

El sistema de salud costarricense:

¿Cuánto se gasta, qué se consume y quién paga?

Informe de cuentas de salud de Costa Rica, 2017-2019



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD

95
ANIVERSARIO

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



AUTORIDADES

Dra. Joselyn Chacón Madrigal
Ministra de Salud

Dr. César Augusto Gamboa Peñaranda
Director de Servicios de Salud

Dra. María Dolores Pérez Rosales
*Representante país de la Organización
Panamericana de la Salud*

EQUIPO TÉCNICO DE BASES DE DATOS

Equipo de Cuentas de Salud, Unidad de Economía de la Salud del MS

Licda. Mariannela Villalobos Cortés

MSc. Stward Hernández Cruz

Caja Costarricense del Seguro Social

Licda. Brenda María Badilla Montero

Lic. Christian Luna Masís

Licda. Paula Chaves Sánchez

EQUIPO TÉCNICO DEL REPORTE

Unidad Economía de la Salud del MS

Dr. Allan Rímola Rivas
Jefe de la unidad

Licda. Mariannela Villalobos Cortés

MSc. Stward Hernández Cruz

Dr. Frank Cox Alvarado

Licda. Sara Palacios Taleno

Equipo de OPS/OMS

Dr. Gustavo Mery Valdovinos
*Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
en Costa Rica*

Eco. Claudia Pescetto
*Asesora en Economía y Financiamiento
de la Salud*

Dra. Patricia Hernández Peña

Eco. Yansy Vargas Solís

Dra. Andrea Rojas Bolaños

Dra. Rebeca Núñez Guevara

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD DE COSTA RICA

Este informe fue producto del esfuerzo colectivo de funcionarios(as) de las instituciones que forman parte del Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica, que incluyen instituciones públicas y privadas.

RECONOCIMIENTOS

Se reconoce a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) por el apoyo técnico para el desarrollo del sistema de cuentas de salud en Costa Rica y el apoyo financiero para la elaboración y divulgación de este reporte.



Contenido

Acrónimos	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
I. Introducción	8
Funcionamiento del sistema de salud costarricense: principios, modelo de financiamiento, gestión y atención	10
II. Resumen metodológico	15
¿Qué son las Cuentas de Salud (SHA2011) y qué miden?	15
¿Cuál ha sido el proceso de sistematización de las cuentas de salud de Costa Rica?	17
¿Cuáles fueron los principales retos y limitaciones en el proceso de compilar e integrar la información?	18
III. Resultados principales: análisis y discusión	22
3.1 ¿Cómo se compara el gasto en salud en Costa Rica con el de otros países?	22
3.3 ¿Con qué recursos se alimentan los esquemas de financiamiento del sistema de salud?	28
3.4 ¿Cómo se distribuyó el gasto entre proveedores?	31
3.5 ¿Cuál es el gasto en los principales servicios y bienes de salud que la población costarricense consume?	33
3.6 ¿Cuáles insumos concentran el gasto de los proveedores al ofrecer los servicios de salud en Costa Rica?	36
3.7 ¿Cuál es el nivel de inversión de capital en el sistema de salud costarricense?	37
IV. Implicaciones de política pública	40
Caso 1. Gasto en medicamentos por parte del Sistema de Salud	40
Caso 2. Gasto en atención primaria en salud – primer nivel de atención	44
V. Recomendaciones para futuros ejercicios de estimación de cuentas de salud	51
1. Fortalecimiento del equipo de Cuentas de Salud	51
2. Fortalecer la relación del equipo de Cuentas de Salud con las instituciones proveedoras de datos	53
3. Reforzamiento de la difusión de los resultados del trabajo de Cuentas de Salud y la importancia para el sistema de salud	53
VI. Bibliografía	54
VII. Anexos	57
7.1 Reporte de Cuentas de Salud 2017	57
7.2 Reporte de Cuentas de Salud 2018	58
7.3 Reporte de Cuentas de Salud 2019	60

Acrónimos

APS	Atención Primaria en Salud	INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición
BM	Banco Mundial	INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social	INS	Instituto Nacional de Seguros
CEN-CINAI	Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral	ISFLSH	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (por sus siglas en inglés)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	LAC	Latinoamérica y el Caribe
CNE	Comisión Nacional de Emergencias	LOM	Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social
CONACUSA	Consejo Nacional en Cuentas de Salud	MS	Ministerio de Salud de Costa Rica
CRC	colones de Costa Rica	OCDE	OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés)
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud	OMS	Organización Mundial de la Salud
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	ONG	Organización no gubernamental
EPP	equipo de protección personal	OPS	Organización Panamericana de la Salud
EUROSTAT	Oficina de Estadísticas de la Unión Europea	PIB	Producto Interno Bruto
FP	factores de producción	PNA	primer nivel de atención
GHED	Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (por sus siglas en inglés)	PPA	paridad de poder adquisitivo
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares	SHA2011	Sistema de Cuentas de Salud edición 2011 (por sus siglas en inglés)
HAPT	Herramienta de Producción de Cuentas de Salud (por sus siglas en inglés)	SOA	Seguro Obligatorio de Automóviles
HC	funciones de salud o atención de la salud (por sus siglas en inglés)	SUGESE	Superintendencia General de Seguros
HF	esquemas de financiamiento (por sus siglas en inglés)	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
HK	formación de capital (por sus siglas en inglés)	UE	Unión Europea
HP	proveedores de la atención de la salud (por sus siglas en inglés)	UES	Unidad de Economía de la Salud del Ministerio de Salud
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	USD	dólares de Estados Unidos



RESUMEN EJECUTIVO

Las Cuentas de Salud (SHA2011) son un instrumento que provee información sobre el financiamiento del sistema de salud pertinente para el análisis y la toma de decisiones de política pública. Ante la situación actual de Costa Rica y el mundo, que enfrentan múltiples desafíos, incluyendo la pandemia por COVID-19 y una compleja situación económica de gran volatilidad, la información derivada de las Cuentas de Salud se vuelve aún más necesaria. Los datos obtenidos permiten analizar temas clave, como la eficiencia asignativa de los recursos y la sostenibilidad financiera del sistema de salud costarricense, el cual, desde antes de la pandemia, enfrenta retos significativos en su financiamiento y desempeño. Este análisis permite, además, velar por que el gasto público en salud contribuya al logro de las metas del Plan Nacional de Salud, la Estrategia de Cobertura Universal de Salud y, consiguientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El presente reporte cubre el periodo 2017-2019, lo que representa un escenario prepandemia que servirá como línea de base para evaluar el impacto de la COVID-19 en el gasto total en salud¹. Los datos que aquí se presentan y discuten son



un punto de referencia para el análisis futuro del sistema de salud, con respecto a su financiamiento, y asignación para la provisión de los servicios y bienes, así como para identificar la distribución y consumo de recursos entre quienes los proveen. Pueden ser, además, utilizados para estudios de comparación internacional, dada la naturaleza estándar de la metodología del SHA2011, lo que permite optimizar el uso de recursos.

Este es el segundo informe de Cuentas de Salud que emite el país. El primero comprendió el periodo 2011-2016. Dado que se han incorporado nuevas fuentes de información y se ha mejorado sustancialmente el proceso de recolección y análisis de datos, los resultados por ahora no son completamente comparables entre ambos reportes.

A continuación, se resumen algunos de los resultados principales de este reporte:

- El *gasto corriente per cápita* en salud de Costa Rica en 2019 (1636 USD PPA) continúa siendo superior al promedio de América Latina (696 USD PPA), pero inferior al promedio de los países de la OCDE (3413 USD PPA), siendo mayor la diferencia con los países de la OCDE que con los

¹ En 2021, el país publicó un reporte del gasto público en salud para la atención de la pandemia por COVID-19 basado en la metodología SHA2011, convirtiéndose en uno de los primeros países de la región en utilizar esta metodología para estimar el impacto en el gasto en salud de la pandemia por COVID-19.



países de la región latinoamericana en valores absolutos.

- El *gasto público en salud* representó en 2019 el 5.6% del PIB, una proporción que se acerca a la meta de la Estrategia de Salud Universal de al menos 6% del PIB.
- En 2019, el 74% del gasto corriente en salud se cubrió con fondos públicos, incluyendo a los *esquemas gubernamentales* y los *esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios*. Estos últimos están representados principalmente por la CCSS, que es el mayor esquema de financiamiento del sistema de salud costarricense y mayor proveedor de servicios a la población del país. Estos fondos reportan un crecimiento real del 7.5% en el periodo.
- Ese año, las *cotizaciones de los empleadores* a la seguridad social representaron el 42% de las fuentes de recursos que ingresaron a los diferentes esquemas de financiamiento.
- El *gasto directo de los hogares* en salud, también conocido como *gasto de bolsillo*, ha crecido en términos reales en un 14.5% en el periodo de estudio, superando los CRC 600 mil millones y representando el 22% del gasto corriente en salud.
- La estructura del gasto según proveedor y servicios muestra el balance de recursos al interior del sistema de salud de Costa Rica.

Los *hospitales de especialidades y generales* concentraron un 49.8% del gasto en bienes y servicios en 2019, mientras que el primer nivel de atención dispuso del 39% del gasto en ese mismo año.

- Dado que los servicios de salud dependen en gran medida del recurso humano, para el 2019, el 51.6% del gasto corriente en salud se empleó en *remuneraciones a los asalariados*. Este es el mayor monto concentrado en un solo factor de provisión. Si bien en valores absolutos su monto incrementó en el periodo en 3%, durante el periodo, su proporción en el total del gasto corriente disminuyó casi 10%.
- El gasto en bienes de capital no está plenamente documentado, excepto para el gasto público. Dicho monto representa una cantidad relativamente pequeña del gasto en salud (equivale a cerca del 10% del gasto corriente en salud de 2019). Entre 2017 y 2019 este gasto aumentó en 20.2%, principalmente en infraestructura, rubro que creció un 65.3% en términos reales y que representa, en promedio por año, el 40.3% del total de formación bruta de capital fijo.

Disponer de estos datos de cuentas de salud permite el análisis de temas relevantes para la política pública en salud. Uno de los temas que se analiza en detalle en este reporte es el gasto en *medicamentos* en el sistema de salud costarricense. Los resultados más importantes revelaron que:



- Durante el periodo 2017-2019, el gasto en medicamentos aumentó de CRC 317.3 mil millones a poco más de CRC 400 mil millones, equivalente al 14.8% del gasto corriente de 2019. Además, este gasto creció 27.4%, una tasa que supera al crecimiento del gasto corriente en salud en general (de 7%) y al gasto de bolsillo de los hogares (14.5%).
- Respecto a la pregunta sobre cuáles fuentes financian los medicamentos, se observa que se trata, principalmente, del *gasto directo de los hogares*, en especial los que no son ofrecidos durante la atención y que pueden ser tanto prescritos como de automedicación. En el 2019, 59.9% del gasto en medicamentos se pagó por los hogares directamente. La segunda fuente más importante son las contribuciones a los *seguros sociales obligatorios*, que cubren un 39.5% de este gasto.
- El análisis muestra, además, que los principales proveedores de medicamentos son las *farmacias* y, en segundo lugar, los *hospitales*. Mientras en el primero se proveen los medicamentos *con o sin receta* que los hogares pagan de manera directa, en los

hospitales los medicamentos se ofrecen principalmente como un componente del servicio de *atención curativa*.

En resumen, la elevada proporción del gasto de los hogares en medicamentos representa un reto para las políticas públicas. El objetivo de disminuir esta elevada proporción de gasto es relevante, dado el riesgo financiero que representa para las familias, principalmente aquellas de menores ingresos.

Otro tema de relevancia política es el gasto en *atención primaria en salud (APS)* y su importancia en el fortalecimiento de sistemas de salud resilientes en la ruta hacia el acceso y cobertura universal (Pan American Health Organization, 2022). Entre los principales resultados de la estimación del gasto en APS (reflejados como gasto en el primer nivel de atención) en Costa Rica, se encuentra que:

- Entre 2017 y 2019, el gasto público en APS ha tenido un crecimiento real con una tasa del 12.2%, lo que representa el 39.2% del gasto público. Este indicador sobrepasa la meta del Pacto 30-30-30² de OPS/OMS y los países de América Latina, que propone incrementar el gasto público a niveles de 6% del PIB, se elimine el 30% de las barreras de acceso y que 30% del

² El Pacto 30-30-30 de OPS/OMS y los países de América Latina puede consultarse en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53926/pacto30_spa

gasto público se derive al primer nivel de atención (PNA).

- Queda como tarea pendiente identificar específicamente el gasto en cada uno de los servicios que componen la APS, como son la prevención y promoción de la salud, la atención general no especializada y la administración y gobernanza específica para el PNA, que son componentes básicos del sistema de salud de Costa Rica. Esto podría permitir indagar, por ejemplo, en la efectividad y eficiencia del gasto.

La evaluación de los servicios y su potencialidad para resolver los problemas del sistema de salud costarricense requieren información suficiente y pertinente que permita a los tomadores de decisiones elegir e implementar las mejores políticas públicas. Recolectar, procesar y analizar esta información es un trabajo arduo que demanda tiempo y esfuerzo de múltiples instituciones.

El presente reporte es un paso adelante para mejorar la calidad y cobertura de los datos de las cuentas de salud en Costa Rica. Para asegurar la consolidación de este proceso, año tras año, hace falta el apoyo interinstitucional de cada uno de los organismos y empresas del sector público y privado que realizan gastos en salud. Recolectar información sustantiva y completa a partir de un trabajo coordinado

por el equipo de Cuentas de Salud de la Unidad de Economía de la Salud del Ministerio de Salud (UES) contribuirá a promover y fortalecer el uso de los resultados en la formulación de políticas de financiamiento en salud con miras a mejorar la equidad y eficiencia del sistema de salud costarricense, asegurando la sostenibilidad y predictibilidad en el financiamiento.

I. Introducción

Desde el 2011, Costa Rica ha monitoreado su gasto en salud anualmente siguiendo el estándar mundial del Sistema de Cuentas de Salud de OMS, EUROSTAT y OCDE de 2011 (SHA2011)³. En 2018, Costa Rica emitió el primer reporte del periodo 2011-2016 utilizando dicho estándar.

Los datos reportados por Costa Rica que publica la OMS en la Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (GHED por sus siglas en inglés), revelan que el gasto corriente en salud de Costa Rica como porcentaje del PIB es uno de los más altos de la región Latinoamericana y del Caribe (LAC) en el periodo 2011-2019. En términos absolutos, el gasto per cápita en PPA de Costa Rica en 2019 ascendió a USD1636, superior al promedio de la región (USD 696) (OMS, 2021). A pesar de este nivel relativamente elevado de gasto,

³ OCDE et al. (2017).



persiste la necesidad de realizar una asignación de recursos eficiente y equitativa que permita, por ejemplo, fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y reforzar los niveles de atención del nivel especializado, para así mejorar la articulación de las redes de servicios de atención. En este proceso, es trascendental el monitoreo del gasto público a través de las cuentas de salud.

Desarrollar una cuenta de salud implica varias etapas, desde la planeación, recolección de los datos, su depuración y análisis, y la discusión conjunta de estos análisis con las contrapartes nacionales e internacionales (como la OCDE y la OPS/OMS). Este proceso es clave para proporcionar evidencia sólida que funcione como insumo para plantear reformas del sistema de salud, desde el financiamiento, dirigidas a mejorar e incrementar el gasto público teniendo como objetivo mejoras en la eficiencia y equidad con sostenibilidad y predictibilidad.

Dada su elevada trascendencia, los esfuerzos para tener cuentas de salud actualizadas y vigentes son ampliamente promovidos y apoyados por la OPS/OMS y la OCDE. Para producir cuentas de salud de forma exitosa, es fundamental el liderazgo del Ministerio de Salud como rector del sistema de salud y por su capacidad de convocatoria para lograr el compromiso de todos los actores relevantes del ámbito técnico y político a nivel nacional y regional, como es el caso de Costa Rica.

Este informe presenta los principales hallazgos del proceso de sistematización

y análisis de información y datos de gasto en salud. La primera parte del documento aborda el funcionamiento del sistema de salud de Costa Rica, seguido de un resumen metodológico. Posteriormente, se presentan los resultados principales, orientados a responder interrogantes como ¿cuál es el nivel de gasto en salud en Costa Rica?, ¿cómo se organizan dichos recursos?, ¿cómo se financia el gasto en salud?, ¿cómo se distribuye el gasto en los varios servicios de salud que recibe la población del país?, ¿quiénes proveen dichos servicios? O ¿cuánto se invierte en la formación de capital para fortalecer el sistema de salud? En la tercera sección del reporte se discuten los resultados encontrados en cada sección. Le sigue una sección que incluye el análisis de dos temas de relevancia para la política en salud pública: el gasto en atención primaria en salud y el gasto en medicamentos, uno de los insumos básicos en los servicios y que concentra el gasto en salud en Costa Rica. El informe concluye con una última sección de recomendaciones para futuros ejercicios de estimación de Cuentas de Salud.

Finalmente, es importante subrayar que este informe constituye una fotografía del gasto del sistema de salud costarricense previo a la pandemia, el cual sirve como nivel basal para analizar el estado del gasto e inversión en salud previos al impacto mundial que ha representado la doble pandemia sanitaria y económica generada por la COVID-19 (Kurowski et al., 2021).

Funcionamiento del sistema de salud costarricense: principios, modelo de financiamiento, gestión y atención

Costa Rica tiene un sistema de salud que busca alcanzar la cobertura universal el cual, para el 2019, contaba con un 85% de la población asegurada. De acuerdo con un análisis de la OCDE, el sistema de salud costarricense se caracteriza por su estabilidad institucional, que le ha permitido al país tener indicadores de salud y desempeño similares a los de la OCDE, por ejemplo, con una elevada esperanza de vida al nacer y baja proporción de ingresos hospitalarios evitables (Figura 1) (OCDE, 2017).

El sistema se financia mayoritariamente con recursos públicos, bajo el principio de solidaridad, incluyendo transferencias de gobierno y contribuciones a la seguridad social; y, en menor medida, con recursos privados, por hogares, ONG y empresas, a través de seguro voluntario privado y la compra por los demandantes de servicios específicos provistos por farmacias, laboratorios, clínicas y hospitales privados.

El financiamiento público del sistema de salud se realiza a través de aportaciones a la CCSS, que combina los diferentes regímenes obligatorios de seguridad social existentes en el país:

- El *régimen tripartito*, en el cual asalariados, patronos y Estado contribuyen con sus cotizaciones al fondo.

- El régimen de trabajadores independientes, en el cual el Estado también hace un aporte solidario.
- El régimen de pensionados, que se compone de las contribuciones de pensionados y administradores de fondos de pensiones y el Estado.
- El *régimen de seguro por el Estado*, que comprende el financiamiento exclusivo por parte del Estado para subsidiar completamente a aquellos individuos que por su condición socioeconómica no pueden pagar sus contribuciones al seguro social.

Además del financiamiento público, se han medido dos fuentes relevantes: el *gasto directo de los hogares* o gasto de bolsillo y los *seguros privados*. Mientras en el primer caso, el pago por bienes y servicios de salud lo realiza el usuario al obtener el servicio, en el segundo caso existe un prepago individual no solidario a un administrador de los fondos del seguro privado, que voluntariamente adquirió el usuario.

La CCSS es el mayor administrador de fondos de la salud y es un actor de gran trascendencia, no solo por su tamaño dentro del sistema de salud costarricense, sino también por su rol dual como administrador de los diferentes regímenes obligatorios de la seguridad social en salud y como proveedor de servicios médicos. La CCSS es una institución autónoma con rango constitucional, constituida con el fin de administrar y aplicar los seguros sociales de salud, de carácter obligatorio, solidario y universal (Ley n°. 17, 1943).



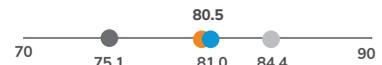
Figura 1 Panorama de la Salud en Costa Rica 2021

Panorama de la Salud 2021: ¿Cómo se compara Costa Rica?

● Costa Rica ● Highest performer
● OECD ● Lowest performer

Costa Rica tiene una población joven, con un estado de salud cercano al promedio de la OCDE

Esperanza de vida (2019 o año más cercano)
Años de vida al nacer



Mortalidad evitable (2019 o año más cercano)
Muertes por cada 100 000 habitantes (estandarizado por edad)



Envejecimiento de la población (2019 o año más cercano)
Porcentaje de la población de 65 años o más



El tabaquismo y el consumo de alcohol en Costa Rica están por debajo del promedio de la OCDE

Tabaquismo (2019 o año más cercano)
Personas que fuman a diario (porcentaje de los habitantes mayores de 15 años)



Consumo de alcohol (2019 o año más cercano)
Litros consumidos per cápita (población mayor de 15 años)



Contaminación del aire (2019 o año más cercano)
Muertes debido a la contaminación ambiental por partículas (por cada 100 000 personas)

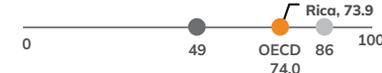


La cobertura y la satisfacción con la disponibilidad de atención médica de calidad están por debajo del promedio de la OCDE

Cobertura de población, elegibilidad (2019 o año más cercano)
Población elegible para recibir servicios básicos (porcentaje de la población)



Protección financiera (2019 o año más cercano)
Gastos cubiertos por prepago obligatorio (Porcentaje del gasto total)



Cobertura de la población, satisfacción (2019 o año más cercano)
Población satisfecha con la disponibilidad de atención de la salud de calidad (Porcentaje de la población)



Los ingresos hospitalarios evitables relativamente bajos sugieren que Costa Rica está por encima del promedio de la OCDE en medidas de atención primaria efectiva

Atención primaria efectiva (2019 o año más cercano)
EPOC hospitalizaciones evitables (por cada 100 000 personas, estandarizado por edad y sexo)



Los recursos para la salud están por debajo del promedio de la OCDE, con un bajo nivel de médicos y enfermeras per cápita

Gasto en salud (2019 o año más cercano)
Porcentaje del PIB



Camas de hospital (2019 o año más cercano)
Por cada 1000 habitantes



Médicos (2019 o año más cercano)
Médicos practicantes (por cada 1000 habitantes)



Enfermeras/os (2019 o año más cercano)
Enfermeras practicantes (por cada 1000 habitantes)



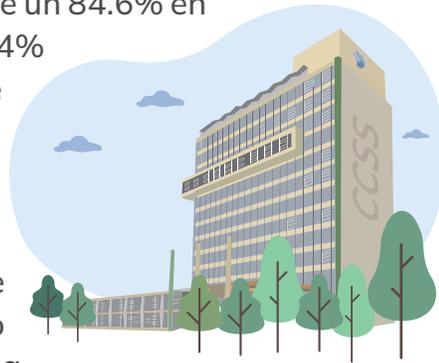
Fuente: OCDE (2017).



Respecto a los avances de la institución hacia una cobertura universal, los datos de hace cuatro décadas muestran que la cobertura de aseguramiento ha ido en aumento. De acuerdo con el censo de 1984, la población asegurada alcanzaba el 71.2% (Castillo, 2012), mientras que, para el periodo de estudio de este informe, la población asegurada pasó de un 84.6% en 2016 (INEC, 2016) a un 84.84% en 2019 (INEC, 2020) de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG).

Si bien la cobertura se ha ampliado con el paso de los años, el sistema enfrenta un problema de sostenibilidad respecto a la cobertura contributiva, es decir, el porcentaje de la población que corresponde a asegurados directos. Según los datos de la ENAHG 2019, la cobertura contributiva⁴ tan solo alcanzó un 39.63% de la población de 2019; mientras que un 55% de la población son asegurados no contribuyentes⁵ y familiares de asegurados directos⁶ (INEC, 2020).

Respecto a su rol como proveedor, la CCSS presta servicios de salud principalmente desde sus instalaciones,



las cuales se clasifican según su nivel de complejidad, de menor a mayor; en primer, segundo y tercer nivel de atención.

- El primer nivel comprende 1057 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), 524 sedes, 675 puestos de visita periódica y 105 áreas de salud.
- El segundo nivel provee servicios con cierto grado de especialización para los cuales se necesita una referencia del primer nivel. En este nivel se encuentran 16 clínicas, 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos.
- El tercer nivel, donde se proveen los servicios más especializados, cuenta con 3 hospitales nacionales generales, 6 hospitales nacionales especializados y otros centros y unidades especializadas.

El mayor gasto se concentra en el segundo y tercer nivel de atención, resultado esperado dado el mayor grado tecnológico que se requiere en hospitales y centros ambulatorios especializados.

⁴ Incluye a las personas con seguro de asalariado, mediante convenio, por cuenta propia o de manera voluntaria, además de los pensionados.

⁵ Incluye asegurado por el Estado, pensionado del régimen no contributivo y otras formas.

⁶ Incluye a las personas familiares de los asegurados directos contribuyentes.



El sector privado ofrece servicios en diferentes clínicas generales y especializadas, laboratorios y hospitales en todo el país, los cuales proveen servicios médicos pagados, principalmente, por los hogares, a través del gasto de bolsillo; y una menor parte por desembolsos de seguros voluntarios privados.

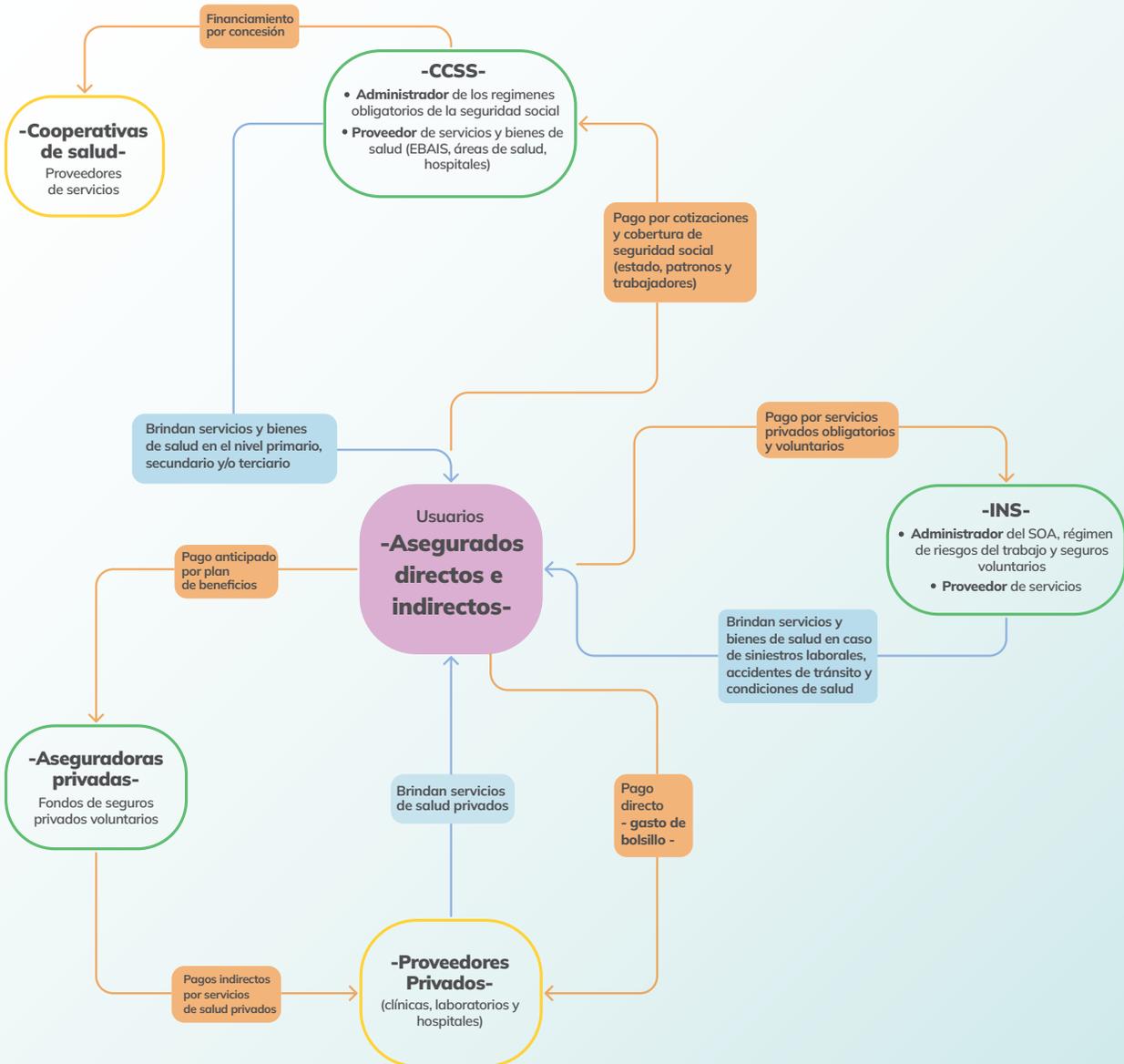
Una excepción a esta dicotomía de servicios públicos y privados la constituyen los EBAIS administrados en alianzas público-privadas por asociaciones o cooperativas de salud haciendo uso de contratos de gestión entre la CCSS y estos proveedores privados. Durante el periodo 2011-2021, 117 EBAIS fueron operados por cooperativas de salud bajo esta modalidad (Matamoras-Carvajal, 2020). El gasto en estos arreglos se incluye como parte de la medición del gasto en atención primaria total. Sin embargo, no fue posible desagregar el detalle en sus componentes (promoción, prevención y atención ambulatoria) y, por tanto, se incluirá en futuros informes.

Adicionalmente, existen los fondos del régimen de Riesgos del Trabajo y del Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA), los cuales son administrados por el Instituto Nacional de Seguros (INS). El INS es la institución autónoma aseguradora del Estado (Ley n°. 12, 1924), sin embargo, a diferencia de la mayor parte de las aseguradoras, además de administrar los recursos, también es un proveedor de servicios de salud que da cobertura

a patologías y siniestros laborales o accidentes de tránsito a través del Hospital del Trauma y dispensarios para consultas en todo el país. En la figura 2 se diagrama este funcionamiento del sistema de salud costarricense.

Por último, la función de regulación y rectoría del sistema de salud, recae en el Ministerio de Salud, el cual, a su vez, cuenta con una serie de instituciones descentralizadas adscritas a este ministerio como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza de Nutrición y Salud (INCIENSA) y la Dirección General de los Centros de Educación en Nutrición y los Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), que cumplen funciones importantes de regulación sanitaria, vigilancia epidemiológica, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. El MS es el responsable de la gobernanza del sistema de salud del país y, además, como representante del Ejecutivo, es quien transfiere los aportes del Estado a los regímenes obligatorios del seguro social de salud.

Figura 2 Esquema de Funcionamiento del sistema de salud



Fuente: elaboración propia.



II. Resumen metodológico

¿Qué son las Cuentas de Salud (SHA2011) y qué miden?

De acuerdo con OCDE et al. (2017), las cuentas de salud son un sistema estandarizado de clasificaciones que proporciona una descripción de los flujos financieros relacionados con el consumo de bienes y servicios de salud, desde la perspectiva del gasto. Siguiendo el flujo de financiamiento para la salud, desde sus orígenes hasta el uso final del bien o servicio de salud, se pueden responder preguntas como: ¿qué bienes y servicios se consumen para el cuidado de la salud?, ¿cómo se financian estos bienes y servicios?, ¿quién los provee?, ¿qué enfermedades se atienden con estos recursos? Asimismo, las cuentas de salud brindan información que contribuye al análisis de la asignación de recursos y su alineación con las prioridades nacionales y otras interrogantes como: si el financiamiento del sistema de salud es sostenible y si los hogares son vulnerables a caer en pobreza ante gastos médicos por enfermedad, entre otros.

El SHA2011 es el marco estándar internacional para medir el gasto en salud, que establece cuatro criterios para calificar si un gasto es *en salud*. Dichos criterios se aplicaron al caso de Costa Rica:

- **El propósito directo y primario del gasto es mantener, mejorar o prevenir el deterioro de las condiciones**

de salud de individuos o grupos de población. Bajo este criterio se excluyen todos aquellos bienes y servicios que, si bien contribuyen indirectamente o en parte a la salud del individuo o de la comunidad, su fin principal es otro. Por ejemplo, en casos como la recreación a través del deporte, que no se consideran gasto en salud, se pueden analizar y reportar conservándose separadamente (“bajo la línea”), esto para reflejar su importancia sin afectar la comparabilidad internacional de los gastos de salud.

- **Los beneficiarios de las actividades de salud, individuos o grupos de población deben residir en Costa Rica.** Este criterio implica que se debe considerar el gasto en salud realizado por residentes de Costa Rica tanto en el país como en el extranjero, siempre y cuando cumplan con el primer criterio. En cambio, no se incluyen los gastos que realicen personas residentes de otros países que se trasladen al país para recibir un servicio o bien médico (lo que se ha denominado “turismo médico”).
- **Las actividades de atención de la salud asociadas a estos gastos deben ser ejecutadas o supervisadas por personas con conocimientos de salud debidamente certificados o autorizados por las autoridades del país.** En Costa Rica, para ejercer una profesión en ciencias de la salud, las personas deben estar asociadas al colegio profesional específico, para lo cual deben cumplir una serie de requisitos previos. La supervisión de

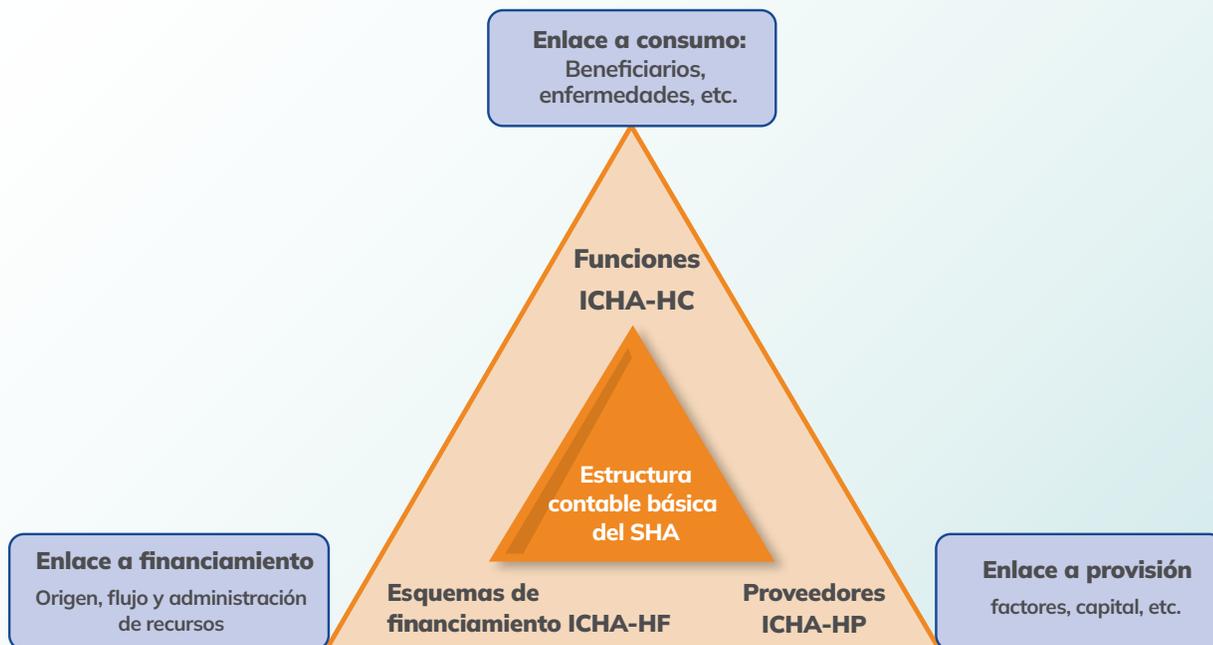
los profesionales permite contar con un grupo mayor de proveedores al involucrar, por ejemplo, a personal voluntario o de menor calificación.

- **Todos los bienes y/o servicios adquiridos para la atención de salud deben involucrar una transacción.** Esto implica que el trabajo de cuidado de una persona por razones de salud a cargo de un familiar, en el cual no medie retribución monetaria o en especie, no se contabiliza dentro del sistema de cuentas de salud.

Una vez recopilada la información acorde con estos cuatro criterios,

se procesa para integrarla en las clasificaciones que reflejan tres dimensiones analíticas: el consumo, la provisión y el financiamiento, como se muestra en la figura 3. Dichas dimensiones son equivalentes en sus montos, ya que los recursos consumidos en servicios de salud corresponden a los utilizados para su provisión y su financiamiento. Las dimensiones analíticas constituyen una estructura de tres pilares de financiamiento, consumo y provisión. Cada uno de estos pilares cuenta con clasificadores con definiciones estándar que permiten un análisis detallado del gasto según la óptica de cada dimensión.

Figura 3 Marco triaxial de análisis del gasto en salud



Fuente: Adaptado de OCDE et al. (2017).



¿Cuál ha sido el proceso de sistematización de las cuentas de salud de Costa Rica?

Las cuentas de salud basadas en la Metodología SHA2011 y utilizando la Herramienta de Producción de las Cuentas de Salud (HAPT) comenzaron a construirse e implementarse en el país en 2015 bajo el liderazgo del Ministerio de Salud. Para completar este importante proyecto, el gobierno constituyó por decreto ejecutivo (n.º 39169-S del 09 de junio de 2015) el Consejo Nacional de Cuentas de Salud (CONACUSA). Este tiene la función de órgano asesor y de consulta de la cabeza del sistema de salud en materia de financiamiento, economía y cuentas de salud, con la intención de promover la articulación interinstitucional de los actores sociales involucrados en el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones específicas en la materia.

Del CONACUSA se derivó, en 2016, un Equipo Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud compuesto por más de ocho instituciones miembros del consejo, quienes tuvieron a cargo la producción de las cuentas de salud del periodo 2011-2016.

Durante el periodo 2016-2018, el Equipo Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud, con el apoyo de la OPS/OMS, realizó actividades de preparación y capacitación, tanto a nivel nacional como internacional. Primero, se trabajaron las cuentas de

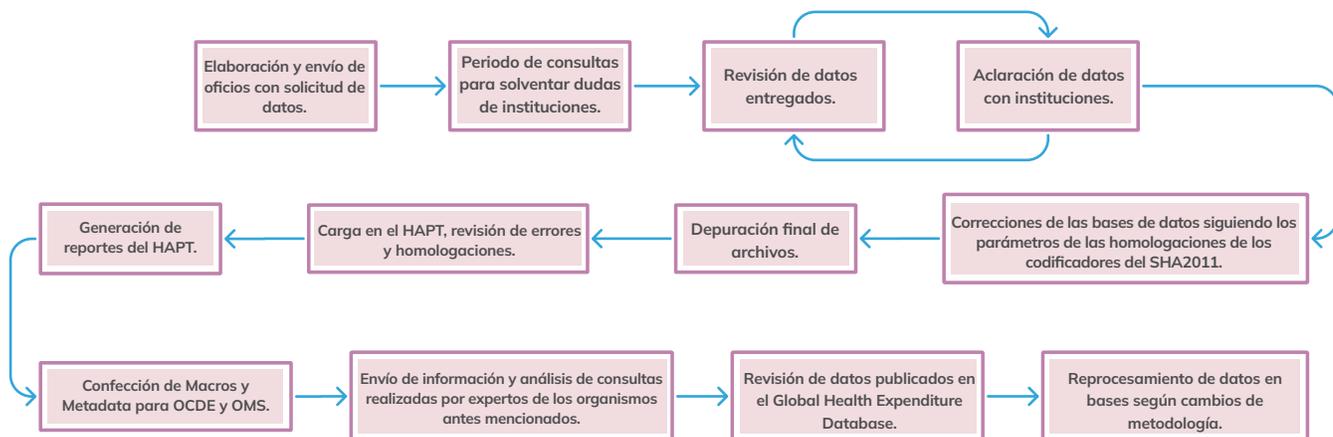
salud de 2013; posteriormente, las de 2011-2012 y 2014-2016. Este proceso de sistematización finalizó con la elaboración del primer reporte país de cuentas de salud. Los detalles de este proceso metodológico se pueden encontrar en la Guía Metodológica elaborada por dicho equipo técnico.

La producción de las Cuentas de Salud 2017-2019 fue realizada por un grupo más reducido, correspondiente al equipo técnico de Cuentas de Salud del MS, el cual contó con el apoyo de la CCSS y la colaboración de las organizaciones participantes. Este equipo técnico de Cuentas de Salud tuvo a su cargo las funciones que se presentan en la Figura 4.

La continuidad en la producción de las cuentas ha permitido el fortalecimiento de la articulación con los actores del sistema, el mayor acceso a fuentes de información y una creciente experiencia en el marco contable (que también fue revisado), por lo que los resultados del periodo 2011-2016 no son plenamente equivalentes con los del periodo 2017-2019. Uno de los objetivos de la Unidad de Economía de la Salud del MS es ajustar la serie histórica completa con base en la versión más reciente del SHA2011 para asegurar la actualización y comparabilidad de los datos.

En la siguiente sección se abordarán con más detalle esta y otras limitaciones de los datos sistematizados, así como los alcances de este reporte.

Figura 4 Esquema de funciones a cargo del equipo técnico de cuentas de salud



Fuente: elaboración propia.

¿Cuáles fueron los principales retos y limitaciones en el proceso de compilar e integrar la información?

La compilación de la información requerida para sintetizar las cuentas de salud es un trabajo arduo pero valioso. Por su amplitud, requiere la cooperación de múltiples instituciones del sector público y privado que ofrecen o financian servicios y bienes de salud a la población costarricense. A través de la experiencia desarrollada por el equipo técnico de Cuentas de Salud, se han incorporado mejores protocolos para la solicitud de la información. Sin embargo, considerando la complejidad de la metodología empleada y la limitación del recurso humano, tanto en este equipo del MS como en los equipos de las contrapartes, se requiere de un esfuerzo extra de depuración de las bases entregadas para lograr la calidad y

cobertura necesaria para el análisis de los datos.

Algunos de estos retos son atendidos y solucionados satisfactoriamente; otros, sin embargo, representan limitantes para el análisis y calidad de los resultados.

1. Nivel de desagregación de los datos

Uno de los mayores problemas de fondo respecto a los datos analizados es su amplitud y detalle. En ocasiones, la información entregada por la fuente primaria o la secundaria no es suficiente para desagregar los gastos del sistema de salud según los diferentes clasificadores del SHA2011. Un caso emblemático de esta problemática sucede con los datos de las aseguradoras privadas, los cuales se toman de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE [fuente secundaria]). Estos datos se reportan en una sola línea,



lo que imposibilita el procesamiento y requiere de estimaciones para desagregar el gasto respectivo para conocer los servicios que cubrieron, quién los ofreció y los insumos necesarios. Se ameritaría una encuesta a las agencias de seguro para obtener el detalle necesario o realizar un proceso de estimación para analizar los datos. Por el momento, se ha dado prioridad a otros componentes de mayor monto de gasto para refinar las cifras y, en un futuro, se dará atención a este esquema.

Otro problema de desagregación ocurre con las instituciones o empresas que, teniendo consultorios médicos para sus empleados que son financiados con recursos propios y no por la seguridad social, reportan que no están en capacidad de desagregar de su presupuesto el monto destinado a este tipo de gastos y se abstienen de participar en el proceso de creación de las cuentas de salud. Se prevé la realización de encuestas rápidas para avanzar progresivamente en este componente, sin embargo, se asume que su magnitud es aún menor que la de los seguros y, por lo tanto, se le dará atención posteriormente.

La ausencia de un sistema detallado de información de gasto se refleja en algunas categorías subrepresentadas. Este es el caso del gasto en atención preventiva (HC.6). Costa Rica tiene un sistema de

salud que se caracteriza por brindar una amplia atención preventiva a la población desde sus diferentes niveles de atención médica; sin embargo, los datos reportados conllevan un problema de subestimación. Por ejemplo, en el caso de la CCSS, el gasto en atención preventiva no puede desagregarse completamente, por lo que forma parte del gasto en *atención curativa* o bien se presenta como *no especificado* (HC.9). Esto implica que, si bien en el agregado el gasto total es correcto, en su distribución, el gasto específico en atención preventiva está subestimado y el gasto en atención curativa está sobreestimado, además de presentar una proporción alta en gasto *no especificado*. Para solucionar este problema, se requiere un ajuste al sistema de información o realizar procedimientos estadísticos. Los procedimientos de distribución de gasto en la OCDE, que se han validado con base en información no financiera⁷, serán revisados para su consideración y, así, complementar el mayor conocimiento de los mecanismos de asignación financiera.

El equipo técnico de Cuentas de Salud ha conservado un criterio básico de documentar al máximo los gastos y realizar el mínimo de estimaciones. El acceso a la información adicional para asegurar que las cifras cubran las clasificaciones y categorías estándar básicas también requiere de cooperación interinstitucional.

⁷ OECD (2013).

2. Disponibilidad y periodicidad de los datos

Dada la complejidad en la recolección anual de información, la disponibilidad de los datos no es inmediata, el reporte presenta dos años de retraso ($t-2$) (en 2022, se espera informar los datos de 2020). El sistema de información de las instituciones que reportan generalmente no presenta los datos con el contenido, formato y características utilizadas en las cuentas. También, se da el caso de algunas instituciones que son reacias a brindar la información solicitada, apuntando que no es competencia del Ministerio de Salud la solicitud de datos de presupuestos ejecutados y asignados.

Si bien las cuentas logran documentar los flujos de las organizaciones con mayor monto de gasto, algunos componentes del sistema se captan de manera parcial; este es el caso de la estimación del gasto en salud realizado por ONG. Actualmente, este gasto se estima a partir de las donaciones del extranjero reportado por la OCDE y de los recursos que reciben de transferencias públicas registrados en las fuentes de datos; solo dos casos particulares reportan todos sus gastos en salud directamente al equipo de Cuentas de Salud. Ante la carencia de un sistema de información que registre este componente, una mayor captación de datos requiere de recursos humanos que puedan operacionalizar este proceso, por ejemplo, a través de generar una encuesta específica.

Otro problema en la calidad de la información de base es la dependencia de encuestas que se realizan con baja periodicidad; este es el caso de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la cual se utiliza para la estimación del gasto en salud de los hogares y cuya periodicidad es de cinco años, la última data disponible es del año 2018. El equipo ha buscado fuentes de información alternativas, sin embargo, no se ha logrado encontrar otra encuesta que se ajuste y tenga validez para el proceso de estimación del gasto en salud de hogares; este es un componente prioritario. Se espera que la próxima ENIGH aplique la versión actualizada de la clasificación del gasto de consumo de los hogares⁸, cuyo detalle de servicios de salud corresponde al de SHA2011, y facilite el reporte de dichos gastos.

3. Procesamientos contables

El procesamiento de los datos, sean de fuentes primarias o secundarias, representa otro reto, ya que se requiere un tratamiento de datos manual, lo cual aumenta la propensión a errores durante esta etapa. Para minimizar su ocurrencia, se realizan procesos de control de calidad de datos que requieren un esfuerzo adicional, tanto durante el procesamiento de los datos como antes de liberar los resultados. Por ejemplo, para la base de datos de la CCSS, se necesitaría integrar un formato de salida de datos al sistema

⁸ ONU (2018)



contable de esta institución, con el objetivo de automatizar la generación del reporte para fines de cuentas de salud en el largo plazo.

Para evitar la problemática de doble contabilidad, se realizaron reuniones de forma periódica entre las instituciones participantes de este proceso de elaboración de cuentas de salud y determinar que los datos reportados sean considerados una única vez. Por ejemplo, en el caso de los datos presupuestarios, se utiliza el clasificador objeto del gasto excluyendo el código 06, que corresponde a transferencias corrientes, pues solo se toma en cuenta el gasto por parte de quien lo ejecuta. De esta manera, se evita que este monto se contabilice en ambas instituciones: la que provee los recursos y la que los ejecuta. Un caso particular que requiere de este proceso de depuración incluye las interacciones entre la CCSS y la Cruz Roja, en el caso del servicio de ambulancias, así como la CCSS y el INS, en materia de atención de pacientes con riesgos laborales o de tránsito.

4. Limitaciones y aprendizajes varios

La razón de ser de las cuentas de salud es apoyar la toma de decisiones con información, para obtener mejores resultados en el sistema. Sin embargo, desde el nacimiento del proyecto de cuentas de salud, la divulgación y promoción de los datos y resultados encontrados ha sido reducida. Debido a esto, el uso de los

resultados por otras instituciones ha sido esporádico. Es posible que esto pueda estar repercutiendo en la falta de prioridad otorgada por las instituciones que funcionan como fuentes primarias y secundarias al proceso de compartir la información solicitada, año tras año, por el equipo de Cuentas de Salud. Por esta razón, se espera iniciar la elaboración de resúmenes de resultados para la comunicación anual de la información más relevante; además, propiciar inicialmente un mayor uso de los datos generados y, progresivamente, expandir el uso de estos y su calidad.

Parte de este problema de divulgación y promoción de los resultados es debido a la poca capacidad que tiene el equipo de Cuentas de Salud para generar un informe del país anual con los resultados del gasto en salud. El equipo es pequeño y sus miembros dan prioridad a generar datos de calidad a través del enfoque en la revisión y depuración de los datos de cada año, por lo que les falta tiempo y recurso humano para la elaboración de reportes anuales. Adicionalmente, como grupo reducido, no tiene capacidad de cubrir todas las instituciones que forman parte del sistema de salud del país, por lo que es posible que exista una subestimación tanto del gasto corriente como del gasto de capital en salud. Cabe señalar, sin embargo, que los componentes de mayor gasto están cubiertos con prioridad, para asegurar un resultado representativo. La participación de las instituciones del sector salud para generar y compartir la información con el detalle necesario facilitaría el proceso y complementarían los resultados.

A pesar de las limitaciones encontradas en el procesamiento de estos tres años (2017-2019), existe una evolución indudable en el resultado que permite reflejar la dinámica del sistema en sus características más relevantes.

III. Resultados principales: análisis y discusión

El sistema de salud de Costa Rica se ha considerado como una historia exitosa de cobertura universal, cuya estabilidad institucional refleja un sistema integrado con resultados en salud notables. Sin embargo, existen elementos que permiten visualizar problemas de financiamiento y de operación por resolver, como el cuestionamiento de su sostenibilidad financiera y la eficiencia en la asignación de los recursos y la calidad del servicio. El acceso a la atención en salud muestra retos importantes como, por ejemplo, largas listas de espera, falta de monitoreo de la calidad del servicio y de la efectividad del gasto, entre otros, tal como lo identifica la OCDE en su evaluación del sistema en salud del país del año 2017 (OCDE, 2017). Los resultados de cuentas, por tanto, ofrecen información valiosa para el análisis de la efectividad del gasto a través, por ejemplo, del análisis por funciones o factores de provisión en el sistema de salud costarricense. En este capítulo se ofrece una descripción de los resultados que se utilizan en la siguiente sección para desarrollar análisis de interés en la

problemática de gasto en medicamentos y en el primer nivel de atención.

Al recolectar y sistematizar los datos del gasto en bienes y servicios de salud en el país durante el periodo 2017-2019, se buscó responder las siguientes preguntas: ¿cuál es el gasto en salud y cuál ha sido su comportamiento en Costa Rica durante el período analizado en este reporte?, ¿cómo se compara el nivel de gasto con el de otros países?

Este reporte analiza el gasto en salud desde la perspectiva de sus componentes corriente y de capital. El gasto corriente incluye los bienes y servicios que se consumen en un mismo año; mientras, el gasto de capital incluye la inversión en renovación y nueva infraestructura y equipamiento del sistema de salud.

3.1 ¿Cómo se compara el gasto en salud en Costa Rica con el de otros países?

En el agregado, si se compara el crecimiento de 2017 a 2019 del gasto en salud con el de la economía costarricense, se observa que el ritmo de aumento del primero es superior al de la economía (13% vs. 4.9%, respectivamente). Si bien este fenómeno se observa en la mayor parte de los países (OMS, 2021), conlleva una responsabilidad de asegurar un uso eficiente de los recursos asignados. El gasto corriente en salud medido en 2019 representa un monto de CRC 2.7 billones, en tanto que el gasto de capital es de CRC 108.6 mil millones. De 2017



a 2019, el gasto corriente y el gasto de capital aumentaron en conjunto cerca de CRC 334 mil millones. El gasto que creció más en términos reales fue el de capital, en un 20.2%, más del doble que el del gasto corriente (9.0%)⁹; este aumento se atribuye a la creación y remodelación de infraestructura y adquisición de tecnología para distintos centros de salud.

El análisis per cápita permite observar un crecimiento cuantioso en el gasto corriente en salud por habitante. El análisis del gasto per cápita es un indicador de equidad cuando viene acompañado de mejores resultados en salud; este es el caso de Costa Rica. Aunque para el presente reporte no se dispone del detalle por grupo de población y área geográfica, sí se pueden apreciar mejoras en el agregado. El impacto más detallado se propone para un futuro reporte. En 2017, el gasto corriente por habitante fue de CRC 489 055; para 2019, este monto ascendió a una tasa de crecimiento real del 6.6%, tres veces mayor a la tasa de crecimiento de la población en el mismo periodo (2.2%). Si se compara el gasto corriente en salud por habitante en PPA con el promedio de Latinoamérica, se observa que en 2019 este indicador en



Costa Rica es 40.8% mayor que en la región. No obstante, la misma comparación respecto a la OCDE revela que en Costa Rica este indicador tan solo equivale al 36.6% del promedio de estos países.

Al comparar nuevamente con países Latinoamericanos y de la OCDE, en 2019 se puede apreciar que el gasto en salud financiado por el Gobierno General¹⁰ por habitante en PPA en Costa Rica (USD 1636 PPA) es un 74% mayor que el del promedio de Latinoamérica (USD 696 PPA). No obstante, este resultado se revierte al comparar con el gasto promedio de la OCDE, que es 2.8 veces superior (USD 3413 PPA).

Una tendencia interesante por observar es la relación entre el gasto público y el gasto privado y, específicamente, el gasto directo de los hogares. En 2017-2019, se observa que el gasto público financia casi tres cuartas partes del gasto corriente en salud, lo que equivale en promedio anualmente a un 5.5% del PIB. No obstante, el gasto privado tuvo un crecimiento mayor en 6 puntos porcentuales que el gasto público durante el periodo de estudio. Aunque la proporción del gasto público respecto del PIB es cercana al 6%

⁹ Los proyectos con mayor inversión en el periodo incluyeron la mejora de las instalaciones del Hospital La Anexión y la construcción de un nuevo edificio de Hospitalización; ampliación y remodelación del servicio de emergencias del Hospital San Carlos; renovación de equipos de rayos X para los siguientes centros médicos: Hospital de San Carlos, Hospital de Turrialba, Hospital Nacional de Niños, Hospital Max Peralta, Hospital México, Hospital Tony Facio, Área de Salud Puerto Viejo-Sarapiquí, Área de Salud San Rafael de Puntarenas y la Clínica Dr. Clodomiro Picado (CCSS, s.f.).

¹⁰ El Gobierno General comprende a las unidades gubernamentales centrales y locales, la seguridad social y a las ISFL dedicadas a la producción de bienes y servicios no de mercado y controlados por el gobierno o por fondos de seguridad social.

sugerida en la estrategia de salud universal (OPS/OMS, 2014), aún está ligeramente por debajo del indicador meta. Un mensaje para extraer, por tanto, es que la abogacía por incrementar la inversión pública en

salud debe mantenerse. Se profundizará más sobre este resultado más adelante en este reporte.

Tabla 1 Indicadores claves de gasto en salud, Costa Rica 2017-2019

Indicador	2017	2018	2019	Variación real 17-19
Gasto corriente (en millones de CRC)	2 419 588.9	2 623 988.2	2 731 953.8	9.0%
Gasto de capital (en millones de CRC)	87 192.1	87 143.3	108 598.9	20.2%
PIB (en millones de CRC)	34 343 647.5	35 242 044.5	36 037 216.0	1.3%
Gasto corriente (como %PIB)	7.0%	7.4%	7.6%	
Gasto capital (como %PIB)	0.3%	0.2%	0.3%	
Población	4 947 481	5 003 393	5 057 999	2.2%
Gasto corriente (per cápita)	489 055	524 442	540 125	6.6%
Gasto capital (per cápita)	17 624	17 417	21 471	17.6%
Gasto corriente (en millones en CRC)	2 419 588.9	2 623 988.2	2 731 953.8	9.0%
Gasto público (en millones de CRC)	1 813 890.9	1 937 126.7	2 019 933.2	7.5%
% del PIB	5.3%	5.5%	5.6%	
Gasto privado (en millones de CRC)	605 698.1	686 861.5	712 020.6	13.5%
% del PIB	1.8%	1.9%	2.0%	

Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011, datos del VCR y del INEC.

En las siguientes secciones se analiza cómo se compone y financia el gasto con el objetivo de entender de una manera más informada el sistema de salud costarricense y abrir paso a futuros análisis del nivel de gasto e inversión que realiza el país asociado a los resultados obtenidos.

3.2 ¿Qué arreglos financieros estructuran el gasto en salud de Costa Rica?

Los gastos medidos según los acuerdos existentes para cubrir a la población con los beneficios de salud (esquemas de financiamiento) permiten ver, tal como se aprecia en la figura 6, que los esquemas gubernamentales y de seguridad social (contributivos y obligatorios) financiaron



en 2019 el 74% del gasto corriente anual en salud durante este periodo, llegando a superar los dos billones de CRC con un crecimiento real de los recursos de un 7.5%. Dentro de esta categoría, el rubro más importante lo constituyen los esquemas de seguro social de salud, representados por la CCSS con un 93% de los recursos; seguidos de los esquemas de gobierno central, con un gasto del 4.5% y los esquemas de seguro privado obligatorios, con un 2.3%, que cubren a los ciudadanos en caso de accidentes automovilísticos.

El Cuadro 1 resume cómo se componen los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorios.

Esta elevada proporción de gasto de seguridad social y gobierno en el gasto corriente total expresa la preocupación social e interés por la salud de la población. Este comportamiento se encuentra en la mayor parte de los países de la OCDE y de alto ingreso, en tanto que usualmente se reduce con el ingreso promedio per cápita de los países (OMS, 2019).



El 74% del gasto en salud en 2019 es público, incluyendo esquemas gubernamentales y de seguros obligatorios.

CUADRO 1. ¿CÓMO SE COMPONEN LOS ESQUEMAS GUBERNAMENTALES Y DE SEGURO OBLIGATORIOS?

En Costa Rica, los esquemas de financiamiento de servicios de salud **contributivos y obligatorios** representan la mayor fuente de financiamiento para el pago de servicios y bienes de salud.

En este tipo de arreglos se encuentran los esquemas que reciben una contribución de los hogares, la cual es obligatoria por ley; para fines de protección y cuidado de salud. Esto implica que las contribuciones realizadas por los hogares con otros propósitos, por ejemplo, las pensiones, no se incluyen en esta categoría.

- Dentro de este grupo de esquemas se encuentran integrados en la CCSS, el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y el seguro de trabajadores independientes.
- Se encuentra, también, el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA).

En esta categoría se encuentran también los esquemas de gobierno, que incluyen, en el caso de Costa Rica, a los diversos ministerios que realizan gastos directos en salud, así como los gobiernos locales y otras instituciones públicas.

Más adelante se analizará con más detalle el origen de los ingresos que componen cada esquema.



La segunda categoría de mayor gasto en salud es el pago directo de los hogares, el cual cubrió, durante el 2019, el 22% del gasto corriente anual en salud, ligeramente superior al 20% señalado por el Informe de la Salud en el Mundo de 2010 de la OMS como el nivel umbral por encima del cual se incrementa el riesgo financiero para los hogares (OMS, 2010). Estos pagos directos, o gastos de bolsillo, se pueden convertir en una barrera para el acceso a la atención de la salud e incluso generar empobrecimiento en aquellos hogares que deben sacrificar otros consumos básicos para poder acceder a los servicios de salud, incluyendo la adquisición de medicamentos. En el periodo de estudio 2017-2019, los datos de cuentas de salud muestran que el gasto de bolsillo ha crecido en términos reales un 14.5%, superando los CRC 600 mil millones para 2019.

Esta tendencia resulta preocupante por su impacto potencial en la equidad. En el 2013 y el 2018, el INEC realizó estimaciones para detectar las dificultades económicas causadas por los pagos directos por atención en salud. Siguiendo la metodología recomendada por la OMS y el Banco Mundial, el INEC determinó que entre ambos años el gasto catastrófico en salud aumentó significativamente de 9.8% a 12.2% de la población. Además, un 2% de la población se declara por debajo de la línea de pobreza debido a gastos asociados a salud que obligó a recortar su consumo por debajo de una canasta básica alimentaria (INEC, 2021).

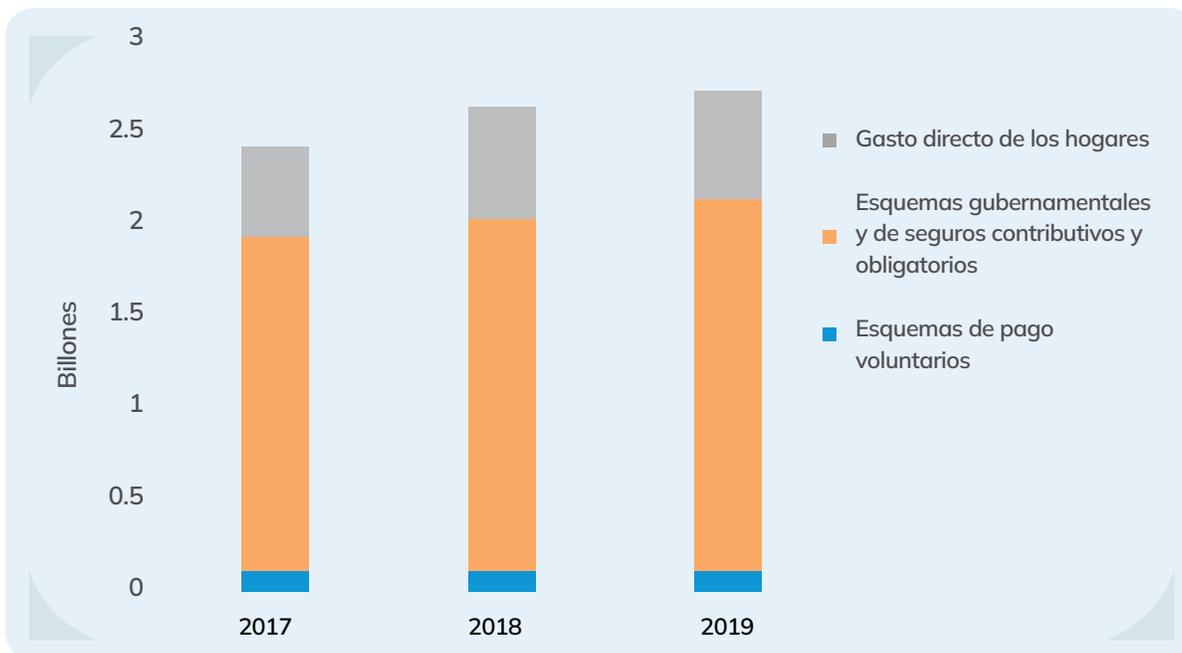
La estrategia para el acceso y la cobertura universales de salud identifica al gasto de bolsillo como la principal barrera al acceso a los servicios de salud. Por ello, se propone aumentar y mejorar el gasto público reemplazando al pago directo como mecanismo de financiamiento.



El gasto de bolsillo en salud ha crecido en términos reales un 14.5% en los entre 2017 y 2019 en Costa Rica, superando los 600 mil millones de CRC y cubriendo más de un 20% del gasto corriente en salud.

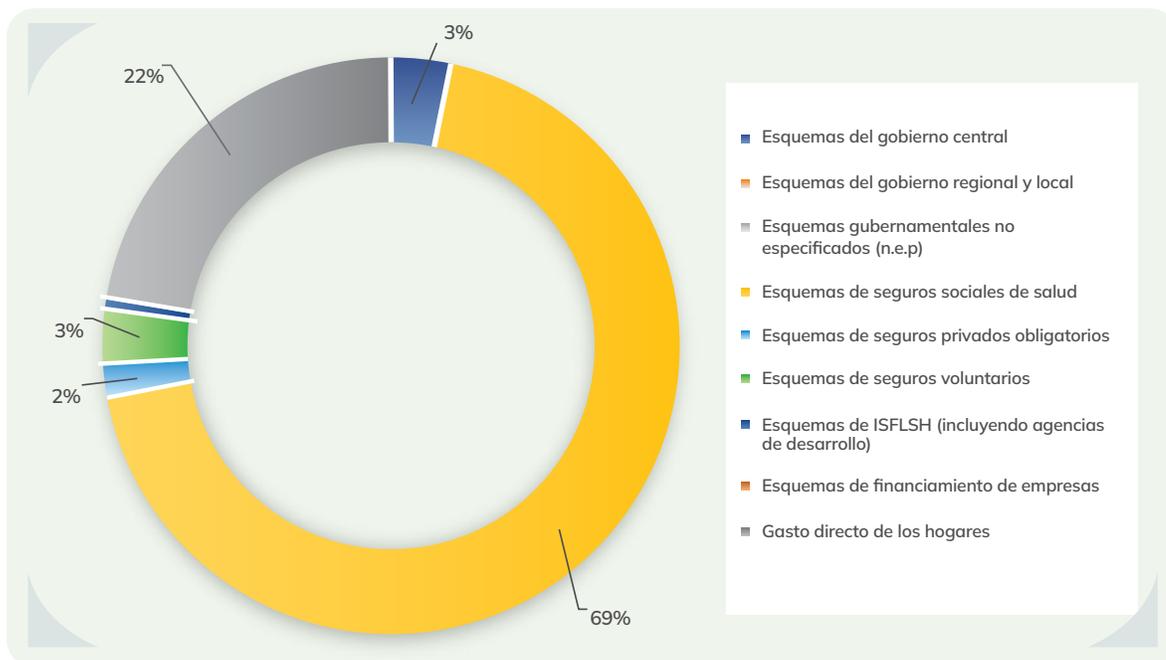
Otra tendencia importante identificada es el crecimiento significativo de los esquemas de seguro voluntario y los esquemas de financiamiento de empresas. Los seguros voluntarios han incrementado su participación ante la necesidad de una respuesta rápida en caso de emergencias. Las empresas, además de contribuir al seguro social y, en algunos casos, pagar primas al seguro voluntario por la cobertura de su personal, también ofrecen reembolsos por los pagos en salud de sus trabajadores y atención a la salud en el sitio de trabajo; esto con el objetivo de ahorrar tiempos de traslado y de respuesta a los empleados que necesiten visitar un área de salud de la CCSS. Pese a que aún representan un porcentaje bajo del gasto en salud (3.2% del gasto corriente), estos crecieron en términos reales un 20.7% y un 13.3%, respectivamente, entre 2017 y 2019.

Figura 5 Esquemas de financiamiento del gasto en salud, Costa Rica 2017-2019



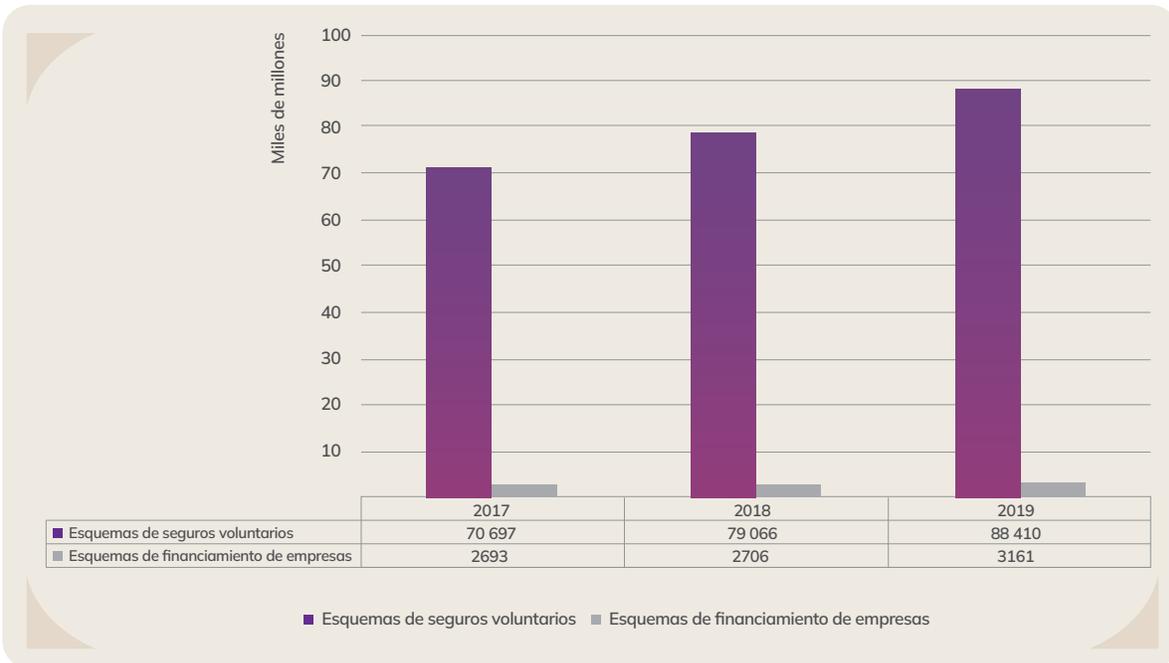
Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Figura 6 Distribución del gasto corriente según los diferentes esquemas de financiamiento, Costa Rica 2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Figura 7 Esquemas de seguros voluntarios y esquemas de financiamiento de empresas, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

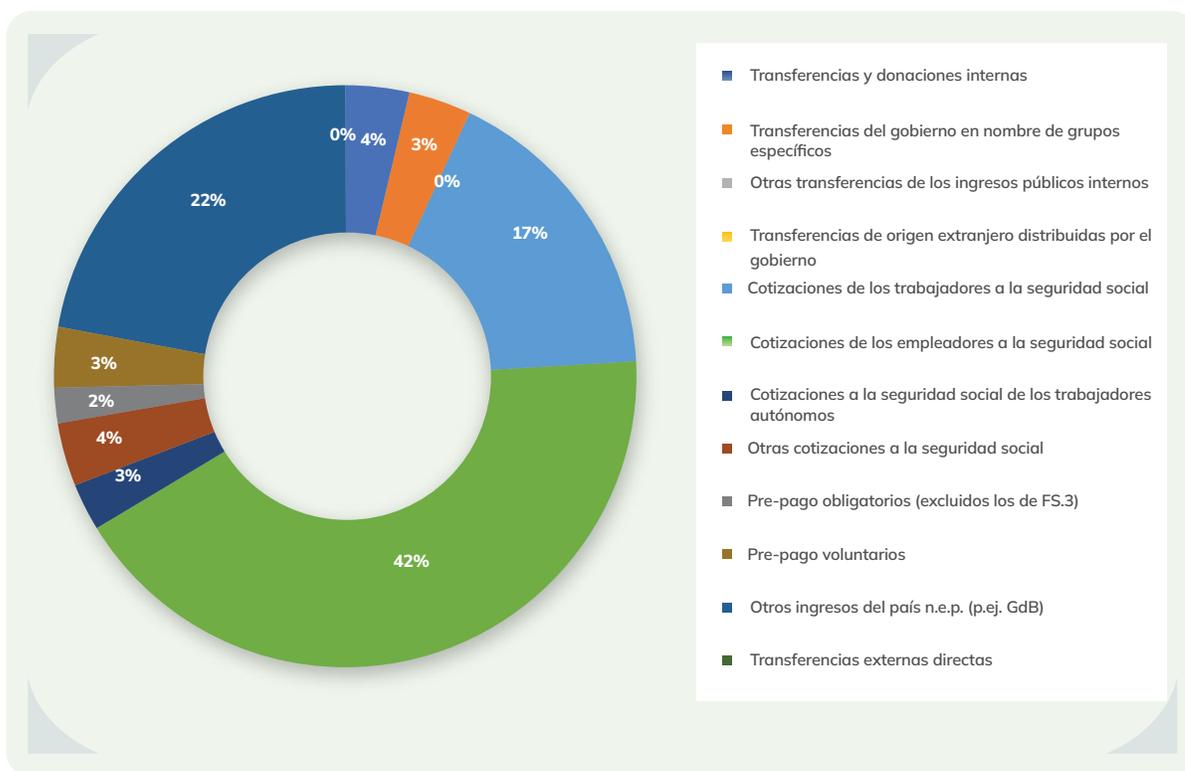
3.3 ¿Con qué recursos se alimentan los esquemas de financiamiento del sistema de salud?

Los ingresos de los diferentes esquemas pueden clasificarse como de origen público o privado. Dentro de los primeros se encuentran las contribuciones a los seguros sociales (cotizaciones de trabajadores, empleadores, voluntarios, independientes y personas retiradas) y contribuciones a seguros privados obligatorios como el SOA. Estos se califican como recursos públicos dado que su pago es obligatorio por ley y, además, su administración está a cargo de una institución pública. En la categoría de privados se encuentran los pagos de primas de las personas a los seguros voluntarios y

los pagos directos al recibir los servicios, así como los ingresos que alimentan a las ISFLSH (ONG) y a los servicios de salud que ofrecen directamente las empresas, sin intervención de seguros.

Entre todos estos ingresos, aquellos de mayor monto en los diferentes esquemas de financiamiento analizados en la subsección anterior son las *cotizaciones de empleadores y trabajadores a la seguridad social*, los cuales aportan en 2019 el 42% y el 17% del total de recursos, respectivamente. Por otro lado, en la categoría de ingresos privados, el que más contribuye corresponde a la categoría de *“otros ingresos del país”*, que incluye principalmente el gasto de bolsillo que representa, para 2019, un 22.5% del total de recursos utilizados para financiar el gasto corriente en salud.

Figura 8 Principales ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud, Costa Rica 2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Cada uno de estos tipos de ingreso se asocia con el financiamiento de esquemas específicos; por ejemplo, los esquemas de gobierno central se financian en un 100% con transferencias de los ingresos públicos internos (FS.1). Por otro lado, hay esquemas de financiamiento que tienen más de una fuente de ingresos. Como se puede observar en la Tabla 2, los esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1) se financian con los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social (FS.3), en su mayor parte, y por transferencias de los ingresos públicos internos en una menor parte; mientras que los esquemas de ISFLSH (incluyendo agencias de desarrollo y otras ONG) se financian con transferencia de los

ingresos públicos internos (FS.1.4), otros ingresos del país, por ejemplo, donaciones e ingresos propios de la ISFLSH (FS.6.3), y con transferencias externas directas (FS.7). El gasto directo de hogares (HF.3) se vincula específicamente con el ingreso de hogares (FS.6.1).

Un aspecto relevante que surge del análisis del cruce de los esquemas de financiamiento y sus fuentes de ingreso, en el caso de Costa Rica, se relaciona con la sostenibilidad del esquema administrado por la CCSS, el cual se alimenta, principalmente, con contribuciones ligadas al empleo. Durante el periodo de estudio, la tasa de desempleo aumentó del 9.1%



al 12.4% de la fuerza de trabajo (BCCR, 2021); mientras que, en la década de 2010 a 2019, la tasa de informalidad pasó de 40% al 46% (Mora, 2020). Esta situación se contempla en el estudio de la OCDE (2017), donde se concluye que la excesiva dependencia de los ingresos relacionados con el empleo amenaza la sostenibilidad financiera de la CCSS. Además de la informalidad, el incremento de retirados respecto de la proporción de cotizantes activos contribuye a incrementar el reto financiero de la CCSS.

Hasta ahora, se ha analizado el pilar del financiamiento y dos de sus componentes principales, los arreglos que estructuran el

financiamiento del sistema (HF) y sus ingresos (FS). A continuación, se analizarán otros dos pilares, las funciones de salud (HC) que muestran en qué bienes y servicios se consumen estos recursos, y qué tipo de establecimientos y recursos aseguran su provisión (HP y FP).



Las cotizaciones de los empleadores a la seguridad social durante 2019 representan el 42% de los recursos que ingresan a los esquemas de financiamiento, seguido de otros ingresos del país, con un 22.5%, cuyo mayor componente son los pagos directos de los hogares.

Tabla 2 Monto en millones de CRC y composición porcentual de aquellos esquemas de financiamiento que tienen más de una fuente de ingresos, Costa Rica 2017-2019

Año	Esquemas de financiamiento	Ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud							Total
		FS.1	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4	FS.6.3	FS.7	
		Transferencias de los ingresos públicos internos	Cotizaciones de los trabajadores a la seguridad social	Cotizaciones de los empleadores a la seguridad	Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos	Otras cotizaciones a la seguridad social	Otros ingresos de ISFLSH n.e.p. (instituciones sin fines de lucro)	Transferencias externas directas	
2017	HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	67 661.1	439 963.0	1 083 818.4	64 179.5	42 336.0			1 697 958.1
		4,0%	25,9%	63,8%	3,8%	2,5%			100%
2018		53.4	486 884.5	1 083 297.9	65 938.6	62 108.1			1 798 490.1
		0,0%	28,7%	63,8%	3,9%	3,7%			100%
2019		91 266.2	465 663.6	1 147 299.7	70 959.23	101 635.7			1 876 824.5
		4,9%	24,8%	61,1%	3,8%	5,4%			100%
2017	HF.2.2 Esquemas de ISFLSH (incluyendo agencias de desarrollo)	6905.1					9840.6	1268.6	18 014.3
		38,3%					54,6%	7,0%	100%
2018		7841.8					8881.1	163.0	16 885.9
		46,4%				52,6%	1,0%	100%	
2019		8655.3					1884.4	13.1	10 552.9
		82,0%					17,9%	0,1%	100%

Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.



3.4 ¿Cómo se distribuyó el gasto entre proveedores?

Entre el 2017 y el 2019, el mayor monto de gasto se encuentra en los hospitales, tanto de especialidades como generales, que para el 2019, concentraron el 49.75% del gasto total en la oferta de bienes y servicios. Ello muestra el balance del gasto en atención con internamiento en comparación con el gasto



en atención primaria, el cual representó un 39% ese mismo año (que se discutirá en el siguiente capítulo).

Otros proveedores que les siguen en importancia, según su gasto, son las farmacias, las unidades de atención ambulatoria y las de administración de seguros sociales.

Durante el periodo 2017-2019, destaca el crecimiento del gasto en proveedores minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos, con un incremento en términos reales de 84.9%. Este crecimiento es seguido por el de las farmacias, las cuales aumentaron su participación en un 34.8%. El incremento sugiere un cambio en el patrón de consumo que se ve reflejado en la nueva encuesta de hogares (ENIGH).

Por otro lado, destaca el decrecimiento del gasto en consultorios odontológicos en un 39.3% y de los proveedores de atención domiciliaria en un 33.2%, decrecimiento

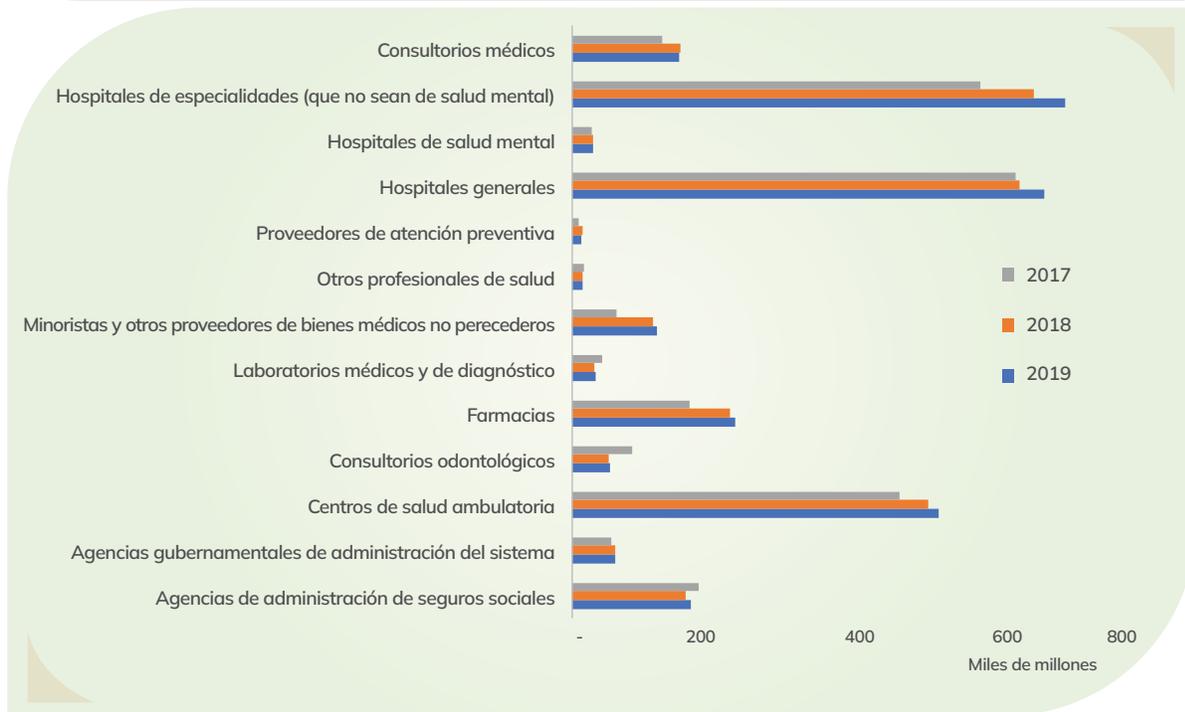
que no impacta significativamente el gasto corriente, dado que representan una baja proporción de este total (2% en 2019). Parte de estos cambios corresponde a la transferencia de la atención odontológica hacia las áreas de salud, cuyo reporte de gasto no está desagregado y constituye una elevada proporción de gasto *no clasificado*. El impacto de esta transferencia se corresponde con un incremento en el gasto en atención dental en el primer nivel, como se observa en la Tabla 3.

Cuando se analiza quién paga estos bienes y servicios, se observa que la CCSS financia el mayor porcentaje de los servicios de salud provistos. Por otro lado, los servicios ofrecidos por consultorios odontológicos, consultorios médicos, laboratorios médicos y de diagnóstico, farmacias y otros minoristas se financian principalmente a través de pagos directos de los hogares y, en una muy baja proporción, por seguros voluntarios, tal como se aprecia en la Figura 10.



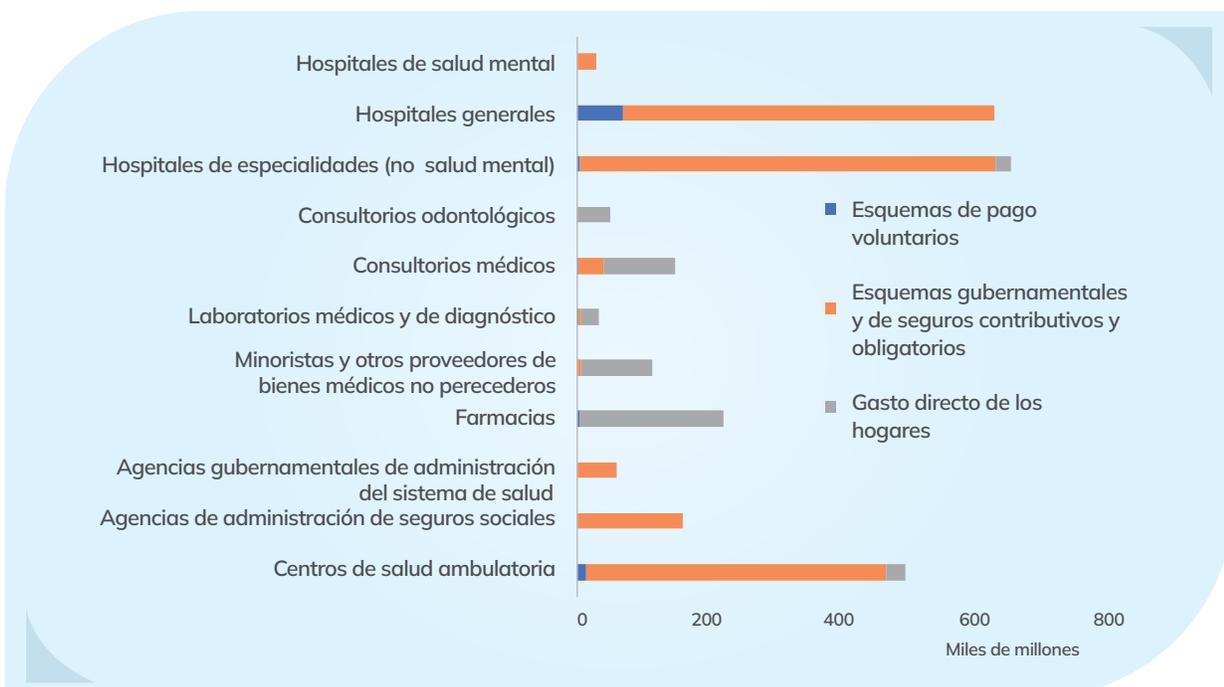
El monto del gasto según la oferta total de servicios y bienes de salud es liderado por los hospitales, de especialidades y generales, quienes concentran un 49.75% del gasto en la provisión de los bienes y servicios de salud en 2019.

Figura 9 Proveedores de servicios y bienes de salud, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Figura 10 Esquemas de salud y proveedores de servicios de salud financiados, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.



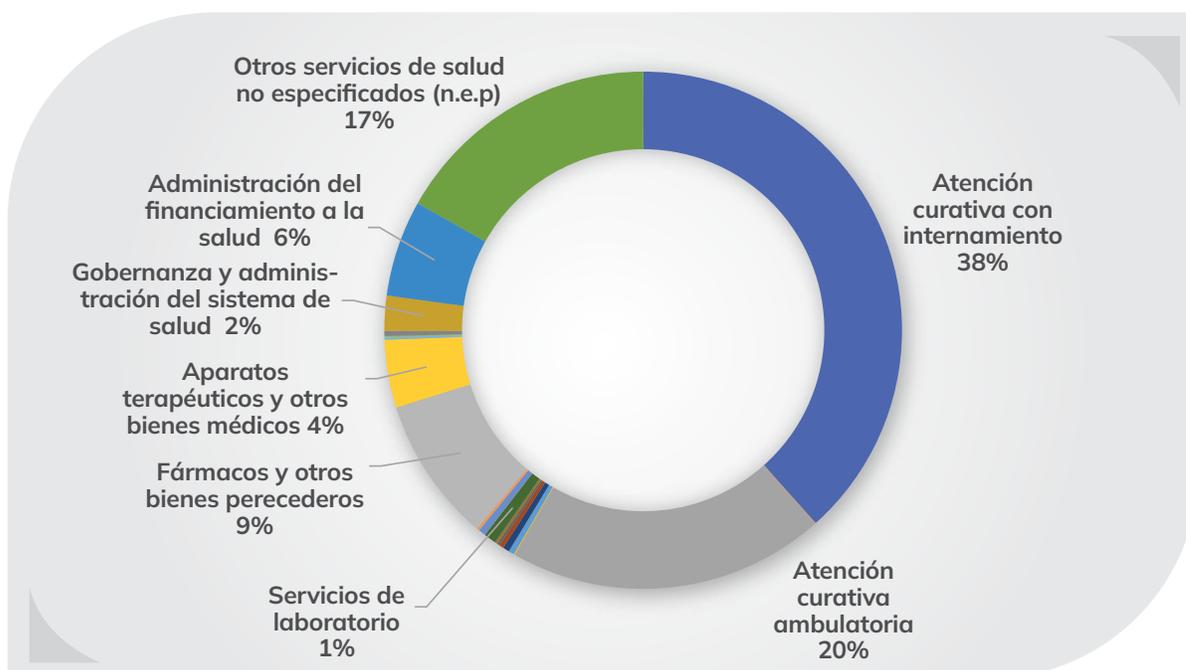
Como se analizó en párrafos anteriores, el financiamiento a través de seguros privados voluntarios es pequeño y los servicios que proporcionan, principalmente, cubren la atención médica en hospitales generales y en centros de salud ambulatorios. Otra forma de analizar el gasto según la oferta y demanda es a través del consumo de los servicios y bienes de salud (HC, según función), aspecto que se verá en el siguiente apartado.

3.5 ¿Cuál es el gasto en los principales servicios y bienes de salud que la población costarricense consume?

Como se ha visto en las páginas anteriores, la población costarricense tiene

acceso a varios proveedores de salud. Pero ¿qué tipo de servicios y bienes de salud concentran el gasto de consumo de servicios de salud por los residentes del país? De acuerdo con los datos de cuentas de salud entre 2017 y 2019, los servicios de salud que concentraron el gasto fueron los referentes a la atención curativa con internamiento, los cuales alcanzaron un monto superior al billón de colones en 2019. En segundo lugar, se encuentran las funciones de atención curativa ambulatoria (general 24.3%, odontológica 23.88% y especializada 51.83% para 2019); en tercer lugar, están las categorías de fármacos y otros bienes perecederos (a través de minoristas). Este es un rubro de monitoreo relevante, porque refleja un

Figura 11 Funciones de salud, Costa Rica 2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.



Entre 2017 y 2019, los servicios de salud que concentraron el gasto de consumo fueron los referentes a la atención curativa con internamiento, los cuales alcanzaron un monto superior al billón de colones en 2019.

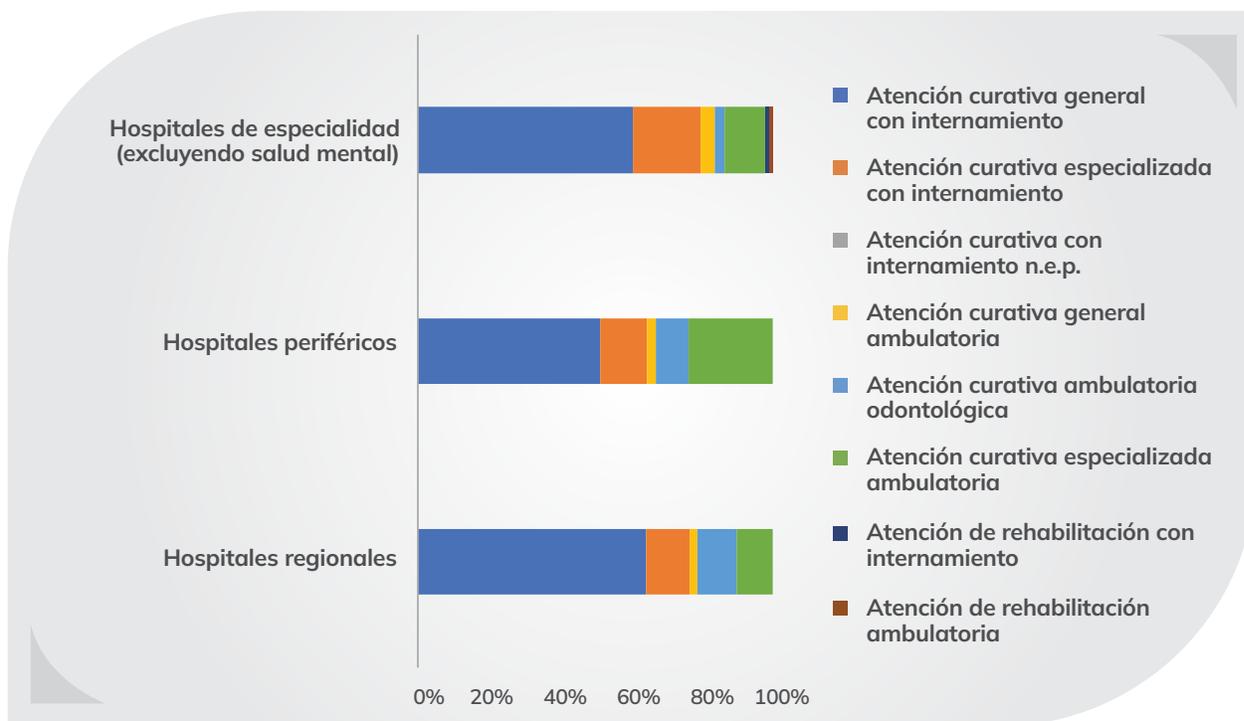
monto creciente y usualmente es cubierto con gasto directo de hogares. En el caso de Costa Rica, este promedio es menor al 18% mundial reportado por OMS en 2019 para 107 países. Le siguen la gobernanza y el gasto no identificado por tipo de servicio.

Al cruzar esta información con los datos de proveedores, se observa un perfil específico, dado que los proveedores se clasifican con base en los servicios que ofrece principalmente (Figura 12). Sin embargo, cabe recordar que, generalmente, cada proveedor ofrece más de un tipo de servicio; por ejemplo, casi todos participan en prevención, aunque en una proporción relativamente menor. Los hospitales concentran el gasto en general y, específicamente, el servicio con mayor gasto es el de atención curativa general con internamiento (55.2%), seguido de atención curativa especializada con internamiento (16.8%) y atención curativa especializada ambulatoria (12.8%) para 2019. Al analizar este patrón entre los tres tipos de hospitales principales, se observa que se mantiene en el caso de hospitales de especialidad (excluyendo los de salud

mental). Sin embargo, cambia en el caso de los hospitales regionales y periféricos, donde la atención curativa especializada ambulatoria ocupa el segundo lugar de gasto, en especial en el caso de los hospitales periféricos, donde más que duplica el gasto en atención curativa especializada con internamiento (ver Figura 12). Como es de esperar, los hospitales periféricos y regionales disponen de menor tecnología y concentran servicios generales, de menor costo, en tanto que los hospitales de mayor especialización concentran los casos de alto costo que son referidos por las otras unidades.



Figura 12 Proveedores y servicios de salud, Costa Rica 2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

El segundo mayor gasto por proveedor corresponde a los establecimientos de atención ambulatoria. En 2019, los centros de salud ambulatorios no especializados conforman alrededor de un 67%, donde prácticamente el 100% está concentrado en la atención curativa general ambulatoria. El tercer mayor gasto por proveedor corresponde a minoristas y otros proveedores de bienes médicos; destaca la provisión de medicamentos con o sin receta en farmacias, mientras que los lentes y otros productos para la visión cubren el 90% del gasto total en otros bienes médicos.

Por último, fuera de los tres principales proveedores con mayor

gasto, se encuentran las agencias de administración del sistema de salud, de los seguros sociales y sus fondos. Estos cubren, mayoritariamente, los servicios de gobernanza y administración, fundamentales para asegurar el funcionamiento coordinado del sistema, con calidad y equidad.

Es importante señalar que el gasto en atención preventiva se considera subestimado, pues aun cuando se ofrece en casi la totalidad de los proveedores, generalmente no se registra de manera desagregada. Solo está documentado el equivalente al 1% del gasto total en servicios y bienes de salud ofrecidos por los distintos proveedores.



3.6 ¿Cuáles insumos concentran el gasto de los proveedores al ofrecer los servicios de salud en Costa Rica?

En promedio, durante el periodo 2017-2019, los factores de producción con mayor gasto corriente incluyen las remuneraciones a los asalariados (53.7%), los medicamentos y otros bienes de salud (23%), y la compra de servicios de salud (15.5%). Los tres factores justifican el 92.2% del gasto corriente en salud. Sin embargo, cabe destacar que la participación del factor remuneraciones ha disminuido de un 56.6% del gasto total en 2017 a un 51.6% en 2019, mientras los medicamentos, bienes de salud y la compra de servicios que no son de salud (por ejemplo, alquiler de equipo de cómputo y de edificios, publicidad y propaganda, seguridad e higiene contratados, entre otros) han aumentado su participación de un 25.0% en 2017 a un 30.2% en 2019. Esta disminución del pago de remuneraciones como proporción del gasto corriente, también representa una disminución del gasto en este factor en términos reales (no así en términos nominales). Considerando la inflación del periodo, es decir, calculando el crecimiento real, el pago de remuneraciones disminuyó en CRC 9.5 mil millones (-0.7%), mientras el pago por bienes de salud aumentó en CRC 166.0 mil millones (32.2%) y el pago por servicios que no son de salud aumentó en CRC 32.5 mil millones (27.7%).

Continuando con el análisis sobre quién paga estos factores de producción,

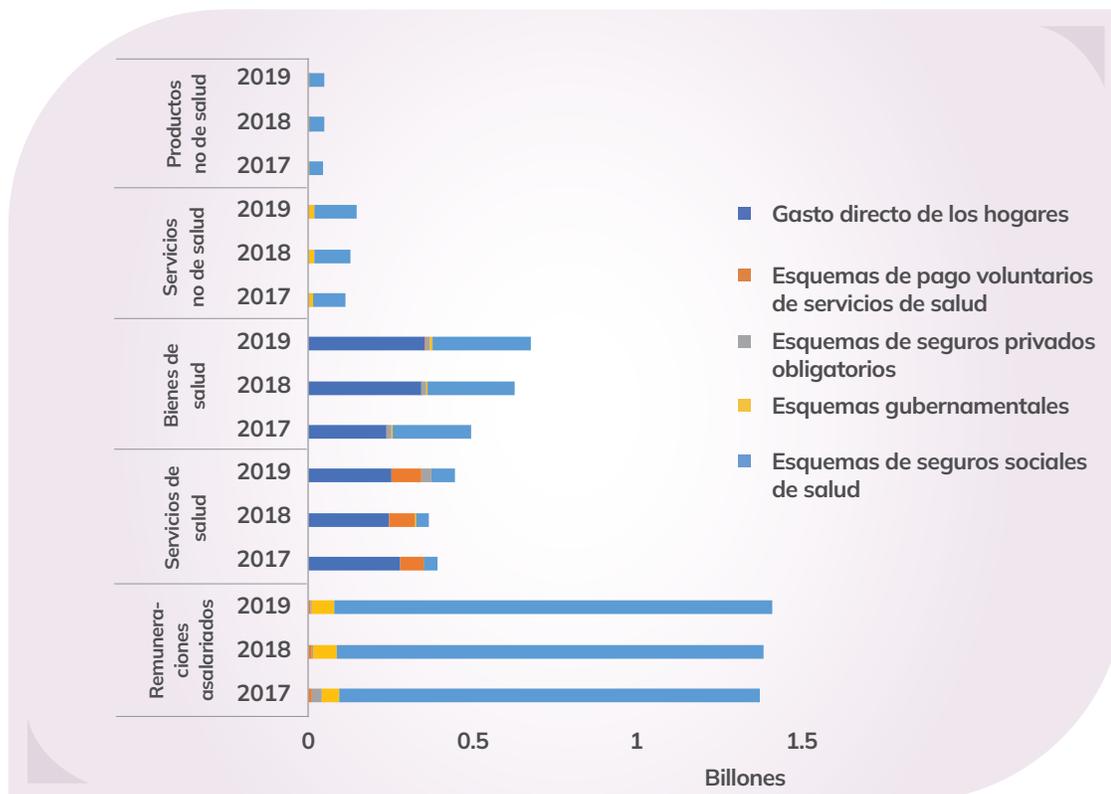
la Figura 13 muestra claramente que el gasto público proveniente de esquemas de seguros sociales contributivos obligatorios financia la mayor parte del pago al personal de salud, así como a servicios y productos que no son de salud (como papelería y material de oficina, agua y electricidad, entre otros). Esto es de esperar, dado que en Costa Rica el sistema de salud público cubre casi a la totalidad de la población, además de que requiere y concentra la mayor cantidad de recursos humanos dedicados a la provisión de servicios de salud en hospitales, establecimientos de atención ambulatoria y establecimientos de atención de larga duración.

Respecto a los factores asociados con servicios de salud (como servicios de laboratorio e imagenología, que no se ofrecen como parte de la hospitalización o la atención ambulatoria, sino de manera independiente), se financian en su mayor parte con gasto directo de los hogares y, en menor parte, con esquemas de seguros privados voluntarios. En el caso de bienes de salud, como medicamentos y vacunas, se financian en partes casi iguales a través del gasto directo de los hogares y de los seguros sociales.



Poco más de la mitad del gasto corriente en salud se emplea en remuneraciones a los asalariados; sin embargo, esta proporción y el monto en términos reales ha disminuido su participación relativa en el periodo.

Figura 13 Factores de provisión y esquemas de financiamiento, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

3.7 ¿Cuáles el nivel de inversión de capital en el sistema de salud costarricense?

Entre 2017 y 2019, la formación bruta de capital fijo o inversión de capital aumentó en 24.6%, impulsado en mayor parte por el aumento en infraestructura. Este rubro representa, en promedio, el 40.3% de la inversión total por año durante el periodo de estudio y creció, en términos reales, 65.3%. El mayor crecimiento se concentró en el equipo de transporte (132%), no obstante, este tipo de inversión tan solo representa 2.9% del gasto promedio por año.

Al analizar esta inversión según los proveedores que la adquirieron, se observa que los principales fueron los proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud, con una inversión promedio de CRC 46.4 mil millones, equivalente a cerca del 50% en promedio por año durante el 2017-2019. En segundo lugar, se encuentran los hospitales, con un promedio por año cercano a CRC 32.0 mil millones, aproximadamente 35% de la inversión promedio anual.

Cabe señalar que las áreas administrativas que obtienen bienes de



capital con frecuencia lo transfieren para su uso en unidades médicas.

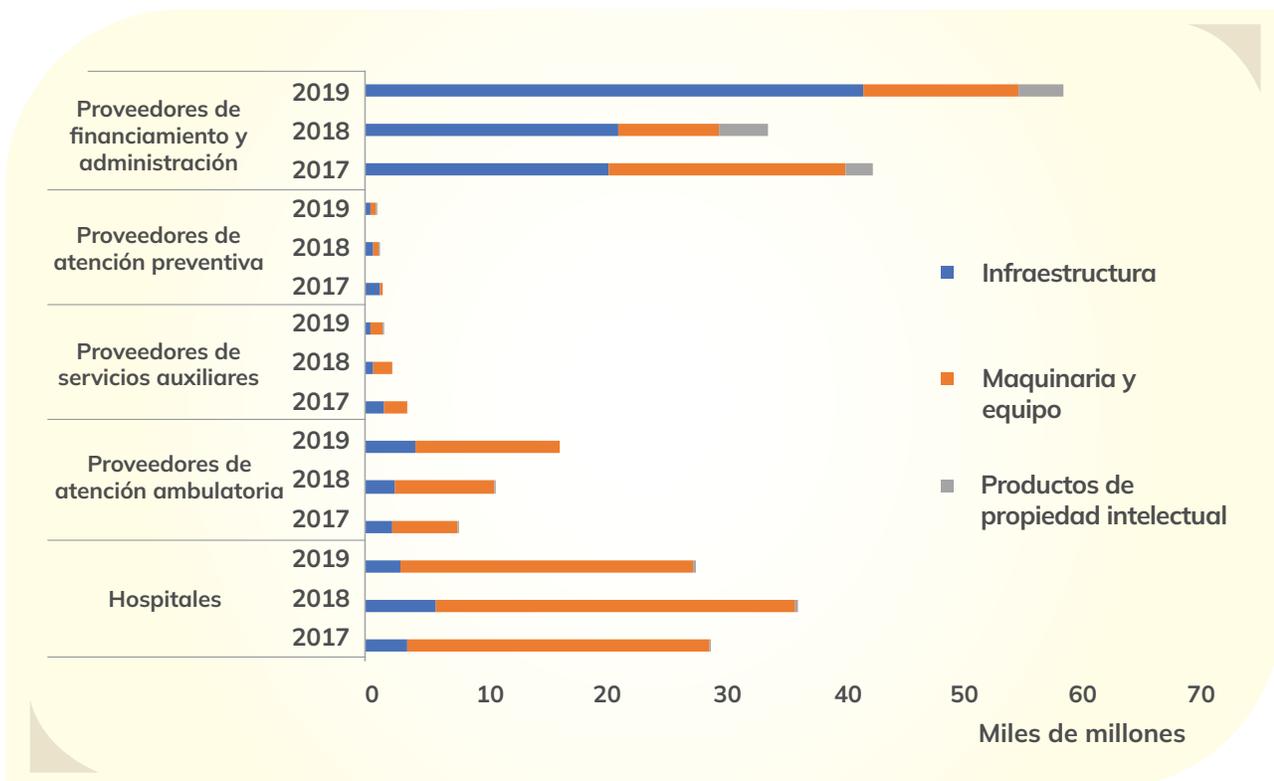
Se observa que en las tres categorías de mayor gasto: infraestructura, maquinaria y equipo, y productos de propiedad intelectual, el agente que las adquirió fue la agencia de seguridad social, es decir la CCSS, con un financiamiento promedio anual del 77.3%. En segundo lugar, y con un decrecimiento significativo en el periodo, se encuentra el Gobierno Central. Este agente pasó de aportar el 31.5% del financiamiento en 2017 al 5% en 2019, ya

que el fondo que usualmente se utiliza para el financiamiento del capital se canalizó al gasto corriente¹². El resto de los agentes tiene una participación reducida en la formación de capital fijo durante este periodo.



Entre 2018 y 2019, la formación bruta de capital fijo aumentó en 24.6%, principalmente en infraestructura, rubro que creció en términos reales 65.3%.

Figura 14 Inversión de capital según proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2017-2019

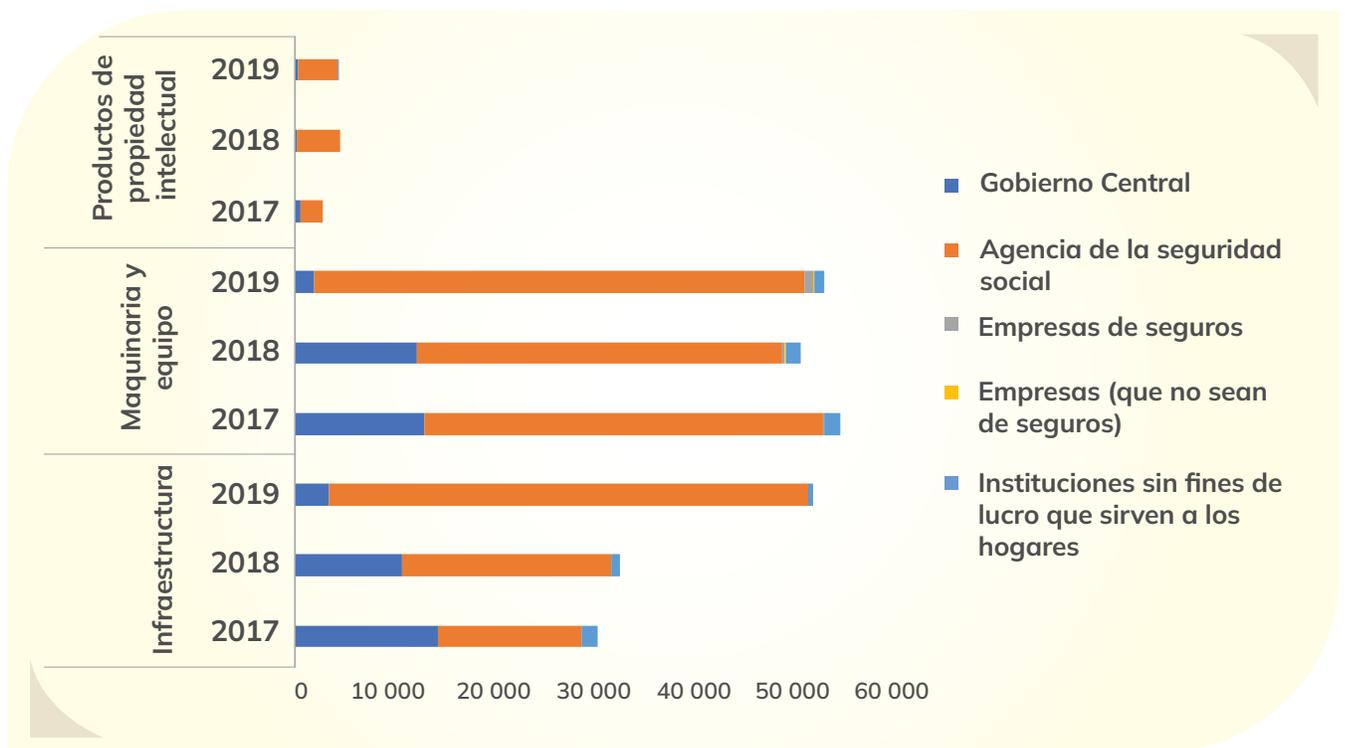


Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

¹² Es el caso de recursos de la ley n.º 9028 Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud.



Figura 15 Inversión de capital según agente de financiamiento, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

IV. Implicaciones de política pública

Caso 1. Gasto en medicamentos por parte del Sistema de Salud

Uno de los temas de discusión relacionados con el financiamiento en salud más relevantes en el país está relacionado con el gasto en medicamentos.

El gasto elevado en medicamentos no es una característica única del sistema de salud de Costa Rica. Cabe mencionar que, en los países de la OCDE, el control del crecimiento del gasto en medicamentos ha involucrado un conjunto de políticas que se han aplicado paulatinamente desde hace más de una década y aún se exploran otras más. En resumen, puede decirse que van desde el uso de genéricos (que alcanzó resultados exitosos), la expansión de la negociación y control de precios a diferentes niveles de la cadena de suministro y, actualmente el mejoramiento de los patrones de prescripción según tipo de medicamento (por ejemplo, listas de medicamentos con o sin promoción).

De acuerdo con el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), en los últimos años se ha presentado una serie de demandas ante esta institución sobre medidas comerciales que afectan la competencia de este mercado y que generan brechas significativas

en el precio en que las droguerías¹³ les ofrecen a distintas farmacias del país. Se incluyen prácticas como contratos de exclusividad con algunas farmacias, compras a mayores volúmenes, que sugieren concentración del mercado, e integración entre droguerías y farmacias que permite menores precios para unos pocos (MEIC, 2019).

De acuerdo con el MEIC (2019), hay diferencias sustantivas en el precio de una canasta de medicamentos entre un tipo de farmacia y otro; asimismo, se encontraron diferencias de precios entre alternativas de un mismo medicamento. En el afán de regular esta situación, desde la Asamblea Legislativa se han propuesto varios proyectos de ley; sin embargo, a la fecha, ninguno se ha aprobado (Pomareda, 2020) y solo uno ha avanzado de su etapa en comisión legislativa al Plenario Legislativo (Ramírez, 2021). Por parte de las iniciativas provenientes del Ejecutivo, destaca el decreto para que las recetas de medicamentos se emitan por su nombre genérico, esto con el objetivo de que los usuarios puedan escoger el medicamento óptimo en términos de precio y funcionalidad. Este decreto entró en vigor el 29 de octubre de 2021 (Presidencia de la República, 2021).

Algunos estudios señalan que uno de los grandes desafíos dentro de este gasto es la compra de medicamentos de alto costo:

¹³ Las droguerías o distribuidoras mayoristas son las encargadas de comercializar o abastecer los medicamentos importados y fabricados en el país tanto a las cadenas farmacéuticas como a las farmacias independientes.



Los medicamentos no LOM¹⁴ (aquellos utilizados en la atención de patologías de grupos minoritarios y adquiridos por los hospitales), por su parte, representaban en el 2016 el 14.3 % del gasto total de medicamentos (Arce, 2021, p. 18).

Lo más preocupante al respecto, señala el autor, no es el monto absoluto, sino su crecimiento en los últimos años; entre 2009 y 2016 estos han crecido más que los medicamentos LOM e incluso han superado la tasa de crecimiento del gasto total del seguro de salud.

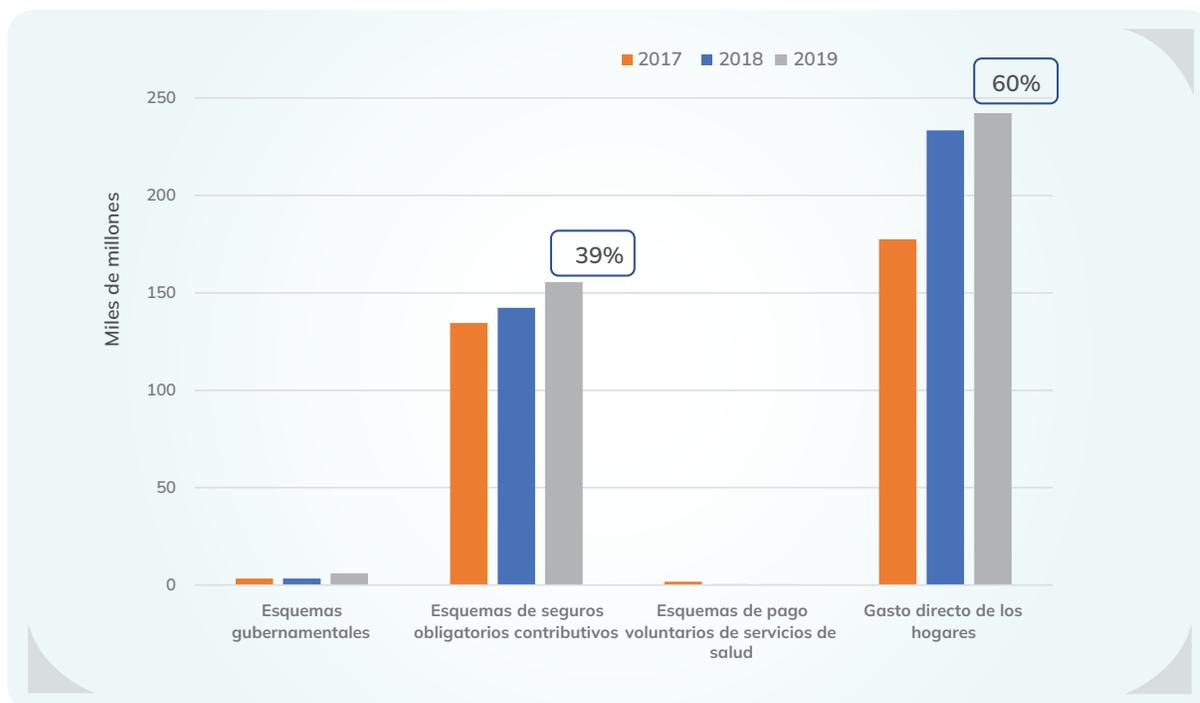
En esta sección se busca brindar mayores insumos a este debate público

utilizando los datos de cuentas de salud en el periodo 2017-2019.

1. ¿Cómo se financia el gasto en medicamentos en Costa Rica?

Durante el periodo 2017-2019, el gasto en medicamentos aumentó de CRC 317.3 mil millones en 2017 a CRC 404.2 mil millones en 2019, con un crecimiento real del 23%. Este gasto en medicamentos se financió, principalmente, con pagos directos de los hogares y, en segunda instancia, con los ingresos del esquema de seguros obligatorios contributivos, como se aprecia en la Figura 16.

Figura 16 Financiamiento del gasto en medicamentos e insumos farmacéuticos, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

¹⁴ Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS.



Existe una diferencia significativa entre la proporción de financiamiento de los medicamentos, los esquemas de seguro social y el gasto directo de los hogares durante el periodo. Como se observa en la Figura 16, durante el periodo 2017-2019, el gasto en medicamentos se financió principalmente con pago directo de los hogares y, en segunda instancia, con los ingresos del esquema de seguros obligatorios contributivos. Así, mientras en 2017 el gasto directo de los hogares representó el 55.9% de la compra de medicamentos, en 2018 aumentó a 61.5% y en 2019 disminuyó al 59.9%. Mientras que, el financiamiento a través de seguros obligatorios contributivos fluctuó entre 37.5%, en su punto más bajo, a 42.4% del total del gasto en medicamentos. Esto implica que, en 2019, el financiamiento de medicamentos a través del gasto de bolsillo de los hogares fue superior al 50% y mayor al financiamiento a través de seguros obligatorios contributivos.

La disminución en la brecha entre ambas fuentes durante 2019 se compensó con un aumento en la participación de los esquemas gubernamentales, con un crecimiento de casi el doble respecto a 2018, donde aumentó su participación del 0.9% al 1.5% en el 2019.

A continuación, se analiza cuáles son los principales tipos de servicios médicos bajo los cuales la población demanda más medicamentos.

2. ¿Cuáles servicios o bienes de salud demandan un mayor consumo de medicamentos por parte de la población?

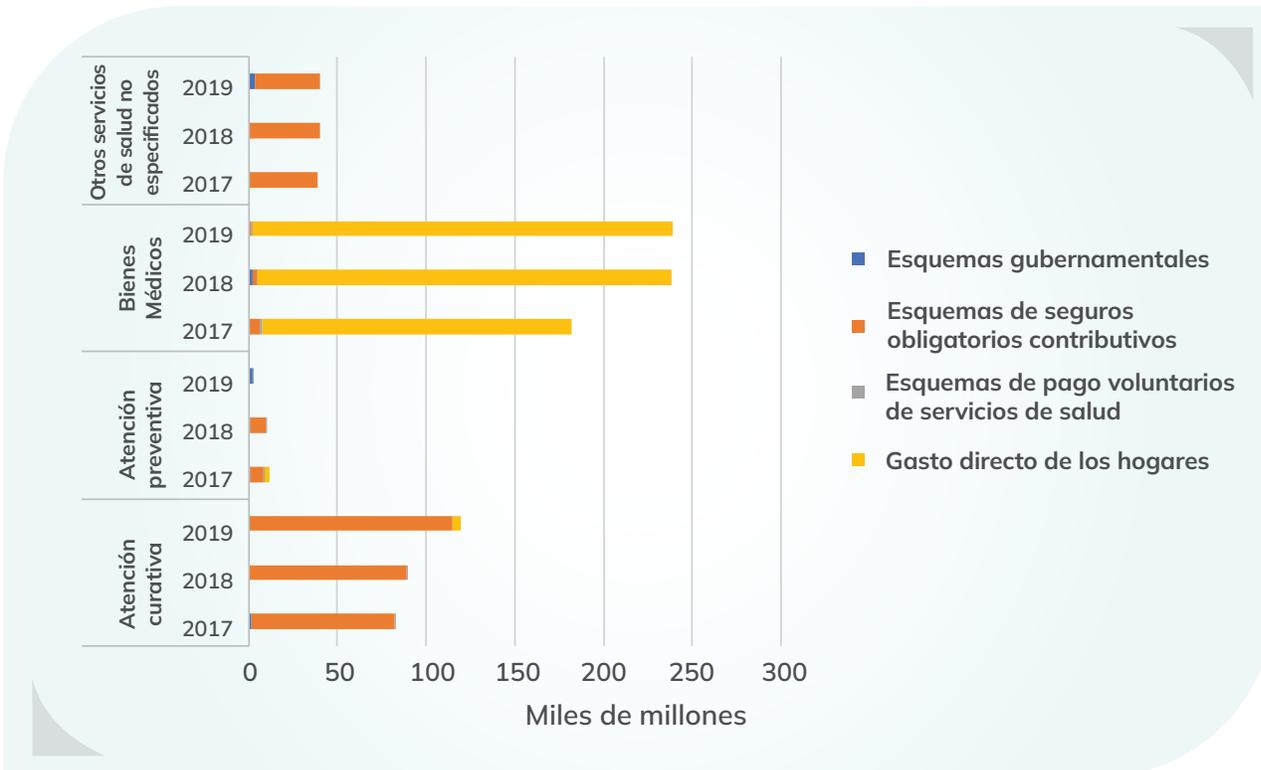
Los medicamentos se caracterizan por tener una doble vía de consumo. Los servicios de salud (de internamiento, consulta, laboratorio, etc.) pueden involucrar la provisión de medicamentos que no se reportan por separado, sino como parte del paquete de atención en el que se consumen. La categoría *bienes médicos* refleja el consumo de medicamentos fuera de los servicios de salud, aquí se incluyen, también, otros bienes perecederos. Esta demanda cubre, en promedio, anualmente el 59.8% del gasto en medicamentos, seguido por la atención curativa con internamiento y ambulatoria, con el 26.3% del gasto en medicamentos.

Estas funciones de salud tienen la particularidad de que son financiadas, en su mayoría, por una fuente de recursos específica. En el caso de la provisión de bienes médicos, se trata de pagos directos de los hogares, es decir, gasto privado; mientras que, la función de atención curativa con los ingresos del esquema de seguros obligatorios contributivos, es decir, con gasto público (CCSS, principalmente).





Figura 17 Servicios con mayor consumo de medicamentos según esquema de financiamiento, Costa Rica 2017-2019



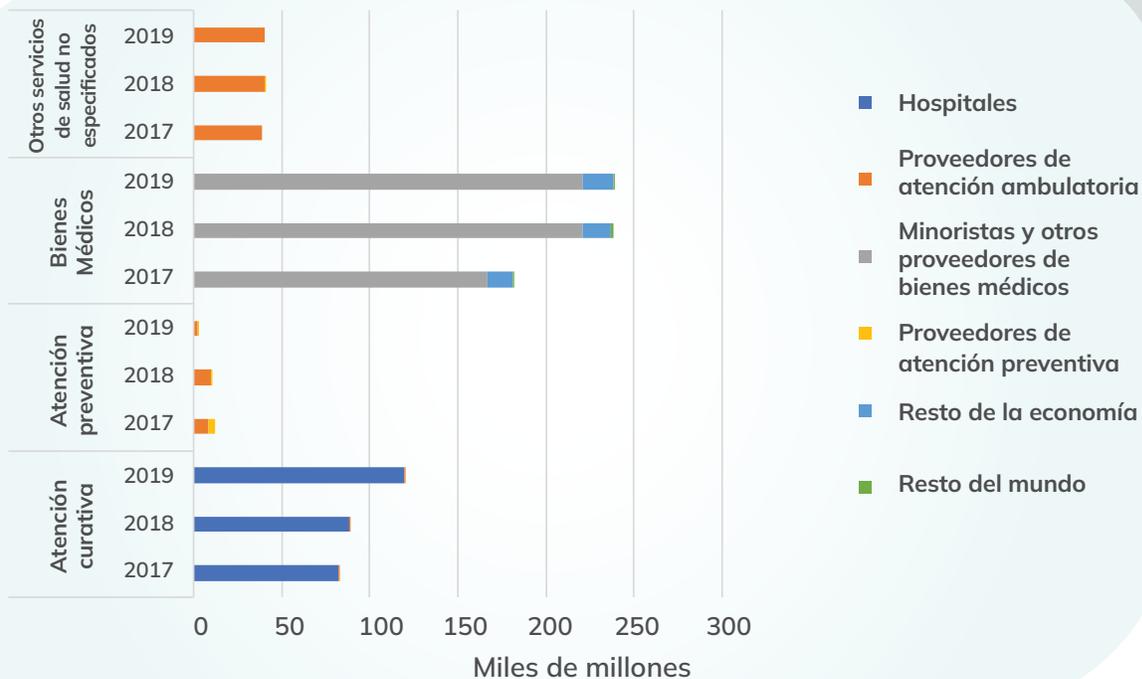
Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

3. ¿Quiénes son los principales proveedores de medicamentos durante 2017-2019?

En cuanto a quiénes proveen los medicamentos que demanda la población a través de cada una de estas funciones de salud, se puede afirmar que se trata de los minoristas (categoría que incluye farmacias y otros proveedores misceláneos) a través de la categoría de bienes médicos, con un 55.1% del total del gasto en promedio por año. En segundo lugar, se encuentran los hospitales, los cuales brindan medicamentos a la

población principalmente a través de su función de atención curativa y cubren un promedio anual de 26.2% del gasto. Esta combinación de gasto en medicamentos en la atención curativa brindada por hospitales presenta un mayor crecimiento en los últimos tres años e incluye la dotación de medicamentos de alto costo incrementada en los años recientes, pasando de cerca de CRC 81.9 mil a casi 120 mil millones, con un crecimiento real del 40.8%, seguido de los bienes médicos provistos por los minoristas y otros proveedores, que ascendieron en un 28.3% en el periodo de estudio.

Figura 18 Principales proveedores de medicamentos según función de salud, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Caso 2. Gasto en atención primaria en salud – primer nivel de atención

La atención primaria de salud (APS) forma parte central de los sistemas de salud y cobró notoriedad especialmente desde 1978, con la declaración de Alma-Ata. A nivel operacional, se ha definido como la confluencia entre los servicios del primer nivel de atención (PNA) y de salud pública esencial, las personas y comunidades participativas y empoderadas, y la acción y políticas intersectoriales en salud. El PNA debe acercar la atención de la salud

lo más posible al lugar donde viven y trabajan las personas, constituyéndose en el elemento principal de un proceso de atención de salud continuo (OCDE, 2019, p. 7). Diversas definiciones complementarias reafirman el énfasis en el primer nivel de atención centrado en la persona dentro de su comunidad, con provisión de servicios integrales y capaces de tratar una gran parte de las necesidades de salud de la población.

La APS es tan importante para la salud que el reporte de monitoreo en la ruta hacia la Salud Universal de 2019 afirma que “la ampliación de las intervenciones de



Atención Primaria de Salud en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza media de vida en 3.7 años en 2030” (OMS, 2019, p. 5).

Costa Rica es un país de ingresos medio altos, pero con una infraestructura bastante desarrollada en el primer nivel de atención. En palabras de la OCDE “Su atención primaria se constituye en una base sólida para el resto del sistema de salud, y sirve como un modelo de interés para los demás sistemas de salud en todas sus fases de desarrollo” (OCDE, 2017, pág. 24). Para el 2019, el PNA de la CCSS estaba constituido por 1057 EBAIS distribuidos a lo largo del país en 524 sedes y 675 puestos de visita periódica, los cuales facilitan el acceso a los servicios de salud tanto en zonas urbanas como rurales (CCSS, 2020). Los EBAIS brindan atención de enfermería y medicina general, y solo en algunas unidades se ofrecen otros servicios como los otorgados por trabajadores sociales, dentistas, personal técnico de laboratorio, farmacéuticos y nutricionistas. Entre otras debilidades, se ha identificado que estos servicios, además de un enfoque demasiado asistencialista, tienen un reducido número de horas de consulta, pues solo se dan citas en la mañana e inicios de la tarde, lo que representa una limitación para el acceso a la atención.

Las cuentas de salud pueden contribuir a identificar y resolver problemas asociados al financiamiento, asignación y gasto de recursos en el PNA. En este caso, el

análisis permitió medir el nivel de gasto destinado al PNA de Costa Rica en el periodo en estudio, así como las fuentes de financiamiento de los servicios que se proveen y quienes los proveen.

1. ¿Cuánto gasta el Estado en el primer nivel de atención?

Para responder esta pregunta, la metodología utilizada fue la definida por la OMS para fines de comparabilidad internacional, explicada en el Cuadro 2. Esta aporta información sustantiva al diálogo de política pública y desarrollo, al ser comparable entre países y en el tiempo (WHO Expenditure Tracking/Health Accounts Team, 2019).

Pese a la utilidad comparativa, se recomienda tomar en cuenta aspectos específicos de los sistemas de financiamiento y prestación de servicios únicos de cada país, para contextualizar la metodología acá dada. Así, en el caso de Costa Rica, en la medición del gasto público en APS se consideró adicionalmente la medición de HC.9 financiada por esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios (HF.1). Esto dado que este gasto fue efectuado por las áreas de salud las cuales son parte del PNA y por problemas de desagregación de la información por parte de la fuente primaria se reportaron como HC.9.

Se espera que en futuros reportes de Cuentas de Salud de Costa Rica se pueda implementar una estimación del



gasto en PNA y APS más ajustado al contexto nacional, desagregando el HC.9 y asignándolo entre las otras categorías. Adaptaciones como esta y otras requieren de mayores esfuerzos de recopilación de datos, inclusive la utilización de encuestas de hogares, una mayor recolección de datos en centros de salud y el aprovechamiento de los sistemas de información de rutina.

Al analizar los resultados del gasto de Costa Rica en APS, surge la siguiente pregunta: ¿cuán cerca se encuentra el

país a destinar 30% del gasto público a la APS? Los datos entre 2017 y 2019 muestran un aumento importante del gasto público por este concepto, con una tasa de crecimiento real del 12.2% como se aprecia en la tabla 3. En el 2019, el porcentaje del gasto público destinado a la APS sobrepasó la meta del pacto 30-30-30¹⁵, con un 39%. Adicionalmente, en el agregado se observa que, en los tres años de este estudio, el gasto en APS financiado con recursos públicos ha crecido más que el gasto público total.

CUADRO 2. METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE APS SEGÚN OMS

La definición operacional de OMS para estimar el gasto en APS incluye los siguientes servicios:

- Atención curativa general ambulatoria (HC.1.3.1) y dental ambulatoria (HC.1.3.2)
- Atención curativa domiciliaria (HC.1.4)
- Atención médica a largo plazo ambulatoria (HC.3.3) y domiciliaria (HC.3.4)
- Parte de los bienes médicos prestados fuera de los servicios de atención médica (80% de HC.5)
- Atención preventiva (HC.6)
- Parte de los costos de administración y gobernanza del sistema de salud (80% de HC.7)

Para alcanzar el consenso en la definición de este indicador, se realizó una serie de consultas a nivel global y, finalmente, se presentó el resultado de este trabajo en 2018 en el 40° aniversario de la declaración de Alma-Ata en Astana.

Hay otra propuesta formulada por los países de la OCDE más conservadora. Existen diferencias entre el indicador de la OMS y el de la OCDE, pues en este último solo se toman en cuenta los servicios proporcionados por proveedores de atención ambulatoria, sin considerar los servicios de atención preventiva colectivos de vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad. La OCDE deja como opcional la medición de los bienes médicos y la administración del sistema de salud.

¹⁵ Este pacto de OPS y los países de la región propone alcanzar un gasto público de 6% del PIB que elimine el 30% de las barreras de acceso y canalice un 30% a la APS.



En la tabla 3 se puede apreciar el crecimiento de los servicios de atención curativa ambulatoria odontológica explicado en la sección 3.4 y el decrecimiento significativo de los rubros de bienes médicos y atención preventiva. En ambos rubros, la disminución responde a cambios metodológicos en clasificación de los datos de un año a otro y a limitaciones en el reporte de los datos de parte de las fuentes primarias, aspectos que se abordaron de manera general en la sección II Resumen Metodológico. En el caso de bienes médicos la caída se relaciona con un cambio en la clasificación del programa

institucional de compras el cual en 2019 pudo desagregarse más a detalle respecto a 2017, año en que se registró enteramente como bienes médicos. Respecto a la atención preventiva la caída responde a dos factores, uno la ausencia del registro de datos de parte de la CCSS del programa de inmunización; y dos, análogamente a lo sucedido con el programa institucional, en 2019 el IAFA logró hacer una mejor desagregación de su gasto en salud.

Es necesario señalar que la subestimación del gasto en atención preventiva explicada en las limitaciones de este estudio (problemas de desagregación

Tabla 3 Gasto en el PNA financiado con fondos públicos, en miles de millones de CRC, Costa Rica 2017-2019

	2017		2018		2019		Variación real 2017-19
	Monto	Composición	Monto	Composición	Monto	Composición	
APS Costa Rica financiado con gasto público	681.2	37.6%	714.1	36.9%	791.8	39.2%	12.2%
Atención curativa general ambulatoria	35.7	2.0%	50.0	2.6%	51.2	2.5%	38.2%
Atención curativa ambulatoria odontológica	13.0	0.7%	15.3	0.8%	78.8	3.9%	485.9%
Atención ambulatoria de larga duración	2.7	0.1%	4.2	0.2%	4.0	0.2%	43.7%
Atención domiciliaria de larga duración			0.9	0.0%	0.6	0.0%	
Bienes médicos	9.3	0.5%	7.9	0.4%	5.6	0.3%	-41.9%
Atención preventiva	21.8	1.2%	21.7	11%	12.7	0.6%	-43.8%
Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	182.9	10.1%	172.9	8.9%	179.4	8.9%	-5.3%
Servicios de APS no detallados	415.8	22.9%	441.2	22.7%	459.4	22.7%	6.7%
No APS financiado con gasto público	1132.7	62.4%	1222.9	63.1%	1228.1	60.8%	4.7%
Total HC financiado con gasto público	1813.9	100.0%	1937.1	100.0%	2019.9	100.0%	7.5%

Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

en la base de datos de la CCSS) afecta el análisis del gasto público en la APS y el PNA. La atención curativa puede incluir una parte de la atención preventiva que no ha sido posible identificar en forma separada.

¿2. Quién paga los servicios del primer nivel de atención?

Cuando se analizan los datos obtenidos del PNA (Figura 19), se observa que en 2019 una elevada proporción de este gasto se financia con fondos públicos, representando un 65,3% del total de PNA y el resto corresponde al gasto privado (34,7%), cuyo componente más importante es el gasto de los hogares (95%).

El gasto público incluye, principalmente, a los esquemas de seguro social de salud administrados por la CCSS (90,3%), cuyos ingresos dependen de las cotizaciones sociales obligatorias. Con estos ingresos se financian tanto la atención directa a la población (incluyendo la curativa, de prevención, promoción de la salud, y dotación de medicamentos) como la de administración del financiamiento, regulación y gobernanza, que representó el 18,4% del gasto realizado con esta fuente de financiamiento.

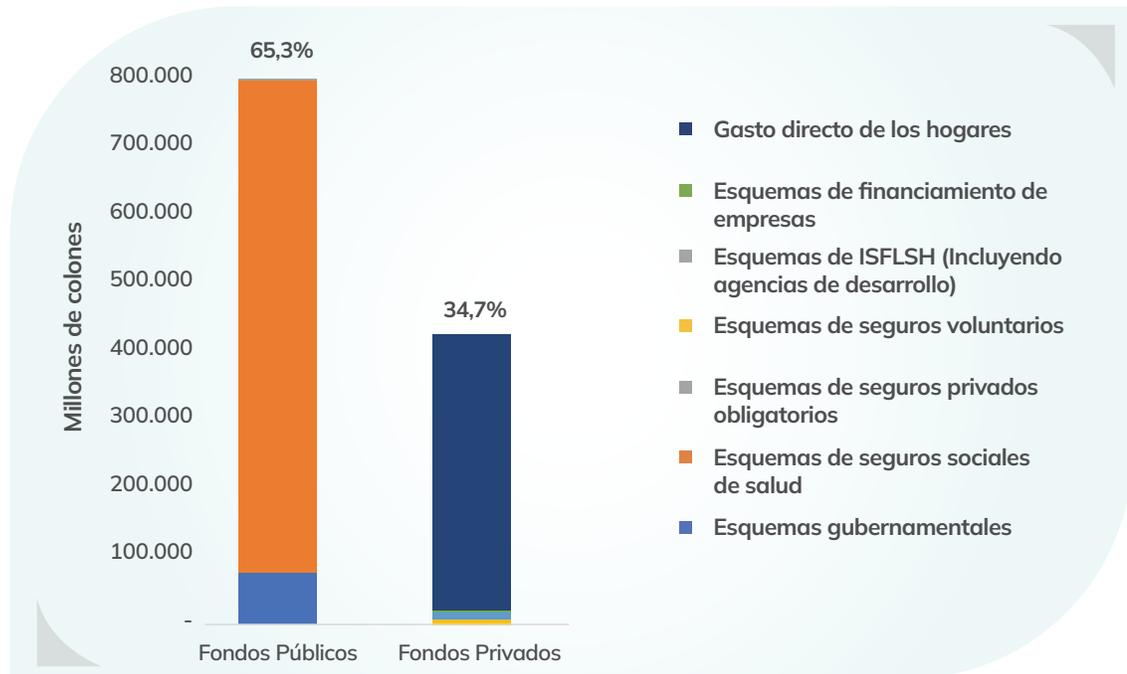
Los esquemas gubernamentales financiaron el 9,6% del gasto en el PNA financiado con fondos públicos en 2019. Los principales rubros pagados con estos ingresos fueron la gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud, la atención preventiva y la atención curativa general ambulatoria. En 2019, los esquemas de gobierno

constituyeron el financiamiento principal de la atención preventiva reportada, cubriendo un 86% del gasto en esta función.

La Figura 20 muestra las diferencias relativas del gasto en los sectores público y privado. Para los tres años de estudio, se evidencia que el gasto público en APS con respecto al gasto público en salud total oscila entre 37% y 39%. Por otro lado, si bien el gasto privado cubre solo un 22% del gasto total en PNA, la proporción de gasto privado destinada a este rubro representa entre un 57% y 59% del total en el periodo. A su interior, el mayor componente corresponde al gasto de hogares. En 2019, los pagos directos de los hogares en el PNA alcanzaron casi los CRC 420.7 mil millones, lo cual representa un aumento real del 17.6% respecto a 2017 durante el periodo de estudio. Dado que el gasto directo de hogares puede implicar riesgo financiero (por ejemplo, empobrecimiento), resulta importante analizar su composición y dinámica para identificar la necesidad y naturaleza de una intervención de protección específica.

Los hogares dedican 2% del gasto en PNA en atención médica y, el resto, a la adquisición de bienes médicos, de los cuales, 11% cubre la compra de medicamentos con receta, 56% cubre medicamentos sin receta y 30% los dispositivos médicos (por ejemplo, anteojos). Aquí, se incluye la medicación de atención continua de patología crónica, cuyo control se ubica en la atención especializada (Figura 21).

Figura 19 Origen del financiamiento del primer nivel de atención en Costa Rica, 2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Figura 20 Importancia relativa del gasto corriente en salud destinado a la atención del primer nivel por origen de recursos, Costa Rica 2017-2019

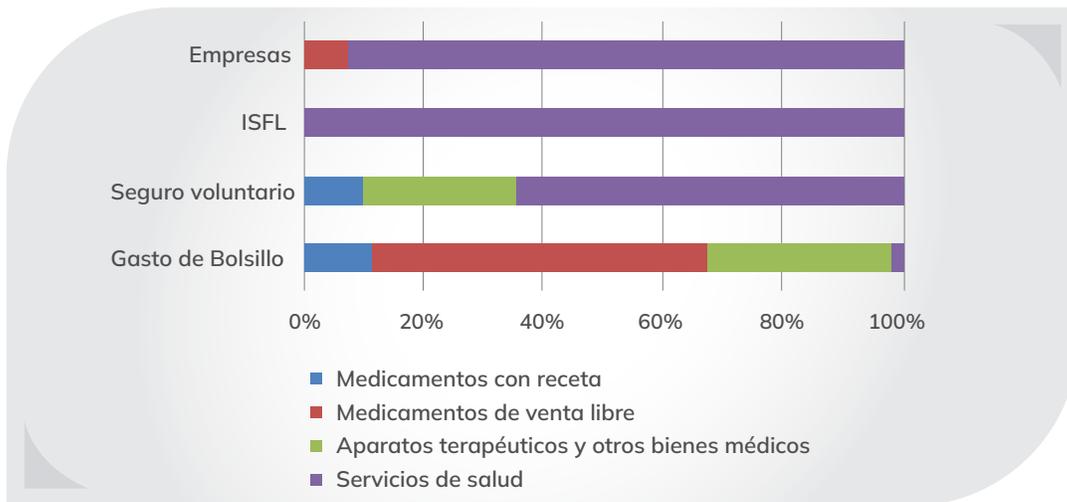


Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Contar con información detallada permite profundizar la comprensión de esta dinámica de gasto que evidencian las cuentas de salud (Figura 22). Si bien el periodo estudiado es muy corto, es posible

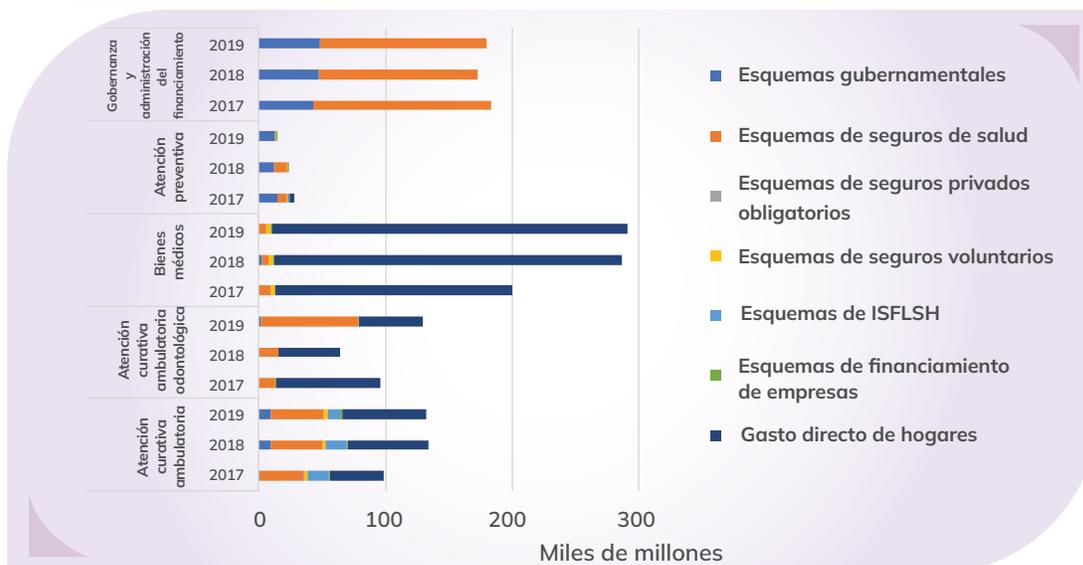
identificar un crecimiento acelerado en el gasto de bienes médicos (medicamentos, lentes, entro otros) que afecta los pagos directos de los hogares.

Figura 21 Proporción del gasto en salud privado destinado a la atención del primer nivel de consumo, Costa Rica 2017-2019.



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Figura 22 El primer nivel de atención y sus fuentes de financiamiento, Costa Rica 2017-2019



Fuente: elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.¹⁶

¹⁶ En la figura no se considera HC9, ya que no se encuentra desglosado por funciones.

V. Recomendaciones para futuros ejercicios de estimación de cuentas de salud

1. Fortalecimiento del equipo de Cuentas de Salud

Los datos reportados en las cuentas de salud 2017-2019 integran un enfoque actualizado y de mayor madurez en la aplicación del marco SHA2011 por parte del grupo de trabajo nacional respecto a los resultados del periodo 2011-2016. Destaca una mayor cobertura del gasto, más detalle y mejora sustantiva en la desagregación y codificación del gasto en salud de Costa Rica.

Sin embargo, existen aún múltiples oportunidades de mejora. Dado que la generación de cuentas es un trabajo relativamente especializado, el avance se relaciona con la necesidad de contar con mayor recurso humano para avanzar de manera más ágil con el tiempo limitado que se dispone y los retos por resolver. Para fortalecer al equipo técnico nacional de cuentas de salud, se requiere la asignación de recurso humano calificado por parte de las varias instituciones del sistema de salud y, así, contribuir a la tarea en forma continua, generando experiencia y apoyo en el proceso. A continuación, se detallan cuatro áreas particulares cuyos resultados pueden ser mejorados a futuro: gasto en

atención preventiva; desagregación del reporte de gastos; gasto en salud realizado por las instituciones sin fines de lucro (ONG); y gasto en salud de instituciones y empresas financiadas con recursos distintos a la seguridad social.

i. Gasto en atención preventiva

La atención preventiva (que incluye la educación, promoción, inmunización, detección temprana y los programas de control de la enfermedad y los riesgos para la salud) resulta estratégica como base para la atención integral de salud desde la estrategia de atención primaria en salud, y es clave en la eficiencia y contención de costos del sistema. La prevención permite detectar y tratar tempranamente las enfermedades para evitar complicaciones y tratamientos más costosos. Por tanto, es una base del derecho a la salud y del uso de recursos eficiente en el sistema. Dada su función estratégica, es importante contar con datos sobre la inversión en este tipo de servicios, para guiar la toma de decisiones en el tema. El equipo de Cuentas de Salud enfrenta dificultades en el nivel de desagregación con el que se reportan los datos y dificultad para contar con estadísticas que le permita realizar una mejor estimación de este gasto y evitar la subestimación actual.

Para lograr una mejor estimación de este gasto específico, idealmente, habría que establecer un sistema de información con el detalle complementario que se necesita. Mientras tanto, una solución



que se recomienda es la vía del trabajo de campo. Esto implica opciones como los estudios de costos y los de asignación de recursos. Por ejemplo, visitar una muestra de áreas de salud e investigar los procesos de documentación y asignación de recursos permitirá obtener información completa y detallada de la producción de servicios, incluyendo la atención preventiva.

ii. Desagregación del reporte de gastos

Otro aspecto de la información cuyo detalle puede permitir un informe con más valor al orientar las políticas en salud es la desagregación de la asignación de recursos humanos y materiales entre los varios servicios para facilitar la estimación de la distribución de gasto por servicios. Para este fin sería necesario, por ejemplo, mejorar el sistema de registro, que siga al paciente en su tránsito a través de los diferentes niveles de atención que brinda la CCSS. Conociendo de primera mano esta información, el equipo de Cuentas de Salud tendría una mejor idea sobre el universo de datos disponibles y su manejo, lo que permitiría desagregar apropiadamente el gasto total.

iii. Gasto en salud realizado por las instituciones sin fines de lucro (ONG)

Una forma de mejorar la calidad del recuento del gasto realizado por ONG del sector salud consiste en mapear el sector de ONG en salud del país y seleccionar una muestra de las más representativas. A partir de esta, se puede estimar el gasto

total en salud sin importar la fuente de financiamiento. Una estrategia para llevar a cabo este mapeo es a través de los permisos de funcionamiento de las ONG, para filtrar cuáles pueden conformar esta muestra representativa y, posteriormente, contactarlas. O, alternativamente, utilizar un marco muestral ofrecido por el INEC. Nuevamente, esto requiere del recurso humano suficiente que permita al equipo de Cuentas de Salud implementar estas mejoras en las cuentas de salud, tanto prospectiva como retrospectivamente.

iv. Gasto en salud de instituciones y empresas financiadas con recursos distintos a la seguridad social

Actualmente, se reporta solo una parte del gasto en salud realizado por empresas que brindan atención de salud directa a sus empleados como servicios adicionales a aquellos otorgados por el seguro social. Este componente está tradicionalmente asociado a instituciones y empresas del sector público que reportan al sistema de cuentas de salud. Sin embargo, existen empresas privadas, en especial en el Régimen de Zonas Francas, que también ofrecen servicios de medicina de empresa a sus empleados. A futuro, mapear estas empresas, priorizando las de mayor gasto, permitiría obtener conclusiones sobre la relevancia de este sector, su peso dentro de las cuentas de salud del país y las características de su gasto, para fines de coordinación y regulación.



2. Fortalecer la relación del equipo de Cuentas de Salud con las instituciones proveedoras de datos¹⁷

A lo largo de los últimos cuatro años, el equipo técnico de Cuentas de Salud ha trabajado en conjunto con las instituciones proveedoras de los datos primarios y secundarios para mejorar la recolección de estos en forma y fondo. Sin embargo, esta tarea no siempre concluye con el resultado deseado, ya que el nivel de agregación con que se reporta los datos puede variar de un año a otro. Si bien estas variaciones no representan en general un monto significativo del gasto, constituyen un punto de mejora para ejercicios futuros. El equipo de Cuentas de Salud necesita fortalecer su mandato para solicitar información a las diferentes instituciones y así poder asegurar la recolección de información de calidad en un tiempo preciso. Esto permitiría, además, mejorar la oportunidad en el reporte y actualización de los datos.

3. Reforzamiento de la difusión de los resultados del trabajo de Cuentas de Salud y la importancia para el sistema de salud

Adicionalmente, se considera muy relevante mejorar la divulgación de los resultados de Cuentas de Salud para generar un efecto positivo respecto al impacto que proyectos como este pueden tener en la toma de decisiones de política pública o en la investigación académica. De esta forma, las diferentes instituciones que reportan datos pueden mejorar su valoración y participación en el proyecto para una entrega más efectiva de la información.



¹⁷ Las instituciones proveedoras de datos son todas aquellas que intervienen en la prestación y financiamiento de la atención de la salud y la gobernanza y administración de sus recursos (OCDE et al., 2017).



VI. Bibliografía

- Arce, C. (2021). Financiamiento y cobertura del Seguro de Salud en Costa Rica: desafíos de un modelo exitoso. *Gestión en salud y seguridad social*, 1(1), 12-20. <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/gestion/article/view/177/318>
- Banco Central de Costa Rica. (2021). Población total por condición de actividad y tasas. <https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/frmVerCatCuadro.aspx?idioma=1&CodCuadro=%201913>
- Banco Central de Costa Rica. (2021). Producto Interno Bruto, Gasto de Consumo Final, Formación Bruta de Capital, Exportaciones e Importaciones. <https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/frmVerCatCuadro.aspx?idioma=1&CodCuadro=%205781>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2015). Evaluación 2014. Prestación de servicios de salud: Áreas de salud, hospitales y centros especializados.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2020). Memoria Institucional 2019. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3649/memoria2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías. <https://www.ccss.sa.cr/proyectos>
- Castillo, J. (2012). Características de la cobertura de los seguros sociales de la Caja Costarricense del Seguro Social. Caja Costarricense de Seguro Social. https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/anoblaccenso2011-01.pdf_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). ENAHO. 2016. Características demográficas de la población y acceso a seguro social según zona y región de planificación, julio 2016. <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/resocialenaho2016.01.xlsx>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). ENAHO 2021. Características demográficas de la población y acceso a seguro social según zona y región de planificación, julio 2021. <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reenaho2021-social.xlsx>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). Sistema de Indicadores de Seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.inec.cr/objetivos-de-desarrollo-sostenible>



- Kurowski, C., Evans, D. B., Tandon, A., Eozenou, P. H.-V., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo, J., Pambudi, E., & Postolovska, I. (2021). From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. <http://hdl.handle.net/10986/35298>
- Ley n°12. Ley del Instituto Nacional de Seguros (30 de octubre de 1924).
- Ley N°17. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (22 de octubre de 1943).
- Matamoros-Carvajal, G. (2020). Viabilidad de las asociaciones público privadas en la infraestructura social (APPIS) en Costa Rica. *Logos*, 1(2), 39-51.
- Ministerio de Economía, Industria y Comercio. (2019). Estudio del mercado privado de medicamentos a nivel detallista en Costa Rica. Dirección de Investigaciones Económicas y de Mercados.
- Mora, J.C. (2020). La informalidad del empleo en Costa Rica: Caracterización y recomendaciones. Friedrich Ebert Stiftung.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017). *Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017*. doi:<https://doi.org/10.1787/9789264281653-en>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019). *Deriving Preliminary Estimates of Primary Care Spending under the SHA 2011 Framework*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (s.f.). *Addressing the challenges of access to medicines*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/access-to-medicines.htm>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Eurostat, & Organización Mundial de la Salud. (2017). *A System of Health Accounts 2011*. OECD Publishing.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: INFORME DE SEGUIMIENTO 2019 (Documento de Síntesis)*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>
- OPS/OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud*.



OPS/OMS. (2019). Pacto 30-30-30: APS para la Salud Universal.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Global Spending on Health: A world in Transition.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Global expenditure on health: Public spending on the rise? <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219>

Pan American Health Organization. (2022). Strategy for Building Resilient Health Systems and Post-COVID-19 Pandemic Recovery to Sustain and Protect Public Health Gains. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55858>

Pomareda, F. (2020, 08 de diciembre). Precio de medicamentos: Los proyectos que bajan los precios de las medicinas ni siquiera fueron vistos en 2020. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/impreso/los-proyectos-que-bajan-los-precios-de-las-medicinas-ni-siquiera-fueron-vistos-en-2020/>

Presidencia de la República. (7 de octubre de 2021). Publicado decreto para que recetas de medicamentos se emitan por su “nombre genérico”. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2021/10/publicado-decreto-para-que-recetas-de-medicamentos-se-emitan-por-su-nombre-generico/>

Ramirez,A.(11deagostode2021).Comisión del Congreso aprueba iniciativa de ley: Avalan proyecto para controlar precios de medicamentos. crhoy. <https://www.crhoy.com/nacionales/avalan-proyecto-para-controlar-precios-de-medicamentos/>

WHO Expenditure Tracking/Health Accounts Team. (2019). Estimation of Primary Health Care expenditure: TECHNICAL NOTE FOR DISCUSSION.



VII. Anexos

7.1 Reporte de Cuentas de Salud 2017

7.1.1 Fuentes de datos usadas

Organizaciones no gubernamentales	Asociación Cruz Roja Costarricense, Capital Cruz Roja, Estimación OECD-DAC ONG.
Compañías aseguradoras	Instituto Nacional de Seguros Privados, MAPFRE, Pan American Life Insurance, Aseguradora del Istmo (ADISA), Best Meridian Insurance Company, ASSA Compañía de Seguros, Triple-S Blue Inc., Aseguradora Sagicor Costa Rica.
Fuentes del Gobierno	Caja Costarricense del Seguro Social, Capital FIDE, Capital INS, Capital MIN, Capital Patronato Nacional de Ciegos, Capital Patronato Nacional de Rehabilitación, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, Cuenta Capital CCSS, Fideicomiso, IAFA HK, INCIENSA HK, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Seguros, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud, Patronato Nacional de Ciegos, Patronato Nacional de Rehabilitación.
Datos del hogar	Encuesta de gasto de hogares.

7.1.2 Acceso a tablas de datos

En el siguiente enlace podrá encontrar los cruces de datos correspondientes al año 2017.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/5812-datos-de-cuentas-en-salud-2017/file>

- Gasto de los esquemas de financiamiento según tipo de ingreso, Costa Rica 2017.
- Gasto de esquemas de financiamiento según tipo de proveedor, Costa Rica 2017.
- Gasto de esquemas de financiamiento según tipo de servicio, Costa Rica 2017.
- Gasto en servicios de salud por tipo de proveedor, Costa Rica 2017. Gasto en factores de provisión según proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2017.
- Gasto de esquemas de financiamiento de la salud según los agentes que los operan, Costa Rica 2017.
- Gasto en bienes de capital según proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2017.
- Gasto en factores de provisión por tipo de servicio, Costa Rica 2017.
- Gasto en remuneración de asalariados según proveedor y tipo de servicio de salud, Costa Rica 2017.
- Gasto de agentes de financiamiento en formación de capital, Costa Rica, 2017.
- Remuneración de asalariados según esquema y servicio de salud. Costa Rica 2017.



7.2 Reporte de Cuentas de Salud 2018

7.2.1 Fuentes de datos usadas

Organizaciones no gubernamentales	Asociación Cruz Roja Costarricense, Capital Cruz Roja, Estimación OECD-DAC ONG, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia ONG, Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en la Esperanza, Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en la Esperanza
Compañías aseguradoras	Instituto Nacional de Seguros privados, MAPFRE, Pan American Life Insurance, Aseguradora del Istmo (ADISA), Best Meridian Insurance Company, ASSA Compañía de Seguros, Triple-S Blue Inc., Aseguradora Sagicor Costa Rica, Instituto Nacional de Seguros consultorio
Fuentes del Gobierno	Archivo Nacional, Banco Central de Costa Rica, Banco de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social, Capital FIDE, Capital INS, Capital MIN, Capital Patronato Nacional de Ciegos, Capital Patronato Nacional de Rehabilitación, Consejo Nacional De Personas Con Discapacidad, Consejo Nacional para Investigaciones Científicas y Tecnológica, Cuenta Capital CCSS, Defensoría de los Habitantes, Fideicomiso, IAFA, INAMU, INCIENSA, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Costarricense de Electricidad, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Costarricense de Turismo, Instituto Nacional de Seguros, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Instituto Tecnológico de Costa Rica, Junta de Protección Social, Ministerio de Educación Pública, Archivo Nacional, Banco Central de Costa Rica , Banco de Costa Rica, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Costarricense de Electricidad, Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Planificación y Política Económica, Ministerio de Salud-OCIS, Ministerio de Seguridad, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, Municipalidad de Cartago, Municipalidad de Desamparados, Municipalidad de Goicoechea, Municipalidad de Grecia, Municipalidad de San Ramón, Poder Judicial, Universidad de Costa Rica, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Comercio Exterior, Ministerio de Cultura y Juventud, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Planificación y Política Económica, Ministerio de Salud, Ministerio de Salud-OCIS, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, Municipalidad de Cartago, Municipalidad de Desamparados, Municipalidad de Goicoechea, Municipalidad de Grecia, Municipalidad de Pococí, Municipalidad de San José, Patronato Nacional de Ciegos, Patronato Nacional de la Infancia, Patronato Nacional de Rehabilitación, Poder Judicial, SINART, Universidad de Costa Rica.
Datos del hogar	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares



7.2.2 Acceso a tablas de datos

En el siguiente enlace podrá encontrar los cruces de datos correspondientes al año 2018.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/5814-datos-de-cuentas-en-salud-2018/file>

- Gasto de los esquemas de financiamiento según tipo de ingreso, Costa Rica 2018.
- Gasto de esquemas de financiamiento según tipo de proveedor, Costa Rica 2018.
- Gasto de esquemas de financiamiento según tipo de servicio, Costa Rica 2018.
- Gasto en servicios de salud por tipo de proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto de esquemas de financiamiento de la salud según los agentes que los operan, Costa Rica 2018
- Gasto en factores de provisión según proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto en bienes de capital según proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto por tipo de esquema, Costa Rica 2018.
- Gasto por tipo de servicio de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto por tipo de proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto por tipo de ingreso de los esquemas de financiamiento de salud, Costa Rica 2018.
- Destino de los ingresos de los esquemas según servicios de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto en factores de provisión por tipo de servicio de salud, Costa Rica 2018
- Remuneración de asalariados según esquema y servicio de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto en remuneración de asalariados según proveedor y tipo de servicio de salud, Costa Rica 2018.
- Gasto de agentes de financiamiento en formación de capital, Costa Rica 2018.

7.3 Reporte de Cuentas de Salud 2019

7.3.1 Fuentes de datos usadas

Organizaciones no gubernamentales	Asociación Cruz Roja Costarricense, Capital Cruz Roja, Estimación OECD-DAC ONG, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia ONG, Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en la Esperanza, K Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en la Esperanza, Estimación OECD-DAC ONG Capital.
Empleadores	Correos de Costa Rica.
Compañías aseguradoras	Instituto Nacional de Seguros privados, MAPFRE, Pan American Life Insurance, Aseguradora del Istmo (ADISA), Best Meridian Insurance Company, ASSA Compañía de Seguros, Triple-S Blue Inc., Aseguradora SAGICOR Costa Rica, Instituto Nacional de Seguros consultorio.
Fuentes del Gobierno	Archivo Nacional, Banco Central de Costa Rica, Banco de Costa Rica, Banco Popular, Caja Costarricense del Seguro Social, FIDE, INS, Patronato Nacional de Ciegos, Capital Patronato Nacional de Rehabilitación, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, Consejo Nacional para Investigaciones Científicas y Tecnológica, Cuenta Capital CCSS, Defensoría de los Habitantes, Fideicomiso, IAFA, INAMU, INCIENSA, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Costarricense de Electricidad, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Costarricense de Turismo, Instituto Nacional de Seguros, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Instituto Tecnológico de Costa Rica, Junta de Protección Social, Ministerio de Educación Pública, Banco Central de Costa Rica, Banco de Costa Rica, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, INAMU, Ministerio de Cultura y Juventud, Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Planificación y Política Económica, Ministerio de Salud-OCIS, Municipalidad de Cartago, Municipalidad de Desamparados, Municipalidad de Goicoechea, Municipalidad de Grecia, Poder Judicial, Universidad de Costa Rica, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Comercio Exterior, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, Ministerio de Salud, Ministerio de Salud-OCIS, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, Municipalidad de Cartago, Municipalidad de Desamparados, Municipalidad de Goicoechea, Municipalidad de Grecia, Municipalidad de Pococí, Municipalidad de San José, Municipalidad de San Ramón, Patronato Nacional De Ciegos, Patronato Nacional de la Infancia, Patronato Nacional De Rehabilitación, Poder Judicial, SINART, Universidad de Costa Rica.
Datos del hogar	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares



7.3.2 Acceso a tablas de datos

En el siguiente enlace podrá encontrar los cruces de datos correspondientes al año 2019.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/5813-datos-de-cuentas-en-salud-2019/file>

- Gasto de los esquemas de financiamiento según tipo de ingreso, Costa Rica 2019.
- Gasto según esquema de financiamiento, Costa Rica 2019.
- Gasto de esquemas de financiamiento según tipo de proveedor, Costa Rica 2019.
- Gasto de esquemas de financiamiento según tipo de servicio, Costa Rica 2019.
- Gasto en servicios de salud por tipo de proveedor, Costa Rica 2019.
- Gasto de esquemas de financiamiento de la salud según los agentes que los operan, Costa Rica 2019.
- Remuneración de asalariados según esquema y servicio de salud. Costa Rica 2019.
- Gasto en remuneración de asalariados según proveedor y tipo de servicio de salud, Costa Rica 2019.
- Gasto de agentes de financiamiento en formación de capital, Costa Rica, 2019.
- Destino de las transferencias de recursos internos según esquema y proveedor de servicios de salud, Costa Rica 2019.

