es un elemento de discusión. En cuarto lugar, la definición de la canasta de servicios, según Martínez-Franzoni (2005), fue relativamente comprensiva de las necesidades, al incorporar servicios especializados.

Estos aspectos se originan en la intensión del gobierno y de la Junta Directiva de la CCSS de modificar el sistema administrativo de la CCSS a través de la lógica de la Nueva Administración Pública (NAP) como modelo administrativo. La pérdida de autonomía administrativa y financiera, la toma de decisiones discrecionales, la desconcentración en las compras y, por ende, el aumento del gasto de las misma, y la duplicidad en las unidades de apoyo, son alguno elementos mencionados por Martínez-Franzoni et al. (2019) como causantes de impacto contra la arquitectura pública de la seguridad social y la atención de salud en el marco de la reforma.

Precisamente, para Martínez-Franzoni et al. (2019) el factor de explicación con mayor peso, respecto al aumento de la presencia privada en el país, se debió al intento fallido de modificar la estructura administrativa desde el enfoque de la Nueva Administración Pública (NAP), para moldear las dinámicas de práctica dual, y allanar el camino para la ampliación de proveedores privados de la salud, “[l]a expansión de los proveedores privados ha sido una reacción a la crisis económica [...] y a la creciente incapacidad del Gobierno de ofrecer servicios de calidad” (p. 197).

Nótese que la discusión sobre los proveedores privados trae consigo una dinámica mucho más definida que permite a dicha oferta una “ventana de oportunidad” a partir de las transformaciones de modelo económico y administrativo en el país. En este sentido, el modelo recién implementado de asignación de recursos por necesidades se denominó “compromiso de gestión”, el cual desempeñó un rol de contrato para formalizar las relaciones entre las autoridades centrales y el proveedor de servicios (Rodríguez, 2005), enmarcado nuevamente en la fallida reforma administrativa de la CCSS, lo que posibilitó oportunidades de dualidad en la atención, y la proveeduría de los servicios.

Dicha oferta privada que se encontraba constreñida por un sistema altamente unificado, universal y centralizado en la CCSS y el Ministerio de Salud evidenció que mediante dicho modelo se podía desarrollar una dinámica de compra/venta de servicios con la CCSS. Precisamente, en dos niveles en las oficinas centrales, mediante el modelo de médico de empresa y el sistema de medicina mixta, y en el nivel desconcentrado, como áreas de salud y EBAIS (Martínez-Franzoni, 2005).

El proceso de tercerización servicios⁶³ de esta incipiente oferta privada tenía como principales cadenas de valor la prestación de servicios de limpieza, farmacia y medicamentos, exámenes de laboratorios, y medicina especializada, entre otros. Esto abre las posibilidades de expansión y desarrollo de la oferta privada en la contratación administrativa, lo cual generó una apropiación de los servicios públicos mediante dinámicas de mercantilización público/privadas (Herrero et al., 2001; Martínez-Franzoni, 2005), a la luz de los cambios en las trayectorias administrativas, financieras y de atención.

En añadidura, la oferta privada de salud presenta una gama mucho más amplia de servicios que fueron potenciados por la reforma al sistema de salud durante 1995 (Martínez-Franzoni, 2008), lo que permitió una apertura moderada en ciertas áreas de atención, y definió un nicho de atención en la clase media y media-alta a partir del vínculo que generó la lógica de mejor atención por capacidad de ingresos económicos, y definió una *economía de la salud*⁶⁴ como premisa y característica conceptual de su desarrollo posterior, impulsada en el plano internacional por las premisas y acciones del Banco Mundial, y entidades financieras asociadas a dicha organización (Martínez-Franzoni et al., 2019).

Cabe destacar que las imposibilidades de desarrollo de un modelo administrativo acorde a la expansión universal de los servicios habilitaron dinámicas de fragmentación, hecho que debilitó los resultados universales (Martínez-Franzoni et al., 2019) y, por ende, modificó la arquitectura pública devenida del universalismo desde la década de los sesenta. La fragmentación por inconsistencia administrativas, facilitó dinámicas de segmentación, dualidad y resonancia de presencia privada, al menos, para la década de los noventa e inicio de siglo XX, en el Gran Área Metropolitana (GAM).

6.2 Caracterización de la oferta privada de salud: entre la apertura de seguros y el desarrollo turístico médico

El desdibujamiento de la frontera entre el sector público y privado en la atención de salud se atenuó a inicios de siglo XXI, y encontró un campo por explorar, toda vez que el desmejoramiento de la atención pública se profundizó, la deuda del Estado con la CCSS se ensanchó, y los elementos administrativos a lo interno agrietaban el funcionamiento institucional.

Paralelo a estos cambios, tres importantes procesos socioeconómicos y políticos han caracterizado de forma importante a la oferta privada, más allá de la ventana de oportunidad que significó la reforma de salud, y los desaciertos en los cambios administrativos, por un lado, el incipiente

⁶³ Caracterizado por Bresser (2011) como un mecanismo de erosión de lo público, toda vez que genera transferencia de servicios públicos al mercado y propicia procesos de debilitamiento institucional.

⁶⁴ Se fundamenta en “individuos racionales que buscan maximizar sus intereses en el marco de profundas asimetrías de información entre quienes toman decisiones y quienes las ejecutan” (Martínez-Franzoni, 2005, p. 16), en el caso de la salud el obtener los servicios a partir de las condiciones económicas.

desarrollo del turismo médico, la entrada de la apertura de los seguros, y no menos importante, la entrada en acción de la Cámara Costarricense de la Salud (CCS).

A inicio del siglo XX la característica de las personas que acceden a la oferta privada estaba circunscrita a un aumento por decil de mayor ingreso en un 2.4%, sobre todo mujeres y en su mayoría en zonas urbanas, así como un pequeño sector de personas extranjeras con capacidad de pago, fundamentalmente en servicios odontológicos y cirugía plástica (Duran et al., 2001). Con estas características de la demanda, la oferta privada empezaba el siglo XXI con un panorama difuso frente a la estructura pública que presentaba altos niveles de cobertura y servicios, que propiciaban condiciones dignas de atención.

6.2.1 Turismos médico: Una ventana de oportunidad para el despliegue privado en el territorio

Un elemento que sin duda potencia el crecimiento del turismo médico es la creación de la Cámara Costarricense de la Salud (CCS) fundada en el 15 de febrero de 2017, que primeramente se denominó Consejo para la Promoción Internacional de la Medicina de Costa Rica (Promed). La CCS es un actor de carácter privado que agrupa a los centros de atención de la salud, consultorios, clínicas, hospitales, centros de formación académica, centros de investigación biomédica, farmacias, servicios de ambulancia, turismo médico, industria médica y farmacéutica entre otros, tiene 420 establecimientos asociados y contabiliza más de 150 miembros para el año 2021 (CCS, 2021)⁶⁵.

El objetivo primordial de dicha cámara está en optimizar condiciones internas para el sector privado mediante la articulación del sector, la apertura de los sectores, el establecimiento de relaciones público/privadas y la “apertura de nuevos mercados internacionales a través de una promoción integral del turismo médico y de salud en Costa Rica” (CCS 2021), es decir, crear condiciones para la expansión de la oferta privada al generar incidencia política en los espacios de toma de decisiones, que hasta hace quince años no tenía de forma articulada y definida una línea en un actor de presión e interés.

Aunado al rol fundamental de la CCS de salvaguardar las condiciones que permitan el avance de la oferta privada en el país con el objetivo de ampliar el mercado de turismo médico, incidir políticamente, generar asociaciones estratégicas con sectores como tecnologías médicas, y promover la oferta privada como mercado de servicios de salud en el país, lo cual está enmarcado en una coyuntura de amenaza a la universalidad de la seguridad social, y de apertura comercial.

Considerar que dentro del marco de negocios y expansión privada dirigida por la CCS se encuentra el desarrollo de turismo médico en el país, estipulado así en sus objetivos

⁶⁵ Cabe destacar que para la fecha de fundación en el 2017 alcanzaban 95 miembros asociados (Turismo Médico, 19 de febrero de 2017).

organizacionales (CCS, 2021). Posterior al paso de Promed a la figura de la CCS en el año 2017, una de las líneas orientadoras de la presión e incidencia política de dicho grupo de interés es facilitar la inserción de los mercados de turismo médico en el país (Turismo Médico, 19 de febrero de 2017), en captación del segmento poblacional de personas adultas mayores, salud bucodental, y cirugía plástica (Barquero, 2018) especialmente si se toma en consideración que el país es considerado a nivel mundial como uno de los mejores países para pensionarse, consistente en los últimos tres años en la revista especializada *International Living* (Garza, 2021).

El desarrollo del turismo como actividad económica toma relevancia en el marco del cambio de modelo económico en el país en la década de los noventa (Hidalgo, 2002a), pues logra aglutinar de diversos sectores de la producción (primario, secundario y terciario) alrededor de la fuente principal que sostiene la actividad, los recursos naturales (PEN, 2019). El potencial de encadenamiento del turismo, aunado a las condiciones socioeconómicas del país, lo cual ha favorecido el desarrollo del sector privados de salud, especialmente en el tercer nivel de atención que se puede considerar un ámbito de encuentro entre ambas ramas de la economía.

Para el 2016 el turismo receptor por tipo de viaje en la categoría de salud registró un 13.4% (BCCR e ICT, 2018), asimismo, para el año 2013 como motivo de salud y atención médica se registraron 7,904 personas, y se duplicó ese número para el año 2019, el cual presentó 19,769 personas en el rubro motivo de salud como justificación de ingreso al país, lo que significa el 0.6% de visitas recibidas en el año, y representa un crecimiento de 19% respecto al año 2018 (ICT, 2020); en cuanto al crecimiento de los ingresos económicos, para el año 2017 se registró la cifra de \$437 millones, que representó un crecimiento del 5% respecto al año 2016, y un 33% respecto al año 2013, según el Banco Central de Costa Rica (BCCR) el cual se encarga de la cuenta satélite de turismo (Fallas, 2018).

Hay un aumento paulatino en el número de visitas al país por motivo de salud y atención médica, sobre todo si se comprende que los servicios conexos, entre los cuales entran los servicios de atención de la salud humana y de asistencia social, presentaron un importante crecimiento durante el año 2012 el cual registró 5,870 establecimientos, el cual pasó, durante el año 2016, a 6,913 establecimientos relacionados a la atención de dicha área del turismo, (BCCR e ICT, 2012 y 2018), lo que presenta una importante oferta en dicha actividad económica y, por ende, un crecimiento.

Esta característica de la oferta privada de salud en conjunto con el sector turismo, encuentra su nicho de atención de salud en intervenciones médicas de índole odontológico, desarrollo y colocación de prótesis, medicina o cirugía plástica (Barquero, 2017) y en consonancia con lo expuesto por Massimo Manzi, director ejecutivo de la Cámara Costarricense de la Salud (CCS),

la captura de ese grupo de personas se da por un tema de precios y calidad de las intervenciones médicas, y el principal mercado, el cual es Estados Unidos.

Aunado a lo anterior, la Promotora de Comercio Exterior de Costa Rica (Procomer) identificó, durante el año 2016 que las características de la oferta privada de turismo de salud se centra en la aplicación de procedimientos o tratamientos médicos, más que en investigaciones; cuyos principales tratamientos se encuentran en un rango entre los 4.000 USD y 15.000 USD, lo que significa un ahorro entre 30% el 80% del costo (Procomer , 2016b); además, hay un vínculo entre los centros médicos y los sectores de viaje y estadía, los cuales facilitan el desplazamiento de los pacientes, los cuales dependen de la demanda y el grado de involucramiento (Procomer , 2016a).

El turismo médico puede considerarse un catalizador de la oferta privada de la salud, en la medida que genera progresivamente presencia en las regiones del país, y presenta variedad en la calidad, acceso y cobertura de los servicios en el plano territorial, pese a que Costa Rica no presenta, en sentido estricto, regímenes de bienestar subnacionales (Rodrigues-Silveira, 2009).

6.2.2. Apertura de Seguros: Catalizador de la oferta privada

Así como el turismo médico puede ser considerado un sector que se ve potenciado por la apertura gradual de los servicios privados de salud, estos a su vez se ven catalizados por un importante evento suscitado en el marco de la apertura comercial y de la firma del TLC con Estados Unidos, aprobado en el 2007 y puesto en vigencia entre el 2008, junto a la aprobación de la Ley N°8653, y es la apertura del sector de seguros (OCDE, 2019), que hasta dicho año, se encontraba monopolizado por INS, y vinculado al seguro obligatorio de la CCSS.

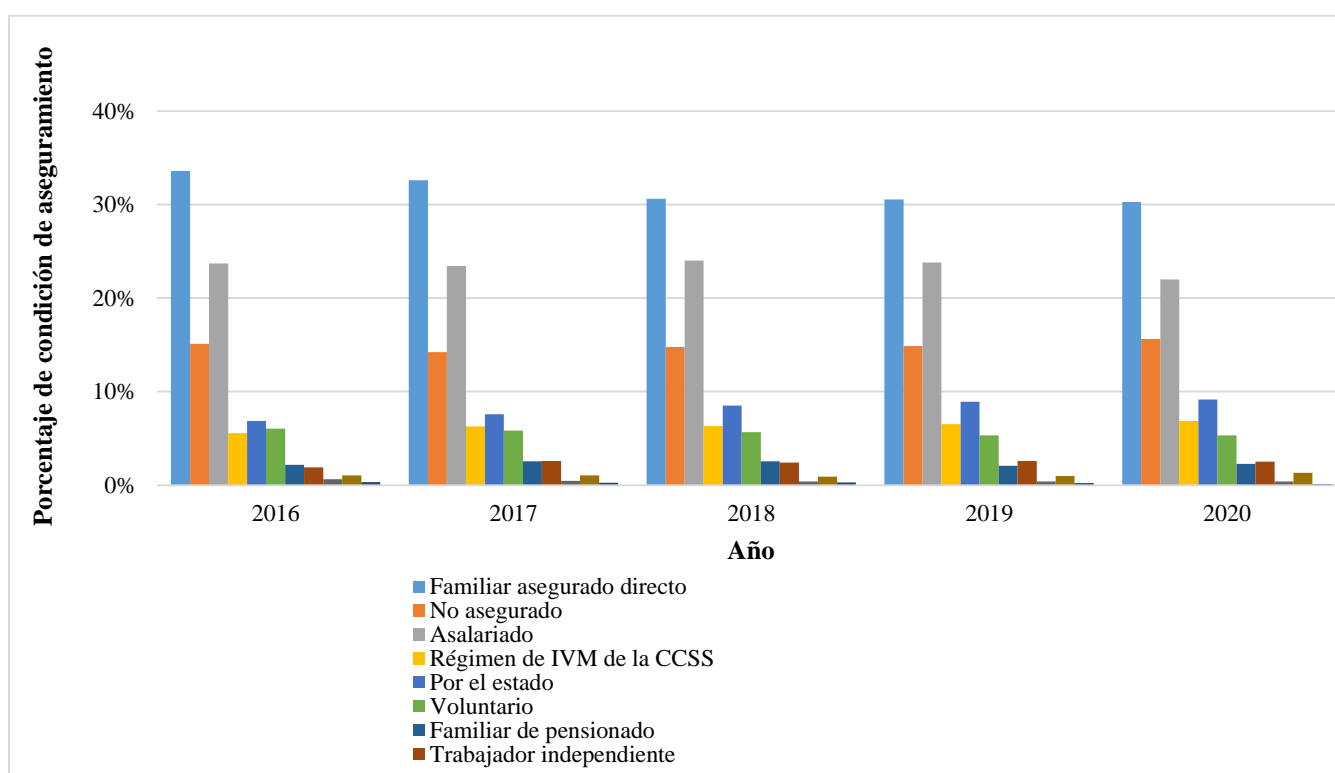
Con una baja participación de la oferta privada frente al sector público, y en condiciones de despliegue aún tenues respecto a lo esperado en el marco de la reforma de salud, el gasto privado realizaba un aporte del 3% del gasto total de salud (Duran et al., 2001), el mercado de seguros estaba supeditado a la institucionalidad pública a través de la CCSS (aseguramiento en salud) y el Instituto Nacional de Seguros (INS) enfocado en el área comercial con una oferta en seguro obligatorio de accidentes y riesgo de trabajo, el cual contaba a su vez con un importante respaldo ciudadano a la esfera pública. Sin embargo, las transformaciones de la cartera privada de salud, ya empezaban a desarrollarse paralelo a los cambios suscitados en el sistema de salud público, sobre todo en la dinámica de la proveeduría de salud, y aprovechó el fallo en la implementación del nuevo modelo de administración pública para la CCSS (Martínez-Franzoni, 2005; Martínez-Franzoni et al., 2019).

El Ministerio de Salud es claro al establecer que “[a] partir del 2008 se observa una mayor participación de empresas comercializadoras de seguros en el mercado nacional” (2018, p. 39), precisamente, al día de hoy, operan en el país 12 compañías aseguradoras privadas y una

aseguradora pública, en este caso el INS (OCDE, 2019), que paso de tener el 98% del control del mercado en el 2010, a un 63% en el 2018, y el resto de aseguradoras privadas a ocupar un 37% (Sugese, 2019).

En este contexto, los seguros médicos de centros de salud privados, así como de las propias aseguradoras encuentran un importante binomio de complementariedad para el fortalecimiento y ampliación de la oferta privada, por ejemplo, en el 2015 se registró un pago de primas por seguro de salud por \$106,7 millones, el cual pasó durante el 2017 a \$144,6 (Sugese, 2019). Aunado a los anterior, la OCDE (2019) expone que se presenta una disminución de la participación de la aseguradora estatal (INS) en la mayoría de las líneas de negocios, a un ritmo más lento, pero progresivo en el ámbito de los seguros, lo que a todas luces significa un campo por explorar investigativamente, sobre todo, las implicaciones para la universalidad de los servicios, y el fortalecimiento en la oferta, elemento que puede caracterizar una expansión paulatina de la misma.

Gráfico 12. Costa Rica. Condición de aseguramiento 2016-2020



Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Hogares - Enaho, 2016-2020 (INEC, 2021).

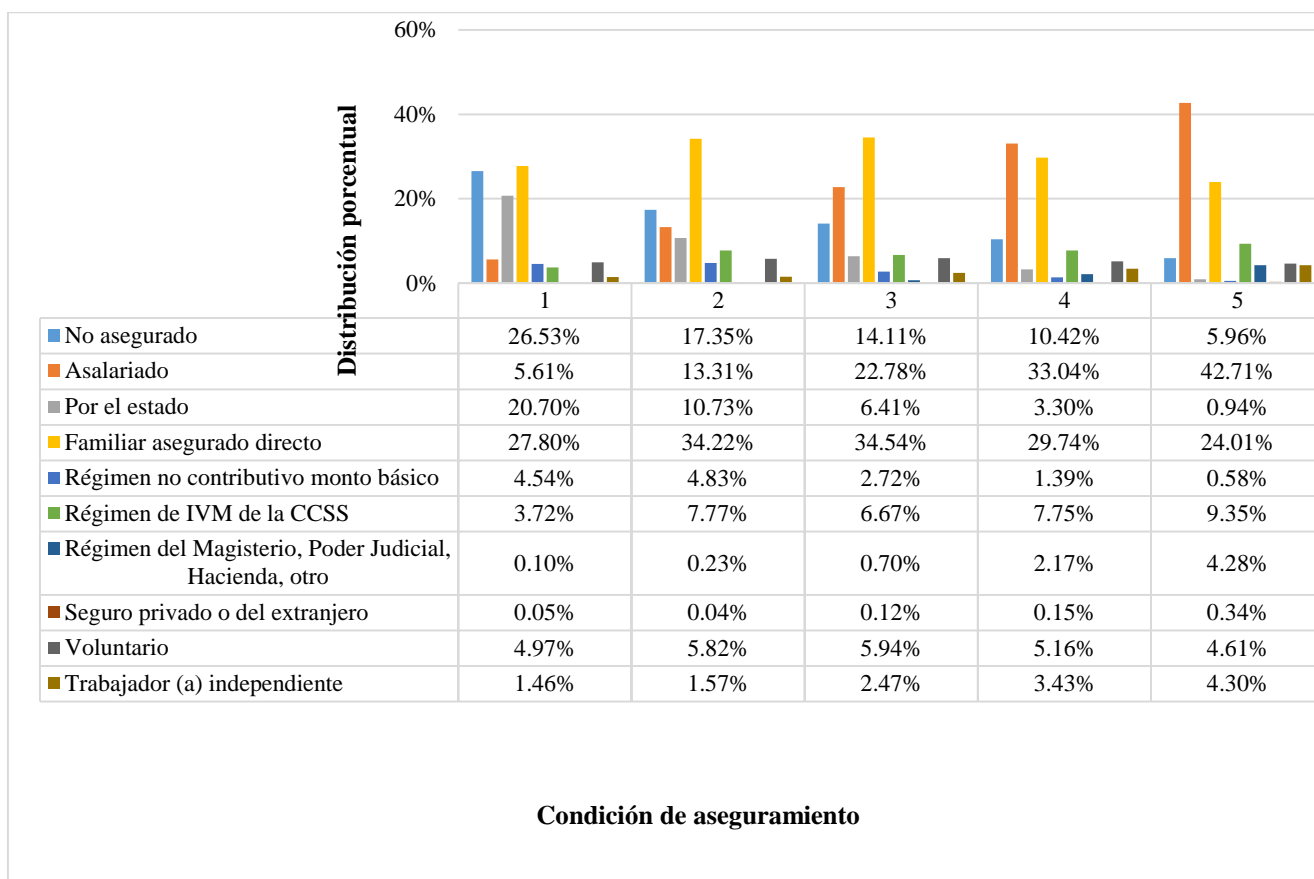
Tal y como se muestra el país alcanza niveles importantes de cobertura de seguros de salud, fundamentalmente desde el ámbito público, por ejemplo, para el año 2019 llegó a un 91,08% (CCSS, 2019) que sostiene dichos porcentajes de cobertura de seguros por más de 20 años, sobre todo por la lógica obligatoria y por el acceso a los servicios de salud.

Aunque parezca ínfimo el aporte del aseguramiento privado, lo cierto es que este se encuentra registrado desde el año 2010 donde logró incorporar a unas 8,593 personas, mientras que para el año 2019 registró 11,798 personas (CCSS, 2019), que si bien puede ser visto como un aumento poco significativo en comparación con el tiempo y el despliegue de la oferta, dichos números demuestran que, en condiciones de desfinanciamiento, desmejora de los servicios públicos y en momentos de crisis, dicha oferta de aseguramiento puede absorber un importante grueso de personas.

Aunado a lo anterior, y consecuencia con los datos de gasto de bolsillo, gasto privado y formas de aseguramiento privado, se observa en Costa Rica un aumento en la mercantilización (Martínez-Franzoni, 2012) de los servicios de salud, en la medida que se “corta distancia” de los grados de independencia entre los servicios de salud y el poder adquisitivo de las personas, lo cual supedita la oferta a las condiciones socioeconómicas de la demanda. Precisamente, el proceso de mercantilización (aumento del gasto de bolsillo y aseguramiento privado) tiene un correlato en las diferencias del “consumo” entre los ingresos de los hogares. Para Mesa-Lago (2008) está segmentación genera desigualdades en el acceso, zonas geográficas y en la calidad.

Por ejemplo, en el Gráfico 13 se evidencia cómo el quinto quintil tiene mayores rendimientos y cobertura de aseguramiento, sea público o privado, además, de ser el quintil de mayor consumo de aseguramiento privado para el año 2020, y precisamente consume porque su adquisición está supeditada al ingreso por hogar. Este factor, como se ha mencionado con anterioridad, promueve una diferenciación en el acceso a los servicios de parte de la demanda, la cual involucra una segmentación de los servicios por aseguramiento, por ende, en la utilización de la cartera de servicios de salud, como lo ha mencionado Martínez-Franzoni, este elemento presenta una disyuntiva para los quintiles de mayor ingreso respecto al doble pago de servicios, que una dicotomía pública/privado por capacidad adquisitiva.

Gráfico 13. Costa Rica. Quintil de ingreso per cápita del hogar por condición de aseguramiento, 2020



Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Hogares - Enaho, 2020. (INEC, 2021).

Esta ruptura en el sistema universal público de la salud puede apreciarse gradualmente, en general, como un proceso más asociado a la apertura comercial y la dinámica de liberalización económica. Sin embargo, hay un punto de inflexión en la medida que la característica fundamental de la mercantilización de los servicios de salud está condicionada a un esquema de desigualdades culturales, territoriales, de género, y trabajo en una coyuntura de crisis económica en Costa Rica, a partir de los procesos de alto endeudamiento antes de la pandemia de COVID-19 y producto de esta entre el año 2020 y 2021.

No obstante, este proceso con potencial erosionador de la oferta pública se enfrenta a un sistema obligatorio de salud pública en la CCSS, que genera contención a una apertura acelerada del aseguramiento, por ende, al debilitamiento de las fuentes de financiamiento de la salud y limitación de los servicios. Esto no inhibe que en el mercado de seguros médicos privados se esté desarrollando un doble aseguramiento médico, por un lado, el pago obligatorio a la CCSS, y en otras vías, un gasto de bolsillo en seguros familiares e individuales médicos en conglomerados médicos.

6.2.3 Ampliación del mercado privado de salud: Amalgama de condiciones y factores

Según Acosta et al. (2011) Costa Rica presentan un sistema de salud dominante en términos de su cobertura, sin embargo, a partir de la aprobación del TLC con EEUU y Centroamérica, y de las transformaciones suscitadas a lo interno de la CCSS se presenta un sector privado que, en amalgama con otras actividades económicas liberalizadas, como turismo y seguros, han generado un clima que permite una expansión tenue y gradual, donde la oferta privada se alimenta de la infraestructura institucional en su ámbito de proveeduría, y en lo externo, de los cambios socioeconómicos de las personas usuarias (Acosta et al., 2011; Briseño, 2008).

Nótese en el Cuadro 3 que las inversiones de mayor peso económico se concentran, territorialmente, en la GAM y específicamente en la provincia de San José, aunque se resalta una expansión paulatina hacia Cartago y Heredia, en cuanto a presencia e inversión privada. Una de las principales discusiones alrededor de estas inversiones radica en su vínculo con la creciente presencia del turismo médico en el país (Barquero, 2018; Fallas, 2018a, 2018b; Garza, 2021; ICT, 2020), sobre todo, en aquellas áreas médicas donde se ha concentrado la atención privada de mayor captación del turismo, es decir, especialidades médicas y quirúrgicas (Fallas, 2018a; Fernández, 2014; Rodríguez, 2005).

Cuadro 3. Costa Rica. Principales inversiones de hospitales privados para el segundo y tercer nivel de atención entre 1999 y 2019.⁶⁶

Hospital	Año	Inversión	Motivo de la inversión
Hospital CIMA	1999	\$11.5 millones	Inversión para apertura del Hospital Cima, San José.
Hospital CIMA	2005-2007	\$6 millones	Segunda etapa Torres Médicas del Oeste, San José.
Hospital CIMA	2009	\$3.5 millones	Ampliación de cuatro quirófanos, San José.
Hospital La Católica	2009	\$25 millones	Inversión en instalaciones para turismo médico, Goicochea, San José.
Hospital Cima	2009-2012	\$15 millones	Apertura de sede Hospital CIMA Guanacaste, ubicado en Liberia.
Hospital Clínica Bíblica	2010	\$15 millones	Edificio de parqueos (siete pisos) y helipuerto.
Clínica Zahha	2010	\$1 millón	Apertura de centro médico.
Hospital Metropolitano	2012	\$5 millones	Nueva torre médica en San José.

⁶⁶ Es importante resaltar que la información procesada en este cuadro se recuperó a partir de una búsqueda en fuentes secundarias de información, fundamentalmente noticias y reportajes periodísticos; se utilizó el sistema de búsqueda del Sistema Nacional de Bibliotecas (Sinabi) de Costa Rica de la Biblioteca Nacional. Este proceso se realizó mediante un análisis de medios de información.

Hospital San Rafael Arcángel	2012	\$3.2 millones	Apertura de centro médico (incluido centro comercial), Liberia.
Torre Médica Pinares	2013	\$32 millones	Apertura de centro médico, Cartago.
Hospital Metropolitano	2016-2017	\$13.2 millones	Renovaciones, aperturas y adquisiciones en la sede Central. Apertura complejo Marina Pérez en Quepos, Cabo Velas en San Cruz y Centro del Cáncer en La Uruca.
Hospital Clínica Bíblica	2017	\$ 17 millones	Inversión de la sede en Heredia.
Hospital La Católica	2017	\$2 millones	Equipos quirúrgicos y remodelación de espacios, San José.
Hospital Universal	2018	\$2.3 millones	Área de cuidados intensivos, consultorios médicos, y ampliaciones de habitaciones para pacientes, Cartago.
Clínica UNIBE	2018-2019	\$3 millones	Construcción de Torre Médica.
Hospital Clínica Bíblica	2019	\$25 millones	Sede del Hospital en Santa Ana, San José.
Hospital Clínica Bíblica	2019	\$1.2 millones	Centro de rehabilitación y terapia física, San José.
Hospital CIMA	2020	\$ 2.5 millones	Compra de tecnologías (laparoscópicas) para quirófanos, que permiten realizar procedimientos en 3D y 4K, San José.

Fuente: elaboración propia a partir de Arias, 1999; Barquero, 2019; Brenes y Morales, 2013; Chacón, 2012; Cubero, 2018; Fallas, 2019; Fallas, 2008a, 2008b, 2008c; Fernández, 2014; Garita, 2009; Garza, 2021; Gudiño, 2009; La Nación, 2012; Retana, 2009.

Empero, la fuerza de crecimiento de la oferta privada no está dada, únicamente, por las capacidades de inversión y expansión de los consorcios, cámaras y demás actores económicos vinculados, sino paralelo a esto, hay que resaltar el vínculo que se gesta con las transformaciones en la arquitectura pública de salud, devenidas de la reforma al sector (Martínez-Franzoni, 2012), y a las modificaciones en los patrones de ingreso y comportamiento socioeconómico de ciertos segmentos de mayor concentración de la riqueza, o bien, con mayores posibilidades en el acceso, ejemplo de esto es lo mencionado por Durán et al. (2001) alrededor de veinte años antes del impulso de la oferta privada:

[...] que la oferta de servicios hospitalarios privados se encuentra restringida por la existencia de un sistema hospitalario público desarrollado que deja poco espacio para el desarrollo del sector privado; de hecho, los hospitales privados costarricenses poseen una capacidad resolutoria limitada, que no alcanza las atenciones especializadas que sí brindan los hospitales del Seguro Social. Este factor, evidentemente, limita las opciones para demandar servicios hospitalarios en el sector privado, o bien, restringe la competitividad de los hospitales del sector privado. (Durán et al., 2001, p. 25).

Si se continúa con la discusión planteada en el capítulo analítico-metodológico, se infiere que el turismo médico como expresión económica, está dirigido a un sector potencialmente ubicado en los quintiles de mayor ingreso, lo que dota gradualmente de una característica socioeconómica de ingreso a los servicios privados que tiene como segmento cautivo a las personas extranjeras de mayor ingreso económico (González et al., 2019; Harbers et al., 2020; Otero-Bahamón, 2020).

No obstante, el desarrollo privado de la salud en el país ha permeado en sectores socioeconómicos de ingresos medios mediante estrategias de aseguramiento, con planes que permiten cierta accesibilidad a una cartera de servicios, de tipo prepago, y en condiciones de acceso inmediato, sin pasar por los filtros de atención o espacios de espera. Un caso ejemplar es el sistema *Medismart*, perteneciente al Grupo Montecristo⁶⁷, mismo consorcio empresarial que administra el Hospital Metropolitano.

Medismart es un sistema prepago que permite el acceso a ciertos servicios de salud en una dinámica de red de establecimientos de salud, que genera una presencia territorial fuera de la GAM a los servicios de ciertas clínicas especializadas, y a un precio accesible para un sector económicos de ingresos medios y medios-altos, así como con tarifas que van desde los \$13 mensuales, a los \$162 anuales, o bien, otro que ronda los 12.43 USD en el plan empresarial, el cual se tiene una cuota mensual por cada trabajador (Medismart, 2021).

La utilización de herramientas de aseguramiento, servicios de captación de gasto de bolsillo, estructura de red en la atención y en la presencia territorial, y oferta accesible económicamente a los sectores de ingreso medio, son algunas de las características más importantes de la oferta privada que se desarrolla desde hace quince años en el país, y que a su vez refleja una diversificación en sus formas de negocio.

Este fenómeno tiene sus implicaciones directas en la universalidad de los servicios en la medida que supedita el acceso de la salud a los ingresos y la capacidad adquisitiva (Bermúdez et al., 2013; Martínez-Franzoni, 2012; Pribble, 2013), reduce la coalición de clases y sectores sociales, reduce el carácter solidario, ensancha las dinámicas desiguales de un servicio que se supone universal y presenta un proceso paulatino de empoderamiento simbólico y económico de esa presencia privada. Sojo (2008), menciona que las dinámicas de mercantilización de los servicios públicos rompen con el principio de servicio público por una lógica de ponderación costo-beneficio,

⁶⁷ Grupo Montecristo, pertenece al patrimonio de la familia Durman Esquivel, asociada un importante sector económico nacional y centroamericano. Para el año 2017 la revista Forbes México logró identificar la fortuna familiar Durman Esquivel en \$400 millones (Fonseca, 2017). El Grupo Montecristo, fundado en 1959, se concibe como un *holding* con inversiones en las áreas de comercio, sector inmobiliario, agroindustria, sector financiero, desarrollo de *software* y en el área de salud (Grupo Montecristo, 2021). El Grupo Montecristo, y en específico la familia Durman Esquivel, está asociada a un sector empresarial nacional y transnacional, por ejemplo, estableció en el 2009 una alianza estratégica con el grupo el sistema de construcción Aliaxis, el mayor *holding* en la fabricación de productos de plástico (Morales 2010; Zuercas, 2019).

moviliza el *locus* de la atención de salud como derecho, y lo concibe como un intercambio monetario mediado por procesos de comercialización y de capacidades previas de adquisición (Pérez-Sainz, 2016).

6.3 Conclusiones

Así las cosas, se resaltan una serie de procesos históricos sobre lo privado que encuentra asidero en la transformación institucional, económica y política de los años ochenta del siglo pasado signadas por una modernización globalizada (Pérez-Sáinz, 2016), la cual ha posibilitado condiciones para una ampliación de la oferta de salud privada que encontró sustento en la transformación institucional, económica y política de los años ochenta.

En el campo de la oferta privada, este cambio se vincula con el desarrollo turístico de la medicina privada, así como la apertura en el aseguramiento. Estos elementos han ampliado las capacidades de inversión en el sector privado, y en los últimos quince años con mayor fuerza en el tercer nivel de atención, mediante la generación de estrategias de comercialización de los servicios de ampliación de la canasta de servicios y una apuesta por la captación de segmentos socioeconómicos con mayores privilegios en los ingresos.

En síntesis, las principales características de la oferta privada se presentan en los siguientes puntos:

- En trayectoria histórica, hay un reflejo de constantes intensiones de generar procesos de fortalecimiento de la oferta privada mediante propuestas dirigidas directamente desde el espectro institucional público (Botey, 2016; Güendell et al., 1994; León, 2018; Martínez-Franzoni, 2005; Palmer, 1999). Estos elementos se ven reforzados por un relacionamiento del funcionariado público, élites empresariales y el sector médico privado, esta característica es sostenida en el tiempo.
- La oferta privada de salud presenta distintos periodos en su consolidación. En un primer momento, a finales de siglo XX e inicios de siglo XXI, esta oferta privada se caracterizó por un avance en servicios puntuales de clínicas y consultorios privado, así como farmacias privadas; en un segundo momento, durante la primera década del siglo XXI se transitó hacia inversiones en centros privados más especializados y exclusivos en la GAM, y de forma menos intensiva y especializada, en cantones periféricos, sin que esto implique un avance significativo; en un tercer momento, en la última década del siglo XXI, se evidencia un aumento de la inversión en centros médicos altamente especializados focalizados en una demanda con niveles adquisitivos altos y de turismo médico, aunado a las bifurcaciones en mecanismos de aseguramiento privado y de servicios médicos y farmacéuticos de generación de gasto de bolsillo.

- Se caracteriza la oferta privada de salud por un doble enfoque de atracción de demanda: en primera instancia, una demanda con capacidades adquisitivas medias-altas y altas que permite un pago considerable por servicios especializados (exámenes y cirugías – menores y mayores-), así como una abierta campaña de atracción del turismo médico; y en segunda instancia, un enfoque de atracción de demanda de los sectores medios en gastos de bolsillo mediante prácticas de doble aseguramiento y paquetes de servicios individuales con capacidades extensivas al núcleo familiar.

Esta característica se reafirma de forma notable en los últimos diez años, y tiene como origen la apertura de los seguros. Se entiende que la apertura comercial se dio en el campo de seguros comerciales, no obstante, como forma inercial, esto se posibilitó extensivamente al campo de la salud.

- Un potencial caracterizador de la oferta privada está dado en los procesos de inserción comercial de Costa Rica en el mercado de turismo médico, sumado al desarrollo estratégico de los conglomerados de salud que focalizan su atención en este segmento de comercio. Esta característica tiene un correlato territorial que puede verse potenciado por estrategias de generación de incentivos para el desarrollo de centros médicos de salud fuera la GAM, con el fin de capturar dicho turismo médico. Tal cual lo ha constatado la literatura especializada (Alves, 2015; Filgueira, 2014; Martínez-Franzoni et al., 2019; Rodrigues-Silveira, 2013 y 2017), este proceso puede potenciar la fragmentación de la atención, y la segmentación población por ingresos.

En conclusión, hay un vínculo de esta caracterización con el capítulo 3 (enfoque analítico-metodológico), específicamente en la relación público-privado y la construcción de trayectorias de mercantilización paralelo, y en presencia, de un sistema público de salud de carácter universalista. Se logra constatar que esta oferta privada no se generó como espejo de la oferta pública universalista, por el contrario, hay una serie de elementos vinculados a las transformaciones institucionales e inserción de la modernización globalizada de signo neoliberal, que potenciaron la ampliación de la oferta privada.

Esta dinámica también desafía el carácter universal, en la medida que genera una bifurcación de la inversión de salud en los hogares, genera una ampliación de la proveeduría de servicios privados en sectores poco especializados y de primera atención, lo cual estruja en el tercer nivel de atención de la salud relativa a procesos complejos, por tanto, más costosos; y promueve estrategias de comercialización (v.g. *Medismart*) de la salud desde un principio de extensión territorial en la atención primaria, además, sofoca los procesos institucionales de atención ya disponibles mediante la institucionalidad pública.

Estos elementos se articulan con los resultados empíricos de los capítulos 4 y 5, en la medida que la caracterización de la oferta privada genera pistas de las trayectorias y las potenciales vías de

acción privada, sobre todo, en las transformaciones territoriales y sus impactos en las poblaciones vulnerabilizadas, lo cual genera riesgos en la atención de salud, si se parte de esta como un derecho. Además, permite señalar que este campo privado de la oferta de salud no aumenta directamente como espejo de la oferta pública, en otras palabras, la oferta privada puede aprovechar grietas en el campo público de atención de salud, pero su desarrollo se debe a elementos exógenos ya explicados.

Capítulo 7- Conclusiones e implicaciones para el universalismo de la política social

Los hallazgos empíricos demuestran un desplazamiento gradual pero consistente en el tiempo, hacia la oferta privada y su presencia a nivel territorial. Este capítulo presenta las conclusiones de esta investigación y discute sus implicaciones para el universalismo de la política social, la seguridad social, el sistema de salud y el vínculo territorial. Para ello compila los principales elementos empíricos derivados de los capítulos antecesores, y utiliza como lente el acápite que desarrolla el enfoque analítico-metodológico. Asimismo, se discuten implicaciones para la investigación académica y los estudios especializados. Se proponen una serie de líneas para potenciales investigaciones, así como recomendaciones de carácter político para la toma de decisiones.

7.1 Conclusiones

Esta investigación pone en relieve un ámbito opaco de los estudios sobre política social, es decir, el plano territorial y su comportamiento en condiciones de avance asimétrico de la relación público-privado a favor de los intereses particulares. Este elemento tiene que ver directamente con la consideración de la idea que concibe el acceso a la salud, en un sistema de democrático, como un derecho humano, que debe ser garantizado en términos de su calidad y suficiencia, aunado a la relevancia política y estratégica de Costa Rica como uno de los pocos casos en el Sur Global que ha generado arquitecturas de política unificadas y universales para la atención de la salud.

Las conclusiones de la investigación reúnen las diferentes reflexiones parciales que se desarrollaron en los capítulos empíricos (caps. 4, 5 y 6) y desde el marco ofrecido por el capítulo de enfoque analítico-metodológico (cap.3) que orientó las diferentes discusiones.

Una parte primordial de este último acápite tiene que ver con la hipótesis planteada y con los principales resultados derivados del análisis. Nótese que la investigación da cuenta, primero, de una ampliación de la oferta privada en condiciones de una estructura consistente y robusta de la oferta pública a nivel territorial (sin una ausencia de la misma). Segunda, puntualiza que dicha oferta privada no se comportó como espejo de los servicios públicos en el territorio para el tercer nivel de atención; por el contrario, ha presentado dinámicas de concentración de la oferta privada a nivel de la GAM.

Empero, la hipótesis planteada se constata parcialmente en tanto la oferta pública, no solo se mantiene en términos de su unificación, sino que se profundiza en ciertos servicios (cap.5). Al mismo tiempo, se presenta un aumento de oferta privada, pero de forma concentrada en el

territorio (cap.4), lo cual da lugar a un fortalecimiento en las dinámicas de mercantilización (cap.6).

En estas condiciones, la hipótesis deja abierta la posibilidad de generar otras investigaciones de orden causal que permitan explicar la relación del avance concentrado de la oferta privada en el territorio, sobre todo, al vincular elementos de composición socioeconómica de la demanda (es decir, de las personas usuarias) y transformaciones en el modelo económico del país.

Los capítulos anteriores dan cuenta de una oferta privada que ha buscado por diferentes mecanismos un fortalecimiento de sus condiciones frente a la oferta pública desde una óptica de apertura comercial, las deficiencias internas y los cambios en las condiciones de consumo, lo cual genera un desplazamiento de la *salud como un derecho* a la *salud como mercancía*.

Especialmente, sería importante profundizar en la comprensión de la intrincada relación público-privada, pues a consideración del investigador, este aspecto está construyendo las condiciones de funcionamiento de la oferta pública, y se suma a las condiciones institucionales internas que limitan el fortalecimiento del universalismo en dicho campo.

Si bien este estudio sugiere que la oferta privada no crece como espejo de los servicios públicos en el tercer nivel de atención en el territorio, es medular abordar esta hipótesis en otros niveles de los servicios, por ejemplo, en el primer nivel de atención y en los servicios de consulta privada médica (general o especializada), fundamentalmente, en la consulta privada especializada que puede generar dinámicas de erosión mucho más fuertes contra la CCSS en términos de la trazabilidad que implica una atención diferenciada en lo privado en contraposición a una cirugía o intervención mayor en la CCSS.

Estas consideraciones llaman la atención respecto a la intervención de factores mercantilizadores sobre los legados de la política y las variaciones subyacentes en el territorio, que potencialmente pueden ensancharse, al igual que la brecha de ingreso, y generar desigualdades entre centros-periferias, poblaciones, accesos a servicios y desarrollo humano. Es necesario un abordaje desde la construcción de política pública, y toma de decisiones, que se proponga dar cuenta sobre otros tipos de tensiones y erosiones que las relaciones público-privadas generan en los distintos campos de acción institucional, en específico, sobre la CCSS.

Este factor no es menor, y remite con precisión a la necesidad de abordar, en su conjunto, las desigualdades persistentes en las dimensiones económicas y de ingreso, sobre todo, porque en condiciones de agudización de la desigualdad, las fracturas sociales pueden llevar a escenarios de polarización socio-cultural y económica, y generar un potencial peligro a la democracia como sistema.

La búsqueda de la equidad, igualdad y solidaridad en la sociedad costarricense debe convertirse en un bastión de las discusiones futuras sobre política social, universalismo y territorio, para potenciar la unificación de las arquitecturas, y promulgar políticas sensibles en las regiones, cantones y poblaciones, desde una óptica de ampliación de derechos y servicios.

7.2 Implicaciones para la investigación académica

Las relaciones sociales y políticas implican una serie de asimetrías en el uso del poder (cohesivo/coercitivo), y tiene como base una capacidad relacional, que permite a un determinado actor (actores) establecer, influir y posicionar de forma estratégica su agenda de intereses (económicos, políticos, culturales) (Castells, 2009). Este elemento tiene un correlato de externalización e implicaciones en la generación e implementación de políticas públicas, y en el quehacer investigativo.

Otero-Bahamón (2019) alerta sobre esta implicación en términos del desarrollo analítico sobre las políticas sociales, las variaciones subnacionales y la utilización metodológica adecuada para dar cuenta sobre las trayectorias de las desigualdades (territoriales, de género, etnia, ingreso, educación, salud, etc.), y sus manifestaciones en la realidad de las personas. Esta investigación posiciona en su enfoque analítico-metodológico los principales elementos necesarios para la aproximación del análisis de lo subnacional (desde una dimensión social), y aplicados al estudio de las arquitecturas de política social (Martínez-Franzoni, 2019; Otero-Bahamón, 2019).

En términos de la contribución al reservorio de estudios sobre política social, la investigación incorpora dos elementos medulares que deben abordarse con mayor profundidad en futuras investigaciones: en primer lugar, la importancia de dar cuenta sobre el comportamiento de las trayectorias de arquitecturas de políticas en el plano territorial de forma longitudinal, con la clara intención de profundizar en los legados de política y su interacción con el territorio (Rodrigues-Silveira, 2013; Pribble, 2013).

Las implicaciones de este aspecto, sumado al uso de la inteligencia de datos y los macro datos (*big data*), proporcionan una herramienta estratégica para la generación de política social de precisión en términos de cobertura, las capacidades de distribución y redistribución, y la suficiencia de las políticas, lo cual favorece la comprensión de las externalizaciones de los agravantes de las desigualdades.

El segundo elemento guarda relación con la ampliación de las capacidades metodológicas para dar cuenta sobre las variaciones de las *desigualdades sociales subnacionales*⁶⁸ (Otero-Bahamón, 2019), sobre las cuales, como lo menciona la autora, deben comprenderse una serie de recursos metodológicos e indicadores de faciliten la identificación de las condiciones de acceso, cobertura y oferta de un determinado servicio.

El aporte, en la vía antes señalada, tiene que ver con la territorialización de las arquitecturas de política social en la utilización de indicadores o *proxy* no acumulativos, acotados y con una fuente segura de procesamiento (Otero-Bahamón, 2019), y no endógenas en el territorio (Giraudy et al., 2020), de ahí que los indicadores de nacimiento y lugar de residencia de la madre utilizados para el análisis territorial del comportamiento y movilización de la demanda relativa a la oferta de servicios provee estas características propuestas por la literatura especializada (Otero-Bahamón, 2019; Rodrigues-Silveira 2013).

Sumado a lo anterior, este enfoque metodológico propicia una novedosa forma de aproximación (al menos en el país) al análisis de las relaciones público-privado de la salud en plano territorial, y con escala en lo local-subnacional en el país, que puede ser replicable con indicadores similares, en arquitecturas de políticas universales, con legados de política y en condiciones de trayectorias mediadas por relaciones de mercantilización tendientes a la vulneración y erosión de los sistemas universales.

Metodológicamente hay un aporte en doble mirada nacional/subnacional, que favorece a la profundización investigativa de procesos y fenómenos sociopolíticos e institucionales comúnmente analizados desde lo macro-nacional, como bien lo señala Synder (2001), esto puede ocasionar una *falsa percepción de homogeneidad* del desarrollo institucional en el territorio, que oculte trayectorias diferenciadas, dificultades en el acceso y la cobertura, y en especial para la investigación, relaciones público-privado con potencial erosionante de la universalidad y de reconfiguración de lo público.

Esta implicación académica se circunscribe a la necesaria de ruptura con el nacionalismo metodológico y las posiciones homogeneizadoras de las políticas sociales y el quehacer institucional (Rodrigues-Silveira, 2013; Haberts et al., 2020). Esta aproximación tiene una implicación académica, pues contribuye, de manera necesaria, a ampliar el reservorio de investigaciones que permitan analizar y comprender las trayectorias de políticas sociales en el territorio, para dar cuenta de variaciones subnacionales que afectan la unificación de las

⁶⁸ Entendidas estas como “diferencia entre unidades subnacionales de un mismo país en dimensiones relacionadas con las capacidades necesarias para acceder a las cosas que las personas tienen razones para valorar” (Otero-Bahamón, 2019).

arquitecturas en contexto de países con sistemas administrativos centralizados y unitarios, como lo es el caso costarricense.

Se presenta una imperiosa necesidad de profundizar la línea investigativa sobre políticas sociales universales, específicamente, aquella que permita indagar sobre los potenciales agravantes de la erosión que limita la unificación de las arquitecturas, por otro lado; la exigencia de fortalecer los mecanismos de toma de decisiones y construcción de política sociales suficientes, sustentables y equitativas (Martínez-Franzoni et al., 2019).

Este llamado tiene asidero en una importante conclusión: la opacidad de la relación público-privado, sus campos de acción, sus estrategias de ampliación de servicios, la doble práctica, la difícil trazabilidad de la demanda (usuarios) respecto al proveedor del servicio (privado o público), limita las capacidades de observación y análisis sobre la seguridad social y el sistema de salud, lo cual inhibe acciones políticas concretas que eviten los procesos de erosión.

Es medular retomar las investigaciones tendientes a estudiar el componente administrativo-institucional en el sistema público de salud que favorecen, o amplifican, las dinámicas de mercantilización de los servicios de salud, t por tanto, limitan su unificación con el ecosistema de política sociales (universales y selectivas).

A lo largo de la investigación se pudo constatar la necesidad y la importancia de ahondar, investigativamente, en los estudios sobre variaciones subnacionales, arquitecturas de política y universalismo de la política social, en cuanto a la justificación social y política de puntualizar las transformaciones suscitadas a lo largo de los últimos cuarenta años, las cuales han generado importantes modificaciones en la política social y en las condiciones institucionales del sector salud.

Surgen de este proceso una serie de interrogantes que esperan ser abordadas en futuras investigaciones, en especial, por la importancia de profundizar en aquellas relaciones de poder (relación público-privada) que generan disparidades y asimetrías en el acceso, la cobertura, suficiencia, calidad y sustentabilidad de las políticas sociales universales extensivas al grueso de la población, más allá de la procedencia, ingresos, condición social, educación, territorio, género etc., y que hoy en día presentan importantes constricciones para su óptimo funcionamiento y ampliación en lo relativo a canastas de servicios y derechos.

Una potencial línea de investigación, que complementaria este tipo de análisis, es indagar qué acontece en el ámbito institucional, específicamente, en la arquitectura de política, en tanto calidad y suficiencia de los servicios de salud público, que potencialmente pueden generar procesos de “migración” de la demanda a la oferta pública. En la aproximación académica de una investigación de la calidad se recomienda guardar un espacio para la presencia territorial de la

oferta pública, sobre todo para el primer y segundo nivel de atención de salud, donde pueden generarse dinámicas de mercantilización mucho más profundas.

En conclusión, se presenta una gama de oportunidades para el desarrollo de futuras investigaciones, que logren compilar enfoques de análisis como la relación público-privadas en arquitecturas de política pública, variaciones subnacionales, universalismo de la política social, y la interrelación que subyace en estos campos. ¿Es la oferta pública suficiente en cobertura y equidad? ¿cuáles elementos estructurales movilizan la demanda desde la oferta pública hasta la oferta privada, y si es así, se genera un retorno posterior a lo público? ¿qué elementos conforman este proceso de mercantilización y erosión de lo público?, ¿Cuál es la principal forma de desarrollo del gasto privado en Costa Rica?

Estas preguntas se reafirman a medida que el desarrollo de la investigación de las asimetrías entre lo público y lo privado, en el sistema de salud y la seguridad social, se encuentra en un *impase* investigativo que no da cuenta de las trayectorias y las transformaciones que pueden ocurrir, no solo en la escala administrativa y de atención, sino en las capacidades de acceso. Una mirada arraigada en el territorio permite mejorar la comprensión de las desigualdades sociales subnacionales.

7.3 Implicaciones para la política pública y las arquitecturas de política social

En capítulos anteriores se detalló la trayectoria de la oferta privada a escala territorial (cuarto capítulo), las condiciones de la oferta pública en tanto gasto, capacidades de atención y trayectoria territorial (quinto capítulo), así como la caracterización de la oferta privada de salud (sexto capítulo), con la finalidad de dar cuenta sobre la hipótesis formulada, es decir, si el crecimiento del sector privado es espejo de la presencia, no es una respuesta ante la ausencia de los servicios de salud de la seguridad social en el territorio costarricense.

Precisamente, la misma hipótesis se deriva de la primera implicación para la construcción de política pública. En primera instancia, la presencia privada de oferta en el país para el tercer nivel de atención ha mostrado un crecimiento gradual, no homogéneo en el territorio. Se presenta una importante concentración de nacimientos en hospitales privados ubicados en la GAM (en San José en su mayoría), con una dinámica consistente de desplazamientos de nacimientos desde cantones periféricos.

Por su parte, la presencia pública, a lo largo de los veinte años que comprende estudio, ha generado un sistema consistente en el establecimiento de los servicios médicos para nacimientos, que permea desde el primer nivel de atención (EBAIS), hasta el parto mismo en el tercer nivel de atención, a pesar de un comportamiento general a la baja de los nacimientos en el país.

En conjunto, la expansión en el tercer nivel de atención de la oferta privada, si se utiliza como *proxy* los nacimientos, muestra un crecimiento paulatino, gradual, con variaciones subnacionales en el desplazamiento al lugar del parto por parte de la madre, toda vez que la oferta pública evidencia una presencia en el territorio consistente en términos de captación de nacimientos. Es decir, en presencia de la oferta pública, los servicios privados han logrado avanzar en su establecimiento en el territorio de forma concentrada en la GAM, con algunas excepciones de presencia en cantones como San Carlos, Pérez Zeledón, y Cartago.

Así las cosas, hay un conjunto de factores de decisión en la demanda (usuarios) que no fueron abordados por la investigación, pero que son nodales en la búsqueda de una explicación amplia sobre el comportamiento de la oferta privada y sus implicaciones respecto al sistema universal. Algunos de estos elementos tienen que ver con las dinámicas de preferencia de la oferta privada que genera un sector de la población con un importante acceso a recursos económicos, aunado a los incentivos de financiamiento (créditos y cuotas de pagos) que han favorecido el crecimiento de la oferta privada de servicios de salud en los últimos quince años (apertura de seguros y turismo médico -ver capítulo seis-).

Ambos elementos potencian dinámicas de erosión del sistema público en la medida que se dispara el gasto de bolsillo y empiezan a generarse desigualdades en el acceso y la calidad. Parte de lo observado tiene un fuerte componente de capacidades de atracción de la oferta a la demanda (exclusiva en términos de sus ingresos), consistente a lo que Otero-Bahamón (2020) refiere en la influencia que tienen las diferencias socioeconómicas en la capacidad de decisión sobre un determinado servicio y su potencial de ruptura contra los servicios públicos.

En la utilización del *proxy* de nacimientos las desigualdades no presentan brechas tan amplias, no se puede decir lo mismo de otros servicios donde las dinámicas de mercantilización han mostrado asimetrías favorables a lo privado, es decir, se presentan con mayor fuerza erosiones más notorias en los servicios de salud, por ejemplo, farmacias, consulta a especialistas y medicina general, o servicios de laboratorio, lo cual ocasiona una dualidad en el sistema de atención.

Esta implicación se aborda empíricamente en otras investigaciones que dan cuenta de los riesgos sociales que provoca un sistema dual de atención, en el cual los servicios de salud son diferenciados por las capacidades de adquisición e ingresos individuales y/o familiares (OCDE, 2017; Martínez-Franzoni, 2006; Martínez-Franzoni et al., 2011; Rodríguez, 2005), y donde la potencia de las políticas sociales universales, en conjugar coaliciones de clase, se ven reducidas, lo cual aumenta las brechas de segmentación (Martínez-Franzoni, 2006).

Ahora bien, estas implicaciones tienen un impacto directo en los *resultados* de política, específicamente, en la potencial forma del sistema de salud, y en las capacidades políticas e institucionales para generar un sistema mucho más unificado en términos de la elegibilidad, el

financiamiento, los beneficios y la relación con los proveedores de salud (Martínez-Franzoni et al 2019).

En términos de los resultados de política interesa señalar lo concerniente a la opción privada externa y las acciones de mediación que, desde lo público, se puedan gestar. Este elemento importa porque remite a un contexto de paulatino de crecimiento de la oferta privada, debilidades de atención (e institucionales) de lo público y reforzamiento de externalidades que favorecen la oferta privada (apertura de seguros, exoneraciones tributarias, desregulación del mercado de salud, e incentivos para servicios privados de salud en el territorio), lo cual puede implicar un abandono de los servicios desde lo nacional y lo subnacional (Korpi y Palme, 1998) y un deterioro en las fuentes de financiamiento, con claras consecuencias en la atención mismas de las personas usuarias, específicamente, de aquellos sectores históricamente excluidos.

Aunado a lo anterior, el capítulo seis da cuenta de cómo las condiciones sociopolíticas y las transformaciones en el modelo de desarrollo y las tramas productivas, han moldeado las características de la oferta privada en el país. Estos elementos, sin ser los únicos intervinientes, han favorecido de la oferta privada en el tercer nivel de atención, en específico, desde el turismo médico hasta la apertura de seguros, sumado a la consistente dualidad en la proveeduría de servicios de farmacia, especialidades y laboratorios. Lo cual potencia, sobre todo, el aumento en el gasto de bolsillo, toda vez que genera dobles seguros médicos (v.g. privado –*medismart*- y público –CCSS-), que se ha caracterizado por ampliar la captación de más segmentos poblacionales con ingresos medios y medios-altos.

Esta dinámica tiene su origen en condiciones de mercantilización de los servicios, donde la concepción misma del servicio pasa a regirse por dinámicas de mercado (oferta-demanda) y por las capacidades de ingresos para la adquisición de un servicio que previamente era considerado un derecho. Hay desplazamiento de la salud como derecho que debe ser salvaguardo por la institucionalidad y la política pública, a ser un considerado un bien de mercado y estar supeditado al poder adquisitivo de las personas (Martínez-Franzoni, 2012; Sojo 2008). Es imperativo para la política pública dar cuenta de estas transformaciones, y proponer acciones concretas para reducir las asimetrías de la relación público-privado y promover procesos de desmercantilización e unificación de los servicios de salud, es decir, fortalecer la universalidad de la política de salud. (Martínez-Franzoni et al., 2019)

Ante este escenario, y en apego a la propuesta realizada por Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea (2019), es medular la regulación de la oferta privada, en lo institucional y en lo territorial. Es importante que las personas tomadoras de decisiones establezcan mecanismos de contención ante la erosión del sistema público, y limiten la ampliación de la oferta privada, con

el fin de atenuar la segmentación en la atención multinivel, brindar trazabilidad en la atención y no debilitar los servicios públicos.

Esta propuesta se debe acompañar de una contraparte en el fortalecimiento en la calidad, suficiencia y sustentabilidad de los servicios públicos, fundamentalmente, en el ámbito territorial. Ante un potencial desplazamiento gradual de la oferta privada del tercer nivel de atención y una ampliación de variaciones subnacionales, es necesario un replanteamiento estratégico de la institucionalidad pública de salud, que parta de la comprensión y de las necesidades de las personas usuarias en el territorio, según Otero-Bahamón (2020), mediante políticas sensibles al lugar que reduzcan las desigualdades territoriales de salud.

Para esto es fundamental un reforzamiento en el primer nivel de atención (EBAIS), en virtud de una ampliación de la canasta de servicios, un mejoramiento en las estrategias de medicina preventiva y conexiones más eficientes y eficaces de la trazabilidad de los servicios en los distintos niveles de atención. Este elemento potencia niveles mucho más congregados de los servicios públicos, evita los “saltos” de la oferta pública a la privada y viceversa (en sus múltiples iteraciones), potencia la unificación de las arquitecturas de política, sobre todo las vinculadas al financiamiento, proveedores y elegibilidad, es decir, mejora los resultados de política en un mediano y largo plazo.

Por otra parte, se presenta una serie de implicaciones ubicables en lo territorial respecto a la trayectoria que pueden ocurrir de persistir las asimetrías en la relación público-privado con mayores réditos para el segundo ámbito de la relación (privado).

En primera instancia, una implicación palpable se encuentra en las condiciones de accesos a la canasta de servicios por territorio. Costa Rica, al presentar un legado de política universal en el campo de la salud, ha generado una canasta de servicios medianamente homogénea en su conformación, no obstante, se presentan limitantes en su calidad y acceso conforme las brechas territoriales en las dimensiones sociales (educación, pensiones) y económicas (ingresos) se ensanchan. Este elemento ya lo alertaba Otero-Bahamón (2019), sin embargo, es importante replantear el foco de análisis en un contexto de un país con una trayectoria universal y en un sistema unitario y centralizado.

El análisis de redes y espacio, ubicado en los capítulos 4 y 5, da cuenta de importantes desplazamientos de nacimientos (sobre todo en el 2015) desde cantones periféricos hacia los hospitales privados ubicados en San José. Esta movilización en el uso de los servicios tiene una doble mirada: la primera, que tiene que ver con el acceso público en el propio territorio y la cobertura que genera; y la segunda, relativa a las condiciones de ingreso que median para acceder y decidir en el uso de un servicio privado.

Ambas no son excluyentes, sin embargo, en un contexto donde la presencia pública en el territorio se encuentra en riesgo, la dinámica de acceso a la oferta privada en los territorios será fundamentada desde las capacidades de ingreso, lo cual generará variaciones subnacionales respecto a las dimensiones de las arquitecturas de política, con implicaciones directas en términos de los derechos y garantías de las personas aseguradas y no aseguradas a los servicios de salud gratuita.

Hay un aporte en doble mirada sobre procesos de escala nacional y escala subnacional, en un periodo de veinte años, donde los procesos estructurales culturales, sociales y económicos moldean lo subnacional y las formas de relacionamiento de la ciudadanía con el mercado y el Estado, y en específico con la seguridad social, lo cual está reflejado en una tensión pública-privado con implicaciones sobre el universalismo de la política social.

Los estudios subnacionales se han enfocado en el análisis subnacional desde la institucionalidad pública (políticas sociales, políticas fiscales, diseño electoral subnacionales, distribución de recursos), sin embargo, esta investigación aborda el análisis subnacional desde las potencialidades de erosión que pueden afectar a las arquitecturas de política de la seguridad social y su universalismo desde la óptica de servicios privados y su configuración de poder.

Para concluir, la investigación es un punto de partida de otros estudios que pueden contribuir a profundizar los elementos antes planteados, más otros aspectos que, debido a la construcción analítica-metodológica, no fueron abordados. Es un campo de exploración en sí mismo que busca incentivar estudios interdisciplinarios que aporten a una mejor aproximación al estudio de la universalidad en el territorio y las potenciales implicaciones de erosión en un contexto signado por el avance de dinámicas con potencial mercantilizador de los servicios esenciales para los sectores vulnerabilizados, como la salud o pensiones.

8. Bibliografía

Acosta, Mónica; Bermúdez, Juan Luis; Muiser, Jorine, Sáenz, María del Rocío. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53, (2), 156-S167

Alegría, Sebastián. (2016). *Las repercusiones de las transformaciones en los regímenes de contrato para la ejecución de servicios sociales tercerizados, en la reproducción del trabajo de profesionales en Trabajo Social*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.

Alonso, Jorge. (2007). Política Social y Reforma democrática del Estado. Primavera, 3 (2). Disponible en: <http://www.catedraalonso-ciesas.udg.mx/sites/default/files/jorgealonso.pdf>

Alvarenga, Ximena; Fernández, Adriana; Fernández, Diana, y Peña Jocelyn. (2018). *Política social inclusiva y servicios privados de salud en Costa Rica: encuentros, desencuentros y retos*. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas. Universidad de Costa Rica.

Alves, Jorge Antonio. (2015). (Un?) Healthy Politics: The Political Determinants of Subnational Health Systems in Brazil. *Latin American Politics & Society*, 57, 4:119-142

Alves, Jorge Antonio, y Gibson, Christopher. (2018). States and Capitals of Health: Multilevel Health Governance in Brazil. *Latin American Politics and Society* 61, 1,1-24

Amenta, Edwin. (2003). What we know about the development of social policy: comparative and historical research in comparative and historical perspective. In J. Mahoney, y D. Rueschemeyer, *Comparative historical analysis in the Social Sciences* (91 - 130). Cambridge: Cambridge University Press.

Araya, Andrés. (2019). La nueva orientación del régimen de salud en Costa Rica: un acercamiento al contexto de crisis institucional del seguro social tras el 75 aniversario de la promulgación de las Garantías Sociales. En: *Revista Perspectivas: Estudios Sociales y Educación Cívica*, 19, 1-15. <http://dx.doi.org/10.15359/rp.19.3>

Arias, Elisa; Castro, Katherine; Chávez, Melisa; y Rodríguez, Francini. (2015). *Degenerantes de la Caja: La incidencia de las políticas neoliberales de la mercantilización de la salud en las condiciones económicas, política y sociales de la Caja Costarricense de Seguro Social: El caso del Hospital San Francisco de Asís en Grecia, 2014*. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.

Arias, Federico; y Meza, Julio. (2014). El Análisis Exploratorio de Datos Espaciales como Herramienta de Estudios Geográficos. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Nordeste. Disponible en: http://hum.unne.edu.ar/revistas/geoweb/Geo26/archivos/congreso%20geografia/Exposiciones/Exposiciones%20Eje%203/Mesa-Arias_EJE3.pdf

Arias, Rafael, y Muñoz, Juan José. (2007). La Reforma Económica y su impacto social en Costa Rica durante el período de Ajuste Estructural: Apuntes críticos para el Análisis. *Economía y Sociedad*, (31-32), 5 -34.

Arias, Rafael; Rodríguez, Marlen y Sánchez, Leonardo. (2020). Poverty and Inequality in Costa Rica - A View beyond Income Distribution. *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 8 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322020000100016#B15

Arias, Rafael. y Sánchez, Leonardo. (2011). Análisis de la desigualdad socioeconómica en Costa Rica. *Economía y Sociedad*, (39-40), 73 -107

Arias, Sylvia. (28 de febrero de 1999). Medicina privada se remoja. *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2000/marzo/05/negocios1.html

Badilla, Andrej. (2018). *Orígenes políticos y económicos de la crisis de la Caja Costarricense del Seguro Social*. Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

Banco Central de Costa Rica (BCCR), e, Instituto Costarricense de Turismo (ICT). (2018). *Cuenta Satélite de Turismo*. San José, ICT.

Banco Mundial. (2021). *Datos del Banco Mundial*. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/pais/costa-rica>

Baráibar, Ximena. (2013). *Territorio y políticas sociales*. Documento 5. Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra. Montevideo.

Barquero, Karla. (2018). Turismo médico empieza a despegar. *La República*. Recuperado de: <https://www.larepublica.net/noticia/turismo-medico-empieza-a-despegar>

Battle, Margarita; Suárez-Cao, Julieta; Wills-Otero, Laura. (2017). El auge de los estudios sobre la política subnacional latinoamericana. *Colombia Internacional*, 90. Bogotá. <http://dx.doi.org/10.7440/colombiaint90.2017.01>

Battle, Margarita. 2014. "Formato y dinámica del sistema de partidos colombiano desde una perspectiva multinivel (1992-2011)". En *Territorio y poder: nuevos actores y competencia política en los sistemas de partidos multinivel en América Latina*, editado por Flavia Freidenberg y Julieta Suárez-Cao, 93-123. Salamanca: Editorial Universidad de Salamanca.

Behrend, Jacqueline. (2016). Política Subnacional en Argentina. En: Mauro, Sebastián; Ortiz de Rozas, Victoria; Paratz Vaca Narvaja, Martín (edits), *Política subnacional en Argentina: enfoques y problemas*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.

Bermúdez, Melissa y Umaña Angie (2013). "*Tercerización de los Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, en el marco de la (contra) Reforma del Estado costarricense (1988-2012)*". Un acercamiento a cuatro proveedores externos: COOPESANA, COOPESAIN, ASEMECO y PAIS". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

Bianchi, Matías. (2016). Territorio, poder y desarrollo: la articulación de políticas industriales en San Luis y Rafaela. En: Mauro, Sebastián; Ortiz de Rozas, Victoria; Paratz Vaca Narvaja, Martín

(edits), *Política subnacional en Argentina: enfoques y problemas*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.

Blofield, Merike. (2011). Desigualdad y Política en América Latina. *Journal of Democracy en Español*, 3, 58-74.

Bonvecchi, Alejandro. (2008). Políticas sociales subnacionales en países federales: Argentina en perspectiva comparada. *Desarrollo Económico*, 48, (190/191), 307-339

Botey, Ana María. (2013). *Los Actores Sociales y la Construcción de las Políticas de Salud del Estado Liberal en Costa Rica (1850-1940)*. Tesis para optar el grado de Doctora en Historia del Posgrado en Historia. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Bourdieu, Pierre. (2000). Sobre el Poder Simbólico. En: *Intelectuales, política y poder*. 65-73. Buenos Aires: UBA/ Eudeba.

Brenes, César y Sergio, Morales. (4 de abril de 2013). Hospital Clínica Bíblica finiquita compra de terreno en San Ana. *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/negocios/hospital-clinica-biblica-finiquita-compra-de-terreno-en-santa-ana/IGUO3B6EZVFW7H7XOY6TKLKCB1/story/>

Bresser, Luis Carlos. (2011). La reforma del Estado de los años noventa: lógica y mecanismos de control. En: *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Proyecto de Modernización del Estado. Buenos Aires, Argentina.

Briseño, Rodrigo. (2008). *Gasto Privado en Salud en Centroamérica*. Informe del Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible. Programa del Estado de la Nación. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (2021). *Área de Estadística en Salud*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (2019). *Indicadores Sociodemográficos 1993-2019*. San José, Costa Rica: CCSS. Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/actuarial/77/indicadores_sociodemograficos.zip

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (2018). *Memoria Institucional 2018*. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (2001). *Memoria Institucional 2001*. San José, Costa Rica.

Cámara Costarricense de la Salud (CCS). (2017-2021). *Cámara Costarricense de la Salud. Acerca de Nosotros*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://salud.co.cr/camara-costarricense-de-la-salud/>

Campos, Jorge; Slon, Pablo y Vargas, Juan Rafael. (2015). *Gasto catastrófico en salud de los adultos mayores en Costa Rica*. Serie de documento de trabajo 16-02. Escuela de Economía, Universidad de Costa Rica.

Castells, Manuel. (2009). *Comunicación y poder*. Alianza Editorial, S. A: Madrid.

Castillo, Alcira. (2000). *La Crisis de la Caja Costarricense del Seguro Social y la Reforma del Estado Costarricense*. Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 26(1-2), 113-132

Cecchini, Simone; Filgueira, Fernando; Martínez-Franzoni, Rodrigo; Cecilia, Rossel. (2015). *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago: CEPAL

CINDE. (2019). *Proyección de IED en Costa Rica para 2019-2020*. San José: Departamento de Investigación, Agencia de Promoción de Inversiones en Costa Rica.

Chacón, Daniela. (24 de julio de 2012). Crecen hospitales privados. *La República*. San José, Costa Rica. Disponible en: https://www.larepublica.net/noticia/crecen_hospitales_privados

Chacón, Krisia. (15 de febrero de 2017). Nueva cámara agrupa a empresas y profesionales del sector salud. *La Nación*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.nacion.com/economia/negocios/nueva-camara-agrupa-a-empresas-y-profesionales-del-sector-salud/QPUZP5ZAMBBWTIY4SFKQJYF6HI/story/>

Collado, Andrea y Herrero, Fernando. (2001). *El gasto en el sector salud de Costa Rica un acercamiento a las cuentas nacionales de salud*. PROCESOS, Asociación Programa Centroamericano para la Sostenibilidad. Serie de cuadernos de trabajo No. 2001-01. San José, Costa Rica.

Contraloría General de la República (CGR). (2018). *Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos-2018*. San José, Costa Rica.

Cubero, Alexander. (2018). Segunda etapa de Momentum Pinares costará unos \$14 millones. *La República*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/segunda-etapa-de-momentum-pinares-costara-unos-14-millones>

Díaz-Cayeros, Alberto, Beatriz Magaloni, and Alexander Ruiz-Euler. (2014). "Traditional Governance, Citizen Engagement, and Local Public Goods: Evidence from Mexico." *World Development* 53, 80–93.

Díaz-Cayeros, Alberto y Magaloni, Beatriz y Ruiz-Euler, Alexander. (2014). "Traditional Governance, Citizen Engagement, and Local Public Goods: Evidence from Mexico," *World Development*, Elsevier, 53(C), pages 80-93.

Díaz, David. (2021). *Chicago Boys del Trópico: Historia del neoliberalismo en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial UCR.

Durán, Fabio y Herrero, Fernando. (2001). El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Unidad de Estudios Especiales. Serie 109.

Eaton, Kent. 2007. "Backlash in Bolivia: Regional Autonomy as a Reaction against Indigenous Mobilization". *Politics & Society* 35 (1): 71-102. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0032329206297145>

Eaton, Kent. 2011. "Conservative Autonomy Movements Territorial Dimensions of Ideological Conflict in Bolivia and Ecuador". *Comparative Politics* 43 (3): 291-310. URL: <https://ecommons.ucsc.edu/access/content/user/keaton/Public/Eaton%20Comparative%20Politics%202011.pdf>

Esping-Andersen, Gosta. (2001). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

Esping-Andersen, Gosta. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, GB: Polity Press.

Esquivel, Freddy. (2013). Neoliberalismo en Costa Rica: secuelas en la cuestión social durante el siglo XX. *Revista Catedra Paralela*, (9), 77-101.

Fallas, Cristina. (7 de agosto de 2019). Hospital Clínica Bíblica invirtió \$1.2 millones en centro de rehabilitación y terapia física. *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/negocios/hospital-clinica-biblica-invirtio-12-millones-en/VMB2A2PHLRFBPKSMJSQDI5BM3Q/story/#:~:text=El%20Hospital%20Cl%C3%ADnica%20B%C3%ADblica%20invirti%C3%B3,sede%20central%20en%20San%20Jos%C3%A9>

Fallas, Cristina. (9 de mayo de 2018a). Turismo médico generó ingresos por \$437 millones a Costa Rica en 2017. *La Nación*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.nacion.com/economia/negocios/turismo-medico-genero-ingresos-por-437-millones-a/LIVPCO42HVGU5G6HDZNDXNSKCI/story/>

Fallas, Cristina. (23 de marzo de 2018b). ¿Qué impulsa las recientes inversiones de los hospitales privados? *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/negocios/hospital-universal-invirtio-23-millones-en/XRRGZ6665FDVPGSNHF5X3MW2VM/story/>

Fallas, Cristina. (13 de marzo de 2018c). Hospital Universal invirtió \$2.3 millones en ampliar y modernizar sus instalaciones. *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/negocios/hospital-universal-invirtio-23-millones-en/XRRGZ6665FDVPGSNHF5X3MW2VM/story/#:~:text=El%20Hospital%20Universal%20de%20Cartago,emergencias%20del%20Hospital%20Max%20Peralta>.

Fallas, Cristina. (27 de junio de 2017). Plan de expansión del Hospital Clínica Bíblica avanza a buen ritmo. *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/negocios/plan-de-expansion-del-hospital-clinica-biblica-avanza-a-buen-ritmo/7ZHOI3XCOZF6ZLRIQQ6SXFN3QQ/story/>

Fernández, Evelyn. (4 de junio de 2014). Inversiones por turismo médico superan los \$185 millones en cuatro años. *El Financiero*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/economia-y-politica/inversiones-por-turismo-medico-superan-los-185-millones-en-cuatro-anos/N6EML7YB3FHZDCP7WMQM55RC6E/story/>

Filgueira, Fernando. (2016). Hacia un modelo de protección social universal en América Latina. Serie de Políticas Sociales, 188. Santiago: CEPAL.

Filgueira, Fernando. (2015). Capítulo II: Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas. En: Cecchini, Simone; Filgueira, Fernando; Martínez-Franzoni, Rodrigo; Cecilia, Rossel. *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (pp.49-82). Santiago: CEPAL.

Filgueira, Fernando. (2014). *Los Regímenes de Bienestar en el ocaso de la modernización conservadora: posibilidades y límites de la ciudadanía social en América Latina*. Revista Uruguay de Ciencia Política. Número temático: Los cambios en los sistemas de bienestar Latinoamericanos: Avances y Desafíos de la Protección Social. Volumen 22 (2). Montevideo, Uruguay

Filgueira, Fernando. (2009). *El desarrollo maniatado en América Latina: estados superficiales y desigualdades profundas*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Filgueira, Fernando; Molina, Carlos; Popadópulos, Jorge; Tobar, Federico. (2006). Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida. En: Molina, Carlos (edit). *Universalismo básico Una nueva política social para América Latina* (19-58). Washington DC: Editorial Planeta.

Fonseca, Edgar. (17 de octubre de 2017). Bloomberg rastrea y no halla billonarios en Costa Rica. *Puro Periodismo*. Disponible en: <https://www.puroperiodismo.com/2017/10/revista-rastrea-y-no-halla-billonarios-en-costa-rica/>

Freidenberg, Flavia. 2014. “Un país de mil reinos: predominio de nuevos actores, estrategias políticas e incongruencias multinivel en Ecuador (1978-2014)”. Territorio y poder: nuevos actores y competencia política en los sistemas de partidos multinivel en América Latina, editado por Flavia Freidenberg y Julieta Suárez- Cao, 181-222. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca.

Freidenberg, Flavia y Manuel Alcántara Sáez. 2001. “Cuestión regional y política en Ecuador: partidos de vocación nacional y apoyo regional”. *América Latina Hoy* (27): 123-152. URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30802706>

García, Álvaro. (2015). *El Estado y la Vía Democrática al Socialismo*. Nueva Sociedad, N°259, ISSN: 0251-3552.

García, Álvaro (2010). *Conferencia: “La construcción del Estado”*. Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Garita, Yessenia. (13 de febrero de 2009). La Católica integra servicios médicos con nuevo hotel. *La República*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.larepublica.net/noticia/la-catolica-integra-servicios-medicos-con-nuevo-hotel>

Garza, Jeffry. (18 de enero de 2021). Costa Rica es el lugar ideal para pensionarse en 2021. *La República*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.larepublica.net/noticia/costa-rica-es-el-lugar-ideal-para-pensionarse-en->

[2021#:~:text=Costa%20Rica%20es%20el%20mejor,sistema%20de%20salud%20que%20ofrece](#)

Gibson, Edward. (2005) “Boundary Control. Subnational Authoritarianism in Democratic Countries”. En *World Politics*, 58, 101–32

Gibson, Edward. (2012) “Boundary Control: Subnational Authoritarianism in Federal Democracies”, Cambridge University Press, New York.

Gibson, Edward. (2013). *Boundary Control: Subnational Authoritarianism in Federal Democracies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Giraudy, Agustina. (2015). *Democrats and Autocrats: Pathways of Subnational Undemocratic Regime Continuity Within Democratic Countries*. Oxford: Oxford University Press.

Giraudy Agustina. (2011). La política territorial de la democracia subnacional. *Journal of Democracy en Español*. 3,42-57.

Giraudy, Agustina y Pribble, Jennifer. (2020). Territorial Inequality in Health Service Delivery: Lessons from Latin America’s Federations. *Get Access*, 62, 3 (The Subnational State in Latin America), pp. 19-43

Giraudy, Agustina, and Jennifer Pribble. (2019). Rethinking Measures of Democracy and Welfare State Universalism: Lessons From Subnational Research. *Regional and Federal Studies* 29, 2: 135–63.

González, Lucas y Lodola, Germán. (2019). The Impact of Oil Rents on Subnational Development: Evidence from Argentina. *Studies in Comparative International Development*. DOI: 10.1007/s12116-019-09293-2

González, Lucas y Nasareno, Marcelo. (2019). La desigual distribución de la desigualdad. Política subnacional y distribución del ingreso en las provincias argentinas, 2003-2011. *REVISTA SAAP*, 13, 1. DOI:10.46468/18531970.13.1. A2

González, Melissa. (28 de agosto de 2020). Hospital CIMA lanza plataforma en línea para adquirir paquetes de maternidad. *La República*. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/hospital-cima-lanza-plataforma-en-linea-para-adquirir-paquetes-de-maternidad>

Grassi, Estela (2008). La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate “post-neoliberal. En: Ponce, Juan (edit), *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*. Quito: FLACSO Ecuador.

Gudiño, Ronny. (2020). Hospital Cima San José incorpora tecnología de punta en sus quirófanos. *La República*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/hospital-cima-san-jose-incorpora-tecnologia-de-punta-en-sus-quirofanos>

Guell, Douglas y Luis Rosero-Bixby. (1998). *Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS)*. Instituto de Investigaciones

en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud (OPS). San José, Costa Rica.

Güendell, Luwing y Trejos, Juan Diego. (1994). *Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica*. Proyecto Regional de Reformas de Políticas Públicas CEPAL.

Harvey, David. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.

Harvey, David. (2005). “El ‘nuevo’ imperialismo: acumulación por desposesión”. *Socialist Register*, 99-12. Argentina: CLACSO.

Haesbaert, Rogerio. (2013). El mito de la desterritorialización a la multiteritorialidad. *Cultura representaciones sociales*, 8 (15), 9-42

Harbers Imke y Steele, Abbey. (2020). Subnational Variation Across States: A Typology and Research Agenda. Access Open Access, 62, Special Issue 3 (The Subnational State in Latin America) 1-18

Hidalgo, Antonio. (1998). La Forzada Apertura Comercial y el Modelo Neoliberal de Desarrollo en Costa Rica. San José: En: Revista de Ciencias Sociales, (78).

Hidalgo, Antonio. (2002a). *Costa Rica en evolución: Política económica, desarrollo y cambio estructural del sistema socioeconómico costarricense (1980-2002)*. (Tesis de doctorado). Universidad de Huelva, España.

Hidalgo, Antonio. (2002b). “¿Un nuevo modelo estructural centroamericano? El reformismo liberal en América Latina y el cambio estructural en Costa Rica”. *Revista de Economía Mundial*, 87-119.

Hoyos, Diana. 2007. “Evolución del sistema de partidos en Colombia, 1972-2000. Una mirada a nivel local y regional”. En *Entre la persistencia y el cambio. Reconfiguración del sistema partidista y electoral en Colombia*, editado por Diana Hoyos, 21- 48. Bogotá: Universidad del Rosario.

Hospital Clínica Bíblica (s.f). *Historia y Fundadores*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.clinicabiblica.com/es/quienes-somos>

Huber, Evelyne y Niedzwiecki, Sara. (2018). Changing Systems of Social Protection in the Context of the anging Political Economies since the 1980s. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7). Rio de Janeiro.

Ibáñez, Jesús. (1985). *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S. A

Instituto Costarricense de Turismo (ICT). (2020). *Encuestas de no residentes en los aeropuertos internacionales*. San José, ICT

Banco Central de Costa Rica (BCCR) e Instituto Costarricense de Turismo (ICT). (2018). *Cuenta Satélite de Turismo*. San José, ICT

Jaramillo, Juan. (2013). *La Crisis en el Seguro Social de Costa Rica: El problema del régimen en salud*. San José: Editorial UCR.

Jessop, Bob. (2014). El Estado y el Poder. En: *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 19 (66), 19-35.

Jiménez Fontana, Pamela, y Segura, Rafael. (2019). *Estructura productiva regional en Costa Rica*. Ponencia preparada para el Informe Estado de la Nación 2019. San José: PEN.

Korpi, Walter y Palme, Joakim. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63(5), 661-687.

La Nación. (12 de julio de 2012). Tres Hospitales privado invirtieron al menos \$55 millones en cinco años. *La Nación*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.nacion.com/economia/negocios/tres-hospitales-privados-invertiran-al-menos-55-millones-en-cinco-anos/MG4EIMHSPNAV5PNYSO7SGMUGX4/story/>

La República. (4 de diciembre de 2007). CIMA abre torre de especialidades médicas. *La República*. San José, Costa Rica. Disponible en: https://www.larepublica.net/noticia/cima_abre_torre_de_especialidades_medicas

Lefebvre, Henry. (1961). *El Marxismo*. Buenos Aires: EUDEBA.

León, Manuel. (2014.). *Asignación de los recursos en salud. Estudio exploratorio del caso de costarricense*. Tesis sometida a consideración de la Comisión de Estudios de Posgrado, Doctorado de Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Costa Rica.

León, Miriam y Sáenz, Luis. (1992). Gasto de los hogares en servicios de salud privados en Costa Rica 1987-1988. En: *Acta Médica Costarricense*, 35, 2, 1. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v35n11992/art6.pdf>

Mahoney, James. (2010). After KKV: The New Methodology of Qualitative Research. *World Politics*, 62(01)

Mahoney, James y Rueschemeyer, Dietrich (eds.). (2003). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Marín, Diego. (2012) “*Flexibilización Laboral del Trabajo Social en la Tercerización de Servicios Sociales en el espacio de Coopesalud R.L*”. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.

Martí Puig, Salvador; Martínez-Franzoni, Juliana; Sánchez-Ancochea, Diego. (2015). *La Incorporación Social en Centroamérica: Trayectorias, Obstáculos y Oportunidades*. México: CEPAL

Martínez Franzoni, Juliana y Sánchez-Ancochea, Diego. (2019). *La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas*. San José, Costa Rica: Editorial UCR.

Martínez Franzoni, Juliana y Sánchez-Ancochea, Diego. (2017). ¿Cómo Costa Rica alcanzó la Incorporación social y laboral? En: Díaz, David y Sagot, Montserrat (edits), *Antología del*

pensamiento crítico costarricense contemporáneo. CLACSO, Costa Rica. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctvtxw1wh.22>

Martínez-Franzoni, Juliana; Sánchez-Ancochea, Diego. (2016). *The Quest for Universal Social Policy in the South Actors, Ideas and Architectures*. Nueva York: Cambridge University Press.

Martínez-Franzoni, Juliana y Sánchez-Ancochea, Diego. (2014). La construcción de universalismo y sus contradicciones: lecciones de los servicios de salud en Costa Rica, 1940-2011. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. Número temático: Los cambios en los sistemas de bienestar Latinoamericanos: Avances y Desafíos de la Protección Social. Volumen 22 (2). Montevideo, Uruguay.

Martínez-Franzoni, Juliana. (2012). Servicios de salud, universalismo y desigualdad en Centroamérica: tercetos legados e incipientes transformaciones. En: *Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*, Midaglia, Carmen - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; Centro de Desarrollo Territorial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Martínez-Franzoni, Juliana. (2008) *¿Arañando el Bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales -CLACSO-. Buenos Aires, Argentina.

Martínez-Franzoni, Juliana. (2007). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Fundación Carolina. Madrid, España

Martínez-Franzoni, Juliana. (2006). *La Seguridad Social en Costa Rica: Percepciones y experiencias de quienes menos tienen y más la necesitan*. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible. Washington, D.C.

Martínez-Franzoni, Juliana. (2005). *Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: Una década de reformas y mercantilización de servicios*. Conferencia “Latin American perspectives on public health”, Universidad de Toronto.

Mesa-Lago, Carmelo, (2006). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Comisión Económica para América Latina.

Mesa- Lago, C. (1997), *Modelos Alternativos de la Reforma de la Seguridad Social en América Latina y el Caribe: Comparación y Evaluación*, Fundación Friedrich Ebert.

Mesa-Llago, Carmelo. (1985). Atención de Salud en Costa Rica: Auge y Crisis. *Social Sciences and Medicine*, 21 (1), 13-21.

Migdalia, Carmen. (2014) Presentación Los cambios en los sistemas de bienestar Latinoamericanos: Avances y Desafíos de la Protección Social. En: *Revista Uruguaya de Ciencia Política. Número temático: Los cambios en los sistemas de bienestar Latinoamericanos: Avances y Desafíos de la Protección Social*, 22 (2). Montevideo, Uruguay.

Milanese, Juan Pablo y Luis Eduardo, Jaramillo. (2015). “Impacto de los factores institucionales del sistema electoral en la fragmentación partidaria. Un análisis de las elecciones para concejos

municipales en el Valle del Cauca (1997-2011)". *Colombia Internacional* (84): 43-70. DOI:dx.doi.org/10.7440/colombiaint84.2015.02

Ministerio de Planificación y Política Económica (Mideplan). (2015). *Costa Rica: Prospectiva en el cambio demográfico al 2045*. Mideplan. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2002). *Análisis Sectorial Costa Rica*. OPS/OMS Cooperación Técnica. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2018). *Informe de Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica. Período 2011-2016*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)—San José, Costa Rica.

Molina, Iván y Palmer, Steven. (1997). *Costa Rica: 1930-1996 Historia de una Sociedad*. San José: Editorial Porvenir.

Moncayo, Víctor. (2012) ¿Cómo aproximarnos al Estado en América Latina? En: *El Estado en América Latina: continuidades y rupturas*. Santiago de Chile. Editorial Arcis CLACSO. Colección Grupos de Trabajo.

Mora, Henry. (1999). Costa Rica en la encrucijada: Los límites del ajuste estructural y los urgentes desafíos de la reforma económica y social. *Economía y Sociedad*, (11). Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Morales, Sergio. (2010). Francis Durman: Tener la capacidad para invertir con cautela. *El Financiero*, edición 798. Disponible en: http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2010/diciembre/19/enportada2608337.html

Morales, Natalia. y Segura, Rafael. (2019). Estudio exploratorio del empleo y la desigualdad con datos del parque empresarial. Ponencia preparada para el Informe Estado de la Nación 2019. San José: PEN.

Morlino, Leonardo (1994). Problemas y Opciones en la comparación. En: Sartori, Giovanni y Morlino, Leonardo (comp.), *La comparación en las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

Muiser, Johanna. (2015). *La Gobernanza del Sector Salud Costarricense post-reforma y su incidencia en el cumplimiento del derecho a la salud*. Tesis sometida a consideración de la Comisión de Estudios de Posgrado, Doctorado de Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Costa Rica.

Navarro-Ruvalcaba, Mario. (2006). *Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina*. Desacatos (21). México.

Niedzwiecki, Sara. (2014). The Effect of Unions and Organized Civil Society on Social Policy: Pension and Health Reforms in Argentina and Brazil, 1988-2008. *Latin American Politics and Society*, 56, (4), 22-48

Niedzwiecki, Sara. (2016). "Social Policies, Attribution of Responsibility, and Political Alignments: A Subnational Analysis of Argentina and Brazil." *Comparative Political Studies* 49, 4: 457-498.

Niedzwiecki, Sara. (2018). *Uneven Social Policies: The Politics of Subnational Variation in Latin America*. Cambridge University Press.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2019). Costa Rica: análisis del sistema de seguros. San José, Costa Rica: OCDE.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2017). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica. Evaluación y recomendaciones*. San José, Costa Rica: OCDE.

O'Donnell, Guillermo. (2010). *Democracia, agencia y estado. Teoría con intención comparativa*. Buenos Aires: Libros Prometeo

O'Donnell, Guillermo. (2004). Acerca del Estado en América Latina Contemporánea: diez tesis para la discusión. En: *La democracia en América Latina: Hacia una democracia de ciudadanos y ciudadanas*. Programa del Estado de la Nación. – 1ª. ed. – Buenos Aires

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Indicadores Básicos. Situación de la Salud en las Américas 2018*. OMS-OPS. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos*. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Osorio, Jaime. (2004). Crítica de la ciencia vulgar. Sobre epistemología y método en Marx. *Herramienta*, 26. Recuperado de: <http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-26/critica-de-la-ciencia-vulgar-sobre-epistemologia-y-metodo-en-marx>

Otero-Bahamón, Silvia. (2020). "Place-sensitive policies in the provision of subnational public goods in Colombia". *Latin American Politics and Society*, 62 (3): *The Subnational State in Latin America*, August 2020, pp. 94 – 122. DOI: <https://doi.org/10.1017/lap.2020.8>

Otero-Bahamón, Silvia. (2019). Subnational Inequality in Latin America: Empirical and Theoretical Implications of Moving beyond Interpersonal Inequality. *Studies in Comparative International Development*, 1(2), 1-25. <https://doi.org/10.1007/s12116-019-09281-6>

Otero Bahamón, Silvia. (2016). *When the State Minds the Gap the Politics of Subnational Inequality in Latin America*, PhD Dissertation, Northwestern University.

Mauro, Sebastián; Ortiz de Rozas, Victoria; Paratz Vaca Narvaja, Martín (edits). (2016). *Política subnacional en Argentina: enfoques y problemas*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.

Palmer, Steven. (1999). Adiós Laissez-Faire: La Política Social en Costa Rica (1880-1940). En: *Revista de Historia de América*, 124, 99-117. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/23800947>

Pérez, Andrés (edit). (1997). “Globalización, ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones”. Venezuela: Nueva Sociedad.

Pérez-Sáinz, Juan Pablo. (2014). *Mercados y bárbaros. La persistencia de las desigualdades de excedente en América Latina*. – 1ª. ed. – San José, C.R: FLACSO.

Pérez-Sáinz, Juan Pablo. (2019). *La rebelión de los que nadie quiere ver. Respuestas para sobrevivir a las desigualdades extremas en América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Pierson, Paul y Skocpol, Theda. (2008) El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política Contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 17(1), 7-38

Pierson, Paul. (2003). Big, Slow-Moving, and Invisible. Macrosocial Processes in the study of comparative politics. En: Mahoney, James y Rueschemeyer, Dietrich (eds.). (2003). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Poulantzas, Nicos. (1979). *Estado, Poder y Socialismo*. Siglo XIX de España Editores, SA.

Poulantzas, Nicos. (1969). *Poder Político y Clases Sociales en el Estado Capitalista*. Siglo XXI Editores, SA.

Pribble, Jennifer (2015). The Politics of Building Municipal Institutional Effectiveness in Chile. *Latin American Politics and Society*, 57, (3), 100-121

Pribble, Jennifer. (2017). *Partidos políticos y Estado de Bienestar en América Latina*. Buenos Aires: Miño y Dávila. Disponible en: <https://scholarship.richmond.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1271&context=bookshelf>

Pribble, Jennifer (2013). *Welfare and Party Politics in Latin America*. Nueva York: Cambridge University Press.

Promotora Comercio Exterior de Costa Rica (PROCOMER). (2016a). Servicios Globales de Salud en Costa Rica. Dirección de Inteligencia Comercial. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://servicios.procomer.go.cr/aplicacion/civ/documentos/Servicios%20Globales%20de%20Salud.pdf>

Promotora Comercio Exterior de Costa Rica (PROCOMER). (28 de noviembre 2016b). PROCOMER analiza oferta de servicios globales de salud en Costa Rica. Dirección de Inteligencia Comercial. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.procomer.com/noticia/procomer-analiza-oferta-de-servicios-globales-de-salud-de-costa-rica/>

Programa Estado de la Nación. (2019). Capítulo 3: Oportunidades, estabilidad y solvencia económica. En: *Informe del Estado de la Nación 2019*. San José C.R.: PEN.

Retana, Karen. (3 de abril de 2009). CIMA San José amplía salas de cirugía por mayor demanda. *Revista Summa*. (26 de noviembre de 2012). Clínicas privadas invertirán US\$45 millones en Costa Rica. *Revista Summa*. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://revistasumma.com/630/>

Raventós, Ciska. (2018). *Mi corazón dice NO. El movimiento de oposición al TLC en Costa Rica*. San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Repetto, Fabián; Andrenacci, Luciano. (2006). "Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana". *INDES*, 1-27.

Rodríguez, Ana. (2006). *Ética de la distribución de recursos en el marco de la reforma del sector*. Tesis sometida a consideración de la Comisión de Estudios de Posgrado, Doctorado en Filosofía. Universidad de Costa Rica.

Rodríguez, Rodolfo. (2006). *La reforma de salud en Costa Rica*. Documento de proyecto. CEPAL. Montevideo.

Rodrigues-Silveira, Rodrigo (2017). Política, Espacialidad y Territorialidad. Hacia un Análisis Espacial de los Procesos Socio-Políticos en América Latina. *América Latina Hoy*, 75, 11-20

Rodrigues-Silveira, Rodrigo. (2013). "The Subnational Method and Social Policy Provision: Socioeconomic Context, Political Institutions and Spatial Inequality", *desiguALdades.net* Working Paper Series, 36, 1-32

Rodrigues-Silveira, Rodrigo. (2009). *Gobierno local y Estado de bienestar: Regímenes y resultados de la política social en Brasil*. Diseño de investigación presentado al programa de Doctorado en Estudios Latinoamericanos del Instituto Interuniversitario de Estudios de Iberoamérica y Portugal de la Universidad de Salamanca. Universidad de Salamanca.

Rodrigues-Silveira, Rodrigo y Ruiz, Naxhelli. (sf) The Spatial Dynamics of Uneven Sanitation Provision in Brazil, Mexico, and South Africa. Disponible en: http://paperroom.ipsa.org/papers/paper_14033.pdf

Rosenberg, Mark. (1983). *Las Luchas por el Seguro Social*. San José: Editorial Costa Rica.

Rosero-Bixby, Luis. (2016). La situación demográfica en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13 (2). <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.22669>

Rovira-Mas, Jorge. (1984). *Estado y política económica en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Porvernir.

Skocpol, Theda (2011). El Estado regresa al primer plano: Estrategias de análisis en la investigación actual. En: *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Proyecto de Modernización del Estado. Buenos Aires, Argentina.

Sojo, Ana. (1998). Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa. En: *Revista de la CEPAL*, 66, 73-103

Sojo, Carlos. (2008). *La Modernización sin Estado. Reflexiones en torno al desarrollo, la pobreza y la exclusión social en América Latina*. FLACSO Costa Rica. San José, Costa Rica.

Sposati, Aldaíza. (2006). En busca de un modelo social latinoamericano. En: Molina, Carlos (edit). *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina* (59-74). Washington DC: Editorial Planeta.

Staniland, Paul. 2012. States, Insurgents, and Wartime Political Orders. *Perspectives on Politics* 10, 2: 243–64.

Stepan, Alfred. (1999). Federalism and Democracy: Beyond the U.S. Model. *Journal of Democracy* 4, 1, 19–34.

Superintendencia General de Seguros (Sugese). (2019). *Costa Rica: Mercado de Seguros*. Informe “Costa Rica: Review of The Insurance System de OCDE”. San José, Costa Rica. Disponible en: https://www.sugese.fi.cr/seccion-ocde/Documents/EventoOCDE_TS.pdf

Tamez, Silvia y Valle, Rosa Irene, (2005). Desigualdad social y reforma neoliberal en Salud. En: *Revista Mexicana de Sociología*. Universidad Autónoma de México, 67 (2), 321-356

Torres-Rivas, Edelberto. (2011). *Revoluciones sin cambios revolucionarios. Ensayos sobre la crisis en Centroamérica*. Guatemala: F&G Editores.

Touchton, Michael y Wampler, Brian. (2014). Improving Social Well-Being Through New Democratic Institutions. *Sage Journals*. 47 (10). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0010414013512601>

Turismo Médico. (19 de febrero de 2017). Cámara de la Salud potenciara turismo médico en Costa Rica. *Turismo Médico*. Recuperado de: <https://www.turismomedico.org/crean-camara-de-la-salud-que-potenciara-turismo-medico-en-costa-rica-y-recopilara-datos-del-sector/>

Touchton, Michael, and Brian Wampler. (2014). “Improving Social Well-Being through New Democratic Institutions.” *Comparative Political Studies* 47,10, 1442– 1469.

Valle, Alejandro. (2010). Comparando regímenes de bienestar en América Latina. *European Review of Latin American and Caribbean Studies* 88, 61-76

Vargas, Luis Paulino. (2015). *La Estrategia de Liberalización Económica* (period 1980-2000). San José, Costa Rica: EUCR.

Vargas, Luis Paulino. (2011). Costa Rica: Tercera fase de la estrategia neoliberal. Contradicciones y desafíos (2005-2010). *Revista Rupturas*. 1(1), 84-107. <https://doi.org/10.22458/rr.v1i1.144>

Vidal, Carla. (2014). *Política social comparada entre países de la Alianza del Pacífico y de la Unión Europea: México, Finlandia y España*. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, del Trabajo y los Recursos Humanos. Universitat de València.

Villalobos, G. (2001) *Sanidad Pública, entre la universalidad y la privatización. Consecuencias jurídicas del nuevo modelo de atención integral en salud*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Villalobos, Luis Bernardo. (1996). La Reforma del Sector Salud: antecedentes, contexto y algunas Implicaciones. En: *Economía y Sociedad*, 1, (2), 133-142.

Yin, R. (2009). *Case Study Research*. Sage: London.

Yrigoyen, Chasco. (2009). *Análisis Exploratorio de Datos Espaciales al Servicio del Geomarketing*. Instituto Lawrence R. Klein Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: [http://dds.cepal.org/infancia/guide-to-estimating-child-poverty/bibliografia/capitulo-IV/Chasco%20Coro%20\(2009\)%20Análisis%20exploratorio%20de%20datos%20espaciales%20al%20servicio%20del%20Geomarketing.pdf](http://dds.cepal.org/infancia/guide-to-estimating-child-poverty/bibliografia/capitulo-IV/Chasco%20Coro%20(2009)%20Análisis%20exploratorio%20de%20datos%20espaciales%20al%20servicio%20del%20Geomarketing.pdf)

Zuercas, Daniel. (14 de julio de 2019). Francis Durman: Exitoso en la tierra de las oportunidades. *Estrategia y Negocios*. Disponible en: <https://www.estrategiaynegocios.net/especiales/aniversario/ceos/1301725-521/francis-durman-exitoso-en-la-tierra-de-las-oportunidades>