

# Finanzas en salud: el caso de Costa Rica | Health finances: the case of Costa Rica

Juan Manuel Hernández Herrera

Médico General, MSc. Administración de Servicios de Salud Sostenibles. Administrador Centro Diagnóstico Nuestra Señora. Guápiles Pococí, Limón [drjuanmahh@gmail.com](mailto:drjuanmahh@gmail.com)

La equidad de un sistema de salud, permite la interpretación desde el punto de vista de accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población y desde el punto de vista del financiamiento, siendo el financiamiento público el más equitativo(1). El conocimiento del gasto nacional en salud, es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector de la salud, permite evaluar la equidad y eficiencia con que se utilizan y asignan estos recursos. El gasto per cápita en salud (público y privado) en Costa Rica es de ¢58.000 (\$ 239) anuales (1997-1998). El promedio regional latinoamericano (1,2) del periodo 1997-1998 es ¢96.000 (\$ 392). Con tipo de cambio a razón de \$1 por ¢235-245 al mes de noviembre del año 1998, este período según estimaciones del Banco Nacional fue muy estable en comparación con al menos 2 años antes y después del período citado (3,4).

El indicador "Proporción del Gasto Nacional en Salud (GNS) del Producto Interno Bruto (PIB)", es un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población. El GNS para el período 1997-1998 fue de 8,89 % cabe destacar que el promedio regional latinoamericano es de 7,7%, aún así Costa Rica se encuentra por debajo del promedio sobre todo por el efecto de los valores extremos (por lo tanto debe haber mucha precaución a la hora de valorarlo), y en el caso del porcentaje del PIB, es porque el PIB de Costa Rica es menor que el de otros países de la región centroamericana y latinoamericana (1).

Para América Latina existe un amplio margen para mejorar en la eficacia y eficiencia de su GNS, ya que en términos relativos, el gasto es muy cercano al de los países industrializados y en términos absolutos es más elevado que en otras regiones del mundo donde adquiere importancia el factor eficiencia (1).

En los países industrializados y las regiones en el mismo período con menos industrialización se distribuye irregularmente (1) siendo esta, en los países industrializados de 76 %; Regiones de menor

industrializaron como América Latina y el Caribe fue de 42 %; Europa y Asia Central del 72 %; Asia Oriental y el Pacífico de 52 %; África del Norte y Medio Oriente de 50 %; Sudeste Asiático de 39 % y África Subsahariana de 54 %. En Costa Rica se destina a la atención curativa en salud una cobertura de 72,6 % y un 7 % a la cobertura en atención preventiva (1).

La OPS propone la utilización conjunta de subsidios con mecanismos tradicionales de financiamiento, ello protege el acceso de la población al servicios médico, siendo el Estado la entidad rectora encargada de corregir fallas de mercado que limitan el acceso a los servicios de salud, velar por la equidad en la atención, controlar mecanismos de compensación, subsidios, impuestos, priorización de alternativas y mantener la equidad en el acceso (2).

## Reforma del sistema de salud

En la Década de los años 90's, se caracterizó por aspectos como (2):

- Búsqueda de un mayor vínculo entre contribuciones y beneficios (mayor equilibrio entre ingresos y gastos)
- Cambios en la composición pública-privada (mayor presencia de agentes privados en el financiamiento y la provisión de servicios).
- Énfasis en los mecanismos de mercado (eficiencia en la utilización de los recursos)
- Estado como entidad reguladora (garante de beneficios básicos a la población)

## Tendencias

La estructura demográfica y la evolución del mercado laboral afectan la viabilidad de las reformas de la seguridad social; el principio de equivalencia entre contribuciones y beneficios de los sistemas de salud establece que debe existir una concordancia entre las contribuciones de los individuos y el costo de los servicios de salud que este recibe, el paga el precio real del servicio que recibe; si este principio no está bien

diseñado, puede contravenir el principio de solidaridad que debería guiar el sistema de contribuciones a la seguridad social (2).

Las dos modalidades de aplicación del principio de equivalencia entre contribuciones y beneficios de los sistemas de salud permiten explicar el (2):

- Aporte del individuo en función de su estructura de riesgos: El aporte de los afiliados debe reflejar sus riesgos o gastos potenciales.
- Aporte del individuo en función de sus ingresos: Se fija el monto del aporte según el ingreso del contribuyente y entregando un paquete de beneficios preestablecido independientemente del monto de la contribución.

Siendo el componente de solidaridad la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) el que determina la necesidad de financiar el sistema de una manera solidaria ya que en la realidad no es suficientemente estable y competente. Al agotarse no se podrá obtener atención, por ello este debe ser financiado solidariamente para que la prestación en salud sea universal sino este será exclusivo (2).

### **Financiación de los servicios de Salud**

Los tipos de prestadores de servicios de salud pueden ser: individual (profesional) y colectivo (organizada). El sistema de pago a prestadores de servicios permite la consideración de los incentivos económicos y los riesgos a los que pueden verse sometidos aquellos que llevan a cabo el ejercicio de su profesión.

Una inadecuada distribución de riesgos entre los entes financiador-comprador-proveedor conlleva a la manipulación de riesgos y a la selección de riesgos por parte del proveedor. En Costa Rica La situación es privilegiada porque la población se encuentra en lo que se llama un "bono demográfico", que consiste en que el país tiene casi un 43 % de la población entre las edades de 25 y 59 años, contando con mano de obra en período productivo, sin embargo, la disminución de la tasa de mortalidad y de la tasa de natalidad, sumada al aumento sostenido en la esperanza de vida, da como resultado un proceso de envejecimiento de la población (3, 5).

Cambios como reducción de la mortalidad global y reducción de la fecundidad desde 1969 en 7,3 hijos a 2,3 según reportes del décimo informe del Estado de la Nación para el año 2004 (5).

La evolución demográfica puede verse a partir de las pirámides poblacionales, que muestran para el año 2050, un importante envejecimiento, dada la reducción de las personas menores de 50 años y un aumento

de las personas con más de 50 años. Este proceso afecta los servicios de salud porque los mayores costos de la atención sanitaria se concentran en los primeros y en los últimos años de vida, con un peso extraordinariamente mayor de estos últimos (3).

El país, que se ha concentrado en el desarrollo de su red de servicios de atención primaria, como corresponde en la fase actual de su evolución demográfica, deberá prepararse para hacer frente a una demanda creciente por servicios del segundo y tercer niveles de atención, y relanzar su programa de inversiones en esos niveles de atención, mucho más costosos (3).

### **CONCLUSIÓN**

El sistema nacional de Salud de Costa Rica y el sistema de financiamiento del estado costarricense presenta las dificultades propias de otros sistemas de salud, siendo la clave la necesidad de readecuación de los modelos de atención para orientarlos en la defensa de la mayor productividad y mejora de la atención médica a los pacientes en edad productiva especialmente para mantener un flujo de ingreso óptimo que satisfaga las necesidades de la totalidad del sistema de salud, de lo contrario el sistema colapsará por exceso de demanda y escaso incremento en la oferta.

### **REFERENCIA**

1. Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Antología del curso Finanzas para la Salud. Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles. EUNED 2006
2. Titelman D, Uthoff A, Jiménez LF. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. Antología del curso Finanzas para la Salud. Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles. EUNED 2006
3. Durán F. ¿Hacia dónde va la Seguridad Social en salud de Costa Rica? Antología del curso Finanzas para la Salud. Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles. EUNED 2006
4. Torres-Gutiérrez C. Estimación del tipo de cambio real de equilibrio y de tendencia para Costa Rica para el período 1991-2006. Disponible en: <http://www.bccr.fi.cr/documentos/publicaciones/archivos/DIE-01-2007-NT-%20ESTIMACION%20DEL%20TIPO%20DE%20CAMBIO%20REAL%20DE%20EQUILIBRIO%20Y%20DE%20TENDENCIA%20PARA%20CR.pdf>. Consultado el 15 de Abril del 2010.
5. Estado de la Nación página Disponible en: <http://www.estadonacion.or.cr/Info2004/Paginas/demografia01.html>. Consultado el 13 de Mayo del 2010.