

Diez reflexiones sobre el financiamiento de la salud en Costa Rica.

Gustavo Picado Chacón¹

En los últimos años, uno de los temas más vigentes en las discusiones sobre los sistemas de salud y sus tendencias de corto y mediano plazo, es el relativo al financiamiento de sus prestaciones. Cuando se trata el tema del financiamiento de la salud, en realidad, se está pensando en las actividades de recaudación de los ingresos del sistema (vía impuestos generales, contribuciones salariales o pagos directos de los usuarios), los mecanismos de mancomunación de riesgos y la actividad estratégica de compra de servicios de salud.

La presente exposición tiene como propósito esencial, reflexionar sobre una serie de aspectos o temas relativos al financiamiento de la salud en nuestro país, los cuales, ameritarán un seguimiento especial en los próximos años. No es una lista exhaustiva ni excluyente, por el contrario, la intención principal, es que se constituya en un punto de partida para una discusión más amplia y participativa, dirigida a mejorar simultáneamente el acceso a los servicios de salud (de calidad, oportuno, eficaces y eficientes) y la sostenibilidad financiera del seguro.

1. Principios básicos

Los recursos financieros y económicos que los países destinan a cubrir los costos de las atenciones a la salud de su población, enfrentan la restricción normal de recursos limitados contra necesidades ilimitadas. En este sentido, los problemas de elección se dan en dos momentos: i) en relación con otros usos alternativos distintos a bienes y servicios de salud, por ejemplo, educación, infraestructura pública, vivienda, subsidios a personas de escasos recursos, entre otros, los cuales, en ciertas condiciones pueden mejorar el estado de salud de los habitantes, tanto o más, que los gastos incurridos en servicios de salud; y, ii) la decisión a lo interno del sistema de salud, respecto a cuáles intervenciones favorecer de manera prioritaria, pues los recursos son

insuficientes para que todas las personas tengan acceso a todos los bienes y servicios de la mejor calidad posible.

En un sistema sin intervención pública, la interacción de la oferta y demanda de mercado, condicionada a la capacidad o solvencia de pago de los potenciales usuarios, sería el mecanismo que defina los bienes y servicios de salud a proveer, sin que ello, se ajuste a las necesidades sanitarias de la población en general (particularmente en cuanto a los bienes públicos de salud o con altas externalidades). Para evitar una situación como ésta, en la mayor parte de los países de la región y el mundo, tal como se describió en una sección anterior, el Estado, a través de agencias públicas y/o instituciones de seguridad social, intenta asegurar una provisión de servicios de salud, que responda a las necesidades sanitarias más relevantes de su población. No obstante, el tema de fondo, la escasez relativa de recursos, aún continúa presente.

En este sentido, desde hace varias décadas, se observa una permanente tensión entre las crecientes necesidades de salud y la limitación de los recursos disponibles para satisfacerlas. En un país como los Estados Unidos, producto del impacto de la transición epidemiológica, el envejecimiento de la población y los avances tecnológicos, y en parte, impulsado por el esquema de aseguramiento y provisión vigentes, el gasto actual en salud se aproxima al 15% del PIB; en muchos otros países, este porcentaje supera el 10%. Hay un consenso de que incrementar la eficiencia con la que se usan los recursos o fijar medidas para evitar el abuso y el despilfarro por parte de los usuarios, pueden atenuar esta tensión, pero hasta cierto grado. En la actualidad, se tiene claridad respecto a que estas medidas son insuficientes, y que se hace indispensable, imponer un límite a la obligación del Estado en materia de servicios de salud, por medio, de la definición de un conjunto o paquete universal de atenciones de salud; situación que no depende del nivel de desarrollo de los países o el volumen de recursos que se asignen a la salud.

¹ Licenciado en Economía. Director Financiero Administrativo de la Gerencia de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el contexto nacional, el Seguro de Salud administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, en su calidad de único prestador público de servicios de salud, caracterizado por una oferta sumamente amplia, y que en la práctica, se ha ido extendiendo a causa de las obligaciones impuestas por los fallos de la Sala Constitucional, tendrá tarde o temprano, que adoptar una serie de medidas en materia de financiamiento o restricción de prestaciones, con el objetivo de asegurar su sostenibilidad en el tiempo. De lo contrario, las formas implícitas de racionamiento se tornarán más intensas, tales como, las filas, listas de espera, desabastecimiento de medicamentos, biombos médicos, calidad técnica insuficiente de los servicios, atención incompleta, entre otras manifestaciones adicionales.

2. Diez temas de reflexión sobre el financiamiento de la salud en Costa Rica

Sin duda, diez no son los únicos temas que en materia de financiamiento de salud, demandan una discusión amplia y transparente, y probablemente, los diez que a continuación expondré, tampoco tengan un consenso absoluto sobre su verdadera prioridad. No obstante, pienso, como totalmente razonable, contar con esta lista inicial, a modo de una guía, que permita trazar líneas generales sobre las que se desarrolle una visión nacional, de las reformas que el sistema de salud costarricense, y en particular, el Seguro de Salud, exigen en el corto y mediano plazo.

Pese a todo, la premisa básica es que todas las acciones o medidas que se diseñen y ejecuten en un futuro, deben buscar de manera directa o indirecta el fortalecimiento del financiamiento y provisión pública de los bienes y servicios de la salud, manteniendo la solidaridad entre los grupos ricos y pobres, entre las personas sanas y las enfermas, que tan extraordinarios resultados han dado.

i- Financiamiento vía contribuciones salariales versus universalidad en el acceso a los servicios del Seguro de Salud

El mecanismo de financiamiento tradicional en los regímenes de seguro social son las cotizaciones sobre los salarios o ingresos de los trabajadores, las cuales, habitualmente se especifican como un porcentaje fijo o uniforme. No obstante, en la medida en que el seguro beneficia a individuos no cotizantes, por ejemplo, con extensiones de la

protección como el beneficio familiar del Seguro de Salud o aportes parciales como los trabajadores independientes, se incrementa la necesidad de contar con la participación y apoyo financiero del Estado. La norma indica que los sistemas nacionales de salud se financian vía impuestos generales, pues es la forma más apropiada de satisfacer el objetivo de la universalidad en el acceso a los servicios de salud. En el sistema dual que opera en Chile, si bien es cierto, las contribuciones salariales continúan siendo un componente importante en el financiamiento de FONASA o las ISAPRES, el aporte fiscal se ha incrementado en aproximadamente un 230% en los últimos cinco años.

En el contexto nacional, el Seguro de Salud ha logrado una cobertura de la población casi universal, manteniendo el peso del financiamiento sobre las contribuciones salariales y con un aporte del Estado muy por debajo de los costos asociados con la atención de los grupos protegidos a su cargo. No obstante, factores como la reducción relativa del empleo público; la informalidad y precarización del empleo; las nuevas formas de empleo; y otros más, hacen presumir que la cobertura contributiva tenderá a: i) estancamiento/reducción; o, ii) incremento moderado con altos costos administrativos y operativos.

Entonces, surgen algunas preguntas claves: ¿es factible continuar con un seguro de altísima cobertura (tanto vertical como horizontal) con un modelo de financiamiento basado en las contribuciones salariales?; ¿hasta qué nivel debe darse la solidaridad financiera para cumplir con los principios de universalidad e igualdad de la seguridad social?; ¿con cuáles alternativas se cuenta para incorporar en el financiamiento del Seguro de Salud a grupos de muy difícil inclusión, tales como: inmigrantes, trabajadores informales, trabajadores independientes de poca capacidad de contribución?.

Cuando se estima la distribución de las contribuciones a la seguridad social, se determina que los dos quintiles de más altos ingresos, aportan entre un 65% y 70% del total. Pero, son precisamente estos individuos, quienes tienen la tasa de utilización de los servicios públicos de salud más bajos de la población residente en Costa Rica, particularmente respecto a los servicios ambulatorios. Por un lado, esta característica, permite que se dé el tan deseado impacto redistributivo de recursos entre los grupos ricos y

los grupos más pobres del país, no obstante, también genera una enorme insatisfacción pues ellos perciben que no existe una relación apropiada entre los recursos que aportan y los beneficios que reciben. Este sentimiento se puede traducir en una pérdida de legitimidad del Seguro de Salud, y movimientos y acciones organizadas de los grupos de más altos ingresos, para impulsar reformas en el seguro, tales como: reembolsos, topes máximos de contribución, exenciones fiscales, libre elección médica, entre otras medidas.

ii- Redimensionar el rol del Estado en el aseguramiento y financiación de los grupos sin capacidad contributiva o en riesgo social

Una acción más en pro de fortalecer las finanzas del Seguro de Salud, es promover una discusión nacional sobre el rol del Estado como fuente de financiamiento complementaria. La atención de las personas afiliadas por Cuenta del Estado y en el Régimen No Contributivo, son por mucho la más onerosa de todo el Seguro de Salud, y los montos facturados al Estado equivalen a lo sumo a una cuarta parte del costo total. Y de manera más reciente, en virtud de nuevos convenios, códigos, leyes o decretos, el número de asegurados por Cuenta del Estado, ha ido creciendo de una manera significativa, sin que se disponga, de forma paralela, de los ingresos adicionales para cubrir los costos de su atención.

Pero además de una facturación reducida, el Estado incumple con sus obligaciones, al no pagar ni oportuna ni completamente sus adeudos. Esta situación no es sencilla de resolver, pues entre otras medidas, requiere establecer mecanismos legales de carácter sancionatorio para aquellos funcionarios y autoridades gubernamentales que no transfieran los fondos reglamentados a favor de la CCSS. No obstante, no es justo que las aportaciones del Estado disminuyan, cuando el peso de la población subvencionada por éste ha crecido de manera sostenida, y donde el gasto en salud en los próximos 20 o 30 años de ciertos grupos en riesgo social, tales como los adultos mayores, aumentará significativamente.

iii- Mejorar la estructura y diseño financiero del sistema de salud

Considerando los aspectos señalados en el punto 1 y 2, parece indispensable que en los próximos

años, el sistema público de salud costarricense, avance en una nueva estructura de financiamiento, tratando de conciliar la universalidad en el acceso a los servicios con la suficiencia de recursos para la sostenibilidad del Seguro de Salud. En este sentido, una de las ideas más simples y naturales, que se han venido citando en algunos círculos, es el financiamiento vía impuestos generales del primer nivel de atención: es decir, asegurar la provisión de las intervenciones más costo efectivas y la protección de toda la población nacional, gracias a la contribución de todos. El financiamiento de las atenciones del segundo y tercer nivel, continuaría siendo contributivo, pero con la solidaridad que caracteriza el Seguro de Salud en la actualidad.

Los recursos destinados al primer nivel de atención, pueden incrementarse vinculado las municipalidades y organizaciones comunitarias, en el cofinanciamiento de determinadas actividades y programas, en especial, campañas de vacunación o programas de alto impacto en poblaciones vulnerables, como niños recién nacidos y sus madres. De forma complementaria, la imposición de *pagos de usuario y/o copagos* a servicios o medicamentos de bajo costo, ayudarían a controlar la demanda excesiva de algunos de ellos, y los fondos generados dirigirse hacia acciones de promoción de la salud, con énfasis en aspectos educativos y de hábitos saludables.

Con más recursos fiscales o de fuentes adicionales, se puede analizar la factibilidad de reducir a un cierto nivel, la tasa de contribución salarial, por demás, la más alta de los países de América Latina y el Caribe. Una medida en tal sentido, puede coadyuvar a que los patronos tengan menos incentivos económicos para evadir su obligación con la seguridad social. Ilustrativamente, también puede modificarse la tasa de contribución por edad (jóvenes menores de 25 años y personas mayores de 55 años) y fijar topes en los montos máximos gravables.

iv- Proteger las finanzas del Seguro de Salud contra las condiciones económicas adversas

Una de las características de los seguros sociales, dado su esquema de financiamiento basado en contribuciones salariales, es que el desempeño de sus ingresos, con frecuencia, responden en la misma dirección que el ciclo económico: años de recesión económica, con dificultades en la generación de nuevos puestos de trabajo y

estancamiento o reducción de los salarios medios de la economía, se asocian con pobres resultados en los ingresos del Seguro de Salud. Por otro lado, las políticas de estabilización impulsadas por el gobierno, con restricciones respecto al crecimiento del gasto público, también incluyen a la CCSS, limitando su capacidad de expansión e inversión.

Sin duda, la gestión financiera del Seguro de Salud debe aislarse de las exigencias gubernamentales, las cuales imponen límites de crecimiento del gasto o contratación de personal, la acumulación de deuda en forma de títulos valores, e incluso la presencia de superávits operativos, que no responden a las necesidades de gasto o inversión de este seguro. El comportamiento procíclico de los aportes provenientes de la empresa privada, puede atenuarse con la constitución de un fondo económico dispuesto para apoyar financieramente al Seguro de Salud, cuando sus ingresos no se incrementen por encima de cierto límite o en relación con las tasas de variación de los gastos; la administración de este fondo, sería totalmente independiente de la CCSS.

La CCSS ha mejorado sustancialmente su gestión en la recaudación de ingresos. Los puntos de pago de las planillas, incluye los principales bancos estatales del país, medios magnéticos y vía Internet; la Ley de Protección al Trabajador, convirtió en obligatoria la contribución de los trabajadores independientes a partir del año 2005, y el impacto de esta disposición ya se está empezando a evidenciar en la tasa de cobertura de la Población Económicamente Activa. Gracias a esta misma ley, la CCSS cuenta en la actualidad, con mayores instrumentos y potestades legales para combatir la evasión y la morosidad: la tasa de crecimiento de la morosidad ha descendido en los últimos años. Hace unos pocos meses, se aprobaron sesenta plazas nuevas para fortalecer el Servicio de Inspección.

v- Incrementar el valor de las aportaciones

El financiamiento del Seguro de Salud, está concentrado en las contribuciones de los trabajadores asalariados de los deciles de más altos ingresos, precisamente, aquellos cuyo patrón de utilización de los servicios públicos es muy inferior al promedio nacional. Aún cuando la afiliación es obligatoria y el seguro social se basa en la presencia de un cierto grado de solidaridad entre los trabajadores que más ganan respecto a

los de menos ingresos, parece justo, diseñar algunas alternativas, para que estos grupos puedan percibir un mayor equilibrio entre sus aportaciones y las prestaciones recibidas. Quizás pudiera tratarse de reembolso o exoneraciones en otros impuestos por el nivel de contribución al Seguro de Salud, por supuesto, sin atentar contra la igualdad de trato, el principio de solidaridad o la sostenibilidad financiera del seguro.

De forma complementaria, en un aspecto más asociado con la legitimación y auditoría social, la salida de los asegurados de más altos ingresos como usuarios efectivos de los servicios del Seguro de Salud, se puede traducir en una pérdida de voz de los usuarios en general, dado que éstos son los que mayor capacidad de organización tienen, y por tanto, mayores son las posibilidades que sus demandas por servicios de una mejor calidad, más oportunos y eficientes, sean atendidas por los responsables de administrar el seguro social. Esta situación, junto con la debilidad en el funcionamiento de las Juntas de Salud, convierten la formas de representación social en el proceso de toma de decisiones, en un aspecto crítico, para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos financieros y económicos con que se dispone.

vi- Avances a medias en la asignación de recursos

La esencia de los Compromisos de Gestión, es incrementar la eficiencia en el uso de los recursos limitados con que cuenta el Seguro de Salud, incorporando un cierto grado de transferencia de los riesgos de aseguramiento y financiamiento de los servicios a los gestores de las Áreas de Salud y los Hospitales. En principio, el pago acreditado a través de estos contratos, responde al cumplimiento de ciertas metas de cobertura en el primer nivel de atención, y de producción de una determinada gama de intervenciones de media y alta complejidad, en el segundo y tercer nivel de atención. No obstante, los recursos *negociados* por la Dirección Compras de Servicios de Salud, son relativamente reducidos (no mayores al 20%), pues dada la rigidez del recurso humano y otros gastos fijos, una alta proporción de éstos se encuentra comprometidos de antemano. En la práctica, aún se continúa con una asignación de recursos estrechamente ligada con el presupuesto histórico.

Otro de los elementos que ameritan una revisión exhaustiva, es la equidad en la asignación de los recursos, pues todavía persisten grandes

diferencias entre los presupuestos asignados a las Áreas de Salud; en algunos casos, la brecha puede ser de hasta cinco veces entre el de mayor y menor asignación de recursos. El agente comprador, debe desarrollar un conjunto de indicadores que le permiten arribar a una asignación equitativa, no en el sentido de igualdad, sino en función de las necesidades sanitarias. Probablemente, un paso inicial para tales fines, es mejorar la calidad de la información con que se dispone, la cual evidencia importantes deficiencias.

Entre los proveedores institucionales no existe una verdadera transferencia de los riesgos de asegurar una determinada población, pues el nivel central asume el financiamiento de otros muchos rubros más, además, de los pactos en el proceso de negociación. Por otro lado, los contratos con proveedores privados financiados con recursos públicos, deben promover la minimización de costos para el sistema como un todo, y apelar a fuertes sanciones cuando los proveedores hagan un uso indebido de la asimetría de la información o la estructura del mercado, sea para inducir la demanda, prestar servicios de baja calidad o cobrar precios por encima de los márgenes razonables de ganancias. De igual manera, con ellos debe imponerse un conjunto mínimo de estándares en materia de infraestructura física para la prestación de los servicios, dado que con frecuencia, las instalaciones donde llevan a cabo las actividades de sus EBASIS, no cumplen con las condiciones mínimas fijadas por la CCSS para tales fines.

vii- Gasto por nivel y contratación externa

En las mediciones más recientes del gasto por nivel, se confirma el incremento que ha experimentado en los últimos años el gasto del primer nivel de atención: este significa en la actualidad un 25% del gasto total del Seguro de Salud, en contraposición al 17-18% registrado a finales de la década de los noventa. El resultado es totalmente lógico, dado el nuevo modelo de atención y gestión adoptado en el Seguro de Salud y la transferencia de las actividades de promoción y prevención por parte del Ministerio de Salud. Existe alguna evidencia sobre el encarecimiento de los EBASIS, en particular, por los costos de arrendamiento, vigilancia y mantenimiento de la infraestructura física, pero el tema aún requiere un análisis más profundo.

Asociado con la prestación de servicios del primer nivel de atención, sobresale la necesidad de que la

Institución adopte una posición clara respecto a la posibilidad y conveniencia de extender la contratación de proveedores privados para estos fines, particularmente en zonas fuera del Área Metropolitana. Los niveles de satisfacción de los usuarios y el grado de resolutivez de las Cooperativas Autogestionarias y otros proveedores, son relativamente altos, y el costo per cápita no supera el promedio otorgado a los proveedores institucionales. No obstante, es también un tema que exige una discusión más amplia, y la definición de mecanismos que permitan a estos proveedores, responder por fallas en la administración de los riesgos de salud de la población de su adscripción.

En la situación contraria, el gasto de los hospitales públicos continúa representando casi dos tercera partes del gasto total del Seguro de Salud, aunque la tasa media de estancias tiende a disminuir. Una explicación parcial a este fenómeno, es el impacto del perfil epidemiológico del país, más concentrado en enfermedades crónico-degenerativas, cuya atención es sumamente onerosa. En estudio realizado hace algunos meses, se estimó que el costo en que incurre la CCSS, para prestar los servicios a pacientes que sufren de cáncer, es aproximadamente un 5% de su presupuesto total. Aunque la oferta hospitalaria se ha modificado hacia un mayor número de intervenciones ambulatorias, aún falta introducir productos novedosos en la gestión hospitalaria y un aumento de la resolutivez de niveles de atención de menor complejidad, por ejemplo, los partos de bajo riesgo.

viii- ¿Racionamiento explícito o implícito de los servicios públicos de salud?

La falta de una discusión seria y responsable de este problema, ha llevado al sistema público a racionar sus recursos, por medio de formas poco transparentes, tales como las colas, las listas de espera y los biombos médicos. Todas estas prácticas se encuentran expuestas y promueven la corrupción del sistema

Un seguro debe contar con una definición precisa de los riesgos y eventos asegurables y las prestaciones a otorgar en caso de que éstos ocurran. Esta situación mejora la planificación financiera, el control sobre los costos de los servicios e incrementa la posibilidad de aproximarse a estados sostenibles financieramente en el corto y mediano plazo.

En el ámbito internacional, la medida más frecuente de racionalización explícita, es a través de la definición de un Paquete Básico de Servicios de Salud, que limita desde un inicio, cuáles servicios, tratamientos e insumos médicos recibirán los asegurados, las enfermedades protegidas y las circunstancias en que éstos se brindarán. De esta forma, se tienen desde paquetes dirigidos a atenciones básicas del primer nivel de atención (promoción y prevención, educación en salud, vacunación, atención prenatal, etc), paquetes materno-infantiles o para adultos mayores, paquetes con listas negativas o positivas y paquetes sumamente amplios como en Colombia. La adopción de un paquete limitado de prestaciones, es tan sólo, un retorno a la administración del régimen con un enfoque de seguro clásico, donde la cobertura de las necesidades de salud está restringida de una o varias formas. Es un reconocimiento a la necesidad que tiene cada sociedad de responder la pregunta ¿todo, para todos, de la mejor calidad?, y consecuentemente, establecer prioridades respecto al uso de los limitados recursos.

Pero los paquetes no son la única opción, perfectamente, la sociedad y sus miembros, podrían estar dispuestos a destinar una mayor proporción de su riqueza a las atenciones a la salud, sea vía impuestos generales o incrementando la tasa de contribución salarial. Otras medidas explícitas también pueden adoptarse, y algunos mecanismos “moderadores de la demanda” como los copagos y cuotas de usuarios. Exclusiones de medicamentos de bajo costo individual, pero de alto consumo colectivo. O bien, la sociedad puede continuar con el actual sistema de racionamiento: filas, listas de espera, biombos, influencias políticas, desabastecimiento, programas no ejecutados, etc.

ix- Protección financiera para el gasto privado en salud

Con frecuencia, y sin tener claro los motivos, una mayoría significativa de quienes están vinculados con las instituciones y organización públicas del sistema de salud, restan importancia a uno de los hechos más notables de las últimas décadas: el gasto de las familias en bienes y servicios de salud, ha crecido sostenidamente, superando en la actualidad el 30% del gasto total, y con una infraestructura de los proveedores que continúa en franca ampliación. De acuerdo con los resultados publicados por el Instituto Nacional de Estadística

y Censos (INEC), relativos a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del año 2004, un 4.8% del presupuesto mensual de las familias en el país, es destinado a pagar bienes y servicios de salud, un porcentaje que supera el 3.7% registrado en el año 1988. Este gasto es efectuado fundamentalmente por las familias de más altos ingresos, por ejemplo, el quintil más rico gasta un 6.8% de su presupuesto.

El gasto privado es progresivo, y se concentra en servicios de carácter ambulatorio y medicamentos, siendo las intervenciones y tratamientos de alto costo, aún demandados a la red de atención del Seguro de Salud. No obstante, el financiamiento de éste, proviene en su mayoría directamente del bolsillo del usuario, la forma más ineficiente de financiamiento, pues expone el presupuesto familiar a inestabilidad e incertidumbre, y en casos extremos, los puede llevar a una situación de pobreza o el agravamiento de ésta. La apertura de otros oferentes de seguros de gastos médicos o planes de medicina prepaga, en contraposición al monopolio del Instituto Nacional de Seguros, con reglas claras de funcionamiento y un mercado altamente competitivo, es el marco requerido para generar la protección financiera necesaria. .

Por otro lado, en una tarea más propia del Ministerio de Salud, es trascendental crear una normativa legal transparente y equitativa, que permita circunscribir la actividad privada en el mercado de salud a ciertos requerimientos mínimos en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, estándares de calidad, protocolos de atención, satisfacción de los usuarios, formación de precios, control del mercado, prácticas monopolísticas, competencia, entre otros. Por supuesto, este marco regulatorio no debe concebirse como un paquete de ataduras o barreras a la gestión privada de los servicios de salud, y menos aún, a su futuro desarrollo, es más bien, una forma de fortalecer su crecimiento sostenible, favoreciendo tanto el interés económico particular como el interés social.

x- Desarrollar sistemas de información financieros apropiados para el diseño de políticas y toma de decisiones

La información, precisa, confiable y oportuna, es un insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de toma de decisiones, que incidan favorablemente sobre la gestión del sistema y el impacto de éste en el estado de salud de la población. En términos generales, el Seguro de Salud resiente la ausencia de un sistema de

información integral, eficiente y eficaz, tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a los costos que implica efectuar ciertas intervenciones o programas. Así por ejemplo, en la actualidad, la contabilidad de costos del Seguro de Salud no permite conocer el monto gastado por las actividades de promoción y prevención de la salud, ni tampoco el costo incurrido por la atención de enfermedades específicas, como el SIDA o el cáncer. De igual manera, es común la ausencia de datos confiables, para llevar a cabo análisis comparativos sobre el costo de contratar servicios con proveedores privados o producirlos internamente, y en caso de la primera opción, saber cuál debería ser el precio justo de la transacción.

La situación es todavía más preocupante en el subsector privado, con limitaciones importantes en el acceso a la información, aunque los pequeños proveedores, también presentan dificultades en el registro de su producción y los fondos que reciben. La Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares, aplicada en el año 2004 y

cuyos resultados tabulados han sido publicados recientemente por el INEC, permitirán conocer con más precisión lo que está sucediendo con la atención privada de la salud en el país. El objetivo es contar de forma periódica con datos y estadísticas de la actividad económica que desarrollan estos proveedores, y comprender de mejor manera la mezcla público-privada que se da en Costa Rica, valorando las medidas o ajustes que se consideren pertinentes.

En los últimos años, se han dado algunos avances en la implementación del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, pero quedan pendientes la integración de las cuentas y el uso de los resultados para análisis y toma de decisiones. Este es un esfuerzo liderado por el Ministerio de Salud, con el apoyo técnico del Banco Central de Costa Rica, y la participación en calidad de informantes de las más importantes instituciones del sector salud, y representa una iniciativa con muchas oportunidades para progresar en el camino correcto.