
ARTÍCULO DE REVISIÓN

Componentes económicos del contexto costarricense que se relacionan con la Salud Universal

Components of the Costa Rican context that are related to Universal Health

Luis Jiménez Herrera^I, Ana María Gálvez González^{II}.

- I. Licenciado en Farmacia, Magister Scientiae en Salud Pública. Facultad de Farmacia - Instituto de Investigaciones Farmacéuticas INIFAR. Aspirante a Doctor Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. ENSAP. Cuba. Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: luis.jimenezherrera@ucr.ac.cr
 - II. Doctora en Ciencias de la Salud. Jefatura del Departamento de Economía de la Salud. Profesora e investigadora titular. Escuela Nacional de Salud Pública. ENSAP. República de Cuba. Correo electrónico: galveza@infomed.sld.cu
Universidad de Costa Rica.
Escuela Nacional de Salud Pública
-

RESUMEN

Introducción: Acceso y cobertura a servicios de salud constituyen la Salud Universal, esto requiere de un financiamiento eficiente y equitativo que depende de diversos aspectos económicos. **Objetivo:** Describir el comportamiento de componentes económicos del contexto costarricense que se relacionan con la Salud Universal.

Método: Lectura crítica de documentos de diversos entes y artículos científicos seleccionados por conveniencia que se complementó con la consulta a expertos.

Resultados: El crecimiento económico permite desarrollo social, a partir del aporte que el sector salud recibe en un porcentaje del producto interno bruto mayor al 6%. Aunque se ofrece cobertura universal, 5% de la población no tiene acceso a servicios de salud y la percepción de la calidad de los servicios disminuye. Más de un 20% corresponde al gasto de bolsillo, el gasto público va en aumento y las debilidades en la gestión de los recursos ralentiza la economía. El sector público, tiene una composición compleja y fragmentada que dificulta el control de los gastos, falta coordinación inter sectorial y del aseguramiento de los aportes financieros para la sostenibilidad del sistema de salud. **Conclusiones:** La inversión social en causa la salud universal en respuesta a los aportes que recibe, el gasto en el sector público aumenta sin resultados con calidad, el gasto de bolsillo es catastrófico y se podría limitar el acceso a los medicamentos en el futuro. La incapacidad estatal en mejorar las finanzas públicas, evidencia la falta de eficiencia en el manejo de los recursos públicos que impone retos a corto plazo.

Palabras clave: Salud, economía, acceso, cobertura, universal, Costa Rica.

ABSTRACT

Introduction: Access and coverage to health services constitute the Universal Health, this requires an efficient and equitable financing that depends on diverse economic aspects. **Objective:** To describe the behavior of economic components of the Costa Rican context that are related to Universal Health.

Method: Critical reading of documents from different entities and scientific articles selected for convenience that was complemented with consultation with experts.

Results: Economic growth allows social development, based on the contribution that the health sector receives in a percentage of gross domestic product greater than 6%. Although universal coverage is offered, 5% of the population does not have access to health services and the perception of the quality of services decreases. More than 20% corresponds to out-of-pocket spending, public spending is increasing and weaknesses in the management of resources slows down the economy. The public sector has a complex and fragmented composition that makes it difficult to control expenditures, there is a lack of inter-sectoral coordination and the assurance of financial contributions for the sustainability of the health system. **Conclusions:** Social investment raises universal health in response to the contributions it receives, spending in the public sector increases without quality results, out-of-pocket spending is catastrophic and access to medicines could be limited in the future. The state's inability to improve public finances evidences the lack of efficiency in the management of public resources that imposes short-term challenges.

Keywords: Health, economy, access, coverage, universal, Costa Rica.

Conflicto de intereses: Se declara que no existe ningún conflicto de intereses con la publicación de este manuscrito.

INTRODUCCIÓN

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a sus Estados miembros a establecer políticas públicas que favorezcan la Salud Universal (SU) y que las personas logren acceso a los servicios de salud sin discriminación y sin dificultades financieras. Esto requiere de cobertura universal acorde con las condiciones de cada contexto a través de servicios de calidad, integrales, adecuados y oportunos; así como disponer de medicamentos de calidad, asequibles, seguros y eficaces. ^(1,2)

La SU, se convierte en un pilar fundamental de un sistema sanitario que aspira a la eficiencia social con equidad y se basa en cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: Acceso equitativo a servicios de salud, fortalecimiento de la rectoría y gobernanza, fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y el incremento del financiamiento con equidad y eficiencia. ^(1,2) La OMS estima que, entre 20-40% del gasto sanitario, se desaprovecha por ineficiencia por una gama de diversas causas. ^(1,3-5)

Costa Rica (CR), país de Centroamérica (CA) con una democracia consolidada en Latinoamérica (LA) y miembro de la OMS, se sumó con interés a esta estrategia. Se caracteriza por disponer de políticas sociales, ambientales y de derechos humanos, con una economía abierta y moderna. Reporta buenos indicadores en salud, la esperanza de vida promedio de 80 años, un índice de desarrollo humano de 0,776 y una tasa de

mortalidad infantil de 7,9 por cada 1000 niños nacidos vivos; derivado en parte de una importante inversión social en educación, pensiones y salud. ⁽⁶⁻¹²⁾

Desde 1983, el sector salud del área social costarricense, se compone de un conjunto de instituciones donde se trabaja por el bienestar poblacional. En 1989, se conformó el Sistema Nacional de Salud (SNS) que agrupa instituciones públicas, privadas y diversos grupos comunales. La Seguridad Social, forma parte del SNS y tiene tres componentes: 1. Prestaciones en salud a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto de Seguros (INS), 2. Prestaciones económicas que cubren pensiones y subsidios, y 3. Prestaciones sociales mediante una red muy amplia de organizaciones gubernamentales. ^(7,9,11,13,14)

La CCSS, se constituye la principal prestadora de servicios públicos y cuenta con una red de hospitales, clínicas y centros de atención. Existen servicios en el sector privado con fines de lucro (hospitales, clínicas y otros centros), instituciones sin fines de lucro como la Cruz Roja Costarricense y un sistema mixto compuesto por el Sistema Médico de Empresa, Medicina Mixta y Sistema de Cooperativas. ^(7,9,13,14)

El país, creció económicamente, al minimizar una actividad con base en la agricultura y pasar a la diversificación con apertura comercial e inversión extranjera directa e industrias de alto valor. Pero, con deficiencias en aspectos educativos y de salud, especialmente, en el sector público. ^(12,15-17)

En CR, se trabaja en los cuatro pilares que fundamentan la SU y el aspecto financiero toma relevancia en la medida en que se busca garantizar la sostenibilidad y eficiencia del SNS. ⁽²⁾

El objetivo de este trabajo es describir el comportamiento de componentes económicos del contexto costarricense que se relacionan con la SU.

MÉTODO

Se realizó una lectura crítica de documentos que se seleccionaron por conveniencia de las siguientes fuentes:

- Asamblea Legislativa de Costa Rica
- Banco Mundial BM
- Banco Interamericano de Desarrollo BID
- Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales GLACSO
- Contraloría General de la República de Costa Rica CGRCR
- Instituto Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica INEC
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL
- Ministerio de Salud de Costa Rica MINSAL
- Organización Internacional del Trabajo OIT
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud OPS/OMS
- Artículos científicos disponibles en Scielo, Redalyc, Dialnet, Science direct.

Los indicadores principales de interés fueron:

- Producto Interno Bruto (PIB)
- Porcentaje del PIB como gasto público en salud
- Porcentaje del gasto de bolsillo en el sector privado

Se realizó una combinación de análisis en el tiempo y de comparaciones porcentuales. Las cifras, se expresaron en dólares internacionales del año 2017.

Se complementó con una entrevista no estructurada a informantes clave (n= 4) de profesiones economistas y médicos especialistas en organización y administración de salud, con experiencia en el trabajo de SU y economía.

Se mantienen los principios éticos de investigación, la confidencialidad de los informantes clave y el rigor en el uso de la información.

Costa Rica en el contexto Latinoamericano y del Caribe.

La cobertura y el acceso a los servicios de salud son la base de la SU; no obstante, en LA, se encuentran personas sin acceso a los servicios de salud por causas tales como la falta de recursos o trabajo estable, servicios que no se ajustan al contexto poblacional y restricciones funcionales. ⁽⁵⁾

Con el crecimiento económico en LA, se logra inversión en salud, algunos países muestran mayor eficiencia. Se estimó la eficiencia del gasto sanitario en LA, al considerar el gasto total per cápita en salud (dólares internacionales) como variable independiente y las variables dependientes fueron la esperanza de vida y la mortalidad infantil; Costa Rica y Cuba fueron los países más eficientes según la esperanza de vida y por mortalidad infantil, Cuba obtuvo el primer lugar y Costa Rica el sexto. ^(3, 18)

En 2007, en CA el gasto total promedio en salud fue de un 7,1% del PIB, aunque en algunos países se destina menos recursos al gasto público social per cápita, en comparación con otros países de LA y el Caribe. ⁽¹⁹⁾

Entre el 2007 y 2014, el gasto social total como porcentaje del PIB y como porcentaje del gasto público; aumentó en CR, Guatemala y Nicaragua; pero el gasto en salud como parte del gasto público, disminuyó en el resto de los países. ⁽²⁰⁾

En CA, el acceso a los servicios de salud mejoró en general; no obstante, en Guatemala 40% de la población no tiene acceso a los servicios de atención primaria; en Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá el acceso a los servicios en las áreas rurales requiere mejoras y en Honduras y Guatemala, hay dificultad de acceso a los medicamentos. ⁽¹⁷⁻²⁵⁾

CR y otros países de LA, cuentan con listas de medicamentos esenciales; pero en el 60% de ellos, hay un acceso a medicamentos menor al 80% y un gasto per cápita de medicamentos de USD 40 mediante la financiación por el gasto de bolsillo, seguro público, mutual y sector privado. Algunos países son productores de medicamentos a gran escala (México, Brasil y Argentina); otros (Ecuador) dependen más de las exportaciones y CR combina ambas modalidades. ^(11,17,26)

En CR, se tienden a gastar más en curación a nivel hospitalario que en prevención de la enfermedad y promoción de la salud a nivel primario; en especial, por deficiencias en la gestión de los recursos, fragmentación e insuficiente coordinación entre las instituciones correspondientes. ⁽¹⁷⁻²⁵⁾

Hay ineficiencias y se malgasta el 4,7% del PIB (mayor al 4,4% promedio de LA) por debilidades en el sector público como consecuencia del excesivo pago de remuneraciones salariales, compras que no se planifican bien y transferencias que se focalizan pero que no logran el resultado pertinente. ⁽²⁷⁾

Breve evolución del producto interno bruto costarricense

El PIB es una medida del valor de la actividad económica, se calcula como el consumo + inversión + gasto del gobierno + (exportaciones– importaciones) y permite visualizar el grado de bienestar poblacional. ⁽²⁷⁾

Antes de 1950, CR crecía un 1,31% anual, después de abolir el ejército, el crecimiento fue de 2,44% en promedio en los últimos 60 años. ⁽²⁸⁾

En los años 70, el PIB real promedio fue de 6,3% y a inicios de los 80´s con la crisis mundial bajo a -2,9%. ⁽¹⁷⁻²⁵⁾

A finales de los años 80, el PIB fue de 4,5% y en los 90´s de 5,5%, en la década del 2000 mejoró a un 4,9%, a excepción del 2009 (0,9%), por otra crisis económica que contribuyó a aumentar el déficit público y la deuda.

En los últimos años, el PIB continúa en cifras alrededor de un 4,5%. ⁽²²⁾

El gasto público en salud en Costa Rica

El gasto total en salud contempla la prestación de servicios de salud y se desglosa en función del financiamiento: público (gobierno, Seguridad Social), privado prepago (seguros voluntarios) y gasto de bolsillo (directo, copago o por contribuciones). ⁽²⁷⁾

El crecimiento económico, permitió inversión en el gasto público en salud, por lo que CR destaca en la región de LA. ⁽²⁹⁾ No obstante, la crisis económica de los 80´s, generó una crisis organizacional y financiera en el SNS, a esto, se le sumó la implementación parcial, por razones políticas de la reforma del sector salud (1993) que se complementó con inequidades en la universalización geográfica de los servicios de salud. ⁽³⁰⁾

Tabla 1. Producto Interno Bruto anual, Producto Interno Bruto anual per cápita y porcentaje del Producto Interno Bruto destinado al sector salud en Costa Rica, 2007-2017.

Año	PIB anual M USD	PIB per cápita	% PIB destinado al sector salud*
2017	57.600	11.619	9,3
2016	57.810	11.776	6,5
2015	55.410	11.423	6,7
2014	51.181	10.679	9,3
2013	50.326	10.633	9,8
2012	46.984	10.055	10,0
2011	42.717	9.261	10,1
2010	37.634	8.264	9,6
2009	30.826	6.897	9,6
2008	30.844	7.003	9,0
2007	26.856	6.187	8,3
2006	22.659	5.296	8,0

Fuente: <https://datosmacro.expansion.com/pib/costa-rica>

*<https://es.actualitix.com/pais/cri/costa-rica-gasto-en-salud.php>

El desarrollo social, ⁽⁶⁾ se relaciona con el crecimiento económico por los aportes al sector salud a través del tiempo, en un porcentaje (ver tabla 1) que corresponde con las recomendaciones de la OMS (>6%). Ese interés, se sustenta en la constitución donde se declara que la salud es un derecho e indica que *El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país;* ⁽³¹⁾ además, la Ley General de Salud considera que *La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.* ⁽³²⁾

Sin embargo, la crisis financiera del SNS, ⁽³³⁾ se incrementó en los últimos tiempos y esto, tiene relación con la falta de solvencia económica del gobierno, pues los ingresos por recaudación de impuestos o no tributarios, transferencias y contribuciones sociales, no son suficientes para cubrir los gastos, lo que se agrava con el incremento de la deuda interna y externa. ⁽⁸⁾

Tabla 2. Gasto público, gasto público como porcentaje del Producto Interno Bruto, gasto público per cápita, gasto en salud, gasto en salud como porcentaje del gasto público total y gasto salud per cápita en Costa Rica, 2007-2017.

Año	Gasto Público (M USD)	Gasto público % PIB	Gasto público per cápita (USD)	Gasto público en salud (% G. Salud)	Gasto en salud (M USD)	G. Salud (% G. Público Total)	Gasto salud per cápita (USD)
2016	11.190,5	19,35	2.280	75,21	3.237,7	23,68	662
2015	10.685,0	19,29	2.203	74,96	3.212,1	23,70	665
2014	9.830,3	19,21	2.051	73,06	2.911,8	23,34	610
2013	9.645,9	19,17	2.038	75,00	2.934,3	24,06	623
2012	8.393,5	17,88	1.796	74,26	2.729,2	25,72	587
2011	7.523,8	17,61	1.631	73,19	2.538,7	26,45	553
2010	6.951,5	18,49	1.526	73,27	2.210,8	28,99	488
2009	5.232,0	16,95	1.171	71,93	1.733,5	30,61	388
2008	4.851,7	15,74	1.102	68,66	1.577,3	26,09	358
2007	4.007,2	14,92	923	67,02	1.259,6	24,63	290
2006	3.538,2	15,62	827	66,93	1.054,0	22,06	246

Fuente: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/costa-rica>

vienda, seguridad y asistencia social; asimismo, se favoreció el incremento de la clase media que pasó de 18,0% (1992) al 40,0% (2009).⁽⁶⁾

El ingreso per cápita en CR, se duplicó en términos reales en las últimas tres décadas y facilitó el acceso a los servicios de salud, educación y pensiones.⁽¹⁾

Aunque el gasto público que se destina a esos componentes, no siempre ocurre en igual proporción, como ejemplo en 2014, se destinó 14% a pensiones, un porcentaje casi el doble que el que se destinó a salud y educación.⁽²²⁾

El sector público, tiene una estructura administrativa (Cuadro 1, gráfico 1) que incluye unas trescientas instituciones con actividad pública y privada, lo que dificulta el control y se aumenta el gasto.⁽²⁷⁾ Hay instituciones descentralizadas no empresariales, instituciones públicas financieras, empresas públicas no financieras y órganos desconcentrados;⁽²³⁾ aunque esos centros se relacionan y se afectan mutuamente, no guardan relación directa, más bien generan comportamientos adaptativos producto de sus interacciones que no son sinérgicas y duplican, esfuerzos y recursos.⁽³⁴⁾

La existencia de menos recursos disponibles deriva del hecho de que la mitad del presupuesto anual, se destina a pagar los intereses de las deudas con los bancos internacionales, a la poca capacidad para recaudar mayores ingresos y a una gran evasión fiscal; con todo esto, los gastos del gobierno siguen en aumento.⁽⁶⁾

El aumento del gasto público social a partir del PIB (ver tabla 2), en consonancia con la política social, creció en cifras mayores al promedio de la región de AL,⁽²¹⁾ lo que permitió mejoras en aspectos que se relacionan con salud, educación,

Cuadro 1. Estructura administrativa del sector público de Costa Rica. 2011.

Nivel Central
Poder ejecutivo y órganos adscritos
18 ministerios
77 órganos adscritos
Sector público descentralizado institucional
34 instituciones autónomas
13 organismos adscritos
8 instituciones semi-autónomas
25 empresas públicas
46 entes públicos no estatales
1 ente administrador de fondos públicos
Sector público descentralizado territorial
81 municipios

Fuente: Galilea S, Letelier L, Ross K. CEPAL. 2011.

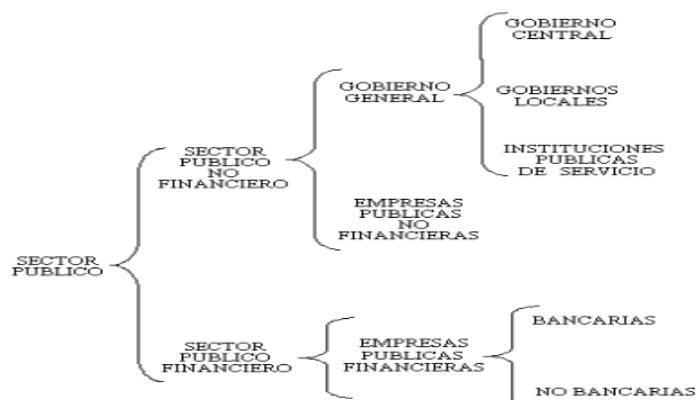


Gráfico 1. Clasificación del sector público en Costa Rica.

Fuente: Contraloría General de la República. Clasificador Institucional del Sector Público. 2018. P141.

El sector público no financiero se compone de:

A) Gobierno General, incluye:

- a.1 Instituciones descentralizadas no empresariales: Con cierto grado de autonomía y de servicio.
- a.2 Gobierno Central: Instituciones no desconcentradas ni descentralizadas (Poder Ejecutivo, Poder Legislativo, Poder Judicial, Tribunal Supremo de Elecciones y órganos auxiliares)
- a.3 Órganos desconcentrados por ley o reglamento.
- a.4 Gobiernos locales, Comités, ligas, federaciones.

B) Empresas públicas no financieras, pueden ser un órgano, institución autónoma o semi autónoma, ente público estatal o no estatal, ente privado.

El sector público financiero, incluye: Instituciones Públicas Financieras Bancarias, Instituciones Públicas Financieras no Bancarias, Instituciones Públicas Financieras de Rectoría y Supervisión.

Esa composición particular del sector público, ocasiona que el Gobierno Central pierda el control del gasto público al disminuir la capacidad de seguimiento del presupuesto que se asigna a cada ente y a la imposibilidad de asegurar que el gasto se ajuste a los objetivos nacionales que se establecen. ⁽¹⁵⁾ Las instituciones tienden a presupuestar con base en el patrón histórico, ⁽¹¹⁾ donde un 34% del presupuesto total, el gobierno lo presenta ante la Asamblea Legislativa para la respectiva aprobación y control político; pero el 66% se aprueba de manera automática y solo hay control legal por parte de la CGRCR. ⁽²³⁾

La CGRCR, clasificó las instituciones del sector público según el grado de avance de atención a las disposiciones y recomendaciones emitidas en los informes de auditoría (2016-2017) sobre aspectos de eficacia, eficiencia y gestión; de 173 instituciones que se evaluaron, una importante cantidad requieren mejoras en el aspecto de eficiencia. ⁽²⁴⁾

El sector salud ⁽³³⁾ (cuadro 2), contempla entes autónomos o semi-autónomos que contribuyen en la complejidad de la gestión de recursos y con una composición del gasto público de 80% CCSS, 8% ICAA, 6% MINSAL, 4% INS y 2% INISA. ⁽²⁵⁾

Cuadro 2. Composición del sector salud de Costa Rica, 2011.

Nivel central	Nivel desconcentrado
Ministerio de Salud	Instituto costarricense de Acueductos y alcantarillados ICAA**
Ministerio de la Presidencia	Caja Costarricense de Seguro Social CCSS**
Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN)	Instituto Nacional de Seguros**
	Instituto de Investigaciones en Salud INISA de la Universidad de Costa Rica**
	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA*
	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición INCIENSA *
	** Instituciones autónomas, * Institución semi autónoma

Fuente: Galilea S, Letelier L, Ross K. CEPAL. 2011.

que crecen y se diversifican. Además de la medicina de empresa, medicina mixta, cooperativas de salud; se incluye la compra de servicios de alta tecnología que ameritan de una estricta regulación para lograr eficiencia social. ^(17,22)

Con la reforma del sector salud, se buscó aumentar la capacidad de la CCSS al rediseñar la organización y función del sector. Al MINSA, le corresponde la rectoría con financiamiento estatal con base en impuestos indirectos y la prestadora de servicios de salud es la CCSS, con un financiamiento tripartito entre el Estado (0,25%), el patrono (9,25%) y los trabajadores (5,50%). ⁽³⁵⁻³⁸⁾

El gasto social de los 90´s, permitió que la CCSS lograra la descentralización institucional y se fortaleció la administración hospitalaria, la cultura de evaluación y la participación ciudadana mediante las Juntas de Salud; que permitieron un avance hacia la SU, con excepción de los grupos con dificultades de acceso; ⁽³⁵⁾ en el 2000, la cobertura universal en salud fue del 90% y en el 2014, de un 95%. ⁽¹¹⁾

Con la descentralización de los servicios en salud, se mejoró la cobertura y la calidad de los servicios públicos al dotar de autonomía legal política, de responsabilidad y representatividad política y administrativa a los centros de salud que se financiaron tras la generación de recursos propios, transferencias del gobierno central o de una mezcla de ellas. ⁽³⁹⁾

De las funciones básicas estatales (estabilidad macroeconómica, asignación de recursos y redistribución del ingreso), sólo se puede descentralizar la asignación de recursos a los gobiernos locales al considerar la eficiencia que se busca: a) Técnica relación insumos-productos, b) Asignación utilización de recursos, c) Escala de producción y d) Servicio oferta brindada versus satisfacción de las necesidades. ^(27,39)

De acuerdo con la Ley, el Estado realiza gastos por transferencia de un 10% de los ingresos de la República a las municipalidades o gobiernos locales; dado que se pueden descentralizar algunas funciones del nivel central, excepto, salud y educación. No obstante, un estudio evidenció que existe una tendencia al centralismo en materia fiscal e institucional; y otro, encontró que se descentraliza donde hay mayor densidad poblacional. ^(39,40)

La reforma en salud, no generó los resultados que se esperaban; de ahí que, un equipo consultor, recomendó acciones respecto a ingresos, gastos y la gestión en la CCSS; para mejorar la sostenibilidad financiera que muestra problemas desde el 2009, en especial, por el gasto creciente en el aumento del número de personal, las consecuentes remuneraciones e incrementos salariales y la menor capacidad de recaudación de ingresos. ⁽⁴¹⁾

En un estudio, se valoraron las tendencias del gasto público social al considerar aspectos de educación, salud, protección social y empleo; se encontró que hace falta mayor rendición de cuentas, así como el diseño, implementación y ejecución de intervenciones más socialmente efectivas. ⁽²³⁾ De ahí que, con base en otro estudio, se hace importante considerar que la utilización de los servicios de salud de consulta ambulatoria y urgencias en servicios públicos, se relacionan con el nivel de ingreso y la zona de residencia; mientras la hospitalización con el nivel educativo. ⁽⁴²⁾

Aunque el porcentaje del gasto en salud respecto al PIB aumentó en el tiempo; ese gasto no se relaciona directamente con mejoras en los servicios, sino más bien es producto del incremento de los salarios del personal médico. También, la percepción de la calidad de atención no es adecuada, como consecuencia en la demora para la atención. ⁽¹¹⁾

El aumento en los gastos también aumenta el déficit fiscal y tanto, el déficit como la deuda pública muestran tendencia al alza, donde el gasto público es un disparador del

déficit fiscal, principalmente, en lo que se refiere a los pluses salariales y a las transferencias corrientes que realiza el gobierno por mandato constitucional.^(11,12,43)

En un estudio, se evidenció que la carga tributaria, los impuestos de consumo en un menor grado que los aspectos que se relacionan con la renta y un estado con tendencia intervencionista o de alta inversión pública; disminuye la inversión privada.⁽⁴⁴⁾

El gasto de bolsillo en el sector privado

El gasto de bolsillo, es un indicador de la protección financiera y niveles superiores al 20% en gasto total en salud, se asocian con gastos catastróficos o empobrecedores que reflejan las dificultades para acceder a los servicios de salud⁽²⁷⁾ y muestra el grado de desigualdad e ineficiencia en la distribución de los riesgos en salud.⁽³⁸⁾

El sector privado juega un rol importante,⁽⁴⁵⁾ cerca del 32% del gasto en salud ocurre en el sector privado⁽³³⁾ y hay indicios de un sistema dual.⁽¹¹⁾ 80% del gasto de bolsillo corresponde a las consultas médicas y medicamentos; este, como porcentaje del gasto total en salud aumentó: 18,7% (2000), 23% (2012) y 24,9% (2014).^(11,33,45)

Tras el análisis de la participación del sector privado, se encontró que el MINSA ejerce una función rectora muy débil y hay ausencia de un sistema de regulación económico específico, para enfrentar las distorsiones inherentes a los mercados de los servicios de salud.⁽⁴⁵⁾ Otros autores citan que, los actores privados y públicos en el SNS, carecen de un enfoque estratégico que articule de forma adecuada su interrelación.⁽⁴⁶⁾ Así, se identificó una actividad médica público-privada que utiliza recursos públicos con afectación en los gastos en salud.⁽⁴⁷⁾

Un componente del gasto en salud, lo constituyen los medicamentos,⁽²⁷⁾ se reportaron ventas de medicamentos por USD 200 millones, 38% correspondió a la CCSS (40% del mercado local y 60% por importación) y el resto al sector privado, donde el precio final tiene una afectación por el 30% del laboratorio productor, 23% de las distribuidoras y 15-30% por las farmacias detallistas.⁽⁴⁸⁾ El gasto per cápita en medicamentos también crece aceleradamente y la judicialización en la CCSS, juega un rol relevante.⁽⁴⁹⁾

Los tratados de libre comercio, podrían a futuro, aumentar entre un 17-31% los precios de los medicamentos, lo que aumentaría de USD176-331 millones el gasto en la CCSS en este rubro, disminución las ventas de la industria local (7-31%) con una menor participación en la CCSS, al pasar de 33% en el 2010 a 25% en el 2030.⁽⁵⁰⁾

Consideraciones finales

La Salud Universal, tiene una íntima relación con componentes económicos del contexto costarricense, se invierten recursos que contribuyen a mejorar el bienestar, lo que aumenta la producción y esta contribuye con la economía; a mejor economía, también se favorece el bienestar.

Lo anterior, por la existencia de un conjunto de instituciones que deben de trabajar en forma coordinada, para maximizar esfuerzos y recursos a través de una organización que considere la relación del sector público y privado, a partir de una gestión estratégica que se planifica a partir de datos confiables y comparables con base en el uso del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), con el que se identifican los problemas y necesidades de las personas y se puede priorizar la atención en salud.

La salud, debe ser el eje primordial de la sociedad y hay que lograr consenso y voluntad política, trabajo intersectorial e intrasectorial para lograr bienestar, con rendición de cuentas, regulación y control; al considerar una cultura de educación

económica de eficiencia en el uso de los recursos con base en la evidencia científica y que los presupuestos respondan a la demanda de la realidad de la población.

En ese sentido, el primer nivel de atención a la salud requiere fortalecimiento, hay que racionalizar el gasto de recursos mediante la monitorización y la evaluación de todos los procesos y orientar los esfuerzos a la salud más que a la enfermedad, de modo que los recursos que se invierten sean de manera eficiente y equitativa, en correspondencia con las metas que se establecen.

En CR, se realiza al sector salud un aporte mayor del 6% del PIB, pero siempre debe reflejarse en resultados que mejoren el bienestar, se demanda un rol preponderante del MINSA y el control adecuado del gasto en el sector público, para que se mejore la calidad de los servicios de salud y se minimice el impacto en el gasto de bolsillo.

El binomio, acceso y cobertura a los servicios de salud o sea la SU y los componentes económicos en CR, tienen una relación de larga data mediante inversión social que permite avances en la cobertura universal, gracias a los aportes que se reciben. No obstante, en los últimos años, el gasto público en salud no se refleja en igual grado, en la mejora de la calidad de los servicios de atención de la salud y, por el contrario, existe un deterioro que se evidencia por listas de espera de la atención médica en el sector público y que en parte motiva, el aumento del gasto directo de bolsillo cuando las personas optan por servicios de atención rápida en el sector privado.

A la fecha, el acceso a los medicamentos es adecuado, pero se vislumbran retos a futuro; en especial, por al efecto negativo que pueden generar los altos precios de los medicamentos como consecuencia de los tratados de libre comercio y a la incapacidad estatal para mejorar las finanzas públicas y lograr un uso eficiente de los recursos, en especial, en el sector salud; lo que impone desafíos a corto plazo en pro de la mejora del colectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal a la salud. 53.º Consejo Directivo. 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas [Internet]. Washington: OPS; 2014. [citado 14 Oct 2018] [aprox. 32p.]. Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
2. Del Riego A. Las políticas para la salud universal. Reunión Subregional. Los centros de formación de recursos humanos y gestión del conocimiento en políticas de salud en Centroamérica y RD: su aporte a las políticas públicas hacia la Salud Universal. Antigua, Guatemala, abril 24-25 [Internet]. Washington: OPS; 2017. [citado 14 Oct 2018]. Disponible en: https://centro.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/2017/reu_cf_gdc_antigua_abril/agenda.pdf
3. Melgen L, García C. Análisis de la eficiencia del gasto sanitario de los países de América Latina y el Caribe. Salud pública de México [Internet]. 2017[citado 14 Oct 2018]; 59: 583-91. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000500583
4. Alger J, Becerra F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo L. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. Revista

- Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 14 Oct 2018]; 26 (5):447-57. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/10.pdf>
5. Organización Internacional de Trabajo. Organización Panamericana de la Salud. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión. Reunión Regional Tripartita OIT con la colaboración de la OPS [Internet]. México: OIT; 1999. [citado 30 Oct 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/42719/elgastotextfinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 6. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. El presupuesto de Costa Rica: La insuficiencia fiscal a las puertas [Internet]. México: OIT/OPS; 2016. [citado 30 Oct 2018]. [aprox. 14 p.]. Disponible en: https://www.icefi.org/sites/default/files/el_presupuesto_de_costa_rica_la_insuficiencia_fiscal_a_las_puertas.pdf
 7. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Las Américas. Costa Rica [Internet]. Washington: OPS; 2017 [citado 16 Oct 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=costa-rica&lang=es
 8. Acosta P, et al. Estudio de gasto público social y sus instituciones. Costa Rica. [Internet]. Washington: World Bank; 2015 [citado 16 Oct 2018] [aprox. 72 p.]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/998741468194981719/Estudio-de-gasto-p%C3%BAblico-social-y-sus-instituciones-Costa-Rica>
 9. Gutiérrez B. Estado de bienestar y cambio: la transformación de las políticas públicas en salud en Costa Rica (1990-2014) [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017 [citado 16 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.scribd.com/.../Tesis-Estado-de-bienestar-y-cambio-la-transformacion-de-las->
 10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica. Costa Rica en cifras 2018 [Internet]. Costa Rica: INEC; 2018. [citado 16 Oct 2018] [aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://www.file:///D:/SU%20y%20E%20CR/recostaricaencifras2018.pdf>
 11. Ministerio de Salud de Costa Rica. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud para Costa Rica, evaluación y recomendaciones [Internet]. Costa Rica: MINSA; 2017 [citado 18 Oct 2018]. [aprox. 65p.]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud-Costa-Rica-Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf>
 12. Oviedo A, Sánchez S, Lindert K, López J. El modelo de desarrollo de Costa Rica: Diagnóstico sistemático de país [Internet]. Washington: Grupo Banco Mundial; 2015. [citado 21 Oct 2018] [aprox. 170 p.]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22023/K8319-SP.pdf?sequence=6>
 13. Acuña E, Fuentes C. Salud y desarrollo. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc [Internet]. 2003 [citado 9 Oct 2018]; 11 (1): 97-107. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100010&lng=en&nrm=iso
 14. Cháves B, Montoya Y. Comparación de las reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 12 Oct 2018]; 29(1): 66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020036007>

15. Comité de análisis de la economía de la OCDE. Estudios económicos de la OCDE: Costa Rica [Internet]. Costa Rica: OCDE; 2016. [citado 17 Oct 2018] [aprox. 212 p.]. Disponible en: <https://www.oecd.org/eco/surveys/Costa-Rica-2016-vision-general.pdf>
16. Comité de análisis de la economía de la OCDE. Estudios económicos de la OCDE: Costa Rica [Internet]. Costa Rica: OCDE; 2018 [citado 17 Oct 2018]. [aprox. 184 p.]. Disponible en: <https://www.oecd.org/eco/surveys/Costa-Rica-2018-Estudios-Economicos-de-la-OCDE.pdf>
17. Monge R. Innovation, Productivity, and Growth in Costa Rica: Challenges and Opportunities [Internet]. Washington: Inter-American Development Bank; 2016. [citado 18 Oct 2018]. [aprox. 130p]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7376/Innovation-Productivity-and-Growth-in-Costa-Rica-Challenges-and-Opportunities.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Acosta P, Almeida R, Gindling T, Lao C. Hacia un gasto público social más eficiente y efectivo en América Central [Internet]. Washington: Grupo Banco Mundial; 2017. [citado 21 Oct 2018] [aprox. 96 p.]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/region/lac/publication/toward-more-efficient-and-effective-public-social-spending-in-central-america>
- 19) Petrecolla D. Condiciones de competencia en el sector de los medicamentos de Centroamérica y Panamá [Internet]. Costa Rica: Grupo Centroamericano de Política de Competencia/BID; 2011. [citado 21 Oct 2018] [aprox. 40 p.]. Disponible en: http://www.acodeco.gob.pa:8080/RECAC/InformeSectorMedicamentos_Enero2011.pdf
20. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gaceta Sanitaria [Internet]. 2013 [citado 9 Oct 2018]; 27(4):292-7. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81930644.pdf>
21. Cominetti R, Ruiz G. Evolución del gasto público social en América Latina [Internet]. Chile: CEPAL; 1998. [citado 18 Oct 2018] [aprox. 220 p.]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27800/S9800500_es.pdf?sequence=1
22. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit [Internet]. 2002 [citado 11 Oct 2018]; 16 (1): 54-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100008
23. Contraloría General de la República de Costa Rica. Informe de Evolución Fiscal y Presupuestaria del Sector Público [Internet]. Costa Rica: CGRCR; 2017. [citado 30 Oct 2018] [aprox. 151 p.]. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/rev_dig/evol_fiscal/2017/evol-fisc-presup-2017.pdf
24. Contraloría General de la República de Costa Rica. Índice Institucional de Cumplimientos de Disposiciones y Recomendaciones (IDR) 2018 [Internet]. Costa Rica: CGRCR; 2018. [citado 4 Nov 2018] [aprox. 180 p.]. Disponible en: <https://sites.google.com/cgr.go.cr/idr>
25. Organización Panamericana de la Salud. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tenencias y retos [Internet]. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 2003. [citado 12 Oct 2018]. Disponible en:

- <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/gasto.pdf>
26. Izquierdo A, Pessino C, Vuletin G. Mejor gasto para mejores vidas: cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos [Internet]. Costa Rica: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018 [citado 12 Oct 2018]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/9152/DIA-2018-Mejor-gasto-para-mejores-vidas.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
 27. Midzuaray A, et al. Los medicamentos esenciales en la región de Las Américas: logros, dificultades y retos [Internet]. Lima: OPS; 2007. [citado 21 Oct 2018]. [aprox. 36 p.]. Disponible en: <http://www.esencialesparalavida.org/upload/file/situacion%20andina%20vs%20ame%202007.pdf>
 28. Abarca A, Ramírez S. Adiós a las armas: Los efectos en el desarrollo de largo plazo de la abolición del ejército de Costa Rica. Un análisis contrafactual [Internet]. Proyecto B7788. Costa Rica: Observatorio del Desarrollo de la Universidad de Costa Rica; 2018. [citado 1 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-46407922>
 29. Sáenz M, Acosta M, Muiser J, Bermúdez J. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública de México [Internet]. 2011 [citado 9 Oct 2018]; 53: 156-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011
 30. Rodríguez A. La doble cara de la reforma del sector salud en Costa Rica en la década del noventa. Realidad: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2017 [citado 10 Oct 2018]; 119:131-67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3622465>
 31. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica: Asamblea Nacional Constituyente; 1949. [Internet] [citado 7 Nov 2018]. [aprox. 33 p.]. Disponible en: <https://www.constitution.org/cons/costaric.htm>
 32. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley General de Salud de la República de Costa Rica [Internet]. Ley 5395, Ley 9234 reforma. Costa Rica: Asamblea Legislativa; 2014. [citado 7 Nov 2018]. [aprox. 113 p.]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/LEY-5395.pdf>
 33. Herrero F, Collado A. El gasto en el sector salud de Costa Rica: Un acercamiento a las cuentas nacionales en salud. Procesos [Internet]. 2001 [citado 21 Oct 2018].. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/proyecto/cuentass/pdf/herrero.pdf>
 34. García B, Ortigón R. Las teorías de la administración, el conflicto y la investigación para la paz. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales [Internet]. 2013 Ene-Dic [citado 12 Oct 2018];VII (11): 11-41. Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/FACE/article/viewFile/333/321
 35. Banco Mundial. Costa Rica, el gasto social y la pobreza [Internet]. Informe 24300. Washington: Unidad Sectorial de Desarrollo Humano. Departamento de América Central. Región de América Latina y el Caribe; 2003 [citado 19 Oct 2018]. Disponible en: http://web.worldbank.org/archive/website00891/WEB/PDF/CR_SOC-4.PDF
 36. Sauma P. Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: El caso de Costa Rica [Internet]. México: CEPAL; 2013 [citado 21 Oct 2018]. Disponible en:

- https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037_es.pdf?sequence=1
37. Garnier L. El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso. *Gaceta Médica de Costa Rica* [Internet]. 2006[citado 10 Oct 2018]; 2: 32-53. Disponible en: http://www.cid.unal.edu.co/files/news/050923_presentacion_leonardo_garnier.pdf
 38. Vera W, Budowski M. Cómo se enfrentan los problemas de salud en Chile y Costa Rica: un estudio comparativo y cualitativo. *Revista Mexicana Ciencias Políticas y Sociales* [Internet]. 2017 [citado 9 Oct 2018]; LXII (231): 107-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185191817300405>
 39. Galilea S, Letelier L, Ross K. Descentralización de los servicios esenciales. Los casos de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México en salud, educación, residuos, seguridad y fomento [Internet]. Washington: ONU; 2011 [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3835/S2010976.pdf?sequence=1>
 40. Nozaki M, Kolerus C, Mulas C, Soto M. Opciones para racionalizar el gasto del gobierno central [Internet]. Costa Rica: Departamento de Finanzas Públicas, Fondo Monetario Internacional; 2013. [citado 3 Oct 2018]. Disponible en: https://www.hacienda.go.cr/docs/536ab2aaf1dff_Reporte%20FMI%20sobre%20Racionalizacion%20del%20gasto.pdf
 41. Carrillo R, Martínez J, Naranjo F, Sauma P. Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS: Recomendaciones para mantener la sostenibilidad financiera del seguro de salud [Internet]. Costa Rica: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2011 [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Costa_Rica/iis-ucr/20120726043438/informe.pdf
 42. Llanos A, Morera M, Barber P, Hernández K, Xirinach Y, Vargas J. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Revista de salud pública* [Internet]. 2009[citado 10 Oct 2018]; 11: 323-35. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/36959>
 43. Soto M. Análisis de las finanzas públicas de Costa Rica. Origen y estado de una crisis latente. Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. [Internet]. Costa Rica: Estado de la Nación, Consejo Nacional de Rectores; 2017. [citado 9 Oct 2018]. Disponible en: https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/023/Economicas/Soto-2017.pdf
 44. Brito L, Iglesias M. Inversión privada, gasto público y presión tributaria en América Latina. *Estudios de economía* [Internet]. 2017 [citado 10 Oct 2018]; 44(2):131-56. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52862017000200131
 45. Herrero F, Durán F. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica [Internet]. Serie Financiamiento del desarrollo. Chile: CEPAL; 2001. [citado 22 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5086-sector-privado-sistema-salud-costa-rica>
 46. Camargo S, Cortés A, Abreu A, Suárez M, Jiménez W. Los incentivos y actores de los sistemas de salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador. *Rev. Univ. Salud* [Internet]. 2016 [citado 10 Oct 2018]; 18(2): 385-406. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a18.pdf>

47. Alvarenga X, Fernández A, Fernández D, Peña J. Política social inclusiva y servicios privados de salud en Costa Rica: encuentros, desencuentros y retos [Internet]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2018. [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/74768/SG%20Pol%C3%ADtica%20social%20inclusiva%20y%20servicios%20privados%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Amenábar A. Industria farmacéutica en Costa Rica: El negocio de los medicamentos. Actualidad económica [Internet]. 2004. [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.empresas.co.cr/informacion/noticias/prensa/2004-12-01.html>
49. Pacheco J, Vargas L, Espinoza J, Rodríguez F, Delgado D. Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 9 Oct 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicios-de-salud&alias=302-cinco-estudios-acerca-del-seguro-social-de-salud-de-costa-rica&Itemid=222
50. Hernández G, Valverde M. Evaluación del impacto de las disposiciones del ADPIC en el mercado institucional de medicamentos de Costa Rica, Programa sobre propiedad intelectual y desarrollo sostenible [Internet]. Documento de Fondo 26. Geneva: International Centre for Trade and Sustainable Development; 2009. [citado 10 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.ictsd.org/.../evaluacion-del-impacto-de-las-disposicione>

Recibido: 6 de enero de 2019.

Aprobado 2da. ronda: 12 de febrero de 2019.

MSc Luis Jiménez Herrera. Facultad de Farmacia - Instituto de Investigaciones Farmacéuticas INIFAR, Universidad de Costa Rica.

Correo electrónico: luis.jimenezherrera@ucr.ac.cr