

1. IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS MACROECONÓMICOS Y POLÍTICAS SOBRE INVERSIONES EN SALUD Y AMBIENTE

1.1 Aspectos macroeconómicos

1.1.1 *Análisis del gasto en salud y ambiente*

La finalidad del gasto público en salud y ambiente es generar productos en cantidad y calidad suficiente como para crear condiciones apropiadas para la salud de la población.

Los indicadores "Gasto Público en Salud/Población" (G_s/POB) y "Gasto Público en Ambiente/Población" (G_A/POB) permiten medir, en términos agregados, el grado de cobertura que tiene la acción estatal en el sector, porque revela la cantidad de gasto público en salud y ambiente que se realiza en el país para cada persona, medido en colones constantes.

Estos indicadores se complementan con los de "Inversión Real en Salud/Población" (IR_s/POB) e "Inversión Real en Ambiente/Población" (IR_A/POB), que muestran la magnitud del promedio de inversión física que realiza el sector en cada uno de los habitantes del país, medida en colones constantes.

Para el análisis, el comportamiento del gasto total por persona y de la inversión por persona se explica como un resultado de dos factores: gasto social y población.

El cuadro 1 muestra la evolución del Producto Interno Bruto (PIB) en Costa Rica entre 1983 y 1992. La información se presenta en colones corrientes y en colones constantes de 1966, por ser ese el año en el que el país presenta sus cuentas nacionales. Para efectos de comparación internacional, se presentan los datos en millones de dólares de 1988 y se indica la serie del tipo de cambio implícito.

Comportamiento del gasto en salud y ambiente. En salud y ambiente, el gasto se realiza a través de dos niveles institucionales que, en conjunto, conforman el llamado Sector Público no Financiero (SPNF).

- a) Gobierno Central, en el que opera el Ministerio de Salud (Msalud)
- b) Instituciones públicas descentralizadas: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH) y las municipalidades
- a) Gobierno Central: En este caso, el gasto aparece como resultado de una distribución de los ingresos recaudados por la caja única del gobierno, además del financiamiento interno y externo.

Cuadro 1
Indicadores macroeconómicos

Años	PIB			Tipo de cambio implícito	Población al 30 de junio en miles
	Millones C corrientes	Deflactor implícito base 1966	Millones C 1966		
1979	34.584	361	9.575	...	2.192
1983	129.314	1.438	8.993	34,28	2.495
1984	163.011	1.678	9.715	40,09	2.568
1985	197.920	2.023	9.784	48,30	2.642
1986	246.576	2.388	10.326	57,09	2.717
1987	284.039	2.626	10.818	62,91	2.793
1988	347.600	3.107	11.189	74,62	2.870
1989	423.107	3.579	11.821	86,26	2.947
1990	521.113	4.255	12.248	102,56	3.024
1991	680.670	5.445	12.502	132,48	3.101
1992	843.187	6.370	13.236	...	3.177

Fuente: STAP, 1994.

Fuentes de financiamiento:

El comportamiento del gasto del Gobierno Central en salud y ambiente, en términos absolutos se explica a partir de la evolución del PIB.

- (i) **Recaudación tributaria:** Es la fuente básica de financiamiento y está en función de la producción generada al interior del país. La sociedad asigna una proporción de la riqueza creada, durante un año, a la generación de actividades gubernamentales: a esa proporción se la llama carga tributaria porque es resultado de un mecanismo institucional que obliga a los integrantes de la sociedad al financiamiento del Estado, una vez definido un acuerdo entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo; así, dado el acuerdo político nacional sobre el nivel de la carga tributaria, la magnitud del financiamiento primario queda definido por la evolución del PIB. Conforme mayor sea el crecimiento del PIB, mayor será el financiamiento estatal con base en la fuente primaria, que es la recaudación de impuestos. Por lo tanto, el financiamiento primario define un límite inicial al gasto del Gobierno Central.
- (ii) **Endeudamiento:** Constituye una fuente secundaria para ampliar el financiamiento, pudiendo ser interno o externo. La deuda interna se genera por la colocación de títulos de deuda, como bonos fiscales, en el sistema financiero, con el fin de captar una parte del ahorro nacional; la deuda externa se produce cuando se pactan operaciones de crédito con alguna fuente financiera residente fuera del país. Ambos tipos de deuda permiten una ampliación de la capacidad de gasto del sector público.

Una vez establecido el gasto del Gobierno Central, la definición de la prioridad del sector dentro del gasto total determina la magnitud del gasto en dicho sector. Es decir, la prioridad establece la proporción de los recursos estatales que se destinarán a las actividades de ambiente y salud en el Msalud.

El cuadro 2 muestra el financiamiento del Gobierno Central entre 1983 y 1992 en millones de colones corrientes y en porcentaje del PIB: incluye ingresos tributarios, ingresos no tributarios, otras fuentes y el endeudamiento.

El cuadro 3 resume el gasto del Gobierno Central en salud y ambiente entre 1983 y 1992: incluye el gasto del Gobierno Central total, en el sector social y en salud en millones de colones corrientes; además, incluye el porcentaje del gasto del Gobierno Central en salud y ambiente como porcentaje del gasto del SPNF, tanto en salud como en ambiente.

b) Instituciones públicas descentralizadas

En este caso, el gasto surge como producto del cobro de tarifas por los servicios que se brindan, agregando asignaciones específicas de diversos fondos, complementándose con financiamiento interno y externo.

Cuadro 2
Financiamiento del gobierno central
 (cifras en millones C corrientes)

Años	Ingresos			Otros ^a		Deuda		
	Tributarios	% PIB	No tributarios	% PIB		% PIB		
1983	20.835	16,11	204	0,16	378	0,29	-2.608	-2,02
1984	24.659	15,13	581	0,36	1.772	1,09	3.270	2,01
1985	29.666	14,99	671	0,34	1.668	0,84	808	0,41
1986	33.638	13,64	808	0,33	3.583	1,45	6.517	2,64
1987	41.137	14,48	1.364	0,48	2.142	0,75	2.397	0,84
1988	50.426	14,51	1.784	0,51	1.990	0,57	3.364	0,97
1989	61.444	14,52	1.403	0,33	2.253	0,53	11.821	2,79
1990	73.233	14,05	1.246	0,24	1.531	0,29	17.168	3,29
1991	99.053	14,55	2.180	0,32	917	0,13	17.831	2,62
1992	136.984	16,25	2.341	0,28	1.575	0,19	6.362	0,75

Fuente: STAP, 1994.

^a Incluye transferencias

Cuadro 3
Gasto del Gobierno Central en salud y ambiente
 (cifras en millones C corrientes)

Años	Total	Total social	Salud		Ambiente	
				% SPNF		% SPNF
1983	18.810	10.112	937	13,48	185	19,69
1984	30.282	13.098	1.018	12,59	201	18,64
1985	32.813	14.365	1.521	15,68	186	12,42
1986	44.546	21.578	2.040	15,79	314	12,00
1987	47.039	22.635	2.339	14,91	321	11,51
1988	57.564	28.331	2.693	13,20	386	12,68
1989	76.921	39.181	2.971	11,54	405	9,51
1990	93.178	43.341	4.119	12,55	528	13,03
1991	119.981	55.526	4.540	10,76	571	12,59
1992	147.262	56.589	4.907	9,80	687	12,03

Fuente: STAP, 1994.

Fuentes de financiamiento:

- (i) Tarifas por la prestación de sus servicios: En este caso, la capacidad de pago de la población también dependerá del comportamiento productivo, en la medida que los ingresos se derivan de la generación de riqueza. Esto se puede complementar mediante asignaciones específicas que reciban las instituciones descentralizadas, ya sea del mismo Gobierno Central o de otras áreas del sector descentralizado.
- (ii) Endeudamiento: Al igual que en el Gobierno Central, la deuda interna y externa permiten una ampliación de la capacidad de gasto del sector público descentralizado.

En síntesis, el gasto en salud y ambiente del sector público (Gobierno Central y sector descentralizado) depende de los siguientes aspectos:

- Evolución del PIB,
- Acuerdo político nacional sobre la carga tributaria y la evolución del PIB;
- Capacidad de pago de tarifas de los servicios públicos;
- Capacidad y conveniencia gubernamental de pactar deuda con agentes económicos internos o externos;
- Prioridad del área social dentro de la actividad del Gobierno Central.

1.1.2 *Gasto en salud por habitante, 1983-1992*

El comportamiento del gasto en salud por habitante entre 1983 y 1992 permite apreciar la asignación de recursos al sector en todo el proceso de estabilización macroeconómica y ajuste estructural experimentado desde los primeros años de la década anterior.

El cuadro 4 presenta el financiamiento del Resto del Sector Público no Financiero (RSPNF) en salud entre 1983 y 1992 y su relación con el PIB; incluye ingresos tributarios, ingresos no tributarios, otras fuentes y el endeudamiento.

En los cuadros 5 y 6 se presenta la serie de recursos totales asignados, a fin de analizar la tendencia de los indicadores de G_s/POB e IR_s/POB .

Los factores explicativos de la evolución del G_s/POB y de la IR_s/POB son los siguientes:

- PIB por persona (PIB/POB)
- Relación Gasto del Gobierno Central al PIB (GGC/PIB)
- Relación Gasto Social/ Gasto Total dentro del Gobierno Central (GSGC/GGC)
- Relación Gasto en Salud/ Gasto Social dentro del Gobierno Central (Gsal/GSGC)
- Relación Gasto del Resto del Sector Público No Financiero en Salud al PIB (GRSPNFSal/PIB)

Cuadro 4
Financiamiento del RSPNF en salud
 (cifras en millones C corrientes)

Años	Ingresos			Otros ^a		Deuda		
	Tributarios	% PIB	No tributarios	% PIB		% PIB	% PIB	
1983	5.114	3,95	441	0,34	967	0,75	-508	-0,39
1984	6.284	3,86	492	0,30	989	0,61	-696	-0,43
1985	7.665	3,87	627	0,32	829	0,42	-938	-0,47
1986	9.819	3,98	992	0,40	1.238	0,50	-1.167	-0,47
1987	12.335	4,34	1.316	0,46	1.210	0,43	-1.510	-0,53
1988	14.175	4,08	1.625	0,47	944	0,27	961	0,28
1989	17.699	4,18	1.882	0,44	921	0,22	2.262	0,53
1990	22.448	4,31	3.546	0,68	872	0,17	1.822	0,35
1991	28.033	4,12	4.102	0,60	577	0,08	4.938	0,73
1992	37.390	4,43	3.664	0,43	2.233	0,26	1.884	0,22

Fuente: STAP, 1994.

^a Incluye transferencias

Cuadro 5
Gasto e inversión total del SPNF en salud
 (cifras en millones)

Años	(C corrientes)		(C 1966)		(US\$ 1988)	
	Gasto total	Inversión real*	Gasto total	Inversión real	Gasto	Inversión
1983	6.951	115	483	8	203	3
1984	8.087	107	482	6	202	3
1985	9.704	235	480	12	201	5
1986	12.922	671	541	28	226	12
1987	15.690	672	598	26	249	11
1988	20.397	607	657	20	273	8
1989	25.397	1.240	719	35	298	14
1990	32.806	1.273	771	30	320	12
1991	42.190	1.761	775	32	318	13
1992	50.078	1.619	786	25

Fuente: STAP, 1994.

* Incluye maquinaria y equipo, construcciones, adiciones y mejoras.

Cuadro 6
Gasto del RSPNF en salud
(cifras en millones C corrientes)

Años	Total	CCSS	INS	RSPNF		% SPNF
				CCSS	INS	
1983	6.015	5.947	67	98,88	1,12	86,52
1984	7.069	6.978	91	98,72	1,28	87,41
1985	8.182	8.066	116	98,58	1,42	84,32
1986	10.881	10.740	141	98,70	1,30	84,21
1987	13.351	13.187	165	98,77	1,23	85,09
1988	17.704	17.504	201	98,87	1,13	86,80
1989	22.764	22.500	263	98,84	1,16	88,46
1990	28.688	28.244	444	98,45	1,55	87,45
1991	37.650	37.089	561	98,51	1,49	89,24
1992	45.171	44.505	666	98,53	1,47	90,20

Fuente: STAP, 1994

Cuadro 7
Análisis del gasto en salud, 1983-1992
(cifras en C 1966)

Años	Gasto en salud/población			Inversión en salud/población	
	Total	Gobierno central	RSPNF	Real	% Gasto
1983	193,72	26,11	167,62	3,21	1,66
1984	187,65	23,63	164,02	2,49	1,32
1985	181,56	28,46	153,10	4,40	2,43
1986	199,17	31,45	167,72	10,35	5,20
1987	213,94	31,89	182,05	9,16	4,28
1988	228,79	30,21	198,58	6,80	2,97
1989	243,96	28,16	215,80	11,75	4,82
1990	255,00	32,01	222,98	9,89	3,88
1991	249,92	26,89	223,02	10,43	4,17
1992	247,41	24,24	223,17	8,00	3,23

Evolución del gasto en salud por persona. La evolución del gasto en salud por persona en el período 1983-1992, se puede subdividir en tres fases. La primera fase (1983-1985) muestra un nivel del G_s/POB que puede considerarse bajo, en el contexto del desarrollo social del país en las décadas de 1960 y 1970. Además, se observa una tendencia a la caída de este indicador en el marco de los primeros programas de estabilización macroeconómica de la década de 1980. La segunda fase (1986-1990) manifiesta una recuperación del G_s/POB , que aumenta en más de 25%, a lo largo de estos años. Esto se explica en el contexto de la reactivación económica de ese período y por cierta activación del gasto en acciones curativas. La tercera fase (1991-1992) muestra una leve caída del indicador, lo que puede ser explicado por las dificultades financieras del principal programa encargado de las acciones curativas. Esto es preocupante porque tal tendencia podría agudizarse si no se corrigen las dificultades de gerencia financiera del dicho programa. Además tal escasez de recursos limitaría las posibilidades de darle mayor prioridad a las acciones preventivas, objetivo planteado en la reforma del sector salud.

Primera fase (1983-1985):

En estos años, se nota un nivel bajo del G_s/POB en relación a las décadas de 1960 y 1970. Con información complementaria del Ministerio de Hacienda (Mhacienda) se ha estimado que, de 1979 a 1983, el gasto en salud por persona se redujo 40% en términos reales.

En el transcurso de esta fase se observa un retroceso continuo, expresado en la caída del indicador G_s/POB : de un nivel cercano a los C193 por persona en 1983 (medido en moneda de 1966), este indicador pasó a C181 por persona en 1985. Esta tendencia es atribuible a la reducción del gasto del RSPNF (CCSS e INS), que representa la mayor parte del gasto. Aunque el gasto del Gobierno Central se recupera un tanto en 1985, no es significativo como para compensar esta caída.

Una primera explicación de este resultado se encuentra en el nivel de actividad económica. El producto por persona (PIB/POB) de los primeros años de la década anterior mostró una reducción considerable. El proceso de expansión productiva de las décadas de 1960 y 1970 generó un PIB/POB máximo en la historia del crecimiento económico en 1979, que correspondió a un nivel de C4.368 por persona, en colones de 1966. El cuadro del PIB/POB muestra que este indicador llega a su nivel más bajo de la década anterior al principio de esta fase, ubicándose alrededor de los C3.600 por persona, medido en colones de 1966. Esto fue resultado del shock económico de 1980 a 1982 y de las primeras políticas de estabilización de la primera fase. En consecuencia, el entorno macroeconómico redujo las posibilidades de asignación de recursos al área social, en términos relativos a lo que sucedió en la época del auge económico de las décadas anteriores.

Aún así, se observa cierta recuperación del PIB/POB en esta fase. Sin embargo, no puede canalizarse hacia el sector salud por las razones que se exponen a continuación. En lo que se refiere al RSPNF, su gasto en el sector salud descende, como proporción del PIB; esto se explica por un deterioro de los ingresos de las instituciones respectivas (cuadro 4). Los

ingresos tributarios (que corresponden básicamente a las cuotas del seguro de enfermedad y maternidad) se reducen como proporción del PIB; asimismo, como resultado neto, los ingresos no tributarios (ingresos del seguro de riesgos del trabajo e ingresos por el cobro de los servicios de salud) se reducen de 1983 a 1985. Además, las asignaciones específicas, que se agrupan en el rubro "Otros", se reducen.

Por otra parte, se experimentó una reducción inicial del gasto en salud del Gobierno Central (Msalud), como proporción del PIB, al pasar de 1983 a 1984; sin embargo, este gasto se recupera en 1985, superando el nivel existente en 1983. Este comportamiento contrasta con lo sucedido en el total del gasto del Gobierno Central como proporción del PIB, que aumenta en 1984 y luego disminuye en 1985. La disminución relativa del gasto en salud en 1984 se explica, en primer lugar, por una caída de la participación del gasto social en el total del gasto a nivel del Gobierno Central; lo anterior se complementa con una reducción de la participación del gasto en salud en el total del gasto social del Gobierno Central. En 1985, estos factores operan al revés generando la recuperación citada del gasto en salud del Gobierno Central, a pesar de observarse un decrecimiento del total.

El resultado global es determinado por el mayor peso del RSPNF, siendo la tendencia de esta primera fase una reducción del gasto en salud por persona. Sin embargo, a partir de 1985 se nota una mayor participación de la inversión en el total del gasto en salud, lo que permite el inicio de una recuperación de la inversión real por persona que se prolongará a la siguiente fase.

Segunda fase (1986-1990):

En este período, el G_s/POB aumenta 40%. El contexto económico en que esto sucede es la reactivación productiva que da como resultado una expansión sostenida del PIB durante este período. Gracias a un conjunto de factores en la asignación de recursos, el contexto fue aprovechado por el gasto en salud.

El comportamiento del G_s/POB se explica, básicamente, por lo sucedido en el gasto del RSPNF: este sector institucional aumenta de manera sostenida su gasto en salud como proporción del PIB a lo largo de estos años. Ello se basa sobre un aumento de los diversos tipos de financiamiento de las instituciones respectivas: los ingresos tributarios (ingreso por cuotas de la CCSS) aumentan su proporción respecto al PIB; por su parte, los ingresos no tributarios (ingresos por prestación de servicios de la CCSS y del INS) también incrementan su participación en el PIB. Sin embargo, las asignaciones específicas ("Otros", en el cuadro 4) manifiestan una reducción que compensa parcialmente el efecto positivo de los rubros anteriores. A pesar de esta reactivación del financiamiento primario, una parte importante del incremento del gasto se hace con base en alguna forma de crédito; como se observa en el cuadro 4, el concepto "Deuda" pasa de superávit a déficit (en el cuadro 4, los valores positivos del coeficiente de deuda indican déficit). Este movimiento es producto de la práctica de financiar el déficit del seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS con el superávit del resto de la

aprovechó en 9% para aumentar la capacidad productiva del sector. Esto revela las dificultades del sector para planificar el comportamiento de la inversión y poder aprovechar las situaciones propicias de la expansión del gasto gubernamental. En consecuencia, se puede pensar que el sector no ha tenido la capacidad de planificar el comportamiento de la inversión para aprovechar las situaciones propicias de la expansión del gasto gubernamental.

1.1.3 Gasto en ambiente por habitante

El análisis comprende el comportamiento del gasto del subsector ambiente entre 1983 y 1992, es decir, durante el proceso de estabilización macroeconómica y de ajuste estructural experimentado desde los primeros años de la década anterior.

Con la información proporcionada en los cuadros 8, 9 y 10, se analiza el Gasto en Ambiente por Persona (G_A/POB) y la Inversión Real en Ambiente por persona (IR_A/POB).

El cuadro 11, presenta la evolución del G_A/POB , medida en colones de 1966; la evolución de la IR_A/POB , medida en colones de 1966 y la evolución del G_A/POB , según sector, medida en colones de 1966.

Cuadro 8
Financiamiento del RSPNF en ambiente
(cifras en millones C corrientes)

Años	Ingresos		Otros ^a		Deuda	
	No tributarios	% PIB		% PIB		% PIB
1983	638	0,49	180	0,14	-64	-0,05
1984	394	0,43	180	0,11	5	...
1985	1.254	0,63	917	0,46	-856	-0,43
1986	1.043	0,42	245	0,10	1.015	0,41
1987	1.507	0,53	623	0,22	336	0,12
1988	1.893	0,54	705	0,20	63	0,02
1989	2.097	0,50	1.724	0,41	35	0,01
1990	2.523	0,48	1.095	0,21	-92	-0,02
1991	3.907	0,57	918	0,13	-856	-0,13
1992	5.417	0,64	609	0,07	-1.002	-0,12

Fuente: STAP, 1994.

^a Incluye transferencias

ingresos tributarios (que corresponden básicamente a las cuotas del seguro de enfermedad y maternidad) se reducen como proporción del PIB; asimismo, como resultado neto, los ingresos no tributarios (ingresos del seguro de riesgos del trabajo e ingresos por el cobro de los servicios de salud) se reducen de 1983 a 1985. Además, las asignaciones específicas, que se agrupan en el rubro "Otros", se reducen.

Por otra parte, se experimentó una reducción inicial del gasto en salud del Gobierno Central (Msalud), como proporción del PIB, al pasar de 1983 a 1984; sin embargo, este gasto se recupera en 1985, superando el nivel existente en 1983. Este comportamiento contrasta con lo sucedido en el total del gasto del Gobierno Central como proporción del PIB, que aumenta en 1984 y luego disminuye en 1985. La disminución relativa del gasto en salud en 1984 se explica, en primer lugar, por una caída de la participación del gasto social en el total del gasto a nivel del Gobierno Central; lo anterior se complementa con una reducción de la participación del gasto en salud en el total del gasto social del Gobierno Central. En 1985, estos factores operan al revés generando la recuperación citada del gasto en salud del Gobierno Central, a pesar de observarse un decrecimiento del total.

El resultado global es determinado por el mayor peso del RSPNF, siendo la tendencia de esta primera fase una reducción del gasto en salud por persona. Sin embargo, a partir de 1985 se nota una mayor participación de la inversión en el total del gasto en salud, lo que permite el inicio de una recuperación de la inversión real por persona que se prolongará a la siguiente fase.

Segunda fase (1986-1990):

En este período, el G_s/POB aumenta 40%. El contexto económico en que esto sucede es la reactivación productiva que da como resultado una expansión sostenida del PIB durante este período. Gracias a un conjunto de factores en la asignación de recursos, el contexto fue aprovechado por el gasto en salud.

El comportamiento del G_s/POB se explica, básicamente, por lo sucedido en el gasto del RSPNF: este sector institucional aumenta de manera sostenida su gasto en salud como proporción del PIB a lo largo de estos años. Ello se basa sobre un aumento de los diversos tipos de financiamiento de las instituciones respectivas: los ingresos tributarios (ingreso por cuotas de la CCSS) aumentan su proporción respecto al PIB; por su parte, los ingresos no tributarios (ingresos por prestación de servicios de la CCSS y del INS) también incrementan su participación en el PIB. Sin embargo, las asignaciones específicas ("Otros", en el cuadro 4) manifiestan una reducción que compensa parcialmente el efecto positivo de los rubros anteriores. A pesar de esta reactivación del financiamiento primario, una parte importante del incremento del gasto se hace con base en alguna forma de crédito; como se observa en el cuadro 4, el concepto "Deuda" pasa de superávit a déficit (en el cuadro 4, los valores positivos del coeficiente de deuda indican déficit). Este movimiento es producto de la práctica de financiar el déficit del seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS con el superávit del resto de la

institución. Por lo tanto, una parte de la expansión del gasto en salud por persona de esta fase no se generó con ingresos sanos sino con una forma de subsidio implícito, que opera al interior de la CCSS. Se revelaban así las dificultades para sostener el ritmo de expansión del gasto, debido a los problemas de obtener financiamiento primario para dicho incremento del gasto. En la fase siguiente, se manifestó un cambio en la tendencia observada en el G_s/POB .

Con respecto a la forma de financiamiento de la expansión del gasto en salud descrita, queda claro que lo que interesa es un aumento del gasto real en salud, asegurando que éste tenga como base un financiamiento sano. Para garantizar un crecimiento sostenido del gasto en salud es importante disponer de mecanismos apropiados para la recolección de los ingresos propios del sector, así como evitar las prácticas de financiamiento con instrumentos de endeudamiento, que a mediano y largo plazo limitan la capacidad de expansión del sector.

El gasto del Gobierno Central mostró una marcada fluctuación en esta fase. Su gasto en salud continúa creciendo en 1986, como proporción del PIB; sin embargo, en los siguientes tres años decrece y en el último de esta fase logra una recuperación importante. La disminución de 1987 a 1989 se explica por la combinación de varios factores: a) en 1987 y 1988, el gasto total del Gobierno Central se reduce en forma importante como producto de los programas de estabilización que se comienzan a aplicar con mayor intensidad; b) la reducción resulta compensada por un aumento de la participación del gasto social en el total del gasto, pero la participación de salud en ese gasto social es fluctuante por lo que se produjo la citada reducción del gasto en salud del Gobierno Central; c) en 1989, el gasto total del Gobierno Central se recupera pero la participación del gasto en salud en el total del gasto social se reduce sustancialmente; por lo tanto, con lo que se mantiene la caída del gasto en salud como proporción del PIB; d) finalmente en 1990, aunque el gasto total del Gobierno Central se reduce y disminuye la participación del gasto social en el total, se produce un aumento de la participación del gasto en salud en el total del gasto social lográndose un aumento del gasto en salud como proporción del PIB.

En esta fase, se observa con mayor claridad la oscilación de la inversión en salud por persona, evidenciándose aumentos y disminuciones que expresan gran inestabilidad del proceso de inversión en este sector. En la base de este fenómeno, se encuentra una participación fluctuante en el total del gasto en salud. En consecuencia, aunque el gasto total aumentó considerablemente, el sector mostró una debilidad para canalizar esta situación favorable hacia la inversión.

Tercera fase (1991-1992):

Esta fase (1991-1992) muestra una leve caída del gasto en salud por persona. El contexto macroeconómico sigue mostrando un comportamiento positivo, por lo que tal reducción del indicador debe interpretarse como una dificultad del sector para aprovechar esta expansión productiva.

El RSPNF sigue determinando la tendencia del gasto global; por lo tanto, sus dificultades financieras se convierten en un obstáculo para canalizar los estímulos del entorno macroeconómico hacia el sostenimiento de la tendencia al aumento del G_s/POB . El gasto en salud del RSPNF detiene su crecimiento como proporción del PIB en estos años, situación explicable por el comportamiento de sus canales de financiamiento. Los ingresos tributarios mantienen su tendencia al aumento: sin embargo, los ingresos no tributarios comienzan a disminuir. Por su parte, las asignaciones específicas muestran cierta recuperación, como saldo neto de la fase. Si bien la suma de estos factores ofrece, a primera vista, un panorama favorable, no se puede disponer en estos años del subsidio, a través del rubro "deuda", el que se reduce notablemente: así, en 1991 el gasto en salud del RSPNF crece levemente, y en 1992, comienza a decrecer. Todo esto revelaría que se agotó la posibilidad de crecer con base en el subsidio que recibía el seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS, por lo tanto, será necesario fortalecer aún más la generación de financiamiento primario si se quiere recuperar la tendencia de crecimiento de la fase anterior.

Por otra parte, el gasto en salud del Gobierno Central como proporción del PIB se reduce sustancialmente en 1991 y 1992: en parte, el contexto general del Gobierno Central explica esta tendencia. El gasto global del Gobierno Central sigue experimentando una disminución, así como el gasto social continuó perdiendo participación en ese total; por su lado, la participación del gasto en salud en el gasto social mostró una tendencia a la baja. Esto reforzó el entorno desfavorable, con lo que se produjo la caída del gasto en salud como proporción del PIB que realizó el Gobierno Central.

Como resultado neto de esta fase, continúa la reducción de la participación de la inversión en el total del gasto en salud; a partir de esto, la inversión por persona en salud también disminuye al final de estos dos años.

Evolución de la inversión en salud por persona. La evolución de la inversión en salud por persona, en el período 1983-1992, manifiesta mayores cambios que lo citado para el gasto global: se identifica un patrón de comportamiento muy fluctuante. De 1983 a 1986 se observa una recuperación considerable de la inversión por persona a partir de un nivel inicial que puede considerarse bajo, por razones similares a las expresadas para el gasto global. En 1987 y 1988, se generó una caída importante de la IR_s/POB , perdiéndose una parte importante de la recuperación mencionada. En 1989, se manifiesta una nueva recuperación del indicador que es notable y supera el nivel alcanzado en 1986; de 1990 a 1992, se nota una nueva caída de la IR_s/POB . La evolución de la inversión por persona en este período, revela la fuerte oscilación que se ha experimentado, a pesar que en el gasto global del sector se ha logrado una recuperación a lo largo de estos años. De hecho, estos cambios se dan simultáneamente con fluctuaciones en la participación de la inversión en el total del gasto en salud.

Si bien el gasto total en salud por persona aumentó alrededor de C53,7 (medido en moneda de 1966), a lo largo del período 1983-1992, la inversión por persona sólo aumentó C4,8, en ese mismo período. Es decir, la recuperación del gasto en salud por persona sólo se

aprovechó en 9% para aumentar la capacidad productiva del sector. Esto revela las dificultades del sector para planificar el comportamiento de la inversión y poder aprovechar las situaciones propicias de la expansión del gasto gubernamental. En consecuencia, se puede pensar que el sector no ha tenido la capacidad de planificar el comportamiento de la inversión para aprovechar las situaciones propicias de la expansión del gasto gubernamental.

1.1.3 Gasto en ambiente por habitante

El análisis comprende el comportamiento del gasto del subsector ambiente entre 1983 y 1992, es decir, durante el proceso de estabilización macroeconómica y de ajuste estructural experimentado desde los primeros años de la década anterior.

Con la información proporcionada en los cuadros 8, 9 y 10, se analiza el Gasto en Ambiente por Persona (G_A/POB) y la Inversión Real en Ambiente por persona (IR_A/POB).

El cuadro 11, presenta la evolución del G_A/POB , medida en colones de 1966; la evolución de la IR_A/POB , medida en colones de 1966 y la evolución del G_A/POB , según sector, medida en colones de 1966.

Cuadro 8
Financiamiento del RSPNF en ambiente
(cifras en millones C corrientes)

Años	Ingresos		Otros ^a		Deuda	
	No tributarios	% PIB		% PIB		% PIB
1983	638	0,49	180	0,14	-64	-0,05
1984	394	0,43	180	0,11	5	...
1985	1.254	0,63	917	0,46	-856	-0,43
1986	1.043	0,42	245	0,10	1.015	0,41
1987	1.507	0,53	623	0,22	336	0,12
1988	1.893	0,54	705	0,20	63	0,02
1989	2.097	0,50	1.724	0,41	35	0,01
1990	2.523	0,48	1.095	0,21	-92	-0,02
1991	3.907	0,57	918	0,13	-856	-0,13
1992	5.417	0,64	609	0,07	-1.002	-0,12

Fuente: STAP, 1994.

^a Incluye transferencias