

El gasto en salud en América Latina

Jesús Lechuga Montenegro¹

Ernesto Mayén Herrera²

Introducción.

Los notables avances tecnológicos que se han dado en los últimos quince años, sumados a la urbanización e industrialización que se han presentado en las economías latinoamericanas en las últimas tres décadas, han generado cambios importantes en la forma de vida de la población. Hasta hace cincuenta años, la situación en cuanto al tipo de padecimientos que aquejaban a la población se centraba en enfermedades relacionadas con la desnutrición y la reproducción, infecciones gastrointestinales, muertes maternas y otros padecimientos que hoy en día pueden considerarse fáciles de curar y prevenir. Actualmente, los principales problemas de salud se deben al aumento en las tasas de padecimientos no transmisibles como diabetes, diversos tipos de cánceres, enfermedades cardiovasculares y otros tipos de enfermedades crónico-degenerativas que pueden ser atribuibles a la industrialización y a los problemas ambientales que se presentan actualmente. Lo anterior sin dejar de lado el surgimiento de infecciones como el Sida, entre otras.

La forma de atender todos estos padecimientos se complica si se toma en cuenta que existen grandes problemas en cuanto a la asignación de recursos. La atención médica cuesta mucho, y más considerando que existen enormes brechas en la calidad de la atención que se traduce en inequidad para la población al interior de cada país, fenómeno notorio en Latinoamérica donde es posible observar una característica muy importante: mezcla de enfermedades que se creían ya erradicadas como tuberculosis y las muertes materno-infantil o

¹ Departamento de Economía. Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapozalco. jlmo@correo.azc.uam.mx.

² Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. Secretaría de Salud. México. emayen@salud.gob.mx. Las opiniones expresadas por el autor no necesariamente corresponden con el punto de vista de la institución a la que pertenece y el contenido queda bajo responsabilidad del mismo.

enfermedades emergentes como el paludismo y padecimientos propios del desarrollo que está viviendo el mundo actual.

Son situaciones de salud inmersas en una heterogeneidad social que impiden el acceso universal a los servicios de salud. Como respuesta a lo anterior, en esta área en los países desarrollados, desde los años setenta se enfatizó la utilización de instrumentos económicos para hacer un uso eficiente de los recursos.³ Más allá de una elección óptima, los análisis para América Latina han acentuado la carencia de los recursos mismos y se ha puesto énfasis en considerar a la salud como un bien público. Igualmente se han dado reformas de diverso grado en los sistemas de salud en donde, de acuerdo con Molina et al, del objetivo explícito de sustentabilidad financiera se ha pasado al de acceso equitativo a servicios de calidad.⁴ El objetivo del artículo es analizar esta problemática. En la primera parte se presenta el contexto general de la accesibilidad a los servicios de salud; en la segunda se analiza la importancia que el rubro de Salud representa en América Latina y los niveles de gasto tanto público como privado. En la tercera parte se presenta el comportamiento del gasto sanitario en América Latina y se contrastan los niveles de gasto público y privado con los ejercidos por distintas naciones desarrolladas.

1. El contexto general

Un punto importante del discurso político se centra en la protección a la salud y en el intento de otorgar acceso universal de la población a servicios *ad hoc* como un derecho propio de la vida humana. La salud es considerada un bien económico importante cuya atención repercute en variables críticas como productividad, inflación, empleo y competitividad.⁵ Lo anterior ha derivado en la búsqueda de mejores formas de hacer coexistir las políticas económicas y de

³ Marañón, Boris, *La Evaluación Económica en Salud*. Instituto de Investigaciones Económicas. Universidad Nacional Autónoma de México. Documento inédito.

⁴ Raúl Molina, Matilde Pinto, Pamela Henderson y Cesar Vieira, *Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias*, en Revista Panamericana de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud, 2000.

⁵ FUNSALUD, "Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México", Fundación Mexicana para la Salud 1995, p. 59.

salud. Más la provisión de servicios sanitarios se da en sistemas fragmentados deficientes y con carácter excluyente para la mayoría de la población.⁶

Por ejemplo, en el caso de México, “el sector público de salud se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos segmentos de la población y que mantienen poco contacto entre sí. Además, existe un sector privado grande y en su mayoría no regulado. Las instituciones de seguridad social cubren a los trabajadores asalariados del sector formal. Aunque las estimaciones varían, se calcula que representan alrededor de la mitad de la población”⁷ bajo la cobertura que otorga el gobierno, el resto se financia por el gasto de bolsillo de la población no asegurada e incluso de población asegurada.

De esto surge entonces la necesidad de buscar la mejor forma de financiar los gastos necesarios para garantizar el acceso y cuidado de la salud de la población. Sin embargo el problema se origina en la escasez de recursos propia de la economía por la, a su vez, apremiante necesidad de recursos ante una población cada vez más demandante de servicios de todo tipo, lo que impide a los gobiernos dar la cobertura necesaria, con lo cual el problema se transfiere directamente a la población mediante el aumento del gasto de bolsillo y los gastos catastróficos para atender o prevenir enfermedades.

Es claro que cada gobierno actúa de forma distinta para cubrir esta necesidad básica, con diferentes características y niveles de calidad en la forma de otorgar el servicio, y con diversos niveles de gasto per cápita. Así, por ejemplo, en el Plan Nacional de Salud de México 2001-2006, se reconoce que “los problemas financieros representan ya una seria carga para la población. Este complejo reto se debe en parte al aumento en los costos de la atención”⁸ debido al constante avance tecnológico que, con relación a la ciencia médica, tiene fuertes implicaciones en el financiamiento y la provisión de los servicios, ya que además

⁶ Frenk, Julio; Londoño, J. L. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 153.

⁷ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México*, OCDE, 2005, p.11.

⁸ Programa Nacional de Salud 2001-2006, *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001, p.19.

de producir aumentos en los costos del sector, generan cambios en la provisión y en la demanda (aunque más allá de la demanda, está la necesidad de utilización de los servicios de salud).

El tamaño de los sistemas de salud en los países latinoamericanos es heterogéneo. Naciones como Argentina, Chile, Colombia, Brasil, Costa Rica y México, dedican distintas proporciones de su PIB al gasto en salud. Las estrategias de inversión en este campo son variadas, pero ya desde enero de 2002, en el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, se sugirió aumentar el gasto en este rubro en los países subdesarrollados y atacar los obstáculos no financieros que impiden a los países pobres atender adecuadamente este problema. Y, de manera específica, se recomendó incrementar del 1 al 2% del PIB el gasto en salud en el periodo 2007-2015.⁹

A pesar de estas sugerencias y de los progresos económicos y sociales en los países desarrollados a finales del año 2000 había alrededor de 1.3 billones de personas en la pobreza,¹⁰ la cual ha sido uno de los principales factores que dañan la salud de la población. Este combate aún no es suficiente y debe ser altamente considerado si se toma en cuenta que actualmente la buena salud es un pre-requisito para la reducción de la pobreza. En los países más pobres hay un círculo vicioso de *pobreza -mala salud- pobreza* que afecta fuertemente a la economía.

2. La salud en América Latina

El acceso efectivo a la salud se ha convertido en uno de los ejes más importantes de la política social en la región desde los años noventa cuando se instrumentaron reformas a los programas de salud acordes con el nuevo perfil epidemiológico. Este sector ha cobrado gran importancia y continuamente recibe

⁹ Frenk, Julio, *Introducción sobre la Economía de la Salud en México*, en Foro Silanes, Atención a la Salud en México, año 6, no. 14, Fundación Mexicana para la Salud, México, 2002, p.3.

¹⁰ Asfaw, Abay, *Costs of Illness, health care demand behavior, and willingness to pay for potential health insurance schemes: The case of Rural Ethiopia*, version electrónica, www.eudnet.net/workshops/workshop10-2001/asfaw.pdf, p.1. Traducción propia.

atención de los encargados de la política por la percepción que se tiene de esta problemática.

A pesar de que desde el punto de vista gubernamental la importancia de la salud puede encaminarse hacia una inversión para el desarrollo, durante los años noventa en América Latina la desregulación del sector privilegió la participación del sector privado en la provisión y financiamiento de los servicios sanitarios,¹¹ creando un fenómeno importante en este campo al afectar las funciones tradicionales de seguridad social y privilegiar las de aseguramiento en detrimento de la redistribución,¹² fragmentando aún más al sector y aumentando los costos del servicio médico mediante la seguridad privada. Se aplicó entonces una doctrina liberal a los servicios de salud, la cual se organiza en dos grandes campos:

- a) Los servicios curativos, que se someten a las leyes del mercado y generan una asistencia sanitaria diferenciada, en la que cada persona recibe la atención de acuerdo a su capacidad de pago;
- b) La salud pública, que se deja en manos del Estado, pues aunque es valorada por la sociedad como muy importante, no es rentable económicamente.¹³

En la región este esquema estuvo caracterizado por un menor acceso a las prestaciones de salud y por la carencia de oportunidades de participación en los programas de aseguramiento para las familias de escasos recursos y para la población excluida del sector formal.¹⁴ De acuerdo con Lloyd-Sherlock dicha fragmentación en la mayoría de los países tuvo un sesgo marcado hacia los servicios curativos de elevado costo, y no hacia la prevención de enfermedades y

¹¹ Folland, Sherman, Goodman, Allen C., Stano, Miron, *The Economics of Health and Health Care*, Pearson Education, Estados Unidos, Prentice Hall, New York, Japón, EU, 2003, p.6.

¹² Titelman, Daniel, *La seguridad social en el contexto de la globalización. Cambios en la combinación pública y privada*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <http://www.eclac.cl/ilpes>

¹³ Álvarez Castaño, Luz Stella, *El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral*, Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 18, no. 2. Organización Panamericana de la Salud. Agosto 2005, p.130.

¹⁴ Felicia Marie Knaul, Héctor Arreola-Ornelas, Oscar Méndez. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. [En] Salud Pública de México, vol. 47, no. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, p.430.

servicios básicos, tanto en el sector público como el privado;¹⁵ estructurándose un esquema que privilegia la medicina curativa y cierra espacios a la prevención de riesgos, en cuyo caso los costos generados tanto sociales como de bolsillo aumentan significativamente.

Es innegable que el gasto en medicina curativa no puede abatirse por completo. Sin embargo, también es cierto que privilegiar el gasto en prevención con proyectos encaminados a disminuir la aparición de nuevos casos de enfermedades y de casos atendidos y el aumento de casos prevenidos, genera un ahorro por la disminución de la demanda de servicios médicos y aumentos en la productividad -lo cual repercute en toda la sociedad-, menor gasto en medicamentos y una reasignación de los recursos hacia áreas más prioritarias.¹⁶

El fuerte proceso de inequidad en la región durante los años noventa, provocado en parte por el aumento del dinero que las familias invierten en salud,¹⁷ hizo evidente la necesidad de desregular al sector, otorgándole mayores concesiones a empresas privadas en la provisión de este servicio. Por ejemplo, en México, "los problemas financieros relacionados con la atención de la salud representan ya una seria carga para la población. Este complejo reto se debe en parte al aumento de los costos de la atención. Más importante aún es el hecho de que 52% de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias al momento de utilizar los servicios de salud. En Colombia, en contraste, este gasto representa 25% del total y en Gran Bretaña apenas alcanza el 3%".¹⁸

Para 1995, las cifras de la Organización Panamericana de la Salud mostraban que, en promedio, para la región latinoamericana el 28.7% del gasto en salud estaba financiado por el gobierno, mientras que un 64.3% lo aportaban

¹⁵ Lloyd-Sherlock, Peter, *Salud, equidad y exclusión social en América Latina: Argentina y México*, Revista Comercio Exterior, vol. 53, no. 8, 2003, p.707.

¹⁶ Flores Luna, José Luis y Mayén Herrera, Ernesto, *Análisis Económico de Intervenciones para la Protección Contra Riesgos Sanitario*. [En] Red Sanitaria, No. 6, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Secretaría de Salud. México, 2006, p.546.

¹⁷ Álvarez Castaño, Luz Stella, op cit., p.131.

¹⁸ Programa Nacional de Salud 2001-2006. Indicios de fracaso. [<http://www.imagenmedica.com.mx>]

empresas y hogares.¹⁹ El gasto solventado directamente es un indicador determinante de desprotección financiera que repercute en gastos excesivos de salud, baja calidad de los servicios e ineficiencia del sector, y al mismo tiempo obstaculiza el acceso a servicios de calidad.²⁰

Cuadro 1
Participación de las principales fuentes de financiamiento en salud para ocho países latinoamericanos, 1995.

Países	Gobierno	Empresas	Hogares	Externas
Bolivia	18.4	38.9	32.5	10.2
Ecuador	38.7	3.7	48.6	9.0
El Salvador	35.8	9.5	50.2	4.5
Guatemala	31.9	19.2	43.0	5.9
México	14.4	21.8	63.6	0.2
Nicaragua	42.0	12.0	23.0	23.0
Perú	34.0	28.0	37.0	1.0
R. Dominicana	14.4	8.7	75.1	1.8
Promedio	28.7	26.1	38.2	7.0

Fuente: Estudios de Cuentas Nacionales en colaboración: PAHO/USAID/PHR, obtenido de Vieira, César, *Evaluación económica en salud: una visión desde la OPS/OMS*, Taller de Evaluación Económica, XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, julio 2000. [En] Molina et al, "Gasto y Financiamiento en Salud: situación y tendencias".²¹

A pesar de que la salud es vista como una inversión que beneficia a la economía en general si se proporcionan servicios equitativos, eficientes y de buena calidad, y que ello influye positivamente en la actividad económica al favorecer el desarrollo del capital humano y hace más eficientes las inversiones en educación, actuando favorablemente en la distribución del ingreso, productividad y competitividad;²² y aún cuando en la composición del gasto total en salud para América Latina el público tuvo un aumento significativo en 2004 en relación a la

¹⁹ Vieira, C. Evaluación económica en salud: una visión desde la OPS/OMS. En: Estudios de Cuentas Nacionales en colaboración: PAHO/USAID/PHR, Taller de Evaluación Económica, XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, julio 2000.

²⁰ Felicia Marie Knaul, et al. Op. cit., p. 431.

²¹ Raúl Molina, Matilde Pinto, Pamela Henderson y Cesar Vieira, *Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias*, Revista Panamericana de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud, 2000.

²² Programa Nacional de Salud 2001-2006, *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001, p. 20.

década anterior (Cuadro 2), en general presenta un fenómeno donde usualmente los programas de seguro social y de las aseguradoras privadas conjuntamente tienen un gasto próximo al del sector público, aunque su grado de cobertura comprende a una mínima parte de la población.²³

Cuadro 2
Composición del gasto total (público y privado) en América Latina y el Caribe
1990-2004.
Gasto en salud (%)

Gasto público	43.4	41.5	54.77	55.6
Gasto privado	56.6	59.5	45.22	44.4

Fuentes: Elaboración propia con base en:

a: Suárez R. Et al. Gasto en salud y financiamiento. América Latina y el Caribe. Desafíos para la década de los noventa. OPS.

b: OPS/OMS. La salud en las Américas, 1998. **c:** Informe sobre la salud en el mundo. OMS. [www.who.int/es]

Aun más, el gasto privado en salud no tiene un comportamiento homogéneo en la región, pues en 2004 muestra una gran dispersión que va desde el 17.1% en Colombia al 71% en Uruguay, como porcentaje del gasto sanitario total (Cuadro 3). Lo que posiblemente también reflejaría en cada país grandes disparidades en los sistemas de salud en su conjunto o la heterogeneidad correspondiente a las políticas de salud aplicadas en la región.

²³ Lloyd-Sherlock, Peter, Op. cit., p. 705.

Cuadro 3
Gasto Privado en Salud como porcentaje del gasto sanitario total
2002-2004.

País	2002	2004
Colombia	17.1%	14.0%
Costa Rica	34.6%	23.0%
Bolivia	40.2%	39.3%
Argentina	50.2%	54.7%
Venezuela	53.1%	58.0%
Brasil	54.1%	45.9%
Chile	54.9%	53.0%
México	55.1%	53.6%
El Salvador	55.3%	55.6%
R. Dominicana	63.6%	68.4%
Uruguay	71.0%	56.5%

Fuente: Elaboración propia con base en: Informe sobre la salud en el mundo 2007. OMS [.who.int/es/]

Lo anterior se agudiza si se toma en cuenta que “la insuficiencia de fuentes alternativas de ingresos ... (provocó la incapacidad del estado para) atender la creciente demanda de servicios de manera adecuada”;²⁴ demanda que se vio modificada en gran medida por los constantes cambios tecnológicos en cuestión médica, y que hicieron que tanto usuarios como personal médico exigieran la utilización de tecnología de punta para la atención de padecimientos.

Sin embargo, más allá de las condiciones de oferta y demanda y de la tecnología de punta, hay un problema más agudo y que ha estado presente en América Latina: las condiciones económicas caracterizadas por crisis recurrentes, y factores sociales y ambientales que impiden que las condiciones sanitarias y de acceso a la salud sean las más eficientes y equitativas posibles. En otras palabras, aun cuando haya crecimiento en estricto sentido económico, el desarrollo como proceso social difícilmente involucra las condiciones de salud de la población más vulnerable.²⁵

Por otra parte, la heterogeneidad presente en los diversos países en materia social, poblacional, epidemiológica, de política económica y acceso a la salud, ha reorientado la búsqueda de instrumentos económicos. Si bien es cierto que es

²⁴ Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. *Propuestas para la mesa de gasto de la Convención Nacional Hacendaria. Gasto en Salud*. México, 2004, p. 3.

²⁵ Lloyd-Sherlock, Peter. Op cit., p. 701.

necesario vincular la dualidad Economía-Salud para contar con una perspectiva diferente de evaluación de proyectos encaminados a la búsqueda de recursos o a la toma de decisiones basada en datos económicos,²⁶ esa búsqueda de recursos debe hacerse de manera que privilegien no sólo la sustentabilidad financiera, basada en el análisis costo-beneficio de los proyectos encaminados a la protección o provisión de la salud; sino también a programas costo-efectivos cuyos resultados económicos pierden peso en comparación con la efectividad de la aplicación de los mismos en la ampliación de la cobertura.

La reforma a los sistemas nacionales de salud, sobre todo en América Latina, ha sido un tema que ha cobrado importancia entre los distintos gobiernos de la región debido tanto a la ineficiencia ya mencionada en cuanto a la asignación de recursos, como a las condiciones de grave desigualdad económica²⁷. La problemática de acceso y calidad en el servicio que tanto ha afectado a la población latinoamericana, y el magro crecimiento que no ha logrado generar los empleos suficientes y los cambios experimentados por un proceso de transición demográfica caracterizado por un envejecimiento de la población, sumado a los cambios epidemiológicos provocados por la creciente urbanización cuyo resultado es palpable en el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, en conjunto han sido factores determinantes para pensar en la necesidad de reformar.

Peter Lloyd-Sherlock señala que “en algunos países, las reformas han procurado una reestructuración radical de todo el sistema de salud, al sustituir la segmentación tradicional con una nueva configuración que reduce las divisiones entre seguridad social y privada, al mismo tiempo que destaca el papel de la cobertura pública como una red de seguridad de último recurso.”²⁸ En el caso de México, el autor cita que las reformas han permitido a los fondos de salud privados operar en un sector plural de la seguridad social, lo que se ha traducido en una afluencia de gran escala de organizaciones estadounidenses que se dirigen a

²⁶ Flores y Mayén .Op cit., 2006, p.543.

²⁷ Jesús Lechuga Montenegro. Reforma a los Programas de Salud. Reporte de Investigación. UAM – Azcapotzalco.2008.

²⁸ Lloyd-Sherlock, Peter, Op. cit. p.710

grupos de población considerados *nichos*, los cuales están bien focalizados en el sector de ingreso medio y alto, lo que abre una brecha importante en cuanto a la calidad de este tipo de servicios se refiere.²⁹ En México, de 1997 a 2003, el desarrollo del sector privado de seguros llevó la cobertura de 2.1 a 3.8 millones de asegurados en el plan de gastos médicos mayores, con 35 compañías registradas. Sin embargo ello representaba únicamente el 4% de la población.³⁰ Para el año 2006, la cobertura del sector privado fue de 2%, el servicio de Seguridad Social atendió al 40% de la población, mientras el 58% representaba los servicios para población sin cobertura.³¹

De lo anterior y con la evidencia empírica reciente se puede concluir que en la región, con excepción de Bolivia y Colombia (Cuadro 4), el papel del gobierno en cuanto a la cobertura social ha ido mermando paulatinamente, con lo cual la participación privada ha tomado una fuerza importante y ha ido segmentando cada vez más el mercado de un bien que hasta hace poco era mayoritariamente público.

Cuadro 4
Participación de las principales fuentes de financiamiento de la salud en la región 2004

	<i>Público</i>		<i>Privado</i>			
	Total	Seguridad	Total	Planes de		
Paraguay	33.7%	37.4	66.3%	72.2	13.90	1.9
R. Dominicana	31.6%	16.2	68.4%	73.1	21.10	1.5
Ecuador	40.7%	39.2	59.3%	85.4	5.80	0.8
Guatemala	41.0%	49.4	59.0%	90.5	4.20	2.3
Venezuela	42.0%	22.8	58.0%	88.3	3.80	0
Brasil	54.1%	0	45.9%	64.2	35.80	0
México	46.4%	67.3	53.6%	94.4	5.60	0.3
Perú	46.9%	47.9	53.1%	79.2	17.50	1.3
Honduras	54.9%	14.2	45.1%	84.3	9.00	8.7
Bolivia	60.7%	65.3	39.3%	82.5	8.80	9.1
Colombia	86.0%	59.6	14.0%	49.0	51.00	0.1

Fuente: Elaboración propia con base en World Health Statistics 2007. WHOSIS/ Organización Mundial de la Salud. [.who.int/en/](http://who.int/en/)

1. Como porcentaje del total del financiamiento público.
2. Como porcentaje del total del financiamiento privado.

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. 23 de agosto de 2004.

³¹ BBCMundo. com. 7 de agosto de 2006.

En el caso de Colombia en un análisis de cobertura Stella Álvarez explica que antes de la reforma, en 1991, el 25% de la población no tenía cobertura de salud y en contraste en el año 2003 el 42% no estaba asegurada; de tal forma que la inequidad que se pretendía abatir se acentuó pues el 60% del estrato más pobre de la población no estaba asegurada, en tanto que en el estrato más rico esta proporción era del 10%.³²

A pesar de esta tendencia, en general en América Latina el gasto de gobierno en salud es elevado en relación con otras regiones en el mundo (Cuadro 5). Por lo cual de acuerdo con Álvarez Castaño, aun durante la crisis de los años ochenta, Latinoamérica tuvo un desempeño relativamente bueno en términos de indicadores básicos de salud.³³ Inclusive aún cuando el destino final de los recursos para la atención de la salud no demuestre un gasto de calidad en cuanto a equidad y eficiencia, y a que países como México se encuentren por debajo de los niveles de inversión y servicio en comparación con otros países de la OCDE.³⁴

³² Álvarez Castaño, Luz Stella, op. cit., p. 131.

³³ *Ibid.*, p.700.

³⁴ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Op cit.*

Cuadro 5
Gasto en salud por región y nivel de ingreso.

Regiones	Gasto Sanitario per cápita	Gasto Sanitario total como % del PIB	Gasto de Gobierno General en salud como % del Gasto Total de Gobierno	Gasto del Gobierno General en salud como % del Gasto Sanitario Total
Países industrializados ^(b)	2,508.39	8.8	14.9	73.3
Países no industrializados				
América Latina y el Caribe	441.67	6.7	13.8	53.5
Europa Oriental y Asia Central	865.80	6.6	11.6	65.2
Asia Oriental y el Pacífico	469.11	4.7	8.7	55.0
África del Norte y Medio Oriente	504.72	5.5	8.0	54.0
Sudeste Asiático	325.60	5.1	8.3	43.6
África Subsahariana	139.71	5.4	6.9	45.1

Fuente: Elaboración propia con base en: Informe sobre la salud en el mundo 2005. Organización Mundial de la Salud. [.who/int/en/](http://who.int/en/)
a: Países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con la exclusión de Hungría, México y Turquía, Eslovaquia, Polonia, Chequia, Grecia.
b: En dólares internacionales.

No obstante, en comparación con las naciones industrializadas el gasto en salud latinoamericano es inferior, indiscutiblemente por las diferencias económicas existentes entre naciones. Y comparando el gasto per capita en salud en Latinoamérica la brecha es enorme pues es cinco y media veces inferior, indiscutiblemente por las diferencias económicas. Sin embargo es remarcable que el gasto de gobierno en salud como porcentaje del gasto sanitario total en países industrializados es 73.3% contra 53.5% en América Latina, cuando se esperaría una situación inversa por el carácter asistencialista de los gobiernos latinoamericanos. Y de manera contrastante, a pesar de que el gasto sanitario como porcentaje del PIB en América Latina es mayor que en las regiones no industrializada, el gasto sanitario per capita es claramente inferior al de Europa Oriental y Asia Central, África del Norte y el Medio Oriente y Asia Oriental y el Pacífico (Cuadro 5). Lo cual es preocupante si comparamos el tamaño y capacidad de las economías latinoamericanas con estas últimas. Lo anterior pudiera ser explicado por los altos costos de la atención privada en América

Latina, ya que un fenómeno que se presenta en naciones como México es que la mayor parte del gasto en salud a nivel privado se realiza, sobre todo, en el primer nivel de atención –consulta externa- y en el gasto de medicamentos y exámenes de laboratorio, y los servicios públicos son mayormente utilizados en hospitales de distintas especialidades.

En lo referente a las fuentes de financiamiento tanto gubernamentales como privadas, en términos generales, están dadas por:

- Aportes fiscales de los ciudadanos (impuestos generales).
- Cotizaciones al seguro social por parte de los patrones y trabajadores (impuestos específicos).
- Compra de seguros privados.
- Gasto de bolsillo.³⁵

Las empresas y hogares representan fuentes financieras directas, mientras que las indirectas se integran con los aportes del gobierno federal que se conforman con las contribuciones fiscales y pagos diversos de los hogares y las empresas, así como los recursos externos que ingresan por vía gubernamental. Los gobiernos estatales contribuyen también a este financiamiento indirecto, canalizando los impuestos e ingresos locales hacia el pago de la atención a sus trabajadores y los programas y servicios locales. Para el caso de México, hay que señalar que la mayor parte de los agentes de la seguridad social reciben recursos federales, con un mínimo aporte de los gobiernos estatales.³⁶ Por ejemplo, el sistema de salud integra esquemas públicos con privados y hay una descentralización de servicios del gobierno federal hacia los gobiernos estatales; el esquema de seguridad social cubre a los trabajadores del sector formal y se reconoce explícitamente que el sector privado incluye un mercado casi sin

³⁵ Titelman, Daniel. Op. Cit.

³⁶ Iniciativa de Reforma Sector Salud, *Cuentas Nacionales de Salud: México*, México, septiembre 1998, pp. 13, 14.

regulación con pago directo del usuario que cubre un porcentaje mínimo de la población.³⁷

Como cualquier elemento presente en la economía, estos mecanismos de financiamiento pueden generar efectos negativos y positivos en el entorno. El impacto positivo podría estar dado por la captación de ingresos que generan, pero el impacto negativo afecta el acceso a los servicios de salud, convirtiéndose en barreras financieras a los mismos.³⁸

La necesidad de reformar va orientada a mejorar los sistemas de financiamiento con el fin de ampliar la cobertura en la población con una mejor reorientación del gasto, mismo que, como ya se mencionó, se distribuye de diferente manera entre las naciones por las características propias de cada una en los distintos rubros. Más allá de esto, Daniel Titelman³⁹ plantea que la necesidad de reformas a los sistemas de seguridad social en la región se debe a los siguientes puntos:

- Un mundo más volátil e incierto caracterizado por crisis económicas más frecuentes, ante lo cual se necesita una mayor protección ante choques externos (mayores riesgos externos implican mayores riesgos y demandas sociales).
- Restricciones presupuestarias de las economías
- Mecanismos de ajuste económico que afectan a los sistemas de protección social.
- El ajuste a los ciclos pone más presión al mercado de trabajo, en particular el desempleo.

3. Financiamiento en Salud en la región latinoamericana

El problema del financiamiento en América Latina ha sido un tema tratado en distintos foros e investigaciones que buscan explicar esta problemática y

³⁷ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Op Cit., pp. 20, 21.

³⁸ Molina, Raúl, et al., Op. cit p.79.

³⁹ Titelman, Daniel, Op cit.

proponer soluciones. Como ejemplo, Raúl Molina et al, en una investigación para analizar la situación del gasto y financiamiento en salud en América Latina se menciona que en los años noventa el gasto en la región fue afectado, entre otros aspectos, por las transformaciones del modelo económico con políticas neoliberales que redefinieron la intervención del Estado y las políticas de salud, particularmente en cuanto al financiamiento se refiere,⁴⁰ haciendo énfasis en la heterogeneidad del gasto per cápita en salud en la región.

Esta diferencia en cuanto al gasto per cápita, como ya se vio, se acentúa más si se comparan distintos países latinoamericanos con economías más robustas. Mientras que en los países industrializados este gasto es importante, en las naciones latinoamericanas aún no ha cobrado la relevancia que requiere. Así por ejemplo, en el caso de Corea del Sur el gasto sanitario per cápita en el año 2004 fue de los más bajos entre las naciones desarrolladas con USD\$ 1,074; siendo mayor al gasto per cápita en Argentina para el mismo año con USD\$ 1,067 (Cuadro 6). Esta diferencia mínima cobra relevancia cuando se observa que Argentina fue el país que mayor gasto sanitario tuvo en la región.

Cuadro 6

Gasto sanitario total per cápita			Gasto sanitario total per cápita		
Dólares internacionales Países desarrollados			Dólares internacionales Países latinoamericanos		
	2003	2004		2003	2004
Estados Unidos	5,771	6,096	Argentina	1,067	1,274
Alemania	3,011	3,171	Chile	707	720
Suecia	2,704	2,828	Costa Rica	616	592
Japón	2,244	2,293	Brasil	597	1,520
España	1,853	2,099	México	582	655
Corea del Sur	1,074	1,135	Colombia	522	570
			Venezuela	231	285

Fuente: Elaboración propia con base en Informe sobre la salud en el mundo 2007. Organización Mundial de la Salud. [www.who.int/es]

En este sentido, desde 1998 a la fecha, los países latinoamericanos seleccionados han tenido una evolución favorable aunque no suficiente, pues en todos los casos se han dado aumentos en el gasto per cápita en salud, a excepción de Venezuela, en cuyo caso en 1998 tenía un gasto per cápita de

⁴⁰ Molina, Raúl, et al, op cit., p 73.

USD\$ 345 y en 2003 bajó considerablemente a USD\$ 231. Los datos anteriores reafirman la idea de que en Latinoamérica hay grandes inequidades regionales que afectan el desarrollo humano.⁴¹

Considerando el gasto en salud como porcentaje del PIB, Molina et al, señalan que éste suele utilizarse como indicador de la prioridad otorgada a este aspecto, habida cuenta de que la asignación de los recursos determina su equidad, efectividad y eficiencia.⁴² Hasta 1998, este porcentaje promediaba en la región 7.7% aunque en algunos casos no alcanzaba ni siquiera el 5%.⁴³ Información más reciente muestra una situación parecida. Por ejemplo, de acuerdo con la Secretaría de Salud, antes de la actual reforma de México en el año 2000, antes de la actual reforma se invertía el 5.8% del PIB en salud (gasto público y privado), equivalente a 357 dólares per cápita, cuando en EU era del 15% -4,500 dólares per cápita- y el promedio para América Latina era de 6.1% del PIB.⁴⁴

Estas cifras muestran las enormes diferencias existentes entre las naciones a nivel regional y mundial, y corroboran en algunos casos la carencia de protección financiera en la que se encuentra la población latinoamericana.

A pesar del incremento en el porcentaje del PIB en salud, en muchos casos sigue siendo menor que los datos presentados por otras economías que no pertenecen a la región y que cuentan con un poderío económico mucho mayor, incluso en comparación con economías no tan poderosas como el caso de España y Corea del Sur (Cuadro 7).

Cuadro 7
Gasto en Salud como porcentaje del PIB 2004. [2007]

	Países desarrollados		Países latinoamericanos	
	2003	2004	2003	2004
Estados Unidos	15.2	15.4	Argentina	8.9 9.6

⁴¹ Lloyd-Sherlock, Peter, *Op. cit.*, p.703.

⁴² Molina, Raúl, et. al., *Op. cit.* pp. 73, 74

⁴³ *Ídem.*

⁴⁴ Secretaría de Salud, *La Reforma Estructural de la Salud en México: Calidad de la Atención y Protección Financiera para Todos*, México, 2005.

Alemania	11.1	10.6	Chile	6.1	6.1
Suecia	9.4	9.1	Costa Rica	7.3	6.6
Japón	7.9	7.8	Brasil	7.6	8.8
España	7.7	8.1	México	6.2	6.5
Corea del Sur	5.6	5.5	Colombia	7.6	7.8
			Venezuela	4.5	4.7

Fuente: Elaboración propia con base en Informe sobre la salud en el mundo 2007. Organización Mundial de la Salud. [www.who.int/es/]

La importancia de la salud en el campo de la economía está íntimamente relacionada con el desarrollo económico. Dado que la salud es un factor que está en función de la riqueza mediante el acceso a los satisfactores básicos de bienestar, el desarrollo económico depende en gran medida del esfuerzo de los individuos, el cual a su vez está determinado por la eficiencia con que este esfuerzo es realizado. Es en este punto en donde la política económica pone atención en la salud como uno de los engranes que inciden a la productividad como eje del desarrollo económico, siempre y cuando se tenga un entorno económico favorable.⁴⁵

Sin embargo, el acceso a los servicios de salud ha sido y es un problema de suma importancia, no sólo en los países de la región, sino en economías como la estadounidense. En efecto a fines de los años noventa 44 millones de personas carecían de seguridad pues el incremento de costos impacta negativamente la accesibilidad de los servicios sanitarios.⁴⁶ Lo anterior indudablemente se agrava en América Latina por la permanente inequidad de la región.

Colofón.

Históricamente el recorte a los programas sociales, incluidos los de salud, fue una manera de actuar ante una crisis toda vez que el gasto en salud debía darse después de haber obtenido importantes niveles de crecimiento económico;

⁴⁵ Al respecto cabe mencionar que salud no es siempre igual a desarrollo económico, inclusive existe una polémica en el sentido de cómo se da la interrelación: si de salud a desarrollo económico o al revés, sin embargo esta relación sólo es mencionada aquí para fines de ejemplo, no siendo discutida en la presente investigación.

⁴⁶ Folland, Goodman, Stano, *Op cit.*, p.6.

aunque parece observarse que esta concepción pueda cambiar al entenderse que la inversión en salud permite compensar y generar la infraestructura humana que coadyuve a dar salida a una crisis.

Con la importancia que ha adquirido la identificación del capital humano a través del tiempo en los procesos productivos, la salud ha dejado de considerarse un gasto pasando entonces a ser una inversión con el objetivo de mejorar la calidad de este capital. El problema radica en invertir de la mejor manera posible a fin de lograr una protección financiera adecuada, que ayude a garantizar que en una situación de crisis el gasto en salud no sea factor de empobrecimiento, sino que sea una finalidad del desarrollo económico.⁴⁷

La eficiente asignación de recursos y el acceso universal de la población a los servicios de salud ayudarán a disminuir (erradicar sería el ideal) las marcadas desigualdades que existen en este aspecto en la población latinoamericana, mediante programas de gasto que pudieran combinar aportes públicos y privados sin generar daños catastróficos sobre todo en las familias más pobres.

A principios de la actual década se señalaba que una consecuencia de la aplicación de mecanismos de mercado en las políticas de salud generaba aumentos en los gastos de los hogares como mecanismo de financiamiento en salud, donde la capacidad de pago de la cobertura sanitaria en la pasada década dependía principalmente del nivel de ingresos familiares, siendo los grupos de menores ingresos los que destinaban un mayor porcentaje de los aportes al sector para poder satisfacer su demanda de servicios de salud.⁴⁸ La información más reciente mostrada aquí indica que la situación no ha registrado cambios importantes; la participación del Estado en el sector salud en América Latina continúa perdiendo fuerza de manera importante desde los años noventa y el gasto sanitario privado en salud muestra una tendencia creciente desde hace diez años, lo cual indudablemente ha acentuado las brechas existentes entre la

⁴⁷Hace más de una década que el bienestar del ser humano se concibe no como medio para el desarrollo, sino como la finalidad del mismo. (FUNSALUD, *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1995).

⁴⁸ Molina, Raúl, et. al., *Op. cit.* p. 82.

población más desatendida en comparación con los estratos más altos de la sociedad.

Los gastos catastróficos siguen siendo una problemática importante para las familias de escasos recursos, acentuando con ello los niveles de pobreza de la región. En México por ejemplo, hasta antes del año 2003, anualmente alrededor de 3.7 millones de familias caían en la pobreza por cubrir los costos catastróficos y/o empobrecedores asociados a la atención a la salud.⁴⁹ Aunque hay datos que parecen revertir su situación en los últimos dos años con la aplicación del Seguro Popular, es necesario un periodo de espera a fin de conocer el impacto real de esta política, sobre todo si se toma en cuenta que aún en pleno siglo XXI, las infecciones comunes, las enfermedades de la nutrición y la reproducción siguen conformando el grupo de padecimientos del rezago en salud concentrado en las poblaciones más pobres. La transición epidemiológica tiene entonces a la desigualdad como uno de sus rasgos distintivos en donde la población pobre comparte no sólo los padecimientos del resto de la sociedad, sino que los riesgos de mortalidad en este grupo se presentan a edades más tempranas, con una relación inversa entre acceso a servicios de salud y pobreza, siendo más evidente en las zonas marginadas tanto rurales como urbanas.⁵⁰

Sin embargo, la participación del Estado en el sector salud en América Latina ha perdido fuerza de manera importante desde los años noventa. El gasto sanitario privado en este rubro muestra una tendencia creciente desde hace diez años, lo cual indudablemente ha acentuado las brechas existentes entre la población más desatendida en comparación con los estratos más altos de la sociedad latinoamericana. Los gastos catastróficos en salud siguen siendo una problemática importante para las familias de escasos recursos, acentuando con ello los niveles de pobreza de la región.

A pesar de que la falta de acceso de la población a servicios de salud en América Latina ha sido discutida de manera importante, y que el discurso político

⁴⁹ Secretaría de Salud, *La Reforma Estructural de la Salud en México: Calidad de la Atención y Protección Financiera para Todos*, México, 2005.

⁵⁰ Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Programa de Acción: Protección contra Riesgos Sanitarios. Sistema Federal de Protección Sanitaria, Secretaría de Salud, México, 2003, p.17.

ha mostrado interés en la universalidad del servicio, el acceso equitativo a una atención de calidad no ha sido el adecuado. Pareciera que sigue sin tomarse en cuenta la información económica para evaluar de manera integral al sector, manteniéndose además la ineficiencia en cuanto a la asignación de recursos.

Si bien es cierto que con la aplicación de las últimas reformas en muchos casos el gasto público ha venido en aumento y en casos como el de México, el paradigma parece cambiar hacia una protección preventiva más que curativa que genere ahorros al sistema y en proyectos y programas basados en el costo-efectividad más que en el costo-beneficio, los resultados han sido diversos, en algunos casos alentadores y en otros se muestra un panorama sombrío. En efecto, la aplicación de programas de corte neoliberal han generado que en naciones como Colombia el número de personas aseguradas haya disminuido en un porcentaje importante. Incluso en este país la población dejó de atenderse por razones económicas en un porcentaje mucho mayor al de hace más de quince años. Los gastos catastróficos aumentaron casi al doble y la inequidad entre la población aumentó.⁵¹

En contraste, la situación de México con el proceso de reforma que dió vida al Seguro Popular en 2003, se buscó corregir la falta de protección financiera y cerrar la brecha poblacional de necesidades de salud. Los resultados muestran que el número de familias pobres aseguradas creció un 30% en el periodo 2000-2004 y el que incurrió en gastos catastróficos y empobrecedores disminuyó en igual magnitud en el mismo periodo.⁵²

El nuevo paradigma, debiera orientarse a la protección contra riesgos sanitarios, como un enfoque de prevención de enfermedades y protección de la población ante factores de riesgo a los que, de manera involuntaria, está expuesta.

Conclusiones.

⁵¹ Álvarez Castaño, Luz Stella, Op. cit., p.131.

⁵² Secretaría de Salud. *Op cit.*.

En esencia, el porcentaje del PIB destinado a la salud puede considerarse magro, y el problema se acentúa si se toma en cuenta que la mayor parte se destina a la medicina curativa y no a la prevención, con lo cual se pierde eficiencia en la asignación del recurso. Las características de las reformas en la región contravienen a las recomendaciones de la OMS en el sentido de que el gasto público en el sector no aumentó –o lo hizo marginalmente- y no se han atendido los problemas de acceso y marginación de sectores importantes de la población. El nuevo papel del Estado, donde el sector salud se encuentra sujeto cada vez más a las condiciones de mercado, sería entonces, en el extremo, limitarse a corregir las fallas del mismo fungiendo como un blindaje en periodos de crisis para evitar el aumento del gasto catastrófico, sobre todo para las familias más pobres.

Consideramos en cambio que de no ser así, la brecha en la calidad y la cobertura de estos servicios seguirá ampliándose, lo cual sumado al fenómeno de la economía informal, característico de América Latina, generará que el número de personas no aseguradas aumente gradualmente, profundizando así el proceso de desigualdad, exclusión social e injusticia financiera en la región. El porcentaje destinado a la salud puede considerarse magro, y el problema se acentúa si se toma en cuenta que la mayor parte se destina a la medicina curativa y no a la prevención, con lo cual se pierde eficiencia en la asignación del recurso.

BIBLIOGRAFIA

1. Marañón, Boris, La Evaluación Económica en Salud. Instituto de Investigaciones Económicas. Universidad Nacional Autónoma de México. Mimeo. 2006.
2. Raúl Molina, Matilde Pinto, Pamela Henderson y Cesar Vieira, Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias, en Revista Panamericana de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud, 2000.
3. FUNSALUD, “Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México”, Fundación Mexicana para la Salud 1995, p. 59.
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México, OCDE, 2005, p.11.
5. Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud, México, 2001, p.19.
6. Frenk, Julio, Introducción sobre la Economía de la Salud en México, en Foro Silanes, Atención a la Salud en México, año 6, no. 14, Fundación Mexicana para la Salud, México, 2002, p.3.
7. Frenk, Julio; Londoño, J. L. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 153.
8. Asfaw, Abay, Costs of Illness, health care demand behavior, and willingness to pay for potential health insurance schemes: The case of Rural Ethiopia, version electrónica, www.eudnet.net/workshops/workshop10-2001/asfaw.pdf , p.1. Traducción propia.
9. Folland, Sherman, Goodman, Allen C., Stano, Miron, The Economics of Health and Health Care, Pearson Education, Estados Unidos, Prentice Hall, New York, Japón, EU, 2003, p.6.
10. Titelman, Daniel, La seguridad social en el contexto de la globalización. Cambios en la combinación pública y privada, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <http://www.eclac.cl/ilpes/noticias/paginas/3/8043/salud%20segsocial%20-%20Daniel%20Titelman.ppt#10>
11. Álvarez Castaño, Luz Stella, El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral, Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 18, no. 2. Organización Panamericana de la Salud. Agosto 2005, p.130.

12. Felicia Marie Knaul, Héctor Arreola-Ornelas, Oscar Méndez. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. [En] Salud Pública de México, vol. 47, no. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, p.430.
13. Lloyd-Sherlock, Peter, Salud, equidad y exclusión social en América Latina: Argentina y México, Revista Comercio Exterior, vol. 53, no. 8, 2003, p.707.
14. Flores Luna, José Luis y Mayén Herrera, Ernesto, Análisis Económico de Intervenciones para la Protección Contra Riesgos Sanitario. [En] Red Sanitaria, Vol. 2, No. 6, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Secretaría de Salud. México, 2006, p.546.
15. Vieira, C. Evaluación económica en salud: una visión desde la OPS/OMS. En: Estudios de Cuentas Nacionales en colaboración: PAHO/USAID/PHR, Taller de Evaluación Económica, XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, julio 2000.
16. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. Propuestas para la mesa de gasto de la Convención Nacional Hacendaria. Gasto en Salud. México, 2004, p. 3.
17. Lombera González, Miguel, Salud y protección contra riesgos sanitarios, una función de la salud pública. [En] Red Sanitaria, Vol. 1, No. 1, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Secretaría de Salud. México, 2005.
18. Iniciativa de Reforma del Sector Salud, Cuentas Nacionales de Salud: México, México, septiembre 1998, pp. 13, 14.
19. Secretaría de Salud, La Reforma Estructural de la Salud en México: Calidad de la Atención y Protección Financiera para Todos, México, 2005.
20. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Programa de Acción: Protección contra Riesgos Sanitarios. Sistema Federal de Protección Sanitaria, Secretaría de Salud, México, 2003, p.17.
21. Arredondo Armando, Ramos René, Zúñiga Alexis, Evaluación económica de la demanda de atención médica para la salud mental en México: esquizofrenia y depresión, 1996-2000. [En] Revista de Investigación Clínica, vol. 55, no. 1, Imbiomed, México, 2003, p.43