



# COVID-19

## Gasto público en salud en Costa Rica durante 2020

1er estudio de la serie:

Estimación del gasto asociado a la atención en salud  
de la pandemia por COVID-19 bajo la metodología del  
Sistema de Cuentas de Salud SHA2011

---

## AUTORIDADES

Dr. Daniel Salas Peraza  
**Ministro de Salud**

Dr. Pedro González Morera  
**Viceministro de Salud**

Dra. Priscilla Herrera García  
**Directora General de la Salud**

Dr. César Augusto Gamboa Peñaranda  
**Director de Servicios de Salud**

Dra. María Dolores Pérez Rosales  
**Representante país de la  
Organización Panamericana de la Salud**

## EQUIPO TÉCNICO DEL REPORTE

Unidad Economía de la Salud del MS

Dr. Allan Rímola Rivas  
**Jefe de la unidad**  
Eco. Mariannela Villalobos Cortés  
Eco. Stward Hernández Cruz  
Dr. Frank Cox Alvarado

### Equipo de OPS

Dr. Gustavo Mery Valdovinos  
**Asesor de sistemas y servicios de salud en Costa Rica**

Eco. Claudia Pescetto  
**Asesora regional en Economía de la Salud y Financiamiento**

Patricia Hernández Peña  
Eco. Yansy Vargas Solís  
Dra. Andrea Rojas Bolaños  
Dra. Rebeca Núñez Guevara

## INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD DE COSTA RICA

Este informe fue producto del esfuerzo colectivo de funcionarios(as) de varias instituciones que forman parte del Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y el Instituto Nacional de Seguros (INS), así como la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), por tratarse de una situación de emergencia nacional.

## RECONOCIMIENTOS

Se reconoce a las siguientes instituciones, organizaciones y empresas, las cuales aportaron datos valiosos para la elaboración de esta serie de reportes<sup>1</sup>: Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Hacienda, Cruz Roja, PROMED, Hospital Metropolitano, Hospital CIMA, Hospital la Católica, Laboratorio Páez, FANAL y Walmart México y Centroamérica.

Se reconoce a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por el apoyo técnico para el desarrollo del sistema de cuentas de salud en Costa Rica y el apoyo financiero para la elaboración y divulgación de este reporte.

<sup>1</sup>Algunos de estos datos aparecerán en el número 2 de esta serie de reportes.

## Tabla de contenido

Acrónimos	4
Resumen Ejecutivo	5
I. Introducción	8
II. Alcances del estudio y abordaje metodológico	10
Metodología	10
Alcances y límites	11
III. Recolección de datos y sus limitaciones	13
IV. Principales resultados	17
4.1. ¿Cuánto gastaron los esquemas públicos en la atención de la pandemia durante 2020?	17
4.2. ¿Qué bienes y servicios de salud se proporcionaron durante el primer año de la pandemia?	19
4.3. ¿Quién ofreció los bienes y servicios de salud en la atención de la pandemia en Costa Rica?	23
4.4. ¿Qué tipo de factores de provisión se emplearon para que las instituciones públicas pudieran proporcionar los diferentes servicios y bienes consumidos?	25
4.5. ¿Cuánto y cuál fue la inversión de capital que las instituciones públicas en salud realizaron durante la atención de la pandemia en el 2020?	27
V. Discusión	30
VI. Conclusiones	33
VII. Bibliografía	35
VIII. Anexos	38



- **CEACO** Centro de Atención COVID-19
- **CENARE** Centro Nacional de Rehabilitación
- **CCSS** Caja Costarricense de Seguro Social
- **CEPAL** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- **CNE** Comisión Nacional de Emergencias
- **CRC** Colones de Costa Rica
- **EPP** Equipo de Protección Personal
- **HAPT** Herramienta de Producción de Cuentas de Salud (HAPT, por sus siglas en inglés)
- **FP** Factores de Producción
- **HC** Funciones de salud o atención de la salud
- **HF** Esquemas de financiamiento
- **HK** Formación de Capital
- **HP** Proveedores de la atención de la salud
- **INEC** Instituto Nacional de Estadística y Censos
- **INCIENSA** Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición
- **INS** Instituto Nacional de Seguros
- **LAC** Latinoamérica y el Caribe
- **MS** Ministerio de Salud
- **OCDE** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- **OMS** Organización Mundial de la Salud
- **OPS** Organización Panamericana de la Salud
- **PIB** Producto Interno Bruto
- **SHA2011** Sistema de Cuentas de Salud edición 2011 (SHA, por sus siglas en inglés)
- **SOA** Seguro Obligatorio de Automóviles
- **USD** Dólares de Estados Unidos
- **UCI** Unidad de Cuidados Intensivos
- **UE** Unión Europea



## Resumen Ejecutivo

Tal como lo señala el informe anual 2020 de la OPS en Costa Rica, la pandemia puso a prueba la capacidad de respuesta y adaptación de los sistemas de salud (OPS, 2021). Los servicios de salud se tuvieron que adaptar no solo para la atención de pacientes con COVID-19 en todos los niveles, sino que para mantener además la atención de salud en general bajo condiciones desafiantes impuestas por la pandemia.

Durante el 2020 y 2021, el sistema de salud en Costa Rica ha operado bajo condiciones extremas de demanda operativa y estrés financiero. Para optimizar la adaptabilidad y capacidad de respuesta, al tiempo de asegurar la sostenibilidad y universalidad del sistema de salud costarricense, es necesario contar con información completa y fidedigna, tanto de atención en salud como financiera, que permita estudiar y analizar los escenarios tal como se presentan y tomar decisiones bien informadas y basadas en evidencia.

Resulta, entonces, fundamental conocer cuántos recursos, materiales y humanos, han sido necesarios para atender la pandemia, así como sus fuentes de financiamiento y el tipo de servicios en los que fueron invertidos.

El presente reporte constituye el primer producto de un esfuerzo concertado entre el MS y la OPS por generar y difundir evidencia sobre el gasto en la atención de salud de la COVID-19 en Costa Rica, utilizando la metodología SHA2011. Es el primer reporte de lo que se espera sea una serie de documentos denominada "Estimación del gasto asociado a la atención en salud de la pandemia por COVID-19 en Costa Rica".

Este primer reporte busca dar una visión retrospectiva al gasto de la atención en salud COVID-19 durante 2020, tratando de responder específicamente a preguntas como: ¿Cuánto del gasto de los esquemas públicos de salud (gobierno general y seguros obligatorios) se dedicó a la atención sanitaria del primer año de la pandemia? ¿Cuáles servicios y bienes de salud fueron los más consumidos por la población y qué actores/organizaciones se los proporcionaron? ¿Qué características particulares tuvo el gasto de la atención sanitaria de la COVID-19?

La metodología utilizada en este reporte se basa en el Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011), que determina de manera estandarizada el ámbito de lo que se considera gasto en salud y gasto complementario, así como las clasificaciones en las que se analiza el gasto. El SHA2011 permite generar información detallada para el análisis del financiamiento del sistema de salud y facilita su uso en la toma de decisiones de política pública. Adicionalmente, el carácter estándar de esta metodología permite la comparabilidad en el tiempo y con otros países.

En este primer reporte, el estudio se limitó a aquellas instituciones que tuvieron la capacidad de proporcionar información. Los datos sobre los esquemas de gobierno fueron proporcionados por el MS, la CNE e INCIENSA. La información sobre la seguridad social y los seguros privados obligatorios fue aportada por la CCSS y el INS. Cabe destacar que la inclusión del INCIENSA y el INS se refiere únicamente al gasto realizado en atención curativa y preventiva específica para COVID-19.



Entre los principales resultados de este primer estudio destacan:

- El gasto corriente en salud destinado a la atención de la pandemia durante el 2020 financiado con esquemas públicos ascendió a CRC 170.6 mil millones (aprox. USD 279.4 millones). Esto es equivalente a 0.5 puntos porcentuales del PIB del año 2020 y a CRC 33.5 mil (USD 54.9)<sup>2</sup> en términos per cápita. En términos relativos, este gasto fue equivalente a un 8.4% del gasto corriente total en salud financiado con esquemas públicos en 2019.
- El gasto se analizó desde tres dimensiones equivalentes: financiamiento, consumo y provisión. Desde el financiamiento, la mayor proporción del gasto corresponde al esquema de seguro social de salud administrado por la CCSS, por un total de CRC 112.8 mil millones (66.1%). En segundo lugar, a los esquemas del gobierno central, que incluye al Ministerio de Salud (CRC 24.0 mil millones), y la CNE (CRC 33.1 mil millones).
- En cuanto a las fuentes, el gasto considerado “público” se financió principalmente con las cotizaciones a la seguridad social y transferencias del gobierno central. La declaratoria nacional de emergencia permitió la canalización de recursos excepcionales a través de la CNE en una cuantía significativa.
- Desde el consumo, los principales servicios y bienes de salud demandados fueron los relativos a la atención curativa, que explican un 63.5% del total del gasto. Estos servicios, tanto a nivel de internamiento como ambulatorio, fueron ofrecidos principalmente por la CCSS.

- En segundo lugar, la atención preventiva explica 32.4% del total del gasto destinado a la atención de la pandemia, por un monto de CRC 52.2 mil millones; monto relativamente elevado, considerando que equivale al gasto en atención preventiva total realizado en el periodo 2017-2019. Esta estuvo compuesta por los siguientes programas: a) prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia (14.5%); b) vigilancia epidemiológica y de control del riesgo y la enfermedad (13.1%); c) inmunizaciones (4.7%). Cabe señalar que en este último se incluyó la compra de vacunas realizada a finales del año por la CNE.
- Desde la provisión, un 46.1% de los bienes y servicios financiados por esquemas públicos fueron suministrados en hospitales de la CCSS, principalmente los hospitales de especialidad como el CEACO y los hospitales nacionales.
- El gasto analizado por factores productivos muestra que las remuneraciones del personal que labora en los establecimientos de salud, destinado a la atención de la pandemia, representaron un 63% del total del gasto corriente. El monto restante se explica por la compra de otros bienes de salud (12.1%), productos no de salud (10.3%), otros medicamentos (5.9%), y vacunas (4.7%).

<sup>2</sup>Al tipo de cambio de compra del BCCR el 31 de diciembre de 2020 (BCCR, 2020).

- Adicional a este gasto corriente, la pandemia requirió niveles extraordinarios de gasto de capital, el cual alcanzó un total de CRC 17 mil millones, equivalente al 10% del gasto corriente; en tanto que en 2019, este porcentaje tan solo correspondió al 5%. La atención de la pandemia no solo implicó un mayor gasto de capital en términos relativos, sino que su distribución fue diferente, pues se utilizó principalmente para cubrir la adquisición de equipo médico, al que se destinó el 80% de los recursos y, en segundo lugar, para la adecuación de infraestructura hospitalaria como fue el caso de la transformación del CENARE en el CEACO. Usualmente esta distribución es a la inversa, porque se concentra en infraestructura.

Los datos expuestos en este reporte representan un insumo que puede aportar a la generación de análisis más efectivos acerca de la situación de la pandemia desde la perspectiva del gasto y financiamiento. Un análisis retrospectivo del gasto permite, a partir del monitoreo, evaluar y extraer lecciones aprendidas. Permite, además, identificar cuáles fueron las áreas con mayor cobertura en la respuesta a la emergencia. Un análisis complementario que incluya otras dimensiones de la respuesta contribuirá a determinar aciertos y necesidades de ajuste.

El presente reporte contribuye a la rendición de cuentas con base en evidencia. En perspectiva, fortalecer los sistemas de registro de información en situaciones de emergencia permitiría institucionalizar la producción de análisis detallados del gasto en salud desde las fases de preparación hasta la respuesta a cualquier situación de emergencia y desastre.

Cabe mencionar que las limitaciones encontradas en la cantidad, detalle y accesibilidad de datos afecta

obtener una estimación completa del gasto en salud. Por ejemplo, no fue posible alcanzar una medición completa de los gastos preventivos y de gobernanza o desagregar el gasto en atención curativa especializado del no especializado. Sin embargo, se logró recopilar suficiente información que permite explicar la mayor proporción del gasto en salud que Costa Rica dedicó a la pandemia en el período cubierto. Usualmente el componente público constituye más del 70% del gasto total en salud en Costa Rica, ya que la CCSS representa la mayor parte de la atención curativa, mientras el Ministerio de Salud y la CNE cubren la mayor parte del gasto preventivo del país. La pandemia no parece haber modificado este comportamiento.

En futuros reportes, se buscará ampliar el análisis de gasto a otros actores y esquemas de financiamiento, tales como los seguros privados y el gasto directo de hogares o gasto de bolsillo. Asimismo, el contenido de este documento se integrará en la estimación del gasto en salud total del año 2020 para contextualizar su relevancia.

Este tipo de estudios forman parte de la inteligencia del sistema de salud y, en situaciones como el contexto actual de crisis, resultan clave como insumos para los tomadores de decisiones de políticas públicas.

Por último, resulta importante reconocer que el presente reporte se enmarca en el contexto de una crisis prolongada producto de la pandemia del COVID-19 (CEPAL, 2021), aún en curso y que representa una situación altamente cambiante. Por lo tanto, los resultados presentados son también planteados como de carácter preliminar; y pueden evolucionar conforme la pandemia progresa y se presenta nueva evidencia.

# I. Introducción

La pandemia por COVID-19 ha impactado a todos los países del mundo sin excepción. El impacto ha sido enorme no solo en términos de salud, sino en prácticamente todos los ámbitos de la vida humana, incluido el económico y el social. Solo en 2020, 1 813 188 vidas humanas se han reportado como perdidas directamente por COVID-19, aunque la OMS estima que la suma real se acercaría a los 3 millones de personas fallecidas (OMS, 2021a). Simultáneamente, el FMI estima una caída del PIB mundial durante 2020 del -3.2% (FMI, 2021).

En el caso de Costa Rica, durante el 2020 se reportaron 169 321 personas contagiadas de COVID-19; de ellas, fallecieron 2 185 (1.3%) y se habían recuperado 131 923 (7.9%) al finalizar el año (OGES, 2021). Respecto al impacto económico, la producción del país cayó en -4.1% respecto al PIB del 2019 (BCCR, 2021).

La historia de esta pandemia se remonta a finales del año 2019. El 31 de diciembre de ese año, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (República Popular de China) realizó una declaratoria en la que se mencionó la aparición de un conglomerado de casos de neumonía vírica en esta región. Desde este momento, la OMS inició una serie de investigaciones y trabajos de campo con el fin de determinar el agente causante de esta enfermedad, su origen y sus características. Con el paso de las semanas, y ante los nuevos hallazgos científicos de la enfermedad, entre ellos la secuenciación del SARS-CoV-2, la OMS publicó su primera alerta epidemiológica y, el 24 de enero del 2020, la directora de la OPS emitió un comunicado instando a los países de las Américas a estar preparados para detectar tempranamente, aislar y cuidar a pacientes infectados por el nuevo

coronavirus. Ante esta alerta, los países de la región, incluyendo Costa Rica, iniciaron un proceso de fortalecimiento de sus sistemas sanitarios y preparación ante una posible emergencia. El 11 de marzo del mismo año, la OMS concluyó en su evaluación que la COVID-19 puede considerarse una pandemia.

El 6 de marzo del 2020, el Ministro de Salud de Costa Rica comunicó la detección del primer caso positivo por SARS-CoV-2 en el país, convirtiéndose, así, en el país número 89 en reportar casos. Para el 28 de octubre del 2021, el país reporta más de 559.2 mil casos confirmados y 7 021 personas fallecidas. La situación de emergencia ha exigido un alto compromiso de parte de instituciones públicas y privadas, organismos nacionales e internacionales, así como de cada hogar en el país.

Las instituciones de salud han trabajado arduamente en la comunicación de riesgo, preparación del sistema de salud, detección y contención de casos, manejo de pacientes positivos, entre otras actividades que procuran apaciguar el impacto de la pandemia en el país. Instituciones como la CNE, el INCIENSA y el INS apoyaron la respuesta a la emergencia coordinando con el MS en lo que corresponde a la atención preventiva y/o curativa del Covid-19.

Toda esta labor ha contribuido de manera significativa al gasto en el sector salud.



Ante la importancia de evidenciar el gasto realizado por el sector salud y los hogares, surge el trabajo conjunto entre el MS, a través de su Unidad de Economía de la Salud, y la OPS/OMS, con el objetivo de realizar un estudio en el cual se recolecten los datos de gastos relacionados con la atención sanitaria de la pandemia por parte de las principales instituciones de salud del país, así como la información necesaria para estimar el gasto realizado por los hogares.

Esta edición corresponde a un primer informe de este estudio, el cual presenta los resultados iniciales de gasto en atención sanitaria de la pandemia durante 2020, realizados por los esquemas o arreglos de financiamiento públicos del país. Se tiene programada la emisión de reportes complementarios que permitan cubrir la estimación del gasto realizado por los hogares, así como el gasto completo del proceso de vacunación. Para realizar las estimaciones mencionadas, se utilizó la metodología estándar de medición del gasto SHA2011 (OCDE et al., 2017), la cual, en un esfuerzo extraordinario, fue revisada internacionalmente para acordar los criterios de medición de gasto en COVID-19 (OCDE et al., 2021). Este reporte se convierte en el primer estudio asociado con la COVID-19 realizado con esta metodología en el país.

La estructura de este informe comprende una primera parte que explica los alcances del proyecto y la metodología empleada. Posteriormente, se presentan los resultados principales, orientados a responder interrogantes como ¿cuánto fue el gasto corriente institucional en la atención de la pandemia durante 2020? ¿Qué organizaciones y/o actores destacan en la provisión de los bienes y servicios

de salud en la atención de la pandemia en Costa Rica? ¿Cómo y quién pagó por estos servicios? ¿De cuánto fue la inversión de capital?

Finalmente, y como conclusión de este primer estudio, se plantea la utilidad de continuar generando evidencia que ayude a los tomadores de decisiones a analizar cuáles son las lecciones aprendidas y los retos para asegurar la continuidad de los servicios esenciales y la sustentabilidad financiera del sistema ante la crisis prolongada. Esta información resulta estratégica para guiar la transformación necesaria hacia sistemas de salud más resilientes, que respondan adecuadamente a futuras emergencias en salud y se basen en los objetivos de cobertura y acceso universal.

## II. Alcances del estudio y abordaje metodológico



### Metodología

La atención en salud de la pandemia ha implicado la definición, regulación y puesta en práctica de diversas medidas y protocolos de aislamiento social para evitar la propagación del virus, entre ellas, la implementación de pruebas de diagnóstico para detectarlo, el reforzamiento de la atención médica en hospitales y demás centros de salud para tratamientos curativos y, por supuesto, la compra de vacunas para la etapa de inmunización. A nivel de salud pública, el esfuerzo incluyó también la coordinación de actores e intervenciones del sistema de salud e intersectorial, la vigilancia y comunicación de la evolución del riesgo, así como el desarrollo de estrategias de movilización de recursos financieros y negociación para la compra y suministro de insumos e inversiones especiales.

Todas estas intervenciones requieren, además, de un altísimo esfuerzo del recurso humano y un significativo gasto extraordinario; determinarlos es parte del alcance de este primer reporte. Su objetivo es estimar el gasto de los esquemas públicos en salud para la atención sanitaria de la pandemia por COVID-19 durante el 2020. Para ello, se eligió la metodología de cuentas de salud SHA2011. Esta corresponde al estándar internacional de medición de gasto en salud, resultado de una consulta internacional en la que los países acordaron utilizarla para fines de comparación del monitoreo del gasto en salud en el tiempo y entre países.

El sistema de cuentas de salud SHA2011 reporta datos en una estructura de tres dimensiones: financiamiento, consumo y provisión. Las clasificaciones y categorías acordadas, además de cumplir los criterios de contabilidad internacional, corresponden a los gastos considerados de mayor

relevancia, lo cual permite ofrecer los principales indicadores de monitoreo comparativo y análisis consistente del sistema de salud. Para asegurar consistencia en las mediciones, la metodología sugiere distribuir todos los gastos en todas las causas o motivos de atención, evitando el enfoque específico en un problema de salud o enfermedad. En este caso, dada la prioridad y situación excepcional de la pandemia, la metodología estándar se enfocó en los gastos en COVID-19, respetando los criterios contables generales. Al concluir la estimación integral del gasto en COVID-19, estos resultados se integrarán en la cuenta de salud completa del 2020.

Seguir una metodología estándar permite establecer similitudes, diferencias y aprendizajes conjuntos en materia de financiamiento y gasto ante la pandemia, tanto a nivel nacional como internacional. Además del gasto en salud estandarizado, cada país puede reportar también, pero separadamente, lo que corresponde a gastos complementarios para la salud con otros propósitos (por ejemplo, protección social), esto en aras de preservar la comparabilidad entre países.

**Alcances y límites.** El alcance de este estudio está delimitado en parte por el enfoque metodológico empleado y en parte por la disponibilidad y capacidad de recolección de datos. Puede considerarse específico al gasto de esquemas de financiamiento públicos en salud, sin considerar el gasto con otras finalidades, por ejemplo, el caso de las transferencias del Bono Proteger, que disponen de un cierto nivel de flexibilidad en el uso de recursos. Dicho esfuerzo económico puede ser objeto de un análisis posterior. A continuación, se detallan los límites y alcances de este estudio.

- El gasto se enfoca en los bienes y servicios consumidos con fines sanitarios.

La pandemia ha implicado diferentes gastos que se relacionan con la atención de esta emergencia nacional. Sin embargo, no todos tuvieron la finalidad directa y principal de prevenir, tratar, curar o rehabilitar la salud de las personas para atenuar las consecuencias negativas de la enfermedad.

Ello implica que medidas promovidas por el gobierno para apoyar a las familias en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica, como

los Bonos Proteger, aunque pudieron emplearse total o parcialmente para la compra de bienes y servicios de salud, no se incluyen dentro del gasto del gobierno en salud de COVID-19 que se está reportando en este informe. Para reportes futuros, como parte del gasto directo de los hogares, se podría contemplar una estimación referente al uso del Bono Proteger, específicamente la proporción que se utilizara para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de la salud.

*Para que una actividad sea considerada como gasto en salud, debe tener como finalidad principal mejorar, mantener o prevenir el deterioro del estado de salud de las personas, grupos de la población o de la población en su conjunto, así como mitigar las consecuencias de la enfermedad mediante la aplicación de conocimientos calificados.*

- La medición considera el valor de los bienes y servicios de salud asociados al COVID-19, financiados con esquemas públicos y ofrecidos por las instituciones públicas de Costa Rica durante 2020.

Dentro de los agentes del sector público se incluyen, como parte del gobierno central, al MS, INCIENSA y la CNE; como parte de la seguridad social, tanto a la CCSS como al INS<sup>3</sup>.

Por el lado de los beneficiarios, el estudio comprende el gasto en los servicios ofrecidos a toda la población residente, incluyendo la población inmigrante que permanece en el país desde hace más de un año.

- La medición también incluye el gasto en las funciones de administración y gobernanza del sistema de salud que se asocian al manejo de la pandemia en el 2020.

En Costa Rica, el ente a cargo de la gobernanza del sistema de salud es el MS, que ejerce su función a través de regulaciones o la provisión de servicios colectivos, tales como prevención, regulación y administración del sector salud. Para el manejo de la pandemia, el MS participó en decisiones conjuntas con otras autoridades, por ejemplo, para coordinar la comunicación de riesgo y las regulaciones asociadas, o para la liberación y asignación de fondos extraordinarios y de procesos de negociación y compra conjunta de EPP y vacunas.

<sup>3</sup>El SHA2011 no presenta una definición de financiamiento y gasto público / privado.

La base mundial de datos de gasto en salud (GHED) de OMS utiliza el enfoque de ingresos de los esquemas de financiamiento (FS) y hace la equivalencia al concepto de gasto público, con el indicador de gasto doméstico del gobierno general (GGHE-D).

Este incluye el gobierno central, los gobiernos regionales y locales, más la seguridad social y seguros obligatorios. Los recursos externos canalizados a través del gobierno los presenta separadamente como ingresos (en FS) e integrados en el caso de los esquemas parte del gasto público (en HF).

En este reporte se utiliza el enfoque de los esquemas (HF). Se incluye el gasto del INS, por ser una empresa pública no financiera que administra los seguros obligatorios (riesgos de trabajo y SOA) y el INCIENSA. Ambos excepcionalmente proporcionaron cobertura para atención curativa y preventiva específicas para COVID-19.

### III. Recolección de datos y sus limitaciones

Luego de establecer el marco metodológico del estudio, se procedió con la recolección de los datos de las entidades participantes.

#### • Disponibilidad de los datos

Costa Rica ha generado cuentas de salud según el estándar mundial SHA2011 desde 2011. Actualmente, se está trabajando en el estudio de cuentas de salud para el periodo 2017-2019. Idealmente, el análisis del gasto en COVID-19 debería formar parte de las cuentas completas de 2020. Dado que aún no se inicia dicho proceso, y ante la relevancia del esfuerzo financiero realizado para la atención del COVID-19, se decidió realizar un trabajo conjunto entre el MS y OPS/OMS para monitorear específicamente el gasto en salud durante la pandemia del COVID-19 en 2020.

En el proceso, se analizó la respuesta ofrecida por el sistema de salud a la emergencia y se solicitó la información correspondiente a las instituciones públicas y privadas que participaron. Entre las instituciones públicas consultadas, e incluidas en la elaboración de este primer reporte, estuvieron el MS, CCSS, CNE, INCIENSA e INS<sup>4</sup>.

Algunas de estas instituciones se caracterizan por tener roles múltiples dentro del sistema institucional del país. En el caso de la CCSS, es la encargada de administrar los recursos provenientes del seguro social de salud, a la vez que provee servicios de

salud en todo el país en los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria).

La CNE, de acuerdo con sus potestades legales durante una emergencia nacional declarada<sup>5</sup>, funciona como fuente de financiamiento al canalizar recursos del Fondo Nacional de Emergencias (FNE) a otras instituciones en la provisión de atención curativa. También, actúa como proveedora, ya que los fondos del FNE pueden ser empleados directamente por la CNE en la provisión de servicios de atención preventiva o de gobernanza y administración. En el estudio su papel en la gobernanza no fue valorizado y, por tanto, solo se registra el valor de la provisión en atención preventiva.

Por último, el INS se incluye en su doble rol de financiador y proveedor de atención curativa, al destinar y financiar 48 camas del Hospital del Trauma para la atención exclusiva de pacientes COVID-19, junto con el personal requerido<sup>6</sup>.

<sup>4</sup>Adicionalmente, se consultaron otras instituciones cuya información se encuentra actualmente en proceso y no son parte de este primer reporte. Estas incluyen a la Cruz Roja, diversos Centros de atención sanitaria privados, la Dirección General de Aduanas, la Fábrica Nacional del Licores (FANAL) y supermercados.

<sup>5</sup>La CNE, de acuerdo con su ley constitutiva (Ley N° 8488), es la entidad rectora en lo que se refiera a la prevención de riesgos y a los preparativos para atender situaciones de emergencia; además, en el marco de una declaratoria de emergencia, deberá planear, coordinar, dirigir y controlar las acciones orientadas a resolver necesidades urgentes, ejecutar programas y actividades de protección, salvamento y rehabilitación.

<sup>6</sup>De acuerdo con su ley constitutiva (Ley N° 12), el INS es la institución autónoma aseguradora del Estado. Tiene un doble rol que lo diferencia de otras aseguradas. El INS, además de administrar una cartera de seguros que incluye la administración exclusiva del régimen de Riesgos del Trabajo y del SOA, ofrece directamente servicios de atención médica a través del Hospital del Trauma y dispensarios para consultas no especializadas en todo el país.



- **Capacidad de respuesta de las diferentes instituciones**

Dado que las instituciones participantes en este reporte no registran su gasto en atención médica con base en el diagnóstico de los usuarios, fue necesario realizar estimaciones utilizando procedimientos contables estandarizados. Para analizar el gasto por enfermedad, y específicamente para establecer el monto de recursos dedicado al COVID-19, se requirieron datos estadísticos de costeo, tarifarios y datos clasificados de acuerdo con criterios de la Contraloría General de la República (CGR). Asimismo, se requirieron datos del Fondo de Contingencia para poder generar las primeras estimaciones parciales.

Se obtuvieron datos detallados de la CCSS con base en registros hospitalarios de los egresos y las estancias hospitalarias del año 2020 según enfermedad y servicio de cada establecimiento de salud (agrupados según un listado resumido de la clasificación internacional de enfermedades). Asimismo, se obtuvieron los datos correspondientes a las consultas de primera vez y las subsecuentes por tipo de atención según enfermedad en cada establecimiento de salud en atención ambulatoria para ese mismo año. También, se tuvo acceso al Anuario de Costos y Modelo Tarifario (de los semestres I y II del año 2020) de la CCSS.

No obstante la disponibilidad de los datos mencionados, carecen del detalle necesario para desagregar completamente los gastos por tipo de servicio, por ejemplo, servicios de atención curativa especializados y no especializados. Ante esta limitante, se consideraron dos factores:

1. La complejidad del manejo de los pacientes infectados requirió la capacitación del personal médico y de enfermería; la compra de EPP y otros insumos; así como la separación de espacios físicos para aislar a los pacientes potencialmente infectados con el virus del COVID-19. Fue necesario realizar estas acciones en cada nivel de atención, incluso entre los proveedores de atención primaria, como las Áreas de Salud<sup>7</sup> que constituyen el primer punto de atención al paciente.

2. Esta preparación adicional implicó un aumento de los costos de la atención curativa, tanto en el primer nivel de atención, como en el nivel hospitalario.

Para la estimación del gasto, se consideró la complejidad de la atención de la enfermedad que afectó en los requerimientos en insumos, capacitación y equipo médico, así como en el acondicionamiento de espacios exclusivos. En consecuencia, se realizó el siguiente ajuste: a la atención curativa en ambos niveles se le asignó el costo unitario promedio de la atención especializada ambulatoria y de internamiento, respectivamente. Dichos costos, sin embargo, no son específicos de Covid-19.

Este tratamiento para la estimación del gasto no implica que en la práctica no hubiera costos diferenciados. Por ejemplo, el triaje, la vigilancia de pacientes en aislamiento o el manejo de casos sin complicaciones tuvieron en la práctica un costo menor que los pacientes derivados a UCI.

Sin embargo, intenta responder a la preparación especializada del entorno y la consecuente “especialización” de la atención, incluso desde el primer nivel, tema que se abordará nuevamente en el apartado de discusión de este reporte.

<sup>7</sup>Las áreas de salud son parte de la división de la estructura orgánica de la CCSS, que ocupa una extensión geográfica compuesta de dos o más sectores de salud, cada uno constituido por un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS).

Ello no implica que en la práctica los niveles de atención se hayan diluido o no se conservaran diferenciados, pero la falta de datos que diferencien por niveles de atención del Covid-19, complejizaron su identificación.

Se esperaría que una posterior disponibilidad del desglose, con mayor detalle, del gasto por tipo de atención permitirá identificar si este ajuste generó, y en qué magnitud, cierta sobrestimación relativa del gasto en la atención de casos de baja complejidad, ofrecida tanto en el primer nivel como en la hospitalización. Asimismo, por la misma razón, si generó una probable subestimación del gasto de los casos de alta complejidad.

Otra particularidad de la estimación del gasto realizado en este estudio está referida a la compra de vacunas. Las primeras vacunas fueron adquiridas por la CNE a finales del año 2020 y, su aplicación se inició durante el mes de diciembre. Para fines de este reporte, se decidió incorporar el monto total de las compras de vacunas en el programa de inmunización<sup>8</sup>, con la intención de reflejar que parte de esta compra sí se aplicó en el año de análisis, aunque no se conozca la proporción. Se espera que, al integrar las cuentas completas del 2020, se puedan ajustar los gastos según los momentos de compra, adquisición y aplicación de vacunas.

- **Gasto directo en salud de hogares**

La recolección de datos de gasto en salud de hogares representa un reto por la falta de registros sistemáticos que permitan su medición directa. Esta es también la situación de los gastos directos de los hogares relacionados con COVID-19.

Dada la dificultad técnica de medición de este componente de gasto, relacionada con la disponibilidad de encuestas regulares, se espera trabajar posteriormente este componente en conjunto con los datos de gasto de otras agencias privadas.

Una de las alternativas a esta situación es recolectar datos de consumo de los hogares a través de encuestas que abarquen una muestra representativa de la población para reflejarla apropiadamente. Sin embargo, dichas encuestas son altamente costosas en tiempo y recursos.

- **El detalle del gasto en prevención y administración se captó parcialmente.**

Es importante mencionar que la información generada es de carácter parcial, pues no fue posible determinar el detalle de algunos gastos.

Este es el caso de los gastos preventivos que fueron financiados principalmente por la CNE, específicamente el gasto dedicado a los programas de detección (pruebas de COVID-19), a la vigilancia epidemiológica (gasto en el seguimiento de casos y la contabilización de las actividades de control y manejo) y a los gastos de programas de control de riesgo (por ejemplo, resguardando el acceso por las fronteras del país).

Los gastos en gobernanza se encuentran parcialmente reflejados en este reporte, pues se carece de registros para documentar completamente los recursos utilizados en la planeación y control, monitoreo y evaluación, regulación, coordinación de actividades e investigación y análisis de COVID-19.

<sup>8</sup> En sentido estricto, la contabilización de bienes, como medicamentos y vacunas, se realiza en el momento en que se reciben, no cuando se pagan, para cumplir con un registro del devengo.

- Otras consideraciones

A la fecha, son pocos los estudios realizados sobre el gasto en salud para la atención de la pandemia. La OCDE, la OMS y la UE han apoyado y promovido un seguimiento del gasto en salud durante 2020, con base en la metodología de cuentas de salud SHA2011 para los países miembros. Con estas estimaciones piloto, se reafirma que la metodología de cuentas de salud SHA 2011 es una herramienta apropiada

para rastrear el gasto en salud por COVID-19. Para disponer de un gasto total por COVID-19, que mida no solo salud o que capture los componentes de difícil documentación, se necesita un monitoreo complementario.

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio.

## IV. Principales resultados

### 4.1. ¿Cuánto gastaron los esquemas públicos en la atención de la pandemia durante 2020?

El gasto en atención de la pandemia de los esquemas de financiamiento públicos<sup>9</sup> durante 2020 ascendió a CRC 170.6 mil millones (USD 271.2 millones).

Este monto equivale a medio punto porcentual del PIB del 2020 y a un 8.4%<sup>10</sup> del gasto corriente en salud de los esquemas públicos en 2019

—unos dos billones de CRC—.

El esquema de financiamiento público con mayor monto de recursos lo constituye la CCSS, que administra dos terceras partes de los recursos

financieros destinados a proveer bienes y servicios de salud al 95% de la población del país y lleva a cabo funciones de administración y gobernanza para la atención de la pandemia, tal como se observa en la Tabla 1. La tercera parte restante, la comprenden los esquemas de gobierno central, los cuales se componen en un 41.7% por el Ministerio de Salud y el INCIENSA y en un 58.3% por la CNE. Por último, el menor monto de los esquemas de financiamiento público corresponde al INS, que brindó servicios de atención hospitalaria y ambulatoria, para labores de información a la ciudadanía, así como funciones de prevención.

Tabla 1

Gasto en salud para la atención de la pandemia por esquema de financiamiento, Costa Rica 2020.

Esquemas de financiamiento público		2020	
		CRC (miles de millones)	%
<b>HF.1</b>	<b>Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios</b>	<b>170.6</b>	<b>100%</b>
HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central (Ministerio de Salud, INCIENSA, CNE)	57.6	33.8%
HF.1.2.1	Esquemas de seguros sociales de salud (CCSS)	112.7	66.1%
HF.1.2.2	Esquemas de seguros privados obligatorios (INS)	0.204	0.1%

Nota. Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

*El gasto de los esquemas de financiamiento público destinado a la atención de la pandemia durante el 2020 equivale a un 0.5pp del PIB 2020, 8.4% con respecto al gasto corriente en salud del año 2019*

<sup>9</sup> Los esquemas de financiamiento públicos se definen como las modalidades de financiamiento a través de las cuales la población accede a los servicios de salud, para los cuales existe una obligatoriedad mediada por una ley. Por ejemplo, el seguro social de salud y los gastos de gobierno (OCDE et al., 2017, p. 156). De acuerdo con las estimaciones preliminares de la OCDE, esta proporción pondría a Costa Rica por encima de la media en una lista de cinco países OCDE seleccionados para un estudio preliminar.

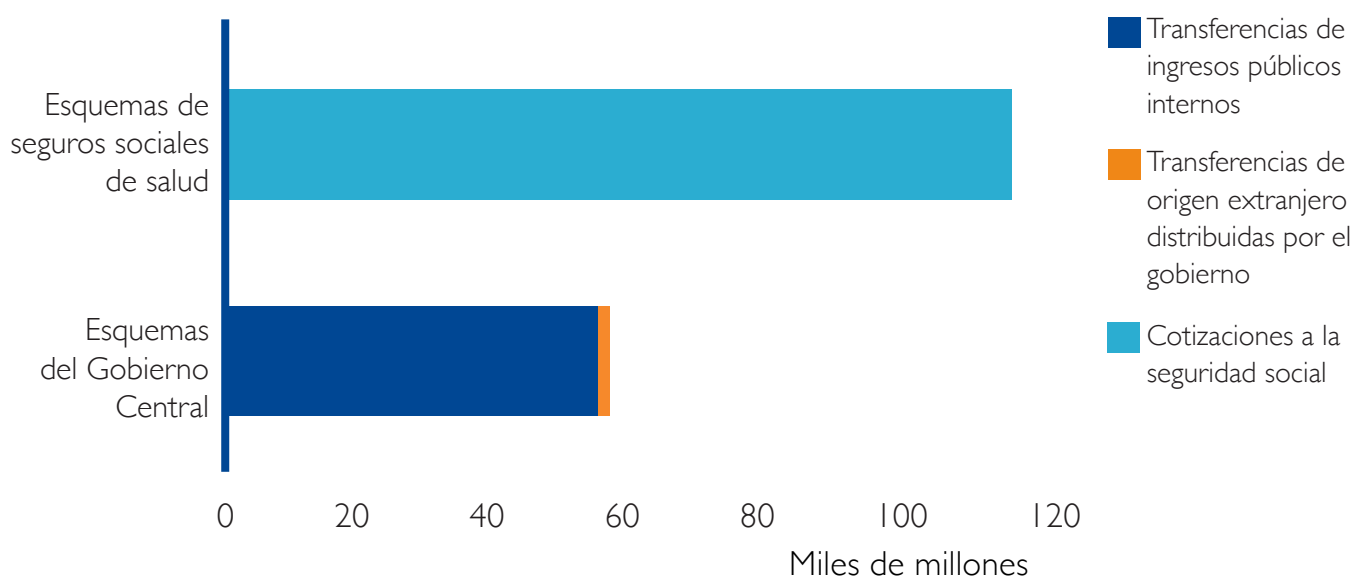
<sup>10</sup> De acuerdo con las estimaciones preliminares de la OCDE, esta proporción pondría a Costa Rica por encima de la media en una lista de cinco países OCDE seleccionados para un estudio preliminar.

En la Figura 1 se ilustran las modalidades de captación de recursos o tipos de ingreso que nutren los dos tipos de esquemas principales de financiamiento público. Se observa que los seguros sociales de salud, representados en el caso de Costa Rica por la CCSS, se financian en un 100% por las cotizaciones a la seguridad social. Dicha institución contó con un fondo específico, de acuerdo con la Ley General de Emergencias, para agilizar la respuesta a la pandemia, el cual se nutre de los seguros sociales de salud. En la medición se incluye la ejecución al cierre del 2020 de este fondo de contingencia de la CCSS por un monto de CRC 48.3 mil millones. Por su parte, los recursos del INS (0.1% del total de recursos públicos) provienen de las contribuciones al SOA.

En el caso de los esquemas del gobierno central, los ingresos provienen de dos fuentes: las transferencias del gobierno central, que son recursos internos y constituyen el 98.6% de dicho aporte. El 1.4% restante corresponde a las transferencias de origen extranjero que se canalizaron vía el gobierno central. Estas transferencias extranjeras, principalmente, provienen de países como Estados Unidos, China, Corea del Sur, Canadá y de organismos e instituciones como la OPS/OMS; se componen de donaciones en especie que incluyen EPP (mascarillas, lentes y guantes), equipo médico (refrigeradores y ventiladores), pruebas PCR, entre otros. La valorización monetaria de estas donaciones fue reportada directamente por la CNE quien las recibía y luego distribuía al resto de instituciones del sistema de salud.

Figura 1

Gasto en salud para la atención de la pandemia por esquema de financiamiento y tipo de ingreso, Costa Rica 2020



Nota. Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.



#### 4.2. ¿Qué bienes y servicios de salud se proporcionaron durante el primer año de la pandemia?

El servicio de salud con mayor gasto asociado a la atención de la pandemia fue la atención curativa, que representa un 63.5% del total de servicios y bienes financiados por los esquemas públicos, seguido de las categorías de atención preventiva, con un 32.4% y, finalmente, la categoría de Gobernanza y Administración del sistema de salud, con menos del 5%.

Al analizar cada categoría más a profundidad en la Tabla 2, se observa que la atención curativa con internamiento representa más del doble del gasto que la ambulatoria (44.2% y 19.3% del gasto total, respectivamente).

En el caso de la atención preventiva, destacan los programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencias, con 14.5%; los servicios de vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, con 13.1%; y los programas de inmunización, con 4.7%.

Tabla 2

Gasto en salud para la atención de la pandemia por función de salud, Costa Rica 2020

Funciones de salud		CRC (miles de millones)	%
<b>Todos HC</b>		<b>170.62</b>	<b>100%</b>
<b>HC.1</b>	<b>Atención curativa</b>	<b>108.39</b>	<b>63.5%</b>
HC.1.1	Atención curativa especializada con internamiento	75.39	44.2%
HC.1.3	Atención curativa especializada ambulatoria	33.00	19.3%
<b>HC.6</b>	<b>Atención preventiva</b>	<b>55.21</b>	<b>32.4%</b>
HC.6.1	Programas de información, educación y consulta (IEC)	0.12	0.1%
HC.6.2	Programas de inmunización	8.00	4.7%
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y enfermedad	22.30	13.1%
HC.6.6	Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia	24.79	14.5%
<b>HC.7</b>	<b>Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud</b>	<b>7.02</b>	<b>4.1%</b>
HC.7.1.3	Suministro y gestión de la oferta	1.69	1.0%
HC.7.2	Administración del financiamiento a la salud	5.33	3.1%

Nota. Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Cuando se comparan los gastos por funciones de salud<sup>11</sup> la atención preventiva representó un 32.4% del gasto en salud pública total en Covid-19. En términos absolutos, este gasto en el 2020 igualó al gasto total por este rubro realizado con fondos públicos acumulado durante el periodo 2017-2019.

Este resultado debe interpretarse, primero, a la luz de la alta demanda de atención preventiva para controlar el contagio de la pandemia, expresado mediante programas de inmunización, vigilancia epidemiológica, control de enfermedades, así como prevención y preparación para situaciones y emergencia. Segundo, parte de este aumento en el gasto preventivo se debe a recursos extraordinarios provenientes de la CNE. Descontando estos recursos, aún se aprecia un aumento del gasto preventivo del 71% respecto al 2019.

Otra observación al respecto es que este gasto preventivo podría en la realidad ser aún más elevado, especialmente en categorías como detección de la enfermedad (HC.6.3 en la Tabla 2) y que no se encuentra identificado. Asimismo, puede haber una subestimación de lo registrado bajo programas de información, educación y consulta (HC.6.1. en la Tabla 2), que incluirían las notificaciones mediáticas sobre las precauciones a tener y la evolución del riesgo. Buena parte de estos gastos pueden estar registrados de manera agregada bajo la categoría de “programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia” (HC.6.6, en la Tabla 2).

Situación similar se da en lo que corresponde al gasto en la función de administración y gobernanza (HC.7 en la Tabla 2), estimado en 5% del gasto público total en Covid-19. Esto incluye, por ejemplo,

el gasto asociado al esfuerzo de coordinación sectorial e intersectorial, que implicó la presencia de las autoridades del sistema en la toma de decisiones y regulaciones conjuntas con otros grupos políticos de nivel nacional, así como su influencia para la negociación de precios y oportunidad en la obtención de financiamiento, equipos e insumos. La falta de detalle necesario impide separarlo del gasto registrado en las acciones preventivas del manejo de la pandemia (HC.6 en la Tabla 2).

Cuando se analiza cuáles esquemas de financiamiento cubrieron cada tipo de servicio, se observa una participación mayor de los esquemas de seguros sociales en la atención curativa especializada, con internamiento y ambulatoria, así como en la administración del financiamiento a la salud. Esto se explica debido a que la CCSS además de ser el principal proveedor de servicios de salud, también administra los esquemas de financiamiento a su cargo.

Asimismo, se observa que prácticamente el 100% de la atención preventiva se cubre con esquemas del gobierno central, donde poco más de un 40% corresponde al Ministerio de Salud, y fue dirigido especialmente a la vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad. El monto restante corresponde a la CNE, donde el principal componente comprende a los programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia, así como los programas de inmunización.

Dentro de la categoría de administración del financiamiento a la salud, se contempla el gasto por planeación, control, monitoreo, evaluación, regulación, entre otras actividades inherentes del MS.

<sup>11</sup> De acuerdo con el Manual de Cuentas de Salud, la clasificación de funciones de salud se refiere a los gastos de bienes y servicios en la atención de la salud (OCDE et al., 2017, p. 72).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no ha sido posible identificar el monto total gastado en todos estos rubros, lo que permite suponer que el dato estimado es menor al real.

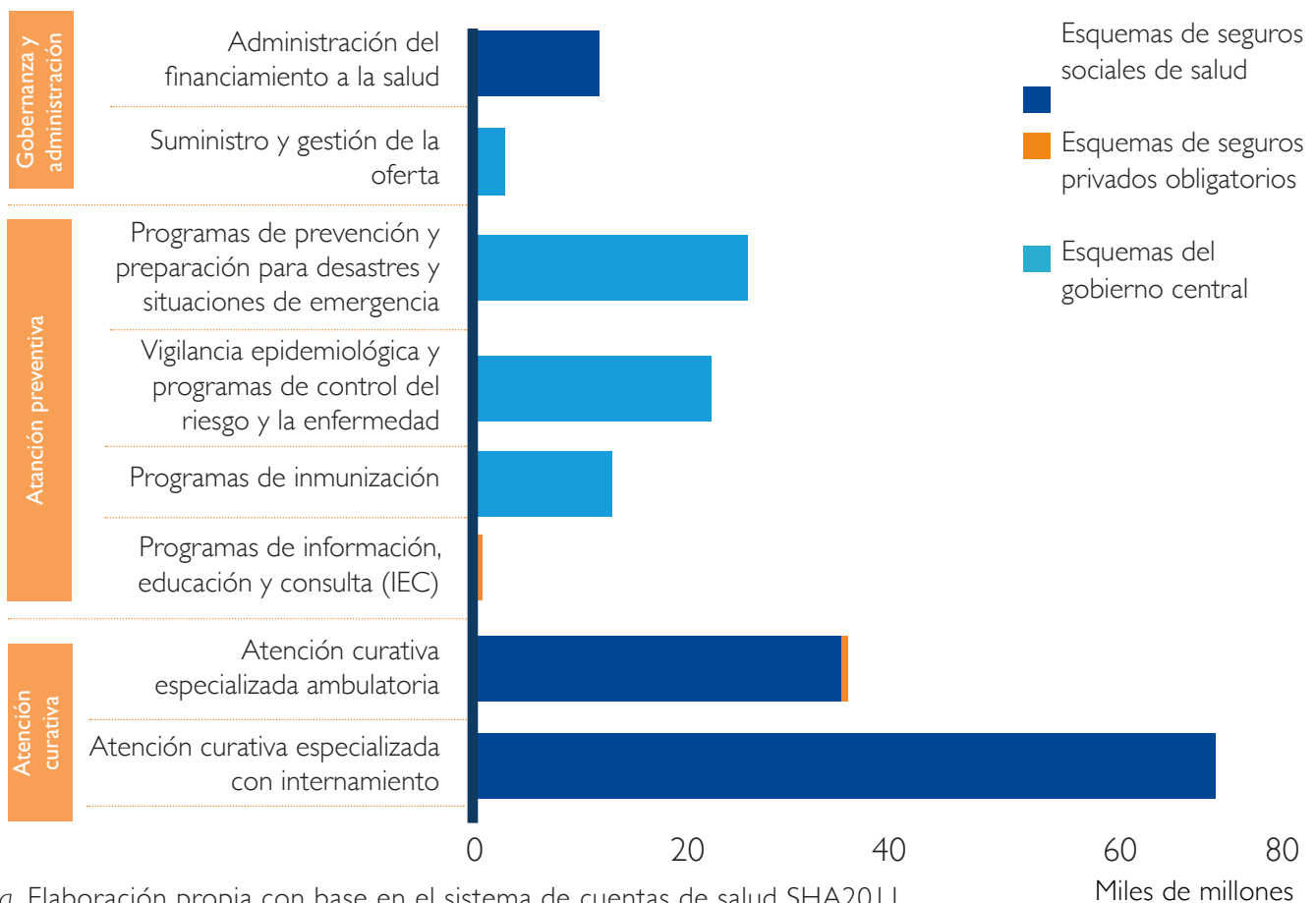
Por último, antes de cerrar esta sección, es importante señalar que el servicio de transporte de pacientes, tan necesario en la atención de la pandemia, no se identifica en forma separada en el análisis, debido a dos razones. La primera, que el gasto en traslados

está contemplado dentro de la atención curativa, ya que la CCSS brinda el servicio como un paquete completo (de tratamiento y traslado), ya sea a los hogares o a otros establecimientos de atención. Por otra parte, aunque hay una proporción de gasto en traslado de pacientes hacia las unidades de atención que ha sido proveída de manera independiente, esta fue proporcionada por la Cruz Roja, la cual es una ONG y, por ende, no se incluye en este reporte.

*La atención curativa representa el principal motivo de gasto, con 63.5%, en tanto que el gasto en servicios preventivos le sigue en importancia y alcanza un nivel inusualmente elevado, con 32.4% del gasto financiado con fondos públicos*

**Figura 2**

Gasto en salud para la atención de la pandemia según función de salud y esquema de financiamiento, Costa Rica 2020



Nota. Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Miles de millones

### 4.3. ¿Quién ofreció los bienes y servicios de salud en la atención de la pandemia en Costa Rica?

Respecto a los proveedores o establecimientos que brindan bienes y servicios de salud, financiados con esquemas públicos, principalmente la CCSS, resaltan por su participación en la atención de la pandemia los hospitales con 46.1%; los proveedores de atención preventiva, con 32.4%; y los de atención ambulatoria, con 17.5%. Este resultado es compatible con los bienes y servicios de salud que más se han demandado durante la pandemia y que se analizaron en la sección anterior.

Al analizar el principal proveedor, destaca la participación de los hospitales de especialidad sobre los generales, los regionales y los periféricos (74.8%, 24.6%, 14.8% y 9.9%, respectivamente), lo cual es consistente con la atención que esta enfermedad demanda y el equipamiento específico de unidades para la atención de pacientes COVID-19. Una acción implementada por los hospitales, para dar abasto con la demanda de atención curativa con internamiento y a la vez reducir el contagio de la enfermedad, fue destinar hospitales exclusivos, como el CEACO, o secciones específicas como un ala del Hospital del Trauma del INS, para atender a

los pacientes infectados con COVID-19 de manera aislada al resto de pacientes<sup>12</sup>.

Para el caso de los proveedores de atención ambulatoria, se evidencia la importancia de las Áreas de Salud, ya que conforman el 99.5% de estos proveedores, y el 17.4% de todos los proveedores de servicios y bienes de salud. Estas áreas de salud son proveedores de atención ambulatoria no especializada y constituyen el primer contacto del paciente. Esta función fue fortalecida y ajustada a las necesidades específicas de atención a la pandemia.

Respecto a la atención preventiva, como se vio anteriormente, el principal proveedor ha sido la CNE, seguida del Ministerio de Salud y el INS.

Los proveedores de administración y gobernanza incluyen al MS, enfocado en la gobernanza y la administración de sus recursos propios, y a la CCSS, a cargo de la administración de las cotizaciones de la seguridad social y del fondo de emergencia que generó. Para el caso específico del COVID-19, a pesar de que muchas decisiones de salud pública fueron participativas e inclusivas de otros sectores, los gastos incurridos por otras áreas no se pudieron acceder.

*Un 46.1% de los bienes y servicios de salud financiados por los esquemas públicos para la atención de la pandemia durante 2020 fueron proporcionados en hospitales de la CCSS*

<sup>12</sup>Medidas similares fueron implementadas en prácticamente todos los países. Por ejemplo, está documentado que en Corea del Sur, un país cuyo manejo de la pandemia ha sido calificado como exitoso (Kennedy et al., 2020), se adoptaron como parte del protocolo de control de la infección (Li & Chung, 2020).

Tabla 3

Gasto en salud para la atención de la pandemia por tipo de proveedor, Costa Rica 2020

Proveedores de servicios y bienes de salud		CRC (miles de millones)	%
<b>Todos HP</b>		<b>170.62</b>	<b>100%</b>
<b>HP.1</b>	<b>Hospitales</b>	<b>78.61</b>	<b>46.1%</b>
HP.1.1	Hospitales generales	19.35	11.3%
HP.1.1.2	Hospitales regionales	11.60	6.8%
HP.1.1.3	Hospitales periféricos	7.75	4.5%
HP.1.2	Hospitales de salud mental (exclusivo del Hospital Psiquiátrico Nacional)	0.42	0.2%
HP.1.3	Hospitales de especialidades* (excluye salud mental)	58.84	34.5%
<b>HP.3</b>	<b>Proveedores de atención ambulatoria</b>	<b>29.78</b>	<b>17.5%</b>
HP.3.1.3	Consultorios de especialistas* (excluye salud mental)	0.12	0.1%
HP.3.4.5	Áreas de Salud	29.62	17.4%
HP.3.4.9	Todos los demás centros ambulatorios	0.05	0.0%
<b>HP.6</b>	<b>Proveedores de atención preventiva**</b>	<b>55.21</b>	<b>32.4%</b>
<b>HP.7</b>	<b>Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud</b>	<b>7.02</b>	<b>4.1%</b>
HP.7.1	Agencias gubernamentales de administración del sistema de salud	1.69	1.0%
HP.7.2	Agencias de administración de seguros sociales	5.33	3.1%

Nota. \*Incluye hospitales nacionales (Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y Hospital México), y los especializados: Clínica Carit, Hospital Blanco Cervantes y CENARE (CEACO).

\*\* Principalmente la CNE y el Ministerio de Salud.

Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.



#### 4.4. ¿Qué tipo de factores de provisión se emplearon para que las instituciones públicas pudieran proporcionar los diferentes servicios y bienes consumidos?

El funcionamiento de un sistema de salud es altamente intensivo en recurso humano, lo que se refleja en el gasto en el componente de remuneraciones. En el caso de Costa Rica, este gasto ha venido en aumento en los últimos años<sup>13</sup>. El manejo de la pandemia no fue la excepción; según las estimaciones, el 62.9% de los recursos públicos fue dirigido al pago de los servicios del personal dedicado a la atención sanitaria de esta emergencia. Por ejemplo, en el caso de las 48 camas del Hospital del Trauma que el INS destinó a la atención de la pandemia, estas también incluían el personal requerido (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes de pacientes, personal de aseo, entre otros) (Ugarte, 2020).

El incremento en el gasto de remuneraciones supera en valores absolutos al gasto en compra de

bienes de capital para la pandemia, que es otro de los rubros de mayor incremento, como se describe en la siguiente sección.

Respecto a los factores de provisión restantes, los resultados muestran que el gasto se destinó a la compra de vacunas<sup>14</sup> (4.7%); otros medicamentos (5.9%) y otros bienes de salud (12.1%), por ejemplo, caretas; y productos no de salud (10.3%), tales como los separadores de áreas físicas.

Cuando se analiza el cruce de factores de producción con las funciones, es decir, en qué bienes y servicios se emplean los diferentes factores productivos, se observa que las remuneraciones están presentes en prácticamente todas las funciones de salud, principalmente en atención curativa con internamiento, uno de los principales gastos con recursos de los esquemas públicos del sistema de salud. Otros factores como vacunas se concentran, como era de esperarse, en programas de inmunización y otros medicamentos en los programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia.

El personal dedicado a la atención de la pandemia se constituyó en un punto medular de la respuesta ante la COVID-19 (OPS, 2021), como el factor de producción (remuneraciones), el cual explica el 62.9% de los recursos

<sup>13</sup> Como lo indica la OCDE, en el periodo 2007-2017, los salarios de los médicos aumentaron un 6% por año, "mucho más rápido que el crecimiento de la productividad en el sector" (OCDE, 2017, p. 11).

<sup>14</sup> Aquí, cabe destacar que Costa Rica fue uno de los primeros países del continente en empezar su programa de inmunización (Presidencia de Costa Rica, 2021).

Tabla 4

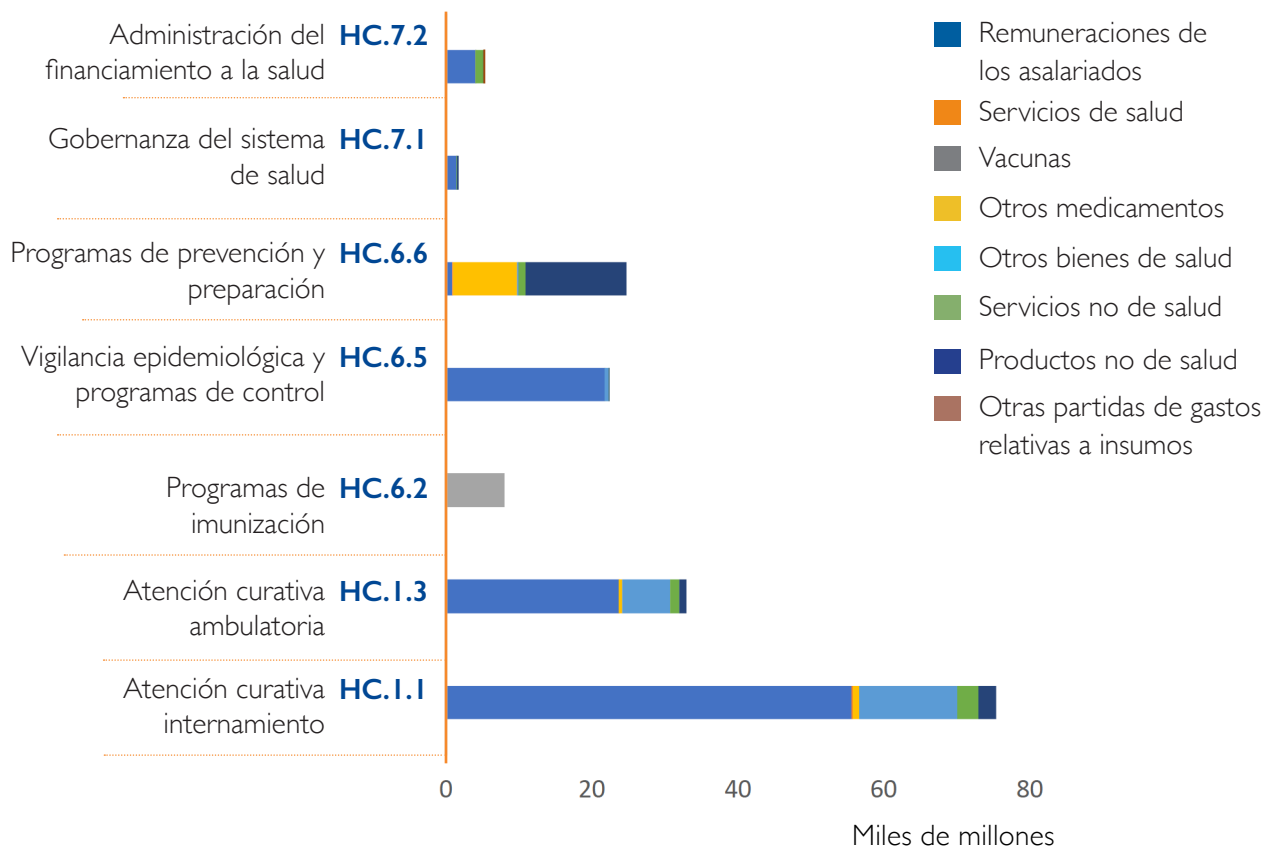
Gasto en salud para la atención de la pandemia por factor de producción, Costa Rica 2020

Factores de producción de servicios y bienes de salud		CRC (miles de millones)	%
<b>Todos FP</b>		<b>170.62</b>	<b>100%</b>
<b>FP.1</b>	<b>Remuneración de los asalariados</b>	<b>107.36</b>	<b>62.9%</b>
<b>FP.3</b>	<b>Materiales y servicios utilizados</b>	<b>63.15</b>	<b>37.0%</b>
FP.3.1	Servicios de salud	0.32	0.2%
FP.3.2.1.4	Vacunas	8.00	4.7%
FP.3.2.1.nec	Otros medicamentos (n.e.p.)	10.15	5.9%
FP.3.2.2	Otros bienes de salud	20.70	12.1%
FP.3.3.2	Asistencia Técnica	0.13	0.1%
FP.3.3.4	Servicios básicos	1.16	0.7%
FP.3.3.5	Contratación de Servicios	0.46	0.3%
FP.3.3.6	Mantenimientos	1.47	0.9%
FP.3.3.nec	Otros servicios no de salud (n.e.p.)	3.18	1.9%
FP.3.4	Productos no de salud	17.58	10.3%
<b>FP.5</b>	<b>Otras partidas de gasto</b>	<b>0.11</b>	<b>0.1%</b>

Nota. Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Figura 3

Gasto en salud para la atención de la pandemia según función de salud y factor de producción, Costa Rica 2020



Nota. Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

#### 4.5. ¿Cuánto y cuál fue la inversión de capital que las instituciones públicas en salud realizaron durante la atención de la pandemia en el 2020?

Considerando solamente la inversión realizada por el Gobierno General (FA.1), se observa que durante el 2020 se realizó una inversión de capital cercana a los 17 mil millones de colones. En términos relativos, comparando la proporción del gasto de capital respecto al gasto corriente, la formación bruta destinada a la atención sanitaria de la pandemia en 2020, equivalente a una décima parte del gasto corriente público, se duplicó en relación con la proporción alcanzada en 2019, que fue equivalente

a 5%. Este resultado refleja la mayor necesidad de infraestructura y equipo médico para la atención del COVID-19.

Cuando se desglosa este valor entre sus componentes, se observa que la mayor parte se dirigió a la adquisición de equipo médico, que absorbió prácticamente el 80% de los recursos. Ello se asocia a que la atención de pacientes COVID-19 requiere de diversos equipos e instrumentos respiratorios, por ejemplo, bombas de infusión, ventiladores, monitores de signos vitales, video laringoscopios, termómetros sin contacto infrarrojos, entre otros (Bustamante, 2020).

En segundo lugar, la inversión en infraestructura requirió el 19% del gasto total, la cual está asociada al acondicionamiento de espacios para la atención exclusiva de pacientes COVID-19. Aquí se observan los casos de la transformación realizada al Centro Nacional de Restauración (CENARE), el cual se convirtió en el Centro de Atención COVID-19

(CEACO), con 88 camas de cuidados leves y moderado, así como la reasignación de 48 camas en el Hospital del Trauma. Solo considerando estos dos centros se logró aumentar el número de camas UCI a 72, gracias a la readecuación de camas que estaban destinadas a cuidados de menor complejidad (Agüero, 2020).

Cuando se desagrega el nivel de inversión, se observa que la mayor proporción se realizó en equipo médico, que absorbió prácticamente el 80% de los recursos

**Tabla 5**

*Gasto de capital en salud para la atención de la pandemia, Costa Rica 2020*

<b>Cuenta de capital</b>		<b>CRC (millones)</b>	<b>%</b>
<b>Todos HK</b>		<b>16 989.85</b>	<b>100%</b>
<b>HK.I</b>	<b>Formación bruta de capital</b>	<b>16 989.85</b>	<b>100%</b>
HK.I.1.1	Infraestructura	<b>3 224.23</b>	<b>19.0%</b>
HK.I.1.2.1	Equipo médico	<b>13 525.98</b>	<b>79.6%</b>
HK.I.1.2.2	Equipo de transporte	<b>0.52</b>	<b>0.0%</b>
HK.I.1.2.3	Equipo de TI	<b>32.57</b>	<b>0.2%</b>
HK.I.1.2.4	Maquinaria y equipo n.e.p.	<b>206.56</b>	<b>1.2%</b>

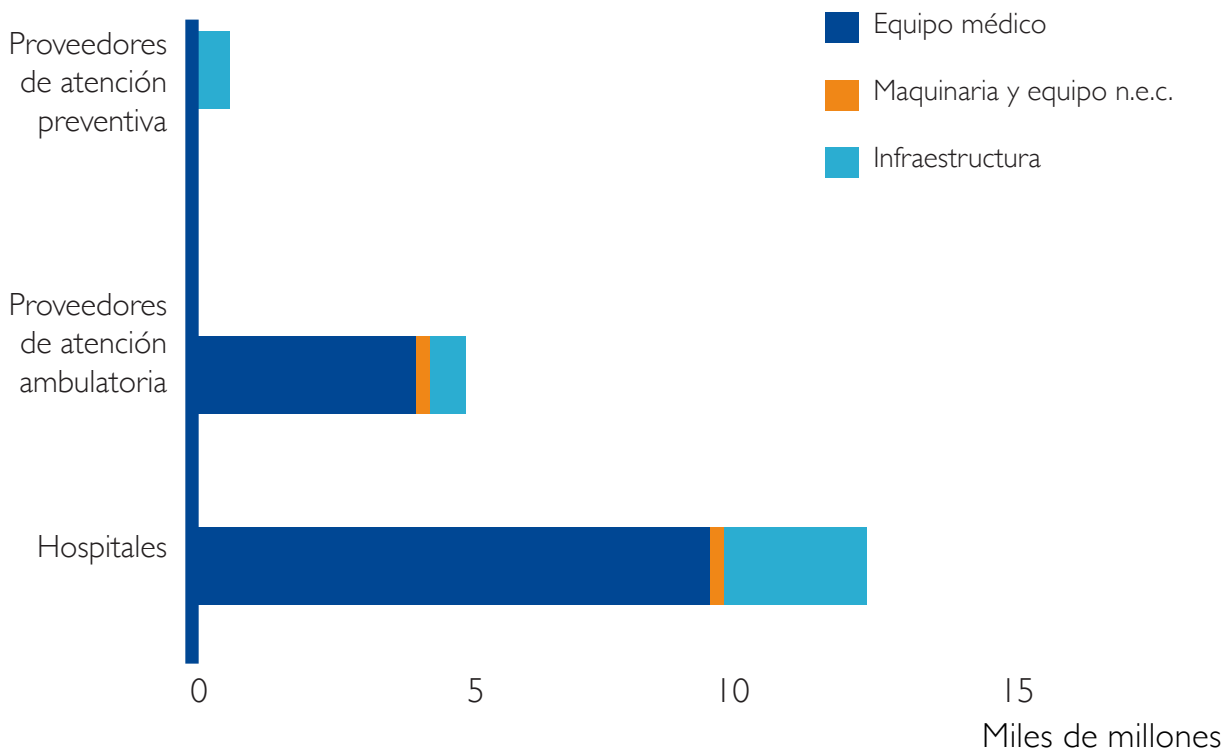
*Nota.* Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

Al analizar la inversión de capital por proveedor de salud, se observa que los hospitales ejecutaron la mayor asignación de fondos, con un monto cercano a los CRC 12 mil millones, y, en segundo lugar, los

proveedores de atención ambulatoria, con una inversión de CRC 4.7 mil millones.

**Figura 4**

*Gasto de capital en salud para la atención de la pandemia por proveedor de salud, Costa Rica 2020*



*Nota.* Elaboración propia con base en el sistema de cuentas de salud SHA2011.

## V. Discusión

El monto de gasto en salud dirigido a COVID-19 estimado en este estudio parece en línea con otras proyecciones realizadas al inicio de la epidemia. Un estudio publicado con datos preliminares de 24 países, basado en registros del Observatorio Europeo en Sistemas y Políticas de Salud, encontró que al 6 de mayo del 2020, el gasto público doméstico per cápita adicional promedio generado por el COVID-19 fue 3% (con un rango de 1% a 27%) en relación con los niveles del 2017 (Cylus, 2020). Cabe señalar que los autores llaman a tomar con reserva los datos, debido a que la medición no es estandarizada.

Según la información disponible y presentada en este documento, en 2020 Costa Rica logró destinar un monto significativo de recursos financieros públicos a la atención sanitaria de la pandemia, que fue equivalente a un 8.4% del gasto corriente público total en salud, registrado en las cuentas de salud del año 2019.

En esta misma línea, la estimación del gasto público en salud per cápita en Costa Rica, arroja un monto de CRC 33 500 (USD 54.9<sup>15</sup>). Este valor se encuentra en el segundo rango más alto (entre USD 51-100) de gasto per cápita en la atención sanitaria de la pandemia, de acuerdo con las asignaciones presupuestales públicas<sup>16</sup> reportadas por 113 países de ingresos bajos, medios y altos a noviembre del 2020 (OMS, 2020, p. 57).

Aunque una evaluación integral de la respuesta requeriría un análisis que trasciende los alcances

de este documento, la información presentada permitiría construir algunos indicadores para el estudio de la respuesta a la emergencia en Costa Rica. Al examinar el caso de Costa Rica al 31 de diciembre de 2020, el número de fallecimientos por COVID-19 alcanzaba las 2 185 personas, con una tasa de 425.18 muertes por millón de habitantes (OGES, 2021). Esta representa menos de la mitad de la tasa de mortalidad de países latinoamericanos como Chile, Brasil y México (entre 842.92 y 965.80 muertes por millón de habitantes, según Ritchie et al., 2021), los cuales tienen un gasto público en salud como porcentaje del PIB menor que Costa Rica (CEPAL, 2021). Esto sugeriría que existe una relación entre gasto en salud y calidad de la respuesta en la emergencia. Sin embargo, la evidencia internacional no resulta contundente.

Estudios como el de Eissa (2020) concluyen que, si bien el gasto público en salud juega un papel de facilitador para la preparación del manejo de las emergencias, requiere del fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas de salud, para conducir a mejores resultados en el sector. Khan et al. (2020) refuerzan con sus hallazgos el papel determinante de la capacidad de respuesta del sistema en su conjunto. Pese a que sorpresivamente su modelo concluye que el gasto en salud no fue determinante para reducir el número de muertes por COVID-19, sí resulta relevante la manera en que dicho gasto se asigna y ejecuta (por ejemplo, la proporción dirigida a medidas de salud pública).

<sup>15</sup>Al tipo de cambio de compra del BCCR el 31 de diciembre de 2020 (BCCR, 2020).

<sup>16</sup>Las estimaciones de OMS para el gasto per cápita de las asignaciones presupuestales para COVID-19 utilizan USD constantes de 2018. Las estimaciones reportadas para Costa Rica utilizan USD corrientes de 2020. En principio, no son estrictamente comparables, pero sirven de referencia.

Otros estudios, como el de Elola-Somoza et al. (2020), enfatizan que una menor tasa de mortalidad no depende de un mayor gasto público en salud per se, sino a un gasto más eficiente que incluye un sistema de salud mejor preparado para la pandemia, una mayor coordinación entre autoridades de distintas instituciones a nivel nacional y regional, un sistema menos desigual que permita un mayor acceso a servicios de salud, etc.

El COVID-19 ha representado un reto de enorme magnitud que exigió una preparación y gasto extra en todos los niveles de atención de salud, incluyendo el primer nivel. La distribución del gasto por tipo de servicio se ve influenciada por la evolución de la epidemia en cada país y región, impactando inicialmente con mayor fuerza en el nivel hospitalario.

La estimación del gasto por niveles de atención, desde el más altamente especializado hasta las áreas de salud de menor complejidad, intenta reflejar cómo el sistema se adecuó a las necesidades de atención de la población frente a la pandemia. Sin embargo, en la medición se enfrentan algunos retos debidos tanto a la insuficiente desagregación en la información recolectada como a la cobertura parcial de esta.

En este ejercicio, por ejemplo, no fue posible identificar el gasto preventivo en todos sus componentes, pese a la relevancia estratégica de este en el manejo de la pandemia. Esta discusión es importante, porque se esperaba que obtener información desagregada pueda dar una imagen más completa y detallada de la utilización y consumo de servicios durante la pandemia y corregir eventuales sesgos debido a la naturaleza agregada de algunos datos reportados.

El reporte muestra que el gasto medido en hospitalización fue el más elevado, lo que en principio es compatible con el cuadro clínico y manejo de esta enfermedad. Durante el último trimestre del 2020, los internamientos y hospitalizaciones diarios alcanzaron un máximo de 590 pacientes con COVID-19 el 31 de diciembre 2020 (OGES, 2021), que se traduce en una tasa de 115.8 hospitalizaciones por millón de habitantes. Esta tasa era inferior a la que en esa misma fecha enfrentaban la mayoría de países de Europa, con un promedio de 329.7 hospitalizaciones por millón (Ritchie et al., 2021). Esta diferencia puede explicarse por factores que van más allá de la calidad de la atención, incluyendo la menor edad promedio de la población en el caso de Costa Rica y la mayor tasa de envejecimiento de la población Europea, donde un 20.69% de las personas tenía más de 65 años en 2020, en contraste con un 8.86% en Costa Rica (OCDE, 2021). Si se consideran los pacientes en unidades de cuidados intensivos, la tasa por millón de Costa Rica en esa fecha fue de 46.9, discretamente superior a la tasa promedio de los países europeos (43.5).

La tendencia en internamientos durante el 2021, la cual ha alcanzado un máximo de 1 482 y un promedio de 817 hospitalizaciones durante los primeros 9 meses del año (OGES, 2021), debiera reflejarse en un incremento en el gasto en atención curativa con internamientos.

Es fundamental tomar en cuenta que el aumento del gasto en atención preventiva se debe a la necesidad de reforzar la capacidad de detección temprana de los casos, de valorar y comunicar el avance del riesgo, de implementar protocolos de prevención del contagio y programas de inmunización. No obstante, este aumento también revela el bajo gasto en atención preventiva previa a la pandemia.



Respecto al gasto de capital, la ampliación de la cobertura de camas resultó una necesidad inminente producto de la pandemia, pero sobre todo dado la baja cantidad de camas hospitalarias y camas UCI disponibles en el país. De acuerdo con OCDE y El Banco Mundial (2020), Costa Rica es el sexto país con menos camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes entre 31 países LAC (1,1 vs 2,1) y el segundo con menos camas UCI por 100 000 habitantes entre 13 países LAC (2,7 vs 9,1).

Medidas como esta fueron implementadas igualmente en otros países como Francia y Reino Unido. En el primero, un campo militar fue habilitado para aumentar el número de camas UCI, mientras que en el segundo se habilitaron hospitales temporales como el Nightingale, en el Centro de convenciones ExCeL London (Blazey et al., 2021). Asimismo, en

LAC, Argentina finalizó la construcción de doce hospitales de emergencia que contribuyeron con 1200 camas UCI adicionales, mientras que Paraguay construyó dos hospitales, que añadieron 200 camas UCI, y Colombia planeaba aumentar su capacidad de camas UCI en un 300% (OCDE, 2020).

El análisis del gasto y financiamiento ofrece una perspectiva para estudiar la integralidad de la respuesta. Queda en evidencia, por tanto, la ventaja de utilizar la metodología estandarizada de cuentas de salud (SHA2011) que, a través del análisis del gasto y su distribución por servicios, proveedores, insumos y población beneficiaria según características (cuánto se gastó y cómo se gastó), permite monitorear el impacto de la asignación de recursos en los resultados en salud .

## VI. Conclusiones

Los resultados presentados en este reporte representan una primera aproximación a cuantificar el gasto realizado por los esquemas de financiamiento públicos<sup>17</sup> de salud en Costa Rica para responder a la emergencia sanitaria generada por la pandemia del COVID-19. Estos esquemas incluyen el gobierno central y la seguridad social, que explican cerca del 74% del gasto total en salud en periodos pasados, con una participación del 71% y 3%, respectivamente.

El análisis de la información obtenida muestra que, excepcionalmente para la pandemia, se utilizaron recursos adicionales provenientes del Fondo Nacional de Emergencias administrado por la CNE para financiar la respuesta. En el caso de la CCSS, esta generó a lo interno un fondo especial de emergencia con recursos propios.

Los fondos extraordinarios gestionados por la CNE permitieron financiar y agilizar la negociación para adquirir equipos e insumos (incluyendo vacunas) y operacionalizar las medidas de salud pública. Esta es la primera vez que se incluye la CNE en las cuentas de salud, lo cual responde al rol principal que ha tenido esta institución en el manejo de la pandemia en relación con la declaratoria de emergencia sanitaria.

El fondo de contingencia de la CCSS permitió financiar la contratación extraordinaria de recursos humanos y habilitar las unidades de atención especializada, incluyendo la ampliación de camas UCI y hospitales transitorios.

La magnitud de la pandemia impidió que el total de las transacciones queden detalladas y documentadas. La construcción de las cuentas implica reconstruir las transacciones que no fueron identificadas. Por tanto, este reporte tiene carácter únicamente preliminar.

Respecto a la aparentemente alta proporción del gasto en servicios preventivos para la atención del COVID-19, comparado con el gasto en salud fuera del contexto de la pandemia, el perfil epidemiológico en Costa Rica fue precisamente el contrario si se compara con otros países a nivel global. La tasa de contagios acumulada, por millón de habitantes, es 33 293 (relativamente alta), pero la letalidad de 1.3% es baja (OGES, 2021). Esto podría indicar que, aunque mayor de lo habitual, el nivel de gasto en prevención o su efectividad es aún insuficiente, o al menos contrastado con el gasto curativo. En un contexto de insuficiencia en el financiamiento de la prevención, la eficiencia de esta inversión puede no ser óptima. Cabe destacar que, a diciembre 2020, la tasa de contagios era bastante más baja, y fue en 2021 que el contagio realmente aumentó en Costa Rica. En un futuro se espera contar con datos desagregados que permitan constatar si el gasto en servicios preventivos también se redujo como un factor potencial para explicar esta alza.

Más allá del gasto en la respuesta a la COVID-19, se requiere tener un sistema de salud bien establecido y preparado para ser capaz de responder a las necesidades de la atención de la pandemia y otras emergencias sanitarias. La casi universalidad del sistema de salud costarricense ha sido incuestionablemente una herramienta clave para el adecuado manejo

<sup>17</sup>Si bien SHA2011 no tiene una definición del concepto de gasto "público", se consideran como tales a aquellos esquemas que se caracterizan por ser contributivos y obligatorios.

y protección de la población y de la estructura social y económica del país durante la pandemia. Desde este punto de vista, pre-pandemia Costa Rica contaba con importantes ventajas para brindar servicios curativos, lo que ha sido reconocido internacionalmente. Así, en un informe de la OCDE publicado en 2017, se señalaba que el sistema de salud de Costa Rica ofrece un acceso casi universal a un rango completo de servicios de atención de la salud y gozan de una protección efectiva contra los gastos catastróficos en salud (OCDE, 2017, p. 11).

En cuanto al financiamiento, Costa Rica destaca por sus altos niveles de gasto público en salud pre-pandemia. En 2018, este gasto ascendía a 5.5% del PIB, superior al promedio regional de 3.8%. Este nivel, sin embargo, se encuentra por debajo del promedio de la OCDE (8.8% en 2019) (OMS, 2021b) y ligeramente inferior a la recomendación de parte de la OPS del 6% del PIB para alcanzar los objetivos de acceso y cobertura universal.

En este sentido, resulta clave destacar la necesidad de proteger la inversión en salud post pandemia

como una herramienta para proteger a las personas y a la economía de futuros riesgos asociados a emergencias en salud; también, para asegurar la universalidad del acceso y la cobertura en salud. En el informe de la OCDE se propone una serie de recomendaciones de reformas a implementar que mejoren la calidad de los servicios, la eficiencia y sostenibilidad financiera y la gobernanza del sistema (OCDE, 2017, p. 13).

La evaluación integral de la respuesta sanitaria del país ante la pandemia, desde esta perspectiva del gasto e incluyendo en futuros reportes más información de 2020 y adicionalmente 2021, debiera contribuir a profundizar el análisis sobre la recolección, gestión y distribución de los recursos, así como permitir contar con mayores elementos para el monitoreo y evaluación del sistema de salud. Todo este esfuerzo revierte especial importancia ante el escenario actual de pandemia prolongada y hacia el futuro en forma alineada con los principios y valores de salud universal basados en la equidad, eficiencia y sostenibilidad.

## VII. Bibliografía

- Agüero, M. (2020). Caja aumenta capacidad de camas UCI en Ceaco; país reporta 212 pacientes en cuidados intensivos y 1.222 nuevos contagios. *Costa Rica Medios*.  
<https://costoricamedios.cr/2020/09/04/caja-aumenta-capacidad-de-camas-uci-en-ceaco-pais-reporta-212-pacientes-en-cuidados-intensivos-y-1-222-nuevos-contagios/>
- Banco Central de Costa Rica. (2021). *Producto Interno Bruto por Actividad Económica*. <https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/fmVerCatCuadro.aspx?idioma=I&CodCuadro=%205784>
- Banco Central de Costa Rica. (2021). *Tipo cambio de compra y de venta del dólar de los Estados Unidos de América*.  
<https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/fmVerCatCuadro.aspx?idioma=I&CodCuadro=%20400>
- Blazey, A., Vammalle, C., James, C., & Penn, C. (2021). Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19. *Journal on Budgeting*, 21(1). <https://doi.org/10.1787/69b897fb-en>
- Bustamante, X. (2020). CCSS cierra un año histórico en medio de pandemia por covid19. *CCSS noticias*.  
[https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios\\_noticia?ccss-cierra-un-ano-historico-en-medio-de-pandemia-por-covid-19](https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-cierra-un-ano-historico-en-medio-de-pandemia-por-covid-19)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021). *El impacto social y económico de la crisis prolongada de COVID-19: análisis prospectivo regional*. [https://www.paho.org/sites/default/files/alicia-barcelona-cepal-evento-paralelo-22-sep-2021\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/alicia-barcelona-cepal-evento-paralelo-22-sep-2021_0.pdf)
- Cylus, J. (2020). How much additional money are countries allocating to health from their domestic resources? *COVID-19 Health System Response Monitor*. <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/07/how-much-additional-money-are-countries-putting-towards-health/>
- Eissa, N. (2020). Pandemic Preparedness and Public Health Expenditure. *Economies*, 8(3), 60. <https://doi.org/10.3390/economies8030060>
- Elola-Somoza, F. J., Bas-Villalobos, M. C., Pérez-Villacastín, J., Macaya-Miguel, C. (2020). Gasto sanitario público y mortalidad por COVID-19 en España y en Europa. *Revista Clínica Española*, 221(7), 400-403. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.11.006>
- Fondo Monetario Internacional. (2021). *Actualización de perspectivas de la economía mundial*. <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2021/Update/July/Spanish/texts.ashx>

- Kennedy, D., Seale, A., & Bausch, D. (2020). How experts use data to identify emerging COVID-19 success stories. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/identify-covid-exemplars>
- Khan, J. R., Awan, N., Islam, M. M., & Muurlink, O. (2020). Healthcare Capacity, Health Expenditure, and Civil Society as Predictors of COVID-19 Case Fatalities: A Global Analysis. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00347>
- Ley No 12. Ley del Instituto Nacional de Seguros. (1924). Tomo 1.
- Ley No 8488. de 2005. Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo. (2006). Diario Oficial la Gaceta N°8.
- Li, R., & Chung, D. (2020). The Role of Hospital Infection Control in Flattening the COVID-19 Curve: Lessons from South Korea. *HEALTH AFFAIRS BLOG*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200511.415767/full>
- Organization for Economic Co-operation and Development, Eurostat, & World Health Organization. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- Organization for Economic Co-operation and Development, Eurostat, & World Health Organization. (2021). *Accounting guidelines for COVID-19 related activities under the 2021 joint OECD, EUROSTAT and WHO health accounts (SHA 2011) data collection*. OECD Publishing. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10693286/Accounting-guidelines-COVID-19-2021-OECD-Eurostat-WHO-health-accounts-data-collection.pdf/ed5ac5eb-7aa5-998b-492c-21d95b572dde?t=1617955591833>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). *Costa Rica: Evaluación y recomendaciones. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*. [https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud\\_Costa-Rica\\_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf](https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf)
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2020). *Covid-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-en-america-latina-y-el-caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis-7d9f7a2b/>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2021). *Estadísticas: Indicadores Claves*. <https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/>

- Observatorio Geográfico en Salud. (2021). *Situación Nacional COVID-19: Excel Serie histórica*. <https://geovision.uned.ac.cr/oges/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Global spending on health 2020. Weathering the storm*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality*. <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La salud universal y la pandemia: sistemas de salud resilientes. Informe anual 2021 Costa Rica*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54691/OPSCRI210001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54691/OPSCRI210001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Presidencia de Costa Rica (2021, diciembre 23). *Llegó al país primer lote de vacunas contra covid-19*. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/12/llego-al-pais-primer-lote-de-vacunas-contra-covid-19/>
- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., MacDonald, B., Beltekian, D., Roser, M., Dattano, S., Roser, M. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. *OurWorldInData.org*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Ugarte, O. (2020). *Hospital del Trauma habilitará 48 camas para pacientes con COVID-19*. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/hospital-del-trauma-habilitara-48-camas-para-pacientes-con-covid-19/>

VIII. Anexos

8.1. Esquemas de financiamiento de la salud por Ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud para la atención del COVID-19 (HFxFSxDIS.1)

Ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud Costa Rica Colones (CRC), millones		FS.1	FS.1.1	FS.1.1.1	FS.1.1.1.1	FS.1.1.1.nec	FS.1.1.4	FS.1.1.nec	FS.1.4	FS.2	FS.3	FS.3.2	FS.3.4	FS.3.4.1	FS.3.4.nec	FS.4	FS.4.1	FS.4.1.1	Total FS
		Transferencias de los ingresos públicos internos (para salud)	Transferencias y donaciones internas	Transferencias Gobierno Central	Presupuesto del Ministerio de Salud	Otros Transferencias Gobierno Central	Superávit Libre	Otros Transferencias y donaciones internas	Otros transferencias de los ingresos públicos internos	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	Coizaciones a la seguridad social	Coizaciones de los empleadores a la seguridad social	Otras cotizaciones a la seguridad social	Fondo de Contingencia	Otros Otras cotizaciones a la seguridad social	Pre-pago obligatorio (excluidos los de FS.3)	Pre-pago obligatorio de personas y hogares	Seguro Obligatorio de Automóviles	
Esquemas de financiamiento de la salud	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	56,814.88	56,814.88	56,510.48	23,828.99	32,681.49	176.36	128.05		812.02	112,789.56	683.99	112,105.58	48,251.15	63,854.43	204.31	204.31	204.31	170,620.78
HF.1	Esquemas gubernamentales	56,814.88	56,814.88	56,510.48	23,828.99	32,681.49	176.36	128.05		812.02									57,626.91
	HF.1.1.1	56,814.88	56,814.88	56,510.48	23,828.99	32,681.49	176.36	128.05		812.02									57,626.91
	HF.1.1.1.1	24,005.34	24,005.34	23,828.99	23,828.99		176.36												24,005.34
	HF.1.1.1.nec	32,809.54	32,809.54	32,681.49		32,681.49		128.05		812.02									33,621.56
	HF.1.2										112,789.56	683.99	112,105.58	48,251.15	63,854.43	204.31	204.31	204.31	112,993.87
	HF.1.2.1										112,789.56	683.99	112,105.58	48,251.15	63,854.43				112,789.56
	HF.1.2.2															204.31	204.31	204.31	204.31

8.2. Esquemas de financiamiento de la salud por Agentes de financiamiento para la atención del COVID-19 (HFxFAxDIS.1)

Agentes de Financiamiento Costa Rica Colones (CRC), millones		FA.1	FA.1.1	FA.1.1.1	FA.1.1.2	FA.1.3	FA.1.3.1	FA.2	FA.2.1	Total FA
		Gobierno general	Gobierno central	Ministerio de Salud	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes al gobierno central)	Agencia de la seguridad social	Agencia del seguro social de salud	Empresas de seguros	Compañías de seguros comerciales	
Esquemas de financiamiento de la salud	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	169,732.48	57,626.91	23,991.42	33,635.49	112,105.58	112,105.58	888.29	888.29	170,620.78
HF.1	Esquemas gubernamentales	57,626.91	57,626.91	23,991.42	33,635.49					57,626.91
	HF.1.1.1	57,626.91	57,626.91	23,991.42	33,635.49					57,626.91
	HF.1.1.1.1	24,005.34	24,005.34	23,457.27	548.08					24,005.34
	HF.1.1.1.nec	33,621.56	33,621.56	534.15	33,087.41					33,621.56
	HF.1.2	112,105.58				112,105.58	112,105.58	888.29	888.29	112,993.87
	HF.1.2.1	112,105.58				112,105.58	112,105.58	683.99	683.99	112,789.56
	HF.1.2.2							204.31	204.31	204.31



### 8.3. Proveedores de salud por esquemas de financiamiento de la salud para la atención del COVID-19 (HPxHFxDIS.I)

Esquemas de financiamiento de la salud Costa Rica Colones (CRC), millones		HF.1	HF.1.1				HF.1.2		
		Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	Esquemas gubernamentales	Esquemas del gobierno central	Presupuesto del Ministerio de Salud	Otros Esquemas del gobierno central	Esquemas de seguros obligatorios contributivos	Esquemas de seguros sociales de salud	Esquemas de seguros privados obligatorios
<b>Proveedores de Salud</b>									
HP.1	<b>Hospitales</b>	78,610.86	225.62	225.62	134.97	90.64	78,385.24	78,234.58	150.67
HP.1.1	Hospitales generales	19,348.78					19,348.78	19,348.78	
HP.1.1.2	Hospitales Regionales	11,600.53					11,600.53	11,600.53	
HP.1.1.3	Hospitales Periféricos	7,748.24					7,748.24	7,748.24	
HP.1.2	Hospitales de salud mental	422.22					422.22	422.22	
HP.1.3	Hospitales de especialidades (que no sean de salud mental)	58,839.86	225.62	225.62	134.97	90.64	58,614.25	58,463.58	150.67
HP.3	<b>Proveedores de atención ambulatoria</b>	29,781.72	690.54	690.54	413.10	277.43	29,091.18	29,080.27	10.90
HP.3.1	Consultorios médicos	115.87	115.87	115.87	69.32	46.55			
HP.3.1.3	Consultorios de especialistas (que no sean especialistas en salud mental)	115.87	115.87	115.87	69.32	46.55			
HP.3.4	Centros de salud ambulatoria	29,665.84	574.67	574.67	343.79	230.88	29,091.18	29,080.27	10.90
HP.3.4.5	Centros de salud ambulatoria no especializados	29,618.44	574.67	574.67	343.79	230.88	29,043.77	29,043.77	
HP.3.4.9	Todos los demás centros ambulatorios	47.41					47.41	36.50	10.90
HP.4	<b>Proveedores de servicios auxiliares</b>								
HP.4.1	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia								
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico								
HP.5	<b>Minoristas y otros proveedores de bienes médicos</b>								
HP.5.9	Los demás proveedores misceláneos y otros proveedores de productos farmacéuticos y médicos								
HP.6	<b>Proveedores de atención preventiva</b>	55,206.79	55,020.98	55,020.98	21,767.49	33,253.48	185.82	143.08	42.74
HP.7	<b>Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud</b>	7,021.41	1,689.78	1,689.78	1,689.78		5,331.63	5,331.63	
HP.7.1	Agencias gubernamentales de administración del sistema de salud	1,689.78	1,689.78	1,689.78	1,689.78				
HP.7.2	Agencias de administración de seguros sociales	5,331.63					5,331.63	5,331.63	
<b>Total HP</b>		<b>170,620.78</b>	<b>57,626.91</b>	<b>57,626.91</b>	<b>24,005.34</b>	<b>33,621.56</b>	<b>112,993.87</b>	<b>112,789.56</b>	<b>204.31</b>

### 8.4. Funciones de salud por Esquemas de financiamiento de la salud para la atención del COVID-19 (HCxHFxDIS.I)

Esquemas de financiamiento de la salud Costa Rica Colones (CRC), millones		HF.1	HF.1.1				HF.1.2		
		Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	Esquemas gubernamentales	Esquemas del gobierno central	Presupuesto del Ministerio de Salud	Otros Esquemas del gobierno central	Esquemas de seguros obligatorios contributivos	Esquemas de seguros sociales de salud	Esquemas de seguros privados obligatorios
<b>Funciones de salud</b>									
HC.1	<b>Atención curativa</b>	108,392.58	916.15	916.15	548.08	368.08	107,476.42	107,314.85	161.57
HC.1.1	Atención curativa con internamiento	75,394.13	225.62	225.62	134.97	90.64	75,168.51	75,108.30	60.21
HC.1.1.2	Atención curativa especializada con internamiento	75,394.13	225.62	225.62	134.97	90.64	75,168.51	75,108.30	60.21
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	32,998.45	690.54	690.54	413.10	277.43	32,307.91	32,206.55	101.36
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria	32,998.45	690.54	690.54	413.10	277.43	32,307.91	32,206.55	101.36
HC.4	<b>Servicios auxiliares (no especificados por función)</b>								
HC.4.1	Servicios de laboratorio								
HC.4.3	Transporte de pacientes								
HC.5	<b>Bienes médicos (no especificados por función)</b>								
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos								
HC.5.2.5	Bienes médicos no especificados (n.e.p)								
HC.6	<b>Atención preventiva</b>	55,206.79	55,020.98	55,020.98	21,767.49	33,253.48	185.82	143.08	42.74
HC.6.1	Programas de información, educación y consulta (IEC)	120.44					120.44	92.74	27.70
HC.6.1.nec	Otros programas, y programas no especificadas, de información, educación y consulta	120.44					120.44	92.74	27.70
HC.6.2	Programas de inmunización	7,995.65	7,995.65	7,995.65		7,995.65			
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	22,301.64	22,301.64	22,301.64	21,767.49	534.15			
HC.6.5.nec	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad no especificada (n.e.p.)	22,301.64	22,301.64	22,301.64	21,767.49	534.15			
HC.6.6	Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia	24,789.07	24,723.69	24,723.69			65.38	50.34	15.04
HC.7	<b>Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud</b>	7,021.41	1,689.78	1,689.78	1,689.78		5,331.63	5,331.63	
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	1,689.78	1,689.78	1,689.78	1,689.78				
HC.7.1.3	Suministro y gestión de la oferta	1,689.78	1,689.78	1,689.78	1,689.78				
HC.7.2	Administración del financiamiento a la salud	5,331.63					5,331.63	5,331.63	
<b>Total HC</b>		<b>170,620.78</b>	<b>57,626.91</b>	<b>57,626.91</b>	<b>24,005.34</b>	<b>33,621.56</b>	<b>112,993.87</b>	<b>112,789.56</b>	<b>204.31</b>

8.5. Cuenta de Capital por Agentes de financiamiento para la atención del COVID-19 (HKxFAxDIS.I)

Agentes de Financiamiento Costa Rica Colones (CRC), millones		FA.1	FA.1.1	FA.1.2	FA.1.3	FA.1.3.1
		Gobierno general	Gobierno central	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes al gobierno central)	Agencia de la seguridad social	Agencia del seguro social de salud
<b>Cuenta de capital</b>						
<b>HK.1</b>	<b>Formación bruta de capital</b>	<b>16,989.85</b>	<b>719.87</b>	<b>719.87</b>	<b>16,269.97</b>	<b>16,269.97</b>
HK.1.1	Formación bruta de capital fijo	16,989.85	719.87	719.87	16,269.97	16,269.97
HK.1.1.1	Infraestructura	3,224.23	380.62	380.62	2,843.61	2,843.61
HK.1.1.1.2	Otras estructuras	3,224.23	380.62	380.62	2,843.61	2,843.61
HK.1.1.2	Maquinaria y equipo	13,765.62	339.26	339.26	13,426.36	13,426.36
HK.1.1.2.1	Equipo médico	13,525.98	308.65	308.65	13,217.32	13,217.32
HK.1.1.2.2	Equipo de transporte	0.52			0.52	0.52
HK.1.1.2.3	Equipo de IIT	32.57	27.41	27.41	5.16	5.16
HK.1.1.2.4	Maquinaria y equipo n.e.c.	206.56	3.20	3.20	203.36	203.36
HK.1.1.3	Productos de propiedad intelectual					
HK.1.1.3.1	Software de computadora y Bases de datos					
<b>Total HK</b>		<b>16,989.85</b>	<b>719.87</b>	<b>719.87</b>	<b>16,269.97</b>	<b>16,269.97</b>

8.6. Esquemas de financiamiento de la salud por Factores de provisión para la atención del COVID-19 (HFxFPxDIS.I)

Factores de provisión Costa Rica Colones (CRC), millones	FP.1		FP.2		FP.3		FP.3.1		FP.3.2		FP.3.3		FP.3.4		FP.5		Todos FP												
	FP.1.1	FP.1.2	FP.1.3	FP.2.1	FP.2.2	FP.3.1.1	FP.3.1.nec	FP.3.2.1	FP.3.2.1.4	FP.3.2.1.nec	FP.3.2.2	FP.3.2.2.4	FP.3.2.2.nec	FP.3.3.1	FP.3.3.2	FP.3.3.4		FP.3.3.5	FP.3.3.6	FP.3.3.nec	FP.3.4.1	FP.3.4.nec	FP.5.1	FP.5.2					
Remuneración de los asegurados																													
Sueldos y salarios																													
Cotizaciones sociales																													
Tarifa por servicios médicos y odontológicos a los asegurados																													
Materiales y servicios utilizados																													
Servicios de salud																													
Servicio de laboratorio y diagnóstico																													
Otros servicios de salud (n.e.p.)																													
Bienes de salud																													
Medicamentos e insumos farmacéuticos																													
Vacunas																													
Otros medicamentos (n.e.p.)																													
Otros bienes de salud																													
Equipo diagnóstico																													
Otros bienes médicos y bienes no especificados (n.e.p.)																													
Servicios no de salud																													
Capitación																													
Asistencia Técnica																													
Servicios básicos																													
Constatación de Servicios																													
Mantenimientos																													
Otros servicios no de salud (n.e.p.)																													
Producción no de salud																													
Materiales y suministros de oficina																													
Otros Productos no de salud																													
Otros partidas de insumos a los hospitales																													
Otros partidas del gasto																													
<b>Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios</b>	<b>107,357.05</b>	<b>70,181.11</b>	<b>9,831.10</b>	<b>27,244.84</b>	<b>63,154.96</b>	<b>323.39</b>	<b>61.60</b>	<b>261.79</b>	<b>38,839.63</b>	<b>18,143.90</b>	<b>7,995.65</b>	<b>10,148.25</b>	<b>20,895.73</b>	<b>2.06</b>	<b>20,893.67</b>	<b>6,406.95</b>	<b>9.93</b>	<b>128.36</b>	<b>1,162.05</b>	<b>461.49</b>	<b>1,468.74</b>	<b>3,180.39</b>	<b>17,584.99</b>	<b>40.41</b>	<b>17,544.58</b>	<b>108.77</b>	<b>108.77</b>	<b>170,620.78</b>	
Esquemas gubernamentales	24,122.11	21,516.56	2,600.79	4.76	33,504.80	38.67	38.67	18,430.99	16,889.95	7,995.65	8,894.30	1,541.05	2.06	1,538.99	1,117.02			43.09	250.66	1.56	821.71	13,918.12	27.09	13,891.03				57,626.91	
Esquemas del gobierno central	24,122.11	21,516.56	2,600.79	4.76	33,504.80	38.67	38.67	18,430.99	16,889.95	7,995.65	8,894.30	1,541.05	2.06	1,538.99	1,117.02			43.09	250.66	1.56	821.71	13,918.12	27.09	13,891.03				57,626.91	
Presupuesto del Ministerio de Salud	23,222.89	20,721.53	2,501.36		782.46	12.95	12.95	562.34	40.22		40.22	522.12		522.12	78.93						0.37	78.56	128.23	0.20	128.03				24,005.34
Otros Esquemas del gobierno central	899.22	795.03	99.43	4.76	32,722.34	25.72	25.72	17,868.65	16,849.72	7,995.65	8,854.08	1,018.92	2.06	1,016.87	1,038.06				43.09	250.66	1.19	743.15	13,789.89	26.89	13,763.00				33,621.56
Esquemas de seguros obligatorios contributivos	83,234.04	48,664.55	7,330.31	27,240.08	29,850.16	294.72	22.93	261.79	20,408.64	1,253.95		1,253.95	19,154.89		19,154.69	5,289.94	9.93	128.36	1,118.96	210.83	1,465.10	2,358.68	3,666.67	13.32	3,653.55	108.77	108.77		112,993.87
Esquemas de seguros sociales de salud	83,225.40	48,658.33	7,326.99	27,240.08	29,455.40	224.50	22.93	201.58	20,314.97	1,243.05		1,243.05	19,071.92		19,071.92	5,287.68	9.60	128.36	1,118.96	210.83	1,463.26	2,358.68	3,628.24	10.62	3,617.61	108.77	108.77		112,789.56
Esquemas de seguros privados obligatorios	9.54	6.22	3.32		194.76	60.21		60.21	93.67	10.90		10.90	82.76		82.76	2.25	0.32				1.93		38.64	2.70	38.94				204.31

8.7. Funciones de salud por Factores de provisión financiados con esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios para la atención del COVID-19 (HCxFPxHF.lxDIS.1)

Funciones de salud	Factores de provisión Colonos de Costa Rica (CRC), millones				FP.3 Materiales y servicios utilizados	Factores de provisión												FP.5 Otros productos de salud financiados a los usuarios	FP.5.2 Otros productos del resto	Todos FP								
	FP.1 Remuneración de los asalariados	FP.1.1 Sueldos y salarios	FP.1.2 Coberturas sociales	FP.1.3 Todos los demás servicios y otros financiados		FP.3.1 Servicios de salud Servicios de laboratorio e imagenología	FP.3.2 Farmacéuticos de salud (n.e.p.)		FP.3.2.1 Bienes de salud Medicamentos e farmacéuticos	FP.3.2.1.1 Vacunas	FP.3.2.1.2 Otros medicamentos (n.e.p.)	FP.3.2.2 Otros bienes de salud	FP.3.2.2.1 Equipo diagnóstico	FP.3.2.2.2 Otros bienes médicos (aparatos, insumos, etc.)	FP.3.3 Servicios no de salud	FP.3.3.1 Capacitación	FP.3.3.2 Asistencia Técnica				FP.3.3.3 Servicios básicos	FP.3.3.4 Contratación de servicios	FP.3.3.5 Mantenimiento	FP.3.3.6 Otros servicios no de salud (n.e.p.)	FP.3.4 Productos no de salud Materiales y suministros de oficina	FP.3.4.1 Otros productos no de salud	FP.3.4.2 Materiales y suministros de oficina	
HC.1	79,253.16	45,362.54	6,716.65	27,173.97	29,139.41	274.74	12.95	261.79	21,223.84	1,253.95	1,253.95	19,967.99	13,377.36	2,951.61	1.59	486.89	119.85	951.41	1,393.46	2,405.71	0.05	2,405.66					108,352.56	
HC.1.1	55,548.03	31,785.77	4,698.49	19,063.76	19,846.10	264.98	3.19	261.79	14,223.81	846.45	846.45	13,377.36	2,951.61			486.89	119.85	951.41	1,393.46	2,405.71	0.05	2,405.66					75,594.13	
HC.1.1.2	55,548.03	31,785.77	4,698.49	19,063.76	19,846.10	264.98	3.19	261.79	14,223.81	846.45	846.45	13,377.36	2,951.61			486.89	119.85	951.41	1,393.46	2,405.71	0.05	2,405.66					75,594.13	
HC.1.3	23,705.14	13,576.77	2,018.16	8,110.21	9,293.31	9.76	9.76		6,996.13	407.51	407.51	6,590.63	1,258.81	1.39	207.14	50.99	405.96	593.32	1,026.61	0.15	1,026.47						32,968.45	
HC.1.3.3	23,705.14	13,576.77	2,018.16	8,110.21	9,293.31	9.76	9.76		6,996.13	407.51	407.51	6,590.63	1,258.81	1.39	207.14	50.99	405.96	593.32	1,026.61	0.15	1,026.47						32,968.45	
HC.6	22,666.71	20,283.11	2,378.84	4.76	32,540.08	25.72	25.72		17,510.98	16,848.72	7,995.65	8,854.08	661.26	2.06	659.20	250.66	8.80	743.15	13,967.88	38.62	13,919.26						55,206.79	
HC.6.1					120.44														120.44	11.72	108.72						120.44	
HC.6.1.nec					120.44														120.44	11.72	108.72						120.44	
HC.6.2					7,995.65				7,995.65	7,995.65	7,995.65																7,995.65	
HC.6.5	21,767.49	19,488.08	2,279.41		534.15				519.18	16.54	16.54	502.64	0.03				0.03		14.94		14.94						22,301.64	
HC.6.5.nec	21,767.49	19,488.08	2,279.41		534.15				519.18	16.54	16.54	502.64	0.03				0.03		14.94		14.94						22,301.64	
HC.6.6	899.22	795.03	99.43	4.76	23,889.85	25.72	25.72		8,996.15	8,837.53	8,837.53	156.62	2.06	156.56	1,045.47		43.09	250.66	8.58	743.15	13,822.50	26.89	13,795.61				24,789.07	
HC.7	5,437.18	4,535.46	835.90	66.11	1,475.47	22.93	22.93		106.71	40.22	40.22	66.49		66.49	1,151.03	8.53	126.36	424.93	39.99	100.77	450.46	194.80	1.60	193.20	106.77	106.77	7,021.41	
HC.7.1	1,405.93	1,191.46	214.47		283.85				82.72	40.22	40.22	42.49		42.49	77.78				77.78	123.35		123.35					1,689.78	
HC.7.1.3	1,405.93	1,191.46	214.47		283.85				82.72	40.22	40.22	42.49		42.49	77.78				77.78	123.35		123.35					1,689.78	
HC.7.2	4,031.25	3,344.00	621.14	66.11	1,191.62	22.93	22.93		23.99		23.99			23.99	1,073.26	8.53	126.36	424.93	39.99	100.77	372.68	71.44	1.60	69.84	106.77	106.77	5,331.63	
Todos HC	107,357.05	70,181.11	9,931.10	27,244.84	63,154.96	323.39	61.60	261.79	38,639.63	18,143.90	7,995.65	10,148.25	20,695.73	2.06	20,693.67	6,406.95	9.93	126.36	1,162.05	461.49	1,466.74	3,180.39	17,584.99	40.41	17,544.58	106.77	106.77	170,620.78



# COVID-19

## Gasto público en salud en Costa Rica durante 2020

1er estudio de la serie:

Estimación del gasto asociado a la atención en salud  
de la pandemia por COVID-19 bajo la metodología del  
Sistema de Cuentas de Salud SHA2011

---