Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Ciencias Políticas

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

Docente: Juliana Martínez Franzoni

Estudiantes:

Ximena María Alvarenga Fournier

Adriana del Carmen Fernández Calderón

Diana Isabel Fernández Monge

Jocelyn Daniela Peña Zamora

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica
2018

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 36-2017

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO ( ) APROBADO CON DISTINCIÓN (X) NO APROBADO ( )

Observaciones Léase correctamente en esta página 2 "Acta de Presentación de requisito Final de graduación No 36-2018."

ARTICULO V

El Presidente del Tribunal le comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y las declara acreedoras al grado de Licenciatura en: **CIENCIAS POLÍTICAS.**

Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que serán oportunamente convocados.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y las Postulantes. A las 11:20 se levanta la sesión.

Tribunal Examinador:	**Firma:**
M.Sc. Fernando Zeledón Torres	
Dr. Felipe Alpízar Rodríguez	
Dra. Juliana Martinez Franzoni	
Mtro. Allan Abarca Rodríguez	
Dr. Diego Sánchez Ancochea	

Postulantes:	**Firma:**
Ximena María Alvarenga Fournier	
Adriana del Carmen Fernández Calderón	
Diana Isabel Fernández Monge	
Jocelyn Daniela Peña Zamora	

ALA♣

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que colaboraron en tan diversas formas para la realización de este trabajo final de graduación. Especialmente a la Dra. Juliana Martínez, Directora de este Seminario, por toda su dedicación, orientación y acompañamiento en este proceso. Desde su gran profesionalismo y experiencia, Juliana nos ayudó a crecer tanto a nivel académico como personal. Su compromiso y entrega nos inspiró siempre a dar lo mejor de nosotras mismas. Además, su mirada crítica, su sensibilidad y rigurosidad la convirtieron en la mejor guía para este proceso investigativo. Este recorrido no habría sido el mismo sin su compañía. Por lo tanto, extendemos a Juliana nuestro inmenso cariño y agradecimiento profundo.

A los estimados profesores lectores Allan Abarca Rodríguez y Diego Sánchez-Ancochea, quienes, desde su amplia experiencia en investigación, nos realizaron valiosos aportes, los cuales robustecieron el trabajo realizado.

Expresamos nuestro agradecimiento a la Escuela de Ciencias Políticas por su apoyo para la realización de este Seminario. Especialmente a Fernando Zeledón, Director de la Escuela, por mantener las puertas de la Escuela abiertas y por su disposición a apoyarnos.

Agradecemos al señor Albino Vargas por su interés en el tema investigado y su anuencia a ayudarnos con la búsqueda de información.

A nuestros familiares, amigas y amigos por apoyarnos en todo momento. Y, a la vez recordarnos, a partir de variadas experiencias, la importancia de valorar y luchar por nuestro sistema solidario de seguridad social.

A las compañeras de este seminario, con quienes compartimos este proceso por más de un año, y que también son parte importante de nuestros recuerdos y experiencias vividas en la Escuela de Ciencias Políticas. Juntas aprendimos sobre la importancia del trabajo en equipo, la empatía, el compañerismo y la solidaridad cuando se quiere alcanzar, con éxito, una meta en conjunto.

Ximena Alvarenga Fournier
Adriana Fernández Calderón
Diana Fernández Monge
Daniela Peña Zamora

Agradecimiento

A mi mamá y a mi papá, quienes son los motores de mi crecimiento personal y profesional. A ellos mi más profundo agradecimiento por su amor, dedicación y entrega.

A Juliana por habernos acompañado activamente en todo este proceso y por guiarnos siempre con tanto cariño. Para mí es un honor que sea nuestra directora. Siempre aprendo muchísimo de ella y le agradezco inmensamente la confianza depositada en mi como su asistente en los últimos años.

A Adri, Dani, Dianita, por acompañarme en este proceso y en general en todos los cursos que compartimos juntas. Al lado de ustedes he aprendido muchísimo, las admiro profundamente. Todas son mujeres excepcionales y les deseo lo mejor hoy y siempre.

A Alfonso y Paloma, no me imagino cómo hubiera sido este reto sin el apoyo de ustedes. Gracias por haber estado ahí siempre.

A todos aquellos compañeros y compañeras de Ciencias Políticas y Artes, con quienes viví y compartí muchos momentos inolvidables.

A todos aquellos profesores que me marcaron en mi vida universitaria y me contagiaron el amor por la investigación social.

Ximena Alvarenga Fournier

Dedicatoria

A mi mamá y todos los pacientes de oncología, cuyas historias de vida y su lucha me motivaron a estudiar el sistema de seguridad social de Costa Rica.

Agradecimientos

A mi madre, quien hizo lo inimaginable para verme culminar este ciclo. Gracias por tu guía, acompañamiento y por inspirarme, este proceso de construcción solo fue posible gracias a tu soporte. Tu lucha nos trajo hasta aquí, eso para mí es invaluable. Te dedico todo lo que significa para mí este trabajo final de graduación.

A Ximena, compañera, amiga y confidente, quien con toda su solidaridad y cariño, se convirtió en mi principal apoyo durante mi vida universitaria. Considero una verdadera fortuna que la vida nos cruzara, he aprendido inmensamente con vos y desarrollar este trabajo juntas solidificó la admiración y agradecimiento que te tengo.

A Juliana Martínez, académica brillante y directora de este Seminario, a quien considero mi mentora y guía. Gracias por compartirme su conocimiento, su ojo crítico, su sensibilidad social, su calidad humana y su tiempo, es sin miedo a equivocarme, de las personas que más me han marcado y enseñado en la vida. Haber investigado bajo su dirección, me transformó y me hizo crecer en muchas formas. Gracias por tanto.

A mis compañeras del Seminario, por el arduo trabajado desarrollado durante todo un año. Gracias por las sinergias y el apoyo, fue un privilegio trabajar con ustedes.

A mi familia, por su apoyo para poder terminar mis estudios y por su solidaridad en todos los momentos en los que requerí ayuda.

A la Dra. Ilka Treminio, a quien respeto y admiro muchísimo. Gracias por todo el apoyo durante mi crecimiento académico y profesional y por abrirme las puertas al mundo de la investigación, sus aportes para llegar hasta aquí los agradeceré siempre.

A la M. Sc Marianela Aguilar, a quien le guardo el más profundo cariño y respeto y con quien desarrollé mi interés por la investigación. Su increíble capacidad para enseñar fue fundamental en mi desarrollo como investigadora. Siempre tendré presente toda la pasión y cariño con la que me formó.

A mis amigas y amigos, por acompañarme, motivarme y por creer en mí, ha sido un honor compartir este viaje con ustedes.

Adriana Fernández Calderón

Agradecimiento

A Dios, por guiarme en esta etapa de mi vida, por darme la fuerza, la sabiduría y la fortaleza necesaria en cada momento, en cada experiencia.

A mi papá Danilo, por esforzarse día a día para que mis hermanos y yo podamos salir adelante, por ser la base de nuestra familia y por siempre estar presente. Gracias papi por tu amor y fortaleza.

A mi mamá Vanessa, por todo el amor y el apoyo en esta experiencia.

A mi hermano Gabriel, por darme aliento y fuerzas cada vez que las necesito.

A mi hermana Galilea, por cuidarme a cada momento.

A mi abuelita Emilia, por cuidarme, amarme y acompañarme siempre, aún en esas largas madrugadas de estudio.

A mi abuelo Rodolfo, por su amor y respaldo.

A mis compañeras de seminario, gracias por el aprendizaje, por la amistad y por el amor con el que han trabajado conmigo.

A la Juliana Martínez, nuestra directora, por impulso, por el ánimo y por el empeño y trabajo que dedicó a este seminario.

Por último, a mis amigas, aquellas que me dio la Universidad y que me hicieron crecer tanto como profesional y como persona.

Con todo el agradecimiento y el amor de mi corazón,

Diana Fernández Monge.

Agradecimiento

Primero que nada, quiero agradecerle a Dios por haberme dado las fuerzas y la sabiduría para concluir una nueva etapa en mi vida, la culminación de una promesa.

A mi familia, Zamora Rodríguez, y mi y novio; quienes han sido la mayor bendición en mi vida. Sin su apoyo, amor y paciencia nada de esto sería posible ¡Los amo infinitamente!

A mis amigos de GxC por siempre impulsarme a crecer en todos los ámbitos y al mismo tiempo creer y confiar en mí; del mismo modo a quienes se convirtieron en familia a través de servir en lo que más amamos y aún siguen estando.

A los amigos que me ha dejado el caminar académico; les estaré eternamente agradecida por estar siempre, ayudarme e impulsarme a seguir, incluso siendo una guía para mí.

A mis compañeras de seminario: ¡lo logramos!, fue un privilegio para mi aceptar este reto junto con personas como ustedes.

Gracias también a nuestra tutora, la Dra. Juliana Martínez, sin quien el caminar y el aprendizaje obtenidos en este proceso habría sido prácticamente imposible.

Y, por último, a cada uno de quienes es estos seis años han sido de apoyo en diversas áreas.

Daniela Peña Zamora

Tabla de contenidos

Resumen xi

Lista de siglas xiii

1. Introducción 1

2. Justificación 3

2.1 Justificación empírica: el crecimiento de los servicios sociales privados 3

2.2 Justificación conceptual: arquitecturas de política, sector privado y doble práctica médica. 7

2.2.1 El sistema de salud en Costa Rica 9

2.3 Justificación de oportunidad: vacío de conocimiento en la materia. 11

2.4 Justificación institucional: fortalecer vínculos entre investigación y docencia 12

3. Problema de investigación 13

4. Objetivos 13

4.1 Objetivo general 13

4.2 Objetivos específicos 14

5. Estado del arte 14

5.1 El universalismo en la política social 14

5.2 Arquitecturas públicas de política y sector privado 17

5. 3. Doble práctica 21

5.3.1 La definición de doble práctica 22

5.3.2 Extensión de la doble práctica 24

5.3.3 Causas de la doble práctica 25

5.3.6 Implicaciones de la doble práctica para el sistema de salud 29

6. Estrategia metodológica 37

6.1 Categorías de análisis 39

6.2 Técnicas de análisis y de recolección 46

6.2.1 Análisis temático 46

6.2.2 Análisis documental 49

6.2.3 Análisis de georreferenciación 50
6.3 Debilidades de la metodología e implicaciones para los resultados 51
7. Hallazgos por hipótesis 54
7.1 Las transferencias de costos desde proveedores privados a la seguridad social 54
7.1.1 Abordaje empírico 55
7.1.2 Hallazgos 59
7.1.3 Tratamiento estatal 65
7.2 La doble práctica incide en la alta concentración de oferta privada alrededor de los hospitales de la seguridad social 71
7.2.1 Abordaje empírico 73
7.2.2 Hallazgos 74
7.3 Los profesionales privados se promocionan a partir de su experiencia en el sector público. 81
7.3.1 Abordaje empírico 82
7.3.2 Hallazgos 83
7.4 La doble práctica se beneficia de la discrecionalidad en aspectos claves de la práctica pública 89
7.4.1. Abordaje empírico 90
7.4.2 Hallazgos 91
7.4.3 Soluciones planteadas con respecto a las listas de espera 98
7.5 La doble práctica facilita un subsidio de recursos públicos para la atención de consultas privadas 102
7.5.1 Abordaje empírico 103
7.5.2 Hallazgos 105
7.5.3 Tratamiento de los casos por parte de las autoridades 108
7.6 La doble práctica abona a un acceso desigual de los servicios públicos 110
7.6.1Abordaje empírico 112
7.6.2 Hallazgos 113
7.7 La doble práctica no se nombra; se enfrenta de facto con autorregulación y con penalización ante hechos consumados 119
7.7.1 Abordaje empírico 124
7.7.2 Hallazgos 125

7.7.3 Consideraciones finales 140
8. Conclusiones e implicaciones 141
8.1 Resumen 141
8.1.1 Sobre el tratamiento del fenómeno por parte del Estado Costarricense 142
8.1.2 En materia de política pública: 143
8.1.3 En materia de investigación: 143
9. Referencias Bibliográficas 146

Resumen

En materia de derechos sociales, el mundo y la región centroamericana enfrentan una paradoja. Por una parte, se conciertan esfuerzos para impulsar políticas sociales inclusivas, con las reformas a programas públicos de salud y pensiones o con la creación de nuevos programas sociales y por otra, en los últimos años se ha registrado un aumento y una diversificación en la oferta privada de los servicios sociales.

Costa Rica no es la excepción. Entre el 2000 y el 2014, la OMS ha reportado un crecimiento del 423% en el gasto de servicios de salud privada, pasando de 241 millones de colones a 1 261 millones de colones. La escasa literatura comparada disponible al respecto del papel de lo privado, indica que este tiene consecuencias de distinto tipo para los servicios públicos. En el caso de Costa Rica, que tiene el sistema de salud más universal de la región, poner la mirada sobre cómo afecta el componente privado al sistema de seguridad social resulta imperativo. Sea que la oferta pública y la privada compitan por usuarios o por recursos humanos, el análisis de la dinámica privada es parte inherente de las dinámicas de fortalecimiento y/o erosión de lo público. Se requiere por ello ahondar en las sinergias y conflictos entre dinámicas pública y privada, así como en la regulación actual y deseable de lo privado en general.

Esta investigación busca hacer un aporte en esta materia, específicamente se concentra en una de las manifestaciones de lo privado, la doble práctica médica, entendida como médicos que tienen práctica clínica en el sector público y privado al mismo tiempo. Específicamente, estudia cómo la doble práctica afecta los resultados del sistema universal de salud.

Es muy usual encontrarse en Costa Rica con personas que hayan tenido experiencia directa o indirecta con un médico o una médica que lo vio en lo privado y luego en lo público o viceversa. La poca evidencia empírica disponible muestra que lejos de anecdótico, la “doble práctica” médica; es decir, el desempeño médico de manera simultánea tanto en lo público como en lo privado, ha venido en aumento en los últimos años. Mientras que, en el 2001, un tercio (33%) de los médicos laboraban en el sector público y privado al mismo tiempo, para el 2015 esta cifra había aumentado a un 57%.

La literatura comparada disponible muestra que la doble práctica tiene efectos sobre los sistemas de salud en general. Esta investigación presenta hallazgos que dan cuenta de este tipo de implicaciones sobre los resultados universales del sistema de salud costarricense. Por ejemplo, se demuestra que la doble práctica médica restringe la oferta de servicios de salud públicos en la medida en que los profesionales médicos incumplen sus horarios en lo estatal para atender su práctica

privada, y utilizan los recursos como equipo, infraestructura, entre otros, para fines privados. Además, los profesionales tienen una injerencia sobre las listas de espera, lo cual se evidencia con casos en los cuales hay pacientes que son atendidos sin referencia previa, o son atendidos en otros hospitales públicos en los cuales no se encuentran inscritos.

Desde este dinamismo constante entre lo público y lo privado, esta investigación muestra que existe una concentración de la oferta privada de servicios de salud alrededor de los hospitales de la seguridad social. Asimismo, se registran casos de transferencias de costos de lo privado a lo público en la medida que algunas malas praxis o en general complicaciones en procesos médicos que se han presentado en lo privado han tenido que resolverse desde los hospitales públicos más cercanos.

A pesar de que la doble práctica es un fenómeno extendido en el país, esta no se nombra, no se reconoce como tal y no está regulado, por lo que se carece de instrumentos para desalentar los posibles efectos adversos de esta práctica sobre el sistema de salud universal del país.

Lista de siglas

BUSSCO	Bloque Unitario Sindical y Social
CARIT	Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
Cir Plas	Cirugía Plástica
Gin Obs	Ginecoobstetricia
HAN	Hospital de la Anexión en Nicoya
HCG	Hospital Calderón Guardia
HL	Hospital de Liberia
HM	Hospital México
HN	Hospital Nacional de Niños
HSJD	Hospital San Juan de Dios
HSRA	Hospital San Rafael de Alajuela
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OMS	Organización Mundial de la Salud

1. Introducción

Desde su creación en 1941, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se ha constituido como una de las instituciones medulares de la sociedad costarricense. Se trata así de uno de los principales logros para la integración social y la distribución de oportunidades y le ha permitido al país alcanzar resultados en salud que son comparables con los de naciones con un ingreso por habitante mucho mayor (González,2016). Este sistema se ha distinguido por ser el sistema de salud más universal de la región latinoamericana (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

No obstante, durante la última década del siglo XXI, ha existido un sector privado de servicios de salud creciente y carente de regulación que, amenaza la universalidad del sistema de salud costarricense. Antes que explicar los diversos factores que explican el porqué del crecimiento del sector privado en el país, esta investigación se centrará en la manera en que la práctica privada incide en el desempeño universalista del sistema de seguridad social costarricense.

Más concretamente, este estudio se enfoca en la llamada “doble práctica” definida como aquella labor realizada por médicos y médicas en ambos sectores, (público y privado) (Ferrinho, 2014). En 2015 alrededor del 57% de los médicos en Costa Rica trabajaban en el sector público y el sector privado simultáneamente (Ávalos, 2015), en comparación a solo un 33% en el año 2001 (Clark, 2005). Los números y su rápido crecimiento sugieren que se trata de un fenómeno generalizado y que posiblemente ha llegado para quedarse e inclusive hasta para profundizarse.

Lejos de ser un asunto privado, de cada médico o médica, la literatura comparada demuestra que la doble práctica tiene un amplio abanico de efectos en el desempeño del sector público. Sin necesariamente ser el principal factor que explica los problemas de calidad y oportunidad de la atención brindada a la población por parte del sector público, sí es un factor que incide en el mundo, y como lo mostramos en este estudio, también en Costa Rica.

Uno de estos problemas y que ha desencadenado a su vez otros, son las listas de espera. Según registros de la Caja Costarricense del Seguro Social, estas llegaron a ser en 2016, 153. 000 citas con plazos mayores a tres meses en los servicios de cirugía y exámenes de diagnóstico (Recio, 2016). Ello genera incertidumbre en la población asegurada y les obliga a buscar otras opciones. La medicina privada es una de ellas.

Tomemos el ejemplo concreto de una mujer que ante la larga espera para recibir un diagnóstico por un bulto que había aparecido en su mama izquierda, decidió endeudarse por más de ¢2 millones de colones para pagar pruebas en clínicas privadas, que incluyeron: mamografías, ultrasonidos y análisis de biopsias; resultando así que se encontraba con un cáncer de mama en etapa dos. Posteriormente fue operada en el Hospital San Juan de Dios, en San José; aunque le correspondía ser atendida en el Hospital de Ciudad Neily, al haber pagado una consulta a un médico privado que le ayudó a ingresar en la lista de cirugía (Ávalos, 2015).

Imagen 1. Experiencia de un paciente que incurre en gastos de salud privada

> *"En el mismo hospital lo que le sugieren a uno es que pague por fuera, pero no me parece justo porque uno está pagando el seguro. En mi caso, de todas formas, me lo voy a hacer por fuera en estos días, porque es algo que uno no puede esperar tres o cuatro años. Uno pensaría que, en este sentido, debería haber prioridad y no es así".*
> ***Natalia Gallegos, contadora***

Fuente: La Nación (2016)

Las historias son inagotables y repartidas en todo el país. Prácticamente todos y todas conocemos a alguien que ha vivido una situación con casos similares al anteriormente planteado, lo que indica que el problema no es aislado sino más bien recurrente entre las personas aseguradas. Del mismo modo, es recurrente saber de alguna persona que ha tenido la capacidad de pagar en lo privado y así poder acceder prontamente a los beneficios ofrecidos por el sistema de salud público.

El objetivo de este trabajo final de graduación es precisamente el demostrar que la doble práctica de los médicos y las médicas ha sido y sigue siendo durante los últimos años recurrente. En segundo lugar, mostramos que la doble práctica inhabilita un acceso oportuno, de calidad y equitativo a toda la población costarricense. En tercer lugar, comprobamos que la regulación estatal existente en el país ha sido insuficiente para garantizar la cobertura y la equidad de los servicios de salud brindados.

Para ello recurrimos a un abanico de fuentes y de evidencia empírica que nos han permitido sortear uno de los principales obstáculos para la investigación en la materia: la escasez de registros y los prejuicios existentes para abordar un tema que se vive diariamente sin ser nombrado ni en la academia, ni en la calle.

A continuación, se presenta la justificación acerca de la relevancia del tema en estudio; seguida de los objetivos de la investigación, para posteriormente presentar

el estado del arte que le dará sustento a la evidencia empírica recolectada y la manera en que conjuntamente esto se trabajó en la metodología, para concluir con los hallazgos resultantes del proceso de investigación.

2. Justificación

2.1 Justificación empírica: el crecimiento de los servicios sociales privados

La búsqueda de políticas sociales inclusivas concierta actualmente esfuerzos por parte de organismos internacionales y de gobiernos del Sur global, desde el llamado acceso universal a la salud hasta los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A partir del 2000, distintas medidas se han dirigido a incorporar a la población más vulnerable y previamente excluida, pero también a satisfacer a una nueva y heterogénea clase media que exige no solo mejores servicios sino también que sean más asequibles (Burn-Murdoch y Bernard, 2014; Pezzini, 2012). Una buena parte de la creciente clase media se encuentra solo “a una enfermedad” de regresar a condiciones de pobreza (Krishna, 2010) y gran cantidad de mujeres dejan el mercado laboral o se informalizan porque no pueden pagar servicios privados de cuidado (UNW, 2017). Frente a las limitaciones de dejar el bienestar privado al poder adquisitivo de las personas, hemos asistido a reformas de programas públicos ya existentes como los de salud y pensiones (Huber y Stephens, 2012: Pribble, 2013) y a la rápida expansión de nuevos programas sociales como los de cuidado (Blofield y Martínez Franzoni, 2015; Berlinksi y Schady, 2015).

De forma paralela ha tenido lugar un aumento y diversificación en la oferta privada de servicios sociales. Gran parte de este crecimiento se concentra en países del Sur global, América Latina no ha sido una excepción. A mediados de los 2000, de 38 países del mundo que contaban con mercados privados de seguros, casi la mitad eran países de renta media-baja o baja (Sekhri Neelam y William Savedoff, 2006). En educación, UNESCO estimaba que la mitad de toda la inversión en educación en países de ingreso medio y bajo proviene del bolsillo de las familias y datos del Banco Mundial para el 2013, muestran que la matrícula privada ha pasado del 10 al 20% de toda la matrícula de nivel primario. (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

La organización y financiamiento de los servicios sociales en América Latina ha cambiado durante los últimos años, debido a múltiples factores, entre ellos, el papel que se les ha asignado a los mercados, con la incorporación de actores privados que prestan este tipo de servicios que en el pasado estuvieron reservados mayormente al monopolio público (Molina y Núñez, 2003)

Centroamérica también ha seguido esta tendencia, durante los últimos años se ha registrado un crecimiento acelerado en la demanda de servicios privados en cuatro países de la región (ver tabla 1): Costa Rica, Guatemala, Honduras y Panamá (Saavedra, 2017). Además, el 43% de la oferta hospitalaria, en Centroamérica, corresponde a hospitales privados (Saavedra, 2017).

Tabla 1
Gasto en servicios de salud, Centroamérica*

País	Gasto Público en salud	Gasto privado en salud	Total	Porcentaje del gasto privado sobre el total del gasto
Costa Rica	3,354	1,281	4,615	28%
El Salvador	1,127	581	1,708	34%
Guatemala	1,402	2,323	3,726	62%
Honduras	856	834	1,690	43%
Nicaragua	602	466	1,067	44%
Panamá	2,717	992	3,709	27%

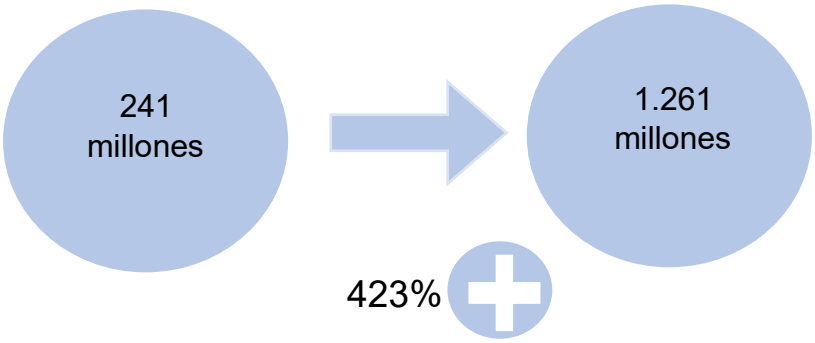
Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014)

*Cifras en millones de dólares

Costa Rica no es una excepción. Es cierto que se trata del sistema más universal de la región (Filgueira, 1998; Huber, 1996; 2002) y uno de los que durante la década del 2000 aumentó significativamente la inversión pública por habitante. A la vez, también ha registrado un crecimiento del gasto privado “de bolsillo” (Neelam y Savedoff, 2006). Su importancia relativa pasó de 21.4% del gasto total en salud en 2000 a 31.1% en 2010 (WHO, 2012). En 1980 existían en el país solo tres clínicas privadas. A partir de 1989 se crearon tres hospitales y durante la última década la oferta privada se diversificó e incluso se ubicó fuera del valle Central (Martínez Franzoni y Diego Sánchez-Ancochea, 2016a; Muiser y Vargas, 2012). Esta oferta de servicios es utilizada con mayor frecuencia por la clase media y alta: el 60% del gasto en salud privada para el 2000 provenía del 25% más adinerado de la población (Picado, Acuña y Santacruz, 2003).

Entre el 2000 y 2014 la OMS ha reportado un crecimiento de 423% en el gasto de servicios privados de salud (ver figura 1), en Costa Rica, pasando de $241 millones a $1261 millones. De la misma manera, el gasto de bolsillo ha pasado de representar un 1,32% en el 2000 a un 2,27% en el 2014. Lo mismo pasa con el porcentaje de gasto público en salud, pasando de un 5,6% en 2005 a un 6,8% del PIB en 2014.

Figura 1
Crecimiento del gasto en servicios privados de salud de 2000 a 2014



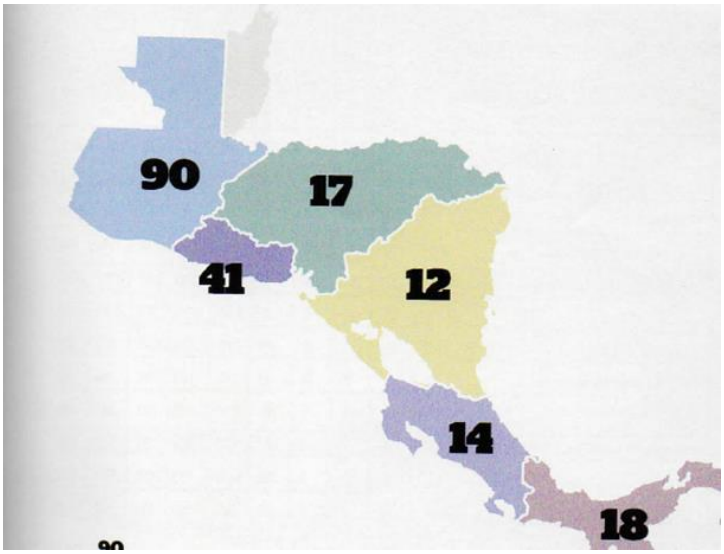
Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2014)

Esta tensión existente entre la búsqueda de políticas sociales inclusivas y el aumento paralelo de la diversificación de la oferta privada de servicios sociales, con crecimiento del sector privado de salud, es de gran relevancia para nuestra investigación. Nos interesa, principalmente, estudiar la doble práctica médica, (como una implicación de la expansión privada) y los efectos que esta tiene sobre los resultados universales en el sistema de salud.

La doble práctica se refiere a la práctica profesional de salud en la que los médicos laboran en el sector público al mismo tiempo que lo hacen en el sector privado (Ferrinho, 2004). Esta maximiza la estabilidad y el desarrollo profesional que permite la práctica pública con las ganancias que permite la práctica privada. En ausencia de una adecuada regulación ello ha resultado en incentivos perversos para el buen desempeño público (Clark, 2010; Martínez Franzoni y Mesa Lago, 2003).

Del mismo modo, durante la última década la expansión del sector privado ha venido en aumento. Así, la oferta de hospitales privados ha crecido en Centroamérica, a tal punto que, actualmente la región cuenta con unos 439 hospitales; de los cuales 192 son privados (véase imagen 2). Es decir, el 43% del total de la oferta hospitalaria (Saavedra, 2017).

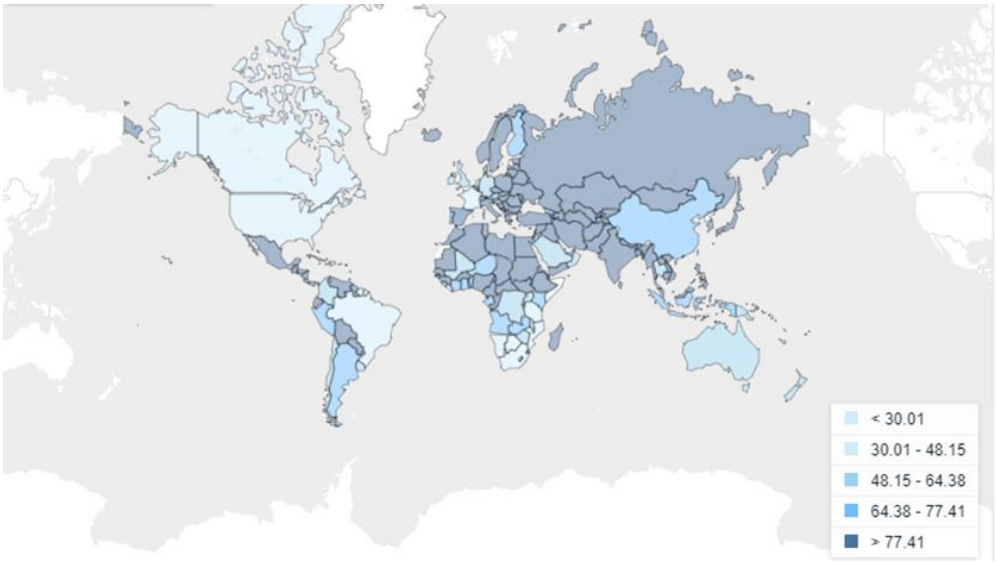
Imagen 2. Oferta hospitalaria privada en Centroamérica



Fuente: Saavedra (2017)

Durante el 2014 de igual manera aumentaron en Centroamérica los gastos desembolsados directamente por parte de los hogares en los bienes y servicios destinados a la restauración o la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población. De manera que, el porcentaje del gasto privado de salud por paciente a nivel de la región ha sido a nivel general mayor al 77.41%, mientras que en América Latina el gasto es muy variado, pero no menor al 30% (véase imagen 3). Inclusive a nivel Mundial el porcentaje del gasto directo de los hogares sobre el PIB ha subido de un 3.21% en 1995 a un 3.93% en 2014 (Banco Mundial, 2014).

Imagen 3. Porcentaje del gasto privado de salud por paciente



Fuente: Banco Mundial (2014)

A pesar del aumento en la oferta de servicios de salud privados, existe poca evidencia acerca del aporte en materia de la cobertura, el tipo y la calidad de estos servicios. Tampoco hay suficiente investigación que de cuenta de las dinámicas o relaciones que se establecen entre la oferta privada y los servicios públicos y sobre el lugar que el Estado da a los proveedores privados en el papel que desempeña el sector privado como prestador de servicios sociales.

2.2 Justificación conceptual: arquitecturas de política, sector privado y doble práctica médica.

Esta investigación partió desde el modelo analítico propuesto por Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016), en donde, recientemente investigaron los factores que facilitan o inhiben la construcción de universalismo en países del Sur –en particular en aquellos con alta inversión pública social y desarrollo institucional; para posteriormente introducirle mejoras con la evidencia empírica analizada en el presente documento.

Estos autores abordan el universalismo como rasgo de los *resultados* de política, según su desempeño en materia de cobertura, suficiencia y equidad. Resultados universales son los que alcanzan cobertura masiva, es decir, cuando los beneficios alcanzan a la mayoría de la población incluida dentro de una determinada categoría (por ejemplo, niños y niñas en edad escolar, mujeres embarazadas, adultos mayores). La suficiencia hace referencia al nivel y calidad de los beneficios

obtenidos. Cuanto más exhaustivos sean los beneficios y mejor sea la calidad de los mismos, más universales serán las políticas creadas. La equidad se refiere a la distribución de la cobertura y la generosidad en los beneficiarios. Cuanto más igualitaria sea la distribución -entre zonas rurales y urbanas; hombres y mujeres; y entre pobres y no pobres- de los beneficios, más universales serán los resultados. Lo opuesto a universalismo es la segmentación.

Para determinar cuán cerca o lejos se encuentran los países de alcanzar resultados universales, se requiere conocer los *instrumentos* de política existentes y cómo estos se articulan para definir quiénes acceden a qué y cómo. Este conjunto de instrumentos es lo que estos autores definen como *arquitectura* de política. Esta se expresa en cinco componentes: elegibilidad, financiamiento, prestaciones, proveedores y regulación de la opción privada, este último es el componente que más interesa a este Seminario de Graduación (véase sección 5.2) y varía entre programas sociales específicos (como los servicios de salud, los cuidados de la primera infancia o las pensiones). Nótese que acciones focalizadas o de afirmación positiva pueden tener lugar en cualquiera de los cinco componentes. A diferencia del universalismo, que caracteriza resultados de política, la focalización alude a los instrumentos.

Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016) datan el crecimiento y la falta de regulación del sector privado de salud en Costa Rica, esto principalmente a partir de la década de los años 2000. Mientras que crece la atención de la salud en centros privados, crece la cantidad de médicos que laboran para el Estado al mismo tiempo que lo hacen para el sector público.

La doble práctica es un fenómeno común en todo el mundo, independientemente del grado de desarrollo, el estatus económico del país, el sistema político, la demografía y las situaciones de los países, la cuales pueden variar ampliamente. (Higrave y Hort, 2013)

La literatura determina que la doble práctica médica tiene efectos sobre los sistemas de salud en general y sobre aquellos con resultados universales en particular (CCPA, 2008; Ferrinho, 2004; García y González, 2011; Flood, 2012). Asimismo, la literatura demuestra que la doble práctica puede alentar a que los profesionales médicos disminuyan la calidad de sus servicios con el objetivo de incitar a los pacientes a costearse su atención en el sector privado lo cual genera una desigualdad entre quienes pueden cubrir económicamente estos servicios y quienes no pueden hacerlo (García y González, 2011). A su vez, la doble práctica incide sobre las listas de espera, ya que los profesionales médicos intervienen sobre estas a su conveniencia trasladando a pacientes del sector privado al público y viceversa. Dicha situación compromete el acceso a aquellas personas que no pueden costear sus tratamientos en el sector privado, generando inequidad (CCPA,2008). La

literatura reporta además casos donde los profesionales médicos hacen uso de equipos, instalaciones, y demás instrumentos públicos para atender a pacientes del sector privado, lo cual afecta directamente sobre los la disponibilidad del equipo para atender a los pacientes del sector público (García y González, 2011).

La doble práctica como forma de ver lo privado permite visibilizar una de las formas de interacción entre lo público y lo privado. Además, la doble práctica ha sido un fenómeno recurrente en Costa Rica, ya que, si bien la cobertura ha sido masiva y el nivel se servicios de salud alto, la equidad y la calidad se han visto afectadas por fenómenos como la doble práctica.

A continuación, se realiza una reseña para entender la importancia del carácter universal del sistema de salud pública en Costa Rica.

2.2.1 El sistema de salud en Costa Rica

Una particularidad del sistema público de salud costarricense es que se constituyó en torno a lo que bien pudo ser un sistema de seguridad social restringido a quienes cotizan, como ocurrió en otros países de la región.

La arquitectura de Costa Rica data del año 1941 y se estableció durante el mandato de Rafael Ángel Calderón Guardia bajo la administración por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Desde ese momento, el seguro social se financia con los aportes de los empleados, los empleadores y el Estado, y ha sido determinante para la expansión de los servicios de salud públicos en el país. Inicialmente, el seguro solo cubría a los trabajadores asalariados que cotizaban. Sin embargo, en 1956 se expandieron los servicios a sus familias (Miranda, 1994). La expansión se hizo de forma ascendente, primero asegurando a los grupos urbanos con ingresos menores hasta un “tope” definido y luego a los de más altos ingresos (Miranda, 1994).

Precisamente, entre 1960 y 1970 se produjeron varios hechos que permitieron a la Caja convertirse en una institución mucho más abarcadora que otros sistemas de seguridad social de la región, incluso de los más avanzados como los del Cono Sur. Entre estas reformas se encuentran la ruptura del tope de cotización sobre los salarios (afectando a quienes ganaban salarios más altos) y la aprobación de una reforma constitucional que universalizó los servicios (Rosemberg, 1979).

La ruptura del tope de cotización fue fundamental para mejorar la capacidad financiera de la institución y ampliar la cobertura. De haberse mantenido, la seguridad social se hubiera quedado con la población que cotizaba menos y utilizaba más servicios, de manera que la estabilidad financiera de la institución estaba amenazada (Miranda, 1994). Si hubiera comenzado por las personas de más ingresos, hubiera sido difícil llegar a asegurar a los de menos ingresos, como ocurrió en los países del Cono Sur (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016). Si bien

las personas de mayores ingresos fueron inicialmente afectadas con contribuciones obligatorias al salario, el hecho de que se ofrecieran servicios de alta calidad, hizo que su incorporación obligatoria fuese aceptada.

Con la aprobación del transitorio al artículo 177 de la Constitución Política se extendieron los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad a los trabajadores independientes y a las personas pobres, a través del seguro por cuenta del Estado. De esta forma, terminó de consolidarse un sistema que en primera instancia cubría solo a trabajadores, luego a familias y finalmente a toda población (Miranda, 1994). Con las dos medidas se logró ampliar la cobertura hasta alcanzar el 85% de la población en 1980 (Martíne Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016). Este no fue un logro menor si se toma en cuenta que hay países a los que les tomó años avanzar en esa dirección (Miranda, 1994).

En los setenta se creó un programa de atención primaria para los pobladores de zonas rurales, que ya para 1979 cubría al 60% de esta población y alrededor de 120.000 campesinos se habían inscrito en la seguridad social. Todos estos avances propiciaron que se constituyera un sistema altamente favorable al universalismo.

En la actualidad, el aseguramiento o protección con carga el Estado para personas que no son cotizantes, cubre alrededor de 600 mil ciudadanos (Sancho, 2017). Esta modalidad cubre a quienes no tienen los recursos para pagar alguno de los seguros que ofrece la institución o a quienes tienen una protección particular, por ejemplo personas menores de edad, jóvenes entre 18 y 25 años no cumplidos, madres adolescentes y sus hijos, personas en condición de indigencia, entre otros (Sancho, 2017).

Asimismo, durante los últimos años ha crecido considerablemente el número de asegurados independientes, es decir aquellos que tienen una actividad económica propia. En el 2006 había 23.845 trabajadores inscritos y para marzo de 2012 había 177.193, lo que muestra un aumento del 643% (CCSS, 2012).

Todos estos avances han sido fundamentales para extender la cobertura y consolidar la universalización. A partir de los cambios implementados en los años 70, la mayoría de los componentes de la arquitectura se han mantenido intactos y la CCSS continúa administrando los tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen no contributivo (Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez, 2011).

Esta trayectoria de ampliación de los servicios y de la base contributiva hizo a Costa Rica diferente de otros países de la región y lo ubicó en una mejor posición para alcanzar un carácter universalista, aun tratándose de un sistema organizado en torno a contribuciones asociadas a la planilla laboral. De acuerdo con Miranda (1994), lo que Costa Rica alcanzó a partir de los años setenta en materia de

universalización es excepcional, ya que en el continente americano, para ese momento, además de Canadá y Cuba que lo lograron mediante sistemas nacionales de salud y no de aseguramiento, ninguna otra nación había logrado algo similar. Esta valoración es compartida por la literatura comparada (Sandbrook, et al. 2006); (Huber, 2002 y: Filgueira, 1998).

Sin embargo, los cambios que se produjeron a partir de la década de los ochenta, con la crisis económica y la reforma gerencial que se implementó en los noventa, ocasionaron que aumentara la participación de los servicios privados de salud, (Clark, 2002, Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016; Badilla y Ugarte,2018, Rodríguez, 2005).

A pesar de que el sistema de seguridad social ha permanecido unificado, con una amplia participación del Estado tanto en el financiamiento como en la prestación propiamente de los servicios, los recortes que se produjeron durante la crisis afectaron la calidad y la equidad en los servicios de salud (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016). Asimismo, las decisiones gerenciales impulsaron a un número significativo de médicos a combinar la práctica pública con la privada. De ahí nuestro interés en estudiar cómo la doble práctica afecta el sistema universal de salud (Martínez-Franzoni y Sánchez Ancochea, 2016).

2.3 Justificación de oportunidad: vacío de conocimiento en la materia.

Los servicios privados no son un fenómeno nuevo pero ciertamente han adquirido un mayor protagonismo en el mundo durante las últimas décadas, en gran medida debido al crecimiento del sector financiero en áreas hasta recientemente reservadas a la protección social –como la educación, la vivienda, las pensiones y los servicios de salud.

Sea que la oferta pública y la privada compitan por usuarios o por recursos humanos, el análisis de la dinámica privada es parte inherente de las dinámicas de fortalecimiento y/o erosión de la dinámica pública (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016). Se requiere por ello ahondar en las sinergias y conflictos entre dinámicas pública y privada, principalmente en las generadas por la doble práctica, ya que es un área de conocimiento de escaso desarrollo académico: la manera en que los servicios privados, en particular aquellos con fines de lucro, interactúen fortaleciendo o debilitando la organización pública de los servicios sociales. El papel del sector privado tiene un efecto directo sobre el universalismo de las políticas de salud, principalmente en la fragmentación de los resultados.

En el caso propiamente dicho de la doble práctica, si bien es común conocer de casos de médicos que laboran en ambos sectores- público y privado- al mismo

tiempo, en el país es un tema poco tratado y manejado; se ha convertido en un factor recurrente y normalizado, por lo que su estudio resulta un “tema tabú” en los estudios del sector salud. Además, a pesar de la evidencia reportada por la literatura, a la fecha se carece de investigaciones que expliquen los efectos de la doble práctica sobre la arquitectura pública costarricense, es decir sobre el quién accede a qué y cómo lo hace; y su consiguiente afectación sobre los resultados universales. Con este estudio se pretende aportar en este punto en particular.

La poca evidencia empírica disponible muestra que lejos de anecdótico, la “doble práctica” médica; es decir, el desempeño médico de manera simultánea tanto en lo público como en lo privado ha venido en aumento en los últimos años.

Representan entonces un reto poder establecer un dato real en el tiempo de lo que representa la doble práctica para la Caja Costarricense del Seguro Social, a sabiendas de la poca regulación existente sobre el tema y al mismo tiempo el poco acceso a datos e inexistencia de datos que midan la dimensión de la doble práctica.

Dada la relevancia empírica de este fenómeno, es llamativa la ausencia de literatura académica sobre el tema en América Latina en general y en Costa Rica en particular. De 21 artículos académicos revisados sobre doble práctica, solamente uno aborda un caso latinoamericano y ninguno de ellos hace referencia específicamente a Costa Rica. Para la selección de los artículos, se identificaron todos aquellos enfocados en doble práctica y publicados a partir del año 2000 en revistas nacionales e internacionales indexadas. La búsqueda se refinó hasta llegar a un punto de saturación de las categorías de análisis y, especialmente, de la evidencia encontrada. En Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea y (2016) se citan cinco referencias de la doble práctica médica, por lo que esta investigación hace un salto cualitativo importante en cuanto a revisión de la literatura.

2.4 Justificación institucional: fortalecer vínculos entre investigación y docencia

El Plan Institucional 2013-2017 de la Universidad de Costa Rica se propone en su eje 2 “Fomentar la vinculación de los trabajos finales de graduación de la población estudiantil en el nivel de posgrado con el ámbito académico.” (2.1.4, pág. 4) (Universidad de Costa Rica, 2013).

Este Seminario de Graduación se inscribe en una línea de investigación que la Escuela de Ciencias Políticas viene llevando a cabo desde su centro de investigación. Se trata del análisis de los regímenes de bienestar y de la política social en América Latina. Actualmente Martínez Franzoni investiga los cambios y las continuidades en los programas de salud, cuidados y pensiones en América

Latina (proyecto 833-B6-A4, CIEP; en colaboración con Diego Sánchez-Ancochea, Universidad de Oxford).

Esta línea de trabajo, nutrida de investigación enfocada en países del Norte global (Esping-Andersen, 1990; 2000), aborda la política social no solo en tanto conjunto de servicios sino en tanto instrumento de estratificación de la población, a partir de los grados de libertad que la política social introduce entre el acceso a servicios sociales y el poder adquisitivo de las personas (es decir, la "desmercantilización" en el acceso a servicios sociales). En su conjunto, esta literatura de índole comparada constituye actualmente un cuerpo de investigación robusto para abordar la intervención del Estado en el bienestar de la población en América Latina (Filgueira, 1998; Barba, 2005; Gough y Huber y Stephens, 2012; Pribble, 2013; Wood y Gough, 2004).

Es por ello que la orientación de este Seminario de Graduación hacia el estudio de la doble práctica, permite no sólo fortalecer los vínculos entre investigación y docencia sino aportar en la creación de conocimiento científico sobre un tema que aqueja al presente y al futuro de una política social inclusiva de salud en nuestro país.

3. Problema de investigación

Este seminario de graduación se enfoca en un área de conocimiento de escaso desarrollo académico: la manera en que los servicios privados de salud, en particular aquellos con fines de lucro, interactúan fortaleciendo o debilitando la organización pública de los servicios sociales. Para ello nos centramos específicamente en cómo la doble práctica médica afecta los distintos componentes de la arquitectura política (véase este concepto en la sección 5.2).

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Investigar cómo la doble práctica médica afecta la *arquitectura pública* de servicios y sus respectivos resultados en materia de cobertura, suficiencia y equidad en Costa Rica.

4.2 Objetivos específicos

a. Caracterizar la doble práctica desde la concentración geográfica de la oferta privada y el perfil de profesionales médicos que trabajan en esta modalidad.

b. Dimensionar los efectos que tiene la doble práctica en la restricción de beneficios de las personas aseguradas.

c. Caracterizar los efectos que tiene la doble práctica en el uso privado del financiamiento público y las transferencias de costos de lo privado hacia lo público.

d. Determinar las consecuencias de la doble práctica en el acceso desigual de los servicios públicos.

e. Describir la regulación estatal existente en Costa Rica respecto a la doble práctica público-privada por parte de los/as profesionales médicos.

5. Estado del arte

Los nexos entre regímenes de bienestar, políticas sociales y universalismo han sido objeto de numerosos trabajos académicos que han puesto su atención en el papel que cumple el Estado en la producción de bienestar. Al hacerlo, como veremos en esta sección, se ha desarrollado un aparato conceptual potente que, sin embargo, ha sido escasamente aplicado a entender la interfase entre la arquitectura pública y la práctica privada. A continuación, se presenta primero el concepto de universalismo en la política social, seguidamente se introduce el concepto de arquitectura pública y luego se abarca desde la literatura comparada el concepto de doble práctica, desde su concepto, causas e implicaciones.

5.1 El universalismo en la política social

El debate sobre qué es y cuál es la importancia del universalismo se remonta, en la literatura comparada, al trabajo de Esping-Andersen (1990) sobre los “mundos” del bienestar en países desarrollados. De su tipología quedó claro que los países pueden tener política social igualmente robusta pero basadas en criterios de elegibilidad complementa distintos: desde la necesidad económica, hasta la pertenencia a grupos ocupacionales o la ciudadanía. Cada tipo de política social moldea de una cierta manera la estructura social.

Luego de un período de retracción estatal durante los años 90, de la mano de un período expansivo, se actualizó el debate sobre qué entender por universalismo. Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea (2016) abordan el universalismo desde cómo la literatura lo ha definido, los problemas que plantean estas definiciones en el contexto del Sur y cómo se puede avanzar en la investigación de esta materia. Por último, explican la relevancia de considerar al universalismo como un resultado deseable de política debido a su impacto positivo en la reducción de la pobreza y la redistribución del ingreso; a partir de la experiencia histórica de países de Europa y América del Norte.

Para los autores, el universalismo es un concepto de disputa que tiene una diversidad de significados. A partir de ello, Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea (2016) parten de una diferenciación entre dos visiones opuestas de este concepto: la minimalista y la maximalista.

Desde una visión minimalista, Stuckler *et al.* (2010), señalan que los países que tienen sistemas de salud universales son aquellos en los que existe un mandato legal que establece el acceso universal a los servicios de salud y en el que la mayoría de la población pueden acceder a este servicio. La limitación de este acercamiento es que el universalismo se asimila a cobertura universal y no se toman en consideración otros elementos como la suficiencia o la equidad de dicha cobertura (Martínez-Franzoni y Sánchez Ancochea, 2016). Por ejemplo, si una persona puede acceder a servicios de atención primaria, pero no puede recibir quimioterapia para tratarse el cáncer, merece la pena preguntarse si se trata de un sistema universal.

La visión maximalista proviene de los aportes de literatura sobre regímenes de bienestar en el Norte global (Esping-Andersen y Korpi, 1987; Huber y Stephens, 2001). Bajo este enfoque, el acceso a todos los servicios por parte de todos, se combina con el tipo de financiamiento, de impuestos generales, que se encuentra en los países escandinavos. Este tipo de régimen se diferencia de los regímenes corporativos en los que solo el acceso se diferencia considerablemente según grupos de trabajadores (Esping-Andersen, 1990).

Vale decir la definición maximalista combina elementos que son parte de 1) los instrumentos específicos (la manera en que se crean los servicios y se realizan las transferencias con base en la ciudadanía); y 2) el conjunto de resultados deseados (que los servicios sean suficientes para toda la población sin distinción). Aparece así una definición del universalismo como resultado superpuesta a una definición del universalismo como medio. Es conceptualmente incorrecto y, además, inconveniente para países pobres y desiguales en los cuales el universalismo puede promoverse mediante medios distintos a los impuestos generales (Fischer, 2012).

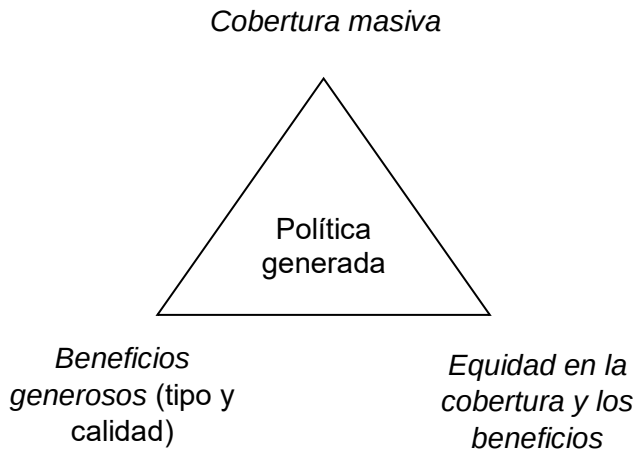
Pribble (2013) aborda reformas promotoras de universalismo en América del Sur –de hecho, es de los pocos estudios que amplían el foco de investigación más allá del Norte global-, y se enfoca especialmente en los resultados de la política, cobertura, calidad de los servicios y la reducción de la segmentación. La autora señala que el universalismo se puede alcanzar mediante diferentes instrumentos de política. El financiamiento y la administración de los programas de protección social varía significativamente entre países, y, esas diferencias tienen consecuencias para el bienestar de las personas y las familias. Para la autora, este es un punto clave debido a que la literatura comparada ha descuidado el análisis de los factores que explican porqué algunos estados latinoamericanos han tenido más éxito que otros en reformas que amplían la cobertura y los beneficios de calidad para la ciudadanía.

Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016) se apoyan en sus hallazgos, pero van más allá de separar los resultados de los instrumentos de política. Esto permite, argumentan, además de la claridad conceptual, el ganar grados de libertad para el diseño de instrumentos políticamente viables a contextos nacionales específicos. Concretamente, se inclinan por un abordaje del universalismo como un resultado multidimensional de la política social (véase figura 2). Las tres dimensiones que incluye son cobertura, la suficiencia en el tipo y la calidad de las prestaciones, y la equidad. En suma, se crean resultados universales cuando se proveen "transferencias suficientes y servicios de alta calidad similares para toda la población" (p.46).

Los resultados universales son los que alcanzan cobertura masiva, es decir, cuando los beneficios alcanzan a la mayoría de la población incluida dentro de una determinada categoría (por ejemplo, niños y niñas en edad escolar, mujeres embarazadas, adultos mayores). La suficiencia hace referencia al nivel y calidad de los beneficios obtenidos. Es decir, cuanto más exhaustivos sean los beneficios y mejor sea la calidad de estos, más universales serán las políticas creadas. La equidad se refiere a la distribución de la cobertura y la generosidad en los beneficiarios: los países podrían asegurar el acceso masivo con generosidad desigual entre los grupos existentes en la población. Cuanto más igualitaria sea la distribución de los beneficios; entre zonas rurales y urbanas, hombres y mujeres, y entre pobres y no pobres; más universales serán los resultados.

Figura 2.

***Outputs* universales como un triángulo de cobertura, generosidad y equidad**



Fuente: Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016).

Bajo este esquema, si todas las personas tuvieran acceso a los beneficios correspondientes al cuidado de la salud, pero solo unos pocos pudieran acceder a su tratamiento en contra del cáncer, por ejemplo, no se podría hablar de universalismo. Lo opuesto al universalismo es la segmentación.

El universalismo, al no establecer diferencias en el acceso a servicios y prestaciones más que la pertenencia a la comunidad o ciudadanía promueve una mayor cohesión social, igualdad y eficiencia (Filgueira, 2007). Al proporcionar transferencias y servicios similares, equitativas/os y de alta calidad a toda la población garantiza los derechos sociales de quienes viven en condiciones de pobreza, pero también protege y consolida el reciente avance de la clase media. En suma, el universalismo permite una redistribución de recursos y oportunidades altamente necesarias en entornos de creciente concentración de los ingresos en pocas personas.

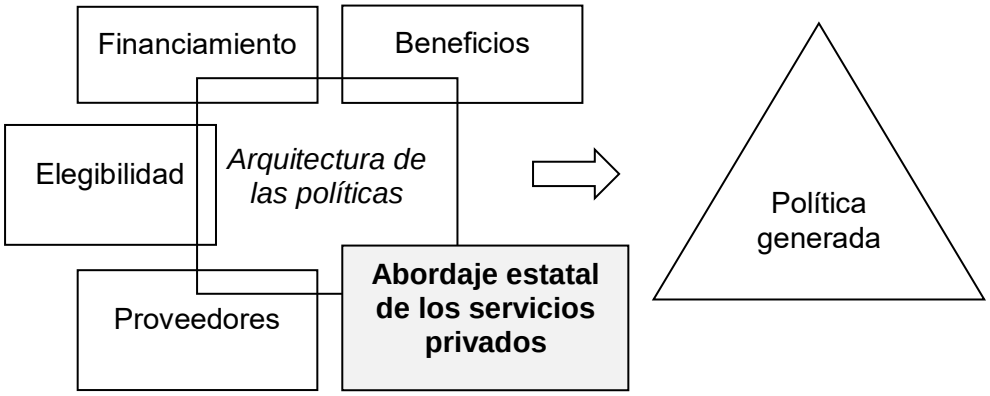
5.2 Arquitecturas públicas de política y sector privado

Una vez definido el universalismo como rasgo de los resultados, queda determinar qué tipo de instrumentos son los adecuados para promover dichos resultados. Para determinar cuán cerca o lejos se encuentran los países de alcanzar resultados universales, se requiere conocer los instrumentos de política existentes y cómo estos se articulan para definir quiénes acceden a qué y cómo. Este conjunto de instrumentos da lugar a la arquitectura de política. Esta se expresa en cinco componentes: elegibilidad, financiamiento, prestaciones, proveedores y regulación de la opción privada, tal como los caracterizamos más abajo (véase figura 3). La

oferta privada es precisamente el componente en el que se enfoca este Seminario de Graduación y, dentro de esta, aquella en que tiene lugar un ejercicio simultáneamente público y privado (véase figura 3). Nótese que acciones focalizadas o de afirmación positiva para promover medidas amigables a la población pobre, vulnerable o excluida pueden tener lugar en cualquiera de los cinco componentes. A diferencia del universalismo, que caracteriza resultados de política, la focalización alude a los instrumentos.

Figura 3.

Arquitectura de las políticas como una variable independiente en el corto plazo



Fuente: Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016).

La noción de arquitectura de la política social tiene una larga trayectoria en los estudios sobre América Latina (Filgueira y otros, 2006). Sin embargo, ha tendido a asimilarse de manera más general a resultados e instrumentos de política. Bajo el enfoque planteado por Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016), la arquitectura se define de manera mucho más precisa, en función de las interrelaciones entre sus componentes. A continuación, se define cada uno de estos componentes y cómo afectan el grado de acceso, suficiencia y equidad de los servicios:

- Elegibilidad: refiere a qué criterio habilita a las personas a obtener beneficios. Los tres criterios de elegibilidad estudiados en la literatura son la ciudadanía, la contribución y la necesidad económica (Esping-Andersen, 1990). La ciudadanía está asociada a criterios más estrictos o abiertos de pertenencia a determinado Estado-Nación. La contribución al régimen está relacionada al seguro que aportan los trabajadores directos con respecto a los no-trabajadores como dependientes económicamente de los miembros de su

familia que sí lo son. La asistencia responde a la necesidad económica. Estos tres criterios pueden operar separada o conjuntamente. Cuanto más articulados estos tres criterios operan, más unificación y mayor equidad en el tipo y calidad de los servicios a los que accede la población. La focalización, posiblemente uno de los criterios de elegibilidad políticamente más relevantes en décadas recientes, puede operar como criterio de afirmación positiva bajo arquitecturas unificadas (como en el caso del seguro por el Estado en la seguridad social en Costa Rica).

- Financiamiento: alude a cómo y quiénes pagan los servicios. Los recursos financieros podrían provenir de ingresos generales, destinados desde contribuciones que provienen de los impuestos y/o de la planilla laboral. Cualquiera que sea la fuente de estos fondos, un elemento decisivo es si las fuentes y el monto del financiamiento inciden o son independientes de los beneficios específicos que reciben las personas. Por ejemplo, hay sistemas públicos que requieren de pagos de bolsillos los cuales alimentan un fondo único de financiamiento, y otros en los que dichos pagos se hacen a prestadores específicos. Las implicaciones para la equidad son significativamente diferentes.

- Beneficios: refiere a cuáles son y cómo se definen. Los programas públicos pueden asumir que por omisión las personas acceden a todos los beneficios; listar qué servicios quedan excluidos, o listar sólo los servicios incluidos. Uno u otro acercamiento tiene directas implicaciones para la suficiencia y posiblemente la equidad de las prestaciones. En algunos países, las empresas y/o los trabajadores también participan definiendo los beneficios.

- Proveedores: esta puede estar en manos de entidades públicas o privadas y, si son privadas, con o sin fines de lucro. Las lógicas de operación de cada uno de estos tipos de proveedores son distintas según incluyan o no el lucro, como también varía la manera en que los sistemas se aseguran que la población acceda a los servicios esperados. Proveedores que son contratados por tratamiento tienen incentivos para ofrecer más y más costosa demanda que proveedores responsables por la salud de poblaciones que habitan un territorio dado.

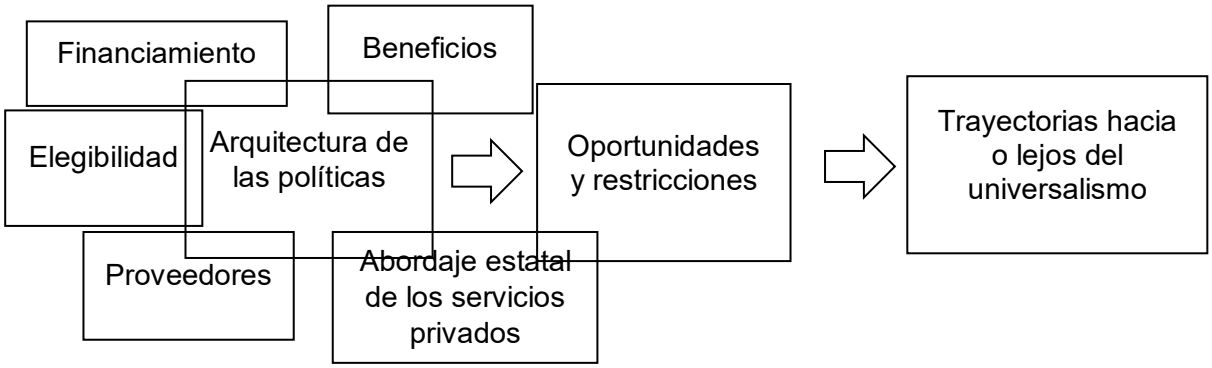
- Abordaje público de la opción privada: se refiere a la relación que por acción u omisión el Estado establece con el sector privado, sea que los servicios privados sean efectivamente externos al Estado o que se construyan en directa relación a lo público (Korpi y Palme, 1998).

En el corto plazo, cuanto más unificados uno o más de los componentes de la arquitectura, más universales se esperar que sean los resultados. Lo opuesto a la unificación de criterios de acceso, financiamiento, proveedores y beneficios, es su fragmentación. La fragmentación hace referencia a diferencias jerárquicas entre los derechos de distintos grupos de personas. Un prominente mercado de opciones privadas puede, por ejemplo, dar lugar a una amplia cobertura de la mano de una provisión desigual de servicios.

En el largo plazo la arquitectura de política crea una serie de oportunidades y restricciones, positivas y negativas, para la política social inclusiva. Este efecto de largo plazo es más dinámico que el de corto plazo (véase figura 4) y depende del tipo de actores y de lógicas institucionales a los que la arquitectura da lugar. La literatura histórico-institucional (Mahoney, 2010) da cuenta de cómo los legados de política dan forma y refuerzan sucesivas iteraciones de política (Amenta, 2003). Los nuevos programas sociales crean actores y coaliciones, instituciones públicas y las esperanzas de heredar un sistema social, que pueden provocar que los cambios a futuro sean más o en todo caso menos difíciles (Ewig, 2010; Huber y Stephens, 2001; Skocpol, 1992). Más recientemente y más cercano al foco de este Seminario, Pribble (2012) destaca el rol de los legados de política (por ejemplo, expresados en las reformas de mercado de los años 80 y 90) y su influencia en las reformas expansivas de América Latina, fortaleciendo actores, posibilidades y demandas específicas para cambios sucesivos.

Figura 4

La arquitectura de las políticas como variable independiente en el largo plazo



Fuente: Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016).

Dos motores de fragmentación de las arquitecturas son el propio diseño de las políticas estatales (por ejemplo, mediante programas formulados para personas en

ocupaciones específicas) o, por un tipo de desarrollo de los servicios privados que compiten por recursos humanos y financieros; y ofrecen beneficios diferenciadores entre distintos tipos de personas. La presencia privada da lugar a la creación de mercados, ello lo hace alentando la competencia entre los distintos proveedores, dando mejores opciones e incluso voz a los pacientes, o consumidores en general, estableciendo incentivos financieros para el uso eficiente de los recursos y una calidad más alta de cuidados y cambiando entre el hacer y decidir y la responsabilidad financiera de servir a los proveedores (Agartan, 2012).

El componente relativo al abordaje estatal de los servicios privados es el principal interés de esta investigación, ya que de los cinco componentes de la arquitectura investigados por Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, es el menos estudiado por ellos y en general en la literatura sobre regímenes de política social. Por lo que el enfoque de esta investigación se centra en la manera en que dicho componente tiende a fragmentar los restantes componentes de la arquitectura pública [1].

Nuestro aporte mediante esta investigación es doble. Primero, nos enfocamos en lo privado en tanto un elemento hasta ahora marginal en la literatura de política social comparada, Segundo, abordamos la arquitectura de política pública de una manera más dinámica que lo que lo hacen Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea en su investigación reciente. Para ello, nuestro foco de análisis se concentra en estudiar la doble práctica médica, entendida como la práctica profesional de salud en la que los médicos laboran en el sector público al mismo tiempo que lo hacen en el sector privado (Ferrinho, 2004).

5. 3. Doble práctica

En Costa Rica se carece de estudios cuyo foco sea la doble práctica médica. Una excepción es el análisis de Badilla Solano y Díaz González (2013). El trabajo problematiza la falta de controles y el incumplimiento de los horarios de parte de los profesionales médicos, situación que afecta la prestación de servicios y los principios de solidaridad de la institución.

[1] En este tema conviene señalar la visión de quienes no ven ninguna contradicción entre la participación privada y el universalismo. Los argumentos favorables en la materia son principalmente de tres tipos. Primero, que los servicios privados descomprimen la demanda hacia el Estado por parte de una población que, por su poder adquisitivo, puede pagar por sus servicios sociales. Por lo tanto, tiene un efecto positivo en la equidad (Jamison y otros, 2013). Segundo, que la oferta privada puede alcanzar un mayor nivel de productividad que compense las debilidades del sector público (Morgan, Ensor and Waters, 2016). Tercero, que el sector privado tiene mayor capacidad de innovación, y de incentivos para identificar necesidades y soluciones nuevas a viejos y nuevos problemas, a su vez que la competencia entre lo público y lo privado puede contribuir a aumentar la eficiencia del primero (Social Services Europe, 2012).

Más concretamente, estos autores señalan que en Costa Rica no existe una regulación explícita de la práctica médica simultánea en el sector público y privado. Si bien no se trata de una práctica que pueda considerarse ilegal, sí incentiva que quienes están en listas de espera sean referidos por sus médicos tratantes a la consulta privada o bien que incurran en el pago de “biombos”. Este acto sí se califica como ilegal y que hace referencia a médicos que usan instalaciones públicas para atender pacientes de lo privado o para agilizar la atención de quienes están en listas de espera.

Un aporte sustantivo del análisis fue buscar dimensionar el porcentaje de médicos que trabajan en doble práctica. Para ello los autores tomaron las listas de médicos especialistas de las tres clínicas privadas más grandes del país (Hospital Clínica Bíblica, Hospital CIMA y Hospital Clínica Católica), y las compararon con la planilla de los especialistas de la CCSS actualizada para el 2013. En estas tres clínicas privadas comprobaron que, de un total de 704 médicos, el 40,19% trabajaban al mismo tiempo para la CCSS.

5.3.1 La definición de doble práctica

El concepto de doble práctica se ha utilizado para caracterizar distintos fenómenos. Se ha aplicado para referirse desde a médicos que tienen múltiples especialidades médicas, a profesionales en salud que combinan su práctica clínica con otras actividades en salud como la investigación o la docencia y también para referirse a la combinación de la práctica médica con otro trabajo no relacionado con la salud. (Ferrinho, 2004; Socha, 2010).

Socha (2010) señala que buena parte de la literatura económica define la doble práctica como la situación en la que los médicos combinan su ejercicio médico en lo público con la práctica médica en lo privado Es precisamente este último recorte del fenómeno el que interesa a la presente investigación.

En Costa Rica y en general en América Latina, la doble práctica público/privada ha sido un tema muy poco o nada estudiado. Ello contrasta con la amplia literatura comparada desarrollada para países del norte global. Es precisamente en última literatura que nos apoyamos para acercarnos a una definición que coincida con nuestro objeto de estudio.

Ferrinho et. al (2004) señala que la doble práctica alude a profesionales de la salud que se dedican al mismo tiempo a trabajos públicos y privados (relacionados con la salud o no). El caso de los que ejercen doble práctica en el mismo sector se refiere a médicos que combinan su trabajo del sector público con práctica privada.

En una definición similar a la anterior, Clemens y Esmail (2012) definen la práctica dual como los casos en que los profesionales médicos se encuentran activos en el

sistema universal de salud financiado públicamente y en el sistema financiado con fondos privados.

Kiwanuka, Kinengyere, Rutebemberwa, Nalwadda, Ssengooba, Olico-Oku y Pariyo (2011) definen la doble práctica como la actividad de mantener más de un trabajo directamente relacionado con el tratamiento de pacientes, este trabajo o trabajos pueden desarrollarse en las instalaciones de salud o fuera de ellas.

McPake, Russo, Hipgrave, Hort y Campbell (2016) argumentan que existen varios tipos de doble práctica y se reflejan en que los/as profesionales en salud:

- Trabajan en el sector público al mismo tiempo que se desempeñan en un ambiente privado completamente separado de las instalaciones públicas;

- Trabajan en lo público y laboran en una sala o clínica privada que se relaciona físicamente con la estructura pública, pero se mantiene como negocio privado;

- Prestan servicios de la práctica privada dentro de una instalación pública, pero fuera del horario de trabajo público; o

- Cobran servicios de salud de manera paralela a lo público, con el fin de brindar una atención más rápida y de mayor calidad, todo ello de manera informal.

Chue (2007) indica que la doble práctica se presenta cuando los médicos trabajan tanto en el sector público como en el privado como una forma de obtener beneficios de los dos sectores. Según el autor las áreas médicas en las que se registra mayoritariamente esta práctica son las especialidades y la práctica familiar.

Según Johannessen y Hagen (2014) la práctica dual hace referencia a empleados en hospitales públicos que también trabajan en otros tipos de servicios de salud, incluyendo atención ambulatoria de emergencia, donde sustituyen a los médicos privados (*moonlighting*), hospitales privados sin fines de lucro o hospitales privados con fines de lucro y otros proveedores. Jan (2003) en Jumpa, Jan y Mills (2003) define la doble práctica como la situación en la que un empleado de salud del sector público (por ejemplo, médico, enfermera, partera, etc.) mantiene una práctica privada como un medio para obtener ingresos adicionales.

Para efectos de nuestra investigación se entenderá la doble práctica como aquella práctica clínica que profesionales médicos ejercen en el sector público y en el privado en un mismo momento dado del tiempo - aunque no necesariamente en horarios superpuestos.

5.3.2 Extensión de la doble práctica

El fenómeno de la práctica dual se presenta tanto en países de bajos, medianos y altos ingresos, en distintas latitudes del mundo (Eggleston y Bir, 2006). La extensión de la doble práctica ha sido documentada en varios estudios, por lo que aquí se reseñan algunos de los aportes que dan cuenta de la existencia de esta práctica en distintos países.

García-Prado y González (2007) explican que es una práctica común que los médicos trabajen al mismo tiempo en el sector público y el sector privado y que es un fenómeno que se presenta en países desarrollados y en vías de desarrollo. De acuerdo con las autoras, en los países de bajos y medianos ingresos, los funcionarios en salud que se dedican de forma exclusiva al sector público ya no son la norma, ya que las diferencias salariales entre la práctica privada y pública ha provocado que los médicos opten por tener doble práctica.

McPake, Russo, Hipgrave, Hort y Campbell (2016) indican que la doble práctica es común en profesionales de salud en todo el mundo. En Reino Unido y el norte de Irlanda más del 60% de los médicos que trabajan en instalaciones públicas mantienen práctica privada. En España, el 20% de los médicos que trabajan en instalaciones públicas tienen otro trabajo y, aproximadamente el 25 % de los médicos que trabajan en el sector público en Noruega informaron que tenían un empleo en el sector privado.

De acuerdo con estos autores, la práctica dual también está generalizada en América Latina y Asia y para este último caso, puede estar aumentando de la mano del crecimiento del gasto público en salud, así como de la participación del sector privado en los sistemas de salud asiáticos (McPake et al.,2016). Un ejemplo de lo anterior es Bangladesh, donde la mayoría de los médicos, especialmente los especialistas, obtienen la mayor parte de sus ingresos mediante su práctica en lo privado (McPake et al.,2016). Según los autores, más del 80% de los médicos que laboran para el Estado en Egipto, Indonesia, Kenia y México se han dedicado a actividades privadas (McPake et al.,2016).

De acuerdo con Eggleston y Bir (2006) la práctica dual es común en Reino Unido y muchos países europeos, así como también en India, Egipto y Vietnam donde el número de médicos que mantiene doble práctica es sumamente alto. Una encuesta de 1993 aplicada en Indonesia, reportó que el 80% de los médicos que laboraban en lo público tenían doble práctica. Brekke y Sørgard (2006) citando a Johnson (1995) señalan que la doble práctica es común en naciones como España, Francia y en los países escandinavos.

Datos sobre las prácticas laborales en países como India, Bangladés, Tailandia, Cambodia, China, Vietnam, Indonesia, Papua Nueva Guinea, Sri Lanka, Nepal y

Nueva Zelanda confirman que existe doble práctica en estas regiones (Hipgrave y Hort, 2013). Una encuesta aplicada en el año 2001 a 1808 médicos en Bangkok mostró que el 69% tenía práctica dual (García -Prado y González 2011, en Hipgrave y Hort, 2013) y que más de 2000 clínicas privadas en esa ciudad estaban en manos de médicos que laboraban en el sector público (Prakongsai et al., 2003 en Hipgrave y Hort, 2013).

De acuerdo con Ferrinho et al. (2004), en Latinoamérica los médicos usualmente mantienen trabajos en el sector público y privado de forma simultánea. En esta región, un estudio de Jumpa et al. (2013) en el que se estudiaba la doble práctica en Perú determinó que de los 1173 médicos que fueron encuestados, el 57 % estaban en doble práctica.

De la bibliografía consultada únicamente se encontró un artículo que abordaba un caso latinoamericano, específicamente en Perú. El magro hallazgo a pesar de lo intenso de la búsqueda, es indicativo de la invisibilidad de este tema en América latina. Por ejemplo, no se cuentan con datos que permitan dimensionar la extensión del fenómeno en la región.

El artículo desarrollado por Jumpa et al. (2003) que aborda el caso de la doble práctica en Perú, muestra que se trata de un fenómeno extendido y que está motivado principalmente por una búsqueda de la maximización de los ingresos percibidos por los médicos debido a los bajos salarios en el sector público.

En la investigación, los autores aplicaron una aplicaron una encuesta a 1173 médicos y determinaron que, el 57 % tenía doble práctica. De acuerdo con el estudio, la doble práctica es común en casi todos los niveles del sistema de salud peruano.

Como elemento particular, la investigación diferencia entre la doble práctica pública, aquella que se refiere a profesionales que tienen dos trabajos en lo público y la doble práctica que involucra al sector privado, que es el foco de nuestro trabajo. De acuerdo con los resultados el 81% de la doble práctica privada se relaciona con atención en salud y hasta ahora no existe un marco legal que la regule. Asimismo, los autores señalan que regularla sería una tarea compleja debido a que el fenómeno no es percibido como un problema.

5.3.3 Causas de la doble práctica

Los estudios sobre las causas de la doble práctica provienen especialmente de países desarrollados (Socha, 2010), de manera que se requiere investigación para fortalecer la evidencia existente para el caso de los países en vías de desarrollo. A pesar de lo anterior, resulta conveniente realizar una revisión teórica de cuáles son las causas de la doble práctica que la literatura identifica en distintos países, con el

fin de analizar si algunos de los factores se pueden extrapolar para el caso de Costa Rica.

Kiwanuka et al. (2011) comentan que el incremento de la doble práctica ha sido atribuido principalmente al crecimiento sin regulación del mercado privado de salud y a la remuneración inadecuada de los profesionales médicos que laboran en el sector público. Jan et al. (2005) sugieren que la doble práctica es un fenómeno complejo que se deriva en buena medida de los recursos limitados del sector público, el pago de bajos salarios a los médicos y la limitada capacidad regulatoria de los gobiernos. En relación con lo anterior, Ferrinho (2004) señala que la doble práctica está presente en la mayoría de los países y es un fenómeno que en muchos casos está asociado a los bajos salarios que el sector público paga a los profesionales en salud. Al igual que estos autores, muchos otros identifican los incentivos financieros como un factor que explica la existencia de doble práctica.

Socha (2010) indica que para los países de pequeños y medianos ingresos existe evidencia de que los médicos que optan por ejercer doble práctica para obtener mayores ingresos con la combinación de los dos trabajos, ya que los salarios del sector público no les permiten disfrutar de una vida cómoda o en algunos casos están por debajo del costo de vida.

Un señalamiento similar hace Kiwanuka et al. (2011) cuando argumentan que el incremento de la doble práctica ha sido atribuido a la falta de regulación y a los bajos salarios del sector público. En línea con lo anterior, Chue (2007) indica que la doble práctica ofrece la oportunidad de obtener beneficios financieros complementarios, ya que quienes tienen salarios bajos en el sector público optan por un segundo trabajo en el sector privado con el fin de mejorar sus ganancias (Chue, 2007).

Un ejemplo de esto se muestra en el estudio realizado por Lerberghe (2002 en Chue 2007), a través de una encuesta aplicada, que determinó que la práctica dual les generaría a los médicos de países de bajos y medianos, entre un 50 % a un 80% de ganancias adicionales a las que obtendrían en el sector público.

Asimismo, en Bangladesh, Gruen et al. (2002) examinan la práctica dual, a través de entrevistas aplicadas a 100 médicos del sector público que trabajan en los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria y que pertenecen a distintas zonas geográficas. El estudio señala que la práctica dual es un fenómeno extendido como respuesta a los bajos salarios del sector público (Socha, 2010).

Los beneficios económicos asociados a la práctica dual permiten que el personal médico pueda tener un estilo de vida más acorde con sus expectativas. En Camboya, el 90% del total de ingresos de los médicos proviene de su actividad en el sector privado y en Tailandia el 55% del total de ingresos que reciben los médicos se deriva de su práctica en lo privado (Ferrinho et.al, 2004).

En Perú, un estudio realizado por Jumpa et al. (2003) en el que se entrevistó a 1173 médicos que trabajan en el sector público y en privado y en el que se realizaron grupos focales concluyó que en Perú la doble práctica es una estrategia utilizada por los médicos para solventar los bajos salarios del sector público. La investigación mostró que los médicos en doble práctica obtienen el doble de ingresos que quienes trabajan únicamente en el sector público y el triple que los doctores que solo se dedican a la práctica privada (Jumpa et al., 2003).

El trabajo mostró que los médicos también mejoran su status social ejerciendo doble práctica. En el caso de Perú lo anterior se observa en que los médicos tengan carro y casa propia. El 53% de los que ejercían práctica dual tenían carro, mientras que solo el 32% de quienes solo laboraban en lo público tenían. En cuanto a vivienda, el 60% de los doble practicantes tenía una, en contraposición con el 39% que laboran en lo público.

El incentivo de obtener mayores ingresos también está influenciado por la edad de los médicos. Aquellos de mayor edad tienden a optar por la práctica dual debido a que en algunos casos tienen una mayor experiencia, lo que le permite cobrar honorarios más elevados. Además, los médicos de mayor edad ya han construido una reputación en el sector público, lo que les permite consolidar su práctica en el sector privado (Chue, 2007).

Asimismo, la estructura familiar también es un determinante de la práctica dual. Un estudio realizado por Johannessen y Hagen (2014) en Noruega muestra que tener un tamaño de familia más grande aumenta las posibilidades de optar por práctica dual para hombres, pero reduce las posibilidades para mujeres. Además, que valores negativos en los ingresos netos, como tener deudas o un mayor pago de intereses aumenta las posibilidades de ejercer práctica dual en los dos géneros, precisamente porque está práctica permite aumentar los ingresos.

Por otra parte, otro beneficio que perciben los médicos ejerciendo la doble práctica, es que pueden favorecer las listas de espera en lo público con el fin de re direccionar los pacientes a sus prácticas privadas. Además, algunos médicos pueden utilizar recursos públicos para prestar servicios privados (González en Socha, 2010).

Según Ferrinho (2004) con los salarios tan bajos que perciben los médicos en algunos países, resulta sorpresivo que algunos profesionales no se dediquen tiempo completo a la práctica privada, ya que podrían obtener mayores ingresos, de ahí que existan otras motivaciones, además de las económicas, por las que los médicos optan por doble práctica (p.9).

Los factores económicos no son los únicos que explican la existencia de la doble práctica. De acuerdo con la literatura, los médicos también pueden optar por ejercer una doble práctica debido a factores profesionales e institucionales. Por ejemplo, la

carga de trabajo y la comodidad física del espacio en el que trabajan, pueden influenciar a los médicos a optar por la doble práctica. Un estudio de Johnson realizado en 1995 evidenció que una carga de trabajo alta y el estrés de los hospitales públicos, conduce a los médicos a dedicar horas de trabajo fuera del sector público (Johnson en Chue, 2007). Además, mediante la doble práctica, los médicos pueden desarrollarse mejor profesionalmente, practicar nuevas destrezas, aprender nuevas técnicas, aumentar sus redes de contacto y su prestigio (Chue, 2007).

Por otra parte, de acuerdo Chue (2007), muchos profesionales en salud recurren a la doble práctica debido a la pobre organización del sector público que no les permite la realización personal y profesional que buscan. El estudio realizado por Jumpa et al. (2007), en el que se entrevistó a profesionales médicos en Perú, muestra que además de incentivos económicos la práctica dual ofrece satisfacción personal, ya que en el sector privado los médicos tienen pueden brindar servicios de mayor calidad que en lo público y en algunos casos se sienten más valorados (Jumpa et al. en Socha, 2010).

Un estudio elaborado por Humphrey y Russell en el 2004, en el que se realizaron entrevistas a 60 médicos que practicaban doble práctica, determinó que además de los beneficios económicos, las influencias estratégicas, la autonomía médica, una mayor percepción de sentirse valorados y mayores oportunidades de cumplir sus aspiraciones, son determinantes que influyen (Humphrey y Russell en Socha, 2010).

La investigación desarrollada por Jumpa et al. (2003) identificó que los médicos perciben como incentivos no financieros la mejora de sus oportunidades profesionales y el entrenamiento. Los datos del estudio muestran que los médicos en doble práctica participaban más de actividades de entrenamiento que sus colegas que solo tenían una práctica, especialmente los que solo estaban en el sector privado. El 54% de los médicos entrevistados afirmó que no quiere abandonar la doble práctica

González 2004 señala que los médicos consideran beneficioso trabajar en lo público como una forma de ganar buena reputación y luego poder obtener mejores ganancias desarrollando también una práctica privada (González, 2004, en Socha, 2010). Asimismo, algunos médicos identifican en la práctica dual una oportunidad de ayudar. Este es el caso del personal de salud en Mozambique y Cabo Verde que argumentan que pueden ayudar a vecinos enfermos o a pacientes que no pueden esperar las largas listas de espera en el sector público (Ferrinho et al., 2004).

Otro beneficio es que los médicos jóvenes ven en la doble práctica una posibilidad de desarrollarse profesionalmente libres de las arbitrariedades y favoritismos que

prevalecen en el sector público (Ferrinho et al., 2004). Sin embargo, como señala Chue (2007), también hay factores que hacen que los médicos no abandonen completamente el sector público, como la posibilidad de relacionarse con otros profesionales y tener reconocimiento de sus pares.

5.3.6 Implicaciones de la doble práctica para el sistema de salud

La literatura ha desarrollado algunas implicaciones que tiene la doble práctica para los sistemas de salud pública y ha mostrado los efectos que puede tener en términos de acceso, equidad y suficiencia en la prestación de servicios de salud.

Para el desarrollo de este apartado y con el fin de operacionalizar los efectos que demuestra la literatura de la doble práctica, se utilizan los distintos componentes de la arquitectura pública que presentamos más arriba (véase apartado 4.2). mostrados por Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016). Estos son: elegibilidad (¿qué criterios habilita a las personas a obtener beneficios?; financiamiento (¿cómo y quiénes pagan los servicios?; beneficios (¿cuáles son y cómo se definen?), proveedores (¿en manos de entidades públicas o privadas?, ¿con o sin fines de lucro?); y el abordaje público de la opción privada (¿cómo actúa el estado frente al sector privado por acción u omisión). En otras palabras, lo que se quiere estudiar es el ¿cómo influye la doble práctica sobre quién accede a cuáles beneficios y cómo

Resulta conveniente aclarar que, si bien la evidencia que se encuentra sobre los efectos de la doble práctica puede ser contradictoria, como señala Flood (2012) el peso que se le da cada evidencia debe ser valorado según los objetivos de cada sistema de salud. En este sentido, para los sistemas que aspiran a una mayor equidad, la doble práctica plantea riesgos inherentes y cada sistema debe sopesar beneficios asociados a la doble práctica respecto a los objetivos que se comprometen con permitirla o no regularla.

A continuación, se desarrollan los efectos de la doble práctica identificadas en la literatura. Para ello se hace una clasificación analítica de los mismos por dimensiones de la arquitectura pública. Es importante aclarar que esta división por componente no siempre es nítida ya que hay procesos que de manera simultánea afectan a varias a dimensiones.

5.3.6.1 Elegibilidad

Según Ferrinho et al. (2004), la doble práctica puede generar que algunos médicos desarrollen una conducta depredadora, que condiciona el acceso a la salud de los usuarios al imponerles barreras financieras. Un ejemplo de lo anterior es Francia, en donde los pagos informales para acceder a cirugías en el sector público son comunes (Ferrinho, et al.,2004).

La doble práctica genera que los médicos busquen pacientes con capacidad de pago, que están en las listas de espera del sector público, para direccionarlos a sus prácticas privadas (González, 2005 en Socha, 2010).

Biglaiser y Ma (2007) estudian los efectos de la doble práctica en la calidad de los servicios de salud públicos y el bienestar de los usuarios. Su investigación se concentra en el redireccionamiento de pacientes del sector público al privado y señala que los usuarios ganan cuando son referenciados a práctica privada por los médicos de lo público, porque se trata de usuarios que tienen una alta valoración de la atención médica y por lo tanto están dispuestos a pagar en el mercado privado porque los servicios son más rápidos y de mayor calidad. Sin embargo, la investigación también señala que la práctica dual puede generar que los médicos bajen la calidad de atención en lo público con el fin de ahorrar energía y tiempo para la prestación de servicios en lo privado (Biglaiser y Ma, 2007 en Socha, 2010).

En relación con lo anterior, si se deterioran los servicios de salud en lo público, acceder a servicios de calidad estaría condicionado por la capacidad de pago y por lo tanto afecto el componente de elegibilidad. De acuerdo con Flood (2012), una de las evidencias en contra de la doble práctica, es que los pacientes se ven obligados a recurrir al sector privado para obtener atención oportuna, sin embargo, esto se reserva para quienes tienen los recursos económicos.

5.3.6.2 Financiamiento

La doble práctica propicia la utilización de medios de transporte, infraestructura y personal del hospital público, lo que genera una fuga de recursos para prácticas privadas. Sin embargo, es difícil cuantificar cuál es el impacto económico total (Ferrinho et al.,2004).

En Costa Rica, por ejemplo, 71 % de los médicos y el 83 % de las enfermeras reportó que en el hospital en el que laboran han robado equipo y materiales (Ferrinho, et al., 2004). Según este autor algunos médicos pueden redirigir los suministros farmacéuticos de los hospitales públicos a sus consultorios privados (Ferrinho et al.,2004, en Socha, 2010).

Gruen et al. (2002) desarrollaron un estudio en el que entrevistaron a 28 médicos y mostraron que en Bangladesh los doctores transfieren recursos públicos para sus prácticas privadas. Sin embargo, Socha señala que no existe suficiente evidencia para conocer qué tan extendido está este fenómeno (Gruen et al., 2002 en Socha, 2010).

Jan et al. (2005) señalan que existe evidencia en Tailandia de que los obstetras y oftalmólogos utilizan recursos públicos para sus prácticas privadas, lo que a su vez

provoca que en las instalaciones públicas haya menos insumos para tratar a los pacientes.

Socha (2010) citando a otros autores, señala que la doble práctica puede generar que haya un incremento de costos en el sector público como resultado de que los médicos brinden una sobre -provisión de servicios con el fin de ganar buena reputación para sus prácticas privadas. Añade que la práctica dual genera que los médicos usen recursos públicos para propósitos privados sin que se dé un pago formal de por medio (Ferrinho et al., 2004; Gruen et al., 2002 en Socha, 2010). ´

Una de las preocupaciones de algunos autores, es que la doble práctica genera que los casos de menor severidad se traten en lo privado, mientras que los casos más complejos los atienda lo público, de manera que el sector público termina financiando los casos con mayor grado de complejidad (Flood, 2012).

González (2005) coincide con este argumento y sugiere que la doble práctica genera que los médicos identifiquen los pacientes cuyo estado de salud es menos riesgoso para direccionarlos a sus consultas privadas, mientras que los casos más severos permanecen en lo público y con ello los costos de asumirlos (González, 2005 en Socha, 2010).

En relación con lo anterior, Flood (2012) señala que en la literatura hay evidencia de que la doble práctica genera que los casos de menor severidad se traten en lo privado, mientras que los casos más complejos los atienda lo público, de manera que el sector público termina financiando los casos que implican mayores costos (Flood, 2012).

5.3.6.3 Beneficios

La literatura evidencia que la doble práctica puede afectar los beneficios que existen y la manera en que estos son definidos. En términos de resultados, los efectos sobre los beneficios se pueden constatar, además, a partir de la injerencia de la doble práctica sobre la calidad de los servicios de salud otorgados.

El acceso a los servicios de salud de las personas aseguradas se ve comprometido, cuando la doble práctica restringe el uso del tiempo que hacen los médicos de su práctica pública. Así, utilizar parte del tiempo de trabajo en lo público para la práctica privada ha sido documentado en países como Venezuela, Costa Rica y Colombia En Venezuela los médicos pierden un tercio del tiempo para el que fueron contratados en lo público. En Perú, el 32% de los médicos consideran que las ausencias son algo común y en Costa Rica el 65% de los doctores considera que los médicos estaban ausentes en sus horas de trabajo sin justificación y que, en algunos casos, en instalaciones atendían pacientes de la consulta privada (Ferrinho, et al.,2004).

Este tipo de ausencias en los hospitales de Bogotá Colombia le cuestan al Estado alrededor de un millón de dólares al año y en todos los países mencionados, comprometen el acceso a los servicios de salud en el sector público (Ferrinho, et al., 2004). De esta manera, Jan et al. (2005) sugieren que la doble práctica puede crear incentivos inapropiados para los médicos, ya que las líneas entre sus horarios en lo público y en lo privado se pueden difuminar y con ello incumplir con sus funciones.

Con respecto a los efectos de la doble práctica en la calidad de los servicios brindados públicos, la literatura señala que algunos médicos pueden tener un conflicto de interés al ejercer la doble práctica, ya que se pueden ver motivados a bajar la calidad de los servicios en lo públicos para competir por pacientes y direccionarlos a sus prácticas privadas. (Ferrinho et al.,2004).

En esta misma línea, (Jan et al., 2005; Gruen, 2002) argumentan que los doble practicantes pueden intencionales brindar servicios de baja calidad en lo público para motivar a los pacientes a utilizar los servicios privados (Jan et al., 2005; Gruen, 2002 en Socha, 2010).

Socha (2010) citando a otros autores, señala que la doble práctica puede generar que haya un incremento de costos en el sector público como resultado de que los médicos brinden una sobre -provisión de servicios con el fin de ganar buena reputación para sus prácticas privadas. Añade que la práctica dual genera que los médicos usen recursos públicos para propósitos privados sin que se dé un pago formal de por medio (Ferrinho et al., 2004; Gruen et al., 2002 en Socha, 2010). ´

Asimismo, Socha (2010) recopilando los resultados de estudios de otros autores sobre efectos de la doble práctica indica que los médicos pueden favorecer las listas de espera en lo público con el fin de aumentar la demanda de sus clínicas privadas. Morris et al., 2008; Jan et al., 2005, en Socha, 2010)

Por otra parte, también existen argumentos de que la doble práctica incrementa la calidad de los servicios públicos. Eggleston y Bir (2003) consideran que la posibilidad de que los médicos realicen práctica dual puede ser vista como una compensación no monetaria por las labores que desempeñan en el sector público (Eggleston y Bir, 2003 en Socha, 2010).

Flood (2012) presenta en su trabajo, una serie de argumentos en contra y a favor de la doble práctica. Uno de los argumentos favorables a la doble práctica es que esta permite que los pacientes puedan acceder a los servicios más allá de las horas laborales normales y además pueden evitar las listas de espera del sector público.

Aunado a lo anterior, algunos autores señalan que la doble práctica, al generar redireccionamiento de pacientes, puede facilitar que el sector público esté más

abocado a dar respuesta a las necesidades de las personas pobres (Flood, 2012), sin embargo, este argumento ha sido fuertemente debatido en otros trabajos en los que se muestra que al aumentar las listas de espera, las personas de menos recursos tienen menos oportunidad de acceder a los servicios y por otra parte también hay evidencia de que la doble práctica motiva a los médicos a favorecer listas de espera.

De hecho, Flood (2012), argumenta que en la literatura también hay evidencia de que cuando los procedimientos que requiere un paciente no son cubiertos por su seguro privado o son de alto costo, el paciente igual seguiría utilizando los servicios públicos, de manera que las listas de espera no disminuyen.

En relación con lo anterior, los tiempos de espera para procedimientos de emergencia y atención delicada no van a reducirse, porque el sector privado realiza cirugías selectivas (Flood, 2012). Flood en el mismo texto, menciona que otros autores consideran que uno de los efectos negativos de la doble práctica es que la equidad disminuye a medida que el acceso a la salud se reduce para quienes pueden pagar.

5.3.6.4 Proveedores

Socha (2010) señala que la doble práctica genera que los médicos se autorreferencien entre sus pacientes en lo público para direccionarlos a sus prácticas privadas, lo que finalmente funciona como una estrategia para inducir la demanda (Bir & Eggleston 2003, en Socha, 2010).

En Italia, se han presentado casos de médicos que reciben un pago por referenciar pacientes de sus prácticas públicas a una clínica privada en específico y en Reino Unido es común que los médicos usen el tiempo pagado en lo público para atender consultas privadas (Ferrinho et al.,2004).

Jan et al. (2015) señala que la evidencia muestra que en países como Perú y y Zimbabwe hay redireccionamiento de pacientes. Para los autores referenciar pacientes de lo público a lo privado puede darse de varias formas: los médicos haciendo la referencia directa, incrementando las listas de espera o bajando la calidad de los servicios públicos de tal forma que haya mayores diferencias entre la atención que se recibe en lo público y privado.

En esta misma línea González (2004) señala que los médicos utilizan su práctica pública para ganar una buena reputación como proveedores de servicios y una vez que tienen prestigio direccionar pacientes a la práctica privada (González, 2004 en Socha, 2010).

De acuerdo con Flood (2012), un argumento negativo sobre la práctica dual es que propicia que haya una concentración de servicios en las zonas urbanas. Sin embargo, el mismo autor, señala que otros estudiosos expresan lo contrario y que en países de bajos y medianos ingresos la doble práctica genera que se brinden servicios en zonas rurales donde la presencia del Estado es limitada o casi inexistente.

Otro de los efectos que puede tener la doble práctica sobre la provisión de servicios está relacionada con que el sector público y privado compiten por una demanda inelástica de recursos humanos y que ante esto, cuando el sector público permite la doble práctica para conservar médicos, estos luego reducen el horario de atención en su trabajo estatal (Flood, 2012).

Asimismo, algunos textos recogen como evidencia a favor de la doble práctica que esta favorece que los médicos se mantengan en el sector público para construir una buena reputación (Flood, 2012). En consonancia con lo anterior, Jan et al. (2005) señala que, desde el punto de vista del sector público, permitir la doble práctica es una forma de minimizar el gasto que implicaría retener al personal más calificado.

Para visualizar sintéticamente los efectos que presenta la literatura sobre los efectos de la doble práctica sobre cada componente de la arquitectura, se desarrolló el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Efectos de la doble práctica sobre los componentes de la arquitectura pública

Componente	Efecto	País
Elegibilidad	Se condiciona el acceso a servicios privados de acuerdo con la capacidad de pago (Gruen et al., 2002), (Ferrinho et al., 2004), (Biglaiser y Ma ,2007). (Jan, et al. 2005).	Bangladesh
	Pagos informales para acceder a cirugías (Ferrinho et al., 2004)	Francia
	Médicos buscan pacientes con capacidad de pago para direccionarlos a sus prácticas privadas (González, 2005 en Socha, 2010)	Bangladesh
Financiamiento	Utilización de medios de transporte, infraestructura y personal del hospital público para fines privados (Ferrinho et al., 2004), (Socha, 2010) (Gruen et al., 2002)	Bangladesh
	Robo de equipo y materiales	-Costa Rica -Tailandia
	Los casos de mayor complejidad se tratan en lo público y los de menor complejidad en lo privado. El sector privado realiza	

Componente	Efecto	País
	cirugías selectivas y lo público asume costos de casos severos (Flood, 2012) (González. 2005).	
	Sobre provisión de servicios en lo público (Ferrinho et al., 2004; Gruen et al., 2002 en Socha, 2010).	
Beneficios	Baja la calidad de los servicios prestados en lo público (Ferrinho et al., 2004)	-Canadá -Gran Bretaña -Australia
	Utilizar horas laborales públicas para atender la práctica privada (Ferrinho et al., 2004) (Jan et al., 2005).	-Costa Rica -Colombia -Venezuela -Perú -Mali -Reino Unido
	Favorecimiento de listas de espera (Flood, 2012)	
	Incremento en la calidad de los servicios públicos (Eggleston y Bir, 2003) en Socha, 2010).	
	Equidad disminuye en el acceso a servicios (Flood, 2012)	
Proveedores	Demanda inducida de médicos que trabajan en ambos sectores (redireccionamiento de pacientes) o entre médicos, farmacias y laboratorios (Bir & Eggleston , 2003 en Socha, 2010).	-Perú -Zimbabwe
	Pago por referenciar pacientes de sus prácticas públicas a una clínica privada en específico (Ferrinho et al.,2004).	-Italia
	-Concentración de servicios en zonas urbanas (Flood, 2012).	
	-Utilizar práctica pública para ganar reputación como proveedores para su práctica privada (González, 2004 en Socha, 2010).	
	Permite retener personal calificado en lo público Jan et al. (2005)	
	-Aumento de servicios en zonas rurales (Flood, 2012)	

Fuente: Elaboración propia con base en literatura consultada.

De acuerdo con McPake et al. (2016) las implicaciones de la doble práctica están permeadas por el contexto específico, el ambiente regulatorio y las oportunidades para ejercer doble práctica, así como la demanda de servicios públicos y privados de salud. Estos autores realizan una tipología sobre cuáles son las distintas condiciones locales en las que se desarrolla la doble práctica, los tipos de doble práctica observada, los países ejemplo, las potenciales consecuencias negativas para los sistemas de salud y las opciones regulatorias.

En esta tipología, las consecuencias que se observan para países como Gran Bretaña o Canadá, cuyos sistemas de salud se acercan más al sistema costarricense, indican que la doble práctica genera que haya una baja calidad en los servicios públicos de salud, referencias de pacientes de lo público a lo privado y movimientos de médicos del sector público al privado.

Tal y como se demostró con la compilación de la literatura, la doble práctica puede tener implicaciones tanto positivas como negativas para el sistema de salud pública universal. Para esta investigación, interesa conocer las consecuencias que pueda tener la práctica dual en Costa Rica de cara a un sistema que se piensa como universal. Lo anterior, en el contexto costarricense el cual está permeado por una ausencia de regulación de doble práctica y de los servicios privados que se han ampliado en los últimos años.

A pesar de la evidencia reportada por la literatura comparada, a la fecha se carece de investigaciones que expliquen los efectos de la doble práctica sobre la arquitectura pública costarricense, es decir sobre el quién accede a qué y cómo lo hace; y su consiguiente afectación sobre los resultados universales. Con este estudio se aporta a una mejor comprensión de la situación actual, así como a recomendaciones que permitan abrir el menú de opciones de política disponibles para mejorar el acceso a servicios masivos, con calidad y equidad para toda la población.

6. Estrategia metodológica

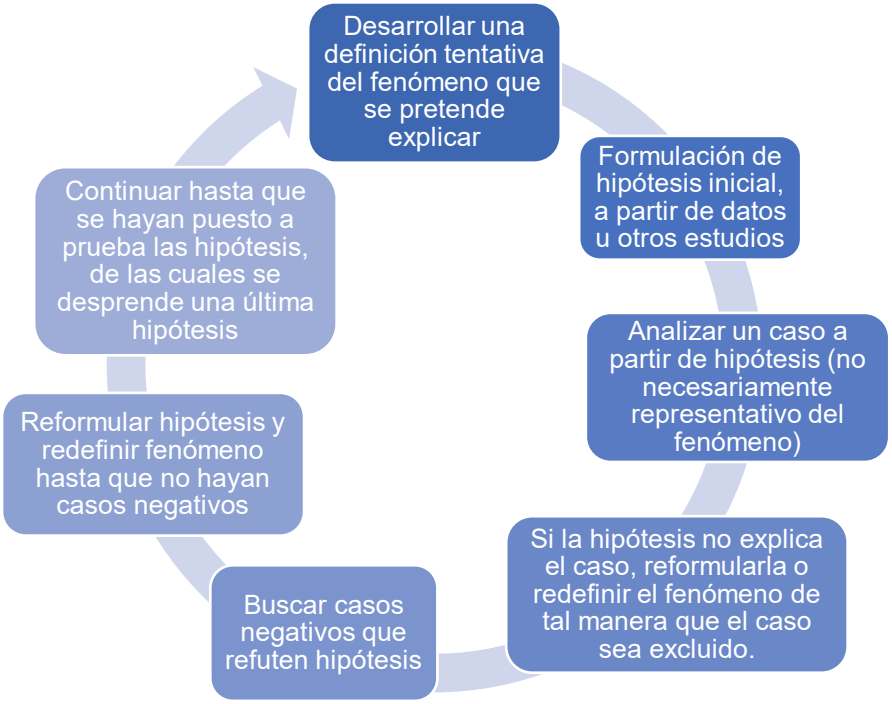
El principal reto metodológico que hemos enfrentado es el de contar con un diseño de investigación sólido en un tema que casi no ha sido investigado en Costa Rica como lo es la doble práctica médica. Esta además, prácticamente no se nombra ni se reconoce como tal. Tiene así todas las características de un tema tabú, del que todas las personas saben, pero pocas hablan. Por eso mismo, nuestra estrategia metodológica requirió desplegar creatividad en el uso de fuentes existentes.

Conviene resaltar que, en esta investigación, no se argumenta que la doble práctica no debe existir, o que el sistema costarricense de salud sería mejor sin este fenómeno. En su lugar, se analiza en qué medida, la presencia de doble práctica escasamente regulada, atentan contra la unificación de los distintos componentes de la arquitectura. De ahí el enfoque de esta investigación respecto al documentar la existencia de la doble práctica y sus efectos negativos sobre el sistema universal de salud.

La investigación es de corte cualitativo y combina diversas técnicas de análisis y recolección de datos, con el objetivo de responder a cómo la doble práctica médica afecta la arquitectura pública de servicios de salud y sus respectivos resultados en materia de cobertura, suficiencia y equidad.

Para ello, se plantean una serie de hipótesis que responden a los efectos que tiene la doble práctica sobre el sistema universal de salud en Costa Rica. Ello con base en una contrastación entre los hallazgos mostrados por la literatura comparada en países con perfiles epidemiológicos similares al costarricense y la evidencia empírica recopilada. A partir de estas hipótesis se emplea el método de la inducción analítica como una forma de desarrollar explicaciones tentativas al fenómeno de la doble práctica y los casos que se desean estudiar. En la figura 5 se enlistan las fases de este método.

Figura 5. Fases en la inducción analítica



Fuente: elaboración propia a partir de Borobia (2004)

Se privilegia este método de diseño de investigación, debido a que en Costa Rica no hay estudios que se refieran a los efectos de la doble práctica en el país, por lo que permite explicar el objeto de estudio a partir de formulaciones de hipótesis iniciales, utilizando como base los hallazgos mostrados en la literatura respecto a los efectos de la doble práctica médica sobre los sistemas de salud públicos.

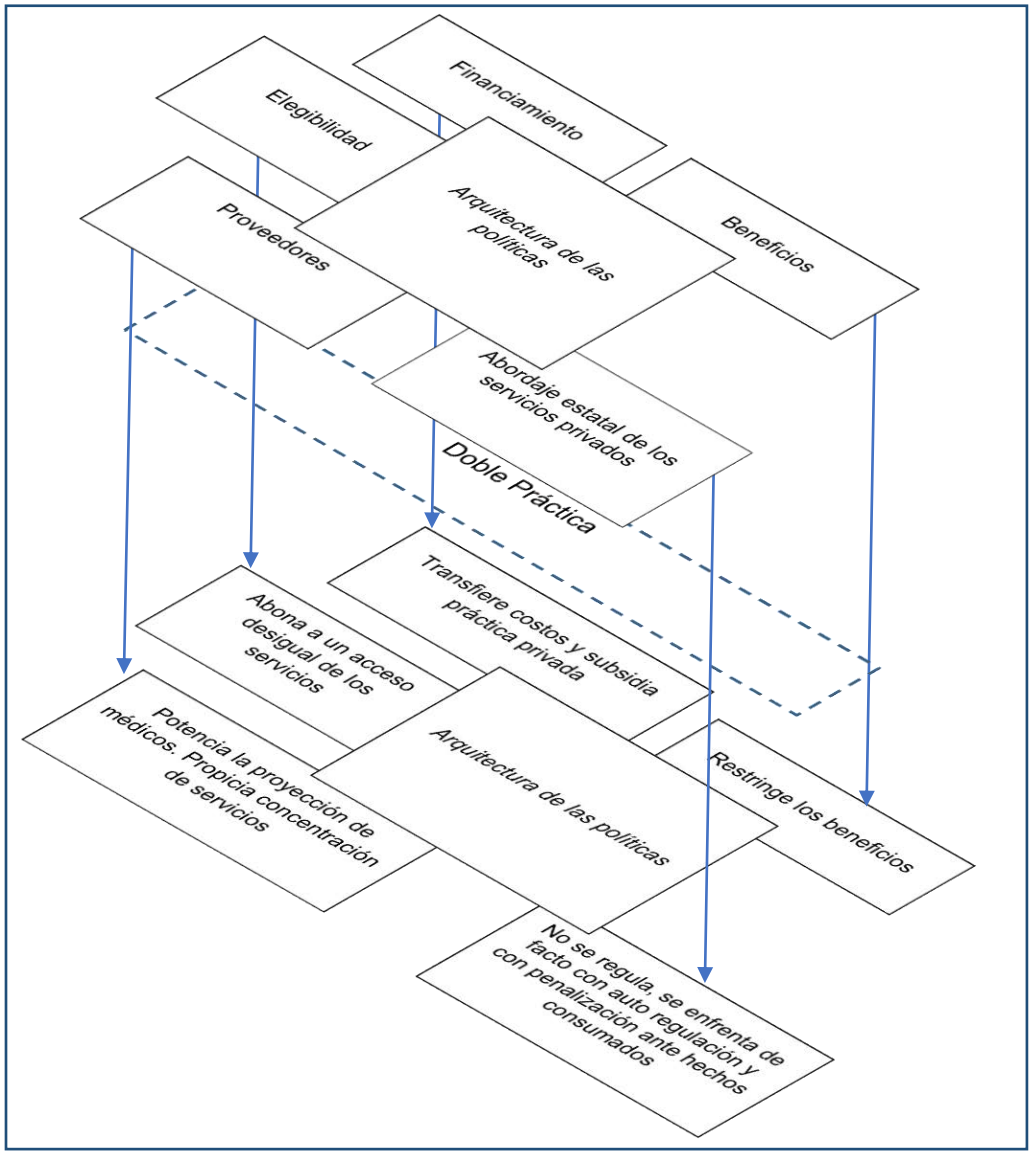
De esta manera, la inducción analítica nos permitió una redefinición constante de las hipótesis por medio de una contrastación de las mismas con respecto a las pruebas recopiladas a partir de la evidencia empírica. Este proceso de diálogo constante entre las hipótesis y la evidencia recopilada, permitió el desarrollar una explicación de los efectos de la doble práctica a partir de la definición de las seis hipótesis mostradas en el Cuadro 2.

Con respecto al componente empírico de esta investigación, se parte de una comparación natural, como lo define Schmitter (en Dellla Porta, 2013). En esa medida, no se propuso a generar sus propios acercamientos empíricos. Concretamente, a partir del modelo analítico propuesto y evidencia ya existente, el estudio profundiza en sus implicaciones.

6.1 Categorías de análisis

Cada uno de los hallazgos mostrados por la literatura comparada, se ordenaron partiendo del concepto de arquitectura pública, como una forma de operacionalizar y visualizar los efectos de la práctica dual sobre cada uno de los componentes de la arquitectura. En la figura 6 se muestra cómo la doble práctica es un factor interviniente que afecta a cada uno de los componentes de la arquitectura pública.

Figura 6.
La doble práctica como factor interviniente en los componentes de la arquitectura pública

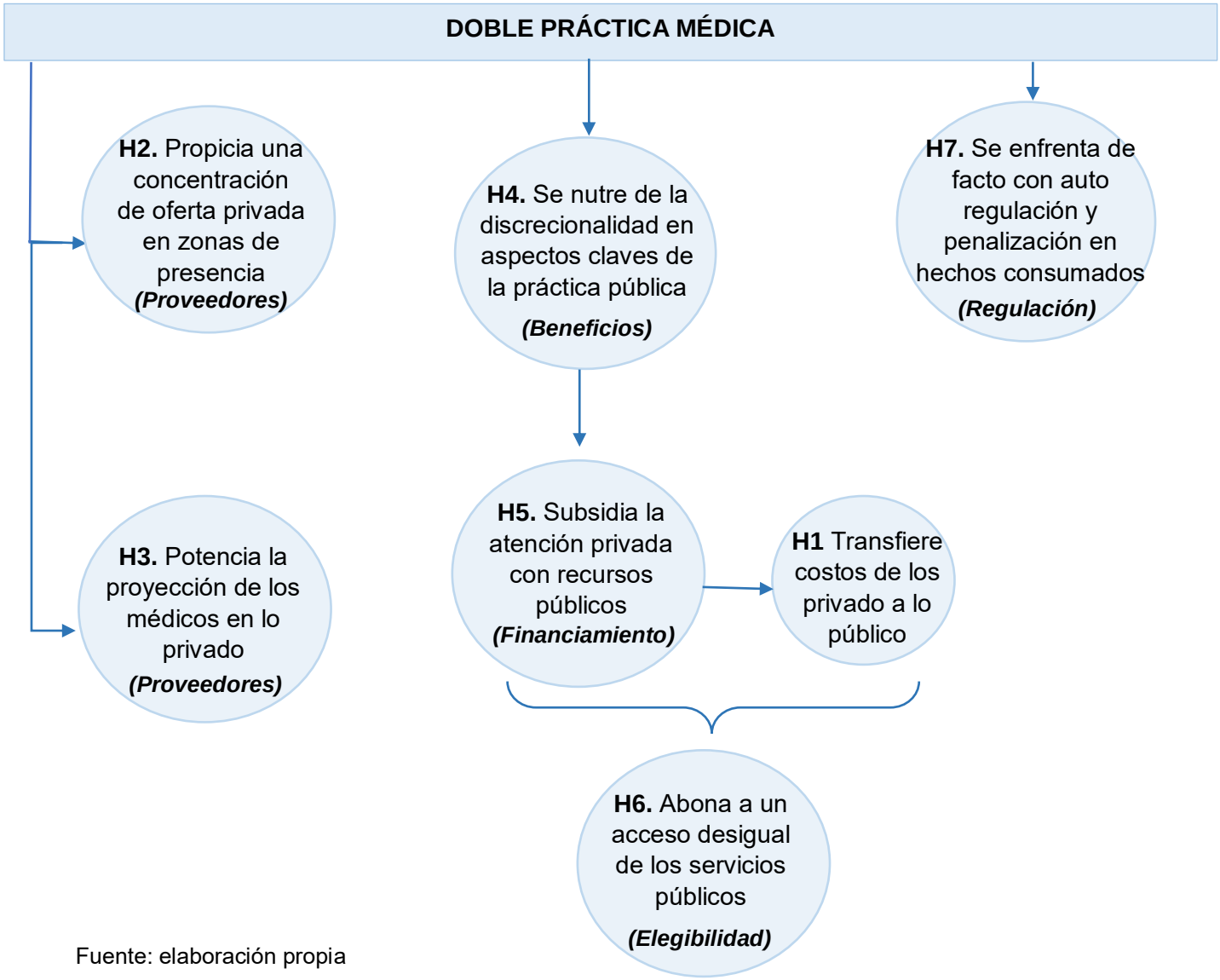


Fuente: elaboración propia

Como se muestra en la Figura 6, cada uno de los elementos se ve permeado por la doble práctica médica en la medida en que esta genera una serie de resultados que

afectan el quién accede a cuáles beneficios y cómo. Adicionalmente, esta investigación genera un aporte metodológico en tanto que secuencia a los componentes de la arquitectura a partir de las hipótesis generadas. Ello con la finalidad de crear relaciones entre las mismas y sus respectivas dimensiones de la arquitectura, como se muestra en la figura 7. Lo anterior permite un mayor dinamismo del concepto establecido por Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2016).

Figura 7. Relaciones esperadas entre las hipótesis y respectivas dimensiones de la arquitectura



Fuente: elaboración propia

Para cada uno de los componentes y sus respectivas hipótesis se establecieron dimensiones e indicadores, lo cual permitió el abordar el concepto de arquitectura pública y cada uno de sus componentes de manera empírica. (Véase Cuadro 2).

Cuadro 2.
Dimensiones, indicadores, fuentes y técnicas por componente e hipótesis.

Componente	Hipótesis	Dimensiones	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Proveedores	Los profesionales privados se promocionan a partir de su experiencia en el sector público.	Promoción que hacen los/as profesionales médicos de su experiencia pública para sus prácticas privadas.	1) Proporción de médicos/as que laboran en el sector privado y se promocionan a partir de las labores realizadas en el sector público. 2) Tipo de promoción que se hace de la práctica pública en el marco de la práctica privada. 3) Variaciones generacionales, de quienes hacen referencia a su práctica pública para promocionarse en el sector privado.	243 currículums médicos en línea en los hospitales: Cima, Clínica Bíblica, Católica y Metropolitano, de las especialidades: Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Cardiología y Otorrinolaringología.	Análisis documental

Beneficios	La doble práctica se beneficia de la discrecionalidad en aspectos claves de la práctica pública.	Vías de la discrecionalidad médica: 1) Uso del tiempo 2) Manejo de las listas de espera	1) Incapacidades, reducciones de jornadas laborales, licencias, ausencias, incumplimiento de horario. 2) Pacientes atendidos sin referencia, atención de pacientes en otros hospitales que no están inscritos, reubicación de listas de espera.	23 noticias de 76 artículos revisados. Informe de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense del Seguro Social AGO-253-2013.	Análisis temático y documental
Financiamiento	La doble práctica facilita un subsidio de recursos públicos para la atención de consultas privadas.	Uso de recursos públicos para fines privados: 1)Equipo e insumos 2)Recurso humano 3)Tiempo de jornada laboral 4) Infraestructura	1) Salida de medicamentos, equipo quirúrgico, materiales médicos, material biológico públicos a clínicas privadas. 2) Atención en centros privados por parte de personal público durante su horario de labor en el Estado. 3) Uso del tiempo público para fines privados (atención de llamadas telefónicas y emergencias	35 noticias de 76 artículos revisados.	Análisis temático

			de pacientes privados desde lo público). 4) Uso privado de laboratorios y consultorios de la CCSS. uso del tiempo médico público para fines privados, uso de instalaciones públicas con fines privados.		
	Las transferencias de costos desde proveedores privados a la seguridad social.	1)Traslados de pacientes de los privado a lo público por complicaciones o mala praxis. 2)Transferencias de lo privado a lo público por altos costos en la atención requerida (tratamientos o equipos)	1) Complicaciones en cirugías estéticas practicadas en clínicas privadas. 2) Atención de partos múltiples (cuatrillizos o más) en hospitales públicos.	14 noticias de 76 artículos revisados. Informe de la Defensoría de los Habitantes, expediente Nº 00828-2015-DHR. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo.	Análisis temático y documental

Elegibilidad	La doble práctica abona a un acceso desigual de los servicios públicos	1) Presencia de pagos de bolsillo por parte de pacientes hacia médicos privados, para acortar los tiempos de resolución en lo público. 2) Presencia de ofrecimientos de pagos de bolsillo por parte de los profesionales médicos para una pronta atención como parte de su práctica pública.	1) Pago de consultas privadas que facilitan el ingreso a las listas de espera. 2) Uso de “biombos”.	7 noticias de 76 artículos revisados.	Análisis temático
Proveedores	La doble práctica incide en la alta concentración de oferta privada alrededor de los hospitales de la seguridad social.	Concentración de clínicas y centros privados alrededor de hospitales públicos.	a) Cantidad de centros o consultorios privados. b) Densidad de médicos por centro o consultorio privado.	Páginas web de clínicas privadas cerca de los hospitales de Alajuela y Heredia. Lista de profesionales médicos en planilla y	Análisis documental Análisis georreferencial

				sus horarios del Hospital de Alajuela. Visitas *in situ* acompañado de fotografías	
Regulación	La doble práctica no se nombra; se enfrenta de facto con autoregulación y con penalización ante hechos consumados	Medidas de: 1) Autorregulación 2) Incentivos 3) Restricciones 4) Prohibición	Clasificación de la normativa existente según tipo de regulación.	Código de Ética del Colegio de Médicos, la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, Reglamento Incentivo por disponibilidad para directores y subdirectores médicos de hospitales y directores médicos de áreas de salud.	Análisis documental

Fuente: elaboración propia

En las siguientes secciones se detalla sobre cada una de las técnicas de análisis y de recolección empeladas para cada una de las hipótesis.

6.2 Técnicas de análisis y de recolección

Las técnicas de análisis y recolección de información adoptados responden al interés de documentar la doble práctica desde sus efectos sobre el sistema universal de salud y sus resultados sobre la cobertura amplia, con suficiencia y equidad. Por esta razón, no se incluyeron técnicas que se enfoquen en la experiencia de los propios profesionales médicos que laboran para el sector público y privado de salud de manera simultánea, o una recopilación de las experiencias desde los pacientes. En este sentido, se resalta la importancia de generar más investigaciones sobre la doble práctica médica que incluyan, por ejemplo, entrevistas con los propios profesionales médicos; así como retratos de las vivencias desde los pacientes que expliquen el dinamismo entre el sector público y privado de salud.

6.2.1 Análisis temático

El análisis temático se utilizó para el tratamiento de las hipótesis relacionadas con los componentes de elegibilidad, financiamiento y beneficios. Los datos utilizados para este análisis fueron 76 noticias reportadas en prensa, en su versión digital e impresa, que mostraran evidencia sobre la doble práctica en el país en un periodo delimitado del 2014 al 2016. Se seleccionaron cuatro periódicos diferentes para asegurar una heterogeneidad en la recolección de la información: Diario Extra, El Financiero, Semanario Universidad y La Nación.

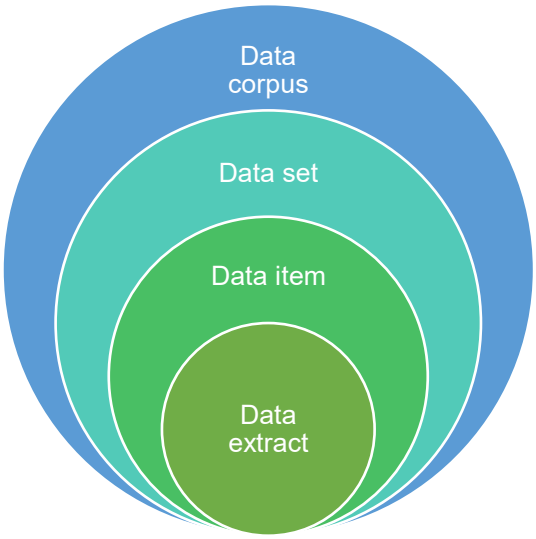
El análisis temático de acuerdo con Braun y Clarke (2006), es un método de investigación que funciona para identificar, analizar y reportar patrones (o temas) dentro de un conjunto de datos. Con esta se pretende organizar y describir en detalle sobre el objeto de estudio. Sin embargo, de acuerdo con los autores, las investigaciones que utilizan este tipo de análisis por lo general van más allá de estas descripciones temáticas e interpretan diversos aspectos de la investigación.

Un tema, según Braun y Clarke (2006), es una captura dentro del conjunto de datos de algún asunto de interés que a su vez se relaciona directamente con la pregunta de investigación. Este tema además representa un patrón encontrado dentro de toda la información recolectada. Los autores afirman que no hay una sola forma de seleccionar temas, por lo que este tipo de análisis admite una flexibilidad para quien investiga. Asimismo, Braun y Clarke (2006) resaltan que, los temas no son necesariamente aquellos aspectos que más se repiten dentro de un conjunto de datos, sino aquellos que sean más relevantes para la investigación y que capturen asuntos importantes en relación con la misma.

Antes de profundizar sobre este tipo de análisis y sus fases, conviene señalar la división por conjuntos que realizan los autores respecto a los datos recolectados por el investigador/a. Para Braun y Clarke (2006), el *data corpus* se entiende

como todos aquellos datos que fueron recolectados para la investigación, el *data set* incluye todos aquellos datos dentro del corpus que son utilizados para un análisis en particular. El *data item* es el dato individual que se encuentra en el *data set.* Y, por último, el *data extract* es el fragmento codificado individual de datos que se ha extraído. (Ver figura 8).

Figura 8. Relaciones entre el conjunto de datos en el análisis temático



Fuente: elaboración propia a partir de Braun y Clarke (2006)

Para esta investigación en particular, el *data corpus* comprende las 76 noticias relevadas, el *data set* el conjunto de noticias seleccionadas en particular para cada una de las hipótesis, el *data item* cada uno de los casos reportados por prensa que evidencian la doble práctica y sus efectos, y, por último, el data *extract* la codificación realizada de lo que interesa extraer de cada uno de los casos revisados. A pesar de esta distinción por conjuntos, los autores afirman que el análisis temático exige un ir y venir entre el *data set,* los códigos extraídos del *data extract* y el análisis en general que se esté produciendo a partir de estos.

En este estudio, las categorías y dimensiones codificadas para cada una de las hipótesis (mostradas en el Cuadro 2), se definieron a partir de la contrastación de los hallazgos mostrados en la literatura con respecto a la evidencia mostrada en prensa. Así, se construyeron los temas y códigos a partir de los patrones encontrados en las fuentes de información que tuvieran relación con lo que establece la literatura.

Para la revisión sistemática y selección de las noticias se emplearon las siguientes categorías de búsqueda:

- ✓ CCSS
- ✓ Clínica privada / Hospital privado
- ✓ Pacientes público privado

- ✓ Médico / Médicos
- ✓ Equipo médico
- ✓ Mala praxis
- ✓ Listas/ lista de espera
- ✓ Calidad servicio salud
- ✓ Expediente electrónico
- ✓ Privatización salud/ salud privada
- ✓ Médico privado público
- ✓ Negligencia médica

A partir del conjunto de noticias encontrado en los cuatro periódicos seleccionados, en un periodo reciente para esta investigación, del 2014 al 2016, se utilizaron los seis pasos del análisis temático de Braun y Clarke (2006). Con el objetivo de capturar y ordenar sistemáticamente datos relevantes mostrados en la prensa que generen información significativa para la pregunta de investigación.

Figura 9. Los seis pasos del análisis temático de Braun y Clarke (2006)

1. Familiarizarse con los datos	• Realizar repetidas lectura del *data set* • Generar primeras búsquedas e ideas de posibles significados y patrones
2. Generar códigos iniciales	• Identificar características del *data set* que son de interés para la investigación. • Generación manual de códigos o con software.
3. Buscar temas	• Ordenar los diferentes códigos en temas potenciales. • Comparar los *data extract* con los temas identificados.
4. Revisar temas	• Dividir los temas seleccionados en varios diferentes, eliminar temas, incluir nuevos.
5. Definir y nombrar temas	• Refinar los temas que se usarán para el análisis. • Identificar e interpretar datos interesantes. • Crear relaciones entre los datos y temas y entre los temas.
6. Hacer el reporte	• Contar la historia de los datos reportados de manera convincente para validar el proceso analítico realizado.

Fuente: elaboración propia con base en Braun y Clarke (2006)

La generación de los códigos fue un proceso que se desarrolló en conjunto por parte de todo el equipo de investigación, y se realizó de manera manual utilizando funciones del Office Word como: la creación de comentarios, marcas con color, generación de macros. Una vez definidos y nombrados los temas a utilizar por hipótesis, se utilizó el software ATLAS.ti en un proceso de validación de la información recopilada.

Cabe señalar que, en algunas hipótesis, el uso de los periódicos sirvió para mostrar casos en los cuales se evidencian efectos de la doble práctica sobre la arquitectura pública; y en otras funcionaron como enlaces a otras fuentes de información que detallan datos relevantes para este estudio. En la sección de hallazgos por hipótesis, se profundiza sobre el aprovechamiento investigativo que se les dio a los periódicos para cada una de las hipótesis.

6.2.2 Análisis documental

El análisis documental consiste en la

> "búsqueda exhaustiva de registros pertinentes al objeto de estudio que se aborda; tiende a operar a manera de un conjunto de hallazgos que coadyuvan al análisis respectivo, ya sea porque es evidencia por sí misma o porque con un posterior tratamiento puede convertirse en una fuente de información primaria para la investigación" (Abarca, *et al*. 2013, p.202).

Para esta investigación, el análisis documental se utilizó en dos sentidos: como fuente principal de información y como fuente de validación y triangulación de información.

En los casos de las hipótesis relacionadas con los componentes de financiamiento y beneficios; las cuales fueron estudiadas bajo el análisis temático; el análisis documental funcionó como fuente de triangulación de la información reportada por la prensa para profundizar en los hallazgos. A su vez, brindó datos relevantes que permitieron consolidar los resultados encontrados. Las fuentes utilizadas para este fin fueron: el Informe de la Defensoría de los Habitantes, expediente Nº 00828-2015-DHR y el Informe de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense del Seguro Social AGO-253-2013. Con respecto a la hipótesis de regulación, se realizó una revisión documental sobre las dimensiones regulativas actuales que influyen sobre la manera en que se aborda algunas de las dimensiones de la doble práctica en el país.

En la primera hipótesis de proveedores, el análisis documental fue empleado mediante una revisión de 243 currículum médicos encontrados en línea e identificados en las páginas web de aquellos centros privados de salud seleccionados como los más relevantes, según el estudio de Saavedra (2017). Dicho estudio es el único estudio disponible a la fecha que analiza el crecimiento en los últimos años del sector privado de salud en Costa Rica. En este caso, los currículums médicos en línea fueron la única fuente de información para dicha hipótesis y con estos se realiza el abordaje empírico de la misma. Las especialidades se seleccionaron en función de que las que son mayoritariamente abordadas en prensa en el período 2014-2016 y, por lo tanto, materia de análisis de las restantes hipótesis. Fueron concretamente cuatro: Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Cardiología y Otorrinolaringología.

Para la sexta hipótesis que corresponde también al componente de proveedores, el análisis documental se utilizó en el tratamiento realizado a la lista oficial de profesionales médicos en planilla y sus horarios del Hospital de Alajuela. Este documento permitió dimensionar la doble práctica médica en dicho hospital para complementar el análisis de georreferenciación y geolocalización que se explica en el siguiente apartado.

Asimismo, se realizó una búsqueda de registros en la *web* de clínicas y centros privados médicos para dimensionar la concentración de estos alrededor de los hospitales de Alajuela y Heredia. Se seleccionaron dichos hospitales ya que son los casos en los cuales la prensa reporta menor presencia de doble práctica; por lo que de esa manera se buscó evitar un sesgo en el diseño de investigación que fuera favorable a las hipótesis planteadas.[2]

6.2.3 Análisis de georreferenciación

El análisis de georreferenciación consiste en "ubicar un objeto en el espacio tridimensional con respecto a la tierra utilizando un sistema de coordenadas" (Avendaño*, et al*. 2015, p.24). La herramienta de georreferenciación mayormente utilizada es *Google Earth* la cual permite visualizaciones aéreas; así como situar puntos específicos de la geografía a través de imágenes satelitales. Esta herramienta facilita además el cálculo de coordenadas geográficas y medir distancias (Arranz, *et al*. 2012).

A partir de *Google Earth* se ubicaron aquellas clínicas y centros privados ubicados a un radio de 600 metros de los hospitales públicos de Alajuela y Heredia. Lo anterior para demostrar la concentración de estos servicios alrededor de los hospitales de la seguridad social. Asimismo, se obtuvieron imágenes satelitales históricas de la zona geográfica donde se ubica el Hospital público de Heredia San Vicente de Paúl, con la finalidad de evidenciar el aumento de la oferta privada en este lugar después de la construcción de este.

Antes de generar las visualizaciones satelitales de los alrededores de los hospitales de Alajuela y Heredia, las clínicas y centros privados se ubicaron mediante una búsqueda en internet. Esto se complementó luego con observaciones mediante visitas *in situ* a estos lugares, además de que se tomaron fotografías con el fin de contextualizar lo observado y contar con un insumo que permitiera triangular la lista de centros médicos que se encontraron por internet.

[2] Además de las razones expuestas respecto a la selección de los casos de Alajuela y Heredia, se constató que al año 2011, ambos hospitales no son particularmente problemáticos en cuanto a sus cifras de listas de espera. Ya que se encuentran dentro de un rango entre 10% y 15% (al igual que otros hospitales dentro del GAM) de cantidad de citas programadas respecto al total general de citas de todos los hospitales públicos del país (CCSS, 2011 en Defensoría de los Habitantes, 2013). Valga aclarar que este dato es simplemente indicativo y esta investigación no se centra en la problemática de las listas de espera en los hospitales.

6.3 Debilidades de la metodología e implicaciones para los resultados

Esta investigación pretende documentar la existencia y los efectos adversos de la doble práctica sobre el carácter universal del sistema de salud costarricense. Pese a que la literatura muestra tanto efectos negativos como positivos de la doble práctica, el uso de medios de prensa evidenció solo los efectos adversos de la doble práctica médica en el sistema de salud pública - no así beneficios o impactos positivos de la doble práctica. Ello no quiere decir que la doble práctica no tenga efectos positivos. Lo que sí quiere decir, es que los negativos existen.

En algunas de las hipótesis, que se desarrollan en el siguiente apartado, los medios de prensa hacen especial referencia a casos donde los profesionales médicos incurren en actos con consecuencias penales. En general, se tratan de casos de escándalos respecto al mal funcionamiento de los hospitales públicos por el accionar de uno o varios profesionales médicos en doble práctica. Por lo tanto, puede haber una exageración de los efectos mostrados en algunos casos, así como una exclusión de aquellos casos en los que la doble práctica no necesariamente deriva en sanciones o castigos hacia los doctores.

Por ende, los casos que se reportan en esta investigación representan una muestra sesgada con respecto a los efectos de la doble práctica. Concretamente, fue posible identificar patrones de efectos adversos de la doble práctica hacia el sistema de salud pública, ocurridos en distintos hospitales y especialidades, por lo que no se tratan de hechos o casos aislados. Dado el diseño de investigación propuesto, la presencia de un evento recurrente, aun en presencia de efectos positivos no identificados, demuestra la necesidad de abordar explícitamente el tema.

Con respecto al análisis de georreferenciamiento, se seleccionaron los hospitales San Vicente de Paúl en Heredia y el Hospital San Rafael de Alajuela, debido a que son los que aparecen menos o del todo no aparecen mencionados asociados a la doble práctica médica en el análisis de prensa realizado respecto a las hipótesis previas. Se espera que el sesgo de seleccionar estos hospitales sea de subestimar antes que a sobreestimar la doble práctica. Son además los más recientemente construidos dentro del Gran Área Metropolitana.

A continuación, se hace un resumen de la apreciación de validez de la evidencia empírica identificada según hipótesis.

Cuadro 3. Fuentes y apreciación de validez de los resultados para cada una de las hipótesis

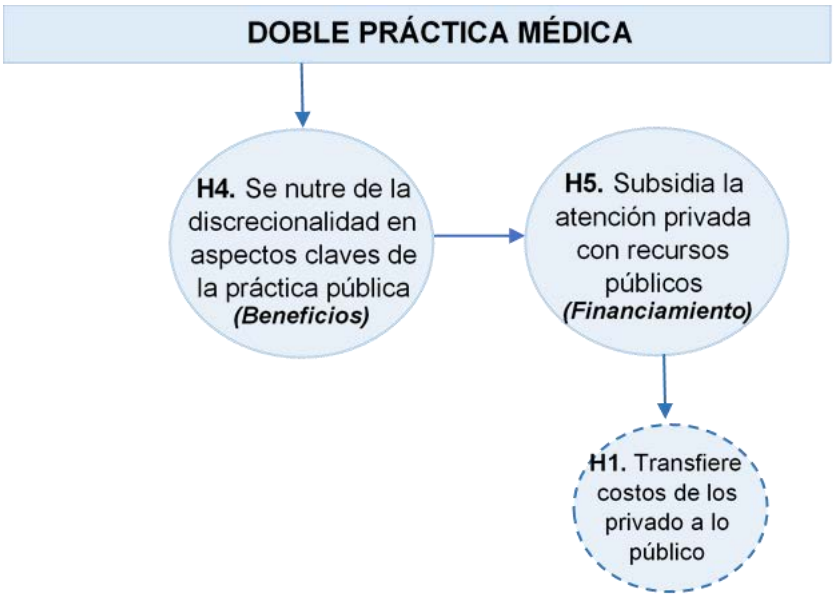
Hipótesis	Fuentes	Apreciación de validez para los resultados
Los profesionales privados se promocionan a partir de su experiencia en el sector público.	243 currículums médicos en línea.	Subvaloración de la doble práctica en tanto que de esos 243, hay 122 profesionales médicos que no adjuntan su currículum completo, por lo que no especifican sus labores en el sector público.
La doble práctica se beneficia de la discrecionalidad en aspectos claves de la práctica pública.	23 noticias de 76 artículos revisados y el Informe de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense del Seguro Social AGO-253-2013.	Exageración de la realidad en tanto se ejemplifica con un caso específico (*worst case scenario),* pero se extrapolan las consecuencias de este caso hacia otras especialidades y hospitales del país.
La doble práctica facilita un subsidio de recursos públicos para la atención de consultas privadas.	35 noticias de 76 artículos revisados.	Subvaloración de la realidad, ya que esas 35 noticias tratan 9 casos, los cuales tienen en común el sesgo de que, los medios de prensa examinados, cubrieron estas noticias por tratarse de situaciones que se encuentran en un limbo entre la legalidad y la ilegalidad del accionar de las personas implicadas.
Las transferencias de costos desde proveedores privados a la seguridad social.	14 noticias de 76 artículos revisados.	Subvaloración de la realidad, en tanto se delimitan los casos de estas transferencias a lo reportado por la prensa para este periodo: cirugías estéticas privadas, y la atención pública de embarazos múltiples.
La doble práctica abona a un acceso desigual de los servicios públicos	7 noticias de 76 artículos revisados.	Subvaloración de la realidad, ya que los casos mostrados son los reportados en prensa. No obstante, estos se presentan en las noticias como

		generalizaciones de situaciones en particular.
La doble práctica incide en la alta concentración de oferta privada alrededor de los hospitales de la seguridad social.	Páginas web de clínicas privadas cerca de los hospitales de Alajuela y Heredia, lista de profesionales médicos en planilla y sus horarios del Hospital de Alajuela, visitas *in situ* acompañado de fotografías.	Subvaloración de la realidad, en tanto se seleccionaron los hospitales que aparecen menos o del todo no mencionados en el análisis de prensa realizado.
La doble práctica no se nombra; se enfrenta de facto con autoregulación y con penalización ante hechos consumados	Código de Ética del Colegio de Médicos, la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, Reglamento Incentivo por disponibilidad para directores y subdirectores médicos de hospitales y directores médicos de áreas de salud.	Apego a una realidad donde la doble práctica no se encuentra regulada ni mencionada. No obstante, se hace referencia a una serie de normativa que, pese a que no tratan de regular la doble práctica de manera directa, incluyen regulaciones de directa relevancia para el funcionamiento de la doble práctica.

Fuente: elaboración propia

7. Hallazgos por hipótesis

7.1 Las transferencias de costos desde proveedores privados a la seguridad social



La literatura que aborda los efectos de la doble práctica sobre los sistemas de salud pone énfasis en la utilización de recursos públicos para fines privados (véase hipótesis 2). En esta sección, sin embargo, abordamos una hipótesis complementaria, que surgió del propio proceso de revisión y análisis de la evidencia empírica. Se trata de datos relativos a transferencias de costos a la seguridad social, por parte de proveedores privados de servicios salud, que si bien, no tienen que estar asociados de forma directa con la doble práctica, sí dan cuenta de la interrelación constante entre lo público y lo privado y las implicaciones de esto para el sistema de salud. Como mostraremos a continuación la evidencia que da sustento a estos hallazgos procede básicamente de documentación oficial. En este caso las noticias relevadas en prensa fueron el medio a través del cual nos fue posible identificar los casos y la documentación oficial pertinente.

La razón por la que se considera pertinente mostrar esta información radica en que esta investigación estudia cómo la manera en que la seguridad social se relaciona con los servicios privados moldea la arquitectura pública y, por lo tanto, influye sobre los resultados de la política. En este sentido, los servicios públicos de salud se ven afectados por la relación dinámica y constante entre lo público y lo privado. Una de las formas en las que se manifiesta esta relación se muestra en las noticias en las que se reporta que la Caja Costarricense de Seguro Social asume los costos de procedimientos o casos que se atienden inicialmente en el sector privado y que luego son transferidos a instalaciones públicas. Como

veremos seguidamente, ello ocurre en cuatro tipos de situaciones: cuando se reportan complicaciones; cuando el sector privado no tiene la capacidad resolutiva para atender ciertos casos; cuando la práctica privada incurre en mala praxis; y cuando las personas ya no tienen capacidad de pago.

En la literatura sobre doble práctica y seguros de salud privados se encuentran algunas reflexiones sobre este fenómeno. Flood (2012) destaca que uno de los argumentos que existe en contra de permitir la doble práctica es que el sector público generalmente se encarga de atender condiciones médicas más complicadas (p.209). Asimismo, señala que algunos autores consideran que la doble práctica y los seguros de salud duplicados no resuelven la problemática de los tiempos de espera en lo público, ya que el sector privado se concentra en atender procedimientos selectivos, mientras los casos de emergencia o de gran complejidad continúan siendo recibidos por el sistema de salud pública. Madore (2006) señala que incluso las personas que tienen seguros privados continúan utilizando la atención pública, ya que los procedimientos que se financian con fondos privados usualmente se concentran en servicios pre operatorios y post operatorios e indica que algunos autores argumentan que las opciones privadas de salud, procuran atender los casos menos complicados y dejan que el sector público se ocupe de los casos que son más complejos y costosos.

En las noticias recopiladas se muestra que en Costa Rica también se presenta este fenómeno. Específicamente en el periodo analizado se reportan casos de pacientes que se realizan cirugías cosméticas en estéticas privadas y que luego son transferidas al sector público por complicaciones o por errores en los procedimientos médicos realizados. También se reportan casos en los que el sector público tiene que asumir la atención de embarazos múltiples que se desencadenan como resultados de técnicas de reproducción asistida que se aplican en el sector privado fuera del ámbito de la regulación estatal actual.

7.1.1 Abordaje empírico

Para analizar las noticias que reportan transferencias de costos del sector público al sector privado se construyeron dos indicadores: traslados de pacientes de lo privado a lo público por complicaciones o mala praxis y transferencias de lo privado a lo público por altos costos en la atención requerida (tratamientos o equipos).

En total se encontraron catorce noticias que dan cuenta de los casos anteriormente mencionados. El cuadro 4 presenta en detalle la información recopilada. Dicho cuadro destaca que hubo durante el período dos tipos de

situaciones médicas destacadas en los medios de prensa relevadas, relativos a cirugías estéticas y a embarazados múltiples, respectivamente.

En este caso, el sesgo con la información recopilada está en el hecho de que solo se incluyen aquellos casos de transferencias que se mencionan en el periodo de tiempo delimitado para la revisión de noticias. Por lo tanto, hay una subvaloración de la realidad de estos casos en tanto que se delimitan las transferencias de costos únicamente en estos dos escenarios (cirugías estéticas privadas, y la atención pública de embarazos múltiples).

Además, es importante mencionar que, a pesar de que no es objeto de esta investigación, las transferencias de costos no solo incluyen escenarios en los cuales se pasa de lo privado a lo público. Sino que, en ocasiones hay procedimientos que los pacientes buscan en lo público, y que, al no obtener respuesta, se recurre a lo privado.

Cuadro 4

Transferencias de costos de proveedores privados al sector público reportados en la prensa entre 2014 y 2016

	Número de noticias relevadas	Fuentes oficiales de las noticias	Número de eventos reportados	Hospitales aludidos (*)	Especialidades aludidas (*)	Respuesta estatal (contabilizar cantidad de punitivo, ninguno, etc)	Acercamiento empírico a la magnitud del fenómeno
Traslados de pacientes de los privado a lo público por complicaciones o mala praxis	8	Defensoría de los Habitantes (2015) y Hospital de las Mujeres (2015)	Atención media anual de 24 casos por complicaciones en cirugías estéticas practicadas en clínicas privadas (rango de variación entre12 y 36)	HCG, HM HSRA, HN, HSJD, CARIT	CirPlas y GinObs	Caja asume costos, pero carece de contabilidad de casos anuales y por lo tanto de estimación de costos	Entre 12 y 36 casos anuales de casos de malas praxis en estéticas privadas atendidas por la CCSS * estos casos únicamente corresponden a HCG, HM y HSJD. Caso de los sextillizos: 240 millones de colones solo por la atención recibida en la CARIT (No incluye la del Hospital

							Nacional de Niños ni el México).
Transferencias de lo privado a lo público por altos costos en la atención requerida (tratamientos o equipos)	6	Hospital de las Mujeres y Caja Costarricense de Seguro Social	En el 2015 se atendieron 4 casos de cuatrillizos o más	HSRA, HN, HSJD, HM, CARIT	GinObs	Contabilizar los costos que implicó atender el caso de los sextillizos, pero únicamente para la CARIT. No tienen cifras sobre el costo total que implica la atención de estos casos.	Caso de los sextillizos: 240 millones de colones solo por la atención de dos de los sextillizos, recibida en la CARIT (No incluye la del Hospital Nacional de Niños ni el México). En el 2015 la CCSS atendió dos casos de cuatrillizos, uno de quintillizos, uno de sextillizos y siete de trillizos (Rodríguez, 2015). En el 2014 se atendieron 17 casos de trillizos (Morris, 2015).

Fuente: Elaboración propia con base en las noticias recopiladas en el periodo 2014-2016 en los periódicos La Nación, la Extra, el Semanario Universidad y el Financiero.
(*) Véanse siglas arriba

7.1.2 Hallazgos

Debido a que las noticias que se recopilaron se concentran especialmente en los casos de transferencias de costos por cirugías estéticas y por embarazos múltiples que son trasladados a la CCSS, se divide este apartado en evidencia relativa a estos dos eventos. Ello no quiere decir que durante el período considerado no haya habido transferencias de costos a partir de otros casos que no fueron relevados por la prensa durante el periodo analizado.

7.1.2.1 Traslados de pacientes del sector privado al público por complicaciones o mala praxis a raíz cirugías estéticas

De acuerdo con Ávalos (2015) la Defensoría de los Habitantes reportó que en los hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios y México se registran entre cuatro y doce casos anuales, en cada hospital, de pacientes que provienen de clínicas privadas con alguna complicación producto de una cirugía estética. El *Semanario Universidad* reportó que se estima que durante 2012 la CCSS atendió al menos 214 casos por secuelas de cirugías estéticas que se realizaron en el sector privado y que dichos casos tuvieron un costo aproximado de 218 millones de colones para el sistema de seguridad social (Obando, 2013).

Durante el 2015, la Defensoría de los Habitantes inició una investigación de oficio con el fin de conocer el estado en el que se encontraba el programa de vigilancia de establecimientos de salud, ya que recibió una denuncia por la actuación de un médico involucrado en un caso de mala praxis durante la realización de procedimientos estéticos o reconstructivos.

En la investigación realizada por la Defensoría de los Habitantes, se recopilaron algunos datos que permiten mostrar la problemática de las clínicas privadas que realizan cirugías estéticas sin que los profesionales cuenten con los conocimientos necesarios y con la gravedad, en algunos casos, de utilizar productos farmacéuticos que no han sido aprobados por el Ministerio de Salud (Defensoría de los Habitantes, 2015).

La defensoría recopiló los siguientes datos sobre casos que se presentaron sólo en un año, el 2013, en dos hospitales nacionales, el México y el Calderón Guardia. En el informe final se hace referencia también a casos atendidos en el San Juan de Dios. Sin embargo, no se especifica cuántos.

Tabla 2. Pacientes atendidos en la CCS por complicaciones en cirugías estéticas y postquirúrgicas realizadas en clínicas privadas durante

Hospital	Número de casos
México	8
Calderón Guardia	4
San Juan de Dios	No se especifican cuántos

Fuente: Elaboración propia con base en Informe Final de la Defensoría de los Habitantes, expediente Nº 00828-2015-DHR.

Figura 10

SERVICIOS BRINDADOS

-Consultas médicas:
-Curaciones
-Valoraciones médicas
-Resonancia Nuclear Magnética
-Exámenes de laboratorio
-Resección de Materiales
-Lavado quirúrgico
-Aplicación de medicamentos

La CCSS de Seguro Social no tiene cifras exactas de cuánto representa en términos económicos la atención de estos casos, sin embargo, de acuerdo con el Dr. Donald Fernández, el director del Hospital México en el 2013, a los pacientes que atendieron por estas complicaciones en ese año se les brindaron los servicios reportados en la Figura 10.

Fuente: Elaboración propia con base en Informe Final de la Defensoría de los Habitantes, expediente Nº 00828-2015-DHR.

Un día de hospitalización cuesta alrededor de 500 000 colones en el sistema de salud público (Obando, 2013) y a este monto hay que sumar lo relativo a la realización de procedimientos quirúrgicos, exámenes como resonancias magnéticas que son de alto costo y el suministro de antibióticos (véase tabla 7).

La preocupación sobre la poca regulación que hay sobre estos centros privados en los que se realizan cirugías estéticas tiene que ver con el peligro que representa para la salud de las personas, pero también, y principalmente dado el foco de este estudio, con los costos que implica para la salud pública asumir los gastos que representa atender este tipo de casos.

Aunque no es posible determinar cuánto cuesta la atención de cada una de estas personas, a manera ilustrativa, durante el 2013 una paciente estuvo hospitalizada durante 76 días en el hospital San Juan de Dios, producto de una infección que se le desencadenó a raíz de una cirugía estética que le practicaron

en una clínica privada. De acuerdo con las declaraciones de Eliécer Jiménez, jefe de Cirugía del Hospital San Juan de Dios para aquel momento, la paciente iba a sala de operaciones prácticamente todos los días e incluso hubo semanas en las que estuvo dos veces al día en un quirófano (Jiménez en Rodríguez, 2013).

Según reportó el Semanario Universidad sobre este mismo caso, en 40 días de hospitalización se invirtieron alrededor de 28 millones de colones para brindarle los cuidados requeridos a raíz de la complicación que sufrió, de acuerdo con Andrés Castrillón, especialista en cirugía plástica reconstructiva y estética (Castrillón en Obando, 2013).

Lamentablemente, la CCSS carece de estadísticas que reflejen la dimensión del problema debido a que únicamente se registra el padecimiento por el que es tratado un paciente y no se ahonda en la causa ni en el proceso de transferencia que generó la visita. (Obando, 2013).

7.1.2.2 Traslados de pacientes por embarazos múltiples producto de tratamiento de reproducción asistida realizados en clínicas privadas

En 2015, la Caja Costarricense de Seguro Social atendió el primer caso de sextillizos en Costa Rica (Láscarez, 2015). Para la atención de madre y sus hijos, el sistema de salud público diseñó un protocolo que incluyó la participación de cinco hospitales distintos y más de 50 personas que cumplieron alguna función en la atención del parto (Rodríguez, 2015).

Los sextillizos se concibieron como resultado de un proceso de inseminación artificial que los padres se realizaron en el sector privado (Rojas, 2015). La transferencia de varios casos como estos a la Caja Costarricense de Seguro Social generó la preocupación de diversos actores, entre ellos el Colegio de Médicos de Costa Rica, quienes iniciaron una investigación sobre el tema en el Comité de Reproducción Humana. La preocupación del colegio era que las técnicas de reproducción asistida se estuvieran aplicando de forma incorrecta en el sector privado y que, en consecuencia, los embarazos múltiples supusieran un riesgo para la madre y sus hijos y un colapso para el sistema de atención de la CCSS (Cantero, 2015). La Gerente Médica de la CCSS, María Eugenia Villalta, también expresó su preocupación por la complejidad de los casos y los costos que supone para la institución (Rojas, 2015).

Es importante tener presente que los nacimientos múltiples no son casos aislados (véase tabla 3). A continuación, se presentan los datos sobre nacimientos múltiples que se registraron entre el año 2000 y 2016.

Tabla 3. Nacimientos múltiples registrados entre 2000 y 2016 en Costa Rica

Nacimientos registrados entre el año 2000 y 2016	Frecuencia
Trillizos nacidos	503
Cuatrillizos o más nacidos	161
Gemelos nacidos	20 154
Total	20818

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de INEC.

Mientras que la probabilidad natural de que nazcan trillizos sin que medien procedimientos de fertilización asistida es de 15 de cada 100 000 embarazos, en Costa Rica, en el 2013 nacieron 48 niños trillizos por cada 100 000 nacidos en ese año (Vargas y Fallas, 2015). Con lo cual se puede constatar que esos 48 niños representarían 22,6 embarazos de 100 000 nacidos para ese año.

La tabla 4 permite visualizar los datos de nacimientos del año 2000 al 2016.

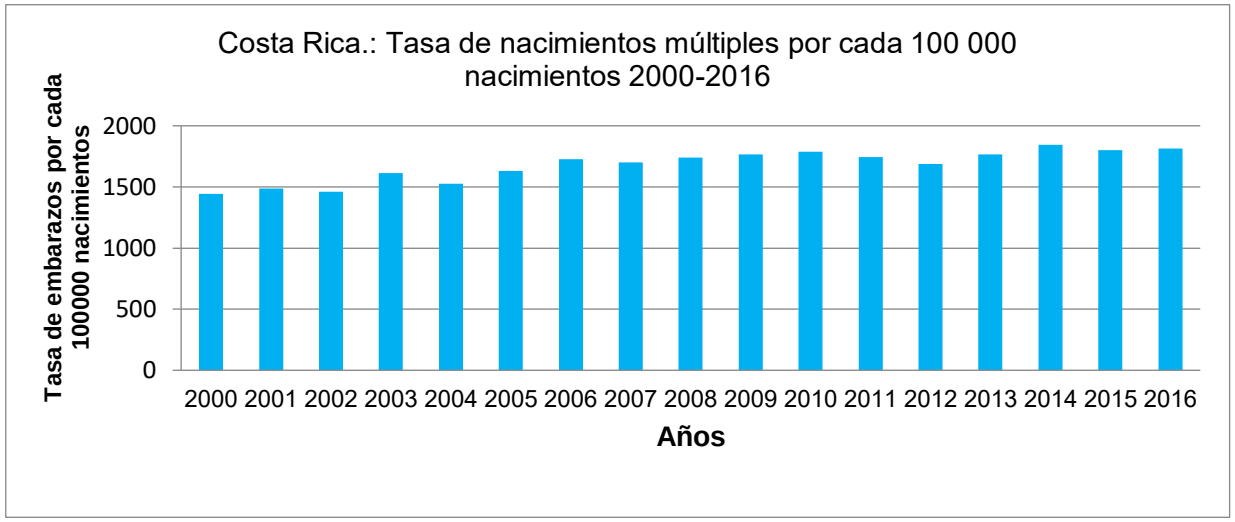
Tabla 4. Nacimientos múltiples y total de nacimientos registrados entre 2000 y 2016 en Costa Rica

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total de nacimientos múltiples	1129	1137	1039	1178	1101	1168	1231	1244	1309	1324	1268	1282	1237	1248	1360	1293	1270
Total de nacimientos	**78178**	**76397**	**71144**	**72938**	**72247**	**71548**	**71291**	**73144**	**75187**	**75000**	**70922**	**73459**	**73326**	**70550**	**71793**	**71819**	**70004**

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC.

Con base en los datos anteriores, se construyó la tasa de embarazos múltiples por cada 100 000 nacimientos en el país, entre el año 2000 y 2016 con el fin de observar la evolución en el tiempo de los casos de embarazos múltiples.

Figura 10. Tasa de nacimientos múltiples



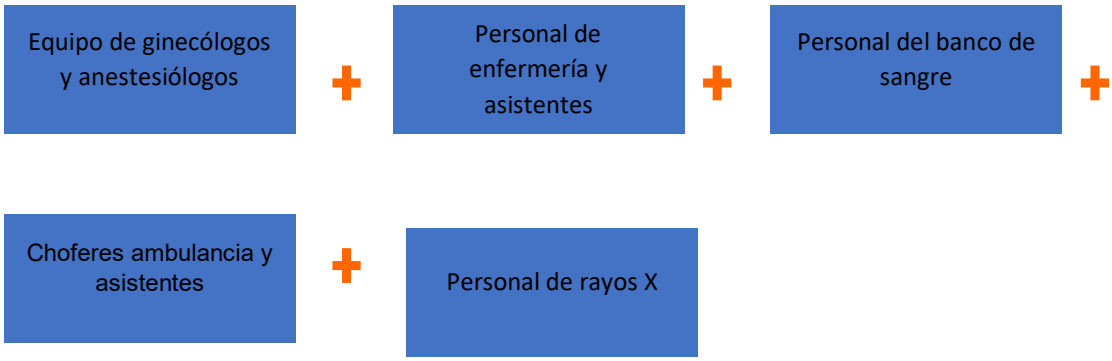
Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC

La tasa más alta se registró en el año 2014 y desde entonces se ha mantenido en alrededor de 1800 nacimientos múltiples por cada 100 000 nacimientos.

En cuanto a los cuatrillizos o más, la posibilidad natural de que ocurra un embarazo de este tipo es de 2 por cada millón de embarazos y en el país la cifra es de 30 partos por millón (Vargas y Fallas, 2015).

En 2015 la prensa reportó que la CCSS atendía varios casos de embarazos múltiples, específicamente se reportaron dos casos de cuatrillizos, uno de quintillizos (Rodríguez, 2015) y el de los sextillizos anteriormente mencionado. La CCSS no tiene las cifras exactas de cuál es el costo de cubrir estos casos, sin embargo, en la atención de los sextillizos la institución mostró la capacidad resolutiva que tienen para hacer frente a este tipo de eventos. A continuación, se presentan datos sobre la logística empleada para el alumbramiento de los sextillizos:

Figura 11. Recursos utilizados para la atención de los sextillizos



Fuente: Elaboración propia con base en (Rodríguez, 2015).

Para la atención del parto había 21 personas encargadas directas de recibir a los sextillizos y la otra parte del equipo se encargaba de apoyar a la madre y atender a los bebés después del alumbramiento (Rodríguez, 2015). Cuando los bebés fueron ubicados en distintos hospitales, la Caja informó que la atención de dos de ellos le había costado a la institución 240 millones de colones – cifra que únicamente incluye su estadía en el Hospital de las Mujeres, no así los gastos de su permanencia en los otros centros médicos, específicamente, el Hospital México y el Hospital de Niños (Ávalos, 2019).

La neonatóloga del Hospital de las Mujeres, Alicia María Boza, indicó en declaraciones a la prensa que este tipo de sucesos mostraban la fortaleza de la CCSS y el hecho de que no discrimina a ningún paciente (Ávalos, 2019). Justamente, la inquietud que plantea nuestra investigación sobre el tema de las transferencias de costos del sector privado al público tiene que ver con que la arquitectura pública del sistema público se diseñó para alcanzar resultados universales, pero la falta de regulación de la opción privada afecta al sistema y

en corto y mediano plazo podría comprometer la capacidad de generar resultados universales.

7.1.3 Tratamiento estatal

A pesar de los costos que implica para la Caja, las autoridades de la institución no manejan cifras exactas sobre cuántos casos son transferidos al año por complicaciones de cirugías estéticas que se realizan en el sector privado, ni tampoco tienen números oficiales sobre cuánto le cuesta a la institución atender los casos de embarazos múltiples que vienen del sector privado.

Respecto a los casos por cirugías estéticas, el Informe de la Defensoría de los Habitantes constató que no le corresponde al Ministerio de Salud regular los procedimientos médicos, sino a los Colegios profesionales que son quienes tienen que definir los perfiles y el campo de acción de sus agremiados (Defensoría de los Habitantes, 2015).

En la Ley Orgánica del Colegio de Médicos, no existe límites legales a la cirugía, por lo que un médico cirujano puede realizar una cirugía estética, a pesar de no contar con esa especialidad (Defensoría de los Habitantes, 2015).

De acuerdo con el informe, algunos médicos realizan cirugías sin tener los conocimientos requeridos debido a la existencia de un vacío legal relacionado con la falta de regulación y el reconocimiento formal de la Medicina estética y cirugía cosmética (Defensoría de los Habitantes, 2015,).

La Defensoría recomendó que se delimitaran los campos de acción, ya que considera que quien no haya tenido una formación quirúrgica no puede ni debe realizar este tipo de procedimientos. Asimismo, señaló que el Colegio de Médicos tiene las competencias para promover una regulación de los perfiles profesionales y los límites de cada especialidad (Defensoría de los Habitantes, 2015).

Por otra parte, Agregó que era necesario que se propusiera de nuevo ante la Asamblea Legislativa la reforma a la ley orgánica del Colegio de Médicos y que se integre una comisión con el fin de dictar una política y regulación respecto a los perfiles profesionales (Defensoría de los Habitantes, 2015).

Finalmente, el informe recomendó a la CCSS: “Crear un protocolo único y estandarizado para el registro de los casos por complicaciones médicas atendidas por tratamientos médicos estéticos, plásticos y reconstructivos realizados en el sector privado con el fin de llevar adecuadas estadísticas que

deberán ser reportadas de forma trimestral al Colegio de Médicos y al Ministerio de Salud" (Defensoría de los Habitantes, 2015, p.29).

En el 2015 mediante un decreto ejecutivo se estableció "La Norma de Habilitación de Establecimientos Que Brindan Servicios de Salud en Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética" en el que se establecen las condiciones y requisitos que deben cumplir los establecimientos que brindan atención en salud en Cirugía Plástica y Reconstructiva (Presidencia de la República y Ministerio de Salud, 2015). A pesar de este esfuerzo, persiste un vacío en la legislación sobre las competencias de cada especialidad por lo que médicos que no tienen los conocimientos necesarios, ponen en riesgo la vida de los pacientes al practicarles estos procedimientos en clínicas privadas. Para el 2013, de acuerdo con La Asociación Costarricense de Cirujanos Plásticos, solo existían en el país 52 médicos cirujanos plásticos debidamente reconocidos.

Los casos que se muestran en las noticias evidencian que el Estado regularmente asume los costos de procedimientos estéticos que se inician en la práctica privada y que, ante complicaciones, son trasladados al sector público. Al no tratarse de experiencias aisladas, se ratifica la necesidad de establecer una regulación. Asimismo, el crecimiento del sector privado de salud del que da cuenta esta investigación puede a su vez verse reflejado en la gran cantidad de centros realizan cirugías estéticas y que como se mencionó anteriormente, no tienen en algunos casos a profesionales con conocimiento específico en este tipo de procedimientos.

Respecto a las transferencias de costos por los casos de partos múltiples, la aparición en los medios de comunicación de varios casos propició que el Colegio de Médicos iniciara una investigación sobre las técnicas de reproducción asistida que se están empleado en el país (Cantero, 2015). En octubre de 2015, se presentaron los resultados de dicha investigación y el Colegio señaló que la CCSS no estaba preparada para atender partos múltiples (Recio,2015). A continuación, se presenta una figura que recoge la posición de la Caja y la posición del Colegio de Médicos sobre el tema en discusión:

Figura 12. Posiciones del Colegio de Médicos y la CCCS respecto a la atención de embarazos múltiples

Alejandro Madrigal Fiscal General del Colegio de Médicos

Critica la capacidad de la CCSS para atender partos múltiples

De acuerdo con las delcaraciones de Madrigal, se está fallando en la comunicación entre la Caja y centros privados, lo que provoca que el sistema colapse. Asimismo, considera que se requiere formación de personal especializado en áreas como neonatología, gineco-obstetricia y perinatología (Rojas, 2015).

María del Rocío Saénz, Presidenta Ejecutiva de la CCSS

Considera que la CCSS ha demostrado que tiene la capacidad

Saénz señaló que la recomendación del Colegio de Médicos se va a valorar, pero que no tiene lógica lo que se alega ya los últimos partos múltiples se han atendido dentro de la institución (Rojas, 2015).

Fuente: Elaboración propia con base en Rojas (2015).

Sobre las recomendaciones que se le realizan a la Caja, si bien el tema de la formación de especialistas en ciertas áreas en la que hay un faltante ha sido motivo de una álgida discusión a nivel nacional, resulta revelador que los resultados de dicha investigación se concentren en esos puntos y en criticar la capacidad de la Caja para hacer frente a estos casos.

En las declaraciones el fiscal general del Colegio de Médicos asegura que, si la Caja no se comunica con el sector privado, no va a estar enterada de los casos de embarazos múltiples que se están presentando a raíz de la aplicación de técnicas de reproducción y, por lo tanto, no tendría la capacidad de hacer frente a estos eventos (Rojas, 2015).

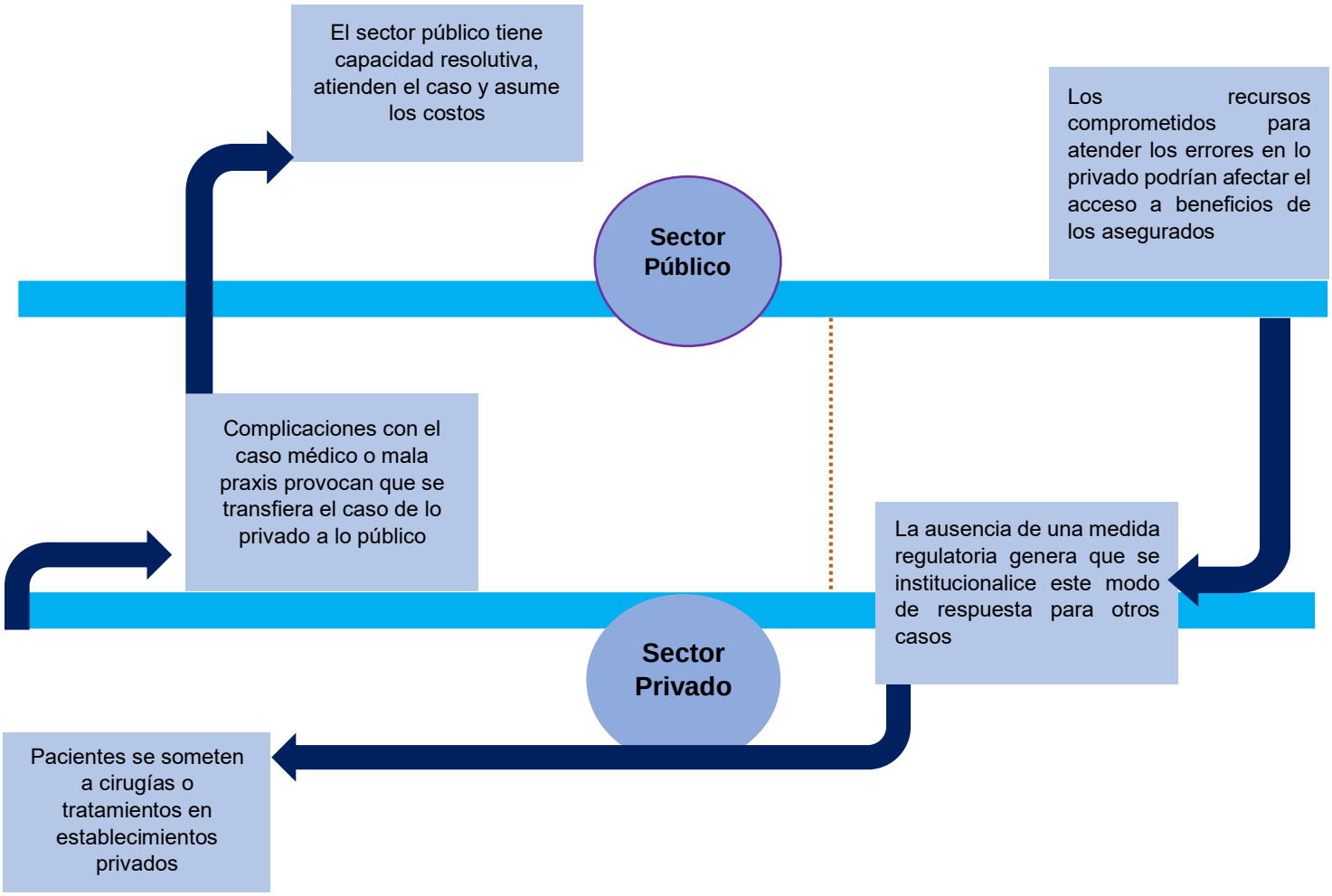
Además, Madrigal señala en las declaraciones que también hay que valorar traer equipos nuevos a la Caja para poder dar una atención adecuada en este tipo de casos. En su recomendación, únicamente se atañe a la responsabilidad que tiene el sistema público de prepararse para responder ante estas situaciones, pero no existe una reflexión sobre la transferencia de costos del sector privado al público.

Finalmente, la investigación señaló que no hay un aumento riesgoso de partes múltiples del 2013 al 2015, sin embargo, el Colegio de Médicos tomó la decisión de dictaminar una guía para la inseminación artificial para regular el proceso (La Nación, 2015).

Con la atención de los embarazos múltiples en 2015 se evidenció que la Caja tiene capacidad resolutiva para hacer frente a estos casos, pero también la necesidad de reflexionar sobre esta interacción entre lo público y lo privado y los vacíos regulatorios existentes. Tomando en consideración que se trata de embarazos que son el resultado de procesos de reproducción asistida que se iniciaron el sector privado, es necesario que se discuta el impacto que tiene la transferencia de costos para la institución y para el acceso a servicios de los asegurados, ya que, si bien la Caja pudo responder, en las dos semanas que se recibieron 10 bebés, producto del embarazo de los sextillizos y otro de cuatrillizos, varios servicios se vieron saturados (Morris, 2015).

Utilizando como fuente las noticias, se construyó una figura que muestra el ciclo de transferencias de costos de lo privado a lo público según los casos reportados.

Figura 13. Ciclo de transferencias de costos del sector privado al público según las noticias recopiladas

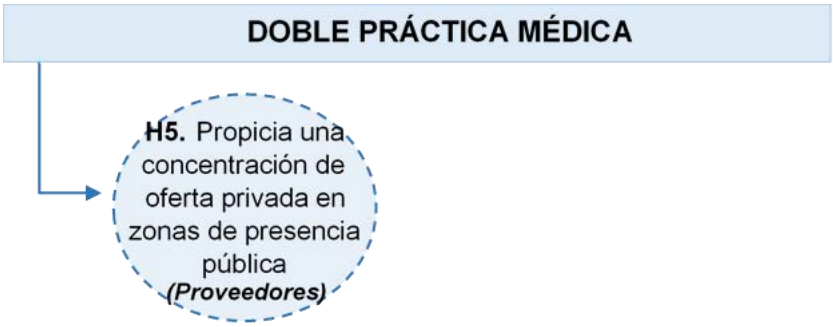


Fuente: elaboración propia con base en las noticias recopiladas en el periodo 2014-2016 en los periódicos La Nación, la Extra, el Semanario Universidad y el Financiero.

La figura anterior muestra que existe una interacción constante entre el sector público y el privado. Esta relación se desarrolla en un terreno poco regulado, por lo que se producen transferencias de costos del sector privado al público.

Como lo retratan las noticias en estudio, en algunas ocasiones el Estado asume los gastos de procedimientos y tratamientos que inician en lo privado y que ante complicaciones se trasladan a lo público. De manera simultánea, en estas interacciones constantes puede operar o no la doble práctica, que está representada en la figura como las líneas intermitentes entre ambos sectores.

7.2 La doble práctica incide en la alta concentración de oferta privada alrededor de los hospitales de la seguridad social



AQUÍ
SE CONSTRUYE
EL #1
HOSPITAL
Clínica Bíblica
Somos
COSTA RICA
DESAFÍO
2020
Ranked #6
Mejores hospitales
América Latina
America

El terreno donde se construye el nuevo Hospital Clínica Bíblica en Heredia se encuentra ubicado a un costado del Hospital público San Vicente de Paúl. La construcción de este edificio forma parte de un agresivo plan de expansión que inició la clínica privada en el 2016 y que incluye el levantamiento de tres nuevas edificaciones (AFP, 2016). Quienes visiten el Hospital de Heredia únicamente tendrán que cruzar la calle si desean realizarse algún examen o procedimiento en la clínica Bíblica, hospital que así se suma a los centros privados que ya ofertan servicios de salud alrededor de instalaciones hospitalarias públicas.

La construcción del Hospital Clínica Bíblica cercano al Hospital San Vicente de Paúl no constituye un hecho aislado. Por el contrario, es una parte de una práctica generalizada que está ya documentada en la literatura sobre la doble práctica. Concretamente, esta literatura muestra que la doble práctica incide en la alta concentración de oferta privada alrededor de los hospitales públicos, en este caso, de la seguridad social. Ello se explica en que los centros privados se concentran allí donde existe una mayor demanda, cautiva si se quiere, de servicios; no en donde no hay servicios (Flood, 2012; García y González 2011).

7.2.1 Abordaje empírico

Para la construcción de datos relativos a esta hipótesis interesó el identificar los centros médicos privados que se concentran en los alrededores de dos hospitales nacionales. Se trata del hospital público San Vicente de Paúl, en Heredia y del Hospital San Rafael de Alajuela. Se seleccionaron estos hospitales por dos razones. Primero, son los más recientemente construidos dentro del Gran Área Metropolitana: 2004 (Alajuela) y 2010 (Heredia). Lo anterior permitió encontrar imágenes de los terrenos antes y después de que se construyeran los edificios para mostrar comparativamente la presencia de los centros privados en las proximidades. La segunda razón es que estos dos hospitales son los que aparecen menos o del todo no aparecen mencionados asociados a doble práctica médica en el análisis de prensa realizado respecto a las hipótesis previas. Vale decir que se espera que el sesgo de seleccionar estos dos hospitales sea a subestimar antes que a sobreestimar la doble práctica. Logramos así obtener resultados conservadores respecto a la situación en otros hospitales nacionales.

La concentración es función de dos factores: a) la cantidad de centros o consultorios privados; y b) la densidad de médicos por centro o consultorio. La finalidad de dimensionar la concentración de la oferta privada en zonas de presencia pública se recurrió a tres fuentes: la búsqueda en Internet de clínicas privadas ubicadas en Heredia y en Alajuela; la observación mediante visitas *in situ* a los centros médicos privados aledaños a estos hospitales; y la georreferenciación en *Google Earth* de los centros que se identificaron, así como la captura de fotografías satelitales a través de esta herramienta. En algunos casos las páginas web de las clínicas se encontraban

desactualizadas o no se encontraron los datos, por lo que la oferta privada en estas zonas podría ser mayor a la identificada.

Durante la visita de las clínicas privadas se tomaron fotografías con el fin de contextualizar lo observado y contar con un insumo que permitiera triangular la lista de centros médicos que se encontraron por internet. Esta estrategia permitió identificar las clínicas que no aparecían en las búsquedas en línea y completar la base de datos relativa al universo de centros médicos en las respectivas zonas aledañas a cada hospital.

Para el caso de Alajuela se utilizó además el listado oficial de los profesionales médicos que se desempeñan en este hospital. Ello permitió contar con el universo efectivo de profesionales médicos del hospital y rastrear luego su presencia en clínicas privadas, aunado a una lista disponible en web de parte del *Panamerican Life*, *Insurance* Costa Rica, S.A, en el que se especifican los nombres de los proveedores privados, las clínicas en las que trabajan y su ubicación. Lo anterior permitió hacer un acercamiento sobre la doble práctica de estos profesionales médicos, caracterizando cuáles son las clínicas privadas donde se ubican mayoritariamente estos médicos y en cuáles especialidades.

7.2.2 Hallazgos

7.2.2.1 Densidad de lo privado alrededor de lo público

7.2.2.1.1 Hospital de Heredia

En mayo del 2010, se inauguró el nuevo Hospital San Vicente de Paúl (CCSS, s.f). El antiguo hospital se encontraba a 500 metros del actual. Debido a que se trata de un hospital inaugurado hace poco menos de 10 años, mediante imágenes satelitales a través de *Google Earth* en diferentes momentos, es posible observar los terrenos aledaños al hospital nuevo. Las imágenes permiten constatar que muchos edificios alrededor del hospital fueron creados después de la inauguración del mismo y justamente se tratan de terrenos que han sido ocupados por clínicas y centros médicos privados después del 2010.

En las siguientes imágenes satelitales, los íconos celestes representan las clínicas privadas georreferenciadas al 2017, y la cruz blanca con anaranjado el hospital nuevo San Vicente de Paúl. Las capturas satelitales más antigua y reciente obtenidas son del 2009 y 2017, respectivamente. Se toma como año base la imagen del 2010 la cual es igual a la captura del 2009 (véase en Mapa 1).

Mapa 1. Captura satelital alrededor del Hospital San Vicente de Paúl, años 2010, 2013 y 2017

2010

2013

2017

Fuente: elaboración propia

Tal y como se muestra en las fotografías satelitales, aquellos terrenos donde para el 2010 no tenían edificaciones; luego de la inauguración del hospital nuevo San Vicente de Paúl, fueron empleados para la construcción de centros médicos y clínicas privadas que se encuentran a menos de 200 metros del hospital público.

Para documentar el nivel de concentración de centros médicos privados alrededor del hospital público, se utilizaron tres radios diferentes: 200, 400 y 600 metros con respecto al Hospital San Vicente de Paúl. A medida que la distancia es menor es posible identificar mayor cantidad de centros médicos y de profesionales médicos privados. Algunas de las especialidades que se atienden en estos centros son: Audiología, Cardiología, Ginecología, Odontología, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Reumatología, entre otros.

A continuación, se desglosan los hallazgos respecto a los radios geográficos mencionados. En un radio de 600 metros el georreferenciamiento permitió identificar 70 centros médicos privados y 90 profesionales (véase Mapa 2).

Mapa 2. Concentración de centros privados y número de médicos localizados alrededor del Hospital San Vicente de Paúl, a un radio de 200m, año 2017

Fuente: elaboración propia

En un radio de 200 metros se identificaron 8 centros y clínicas privadas, en los cuales trabajan más de 53 profesionales médicos. El centro médico con mayor cantidad de médicos reportaba 35 médicos/as (véase Mapa 2).

A 400 metros con respecto al Hospital San Vicente de Paúl se ubicaron 9 clínicas más y centros privados de salud (véase Mapa 3), en los cuales dos se trata de consultorios privados individuales de profesionales médicos. De las 4 clínicas para las cuales fue posible identificar el número de profesionales, se identificaron 17 médico/as.

Mapa 3. Concentración de centros privados y número de médicos localizados alrededor del Hospital San Vicente de Paúl, a un radio de 400m, año 2017

Fuente: elaboración propia

A 600 metros con respecto al Hospital San Vicente de Paúl:

Mapa 4. Concentración de centros privados y número de médicos localizados alrededor del Hospital San Vicente de Paúl, a un radio de 600m, año 2017

Fuente: elaboración propia

Se ubicó un centro privado más allá de los registrados para los radios anteriores. Además de que se encuentra una concentración importante de clínicas marcadas dentro del círculo, las cuales se ubican frente al antiguo hospital de Heredia.

7.2.2.1.2 Hospital de Alajuela

En Alajuela se siguió una estrategia diferente. A partir de la comparación entre el documento oficial del Hospital de Alajuela respecto a la lista de sus profesionales médicos y lo encontrado en la *web*, se determinó que 61 médicos de 218 profesionales en este centro público laboran también en el sector privado. Es decir, un 27,9% de los mismos están en doble práctica.

Cuando se realiza una comparación sobre la condición de estos profesionales (según tengan propiedad o sean interinos), respecto a si están o no en doble práctica, se obtiene que pareciera que esta no es una variable interviniente entre quienes están en práctica dual y quienes no, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5
Frecuencia de personal médico con doble práctica según condición de profesional

Condición	Con doble práctica	Sin doble práctica
Interino	46	113
Propiedad	15	44
Total	**61**	**157**

Fuente: elaboración propia a partir de Lista de profesionales en Ciencias Médicas, Hospital de Alajuela.

En su mayoría, estos profesionales médicos en doble práctica se encuentran en los grupos ocupacionales de: Ortopedia, Medicina general, Cirugía, Urología, Oftalmología y Cardiología. Estas especialidades concentran el 56% del total de profesionales en práctica dual. Mientras que un 59% de profesionales sin doble práctica se dedican en su mayoría a las especialidades de: Medicina General, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Radiología.

Tabla 6
Frecuencia de personal médico con doble práctica según grupos ocupacionales más recurrentes

Grupo ocupacional	Con doble práctica	Sin doble práctica
Ortopedia	**7**	3
Medicina General	5	**49**
Cirugía	5	7
Urología	5	0
Oftalmología	4	3
Cardiología	4	2
Ginecoobstetricia	2	9
Medicina Interna	1	9
Pediatría	1	6
Radiología	0	6
Total	**34**	**94**

Fuente: elaboración propia a partir de Lista de profesionales en Ciencias Médicas, Hospital de Alajuela.

En los datos señalados, destaca el caso del grupo ocupacional Medicina General para el grupo de médicos/as sin doble práctica, el cual representa un 31% de profesionales respecto al total de este grupo. Mientras que para quienes están en práctica dual este grupo ocupacional corresponde a tan solo el 8% del total de profesionales en doble práctica. Para las especialidades de Oftalmología, Cardiología y Ortopedia hay una mayor cantidad de médicos en doble práctica que quienes solo trabajan en el sector público.

A continuación, se detalla sobre la concentración de clínicas privadas alrededor del Hospital San Rafael de Alajuela en radios de 600, 400 y 200 metros. En un radio de 600 metros alrededor del Hospital San Rafael de Alajuela se identificaron 16 centros médicos privados dedicados a diversas especialidades tales como Audiología, Cirugía, Dermatología, Nutrición, Odontología y Ortopedia, Otorrinolaringología. En estas clínicas trabajan 38 médicos. En una radio de 200 metros con respecto al Hospital San Rafael de Alajuela, se ubicaron 6 centros y clínicas privadas, en los cuales laboran 23 médicos (véase Mapa 5).

Mapa 5. Concentración de centros privados y número de médicos localizados alrededor del Hospital San Rafael de Alajuela, a un radio de 200m, año 2017

Fuente: elaboración propia

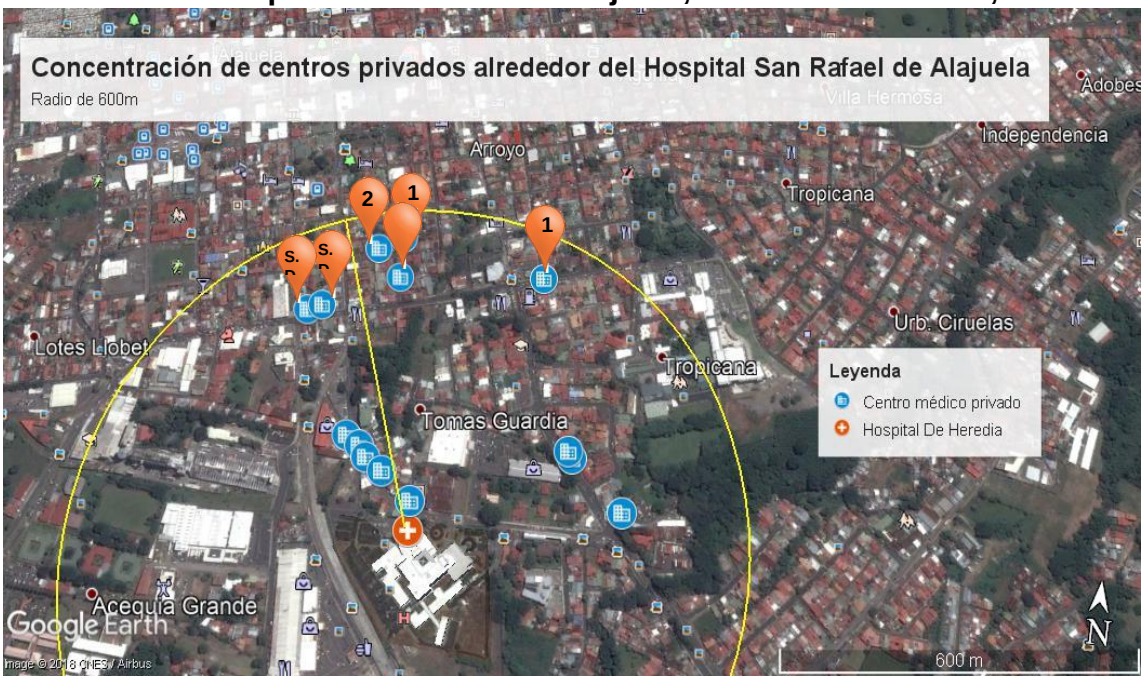
A 400 metros con respecto al Hospital San Rafael de Alajuela se nueve clínicas y centros privados de salud (véase Mapa 6). De las cuales fue posible identificar el número de profesionales, se identificaron 14 médico/as. El centro con mayor cantidad de profesionales médicos dentro de este rango es el Centro Médico Tropicana.

Mapa 6. Concentración de centros privados y número de médicos localizados alrededor del Hospital San Rafael de Alajuela, a un radio de 400m, año 2017

Fuente: elaboración propia

A un radio de 600 metros con respecto al Hospital San Rafael de Alajuela:

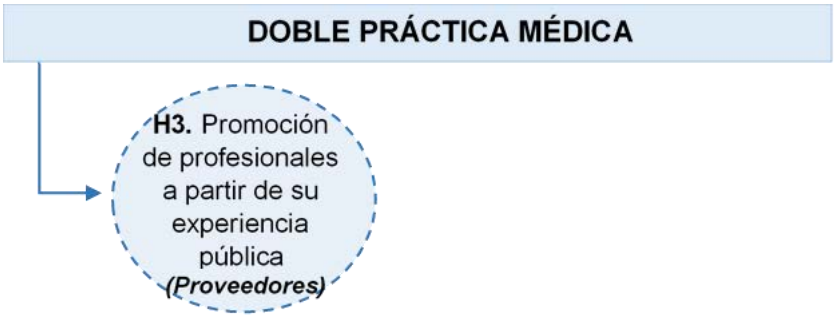
Mapa 7. Concentración de centros privados y número de médicos localizados alrededor del Hospital San Rafael de Alajuela, a un radio de 600m, año 2017



Fuente: elaboración propia

Se encontraron 6 centros y clínicas privadas, los cuales suman 34 profesionales médicos. El centro médico con mayor cantidad de médicos se ubica en este rango y corresponde a la Clínica Jericó.

7.3 Los profesionales privados se promocionan a partir de su experiencia en el sector público.



Los profesionales médicos son parte del componente de proveedores de servicios de salud, públicos o privados, definidos previamente al caracterizar los componentes de la arquitectura de las políticas sociales. Vale decir que los proveedores pueden ser entidades (públicas o privadas) así como los y las profesionales que se desempeñan en dichas entidades. En este caso, interesa conocer la forma en que la doble práctica moldea la manera en que dichos profesionales ofrecen sus servicios desde el sector privado.

Para ello, la literatura demuestra que la doble práctica tiene una incidencia importante sobre la promoción que realizan los médicos en sus prestaciones de servicios. Concretamente estos últimos se valen de su experiencia obtenida previamente en el sector público o incluso de su actual labor en el sector público, para darle valor a su ejercicio privado.

Al respecto la literatura comparada ofrece importantes elementos que sintetizamos a continuación:

a) El hecho de que los profesionales médicos, que laboran en el sector privado, se promocionen a partir de sus prácticas públicas es parte de las estrategias de maximización de sus ganancias (Brekke y Sorgard, 2006; Clark, 2002).
b) El mantenerse en doble práctica y el además promocionarse desde su experiencia pública, indica una complementariedad entre ambos tipos de trabajos. Señaliza además la importancia de obtener habilidades y experiencias laborales desde ambos sectores (Brekke y Sorgard, 2006).
c) Trabajar en ambos sectores les provee a los/as profesionales beneficios no necesariamente monetarios como son: mayor y mejor formación profesional; una red de contactos; la cooperación con otros hospitales y prestigio; una amplia red de referencia para promocionarse como profesionales de alta calidad (Chue, 2007).

Conviene, además, señalar que la edad se menciona como dependiente y proporcional a la tendencia de trabajar en modalidad dual (García y Gonzáles, 2011).

En Costa Rica, las condiciones salariales para un profesional médico en el sector público no son un factor que incide en su práctica dual, como sí ocurre en países de baja y media renta. En el país sus condiciones salariales, denotan un panorama distinto. Por ejemplo, de acuerdo con datos del 2016 un médico general recibía como base ₡ 867 407 colones y un especialista ₡ 973 178 colones; mientras que una persona de cualquier profesión con un grado de licenciatura para el mismo año contaba con una base de ₡ 622 300 colones (MTSS, 2016). Aunado a lo anterior los médicos y médicas además cuentan con aumentos anuales de hasta un 5.5% e incentivos por dedicación exclusiva de hasta un 11% sobre el salario base (Garza, 2016; Sequeira, 2016).

La evidencia encontrada para el caso de Costa Rica abona a los hallazgos previamente documentados en la literatura. En efecto, como se mostrará a continuación, la doble práctica ha sido un factor relevante en la promoción que realizan los médicos para sí mismos a partir de sus labores realizadas en ambos sectores, a continuación, se caracteriza la promoción que realizan los profesionales en salud a partir de hallazgos respecto a tres aspectos relacionados, aunque distintos entre sí:

1. La importancia relativa que la práctica pública tiene para la práctica privada, a partir de la proporción de médicos/as que laboran en el sector privado y se promocionan a partir de las labores realizadas en el sector público.
2. El tipo de promoción que se hace de la práctica pública en el marco de la práctica privada, a partir de la manera concreta en que médicos/as que laboran o han laborado en ambos sectores hacen referencia a su práctica en el sector público.
3. Variaciones generacionales, a partir de la edad promedio de quienes hacen referencia a su práctica pública para promocionarse en el sector privado.

7.3.1 Abordaje empírico

Con la finalidad de identificar la manera en que los profesionales médicos promocionan su práctica pública desde el sector privado, se analizaron 243 currículums médicos en línea identificados en las páginas web de algunos centros privados de salud seleccionados. Vale decir que aquí existe un sesgo de subvaloración de la realidad en tanto que, de esos 243, 122 profesionales médicos no adjuntan su currículum completo y por lo tanto no especifican las labores que realizan y han realizado en el sector público. Tampoco especifica las que realizan en el sector privado. Solo hacen mención a estar asociados al Colegio de Médicos y a tener la licencia al día.

A partir de dichos currículums, se determinó la proporción de profesionales médicos/as que realizan esta promoción, cómo lo hacen y las variaciones

generacionales. Sin embargo, cabe destacar que la información proporcionada es responsabilidad de cada profesional, por lo cual no todos tendrán su información actualizada.

Los centros privados en Costa Rica tienen muy distinto tamaño e importancia. Por ello, se seleccionaron cuatro de los cinco hospitales más relevantes del país reportados por Saavedra (2017), quien ha realizado el único estudio disponible a la fecha acerca del sector privado de servicios con respecto a la inversión del PIB percibida por los mismos en Centroamérica. Estos proveedores de servicios de tercer nivel en el país son: Hospital Cima, Hospital Clínica Bíblica, Hospital Clínico San Rafael de Arcángel, Hospital la Católica, Hospital Metropolitano. El caso que se excluyó del análisis fue el Hospital Clínico San Rafael de Arcángel en tanto sus currículums médicos no son de conocimiento público en línea. Las especialidades se seleccionaron en función de que las que son mayoritariamente abordadas en prensa en el período 2014-2016 y, por lo tanto, materia de análisis de las restantes hipótesis. Fueron concretamente cuatro: Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Cardiología y Otorrinolaringología.

Para la identificación y análisis de los currículums médicos se incluyó el universo de profesionales de estos proveedores y especialidades (Véase Tabla 7).

Tabla 7. Universo de profesionales según hospital y especialidad

	Hospital Cima	Hospital Clínica Bíblica	Hospital La Católica	Hospital Metropolitano	**Total por especialidad**
1.Ginecología y Obstetricia	35	17	22	15	89
2.Ortopedia y traumatología	25	20	32	8	85
3.Cardiología	10	11	5	3	29
4.Otorrinolaringología	18	9	9	4	40
Total por hospital	88	57	68	30	

Fuente. Elaboración propia

7.3.2 Hallazgos

A continuación, se presentará la manera en que los/as profesionales médicos promocionan su experiencia en lo público, al mismo tiempo que se mantienen en doble práctica. Esto a partir de las dimensiones previamente identificadas.

7.3.2.1 Importancia de la práctica pública en la promoción privada de médicos y médicas.

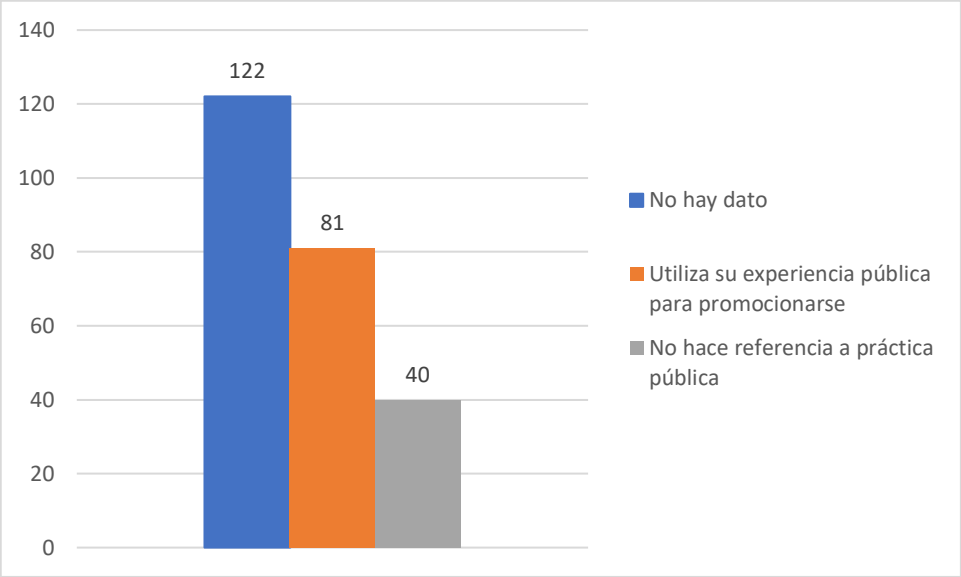
La evidencia empírica utilizada en este apartado reporta que, un 33% de los médicos y las médicas que ejercen en las cuatro especialidades seleccionadas, poseen información que permite determinar que hacen promoción de su práctica y/o experiencia en el sector público. Lo anterior frente a un 17% que no hace referencia de su práctica pública en el currículum. En estos datos, es importante considerar que, de los 243 currículums registrados, hay un 50% que no especifica su práctica pública ni privada, ya que solamente se hace mención a estar asociados al Colegio de Médicos y tener su licencia al día.

Gráfico 1. Médicos que se promocionan a partir de su experiencia en el sector público

Fuente. Elaboración propia

Es decir, de un total de 243 currículum solamente 121 de estos poseen información completa. De estos, 81 médicos de los rastreados hacen uso de su experiencia pública para promocionarse en el sector privado, y 40 no hacen referencia a su práctica pública. Mientras que 122 médicos no poseen sus curriculums al día (véase gráfico 2).

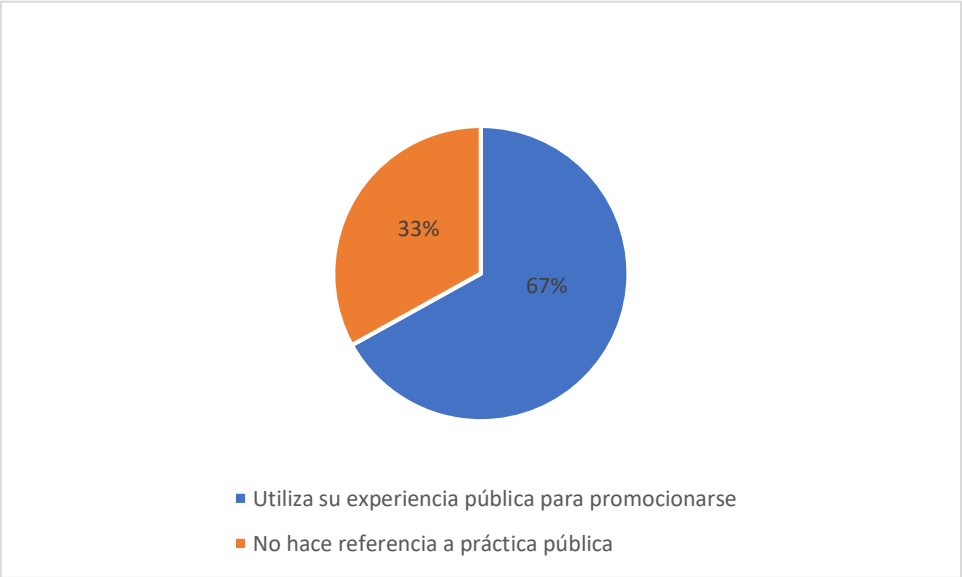
Gráfico 2. Condición de promoción en los currículums



Fuente: elaboración propia

A partir de lo anterior se desprende que, un 67% del total de médicos con información disponible sí hacen referencia a su experiencia profesional desde el sector público. Es decir, más de la mitad de ellos se promociona en el sector privado a partir de su práctica pública (véase Gráfico 3).

Gráfico 3. Médicos con información disponible que se promocionan o no a partir de su experiencia en el sector público

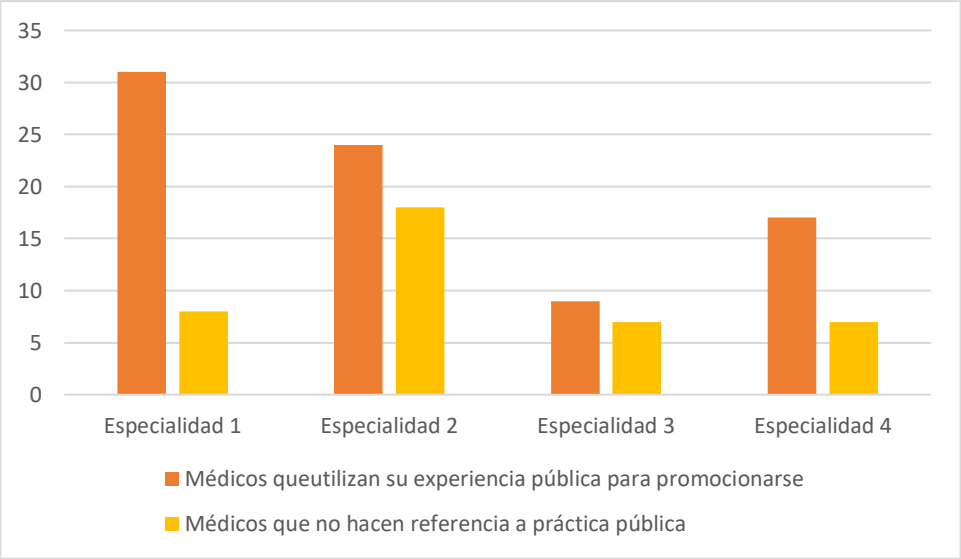


Fuente. Elaboración propia

Este dato demuestra que la interrelación entre los sectores público y privado parte desde las y los profesionales médicos, quienes transcurren sus prácticas profesionales en ambos sectores aprovechando la labor realizada desde lo público para promocionarse así en lo privado. La evidencia demuestra que hay un alto porcentaje de médicos que incurre en este tipo de promoción (de su experiencia pública para sus prácticas privadas), aunque podría ser mayor si se considera que solamente se obtuvo el acceso a 121 de los 243 currículum. Ello además puede constituirse como un punto de partida para que los profesionales médicos puedan referir pacientes de un sector a otro, como se discute luego (véase en la hipótesis dos). Con lo cual, desde los pacientes se visualiza también el dinamismo en la interrelación entre lo público y lo privado.

La proporción de médicos que se promocionan a partir de su experiencia en lo público es muy variada y con grandes rangos de diferencia entre cada una de las especialidades (véase gráfico 4):

Gráfico 4. Proporción de médicos que se promocionan a partir de su experiencia en lo público, por especialidad



Fuente: elaboración propia

De manera tal que la especialidad con mayor proporción de médicos que se promocionan a partir de lo público es aproximadamente de 30 personas del total de aquellos que laboran en dicha especialidad. Mientras que en la que menos se incurre en esta promoción son solamente la mitad de quienes más lo hacen en la especialidad

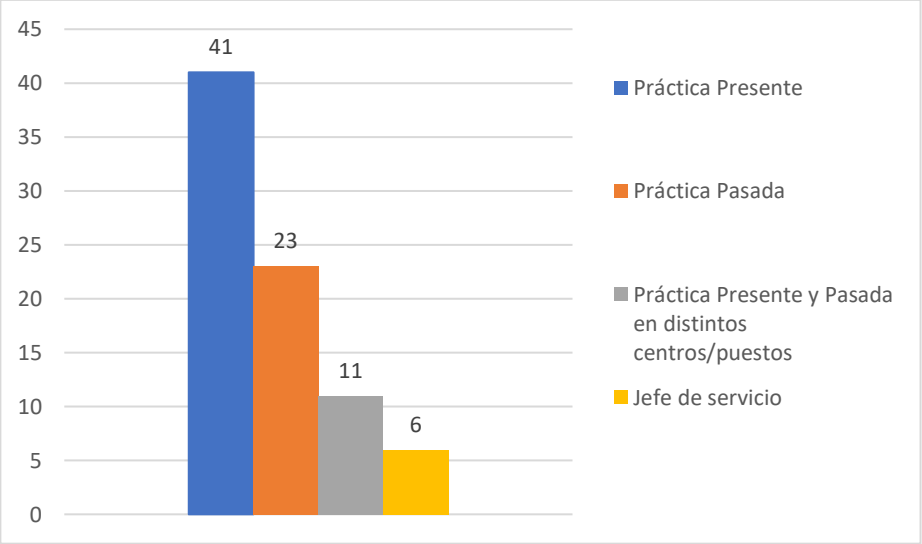
con más alta tasa de promoción de sus experiencias a partir de la labor realizada en lo público.

7.3.2.2 Manera en que se hace referencia en el sector público

La doble práctica genera una complementariedad en los trabajos de los profesionales médicos desde ambos sectores. En lo público, la experiencia a partir de la demanda y la complejidad de los casos y procesos realizados son de mayor magnitud que en el ámbito de lo privado. Por lo tanto, el hecho de que un profesional médico tenga registros de sus antiguas o actuales prácticas públicas, denota una mayor experiencia.

Con lo anterior, resulta de especial relevancia el identificar cómo se registra esa promoción o referencia que se hace del sector público (véase gráfico 5)

Gráfico 5. Manera en que se utiliza la experiencia pública para promocionarse



Fuente: elaboración propia

La mayoría de los médicos que hacen referencia a su práctica pública para promocionarse en el sector privado establecen en sus currículums que actualmente laboran para el sector público. Es decir 41 profesionales médicos de 81 reportados se encuentran en condiciones de doble práctica. Además 23 profesionales hacen referencia a haber laborado en lo público en el pasado, y 11 de los 81 médicos registrados incluyen en sus currículums una práctica pública en el pasado y el presente de manera simultánea desde diferentes puestos y centros de salud.

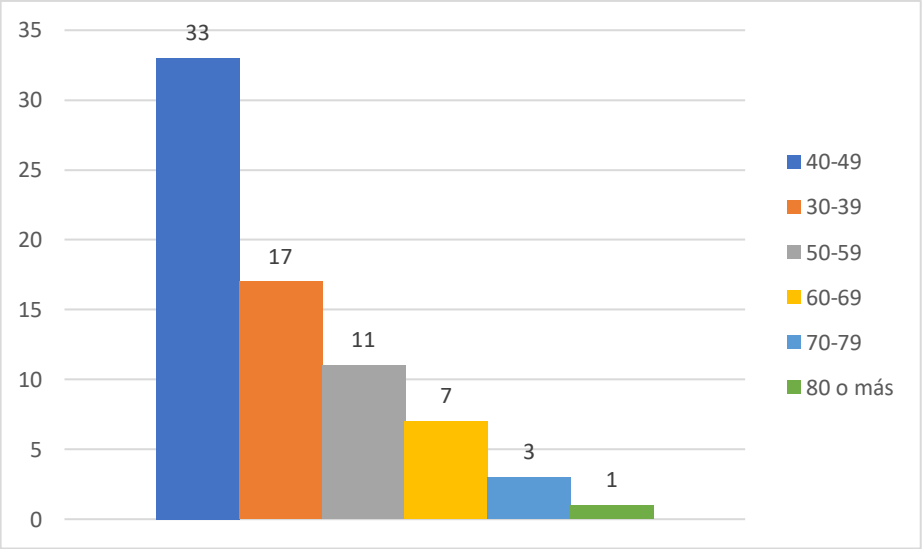
Llama la atención que, 6 de estos profesionales que utilizan su práctica pública para promocionarse fueron y/o son médicos con una posición de “jefe de servicio”, de su especialidad dentro del sector público. Lo anterior permite establecer que la doble práctica y la promoción que realizan los profesionales médicos de su práctica pública

no es exclusiva de mandos medios, sino que inclusive desde las más altas jerarquías se hacen este tipo de promociones.

7.3.2.3 Variación generacional entre quienes se promocionan a partir de su experiencia en el sector público

Un factor interviniente en la práctica dual de los profesionales médicos es el grupo de edad en el que se encuentran. De manera que, los médicos que tienen mayor edad poseen más especialización, por lo que se esperaría que su reputación en lo privado es mayor y que ello les permite además cobrar honorarios más elevados. El gráfico 5 demuestra los rangos etarios del total de profesionales que se promocionan a partir de su experiencia pública. Este dato se constató a partir una consulta vía web en el Registro Civil.

Gráfico 6. Rango de edad de quienes se promocionan a partir de su experiencia pública

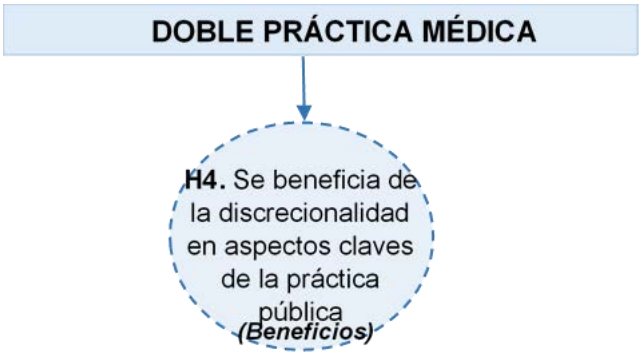


Fuente: elaboración propia

La mayoría de los profesionales médicos que se promocionan a partir de su experiencia pública se ubican entre un rango de edad que va desde los 40 hasta los 49 años, es decir son personas con amplia experiencia, y que superan en casi el doble de la promoción de quienes tienen entre los 30 y 39 años. Este último grupo probablemente tenga incentivos no monetarios para promocionarse, como lo es el crear una reputación dentro de lo público que posteriormente le permita crecer en este sector; a la vez que se logra posicionar dentro del sector privado relacionándose con otros profesionales y tener reconocimiento entre los pares.

Seguidamente se encuentran los profesionales entre los 50 y 59 años. Esto seguido por otros médicos quienes califican como adultos mayores pero que siguen laborando e incluso haciendo uso de su experiencia pasada en lo público para ejercer su profesión dentro del sector privado.

7.4 La doble práctica se beneficia de la discrecionalidad en aspectos claves de la práctica pública



La literatura que aborda los efectos de la doble práctica sobre los sistemas de salud pública pone énfasis en la injerencia que pueden tener los profesionales médicos sobre la oferta y el acceso de los servicios públicos. Lo anterior se expresa en la medida en que estos hacen un uso discrecional del tiempo en que laboran para el sector público, y además realizan un acceso selectivo en la atención de pacientes. Ambas situaciones pueden alterar en orden y cantidad las listas de espera.

De esta manera, la incidencia que pueda tener la doble práctica sobre las listas de espera se puede visualizar desde diferentes ámbitos:

1. La intervención médica sobre las listas de espera a su conveniencia trasladando a pacientes del sector privado al público y viceversa (CCPA, 2008). Ello debido a que el personal médico tiene un control sustancial sobre la demanda de pacientes (Gruen et. al, 2002; Kuhn y Nuscheler, 2013; Ferrinho et. al, 2004. Socha, 2010).
2. La existencia de un incentivo perverso para los doctores, quienes optan por minimizar la calidad del servicio en lo público y a su vez maximizar los tiempos de espera para poder expandir la demanda de los servicios privados (Flood, 2012).
3. La reducción de la cantidad de horas laborales médicas en el sector público en la medida en que las esferas pública y privada compiten por un suministro inelástico a corto plazo de recursos humanos (Flood, 2012).

Estas situaciones comprometen el acceso de aquellas personas que no puedan costear sus tratamientos en el sector privado con la finalidad de obtener un tratamiento más rápido y evitar así las listas de espera (García y González, 2011). A su vez, provoca que los médicos inviertan menos tiempo en el sector público, lo cual genera una disminución de la oferta de los servicios públicos.

A partir de lo que demuestra la literatura es posible establecer que la doble práctica se beneficia de la discrecionalidad en aspectos claves de la práctica pública. Esta discrecionalidad se puede presentar desde dos ámbitos diferentes:

1. Uso del tiempo (tiempo público para fines privados: casos de incapacidades, reducciones de jornadas laborales, ausencias recurrentes, incumplimiento de horario).
2. Manejo, injerencia en las listas de espera.

Dichas dimensiones presentan efectos sobre la cobertura, suficiencia y equidad. Para cada uno de estos efectos y dimensiones se han definido los siguientes indicadores:

Figura 14. Efectos de la doble práctica sobre la cobertura, suficiencia y equidad; desde sus dimensiones e indicadores

Fuente: elaboración propia

Hay una reducción en la oferta de servicios en la medida en que la doble práctica propicia en los profesionales médicos el incumplimiento de su horario de trabajo, ausencias, incapacidades, licencias y reducción de la jornada laboral por atender a sus prácticas privadas en horarios pagados desde lo público. Asimismo, la doble práctica incita a que los profesionales médicos tengan un acceso selectivo de listas de espera, con la finalidad de favorecer a sus pacientes privados, esto se evidencia cuando hay pacientes que son atendidos sin referencia previa, reubicaciones y manejo directo en las listas de espera, o atenciones a pacientes en hospitales públicos distintos a los geográficamente inscritos.

7.4.1. Abordaje empírico

Para el desarrollo de esta hipótesis, de los 76 artículos revisados en el período 2014-2016 en los medios de prensa seleccionados, se identificaron y analizaron 23 noticias en donde se hace mención a los indicadores definidos en la Figura 10, con un especial énfasis a aquellas noticias que se refieren a las listas de espera. Como ejemplo medular para esta hipótesis, se utiliza el caso mostrado en prensa de la especialidad de Otorrinolaringología del HCG en el 2014, el cual ilustra todos los efectos adversos de la doble práctica sobre la cobertura, la suficiencia y la equidad planteadas en la literatura y según las dimensiones definidas para esta hipótesis. Este caso se presenta como un *worst case scenario,* que por lo tanto conlleva una posible sobrevaloración de la realidad, pero se pretende extrapolar las consecuencias de la doble práctica médica hacia las demás especialidades y hospitales públicos, para lo cual se toman como referencia datos globales del sistema público de salud y documentos oficiales de la Caja Costarricense del Seguro Social. En algunos casos, la prensa no reporta los indicadores de manera cuantitativa, no obstante, registra su evidencia a partir de las menciones que se hace de los mismos.

7.4.2 Hallazgos

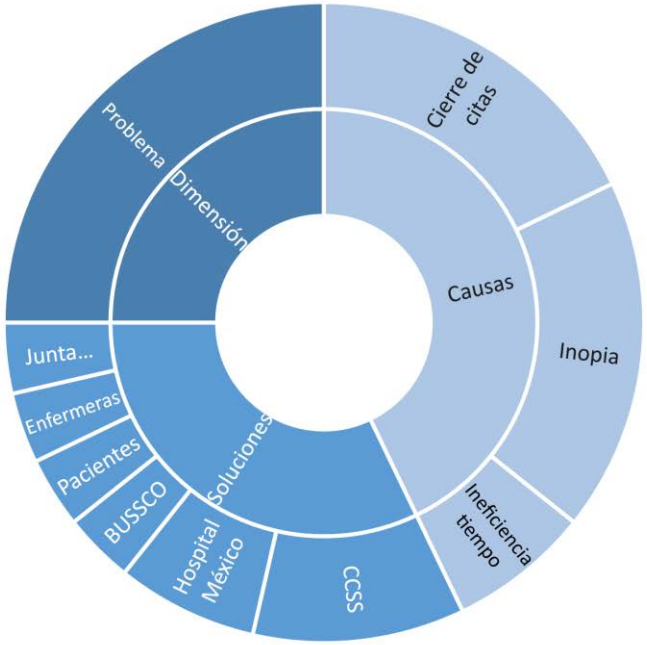
A continuación, se presentan datos relevados en prensa respecto a la problemática de las listas de espera en los hospitales públicos costarricenses. Seguidamente se hace referencia al caso de la especialidad de Otorrinolaringología del HCG en el 2014. Y, por último, se registran los hallazgos para cada una de las dimensiones definidas para esta hipótesis, a partir de lo que reporta la prensa.

7.4.1 Listas de espera

Entre 2015 y 2016, la Sala Constitucional recibió 2.881 recursos de amparo de pacientes de la Caja Costarricense del Seguro Social reclamando prontitud en la atención en los servicios de salud (Recio, 2016). Para 2014 la CCSS cuantificó 92.000 personas aseguradas esperando cirugías con plazos superiores a los tres meses (Ávalos, 2014) y dicha cifra ascendió a las 123.000 personas en 2016 (Ávalos, 2016). En el 2016, el Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense denunció que las cifras reales de las listas de espera están siendo ocultadas, y que por tanto el número de personas esperando cirugías podrían ser mucho mayores.

La preocupación por las listas de espera se refleja además en la cantidad de noticias que se refieren a esta problemática. Así, de las 23 noticias relevantes identificadas para esta hipótesis en el periodo 2014-2016, 16 incluyen el tema de listas de espera desde distintos enfoques: la proposición de soluciones desde la percepción de diferentes actores, los factores que las incitan y el dimensionar cuantitativamente esta problemática en diferentes especialidades y hospitales:

Figura 15. Enfoque temático sobre las listas de espera



Fuente: elaboración propia

La evidencia empírica reportada en la prensa permite identificar tres factores asociados a las listas de espera: 1) falta de especialistas médicos, 2) uso ineficiente del tiempo médico y 3) cierre constante de agendas para citas, al mismo tiempo en que se transfieren pacientes de lo privado a lo público. Con cierre de agendas para citas nos referimos a lo que se plantea como “blanqueo de listas de espera”, es decir casos en los cuales se le solicita al paciente que saque su cita en otro momento sin que haya ninguna constancia de la gestión.

Con respecto a la falta de especialistas, hay en general un debate entre quienes plantean si son suficientes o no los profesionales médicos para atender quienes esperan algún tipo de tratamiento. Por un lado, la gerencia de la CSSS y el Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense afirma que sí hay una escasez de especialistas (Núñez, 2016). Mientras que, en el 2015 en el foro del Colegio de Médicos y Cirujanos, el director del programa de posgrado de especialidades médicas de la Universidad de Costa Rica afirmó que se están formando suficientes especialistas y que el problema está en la distribución de estos en tanto que es probable que muchos de los profesionales médicos migren al sector privado por los pocos incentivos que se obtienen desde la Caja Costarricense del Seguro Social (Araya, 2015).

Parte del uso ineficiente del tiempo médico, se debe a casos de incumplimiento de horario y otorgamientos de permisos y licencias que reducen la oferta de los servicios de salud, por lo que no se avanza en la atención oportuna de pacientes en listas de espera. Asimismo, las listas son alteradas en la medida en que los profesionales médicos tienen una injerencia directa sobre una priorización selectiva de pacientes

que desean atender. A continuación, se ejemplifican estos escenarios a partir del caso de Otorrinolaringología del HCG en el 2014.

7.4.2 Caso Otorrinolaringología HCG, 2014

Un caso, reportado por la prensa, que ejemplifica las afectaciones de la presente hipótesis es el del Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia. Se trata de una denuncia anónima presentada el 29 de setiembre del 2013 a la Presidenta Ejecutiva de la institución, en la cual se indican una serie de irregularidades que ocurrieron en el hospital (CCSS, 2013, Auditoría AGO-253-2013, p.4). Así, los denunciantes solicitaron que se investiguen a seis médicos de Otorrinolaringología por:

- Incumplimiento de horario de la jefatura
- Realización de biombos, recibiendo paga por realizar cirugía a un paciente, otras por amistad, y al menos una por relación amorosa.
- Concesión de permisos y licencias con y sin goce de salario a varios especialistas, generando atrasos.
- La dedicación de 6 horas diarias de parte del Jefe de Servicio para atender a pacientes en su consultorio en el CIMA.
- La jefatura del servicio se encontraba disfrutando de vacaciones ordinarias en una fecha donde estaba programada su disponibilidad en el hospital.

De los seis profesionales médicos implicados, se pudo constatar que cuatro de ellos laboraban en práctica dual. Esta constatación se hizo por medio de un rastreo en la *web*.

A continuación, se realiza una sistematización de este caso en particular y sus efectos cuantificables sobre la cobertura, suficiencia y equidad:

Cuadro 4. Caso Otorrinolaringología

Caso Otorrinolaringología, Hospital Calderón Guardia, 2014			
Número de médicos implicados: 6			
Dimensión temporal: 21 meses (455 días hábiles)			
	Efecto	Indicadores	Datos
Cobertura	Pérdida de la oferta	Incapacidades médicas	53 días libres en 455 días hábiles
		Horas concedidas sin goce de salario	Pérdida de 1.280 horas laborales
		Reducción jornada laboral	
Suficiencia	Pérdida de la calidad	Ausencias médicas	135 días c/médico de 455 días hábiles
Equidad	Desigualdad en el acceso	Atención de pacientes sin referencia previa	En al menos cinco casos, ninguno de los pacientes se encontraba registrado en la lista de espera de cirugía del Servicio de Otorrinolaringología
		Atención de pacientes formalmente asignados/as a otros hospitales	En al menos tres de los casos, los pacientes vivían en zonas fuera del área de adscripción del Hospital Calderón Guardia, como son Escazú, Belén de Heredia y Alajuela.

Fuente: elaboración propia a partir de Chavarría (2014, 10 de diciembre). Vacaciones y licencias alargan listas de espera en el Calderón Guardia, *Semanario Universidad.*

Todos estos permisos fueron otorgados por el jefe de Servicio de Otorrinolaringología, tal y como lo establece la normativa interna de la CCSS. Inclusive, él mismo fue quien registró la mayor cantidad de permisos para ausentarse en su horario laboral. Así, el informe de la auditoría interna de la CCSS confirma que, en el período estudiado, el jefe de Otorrinolaringología estuvo fuera del hospital hasta 227 días.

Tal y como lo establece el informe AGO-253-2013 sobre este caso, el otorgamiento de estos permisos afectó el funcionamiento del servicio, toda vez que se redujo el tiempo contratado de los funcionarios, lo cual tuvo un efecto directo sobre la atención

oportuna de los y las pacientes en una especialidad que se sabe tenía una lista de espera de 5.748 pacientes en consulta externa y 877 esperando cirugía en plazos superiores a los doce meses (Chavarría, 2014). Así,

> "entre las 186 horas concedidas a los profesionales médicos en ORL como permisos sin goce de salario y las 1094 horas autorizadas como reducción de la jornada ordinaria contratada con la institución, suman un total de 1280 horas, en las cuales potencialmente estos especialistas pudieron haber atendido un total de 3840 pacientes en consulta externa (1 nuevo y dos subsecuentes por hora), o a la realización de aproximadamente 640 cirugías con una duración aproximada de 2 horas cada una." (CCSS, 2013, Auditoría AGO-253-2013, p.24).

Es decir, de no haberse aprobado los permisos y reducciones de jornadas de estos profesionales médicos, se hubieran podido resolver hasta un 66,8% de las listas de espera en consulta externa, y 72,9% en listas para cirugía.

El caso del Servicio de Otorrinolaringología no es un caso aislado, tampoco se pretende con este generalizar las dimensiones de la presente hipótesis. A continuación, se fundamenta cada uno de los indicadores con los registros encontrados en la prensa y otras fuentes institucionales, los cuales en ocasiones no cuantifican estos indicadores, pero reportan su evidencia empírica desde distintas especialidades y hospitales.

7.4.3 Reducción de la oferta pública de servicios

7.4.3.1 Incapacidades médicas

En los últimos años, la prensa reporta un incremento de las incapacidades otorgadas a los y las funcionarias de la Caja Costarricense del Seguro Social, siendo el patrono con el porcentaje de la planilla incapacitada más elevada a nivel nacional. Para el 2013, el 56% de las incapacidades otorgadas por la CCSS se concentraron en diez hospitales, en los cuales se pagaron ¢9.673 millones; ¢1.788 millones en el Hospital México, ¢1.766 millones en el Calderón Guardia, ¢1.686 millones el San Juan de Dios y ¢794,6 millones en el San Rafael de Alajuela (Morris, 2014).

El registro histórico de las incapacidades demuestra este crecimiento durante el periodo con información más reciente del 2012 al 2014 (véase tabla 8).

Tabla 8. Comportamiento histórico de incapacidades de funcionarios de la CSS del año 2012 al 2014

Año	Población promedio de trabajadores CCSS	Trabajadores incapacitados	Porcentaje de incapacitados	Total días de incapacidad por enfermedad
2012	49.625	31.502	63%	689.387
2013	50.479	32.325	64%	642.139
2014	51.375	33.768	66%	754.132

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades (2014).

Nótese que, para el 2013 se registran menos días de incapacidades, pero el porcentaje de incapacitados respecto al total aumenta en relación con lo registrado para el 2012.

A partir de dos estudios realizados por la Dirección de Administración y Gestión de Personal de la CCSS (uno en el periodo 2008-2010 y otro en el 2012-2014), se demostró que los profesionales médicos representan entre el 17% y 21% del total de funcionarios incapacitados de esta institución.

Con lo anterior, se construye el total de días de incapacidad de los profesionales en ciencias médicas para el periodo 2012 y 2014, asumiendo que este grupo profesional representa una media del 19% de los funcionarios incapacitados de la CCSS. Se considera además a partir de la tabla 4, que la proporción de total de días con respecto a la cantidad de trabajadores incapacitados comprende un rango entre el 21,8 y el 22,3; para una media de 21 días por trabajador incapacitado, véase Tabla 9.

Tabla 9. Estimado del comportamiento histórico de incapacidades de los profesionales médicos de la CSS del año 2012 al 2014

Año	Profesionales médicos incapacitados	Total días de incapacidad por enfermedad
2012	5.985	125.685
2013	6.142	128.982
2014	6.416	134.736

Fuente elaboración propia

Con los datos estimados, se puede calcular que en 260 días laborales para el 2014, hubo 518 profesionales médicos al día que no laboraron por concepto de permisos de incapacidades por enfermedad (134.736/260). Lo anterior puede representar salas

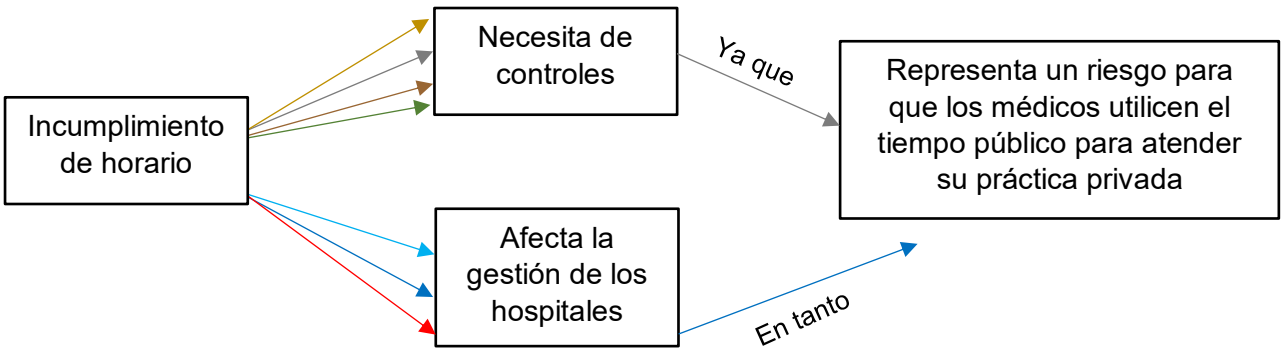
de operaciones cerrados por faltantes de médicos en horas laborales, incapacidad de habilitar jornadas con suficiente cantidad de profesionales; entre otras afectaciones resultantes de una reducción de la oferta de servicios de salud, lo cual se traduce en posibles atrasos de las listas de espera.

7.4.4 Pérdida de la calidad

7.4.4.1 Incumplimiento de horario médico

El incumplimiento del horario médico se presenta en las noticias como un problema que necesita ser controlado, y que genera fallos en la prestación de los servicios públicos de salud. No obstante, solo dos noticias, de siete que reportan el problema del incumplimiento de horario, explican el porqué es necesario realizar estos controles:

Figura 16. Relaciones temáticas del incumplimiento de horario médico



*Cada color representa una noticia distinta

Fuente: elaboración propia

En este caso, en las noticias se reporta en dos menciones una relación directa entre el incumplimiento de horario médico y la doble práctica; toda vez que se haga un uso del tiempo médico público para prácticas privadas de salud.

Esta discrecionalidad en el uso del tiempo médico es un tema delicado dentro del grupo de profesionales médicos. En el 2015, en el Hospital San Juan de Dios se especificó que los profesionales médicos debían de marcar el inicio y final del tiempo extraordinario dedicado al hospital; situación que generó molestias dentro del mismo ya que, a diferencia del resto de funcionarios, nunca se les había exigido este tipo de controles. Lo anterior pese a que desde el 2013, la CCSS emitió una directriz sobre este asunto, pero no se estaba aplicando a cabalidad (Morris, 2015).

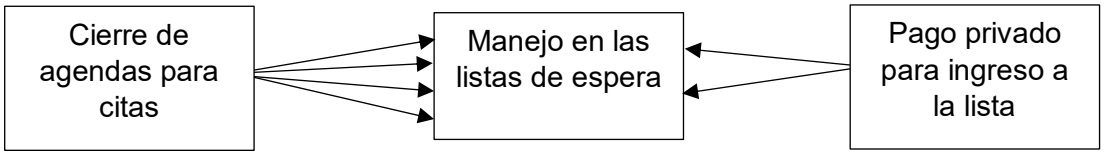
Estos controles se justifican además por el costo económico que representa el pago del tiempo extraordinario médico o guardias. Por ejemplo, para el año 2014 se destinaron ¢2.400 millones para este fin, y ¢3.000 millones para pagos de tiempo extraordinario de médicos residentes (Morris, 2015).

En términos generales, considerando a todos los funcionarios de la CCSS, esta es la institución que más gasta en incentivos a empleados (₡542 mil millones), y pagos en horas extra. Además, el pago de este último representó un aumento del 11% en el 2016 con respecto al 2015 (Zúñiga, 2016).

7.4.5 Desigualdad en el acceso

La igualdad en el acceso de la salud pública de las personas aseguradas se ve comprometida cuando, quienes pueden costearse los servicios de salud, obtienen mayores beneficios en cuanto a la rápida atención desde el sector público. Esto se manifiesta en por ejemplo pagos que se realizan a profesionales médicos en sus clínicas privadas para que luego faciliten el ingreso de pacientes a las listas de espera. Por el otro lado, las personas aseguradas se enfrentan a cierres de agendas para citas, lo cual les imposibilita tener una fecha fija para la atención requerida, y las obliga a estar en constante comunicación con sus hospitales más cercanos para saber cuándo abren agendas y que se les asigne una cita.

Figura 17. Relaciones temáticas del manejo de las listas de espera



*Cada flecha corresponde a una noticia distinta

Fuente: elaboración propia

El cierre de agendas para citas se ha encontrado a lo interno de diversos centros de salud, y no es una práctica a la cual se le responsabilice directamente a los profesionales médicos. No obstante, si se toma en consideración que se reportan casos donde hay pagos privados para ingresar a las listas de espera, es claro que los profesionales médicos priorizan la atención a aquellos pacientes de su práctica privada. Lo anterior provoca que se saturen las agendas médicas con pacientes provenientes de lo privado, con lo cual los profesionales médicos podrían solicitar cerrar las posibilidades de agendar citas a aquellas personas aseguradas que esperan ser atendidas desde lo público.

7.4.3 Soluciones planteadas con respecto a las listas de espera

A continuación, se realiza una sistematización de las soluciones planteadas por todos los actores encontrados en las noticias relevadas para esta hipótesis del 2014 al 2016. Cada una de estas propuestas fue clasificada según fuera su intención.

Cuadro. 5
Soluciones registradas en prensa por diversos actores, del 2014 al 2016

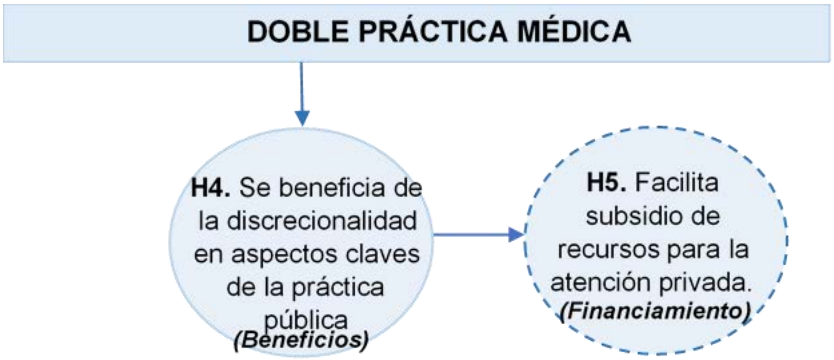
Medida	BUSSCO	CCSS	Enfermeras	Hospital México	Junta Directiva
Priorización de consultas	De acuerdo con la urgencia, considerando edad y condiciones sociales de los pacientes.	De acuerdo con la urgencia de los pacientes, criterios: complejidad de la enfermedad que padece, los episodios previos de dolor, la limitación que sufra en las actividades cotidianas y laborales, y si tiene o no personas dependientes.	Según necesidades clínicas y sociales, y no por orden de ingreso a la lista.	Según las necesidades particulares de cada enfermo y, no por orden cronológico	-
Habilitación, ampliación de jornadas	Habilitar segundos turnos, jornadas vespertinas y fines de semana.	-	-	Utilización de las salas de cirugía por cinco horas, activar las intervenciones después de las 4 p.m.	-
Garantizar cumplimiento de horario	Control de horarios, puntualidad, resultados, y evitar el traslape de horarios	-	-	-	Revisión de horarios y acelerar la adopción del EDUS (expediente único digital en salud)
Formación de especialistas	Planificar la formación y capacitación de personal de acuerdo con la demanda	-	-	Formación de más médicos especialistas	-

Medida	BUSSCO	CCSS	Enfermeras	Hospital México	Junta Directiva
	proyectada y regionalizar la formación de especialistas.				
Fortalecimiento de la capacidad resolutiva	Fortalecer la capacidad resolutiva de centros de salud	-	-	-	-
Creación de grupos gestores de las listas de espera	Ejecutar una auditoría externa de las listas de espera y reglamento regulador de listas de espera	-	-	-	Integración de equipos gestores de listas de espera, que estarán integrados por el director de cada hospital, el jefe de servicio y funcionarios de registros médicos.
Estableces plazos máximos de espera	-	-	Cirugías (6 meses), prueba diagnóstica o terapéutica (1 mes) y consulta con especialista (2 meses).	-	-
Prohibiciones	Del blanqueo de listas de espera	-	Solo el personal que ha cumplido con su jornada diaria puede trabajar horas extras para reducir la lista de espera.	-	-

Fuente: elaboración propia con base en medios de prensa escritos y digitales de Diario Extra, El Financiero, Semanario Universidad y La Nación, 2014-2016

Un punto interesante que considerar es, que la mayoría de las soluciones planteadas coinciden en que hay una necesidad de aumentar las jornadas, así como realizar priorizaciones de pacientes de acuerdo a la complejidad del caso. Además, tratan asuntos de organización interna dentro de la CCSS para disminuir las listas de espera. Aquellas medidas que involucran la reducción de la discrecionalidad médica en cuanto al control de los horarios y resultados, por ejemplo, representan una minoría dentro de las soluciones planteadas. Esto demuestra el cómo los actores construyen el problema de las listas de espera en factores que no están direccionados a regular o intervenir a la doble práctica médica.

7.5 La doble práctica facilita un subsidio de recursos públicos para la atención de consultas privadas



La literatura consultada en el tema de la doble práctica y a partir de la cual se elaboró esta hipótesis, documenta que la misma facilita un subsidio de recursos públicos para la atención de consultas privadas. El subsidio puede ser observado en cuatro tipos de recursos: equipo e insumos, recurso humano, infraestructura pública y tiempo público médico. Este subsidio responde a la premisa de que los especialistas o médicos se beneficia de este tipo de práctica principalmente desde lo público hacia lo privado, ya que actúan de manera tal que estratégicamente puedan maximizar sus ganancias (Clark, 2002)

Flood (2012) expresa que aquellos médicos que pueden proveer sus servicios en clínicas privadas tienden a invertir menos tiempo en el sector público y que es precisamente la posibilidad de ejercer en lo privado lo que constituye un incentivo para que los doctores en práctica dual permitan la pérdida de tiempo en lo público. Los profesionales en doble práctica pueden hacer uso de los hospitales públicos y de los suplementos médicos en sus prácticas privadas sin pagar por ellos, afectando la estructura pública de salud (Flood, 2012)

La literatura expone que uno de los factores más recurrentes para explicar la doble práctica es la posibilidad de obtener beneficios financieros complementarios (Chue, 2007). El obtener beneficios financieros complementarios constituye un incentivo para el subsidio de recursos de lo público a lo privado.

El subsidio de recursos de lo público a lo privado es incentivado por la demanda de diversos servicios, productos, especialidades y tratamientos, entre otros, que reciben los médicos que laboran en el sector público y privado, quienes a la vez buscan la maximización de sus ganancias (Brekke y Sorgard, 2006)

Para el análisis documental, los tipos de recursos se desagregan de la siguiente manera:

1) Equipo e insumos: Se refiere a los casos en que alguno de los siguientes recursos sale del ámbito público hacia el ámbito privado:
    a. Medicamentos
    b. Equipo quirúrgico
    c. Materiales médicos
    d. Material biológico (órganos, tejidos, otros)

2) Recurso Humano: atención en centros privados por parte de personal público durante su horario de labor en el Estado.

3) Infraestructura: Se refiere a los siguientes casos:
    a. Uso privado de los laboratorios de CCSS.
    b. Uso privado de consultorios de CCSS.

4) Tiempo de jornada laboral pública en dos situaciones específicas:
    a. Mediante la consulta telefónica
    b. Mediante la atención de emergencias presentadas en el ámbito privado, durante el horario público.

7.5.1 Abordaje empírico

Para el desarrollo de esta hipótesis, de los 76 artículos revisados para el período 2014-16 en los medios de prensa seleccionados, se identificaron y analizaron 35 noticias con información relevante para dar sustento a nuestra hipótesis. Estos 35 artículos giran en torno a 9 casos que evidencian un papel de la doble práctica en facilitar un subsidio de recursos públicos para la atención privada. No se espera que estos casos hayan sido los únicos en los que ello haya ocurrido. Por el contrario, en este caso hay una subvaloración de la realidad, ya que esos 9 casos tienen en común un sesgo y es que los medios de prensa examinados cubrieron estas noticias por tratarse de situaciones que se encuentran en un limbo entre la legalidad y la ilegalidad del accionar de las personas implicadas. La presente investigación analiza las interacciones entre lo público y lo privado, independientemente de la legalidad o no de las situaciones.

Por ello, a los efectos de nuestra investigación, los casos examinados a) constituyen el universo de los casos relevados por la prensa, pero b) son una muestra sesgada hacia situaciones de entredicho de la ilegalidad y a la vez conservadora, del universal total de casos en los que la arquitectura pública subsidia parcialmente la práctica privada.

A continuación, se presenta una sistematización de los casos en los cuales se encontró evidencia relevada respecto al uso privado de recursos públicos por parte de los médicos que laboran para la Caja Costarricense del Seguro Social:

Cuadro 5
Uso de recursos públicos para fines privados según tipo de recurso.
Distribución de las noticias por tipo de subsidio

Recurso	Noticias relevadas	Eventos reportados	Hospitales o centros de la seguridad social aludidos (*)		Especialidades aludidas	
	Nro.	Nro.	Nro.	Nombre	Nro.	Nombre
Equipo	6	5	2	HCG Banco de ojos	3	Oftalmología Nefrología Odontología
Recurso Humano	3	2	1	HCG	1	Cardiología
Tiempo	22	9	2	HNN HCG HAN	5	Cirugía Odontología Emergencias Ginecología Dirección
Infraestructura	4	3	2	HCG HL	2	Nefrología Laboratorio

Fuente: Elaboración propia con base en las noticias recopiladas en el período 2014-2016 en los periódicos La Nación y Diario Extra.

(*) Ver siglas arriba

El hospital Calderón Guardia es el centro de atención más investigado en cuanto a irregularidades, fallos en la gestión y en el control de los recursos con los que cuenta. Estas investigaciones llevaron en su momento a la intervención de siete servicios: Ortopedia, Otorrinolaringología, Nefrología, Urgencias, Odontología, Farmacia y Mantenimiento. (La Nación, 2014)

Además, se observa que el subsidio de recursos de lo público a lo privado ha sido documentado en siete especialidades, una dirección administrativa y en el área de laboratorio clínico y que en el período 2014-16 se reporta evidencia de subsidios públicos a la práctica privada en 19 eventos distintos.

7.5.2 Hallazgos

7.5.2.1 Equipo e insumos

El uso de equipos y la “salida” de insumos desde la seguridad social para la atención de consultas privadas, ha sido documentado en seis noticias. En estas se reportan cinco eventos relacionados con el uso de equipo y la salida de insumos médicos y material biológico desde lo público. Estas noticias se centran en el Hospital Calderón Guardia y el Banco de Ojos de la CCSS y en tres especialidades (Oftalmología, Nefrología y Odontología).

El uso de equipos médicos para la atención de consultas privadas afecta los beneficios y la disponibilidad del equipo para atender a los pacientes del sector público (García- Prado y González, 2011). Generalmente, se trata de equipo altamente calificado y de insumos caros o difíciles de conseguir.

Uno de los casos que evidencia la salida de insumos públicos hacia el sector privado es el de un médico que se estima hurtó al menos 20 córneas del Banco de Ojos de la CCSS y las trasladó a una clínica privada entre 2012 y 2013. La situación se hizo de conocimiento público en 2014 y aún en 2017 el caso continuaba en investigación. Independientemente de cómo se usaron en el sector privado, constituyen un subsidio proveniente del sector público hacia el sector privado. Además del hurto de las córneas, el mismo profesional hurtó membranas amnióticas, que son usadas para el tratamiento de lesiones oculares (La Nación, 2014). Observamos además que estas prácticas se relacionan con doble práctica porque la investigación llevada a cabo por la CCSS documentó que el médico de la seguridad social trabajaba también de manera privada.

Un segundo caso tuvo que ver con la denuncia de una enfermera del Hospital Calderón Guardia. Dicha denuncia llevó al descubrimiento de una red de tráfico de órganos que hizo uso de infraestructura pública y de laboratorios, así como también de equipo quirúrgico de la seguridad social que se usó en una clínica privada. De acuerdo a la evidencia analizada (La Nación, 2014), la posición que ostentaba el jefe del servicio de Nefrología del Hospital Calderón Guardia facilitó el uso y la salida de los recursos y de la infraestructura.

Un tercer caso tiene que ver con equipo e insumos, concretamente, con la elaboración de prótesis dentales en el servicio del Hospital Calderón Guardia. Se reportó uso de los materiales, instrumento e infraestructura de la institución para elaborar prótesis que eran compradas en la consulta privada que tenía el jefe de Odontología del Hospital de la seguridad social.

7.5.2.2 Recurso Humano

De la muestra de noticias estudiadas, tres hablan sobre el subsidio de recurso humano, referentes a un solo evento. Este es el caso de un técnico del servicio de Cardiología del Hospital Calderón Guardia (véase cuadro 5). Dicho técnico salía de la institución a colocar monitores Holter para una clínica privada ubicada cerca del HCG durante su jornada laboral en este hospital de la seguridad social. En esa clínica privada, un médico que laboraba bajo doble práctica era quien llamaba al técnico y quien daba aval a los estudios realizados (Diario Extra, 2016).[3]

7.5.2.3 Infraestructura

Se identificaron seis noticias en las que se desarrollan cuatro eventos relativos al uso de laboratorio e infraestructura pública para la atención de consulta privada. Estos tres eventos se presentan en el Hospital Calderón Guardia (tres de ellos) y en el Hospital de Limón (véase cuadro 5).

El principal caso recopilado por los medios de comunicación es el que está relacionado con la red de tráfico de órganos descubierta en el HCG. A partir de este caso se documenta el uso de los laboratorios para la realización de los exámenes necesarios para los trasplantes de órganos. Además, se documenta la realización de consultas usando los consultorios de los médicos involucrados.

En este mismo hospital, se presenta el uso de la infraestructura de Odontología para elaborar las prótesis dentales de la consulta privada del jefe de la especialidad.

En el caso del hospital de Limón, lo que se determina es el uso de los laboratorios para realizar exámenes que eran contratados en consulta privada de los médicos contratados por el Poder Judicial bajo la figura de médico de empresa.

Estos cuatro eventos indican que la doble práctica facilita un subsidio de recursos públicos para la consulta privada. No obstante, se debe considerar que esta facilidad deviene, adicionalmente, de la posición con la que cuentan los médicos involucrados en cada uno de los casos. En otras palabras, se trata de una doble práctica ejercida desde

[3] Esta problemática apela a una literatura amplia del nuevo gerenciamiento público, desde la Administración Pública que no es el foco de atención de esta investigación. Se trata de la teoría de la agencia que se define como el: “contrato bajo cuyas cláusulas una o más personas (el principal) contratan a otras personas (el agente) para que realicen determinado servicio a su nombre, lo cual implica un grado de delegación de autoridad del principal al agente” (Mackenzie Torrres et al, 2014). Bajo esta teoría el objetivo de la relación entre principal- agente es maximizar funciones de utilidad, a través de mecanismos de incentivos y controles formalizados de esos contratos entre ambas partes.

puestos de toma de decisión. Este elemento es valioso a la hora de pensar en posibles cambios en la regulación existente.

7.5.2.4 Tiempo de jornada laboral pública

Moses (1962, citado en Chue 2007) expresa que los individuos buscarán una segunda ocupación en la medida en que su trabajo primario no tenga la posibilidad de extender la jornada laboral. En este escenario, su segundo trabajo les permitirá maximizar sus utilidades. En el caso de la doble práctica, se puede observar que no se trata necesariamente de dos jornadas completamente distintas, sino que se facilita el traslape de tiempo entre ambos trabajos. (Adicionalmente, en tanto la seguridad social brinda la posibilidad de tiempos y jornadas adicionales, no se puede asumir una jornada inelástica en el sector público).

Este es el tipo de subsidio del cual se logró recopilar más información, ya que del total de noticias estudiadas (35), veintidós de ellas hacen referencia al uso de tiempo público para la atención de consulta privada. En estas veintidós noticias se presentan nueve eventos, los cuales se distribuyen entre los hospitales Nacional de Niños, Calderón Guardia y Anexión de Nicoya, y entre cinco especialidades (Cirugía, Odontología, Emergencias, Ginecología y Dirección Administrativa) (véase cuadro 5).

Un médico cirujano del Hospital Nacional de Niños, cuyo caso ya fue verificado, que en 2014 abandonó una cirugía cardíaca para atender a un paciente en su consulta privada, es el caso que más relevancia obtuvo durante el período de estudio. Esta noticia se abordó en trece de las treinta y cinco noticias identificadas. En las noticias relativas a este caso se pueden observar dos eventos en donde se da un subsidio de recursos públicos: la atención de consultas privadas vía telefónica y el uso de tiempo de la jornada laboral pública para la atención de un paciente en lo privado (La Nación, 2014).

También se documenta el incumplimiento de horarios en la especialidad Odontología en el HCG. Parte de ese incumplimiento se convierte en subsidio de la práctica privada, juntamente con la elaboración de prótesis dentales para ser vendidas en lo ´privado, durante la jornada laboral pública (La Nación, 2014).

Diario Extra (2014) documenta la superposición horaria del director del servicio de emergencias del HCG. Este director llevaba a cabo una doble jornada laboral que se superponía parcialmente con su ejercicio en la función pública. Si bien su doble práctica no era público-privada sino pública-pública, puesto que laboraba como doctor del Congreso, subsidiaba recursos públicos de un lugar a otro, cumpliendo una jornada completa en dos lugares a la vez. El caso reporta que el médico ha sido denunciado por la misma situación en tres ocasiones en un plazo de más de 10 años.

Otros dos casos refieren al uso del tiempo de jornada laboral pública para la operación de pacientes en clínicas privadas. El primer de ellos se da en el HCG, en el año 2011 y el segundo en el hospital La Anexión en Nicoya, en el 2015. Las especialidades afectadas por el uso indebido de tiempo público en estos casos fueron Cirugía y Ginecología.

La Caja Costarricense del Seguro Social está consciente del alto riesgo de que se emplee tiempo laboral público para la atención de pacientes en consulta privada. Según datos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (2015), cerca de 3.000 médicos de un total de 5.300 profesionales que laboran para la Caja, no hacen guardia ni se encuentran bajo modalidad de disponibilidad, de manera de poder atender su clínica privada a continuación de su jornada laboral en la seguridad social. Esta manifestación pública por parte del Colegio indica que la existencia de doble práctica es de conocimiento por parte de actores colectivos involucrados. Ocurre que el ordenamiento jurídico costarricense no les prohíbe a los profesionales el desempeño en ambos ámbitos ni tampoco establece ninguna regla más allá del obvio de cumplir el horario establecido en la función pública. Tampoco ningún actor, estatal o de sociedad civil, lo considera pronto problemático. La literatura comparada y la evidencia empírica nacional presentada, problematiza sugiere, en cambio, que sí lo es y que requiere de algo más que las medidas disponibles para evitar que la doble práctica erosione la arquitectura pública y con ello los resultados universales buscados.

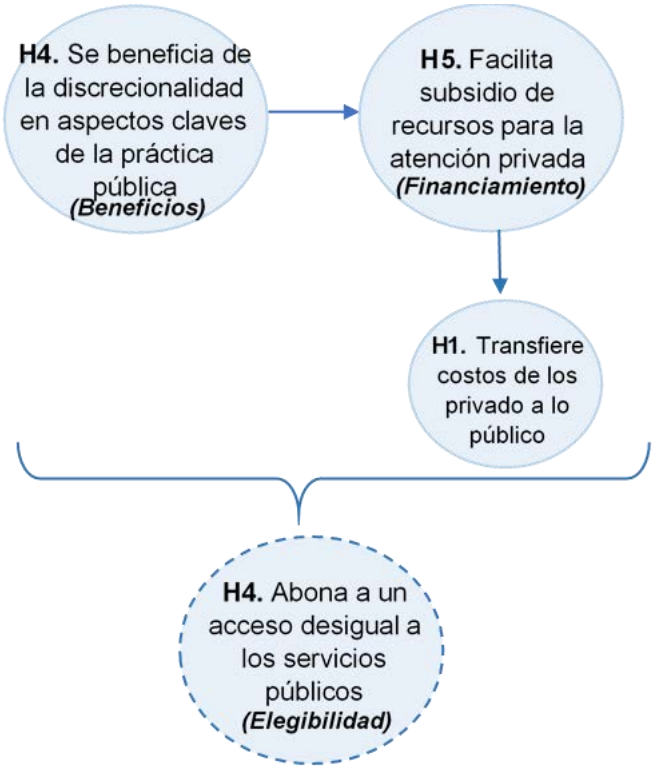
7.5.3 Tratamiento de los casos por parte de las autoridades

En el relevamiento realizado, la doble práctica público-privado no aparece nunca nombrada como tal, ni por la CCSS ni por otros actores. Generalmente se atribuyen los problemas encontrados a situaciones específicas de subsidio de recursos al sector privado motivadas en una falta de control por parte de cada una de las instancias que se han visto afectadas. Es por ello por lo que ha optado por la intervención administrativa por “fallas en la gestión” y “anomalías” en el Hospital Calderón Guardia, en al menos siete especialidades (ortopedia, otorrinolaringología, nefrología, urgencias, odontología, farmacia y mantenimiento).

El tratamiento de los casos presentados por las noticias se ha llevado en varios niveles. La CCSS ha priorizado, en primera instancia, la investigación a lo interno de cada hospital. En un segundo momento estos casos se han elevado al Centro para la Instrucción de Procedimientos Administrativos (CIPA). En tercera y última instancia, algunos de los casos, aquellos que a juicio de la institución conllevan delitos, se han trasladado a la Fiscalía. Es por ejemplo la situación de la denuncia por tráfico de órganos y el caso de robo de córneas viables.

Lo que no se ha observado es que la CCSS aproveche estos casos de alto impacto mediático para problematizar el papel de la doble práctica y la manera de abordarla desde la institución con un criterio preventivo, orientado a definir las “reglas del juego” las complejas interrelaciones que esta genera.

7.6 La doble práctica abona a un acceso desigual de los servicios públicos



Como se presentó en el estado del arte, los principales criterios de elegibilidad que formalmente permiten acceso a los servicios públicos estatales, son la ciudadanía, la contribución y la necesidad económica (Esping-Andersen, 1990; véase sección 2). En el caso de la seguridad social costarricense, la contribución permite el acceso de quien aporta y de su familia. Las personas con necesidad económica demostrada pueden por su parte, tener un acceso no contributivo. Ambos criterios de elegibilidad permiten, en teoría, acceso equitativo a los mismos servicios. De la combinación de estos mecanismos, el país alcanza un acceso básicamente ciudadano a los servicios, dejando solo por fuera a quienes, no contribuyendo, tampoco tienen necesidad económica.

El punto principal del análisis que se presenta a continuación es que, en los hechos, la doble práctica genera criterios de elegibilidad paralelos a los formalmente establecidos para la población asegurada. A través de profesionales que ejercen la doble práctica público y privada, se ha comprobado que la conformación de este sistema lleva a una parte de la población asegurada a recurrir a la práctica privada para luego acortar las filas y tiempos de espera en los hospitales de la seguridad social.

Es así como los resultados universalistas que busca el sistema de salud pública en Costa Rica se ven erosionados por una arquitectura crecientemente mixta. Esta modalidad

combina los criterios de elegibilidad formalmente establecidos por el Estado, con criterios de facto, adicionales, que vinculan la capacidad de pago de las personas con el acceso a los servicios. En otras palabras, estamos frente a una modalidad mixta que conlleva un grado no explicitado de mercantilización del acceso.

La evidencia que se presenta en esta sección es consistente con la literatura comparada, la cual muestra que la doble práctica tiene una incidencia importante sobre el acceso desigual de los servicios públicos de salud el cual reduce la equidad entre los pacientes. Ello ocurre en la medida en las/os pacientes con capacidad de pago tienen la opción de obtener un tratamiento más rápido, evitar listas de espera y acceder al cuidado más allá de las horas regulares de trabajo de los médicos en el sistema público (Flood, 2012). También tienen la opción de consultar a profesionales que, aunque ejerciendo en lo público, no son necesariamente los que se les asignan cuando visitan los centros médicos (Flood, 2012). A su vez, tienen la posibilidad de establecer vínculos privados con esos profesionales con quienes quieren ser tratados/as en lo público. Como resultado, la atención que terminan recibiendo unas personas dentro de un sistema público de salud terminan siendo desiguales según su respectiva capacidad de pago (Ferrinho et. al, 2004, Flood, 2012, García y González, 2011).

La reducción de la equidad en los servicios públicos de salud de las personas aseguradas puede ser explicada por el acceso selectivo y discrecional que los médicos hagan de sus pacientes, tal y como se demostró en la segunda hipótesis. De igual manera, el hecho de que algunos profesionales no se encuentren disponibles puede tener lugar a partir del uso del tiempo que realizan los profesionales médicos señalados en las segunda y tercera hipótesis.

En este apartado, interesa mostrar un asunto adicional. Se trata de aquellos casos reportados por la prensa en los cuales se evidencia una inequidad en la prestación de servicios explicada específicamente por la capacidad de pago de las personas usuarias. Es decir, que la posibilidad de poder acceder a un servicio depende de criterios adicionales a la contribución de cualquiera de las modalidades que establece la Caja Costarricense del Seguro Social, lo cual resulta excluyente en el acceso universal a la salud de las personas aseguradas.

Esta situación se presenta en la medida en que, ante una urgencia en el tratamiento u operación, las personas aseguradas recurren a pagos privados de profesionales médicos en doble práctica exigiendo una pronta atención que puede ser canalizada desde el sector público, privado o una combinación de ambos. De manera que, la doble práctica abona a un acceso desigual de los servicios públicos.

Para ordenar la evidencia empírica, se definieron dos dimensiones de análisis:

1. La presencia de pago de bolsillo por parte de pacientes a médicos privados, principalmente en exámenes diagnósticos, para acortar los tiempos de resolución en lo público, principalmente en lo que hace a tratamientos.
2. La presencia de ofrecimientos de pagos de bolsillo por parte de los profesionales médicos para una pronta atención como parte de su práctica pública.

Para la primera dimensión, se incluyen aquellos casos en los que personas aseguradas realizan esfuerzos económicos importantes e incluso se endeudan para costearse servicios privados. Se trata, principalmente, de diagnósticos que son urgentes y que, en el sector público, no se les puede asegurar de manera pronta debido a las amplias listas de espera. Podrían existir otras razones por las que la población asegurada busque lo privado, como los horarios de atención. No obstante, en esta sección nos enfocamos en casos en los que el acceso privado es una vía para acceder a lo público. Por el otro lado, hay casos en los cuales los profesionales médicos realizan ofrecimientos de pagos, se trata de los llamados “biombos”; es decir, cobros realizados desde el sector privado para la pronta atención en lo público, o incluso solicitudes de pagos de los profesionales médicos en hospitales públicos para una adecuada atención dentro del mismo hospital público.

Por lo tanto, en estos escenarios, las determinantes del acceso desigual a la salud pueden tener dos orígenes: desde profesionales médicos que se apoyan en su práctica dual para transferir pacientes desde lo privado; y/o desde las propias personas aseguradas que ante situaciones de urgencia y por posibles saturaciones de los servicios públicos de salud, acuden a pagos de bolsillo hacia profesionales médicos específicos para asegurarse que serán atendidas a la mayor brevedad posible.

7.6.1Abordaje empírico

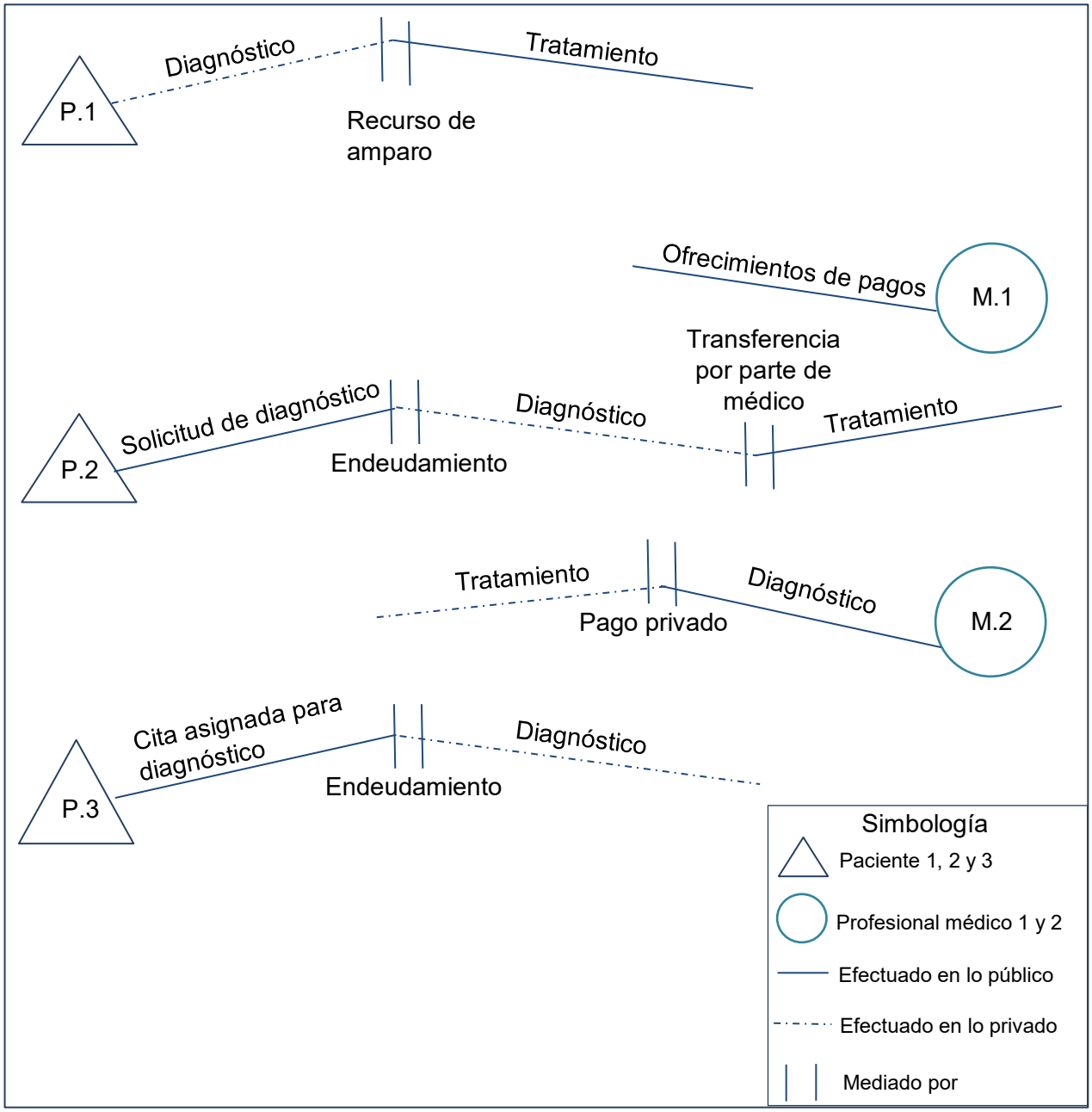
Para el desarrollo de esta hipótesis, de los 76 artículos revisados en el periodo 2014-2016 en los medios de prensa seleccionados, se identificaron y analizaron 7 noticias. En estas se narran las experiencias de personas aseguradas que hacen mención de los indicadores definidos para valorar empíricamente esta hipótesis. Las experiencias que reportan brindan claros elementos para examinar las dos dimensiones planteadas previamente. Los casos reportados por la prensa son apenas ejemplos de una realidad que se presenta en las noticias como generalizaciones de situaciones que le ocurren a las personas aseguradas en Costa Rica.

Adicionalmente en un último apartado se discuten hallazgos vinculados con los planteados en las segunda y tercera hipótesis, y su relación con la desigualdad de los servicios públicos de salud.

7.6.2 Hallazgos

Los casos que se mostrarán a continuación evidencian las complejas interrelaciones entre los sectores públicos y privados que las personas pacientes deben recorrer en su búsqueda por obtener resultados universalistas no solo en el tipo de servicios sino en su calidad. Los tiempos de espera son, concretamente, un indicador de falta de suficiencia. Como se mencionó anteriormente dichos flujos pueden estar direccionados por parte de los profesionales médicos o por parte de las propias personas aseguradas:

Figura 18. Recorridos entre los sectores público y privado de parte de las personas aseguradas y los/as profesionales médicos



Fuente: elaboración propia con base en noticias recopiladas en el periodo 2014-2016 en los periódicos La Nación, la Extra, el Semanario Universidad y el Financiero.

A continuación, se detallan las interrelaciones identificadas.

7.6.2.1 Pagos de bolsillo de pacientes hacia médicos para una pronta atención

La práctica dual ofrece a quienes tienen capacidad de pago la opción de obtener una atención más rápida que en la seguridad social. Cuando una enfermedad impone un diagnóstico urgente, el pago a profesionales médicos en práctica dual para asegurar una pronta atención en lo público constituye actualmente una alternativa que se ha podido documentar. Estos procedimientos en ocasiones son diagnosticados en primera instancia por el sector privado y luego son atendidos para su tratamiento en lo público.

Tomamos de la prensa casos ilustrativos de tres aseguradas:

1. Una asegurada recolectó dinero junto a sus vecinos para poder recibir un diagnóstico en el sector privado. Este arrojó que tenía un tumor en la matriz que posteriormente fue tratado en el sector público, recursos de amparo mediante. Ello fue necesario, ya que su control que desde el punto de vista médico debía ser cada seis meses, había sido establecido en un tiempo más prolongado en tanto su caso no era catalogado desde la Caja como: “urgente”. (El Financiero, 2014)
2. Una asegurada solicitó cita en un hospital público rural, para obtener un diagnóstico, alarmada por un pequeño tumor en una de sus mamas. Sin embargo, ante la larga espera para poder asistir a sus citas de diagnóstico, debió endeudarse por más de dos millones de colones, con el fin de obtener un pronto resultado en el sector privado. Posteriormente el profesional médico que le realizó el diagnóstico privado la transfirió al hospital público donde fue operada (Ávalos, 2015).
3. Ante el dolor en una de sus extremidades, una tercera asegurada debió endeudarse para acudir al sector privado para obtener un diagnóstico que determinara el origen del dolor. Ella ya tenía una cita programada en lo público pero el dolor era tal que no podía esperar para ser atendida (Recio, 2016).

La mayoría de los casos reportados surgen de la experiencia de requerirse un diagnóstico pronto y, al no poder ser atendidos en sector público, aun siendo aseguradas, deben incurrir en deudas y pagos adicionales para recibir atención prácticamente de manera inmediata en un centro privado. Además, en el segundo caso, el pago del diagnóstico en el sector privado le facilitó el ingreso y posterior tratamiento que fue llevado a cabo en un hospital público.

Evidentemente, las personas con mayores ingresos poseen más posibilidades de ser atendidos en un menor tiempo, y pueden ser transferidos del sector privado al público,

por medio del profesional médico en doble práctica, tal y como se demostró en la segunda hipótesis. Con lo anterior, la desigualdad surge en el momento en que la capacidad de pago se convierte en un criterio adicional de elegibilidad de las personas aseguradas en el acceso a los servicios.

Esta problemática se acrecienta con el incremento de los costos de las tarifas médicas. Por ejemplo, en mayo de 2016, la Gaceta publicó el tarifario de precios *mínimos* de consulta médica en las diferentes especialidades. En su momento, las autoridades del Ministerio de Salud manifestaron su preocupación argumentado que una gran cantidad de pacientes, en su mayoría de clase media, que acuden en la actualidad a los servicios privados, ya no podrán hacerlo debido a los altos costos (Núñez, 2016). Esta manifestación del Ministerio de Salud es una evidencia más del reconocimiento extendido que existe en el país respecto a la actual segmentación, asociada a la mercantilización, de los servicios de salud.

7.6.2.2 Ofrecimientos de pagos por parte de profesionales médicos para una pronta atención

La elegibilidad en la atención de la salud pública en Costa Rica está actualmente permeada por ofrecimientos de pagos por parte de los profesionales médicos hacia sus pacientes con la finalidad de obtener beneficios más prontos desde el sector público. En este caso el origen del pago de bolsillo es la oferta privada, no la demanda de servicios. El resultado es similar en tanto es la capacidad de pago la que determina la atención recibida en tiempo y calidad.

Lo anterior es ejemplificado por la prensa en los siguientes casos:

1. En 2016 un médico obstetra le ofreció a una mujer realizarle una cesárea en el Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas, si le pagaba: 50 mil colones: 10 mil colones por asistir el parto con un neonatólogo, 10 mil colones si asistía el parto un pediatra y 10 mil colones si asistía el parto un ginecólogo. (Cháves, 2016).
2. En 2014 una mujer fue diagnosticada en el sector privado con un cáncer de mama en etapa dos, y posteriormente operada en el Hospital San Juan de Dios, una vez que había pagado la consulta al médico que le ayudó a ingresar a la lista de espera de cirugías de dicho hospital. (Ávalos, 2015). La manera de poder “saltar la fila” en el sector público es mediante el acceso que el o la profesional tiene también a dicha lista de espera.

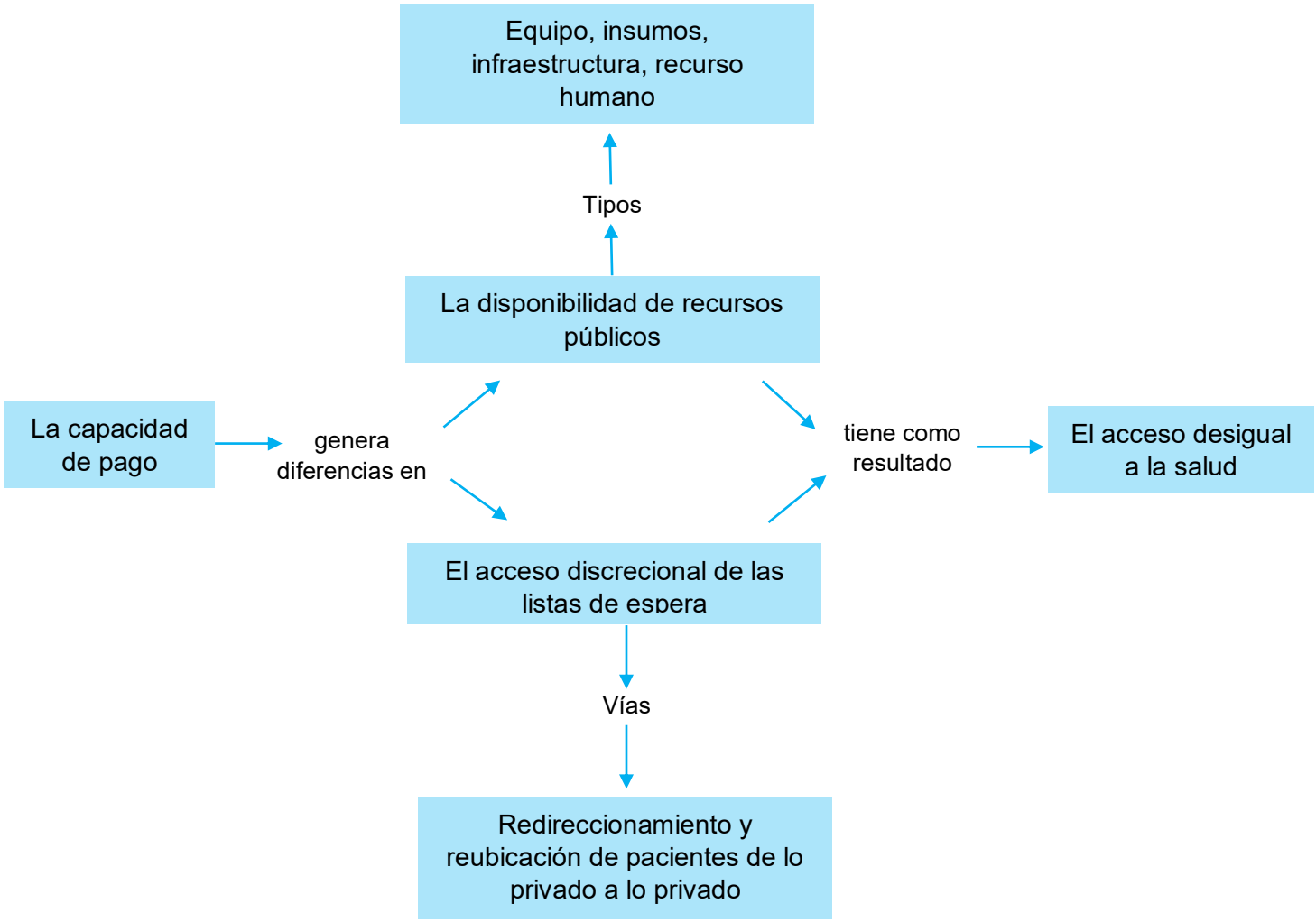
El primer caso evidencia el recibimiento de sobornos de parte de un médico de la Caja Costarricense del Seguro Social para recibir una adecuada atención desde el sector público. Con lo anterior se genera desigualdad en la medida en que no todas las personas tienen la capacidad de pago para costearse estas cuotas establecidas por los profesionales médicos. Por lo que, la mercantilización del acceso interpela el universalismo de los servicios. El universalismo presupone una autonomía entre la capacidad de pago y el acceso a los servicios.

En el segundo caso se evidencia el flujo entre procedimientos de lo privado a lo público. En este último se realizan los tratamientos más costosos, y además se ingresa a la lista de espera a partir del profesional médico al cual se le pagó en un primer momento. Por lo que este último es quien tiene un acceso selectivo de las listas de espera como se demostró en la segunda hipótesis, con lo cual se generan diferenciaciones en la pronta atención entre las personas aseguradas.

7.6.2.3 Interrelación de los componentes de beneficios y financiamiento sobre los criterios de elegibilidad

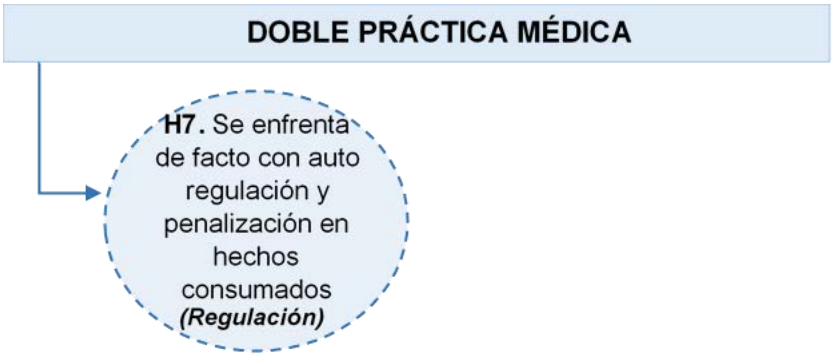
Tomando en consideración las hipótesis cuarta y quinta es posible identificar una serie de factores que generan desigualdad en la prestación universal de los servicios de salud, la cual se explica a su vez por una diferencia entre quienes poseen capacidad de pago y quienes no; es decir, por criterios de mercantilización de los servicios. La figura 19 ilustra las relaciones identificadas.

Figura 19. Determinantes del acceso desigual a partir de la relación de las hipótesis segunda y tercera con la capacidad de pago de los pacientes



Fuente: elaboración propia.

7.7 La doble práctica no se nombra; se enfrenta de facto con autorregulación y con penalización ante hechos consumados



En este apartado se desarrolla el último componente de la arquitectura pública correspondiente al abordaje estatal de los servicios privados de salud, en este caso en específico, la regulación de la doble práctica médica. El tipo de abordaje que se da desde el ámbito estatal a la práctica privada y esencialmente a la doble práctica tiene implicaciones sobre los demás componentes de la arquitectura pública: proveedores, beneficios, financiamiento y elegibilidad.

La forma en la que se aborda el tema de la doble práctica, generalmente desde la perspectiva de la decisión de los profesionales de salud de laborar en ambos sectores, influye en el tratamiento que realiza el Estado a las situaciones que se presentan como resultado de la doble práctica. De acuerdo con la literatura, la doble práctica, regulada apropiadamente puede mejorar el acceso a los servicios de salud, el rango de oferta de servicios y la satisfacción de los médicos. No obstante, la falta de regulación o incluso una regulación débil puede afectar de forma negativa el acceso a los servicios de salud, la calidad, la eficiencia y equidad de estos (Socha, 2010; Hipgrave and Hort, 2013).

En Costa Rica una implicación de la expansión privada ha sido la doble práctica médica público-privada. Esta maximiza la estabilidad y el desarrollo profesional que permite la práctica pública con las ganancias que ofrece la práctica privada. En ausencia de una adecuada regulación ello ha resultado en incentivos perversos para el buen desempeño público (Clark, 2010; Martínez Franzoni y Mesa Lago, 2003).

La literatura nos muestra la existencia de cuatro tipos generales de regulación para la doble práctica: autorregulación, incentivos, restricciones, y prohibición; los cuales han sido aplicados en países como Canadá, Austria, Italia, Inglaterra, Alemania, Francia y otros (ver Cuadro 6). El rango de opciones para la regulación de la doble práctica es amplio; no obstante, los autores insisten en que no existe una sola política ideal para regular la doble práctica, debido a la heterogeneidad entre los países en lo que respecta a su capacidad de respuesta estatal, contexto institucional y recursos públicos (Alaref et. al, 2017).

Cuadro 6
Tipología de regulación

Tipos y su definición	Instrumentos	Ejemplos	Efectividad/Consecuencias	Fuentes
1) Autorregulación: Consiste en la revisión de la práctica médica por parte de pares y de la sociedad civil	Gestión de rendimientos	Canadá, Inglaterra, España, Italia	Son efectivas para regular el comportamiento y las normas de los proveedores en países desarrollados, pero dependen de la revisión y la disponibilidad de canales efectivos para reclamos. Muchos países en desarrollo se enfrentan a una proliferación incontrolada y no regulada de la práctica privada con posibles efectos nocivos en la calidad de la atención proporcionada, por lo que la autorregulación no ha sido efectiva.	Alaref, et al. (2017, p. 44), García Pardo, et al. (2017, p.149), Hipgrave y Hort (2013, p.710)
	Presión de Pares			
	Presión de los usuarios			

Tipos y su definición	Instrumentos	Ejemplos	Efectividad/Consecuencias	Fuentes
2) Incentivos: Consiste en ofrecer estímulos para laborar en lo público	Dedicación exclusiva en el sector público (suplementos salariales, promociones)	Reino Unido, Tailandia, India, Cambodia, Indonesia, España, Portugal.	Efectivos donde laborar en lo público es poco atractivo. Sin embargo, son difíciles de implementar adecuadamente. Además estos incentivos no se han emitido con base en el desempeño de los profesionales y por ende, han dado lugar a negociaciones entre asociaciones de proveedores y gobiernos favorables a los intereses particulares de los médicos.	Hipgrave y Hort (2013, p.710)
	Práctica privada se permite en las instalaciones públicas	Australia, Malasia, algunos lugares de África, Francia, Italia, Austria, Alemania, Irlanda.	Tiene la ventaja de ser más fácil de supervisar. Sin embargo, puede generar conflictos de intereses y competencia entre los pacientes públicos y privados por el uso del tiempo de los médicos y los recursos del hospital. Se requiere de una supervisión transparente.	García Pardo, et al. (2017, p.148), Hipgrave y Hort, (2013, p.710)

Tipos y su definición	Instrumentos	Ejemplos	Efectividad/Consecuencias	Fuentes
	Aumento de los salarios médicos públicas	Grecia, entrevistas a proveedores de países como Bangladesh.	Es efectivo donde los salarios son bajos. No obstante, en algunos casos los médicos pueden considerar el aumento salarial como insuficiente. Además, países de bajos ingresos difícilmente pueden ofrecer salarios que compensen la pérdida de ingresos del sector privado. Adicionalmente, puede crear resentimientos entre otros trabajadores de la salud.	García Pardo, et al. (2017, p.148), Hipgrave y Hort, (2013, p.710)
3) Restricciones: Limita la práctica privada en función de distintos criterios	Restricción de actividad privada	Reino Unido, Francia, Austria, Italia.	Exige un alto nivel de capacidad de parte de las autoridades para poder monitorear y una regulación eficaz, capaz de que se monitoreen las horas trabajadas, los servicios prestados y/o las ganancias generadas en lo privado.	Alaref, et al. (2017, p. 44), García Pardo, et al. (2017, p.146), Hipgrave y Hort (2013, p.710), Alaref, et al. (2017, p. 44)
	Restricción de ganancias en lo privado			

Tipos y su definición	Instrumentos	Ejemplos	Efectividad/Consecuencias	Fuentes
	Limitación a los servicios de salud ofrecidos en el sector privado	Canadá	Desalienta que las personas utilicen el sector privado para servicios disponibles en hospitales públicos. Sólo es útil en países con cobertura de salud universal y sistemas de monitoreo financiero eficientes.	(Alaref, et al. 2017, p. 44)
4) Prohibición: Consisten en inhibir que profesionales médicos que trabajen en lo público, trabajen también en lo privado	Prohibición de la doble práctica	Canadá, EE. UU., Grecia, algunos estados de la India, China, Arabia Saudita, Turquía.	Es difícil de hacer cumplir. Por ello es factible cuando la regulación es altamente efectiva/fuerte y/o cuando la competencia del sector privado es débil. Puede conllevar una fuga de cerebros y por ende alentar pagos corruptos o informales a médicos públicos. Genera costos adicionales de monitoreo de actividades.	(Alaref, et al. 2017, p. 44; García Pardo, et al. 2017, p.145; Hipgrave y Hort, 2013, p.710)

Fuente: Elaboración propia con base en Alaref, et al. 2017; García- Prado y González (2011), Hipgrave y Hort (2013).

Como se observa en el cuadro 6, en mayor o en menor medida, todos los tipos e instrumentos presentan limitaciones. De ello se desprende que, la mayor efectividad en lograr que la doble práctica no vulnere la arquitectura pública (y con ello los resultados universalistas) será función de a) una combinación de b) la mayor y mejor combinación tipos e instrumentos disponibles, y c) el diseño específico de cada instrumento y de sus relaciones con los demás.

A continuación, ilustramos cómo opera la regulación en algunos de los países estudiados, yendo de menos a más regulación. Por ejemplo, aunque algunos estados establecen regulación sobre elección entre la práctica pública o privada (no ambas), o sobre el tipo de pago que reciben los médicos, en Canadá a nivel nacional no se regula la doble práctica médica (Chue, 2007; Flood, 2012).

En Austria e Italia tampoco existe regulación específica sobre la doble práctica, pero sí restricciones a la cantidad de servicios que pueden prestar los médicos en el sector privado si a la vez realizan trabajan en el sector público (García y González, 2011). Algo similar ocurre en Inglaterra y Francia, donde se establecen límites a las ganancias en función del tiempo que laboran los médicos en el sector público (Chue, 2007; Eggleston y Bir, 2006).

Entre los incentivos a los médicos que se desempeñan en el sector público, la por la literatura comparada menciona los bonos y la dedicación exclusiva. Adicionalmente, existen aquellos dirigidos a permitir la práctica privada médica en las instalaciones públicas en horarios distintos a las respetivas jornadas públicas. Ello ocurre, por ejemplo, en Alemania, Italia, Francia e Irlanda. Lo anterior podría permitir según lo demuestra la literatura y, bajo ciertas condiciones, un mayor control y monitoreo sobre la provisión de los servicios, ya que en teoría se prestarán en las mismas instalaciones (García y González, 2011). A la vez, este mismo cuerpo de conocimiento muestra los riesgos de conflicto de intereses por el uso de los recursos y la infraestructura público que ello puede generar.

7.7.1 Abordaje empírico

Para el desarrollo de esta hipótesis se desarrolla en primera instancia una reseña histórica sobre los intentos de regulación de la doble práctica en Costa Rica. Seguidamente se contrastan los tipos de regulación establecidos en la literatura, con respecto a los presentes en el caso de Costa Rica. En términos de fuentes, se

consideraron los cuerpos normativos existentes. Adicionalmente, se toman los eventos de doble práctica reportados por las noticias que tuvieron algún tipo de consecuencia legal o administrativa y; posteriormente, se analiza la forma en que estas acciones se insertan en alguna de las categorías que reporta la literatura y la efectividad de las mismas (ver cuadro 6).

Las acciones identificadas en las noticias para abordar la doble práctica se clasifican según sea su tipo regulatorio: autorregulativa, de incentivos, restrictiva o de prohibición. Adicionalmente, se incluyen medidas del tipo “sanciones” las cuales, pese a que no tratan de condenar a la doble práctica de manera específica, incluyen aspectos de directa relevancia para el funcionamiento de esta práctica.

Un ejemplo de medidas autorregulatorias es el llamado que hace el Colegio de Médicos y Cirujanos respecto a denunciar las infracciones a la ética cometidas por los profesionales y el deber de velar por el noble cumplimiento de la profesión. La regulación mediante incentivos, se expresan normativamente en la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas. Este es el tipo de regulación que con frecuencia reporta la prensa escrita respecto a honorarios pagados para asegurar la disponibilidad médica. Las prohibiciones se definen a partir de las consecuencias que han tenido diversos profesionales médicos por actuaciones incorrectas en sus prácticas privadas en casos como: redireccionamiento de pacientes, abandonos injustificados, uso de recursos públicos, entre otros. Es decir, incluye todas aquellas medidas que han sido tomadas por las instituciones donde se evidencian casos claros de incumplimientos a las prohibiciones mostradas en el cuadro 7.

7.7.2 Hallazgos

En este apartado se hace una reseña histórica sobre los intentos de regulación de algunas prácticas médicas. Posteriormente, se recopilan y caracterizan las medidas regulatorias existentes en Costa Rica para el funcionamiento de la práctica médica privada. Estos instrumentos son el Código de Ética del Colegio de Médicos, la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, Reglamento Incentivo por disponibilidad para directores y subdirectores médicos de hospitales y directores médicos de áreas de salud. Seguidamente, se presenta una síntesis del abordaje estatal en los casos mostrados en prensa.

7.7.2.1 Dimensión histórica sobre intentos de regular doble práctica

En Costa Rica la doble práctica no se nombra como tal, sin embargo, históricamente se han desarrollado algunos acontecimientos que han generado tensiones entre la práctica pública y privada de los médicos.

En 1941 la mayoría de los médicos dividían su tiempo entre su práctica en alguno de los hospitales de Caridad del país y su práctica privada. No obstante, la creación del Seguro Social suponía una amenaza a su ejercicio en lo privado. A pesar de esto, en sus comienzos la seguridad social se constituyó como una solución para la población de menos recursos (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016) y, por lo tanto, no afectaba de forma directa a los médicos que tenían doble práctica.

Para el desarrollo de sus funciones, la CCSS inicialmente subcontrató servicios del hospital de Caridad San Juan de Dios, sin embargo, rápidamente se gestaron conflictos entre la institución y los profesionales médicos, ya que la Caja consideraba que el acuerdo de subcontratación no funcionaba porque se los médicos cobraban tarifas excesivas a los pacientes asegurados y las medicinas terminaban siendo más caras que en las farmacias privadas. En respuesta a esto, la Caja decidió ampliar su oferta con el lanzamiento de servicios ambulatorios y hospitalizaciones, al mismo tiempo que se extendieron sus instalaciones (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

En el año 1944, se creó la Unión Médica (UM), para defender y representar los intereses del gremio de médicos. En primera instancia el sindicato accedió a que todos los médicos trabajaran con la CCSS. Sin embargo, rápidamente empezaron los roces con la institución cuando esta eliminó el tope salarial para los ricos, de manera que los médicos vieron su práctica privada amenazada. En contraposición a la iniciativa de la Caja, la UM argumentaba que era mejor ampliar los servicios a la clase obrera en su conjunto y luego sumar a los grupos de mayor capacidad adquisitiva. (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

Las negociaciones entre la UM y la CCSS fracasaron, cuando los primeros se opusieron al tope salarial que quería establecer la Caja de 400 a 600 colones. En respuesta a esto, realizaron una huelga que paralizó la prestación de servicios, lo que obligó a la Caja a retirar la iniciativa de aumentar el tope (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

La articulación de la huelga representó un triunfo para el gremio de médicos y sus intereses por proteger su práctica privada (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

Durante los años siguientes, la Caja continuó contratando médicos hasta convertirse en el principal empleador y el compromiso de estos con el sistema de seguridad social se hizo más fuerte, sin embargo, el impulso de reformas durante los 70s en pro del universalismo generó nuevas disputas (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016

La eliminación del tope salarial generó resistencias entre el gremio de médicos, su principal preocupación tenía que ver con la elección médica, ya que no querían verse obligados a trabajar únicamente para el sector público, sin embargo, los hacedores de políticas les garantizaron que podrían mantener la opción privada (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016

En los 70, comenzaron a gestarse debates en torno a la reorganización de la red de hospitales y a plantearse posibilidades de reforma, entre estas, el traspaso de los hospitales a manos de la Caja. Esta medida también generó incomodidad entre los médicos, que temían por sus condiciones laborales. Sin embargo, finalmente el cambio condujo a mejores salarios y condiciones laborales para la mayoría de los médicos involucrados (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Con la crisis económica de los años 80, el gasto social se redujo considerablemente y el sector salud se vio fuertemente golpeado. Ante este panorama, la CCSS tuvo que responder con medidas de corto plazo. Durante la administración del gerente ejecutivo Guido Miranda, se exploraron distintas iniciativas para reducir costos y aumentar la eficiencia con la participación privada (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Entre las medidas, se impulsó a las empresas a tener un médico general en sus instalaciones y se creó un programa de medicina mixta que se financiaba mediante gastos de bolsillo y el seguro social (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Sin embargo, estas medidas tuvieron un impacto limitado en la arquitectura general, pero no ocurrió lo mismo con los cambios en los acuerdos laborales de los médicos a raíz de la crisis, cuyo impacto generó una mayor fragmentación que los experimentos pro mercado (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Como parte del intento por disminuir gastos, la CCSS eliminó buena parte de los servicios que ofrecía los sábados y estableció dos horas adicionales en el horario semanal, sin embargo, la inercia institucional impidió el aprovechamiento de las horas adicionales y como resultado, se perdieron alrededor de horas de servicio a la semana por médico. De la mano con lo anterior, se flexibilizaron los controles de los acuerdos laborales, por lo que como señaló un ex funcionario estatal de alto rango, entrevistado por Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, era común ver a los jefes de servicio operando a media

mañana fuera de las instalaciones de la CCSS (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Para 1982, la situación se agudizó. El entonces mandatario Rodrigo Carazo, se comprometió a aumentar los salarios de los médicos en un 35% más que el salario de los demás empleados públicos. Sin embargo, las condiciones económicas del país impidieron la implementación de la medida y en respuesta a esto, los médicos organizaron una huelga que duró 45 días (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016)

Su articulación y movilización dio resultados y se estableció un aumento automático a los salarios de los médicos, para conservar la diferencia entre el salario de estos y el de los demás empleados públicos, brecha que mantiene en la actualidad. Sin embargo, no se discutió nada relativo a su desempeño a la doble práctica (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016).

En la década de los 90, el Banco Mundial otorgó un préstamo con el que crearon los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y de la mano con esto, se intentó impulsar una nueva administración pública dentro de la CCSS. Particularmente, el Banco Mundial propuso iniciativas para mejorar la planificación y administración de los servicios y para algunos, los cambios que se querían implementar abrían paso para la promoción de la competencia público-privada. Por ejemplo, con los acuerdos de desempeño que se planteaba que abrirían unos 20 procedimientos al sector privado (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Algunos sectores, también consideraron la reforma como un esfuerzo por disciplinar a los médicos y aumentar la eficiencia en su desempeño sin involucrar al sector privado. Por ejemplo, la Dra. Julieta Rodríguez, que fue médica administradora en la CSS, en la administración (1994–1998) consideraba que los compromisos de gestión eran necesarios, ya que algunos médicos utilizaban tiempo público para operar en consultas privadas (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Sin embargo, durante esta etapa, los médicos se opusieron a cualquier iniciativa que afectara su autonomía, regulara sus condiciones laborales o limitara la doble práctica (Clarke, 2002, en Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016). Por ejemplo, se opusieron a los intentos de vincular los salarios médicos con indicadores de desempeño y en 1990, un esfuerzo por acabar con la doble práctica en horas laborales en Puntarenas se vio truncando cuando los médicos se lanzaron de forma masiva a las calles (Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Asimismo, en el 2003, la Unión Médica Nacional protestó contra iniciativa de la Caja que involucraba a investigadores privados con el fin de reducir los biombos y el manejo irregular de las listas de espera, finalmente la administración detuvo la investigación (La Nación, 2003, en Martínez Franzoni y Sánchez- Ancochea, 2016).

Los acontecimientos mencionados muestran que los intentos por regular o eliminar la doble práctica médica han encontrado históricamente la resistencia del gremio de médicos, que ha sabido utilizar distintos mecanismos para manifestar su poder y obstruir los intentos por limitar su práctica dual o modificar sus condiciones laborales.

7.7.2.2 Regulaciones formalmente establecidas

A continuación, se sintetizan los artículos presentes en el marco jurídico costarricense, las cuales, pese a que no tratan de regular la doble práctica de manera directa, incluyen regulaciones de directa relevancia para el funcionamiento de la doble práctica[4]. Buscamos así clasificar cada una de provisiones identificadas según el tipo de regulación a la que corresponda (autorregulación, incentivos, restricciones o prohibición). Los hallazgos se sintetizan en el cuadro 7. Adicionalmente, se incluye la categoría de sanciones en el cuadro 8, como medidas regulatorias existentes que pretenden castigar faltas en la ética de los profesionales médicos.

Como se muestra, el ordenamiento jurídico costarricense presenta medidas que se corresponden con cada uno de los tipos que se presentan en la literatura, excepto en lo que respecta a la restricción y prohibición directa de la práctica privada.

[4] Para esta sección se solicitó a la Auditoría general de Servicios de Salud del Ministerio de Salud información sobre si la doble práctica ha sido sujeta de alguna inspección, o si la regulación de cumplimiento horario ha sido sujeto de alguna auditoría. No obstante, la auditoría dijo no ser competente en este tema en tanto que esto le corresponde al ente empleado (CCSS y hospitales), o al Colegio de Médicos. Además, se revisaron los informes de la auditoría disponibles en línea desde el 2010 al 2017 y no se encontraron informes sobre este tema.

Cuadro 7
Regulación de la doble práctica en Costa Rica

Tipo	Medida	Síntesis del contenido	Fuente
1) Autorregulación	Gestión de rendimientos, a través del: Colegio de Médicos y Cirujanos	Tiene el deber de velar por que la medicina se ejerza bajo parámetros éticos. Además de que el Colegio tiene la potestad de emitir advertencias, represiones, multas, suspensiones temporales; como medidas correctivas si se incumplen los parámetros establecidos.	Arts. 3 y 21 de Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos
	Entre pares	Todo profesional tiene el derecho de denunciar ante la Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos, infracciones a la ética incurridas por un/a colega.	Art. 96 del Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S
	Presión de los usuarios	No se identificó	No se identificó
2) Incentivos (Dedicación exclusiva en el sector público, suplementos salariales, promociones)	Práctica privada se permite en las instalaciones públicas	No existe como incentivo. Al contrario, se establece que el médico no debe utilizar los recursos de las instituciones públicas para ejecutar procedimientos médicos en pacientes de su práctica privada, como forma de obtener ventajas personales.	Art. 47 del Código de Ética Médica
	Pagos por disponibilidad para directores y subdirectores médicos	Pagos hacia directores y subdirectores médicos de un rubro de prohibición de ejercicio profesional fuera de la institución pública.	Art.4 de Reglamento Incentivo por disponibilidad para directores y subdirectores médicos de hospitales y directores médicos de áreas de salud

Tipo	Medida	Síntesis del contenido	Fuente
	Pago por antigüedad de servicio	Se les paga un 5,5% por cada año de antigüedad en el servicio (incluido el trabajo realizado en cualquier institución del Estado)	Art.5 Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas.
	Dedicación a carrera hospitalaria	Un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera hospitalaria	Art. 5 Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas.
	Aumento de los salarios médicos públicos	Cuando se efectúen aumentos de salarios para los funcionarios públicos, las personas profesionales médicas tendrán el mismo aumento porcentual. Y por ningún motivo, el salario total promedio de estos profesionales podrá ser inferior al salario total promedio de otros funcionarios públicos.	Art. 12 Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas
	Incentivo de dedicación a la carrera administrativa	Un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera administrativa	Art. 5 Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas.
	Pago por consulta externa	Un 3% por cada hora de consulta externa a partir de la quinta hora sobre el salario total.	Art. 5 Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas.
	Dedicación a zona rural	Los profesionales en ciencias médicas que presten servicios zonas de comodidad relativa, incomodidad media y alta incomodidad según lo establecido en el actual reglamento de zonaje de la CCSS o su equivalente en otras instituciones, tendrán un incentivo por dedicación a la zona rural del 10%, 12% y 14%, respectivamente, sobre su salario base.	Art.10 Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas Art. 12 Reglamento de Zonaje

Tipo	Medida	Síntesis del contenido	Fuente
3) Restricciones	Restricción de la actividad privada	No se identificó	No se identificó
	Restricción de ganancias en lo privado	No se identificó	No se identificó
	Limitación a los servicios de salud ofrecidos en el sector privado	No se identificó	No se identificó
4) Prohibición	Prohibición de la doble práctica	No se identificó	No se identificó
	De uso de recursos públicos	No se pueden utilizar los recursos de las instituciones públicas para ejecutar procedimientos médicos en pacientes de su práctica privada, como forma de obtener ventajas personales.	Art.47 de Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S
	De redireccionamiento de pacientes	No se permite el desviar pacientes a otra clínica e institución; en casos donde se refieran o se acepten pacientes referidos el profesional médico no debe de recibir comisión u otras ventajas.	Art. 46 de Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S
	De cobro por servicios en instalaciones públicas	No se pueden cobrar honorarios al paciente asistido en instituciones públicas de salud, salvo en situaciones reglamentadas.	Art. 82 de Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S

Fuente: Elaboración propia con base en Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609- S, Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, Reglamento Incentivo por disponibilidad para directores y subdirectores médicos de hospitales y directores médicos de áreas de salud, Ley de Incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas.

Con respecto a las sanciones, estas se dividen según sean de tipo gravísimas, graves o leves. Véase Cuadro 9.

Cuadro 8
Sanciones al personal médico en Costa Rica

Sanciones	Gravísimas	Por abandonos injustificado de un paciente en peligro de muerte, y en casos donde haya un aprovechamiento ilegal para beneficio propio de los bienes del Estado.	Art. 195 incisos b y g de Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S
	Graves	Abandono injustificado de un paciente, si ello no constituye falta gravísima.	Art. 196 inciso g de Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S
	Leves	No honrar compromisos entre colegas. La falta de respeto o de consideración hacia un colega o un paciente, si ello no constituye falta grave o gravísima. El incumplimiento de deberes establecidos en el código y que no se considere una falta gravísima o grave.	Art.197 incisos a,b y c de Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609-S

Fuente: elaboración propia con base en Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

La revisión del ordenamiento jurídico nos muestra, primero, que no existe una regulación específica para la doble práctica. Segundo, existen regulaciones de la práctica médica, en las cuales se abordan tanto la práctica pública y la privada y, con ello, indirectamente, de la doble práctica.

Para el caso de autorregulación, la literatura comparada demuestra que en aquellos países donde hay una proliferación incontrolada y no regulada de la práctica privada, esta medida no es efectiva. Por lo que solo funciona en países que tengan un monitoreo eficiente de los servicios que brinda (Alaref et al. 2017). Si bien Costa Rica cuenta con un sistema de salud con cobertura universal, no cuenta con un mecanismo efectivo de regulación de la doble práctica, de igual forma, la capacidad de monitoreo ha sido deficiente, como se demuestra en los apartados anteriores.

Con respecto a los incentivos, la normativa costarricense compensa financieramente en varias modalidades a los profesionales médicos, en categorías adicionales a las identificadas por la literatura; por ejemplo, en los casos de incentivos por antigüedad en el servicio, pagos por consultas externas y por laborar en zonas rurales, además del otorgamiento de honorarios por la dedicación en carrera hospitalaria y administrativa.

Todos estos incentivos no involucran temas regulatorios hacia la doble práctica como se presenta en algunos países según la literatura comparada, ni tampoco están asociados al rendimiento de los profesionales médicos, sino que tratan de fomentar un ambiente laboral atractivo, con condiciones que compensen lo que ganarían los y las profesionales en su práctica privada.

Este tipo de regulación podría atender el problema de la competencia entre el tiempo laborado en lo público y en lo privado, uno de los mayores inconvenientes de la doble práctica (Ferrinho et al. 2004). Sin embargo, el problema es que este tipo de regulación no responde al desempeño médico. Aunado a lo anterior, para que este tipo de regulación de resultado es necesaria la existencia de una burocracia en donde haya buen funcionamiento y transparencia entre las partes (Ferrinho et al. 2004). Además, la existencia de la figura de los incentivos puede generar conflictos de intereses y competencia por el uso del tiempo médico y los recursos de los hospitales (Alaref et al. 2017).

Para el caso regulatorio costarricense, no existen restricciones para el ejercicio de la doble práctica. Ello es así, a pesar de que la literatura comparada muestra que este tipo

de regulación puede, en combinación con otros, tener un papel beneficioso en el fortalecimiento de los sistemas de salud públicos (veáse cuadro 8). La literatura muestra además, que puede haber diferentes vías de restricción, a la cantidad de servicios que un médico puede proveer o a los ingresos máximos que los médicos puedan generar en la práctica privada, respectivamente (García- Prado y González, 2011).

Las medidas prohibitivas mostradas por el marco regulatorio costarricense están enfocadas específicamente en evitar situaciones en las que los profesionales médicos pongan recursos públicos y transferencia de pacientes el servicio del lucro propio. No se hace, sin embargo, mención alguna, al fenómeno de la doble práctica. De acuerdo con la literatura comparada, los efectos de la prohibición dependen en gran medida del grado y tipo de especialización y del mercado privado disponible en cada caso. Por ejemplo, especialistas neurocirujanos como los que recientemente separaron a bebés siameses en Costa Rica, nunca podrían llevar a cabo una cirugía de ese costo ni adquirir el conocimiento práctico que esta conlleva, en el sector privado. Mediado entonces por el grado y tipo de especialización, la prohibición de esta práctica podría alentar a los mejores doctores a salirse por completo del sistema de salud público (Flood, 2012). Ello es en particular el caso si los médicos valoran que sus salarios y condiciones laborales son insuficientes (Ferrinho et al. 2004). Sería de esperar que esta valoración también sea relativa a la comparación que distintos perfiles de médicos/as hacen con las opciones privadas. Podría ser, por ejemplo, que la prohibición fuera más tractiva para profesionales jóvenes que para aquellos avanzados en su carrera profesional.

Si bien en Costa Rica, no existe una regulación explícita de la doble práctica médica, se consideró relevante reseñar si ha habido intentos de establecer dedicación exclusiva o prohibición como medidas para desalentar la doble práctica.

Por esta razón se desarrolló la siguiente sección.

7.7.2.2 Iniciativas de pago de dedicación exclusiva y prohibición para los médicos de la CCSS

El pago de los rubros de dedicación exclusiva o prohibición para los médicos que laboran en la CCSS, puede considerarse como una vía para retener el personal en el sector público y limitar su práctica privada. Sin embargo, actualmente el rubro de dedicación exclusiva no aplica para la práctica médica clínica en la CCSS. Además, la prohibición se

paga solo en algunos puestos específicos que, por la naturaleza de las funciones, se considera que demandan (Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, 2017).

La dedicación exclusiva se refiere al ejercicio profesional de un funcionario únicamente para la institución que le contrató, de manera que se prohíbe que ejerza su profesión en forma remunerada o ad honorem. El régimen de dedicación exclusiva permite pagar una retribución económica al funcionario por prestar sus funciones únicamente al órgano público que contrató sus servicios (Dirección General de Servicio Civil, 2009).

De acuerdo con una entrevista realizada a un informante calificado del Subárea y Diseño de Valoración de Puestos de la CCSS,no existen iniciativas que se hayan impulsado desde la institución para pagar el rubro de dedicación exclusiva a los médicos. Se trata de una modalidad de contrato que no aplica para estos profesionales, porque su ejercicio está regido por la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas. En dicha ley, se establecen los aumentos e incentivos que les corresponden y el rubro de dedicación exclusiva no aplica para los médicos.

Según lo reportado por este departamento, desde la Caja no se ha tratado de establecer dedicación exclusiva para los médicos. Por el contrario, son estos profesionales los que en varias ocasiones han acudido a esta unidad para solicitar que se les pague este rubro. Sin embargo, dichas solicitudes se deniegan porque la ley que les rige establece otro tipo de incentivos (Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, 2017).

Al no existir dedicación exclusiva, los médicos pueden mantener su ejercicio público y privado y como se ha documentado en esta investigación, en ocasiones la falta de regulación y controles, deja espacios abiertos para que utilicen el tiempo público para labores privadas. Respecto a este tema, el departamento informó que desde la CCSS realizan un control cruzado para verificar cuáles médicos mantienen un trabajo en el sector privado al tiempo que se desempeñan en lo público y revisan que sus horarios en lo privado no choquen con su tiempo en la Caja.

Para realizar este control cruzado, la CCSS envía una carta al departamento de recursos humanos del lugar de trabajo en lo privado del médico y les solicita que notifiquen que los horarios que tiene no entran en disputa con su horario en la Caja. Sin embargo, a pesar de que se indique que no existe choque en los horarios, algunos médicos usan tiempo público para labores privadas porque como señala el departamento, los controles son insuficientes y en este caso, le corresponden a cada hospital y no a la parte administrativa de la institución (Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, 2017).

Por otra parte, el rubro de prohibición, es aquel que se paga a ciertos funcionarios para que se inhiban de manera obligatoria a ejercer funciones propias del cargo o la profesión que ostenta fuera de la institución, así como actividades del ejercicio liberal de la profesión (Centro de Información Jurídica en Línea, s.f.)

En cuanto a la prohibición, en el Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, informaron que este rubro se paga a puestos específicos, en los que por el tipo de cargo hay riesgo de enriquecimiento ilícito. De manera, que no se trata de una medida para retener personal o limitar doble práctica, sino para prevenir corrupción en el ejercicio público (Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, 2017).

Según este departamento, la Caja no tiene planes de limitar el ejercicio médico en la práctica privada, porque los médicos no tendrían incentivos para permanecer en lo público, ya que en la práctica privada reciben altas remuneraciones por las consultas realizadas (Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, 2017).

A continuación, se presentan los cargos que tienen prohibición en la Caja, dentro de los que se encuentran algunos puestos ocupados por médicos.

Cuadro 9
Profesionales de la CCSS con rubro de prohibición

Grupo ocupacional	Cantidad de funcionarios
Inspector de Leyes y Reglamentos 2 y 3	346
Directores Médicos Áreas de Salud tipo 1, 2 y 3	102
Director Administrativo Financiero Área de Salud Tipo 1,2 y 3	81
Jefatura de Área	90
Administrador Sucursal 1. 2, 3 y 4	75
Director y Subdirectores Médicos Hospitales	38
Director Institucional de Sede	28
Director Administrativo Financiero Hospitales	31
Subdirectores de Sede	13
Supervisor de Leyes y Reglamentos	13
Jefe de gestión de Bienes y Servicios 1 y 2	13
Jefaturas de Subárea	14
Jefes en tecnologías de Información y Comunicaciones 2	5

Fuente: Subárea y Diseño de Valoración de Puestos, 2017

Directores Regionales de Servicio Financiero-Administrativo	4
Director Servicios Informáticos	1

7.7.2.3 La regulación en la práctica

A continuación, se presenta una síntesis del abordaje estatal en los casos mostrados en la prensa escrita examinados, como manera de dar elementos acerca de la efectividad de la regulación que se discutió en la sección previa.

7.7.2.2.1 Autorregulación

En los casos en que los profesionales médicos han realizado incumplimientos de las prohibiciones, la figura del Colegio de Médicos y Cirujanos es pasiva en cuanto a la recepción de denuncias por casos específicos. Por ejemplo, en el caso del médico del Hospital de Niños que abandonó una cirugía cardiaca para atender un paciente en su práctica privada, el Colegio alegó fallas en cuanto a la ética del cirujano, y no realizaron un reporte sobre las indagaciones realizadas en este caso ni sobre cuáles iban a ser las sanciones correspondientes otorgadas al médico implicado (Díaz, 2014).

Además, desde el Colegio de Médicos y Cirujanos se manifestó el hecho de que este caso se trata de un hecho aislado, una excepción al comportamiento registrado por sus profesionales médicos. Lo anterior justificando lo sucedido a partir de la importancia de la atención de las urgencias en las prácticas privadas. De manera que el presidente de dicho colegio manifestó en prensa que: “Esto, en medicina, da vueltas. Usted no puede prevenir en qué momento sucede una emergencia (de su consulta) particular” (Ávalos, 2015).

7.7.2.2.2 Incentivos

La prensa reporta la existencia de múltiples incentivos hacia los profesionales médicos. Así, la CCSS representa actualmente la institución con mayor gasto en este tipo de compromiso en el conjunto del sector público (Zúñiga, 2016).

Los funcionarios que reciben mayores salarios corresponden a especialistas en Neonatología, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Anestesia. Se trata precisamente de las mismas especialidades respecto a las cuales la prensa escrita reporta más casos de doble práctica (véase en las secciones 7.2 y 7.3)

No se encontraron reportes en la prensa escrita que permitan pensar que las autoridades pueden o hacen uso de los incentivos como instrumentos para premiar o desestimular una adecuada práctica pública, en cuenta aquella que lleva una adecuada relación entre práctica pública y privada.

Si bien existen incentivos para que los profesionales médicos se mantengan en el sector público, la problemática con este tipo de regulación, como lo señala la literatura, es que no necesariamente se corresponden con indicadores de desempeño de los profesionales que puedan promover eficiencia y, en general mejoras que se reflejen en resultados universalistas. Es decir, en Costa Rica los incentivos otorgados no dependen de la efectividad en el desempeño público, por lo que, no tienen que ver con el cumplimiento de los horarios o la adecuada atención a los pacientes, de manera que esta regulación no necesariamente se ve traducida en un fortalecimiento de la práctica pública.

7.7.2.2.3 Sanciones y prohibiciones

El tratamiento de los casos presentados por la evidencia examinada a partir de medios de prensa escrito se ha llevado en varios niveles. La CCSS ha priorizado, en primera instancia, la investigación a lo interno de cada hospital. En un segundo momento estos casos se han elevado al Centro para la Instrucción de Procedimientos Administrativos (CIPA). En tercera y última instancia, algunos de los casos, aquellos que a juicio de la institución conllevan delitos, se han trasladado a la Fiscalía.

Desde el ámbito administrativo, se reportan en las noticias sanciones como la remoción del cargo, la restitución y/o las suspensiones con goce de salario cuando se ha hecho abandono del lugar de trabajo. No obstante, las sanciones no parecieran tener el rendimiento esperado. Por ejemplo, en el caso del cirujano que abandonó el quirófano para atender a un paciente privado, el Hospital de Niños te tomó dos años hasta hacer efectiva alguna sanción sobre lo ocurrido (Ávalos, 2015).

Con respecto a casos de robos y uso de equipo público con fines privado, se atribuyen los problemas de este tipo a un tema de falta de control y fallas administrativas por parte de los hospitales públicos, mas no se ha tratado de incorporar medidas que prevengan este tipo de situaciones.

La Caja además tiene pendientes sanciones para médicos quienes recibían comisiones por parte de una empresa privada al referir a pacientes asegurados y atendidos en lo

público a lo privado, pese a que esto esté expresamente prohibido por la normativa de la CCSS (Ávalos, 2015). En lo que respecta a redireccionamiento de pacientes existe además, un vacío regulatorio, en tanto que los auditores de la CCSS manifestaron que actualmente no hay sanciones o procedimientos por escrito donde se señale cuáles son los procedimientos para admitir o no a un paciente de lo privado a lo público (Chavarría, 2014).

7.7.3 Consideraciones finales

En términos de regulación de la doble práctica médica se corrobora la necesidad de que se trate como un asunto que afecta los resultados de política social de salud. Este trato debe ser realista y crítico de las condiciones que generan la doble práctica. Dicha vía es la única forma de crear la posibilidad de contener y desalentar las actividades que generan ganancia y que presentan conflicto de intereses entre el sector público y el sector privado.

En Costa Rica, la doble práctica no se trata como un tema de interés, central para la política pública en materia de acceso, suficiencia y equidad de los servicios de salud. Una hipótesis sobre por qué este fenómeno, pese a su extensión no ha sido regulado, puede ser la autonomía médica, reportada por ejemplo en Clark (2005). La CCSS no reconoce la doble práctica público-privada como tal; tampoco lo hacen otros actores gubernamentales y privados con injerencia en el tema. Las situaciones que se desprenden de esta práctica son individualizadas en casos específicos y etiquetadas como fallas administrativas y de gestión. En este sentido, en el país pareciera que prevalece la autorregulación, no tanto de manera consciente sino supletoria. Solamente en los casos que se encuentran en un limbo entre la legalidad y la ilegalidad es donde las autoridades han hecho uso de los demás tipos de regulación encontrados en el ordenamiento políticos costarricense.

Esta falta de regulación responde en parte a que el gremio médico hace uso de la llamada “autonomía médica”, que implica estar libre de controles hechos por otras ocupaciones, fuera o dentro de un área específica de trabajo, estando así en la cumbre del poder de decisiones en los asuntos médicos y en la toma de decisiones. (Clark, 2002). Además, los actores reguladores como la Asamblea Legislativa, el Gobierno, la CCSS y el Colegio de Médicos y Cirujanos no han abordado el tema como un problema que tiene efectos sobre los resultados de la política de salud. En su lugar lo han abordado desde una individualización del problema, en la cual no se toman medidas preventivas de la doble práctica para mitigar sus efectos perversos al resto de componentes de la arquitectura

pública. En suma, al día de hoy existe un manejo totalmente deficiente de los efectos generados por la doble práctica en lo referente a la política pública de salud.

8. Conclusiones e implicaciones

8.1 Resumen

Con las fortalezas y limitaciones de un primer estudio en esta materia, los hallazgos presentados indican que la doble práctica es un fenómeno extendido. Tal es así que podríamos estar a las puertas de un sistema formalmente público que, en los hechos y de manera creciente, opera como mixto. Ello se refleja en la interrelación existente por medio de mecanismos formales y no formales en las cuales las personas se mueven entre el sector público y privado para recibir la una pronta atención médica, la cual muchas veces se encuentra permeada por criterios de elegibilidad distintos a los estatalmente establecidos.

Este estudio ha llegado a este planteo a partir de un uso novedoso y costo efectivo de datos que en su mayoría existían, pero no habían sido usados para fines académicos. Pensamos que este es, en sí mismo, uno de los aportes que hace este estudio.

Entre los principales hallazgos que fundamentan la afirmación relativa al funcionamiento mixto de un sistema definido formalmente como público, se encuentran que:

- La doble práctica tiene incidencia sobre la promoción que realizan los médicos en la prestación de sus servicios, valiéndose de su experiencia obtenida previamente en el sector público, con el fin de darle valor a su ejercicio en el sector privado. Así, un tercio de los currículums médicos revisados se promocionan a partir de su práctica privada. De ellos, una mayoría corresponde a profesionales en un rango entre los 40 y 49 años de edad.
- Pese a que en la prensa no se reporta el fenómeno de la doble práctica como tal, se evidencian efectos de este sobre la cobertura, suficiencia y equidad. Lo anterior, toda vez que la doble práctica implique a) una reducción de la oferta de servicios por parte de los profesionales médicos y, b) un acceso selectivo de los pacientes que atienden; alterando así en orden y cantidad a las listas de espera.
- La doble práctica facilita un subsidio de recursos públicos para la atención de consultas privadas, utilizando así: equipo, recurso humano, infraestructura y

tiempo del sector público; con el fin de maximizar las ganancias percibidas por los médicos.

- Los servicios públicos de salud se ven afectados en la medida en que la Caja Costarricense del Seguro Social debe asumir los costos de procedimientos o casos que se atienden inicialmente en el sector privado y que luego son transferidos a instalaciones públicas. En su mayoría, se tratan de complicaciones de cirugías cosméticas realizadas en estéticas privadas y que por complicaciones o errores se debieron transferir al sector público; además de la atención de embarazos múltiples.
- La doble práctica conlleva a que la capacidad de pago se convierta en un criterio adicional de elegibilidad paralelo a los formalmente establecidos para la población asegurada. Esta situación se presenta en la medida en que, ante una urgencia en el tratamiento u operación, las personas aseguradas recurren a pagos privados de profesionales médicos en doble práctica exigiendo una pronta atención que puede ser canalizada desde el sector público, privado o una combinación de ambos.
- De manera que, la igualdad en el acceso de la salud pública de las personas aseguradas se ve comprometida cuando, quienes pueden costearse los servicios de salud, obtienen mayores beneficios en cuanto a la rápida atención desde el sector público.
- Por lo que el acceso a los servicios de salud pública se ha ido erosionando en tanto se ha mercantilizado su acceso y ha conllevado al sistema de salud hacia un modelo de atención mixto.
- El análisis en mayor detalle de dos hospitales nacionales seleccionados es aleccionador. A pesar de tratarse de los dos hospitales menos abordados en la prensa escrita examinada como ámbitos de doble práctica, los hospitales de Heredia y Alajuela, determinamos una mayor concentración de oferta privada alrededor de los hospitales públicos. A mayor cercanía de ambos hospitales, mayor cantidad de centros médicos y de profesionales médicos privados, Asimismo, en Heredia se presenta un aumento de la oferta de servicios privados luego de la inauguración del Hospital San Vicente de Paúl en el 2010. Si bien esta evidencia no demuestra doble práctica, sí la sugiere en tanto facilita la ida y venida de médicos de unos a otros tipos de servicios.

8.1.1 Sobre el tratamiento del fenómeno por parte del Estado Costarricense

- La doble práctica es un fenómeno extendido, sin embargo, no se nombra ni se reconoce como tal y esa falta de reconocimiento propicia que no exista una regulación específica para esta práctica.
- En la normativa costarricense existen algunas medidas regulatorias para el funcionamiento de la práctica médica privada, sin embargo, no regulan la doble práctica de manera expresa, por lo que se carece de instrumentos para desalentar o disminuir la actividad.
- De acuerdo con la información que fue recopilada en la prensa, los casos de doble práctica que infringen una norma expresa se procesan de conformidad con lo establecido en las vías administrativas o judiciales, pero no se problematizan como parte de un fenómeno extendido, sino que, por el contrario, se penaliza de manera individual.
- En la actualidad, la interacción entre los componentes de la arquitectura y específicamente, las dinámicas asociadas al componente de la opción privada muestran que existe una diferencia entre lo establecido en la norma respecto al sistema de salud y lo que opera en la práctica. En la norma se trata de un sistema de salud con cobertura universal y dominio de lo público y en la práctica de un sistema mixto, donde tanto el Estado como las opciones privadas tienen una participación importante en la prestación de servicios.

Las implicaciones tienen tanto que ver con la política pública como con la investigación social en la materia.

8.1.2 En materia de política pública:

Los hallazgos presentados en este estudio permiten argumentar que el país se encuentra en los hechos, frente a una encrucijada. Bien debe decidir si impulsa regulaciones dirigidas a mantener un sistema público de salud universal, o establece las normas y regulaciones pertinentes para tener un sistema mixto. Es actualmente incierto cuáles son los actores que quebrarían una lanza por lidiar explícitamente con la doble práctica. Por el contrario, parecería haber un estatus quo que admite muchos ganadores, incluyendo las salidas individuales y de bolsillo de una parte de las propias personas aseguradas.

8.1.3 En materia de investigación:

- Son necesarias las investigaciones que brinden más datos sobre la doble práctica médica en el país, incluyendo el dimensionar la extensión de este fenómeno a partir de la solicitud de esta información a todos los doctores.
- Investigaciones cuyo foco de atención se centre en la experiencia de los propios profesionales médicos que laboran en los sectores público y privado de salud, simultáneamente.
- En términos de las consecuencias de la doble práctica, es pertinente plantearse estudios que la reconstruyen y evalúen desde la perspectiva y las prácticas de las propias personas. Estas personas "navegan" simultáneamente de los servicios públicos y privados, así como la compleja maraña de relaciones de facto que existen entre ambos tipos de servicios. Por ejemplo, se podría analizar la presencia o ausencia de la doble práctica médica desde las diferentes etapas por la que recorre un paciente asegurado (diagnóstico, tratamiento y seguimiento).
- Sería relevante determinar, no ya las consecuencias de la doble práctica médica sobre la arquitectura pública, sino sus causas en Costa Rica. Ello plantearía examinar factores micro, relacionados con las motivaciones económicas y no económicas de las y los profesionales médicos, por un lado. Por el otro, parecería relevante examinar los acontecimientos históricos que incentivaron o propiciaron un mayor involucramiento de los médicos en doble práctica.

  Trabajos previos han sugerido una relación entre la manera en que se enfrentó la caída salarial asociada a la crisis económica de los años 80 (véase Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016, pág. 153). Ello se basa en reportes de protagonistas, pero no en un dimensionamiento de la doble práctica antes y después del momento de crisis. Además, sería relevante determinar las posibles relaciones causales entre la doble práctica y el proceso de desconcentración de los hospitales públicos, a partir de las reformas implementadas en los años 90s y la reacción que los cambios introducidos en la gestión de hospitales pudieron generar en una parte del cuerpo médico.
- Para profundizar en el momento actual, sería pertinente desagregar la compresión del ejercicio médico de la doble práctica en términos de variables como la: edad, el sexo y la especialidad médica. Ello permitiría precisar qué mecanismos específicos permitirían enfrentar los efectos dañinos de la doble práctica para la arquitectura pública en qué escenarios.
- Realizar investigaciones que aborden la regulación de la doble práctica y profundicen en si es conveniente regular la doble práctica en todas las especialidades o si hay unas específicas en donde podría ser más efectiva la regulación.

- En términos del proceso de formación de políticas sería pertinente analizar a fondo por qué no se regula la doble práctica en Costa Rica actualmente, pese a ser un fenómeno extendido en el país. También sería oportuno conocer mejor a los actores en cuyas manos ha estado y está el tomar decisiones para regular la doble práctica, sería oportuno contar con estudios desde la economía política, es decir, desde las relaciones de poder y los intereses asociados a la doble práctica. Un aporte importante que podría hacerse a los estudios sobre doble práctica es investigar el papel de los actores en la aprobación o no de políticas regulatorias para esta práctica o de políticas en general que intenten regular el ejercicio médico o la práctica privada Sería oportuno utilizar redes de poder para este fin.
- Evidentemente, hay mucho más que conocer sobre el proceso de crecimiento de los servicios de salud privados en Costa Rica, así como de los distintos tipos de población a que van dirigidos.
- En suma, estamos frente a un ámbito de conocimiento que invita a ampliar los insumos científicos disponibles, así como a ponerlos a dialogar con los actores estatales y de sociedad civil llamados a dibujar escenarios, a incidir políticamente, y a tomar decisiones.

9. Referencias Bibliográficas

Alaref, J. et al (2017). To Ban or Not to Ban? Regulating Dual Practice in Palestine. *Health Systems and Reforms*. 3:1, 42-55.

Amenta, E. (2003). "What we Know about the Development of Social Policy: Comparative and Historical Research in Comparative and Historical Perspective." En James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer (eds.), Comparative Historical Analysis in the Social Sciences (91–131). Cambridge University Press.

Agartan, T. (2012). "Marketization and Universalism: Crafting the Right Balance in the Turkish Healthcare System". *Current Sociology*, 60(4): 456-71.

Araya, J. (2015, 20 de mayo). Universidades fallan en la formación de médicos generales. *Semanario Universidad.*

Ávalos, A. (2016, 16 de setiembre). Hospitales deben asignar fechas de citas a pacientes. *La Nación.*

Ávalos, A. (22 de febrero de 2015). Pifias estéticas pasan su factura a la CCSS. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/pifias-de-esteticas-privadas-pasan-su-factura-a-la-ccss/67UAALMONRCBLNS2I6AEWBJOPM/story/

Ávalos, A. (12 de mayo de 2015). Dos hospitales de la Caja esperan tres partos múltiples. La nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/dos-hospitales-de-ccss-esperan-tres-partos-multiples/Y53VLSN73NBAHHOQBZF5Z2PB2Y/story/

Ávalos, A. (2015, 28 de agosto). CCSS lleva más de 20 años sin resolver listas de espera. *La nación.*

Ávalos, A. (29 de setiembre de 2015). Atención de dos sextillizos le ha costado ¢ 240 millones a la CCSS. Recuperado de: https://www.nacion.com/data/dos-de-cada-100-bebes-de-costa-rica-nacen-en-partos-multiples/5QTZUQC5T5H3VHAX4FL57CBYIA/story/

Ávalos, A. (2016, 19 de setiembre). Médicos especialistas ponen condiciones para trabajar en hospitales públicos. *La nación.*

Ávalos, A. (2014, 9 de octubre). CCSS priorizaría operaciones de los enfermos más urgidos. *La Nación.*

Badilla, A. y Solano, P. (2013). Caja Costarricense de Seguro Social: variables internas que perpetúan la crisis. *Rev. Rupturas* 3(2), Costa Rica, Jul-Dic 2013. ISSN 2215-2466, pp 202-223.

Banco Mundial (2014). "Speech by World Bank Group President Jim Yong Kim on Universal Health Coverage in Emerging Economies." Disponible en www.worldbank.org/en/news/speech/2014/01/14/speech-world-bankgroup-president-jim-yong-kim-health-emerging-economies, accessed March 21, 2014.

Barba, C. (2005) Paradigmas y regímenes de bienestar. FLACSO: México.

Barrows, H. (1986) “A taxonomy of problem-based learning methods“, en Medical Education. Volume 20, Issue 6, Noviembre, páginas 481–486.

Berlinski, S. y Schady, N. (2015) Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. Washington, DC: BID.

Blofield, M. y Martínez Franzoni, J. (2015). UNW Working document

Blofield, M. y Martínez Franzoni, J. (2014). “Work, family and public policy changes in Latin America: Equity, maternalism and co-responsibility”. *ECLAC Review* 114: 101-117.

Brekke, K. Sorgard, L. (2006). *Public versus private health care in a national health service.* CESifo working papers. No. 1679.

Burn-Murdoch, J. y Bernard, S. (2014). “The Fragile Middle: Millions Face Poverty as Emerging Economies Slow.” Financial Times, Abril 13. Disponible en www.ft.com/cms/s/2/95fb1cca-c181-11e3-83af- 00144feabdc0.html#axzz3DCjQtfmf, accessed April 13, 2014.

Cantero, M. (15 de mayo de 2015). Partos múltiples activan la alerta en el Colegio de Médicos en Costa Rica. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/partos-multiples-activan-alerta-en-el-colegio-de-medicos-de-costa-rica/RRUVCCI3ZNAINAFBE4P5GOMQ3I/story/

Cantero, M. (18 de mayo de 2017). Colegio de Médicos investigarán si partos múltiples reflejan irregularidades en fertilización. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/colegio-de-medicos-investigara-si-partos-multiples-reflejan-irregularidades-en-fertilizacion/JKDIB5BBDZDYZKY7OP7RXTDYUU/story/

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (s,f). Hospital San Vicente de Paúl. Recuperado de: http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=27 el 11 de febrero del 2018.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) CCSS (s.f.) Código de Ética del servidor del Seguro Social.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2011). Boletín Informativo. UTLE. Setiembre 2011, en Informe Especial Caja Costarricense del Seguro Social, Defensoría de los Habitantes, 2013.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (2012). Crece población de asegurados independientes y voluntarios. CCSS. Recuperado de: https://www.ccss.sa.cr/noticia?crece-poblacion-de-asegurados-independientes-y-voluntarios

CCPA (2008). “Parallel” Health Care: The Wolf in Sheeps’ Clothing. Winnipeg Free Press.

Chaudhury, N., Hammer, J., Kremer, M., Muralidharan, K. y Halsey, R. (2006) “Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries”, Journal of Economic Perspectives, vol. 20:1, pp. 91-116, Winter.

Chavarría, D. (2014, 10 de diciembre). Vacaciones y licencias alargan listas de espera en el Calderón Guardia, *Semanario Universidad.*

Cháves, H. (2016. 14 de agosto). CCSS en una etapa crucial. *Diario Extra.*

Chue, P. (2007). *Incentives to Dual Practice: New Instituional Economic Analysis of Canada´s mixed public-private health sector.* Tesis para optar por la Maestría en economía.

Clark, M. (2005). Health Reform, Doctors and the Physician Labor Market in Costa Rica. *The Latin Americaist,* Fall: 125- 148.

Clark, M. (2010). "The Recentralization of Health Care Reform in Costa Rica." Occasional Paper Prepared for the Center for Inter-American Policy and Research (CIPR). Department of Political Science, Tulane University, July 21.

Clemens, J. y Esmail, N. (2012). First, Do not Harm: How the Canada Health Act Obstructs Reform and Innovation. MacDonald-Laurier Institute: Canada.

Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No. 39609- S

Cotlear, D. et al. (2014). "Overcoming Social Segregation in Health Care in Latin America." The Lancet, Series Universal Health Care Coverage in Latin America, October 16, 1–9.

Dirección de Administración y Gestión de Personal de la CCSS (2013). Auditoría AGO-253-2013

Dirección de Administración y Gestión de Personal (2011). Análisis sobre incapacidades por enfermedad y licencias por maternidad otorgadas a trabajadores de la CCSS durante el periodo 2008-2010

Dirección de Administración y Gestión de Personal (2014). Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades: Informe sobre incapacidades de los trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social en el 2014.

El Financiero. (2014, 19 de diciembre). Un tumor y las dificultades económicas la llevaron a crear empresa de muñecas de trapo. *El Financiero.*

Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press.

Eggleston, K. y Bir, A. (2006) Physician Dual Practice. Elsevier. Health Policy n° 78, p. 157-166

Ewig, C. (2010). Second-Wave Neoliberalism: Gender, Race and Health Sector Reform in Peru. University Park, PA: Penn State Press.

Ferreira F., et al. (2012). Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class. Washington, D.C.: World Bank (Latin America and Caribbean Studies).

Ferrinho et.al. (2004). *Dual practice in the health sector:review of the evidence.* Human Resources for Health, 2, 1-17.

Filgueira, F. (1998). “El Nuevo Modelo de Prestaciones Sociales en América Latina: Residualismo y Ciudadanía Estratificada.” En Brian Roberts (ed.), Ciudadanía y Política Social (71–116). San José: FLACSO.

Filgueira, F.; Molina, C.; Papadópulos., J.; y Tobar, F. (2006). “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida.” In Carlos Gerardo Molina (ed.), Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina (19–58). Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.

Filgueira, Fernando (2007). *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*. Santiago: CEPAL.

Fischer, A. (2012). *Inequality and the Universalistic Principle in the Post- 2015 Development Agenda*. Institute of Social Studies (The Hague), Erasmus University Rotterdam, November.

Flood, C. (2012). Canada's Approach to the Public/ Private and the Perils of Reform via Court Challenge

García-Prado, A. y González, P. (2011). Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. *J Health Polit Policy Law*, 36 (2), pp. 265-294

Garza, J. (2016, 18 de enero). Salario mínimo de Costa Rica es el más alto de la región. *La República*. Recuperado de: https://www.larepublica.net/noticia/salario_minimo_de_costa_rica_es_el_mas_alto_de_la_region_2016-01-18

Gruen, R. et al. (2002). Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. Social Science & Medicine, 54, pp. 267–279

Gough, I. y Wood, G., con Barrientos, A., Bevan, P. y Room, G. (2004) Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts Cambridge: CUP

Hipgrave, B. y Hort, K. (2014). Dual practice by doctors working in South and East Asia: a review of its origins, scope and impact, and the options for regulation. Health Policy and Planning. (29), 703–716. Recuperado de: https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/703/572310

Hirschman, A. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Cambridge*, MA: Harvard University Press.

Huber, E. (1996). “Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal versus Socialdemocratic Models.” In Gosta Esping- Andersen (ed.), Welfare Status in Transition (141–192). London: Sage Publications.

Huber, E. (2002). Models of Capitalism. Lessons for Latin America. Pennsylvania: Penn State University Press. International Labour Organization (ILO) (2011).

Huber, E. y Stephens, J. (2001). Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets. University of Chicago Press.

Huber, E. y Stephens, J. (2012). *Democracy and the left: social policy and inequality in Latin America.* Chicago: Chicago University Press. "International Labour Conference, Meeting Number 100a Reunion." Report IV. Floor of Social P rotection for Social Justice and Equitable Globalization. Geneva: ILO.

Jamison, D. Summers, L., Alleyne, G., et al (2013) "Global health 2035: a world converging within a generation", *Lancet*, 382: 1898–955.

Jan, et al. (2005). Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? Bull World Health Organ, 83 (10)

Johannessen, K. y Hagen, T. (2014). Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study. *BMC Health Services Research,* 14:299

Jumpa, et al. (2003). Dual Practice of Public Sector Health Care Providers in Peru. HEFP working paper

Kharas, H. (2010). "The Emerging Middle Class in Developing Countries." Working Paper 285. OCDE Development Centre.

Kiwanuka, S. et al (2011).Interventions to manage dual practice among health workers. The Cochrane Library (9). [Preliminary – prepared for EHEW submission]

Korpi, W. y Palme, J. (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.

Kuhn, M. y Nuscheler, R. (2013). Health Outcomes, Waiting Lists and Dual Practice.

Krishna, A. (2010). One Illness Away: Why People Become Poor and How They Escape Poverty. Oxford University Press.

La Nación. (10 de junio de 2015). Colegio de Médicos dictamina guía para inseminación artificial. La nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/colegio-de-medicos-dictamina-guia-para-inseminacion-artificial/V5XV37IMLFCJJCYH3X6KQRRFLA/story/

La Gaceta (29 de octubre del 2004). Ley contra la corrupción y el enriquecimiento ilícito en la función pública.

La Gaceta (28 de abril de 2016). Código de Ética Médica. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Láscarez, C. (1 de mayo de 2015). Mujer de 34 años espera sextillizos en el Hospital México. La nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/mujer-de-34-anos-espera-sextillizos-en-el-hospital-mexico/IX7Y5FJ6CFALLJCYRFABJGN32M/story/

Ley General de la Administración Pública. Ley No. 6227. República de Costa Rica.

Ley de Incentivos a los Profesionales de Ciencias Médicas. Ley No. 6836

Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos. Ley No. 3019.

Mackenzie Torres, T., Buitrago Quintero, M.T., Giraldo Vélez, P. y Parra Sánchez, J.H. (2014). Factores que explican la relación principal-agente en seis empresas de la ciudad de Manizales. *Equidad y Desarrollo* (22), 173-163.

Madore, O. (2006). Duplicate private health insurance: potential implications for Quebec and Canada. Parlamento de Canadá. Recuperado de: https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0571-e.htm

Mahoney, J. (2010). “After KKV: the New Methodology of Qualitative Research.” World Politics, 62(1): 120–147. Martínez Franzoni and Diego Sánchez-Ancochea (2016) “Achieving Universalism in Developing Countries”. Background paper para el Informe Global sobre Desarrollo Humano.

Martinez Franzoni, J. (2008). “Welfare Regimes in Latin America: Capturing Constellations of Markets, Families and Policies.” Latin American Politics and Society 50(2): 67–100.

Martínez Franzoni, J. y Mesa-Lago, C. (2003). Las reformas inconclusas: pensiones y salud en Costa Rica: avances, problemas y recomendaciones. San José: Fundación Ebert.

Martinez Franzoni, J. y Sanchéz-Ancochea, D. (2014) “The Double Challenge of Market and Social Incorporation: Progress and Bottlenecks in Latin America.” Development Policy Review, 32(3): 275–298.

Martínez Franzoni, J. y Sánchez-Ancochea, D. (2016) *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas and Architectures*, Cambridge: Cambridge University Press.

McPake, B., Russo, G., Hipgrave, D., Hort, K. y Campbell, J. (2016). Bull World Health Organ. (94),142–146. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/313503221_Implications_of_dual_practice_for_universal_health_coverage

Mehrotra, S. y Delamonica, E. (2005) “The Private Sector and Privatization in Social Services: Is the Washington Consensus 'Dead'?” *Global Social Policy* 5(2): 41-174.

Mesa-Lago, C. (2008) *Reassembling Social Security: A Survey of Pension and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTTS). (2016). Lista de salarios mínimos por ocupación, segundo semestre 2016. Recuperado de: http://www.mtss.go.cr/temas-laborales/salarios/Lista-salarios-II-Semestre-2016.pdf

Miranda, G. (1994*). La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASS.

Molina, C. y Núñez, J, eds. (2003). Servicios de salud en América Latina y Asia. Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, D.C

Montagu, D. y Goodman, C. (2015) "Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector?" *The Lancet*, online publication 26 June.

Morgan, R., Ensor, T. y Waters, H. (2016) "Performance of private sector health care: implications for universal health coverage, The Lancet, online publication, 26 June.

Morris, K. (3 de marzo de 2015). Obligan a médicos a marcar guardias En el San Juan de Dios. *Diario Extra*

Morris, K. (20 de mayo de 2015). Partos múltiples saturan servicios de neonatología. Diario Extra. Recuperado de: http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/260037/partos-m%C3%BAltiples-saturan--servicios-de-neonatolog%C3%ADa

Morris, K. (2014, 12 de junio). CCSS pagó ¢17.421 millones en incapacidades de sus empleados. *Diario Extra.*

Muiser, J. y Vargas, J. (2012). Health Care Financing and Social Protection in Latin America: the Design of the Costa Rican Health Financing System in View of Financial Risk Protection. San José: La Net/La Red.

Núñez, M. (2016, 7 de junio). Nuevo tarifario médico quedaría fuera de alcance para clase media. *Semanario Universidad.*

Núñez, M. (2016, 14 de setiembre). Sindicatos exigen acciones para atender inopia en la CCSS. *Semanario Universidad.*

Obando, Y. (20 de marzo de 2013). Vacío legal ha permitido "mala praxis" en cirugías cosméticas. Semanario Universidad. Recuperado de: https://semanariouniversidad.com/pais/vaco-legal-ha-permitido-mala-praxis-en-cirugas-cosmticas/

Oxfam (2015). "Having It All and Wanting More." Oxfam Issue Briefing, Oxford: Oxfam.

Pedró, F., Leroux, G. y Watanabe, M. (2015) "The Privatization of Education in Developing Countries, Evidence and Policy Implications". Paris, France: UNESCO.

Pezzini, M. (2012). “An Emerging Middle Class”. Disponible en www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/3681/An_emerging_middle_class.html#sthash.UUUKSh3j.dpuf.

Picado, G.; Acuña, E.; y Santacruz, J. (2003). Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. San José: OPS.

Pribble, J. (2013). *Welfare and party politics in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

Recio, P. (2016, 7 de junio). Salacuartazos evitan desahogar listas de espera en CCSS. *La Nación.*

Recio, P. (2016, 7 de junio). Enfermos esperan hasta seis años por un tratamiento. *La nación.*

Recio, P. (13 de octubre de 2015). Colegio de Médicos señala falta de preparación en hospitales de la Caja para atender partos múltiples. La nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/el-pais/salud/colegio-de-medicos-senala-falta-de-preparacion-en-hospitales-de-la-caja-para-atender-partos-multiples/ST2LSIOF2NHRZLDDNZGYILQUIA/story/

Reglamento Incentivo por disponibilidad para directores y subdirectores médicos de hospitales y directores médicos de áreas de salud. Reglamento 8050

Rodríguez, I. (11 de abril de 2013). Muerte de educadora pone en evidencia la falta de control en clínicas estéticas. La nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/sucesos/muerte-de-educadora-pone-en-evidencia-la-falta-de-control-en-clinicas-esteticas/D63T5ZM7TFGW7ALSTX2BUD4DHA/story/

Rodríguez, I. (9 de mayo de 2015). Sextillizos tienen en alerta a cinco hospitales de la CCSS. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/ciencia/salud/sextillizos-tienen-en-alerta-a-cinco-hospitales-de-la-ccss/YY3RGOCBRVAVXKX4FJ2CG34RHA/story/

Rodríguez, I. (16 de mayo de 2015). Misión sextillizos involucra a casi 50 personas en la CCSS. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/ciencia/salud/mision-sextillizos-involucra-a-casi-50-personas-en-la-ccss/5P2TLCKHAJFS3N4HEFGMF3UFDI/story/

Rodríguez, I. (10 de setiembre de 2015). Quintillizos nacerán en febrero en el hospital Calderón Guardia. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/ciencia/salud/quintillizos-nacerian-en-febrero-en-el-hospital-calderon-guardia/XUVFYM5NVVCE7PC4AWYOPZ66HE/story/

Rojas, L. (11 de mayo de 2015). Gerente Médica de la Caja asegura que es importante regular cantidad de óvulos fecundados. Crhoy.com. Recuperado de: http://www.crhoy.com/archivo/gerente-medica-de-la-caja-asegura-que-es-importante-regular-cantidad-de-ovulos-fecundados/nacionales/

Rojas, L. (12 de mayo de 2015). Embarazos múltiples representan un alto costo para la Caja, entidad podría analizar el tema en Colegio de Médicos. Crhoy.com. Recuperado de:

http://www.crhoy.com/archivo/embarazos-multiples-representaran-un-alto-costo-para-la-caja-entidad-podria-analizar-tema-con-colegio-de-medicos/nacionales/

Rojas, L. (18 de mayo de 2015). Familia se prepara para conocer a sextillizos, ellos son el resultado de una inseminación artificial. Crhoy.com. Recuperado de: http://www.crhoy.com/archivo/familiares-se-preparan-para-ir-a-conocer-a-sextillizos-ellos-son-resultado-de-una-inseminacion-artificial/nacionales/

Rojas, L. (13 de octubre de 2015). Critican capacidad de la Caja para atender partos. Crhoy.com. Recuperado de: http://www.crhoy.com/archivo/critican-capacidad-de-la-caja-para-atender-partos-multiples/nacionales/

Rosemberg, M. (1979). Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica. Editorial Costa Rica: San José.

Sáenz, M.R, Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J.L. (2011). Sistema de salud en Costa Rica. Scientific Electronic Library Online. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011

Sancho, R. (2017). CCSS brinda aseguramiento universal y subsidiado por el Estado a cerca de 150 mil núcleos familiares. CCSS. Recuperado de: http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-brinda-aseguramiento-universal-y-subsidiado-por-el-estado-a-cerca-de-150-mil-nucleos

Schmitter, P. (2013). El diseño de la investigación social y política. En Della Porta y Keating (eds.). Enfoques y metodologías de las ciencias sociales. Traducido por: Raquel Vásquez Ramil. Madrid: Akal.

Sekhri, N. y D. Savedoff, W. 2006. "Trends and Regulatory Challenges in Harnessing Private Voluntary Health Insurance." Ch. 9 en Alex Preker, R. Scheffler, y Michael Basset. 2006. Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe? World Bank, Washington, DC. pp. 241-264.

Sequeira, A. (2016, 4 de enero). Asamblea Legislativa ampliaría enganche salarial a más profesionales. *La Nación*. Recuperado de: http://www.nacion.com/nacional/politica/Asamblea-Legislativa-ampliaria-enganche-profesionales_0_1534446599.html

Skocpol, T. (1992) Protecting Soldiers and Mothers: the Political Origins of Social Policy in the United States. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Socha, K. (2010). Physician dual practice and the public health care provision. University of Southern Denmark: The Research Unit of Health Economics.

Social Services Europe (2012) “Social Innovation: The Role of Social Service Providers“ Briefing paper: Social Europe. 14 pages. Disponible en http://solidar.org/IMG/pdf/sse_-_social_innovation_the_role_of_social_service_providers.pdf

Universidad de Costa Rica (2013) Plan Institucional 2013-2017. http://oplau.ucr.ac.cr/phocadownload/plan_estrategico/Plan_estrategico_institucional_2013-2017.pdf

UNRISD (2010). Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

UNW (2017) The economic empowerment of Latin American and Caribbean Women in hard times protecting and improving signficant, incomplete and unequal change. UNW: New York.

Vargas, A. y Fallas, H. (24 de mayo de 2015). Dos de cada 100 bebés en Costa Rica nacen en partos múltiples. La Nación. Recuperado de: https://www.nacion.com/data/dos-de-cada-100-bebes-de-costa-rica-nacen-en-partos-multiples/5QTZUQC5T5H3VHAX4FL57CBYIA/story/

World Health Organization (2012) World Health Statistics 2012. Geneva: WHO.

Zúñiga, A. CCSS pagará más de ₡542 mil millones en incentivos. *Diario Extra.*