

COVID-19

Gasto en salud en Costa Rica durante 2021

2º estudio de la serie:
Estimación del gasto asociado a la atención
en salud de la pandemia por COVID-19
bajo la metodología del Sistema de Cuentas de Salud
SHA2011



MINISTERIO
DE SALUD

GOBIERNO
DE COSTA RICA

AUTORIDADES

Dra. Mary Munive Angermüller

Ministra de Salud

Ing. Allan Mora Vargas

Viceministro de Salud

Dr. César Gamboa Peñaranda

Director de Servicios de Salud

Dr. Alfonso Tenorio Gnneco

Representante país de la

Organización

Panamericana de la Salud

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

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

Licda. Magally Alexandra Varela

Padilla

Lic. Emanuel Gerardo Brenes Quesada

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

Eco. Yansy Vargas Solís

MSc. María Fernanda Meneses

Jaimes

Consultoras

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 tanto públicas como ONG.

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.

ACRÓNIMOS

CCSS Caja Costarricense de Seguro Social

CEACO Centro Especializado de Atención de Pacientes con COVID-19

CNE Comisión Nacional de Emergencia

CRC colones de Costa Rica

DIS subcuentas SHA2011 asociada a enfermedades

EBAIS Equipo Básico de Atención Integral en Salud

EUROSTAT Oficina de Estadísticas de la Unión Europea

FA agentes de financiamiento

GHED Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (por sus siglas en inglés)

HC Funciones de Salud o Atención de la Salud (por sus siglas en inglés)

HC.CO.V.1 Gasto en Tratamiento

HC.CO.V.2 Gasto en Pruebas y seguimiento

HC.CO.V.3 Gasto en Vacunación frente al SARS-CoV-2

HC.CO.V.4 Gasto en Bienes médicos

HC.CO.V.5 Otros gastos

INS Instituto Nacional de Seguros

INCIENSA Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

ISFLSH instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares

MS Ministerio de Salud de Costa Rica

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés)

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG organización no gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PIB Producto Interno Bruto

PPA Paridad de Poder Adquisitivo en dólares internacionales

PPA pc USDPPA por habitante

SHA2011 Sistema de Cuentas de Salud edición 2011 (por sus siglas en inglés)

UES Unidad de Economía de la Salud del Ministerio de Salud

Contenido

Resumen ejecutivo.....	3
Introducción.....	6
Alcances del estudio y limitaciones metodológicas	7
Resultados principales	11
¿Cuánto se gastó en Costa Rica en la atención de la pandemia durante 2021?11	
Gasto corriente.....	11
Gasto de capital.....	15
¿Cómo se vio afectada la distribución del gasto en salud por enfermedad producto de la pandemia?	19
¿Cómo se compara el gasto sanitario de Costa Rica en atención de la pandemia internacionalmente?	23
Consideraciones finales.....	25
Bibliografía	26
Anexos	29
A.1 Cálculo del gasto a precios comparables internacionalmente (PPA)	29

Resumen ejecutivo

El presente informe muestra a la población una serie de datos sobre el gasto en salud dirigido a la atención del COVID-19 durante el periodo 2021, incluyendo gastos de tratamiento, seguimiento, bienes médicos, entre otros. Corresponde al segundo informe de la serie *Estimación del gasto asociado a la atención en salud de la pandemia por COVID-19 bajo la metodología del Sistema de Cuentas de Salud SHA2011*. A diferencia del informe anterior, este incluye una nueva categorización del gasto producto de un cambio metodológico impulsado por la OECD, Eurostat y la OMS. Dicho cambio no afecta la comparabilidad de los años 2020 y 2021, solo la forma en que se presentan los resultados respecto al primer estudio de esta serie.

Este segundo informe de la serie, completa el análisis del gasto en salud más allá del monto ejecutado en el primer año, incluyendo, además, el análisis del impacto en el gasto en otras enfermedades producto de la redirección de recursos a la atención de la emergencia sanitaria. Presenta además una comparación con el gasto de otros países que al igual que Costa Rica vieron sus sistemas de salud sacudidos por olas de infecciones recurrentes durante la pandemia, con particular atención a otros países del OCDE.

Este informe al igual que el anterior presenta el impacto económico de la COVID-19 desde el punto de vista del gasto, bajo una metodología estandarizada de gran aceptación internacional.

Entre los principales resultados presentados destacan:

- El gasto corriente en salud dirigido a la atención de la pandemia se duplicó en términos reales entre 2020 y 2021, alcanzando los CRC 354,7 mil millones. En términos internacionales, este monto equivale a USD 1.032,1 millones PPA o a USD 200 PPA por habitante ¹.
- Este gasto se desagrega en cuatro elementos, según las funciones de salud que satisfacen, de la siguiente forma: tratamientos, pruebas y seguimientos de pacientes, bienes médicos y otros gastos. De estas cuatro, la primera categoría, que se refiere a tratamientos relacionados con el COVID-19, es la de mayor relevancia, alcanzando los CRC 295,2 mil millones en 2021, y con el mayor crecimiento, 151% en términos reales. Esto es esperable considerando que el mayor gasto se concentra en la atención de pacientes contagiados, incluyendo servicios de internamiento y/o atención ambulatoria.
- Respecto a los esquemas de financiamiento que nutren estos gastos, el principal continúa siendo los esquemas de seguros sociales de salud, financiando más del 90% de los gastos de la categoría tratamiento. Según lo anterior, podría

¹ Ver anexo A.1 para más detalle del cálculo del monto en USD PPA.

considerarse que los hospitales, clínicas y EBAIS de la CCSS atendieron a la mayor cantidad de pacientes contagiados, los cuales son financiados por el seguro social.

- Desde la perspectiva de proveedores, se muestra que los hospitales de especialidad fueron los principales proveedores de atención de la salud asociada al COVID-19 durante este periodo, con un monto de CRC 100,5 mil millones. Cabe resaltar que el aumento en la atención especializada se debe a la gravedad de la enfermedad, pero también la adición del CEACO como centro especializado exclusivamente en la atención de paciente contagiados por el virus.
- El siguiente proveedor en importancia fueron los centros de atención ambulatoria, que incluye los EBAIS y las áreas de salud. Como proveedores, cubrieron cerca del 30% de la atención asociada a la categoría tratamiento, aumentando su participación en 2021. Adicionalmente, los centros de atención ambulatoria también son uno de los principales proveedores durante 2021 de la categoría pruebas y seguimiento, esto considerando principalmente el papel que asumieron las áreas de salud y los EBAIS en las tareas relacionadas al tamizaje.
- En tercer lugar, los hospitales generales, quienes aumentaron su participación en 2021, pasando del 17,9% al 30,5% de los servicios ofrecidos en la categoría tratamiento. Aquí destaca la red de hospitales de la CCSS, extendida a lo largo y ancho del país. Este crecimiento se da debido también a circunstancias en las cuales centros ambulatorios no podían suplir la demanda de pacientes y, por ende, se debían apoyar en los hospitales generales.
- El gasto de capital disminuyó significativamente en 2021 respecto a 2020, pasando de CRC 17 mil millones (USD 51,7 millones PPA) a CRC 4,3 mil millones (USD 12,4 millones PPA), para un decrecimiento real del -75,7%. Este resultado coincide con el hecho de que la mayoría de las inversiones y adecuaciones que se hicieron en las instalaciones de salud, para atender a los pacientes contagiados, se realizaron en 2020.
- Este gasto se desagrega en cuatro tipos de inversiones: equipo médico, otras estructuras, maquinaria y equipo no especificado, y equipo de transporte. El principal de los cuatro fue equipo médico, sumando CRC 2,7 mil millones durante 2021, seguido de maquinaria y equipo no especificado, con CRC 800 millones. Este último rubro desplazó del segundo lugar al de otras estructuras.
- La agencia encargada del financiamiento del gasto de capital fue principalmente la CCSS en su calidad de agencia del seguro social de salud, la cual cubre el 100% del equipo médico y otras infraestructuras en 2021. A la CCSS le sigue el gobierno central, principalmente el Ministerio de Salud, el cual cubre dos terceras partes del gasto de capital en forma de maquinaria y equipo no especificado del 2021.
- Los recursos que se destinaron a la atención de la pandemia implicaron el desplazamiento de recursos destinados a la atención de otras enfermedades durante el 2020. Aunque el aumento real del gasto corriente fue de casi CRC

100 mil millones, este aumento no fue suficiente para cubrir el gasto corriente en salud asociado a la atención del COVID-19 (CRC 354,7 mil millones). Esto implica que los recursos destinados a otras enfermedades, en especial los dirigidos al grupo de enfermedades no transmisibles como las enfermedades orales, las cuales se redujeron de CRC 216 mil millones en 2019 a CRC 130 mil millones en 2020.

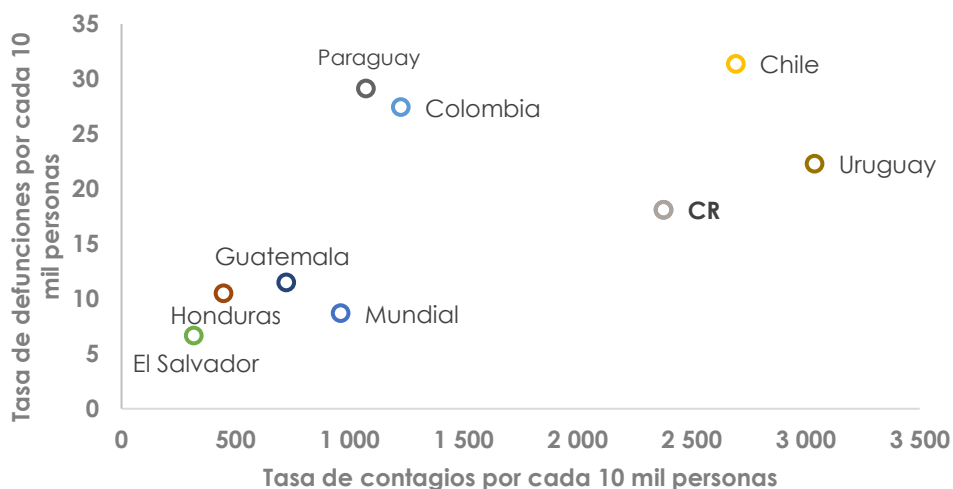
- Finalmente, al comparar el gasto en salud de Costa Rica destinado a la atención de la pandemia con el de otros países utilizando el GHED (OMS, 2021) se observa que en 2020 Costa Rica es el segundo país de la región de las Américas con mayor gasto sanitario por habitantes en USD PPA, superado por Canadá (USD 645,8 PPA), pero por encima de Chile (USD 94,9 PPA), Uruguay (USD 50,5 PPA), entre otros. Respecto al patrón de gasto, este es distinto en cada país; mientras en Costa Rica el gasto en tratamiento en USD PPA por habitante es el mayor componente, en Chile este lugar lo ocupa el gasto en bienes médicos y, en Uruguay, la categoría pruebas y seguimiento.
- Si se compara con la OECD, aunque el gasto de Costa Rica estuvo bastante por debajo del promedio de la región (USD 218,4 PPA por habitante), el gasto per cápita de país es cercano a Islandia (USD 140,8 PPA), Dinamarca (USD 130,4 PPA), Reino Unido (USD 104,2 PPA) y Lituania (USD 102,5 PPA).

Introducción

El 6 de mayo de 2023 la OMS declaró el fin de la emergencia sanitaria global por la COVID-19. A esa fecha, la OMS reportaba un total acumulado de poco más de 770 millones de contagios conocidos en el mundo y poco menos de 7 millones de personas fallecidas a causa de la enfermedad (OMS, 2023). Para Costa Rica, a esa fecha la OMS reporta un

total de 1.238.884 casos conocidos y 9.428 personas fallecidas. Al analizar estos datos con respecto a la población, la tasa de contagio del país era de 2376,9 y la tasa de defunción de 18,1 muertes por cada 10 mil habitantes. En la Figura 1 se muestra un comparativo con la tasa mundial y la de algunos países de la región de las Américas.

Figura 1. Comparativo de la tasa de contagios y defunciones por COVID-19 al 2020 entre Costa Rica, otros países de la región y los promedios mundiales.



Nota. Datos del GHED de la OMS-ONU.

De acuerdo con el informe *Estado de la Región* de 2021, entre marzo y diciembre de 2020, Costa Rica fue el país de América Central con mayor cantidad de medidas sanitarias emitidas para controlar el virus SARS-Cov-2 (*Estado de la Región*, 2021), pese a que nunca se instauró períodos de cuarentena o restricción

generalizada de la circulación de personas (CIMPA, OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2022).

Estudios respecto de la efectividad de las medidas concluyeron que la implementación simultánea de las diferentes medidas restrictivas aplicadas en Costa Rica retrasó

efectivamente el incremento inicial de casos, facilitando la preparación e inversión en medidas de mitigación (Barboza et al., 2021). Estas habrían además promovido la disminución de casos de COVID-19 durante distintos momentos de la pandemia (Rojas y Romero, 2022).

El 2021 estuvo caracterizado por la disponibilidad de vacunas efectivas y seguras contra la COVID-19, iniciándose campañas de inmunización masivas. Las vacunas que empezaron a estar disponibles desde el 2 de diciembre de 2020, momento en que la FDA aprobó las vacunas BioNTech y Pfizer para su uso de emergencia en Estados Unidos. Existe evidencia científica de que la vacunación en Costa Rica ayudó a contener el gasto en salud en el país, así como a mitigar el número de hospitalizaciones y muertes; esto de acuerdo con un estudio publicado por investigadores de UCR, OPS y MS en la revista científica *Nature* (García et al., 2022).

En el caso de Costa Rica, el 2021 fue, a su vez, el año de nuevas olas de contagios. Mientras en 2020 estos alcanzaron un máximo de 1500 casos diarios en octubre, en 2021 los casos de contagios por día ascendieron a poco más de 3000 en mayo (CIMPA, OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2022; (Madrigal, 2022).

La estructura de este informe comprende una sección de alcances del estudio y limitaciones metodológicas, seguido de la sección de resultados y análisis, y finaliza con la sección de consideraciones finales.

La sección de resultados se compone de tres partes: una que analiza los datos del gasto sanitario del país, la segunda, analiza el desplazamiento del gasto de otras enfermedades producto de la irrupción del COVID-19 y una tercera parte compara el gasto con el de otros países de la región.

Alcances del estudio y limitaciones metodológicas

Una diferencia metodológica importante respecto al informe anterior es la presentación de la información. En esta ocasión, el gasto se desagrega en cinco componentes, agrupados acorde con la subcuenta función de salud (HC) bajo los lineamientos de la OECD, Eurostat y la OMS (OECD et al., 2023). Estas categorías son:

- HC.COVID.1. Gasto por COVID-19 relacionado al tratamiento de las personas contagiadas por este virus.
- HC.COVID.2. Gasto por COVID-19 relacionado a pruebas y seguimiento de contagios.
- HC.COVID.3. Gasto por COVID-19 relacionado a vacunación contra el SARS-CoV-2.
- HC.COVID.4. Gasto por COVID-19 relacionado a bienes médicos.
- HC.COVID.5. Gasto por COVID-19 relacionado a otros gastos no específicos.
- HK.COVID.1. Gasto por COVID-19 relacionado a inversión.

En el primer componente, denominado en adelante tratamiento, se reportan los costos de

tratamientos de pacientes con un diagnóstico confirmado de COVID-19 en entornos hospitalarios y ambulatorios. También, incluye los costos de los productos farmacéuticos utilizados para el tratamiento dentro de la consulta ambulatoria u hospitalaria y los costos de seguimiento de pacientes con COVID-19 que necesitan intervenciones de atención médica durante un período de tiempo sostenido. Uno de los retos de estimación de este componente consiste en excluir el gasto relacionado con otras enfermedades que puedan tener los pacientes contagiados por el SARS-CoV-2. En caso de no poder desagregarse, se recomienda incluir el gasto íntegro en esta estimación (OECD et al., 2023).

El segundo componente, pruebas y seguimiento, incluye el gasto en pruebas de COVID-19 y rastreo de contactos; esto abarca laboratorio para el análisis de pruebas de PCR, las de antígenos (u otras de diagnóstico molecular) y serológicas (incluidos los costos de personal). Además, los costos de rastreo de contactos incluyen todos los actuales incurridos por los funcionarios de salud pública u otro personal para identificar posibles contactos de personas infectadas. Uno de los retos de estimación de este componente es extraer de la estimación de tratamiento (HC.COVID.1) el costo de las pruebas que se le aplican a una persona contagiada que está hospitalizada o en atención ambulatoria. No obstante, en Costa Rica, durante 2020, este reto fue abordado sin mayor dificultad, dado que la

aplicación de las pruebas estuvo concentrada en INCIENSA, institución desconcentrada del Ministerio de Salud que se encargó del análisis de todas las pruebas a nivel país.

En el tercer componente, vacunación, se estiman los costos de las campañas de vacunación contra el SARS-CoV-2 que comenzaron a implementarse en los países a partir de finales de 2020 y continuaron a lo largo de 2021. Este componente debe incluir los costos de la vacuna, los de distribución y el cargo por servicio de los médicos, enfermeras u otro profesional de la salud que administre la vacuna (OECD et al., 2023). A pesar de que, en Costa Rica, las campañas de vacunación comenzaron en diciembre de 2020, siendo uno de los primeros países de Latinoamérica (Soto Méndez, 2020); el gasto estimado que se reporta a la OECD, EUROSTAT y la OMS no incluye este gasto.

La limitación metodológica en este caso radica en que no se tiene una estimación del costo total de vacunación tal como se define en el párrafo anterior. El reto pendiente es el estimar el costo de vacunación por personas, de modo que, con este dato y otra información adicional, el equipo interinstitucional de Cuentas de Salud podría estimar el gasto total de vacunación. Actualmente, se dispone del costo de las vacunas para 2020 y 2021; sin embargo, en el caso de 2020, este no se incluyó, pues la vacunación solo se dio durante la última semana del año, de modo que la mayor parte del costo se registra como inventario para su aplicación

en 2021. Para el año de estudio no se reporta este gasto, dado que se desconoce el monto correspondiente a la aplicación de las dosis de vacunas.

El cuarto componente, gasto relacionado a bienes médicos, se refiere principalmente al gasto en mascarillas y otros equipos de protección de uso final adquiridos por las propias personas o por las autoridades y distribuidos entre la población. Por razones prácticas, este elemento también incluiría productos farmacéuticos recetados y de venta libre para tratar a pacientes con COVID-19 en caso de que estos productos no se dispensen como parte de un tratamiento hospitalario o ambulatorio (OECD et al., 2023). Respecto a este último punto, una limitante metodológica para su estimación es la falta de datos del esquema de gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo. De acuerdo con los datos históricos del SHA2011 para Costa Rica, este esquema es la principal fuente de financiamiento de la compra de bienes médicos en farmacias, por ende, en lo que respecta a este punto, la estimación del HC.COV.4 está subestimada.

El último componente del gasto corriente, el HC.COV.5 asociado a otros gastos, se refiere a todos los demás costos relacionados con COVID-19 –dentro de los límites SHA del gasto sanitario corriente– no clasificados en ninguna otra categoría, por ejemplo, la organización y coordinación de la

respuesta de emergencia a la pandemia.

El gasto de capital, HK.COV.1, comprende la inversión relacionada con la COVID-19, la cual incluye la adquisición de equipos médicos (por ejemplo, respiradores artificiales, camas, etc.), la construcción de instalaciones médicas, entre otros. También, se incluyen los costos relacionados con el desarrollo de aplicaciones de rastreo móvil y cualquier otro costo de *software* o infraestructura de TI; no obstante, en el caso del país, este gasto fue muy bajo. Tampoco se incluyen obras que fueron planificadas de antemano, como la torre del hospital Calderón Guardia, aunque se utilizaron en su momento para el tratamiento de pacientes con COVID-19. Lo anterior difiere de las readecuaciones que se realizaron al CENARE, las cuales no fueron previamente planeadas, sino que específicamente se ejecutaron como respuesta a la atención de la pandemia. Adicionalmente, es importante aclarar que en esta estimación no se incluyen los cambios en el *stock* de productos farmacéuticos y vacunas.

Sobre la sección de análisis del desplazamiento del gasto de otras enfermedades producto de la pandemia, una limitante es que solo se puede comparar el gasto de 2020 con el 2019, dado que la subcuenta del DIS solo existe para este periodo. Sumado a esta limitante está el hecho de que la metodología empleada en este estudio de gasto COVID-19 es distinta a la utilizada en la estimación del gasto por enfermedad en la

subcuenta del DIS, con lo cual, se recomienda hacer las comparaciones al nivel más agregado del DIS (DIS.1- DIS.9).

Finalmente, respecto a la sección de comparación internacional, solo se

puede comparar respecto al primer año de pandemia, dado que a la confección de este informe la GHED de la OMS no presentaba suficientes datos de países durante el 2021 (OMS, 2021).

Resultados principales

¿Cuánto se gastó en Costa Rica en la atención de la pandemia durante 2021?

El gasto destinado a la atención sanitaria de la pandemia se analiza en dos partes, primero el gasto corriente y, posteriormente, el gasto de capital. A pesar de la tentación de sumar ambos gastos, este informe hace un reporte separado, continuando con el estilo definido en esta serie.

Gasto corriente

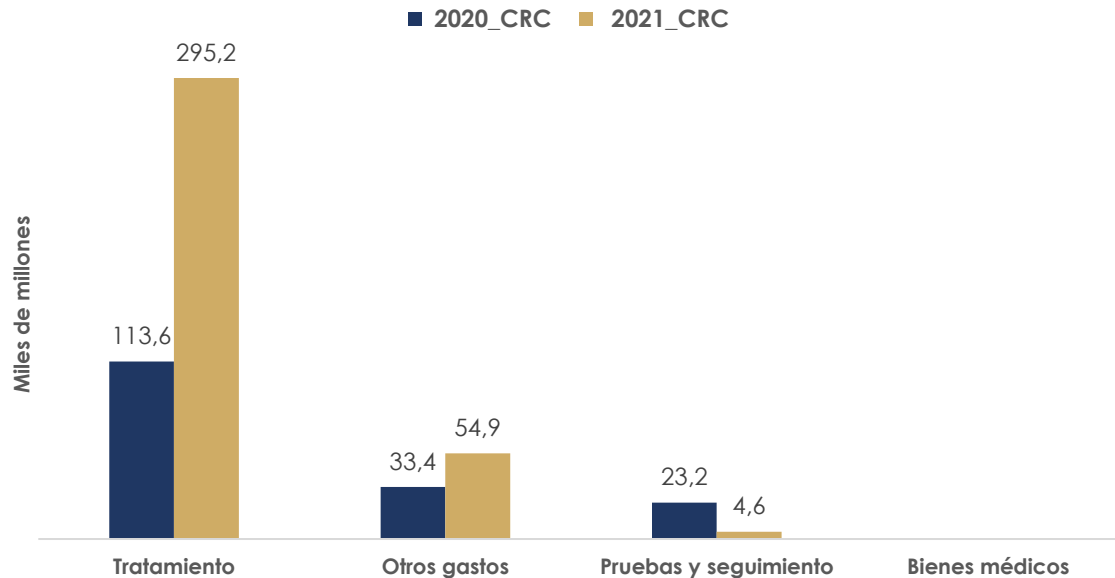
Durante el segundo año de la pandemia el gasto en la atención sanitaria de la COVID-19 se duplicó en términos reales, pasando de CRC 170,2 mil millones (USD 518,6 millones PPA) en 2020 a CRC 354,7 mil millones (USD 1.032,1 millones PPA) en 2021. Visto en dólares por habitante, en 2021 el gasto en Costa Rica fue de USD 200 PPA.

Figura se puede observar el gasto por cada componente para 2020 y 2021, donde el asociado a los costos de tratamiento de las personas contagiadas de COVID-19 es el que más creció entre 2020 y 2021 (151% en términos reales), mientras el gasto en pruebas y seguimiento fue el que tuvo la caída más significativa en el mismo periodo (-81% en términos reales). Un cambio en los lineamientos que

De acuerdo con la metodología utilizada por la OCDE para estimar, tal como se explica en la sección *alcances del estudio y limitaciones metodológicas*, este gasto se puede desagregar en cuatro componentes: tratamiento (HC.CO.V.1), pruebas y seguimiento (HC.CO.V.2), bienes médicos (HC.CO.V.4) y otros gastos (HC.CO.V.5). En la Un cambio en los lineamientos que explica parte de este decrecimiento fue la medida de declarar como positivos a los nexos de aquellas personas que al aplicarles la prueba daban positivas por COVID-19, adicional, para este periodo se proporcionó el aval de que las pruebas no solo fueron procesadas por INCIENSA por lo que su rastreo fue más complicado.

explica parte de este decrecimiento fue la medida de declarar como positivos a los nexos de aquellas personas que al aplicarles la prueba daban positivas por COVID-19, adicional, para este periodo se proporcionó el aval de que las pruebas no solo fueron procesadas por INCIENSA por lo que su rastreo fue más complicado.

Figura 2. El gasto en tratamiento de los pacientes contagiados fue el componente que más creció en 2021, mientras que el gasto en pruebas y seguimiento decayó significativamente



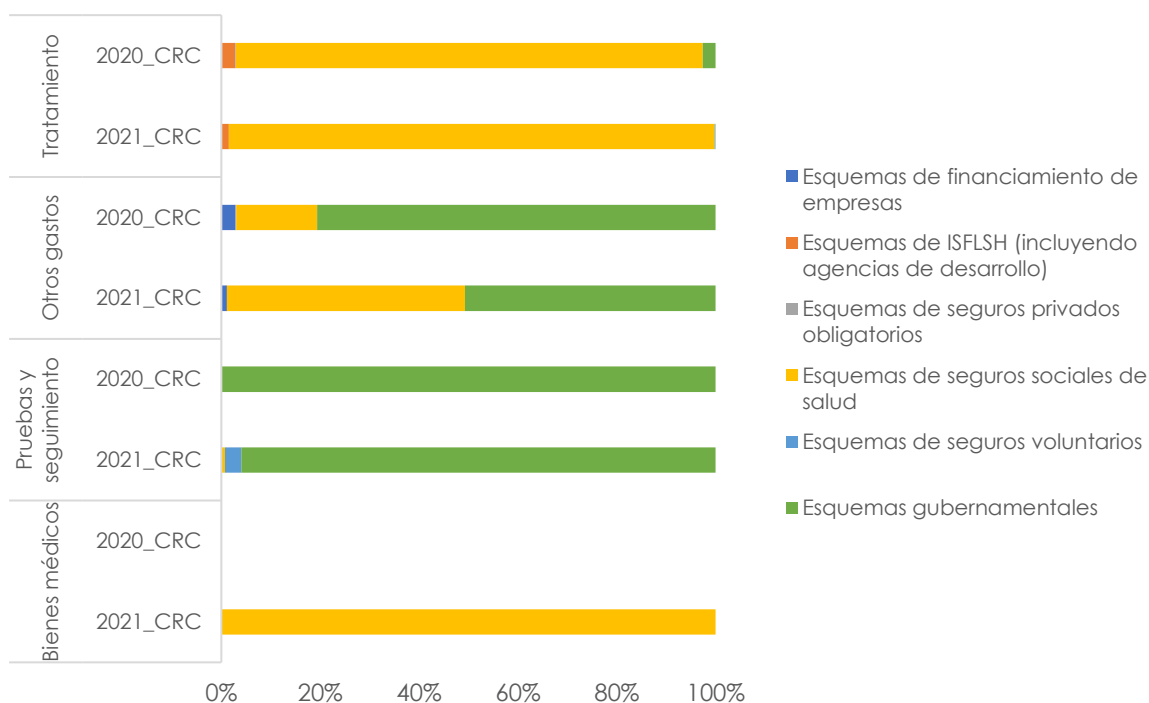
Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

¿Cómo se financió el gasto en salud durante la atención de la pandemia?

Utilizando la misma metodología, pero desagregando por esquema de financiamiento, se pueden analizar los rubros específicos que componen esta estimación del gasto sanitario en la atención de la pandemia. Los esquemas de seguros sociales de salud son el principal financiamiento de la pandemia, tal como se aprecia

en la Figura 3. Con este esquema, se financió más del 90% del gasto en el componente tratamiento de ambos años, unos CRC 107 mil millones en 2020 (USD 326,8 millones PPA), los cuales aumentaron a CRC 290 mil millones en 2021 (USD 843,8 PPA). Este resultado es esperable, considerando que los pacientes contagiados por el virus acudían en su mayoría a centros médicos de la CCSS, los cuales son financiados por el régimen tripartito del seguro social.

Figura 2. Los esquemas de seguros sociales de salud son la principal fuente de financiamiento, ya que financian más de 90% del gasto asociado a tratamiento en ambos años, y el 16% y 48% de otros gastos en 2020 y 2021, respectivamente



Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Los esquemas gubernamentales como segundo esquema de financiamiento cubren el 80% del componente otros gastos en 2020 y el 50% en 2021, así como el 100% del gasto en pruebas y seguimiento para el año 2020 y el 96% para el año 2021. En 2021 se observa cómo pruebas y seguimiento se financia en una pequeña proporción con esquemas de seguros voluntarios (CRC 152,8 millones). Esto se puede ver principalmente en la compra de pruebas de detección, pues para el segundo año de pandemia se disponía de pruebas en el sector privado, no así en 2020, pues la aplicación y análisis de las pruebas estuvo a cargo de Inciensa, órgano desconcentrado del Ministerio de Salud.

¿Quién ofreció los bienes y servicios de salud en la atención de la pandemia en Costa Rica?

Un análisis por proveedor muestra que los tres principales proveedores de atención sanitaria de la pandemia fueron los hospitales de especialidades, los centros de salud ambulatoria y los hospitales generales. En el primer lugar, los hospitales de especialidad suministraron en 2020 el 52,5% de la atención sanitaria relacionada con el componente de tratamiento, aproximadamente CRC 59,7 mil millones (USD 181,8 PPA), y en 2021, si bien la proporción de servicios suministrados disminuyó a un 34,1%, el monto absoluto subió a CRC 100,5 mil millones (USD 292,6 PPA). En este grupo de proveedores destacan el

CEACO, el hospital que se especializó en la atención de pacientes contagiados con COVID-19 (Bosque, 2020), así como los principales hospitales del país: el San Juan de Dios, el Calderón Guardia y el México, así como el Hospital de Niños y el Blanco Cervantes.

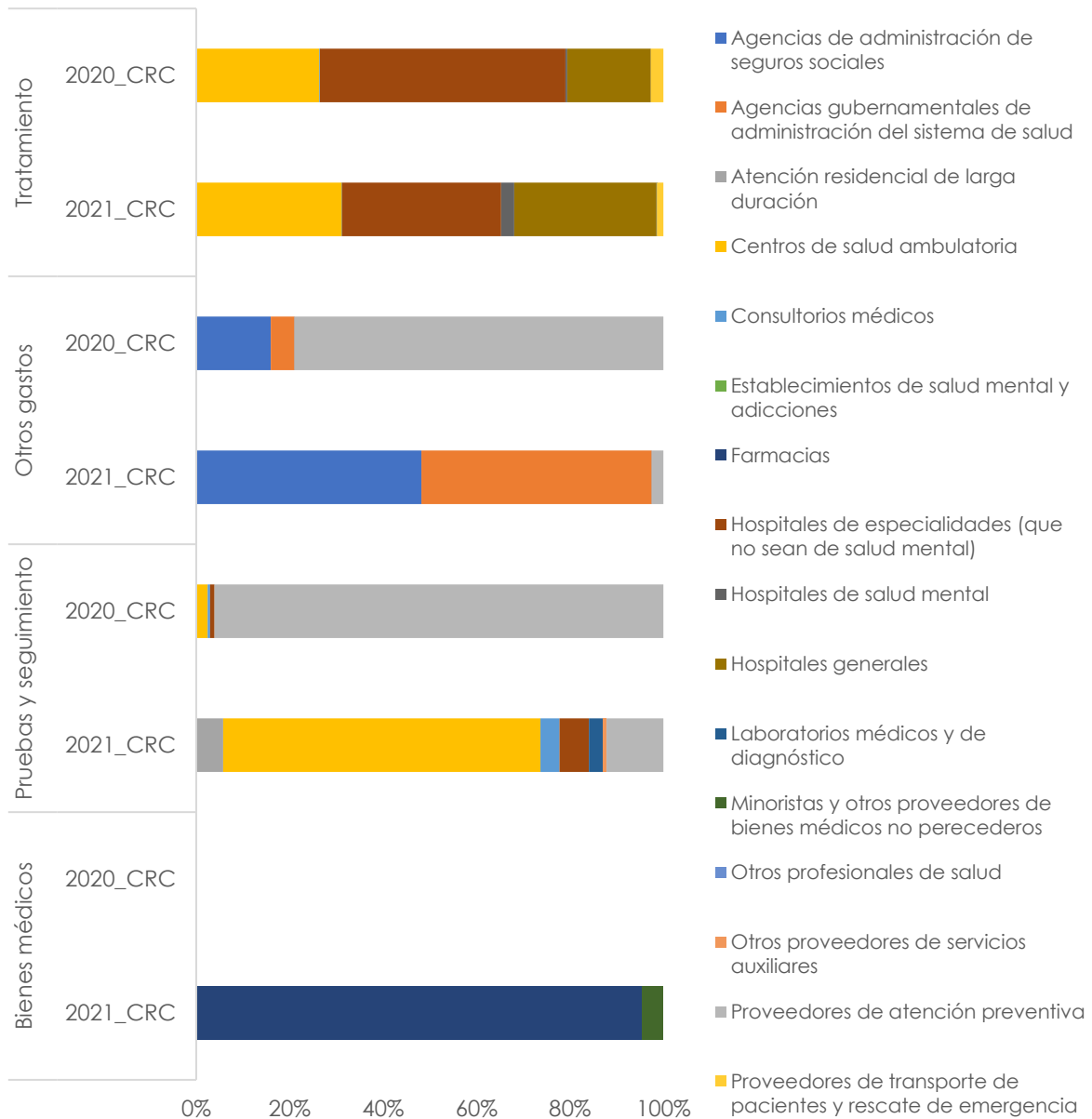
En segundo lugar, los centros de salud ambulatoria, donde se incluyen principalmente los EBASIS y las áreas de salud, proporcionaron en 2020 el 26,3% de la atención sanitaria relacionada con tratamiento, aproximadamente CRC 30 mil millones (USD 91 PPA), y en 2021 creció a un 31,1%, para un monto de CRC 91,8 mil millones (USD 267,2 PPA). Adicionalmente, son el principal proveedor de pruebas y seguimiento en 2021, con un 67,9% del gasto total en este componente, unos CRC 3,1 mil millones (USD 9,1 millones PPA).

En tercer lugar, los hospitales generales suministraron, para el año 2020, el 17,9% de la atención sanitaria relacionada con tratamiento, aproximadamente CRC 20,3 mil millones (USD 62 millones PPA), y en 2021 un 30,5%, para un monto de CRC 90 mil millones (USD 261,8 millones PPA). Los hospitales generales componen una red a lo largo y ancho del país como, por ejemplo, el Hospital Monseñor Sanabria, en Puntarenas, o el Escalante Pradilla, en Pérez Zeledón, los cuales readecuaron sus instalaciones para atender de manera aislada los pacientes contagiados con el virus.

Otro resultado que llama la atención es que durante 2020 la provisión de pruebas y seguimiento estuvo casi exclusivamente en manos de los proveedores de atención preventiva con un 96,1%; no obstante, en 2021 se diversificó incluyendo los centros de salud ambulatoria (67,9%), los hospitales de especialidad (6,3%), la atención residencial de larga duración (5,8%), los consultorios médicos (4,1%), los laboratorios médicos y de diagnóstico (3%), principalmente. Esta diversificación fue posible, en parte, por la mayor disponibilidad de reactivos para las pruebas diagnósticas, así como la ampliación en la disponibilidad de equipo tecnológico y capital humano entrenado.

Finalmente, el componente otros gastos se caracteriza por ser suministrado por las agencias de administración de seguros sociales, las agencias gubernamentales de administración del sistema de salud y por los proveedores de atención preventiva. No obstante, la participación de este último cae significativamente en 2021. En el caso de bienes médicos, el proveedor principal en 2021 son las farmacias; sin embargo, este gasto está subestimado, dado que no se cuenta con los esquemas de financiamientos de gasto directo de los hogares, tal como se explicó en el capítulo metodológico del informe.

Figura 4. Los tres principales proveedores de atención sanitaria de la pandemia fueron los hospitales de especialidades, los centros de salud ambulatoria y los hospitales generales



Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Gasto de capital

El gasto de capital disminuyó significativamente en 2021 respecto a 2020, pasando de CRC 17 mil millones (USD 51,7 millones PPA) a CRC 4,3 mil millones (USD 12,4 millones PPA), para un decrecimiento real del -75,7%. En la Figura 3 se observa cómo el

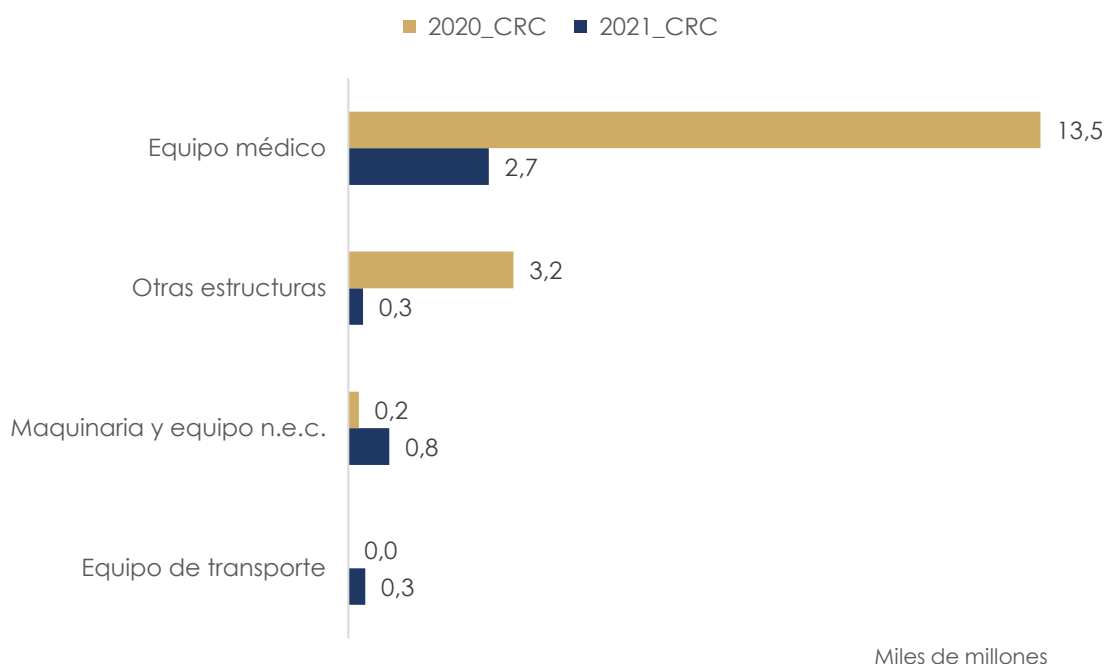
principal gasto de capital durante este periodo fue el equipo médico, con CRC 13,5 mil millones (USD 41,2 millones PPA) en 2020, el cual cayó en 2021 a CRC 2,7 mil millones (USD 7,9 millones PPA). Algunos de los equipos adquiridos fueron respiradores artificiales o ventilación mecánica,

máquinas de hemodiálisis, máquinas para pruebas de laboratorio, camas para UCI, entre otras.

En segundo lugar, se encuentra el gasto de capital en infraestructura, específicamente en otras infraestructuras, con un gasto en 2020

de CRC 3,2 mil millones (USD 9,8 millones PPA), el cual cae a CRC 289,4 millones (USD 842 mil PPA) en 2021, perdiendo importancia respecto a otros gastos de capital como maquinaria y equipo n.e.c. y equipo de transporte.

Figura 3. El principal gasto de capital en la atención sanitaria de la pandemia tanto en 2020 como en 2021 fue la compra de equipo médico, seguido de la inversión en otras infraestructuras



Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Una mayor desagregación del gasto de capital asociado a la pandemia muestra cómo los principales proveedores de este

gasto fueron los hospitales y los proveedores de atención ambulatoria en ambos años. Como se observa en la

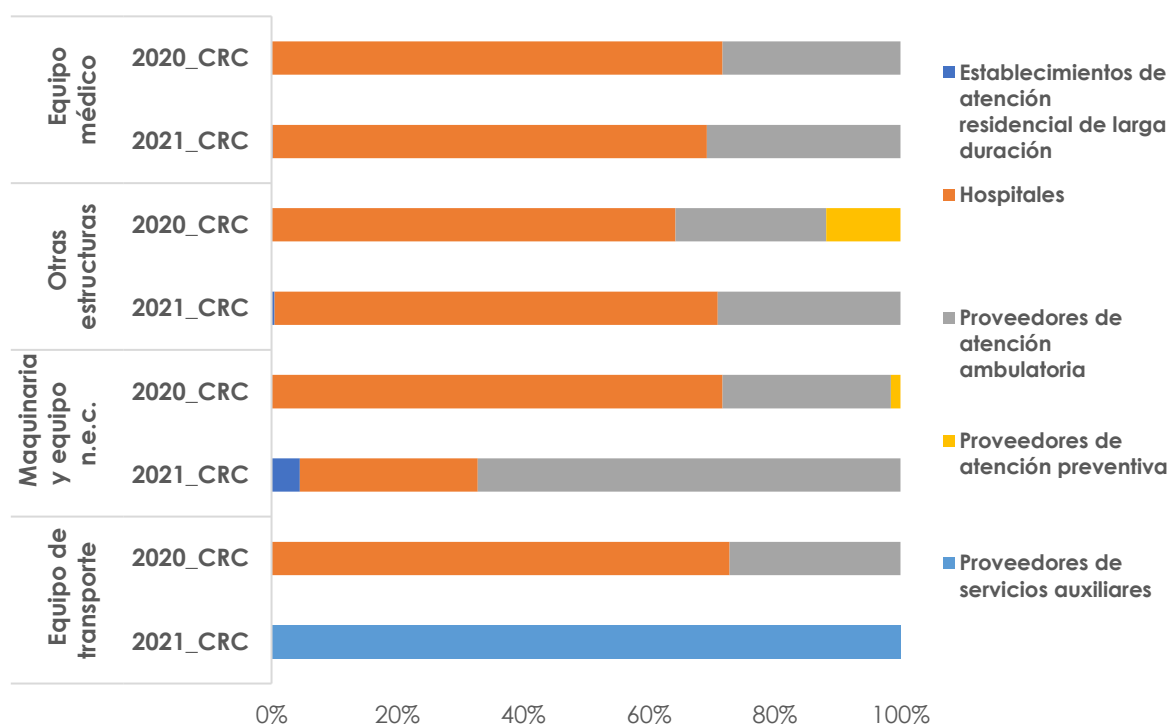
Figura 4, aproximadamente un 70% del gasto de capital de ambos años en equipo médico fue proveído por los hospitales, unos CRC 9,7 mil millones en 2020 (USD 29,5 millones PPA), monto que cae a CRC 1,9 mil millones en 2021 (USD 5,5 millones PPA). Esto coincide con el análisis del

gasto corriente, tal como se explicó en páginas anteriores, donde los hospitales de especialidad y los generales fueron los principales proveedores de atención sanitaria. El restante 30% fue suministrado en 2020 por los proveedores de atención ambulatoria, como EBAIS y Áreas de Salud. Esta situación se repite en el

caso de inversión en otras infraestructuras, con la excepción de que en el 2020 los proveedores de

atención preventiva proporcionaron el 12% del gasto de capital en este rubro.

Figura 4. Los hospitales y los proveedores de atención ambulatoria son los principales proveedores del gasto de capital asociado a la atención sanitaria de la pandemia en el periodo 2020-2021



Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Adicionalmente, los datos de este informe muestran, en la

Figura 5, que la CCSS como agente de la seguridad social es el principal agente de financiamiento del gasto de capital asociado a la pandemia durante el periodo. Los agentes de financiamiento (FA) son las unidades institucionales que operan los esquemas de financiamiento y llevan a la práctica las transacciones asociadas a la recaudación de ingresos y la compra de bienes y

servicios (OCDE et al., 2017). La CCSS cubrió el 96% del gasto de capital de 2020 y el 77,6% en 2021. En segundo lugar, están las instituciones como Inciensa y la CNE, bajo la agrupación de otros ministerios y unidades públicas del gobierno central. Este grupo de instituciones operó el restante 4% del gasto de capital de 2020, unos CRC 719,9 millones en 2020 (USD 2,1 millones PPA) y el 12,3% de 2021, para un total de CRC 525,8 millones (USD 1,5 millones PPA).

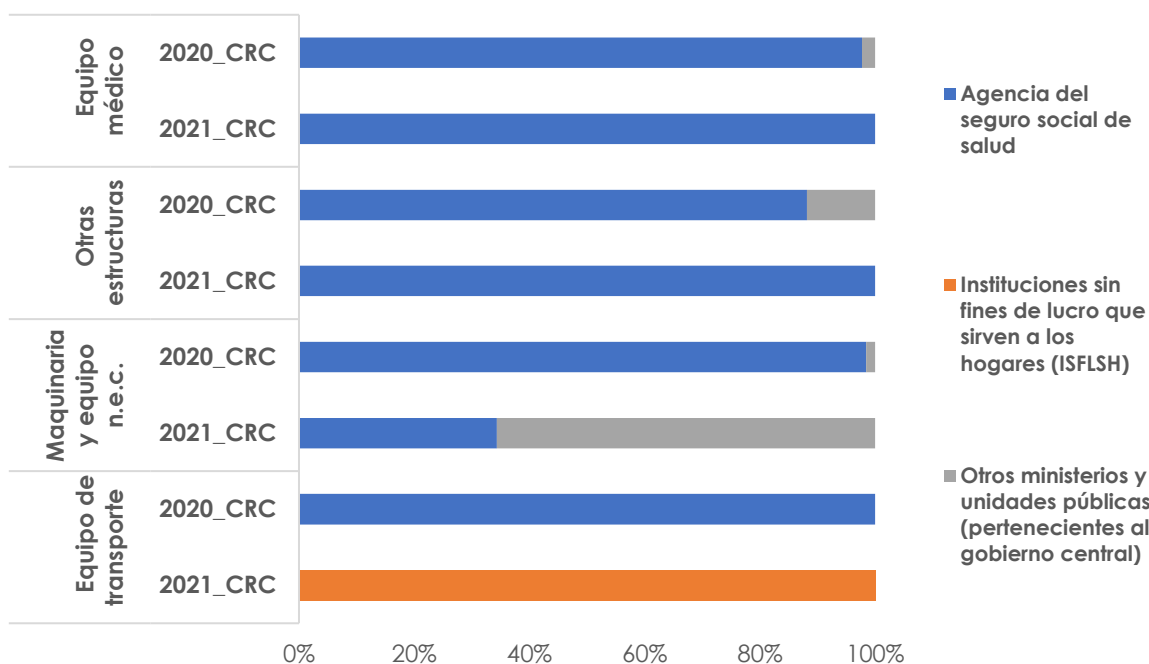
Un punto que sobresale de la

Figura 4 y la

Figura 5 es que el 100% del gasto de capital en equipo de transporte estimado para 2021 fue proporcionado y operado por la Cruz

Roja Costarricense, en su calidad de proveedor de servicios auxiliares y como agente de financiamiento bajo la categoría de instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH).

Figura 5. La agencia del seguro social de salud, la CCSS, es el principal agente de financiamiento del gasto de capital, cubrió el 96% en 2020 y el 79% en 2021



Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

¿Cómo se vio afectada la distribución del gasto en salud por enfermedad producto de la pandemia?

Para analizar el redireccionamiento del gasto que se generó desde la atención de otras enfermedades hacia la atención sanitaria de la pandemia, se hace uso de la cuenta DIS. Sin embargo, como se explicó en el capítulo de *alcances y limitaciones* de este informe, solo se puede presentar este ejercicio de análisis para el año 2020, puesto que no se ha completado la cuenta DIS para 2021.

El gasto corriente en salud creció, en términos reales, un 3,6% entre 2019 y 2020, pasando de CRC 2.731.954 millones (USD 8,3 millones PPA) a CRC 2.855.920 millones (USD 8,7 millones

PPA). Sin embargo, este crecimiento no se vio reflejado en la atención de todas las enfermedades agrupadas de acuerdo con el SHA2011 con respecto al DIS. Por ejemplo, en el caso de las enfermedades orales (DIS.4.9) el gasto corriente fue de CRC 216 mil millones en 2019, pero en 2020 cayó a CRC 130 mil millones. Es decir, aunque el aumento real del gasto corriente entre 2019 y 2020 fue de casi CRC 100 mil millones, este monto no fue suficiente para cubrir la atención sanitaria de la pandemia y las demás enfermedades analizadas en el DIS.

En la

Tabla 1 se puede apreciar el cambio en el gasto entre 2019 y 2020 por enfermedad en colones (CRC), dólares internacionales (USD PPA) y en dólares internacionales por habitante (USD PPA_pc). Las enfermedades que se observan en la tabla representan las siete agrupaciones principales del

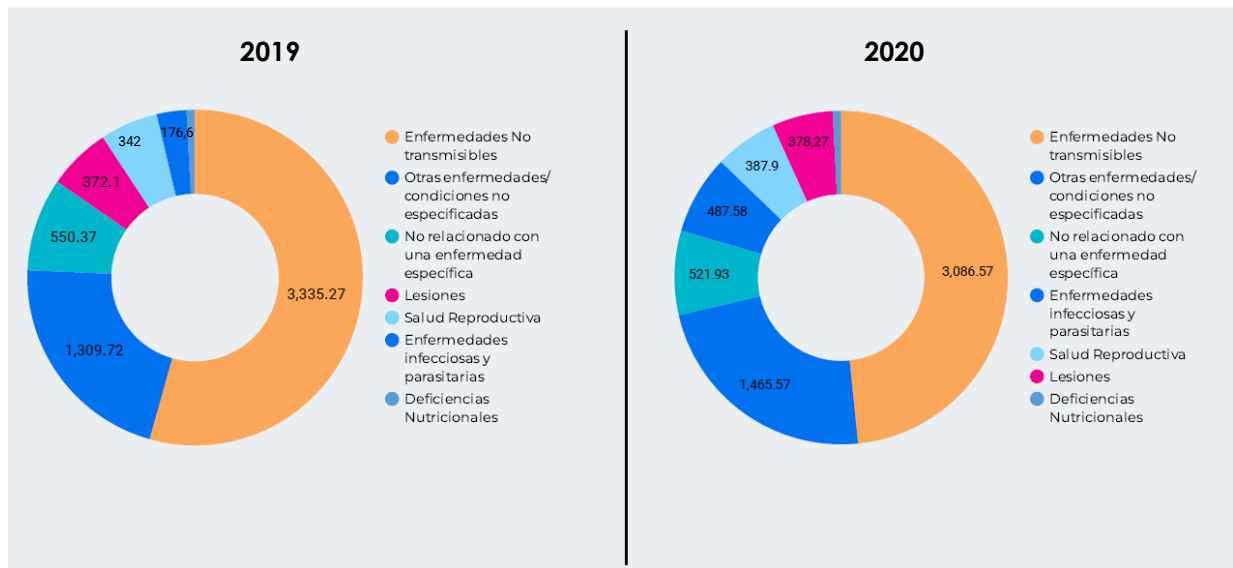
DIS acorde con el SHA2011. La atención sanitaria de la pandemia se agrupa en la categoría de enfermedades infecciosas y parasitarias, la cual pasó de CRC 76 mil millones (USD 231,1 millones PPA) en 2019 a CRC 209,6 mil millones (USD 636,6 millones PPA) en 2020.

Tabla 1. Las enfermedades no transmisibles son la agrupación del DIS con mayor gasto corriente en el periodo, a pesar de su decrecimiento durante el 2020, el cual se puede asociar con la desviación de recursos producto de la atención de la pandemia

Enfermedad	2019 CRC	2020 CRC	2019 USDPPA	2020 USDPPA	2019 USDP PApC	2020 USDP PApC
<i>Enfermedades no transmisibles</i>	1.472.985.723.470	1.378.504.165.950	4.475.639.584	4.197.958.388	885	819
Otras enfermedades/ condiciones no especificadas	620.326.409.990	690.364.348.820	1.884.850.200	2.102.366.377	373	410
No relacionado con una enfermedad específica	229.059.204.660	219.631.792.280	695.992.111	668.844.642	138	131
<i>Enfermedades infecciosas y parasitarias</i>	76.065.357.210	209.039.504.730	231.123.166	636.587.951	46	124
<i>Salud reproductiva</i>	150.617.516.810	170.959.652.110	457.648.509	520.623.385	90	102
<i>Lesiones</i>	156.794.149.490	160.913.187.970	476.416.092	490.028.891	94	96
<i>Deficiencias nutricionales</i>	26.105.430.080	26.507.362.540	79.320.861	80.722.864	16	16
Total, general	2.731.953.791.710	2.855.920.014.400	8.300.990.523	8.697.132.498	1.641	1.698

Nota. Datos de Cuentas de Salud para Costa Rica SHA2011.

Figura 6. A la derecha, en la gráfica de 2020, se aprecia cómo la proporción del pastel de gasto dirigido a la atención de varias enfermedades se reduce, mientras las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentan su proporción en el pastel respecto a 2019 de USD 176,6 a USD 387,9 PPA por habitantes, superando a Salud Reproductiva y Lesiones



Nota. Datos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Entre las enfermedades que sufrieron un mayor decrecimiento absoluto en el gasto destinado a su atención están las que se agrupan en la categoría de enfermedades no transmisibles (DIS.4). Mientras en 2019 el gasto en estas enfermedades fue de casi CRC 1,5 billones (USD 4,5 mil millones PPA), para 2020 este monto disminuyó. En esta categoría se agrupan las enfermedades orales, los trastornos de los órganos de los sentidos, las enfermedades endocrinas y metabólicas y las enfermedades del

sistema digestivo, entre las más afectadas.

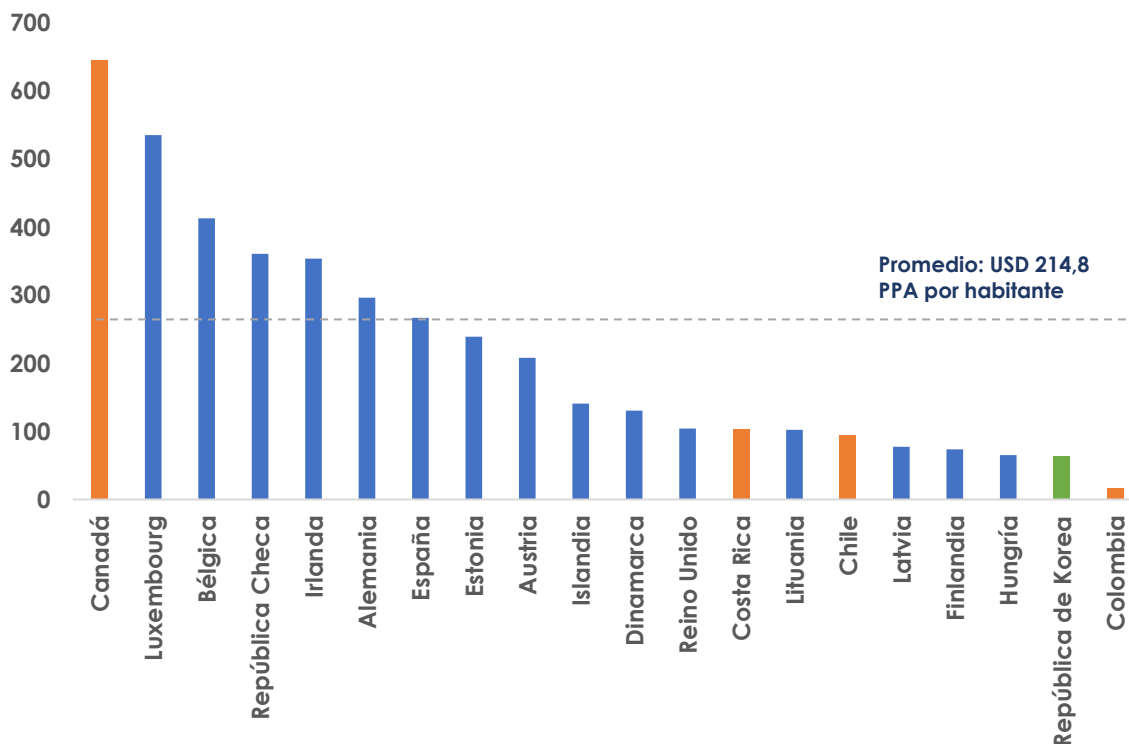
Los datos evidencian una realidad que fue palpable durante la pandemia: en medio de la declaración de la emergencia nacional de parte del gobierno nacional el 16 de marzo de 2020 (PGR Sinalévi, 2023), los recursos fueron dirigidos con la mayor urgencia a la atención de la pandemia, en tratamiento, pruebas y seguimiento, bienes médicos entre otros gastos asociados.

¿Cómo se compara el gasto sanitario de Costa Rica en atención de la pandemia internacionalmente?

De acuerdo con los datos del Global Health Expenditure Database (GHED) de la OMS (OMS, 2021), si bien el gasto sanitario de Costa Rica para atender la pandemia se ubica por debajo del promedio de los países de la OCDE (USD 214,8 PPA), este se encuentra entre los primeros países de la región de las Américas (barras en naranja), solo detrás de Canadá, tal como se aprecia en la Figura 7. No obstante, es

claro que, en este grupo de países, el gasto promedio por habitante en USD PPA está empujado por Canadá y Luxemburgo, quienes gastaron aproximadamente 3 y 2,5 veces el promedio de la muestra. Por otra parte, el gasto de Costa Rica se asemeja al Reino Unido, Lituania y Chile, con alrededor de USD 100 PPA por habitante.

Figura 7. Costa Rica se encuentra por debajo del promedio de gasto sanitario por habitante en USD PPA en atención de la pandemia de los países de la OCDE cuyos datos están disponibles en la OMS, no obstante, es el segundo lugar de los países de la región de las Américas y el primero en Latinoamérica según datos de 2020

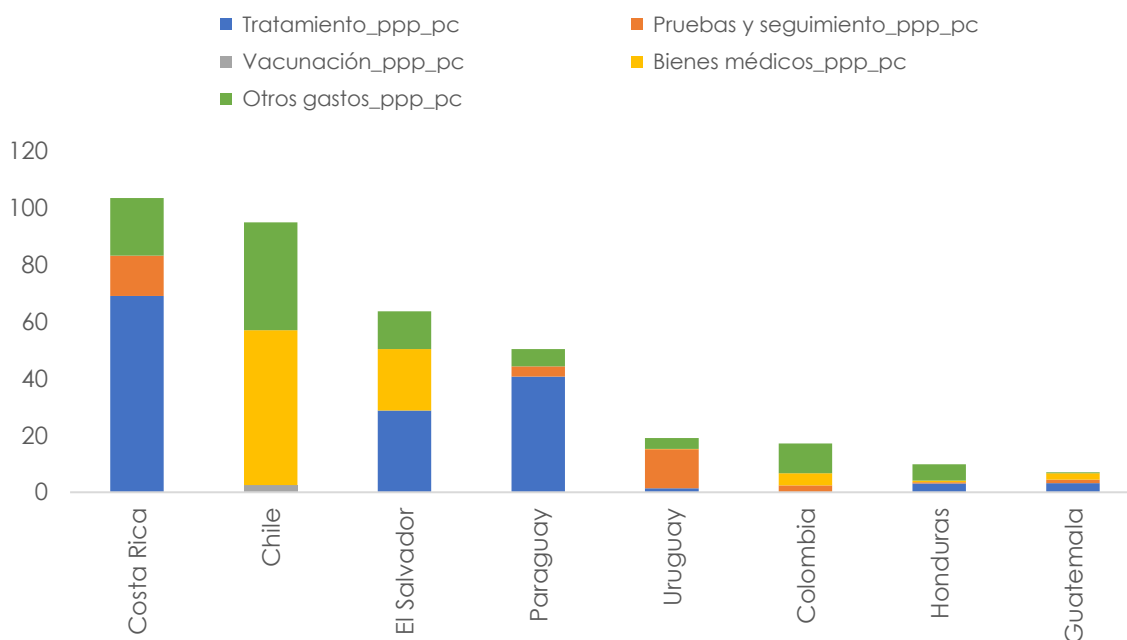


Nota. Naranja = región de las Américas; azul = Europa; verde = Pacífico oeste. Datos del GHED de la OMS.

Un análisis detallado por componente del gasto estimado en la atención del COVID-19 para los países de Latinoamérica, tal como se muestra en la Figura 8, evidencia que Costa Rica comparte el mismo patrón de composición con Paraguay; es decir, que el principal gasto fue en

tratamiento de los pacientes contagiados, seguido del componente pruebas y seguimiento y de otros gastos. En el caso de Chile y El Salvador, segundo y tercero de la región, el componente bienes médicos tuvo una mayor importancia.

Figura 8: El gasto por tratamiento de las personas contagiadas por COVID-19 es el principal componente del gasto por la atención sanitaria de la pandemia en Latinoamérica, seguido de Otros gastos y de la compra de Bienes médicos.



Nota. Elaboración propia con datos del GHED de la OMS.

Comparando estos resultados con la información expuesta en la introducción de este informe, se observa que, en el caso de Canadá, un mayor gasto sí conllevó una menor tasa de contagios y

defunciones; no obstante, en el caso de Chile, que gastó un poco menos que Costa Rica, su tasa de contagios y defunciones es significativamente más grande que la del país (ver

Figura 1). En términos de rigurosidad, se tienen pocos datos y casos para emitir una conclusión determinante;

sin embargo, los existentes son importantes para comparar el gasto país con el de otras regiones y analizar el desempeño de las decisiones de política tomadas.

Consideraciones finales

Los resultados presentados en este reporte son una continuación de los esfuerzos realizados desde 2021 para cuantificar el gasto en salud realizado en Costa Rica para responder a la emergencia sanitaria generada por la pandemia del COVID-19, plasmado en el primer estudio de la serie.

Con el segundo año de la pandemia aumentaron los gastos corrientes dirigidos al tratamiento de pacientes, lo cual tiene relación con el aumento de personas infectadas por el virus. Mientras en 2020, según el perfil epidemiológico registrado en el país, hubo 168.851, en 2021 los casos más que se duplicaron a 403.214 (Observatorio Geográfico en Salud, 2022). En sentido contrario, el gasto de capital disminuyó durante el 2021, pues las mayores inversiones se realizaron durante el primer año de la pandemia, cuando se adecuaron los espacios adicionales destinados a la atención y contención de la enfermedad.

Si bien la metodología establecida por la OCDE para la medición del gasto en salud destinado a la atención sanitaria del COVID-19 aporta una herramienta muy útil para la estimación de este gasto, es importante señalar que, con el tiempo, se espera que esta metodología sea sustituida por el uso de la subcuenta del DIS, la cual es donde se registran los gastos en salud asociados a la atención de las diferentes enfermedades especificadas en el SHA2011. Esto podría implicar algunos ajustes en el gasto reportado, dado el cambio metodológico.

Este cambio de metodología beneficiaría la comparación del gasto en salud destinado a la atención COVID-19 respecto al gasto destinado a otras enfermedades. Con la metodología actual se pueden hacer comparaciones generales entre la estimación del gasto COVID-19 y las principales subcuentas del DIS, no así con las enfermedades más desagregadas.

En este segundo informe se presentan mayores oportunidades de comparar el gasto realizado en Costa Rica con respecto a otros países de la región de las Américas o de la OCDE; aunque aún para la fecha de elaboración de este informe muy pocos han reportado el gasto de 2021, con lo cual el análisis comparativo se limita a los datos de 2020.

Finalmente, incluso cuando la OMS declaró el final de la emergencia sanitaria global por la COVID-19, recabar los datos para evaluar la respuesta sanitaria de los diferentes países es de vital importancia para tener insumos para diseñar mejores respuestas a futuros eventos similares, ya sean de orden local o mundial, lo cual, a diferencia de lo que se creía, tiene una mayor probabilidad de ocurrencia (Penn, 2021; Center for global development, 2021).

Bibliografía

- Banco Mundial. (2023). *Population estimates and projections*.
<https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections#>
- Banco Central de Costa Rica. (s.f.). *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>
- Barboza, L.A.; Vásquez, P.; Mery, G.; Sanchez, F.; García, Y.E.; Calvo, J.G.; Rivas, T.; Pérez, M.D.; Salas, D. The Role of Mobility and Sanitary Measures on the Delay of Community Transmission of COVID-19 in Costa Rica. *Epidemiologia* 2021, 2, 294–304.
<https://doi.org/10.3390/epidemiologia2030022>
- Bosque, D. (18 de marzo de 2020). Hospital exclusivo para COVID-19 tendrá capacidad para 88 pacientes. *La Nación*. <https://www.nacion.com/el-pais/salud/hospital-exclusivo-para-covid-19-tendra-capacidad/W56AEU4SFBCWNLW3DMYOYXEVBY/story/>
- Center for global development. (20 de julio de 2021). *What's Next? Predicting The Frequency and Scale of Future Pandemics*. <https://www.cgdev.org/event/whats-next-predicting-frequency-and-scale-future-pandemics#:~:text=In%20other%20words%2C%20there%20is,within%20the%20next%205%20years.>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2023). *Programa de Comparación Internacional en América Latina y El Caribe*.
https://www.cepal.org/sites/default/files/project/files/pci-conceptos-paridades-poder-adquisitivo_0.pdf
- Estado de la Región. (2021). *Capítulo 4 La pandemia de covid-19: efectos sobre el desarrollo humano sostenible y medidas tomadas para enfrentarla* .
- García YE, Mery G, Vásquez P, Calvo JG, Barboza LA, Rivas T, Sánchez F. (2022) Projecting the impact of Covid-19 variants and vaccination strategies in disease transmission using a multilayer network model in Costa Rica. *Scientific Reports, Nature*, 12:2279.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-06236-1>
- Gomez-Campos, S., & Gómez-Aguilar, C. (17 de abril de 2023). *¿FUERON MUY RESTRICTIVAS LAS MEDIDAS SANITARIAS DURANTE LA PANDEMIA?* <https://estadonacion.or.cr/restricciones-sanitarias/>
- Observatorio Geográfico en Salud. (30 de mayo de 2022). *Situación Nacional COVID-19*.
<https://oges.ministeriodesalud.go.cr/>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Eurostat, & Organización Mundial de la Salud. (2017). *A System of Health Accounts 2011*. Paris: OECD Publishing.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Eurostat, & Organización Mundial de la Salud. (2023). *Explanatory notes: Health Accounts (SHA20211) data collection*.
- Organización Mundial de la Salud. (22 de agosto de 2021). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud. (6 de mayo de 2023). *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa*. <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud & Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). *COVID-19: Gasto público en salud en Costa Rica durante 2020*. <https://sfo2.digitaloceanspaces.com/elpaiscr/2021/11/Gasto-Publico-en-Salud-2020..pdf>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (octubre de 2023). *Protal de Indicadores Básicos. Región de las Américas*. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>
- Penn, M. (24 de agosto de 2021). *Statistics Say Large Pandemics Are More Likely Than We Thought*. Duke Global Health Institute: <https://globalhealth.duke.edu/news/statistics-say-large-pandemics-are-more-likely-we-thought>
- Pérez-Laurrabaquio, O., & Amézquita-Rizo, N. J. (2022). *La respuesta de los sistemas de seguridad social americanos a la pandemia de covid-19, balance a más de un año de la emergencia: El caso de Costa Rica*. Obtenido de Conferencia Interamericana: <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2022/02/cuadernoCovid2CostaRica.pdf>
- PGR Sinalevi. (2023). *Sistema Costarricense de Información Jurídica*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=90737
- Rojas, G., & Romero, R. (2022). Gestión e impacto de las medidas de intervención para la reducción de casos por COVID-19 en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica* 46, 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.23>
- Soto Méndez, M. (24 de diciembre de 2020). Descubrimiento del 2020: las vacunas contra el COVID-10. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/mundo/descubrimiento-del-2020-las-vacunas-contrael-covid-19/>
- Stanley, A. (diciembre de 2021). *La historia de la vacuna contra la COVID-19*. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2021/12/pdf/picture.pdf>

The World Bank. (2023). *International Comparison Program*.
<https://www.worldbank.org/en/programs/icp>

The World Bank. (2023). *PPP conversion factor, GDP (LCU per international USD)-Costa Rica*.
<https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP?locations=CR>

Ugarte Jiménez, O. (15 de julio de 2020). Hospital del Trauma habilitará 48 camas para pacientes con COVID-19. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/hospital-del-trauma-habilitara-48-camas-para-pacientes-con-covid-19/>

Anexos

A.1 Cálculo del gasto a precios comparables internacionalmente (PPA)

El Poder de Paridad Adquisitiva (PPA) "representa la cantidad en moneda de un país de referencia necesaria para adquirir una canasta de bienes y servicios equivalentes en ambas economías" (CEPAL, 2023). Es decir, son tasas que convierten a una moneda común igualando el poder de compra de países distintos.

Para convertir el gasto en salud en sus diferentes subcuentas en moneda internacionalmente comparable, se utilizó el Programa de Comparación Internacional del Banco Mundial, extraído de la base de indicadores de esta institución, en conjunto con el programa PPA de la Eurostat-OECD (The World Bank, 2023).

De estos indicadores se extrae el factor de conversión PPA para Costa Rica en el periodo 2020-2021, el cual se multiplica por el nivel de gasto en colones del año respectivo y así se obtiene el gasto en USD PPA.

Por ejemplo, el gasto de capital en salud asociado a la atención del COVID-19 durante el 2021 fue de CRC 4,166,991,949.12 y el factor de conversión PPA para ese año fue de 343,72. Al dividir este gasto corriente entre el factor de conversión se obtiene el monto de USD12,123,348.34 PPA.



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**