

**Serie Cuadernos de Trabajo
No. 2001-01**

**EL GASTO EN EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA
UN ACERCAMIENTO A LAS
CUENTAS NACIONALES DE SALUD**

**Fernando Herrero
Andrea Collado**

Enero, 2001



PROCESOS

Nuestro propósito es contribuir al fortalecimiento de la democracia en Centroamérica y el Caribe mediante acciones que desarrollen y reproduzcan valores y actitudes democráticas; contribuyan al desarrollo de la institucionalidad, la transparencia y el buen gobierno; fortalezcan los mecanismos para el manejo pacífico de los conflictos y estimulen prácticas de participación ciudadana y de generación de consenso.

Somos una organización no gubernamental, sin fines de lucro ni afiliación política partidaria. Creada en 1996 con el apoyo de los Presidentes de los países centroamericanos constituye un centro de investigación, promoción, capacitación y asesoría para el desarrollo de los regímenes democráticos de Centroamérica y El Caribe. Nuestros servicios y actividades están dirigidos a instituciones públicas, organizaciones sociales y políticas, y empresas privadas en los países de la región.

PROCESOS, (Asociación Programa Centroamericano para la Sostenibilidad)

Teléfonos (506) 231-1116, 296-6301 Fax (506) 296-3238

Correo electrónico: procesos@procesos.org

Página Web: <http://www.procesos.org>

PRESENTACIÓN

Este documento es el primero de la serie Cuadernos de Trabajo, a través de la cual PROCESOS busca dar a conocer estudios y debates de importancia para el desarrollo democrático sostenible de nuestros países.

PROCESOS es un centro de investigación, promoción, capacitación y asesoría que promueve el desarrollo de la democracia sostenible en Centroamérica y el Caribe. Busca llevar a cabo acciones que desarrollen y reproduzcan valores democráticos; contribuyan al desarrollo de la institucionalidad, la transparencia y el buen gobierno; fortalezcan los mecanismos para el manejo pacífico de los conflictos y estimulen prácticas de participación ciudadana y generación de consensos.

El presente estudio nace con el propósito de aplicar en Costa Rica una metodología desarrollada recientemente por la OCDE para estimar las cuentas nacionales de salud y contribuir así al trabajo que se está llevando a cabo bajo la coordinación del Ministerio Salud en este contexto. Se trata de un trabajo exploratorio que utiliza diversas fuentes e instituciones para crear una visión de conjunto del gasto en el sector salud, su financiamiento, compradores y proveedores.

Los resultados obtenidos muestran, entre otros aspectos, que el gasto en salud de Costa Rica -\$234 por habitante al año o 6.3% del PIB- es relativamente bajo en el contexto latinoamericano (\$392 y 7.7% respectivamente). El sector público juega un papel central en el financiamiento y la provisión de servicios, bajo el liderazgo de la Caja Costarricense del Seguro Social, que lleva a cabo el 59% del gasto total. El sector privado – en el cual se gasta más de 30% del total – es importante especialmente en la provisión de servicios ambulatorios, servicios de apoyo en salud (exámenes de laboratorio, radiografías, etc), y medicinas y aparatos. Los servicios prestados por el sector privado se financian primordialmente con “recursos de bolsillo” de los pacientes, y hay un papel limitado de los seguros en el financiamiento de estos gastos, aunque la CCSS ha empezado a adquirir servicios privados de diversa naturaleza.

Al dar a conocer estos resultados, PROCESOS espera contribuir al debate que tiene lugar actualmente en Costa Rica sobre las características actuales y las deseables del sistema de salud, un elemento esencial del bienestar de las personas y la sostenibilidad de la democracia.

Florisabel Rodríguez
Directora

Fernando Herrero Economista, Ph. D. (cand), M. Phil., M.A., New York University. Licenciado en Economía y Sociología de la Universidad de Costa Rica. Investigador y consultor de PROCESOS y Profesor en el Centro Internacional de Política Económica (CINPE) de la Universidad Nacional de Costa Rica. Especialista en gestión y finanzas públicas y economía del desarrollo. Ha sido Ministro y Viceministro de Hacienda, Viceministro de Planificación y Política Económica y Embajador de Costa Rica ante la Organización de Estados Americanos. Posee amplia experiencia como consultor de gobiernos y organismos internacionales. Correo electrónico: fherrero@procesos.org

Andrea Collado Economista, Universidad de Costa Rica. Asistente de Investigación. Ha trabajado como asistente en el Instituto de Investigaciones de Ciencias Económicas (IICE) de la Universidad de Costa Rica y en PROCESOS. Áreas de interés en Economía de la Salud y de la Educación y temas de Desarrollo Humano Sostenible. Correo electrónico: acollado@cariari.ucr.ac.cr

SINOPSIS

Este estudio es el primer esfuerzo que se hace en Costa Rica con el propósito de construir las cuentas nacionales de gasto en salud. Los lineamientos metodológicos aplicados siguen el esquema desarrollado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y promovido por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud como marco conceptual para el registro y estudio de las cuentas en salud. El punto de partida es el Sistema de Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica que se combina con otras fuentes, para apreciar el papel de los sectores público y privado en el financiamiento, así como los servicios de atención a la salud. Las estimaciones se calcularon para el año 1998 y coinciden con las obtenidas en la encuesta de hogares y en otros análisis exploratorios del gasto en salud. La metodología es experimental y los clasificadores elaborados para los países de la OCDE, fueron ajustados a las particularidades del país lo que también permitió evaluar temas de política cuya profundización es importante para el desarrollo futuro del sistema de salud.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a las personas que contribuyeron para hacer posible este documento: Xinia Carvajal – Viceministra -, Sandra Barrientos y Jorge Araya del Ministerio de Salud; José Alberto Acuña – Gerente de División Financiera- Claudio Arce, Gustavo Picado y Sergio Gómez de la Caja Costarricense de Seguro Social; Rodolfo González – Subgerente General -, William Calvo, Marian Koberg, Paulina Herrera y Carlos Carrillo del Banco Central de Costa Rica; Luis Mastroeni – Subgerente -, Manuel Salazar, Patricia Phillips y Claudio López del Instituto Nacional de Seguros, y Ricardo Arias y Mercedes Valle de la Contraloría General de la República. Raúl Molina y Ana Gabriela Ross, de la Organización Panamericana para la Salud, nos orientaron hacia la construcción de la versión de las Cuentas Nacionales de Salud que presentamos en este trabajo.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	iii
SINOPSIS	v
AGRADECIMIENTOS	v
CONTENIDO.....	vi
INDICE DE CUADROS.....	vii
ABREVIATURAS.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
1. MARCO CONCEPTUAL	4
1.1 Gasto en servicios de salud.....	5
1.2 Fuentes de financiamiento	6
1.3 Proveedores	8
1.4 Los servicios de atención de la salud	9
2. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	12
2.1 Período de estudio	12
2.2 El punto de partida: las Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica	12
2.3 La medición del sector público.....	12
a. Ministerio de Salud (MS).....	13
b. Otras instituciones públicas	14
c. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	14
d. El gasto en seguros solidarios: riesgos del trabajo y accidentes de tránsito del	
Instituto Nacional de Seguros	17
Gasto Sector Público.....	17
2.4 El sector privado y su medición	18
2.5 El tratamiento del resto del mundo	20
3. RESULTADOS	21
3.1 Una visión de conjunto.....	21
3.2 El financiamiento del sector público y las funciones de atención en salud.	28
3.3 El financiamiento privado y el sector privado	29
3.4 El financiamiento externo y el sector externo	31
4. BIBLIOGRAFÍA.....	33

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Clasificación por Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud	7
Cuadro 2:	Clasificación por los Servicios y Productos de Salud por Función	10
Cuadro 3:	Estructura, resultados absolutos y comparación de los datos del Ministerio de Salud ajustados a la Cuenta de Producción del Banco Central de Costa Rica, 1998	15
Cuadro 4:	Estructura, resultados absolutos y comparación de los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social ajustados a la Cuenta de Producción del Banco Central de Costa Rica, 1998	16
Cuadro 5:	Resultados absolutos de los seguros solidarios del INS	17
Cuadro 6:	Cobros de la Caja Costarricense de Seguro Social por servicios hospitalarios brindados al INS	18
Cuadro 7:	Gasto del Sector Privado en Costa Rica, 1998.....	19
Cuadro 8:	Siniestros pagados en la línea de Gastos Médicos del Seguro Privado del INS, 1998	20
Cuadro 9:	Resumen de los Resultados Obtenidos	22
Cuadro 10:	Gasto en salud por fuente de financiamiento, según proveedor y función.....	23
Cuadro 11:	Estructura de las compras del sector público por institución según proveedores y función, 1998	28
Cuadro 12:	Estructura del Gasto en Salud en el Sector Privado por Fuente de Financiamiento Privado según Sector Proveedor y Función, 1998	30
Cuadro 13:	Gasto porcentual en Salud por Fuente según proveedor Costa Rica, 1998...31	
Cuadro 14:	Oferta de servicios de salud de Costa Rica, 1998	32

ABREVIATURAS

A y A: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

BCCR: Banco Central de Costa Rica

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CENADRO: Centro Nacional de Drogas

CIU. Rev 2: Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas. Revisión 2

COU: Cuadro de Oferta de Utilización

CP: Cuenta de Producción

CTAMS: Consejo Técnico de Asistencia Médico Social

IAFA: Instituto de Fármaco dependencia y Alcoholismo

INCIENSA: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.

INS: Instituto Nacional de Seguros

MS: Ministerio de Salud

OCIS: Oficina de Cooperación Internacional de la Salud

ONG: Organización no Gubernamental

RNC: Régimen no Contributivo

RT: Riesgos del Trabajo

SCN93: Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas de 1993

SOA: Seguro Obligatorio de Accidentes

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es presentar un modelo de cuentas nacionales de salud para Costa Rica (1998) de acuerdo a la metodología propuesta por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) para la construcción de cuentas nacionales que estiman el gasto en salud por funciones, proveedores y fuentes de financiamiento.

Esta nueva metodología está siendo promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como marco conceptual para el registro y estudio de las cuentas en salud. Es aún experimental, con clasificadores elaborados para los países de la OCDE, que debe ajustarse a las condiciones de los países en desarrollo.

Este estudio es el primer esfuerzo de esta naturaleza que se lleva a cabo en Costa Rica. Para su ejecución se elaboró un conjunto de cuadros que permite apreciar el papel de los sectores público y privado en el financiamiento y la provisión de servicios de salud. Como base de las estimaciones se utilizó el Sistema de Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica, y se combinaron diversas fuentes para construir una visión más detallada de la situación, incluyendo fuentes de financiamiento y proveedores públicos y privados, así como un desglose uniforme de los servicios de atención a la salud.

Los resultados presentan el flujo de gasto al interior del sector y coinciden con estimaciones obtenidas de la encuesta de hogares de 1998, y otros análisis exploratorios en la medición del gasto en el sector privado (Picado y Sáenz, 2000) y en el sector externo (Castillo y López, 1999).

El documento está organizado en cinco secciones: el primer apartado consiste en una breve revisión histórica de las investigaciones y aportes más relevantes en el tema de gasto y financiamiento de la salud. Los antecedentes sirven de base para explicar como surgió la iniciativa de las Cuentas Nacionales en Salud propuesta por la OCDE (2000). La segunda parte es una presentación conceptual de las Cuentas Nacionales de Salud en donde se describen las principales adaptaciones que se hicieron a la propuesta de la OCDE para el caso de Costa Rica. El tercer apartado se concentra en la discusión de algunos aspectos metodológicos necesarios para comprender la utilidad y las limitaciones de los cuadros. El cuarto presenta los resultados y el último reflexiona sobre las implicaciones de política que se derivan de ellos.

ANTECEDENTES

Desde principios de los sesenta existe la preocupación por estudiar los esquemas de financiamiento y gasto de la salud de los países. En estas primeras décadas la preocupación se centró en la estimación de grandes agregados y en la comparación entre países.

Los estudios comparativos iniciales se llevaron a cabo bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se realizaron en todos los continentes, con especial atención en los países en desarrollo de África y en América.

Los primeros manuales se construyeron sobre un marco muy similar al enfoque de las cuentas "T", donde los gastos por fuente privada y de gobierno se compilaban independientemente de los gastos por tipo de programa o tipo de proveedor (Berman, 1996:11).

Estos manuales sirvieron para evidenciar las deficiencias en las estimaciones, la mala calidad de los datos y la falta de conceptos homogéneos que permitieran comparar los distintos países, incluso contra sus propios indicadores como el producto nacional. De ellos surgió la necesidad de estandarizar los criterios y metodologías para hacer comparables las cuentas de gasto en salud de los distintos países.

En los ochenta y debido al interés creciente a nivel internacional en el tema económico del sector salud, los gobiernos comenzaron a llevar a cabo evaluaciones de los gastos en salud. En 1987, el Banco Mundial reportó los patrones de gasto en salud de 49 países (Berman, 1996:5), pero los estudios comparativos adolecieron de uniformidad.

Durante los años noventa, muchos países reconsideraron sus cuentas de salud, con el objetivo de mejorar las políticas y los sistemas de información del sector. Particularmente en esta época, se comienza a tratar de manera más estricta las distinciones entre *"usuarios de los servicios y fuentes de financiamiento"*.

En 1993, el Banco Mundial comisionó una recolección exhaustiva en 127 países del globo. Los resultados fueron presentados en su "Reporte sobre el Desarrollo Mundial: Inversión en Salud" con estimaciones del gasto nacional en salud que dividían las fuentes de financiamiento en *públicas y privadas*, e incluían dentro del Sector Público el gasto en Seguridad Social.

Sin embargo, la revisión de las cifras del Banco Mundial y las estadísticas recientemente publicadas sugieren que las estimaciones de gasto nacional en salud no son aún lo suficientemente confiables o estandarizadas entre países (Berman, 1996:7).

A nivel internacional se encuentran disponibles datos que combinan buenas estimaciones de gasto nacional en salud junto con estadísticas muy pobres e incompletas.

El esfuerzo más exitoso hasta la fecha ha sido el de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que recibe reportes anuales de gastos en salud de sus 25 miembros. Estas cuentas sirvieron como “sistema de referencia y con el tiempo, se han constituido un cuasi-estándar para el reporte uniforme de los sistemas de atención de salud” (OCDE, 2000:13).

También Estados Unidos ha acumulado mucha experiencia en la elaboración de cuentas nacionales en salud, pues además de incorporar la metodología de la OCDE hace un análisis detallado para las fuentes, incorporando sectores como Hogares, Seguros, Gobierno Central y Gobiernos Locales.

Con base en los aportes metodológicos de la OCDE y de Estados Unidos, la Red de Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe (LACNHA) calcula cuentas nacionales para algunos países en desarrollo de la región incorporando la distinción entre las *fuentes de fondos* (Ministerio de Finanzas, empresas, hogares, ayuda extranjera) y los *compradores directos* de servicios que reciben sus recursos de las fuentes de fondos (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, otros ministerios, empresas, seguridad social en salud, organizaciones de servicios no gubernamentales, hogares).

LACNHA elabora un primer cuadro sobre el financiamiento del sistema de salud, que revela los flujos de las fuentes hacia los compradores. Este cuadro proporciona información sobre las contribuciones de patronos, trabajadores y Estado a la seguridad social; sobre las transferencias de impuestos y endeudamiento público o privado de la seguridad social para la compra de los servicios de salud; o sobre las compras de seguros por parte de hogares o empresas.

En la nueva propuesta de la Unidad de Políticas de Salud de la OCDE (2000) se señala como un área prioritaria el desarrollo de estándares internacionales para los datos sobre el gasto en servicios de salud y su financiamiento (OCDE, 2000:14). Desde 1996, esta metodología y sus procedimientos han sido discutidos por expertos en estadísticas de la Salud de los países miembros de la OCDE y consultores de las regiones europeas y panamericanas de la Organización Mundial de la Salud.

La metodología es pionera y esta en una etapa experimental. La perspectiva que adopta consiste en igualar la fuente de financiamiento con el comprador, sin preguntarse de dónde obtiene el comprador los recursos, estableciendo, así, las fuentes últimas de determinadas actividades o proveedores; pero corresponde a cada país incorporar las particularidades de su sector salud sin perder la estandarización propuesta por los organismos internacionales.

Dado el análisis exhaustivo de las fuentes de financiamiento, los proveedores y las funciones de atención derivadas de los servicios de salud, esta es la metodología que la Organización Panamericana de la Salud promueve en América Latina.

Actualmente la ejecución de las cuentas nacionales en salud, se encuentran en pleno desarrollo en diversos países, a partir de los avances alcanzados en la OCDE. En el caso de América Latina este tipo de Cuentas se ha construido para Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana (Berman et al, 1999) como parte de los esfuerzos de la Red de Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe (LACNHA)¹. Ya ha sido implementada en Nicaragua; en Ecuador y en otros países se desarrollará en el corto plazo. Costa Rica también ha comenzado este proceso, por lo que el documento busca contribuir, en forma pionera, al trabajo que está coordinando el Ministerio Salud.

1. MARCO CONCEPTUAL

Esta segunda parte corresponde al cuerpo conceptual de las cuentas nacionales de salud. Esta nueva metodología tiene como punto de partida un instrumento contable que describe los flujos de fondos entre compradores y proveedores de los diversos tipos de servicios de salud.

El propósito de las cuentas nacionales en salud es servir a la toma de decisiones del sector, con una perspectiva analítica amplia, que permita integrar información específica de los sistemas de salud con dimensiones diversas del desarrollo económico y social.

Las cuentas se organizan en un sistema de tres ejes dentro de la Clasificación Internacional de Cuentas en Salud (CICS). Así se define atención de salud por función (CICS-AS), Industrias proveedoras de servicios de atención a la salud y Fuentes de Financiamiento de atención a la salud (CICS-FFAS).

Bajo estas divisiones se forma un conjunto de tablas esenciales en el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) que busca responder tres preguntas básicas:

1. ¿De dónde provienen los fondos? (CICS-FFAS)
2. ¿Dónde van los fondos? (CICS-PAS)
3. ¿Qué tipos de servicios se ofrecen (definidos funcionalmente) y qué tipo de bienes son adquiridos? (CICS-AS)

¹ Véase también el portal electrónico de la Organización Panamericana de la Salud (www.paho.org).

La respuesta a la primera pregunta conduce al planteamiento de las fuentes de financiamiento. La segunda, pretende identificar a las industrias proveedoras de servicios y productos de salud y con la tercera, se sugiere vincular la atención a la salud con los programas y las funciones derivadas del sistema como un todo.

Estas clasificaciones también están asociadas con datos no monetarios como el empleo y están basadas en las clasificaciones internacionales existentes. Por ejemplo: la clasificación de las industrias proveedoras (CICS-PAS) presenta un refinamiento de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas. Revisión 3 (CIU. Rev 3) y clasificaciones recientemente diseñadas o revisadas tales como la Clasificación Central de Productos y la revisión de 1998 del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN-UN), 93 (OCDE, 2000:11).

El hecho que la CICS tome como punto de partida las definiciones sustantivas, las normas contables y las estimaciones del gasto en salud del SCN-UN,93 es una característica importante del modelo contable utilizado, porque se puede adaptar como cuenta satélite de la revisión de 1998, de las Cuentas Nacionales.

Además, la utilización de las Cuentas Nacionales como marco de las cuentas de salud es una ventaja porque proporciona una metodología uniforme que se ha estandarizado a nivel internacional y esto facilita las comparaciones internacionales, el diálogo de políticas al interior de los países y el apoyo político para el desarrollo de este instrumento de descripción analítica.

1.1 Gasto en servicios de salud

La definición de la cobertura del gasto en salud (alcance) es un tema polémico, debido a que las condiciones de salud de una población son resultado de múltiples factores, cuya relación es compleja y no muy bien conocida.

Una primera aproximación para enfrentar el problema es establecer que solamente se incluye el gasto cuya "intención primaria" es el mejoramiento de la salud (Berman, 1996:8). Esta aproximación, sin embargo, es insuficiente para delimitar operativamente el gasto en salud y hacerlo en forma comparable entre diversos países.

La solución propuesta por la OCDE, coherente con el Sistema de Cuentas Nacionales, establece que:

"Las actividades de salud de un país son la suma de actividades ejecutadas por instituciones o individuos que buscan, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, las metas de promoción y prevención de enfermedad, curación de enfermedades, reducción de la mortalidad prematura, atención a personas afectadas por enfermedades crónicas que necesitan atenciones de enfermería, atención a personas con

impedimentos, discapacidades y minusvalías quienes requieren atenciones de enfermería, asistencia a personas para morir con dignidad, provisión y administración de la salud pública y provisión y administración de programas de salud, seguros de salud y otros arreglos de financiamiento” (OCDE, 2000: 39).

El criterio para delimitar los servicios de salud, de acuerdo con esta definición, es “el requisito previo de algún nivel básico de conocimiento médico o enfermería ... (que) se refiere en su mayoría a estándares de acreditación o licencia para el personal de salud” ((OCDE, 2000:39). Los “Hogares”, sin embargo, se tratan como productores, y no solo como compradores en el sistema contable propuesto (es así, por ejemplo, como se contabilizan sus compras de productos farmacéuticos como gasto en salud).

Esta definición no significa adoptar una concepción restringida sobre los determinantes de la salud. En particular, no implica una concepción biológica. Por el contrario, permite analizar el gasto directo en servicios vinculados a tecnologías de base médica, y complementar esa información con el gasto en otras actividades relacionadas y con otras características más generales.

La definición planteada excluye varios tipos de gasto que tienen gran importancia para el comportamiento del sistema de salud, pero no son gastos directos de aplicación de tecnologías médicas. Estos son clasificados como “Gastos en funciones relacionadas con la salud”, incluyen gastos en seguridad y educación vial, salud ambiental, formación de capital de instituciones proveedoras de salud, educación y capacitación del personal de salud, control de alimentos, higiene y agua para el consumo. La propuesta es que se reporte la información de estos elementos en forma separada de los datos de los servicios directos de salud, dada su relevancia para el análisis y los procesos de política.

La información que se presenta en este trabajo corresponde al gasto corriente en servicios de salud, y excluye por lo tanto los gastos en funciones relacionadas², incluida la formación de capital.

1.2 Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento pueden definirse de varias formas. En un extremo, todos los gastos provienen de los hogares, que son los dueños de los factores de producción y los perceptores de todo el ingreso, o del exterior. En el otro, las fuentes de financiamiento pueden igualarse a los compradores de los servicios de salud, en el entendido de que hay una red de transacciones previas que hacen

² Las publicaciones oficiales de Costa Rica incluyen dentro del gasto en salud el que llevan a cabo instituciones como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA) y la Universidad de Costa Rica, en la formación de personal de salud (aunque no se incluye el gasto de otras instituciones de educación superior), e incluyen el gasto de capital mezclado con el gasto corriente (Véase por ejemplo: Chacón (1999); Costa Rica, Ministerio de Salud, (2000) y Proyecto Estado de la Nación (2000)) En este trabajo se excluyen los gastos que corresponden a las funciones relacionadas, con el inconveniente de no poder separar del Valor Agregado las incapacidades, las licencias por maternidad y algunos gastos de la formación de capital humano que si se incorporan dentro de la medición.

posible ese gasto (como el pago de impuestos y contribuciones a la seguridad social, la compra de seguros, etc). Es posible identificar clasificaciones intermedias, como por ejemplo la que distingue al gobierno, los hogares y las empresas como las fuentes primarias, y a partir de allí se tracen las transacciones intermedias hasta los compradores.

El Cuadro 1 presenta en forma sinóptica la clasificación de fuentes de financiamiento que se empleó, junto con algunas notas aclaratorias. El Código CICS-FFAS corresponde a la clasificación de OCDE, y el Título empleado corresponde al que se utilizó en este trabajo (que es muy semejante al del Manual).

Cuadro 1 Clasificación por Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud³

Código: CICS- FFAS	TÍTULO EMPLEADO	NOTAS
HF.1 Sector Público		
HF.1.1	Gobierno	Además de los gastos del Gobierno General de acuerdo al Sistema de Cuentas Nacionales, se incluyen los gastos que otras instituciones transfirieren para el financiamiento de servicios de salud. Excluye el Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros (INS).
HF.1.2	Seguro Social	Incluye los gastos correspondientes al Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (excluye los gastos del régimen de pensiones que administra esa institución).
HF.1.2	Seguro Social	Incluye los gastos en seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito que son de naturaleza obligatoria y administrados por el INS.
HF.2 Sector Privado		
HF.2.2	Seguros	Incluye los gastos del Instituto Nacional de Seguros correspondientes a los seguros de salud de naturaleza voluntaria, y una estimación de los gastos de seguros privados (que corresponden a financiamiento proveniente del exterior, dado que solo el Estado costarricense puede tener empresas aseguradoras en el territorio nacional)
HF.2.3	Hogares	
HF.2.5	Empresas	Incluye las empresas privadas y públicas, excluyendo las de seguros.

³ Los rubros HF.2.1 Seguros sociales privados y HF.2.4 Organizaciones sin fines de lucro atendiendo hogares, no se han incluido. En el primer caso no existen, y en el segundo no hay información disponible

Cuadro 1 Clasificación por Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud ³

Código: CICS- FFAS	TÍTULO EMPLEADO	NOTAS
HF.3	Resto del mundo	<p>En este trabajo, el resto del mundo se trata como una fuente de financiamiento y no como un comprador.</p> <p>Los gastos por concepto de primas de seguros pagadas al exterior no se contabilizan, a menos que correspondan a gastos en salud incurridos por las empresas aseguradoras. Estos se han estimado en el rubro de Seguros y no como financiamiento del Resto del Mundo.</p> <p>La cooperación internacional no se registra tampoco; si la hay aparece solamente como parte del gasto del respectivo comprador.</p> <p>Los servicios prestados a extranjeros no se incluyen en el gasto nacional en salud, por lo que se hizo la deducción correspondiente (independientemente de que los servicios fuesen pagados o no).</p>

1.3 Proveedores

La clasificación de proveedores de atención en salud CICFS-PAS está organizada en las siguientes divisiones: HP.1 Hospitales, HP.2 Establecimientos de atención residencial, HP.3 Proveedores de servicios de salud ambulatorios, HP.4 Venta al detalle y otros proveedores de servicios médicos, HP.5 Provisión y administración de programas de salud pública, HP.6 Administración de salud general y seguros, HP.7 Otras industrias (el resto de la economía, incluyendo domicilios), HP.9 Resto del mundo.

Esta clasificación, no se utilizó en este estudio porque no se dispuso de recursos suficientes para desagregar la información en la forma requerida por el sistema propuesto.

En su lugar se empleó una versión adaptada del tipo de clasificación utilizado por la Primera Red Regional de Cuentas Nacionales de Salud patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (www.paho.org), donde la división es entre proveedores públicos y privados (y el resto del mundo). Esto se consideró una ventaja importante porque permite enfocar la atención en el tema central de la reforma del sistema de salud, conocer el tamaño de los sectores institucionales y caracterizar el papel del sector privado en este.

Al interior del sector público se distinguen las principales instituciones proveedoras del Gobierno General (excluyendo la seguridad social), Caja Costarricense del Seguro Social, e Instituto Nacional de Seguros, además de otras entidades como la Junta de Protección Social (JPS) y la Junta Administrativa Portuaria de la Vertiente Atlántica (JAPDEVA) que hacen transferencias a la Cruz Roja.

El sector privado se trata como una unidad, de la cual se obtiene información sobre los servicios de atención de la salud, pero no sobre la organización de los proveedores.

Se incluye además una estimación de los servicios de salud comprados al exterior, especialmente cuando estos tienen financiamiento parcial de la CCSS. Las compras de bienes del exterior (productos farmacéuticos y medicinas), que en parte importante provienen del exterior, no pudieron ser clasificadas como provenientes del resto del mundo.

1.4 Los servicios de atención de la salud

La clasificación de los servicios de atención de la salud debe responder a necesidades diversas, desde el apoyo al seguimiento del sistema y la toma de decisiones en cada país, hasta las comparaciones internacionales relevantes.

La heterogeneidad de los países y sus sistemas de salud dificulta el establecimiento de un sistema uniforme para todos ellos, por lo que la clasificación que se emplee debe ser muy amplia para que se pueda adaptar a las condiciones de cada caso y permitir aún así la comparabilidad entre países.

La propuesta de la Clasificación Funcional de los Servicios de Atención de la Salud (CICS-AS) distingue primero dos grandes divisiones:

1. HC.1 - HC.7 Servicios y productos de atención a la salud por función, y
2. HCR Funciones Relacionadas a Salud.

Los servicios y productos de salud incluyen el gasto corriente de consumo final de actividades de atención médica y prevención de la enfermedad. En este trabajo no se estudian las Funciones Relacionadas a Salud.

El Cuadro 2 presenta la Clasificación Funcional de los Servicios de Atención de la Salud (CICS-AS), así como las adaptaciones que se introdujeron en ésta para aplicarla al caso de Costa Rica.

Cuadro 2: Clasificación por los Servicios y Productos de Salud por Función

Código CICS-AS	Título Empleado	Notas
HC.1- HC.7	Servicios y Productos de Salud por Función	
HC.1-HC.5	Servicios y Productos de Salud Personales	
HC.1	Servicios curativos	
HC.1.1 y HC.1.2	Atención hospitalaria	Incluye atención curativa hospitalizada y casos de un día de atención curativa hospitalizada.
HC.1.3. y H.C.1.4	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	<p>La clasificación empleada incluye la atención ambulatoria y los gastos de prevención y servicios de salud pública, debido a que no fue posible separar la información.</p> <p>La reforma del modelo de atención, con la creación y desarrollo de los EBAIS en la CCSS ha llevado a que la atención preventiva y promocional que se lleva a cabo en esas entidades del primer y segundo nivel, se registre también como parte de la atención ambulatoria.</p>
HC.2	Servicios rehabilitativos	Este rubro está distribuido en los componentes de atención hospitalaria y atención ambulatoria.
HC.3	Servicios de enfermería a largo plazo.	No hay estimaciones disponibles para este renglón.
HC.4	Atenciones de apoyo en salud	Este rubro incluye exámenes de laboratorio, imágenes de diagnóstico, radiografías y traslado de pacientes
HC.5	Productos médicos y aparatos	Este rubro incluye los productos farmacéuticos y aparatos médicos, que adquieren los pacientes directamente, con y sin prescripción médica, y que no son parte del consumo intermedio de las instituciones de salud.
HC.6-HC 7.	Servicios y productos de salud pública	
HC.6	Prevención y servicios de salud pública	Este rubro está incluido en el título de Atención Ambulatoria
HC.7	Rectoría y Gestión	En la propuesta de la OCDE el título de esta sección es "Administración de salud y seguros de salud". Este se modificó con el propósito de destacar el papel rector del Ministerio de Salud, que es uno de los componentes principales del programa de reforma del sistema.
HCR	Funciones Relacionadas a Salud	

Cuadro 2: Clasificación por los Servicios y Productos de Salud por Función

Código CICS-AS	Título Empleado	Notas
(HC.R.1 a HC.R.7		Incluye, Formación de capital de instituciones proveedoras de salud; educación y capacitación de personal de salud; investigación y desarrollo en salud; control de alimentos, higiene y agua para consumo; salud ambiental; administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir a personas para vivir con enfermedad e impedimentos y administración y provisión de beneficios monetarios relacionados con salud. El listado puede ampliarse de acuerdo a las condiciones y estrategias de salud específicas de cada país. En el caso de Costa Rica – entre otros – es importante distinguir por ejemplo los gastos en seguridad vial y otros vinculados a la prevención de accidentes de tránsito, dada la relevancia que estos últimos tienen en las tasas de morbilidad y mortalidad del país.

Del cuadro 2 se desprenden algunas adaptaciones que cabe destacar:

- La distinción entre atención ambulatoria y de promoción y prevención de la salud no se pudo conservar en los cuadros, debido principalmente a limitaciones en la información de la CCSS, que no permitió hacer la desagregación. Esta dificultad se agravó por el hecho de que los nuevos modelos de atención combinan actividades de prevención y curación, por lo que se requieren estudios especializados de costos para hacer estas diferencias.
- Se consideró conveniente distinguir las actividades curativas en dos grupos, Atención Hospitalaria y Atención Ambulatoria (niveles primario y secundario), en lugar de agregar la información bajo un solo rubro de Servicios Curativos. No se dispuso de información para desagregar la atención ambulatoria en el nivel primario y de especialidades, aunque esta es una separación que convendría incorporar posteriormente.
- Los servicios de rehabilitación se incluyeron en la atención hospitalaria y especialmente en la ambulatoria, cuando la información pertinente estuvo disponible.
- Se excluyeron los gastos en servicios de enfermería de largo plazo, por no estar la información disponible.
- Con el propósito de destacar el papel rector del Ministerio de Salud de acuerdo al nuevo sistema, se tituló el rubro de Administración y Seguros como Rectoría y Gestión.

2. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

2.1 Período de estudio

La investigación documental permitió identificar un estudio reciente (Picado y Sáenz, 2000) elaborado para 1998, en el que entre otras fuentes de información se utilizó la Encuesta Nacional de Hogares de 1998, que es la encuesta con información más reciente sobre la utilización del sistema de salud, por lo que se adoptó ese año como punto de referencia para la construcción de los cuadros.

2.2 El punto de partida: las Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica

La construcción de esta versión exploratoria de las Cuentas Nacionales de Salud se organizó a partir de las Cuentas Nacionales del Banco Central de Costa Rica, que aún se encuentra en ejecución. El Banco, en el marco de la revisión del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas de 1993, está elaborando un nuevo conjunto de estadísticas de cuentas nacionales de 1991 en adelante. La revisión ha producido cambios de gran importancia en las principales mediciones económicas, incluyendo el Producto Interno Bruto, que se estima alrededor del 20% más alto que lo indicado en las estimaciones anteriores.

El Banco proporcionó información detallada sobre las cuentas de producción y los cuadros de oferta y utilización de servicios de salud y productos médicos y farmacéuticos, los que se utilizaron como punto de partida para la construcción de los cuadros.

2.3 La medición del sector público

Las estadísticas del sector público que lleva el Banco Central se consideraron la fuente apropiada para la construcción de las Cuentas, dado que el Banco recopila anualmente la información por institución y ajusta aquella que no se elabora sobre base devengado o posee períodos que no coinciden con el año calendario para que sea compatible con las Cuentas Nacionales. También mantiene una separación precisa de los gastos corrientes y de capital, y posee estimaciones de los rubros más agregados de las compras intermedias.

La revisión bibliográfica, por otra parte, identificó diversos estudios realizados por la CCSS, el Ministerio de Salud y la Autoridad Presupuestaria, en los que se estima el gasto público en salud. Estos estudios llamaron la atención sobre instituciones menores que no estaban incluidas en las estimaciones del gasto público en salud del Banco Central, por lo que las autoridades de esa institución decidieron hacer los ajustes pertinentes en sus estimaciones.

En general, se consideró preferible utilizar los datos elaborados por el Banco Central, pues la información de las instituciones de salud combina gasto corriente

y gasto de capital, e incluyen también algunos gastos que corresponden a funciones de apoyo en salud, y no al concepto de gasto en salud que se emplea en este trabajo.

La información sobre las funciones de apoyo que aparecen es estos trabajos, no se utilizó para la construcción de las cuentas, dado que no poseen la cobertura apropiada⁴.

Estructuras de compras del sector público

Las compras del sector público por proveedor y por función se construyeron con información contable y presupuestaria de las instituciones financiadoras.

La estimación del gasto por función se calcula generando estructuras para cada institución en el sector público, esta estructura se aplica a los totales de la cuenta de producción proporcionada por el BCCR y de esta forma se estiman los gastos por función según su fuente de financiamiento y su proveedor.

Alguna información no proviene directamente de los estados financieros y contables – y no corresponden a una base devengado -, pues la información requerida es de muy difícil acceso al interior de las instituciones o solo existe el registro presupuestario para ese nivel de desagregación. Como sustituto se uso información de carácter presupuestario, así como diversas estimaciones parciales y criterios de los funcionarios encargados, además de los estados financieros.

Debe señalarse que la información empleada en la construcción de las estructuras fue elaborada en conjunto con los funcionarios encargados de cada una de las principales instituciones compradoras.

Los detalles de cada estructura se explican a continuación:

a. Ministerio de Salud (MS)

En general las instituciones públicas de Costa Rica y en particular el Ministerio de Salud (MS)⁵, llevan su contabilidad sobre una base presupuestaria, por tanto, para ajustarla a la base devengada se trata de estimar el gasto consolidado para el año de estudio tomando el gasto ejecutado durante ese año y los compromisos adquiridos el año anterior, menos las partidas que no se gastaron. Este tratamiento debe hacerse para todas las instituciones públicas que no trabajan con contabilidad devengada sino presupuestaria. De esta forma, el

⁴ Así por ejemplo, en educación se incluye el gasto en educación para la salud de la Universidad de Costa Rica, pero no se incluyen las otras universidades estatales o las universidades privadas, que han venido jugando un papel cada vez más importante en las últimas dos décadas (Ver Chacón, 1999 y Costa Rica- Ministerio de Salud, 2000).

⁵ El gasto del Ministerio de Salud incluye dos instituciones adicionales conocidas como el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS) y la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OSIS).

Ministerio de Salud, el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) y las otras se estiman de este modo. Las únicas excepciones son la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Nacional de Seguros (INS).

Además de este ajuste, el Banco Central de Costa Rica (BCCR) hace otros por ello se aplicó la estructura al dato total reportado por el BCCR, excluyendo las funciones relacionadas con la salud de los programas de Atención al Medio Ambiente Humano y el de Nutrición y Desarrollo Integral del Ministerio, OCIS, y CTAMS. La estructura y su comparación con los datos del MS y los resultados de las funciones del BCCR se pueden apreciar en cuadro 3.

b. Otras instituciones públicas

En las otras instituciones, el gasto se calculó por residuo, pues sus cuentas de producción no estaban aún disponibles, tampoco se tiene el desglose por funciones. Sus totales se estimaron siguiendo la estructura de la Autoridad Presupuestaria.

c. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

A diferencia de las otras instituciones públicas, la CCSS tiene una contabilidad sobre base devengada, pero para obtener las funciones de interés, solo es posible estimarlas con el presupuesto. La estructura se creó, tomando varias fuentes (liquidación del presupuesto, presupuesto ejecutado y contabilidad devengada), como los datos de la CCSS son más consistentes con la estructura generada y las diferencias son poco relevantes (ver cuadro 4).

Cuadro 3: Estructura, resultados absolutos y comparación de los datos del Ministerio de Salud ajustados a la Cuenta de Producción del Banco Central de Costa Rica, 1998

PROGRAMA	ORGANISMO PRESUPUESTARIO			CTAMS+OCIS+ +DESAF
	Gobierno Central	CTAMS	OCIS-DEFAF	
CONSOLIDACIÓN	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
DIRECCIÓN Y CONDUCCIÓN	19.80%	35.21%	0.00%	24.43%
VIGILANCIA DE LA SALUD	10.27%	9.37%	0.22%	6.57%
PROMOCIÓN DE LA SALUD	0.02%	0.57%	0.00%	0.40%
ATENCIÓN Y MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE HUMANO*	2.60%	2.99%	0.00%	2.07%
REGULACIÓN Y ACREDITACIÓN	5.29%	9.09%	0.00%	6.31%
ATENCIÓN A LAS PERSONAS	62.02%	0.31%	3.18%	1.19%
NUTRICIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL	0.00%	42.45%	96.60%	59.02%

PROGRAMA	BCCR		Ministerio de Salud	
	Gobierno Central	CTAMS+OCIS+ DESAF	Gobierno Central	CTAMS+OCIS+ DESAF
Nº Valor de no Mercado	4.252.0	8.527.0	5.598.5	6.947.1
1 DIRECCIÓN Y CONDUCCIÓN	841.7	2,083.6	1,108.3	1,697.5
2 VIGILANCIA DE LA SALUD	436.8	560.4	575.1	456.5
3 PROMOCIÓN DE LA SALUD	0.8	33.7	1.0	27.5
4 ATENCIÓN Y MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE HUMANO*	110.6	176.8	145.6	144.1
5 REGULACIÓN Y ACREDITACIÓN	224.9	538.0	296.1	438.3
6 ATENCIÓN A LAS PERSONAS	2,637.1	101.5	3,472.2	82.7
7 NUTRICIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL*	0.0	5,033.0	0.0	4,100.5

Ordenamiento en el Cuadro 1	BCCR		Ministerio de Salud	
	Gobierno Central	CTAMS+OCIS+ DESAF	Gobierno Central	CTAMS+OCIS+ DESAF
Administración = 1+ 5	1,066.7	2,621.5	1,404.4	2,135.8
Prevención= 2+3	437.6	594.1	576.1	484.0
Atención ambulatoria = 6	2,637.1	101.5	3,472.2	82.7
Salud Ambiental = 4*	110.6	176.8	145.6	144.1
Beneficios sociales relacionados = 7*	0.0	5,033.0	0.0	4,100.5
Total	4.252.0	8.527.0	5.598.5	6.947.1

*Forma parte de las funciones de apoyo a la salud por lo que este rubro es descontando del total

Fuente: Elaboración propia con base en datos suministrados por el Ministerio de Salud y el Banco Central de Costa Rica

Cuadro 4: Estructura, resultados absolutos y comparación de los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social ajustados a la Cuenta de Producción del Banco Central de Costa Rica, 1998

Concepto	Monto	Ajustes + Adquisiciones	Monto Neto	%	Analogando al BCCR
Servicios Administrativos 3/	4,403.7	0.0	4,403.7	2.9%	4,118.6
Atención Hospitalaria 1/	67,240.2	0.0	67,240.2	44.7%	62,886.7
Consultas Médicas 2/	47,137.0	0.0	47,137.0	31.4%	44,085.1
Servicios Dentales 1/	1,167.0	0.0	1,167.0	0.8%	1,091.4
Exámenes de Laboratorio 1/	6,908.0	0.0	6,908.0	4.6%	6,460.7
Medicamentos 3/	12,689.3	35.2	12,724.5	8.5%	11,900.7
Envases 3/	87.3	0.1	87.4	0.1%	81.8
Implementos Médicos Spu 3/	4,357.2	183.4	4,540.6	3.0%	4,246.7
Implementos Médicos Spr 3/	404	0.0	404.1	0.3%	377.9
Contratación de Serv. Area de Salud 3/	2,276.2	0.0	2,276.2	1.5%	2,128.9
Cooperativas 1/	1,715.7	0.0	1,715.7	1.1%	1,604.6
Convenio con Fishel y otros 4/	560.5	0.0	560.5	0.4%	524.2
Servicios privados 3/	909	0.0	909.0	0.6%	850.1
Ayuda económica por enfermedad	184.4	0.0	184.4	0.1%	172.5
Desaf. Pac. Fase Terminal	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0
Falta Descripción	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0
Contr. Serv. Méd. Farm. Lab. (Libre elección Medica Consulta Externa)	168.8	0.0	168.8	0.1%	157.8
Contr. Serv. Méd. Farm. Lab. (Libre elección Medica Cirugía)	4.3	0.0	4.3	0.0%	4.0
Contrat. Serv. Méd. Farm. Lab. Libre elección médica	390.2	0.0	390.2	0.3%	365.0
Atención médica exterior	161.2	0.0	161.2	0.1%	150.7
Atención médica en el país	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0
Traslados y Hospedaje	1,315	0.0	1,315.1	0.9%	1,229.9
Traslados	608.5	0.0	608.5	0.4%	569.1
Hospedajes	71.5	0.0	71.5	0.0%	66.8
Pag. Trasl. Pag. Cruz Roja	635.1	0.0	635.1	0.4%	594.0
SubTotal de Servicios	148,894.1	218.7	149,112.8	99%	139,458.4
Mantenimiento			1,155.4	0.8%	1,080.6
Total			150,268.3	100.0%	140,539.0
Cálculo de la CCSS: Total- Construcciones-Adquisiciones			150,285.6		

Fuente: Elaboración propia con base en:

1/ Liquidación Presupuestaria y Mayor de Asignaciones Presupuestarias a diciembre de 1998. (No incluye el comprometido de 1997 a junio de 1998)

2/ Picado y Sáenz (2000), basado en los presupuestos de egresos en efectivo (incluye el comprometido de 1998 que se gasta al 30 de junio de 1999)

3/ Análisis del presupuesto egresos. Estados Financieros Contables

d. El gasto en seguros solidarios: riesgos del trabajo y accidentes de tránsito del Instituto Nacional de Seguros

Los datos del Instituto Nacional de Seguros (INS) fueron generados por los mismos funcionarios, sin embargo en seguros solidarios, fue necesario abrir las partidas de gastos médicos y honorarios médicos, porque la única información disponible era de 1999.

El cuadro 5 muestra la estructura generada y aplicada al total reportado. Esta estructura corresponde únicamente a Riesgos del Trabajo (RT), sin embargo, de acuerdo al criterio de quien suministró la información, el Seguro Obligatorio de Automotor (SOA) tiene un comportamiento muy similar al de riesgos del trabajo de modo que es válido aplicarla al total de seguros solidarios (Seguro Obligatorio de Automotor más Riesgos del Trabajo).

**Cuadro 5: Resultados absolutos de los seguros solidarios del INS
(millones de colones)**

Gasto Sector Público	1998	1999	2000*
<u>Costo de prestaciones sanitarias</u>	<u>2,764.1</u>	<u>2,986.0</u>	<u>1,680.3</u>
<u>Salud ocupacional</u>	<u>39.4</u>	<u>159.2</u>	<u>125.9</u>
<u>Medicamentos Médicos</u>	<u>347.7</u>	<u>366.8</u>	<u>167.8</u>
<u>Varios Gastos Médicos</u>	<u>907.3</u>	<u>1,280.0</u>	<u>616.0</u>
Implementos. Ortopédicos	76.0		
Ópticas	34.7		
Viajes al Exterior	17.8		
Clínicas Rayos X	139.4		
Otros Exámenes Especiales	47.5		
Clínicas Privadas	435.3		
Laboratorio Clínico	91.4		
Honorarios de Abogados	3.9		
Otros	61.4		
<u>Honorarios Médicos</u>	<u>632.1</u>	<u>888.8</u>	<u>401.5</u>
Consultas	431.7		
Cirugías	7.1		
Odontólogos	69.9		
Serv. Profesionales	123.3		
<u>Pagos Hospitalarios</u>	<u>898.9</u>	<u>876.3</u>	<u>550.2</u>
<u>Pagos a Farmacias</u>	<u>57.4</u>	<u>99.3</u>	<u>62.3</u>
Total del Sector Público	5,685.6	6,656.4	3,604.0

Fuente: Departamento de Seguros Solidarios del INS

* Al 30 de junio del 2000

Los rubros especificados en el cuadro 5 corresponden a los siguientes gastos:

- **Costos de prestaciones sanitarias:** equivale a la atención ambulatoria, pues son los servicios brindados por el INS en sus propios dispensarios.
- **Varios gastos médicos:** son principalmente gastos en aparatos ortopédicos y exámenes de laboratorio pero además incluye gastos en traslado de enfermos, cirugías en el exterior y otros.
- **Honorarios Médicos:** corresponde al pago de médicos y otros profesionales de la salud por el servicio de intervención médica. El pago a médicos se registra en atención hospitalaria y el pago de honorarios a otros profesionales se califica como gastos administrativos que el INS paga al sector privado.
- **Pagos a Hospitales:** son los pagos que hace el INS a la CCSS por concepto de estancia hospitalaria. Estos resultados se contrastan con el dato que la CCSS reporta por ventas al INS (cuadro 6).

Cuadro 6: Cobros de la Caja Costarricense de Seguro Social por servicios hospitalarios brindados al INS (millones de colones)

Concepto	Monto
Accidentes de Tránsito (SOA)	1,042
Convenio Servicios Médicos-Riesgos Profesionales	104
Atención Asegurados a cargo del INS	1,197
Total	2,343

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Departamento de Planificación Económica

2.4 El sector privado y su medición

La información proporcionada por el Banco Central se contrastó con los resultados de otros estudios que buscaban profundizar en aspectos particulares, y en especial en el tamaño relativo del sector privado. Esto se consideró necesario porque el sector privado de salud es un componente pequeño del valor agregado total de la economía, por lo que las estadísticas del Banco Central no tenían suficiente precisión y actualidad sobre su magnitud. En efecto, la base del nuevo sistema de cuentas nacionales es 1991, y los datos se actualizan anualmente a través de índices indirectos y encuestas ocasionales que no captan el crecimiento del sector privado en el último quinquenio de los noventa.

La estimación más actualizada y completa del tamaño del sector privado es la de Picado y Sáenz (2000). La revisión del estudio con diversos especialistas llevó a la conclusión de utilizar sus resultados en la estimación de las cuentas de salud para el sector privado, en sustitución de los valores originales que proporcionó el Banco Central.

Este trabajo utiliza la información de Cuentas Nacionales para los grandes totales del sector público, y las estimaciones de Picado y Sáenz (2000) para la definición de los agregados del sector privado de salud.

El sector externo, usa una combinación de fuentes, entre las principales están los datos de Balanza de Pagos del Banco Central y el estudio de Castillo y López (1999).

La estimación del sector privado fue menos compleja, porque se tomó como punto de referencia el estudio de Picado y Sáenz (2000) y la información de seguros privados del INS fue suministrada por la misma entidad, de manera que no fue necesario hacer ajustes contables ni crear estructuras. Tampoco se utilizó la cuenta de producción del Banco Central de Costa Rica por considerarse subestimada.

Específicamente, los gastos de bolsillo y de las empresas son tomados de Picado y Sáenz (2000) y sus cálculos se pueden apreciar en el cuadro 7.

Cuadro 7: Gasto del Sector Privado en Costa Rica, 1998
(millones de colones)

Objeto del Gasto	Gasto Privado			Total
	Hogares	Patronos	Otras 1/	
Consulta Médica	13,468	3,656		17,124
Exámenes de Laboratorio	4,418			4,418
Servicios Dentales	19,183			19,183
Hospitalización	2,340			2,340
Medicamentos	23,782			23,782
Seguros Médicos	617			617
Otros 2/			2,081	2,081
Total	63,808	3,656	2,081	69,545

1/ Incluye Organizaciones no Gubernamentales: específicamente corresponde al gasto de la Cruz Roja

2/ Gastos varios en salud no desglosados

Fuente: Picado y Sáenz (2000): 14

Seguros privados

El mercado de los Seguros Privados se divide de acuerdo a KPGM (1998) en 50% estatales o administrados por el monopolio del INS y 50% en seguros privados adquiridos en el exterior o esquemas de medicina prepagada. Los datos del INS, fueron proporcionados por el departamento de Seguros Personales, que tiene a cargo la administración de los Seguros por Gastos Médicos. Los otros seguros se calcularon usando el desglose del INS y aplicando el porcentaje sugerido por KPGM. El cuadro 8, muestra el detalle de estas funciones.

Cuadro 8: Siniestros pagados en la línea de Gastos Médicos del Seguro Privado del INS, 1998
(colones corrientes)

FUNCIÓN	MONTO
Atención Hospitalaria	332,386,637.1
Atención Consulta Externa	76,116,358.6
Rehabilitación Consulta Externa	2,998,166.6
Servicios de Apoyo a la Salud	69,236,128.1
Productos Médicos (medicamentos)	135,846,512.0
Productos Médicos (aparatos ortopédicos)	184,169.1
Gastos Administrativos Directos	98,688,440.2
Total	715,456,411.7

2.5 El tratamiento del resto del mundo

Las relaciones del sistema de salud de Costa Rica con el resto del mundo son limitadas, salvo en lo que se refiere a la importación de productos farmacéuticos y aparatos médicos. A pesar de la significativa participación de las importaciones de bienes relacionados con la salud, el monto no pudo ser incorporado al sector externo como fuente de financiamiento ni como proveedor de servicios de salud, porque los datos con que se cuenta son muy deficientes.

Las exportaciones e importaciones de medicamentos y productos farmacéuticos no están siendo contabilizadas, primero porque fue difícil cuantificar las importaciones de cada institución y las compras que las mismas realizan al sector privado interno y segundo porque el gasto en este rubro se contabiliza como gasto en materia prima o bienes secundarios necesarios para la producción de los servicios de salud (consumo intermedio) incluidos en los presupuestos o los estados financieros de las instituciones⁶.

De modo que el sector externo como fuente o como proveedor solo tiene los datos por servicios de salud, sin incluir ningún tipo de fármaco, aparato o medicamento.

⁶ Este estudio reconoce la limitación que tiene por contabilizar el cálculo de los medicamentos y aparatos terapéuticos en una cuantía significativa como producción de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuando en realidad se cree que este tipo de compras son hechas en el sector privado o en el sector externo. Al desconocerse el porcentaje de las compras hechas dentro del país, el rubro corresponde al sector privado como proveedor de medicamentos está siendo subestimado.

Las exportaciones (sector externo como fuente de financiamiento) toman los datos de exportaciones de servicios de salud del Cuadro de Oferta de Utilización (COU) del Banco Central de Costa Rica, y se complementa con el estudio de Castillo y López (1999)⁷. En la importación de servicios (sector externo como proveedor) el dato se obtiene de los gastos del INS, la CCSS y los hogares.

3. RESULTADOS

3.1 Una visión de conjunto

El Cuadro 9 sintetiza los resultados del cuadro 10 y permite observar en forma global el esquema de financiamiento y provisión del Sector Salud Costarricense, donde el 65% del gasto es financiado y provisto por el sector público⁸ y el 31% es financiado y provisto por el sector privado (que incluye los seguros voluntarios del INS).

El papel del sector privado como proveedor del sector público alcanzaba en 1998 un 3% del total, y los pagos del sector privado al público por servicios recibidos no alcanzaba al 1%. En una perspectiva comparada, si bien el sector privado es mayor que en estimaciones anteriores y ha venido creciendo, es de los más pequeños de América Latina y el Caribe, donde la participación promedio del sector privado es 58% (Molina, 2000: 78).

El cuadro 10 presenta la estimación del gasto corriente en salud de Costa Rica por fuente de financiamiento según proveedor y función para el año 1998 de acuerdo a la metodología indicada anteriormente.

⁷Es importante hacer notar que los datos estimados por Castillo y López (1999) sobre la consulta externa y hospitalización, no están siendo pagados por el sector externo, de modo que la fuente de financiamiento es la misma Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), lo que los convierte en una oferta cuya demanda es generada por extranjeros que viven en el país y no tienen posibilidades de pago porque en su mayoría son inmigrantes.

⁸Es necesario recordar que las compras de productos farmacéuticos e implementos no se contabilizaron como provisión privada para destacar el papel de los servicios sobre los bienes y esto sobreestima la dimensión del sector público como proveedor y le resta importancia al sector privado.

Cuadro 9: Resumen de los Resultados Obtenidos

	FINANCIAMIENTO PÚBLICO	FINANCIAMIENTO PRIVADO
PROVEEDOR PÚBLICO	65%	>1%
PROVEEDOR PRIVADO	3%	31%

En él se observa que el gasto corriente asciende a 225 mil millones de colones, equivalentes a 6.3% del PIB y US\$234 por habitante. El gasto en salud de Costa Rica es por lo tanto inferior al promedio regional para ese año, que según Molina et al (2000: 74-75) ascienden a 7.7% del PIB y US\$392 por habitante.

Así en el contexto regional, el gasto en salud de Costa Rica es relativamente bajo, en especial cuando se relaciona con los altos resultados que se observan por ejemplo en la esperanza de vida sin discapacidad al nacer⁹.

⁹ Un resultado semejante a nivel mundial aparece en OMS (2000).

Cuadro 10

COSTA RICA: GASTO EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO SEGÚN PROVEEDOR Y FUNCIÓN, 1998
EN MILLONES DE COLONES CORRIENTES

FUNCIONES		FUENTES									OFERTA TOTAL G + Pr + X	
		SECTOR PÚBLICO				SECTOR PRIVADO				Gasto Total		Sector Externo
		Gobierno General ¹	C.C.S.S	I.N.S	TOTAL	Seguros ²	HOGARES	EMPRESAS	TOTAL	Público + Privado		Ventas al Exterior
M S	Atención hospitalaria incluyendo casos diarios				0				0	0		
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública ³	3,770			3,770				0	3,770		3,770
	Atenciones de apoyo en Salud ⁴				0				0	0		0
	Productos médicos a pacientes consulta externa ⁵				0				0	0		0
	Aparatos terapéuticos; durables médicos ⁶				0				0	0		0
Rectoría y Gestión ⁷	3,688			3,688				0	3,688		3,688	
SubTotal	7,459	0	0	7,459	0	0	0	0	7,459	0	7,459	
P B L I C O	Atención hospitalaria incluyendo casos diarios	1,077 ⁸	59,799 ¹²	2,343 ²¹	63,219		206 ³¹	59 ⁴¹	265	63,484	3,088 ⁴³	66,572
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	462 ⁹	41,485 ¹³		41,946		139 ³²	59	198	42,145	3,692 ⁴³	45,837
	Atenciones de apoyo en Salud		6,461 ¹⁴		6,461				0	6,461		6,461
	Productos médicos a pacientes consulta exter.		11,982 ¹⁵		11,982				0	11,982		11,982
	Aparatos terapéuticos; durables médicos		4,247		4,247		326 ³³		326	4,573		4,573
	Rectoría y Gestión		5,199 ¹⁶		5,199				0	5,199		5,199
SubTotal	1,539	129,172	2,343	133,054	0	671	118	789	133,843	6,780	140,623	
I N S	Atención hospitalaria incluyendo casos diarios				0				0	0		0
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública			2,764 ²²	2,764				0	2,764		2,764
	Atenciones de apoyo en Salud				0				0	0		0
	Productos médicos a pacientes consulta exter.			387 ²³	387				0	387		387
	Aparatos terapéuticos; durables médicos				0				0	0		0
Rectoría y Gestión			1,931 ²⁴	1,931	99			99	2,030		2,030	
SubTotal	0	0	5,082	5,082	99	0	0	99	5,181	0	5,181	
O T R O S	Atención hospitalaria incluyendo casos diarios				0				0	0		0
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	1,187 ¹⁰			1,187		20 ³⁴		20	1,207		1,207
	Atenciones de apoyo en Salud				0		36 ³⁵		36	36		36
	Productos médicos a pacientes consulta exter.				0				0	0		0
	Aparatos terapéuticos; durables médicos				0				0	0		0
Rectoría y Gestión				0				0	0		0	
SubTotal	1,187	0	0	1,187	0	56	0	56	1,243	0	1,243	
Compras Totales al Sector Público		10,185	129,172	7,425	146,782	99	726	118	943	147,725	6,780	154,505
P R I V A D O	Atención hospitalaria incluyendo casos diarios		330 ¹⁷	442 ²⁵	773	665	2,008 ³⁶		2,672	3,445	1,493 ⁴⁶	4,938
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública		1,974 ¹⁸	536 ²⁶	2,510	158	32,572 ³⁷	5,185 ⁴²	37,915	40,425		40,425
	Atenciones de apoyo en Salud	627 ¹¹	1,230 ¹⁹	574 ²⁷	2,430	138	4,901 ³⁸	120 ⁴³	5,160	7,590		7,590
	Productos médicos a pacientes consulta exter.		524 ²⁰	57 ²⁸	582	272	23,646 ³⁹		23,918	24,499		24,499
	Aparatos terapéuticos; durables médicos		378	76 ²⁹	454	0			0	454		454
Rectoría y Gestión			189 ³⁰	189	99			99	287		287	
Compras Totales al Sector Privado		627	4,436	1,875	6,937	1,332	63,127	5,305	69,764	76,701	1,493	78,194
Compras Totales al Sector Externo		0	151	18	169	0	337	0	337	506	0	506
Gasto Total del Sector Salud		10,811	133,759	9,318	153,888	1,431	64,191	5,423	71,044	224,932	8,273	233,205

Notas:

1. En el concepto de Gobierno General se hace particular énfasis al Ministerio de Hacienda porque financia el Régimen no Contributivo (RNC). Además se incluyen las municipalidades y otras instituciones públicas como la JPS y JAPDEVA. No se incluye la CCSS.
2. La estimación para los seguros privados se hace tomando como base los porcentajes calculados por KPMG (1998). Estos indican que los esquemas de Seguros Privados fuera del INS y la Medicina Prepagada corresponden al 50% del mercado de seguros privados. De esta forma el dato se obtiene duplicando los rubros del Seguro de Gastos Médicos calculado por el departamento de Seguros Personales del INS (ver cuadro 7).
3. Los servicios de atención ambulatoria incluyen prevención y servicios de salud pública, porque no fue posible desagregar los datos.
4. Este ítem incluye exámenes de laboratorio, imágenes de diagnósticos, radiografías y traslado de pacientes.
5. Se compone del gasto en medicinas con y sin prescripción médica y otros productos como vendas, medias elásticas, profilácticos, otros contraceptivos y todos los aparatos médicos.
6. Por aparatos terapéuticos y otros durables médicos se entienden: lentes y otros productos para la visión, aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas auditivas.
7. Rectoría y Gestión comprende la administración de la salud y los Seguros de actividades públicas y privadas. Actividades como: planificación, regulación, recolección de fondos y manejo de reclamos también se incluyen en este ítem.
8. Pago que el Régimen no Contributivo hace a la CCSS, el dato se toma del BCCR y se distribuye de acuerdo a criterio propio en 70% atención hospitalaria y 30% consulta externa. Este gasto es financiado por el Ministerio de Hacienda.
9. Corresponde al 30% del gasto que paga el Régimen contributivo, financiado por Hacienda a la CCSS. Ver nota 10.
10. Corresponde al gasto del Centro Nacional de Drogas, el Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, la Universidad de Costa Rica y el Instituto Costarricense contra el Cáncer. Estimaciones hechas por el Banco Central de Costa Rica.
11. Transferencias del Gobierno Central a la Cruz Roja.

12. Representa el gasto en atención hospitalaria, estimado con base en el presupuesto de la CCSS, pero se le sustrae la atención a extranjeros (ver cuadro 4).
13. Representa el monto por consulta externa más servicios dentales, menos los servicios brindados a extranjeros (ver cuadro 4).
14. Corresponde al monto por exámenes de laboratorio (ver cuadro 4).
15. Además de los productos farmacéuticos, incluye envases de medicamentos (ver cuadro 4).
16. Incluye mantenimiento (ver cuadro 4).
17. Se obtiene de las partidas contables llamadas Libre elección médica cirugía y ayuda económica por enfermedad (ver cuadro 4).
18. Incluye atención médica en el país, libre elección médica especialidad y el gasto en cooperativas (ver cuadro 4).
19. Corresponde a las partidas contables de Gasto en traslados y hospedaje (ver cuadro 4).
20. Incluye el convenio con la Fischel y otros (ver cuadro 4).
21. Corresponde a la venta de servicios de salud que la CCSS hace al INS. La fuente es la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Este monto hay que considerarlo con precauciones porque existen subfacturación y evasión de pagos de servicios de salud atendidos por los hospitales de la CCSS (ver cuadro 6)
22. Corresponde al costo de prestaciones sanitarias que el INS hace en sus propios dispensarios (ver cuadro 5).
23. Corresponde al rubro de medicamentos suministrados y salud ocupacional (ver cuadro 5).
24. Corresponde a los Gastos Directos del Programa de Riesgo del Trabajo y el Seguro Obligatorio de Accidentes (ver cuadro 5).
25. Es la suma de Honorarios Médicos (que se pagan por Cirugías) y los servicios contratados a las Clínicas privadas (ver cuadro 5).
26. Suma de Consultas, Odontólogos y ópticas (ver cuadro 5).
27. Corresponde a la suma de Clínicas de Rayos X, Exámenes especializados y Laboratorio Clínico, más el rubro de la Cruz Roja y traslados (ver cuadro 5).

28. Son los pagos a Farmacias (ver cuadro 5).
29. Implementos Ortopédicos (ver cuadro 5).
30. Se obtiene al sumar los servicios profesionales, los honorarios a abogados y otros (ver cuadro 5).
31. Corresponde a Atención a pacientes no asegurados que la CCSS puede identificar, se supone que estas personas son de ingreso medio y alto que puede pagar por los servicios. Se distribuyó según criterio propio en 60% para hospitalización y 40% para consulta externa.
32. Además de la venta de servicios hecha por la CCSS, se suman 2.23 millones que los individuos pagaron por valoraciones para pensiones e incapacidades.
33. Corresponde a la venta de anteojos, aparatos ortopédicos y otros implementos médicos que la CCSS vende al costo a los asegurados. El dato se toma de la Cuenta de Producción de la CCSS elaborada por el Banco Central.
34. Corresponde al rubro de Atención Externa a Hogares de CTAMS y OCIS. El dato es tomado del dato de la Cuenta de Producción del Banco Central de Costa Rica.
35. Venta de servicios de CTAMS y OCIS valorada a precios de mercado, se asume que este servicio es consumido por los Hogares.
36. La estimación es tomada de Picado y Sáenz (2000), a este dato se le sustrae el monto por hospitalización financiada por seguros médicos privados no comprados al INS y los esquemas de prepago.
37. Se compone del gasto en consultas médicas y servicios dentales estimado por Picado y Sáenz (2000) menos la atención ambulatoria financiada indirectamente por los hogares en los seguros privados (fuera del INS) y la medicina prepagada.
38. Corresponde al cálculo de exámenes de laboratorio estimado por Picado y Sáenz (2000) y las donaciones que la Cruz Roja recibe de las personas.
39. Al dato de Picado y Sáenz (2000), se le sustraen 135.85 millones de colones que corresponden a las compras financiadas por seguros privados (sin incluir el INS) o medicina prepaga.
40. El aporte de los Hogares para sus operaciones en el exterior se calcula como el doble de la suma del gasto de la CCSS y el INS en el mismo rubro.

41. El dato es tomado de la cuenta de producción de la CCSS, estimada por el BCCR y corresponde al pago directo de los patronos por la atención a empleados no asegurados o en proceso de aseguramiento. La distribución del monto se hace de acuerdo al criterio propio, 50% en atención hospitalaria y 50% en ambulatoria.
42. Corresponde al cálculo de consumo intermedio hecho por el BCCR. Muestra el monto que las empresas invierten en el Programa de Médico de Empresa u otros similares.
43. El monto corresponde al Financiamiento de la Cruz Roja con Fondos Propios provenientes en su mayoría del Tico Bingo.
44. La estimación es tomada de Castillo y López (1999).
45. Este resultado incluye consulta externa y urgencias. Ver Castillo y López (1999).
46. Corresponde al 60% de las exportaciones calculadas por el BCCR.

3.2 El financiamiento del sector público y las funciones de atención en salud.

El cuadro 11 presenta la estructura del gasto del sector público, según institución de financiamiento por sector proveedor y función de atención.

En primer lugar destaca que el 65% del gasto en salud es financiado por el sector público, y dentro de este la Caja Costarricense de Seguro Social como institución principal, tiene a su cargo el 58% del gasto, frente a 4% del resto del Gobierno Central y 3% de gastos del Instituto Nacional de Seguros, correspondientes a los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y riesgos laborales.

En segundo lugar, el papel del sector privado en la provisión de servicios de salud al sector público era aún marginal en 1998, pues alcanzaba poco más de 3% del gasto total en salud, con un 2% que correspondía a compras de la CCSS.

Cuadro 11: Estructura de las compras del sector público por institución según proveedores y función, 1998

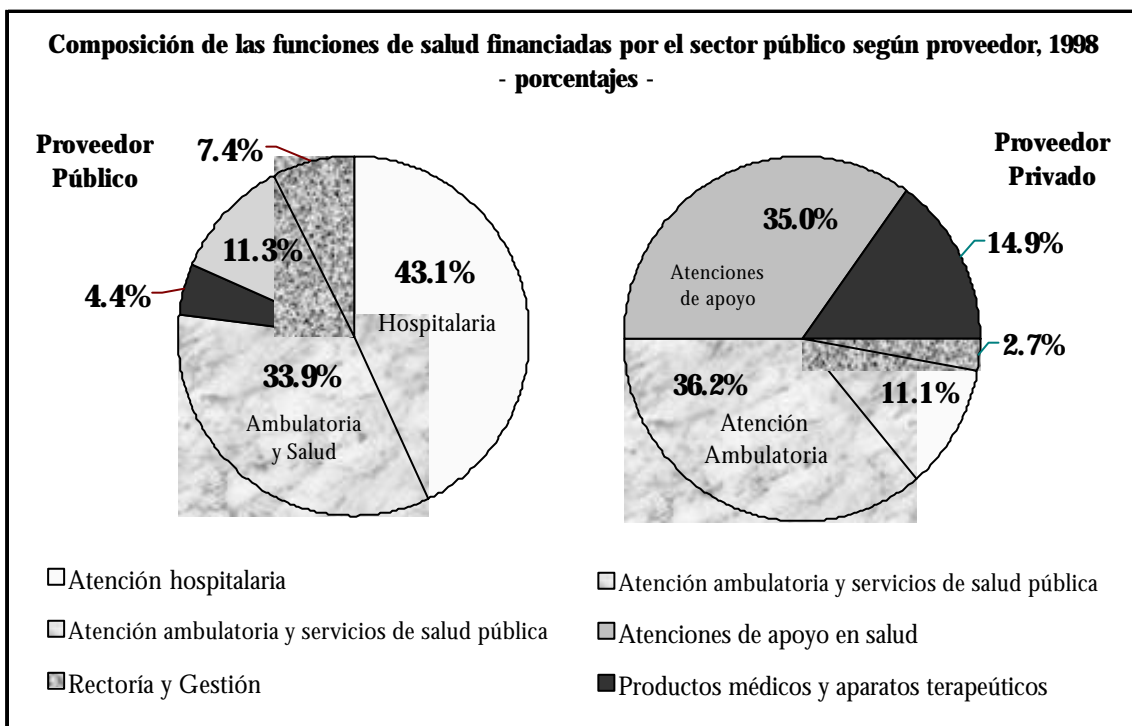
Proveedores	FUNCIONES	SECTOR PÚBLICO			
		Gobierno General	C.C.S.S	I.N.S	TOTAL
P U B L I C O	Atención hospitalaria	0%	27%	1%	28%
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	2%	18%	1%	22%
	Atenciones de apoyo en Salud	0%	3%	0%	3%
	Productos médicos y aparatos terapéuticos	0%	7%	0%	7%
	Rectoría y Gestión	2%	2%	1%	5%
	Compras Totales al Sector Público		5%	57%	3%
Composición dentro del Sector Público		7%	88%	5%	100%
P R I V A D O	Atención hospitalaria	0%	0%	0%	0%
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	0%	1%	0%	1%
	Atenciones de apoyo en Salud	0%	1%	0%	1%
	Productos médicos y aparatos terapéuticos	0%	0%	0%	0%
	Rectoría y Gestión	0%	0%	0%	0%
	Compras Totales al Sector Privado		0%	2%	1%
Compras Totales al Sector Externo		0%	0%	0%	0%
Gasto Público Total por Fuente		5%	59%	4%	68%

Fuente: Elaboración Propia con base en el Cuadro 10.

En tercer lugar, hay un patrón de especialización que se aprecia en este cuadro y se ilustra en el Gráfico 1: la Atención hospitalaria y la rectoría y gestión del sistema de salud aparecen como áreas de especialización del sector público, y la atención ambulatoria, las atenciones de apoyo en salud y los productos médicos y aparatos terapéuticos son los campos en los cuales el sector privado concentra sus actividades.

Esto es así porque la CCSS posee casi toda la capacidad hospitalaria del país y los niveles de más alta complejidad, y se trata de un campo en el que los servicios del seguro social se consideran satisfactorios. A la vez, el sector privado, para incursionar en esta área, se vería obligado a hacer cuantiosas inversiones para un mercado que es muy pequeño a menos que la CCSS le garantice una parte de la clientela a través de su sistema de compras.

Gráfico 1



3.3 El financiamiento privado y el sector privado

El Cuadro 12 presenta la composición del gasto como proporción del gasto total para el caso de servicios de salud que son financiados y provistos por el sector privado.

En primer lugar se observa que los servicios que provee el sector privado para las fuentes de financiamiento privadas corresponden principalmente a funciones de atención ambulatoria, productos médicos y aparatos terapéuticos, con una participación muy baja de servicios de atención hospitalaria.

En segundo lugar, las empresas aportan un 2.4% del gasto en salud a través de los programas de Médico de Empresa que tanto la CCSS como el INS poseen, estos programas son de naturaleza voluntaria para las empresas, que deben contratar los médicos y proporcionar los consultorios, la CCSS provee los servicios de apoyo, los medicamentos y otros implementos médicos.

Cuadro 12: Estructura del Gasto en Salud en el Sector Privado por Fuente de Financiamiento Privado según Sector Proveedor y Función, 1998¹⁰
(números relativos)

P R O V E E D O R	Funciones	FUENTE DE FINANCIAMIENTO			
		Seguros	HOGARES	EMPRESAS	TOTAL
	Atención hospitalaria	0%	1%	0%	1%
	Atención ambulatoria y servicios de salud pública	0%	14%	2%	17%
	Atenciones de apoyo en Salud	0%	2%	0%	2%
	Productos médicos y aparatos terapéuticos	0%	11%	0%	11%
	Rectoría y Gestión	0%	0%	0%	0%
	Producción Total del Sector Privado	1%	28%	2%	31%
	Composición del Sector Privado	2%	90%	8%	100%

Fuente: Elaboración Propia con base en el Cuadro 10.

En tercer lugar, se aprecia que el 90% del gasto financiado por el sector privado es pagado directamente por los Hogares, como gasto de bolsillo. La participación de los Seguros en el financiamiento del gasto representa alrededor de un 2% del gasto total financiado por el sector privado, y alrededor de un 0.6% del gasto total en salud (aunque es posible que el gasto de los seguros internacionales esté subestimado en esta caracterización).

La elevada importancia del gasto de bolsillo que revela el cuadro no se asocia sin embargo a la presencia de un alto riesgo por gastos catastróficos, como en otros países del continente, dado que el Seguro Social garantiza para toda la población la atención de este tipo de gasto. Tampoco es un problema serio para los enfermos crónicos – para los que la ausencia de seguros podría implicar flujos permanentes de gasto muy onerosos, si bien no catastróficos – pues estos

¹⁰ La suma de los porcentajes totales de los cuadros 8 y 9 no corresponde al 100% porque no se está tomando en cuenta las compras que el Sector Privado hace al Sector Público, este porcentaje corresponde al 1% faltante que completa los totales.

también pueden recurrir a los servicios del Seguro Social en esos casos. Este papel líder del Seguro Social en el aseguramiento de los riesgos mayores reduce el tamaño del mercado para la provisión de seguros privados.

Por otra parte, es posible que el principal efecto negativo de la debilidad de los Seguros de salud sea la ausencia de contrapesos a la práctica de los médicos y las empresas distribuidoras de productos farmacéuticos, pues no existen contrapartes o intermediarios capaces de enfrentar la fuerza oligopólica que caracteriza estos mercados por las asimetrías de información del primero y la concentración de mercado del segundo.

Debe señalarse además que el Instituto Nacional de Seguros actúa en este mercado como un monopolista privado y sus métodos de selección excluyen enfermedades previas y buscan elegir compradores de bajo riesgo. No hay regulaciones que obliguen al INS a asegurar riesgos mayores.

3.4 El financiamiento externo y el sector externo

El *sector externo* como *proveedor* es muy pequeño, los servicios que brinda son hospitalarios y en su mayoría corresponde a las operaciones de cataratas que los costarricenses se hacen en Colombia. De acuerdo a OPS (1999) estas importaciones parecen tener una demanda creciente, pero por el momento no representan una cantidad significativa, pues corresponde al 0.2% (0%) del gasto total (Ver cuadro 13). En términos del financiamiento, los pagos directos de los hogares, financian dos terceras partes de las importaciones de servicios y el sector público financia el resto.

En contraste, el sector externo como demandante de servicios, presenta para toda la década una tendencia al aumento.

Cuadro 13: Gasto porcentual en Salud por Fuente según proveedor Costa Rica, 1998

Proveedores	Fuente		Total
	Privada	Pública	
Privado	31.0%	3.1%	34.1%
Público	0.4%	65.3%	65.7%
Externo	0.1%	0.1%	0.2%
Total	31.5%	68.5%	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Cuadro 10.

En 1998, las exportaciones de servicios de salud representaron el 4% del gasto en salud total. Esta proporción consumida por extranjeros es producida tanto en el sector privado como en el público (Cuadro 14).

En cada sector, los consumidores están bien segmentados:

- *En el sector público* los usuarios son en su mayoría, inmigrantes de bajo nivel de ingreso y escasa o nula capacidad de pago que demandan los servicios de hospitalización y atención ambulatoria de la CCSS. Las estimaciones disponibles indican que el gasto en servicios prestados a extranjeros equivale al 5% del gasto de la CCSS.
- Los procesos migratorios de los últimos años, y en especial las migraciones temporales, han dado lugar a importantes prestaciones de servicios a extranjeros por parte del sistema nacional de salud. Esta tendencia tenderá a aumentar en los próximos años, debido a fallos de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia que obligan a las instituciones públicas de salud a prestar sus servicios a extranjeros en las mismas condiciones que se prestan a los nacionales. La única restricción para ello es asegurarse un momento antes de solicitar la prestación de los servicios.
- Este fenómeno expande la oferta de servicios del sector privado pero contrae la oferta pública de servicios de salud, pues los extranjeros que acuden a la CCSS no están, en la mayoría de los casos financiando ni directa ni indirectamente los servicios que consumen, de modo que sus gastos corren por cuenta del Estado o se toman de las contribuciones de los asegurados y patronos, disminuyendo la disponibilidad de recursos para el consumo doméstico (Ver Cuadro 12).
- *Al sector privado* acuden los extranjeros con capacidad de pago, especialmente por servicios de cirugía cosmética.

Cuadro 14: Oferta de servicios de salud de Costa Rica, 1998

	Con respecto al Gasto Total			Con respecto al PIB		
	Gasto	Exportaciones	Oferta	Gasto	Exportaciones	Oferta
Doméstico	100%	4%	104%	6%	0%	7%
Importaciones	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	4%	104%	6%	0%	7%

Fuente: Elaboración Propia con base en el Cuadro 10.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Berman, P (Octubre, 1996) “Cuentas Nacionales en Países en Desarrollo: Métodos Adecuados y Aplicaciones Recientes” Data for Decision Making Project
- Berman, P. L Arellanes, P Henderson y A Magnoli (Abril, 1999 “Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network” Partnerships for Health Reform USAID
- Caja Costarricense del Seguro Social (1999) *Anuario Estadístico de 1998* Dirección Actuarial, Caja Costarricense del Seguro Social
- Castillo, J y L López (1999) “ Estimación del Costo de Atención de los Extranjeros en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social *Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica* Gerencia de Modernización y Desarrollo Caja Costarricense de Seguro Social.
- Chacón, D (1999) “Gasto Público en Salud, 1998” *Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica* Departamento de Estadística Caja Costarricense de Seguro Social
- Costa Rica, Ministerio de Salud (Mayo, 2000) *Memoria Anual 1999* Ministerio de Salud
- KPMG (1998) *Estudio sobre la prestación y el financiamiento privado de los servicios de salud* Informe elaborado por la firma consultora KPMG para el Proyecto de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Molina, R. et al (Julio - Agosto, 2000) “Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias” *Revista Panamericana de Salud Pública*.8, 1-2:71-83.
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2000) *Un sistema de Cuentas Nacionales de Salud*. Unidad de Políticas de Salud. Revisión y Edición en Español por Villacrés, Nihda y Ruth Lucio.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance* World Health Organization, Documento en internet (www.who.int)

Picado, G y K Sáenz (2000) "Estimación del Gasto Privado en Servicios de Salud en Costa Rica" *Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica* Departamento de Estudios Económicos Caja Costarricense de Seguro Social

Proyecto Estado de la Nación (2000). Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: un análisis amplio de la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales 1999. Proyecto Estado de la Nación

Rannan-Eliya, R y P Berman (Octubre, 1995) "Cuentas Nacionales en Salud en Países en Desarrollo: Mejorando los Fundamentos" Data for Decision Making Project