

Informe de Cuentas de Salud Costa Rica 2020-2021

EL SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE

**¿Cómo se financian y quién provee los bienes
y servicios de salud que la población consume?**



**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 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 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 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

Dra. Rebeca Núñez Guevara

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 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.

Reconocemos la contribución del Dr. Frank Cox Alvarado y la Licda. Sara Palacios Taleno de la Unidad Economía de la Salud del MS y M.Sc. María Fernanda Meneses Jaimes del Equipo de OPS/OMS quienes brindaron comentarios en varias etapas del trabajo.

Contenido

Resumen ejecutivo.....	3
Introducción	7
Generalidades del sistema de salud de Costa Rica	7
¿Qué son las Cuentas de Salud?	10
Resultados principales: análisis y discusión	13
¿Cuánto fue el gasto en salud de Costa Rica en 2020 y 2021?	13
¿Cómo se financia el gasto en salud?	17
¿De dónde provienen los ingresos que nutren estos esquemas de financiamiento?.....	20
¿Quiénes son las unidades institucionales que operan los distintos esquemas de financiamiento?.....	24
¿Cuáles bienes y servicios de salud consumen los residentes de Costa Rica? ...	27
¿Cómo se provee el gasto en salud?.....	31
¿Qué factores de provisión se utilizan para proveer servicios y bienes de salud?	34
El gasto de capital como factor de provisión.....	35
Cruce de dimensiones	37
¿Cuáles esquemas financian los principales proveedores de atención de la salud (HFxHP)?	37
¿Quiénes son los agentes de financiamiento que operan el gasto de capital (FAxHK)?	38
¿Dónde se proveen los principales bienes y servicios de salud (HPxHC)?.....	39
Apartado especial: Gasto en medicamentos.....	40
¿Cómo se financia el gasto en medicamentos en Costa Rica?.....	40
¿Cuáles servicios o bienes de salud demandan un mayor consumo de medicamentos por parte de la población?.....	41
¿Medicamentos con o sin receta?	43
¿Quiénes son los principales proveedores de medicamentos durante 2017- 2019?	44
Consideraciones finales.....	46
Bibliografía	48
Anexos.....	51
A.1 Calculo del gasto a precios comparables internacionalmente (PPA)	51

Acrónimos

APS Atención Primaria en Salud

CCSS Caja Costarricense de Seguro Social

CRC colones de Costa Rica

EBAIS Equipo Básico de Atención Integral en Salud

ENIGH Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

FP Factores de Producción

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

ENAHO Encuesta Nacional de Hogares

EUROSTAT Oficina de Estadísticas de la Unión Europea

HAPT Herramienta de Producción de Cuentas de Salud (por sus siglas en inglés)

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

HF Esquemas de Financiamiento (por sus siglas en inglés)

HK Formación de Capital (por sus siglas en inglés)

HP Proveedores de la Atención de la Salud (por sus siglas en inglés)

INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos

INS Instituto Nacional de Seguros

LATAM Latinoamérica

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 \$PPA por habitante

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

SOA Seguro Obligatorio de Automóviles

Resumen ejecutivo

Las Cuentas de Salud (SHA2011) son un instrumento que provee información sobre el gasto en la atención de la salud, específicamente en tres dimensiones: financiamiento, consumo y provisión. En los últimos años, el país y el mundo han enfrentado múltiples desafíos, de los cuales uno de los más trascendentales es la pandemia por COVID-19, la cual ha tenido implicaciones en múltiples niveles, mucho más allá del sector salud. En el contexto de postpandemia y ante la influencia de diversos shocks económicos de orden mundial y nacional, disponer de datos más actualizados de las Cuentas de Salud se vuelve una herramienta de gran valor para el análisis y la toma de decisiones para la política pública.

Los datos del SHA2011 permiten el análisis de temas clave, como la eficiencia en la asignación 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. Además, los datos permiten observar el desempeño del gasto público en salud y su contribución al logro de las

metas del Plan Nacional de Salud y la Estrategia de Cobertura Universal de Salud y, consecuentemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El presente reporte cubre el periodo 2020-2021; es decir, los datos muestran la realidad del sistema de salud durante el primer y segundo año de la pandemia. Además del análisis al interior del país, dada la metodología utilizada, los datos permiten realizar comparaciones con el resto del mundo.

Este es el tercer informe de Cuentas de Salud que emite el país. El anterior comprendió el periodo prepandemia 2017-2019 (OPS/OMS & Ministerio de Salud de Costa Rica, 2022), el cual ofrece información comparable con el actual reporte y permite generar análisis temporales por un periodo de hasta cinco años.

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

- El gasto corriente en salud en 2021 superó los CRC tres billones¹ (\$8.833 millones PPA)², lo cual equivale al 8,2% del PIB de ese año.

¹ ₡3.036.072.798.100

² Ver anexo A.1 para más detalle del cálculo del monto en \$PPA

- El gasto de capital creció de manera extraordinaria durante el primer año de la pandemia, superando los CRC150 mil millones en 2020 (\$473,7 millones PPA) (el promedio de los tres años previos fue de CRC94,3 mil millones).
- El gasto corriente público en salud alcanzó los 2,2 billones en 2021 (\$6,6 mil millones PPA), equivalente a tres cuartas parte del gasto corriente total.
- En 2020 y 2021 este gasto alcanzó el 6,3% y el 6,1% del PIB respectivamente, alcanzando el umbral del 6% del PIB recomendado por la OPS/OMS en su Estrategia de Salud Universal (OPS/OMS, 2014; OPS/OMS, 2019). No obstante, este logro ocurre en un contexto de recesión económica. En 2020 se da una caída significativa del PIB producto del impacto de la pandemia en la economía, lo cual aumenta la proporción del gasto corriente público respecto del PIB.
- El gasto corriente privado en salud alcanzó un 25,5% del gasto corriente total de 2021, poco más de 775 mil millones de colones o \$2,25 mil millones PPA. Este gasto sufrió una desaceleración en 2020, cuando cayó a un 24,2%, luego de una aceleración entre 2017-2019, cuando alcanzó un máximo de 26,2% del gasto corriente total (en 2018).
- Respecto al gasto por habitante, se observa que el gasto corriente en salud asciende a CRC590 mil en 2021 (\$1.713,8 PPA), mientras que el gasto de capital alcanzó los 24 mil colones (\$72,29 PPA).
- Al comparar estos resultados con el promedio de otras regiones, se observa que a precios del 2020 el gasto corriente total por habitante de Costa Rica es 1,4 veces mayor al promedio de LATAM (\$1.515,3 PPA) no obstante, el promedio de la OCDE (\$4.438,7 PPA) es 2,7 veces mayor que el de dicho país (OMS, 2021)
- Sobre la misma línea, pero con respecto al gasto corriente público por habitante, se muestra una ampliación de la brecha con LATAM y con la OCDE. Mientras Costa Rica supera el promedio de la región de LATAM (\$809,7 PPA) en 1,7 veces, el promedio de la OCDE (\$3.384,7 PPA) supera el gasto costarricense en 2,9 veces.
- Desglosando el gasto corriente, desde la perspectiva del financiamiento del SHA2011, las principales fuentes de financiamiento continúan siendo los Esquemas de Seguros Sociales de Salud, que costean el 69,9% y 69,7% del gasto corriente en la atención

de la salud para el 2020 y 2021. En el periodo 2017-2021, estos esquemas reportan un crecimiento promedio real del 3,6% anual, alcanzando en 2021 los CRC2,1 billones (\$6,15 mil millones PPA), para un aumento promedio real por año de CRC68 mil millones.

- Los Esquemas de Seguros Sociales de Salud son operados por la CCSS y reciben sus ingresos principalmente de las cotizaciones de empleadores y trabajadores (un 57,7% y un 25,6%, respectivamente, durante 2021).
- El gasto directo de los hogares en salud, también conocido como gasto de bolsillo, disminuyó de un 22,3% del gasto corriente en el 2019 a un 20,7% en el 2021. Sin embargo, aún se está por encima del umbral del 20% a partir del cual, de acuerdo con la OMS, se incrementa el riesgo financiero para los hogares (OMS, 2010), el cual consiste en que un hogar de bajos ingresos deba sacrificar bienes y servicios básicos para poder acceder a bienes y servicios de salud. Se debe considerar que esta tendencia iba al alza, y que la disminución observada puede ser transitoria y atribuible a consecuencias directas de la respuesta a la pandemia.
- En cuanto al enlace de consumo, mantiene la jerarquía de la atención curativa como principal función de salud, representando el 75,2% del gasto corriente; lo siguen los "bienes médicos", como fármacos y aparatos terapéuticos, con el 12,4%.
- El enlace a proveedores expone la estructura del gasto corriente según proveedor o prestador de servicios. Así, en 2021, los hospitales de especialidades se mantuvieron como los principales proveedores, seguidos por los hospitales generales, 25,5% y 24,4% del total de bienes y servicios prestados respectivamente. Entre ambos otorgan servicios por un valor de CRC1,5 billones de colones.
- Los principales factores de provisión del sistema de salud costarricense se concentran en dos categorías del SHA2011: los materiales y servicios utilizados (50,3%) y las remuneraciones a los asalariados (49,6%). Estos han crecido en los últimos cinco años, en términos reales, un promedio de 7,9% y un 0,5% anual, respectivamente.
- En 2021, el gasto en bienes de capital se compuso principalmente de la inversión en infraestructura, con CRC79 mil millones (61,7% del gasto de capital) y la compra de

maquinaria y equipo, con CRC48 mil millones (37,9%). Cuatro años antes, en 2017, esta razón era inversa, con la inversión en infraestructura

sumando CRC30 mil millones (34,6%), mientras que la compra de maquinaria sumaba CRC54 mil millones (62,4%).

Introducción

Generalidades del sistema de salud de Costa Rica

El sistema de salud costarricense se caracteriza por su estabilidad institucional, la cual le ha permitido al país tener indicadores de salud y desempeño similares o mejores al promedio de la OCDE, por ejemplo, con una elevada esperanza de vida al nacer y una baja mortalidad evitable (OECD, 2023). Sin embargo, en otros, la brecha entre Costa Rica y la OCDE es significativa, como, por ejemplo, en el total de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes o en el porcentaje de la población mayor a 65 años inmunizada contra la Influenza (ver tabla 1).

Esta institucionalidad se caracteriza por un sistema fuerte de seguridad social, público, administrado y operado por un ente autónomo, denominado la Caja Costarricense de Seguro Social³ (CCSS). Cómo se relacionan este y otros actores importantes del sistema de salud costarricense se puede observar en la figura 1.

En ese diagrama se ubica, en el centro, a los usuarios del sistema de

salud, por ejemplo, los asegurados directos (cotizan directamente a un seguro público o privado) o indirectos (son beneficiarios de un seguro que paga un tercero). Estos pueden recibir bienes y servicios de salud por tres vías distintas (líneas verdes). La primera, la atención pública a nivel primario, secundario y/o terciario, se financia principalmente con el pago de cotizaciones a la seguridad social (línea naranja). Dichas cotizaciones son administradas por la CCSS, quien además provee bienes y servicios de salud, directa o indirectamente, a través de, por ejemplo, cooperativas de salud.

La segunda vía es la atención por siniestros laborales o accidentes de tránsito, la cual se financia a través de un seguro privado obligatorio como el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA [línea naranja]). Este seguro es administrado por el INS, quien además provee los servicios de atención de la salud a los usuarios directamente en sus consultorios o indirectamente en consultorios privados.

Por último, la tercera vía es la atención privada, la cual se financia de dos formas. La primera, por pagos anticipados a un seguro de salud voluntario que administra una

³ La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja

Costarricense de Seguro Social (Constitución Política de Costa Rica [Const], 1949)

aseguradora privada, la cual paga al proveedor de salud privado que ofrece el servicio (de acuerdo con la cobertura de servicios estipulado en

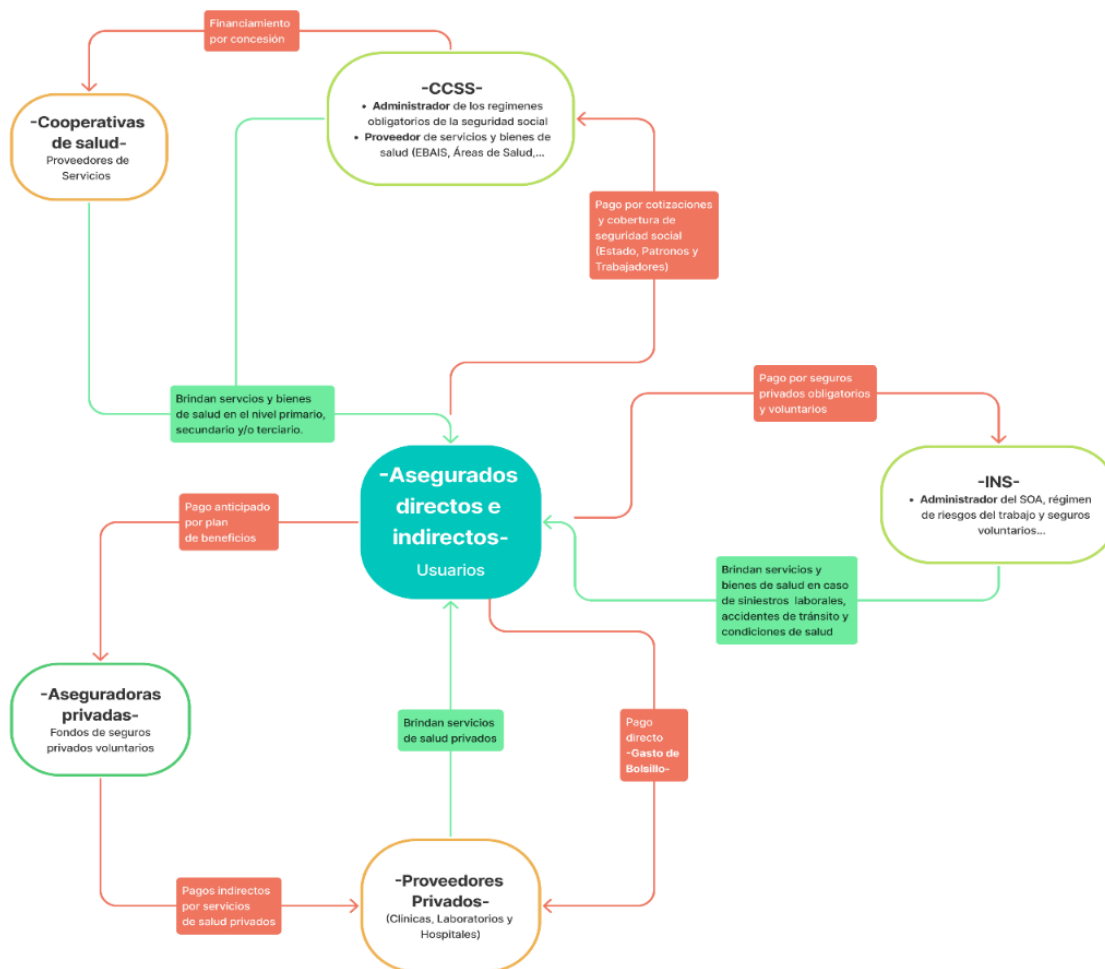
un contrato previo). La segunda es a través de pagos directos de parte del usuario al proveedor privado.

Tabla 1. El desempeño de Costa Rica se destaca positivamente en varios indicadores con respecto a la OCDE, como en esperanza de vida, consumo de tabaco e inmunización infantil

Indicador de salud y desempeño	CR	Promedio OCDE	Mejor desempeño	Peor desempeño
Esperanza de vida al nacer En años para toda la población	80,9	80,3	84,5	73,1
Mortalidad evitable Muertes por cada 100.000 habitantes	148,0	158,1	83,0	435,0
Mortalidad Infantil Muertes por cada 1000 nacimientos vivos	9,6	4,1	1,7	16,5
Consumo de tabaco % de la población +15 años que consume diariamente	7,8	15,8	6,2	28,0
Consumo de alcohol Litros per cápita consumidos por la población +15 años	3,1	8,6	1,4	12,2
Sobrepeso % total de la población	39,5	34,8	22,6	40,8
Total, de camas hospitalarias Por cada 1000 habitantes	1,1	4,3	12,8	1,0
Total, de cama UCI Por cada 100 000 habitantes	6,5	23,3	57,9	4,9
Total, de trabajadores de las áreas de salud y social Por cada 1000 habitantes	16,0	52,2	111,7	9,4
Programas de inmunización infantil (DPT, sarampión y hepatitis B) % de niños inmunizados	93,2	92,8	99,9	82,7
Inmunización contra la Influenza % de la población +65 años	25,4	51,6	80,9	5,9

Nota. Datos obtenidos de la OCDE Health Stats.

Figura 1. La CCSS es un actor clave en el funcionamiento del sistema de salud de Costa Rica, dentro del cual funge como agencia del seguro social y como proveedor de bienes y servicios de salud



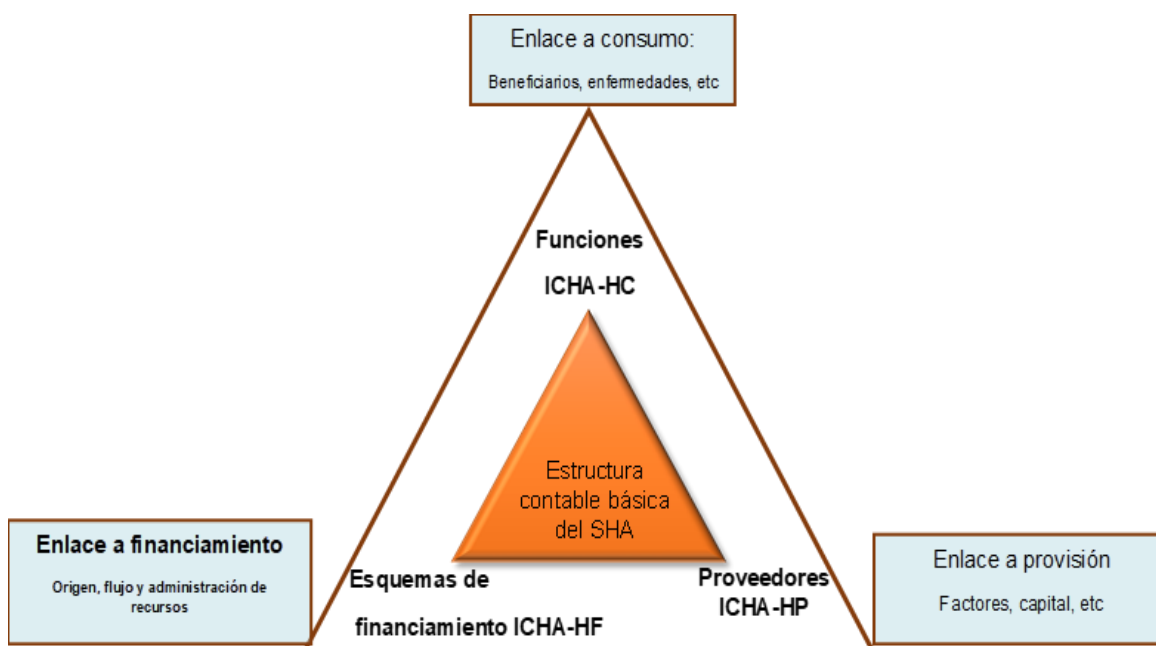
¿Qué son las Cuentas de Salud?

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. Es decir, las cuentas de salud permiten conocer no solo cuánto se gasta en atención de la salud, sino cómo las personas pagan por estos bienes y servicios, qué tipo de bienes y servicios de atención de salud consumen y quién los provee.

Estas clasificaciones se agrupan en tres dimensiones o pilares: esquemas de financiamiento, funciones de consumo y proveedores, los cuales se

enlazan respectivamente con Financiamiento, Consumo y Provisión, como se muestra en la figura 2. Dichas dimensiones son equivalentes en sus montos, ya que representan tres aristas de un mismo gasto, es decir, el gasto corriente total es el mismo visto desde cualquier de las tres dimensiones, y cada una de ellas ofrece una forma diferente de clasificar el gasto. Así, por ejemplo, la dimensión de Esquemas de financiamiento enlaza el gasto con su origen, flujo y administración de los recursos con que este se financia. Asimismo, la dimensión de Consumo enlaza con los diferentes bienes y servicios; y la dimensión de proveedores enlaza con quienes proveen los bienes y servicios y los factores utilizados, incluido el capital.

Figura 2. El marco contable del SHA2011 se caracteriza por desglosar la información en tres dimensiones: consumo, provisión y financiamiento



Nota. Adaptado de OCDE et al. (2017, p. 55).

El Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011) representa el marco de referencia estándar a nivel internacional, utilizado para la evaluación y medición del gasto relacionado con la salud. A través de este marco, se facilita la comparación y el análisis de los datos sobre gasto en salud entre países, regiones y períodos de tiempo, contribuyendo así a una comprensión más completa del gasto y la inversión en salud a nivel global. Este marco se basa en principios fundamentales que definen y categorizan el gasto de manera precisa en el ámbito de la salud. Así, se establecen cuatro criterios esenciales mediante los cuales se puede determinar si un gasto específico puede considerarse como gasto en salud. Dichos criterios se aplican para Costa Rica como se describe a continuación:

1. 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, la recreación a través del deporte no se considera gasto en salud.

2. Los beneficiarios de las actividades de salud, individuos o grupos de población deben residir⁴ 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. 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").
3. 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.
4. Todos los bienes y/o servicios adquiridos para la atención de salud deben involucrar una transacción. Esto implica que el cuidado de una persona por razones de salud a cargo de un familiar, en el cual no medie

⁴ El criterio de residencia se basa en un período de un año, es decir una persona de

considera residente si pasa al menos un año en el país (OCDE, Eurostat, & OMS, 2017).

retribución monetaria o en especie, no se contabiliza

dentro del sistema de cuentas de salud.

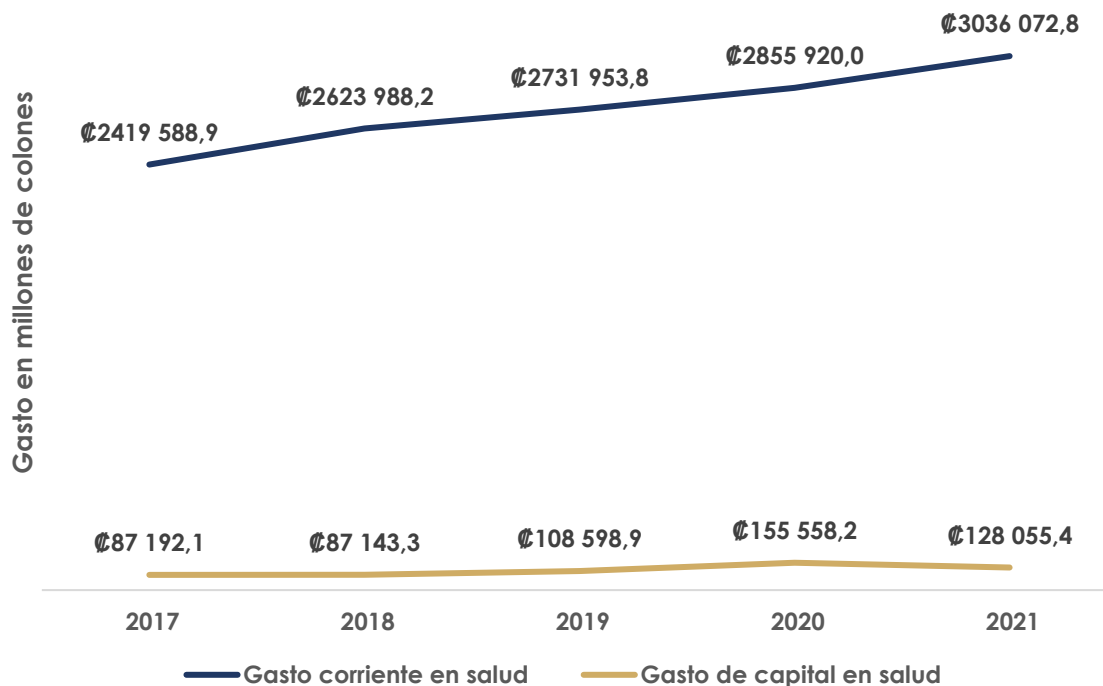
Resultados principales: análisis y discusión

¿Cuánto fue el gasto en salud de Costa Rica en 2020 y 2021?

El gasto en salud, por su naturaleza de ser un servicio, se compone mayoritariamente de gasto corriente (aquel que incluye los bienes y

servicios que se consumen en un mismo año) y minoritariamente de gasto de capital (el cual incluye la inversión en nueva infraestructura o remodelación de infraestructura ya existente, así como la compra de equipo médico utilizado en los diferentes niveles del sistema de salud).

Figura 3. Mientras el gasto corriente crece a un ritmo constante, el gasto de capital se disparó durante la pandemia y en 2021 se ajustó a la baja, pero a un nivel superior al de 2019.

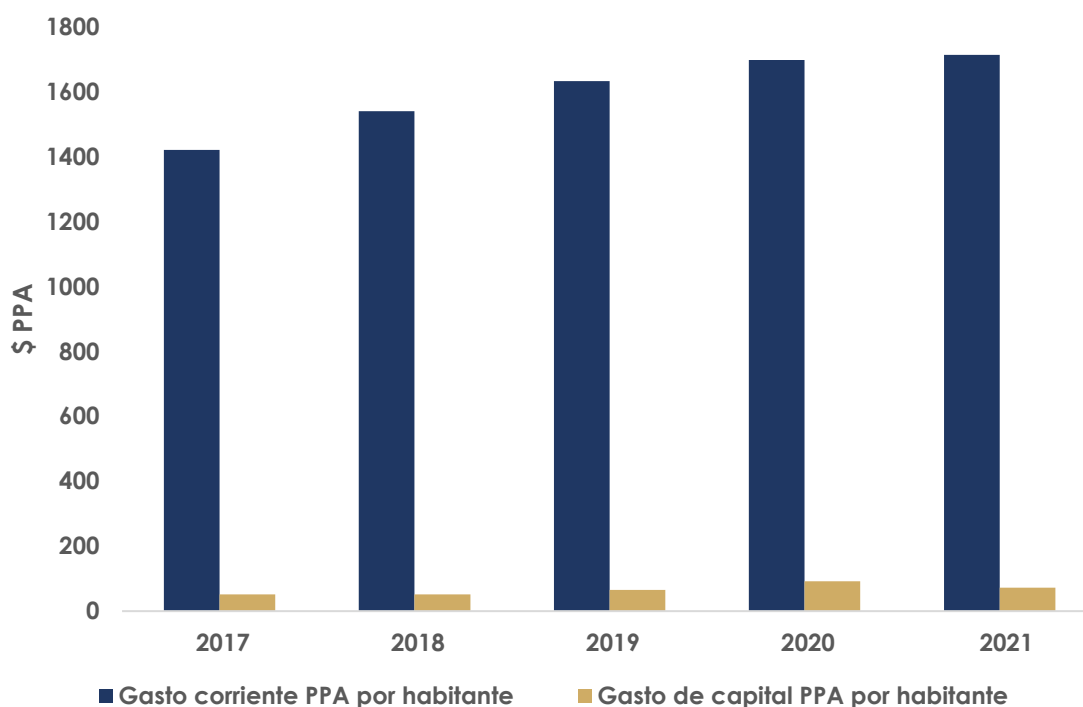


Nota. Datos obtenidos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

En el 2021 el gasto corriente en salud de Costa Rica superó los CRC3 billones, aproximadamente \$8.833 millones PPA o \$1.713,8 PPA por habitante. En el periodo 2017-2021 se alcanzó un crecimiento real promedio del 3,8 anual, superando así el promedio del crecimiento de la economía en el mismo periodo (2,1%). Por otro lado, el gasto de capital superó los CRC120 mil millones de colones o \$372 millones PPA (\$72 por habitante), con un crecimiento real

promedio del 10,6% anual. Durante este periodo, destaca el crecimiento extraordinario en 2020, año en que se realizó una inversión mayor a CRC150 mil millones. Esta inversión extraordinaria debe analizarse en el marco de las acciones de emergencia realizadas durante la pandemia por COVID-19. En la figura 4 se analizan los mismos resultados, pero con los montos en dólares Paridad de Poder Adquisitivo (\$ PPA).

Figura 4. Considerando el factor de conversión a PPA del Banco Mundial, se observa que el gasto corriente de Costa Rica por habitante asciende a \$1.713,8 PPA en 2021, mientras el gasto de capital representa una pequeña fracción cuyo monto alcanzó los \$72,3 PPA



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

Convertir los datos en PPA por habitante brinda margen de comparación internacional, de modo

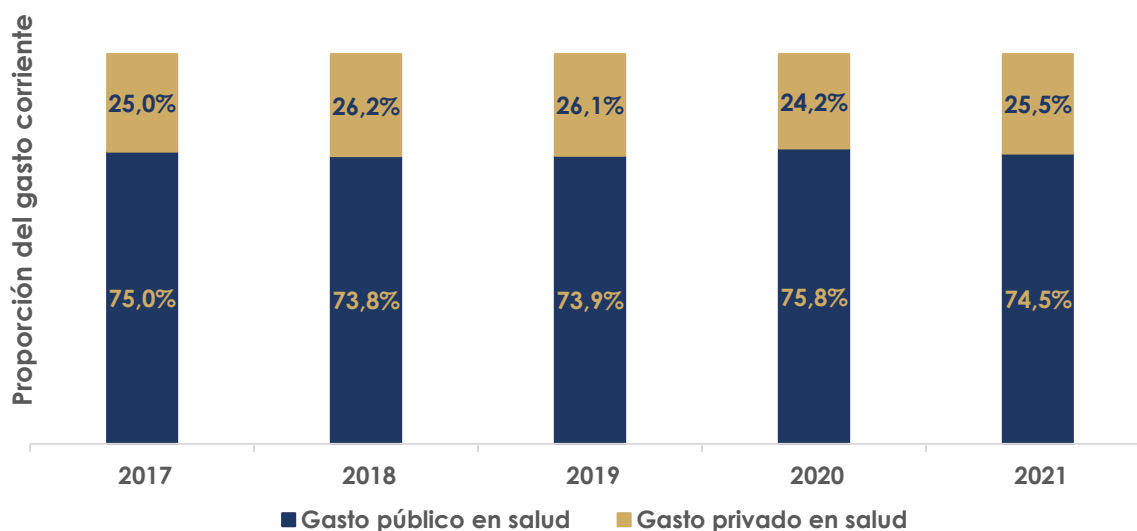
que cualquier lector extranjero de este reporte tenga una idea de cuánto gasta el país en salud en

comparación con su propio país, sin importar que este sea más grande o pequeño en población (Banco Mundial, 2023).

Haciendo un énfasis en el gasto corriente en salud, se observa que, en términos del PIB del país y de su población, el gasto corriente alcanzó un 8,2% del PIB en 2021, aproximadamente CRC590 mil por habitante. Este porcentaje del PIB se financia en tres cuartas partes con gasto público y el monto restante con gasto privado. Durante el primer y

segundo año de la pandemia por el COVID-19, especialmente durante el 2020, el gasto privado revertió la tendencia de crecimiento que se observa en la figura 5, lo cual es un resultado esperable considerando el incremento en el gasto público en salud y la pérdida de ingresos de parte de la población producto del aumento en el desempleo a causa del impacto económico de las medidas sanitarias para contener el contagio del virus SARS-CoV-2 que causa la enfermedad del COVID-19 (Sanarrusia, 2020)

Figura 5. Si bien el gasto público es tres veces el gasto privado, en los últimos años este último ha crecido proporcionalmente más, exceptuando el primer año de pandemia. Esta situación preocupa considerando que un mayor gasto privado puede generar mayor riesgo financiero para los hogares.



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

Otro hecho relevante es que Costa Rica logró en 2020 y 2021 destinar al gasto corriente público en salud un 6,3% y un 6,1% del PIB, respectivamente, ubicándose por encima del umbral del 6% del PIB sugerido por la estrategia de salud universal de la OPS/OMS (OPS/OMS,

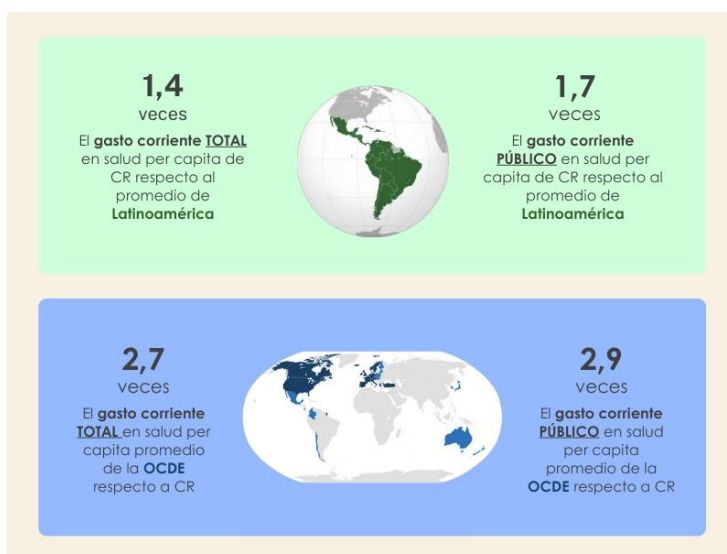
2014; OPS/OMS, 2019). No obstante, este resultado positivo se debe parcialmente a un aumento del gasto público corriente en el periodo pues, especialmente en 2020, la caída del PIB producto del impacto de la pandemia genera un aumento de la

relación gasto como porcentaje del PIB.

Si se compara el gasto en salud per cápita de Costa Rica con el de otras regiones del mundo (en PPA) usando los datos del GHED, se encuentra que, en el periodo 2017-2020, Costa Rica supera el gasto promedio de la región de Latinoamérica (\$1.515,3 PPA) en 1,4 veces, mientras los países de la OCDE (\$4.438,7 PPA) superan el gasto costarricense en 2,7 veces (OMS, 2023). Este mismo patrón se amplía al observar el gasto público en salud, siendo que, en comparación con Latinoamérica, el gasto costarricense es 1,7 veces el gasto promedio latinoamericano (\$809,7 PPA), pero el de la OCDE (\$3.384,7 PPA) es 2,9 veces el gasto público en salud de Costa Rica. No obstante, en esta comparación con los países de la OCDE, cabe destacar una tendencia a la baja

durante todo el periodo, pasando de 3,8 veces en 2017 a 2,4 veces en 2020. En ranking mundial, Costa Rica es el 59° país con mayor gasto en salud per cápita (entre 189 países), posición que mejora en tres posiciones al comparar el gasto público (56°).

En los siguientes capítulos se analizará el gasto en salud en las tres dimensiones del SHA2011 enlazadas con el financiamiento de los bienes y servicios de salud que la población consume y quiénes los proveen.



ENLACE A FINANCIAMIENTO

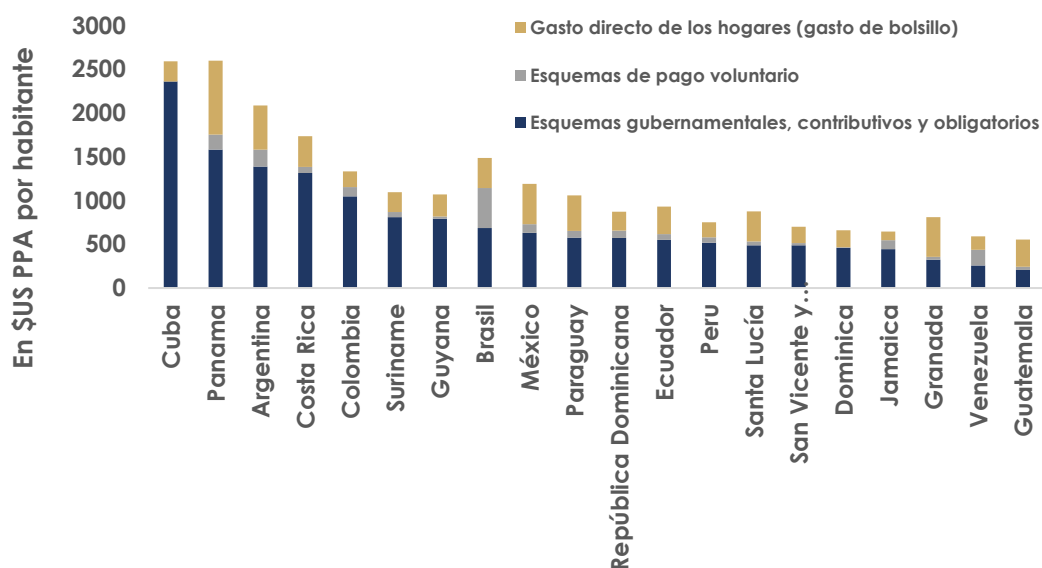
¿Cómo se financia el gasto en salud?

Los Esquemas de Financiamiento (HF) constituyen los distintos arreglos financieros por medio de los cuales la población residente tiene acceso a la atención de la salud (OCDE et al., 2017). Hay tres esquemas principales: esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios (HF.1); esquemas de pago voluntarios (HF.2) y gasto directo de los hogares (HF.3). Durante el 2021 en Costa Rica los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios

financiaron un 74,5%, mientras el gasto directo de los hogares un 20,7% del gasto corriente en salud. Si se compara esta distribución con el resto de los países de ingresos medio altos de la región de la Américas, usando los datos de 2020 por ser los más recientes para la mayoría de los países, se observa que Costa Rica financia una mayor proporción con esquemas públicos (HF.1) y una menor proporción con esquemas privados que el promedio de la región (63,7% y 36,3% respectivamente)⁵. Además, es el cuarto país con mayor gasto en salud.

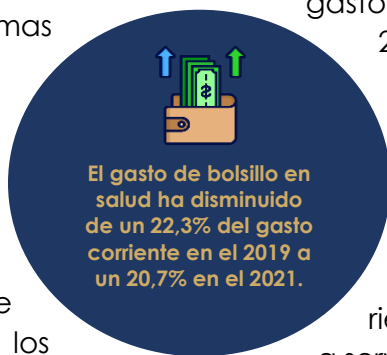
⁵De acuerdo con datos del Global Health Expenditure Database (GHED) de la OMS (OMS, 2023)

Figura 6. Costa Rica es el cuarto país de ingresos medio altos de las Américas con mayor gasto público durante 2020, el cual equivale a los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios



Nota. Basado en datos del Global Health Expenditure Database (GHED).

Desagregando los principales esquemas de financiamiento, se observa en la figura 7 que, durante 2021, las personas que residen en Costa Rica financiaron su atención de la salud principalmente con los esquemas de seguros sociales de salud (69,7%), los cuales son una subcategoría de los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios; en segundo lugar, el gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo (20,7%); y, en tercer lugar, con un aporte significativamente menor, los esquemas de seguros voluntarios (4,2%).



El gasto directo de los hogares se mantiene en 2021 por encima del umbral del 20% a partir del cual, de

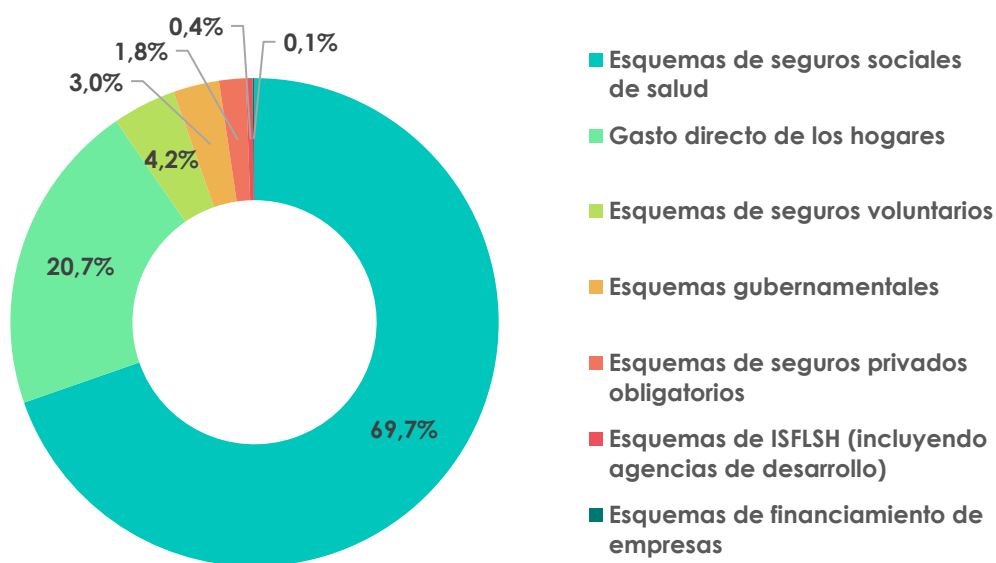
acuerdo con la OMS, se incrementa el riesgo financiero para los hogares (OMS, 2010), dado que la falta de ingresos puede impedir la compra de medicamentos o sustituir otras necesidades básicas como la compra de alimentos. La buena noticia es que el gasto directo como porcentaje del gasto corriente bajó en 2020 y 2021 respecto a los años anteriores, lo cual acerca al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible de lograr cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos (ODS CR, 2023)

No obstante, este cambio de tendencia puede estar asociado a un efecto temporal de la pandemia, con lo cual habrá que darle seguimiento en los próximos años.

Comparando estos resultados del gasto de bolsillo con los del resto de

países de las Américas, de acuerdo con los datos de la PAHO/OMS, Costa Rica se encuentra muy por debajo del nivel subregional (51,7%) e incluso del nivel regional (23,2%) para 2021 (OPS/OMS, 2023).

Figura 7. Los seguros sociales de salud son el principal arreglo financiero con el cual los residentes del país financian su atención de la salud, cubriendo un 69,7% del gasto corriente en salud de 2021



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

En 2021, los esquemas de seguros sociales de salud superaron la suma de CRC2 billones de colones, para un crecimiento promedio real del 3,6% anual en los últimos cinco años. En el caso de los otros esquemas, el gasto directo de los hogares superó los CRC600 mil millones y creció un 3,4% en promedio anualmente.

Respecto, al tercer esquema de financiamiento en importancia, no siempre fueron los esquemas de

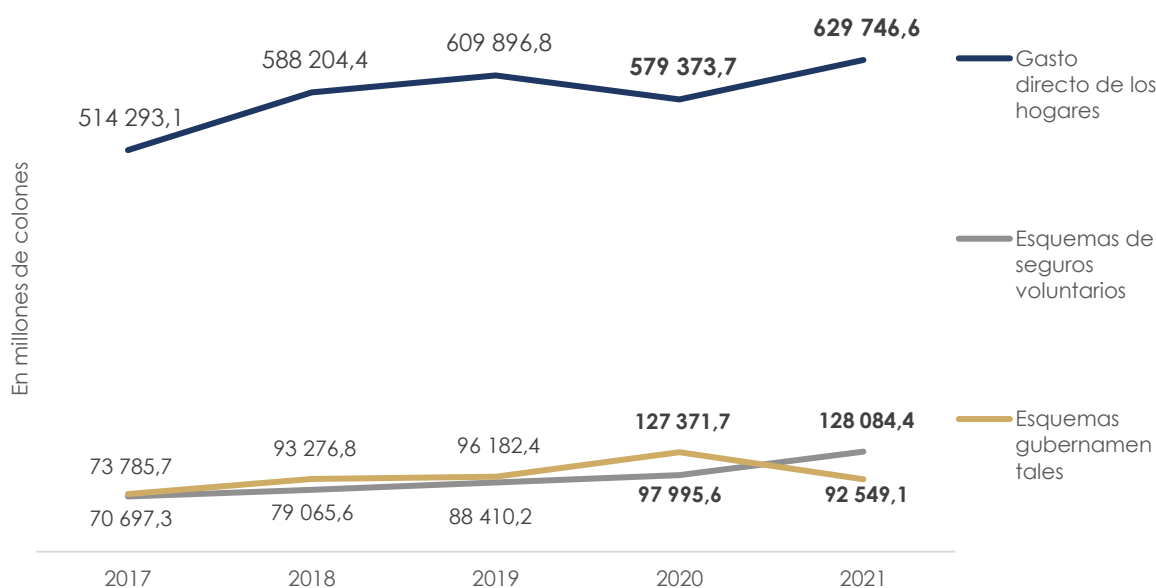
seguros voluntarios. Durante el periodo 2017-2020, los esquemas gubernamentales los superaban en 0,5 puntos porcentuales, incluso durante el 2020 (año en que irrumpe la pandemia del COVID-19) esta diferencia creció hasta 1 punto porcentual. Sin embargo, mientras los esquemas gubernamentales crecieron en promedio un 6,8% real por año, los esquemas de seguros voluntarios crecieron en un 14% y

ocuparon, así, el tercer lugar en importancia entre los esquemas de financiamiento.

En la figura 8, la cual excluye los esquemas de seguros sociales de salud (esto para poder apreciar los cambios de tendencia en los esquemas más pequeños), se aprecia cómo, durante el primer año de la

pandemia, la caída del gasto directo de los hogares equivale al aumento de los esquemas gubernamentales, aproximadamente unos CRC30 mil millones. Para 2021, el gasto directo de los hogares vuelve a su tendencia previa a la pandemia⁶, no así los esquemas gubernamentales que caen a un nivel de financiamiento inferior al de 2019.

Figura 8. Excluyendo de la gráfica los esquemas de seguros sociales por su enorme peso, se observa cómo el gasto directo de los hogares se redujo en el primer año de la pandemia y volvió a aumentar durante el segundo año.



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

¿De dónde provienen los ingresos que nutren estos esquemas de financiamiento?

Los ingresos de los esquemas de financiamiento (FS) identifican la

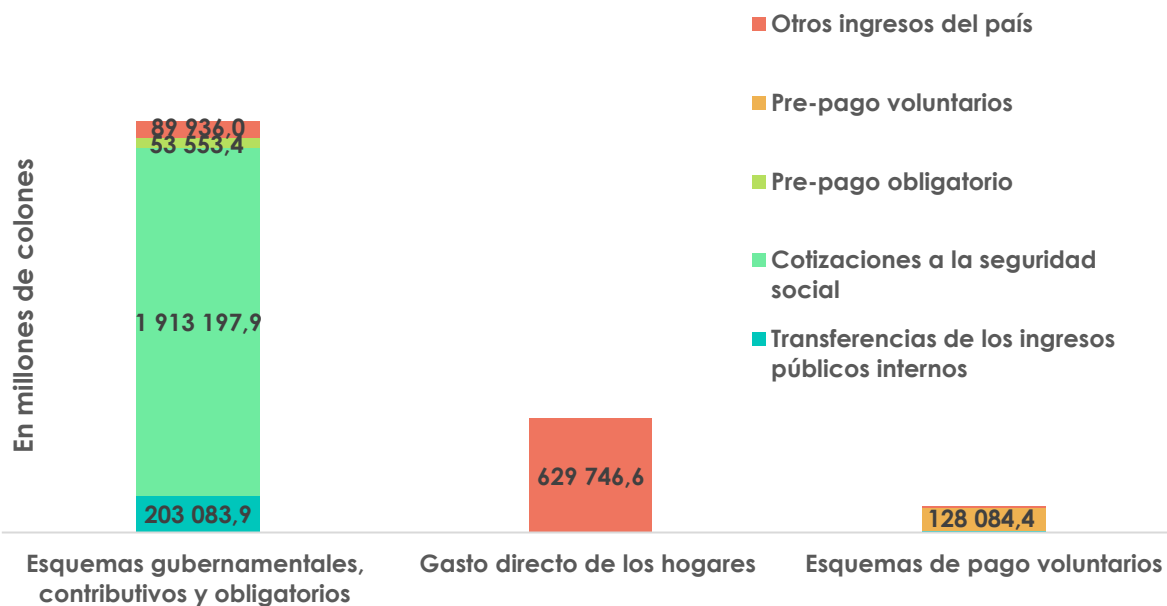
forma de financiamiento de cada esquema. Para el análisis de la recaudación de ingresos, se toman tres puntos de vista: dónde se originan los flujos; adónde se dirigen y cuál es su naturaleza (OCDE et al., 2017).

⁶ Esto con base en la tasa de consumo de hogares general reportada por el BCCR

Los principales FS son, en primer lugar, las cotizaciones a la seguridad social (63%), seguido de otros ingresos del país (24%) y, en tercer lugar, las transferencias de los ingresos públicos internos (7%). Cada uno de estos ingresos nutre uno o dos esquemas de financiamiento; por ejemplo, un 86,6% de los ingresos calificados como otros ingresos del país nutren el gasto directo de los hogares, unos 629 mil millones de colones; y un 12,4% aporta a los esquemas gubernamentales,

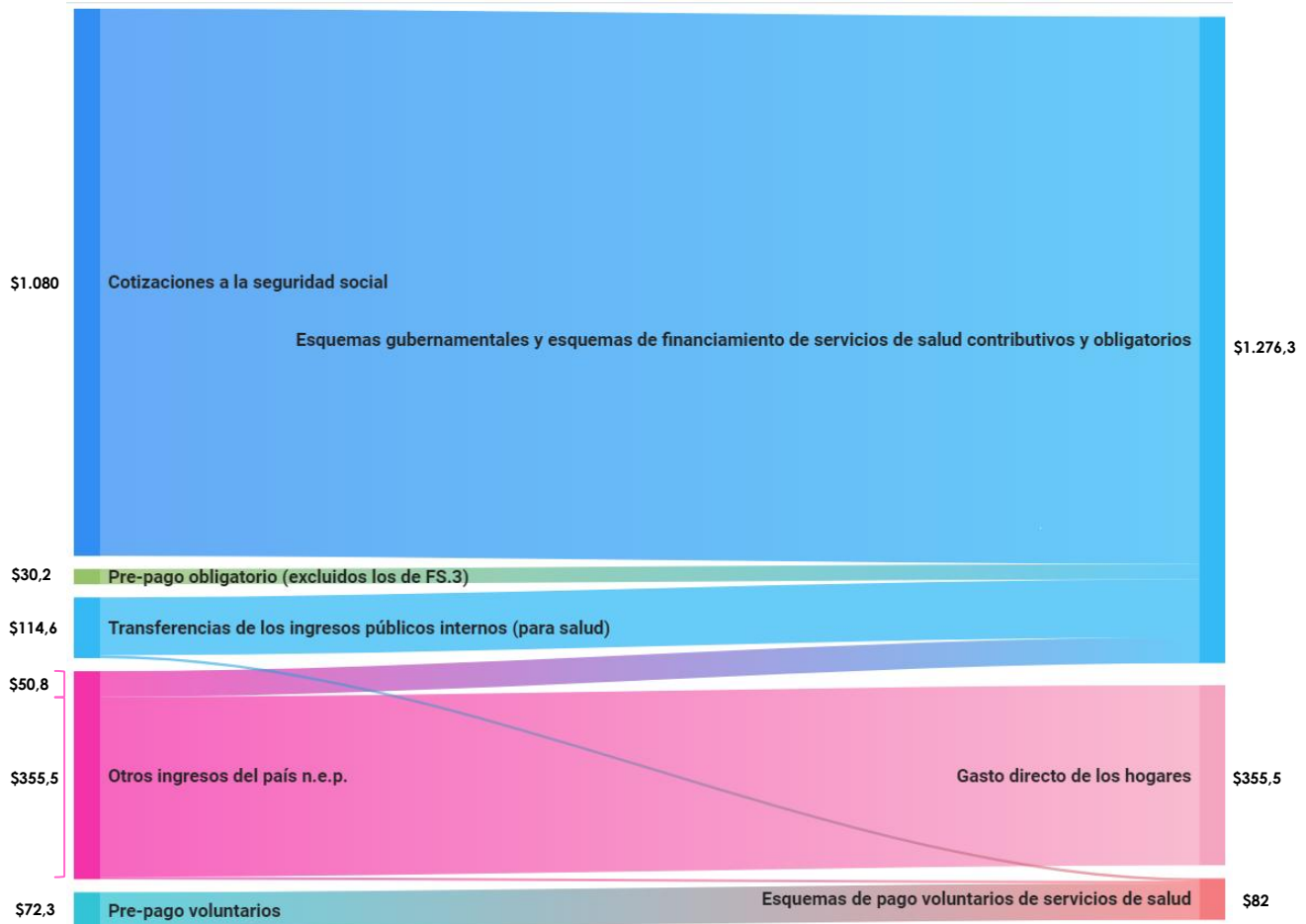
contributivos y obligatorios, aproximadamente 90 mil millones. Otro caso corresponde a las transferencias de los ingresos públicos internos (presupuesto del Ministerio de Salud o transferencias de FODESAF), de las cuales un 95,6% financia los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios, unos 200 mil millones de colones; y el restante 4,4% contribuye a los esquemas de pago voluntario.

Figura 9. La principal fuente de ingresos de los esquemas de financiamiento en Costa Rica en 2021 fueron las cotizaciones a la seguridad social, las cuales aportan exclusivamente al Esquema de Seguridad Social



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

Figura 10. Fuentes de ingreso principales que nutren los esquemas de financiamiento del gasto en salud. El mayor monto individual aportado a un esquema de financiamiento lo constituyen las cotizaciones a la seguridad social con \$1.080 PPA por habitante.



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

En un análisis más detallado de las fuentes de ingreso que nutren los esquemas de seguros sociales (principal esquema de financiamiento del gasto corriente), destacan las cotizaciones de los empleadores y los trabajadores asalariados; y en una menor medida las de los trabajadores autónomos y otros. En los datos de 2021, el mayor aporte proviene de las

cotizaciones de los empleadores⁷, más de 1,2 billones de colones (57,7%), seguido de las cotizaciones de los trabajadores asalariados, unos 540 mil millones de colones (25,6%) y los restantes 150 mil millones de colones entre las cotizaciones de los trabajadores autónomos (3,7%) y el grupo otras cotizaciones (3,5%). Esto evidencia el papel fundamental que

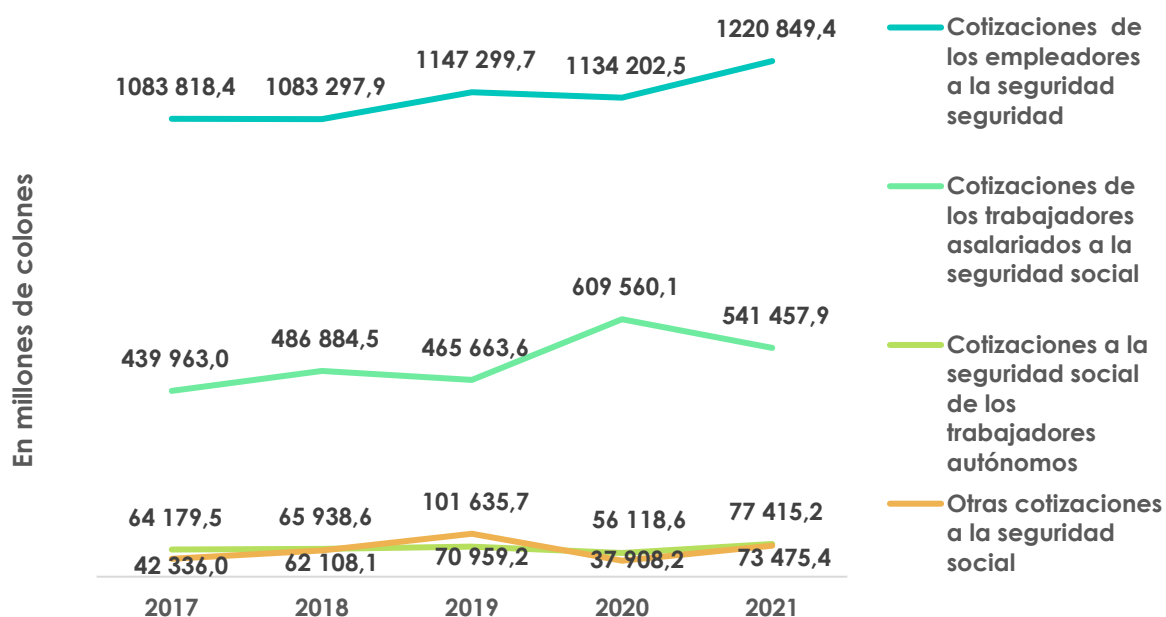
⁷ Esto responde a que la tasa que aportan los empleadores al Seguro de Enfermedad y

Maternidad (SEM) es significativamente mayor a la tasa de los trabajadores asalariados.

juega el empleo para la seguridad social, el incremento de la informalidad es un factor muy riesgoso que se puede traducir en problemas

se sostenibilidad financiera para los principales esquemas de financiamiento del gasto en salud.

Figura 11. Las cotizaciones de los empleadores son el mayor componente de las cotizaciones a la seguridad social, seguido por las cotizaciones de los trabajadores asalariados; sin embargo, las primeras representan el doble de las segundas, tendencia que incrementa en 2021



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

Otro dato relevante es el de las cotizaciones del grupo de trabajadores asalariados, los cuales presentan un crecimiento real de 29,7% en 2020 y un posterior decrecimiento del -14% en 2021. Respecto a este resultado es importante señalar que, aunque la tasa de desempleo disminuyó en 2021 esto no conlleva un aumento de las cotizaciones, dado que esta disminución de la tasa de desempleo se da vía menos personas buscando

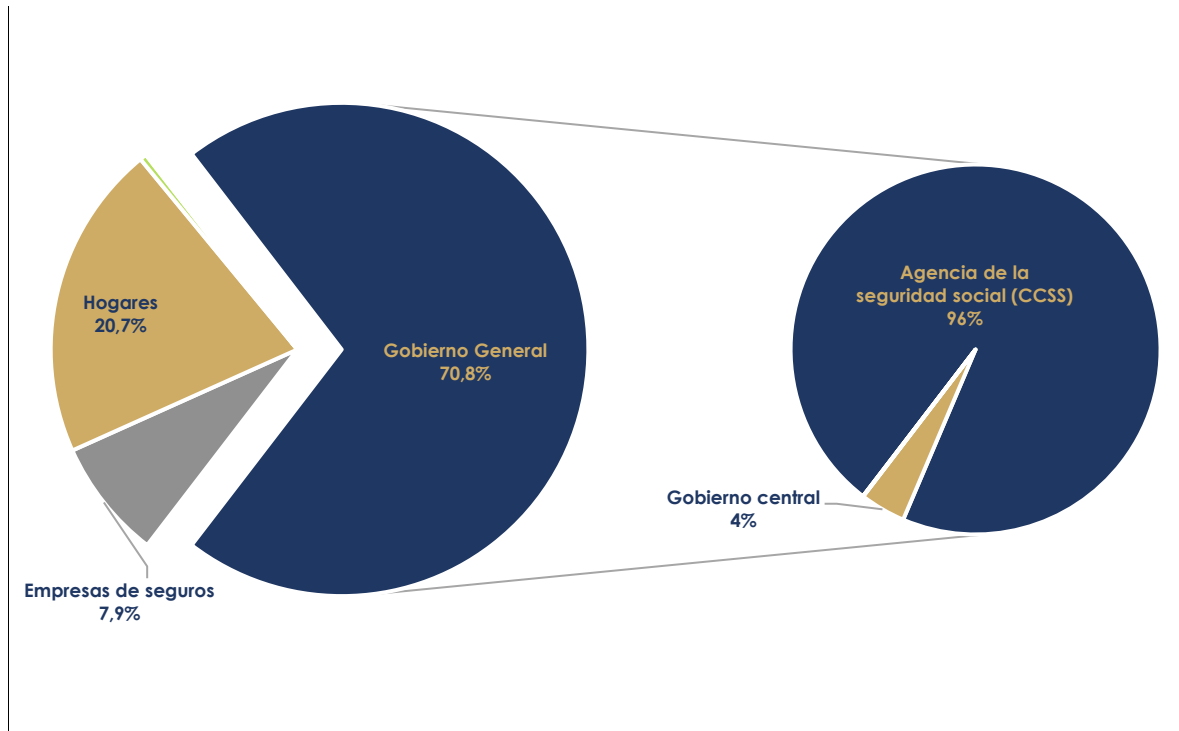
empleo, es decir fuera de la fuerza laboral. Así, al último trimestre de 2021 la cantidad de personas ocupadas no había alcanzado los niveles previos a la pandemia mientras. Adicionalmente, dentro del grupo de ocupados se observa una disminución de los empleos formales y un aumento en los empleos informales, estos últimos no cotizan a la seguridad social y representan un 45% de la población empleada (Morales Aguilar, 2022).

¿Quiénes son las unidades institucionales que operan los distintos esquemas de financiamiento?

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 servicios, de acuerdo con las reglas de los esquemas de financiamiento que operan (OCDE, Eurostat, & OMS, 2017).

En Costa Rica el principal agente de financiamiento es el Gobierno General, el cual durante 2021 operó el 70,8% de los esquemas de financiamiento. El segundo FA en importancia son los hogares quienes operaron el 20,7% y en tercer lugar las empresas de seguros con un 7,9%. En la figura 12 se puede apreciar adicionalmente, como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que funciona como la agencia de seguridad social, constituye el 96% de los FA del Gobierno General. El restante 4% lo opera el gobierno central, representado en su mayor parte por el Ministerio de Salud.

Figura 12. La Caja Costarricense de la Seguridad Social se mantiene en 2021 como el principal agente de financiamiento del gasto en atención de la salud. Los hogares con el gasto de bolsillo son los segundos

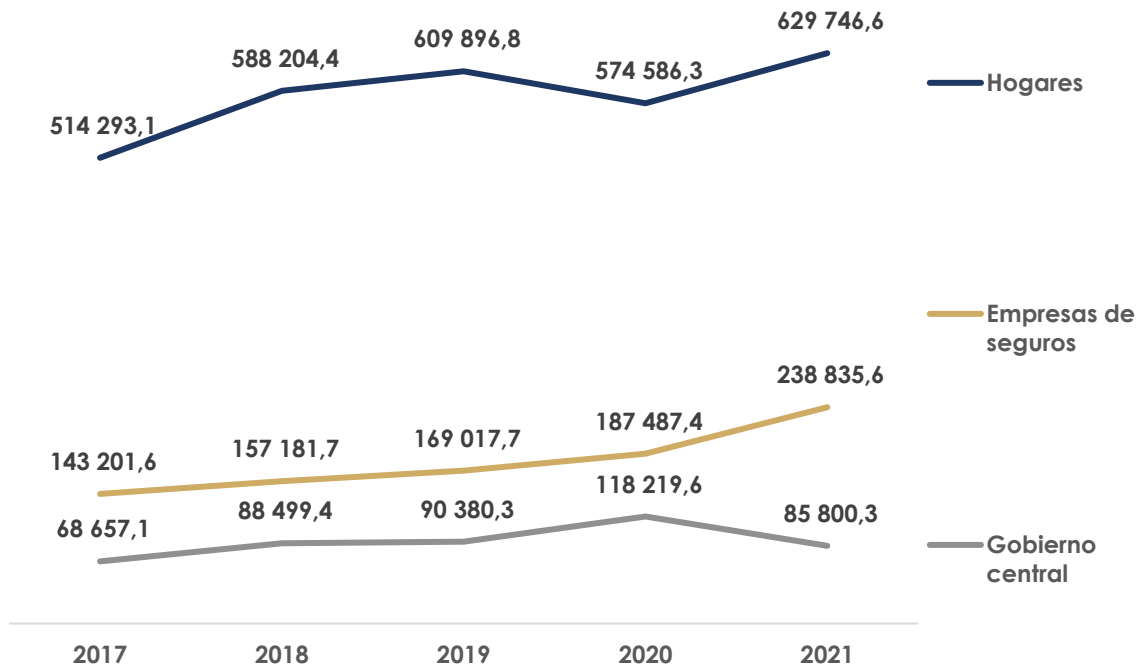


Nota. Datos obtenidos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Un caso sobresaliente del comportamiento de los FA en los últimos 5 años es el crecimiento de la operación de las empresas de seguros que se observa en la figura 13, las cuales pasaron de operar CRC143 mil millones (el 5,9% de los esquemas de financiamiento) en 2017 a operar CRC238 mil millones (el 7,9%) en el 2021, lo cual equivale a un crecimiento real promedio del 11,7%

anual. Este aumento coincide con el crecimiento de los esquemas de seguros voluntarios que se explicó anteriormente (figura 8). Este dato es una alerta que evidencia que las personas buscan una medida de contingencia ante las carencias presentes en el sistema de salud público, por ejemplo, las largas listas de espera para poder acceder a una operación o una cita con especialista.

Figura 13. Las empresas de seguros son el agente de financiamiento con mayor crecimiento en los últimos años, el cual responde al aumento de la participación de los seguros voluntarios (la CCSS se excluye de la gráfica para poder observar la tendencia de los demás FA)



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

Cuentas de Salud de Costa Rica:

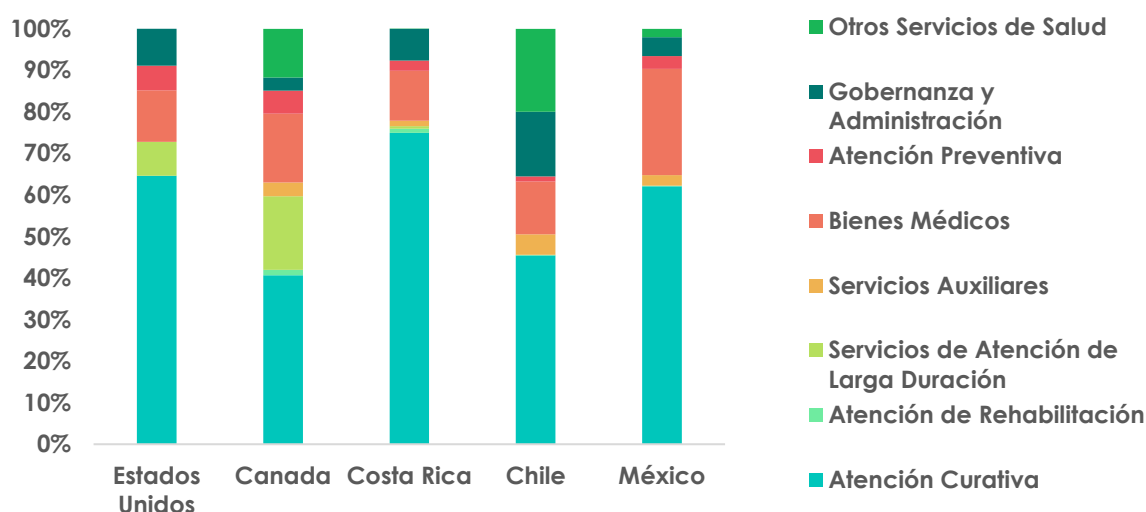
ENLACE A CONSUMO

¿Cuáles bienes y servicios de salud consumen los residentes de Costa Rica?

Las funciones de salud o atención de la salud (HC) se refieren a una agrupación de bienes y servicios de salud por finalidad o propósito (OCDE et al., 2017). El SHA2011 presenta ocho agrupaciones, y las de mayor peso durante el 2021

fueron la Atención curativa, los Bienes médicos y la Gobernanza y administración del sistema de salud. Al comparar esta jerarquía con respecto a los países de la región de la Américas que a su vez forman parte de la OCDE, se observa que estos comparten la Atención curativa como principal HC, pero no así las otras categorías. Por ejemplo, en el caso de Canadá, los Servicios de Atención de larga duración son los segundos en importancia, mientras que en Chile son los servicios agrupados en Otros.

Figura 14. La atención curativa es el principal servicio de salud que consumen los países OCDE de la región de las Américas en el 2020

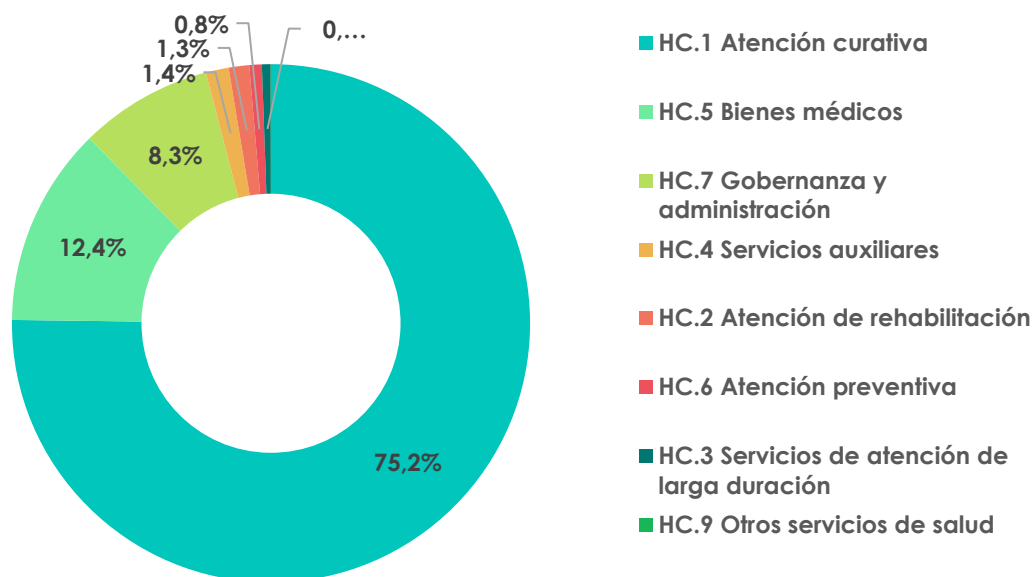


Nota. Basado en el Global Health Expenditure Database (GHED).

Al analizar con más detalle los datos de Costa Rica, la figura 15 muestra los porcentajes de gasto destinados al consumo de cada función de salud por parte de los residentes del país durante 2021. Así, se observa que un 75,2% de todos los bienes y servicios de salud consumidos pertenecen a la categoría de atención curativa, seguido del consumo en bienes médicos (12,4%) y, en tercer lugar, lo relacionado con la

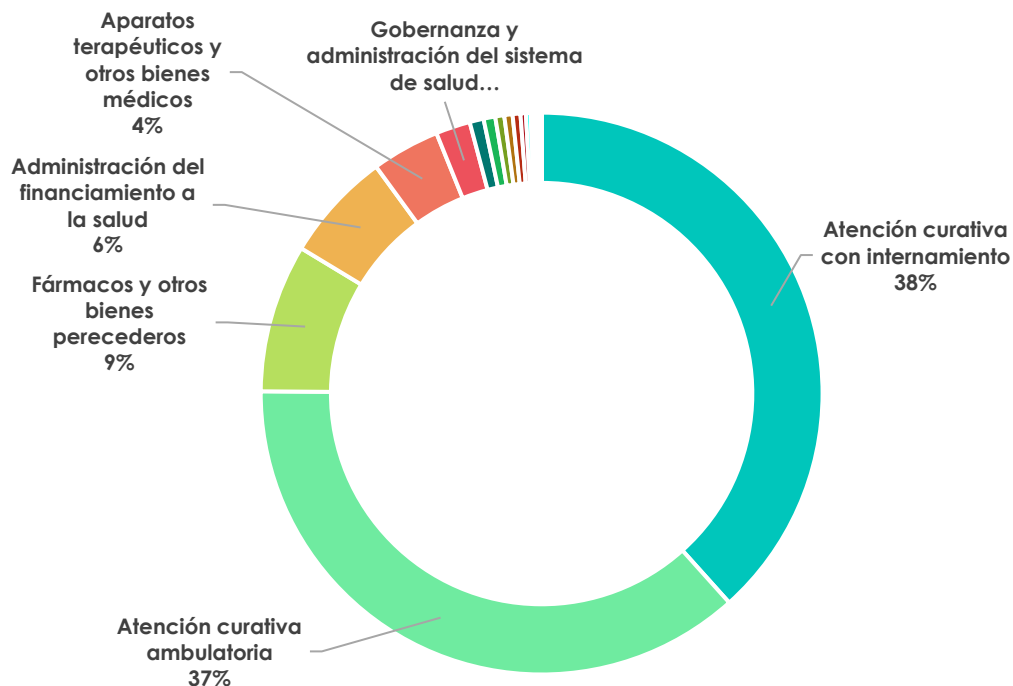
gobernanza y administración del sistema de salud (8,3%). Un dato sobresaliente respecto al informe anterior de Cuentas de Salud es que se ha logrado disminuir significativamente la cantidad de bienes y servicios que se categorizan como otros servicios de salud, lo que implica un ejercicio sobresaliente por realizar una mejor agrupación de cada bien y servicio (esta categoría pasó de representar un 17,2% en 2017 a un 0,02% en 2021).

Figura 15. La atención curativa es seis veces el gasto en compra de bienes médicos, y nueve veces el gasto en gobernanza y administración del sistema de salud durante el 2021



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

Figura 16. Una mayor desagregación del gasto por función de salud permite ver que la atención curativa con internamiento y la ambulatoria representan el mayor gasto dentro de esta dimensión, ambas categorías dentro de HC.1



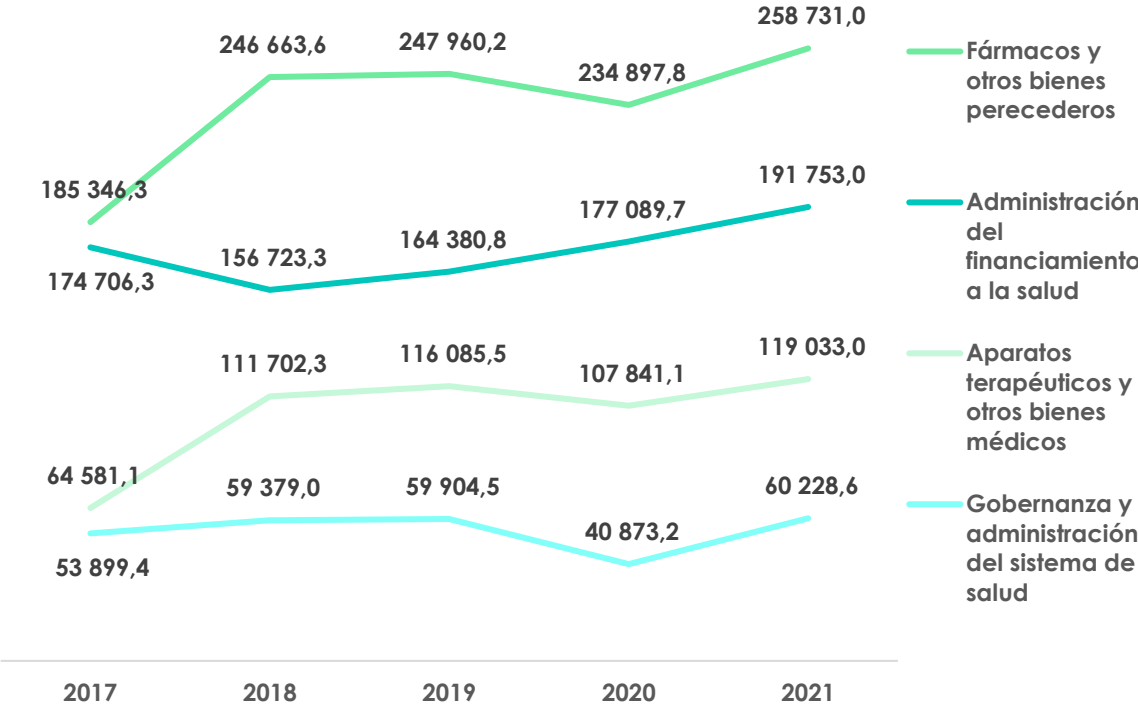
Nota. Datos obtenidos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica

Analizando más a fondo esta distribución, la atención curativa tiene dos tipos de gasto principales: la atención curativa con internamiento y la atención curativa ambulatoria. Para 2021, cada una representa prácticamente el 50% del gasto total en este tipo de atención.

Respecto a los bienes médicos, destacan el consumo de fármacos y otros bienes perecederos, así como los aparatos terapéuticos y otros bienes médicos como principales gastos. En la figura 17 se aprecia, en

ambos casos, un crecimiento significativo previo a 2020, año en que se reduce el gasto en unos CRC 22,9 mil millones. Esta caída coincide con el inicio de la pandemia de COVID-19. También, en 2020 se da una disminución en la subcategoría de gobernanza y administración del sistema de salud. No obstante, al final del 2021 todas las categorías crecieron en términos reales, siendo la de mayor crecimiento los aparatos terapéuticos, con un 17,7% en promedio por año, seguido de los fármacos, con un 7,5%.

Figura 17. A pesar de la caída durante 2020, en el consumo de bienes de salud como medicamentos (de venta libre o con receta) y los aparatos terapéuticos, así como en el gasto en gobernanza y administración, estos retoman su tendencia histórica en 2021



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

Cuentas de Salud de Costa Rica:

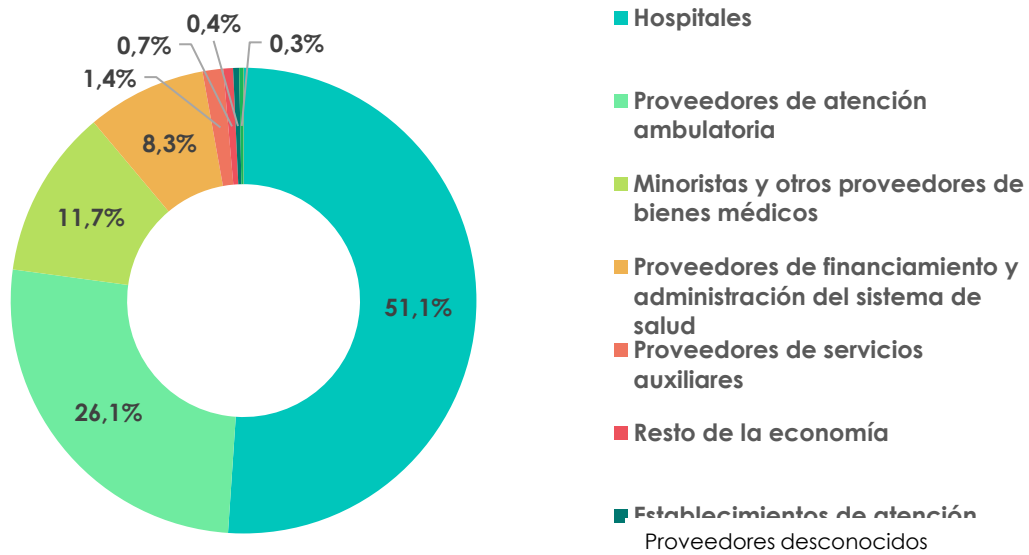
ENLACE A PROVISIÓN

¿Cómo se provee el gasto en salud?

Los proveedores de atención a la salud (HP) comprenden un grupo de organizaciones y actores que ofrecen atención de la salud (bienes y servicios) como su principal actividad o en forma secundaria (OCDE et al., 2017). Estas organizaciones pueden ser operativas, como hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias, o legales, contables u

organizativas, como algunas agencias gubernamentales y agencias de administración de seguros públicos o privados. Durante el 2021, en Costa Rica, el principal proveedor de atención de la salud son los hospitales (51,1%), seguido de los proveedores de atención ambulatoria, como consultorios de medicina general o especializada o consultorios odontológicos (26,1%) y, en tercer lugar, los minoristas y otros proveedores de bienes médicos como farmacias (11,7%).

Figura 18. Durante 2021 los hospitales se mantienen como los principales proveedores de bienes y servicios de salud, proporcionando más de un 50% de los bienes y servicios dirigidos a la atención de la salud



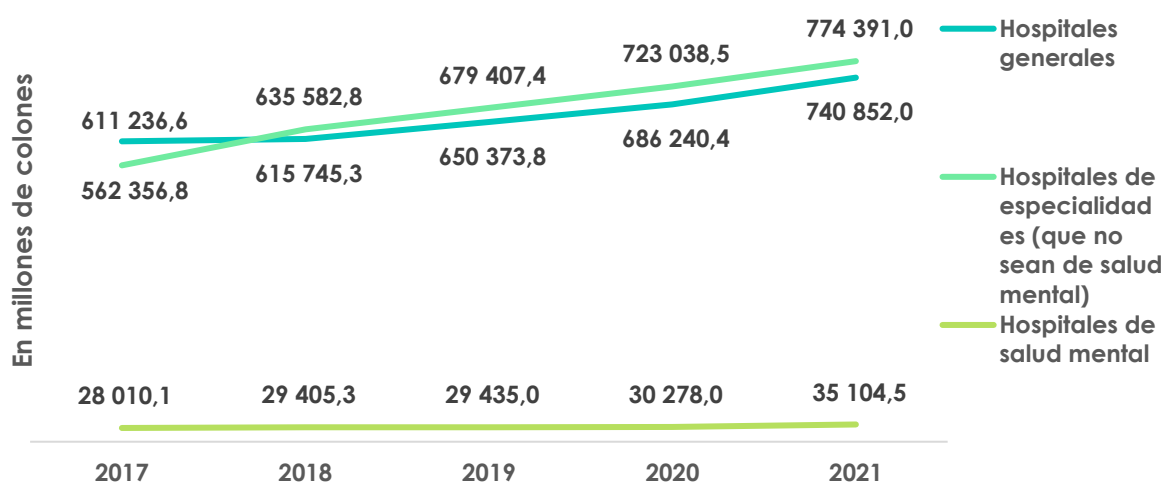
Nota. Datos obtenidos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Desagregando los tres principales proveedores de salud, empezando por la categoría de hospitales, se observa que, para 2021, los hospitales de especialidad⁸ se mantienen como el mayor proveedor, ofreciendo servicios y bienes con un valor mayor a los CRC770 mil millones, superando desde 2018 a los hospitales generales⁹. Esto es esperable, considerando dos factores; en primer lugar, que ambos inician con un gasto similar y que el primero tuvo un crecimiento real promedio del 6,3% anual durante los

últimos cinco años, mientras que el segundo solo creció un 3%; en segundo lugar, que el costo por unidad de los bienes y servicios que se ofrecen en la atención especializada son mayores.

Por último, los hospitales de salud mental tuvieron un crecimiento real del 3,9% en promedio anualmente; no obstante, su nivel de gasto equivale tan solo a un 5% del gasto de cada uno de los otros, su monto es de unos CRC35 mil millones.

Figura 19. En 2021 los hospitales de especialidades se mantienen como los principales proveedores de atención de salud, tendencia que viene desde 2018 cuando superó el gasto de los hospitales generales



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

Con respecto a los demás proveedores, en la figura 20 se observa que los centros de atención ambulatoria, que incluye a los EBAIS y Áreas de Salud (los cuales se enfocan en el primer nivel de atención) han

tenido un crecimiento real en promedio del 3,6% anual durante el periodo 2017-2021, llegando a proveer bienes y servicios por un valor de más de CRC550 mil millones. Por otro lado, las farmacias han tenido un

⁸ La CARIT, el Hospital de Niños, el CENARE, el Blanco Cervantes y los hospitales nacionales ya que cuentan con un grado tecnológico más avanzado.

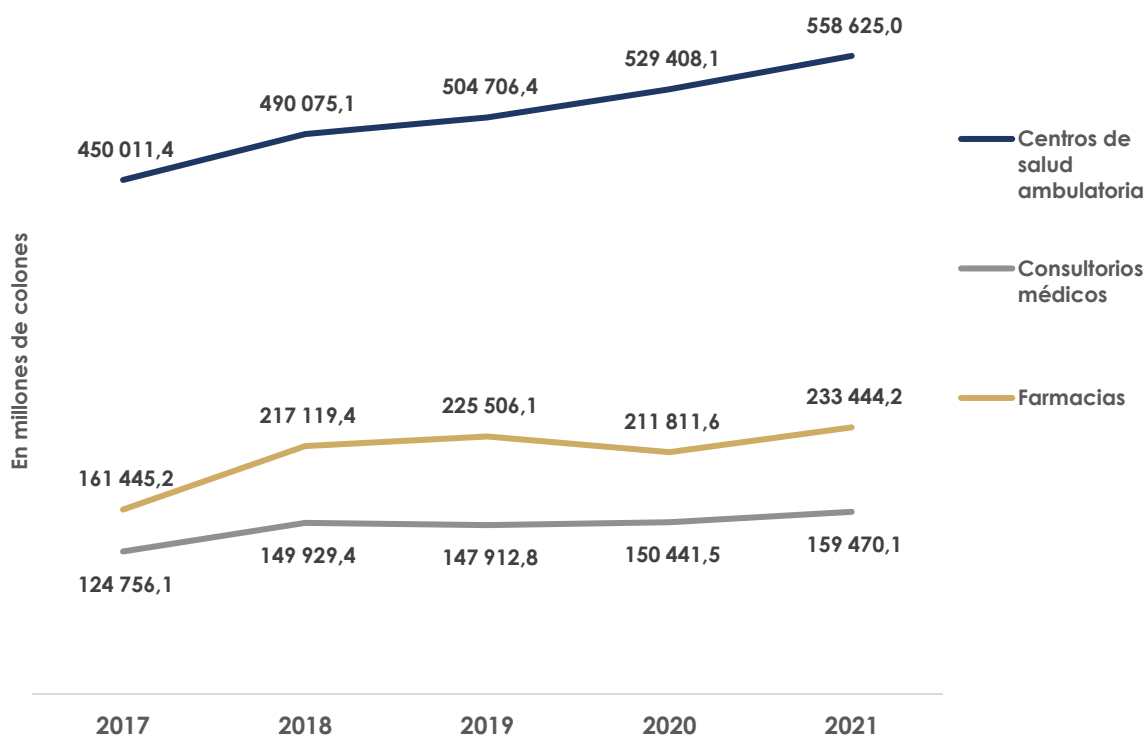
⁹ Constituido por los hospitales regionales y periféricos.

crecimiento más pronunciado del 8,5% anual, esto a pesar de su reducción temporal durante el primer año de la pandemia (-6,9%). Por último, los consultorios médicos han crecido un 4,6% en promedio por año.

La reducción temporal en los bienes y servicios proveídos en las farmacias durante el 2020 podría analizarse de

dos formas; primero, considerando los protocolos de la pandemia, por ejemplo, que ante señales de contagio las personas asistían a un centro médico en lugar de una farmacia, adquiriendo fármacos directamente a través del seguro social; segundo, dado la reducción en los ingresos de muchos hogares costarricenses.

Figura 20. Después de los hospitales, los centros de atención ambulatoria (Áreas de Salud y EBAIS) son los principales proveedores de atención de la salud, seguidos de las farmacias y los consultorios médicos



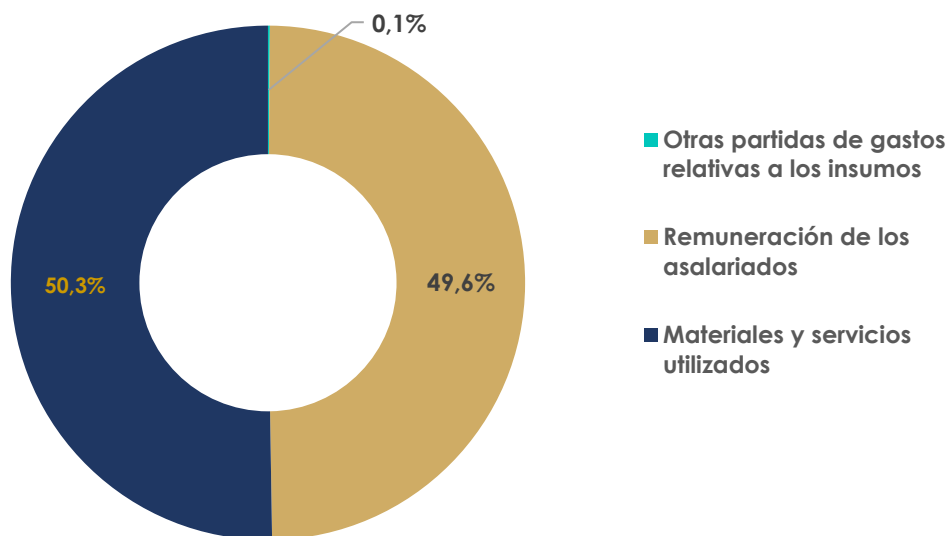
Nota. Datos obtenidos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

¿Qué factores de provisión se utilizan para proveer servicios y bienes de salud?

Los factores de provisión (FP) son definidos como los insumos usados en el proceso de provisión de bienes y servicios de salud (OCDE et al., 2017). En Costa Rica, durante 2021 la remuneración de los asalariados equivale al 49,6% y el pago de materiales y servicios utilizados al 50,3% del pago de factores de provisión, tal como se observa en la figura 21.

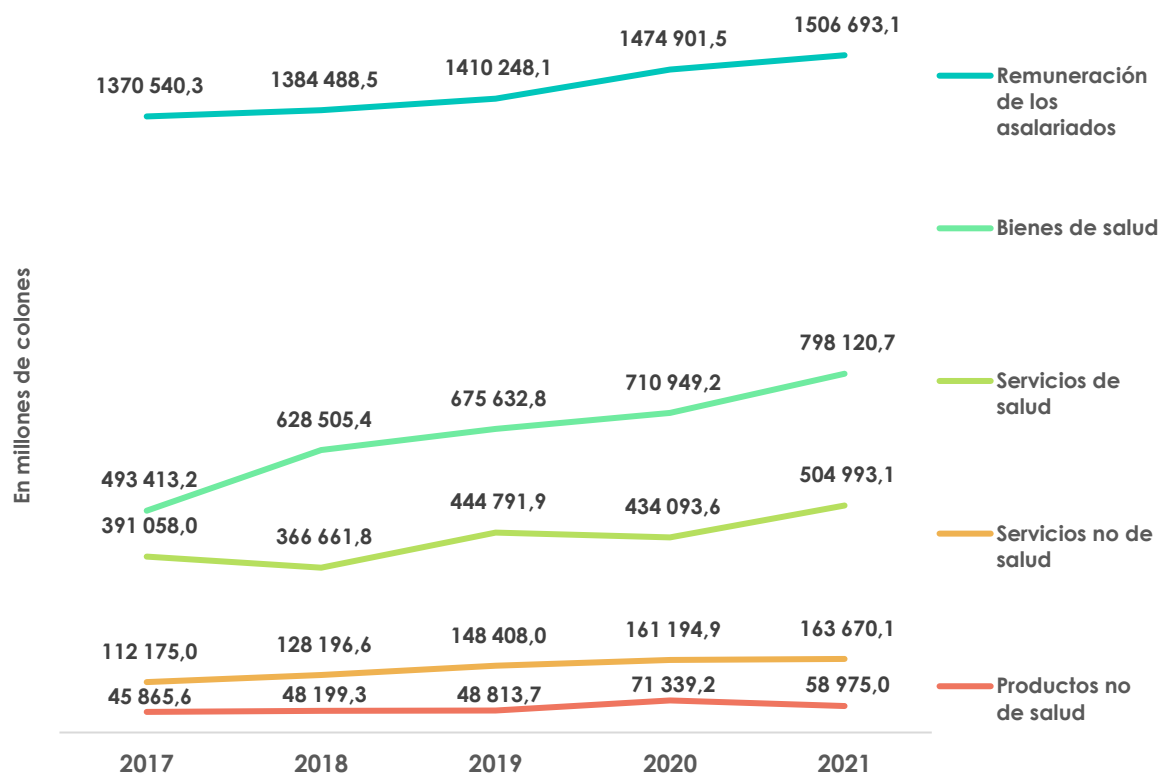
En los últimos cinco años, la masa salarial ha crecido en términos reales un 0,5% en promedio por año, mientras que el pago de materiales y servicios tuvo un crecimiento real de un 7,9% en promedio por año. En esta última categoría sobresalen los bienes de salud, como vacunas y medicamentos; con casi 800 mil millones de colones, y los servicios de salud, tales como servicios de laboratorio e imagenología; con CRC500 mil millones. En una proporción mucho menor están los servicios y productos no de salud, como capacitaciones, asistencias técnicas, materiales y suministros de oficina; por un monto de CRC222 mil millones.

Figura 21. Las remuneraciones a los asalariados y el pago por materiales y servicios utilizados en la atención de la salud representan cada uno virtualmente el 50% del pago de factores de provisión



Nora. Datos obtenidos del sistema de cuentas de salud SHA2011 de Costa Rica.

Figura 22. Los bienes de salud presentan el mayor crecimiento en los últimos cinco años, aun considerando la inflación, mientras que las remuneraciones presentan el menor crecimiento, lo cual es congruente con las políticas de contención del empleo público y crecimiento salarial.



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

El gasto de capital como factor de provisión

Paralelo al gasto corriente existe el gasto de capital (HK), el cual se define como el total de los activos fijos que los proveedores de salud han adquirido durante el período contable (OCDE et al., 2017). Una característica fundamental es que estos bienes se utilizan durante más de un año en la producción de servicios de salud.

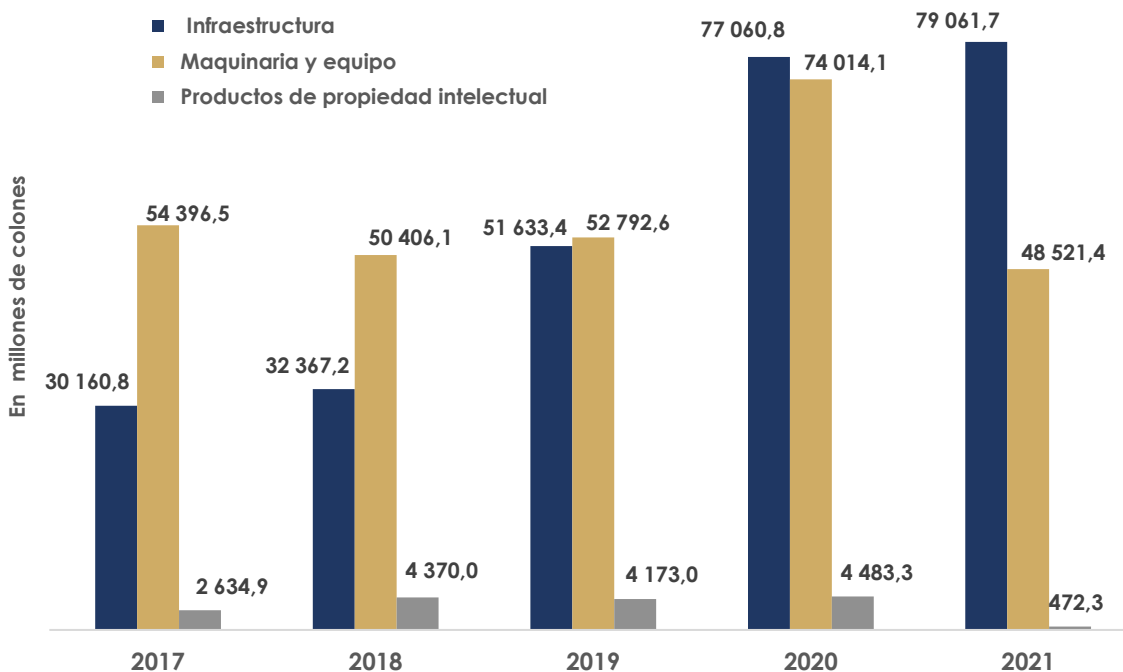
En los últimos cinco años el gasto de capital creció en términos reales un 10,6% en promedio por año. Este

crecimiento fue impulsado, principalmente, por la inversión en infraestructura, que alcanzó los CRC79 mil millones gracias a un crecimiento real del 27,4% promedio anual desde 2017, y en especial durante el primer año de la pandemia del COVID-19, cuando creció un 47,9% en términos reales. También, se dio un aumento real del 39% de la inversión en maquinaria y equipo en 2020; no obstante, este nivel de inversión se reduce drásticamente en 2021, pasando de CRC74 mil millones a CRC48 mil millones, a diferencia de la inversión en infraestructura.

Tanto el aumento en la inversión en infraestructura como en la compra de maquinaria y equipo son una gran noticia para la mejora de los servicios proporcionados en el sistema de salud costarricense. Asimismo, el aumento

significativo durante el 2020 fue un apoyo significativo en el manejo de la pandemia y evidencia el compromiso de la CCSS por mejorar y ajustar la infraestructura a las necesidades de la población.

Figura 23. La inversión en infraestructura se disparó durante el primer año de la pandemia del COVID-19 y se mantuvo durante el 2021, a diferencia del gasto en maquinaria y equipo que volvió a sus niveles prepandemia.



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

Cuentas de Salud de Costa Rica:

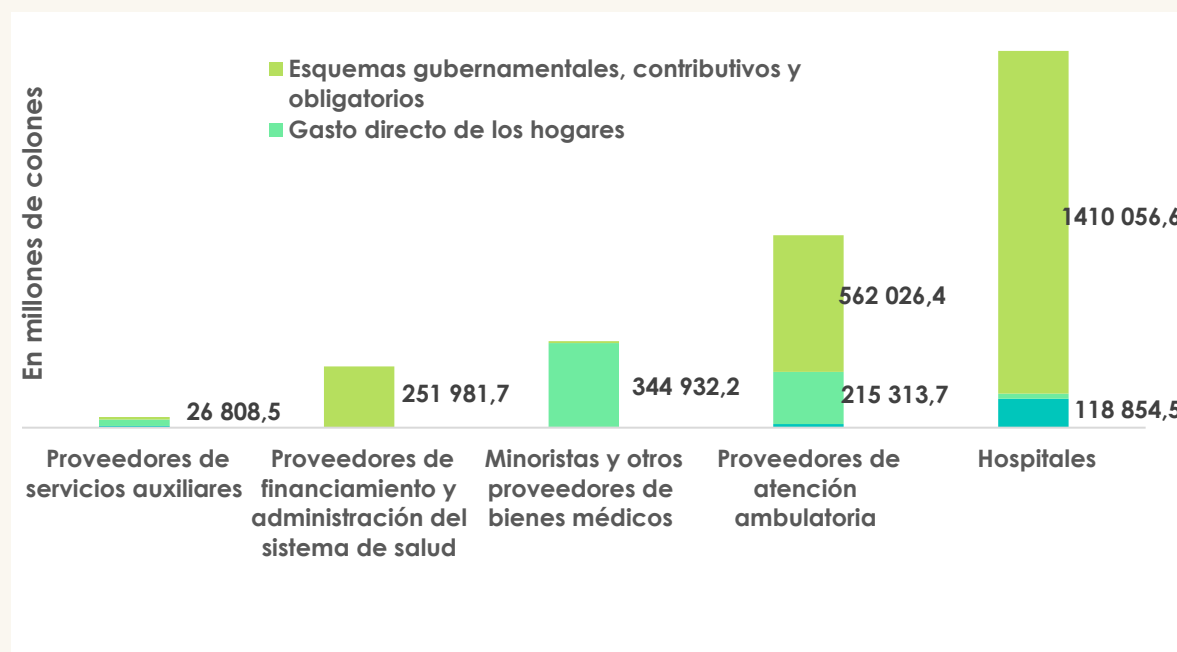
Cruce de dimensiones

Las cuentas de salud permiten cruzar información de las distintas dimensiones del SHA2011, dado que cada dimensión es una arista de un mismo gasto. Estos cruces se hacen con el fin de conocer más detalles del gasto en atención de la salud, y poder responder a preguntas como, por ejemplo, ¿cómo se financian los proveedores?, ¿quién opera el gasto de capital?, ¿dónde se proveen los bienes y servicios que se consumen en el sistema de salud costarricense? En esta sección, se responderán estas preguntas.

¿Cuáles esquemas financian los principales proveedores de atención de la salud (HFxHP)?

En Costa Rica, durante 2021, los principales proveedores de atención de la salud, es decir, los hospitales, se financian en un 91%, el equivalente a CRC1,4 billones con los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios. Estos esquemas, a su vez, también son la principal fuente de financiamiento de los proveedores de atención ambulatoria en unos CRC562 mil millones (un 71% de su financiamiento total) y financian exclusivamente a los proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud, con poco más de CRC250 mil millones.

Figura 24. En 2021, los hospitales, como principales proveedores, son financiados principalmente con los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios (gasto público) y, en una menor parte, por esquemas de pago voluntarios (gasto privado)



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

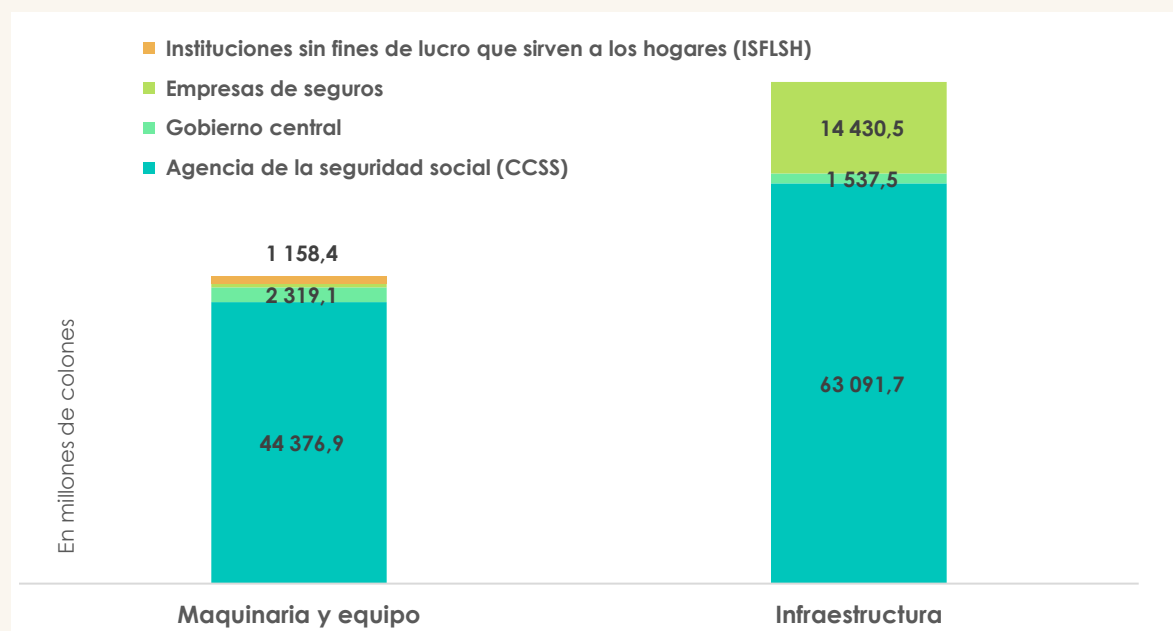
Adicionalmente, los hospitales se financian en un 7,7% con los esquemas de pago de seguros voluntarios (118 mil millones de colones), mientras que los proveedores de atención ambulatoria se financian en un 27,2% con pagos directos de los hogares (215 mil millones). Este último esquema, el gasto directo de los hogares, además financia el 96,8% de los bienes proporcionados por los minoristas, más de 340 mil millones de colones.

¿Quiénes son los agentes de financiamiento que operan el gasto de capital (FAxHK)?

Respecto al gasto de capital de Costa Rica en 2021, este se llevó a cabo, en su mayoría, por la CCSS, la cual es la Agencia de la seguridad social. La CCSS operó el 79,8% de la inversión en Infraestructura, CRC63 mil millones, y el 91,5% de la compra de maquinaria y equipo, CRC44 mil millones.

El segundo agente de financiamiento en importancia para la infraestructura son las empresas de seguros, quienes operan el 18,3%, poco más de CRC14 mil millones. En el caso de la compra de maquinaria y equipo, el segundo operador en importancia es el Gobierno Central, con CRC2 mil millones, 4,8% de esta inversión.

Figura 25. La CCSS es el principal agente de financiamiento en la operación del gasto de capital durante el 2021, por ejemplo, del total de infraestructura realizada la CCSS operó el 79,8%



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

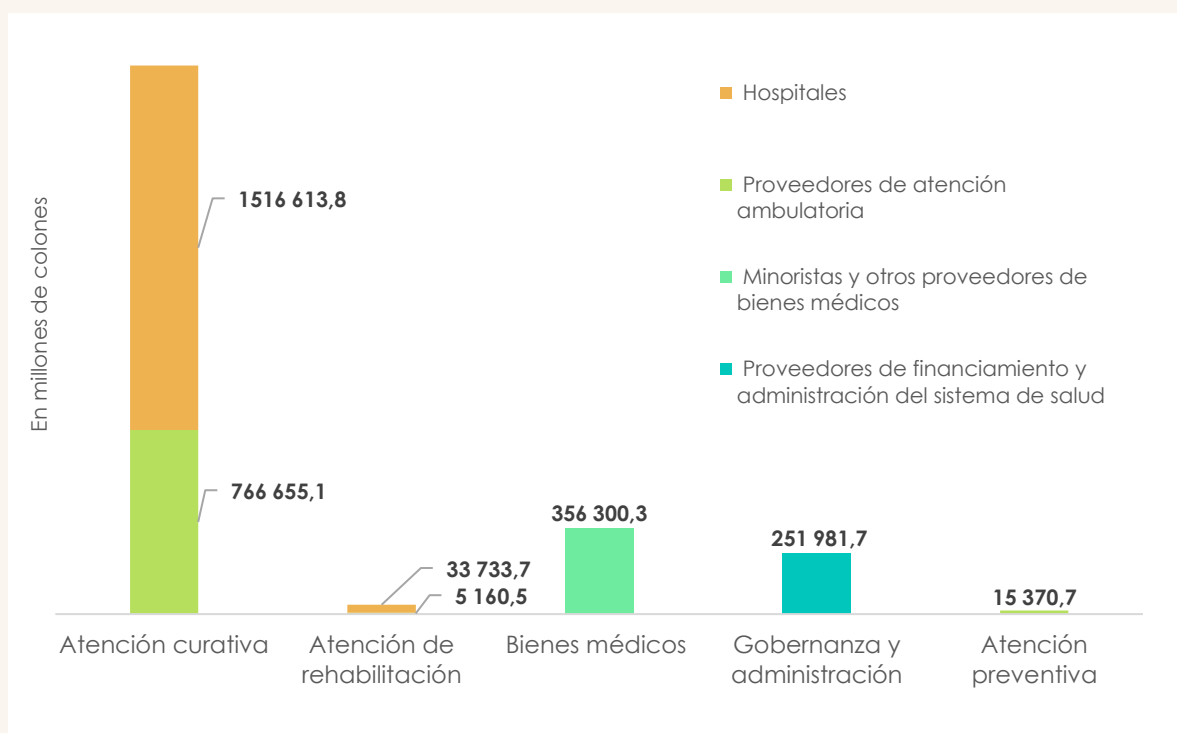
¿Dónde se proveen los principales bienes y servicios de salud (HPxHC)?

En primer lugar, la atención curativa se provee en dos terceras partes en los Hospitales, una atención con un valor económico de más de CRC1,5; y, en una tercera parte, por medio de los proveedores de atención ambulatoria por unos CRC760 mil millones.

Por su parte, los bienes médicos son proveídos por los minoristas, donde destacan las farmacias privadas. Esto es así pues los bienes médicos que se entregan en las farmacias de la CCSS se registran como parte de la atención curativa.

Finalmente, como es esperable, la gobernanza y la administración son suministrados por los proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud (Ministerio de salud, Gerencia de la CCSS), y la Atención preventiva por parte de los proveedores de atención ambulatoria (Áreas de Salud, EBAIS) y otros considerados únicamente proveedores preventivos.

Figura 26. Los hospitales y los proveedores de atención ambulatoria (Áreas de Salud y EBAIS) son los principales proveedores de atención curativa, el principal servicio de salud que se ofrece en el sistema de salud costarricense



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

Cuentas de Salud de Costa Rica:

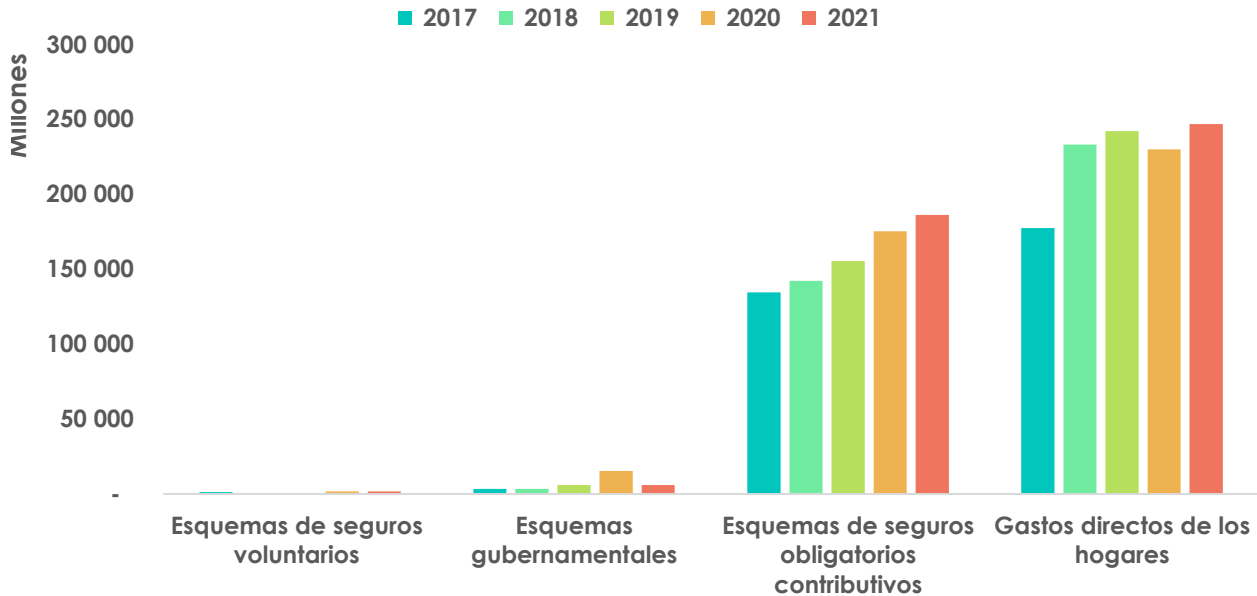
Apartado especial: Gasto en medicamentos

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

En 2021 el gasto en medicamentos e insumos farmacéuticos alcanzó los CRC 441.6 mil millones, unos \$1.284,7 millones PPA o \$249,3 PPA por habitante. Estos datos implican un crecimiento real del 29% respecto a 2017. Al igual que en el informe de Cuentas de Salud 2017-2019

(OCDE, Eurostat, & OMS, 2017), el 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 siguiente figura:

Figura 27: El gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo es la principal fuente de financiamiento de la compra de medicamentos e insumos farmacéuticos, los cuales cubre más de 50% del gasto total desde 2017, alcanzando el 56% en 2021.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Cuentas de Salud para Costa Rica SHA2011

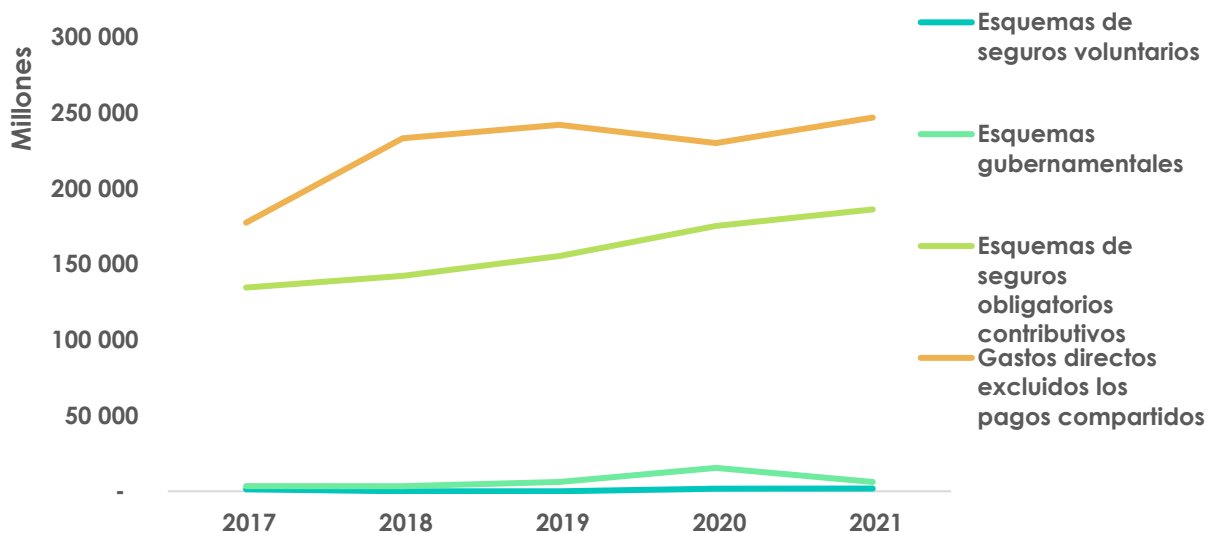
El gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo corresponde con los pagos que hacen los hogares principalmente en farmacias, así en 2021 el porcentaje de participación de las farmacias en el consumo de hogares fue de un 93%. Desde el 2017 esta fuente de financiamiento ha tenido un comportamiento creciente como se observa en la Figura 28, esto con la excepción de 2020. Una explicación de

esta caída puede relacionarse con el impacto económico de la pandemia por COVID19, durante la cual muchos hogares vieron sus ingresos reducidos significativamente. Otra explicación que coincide con los datos es el aumento de la adquisición de medicamentos e insumos farmacéuticos a través de la CCSS, esto considerando que ante la sospecha de síntomas de resfrío o gripe las personas asistían directamente a

EBAIS u hospitales donde además del diagnóstico recibían medicamentos como analgésicos y otros. Esta compensación entre fuentes de financiamiento se observa en el aumento significativo de los esquemas de seguros obligatorios contributivos durante 2020 en la Figura 28, el cual creció en términos reales un 11,8%. Otra fuente de financiamiento que compensa la caída en el gasto de

bolsillo fueron los esquemas gubernamentales que aumentaron un 152,7% en términos reales, pasando de CRC 6 mil millones en 2019 a casi CRC 15,5 mil millones en 2020. Muchas instituciones que conforman parte de este esquema se vieron en la obligación de direccionar parte de sus presupuestos para reducir el contagio a través de insumos, por ejemplo, mascarillas.

Figura 28: El Gasto directo de los hogares como fuente de financiamiento de la compra de medicamento e insumos farmacéuticos tuvo una caída significativamente durante el primer año de la pandemia, caída que se compensa con el financiamiento por parte de los esquemas de seguros obligatorios contributivos y los esquemas gubernamentales.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Cuentas de Salud para Costa Rica SHA2011

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

Los medicamentos y los insumos farmacéuticos como factor de provisión son consumidos principalmente bajo las funciones de salud de bienes médicos (56,8%) y atención curativa (38,5%). Mientras la primera categoría se caracteriza por su consumo fuera de los servicios de salud, ya sea la compra de medicamentos libres o con receta; la categoría de atención curativa se

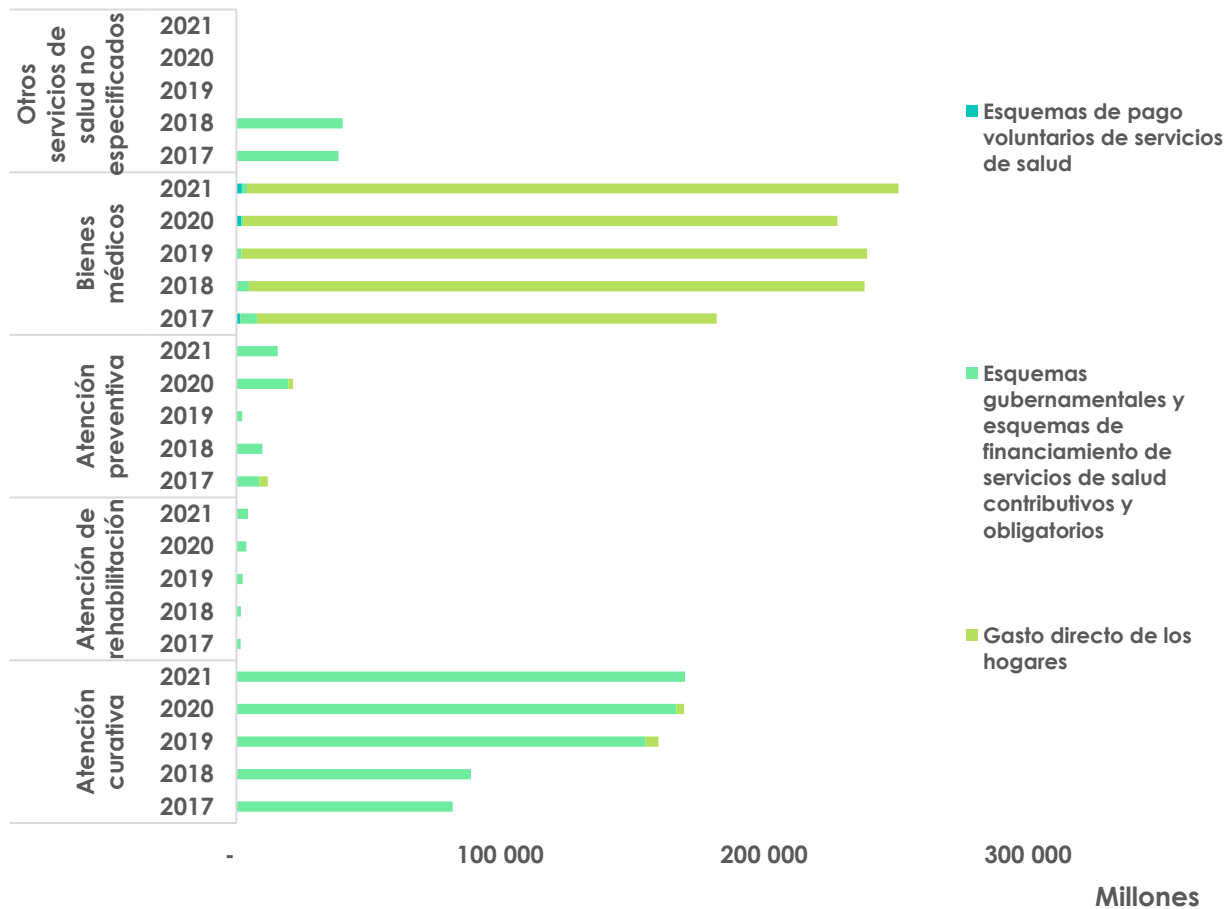
caracteriza por la entrega de medicamentos como parte de la consulta médica o el servicio de internamiento.

En la Figura 29, se puede apreciar como el consumo de medicamentos como parte de la función de bienes médicos se financia principalmente con gasto directo de los hogares. Específicamente, en 2021 este esquema de

financiamiento cubrió el 98% del gasto relacionado con la función de consumo de bienes médicos, proporción que creció casi tres puntos porcentuales respecto a 2017. Respecto al 2% restante de la función de bienes médicos, se destaca el crecimiento de los seguros voluntarios como fuente de financiamiento, los cuales pasaron de cubrir CRC1.493,2 en 2017 a CRC2.020,7 millones en 2021, para un crecimiento real del 25,4%.

Respecto a la función de salud de atención curativa, la compra de medicamentos e insumos farmacéuticos se financió casi en su totalidad con los esquemas gubernamentales y de servicios de salud contributivos y obligatorios, el porcentaje de financiamiento durante el periodo 2017-2021 ha variado entre el 96,8% y el 99,9%, su punto más bajo en 2019, justo antes de la pandemia.

Figura 29: Los bienes médicos son la función de salud a través de la cual se demanda la mayor cantidad de medicamentos e insumos farmacéuticos, financiados a través del gasto directo de los hogares.



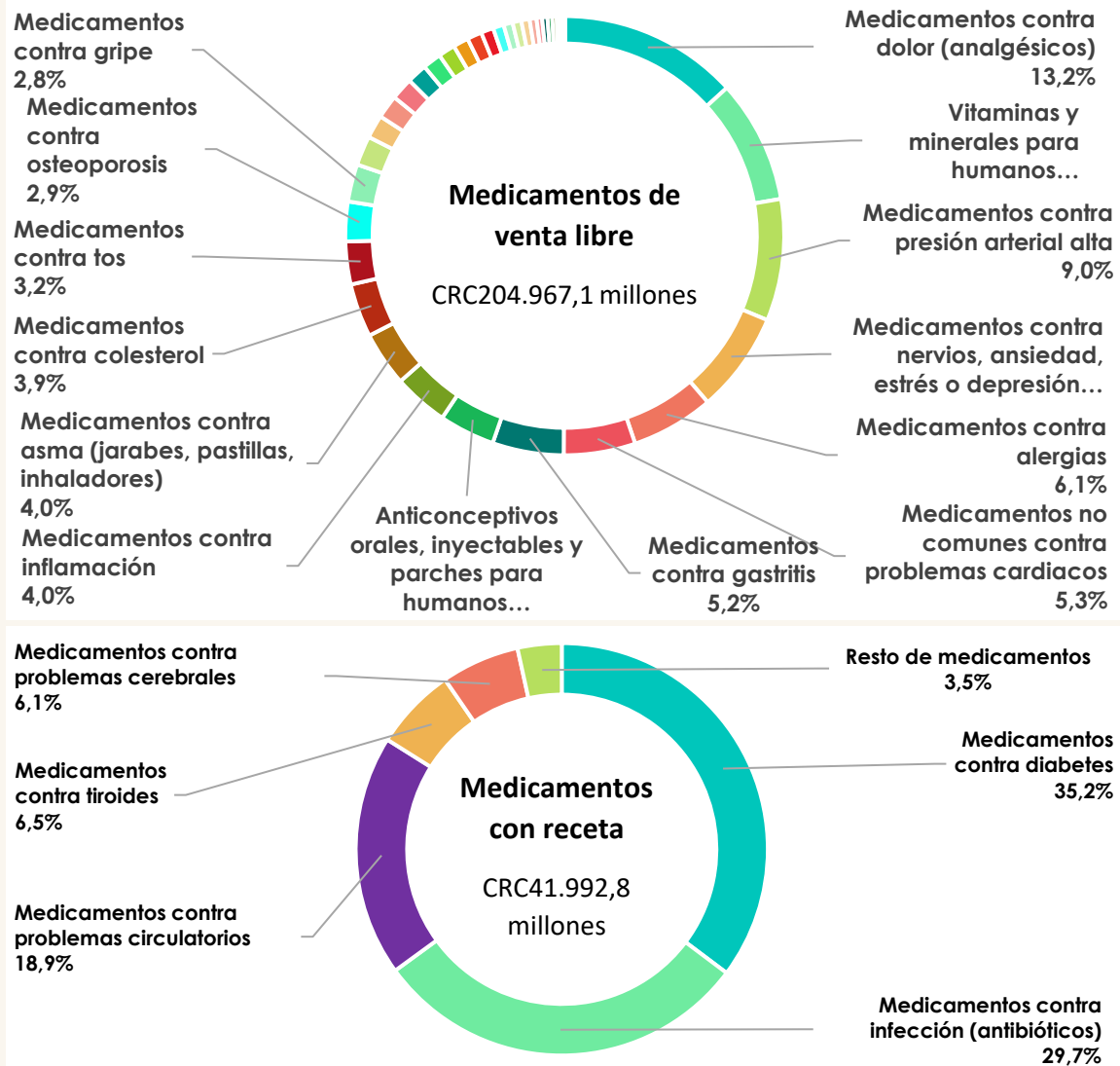
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Cuentas de Salud para Costa Rica SHA2011

¿Medicamentos con o sin receta?

Si se analiza la compra de medicamentos por parte de los costarricenses se observa de manera preocupante una tendencia a la automedicación por parte de los costarricenses, ya que más de 4/5 partes del gasto en fármacos corresponde a la compra de medicamentos sin receta o de venta libre. Entre ellos destacan los medicamentos contra el dolor o analgésicos con un 13,2%, seguido de vitaminas y minerales con un 9,1% y medicamentos contra la presión arterial alta con un 9%.

Respecto a la quinta parte restante, el principal medicamento de compra con receta con un 35,2% son los medicamentos contra la diabetes, seguido de los medicamentos contra infecciones o antibióticos con un 29,7%.

Figura 30: Los medicamentos de venta libre constituyen un 83% del total de fármacos vendidos durante el 2021, mientras que los medicamento con receta componen el restante 17%.



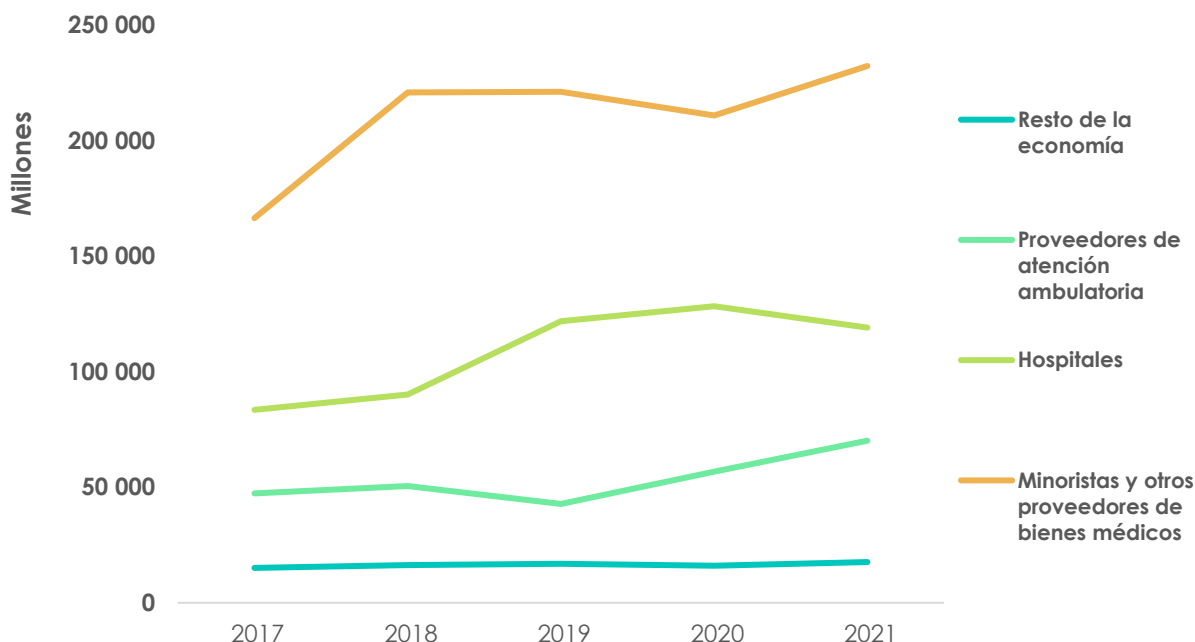
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Cuentas de Salud para Costa Rica SHA2011

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

En cuanto a quiénes son los principales proveedores de medicamentos que demanda la población a través de cada una de las funciones de salud determinadas por la metodología de Cuentas de Salud SHA2011, se tiene que en la Figura 31 los minoristas, categoría que incluye farmacias y otros proveedores misceláneos; son el principal proveedor de medicamentos e insumos farmacéuticos cubriendo el 52,6% en 2021. En segundo lugar, se

encuentran los hospitales (27%), seguido de los proveedores de atención ambulatoria (15,9%). En esta figura también se aprecia que el primer año de la pandemia tuvo un impacto negativo en los minoristas y otros proveedores de bienes médicos cuyo gasto disminuyó en 2020; al contrario del gasto proporcionado por hospitales y proveedores de atención ambulatoria que aumentó durante este año.

Figura 31: Los minoristas y otros proveedores de bienes médicos son el principal proveedor de medicamentos e insumos farmacéuticos, seguido de los hospitales y los proveedores de atención ambulatoria.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Cuentas de Salud para Costa Rica SHA2011

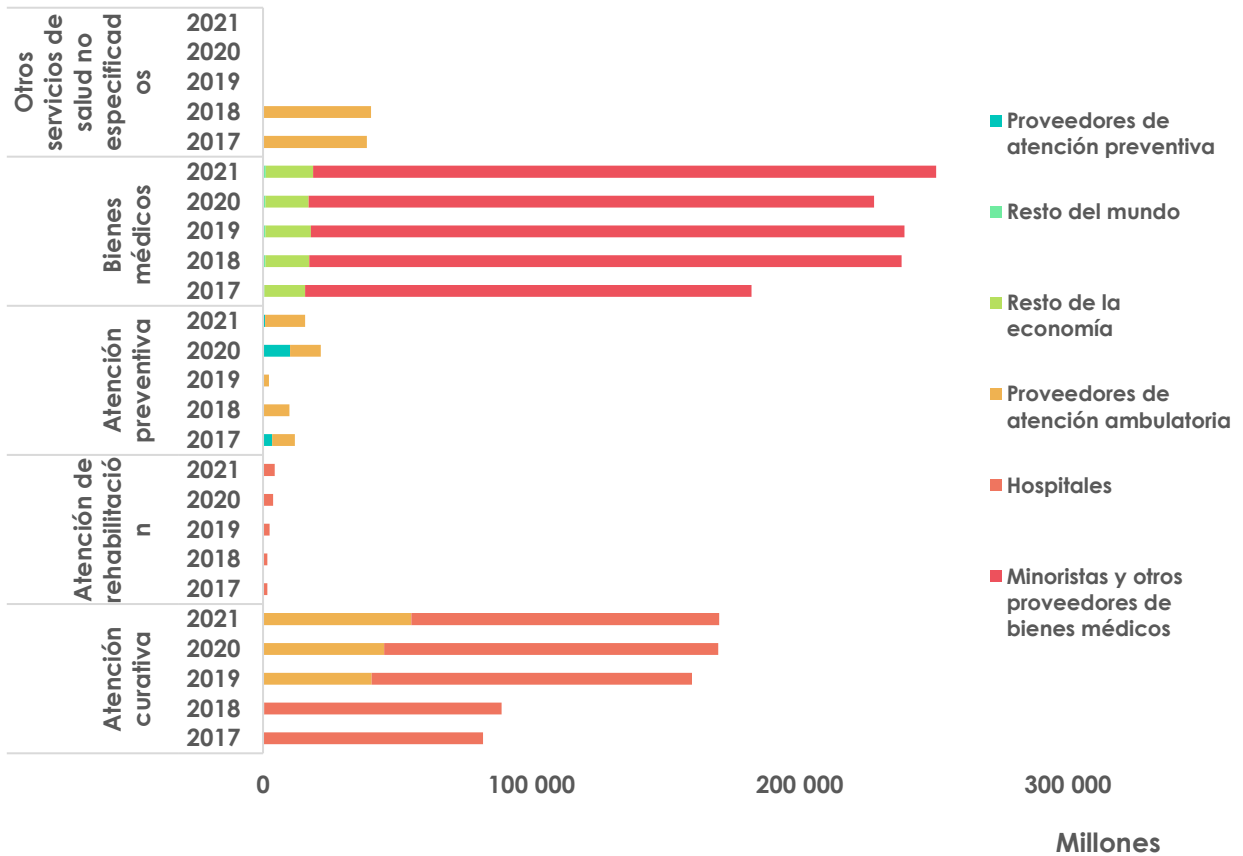
En el caso de la principal función de salud bienes médicos, la figura 5 nos muestra que los principales proveedores durante 2021 fueron los minoristas y otros proveedores de bienes médicos con 92,6%, resto de la economía con 7% y resto del mundo con 0,4%. En el caso de la atención curativa, el principal

proveedor fueron los hospitales (67,5%) seguido de los proveedores de atención ambulatoria con 32,5%, aspecto que se repite en años previos. Un aspecto a aclarar es que, como parte de las mejoras en los registros y clasificaciones según la metodología de Cuentas de Salud SHA2011, el gasto de los

proveedores ambulatorios asociado a otros servicios de salud no especificados dejó de registrarse como tal (modificaciones en las bases de datos a partir de 2017), y paso completamente a formar parte de la atención curativa, esto se logró a través de la revisión de tipo de servicio y nombre del servicio, sin

embargo, es importante aclarar que existe una sobreestimación de esta nueva reasignación ya que dentro de ella es imposible determinar lo que corresponde a la parte preventiva, lo cual continua siendo un reto por lograr para el equipo de Cuentas de Salud

Figura 32: Los bienes médicos como principal función de salud son proveídos principalmente por minoristas y otros proveedores de bienes médicos, mientras que la atención curativa fue proveída por hospitales y proveedores de atención ambulatoria.



Consideraciones finales

En este reporte se evidencia cómo Costa Rica continúa siendo un país que destina significativos recursos públicos al financiamiento de los servicios y bienes que la población consume para la atención de su salud. En medio de una pandemia que cobró la vida de millones de personas en el mundo, y que interrumpió el comercio y el trabajo a nivel global, Costa Rica se caracterizó por destinar más recursos para la instalación y operación de hospitales, así como para la atención curativa y ambulatoria de los pacientes contagiados. Este esfuerzo fue primeramente evidenciado en el informe *COVID-19: Gasto público en salud en Costa Rica durante 2020* (OPS/OMS & Ministerio de Salud de Costa Rica, 2021), publicado a finales de 2021. Asimismo, en este documento se pueden apreciar otros datos relevantes que describen la incidencia de la pandemia.

La publicación de este informe de cuentas de salud de Costa Rica 2020-2021 es parte de los esfuerzos conjuntos para reforzar la difusión de los resultados del trabajo de Cuentas de Salud y su importancia para el sistema de salud costarricense, recomendación expresa en el informe anterior. Además, se evidencia el compromiso interinstitucional de dar continuidad a un proyecto de mejora de la calidad y cobertura de los datos

de salud del país, asegurando la comparabilidad de los datos entre 2017 y 2021, tanto a lo interno del país para utilizar la información en la aplicación de políticas públicas, como a lo externo, en el análisis entre otros países.

Respecto a las restantes recomendaciones del informe anterior, aún es necesario continuar con el Fortalecimiento del equipo de Cuentas de Salud tanto a nivel del Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Economía de la Salud, como en otras instituciones, públicas y privadas, que colaboran como proveedoras de datos. Adicionalmente, respecto a futuros informes, queda pendiente mejorar la estimación y desagregación del gasto en atención preventiva y, más ampliamente, en la atención primaria en salud; además, mejorar el rastreo del gasto en salud realizado por las instituciones sin fines de lucro (p. ej. ONG) y el gasto en salud realizado a través de la medicina de empresa, tanto en instituciones públicas como en empresas privadas. Este último está sujeto, en parte, a la actualización de fuentes secundarias como la Encuesta nacional de ingreso y gasto de los hogares (ENIGH) del INEC.

Las Cuentas de Salud del SHA2011 permiten monitorear compromisos ya adquiridos y asegurar que el gasto público en salud se mantenga sobre

el 6% del PIB, o que el gasto de bolsillo no supere el 20% del gasto corriente, ambas recomendaciones de la OPS/OMS. Monitorear los datos de cerca nos permite analizar el margen de acción de una política pública, para evitar que se impacte negativamente estas métricas y como país nos alejemos de los umbrales recomendados.

Mantener y reforzar la actualización, vigencia y calidad de estos datos es una tarea que beneficia a toda la sociedad costarricense. Más allá de solamente monitorear los datos, este instrumento es relevante para mejorar el sistema de salud a través de la creación de políticas públicas en salud y, con ello, el financiamiento y la atención de los servicios de salud para la población.

Bibliografía

Banco Mundial. (2023). *PPP conversion factor, GDP (LCU per international \$)-Costa Rica*. Obtenido de

<https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP?locations=CR>

BCCR. (s.f.). *Producto Interno Bruto, Gasto de Consumo Final, Formación Bruta de Capital, Exportaciones e Importaciones*. Obtenido de

<https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/frmVerCatCuadro.aspx?idioma=1&CodCuadro=%205781>

CEPAL. (2023). *Programa de Comparación Internacional en América Latina y El Caribe*. Obtenido de

https://www.cepal.org/sites/default/files/project/files/pci-conceptos-paridades-poder-adquisitivo_0.pdf

Constitución Política de Costa Rica [Const]. (7 de noviembre de 1949). *Art. 6*. Obtenido de (Costa Rica)

Morales Aguilar, N. (29 de abril de 2022). *Pandemia empeora aún más las oportunidades de empleo*. Obtenido de Programa Estado de la Nación:

<https://estadonacion.or.cr/pandemia-empeora-aun-mas-las-oportunidades-de-empleo/>

OCDE, Eurostat, & OMS. (2017). *A System of Health Accounts 2011*. Paris: OECD Publishing.

- ODS CR. (2023). *Objetivo 3 | Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.ods.cr/objetivo/objetivo-3>
- OECD. (2023). *OECD Statistics*. Obtenido de <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud*. Ginebra.
- OMS. (22 de agosto de 2021). *Global Health Expenditure Database*. Obtenido de <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>
- OMS. (2023). *Global Health Expenditure Database*. Obtenido de <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- OPS/OMS & Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). *COVID-19: Gasto público en salud en Costa Rica durante 2020* . Obtenido de <https://sfo2.digitaloceanspaces.com/elpaiscr/2021/11/Gasto-Publico-en-Salud-2020..pdf>
- OPS/OMS & Ministerio de Salud de Costa Rica. (2022). *¿Cuánto se gasta, qué se consume y quién paga? El sistema de salud costarricense: Informe de Cuentas de Salud de Costa Rica, 2017-2019*.
- OPS/OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud*. Washington.
- OPS/OMS. (2019). *Pacto 30-30-30: APS para la Salud Universal*. Washington, D.C.

OPS/OMS. (octubre de 2023). *Portal de Indicadores Básicos. Región de las Américas*. Obtenido de <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>

Sanarrusia, M. L. (5 de noviembre de 2020). *Tasa de desempleo llegó al 22%*. Obtenido de INEC: <https://inec.cr/noticias/tasa-desempleo-llego-al-22>

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

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 2017-2021, el cual se multiplica por el nivel de gasto en colones del año respectivo y así se obtiene el gasto en \$PPA.

Por ejemplo, el gasto corriente en salud de Costa Rica durante el 2021 fue de CRC3.036.072.798.100 y el factor de conversión PPA para ese año fue de 343,72. Si dividimos este gasto corriente entre el factor de conversión se obtiene el monto de \$8.833.078.767,06 PPA.



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**