

# ESTUDIOS ESTADÍSTICOS

## Consumo efectivo de los hogares en salud

Resultado de estudios piloto en seis países  
de América Latina

David Debrott Sánchez



CEPAL



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

# ESTUDIOS ESTADÍSTICOS

## Consumo efectivo de los hogares en salud

Resultado de estudios piloto en seis países  
de América Latina

David Debrott Sánchez



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Este documento fue preparado por David Debrott Sánchez, consultor de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de la Ronda 2011 del Programa de Comparación Internacional (PCI), en el que la CEPAL estuvo a cargo de la coordinación regional para América Latina y el Caribe. El autor agradece la colaboración, los comentarios y las sugerencias de Federico Dorin, Patricia Marchant y Salvador Marconi funcionarios de la División de Estadísticas y Proyecciones Económicas de la CEPAL, quienes además prepararon el esquema de base para la realización de este estudio. Asimismo, se agradece el apoyo de Rubén Suárez, funcionario de la OPS.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1680-8770

LC/L.3751

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2014. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

# Índice

---

<b>Resumen</b> .....	9
<b>Introducción</b> .....	11
<b>I. Precisiones conceptuales y metodológicas</b> .....	13
A. Sistemas de salud .....	13
B. Consumo efectivo de hogares y análisis satélite en salud .....	15
C. Definiciones operacionales .....	17
1. Delimitación de productos .....	17
2. Tipo de cobertura en el aseguramiento y desglose del gasto final por sector institucional.....	19
D. Aspectos críticos en el proceso de levantamiento e interpretación de los datos .....	21
1. Perspectiva de los productos .....	22
2. Perspectiva de los tipos de cobertura .....	25
3. Perspectiva de sectores institucionales que soportan el gasto final.....	26
<b>II. Brasil</b> .....	29
A. Antecedentes .....	29
B. Resultados generales .....	29
1. Análisis por productos .....	30
2. Análisis por tipo de cobertura .....	30
3. Análisis por sector institucional .....	32
C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud.....	32
<b>III. Colombia</b> .....	37
A. Antecedentes .....	37
B. Resultados generales .....	37
1. Análisis por productos .....	38
2. Análisis por tipo de cobertura .....	38
3. Análisis por sector institucional .....	39

C.	Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud.....	40
1.	Ministerio de Protección Social .....	40
2.	Organismos de administración y financiamiento .....	42
<b>IV.</b>	<b>El Salvador</b> .....	45
A.	Antecedentes .....	45
B.	Resultados generales .....	46
1.	Análisis por productos .....	46
2.	Análisis por tipo de cobertura .....	47
3.	Análisis por sector institucional .....	49
C.	Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud.....	51
1.	Ministerio de Salud .....	51
2.	Instituto Salvadoreño del Seguro Social .....	52
3.	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial .....	52
4.	Comando de Sanidad Militar .....	53
5.	Otras entidades públicas, empresas públicas y gobiernos municipales.....	53
6.	Compañías de seguros que ofrecen cobertura en salud.....	53
7.	Instituciones sin fines de lucro que brindan servicios de salud.....	53
8.	Proveedores de servicios de salud privados .....	54
<b>V.</b>	<b>México</b> .....	55
A.	Antecedentes .....	55
B.	Resultados generales .....	56
1.	Análisis por productos .....	56
2.	Análisis por tipo de cobertura .....	56
3.	Análisis por sector institucional .....	59
C.	Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud.....	59
<b>VI.</b>	<b>Perú</b> .....	63
A.	Antecedentes .....	63
B.	Resultados generales .....	64
1.	Análisis por productos .....	64
2.	Análisis por tipo de cobertura .....	66
3.	Análisis por sector institucional .....	67
C.	Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud.....	68
1.	El Ministerio de Salud.....	69
2.	El Seguro Integral de Salud .....	70
3.	Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.....	70
4.	Instituto Peruano de Seguridad Social de Salud (EsSalud).....	70
5.	Seguros privados .....	71
<b>VII.</b>	<b>Uruguay</b> .....	73
A.	Antecedentes .....	73
B.	Resultados generales .....	73
1.	Análisis por productos .....	74
2.	Análisis por tipo de cobertura .....	75
3.	Análisis por sector institucional .....	76
C.	Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud.....	78
<b>VIII.</b>	<b>Análisis comparado de los principales indicadores</b> .....	81
A.	Indicadores demográficos y económicos .....	81
B.	Indicadores de consumo efectivo de hogares en salud .....	85
	<b>Bibliografía</b> .....	91

<b>Anexos</b> .....	95
Anexo 1 CÁLCULO DEL CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN SALUD.....	96
Anexo 2 ESTIMACIONES DE CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR PAÍSES .....	98
Anexo 3 NOTAS TÉCNICAS .....	110
Anexo 4 EL SALVADOR – CLASIFICACIÓN ALTERNATIVA PARA ISBM Y COSAM .....	115
Anexo 5 CIFRAS ALTERNATIVAS DE PERÚ SOBRE LA BASE DE OPCIÓN METODOLÓGICA INEI .....	116
Anexo 6 INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS COMPARADOS .....	118
<b>Serie Estudios Estadísticos: números publicados</b> .....	119

### Cuadros

CUADRO 1 TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS DE SALUD .....	14
CUADRO 2 MODELO DE EVANS: FINANCIACIÓN Y PAGO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS .....	15
CUADRO 3 PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD .....	17
CUADRO A.1 CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	96
CUADRO A.2 CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	97
CUADRO A.3 BRASIL 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	98
CUADRO A.4 BRASIL 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	99
CUADRO A.5 COLOMBIA 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	100
CUADRO A.6 COLOMBIA 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	101
CUADRO A.7 EL SALVADOR 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	102
CUADRO A.8 EL SALVADOR 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	103
CUADRO A.9 MÉXICO 2010, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	104
CUADRO A.10 MÉXICO 2010, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	105
CUADRO A.11 PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	106
CUADRO A.12 PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	107
CUADRO A.13 URUGUAY 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	108
CUADRO A.14 URUGUAY 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	109
CUADRO A.15 PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA .....	116
CUADRO A.16 PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL .....	117
CUADRO A.17 INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS SELECCIONADOS.....	118

**Gráficos**

GRÁFICO 1	BRASIL 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS.....	30
GRÁFICO 2	BRASIL 2009: PRODUCTOS CONEXOS - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO.....	31
GRÁFICO 3	BRASIL 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR TIPO DE COBERTURA.....	31
GRÁFICO 4	BRASIL 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL.....	32
GRÁFICO 5	BRASIL 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES.....	33
GRÁFICO 6	BRASIL 2009: GASTO DE BOLSILLO EN RELACIÓN AL CEH EN SALUD.....	34
GRÁFICO 7	COLOMBIA 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO FINAL DE LOS HOGARES POR PRODUCTOS.....	38
GRÁFICO 8	COLOMBIA 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA.....	39
GRÁFICO 9	COLOMBIA 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL.....	39
GRÁFICO 10	COLOMBIA 2008: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	40
GRÁFICO 11	COLOMBIA 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES.....	41
GRÁFICO 12	EL SALVADOR 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE LA SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS.....	46
GRÁFICO 13	EL SALVADOR 2009: DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD.....	47
GRÁFICO 14	EL SALVADOR 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	48
GRÁFICO 15	EL SALVADOR 2009: CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA.....	48
GRÁFICO 16	EL SALVADOR 2009: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL.....	49
GRÁFICO 17	EL SALVADOR 2009: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	50
GRÁFICO 18	EL SALVADOR 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR DE LOS HOGARES.....	51
GRÁFICO 19	MÉXICO 2010: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS.....	57
GRÁFICO 20	MÉXICO 2010: DESAGREGACIÓN DEL CEH EN PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS.....	57
GRÁFICO 21	MÉXICO 2010: DESAGREGACIÓN DE PRODUCTOS CONEXOS.....	58
GRÁFICO 22	MÉXICO 2010: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA.....	58
GRÁFICO 23	MÉXICO 2010: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL.....	59
GRÁFICO 24	MÉXICO 2010: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES.....	60
GRÁFICO 25	MÉXICO 2010: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	61
GRÁFICO 26	PERÚ 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS.....	65
GRÁFICO 27	PERÚ 2009: PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO.....	65
GRÁFICO 28	PERÚ 2009: PRODUCTOS CONEXOS – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO.....	66
GRÁFICO 29	PERÚ 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR TIPO DE COBERTURA.....	67
GRÁFICO 30	PERÚ 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL.....	68

GRÁFICO 31	PERÚ 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES .....	68
GRÁFICO 32	PERÚ 2009: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	69
GRÁFICO 33	URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS .....	74
GRÁFICO 34	URUGUAY 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, POR PRODUCTOS.....	75
GRÁFICO 35	URUGUAY 2008: DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO EN SALUD, POR PRODUCTOS .....	75
GRÁFICO 36	URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN SALUD, POR TIPO DE COBERTURA.....	76
GRÁFICO 37	URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES, POR SECTOR INSTITUCIONAL .....	77
GRÁFICO 38	URUGUAY 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DE HOGARES.....	77
GRÁFICO 39	URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	78
GRÁFICO 40	POBLACIÓN TOTAL (2010) Y TASA DE CRECIMIENTO (2005-2010).....	82
GRÁFICO 41	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (2005-2010) Y PIB PER CÁPITA .....	83
GRÁFICO 42	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (2005-2010) Y POBREZA .....	83
GRÁFICO 43	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (2005-2010) Y PIB PER CÁPITA.....	84
GRÁFICO 44	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (2005-2010) E ÍNDICE DE GINI .....	85
GRÁFICO 45	CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD COMO PORCENTAJE DE PIB .....	86
GRÁFICO 46	CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD PER CÁPITA .....	87
GRÁFICO 47	GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DE CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD.....	88
GRÁFICO 48	COMPOSICIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR PRODUCTOS.....	88
GRÁFICO 49	DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO O TIPO DE COBERTURA .....	89
GRÁFICO 50	DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD, POR DESGLOSE DEL GASTO DE CONSUMO FINAL O POR SECTOR INSTITUCIONAL .....	90
GRÁFICO A.1	EL SALVADOR 2009, CLASIFICACIÓN ALTERNATIVA DE ISBM Y COSAM PARA CEH EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA.....	115
GRÁFICO A.2	EL SALVADOR 2009, CLASIFICACIÓN ALTERNATIVA DE ISBM Y COSAM PARA CEH EN SALUD POR SECTOR INSTITUCIONAL .....	115

### Recuadros

RECUADRO 1	INTERPRETACIÓN DE LAS RELACIONES FINANCIAMIENTO/PAGO EN EL MODELO DE EVANS .....	16
RECUADRO A.1	COLOMBIA.....	110
RECUADRO A.2	EL SALVADOR .....	112
RECUADRO A.3	URUGUAY .....	113
RECUADRO A.4	BRASIL, MÉXICO Y PERÚ .....	114

### Diagramas

DIAGRAMA 1	FINANCIAMIENTO DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES SEGÚN TIPO DE COBERTURA .....	19
DIAGRAMA 2	FINANCIAMIENTO DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES SEGÚN DESGLOSE DEL GASTO FINAL.....	21





## Resumen

---

Esta publicación reporta los resultados de dos trabajos de consultoría realizados entre los años 2011 y 2012 con el apoyo de la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Washington DC).

En la primera consultoría se analizó el tema en Colombia, El Salvador y Uruguay. En esta etapa el trabajo se realizó directamente con los equipos de Cuentas Nacionales y con los equipos de Cuentas de Salud de cada país, generalmente de los Ministerios de Salud. Se realizó una misión en cada país en la que sea reunieron los equipos de trabajo de ambas instituciones, con la finalidad de compartir información y realizar la mejor estimación sobre la base de la metodología propuesta.

En la segunda consultoría se trabajó con Brasil, México y Perú. En esta segunda etapa el trabajo se realizó de manera diferente: el consultor realizó la búsqueda de información a través de los portales virtuales de las instituciones, para luego enviar a los equipos de Cuentas Nacionales una primera propuesta de la estimación realizada. De esta forma, cada equipo nacional de Cuentas Nacionales, sin intervención de los equipos de los Ministerios de Salud, procedió a validar los respectivos resultados.

Esta publicación sistematiza el contenido de dos Informes preliminares de consultoría. En el capítulo 1 se presenta la metodología y se discuten algunos aspectos conceptuales sobre el consumo efectivo de los hogares en salud. Los capítulos 2 al 7 presentan los resultados para cada país y alguna información de contexto. En el capítulo 8 se ha incluido una comparación de indicadores demográficos, sanitarios y económicos, para presentar finalmente los resultados más relevantes sobre consumo efectivo de hogares en salud.

En anexos se reporta la información básica del estudio, así como los cuadros que fueron compilados y algunos detalles técnicos.



## Introducción

---

En la región de las Américas se han realizado numerosos estudios que estiman el Gasto Nacional en Salud (GNS) bajo diferentes metodologías. Los organismos internacionales publican frecuentemente esas cifras y realizan estimaciones con fines de comparabilidad internacional<sup>1</sup>.

Sin embargo, el uso de conceptos y definiciones variadas para realizar tales estimaciones encierra dudas respecto de la real comparabilidad internacional de las cifras. La complejidad del sector salud y las formas de organización también diversas en las que se articula el sistema sanitario introducen mayor dificultad a la hora de comparar y posteriormente extraer recomendaciones de políticas públicas. A estas dificultades se suman aquellas que provienen de aspectos técnicos tales como los métodos de valorización, el poder de compra de las monedas locales o la inflación a través del tiempo.

Desde la perspectiva de la OPS, la problemática del financiamiento y el gasto en salud constituye una preocupación creciente y un mandato cada vez más importante, especialmente en el contexto de la búsqueda de la cobertura universal (OMS, 2010). Objetivos de política tales como “Salud para Todos” o “Cobertura Universal” se enfrentan indiscutiblemente a los límites y condicionamientos que imponen los esquemas de financiamiento y aseguramiento de la salud en cada país.

Por otra parte, la Ronda 2011 del Programa de Comparación Internacional (PCI), esfuerzo interagencial coordinado a nivel internacional por la Oficina Global radicada en el Banco Mundial y liderado en la región por la CEPAL, ha identificado como una de las áreas más complicadas para la comparación al componente “salud privada”<sup>2</sup>. Esto implica que las diferentes estimaciones de GNS, incluidas aquellas que se basan en conceptos consistentes con el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), presentan dificultades para realizar comparaciones internacionales adecuadas.

Por esta razón, en la presente Ronda 2011 del PCI se ha propuesto impulsar una iniciativa adicional a la habitual recolección de precios para bienes y servicios de la salud privada, incorporando una estimación del “consumo efectivo de los hogares (CEH) en productos específicos de la salud”. De esta forma se busca

---

<sup>1</sup> Gran parte de los trabajos de estimación sobre Gasto Nacional en Salud han sido compilados por la OPS (s/f) y se encuentran disponibles en su sitio.

<sup>2</sup> Mayores antecedentes sobre el PCI en página electrónica de CEPAL (2011).

avanzar hacia una mejor caracterización de los sistemas de salud de la región, que contribuya a dimensionar el peso real de cada uno de sus componentes y mejorar las comparaciones internacionales.

En esta publicación se incluyen los resultados de dos estudios piloto realizados entre los años 2011 y 2012. En el primero se trabajó con los equipos de Cuentas Nacionales y los de Cuentas de Salud de tres países de la región con sistemas de salud diferentes y con una disímil disponibilidad de información: Colombia, El Salvador y Uruguay. En el segundo, que incluyó Brasil, México y Perú se realizó un trabajo distinto, basado principalmente en los equipos de Cuentas Nacionales.

Este informe se organiza en ocho secciones más la presente introducción y los anexos.

La sección 1 establece algunas precisiones conceptuales útiles para el análisis y explica la metodología que se encuentra a la base de los cuadros que permiten realizar los cálculos.

Las secciones 2 a la 7 presentan un análisis por cada país, incluyendo las estimaciones de consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud y la organización de los sistemas de salud.

La sección 8 realiza una comparación de los seis países, sobre la base de indicadores seleccionados.

Por último, se anexan los cuadros que contienen los cuadros A y B que permitieron realizar las estimaciones de consumo efectivo de los hogares en salud, algunas opciones alternativas de clasificación propuestas y, finalmente, algunas notas técnicas en cada caso.

## I. Precisiones conceptuales y metodológicas

---

Las estimaciones que se presentan en los apartados siguientes para cada país difieren en cuanto a la definición y ámbito de medición respecto a las estimaciones del GNS que tradicionalmente se divulgan. Para una mejor comprensión es necesario hacer algunas precisiones de carácter conceptual y metodológico.

### A. Sistemas de salud

Frecuentemente los estudios sobre sistemas de salud o aquellos en los cuales se realiza una descripción institucional de los sistemas sanitarios, tienden a confundir una tipología abstracta e ideal de sistemas, con su existencia concreta, real e histórica<sup>3</sup>. De allí que la gran mayoría de dichas descripciones concluyan en que el sistema sanitario de un país determinado tiene un carácter “mixto”.

Con esta afirmación se alude normalmente a la coexistencia simultánea de rasgos e instituciones características de varios modelos abstractos de sistemas sanitarios o simplemente al hecho de que existen múltiples interacciones entre agentes del sector público y agentes privados.

Este tipo de análisis representa una doble simplificación de la realidad y tiene escasa utilidad analítica. Por una parte, la presencia de una interacción entre agentes públicos y privados en salud, así como de múltiples procesos económicos, es casi el punto de partida elemental y no requiere mayor demostración. Por otra parte, la utilización de modelos abstractos o ideales para efectos analíticos no se debería confundir con las características del funcionamiento real de los sistemas sanitarios<sup>4</sup>.

La interrogante, en este sentido, debe apuntar a responder la siguiente pregunta ¿cuáles son los rasgos que caracterizan el funcionamiento del sistema sanitario?, más allá de las interacciones público-privadas y más allá de esquemas ideales de organización institucional.

---

<sup>3</sup> Un esfuerzo por avanzar en la mejor comprensión de las formas de organización en cada país es la iniciativa sobre organización institucional de los sistemas de salud de la región que viene desarrollando la OPS.

<sup>4</sup> Un interesante esquema de análisis para el sector salud lo proporciona Tobar (2000). Una definición resumida y rigurosa de sistemas de salud ideales se encuentra en Zerda et al (2001).

Como se abordará en los casos seleccionados de seis países de la región, lejos de caracterizarlos a priori como sistemas sanitarios “mixtos”, se intenta cuantificar la participación de cada componente del sistema, entregando elementos objetivos para el análisis y que tengan utilidad para la evaluación y para el diseño de políticas.

Desde el punto de vista de los modelos ideales, Zerda *et al* (2001) proponen cuatro esquemas característicos resumidos en el cuadro 1.

**CUADRO 1**  
**TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

Modelo abstracto o ideal	Característica principal	Observaciones
Asistencialista	Provisión de bienes y servicios públicos a poblaciones carentes de recursos	Se basa en una concepción liberal en la que el Estado o la beneficencia solo deben otorgar asistencia a las personas incapaces de asumir el cuidado de la salud como una responsabilidad individual.
Seguro social	Sistema de aseguramiento basado en la vinculación al mundo del trabajo, de carácter contributivo y preferentemente obligatorio.	También se basa en una concepción liberal y es complementario del esquema asistencialista. Está orientado a quienes tienen la capacidad de ingresos para asumir la protección de la salud como una responsabilidad individual. Frecuentemente se confunde o se utiliza como sinónimo de Seguridad social.
Seguridad social	Sistema de financiación pública basada en impuestos y acceso universal a los servicios, preferentemente provistos por prestadores de la administración pública	Se basa en una concepción universalista en la que la salud se concibe como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado. Frecuentemente se confunde con el concepto de seguro social y, por tanto, con su carácter contributivo y con la vinculación al trabajo formal. No obstante, la propuesta de Lord Beveridge (1942) distinguía un esquema contributivo en pensiones y un esquema de asistencia general y única en salud, de carácter solidario. En este esquema se promueve la creación de un Sistema Nacional de Salud que articule la provisión de los servicios.
Seguros privados	Corresponde a un esquema de aseguramiento privado en que predomina la elección y el financiamiento individual	Este esquema se basa en una concepción neoliberal en la que las denominadas fallas del mercado de la salud son teóricamente corregidas con una solución también de mercado. Si bien puede confundirse con la lógica de los esquemas de seguro social y de Seguridad social, este esquema se basa en la teoría de financiera de los seguros (riesgos individuales) y no en el concepto de solidaridad. En la medida en que su definición se basa en una lógica de agentes individuales, se aleja del concepto elemental de “sistema” y se asemeja más al concepto de “mercado” de seguros.

Fuente: Elaboración propia y adaptación sobre la base de Álvaro Zerda, Velásquez, Tobar y Vargas (2001), *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos: estudios de casos de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América y Guatemala*, Washington, DC: OPS, © p. 99, ISBN 92 75 32353 4, disponible en: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/>>.

Como se ha mencionado, al analizar los sistemas de salud de los países seleccionados difícilmente se puede encontrar un esquema que funciona en su “estado puro”. Los sistemas de salud de los países de la región responden en general a procesos históricos muy desiguales en los que diferentes proyectos ideológicos y políticos han marcado su huella, que se expresa en la coexistencia de diferentes arreglos institucionales.

Una alternativa a los modelos ideales o abstractos de clasificación es el denominado “Modelo de Evans” (Tobar, 2000). Este esquema de análisis está orientado específicamente a la clasificación de los sistemas a través de las características del financiamiento y se basa en aspectos empíricos.

El autor propone una taxonomía en la que diferencia tres subsistemas: financiación, pago y regulación. Para los efectos de esta revisión interesa concentrarse en los dos primeros subsistemas, los que se resumen y relacionan en el cuadro 2.

**CUADRO 2**  
**MODELO DE EVANS: FINANCIACIÓN Y PAGO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS**

Modelos de pago	Modelos de financiación	
	Pública (obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	No existe	Modelo voluntario de desembolso directo
Desembolso directo con reintegro	Modelo público de reintegro a pacientes	Modelo voluntario de reintegro a pacientes
Indirecto por contratos	Modelo de contrato público	Modelo de contrato voluntario
Indirecto con integración vertical	Modelo de integración vertical público	Modelo de integración vertical voluntario

Fuente: Tomado de Federico Tobar (2000), "Herramientas para el análisis del sector salud", en [http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13\\_Archivo\\_largo.PDF](http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF).

Este esquema de clasificación de los sistemas de salud presenta algunas ventajas respecto al anterior, aunque debiera entenderse como complementario. De acuerdo a Tobar (2000) esas ventajas radican en que permite un análisis pormenorizado de los flujos de recursos y servicios, y permite desglosar un sistema complejo en varios subsistemas, que además facilita la detección de fallas de mercado (véase el recuadro 1).

Para los fines de este análisis resultan especialmente útiles ambos modelos de análisis, ya que el esquema de tipos de cobertura de aseguramiento en salud que se presenta en el anexo 1 (véase el cuadro A.1), da cuenta de la tipología de modelos abstractos, que lejos de ser un constructo abstraído de la realidad constituye una abstracción real basada en el desarrollo histórico de las instituciones sociales.

En cuanto a la propuesta metodológica de Evans (Tobar, 2000), también resulta útil no tanto para describir la organización institucional de los sistemas, sino para caracterizar lo que en el SCN (Naciones Unidas, 1993) se denominan transacciones. En términos simplificados, el Modelo de Evans (Tobar, 2000), construye una taxonomía que resume los sectores institucionales en dos (público y privado como agentes de financiamiento) y caracteriza algunas de las principales transacciones económicas que se registran en el proceso de financiamiento de la salud en el nivel de los modelos de pago.

## B. Consumo efectivo de hogares y análisis satélite en salud

La segunda precisión conceptual y metodológica está estrechamente vinculada y deriva de lo anterior. La propuesta analítica que se desarrolla para los seis países seleccionados, se basa en la definición de CEH en productos específicos de la salud, en el marco del SCN y las Cuentas y Análisis Satélite.

A partir del Naciones Unidas (1993), la contabilidad nacional introduce una importante distinción entre los "gastos" que llevan a cabo los diferentes sectores institucionales que conforman la economía de un país y el "consumo efectivo" que sólo puede materializar el sector hogares.

En el caso de la salud, al igual que en educación y otras actividades en las que el Estado asume un rol relevante ya sea en la provisión y/o en el financiamiento, el total del consumo que realizan los hogares está compuesto por bienes y servicios que adquieren en forma directa, para lo cual llevan a cabo un gasto denominado frecuentemente "de bolsillo"<sup>5</sup>, y por bienes y servicios que son financiados y/o provistos por diferentes esquemas institucionales como los descritos precedentemente.

<sup>5</sup> Como se verá, el gasto de bolsillo está compuesto por el gasto directo de los hogares, sin cobertura de esquemas de aseguramiento, y los copagos realizados por los hogares bajo diferentes esquemas de aseguramiento.



## RECUADRO 1

### INTERPRETACIÓN DE LAS RELACIONES FINANCIAMIENTO/PAGO EN EL MODELO DE EVANS

- **Modelo voluntario de desembolso directo:**

Corresponde al gasto directo que realizan los hogares en bienes y servicios sanitarios, fuera de cualquier esquema de aseguramiento sin ningún tipo de ayuda o reembolso. Se considera privado por tratarse de un gasto que soportan total y directamente los hogares.

- **Modelo público de reintegro (a pacientes):**

Consiste en un sistema contributivo o con financiamiento fiscal por la vía de los impuestos generales, donde las personas pagan de su bolsillo los bienes y servicios sanitarios, y luego reciben un reembolso de dicho gasto de parte de alguna entidad estatal (organismo de financiamiento o Seguridad Social). Se considera público porque a pesar de que los hogares ejecutan el gasto inicialmente, el responsable final es el gobierno.

- **Modelo voluntario de reintegro (a pacientes):**

Representa el esquema tradicional de los seguros privados, donde el afiliado compra el servicio de seguro pagando una prima de acuerdo a su riesgo y cuando ocurre un siniestro, el seguro paga una indemnización, posterior al pago directo que el usuario debe hacer ante el prestador. Se considera privado por el hecho de que el financiamiento original proviene de las primas pagadas por los hogares en forma voluntaria.

- **Modelo de contrato público:**

Este esquema consiste en la existencia de agentes de financiamiento y provisión de servicios diferenciados, pero relacionados sobre la base de contratos. El financiamiento puede provenir de fuentes fiscales o ser contributivo, por lo que es obligatorio. No existen pagos directos totales de parte de los hogares; no obstante, pueden existir copagos. Se considera público en la medida en que es el gobierno el que soporta los gastos.

- **Modelo de contrato voluntario:**

Se caracteriza por la existencia de contratos entre el seguro privado y los prestadores. La fuente de financiamiento corresponde al pago de primas que aportan los hogares que, como contraprestación, reciben en especie los servicios sanitarios. No existen pagos directos totales de parte de los hogares, aunque generalmente existen copagos o deducibles. Se considera privado por el hecho de que el financiamiento original del esquema proviene de los hogares que pagan las primas de los seguros.

- **Modelo de integración vertical público:**

Se caracteriza por la provisión directa de los servicios sanitarios a la población sin mediar transacciones entre el nivel de aseguramiento y el de provisión. Se puede financiar por impuestos o por contribuciones, por lo que se considera público en la medida en que quien soporta el gasto es el gobierno. Generalmente, no hay posibilidad de elegir ni el seguro ni el prestador. Los prestadores son remunerados sobre la base de un presupuesto.

- **Modelo voluntario de integración vertical:**

Consiste en el pago de primas voluntarias por parte de los hogares a seguros competitivos, pero donde la provisión de los servicios es directa, sin mediar interacción con otros proveedores de atención (redes cerradas de prestadores integradas con los seguros). Se considera como financiamiento privado, pues los recursos provienen, en última instancia, de los hogares que aportan sus primas voluntariamente, de acuerdo a su capacidad de pago.

Fuente: Elaboración propia, basada en Federico Tobar (2000), "Herramientas para el análisis del sector salud", en [http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13\\_Archivo\\_largo.PDF](http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF).

En consecuencia, una parte importante del consumo de los hogares en productos específicos de la salud es un gasto que lleva a cabo el Estado a nombre de los hogares. Esta importante distinción es precisamente uno de los fundamentos del Análisis y las Cuentas Satélite del SCN.

Desde el punto de vista de la contabilidad nacional, todos aquellos gastos que realizan instituciones de gobierno en bienes y servicios individuales, es decir, que sean susceptibles de atribuir su consumo a individuos o grupos poblacionales específicos, se considera gasto de consumo individual del sector gobierno. La cuenta de redistribución del ingreso en especie permite ajustar dicho gasto a través de una transacción denominada Transferencias Sociales en Especie (TSE), para reflejar de manera adecuada el total del consumo que realizan los hogares. Lo mismo ocurre con el gasto de consumo que realizan las Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH).

No obstante, en el caso del Gobierno una parte del gasto que realiza en bienes y servicios de salud no es individualizable, por lo que se considera como gasto de consumo colectivo del Gobierno y, una vez realizado el ajuste por TSE hacia los hogares, este componente pasa a ser considerado Gasto de consumo final del Gobierno. En el caso de las ISFLSH, el total del gasto que estas realizan se contabiliza como gasto de consumo individual y es ajustado como TSE a los hogares.

El concepto de consumo efectivo de los hogares (CEH) refleja de mejor forma el acceso a bienes y servicios sanitarios por parte de la población que los conceptos tradicionales de “gasto”<sup>6</sup>. Por ejemplo, si se comparan dos países con sistemas sanitarios distintos, interesa saber ¿cuánto llega finalmente a los hogares bajo la forma de bienes y servicios sanitarios, por cada dólar gastado por el Gobierno?

En consecuencia, en esta propuesta analítica el énfasis no está puesto en cuánto se gasta en salud, ni en dimensionar el financiamiento total que dispone el sistema, sino en cuantificar de manera adecuada y comparable internacionalmente el consumo efectivo que realizan los hogares en bienes y servicios de salud. Esta es la principal diferencia que interesa resaltar de este enfoque, respecto a los estudios tradicionales de GNS.

## C. Definiciones operacionales

A continuación se explican y definen los límites de la medición en cuanto a los productos (bienes y servicios) que serán incluidos en la presente contabilización del CEH en salud y las clasificaciones utilizadas para diferenciar los esquemas de aseguramiento y los sectores institucionales.

### 1. Delimitación de productos

Lo primero que corresponde es delimitar los productos (bienes y servicios) que se considerarán como específicos de la salud, entendiendo que dicha definición es operacional y que puede ampliarse o reducirse en función de los criterios que se definan para cada estudio. El cuadro 3 resume los enunciados básicos que se incluyen en esta medición.

**CUADRO 3**  
**PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD**

Tipo de productos	Código PCI 2011	Producto
Productos característicos	1106211	Servicios médicos
	1106221	Servicios dentales
	1106231	Servicios paramédicos
	1106311	Servicios de hospital
Productos conexos	1106111	Productos farmacéuticos
	1106121	Otros productos médicos
	1106131	Artefactos terapéuticos y equipos médicos
	1112511.n	Aparatos médicos y quirúrgicos y aparatos ortopédicos
		Artículos ópticos
		Servicios de seguros de enfermedad y accidentes

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2011), *Encabezados básicos Salud Privada*, Ronda 2011 del Programa de Comparación Internacional (PCI), en el que la CEPAL desempeñó el papel de Agencia de Coordinación Regional para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/deype/noticias/paginas/0/42790/P42790.xml&xsl=/deype/tpl/p18f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>>.

Los productos específicos de la salud se dividen, en la terminología del SCN y de las Cuentas Satélite, en característicos y conexos. Si bien por definición esto es una convención, las categorías seleccionadas representan lo que frecuentemente se incluye en el análisis de gasto en salud, desde la perspectiva de los hogares.

<sup>6</sup> No se ha hecho referencia en forma explícita y consciente, al concepto de “bienestar”. Comúnmente en el análisis económico se utiliza el consumo de bienes como una medida de bienestar, aunque en salud esto no solo es debatible sino que abiertamente cuestionable.

Los códigos de clasificación que aparecen en el cuadro son propios del PCI (CEPAL, 2011), sin embargo, el desglose de cada una de las categorías corresponde a las definiciones de la Clasificación Central de Productos (CCP) (Naciones Unidas, 2008).

Los productos característicos incluyen básicamente los servicios ambulatorios (médicos y dentales), los servicios hospitalarios y una amplia gama de servicios de apoyo, llamados aquí “paramédicos”<sup>7</sup>. Estos son los productos que típicamente se consideran bajo el concepto Salud en la Contabilidad Nacional.

En este punto es importante hacer una consideración práctica que tiene incidencia en la metodología. En general, a nivel macro y meso económico es bastante difícil separar exhaustivamente los servicios que se ha clasificado como característicos de la salud. Los hospitales en general brindan servicios en las cuatro categorías descritas en el cuadro anterior como productos característicos.

Pero esta dificultad no se presenta solo a nivel macro y meso, sino principalmente a nivel microeconómico. Las unidades productivas de salud difícilmente disponen de métodos y sistemas de costeo que permitan identificar con claridad las fronteras de cada tipo de servicio. Esto hace difícil disponer de información estadística a nivel de productos<sup>8</sup>.

Frente a este problema es posible asumir como hipótesis de trabajo que, en términos gruesos, los establecimientos que solo realizan atención ambulatoria -en la que se puede incluir a los servicios médicos, dentales y en parte los servicios paramédicos, sin realizar servicios de hospitalización- se pueden diferenciar de los establecimientos que realizan servicios hospitalarios. En estos últimos establecimientos, una parte de su producción siempre corresponde a servicios médicos y paramédicos. Muchos hospitales también realizan servicios dentales.

En consecuencia, para facilitar la compilación de la información en el marco del presente estudio, se ha optado por agregar estas dos grandes categorías (servicios hospitalarios y servicios ambulatorios) cuando no es posible disponer de datos desagregados.

Los productos conexos corresponden principalmente a bienes que son utilizados como parte de tratamientos de salud o con fines sanitarios en general. Se clasifican como tales a los medicamentos, los insumos y los aparatos y equipos menores<sup>9</sup>.

En este sentido también es importante advertir que se contabilizan como conexos sólo los productos consumidos en forma directa por los hogares. No son contabilizados como productos conexos aquellos bienes demandados por los proveedores de productos característicos, como hospitales u otros, que utilizan dichos bienes en la provisión de sus servicios.

Adicionalmente, se ha incluido bajo la categoría de productos conexos, los servicios de seguros de enfermedad y accidentes. Estos corresponden al servicio que prestan las instituciones de aseguramiento, en términos de asegurar riesgos específicos de salud, por lo que se contabiliza solamente la producción de dichos seguros, es decir, la diferencia entre las primas brutas recibidas y las indemnizaciones pagadas<sup>10</sup>.

La medición de los productos específicos de la salud que se propone en este trabajo tiene como unidad de análisis a los hogares. Por esta razón, solo interesa saber el valor del consumo que estos realizan y no el valor total bruto de la producción, lo que frecuentemente induce a errores por doble contabilización en los estudios sobre GNS.

Para una mayor precisión de este problema, por lo demás bastante frecuente, se citan a continuación dos ejemplos:

---

<sup>7</sup> El término “paramédico” induce lamentablemente a múltiples confusiones, ya que en muchos países, hace alusión al personal auxiliar de apoyo, como por ejemplo, camilleros. En esta clasificación debe entenderse en un sentido amplio, de apoyo a los servicios ambulatorios y hospitalarios.

<sup>8</sup> Servicios médicos, servicios dentales, servicios paramédicos y servicios de hospitales.

<sup>9</sup> Se excluyen todos aquellos aparatos y equipos que pueden considerarse formación de capital.

<sup>10</sup> También se denomina primas netas.

- El costo de los exámenes de laboratorio que son encargados por un hospital a un laboratorio clínico independiente del mismo mientras el paciente se encuentra hospitalizado, normalmente serán parte del costo del servicio de hospitalización y representan un consumo intermedio del hospital y no constituyen una demanda final del hogar. En consecuencia, se considerará el costo final del servicio de hospitalización, incluyendo el costo del examen de laboratorio. Lo mismo ocurrirá con el costo de los medicamentos que se suministran al paciente hospitalizado.
- A diferencia del caso anterior, los exámenes que los pacientes se realizan en forma ambulatoria, con o sin orden médica, constituyen una demanda final de los hogares y se contabilizan en forma independiente de la consulta médica que las ordenó. Lo mismo ocurre con la demanda de medicamentos que se presenta directamente en una farmacia o mediante la entrega gratuita en un establecimiento de nivel primario.

Parte importante del trabajo de los analistas de Cuentas Nacionales y Satélites consiste en identificar y compatibilizar la oferta total de bienes y servicios de un determinado producto, con la correspondiente demanda intermedia y final de dichos bienes y servicios. Esto es lo que se realiza en los cuadros de oferta-utilización (COU) que se elaboran para la economía nacional en su conjunto.

## 2. Tipo de cobertura en el aseguramiento y desglose del gasto final por sector institucional

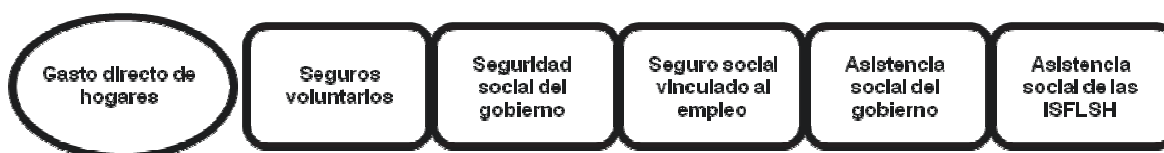
En los análisis que se presentan a continuación para los países seleccionados, se desglosa el financiamiento del consumo efectivo de los hogares desde dos perspectivas:

- de acuerdo al tipo de cobertura en el aseguramiento, vale decir, a la organización institucional del sistema de salud (véase el anexo 1, cuadro A.1); y,
- de acuerdo al sector institucional que ejecuta el gasto, en función de la sectorización tradicional del SCN (véase el anexo 1, cuadro A.2).

En ambos casos, por construcción, el valor total del consumo efectivo de los hogares es idéntico y corresponde a un reordenamiento de la información para distintos fines analíticos.

El diagrama 1 muestra el desglose del consumo efectivo de hogares en salud por tipo de cobertura al mayor nivel de agregación. Una mayor desagregación de cada categoría puede ser analizada en el anexo 1, (véase el cuadro A.1).

**DIAGRAMA 1**  
**FINANCIAMIENTO DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES SEGÚN TIPO DE COBERTURA**



Fuente: Elaboración propia. Para un mayor detalle, véase el anexo 1.

Partiendo de izquierda a derecha se observa como una parte del consumo efectivo es financiado directamente por los hogares (gasto directo de hogares), sin cobertura de esquemas de aseguramiento institucionales, lo que también se denomina pago de hogares. Se distingue este componente de los siguientes pues corresponde precisamente al gasto que ejecutan los hogares fuera de cualquier esquema de aseguramiento.

Luego aparece el financiamiento basado en los seguros voluntarios contratados por los hogares. Bajo este esquema, una parte (o la totalidad) del consumo es financiada por pagos de las sociedades

financieras de seguros, denominadas también indemnizaciones, y otra parte es (o puede ser) financiada por copagos que realizan los hogares.

Nótese que la suma del componente indemnizaciones (pagos de las sociedades financieras de seguros) más el gasto directo de hogares en servicios de seguros de enfermedad y accidentes (producción de los seguros) equivale al valor de las primas brutas recibidas<sup>11</sup>.

A continuación aparece el financiamiento del consumo basado en esquemas de Seguridad Social del Gobierno. En este esquema también pueden existir (o no) copagos de los hogares, y se distinguen también, si los hay, los pagos de la Seguridad Social en dinero y, reembolsos y prestaciones en especie de la Seguridad Social.

Cuando las instituciones de la Seguridad Social entregan dinero a los hogares, dicho financiamiento se considera como un pago en dinero. Cuando el desembolso lo realizan los hogares contra un reembolso posterior o cuando las prestaciones son otorgadas directamente en especie, se consideran como reembolsos y prestaciones en especie de la Seguridad Social.

Posteriormente aparece el financiamiento del consumo basado en esquemas de seguro social vinculado al empleo. Bajo este esquema también puede existir o no un copago de los hogares y el financiamiento que realiza el seguro social ya sea bajo la forma de adelantos de dinero, reembolsos o prestación en especie, se registra como pagos del seguro social (en dinero o en especie).

A continuación aparece el financiamiento del consumo bajo esquemas de Asistencia Social del Gobierno. En estos esquemas, al igual que en el de Seguridad Social del Gobierno, se pueden identificar copagos de los hogares, adelantos de dinero a los hogares considerados como pagos de la asistencia social en dinero, y prestaciones en especie y transferencias individuales de bienes y servicios no de mercado.

Por último, aparece el financiamiento del consumo bajo esquemas de Asistencia Social de las ISFLSH. En este caso puede existir también copagos de los hogares y se distinguen, al igual que en el caso anterior, los adelantos de dinero a los hogares considerados pagos de la Asistencia Social en dinero y prestaciones en especie y transferencias individuales de bienes y servicios no de mercado.

La sumatoria de estos seis componentes es una identidad contable que permite desglosar el consumo efectivo de los hogares en productos específicos de salud desde la perspectiva del aseguramiento.

Cabe señalar que la existencia o no de alguna de estas categorías de financiamiento y su peso específico en el total dependerá de la organización del sistema de salud y permite caracterizar su naturaleza, que como se señaló, responde en general a los tipos ideales de sistemas de salud descritos en el cuadro 1.

Al reordenar la información contenida en el diagrama 1, bajo la lógica de sectores institucionales del SCN, se llega a las categorías que se presentan en el diagrama 2. Su mayor desagregación puede ser analizada en el anexo 1 (véase el cuadro A.2).

De izquierda a derecha se puede observar que aparece el gasto de consumo final que realizan los hogares, luego el gasto de consumo final individual que realiza el Gobierno General, y finalmente el gasto de consumo final que realizan las ISFLSH. Desde el punto de vista de cuentas nacionales, sólo estos tres sectores institucionales realizan gastos (finales) en la economía y en este caso específico, en el sistema sanitario. El gasto público corresponde al que realiza el sector Gobierno General, mientras el gasto privado corresponde al que realizan el sector hogares y el sector de las ISFLSH.

En primer lugar, los hogares realizan el gasto bajo dos formas tradicionales: gasto directo, sin cofinanciamiento de ningún tipo de esquema institucional; y, copagos, bajo diferentes esquemas de aseguramiento. Ambos componentes integran lo que comúnmente se denomina gasto de bolsillo en salud.

---

11 Primas netas + Indemnizaciones pagadas = Primas brutas recibidas.

**DIAGRAMA 2**  
**FINANCIAMIENTO DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES**  
**SEGÚN DESGLOSE DEL GASTO FINAL**



Fuente: Elaboración propia. Para un mayor detalle, véase el anexo 1.

Sin embargo, en el marco contable del SCN se considera que los pagos que realizan los seguros voluntarios y los seguros sociales vinculados al empleo, ya sea mediante adelantos de dinero a los hogares o a través de indemnizaciones, y los pagos en dinero que realizan la Seguridad Social del Gobierno, la Asistencia Social del Gobierno y la Asistencia Social de las ISFLSH, también son componentes del gasto en el que incurre el sector hogares.

Esta es una precisión metodológica relevante en relación a los estudios tradicionales sobre financiamiento y gasto en salud. Dependiendo de la participación relativa de estos componentes en el total del consumo efectivo, la importancia de los sectores hogares y gobierno pueden verse modificadas, aunque sin afectar el peso relativo del gasto de bolsillo de los hogares.

En definitiva, la sumatoria del gasto de bolsillo y de los pagos bajo distintos esquemas de aseguramiento, integran el concepto de gasto de consumo final de los hogares.

En segundo lugar, el Gobierno General realiza gasto de consumo individual a través de los reembolsos y prestaciones de la Seguridad Social y de la Asistencia Social del Gobierno en especie y así como las transferencias individuales de bienes y servicios no de mercado. Estos dos componentes integran lo que se denomina gasto de consumo final individual del Gobierno General. Es esta parte del gasto la que se transfiere a los hogares y que da lugar al concepto de TSE del Gobierno a los hogares.

En tercer lugar, se considera el gasto de consumo final que realizan las ISFLSH, a través de prestaciones en especie y transferencias individuales de bienes y servicios no de mercado. Este componente también se transfiere a los hogares y da lugar al concepto de TSE de las ISFLSH a los hogares.

En este esquema de análisis la distinción entre gasto público y gasto privado, en salud, queda definida por el Gasto de consumo final individual del Gobierno en salud, en el primer caso, y la suma del gasto de consumo final de los hogares y de las ISFLSH en salud, en el segundo caso.

En síntesis, la suma de los gastos de consumo final es, por construcción, idéntica al consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud.

## **D. Aspectos críticos en el proceso de levantamiento e interpretación de los datos**

La determinación del consumo efectivo que realizan los hogares en productos específicos de salud, especialmente sus desagregaciones, presenta algunos aspectos críticos tanto en el levantamiento de la información como en su interpretación. Resulta importante dar cuenta de estas situaciones, principalmente para establecer algunas limitaciones en el ámbito de la comparabilidad de las estimaciones y también en función del perfeccionamiento de la metodología.

## 1. Perspectiva de los productos

Desde la perspectiva de los productos, las limitaciones se originan en la información y en la naturaleza misma de los bienes y servicios que se incluyen.

Las fuentes de información de carácter administrativo (ejecuciones presupuestarias en el caso del sector público y estados financieros en el ámbito privado) la mayoría de las veces no permiten identificar los bienes y servicios producidos a nivel específico.

En general, estas fuentes de información registran los gastos realizados (recursos humanos e insumos, en el ámbito público) o simplemente los montos pagados sin ninguna especificación (en el ámbito privado). En ambos casos esto es más complejo cuando existe integración vertical entre aseguramiento y provisión de los servicios.

Para identificar los productos específicos de salud que se incluyen en esta medición, generalmente se utilizan fuentes de información complementarias, como son las encuestas que registran los gastos de hogares y los registros de actividad o producción de los proveedores de atención. Asimismo, resulta fundamental la información que proporcionan las Cuentas Nacionales de cada país, cuando presentan niveles de desagregación pertinentes a nivel de productos.

En este ámbito el trabajo de compatibilización de fuentes de información y de calibración de los estimados preliminares resulta de la mayor importancia. Es aquí donde los COU, empleados en el trabajo de Cuentas Nacionales, resultan ser un aporte decisivo a la calidad de las estadísticas.

Otro aspecto complejo desde la perspectiva de los productos es la delimitación misma de los bienes y servicios, así como los métodos de valoración.

La clasificación de productos que se ha adoptado en este estudio proviene de los encabezados básicos de la lista global utilizada en la Ronda 2011 del PCI (CEPAL, 2011), y esta a su vez se basa en el Sistema de Clasificaciones de gastos por finalidades.

Si bien resulta ser una clasificación lógica y adecuada para efectos de análisis meso y macro sectorial, existen varias dificultades para operacionalizarla, garantizar comparabilidad en los estimados y para no incurrir en doble contabilización.

### a) Productos característicos

La distinción básica entre servicios ambulatorios (que en este caso también distingue entre médicos y dentales), hospitalarios y de apoyo (aquí llamados paramédicos), resulta ser muy sensible a la organización industrial de la provisión de servicios en cada país, incluso en cada subsistema al interior de cada país.

Los dos problemas más significativos en este sentido son:

- i) La inclusión o no de servicios ambulatorios (médicos o dentales) en los servicios hospitalarios.
- ii) La inclusión o no de servicios de apoyo en los servicios ambulatorios y hospitalarios.

En el primer caso i) esto se debe a que el único criterio de delimitación objetivo entre los servicios ambulatorios y hospitalarios es la utilización (o no) de camas de internación. En consecuencia, mientras es posible tener certeza de que los servicios que otorga un centro ambulatorio (de nivel primario o secundario) no son servicios hospitalarios, en la medida en que estos no poseen camas de internación, un centro hospitalario (de nivel terciario) frecuentemente otorga servicios ambulatorios, además de la atención propiamente hospitalaria.

En el segundo caso ii) el problema se relaciona con la organización productiva de los servicios, especialmente con aquellos de apoyo clínico como laboratorio, imagenología y otros servicios tales como el transporte de pacientes.

Mientras en algunos sistemas o subsistemas, preferentemente en el sector público, se privilegia una organización productiva autosuficiente, dotada de niveles de resolutivez importantes en materia diagnóstica y en general de servicios de apoyo, en otros sistemas o subsistemas, organizados con una lógica más bien

orientada por criterios de eficiencia de mercado, los servicios de apoyo tienden a constituirse en unidades productivas distintas de las que proveen los servicios ambulatorios y hospitalarios.

En consecuencia, cuando se contabiliza servicios ambulatorios u hospitalarios, el valor resultante no está ajeno a la organización industrial del sector. Por otra parte, influirán en la valorización de la producción los costos de transacción que implica la fragmentación productiva de los servicios, ya que en un esquema en que los servicios de apoyo son parte del consumo intermedio interno<sup>12</sup> de los establecimientos que producen servicios ambulatorios u hospitalarios y se valorizan por sus costos, en un esquema en que estos son producidos externamente éstos deberán ser tratados como consumo intermedio externo de esos establecimientos o simplemente como servicios de apoyo que adquieren directamente los pacientes (hogares), en cuyos casos se agregará a sus costos de producción el excedente (utilidades) de estas nuevas actividades económicas.

#### **b) Productos conexos**

Una problemática similar a la anterior, aunque con sus particularidades, existe al considerar los productos conexos incluidos en este estudio. En este ámbito se pueden advertir tres problemas diferentes:

- i) Inclusión o no de los productos farmacéuticos como consumo intermedio de la producción hospitalaria y otros tratamientos relacionados.
- ii) Identificación del consumo de hogares y clasificación exhaustiva de otros productos médicos, y de aparatos terapéuticos y equipos médicos
- iii) Tratamiento contable de los servicios de seguros de enfermedad y accidentes

En cuanto a los productos farmacéuticos i), estos tienen básicamente dos vías de realización. Por un lado, la compra directa por parte de los hogares; por otra, los consumos intermedios que realizan los establecimientos hospitalarios, generalmente aquellos que integran el sistema público, en los que el costo del medicamento se contabiliza como un costo de la producción del servicio final hospitalario.

La problemática consiste en la disponibilidad de información para identificar el destino, intermedio o final, de los productos farmacéuticos. Asimismo, al comparar dos sistemas o incluso dos subsistemas al interior de un país, el valor de los servicios hospitalarios finales puede verse afectado por el modelo de negocio que implementa cada unidad productiva. Por ejemplo, ciertos proveedores de atención hospitalaria privados no incluyen en el valor de los servicios de hospitalización los fármacos, pues éstos son facturados por unidades de negocio diferenciadas. En cambio, los proveedores públicos generalmente incluyen los medicamentos que son suministrados a los pacientes internados dentro de los costos de los servicios hospitalarios.

Otros tratamientos contables que hacen más complejo el análisis de los productos farmacéuticos se relacionan con la provisión gratuita de fármacos ambulatorios, y con la organización industrial y comercial de los medicamentos y los criterios empleados en la valorización del consumo.

En el caso de la provisión gratuita que otorgan generalmente los subsistemas públicos o de las ISFLSH, se puede estar incluyendo en el valor de los servicios ambulatorios que otorgan también gratuitamente los proveedores de atención de salud, cuando debieran diferenciarse.

Respecto de la organización industrial y comercial de los medicamentos, existen múltiples implicancias, aunque la que más interesa desde el punto de vista del consumo efectivo de los hogares es el nivel al cual se lleva a cabo la valorización.

Considérese a manera de ejemplo un país donde existe producción nacional pública de medicamentos. En este caso, es razonable esperar que el valor del consumo de medicamentos de los

---

<sup>12</sup> En el marco del SCN y especialmente en el análisis y cuentas satélite se considera que un establecimiento dedicado a una actividad principal, en este caso producción de servicios hospitalarios o ambulatorios, puede también realizar producción auxiliar, en este caso servicios de apoyo, la que será contabilizada como un consumo intermedio para la producción final. La particularidad es que a diferencia de los consumos intermedios externos, donde el establecimiento compra a otros productores los bienes o servicios que requiere para su producción final, en este caso se trata de producción intermedia interna y se contabiliza por sus costos como consumo intermedio interno de los establecimientos.



hogares sea equivalente al valor de la producción de la industria. En el otro extremo considérese que no existe producción nacional de medicamentos y que la importación la realizan distribuidores privados. En este caso, el valor del consumo de medicamentos por parte de los hogares será mayor al valor de las importaciones de medicamentos, ya que existen costos de transacción: seguros, transportes, márgenes de comercialización en diferentes niveles de distribución, publicidad, etc.

En consecuencia, el nivel de la cadena industrial y de comercialización en el cual se realiza la valorización puede inducir a errores por subestimación del valor de los productos farmacéuticos.

En el caso de lo que aquí se denomina “otros productos médicos”, categoría en la cual se clasifica una serie de insumos distintos de los productos farmacéuticos, y de los “aparatos terapéuticos y equipos médicos” ii), el problema radica en la posibilidad de identificar los productos y poder clasificarlos, así como en determinar correctamente su consumo por parte de los hogares.

Las fuentes de información que provienen de registros administrativos y las estadísticas intermedias de Cuentas Nacionales, generalmente no poseen el nivel de desagregación para determinar por separado el valor de estos productos, ya que se encuentran agregados en categorías de productos más amplias o simplemente por el hecho de que se definen de distinta manera.

Por ejemplo, el producto gasa se encontrará agregado en una categoría más amplia de productos textiles y el alcohol probablemente se agrega con otros productos químicos. Por otra parte, también resulta difícil saber qué parte del total de gasa y de alcohol se utiliza para fines de salud, ya que en ambos casos su utilización final es diversa.

Los aparatos terapéuticos y equipos médicos no tendrían este último problema, ya que casi por definición son producidos para fines sanitarios; no obstante, la información generalmente se encuentra a niveles de agregación bastante mayores, donde es difícil estimar por separado su valor. Una estrategia factible en el caso de países en desarrollo es explotar los registros de importaciones, ya que normalmente no existe producción local de este tipo de bienes.

Pero sin duda el problema más complejo radica en la posibilidad de determinar qué parte del valor total de dichos productos corresponde a consumo de los hogares y, en consecuencia, no se encuentra ya sumado en el valor de los servicios que se clasifican como característicos.

En el caso de los otros productos médicos se trata de determinar qué parte del valor total del producto gasa o alcohol es consumido directamente por los hogares, distinguiendo de su uso como insumo de los establecimientos sanitarios que proveen servicios ambulatorios, hospitalarios o de apoyo.

Lo mismo ocurre con los aparatos terapéuticos y equipos médicos, con la particularidad que sólo algunos productos muy acotados son de consumo de los hogares, como por ejemplo, los lentes ópticos, las prótesis y algunos equipos de diagnóstico para el hogar. En general, este tipo de productos está orientado a los establecimientos donde interviene como un bien de capital en la producción de los servicios.

Por estas razones, es posible suponer que el valor a contabilizar en ambas categorías debiera ser bastante menor en magnitud, aunque no se dispone de un orden de magnitud *a priori* para contrastarlo.

Por último, el tratamiento de los servicios de seguros de enfermedad y accidentes iii) constituye un problema distinto.

En el caso de los seguros privados voluntarios, donde las personas contratan una póliza similar a las que existen para asegurar inmuebles o automóviles, el problema central radica en la posibilidad de separar las primas y las indemnizaciones que tienen por finalidad la cobertura de siniestros de enfermedad o accidentes, del resto de las primas e indemnizaciones de los demás tipos de seguros.

Otro aspecto relevante tiene que ver con el límite de lo que se considera seguros voluntarios, especialmente cuando existen sistemas en los cuales la misma compañía administra en parte aseguramiento obligatorio y en parte aseguramiento voluntario, como parte de la misma póliza o contrato. En este sentido, no existe una definición explícita acerca de su tratamiento, cuestión que comienza a tener cada vez más relevancia por las transformaciones y reformas que han experimentado los sistemas de aseguramiento de la salud en el mundo.

Por último, para realizar la estimación del consumo efectivo de los hogares en servicios de seguros de enfermedad y accidentes es necesario disponer por separado de la información de las primas brutas totales recaudadas y las indemnizaciones totales pagadas. De esta forma, al calcular la diferencia entre ambas, se obtiene el valor atribuible a consumo de los hogares o lo que en Cuentas Nacionales se considera como valor de la producción de los seguros. Esta parte del valor se denomina también prima neta (de indemnizaciones) para distinguirla de las primas brutas, valor que corresponde al valor total pagado por el contratante de la póliza.

### **c) Métodos de valoración del consumo**

Para determinar el valor de los productos consumidos, a nivel de cada producto, se han empleado las recomendaciones metodológicas típicas de Cuentas Nacionales. La producción de mercado ha sido valorizada a precios de mercado y la producción no de mercado ha sido valorizada por sumatoria de costos.

Por la relevancia que posee la producción pública (no de mercado) en salud, la aplicación simultánea de estos dos criterios de valorización para los mismos servicios y bienes es un aspecto que debe ser explicitado y considerado en el análisis.

Por ejemplo, una consulta médica de igual duración, especialidad y calidad, va a aportar una magnitud de valor distinta al consumo, por el solo hecho de que el proveedor sea público o privado. En el sector público por definición los proveedores no obtienen excedentes (utilidades); en cambio en el caso de proveedores privados su finalidad es la obtención de excedentes. Por esta razón, cuando se hacen análisis sobre el aporte al Producto Interno Bruto (PIB) de estas actividades existe un sesgo de sobrerrepresentación del aporte de los prestadores privados.

Otro aspecto a considerar es la determinación de la magnitud del valor atribuible a gasto directo de los hogares y en buena medida también a copagos, así como su desagregación por productos.

A diferencia de las demás fuentes de información, las que generalmente provienen de estados financieros privados y ejecuciones presupuestarias del sector público, la determinación del gasto en el que incurren los hogares proviene de encuestas de gasto. Por esta razón, los estimados del gasto de hogares, especialmente del gasto de bolsillo en salud, difieren enormemente entre distintos estudios.

En el marco de este estudio se ha realizado un esfuerzo por compatibilizar diferentes fuentes de datos, partiendo por las encuestas de ingresos y gastos de hogares, información de copagos de registros administrativos y los COU por productos de las Cuentas Nacionales de cada país. Sin este esfuerzo conjunto entre los equipos de salud y Cuentas Nacionales la probabilidad de introducir sesgos en la estimación es bastante alta.

## **2. Perspectiva de los tipos de cobertura**

Al desagregar el consumo efectivo por tipo de cobertura o esquema de aseguramiento en salud surgen dos grandes problemáticas. La primera se deriva de la extraordinaria complejidad que han ido adquiriendo los sistemas de salud. La segunda se relaciona con cierto grado de rigidez que presentan las clasificaciones que considera hasta ahora el SCN. Lógicamente, ambas problemáticas se refuerzan entre sí y deben ser analizadas en conjunto.

Como se señaló anteriormente, las tipologías abstractas o ideales de sistemas de salud y más específicamente de esquemas de aseguramiento en salud, existen simultáneamente y en la mayoría de veces son complementarias.

Por ejemplo, un beneficiario del seguro social vinculado al empleo puede contratar paralelamente de seguros voluntarios que le permiten acceder a prestaciones no cubiertas por el primero o conseguir mayor cobertura financiera sobre la base de reembolsos. Varios países poseen programas de salud públicos gratuitos, de carácter asistencial, que dan cobertura de paquetes básicos (por ejemplo, salud materno-infantil y neonatal) y éstos no son excluyentes de otros sistemas de Seguridad Social contributivos. Por lo tanto, la cuantificación de la cobertura poblacional de cada esquema de aseguramiento no es tan simple de obtener. Más que el dimensionamiento de la cobertura poblacional de cada esquema, lo que se obtiene de los estimados que se presentan más adelante es la magnitud de los recursos que cada uno utiliza en el financiamiento de bienes y servicios de salud consumidos por los hogares.

Por otra parte, en el contexto regional existe la idea generalizada de que los sistemas de Seguridad Social del Gobierno son necesariamente financiados por contribuciones sociales. Esto no sólo no es así, sino que varios países han transitado desde esquemas contributivos hacia esquemas financiados por impuestos generales. Incluso en aquellos casos en que el sistema se define como contributivo, dada la precariedad de las condiciones laborales y salariales, una parte importante del financiamiento también proviene de impuestos generales. Por esta razón, cuando se presentan las estimaciones del consumo efectivo financiadas bajo un esquema de Seguridad Social del Gobierno, no se debe establecer un correlato directo con sistemas cuyo financiamiento es contributivo, ya que también se puede estar en presencia de un sistema financiado total o parcialmente por impuestos generales.

Otra complejidad en este ámbito está dada por las transformaciones que han venido experimentando las funciones del Estado. Particulares implicancias en el análisis e interpretación de los resultados provoca el paso de esquemas de financiamiento desde el lado de la oferta, a través de presupuestos, hacia esquemas de subsidio a la demanda. Por ejemplo, se encuentran sistemas de Seguridad Social organizados por el Gobierno, obligatorios para la mayor parte de la población, con importantes aportes de recursos fiscales para la población pobre o carente de recursos para realizar contribuciones sociales, pero administrados completamente por instituciones de seguro privado con fines de lucro.

En la medida en que reúnen las características básicas de un Seguro Social del Gobierno, muchos sistemas administrados por privados con fines de lucro, son clasificados en esta categoría lo que sin duda resulta complejo para el análisis.

La clasificación de los sistemas de aseguramiento sanitario de las fuerzas armadas y la policía, aportan otra cuota de complejidad. En general, son sistemas distintos de los sistemas de aseguramiento para la población civil; no obstante, no existe consenso en cuanto a su clasificación. Dado que los beneficios provienen de la adscripción a una fuente laboral, por muy particular que esta sea, se clasifican como un seguro social vinculado al empleo.

Por último, se evidencian importantes limitaciones de información en todos los países para cuantificar la participación de los sistemas asistenciales de las ISFLSH. En varios países simplemente no se dispone de información, incluso a nivel de las Cuentas Nacionales.

Con las limitaciones que han sido señaladas, muchas de las cuales se profundizan en el marco de otros esquemas metodológicos, la desagregación por tipo de cobertura del consumo efectivo de hogares en salud representa un avance sustantivo en la caracterización y cuantificación de los distintos esquemas de aseguramiento. Por esta razón es que en el ámbito metodológico parece necesario actualizar las clasificaciones para dar cuenta de mejor forma de las transformaciones más recientes que han experimentado los sistemas de salud.

### **3. Perspectiva de sectores institucionales que soportan el gasto final**

Varias de las complejidades que han sido expuestas en relación a la clasificación de los tipos de cobertura o esquemas de aseguramiento, aparecen también cuando se realiza la clasificación del consumo efectivo por sectores institucionales o por desglose del gasto final.

Esto ocurre por el hecho de que ambos enfoques constituyen reordenamientos de la misma información y, por lo tanto, la complejidad de los sistemas sanitarios y cierta rigidez de la clasificación se trasladan desde los esquemas de aseguramiento a los sectores institucionales.

Por ejemplo, la decisión de incluir una institución de aseguramiento en la categoría seguro social vinculado al empleo, implica que el tratamiento del total de su financiamiento será considerado como gasto de consumo final de los hogares, ya sea por la vía de los copagos o por la vía de pagos en dinero o en especie que realizan dichas instituciones para financiar los servicios y bienes de salud. En otro caso, aquellos recursos administrados por instituciones privadas que se han clasificado en el ámbito de la Seguridad Social del Gobierno, serán considerados como gasto de consumo final individual del gobierno, independiente de la naturaleza jurídica de las instituciones.

La cuestión fundamental en este plano es el escaso conocimiento y comprensión de la lógica contable que fundamenta la metodología de las Cuentas Nacionales y Satélites, en cuyo sistema los únicos sectores institucionales que ejecutan gasto son los hogares, el gobierno y las ISFLSH. Por esta razón, cuando se menciona el gasto privado necesariamente se hace referencia al gasto de los hogares y de las ISFLSH.

Una segunda problemática que también se encuentra presente en la clasificación de los tipos de cobertura o esquemas de aseguramiento, pero que tiene especiales implicancias en el caso de la clasificación por los sectores institucionales, se relaciona con la tipología de las transacciones que se pretende identificar<sup>13</sup>.

En la propuesta metodológica que se presenta en este trabajo, existen básicamente tres tipos de transacciones: a) aquellas en que los hogares pagan directamente la totalidad o una parte del valor de los servicios y bienes que consumen; b) aquellas en que los hogares reciben dinero para adquirir los servicios de las parte del Gobierno o las ISFLSH o cuando reciben una indemnización de parte de las instituciones financieras de seguros que administran los seguros voluntarios de salud, y c) aquellas en que los hogares reciben de parte del Gobierno o las ISFLSH un reembolso o un servicio, ya sea bajo un esquema de Seguridad Social o bajo un esquema de Asistencia Social.

De la primera tipología de transacciones se obtiene lo que se denomina gasto de bolsillo en salud. Si a ésta se agrega la segunda tipología, se obtiene el total del gasto de consumo final de los hogares. Finalmente, la tercera categoría corresponde al gasto de consumo final individual del gobierno, que se denomina gasto público, y al gasto de consumo final de las ISFLSH que junto al gasto de consumo final de los hogares constituye el gasto privado.

El dimensionamiento de cada una de estas categorías, obviamente está sujeto a las limitaciones de la información que se dispone, ya que muchas veces no es posible identificar cada una de estas transacciones, lo que puede generar problemas de estimación.

No obstante, la existencia de dos enfoques para determinar la misma variable de resultado (consumo efectivo de los hogares) tiene más ventajas que desventajas. Permite contrastar la información que proviene de distintas fuentes y realizar ejercicios de armonización y equilibrio entre distintos flujos monetarios. Esto es especialmente útil en el caso del gasto directo de los hogares ya que la única fuente de información disponible son encuestas, a diferencia de la información de registros contables o presupuestarios que existe para los demás sectores institucionales.

---

<sup>13</sup> Más arriba se hizo referencia a este aspecto haciendo alusión al Modelo de Evans (Tobar, 2000).



## II. Brasil

---

### A. Antecedentes

Brasil es parte de un grupo de países de la región que se puede considerar pionero en la implementación de las cuentas satélite de la salud. Mediante el establecimiento de un equipo interinstitucional conformado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el Ministerio de Salud, el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA, por su sigla en portugués), la Fundación Oswaldo Cruz y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), se comenzaron a dar los primeros pasos a mediados de la década pasada.

El IBGE es la institución responsable de las Cuentas Nacionales del país y lidera la elaboración de la Cuenta Satélite de Salud. A la fecha se pueden consultar al menos tres publicaciones estadísticas que muestran el avance y consolidación de la iniciativa (IBGE, 2012; IBGE, 2009; IBGE, 2008). Este estudio se facilitó por la disponibilidad de datos, su adecuación conceptual y metodológica, y fundamentalmente por la versatilidad y flexibilidad que permite el análisis satélite en el marco del SCN.

### B. Resultados generales

La estimación del CEH en productos específicos de salud para el año 2009, último año para el cual se encuentran publicadas cifras de la Cuenta Satélite de Salud 2007-2009 corresponde a 283 290 millones de reales. Esto corresponde a un 8,7% del PIB (véase el anexo 2)<sup>14</sup>. Esta cifra difiere marginalmente en nivel con la publicada por IBGE (2012), bajo el concepto de Consumo Final, por sector institucional, según productos (véase el anexo 2, cuadro A.4), la que registra 283 566 millones de reales. Como se explica más adelante, esta leve diferencia se debe a la definición de los productos específicos considerados en cada caso.

---

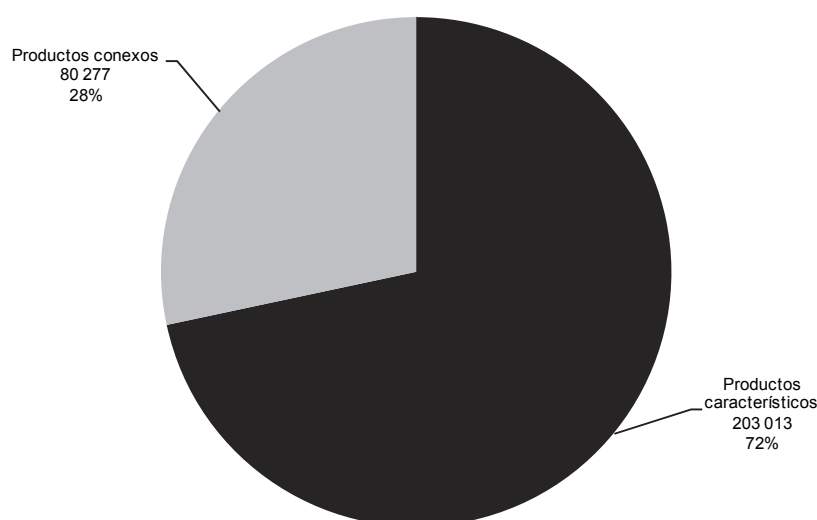
<sup>14</sup> La cifra del PIB corresponde a la última disponible de CEPAL (2013), (US\$ 1 620 164 millones). El tipo de cambio utilizado corresponde a la misma fuente (US\$1 = R\$ 1,99943).

No obstante, por tratarse de una mínima diferencia, la participación del CEH en productos específicos de salud en el PIB no se ve afectada y también corresponde a un 8,7%. A partir de tales cifras se ha calculado que el CEH en productos específicos de salud *per-capita* corresponde a R\$ 1 464, lo que equivale a US\$ 732 *per-capita*<sup>15</sup>.

## 1. Análisis por productos

Respecto a la definición de productos específicos que se utiliza en este estudio, la Cuenta Satélite de Salud de Brasil incluye medicamentos para uso veterinario, partida que registra R\$ 276 millones, los que han sido deducidos del cálculo. El gráfico 1 muestra que un 71,7% del CEH corresponde a productos característicos de la salud y un 28,3% a productos conexos.

**GRÁFICO 1**  
**BRASIL 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS**  
(En millones de reales y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012), Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009, Rio de Janeiro, p. 104 (Contas Nacionais, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>, Acceso em: dez, 2012.

La mayor apertura a nivel de productos corresponde al gasto de bolsillo en productos conexos. Se observa que predomina el consumo de productos farmacéuticos, que representan 77,8%, seguido de servicios de seguros de enfermedad y accidentes con 17,4%. No se dispone de apertura para los productos característicos de salud.

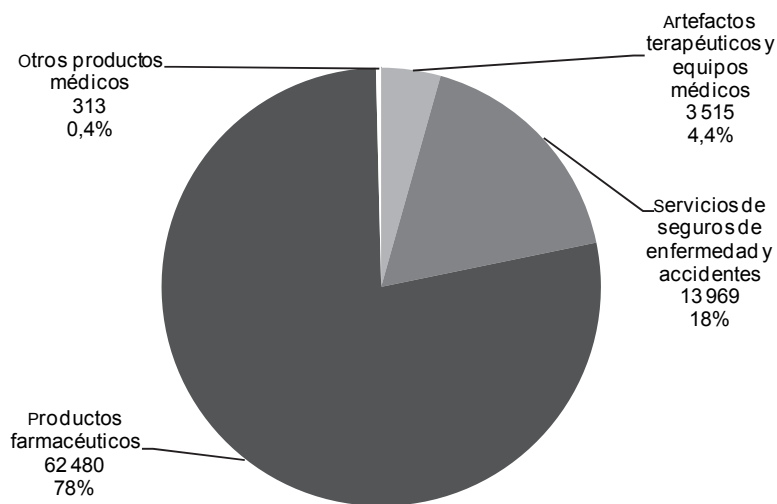
## 2. Análisis por tipo de cobertura

La Cuenta Satélite de Salud de Brasil no presenta apertura del CEH por tipo de cobertura, no obstante, la información proporcionada por el IBGE permite realizar dicha estimación de manera adecuada.

Desde la perspectiva de los esquemas de aseguramiento, en Brasil predomina el Seguro Social del Gobierno, representando 41,4% del CEH. El 23,2% del CEH es explicado por los seguros voluntarios y la Asistencia Social del Gobierno y de las ISFLH explican en conjunto el 3,2%. El esquema de seguro social vinculado al empleo no existe en el país. De esta forma, el 32,2% del CEH es adquirido mediante gasto directo de los hogares fuera de los esquemas de aseguramiento en salud (véase el gráfico 3).

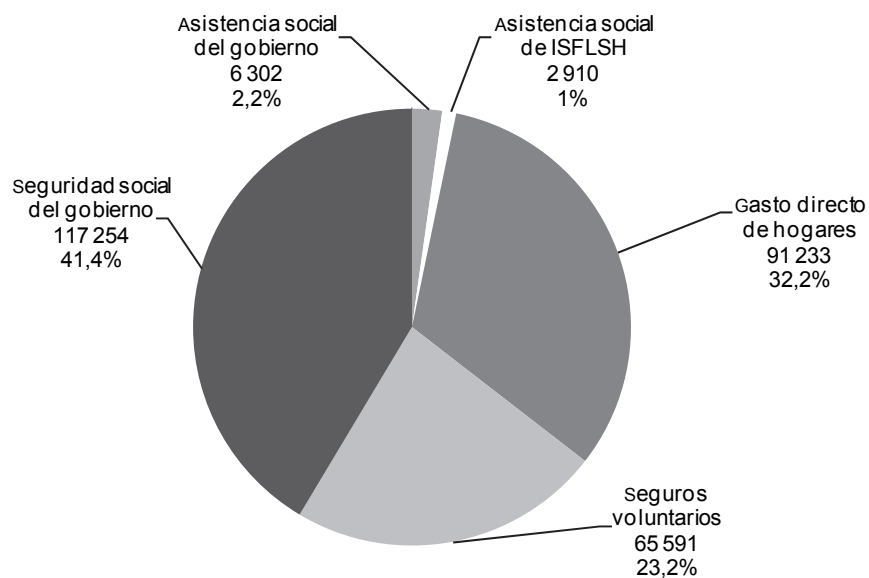
<sup>15</sup> La población utilizada corresponde a la última disponible de CEPAL (2013), (193 471 miles de habitantes).

**GRÁFICO 2**  
**BRASIL 2009: PRODUCTOS CONEXOS - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO**  
 (En millones de reales y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009*, Rio de Janeiro, p. 104 (*Contas Nacionais*, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>.

**GRÁFICO 3**  
**BRASIL 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR TIPO DE COBERTURA**  
 (En millones de reales y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009*, Rio de Janeiro, p. 104 (*Contas Nacionais*, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>.

En cuanto a los copagos, en el caso de los seguros voluntarios no es posible efectuar dicha apertura. En los demás esquemas de aseguramiento, la información proporcionada señala que no son utilizados, por lo que en su totalidad corresponde a la categoría de reembolsos y prestaciones en especie.



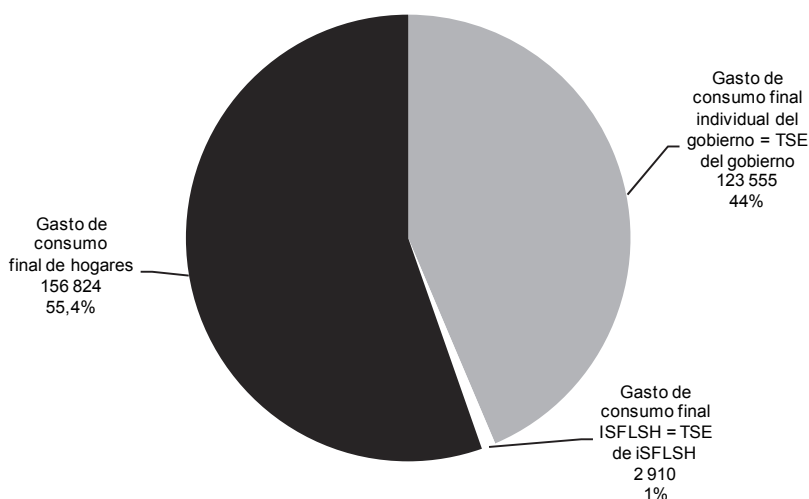
Con excepción de los seguros voluntarios, donde el total corresponde a pagos de sociedades financieras de seguros, en el caso de los demás esquemas de aseguramiento no se registran pagos en dinero.

### 3. Análisis por sector institucional

La Cuenta Satélite de Salud proporciona la información desagregada por sector institucional que ejecuta el gasto (IBGE, 2012, cuadro 9). Como se mencionó, se deduce de dicho valor los medicamentos para uso veterinario. El sector institucional Hogares explica mayoritariamente el gasto de consumo, representando un 55,4% del CEH, mientras el Gobierno representa el 43,6%. El sector de las ISFLH alcanza un 1,0% (véase el gráfico 4).

Al realizar la desagregación del gasto en el que incurre el sector hogares, se observa que el 58,2% corresponde a gasto de bolsillo. Este representa un 32,2% del CEH en productos específicos de salud (véase el gráfico 5).

**GRÁFICO 4**  
**BRASIL 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
(En millones de reales y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009*, Rio de Janeiro, p. 104 (*Contas Nacionais*, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>.

El gasto de bolsillo se explica íntegramente por los pagos directos que realizan los hogares fuera de cualquier esquema de aseguramiento. Como se indicó, los copagos en el caso de seguros voluntarios no son identificables, en tanto que en los demás esquemas de aseguramiento no existen copagos (véase el gráfico 6).

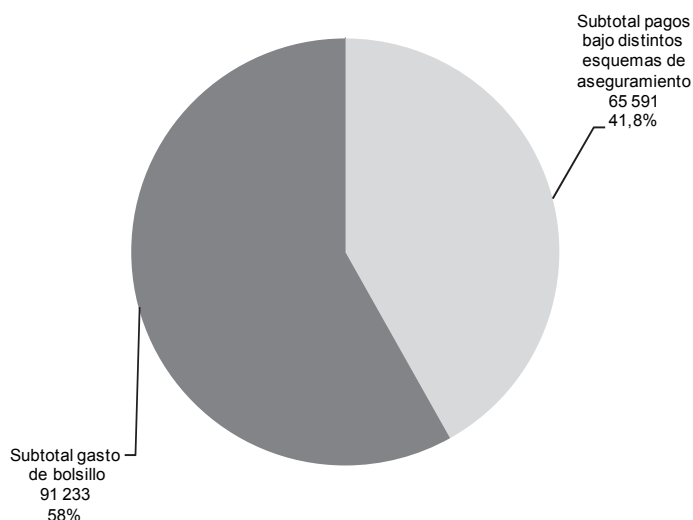
Respecto de los pagos bajo distintos esquemas de aseguramiento, en su totalidad corresponden a pagos de sociedades financieras de seguros considerados en el SCN como gasto de consumo de los hogares.

## C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud

El sistema de salud brasileño (Becerril et al, 2011) tiene como eje articulador el Sistema Único de Salud (SUS), de carácter público, que cubre al 75% de la población. El sistema privado se encuentra en crecimiento y cubre al 25% restante de la población. Este último está compuesto por el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y se incluyen los gastos directos que realizan los hogares. Desde el punto de vista de la provisión de los servicios, el SUS presta servicios descentralizadamente a

través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de establecimientos federales, estatales y municipales, utilizando también la infraestructura privada.

**GRÁFICO 5**  
**BRASIL 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES**  
 (En millones de reales y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009*, Rio de Janeiro, p. 104 (*Contas Nacionais*, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>.

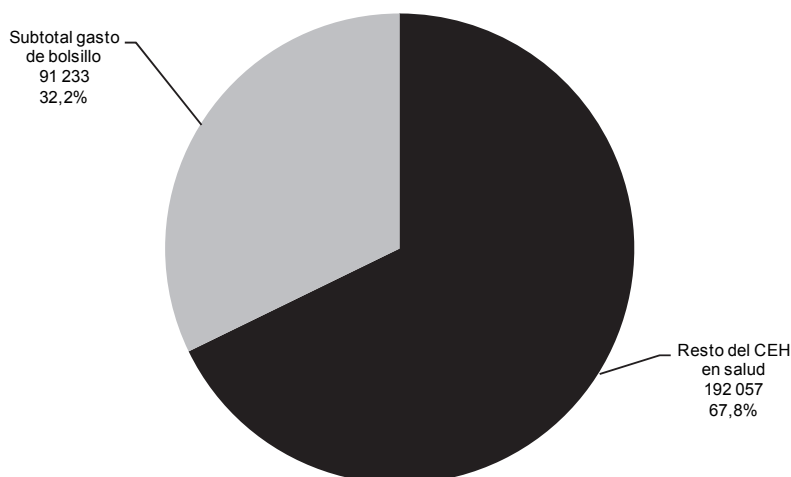
El nivel municipal se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a establecimientos de otros municipios. Los niveles estatal y federal apoyan técnica y financieramente este esquema. Los hospitales universitarios y las unidades del Ministerio de Educación hacen parte del SUS y las Fuerzas Armadas proveen atención de salud a los militares activos, pensionados y sus familias. El SUS coordina el sector público y regula el sector privado, con el que suscribe convenios o contratos mediante pago por servicio. Por otra parte, el sistema público es responsable de los servicios de salud pública relacionados con la vigilancia epidemiológica y sanitaria, así como del control de enfermedades transmisibles.

El sector privado actúa en forma complementaria a los servicios públicos. El esquema de aseguramiento del SAMS comprende la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los Planes Autoadministrados o sistemas de aseguramiento de las empresas, y los planes privados individuales. Este esquema es regulado por la ANS. La población de mayores ingresos del país hace uso de prestadores no vinculados al SUS, llevando a cabo gastos directos en consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados, los que están regulados por las autoridades sanitarias. Parte de la población cubierta por planes y seguros privados también hace uso de los servicios públicos para acciones de prevención y tratamientos complejos y/o costosos. El acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, es responsabilidad del Estado a través de la provisión de servicios y se encuentra garantizado en la Constitución Federal de 1988.

El financiamiento del SUS proviene de impuestos y contribuciones sociales de los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). Se estimaba que para el año 2004 la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS era de 50,7%, las unidades de la federación (estados) participaron con 26,6% y los municipios con 22,7%. Una reforma a la Constitución, aprobada el año 2000, aseguró la asignación de recursos para la salud. Hasta el año 2007 las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales fueron la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución

sobre el lucro de personas jurídicas. En el caso de los estados y los municipios la principal fuente de financiamiento son los presupuestos fiscales respectivos.

**GRÁFICO 6**  
**BRASIL 2009: GASTO DE BOLSILLO EN RELACIÓN AL CEH EN SALUD**  
 (En millones de reales y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009*, Rio de Janeiro, p. 104 (*Contas Nacionais*, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>.

Con posterioridad, en el año 2008 se aprobó una nueva reglamentación a partir de la cual el año 2011, la Federación destinaría a la salud un mínimo de 10% de sus ingresos, añadiendo a esa cantidad 12% de los recursos de los estados y el Distrito Federal, más 15% de los municipios. En el caso de la Federación, estos aportes se han ido incrementando paulatinamente desde 8,5% en 2008 a 9,5% en 2010. Estos llegarían en 2011 a 10%.

En el caso del sector privado, éste se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para sus empleados y con los recursos de las familias que compran esquemas prepagados de salud o que realizan pagos de bolsillo por los servicios.

El artículo de Becerril et al (2011) señala que los recursos públicos destinados al gasto en salud en 2007 fueron de 94 400 millones de reales, 47% de los cuales correspondió a gasto federal, 26% a los estados y 27% a los municipios. El gasto privado directo en salud habría sido ligeramente mayor: 98 400 millones de reales, de los cuales 50 000 millones correspondieron a planes y seguros, 21 000 millones a pagos de bolsillo en servicios de salud y 27 000 millones a medicamentos, también de pago directo. Parte de los recursos privados incluyen la participación pública correspondiente a la renuncia fiscal: 8 000 millones de reales en 2007<sup>16</sup>.

De acuerdo a esa estimación, el gasto en salud como porcentaje del PIB en 2008 fue de 8,4%. Esta cifra es levemente menor que la estimada en este estudio para el año 2009 bajo el concepto de consumo efectivo de hogares en salud (8,7%). El gasto público habría representado el 44% del gasto total en salud, mientras que en la estimación realizada para este trabajo el gasto de consumo individual del gobierno es de 43,6% para el mismo año.

<sup>16</sup> Se refiere a “gastos tributarios” generados por las exenciones, las tasas preferenciales, las deducciones y el diferimiento de obligaciones tributarias.

Finalmente, el gasto de bolsillo habría explicado un 57,1% del gasto privado total, concentrándose en planes prepagados. En la estimación realizada en este estudio el gasto de bolsillo alcanzó un 58,2% del gasto de consumo de los hogares. Si a esta cifra se agrega el gasto de consumo de las ISFLSH se tiene que el gasto de bolsillo corresponde a 57,1% del gasto privado, cifra idéntica a la anterior.

La metodología que se utiliza en el presente estudio para estimar el CEH en salud para 2009 considera al SUS como esquema de Seguridad Social del gobierno, mientras que el SAMS es considerado como esquema de seguros voluntarios.

En la categoría de Asistencia Social del gobierno se incluyó el programa de entrega gratuita de medicamentos (Programa Farmacia Popular) que administra el gobierno. No fue posible identificar instituciones claramente adscritas al esquema de seguro social vinculado al empleo, ya que en el caso de los militares, su esquema se encuentra también abierto a la atención de público del SUS, dada su naturaleza universal. La categoría de Asistencia Social de las ISFLSH está compuesta por el financiamiento no gubernamental de servicios sociales privados, entre los cuales están los asilos, las clínicas de rehabilitación y otras de diversa índole, diferentes a los servicios ambulatorios y hospitalarios.

Fuera de dichos esquemas de aseguramiento se encuentra el pago directo de los hogares, que se concentra preferentemente en medicamentos. Desde la perspectiva de los sectores institucionales, la totalidad del gasto de bolsillo corresponde a pago directo, ya que no existe en general copagos y en el caso de los copagos de seguros voluntarios, el dato no está disponible. Para completar el gasto de consumo final de los hogares, se agrega al gasto de bolsillo los pagos que realizan las sociedades financieras de seguros.

El gasto de consumo final individual del gobierno está compuesto por la provisión en especie de servicios característicos de la Seguridad Social y por la entrega de medicamentos en el caso de Asistencia Social.

En el caso del gasto de consumo final de las ISFLSH corresponde, como se señaló, a provisión en especie de servicios sociales.



## III. Colombia

---

### A. Antecedentes

Colombia posee una larga experiencia en la realización de estudios de financiamiento y gasto en salud, lo que ha permitido disponer de series estadísticas largas. Así también, se han realizado algunas experiencias puntuales de levantamiento de Cuentas Satélite que incluyen salud, pero en un marco más general de la seguridad social (Libreros, s/f).

Más recientemente, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) ha levantado lo que denomina una Cuenta Intermedia de Salud (CIS) (DANE, 2007), como un primer paso hacia el desarrollo de una Cuenta Satélite de Salud. Esta Cuenta Intermedia de Salud cubre los años 2000 al 2005 y posee base en el año 2000.

El DANE es la institución responsable de las Cuentas Nacionales del país y lidera la elaboración de esta Cuenta Intermedia de Salud. Los resultados para cada año, las series, una Ficha y un Anexo Metodológico se encuentran publicados en el sitio electrónico del DANE. Los resultados que aquí se presentan han sido el fruto de un trabajo colaborativo entre el DANE y el Ministerio de Salud y Protección Social.

### B. Resultados generales

La información disponible permitió realizar una estimación del consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud para el año 2008, ya que si bien se dispone de datos para el año 2009 del sector salud, las cifras de Cuentas Nacionales aun no eran oficiales al momento de cierre de este estudio<sup>17</sup>. Se espera oficializar prontamente tales cifras, por lo que se podría disponer de una estimación para el año 2009.

---

<sup>17</sup> En el caso de Colombia la consultoría en terreno se realizó en el mes de noviembre de 2011.

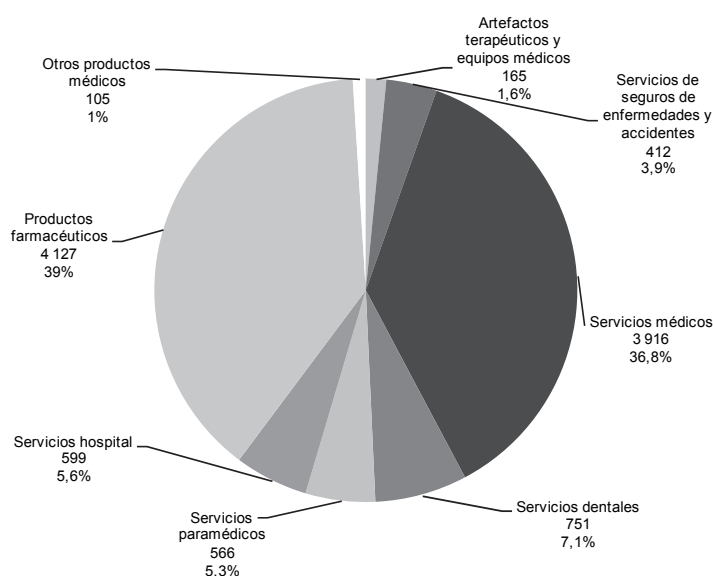
En consecuencia, el consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud asciende el año 2008 a 23 659 miles de millones de pesos colombianos, lo que representa 4,9% del PIB y 266,3 dólares *per-capita*<sup>18</sup> (véase el anexo 2)<sup>19</sup>.

## 1. Análisis por productos

Dadas las características de las fuentes de información disponibles y que son utilizadas por la Contabilidad Nacional y por el propio Ministerio de Salud y Protección Social, no es posible realizar una desagregación pertinente para ninguno de los productos específicos, ni para grupos de ellos. En consecuencia, esta es una de las principales tareas pendientes de este estudio. No obstante, es factible disponer de una desagregación del gasto de consumo final de los hogares en salud, a partir de la estructura de información de las encuestas de hogares, previa compatibilización con Cuentas Nacionales (véase el gráfico 7). Se puede advertir que el componente principal lo constituye el gasto en productos farmacéuticos, con un 38,8%, seguido por los servicios médicos de carácter ambulatorio, con 36,8%.

**GRÁFICO 7**  
**COLOMBIA 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO FINAL DE LOS HOGARES POR PRODUCTOS**

(En miles de millones de pesos colombianos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

## 2. Análisis por tipo de cobertura

Al realizar la desagregación del consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud por tipo de cobertura, se encuentra que el 34,0% corresponde a gasto directo de hogares, fuera de cualquier esquema de aseguramiento, siendo este el componente mayoritario (véase el gráfico 8).

La Seguridad Social del Gobierno representa un 31,3%, seguida por la Asistencia Social del Gobierno con un 24,9%. Los seguros voluntarios explican un 9,6%.

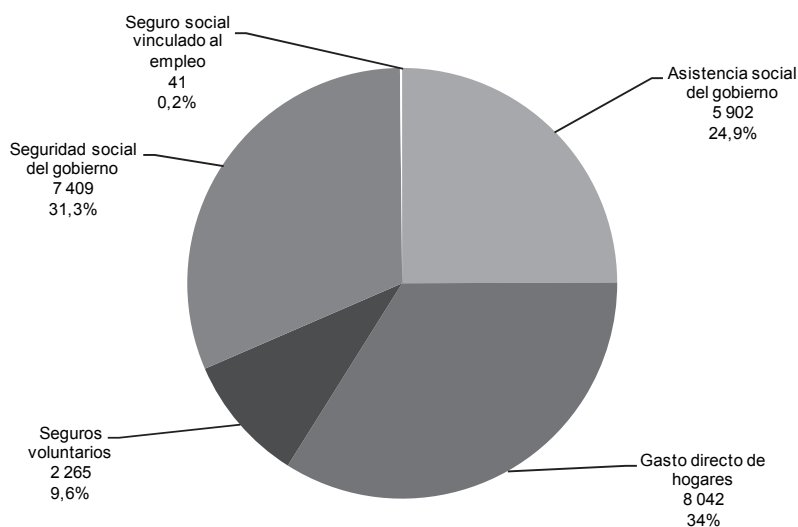
Por último, los seguros sociales vinculados al empleo representan apenas un 0,2% del total. En tanto, la Asistencia Social de las ISFLSH no registra información, aunque se considera que es marginal.

<sup>18</sup> PIB a precios corrientes de mercado (CEPAL, 2011). Población estimada linealmente para 2008 sobre la base de datos quinquenales de CELADE (2013). Para convertir a dólares corrientes se utilizó el tipo de cambio implícito (1 967,7 pesos colombianos = 1 dólar) en las series de CEPAL en moneda nacional y dólares americanos.

<sup>19</sup> Para un mayor detalle de la metodología, en el caso de países incluidos en el primer Estudio Piloto, véase el anexo 3.

**GRÁFICO 8**  
**COLOMBIA 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA**

(En miles de millones de pesos colombianos y porcentajes)



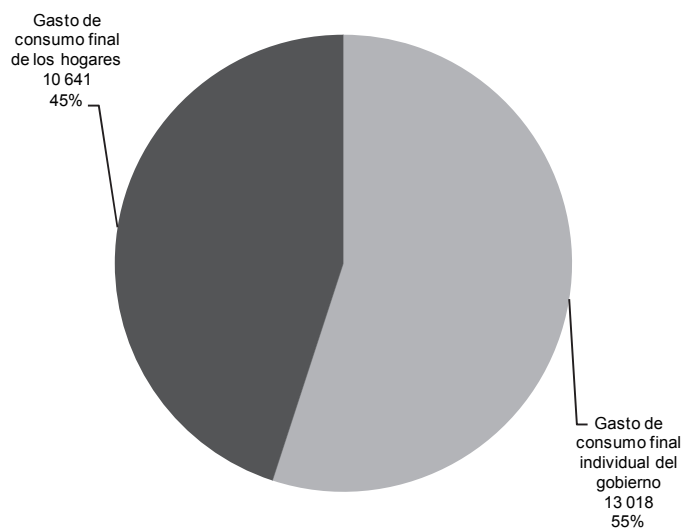
Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

### 3. Análisis por sector institucional

Desde la perspectiva de los sectores institucionales que incurren en el gasto, se puede observar que es mayoritario el gasto de consumo final individual del gobierno, que representa el 55%. Esta magnitud se transforma en TSE desde el sector gobierno hacia los hogares (véase el gráfico 9).

**GRÁFICO 9**  
**COLOMBIA 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL**

(En miles de millones de pesos colombianos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

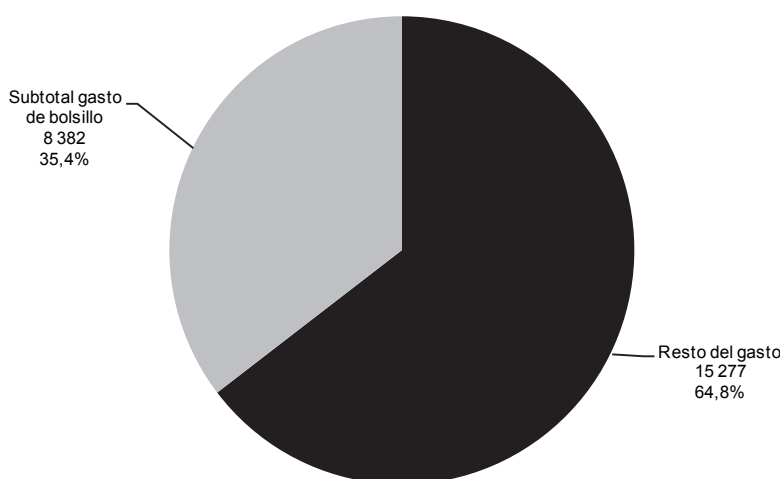
El restante 45% es representado por el gasto de consumo final de los hogares. En tanto, las ISFLSH no registran gasto de consumo final en salud, aunque de todas formas se considera marginal. Al



interior del gasto de consumo final de los hogares, la parte atribuible al gasto de bolsillo, representa el 35,4% del consumo efectivo de los hogares en productos de la salud (véase el gráfico 10).

Finalmente, si se considera el gasto de consumo final del sector hogares, se observa que el componente gasto de bolsillo representa el 78,8%, mientras el restante 21,2% corresponde a gasto de hogares bajo la forma de pagos bajo distintos esquemas de aseguramiento donde destacan los pagos de las sociedades financieras de seguros (vease el gráfico 11).

**GRÁFICO 10**  
**COLOMBIA 2008: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**  
(En miles de millones de pesos colombianos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

## C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud

El sistema sanitario de Colombia fue reestructurado el año 1993 y se encuentra descrito en su concepción original en ley del Congreso de la República de Colombia (1993), que crea un Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI)<sup>20</sup>.

### 1. Ministerio de Protección Social<sup>21</sup>

El año 2002 se fusiona el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud en el Ministerio de Protección Social (Congreso de Colombia, 2002b). Al interior de este Ministerio y en el marco de un Sistema de Protección Social (Congreso de Colombia, 2002a), se organiza el Viceministerio de Salud y Bienestar que asume la rectoría del sistema en tres áreas específicas: calidad de servicios, gestión de la demanda y salud pública.

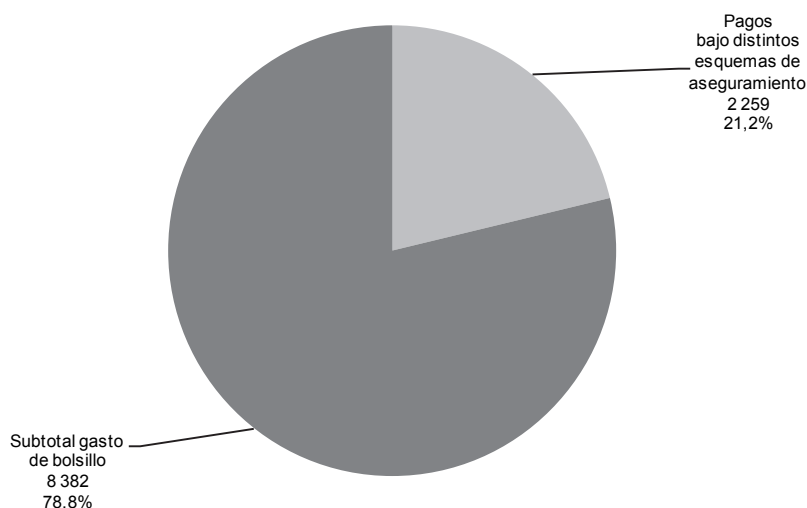
En consecuencia, desde el Ministerio de Protección Social y a través del Viceministerio de Salud y Bienestar solo se realizan funciones de rectoría del sistema, sin incluir provisión de servicios de salud individuales a la población. En cuanto a las funciones de financiamiento y aseguramiento, el Ministerio

<sup>20</sup> Toda la información que se reporta corresponde a Arroyave (2009), La Organización de la Salud en Colombia, y corresponde a la realidad al año 2008.

<sup>21</sup> Al momento de realizar el estudio se encontraba en proceso una profunda reorganización del Ministerio que contemplaba separar salud de otras funciones que realizaba el Ministerio de Protección Social.

solamente administra un fondo fiduciario denominado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), sin personalidad jurídica, ni planta de personal propia.

**GRÁFICO 11**  
**COLOMBIA 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES**  
*(En miles de millones de pesos colombianos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

Adicionalmente existen entidades vinculadas al Ministerio:

- Empresa Territorial para la Salud (ETESA)
- Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM)
- Instituto de Seguros Sociales (ISS)
- Nueva Entidad Promotora de la Salud (EPS)
- Colpensiones

De estas, la CAPRECOM es una empresa industrial y comercial del Estado, y es la única Entidad Promotora de la Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)<sup>22</sup> nacional de carácter público. El ISS fue hasta el año 2007 una EPS del Régimen Contributivo (EPS-C), pero perdió su licencia de funcionamiento y con el propósito de garantizar la continuidad en la prestación de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud de la población que estaba afiliada a la EPS del ISS se creó la Nueva EPS S.A., cuyos accionistas incluyen a seis cajas de compensación familiar y la Compañía Positiva de Seguros S.A. (empresa industrial y comercial del Estado).

Finalmente, existen entidades adscritas al Ministerio en el ámbito de la salud, las que se dividen en dos tipos: las que cumplen labores de rectoría en ámbitos específicos y las que proveen servicios sanitarios.

- En el primer caso (rectoría) se agrupan:
  - Comisión de Regulación en Salud (CRES)
  - Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)
  - Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

<sup>22</sup> Más adelante se define y explica que son las EPS.

- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)
- Instituto Nacional de Salud (INS)
- En tanto en el segundo caso (provisión de servicios sanitarios) se agrupan:
  - Instituto Nacional de Cancerología
  - Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
  - Sanatorio de Agua de Dios
  - Sanatorio de Contratación
  - Empresas Sociales del Estado (ESE) regionales (ex ISS), que fueron liquidadas

Esto corresponde a 234 Centros de Atención Ambulatoria (CAA) y 37 clínicas, que antes integraban la red del ISS y las antiguas ESE de orden nacional.

## 2. Organismos de administración y financiamiento

La Reforma impulsada durante el año 1993 permitió reestructurar la organización institucional, particularmente en materia de financiamiento, estableciendo la separación de funciones respecto de la provisión de los servicios sanitarios.

Existen en la actualidad tres grandes entidades o grupos de instituciones en esta materia: el FOSYGA, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS).

### a) Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

El FOSYGA, como se indicó, es un fondo fiduciario administrado por el Ministerio de Protección Social, sin personalidad jurídica ni planta de personal propio. Sin embargo, para entender el funcionamiento del sistema es necesario hacer algunos alcances en cuanto a sus funciones. Este fondo administra cuatro subcuentas:

- Compensación interna del Régimen contributivo
- Solidaridad del Régimen de subsidios en salud
- Promoción de la salud
- Eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)

La subcuenta de compensación tiene por objetivo realizar el mecanismo de ajuste de riesgos entre las entidades del régimen contributivo. Recibe las contribuciones recaudadas por las EPS-C y de las demás entidades obligadas a compensar (EOC), y luego reasigna dichos recursos de acuerdo al riesgo de las carteras de beneficiarios de cada una. La subcuenta de solidaridad básicamente reasigna recursos provenientes del régimen contributivo y de otras fuentes públicas, hacia el subsistema denominado régimen subsidiado. Es decir, aporta algunos de los recursos con que funcionan las EPS-S bajo la forma de un subsidio a la demanda.

La subcuenta de promoción tiene por objetivo financiar actividades de educación, formación y fomento de la salud, y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. La subcuenta de eventos catastróficos y de accidentes de tránsito (ECAT) tiene como objetivo garantizar la atención integral a las víctimas de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos, entre otros. Esta subcuenta constituye en la práctica un subsistema aparte, distinto del que administran las EPS.

**b) Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)**

Se distinguen básicamente tres tipos de entidades:

- Entidades Promotoras de la Salud (EPS), del régimen contributivo y del régimen subsidiado
- Entidades Adaptadas en Salud (EAS)
- Entidades de Medicina Prepagada (EMP)

Las EPS son las entidades responsables de la afiliación, registro y recaudación de los subsidios en el régimen subsidiado y de las contribuciones en el régimen contributivo. Dichas entidades son las responsables de organizar y garantizar la prestación de los servicios a los que se obligan mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS). En la práctica existen dos planes diferenciados: uno para el régimen contributivo y otro distinto para el régimen subsidiado.

Las EAS son entidades que provienen del esquema anterior a la reforma y han debido transitar hacia el nuevo esquema, desapareciendo paulatinamente. Hacia el año 2005 solo se encontraban registrados en el país: el Servicio Médico de Empresas Públicas de Medellín (ESP) y el Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Las EMP también son anteriores a la reforma y corresponden básicamente a seguros privados, de los cuales en la actualidad sólo operan unas 20 empresas: 12 de medicina prepagada y 8 de ambulancias prepagadas.

**c) Direcciones Territoriales de Salud (DTS)**

Corresponden a instituciones del gobierno local (municipios) que administran recursos para financiar la provisión de servicios, principalmente en el esquema de Asistencia Social.

**d) Prestadores de Servicios de Salud**

Las entidades proveedoras de servicios de salud, reconocidas oficialmente en Colombia son:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
- Profesionales independientes (PI)
- Servicios de Transporte Especial de Pacientes (TEP)
- Grupos de Práctica Profesional (GPP)

Particularmente las IPS, públicas o privadas, son las instituciones que mayor volumen de servicios proveen siendo contratadas por las EPS.



## IV. El Salvador

---

### A. Antecedentes

El Salvador viene realizando hace más de dos décadas una gran cantidad de estudios y análisis de financiamiento y gasto en salud, con bastante regularidad. En la actualidad se encuentra en elaboración un compendio de cifras que comprende los años 1996 al 2011, por parte del Ministerio de Salud, con apoyo de OPS.

En El Salvador no se han realizado estudios bajo el enfoque de Cuentas Satélite de Salud, por lo que el presente esfuerzo de estimación del consumo efectivo de hogares en salud, constituye un primer paso en esa dirección.

El Banco Central de Reserva (BCR) es la institución responsable de las Cuentas Nacionales del país. Los resultados que aquí se presentan han sido el fruto de un trabajo colaborativo entre el Banco Central de Reserva, el Ministerio de Salud (MINSAL), la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y la Secretaría Técnica de la Presidencia (STP)<sup>23</sup>.

Los resultados que se presentan a continuación fueron objeto de amplio debate en el equipo de trabajo, principalmente por la clasificación de los sistemas de aseguramiento de las Fuerzas Armadas y la Policía. Por esta razón, en el anexo 4 de El Salvador, se presentan los gráficos que muestran una estimación alternativa a partir de una opción propuesta por el equipo nacional<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Especial apoyo brindó esta última institución, que además coordina los trabajos sobre Gasto Público Social con la CEPAL.

<sup>24</sup> Uno de los objetivos subyacentes de este estudio era justamente discutir con los equipos locales las opciones de clasificación del gasto, cuestión por la cual ambas opciones son plenamente válidas en el estado actual del debate metodológico.

## B. Resultados generales

La información disponible permitió realizar una estimación del consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud para el año 2009. Éste asciende a 1 190,4 millones de dólares, lo que representa el 5,8% del PIB y 192,4 dólares *per-capita* (véase el anexo 2)<sup>25</sup>.

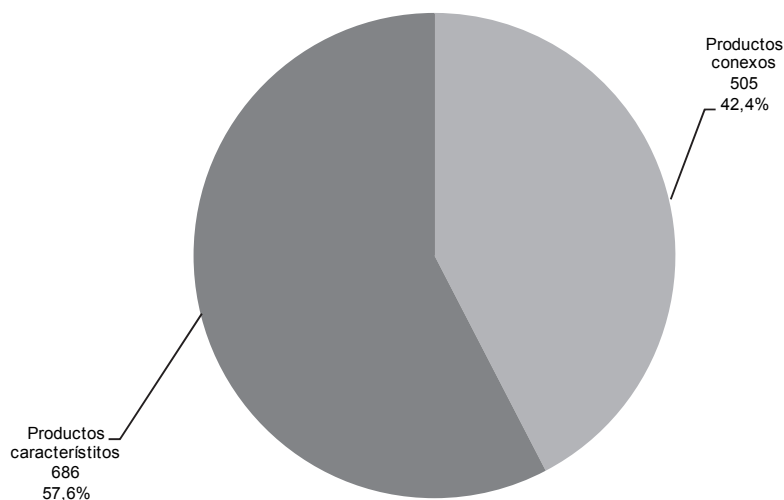
Cabe tener presente que las cifras más recientes sobre Gasto Nacional en Salud que proporcionan las Cuentas en Salud elaboradas por el MINSAL (2011), muestran que éste alcanzó el mismo año los 1 402,5 millones de dólares.

Esta cifra representa 17,8% más que lo estimado para el consumo efectivo de los hogares, lo que si bien es una magnitud importante, resulta razonable toda vez que el agregado que se calcula en el marco de esta investigación no considera un conjunto de conceptos que se incluyen en el agregado de Gasto Nacional en Salud, por ejemplo, el gasto de consumo colectivo del Gobierno General en salud o la formación de capital, entre otros.

### 1. Análisis por productos

Desde la perspectiva de los productos de la salud, se observa que un 57,6% del consumo efectivo corresponde a productos característicos y el 42,4% corresponde a productos conexos (véase el gráfico 12).

**GRÁFICO 12**  
**EL SALVADOR 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE LA SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS**  
(En millones de dólares y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

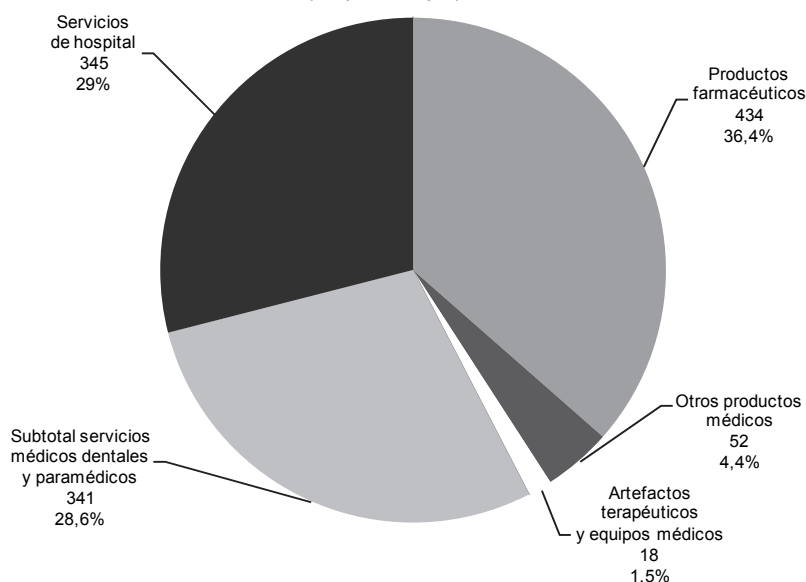
Si bien no se obtuvo un mayor nivel de desagregación por productos específicos de salud, la información reportada permite dos tipos de desagregaciones (véase el gráfico 13).

La mayor participación en el consumo efectivo de hogares corresponde a productos farmacéuticos con un 36,4%, seguido por servicios de hospital con 29,0% y el subtotal de servicios médicos, servicios dentales y servicios paramédicos que representan 28,6%.

<sup>25</sup> Para un mayor detalle de la metodología, en el caso de los países incluidos en el primer Estudio Piloto, véase anexo 3.

La categoría otros productos médicos y artefactos terapéuticos y equipos médicos representan 4,4% y 1,5%, respectivamente. En el caso de los servicios de seguros de enfermedad y accidentes no se dispone de datos, pero se considera marginal por la inexistencia en el país de ese tipo de sistemas de aseguramiento.

**GRÁFICO 13**  
**EL SALVADOR 2009: DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD**  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

En el caso del gasto de bolsillo en salud, la información de las encuestas de hogares permite observar que el 62,2% corresponde a productos farmacéuticos, el 11,1% corresponde a servicios de hospital y el 10,6% a servicios médicos ambulatorios. Por otra parte, el 8,6% está representado por los servicios paramédicos y el 6,1% por los servicios dentales. Los artefactos terapéuticos y equipos médicos y los otros productos médicos representan el 0,3%. Como se mencionó, para los servicios de seguros de enfermedad y accidentes no se dispone de información (véase el gráfico 14).

## 2. Análisis por tipo de cobertura

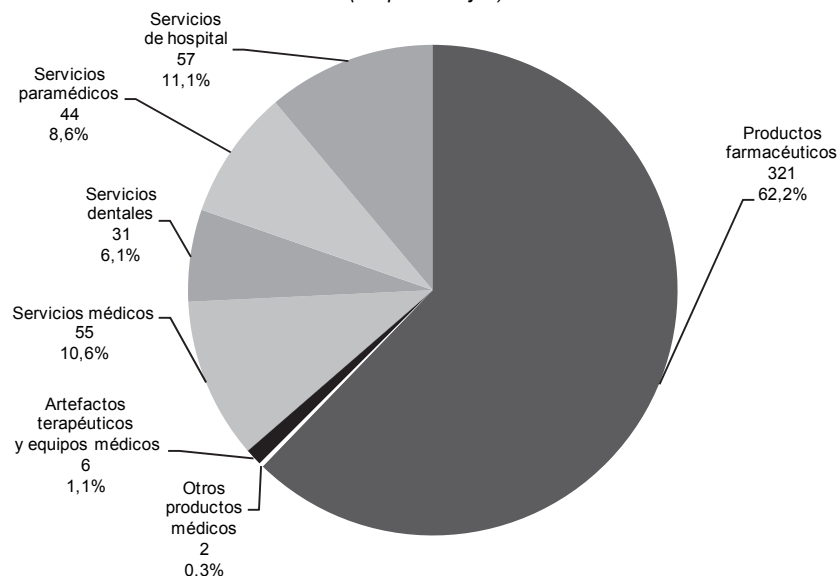
Al descomponer estas cifras por tipo de cobertura de aseguramiento, se encuentra que el 43,4% corresponde a gasto directo de los hogares, fuera de cualquier esquema de aseguramiento institucional (véase el gráfico 15).

Se puede advertir de la Asistencia Social del Gobierno representa un 28,9%, mientras que un 22,8% corresponde a la Seguridad Social del Gobierno. El seguro social vinculado al empleo representa un 3,7%, siendo seguido por la Asistencia Social de las ISFLSH, que alcanzan un 1,3%.

La información sobre los seguros voluntarios se puede considerar marginal dado el escaso desarrollo de este tipo de servicios de aseguramiento en el país.

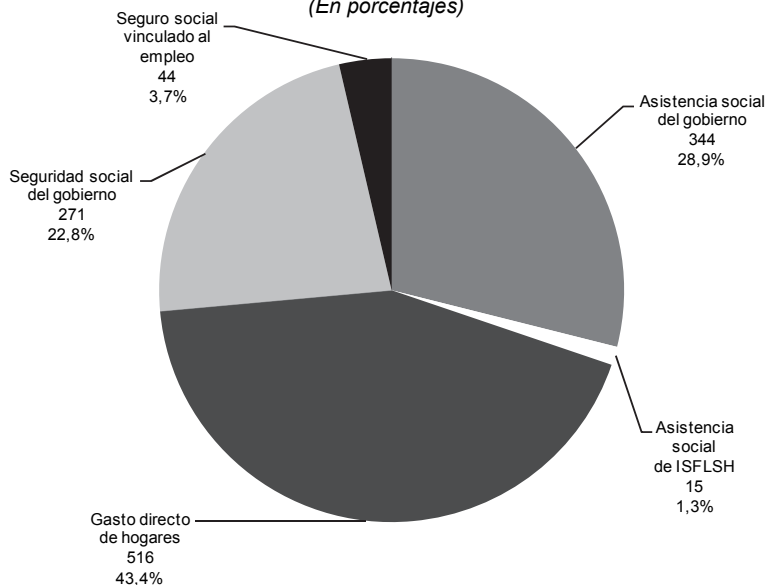


**GRÁFICO 14**  
**EL SALVADOR 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**  
*(En porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

**GRÁFICO 15**  
**EL SALVADOR 2009: CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
*(En porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

Esta desagregación del consumo efectivo de los hogares en salud difiere, en cuanto a clasificación, de los criterios utilizados en las Cuentas de Salud de El Salvador y en las Cuentas Nacionales.

Esta diferencia se expresa en la clasificación del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Comando de Sanidad Militar (COSAM). En el presente estudio se han clasificado los gastos

de ambas instituciones públicas como seguros sociales vinculados al empleo, en tanto que en las Cuentas de Salud se clasifican en alguna categoría de gasto público del gobierno<sup>26</sup>.

En el anexo 4 se muestra la desagregación resultante de la propuesta local de clasificar a ambas instituciones como parte de la Seguridad Social del gobierno.

Si bien esto no altera el total del consumo efectivo de hogares en salud, la principal implicancia se observa en el apartado siguiente, por sector institucional, como se verá a continuación.

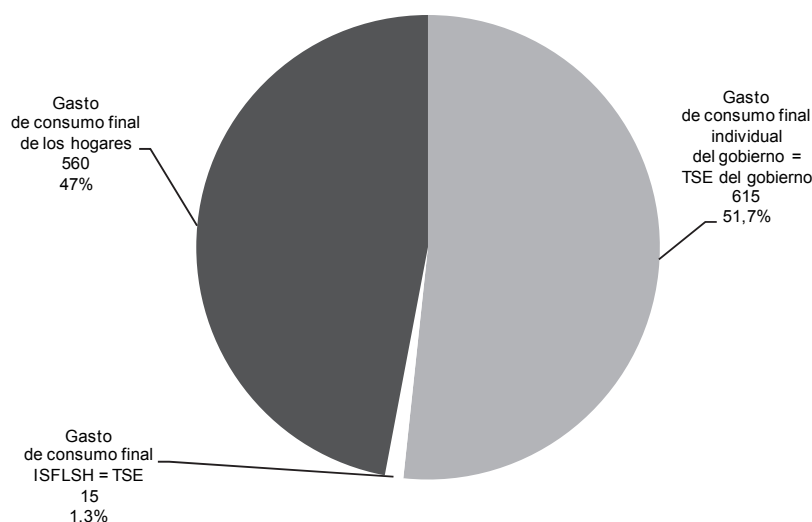
### 3. Análisis por sector institucional

Al efectuar una desagregación del consumo efectivo de los hogares en salud por desglose del gasto final, se puede advertir de manera sintética qué sector institucional lleva a cabo dicho gasto (véase el gráfico 16).

En primer lugar aparece el Gobierno cuyo gasto de consumo final individual en productos específicos de salud alcanzó 51,7%. Los hogares en su conjunto llevan a cabo un gasto de consumo final que representa el 47,0% del total. Finalmente y de manera marginal, las ISFLSH incurren en un gasto de consumo final que representa 1,3% del total.

Tanto el gasto de consumo final individual del Gobierno como el que realizan las ISFLSH se transfiere a los hogares mediante TSE, lo que sumado al gasto de consumo final que realizan los propios hogares, da lugar al consumo efectivo de los hogares.

**GRÁFICO 16**  
**EL SALVADOR 2009: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD,**  
**POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
(En porcentajes)

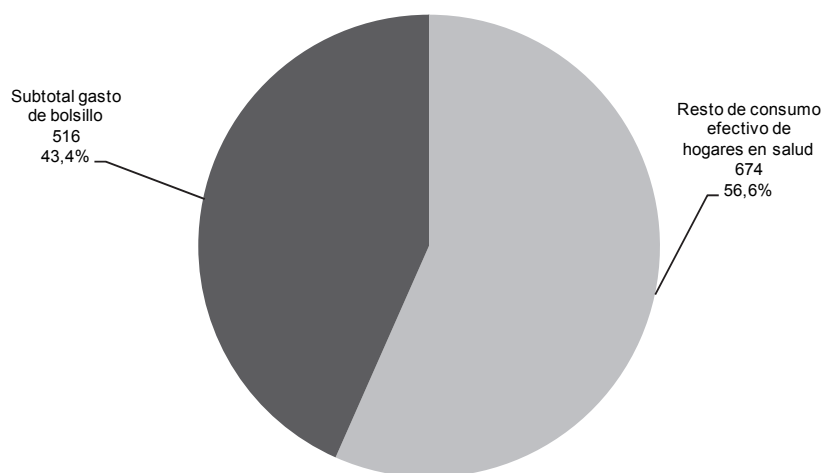


Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

Otro elemento que llama la atención es que pese al no existir copagos en ningún esquema institucional de aseguramiento, el gasto de bolsillo en salud es elevado, representando un 43,4%, siendo idéntico al gasto directo de los hogares que se analizó en el apartado anterior (véase el gráfico 17).

<sup>26</sup> Cabe tener presente que las Cuentas de Salud de El Salvador no hacen la clasificación en las mismas categorías que aquí se presentan; en consecuencia, no existe el concepto de seguro social vinculado al empleo.

**GRÁFICO 17**  
**EL SALVADOR 2009: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**  
*(En porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

Al interior del gasto de consumo de los hogares, se puede advertir que el gasto de bolsillo representa 92,2%, mientras el restante 7,8% corresponde a pagos que se llevan a cabo bajo diferentes esquemas de aseguramiento. En este caso puntual corresponden íntegramente a pagos del seguro social vinculado al empleo (véase el gráfico 18).

En esta desagregación del consumo efectivo de hogares en salud, por sector institucional, influye la ubicación sectorial del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y del Comando de Sanidad Militar (COSAM).

Al ser clasificados ambos esquemas como seguro social vinculado al empleo, la provisión de los servicios que estas instituciones realizan queda clasificada como pagos del seguro social vinculado al empleo (en dinero o en especie), los que a su vez son parte del gasto de consumo final de los hogares.

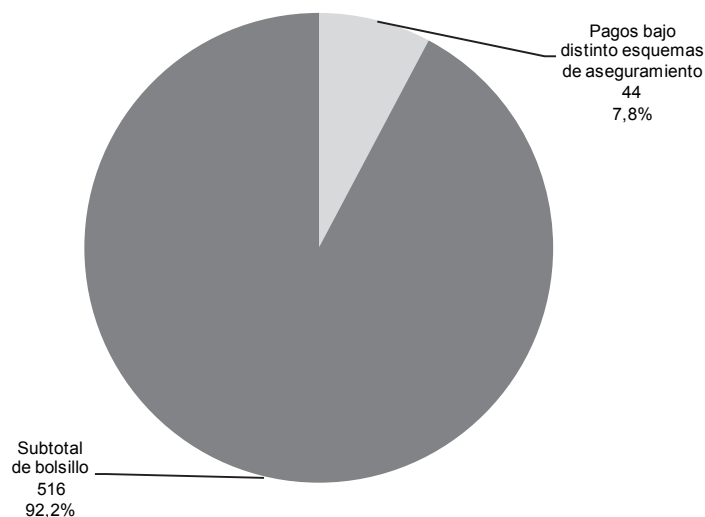
Este tratamiento se basa en que dicho esquema de aseguramiento, no ha sido concebido para la población en su conjunto o al menos para grandes segmentos de esta, o para sectores de menores ingresos, como son los casos de la Seguridad Social gobierno y de la Asistencia Social del gobierno, respectivamente. En los casos señalados, el seguro social se ha definido por un tipo particular de inserción laboral (profesores y funcionarios de la Fuerzas Armadas); en consecuencia, el SCN los considera un beneficio directo a los hogares y, por tanto, su tratamiento contable es diferente al que posee el sector Gobierno.

En el anexo 4 se presenta la desagregación del consumo efectivo de hogares en salud, por sector institucional, obtenido al clasificar al ISBM y al COSAM como Seguridad Social del gobierno, tratamiento alternativo propuesto en este estudio. Al igual que en el caso del análisis por tipo de cobertura, esa opción no altera el total del consumo efectivo de hogares, pero cambia la participación relativa de los Hogares y el Gobierno.

## C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud

A continuación se describe la organización institucional del sistema de salud de El Salvador y se hacen algunas precisiones sobre su tratamiento para efectos de consumo efectivo de hogares en salud.<sup>27</sup>

**GRÁFICO 18**  
**EL SALVADOR 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO**  
**DEL SECTOR DE LOS HOGARES**  
*(En millones de dólares americanos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

### 1. Ministerio de Salud

El MINSAL cumple no sólo la función de autoridad en materia sanitaria, sino que gestiona y canaliza los recursos presupuestarios institucionales para la provisión directa de servicios de salud a población abierta (con o sin seguro de salud público o privado), a través de sus distintos establecimientos (hospitales y unidades comunitarias de salud familiar y especializada). Desde la perspectiva de las funciones del sistema sanitario, el MINSAL reúne los roles de rectoría en materia sanitaria, de financiamiento y de provisión predominante en el sistema de salud.

Como se verá, el sistema de salud salvadoreño corresponde mayoritariamente a un esquema de Asistencia Social del Gobierno, en el que el grueso del financiamiento institucional<sup>28</sup> corresponde a impuestos generales (Fondo General); y, la provisión es otorgada directamente por instituciones dependientes del MINSAL. Los esquemas de aseguramiento en el marco de la Seguridad Social gestionan una cobertura poblacional significativamente menor; y sus recursos proceden tanto de impuestos generales y al salario, como de ingresos propios. Aproximadamente el 75% de la población (año 2008) no dispone de un esquema de aseguramiento en salud; por lo tanto, sus atenciones de salud son cubiertas por el MINSAL y/o por el sector privado.

En el caso del MINSAL, dicha entidad dispone de las siguientes instalaciones:

<sup>27</sup> Elaborado sobre la base del MINSAL (s/f) (versión borrador).

<sup>28</sup> Se trata del financiamiento "institucional" para diferenciarlo del financiamiento que realizan directamente los hogares, que como se verá es alto en El Salvador.

- Secretaría de Estado (nivel regulador y normativo);
- Sedes Regionales y Sistemas Básicos de Salud Integral departamentales;
- Hospitales Nacionales;
- Otras Instituciones Adscritas (Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, Hogar de Ancianos “Narcisa Castillo” y la Cruz Roja Salvadoreña)
- Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)
- Instituciones de asistencia social que reciben subsidios del MINSAL; y,
- Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Especializadas (primer nivel de atención)

En términos generales, está cubierta bajo esta modalidad la población en situación de pobreza (que alcanzaba al año 2009, al 43,47% según DIGESTYC (2009)<sup>29</sup> y aquellos no asegurados bajo esquemas de seguridad social o seguros privados individuales y colectivos. No obstante, como ocurre frecuentemente en este tipo de esquemas, parte de los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de otros esquemas de aseguramiento en salud, suelen ser también atendidos en los establecimientos dependientes del MINSAL.

## **2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social**

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es una institución que realiza funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud, así como otras funciones distintas de salud, relacionadas con el sistema previsional (administración de pensiones y otras propias de la protección social). El ISSS, está conformado por las siguientes dependencias:

- Administración central del ISSS
- Hospitales
- Unidades médicas
- Clínicas comunales
- Clínicas empresariales

A diferencia del MINSAL, aunque percibe recursos procedentes de impuestos generales, la mayor proporción del financiamiento disponible, proviene de los aportes patronales (empresas privadas e instituciones del Estado) y de cotizaciones de los trabajadores del sector formal de la economía (impuestos a los salarios). El aporte patronal corresponde a un 7,5%; y, el del trabajador a un 3,0% del salario mensual, con un máximo imponible de 685 dólares.

La población asegurada bajo este esquema de seguridad social, alcanzaba el año 2008 al 24% aproximadamente. Su cobertura en salud alcanza solamente a los afiliados (contribuyentes activos) y sus cónyuges (servicios ambulatorios y hospitalarios); y, a los hijos de derechohabientes, hasta los 12 años de edad (servicios de salud para atenciones de morbilidad general y salud preventiva; se excluye hospitalización).

## **3. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial**

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) es una institución descentralizada del Ministerio de Educación, recientemente constituida como tal a partir de 2008 (anteriormente esta entidad, si bien existía, no tenía carácter de instituto). Si bien recibe contribuciones sociales de parte de los trabajadores del magisterio, la mayor parte del financiamiento corresponde a recursos de impuestos generales transferidos por el Ministerio de Educación.

---

<sup>29</sup> Esta cifra puede ser diferente de la reportada por CEPAL.

El ISBM financia atenciones de salud, sin restricciones, al gremio magisterial activo dentro del sector público; y, a sus familiares (hijos solteros hasta los 21 años de edad y cónyuges), utilizando para ello tanto la red pública, como la red privada en la provisión de servicios, a través de la subcontratación de los mismos. Recientemente posee establecimientos que proveen servicios básicos y especialidades del primer nivel de atención, diseminados en los diferentes departamentos.

Por las características de afiliación corresponde a lo que se denomina un seguro social vinculado al empleo. A pesar de ser una institución pública, por el tipo de esquema donde los beneficios son acotados solo a quienes contribuyen y sus cargas legales, y donde los beneficios emanan de la naturaleza del empleo, en este caso en el magisterio, el Sistema de Cuentas Nacionales lo considera bajo esta clasificación. Al jubilarse, los afiliados al ISBM pasan a ser cubiertos por el ISSS. La información disponible correspondiente al año 2008 indica que cerca del 1,4% de la población salvadoreña está cubierta mediante este sistema de aseguramiento en salud. En el anexo 4 se presenta una clasificación alternativa de acuerdo a criterios propuestos por el equipo de Cuentas de Salud local.

#### **4. Comando de Sanidad Militar**

El COSAM depende del Ministerio de la Defensa y su objetivo fundamental es brindar servicios de salud al personal con carrera militar y al personal administrativo de sus dependencias, en sus propios establecimientos. Sin embargo, atiende bajo condiciones especiales y/o a través de venta de servicios a personas particulares o aseguradas.

Se estima que dicha entidad cubre aproximadamente al 1% de la población, para lo cual cuenta con dos hospitales y diversas clínicas del batallón de sanidad militar. El financiamiento procede, en su mayor parte, de aportes de impuestos generales, aunque también recibe contribuciones aportadas por sus derechohabientes, y otros ingresos propios. Este esquema corresponde a lo que se denomina seguro social vinculado al empleo. En el anexo 4 se presenta una clasificación alternativa de acuerdo a criterios propuestos por el equipo de Cuentas de Salud local.

#### **5. Otras entidades públicas, empresas públicas y gobiernos municipales**

Si bien los estudios de Cuentas de Salud realizados para El Salvador reportan como agentes de financiamiento a otras entidades públicas, empresas públicas y gobiernos municipales, debido a que las mismas financian o proveen, en algunos casos, servicios de salud (gobiernos locales), para efectos descriptivos del sistema de salud como tal, la ubicación sectorial de estas entidades no cambia las características de la organización institucional del sistema sanitario. Sus aportes han sido clasificados como parte de la Asistencia Social del Gobierno (exceptuando los gastos en salud de las empresas públicas).

#### **6. Compañías de seguros que ofrecen cobertura en salud**

El desarrollo de seguros voluntarios de salud, provistos por compañías de seguros y/o contratados directamente por los hogares, en forma individual o colectiva, se encuentra escasamente extendido en El Salvador. De hecho, se estima que menos del 1% de la población posee este tipo de seguros, lo que desde el punto de vista de la organización del sistema sanitario es marginal. No se dispone de información desagregada para realizar su estimación, pero la subestimación se considera menor.

#### **7. Instituciones sin fines de lucro que brindan servicios de salud**

Los estudios de Cuentas de Salud realizados para El Salvador, si bien reconocen la existencia de este tipo de agentes en el sistema sanitario, no han logrado incluirlos en las estimaciones principalmente por la disponibilidad de información.

Por definición, las organizaciones sin fines de lucro (ONG) se clasifican como ISFLSH y corresponden al esquema de Asistencia Social de las ISFLSH. En esta oportunidad se presenta una primera estimación sobre la base de datos de Cuentas Nacionales.

## **8. Proveedores de servicios de salud privados**

Los estudios de Cuentas de Salud consultados no hacen una mención explícita a este tipo de proveedores, por lo cual se asume que aunque pueden existir son marginales en el contexto del sistema sanitario en su conjunto.

Por otra parte, para los efectos de la descripción que se está realizando no se consideran, ya que no corresponden a esquemas de financiamiento.

## V. México

---

### A. Antecedentes

México forma parte del grupo de países de la región de las Américas que ha hecho un avance sustantivo en la implementación e institucionalización de las cuentas satélites de la salud a fines de la década pasada.

Esta iniciativa, liderada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), se apoya en un trabajo de larga data, en el que han confluído esfuerzos de instituciones públicas y privadas, del sector salud y del ámbito estadístico (INEGI, 2008). Desde el año 2008, cuando se dicta la ley (Diario Oficial de la Federación, 2008 y 2006), que faculta al INEGI a normar y coordinar la generación de información estadística de interés nacional, entre las que se destaca la contabilidad nacional.

En el caso de la Secretaría de Salud (Ministerio), el año 1983 se crea el Grupo Interinstitucional de Información en Salud bajo su coordinación y a partir del año 1988 asume la función de captar las estadísticas provenientes de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, quedando bajo la responsabilidad del INEGI la recopilación y procesamiento de datos de las unidades pertenecientes al sector privado.

Desde el año 1998 la Secretaría de Salud ha estimado el gasto público en salud, organizando el Registro del Ejercicio Presupuestal del sector público, y cuyos resultados son publicados anualmente en el *Boletín de Información Estadística*, publicación del *Sistema Nacional de Información en Salud*. Asimismo continúa actualizando el estudio denominado *Cuentas de Salud en México* que elaboró la FUNSALUD del periodo 1992-1998, el cual presenta información del gasto total en salud, tanto público como privado, desglosado a nivel nacional y estatal. El enfoque que FUNSALUD da a las Cuentas de Salud, se orienta exclusivamente al análisis del gasto con un desglose que permite observar indicadores macroeconómicos, como la proporción que guarda respecto al PIB del país.

De acuerdo a INEGI (2008), los diferentes estudios que en el país han desarrollado información estadística concerniente al sector salud, se han enfocado principalmente a la medición del gasto en salud, por lo que el análisis e interpretación que puede llevarse a cabo es hasta cierto punto específico para una de las formas de medición del sector.



Desde esta perspectiva, la Cuenta Satélite del Sector Salud que ha implementado e institucionalizado el INEGI como parte del SCN de México constituye un nuevo paso en el perfeccionamiento del instrumental estadístico que permite integrar las estimaciones del gasto sanitario con las estadísticas económicas de proporción de Cuentas Nacionales.

## B. Resultados generales

La CEH en productos específicos de salud para el año 2010 corresponde a 658 445 188 miles de pesos mexicanos. Esto corresponde al 5,6% del PIB (véase el anexo 2)<sup>30</sup>. A partir de tales cifras, se ha calculado que el CEH en productos específicos de salud *per-capita* corresponde a PMS 5 860, lo que equivale a US\$ 464 *per-capita*<sup>31</sup>. Cabe considerar que la estimación de INEGI (2012: 265) para el Gasto en Salud por Funciones y Proveedores, excluyendo las categorías servicios de prevención y salud pública *Health Care 6* (HC.6) y Administración de la salud y seguros médicos *Health Care 7* (HC.7), que pueden considerarse como servicios de salud colectiva y no individual en la lógica del Sistema de Cuentas Nacionales, es de 656 267 884 miles de pesos mexicanos, lo que representa el 99,7% respecto de la estimación del CEH que se ha realizado en el presente estudio.

### 1. Análisis por productos

Respecto de la definición de productos específicos que se ha utilizado en este trabajo, la información proporcionada por el INEGI no incluye el gasto en servicios de seguros de enfermedad y accidentes.

El gráfico 19 muestra que el 75,5% del CEH corresponde a productos característicos de la salud y el 24,5% a productos conexos. Los servicios de seguros de enfermedad y accidentes, no incluidos en la información reportada, corresponden a productos conexos, razón por la cual esta proporción se encuentra sesgada hacia los productos característicos.

En el caso de México fue posible desagregar el total del CEH en salud, tanto para los productos característicos como para los conexos. En los productos característicos, predominan los servicios de hospital representando el 43,4%, seguido de los servicios médicos (37,7%). Los servicios dentales representan 15%. Finalmente, la categoría de servicios paramédicos representa un 3,8% (véase el gráfico 20).

En el caso de los productos conexos, se puede advertir que el gasto se concentra mayoritariamente en productos farmacéuticos, los que representan 92,6%, mientras los artefactos terapéuticos y equipos médicos explican un 6,3% y otros productos médicos el 1,2% (véase el gráfico 21). Cabe considerar la ausencia de datos para la categoría servicios de seguros de enfermedad y accidentes.

### 2. Análisis por tipo de cobertura

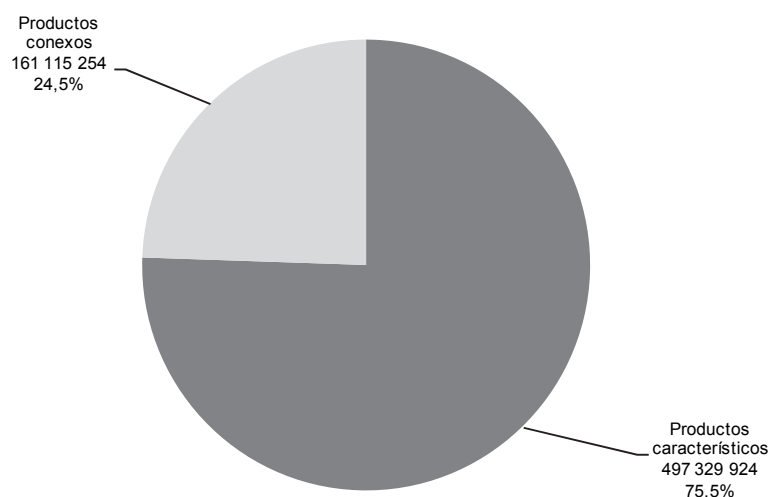
Desde la perspectiva de los esquemas de aseguramiento, predomina el Seguro Social del Gobierno, concentrando el 25,2% del CEH. Un 19,4% del CEH es explicado por la asistencia social del gobierno. La asistencia social de las ISFLSH representa 2,3% y los seguros voluntarios el 0,4% (véase el gráfico 22).

De acuerdo a la clasificación realizada por el INEGI, no fue posible identificar la categoría seguro social vinculado al empleo. No obstante, cabe tener presente que en el país existe este tipo de esquemas de aseguramiento en el caso de empresas públicas y de las Fuerzas Armadas. Por esta razón, futuros estudios debieran avanzar en separar esos gastos de aquellos que son propiamente Seguridad Social del Gobierno. De esta forma, el 52,7% del CEH es adquirido mediante gasto directo de los hogares fuera de los esquemas de aseguramiento en salud.

<sup>30</sup> La cifra del PIB corresponde a la última disponible de CEPAL (2013), (US\$ 923 077 millones). El tipo de cambio utilizado corresponde a la misma fuente (US\$1 = PMS 12,63600833).

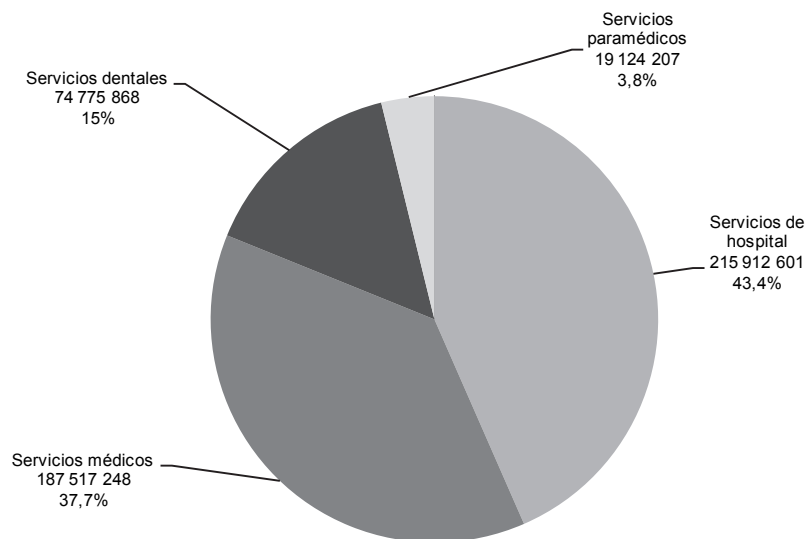
<sup>31</sup> La población utilizada corresponde a la última disponible de CEPAL (2013), (112 364 miles de habitantes).

**GRÁFICO 19**  
**MÉXICO 2010: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD**  
**CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS**  
*(En miles de pesos mexicanos y porcentajes)*



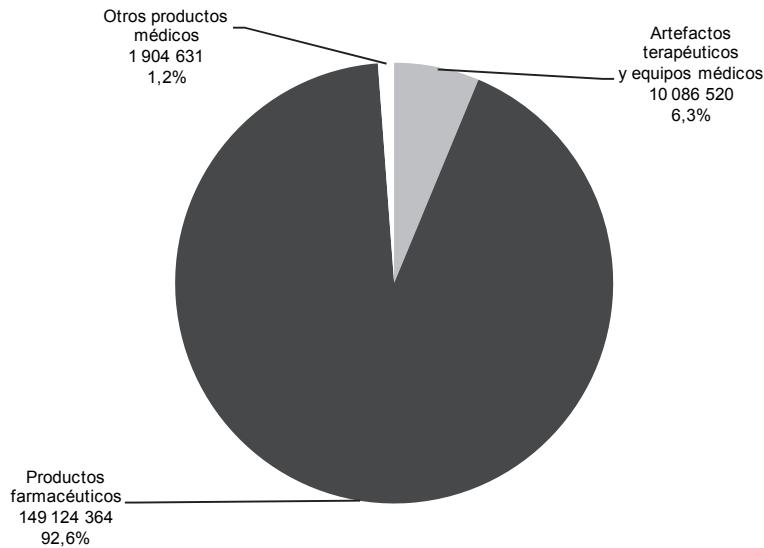
Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente estudio.

**GRÁFICO 20**  
**MÉXICO 2010: DESAGREGACIÓN DEL CEH EN PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS**  
*(En miles de pesos mexicanos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0

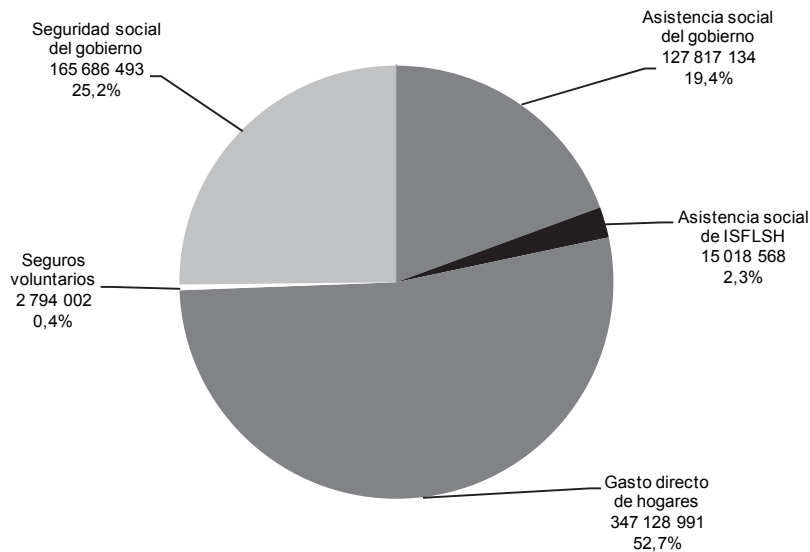
**GRÁFICO 21**  
**MÉXICO 2010: DESAGREGACIÓN DE PRODUCTOS CONEXOS**  
 (En miles de pesos mexicanos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

Nota: El dato para servicios de seguros de enfermedad y accidentes no se encuentra disponible.

**GRÁFICO 22**  
**MÉXICO 2010: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
 (En miles de pesos mexicanos)

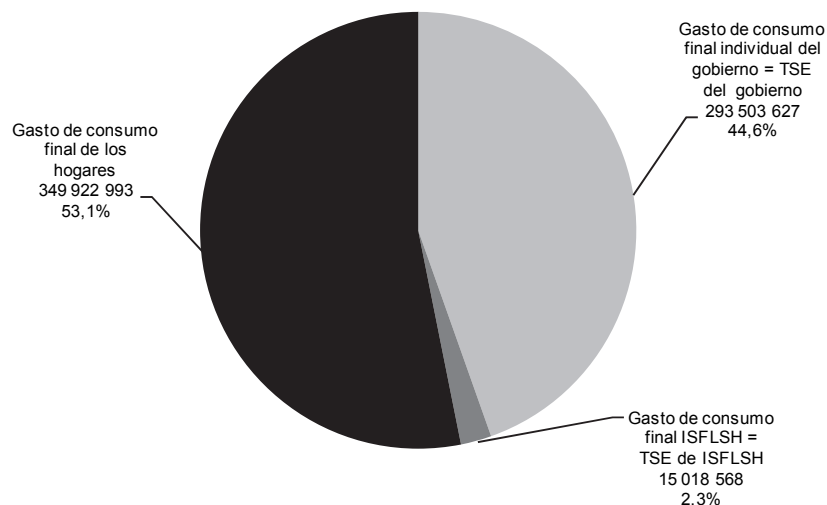


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

### 3. Análisis por sector institucional

La desagregación del consumo efectivo de hogares por sector institucional permite observar cómo se distribuye el gasto de consumo. El sector institucional de los Hogares explica mayoritariamente el gasto de consumo, representando un 53,1% del CEH, mientras el sector institucional Gobierno General representa un 44,6%. El sector de las ISFLH alcanza un 2,3% (véase el gráfico 23).

**GRÁFICO 23**  
**MÉXICO 2010: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
*(En miles de pesos mexicanos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

Al realizar la desagregación del gasto en el que incurren los Hogares, se observa que el 99,2% corresponde a gasto de bolsillo. El restante 0,8% corresponde a pagos bajo diferentes esquemas de aseguramiento (véase el gráfico 24).

### C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud

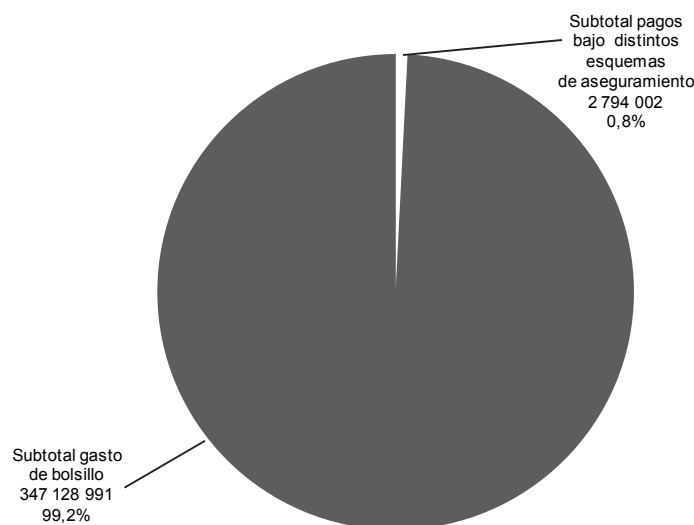
El sistema de salud mexicano está organizado básicamente en torno a tres subsistemas: i) los seguros sociales; ii) un sistema asistencial del gobierno; y, iii) un esquema privado donde conviven seguros voluntarios y gastos directos de hogares (Soto et al, s/f). La adscripción de la población a estos esquemas depende fundamentalmente de su inserción laboral y de la capacidad de pago para solventar los gastos relacionados con la salud.

Los seguros sociales dan cobertura de un conjunto bastante amplio de prestaciones a los derechohabientes, constituidos principalmente por trabajadores del sector formal y sus familias. Se basan en esquemas contributivos en los que el trabajador y el empleador realizan aportes al financiamiento del sistema (cotizaciones obrero-patronales). Desde el punto de vista de las prestaciones, se considera que no existe limitación, ya que todos los beneficiarios pueden acceder a las prestaciones ofrecidas. La principal institución en torno a la cual se organiza este esquema es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que cubre a los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias. Su cobertura poblacional en el año 2010 fue de 52 millones de derecho habientes, de los cuales 20 millones

corresponden a trabajadores asegurados y el resto se reparte entre familiares, pensionados y familiares de los pensionados. Esta cifra corresponde a 46,6% de la población del país<sup>32</sup>.

#### GRÁFICO 24 MÉXICO 2010: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES

(En miles de pesos mexicanos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

Al relacionar el gasto de bolsillo con el total del consumo efectivo se observa que este componente del gasto representa 52,7% (véase el gráfico 25).

Por su parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cubre a los trabajadores con cargos públicos. Su cobertura poblacional el año 2010 fue de 12 millones de personas amparadas, de las cuales 2,6 millones corresponden a trabajadores y el resto corresponde a familiares, pensionados y familiares de los pensionados. Esta cifra representa 10,7% de la población del país<sup>33</sup>. Si se considera sólo a estas dos instituciones, la cobertura poblacional de la Seguridad Social alcanza al 57,2% y corresponde típicamente a los esquemas que en este estudio se han designado como Seguridad Social del gobierno.

Sin embargo, la información reportada por el INEGI para el presente estudio incluyó en esta misma categoría al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), dependiente de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), cuyo sistema cubre a los funcionarios del ejército nacional y sus familias. Desde el punto de vista de la cobertura poblacional, se estima que se encuentran cubiertas 600 mil personas. Futuros estudios debieran considerar la clasificación de esta institución en la categoría de seguros sociales vinculados al empleo, dadas sus características de sistemas cerrados, no abiertas a amplios segmentos de la población.

En esta categoría de seguros sociales vinculados al empleo también se encontrarían los beneficiarios de sistemas de empresas públicas como Petróleos Mexicanos (PEMEX), Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Banco de México (BANXICO). No obstante, las cifras reportadas para el presente estudio por parte de INEGI no incluyeron tales cifras, en la medida en que en la Contabilidad

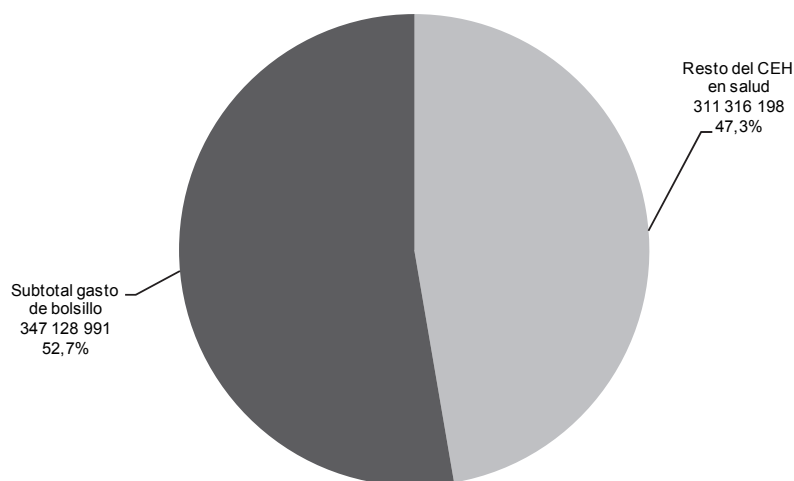
<sup>32</sup> Cifras de población tomadas de INEGI (s/f) y de derechohabientes del IMSS (s/f).

<sup>33</sup> Cifras de población tomadas de INEGI (s/f) y de población amparada del ISSSTE (s/f).

Nacional no se logra diferenciar los recursos asignados las actividades propiamente de salud, respecto de las de pensiones y en muchos casos también de los recursos globales de la empresa.

### GRÁFICO 25 MÉXICO 2010: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

(En miles de pesos mexicanos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

El esquema asistencial del gobierno está orientado a dar cobertura de salud a la población “abierta” o no asegurada en los anteriores esquemas contributivos. La población no asegurada recibe servicios en los establecimientos públicos de la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales. Derivado de la reforma a la ley de salud (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 1984), actualmente existe el Seguro Popular, que tiene como objetivo cubrir a toda la población que no cuenta con seguridad social (Secretaría de Salud, 2004). Asimismo, existe el esquema IMSS Solidaridad que atiende a poblaciones de algunas zonas rurales.

En el marco de estos esquemas, la cobertura de prestaciones corresponde a paquetes acotados, situación que lo diferencia de los esquemas de la seguridad social. Por otra parte, de acuerdo a un tabulador socioeconómico, se establecen pagos de cuotas que en el caso de personas de escasos recursos son subsidiadas. En lo fundamental, se trata de un esquema en el que la población de menores recursos recibe prestaciones de salud en especie, sin que exista contribución alguna. La red de prestadores de salud utilizada es básicamente la que depende de la Secretaría de Salud y de los gobiernos federales y locales.

Por último, en México se han desarrollado sistemas de seguros privados que ofrecen coberturas a población de mayores ingresos. Asimismo, los proveedores de atención privados con fines de lucro también se han venido desarrollando y estructuran un sistema paralelo a los anteriores, el que también recibe un fuerte componente de pagos directos de bolsillo de parte de la población de ingresos medios y altos.

Las instituciones sin fines de lucro orientan sus servicios a la población no asegurada con problemas muy específicos de salud, tales como la necesidad de rehabilitación para discapacitados.



## VI. Perú

---

### A. Antecedentes

Perú realizó uno de los estudios pioneros en la línea de las cuentas satélite de salud durante la segunda mitad de la década de los noventa. Dicho estudio permitió disponer las primeras estimaciones para los años 1995 y 1996 (PHR, 1998)<sup>34</sup>. Cabe señalar que las cuentas satélite se integraron al marco del SCN a partir del año 1993, por lo que este esfuerzo es realmente muy avanzado para la época en que fue desarrollado.

Sin embargo, este tipo de análisis no tuvo continuidad en el tiempo y quedó como un esfuerzo puntual que no avanzó hacia su institucionalización. Por otra parte, se han realizado varios estudios con enfoques diferentes, especialmente bajo la metodología de las llamadas Cuentas Nacionales de Salud<sup>35</sup>, los que tampoco generaron una plataforma de institucionalización permanente.

Hace algunos años el Ministerio de Salud, en conjunto con el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y el apoyo del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI), publicó una serie larga de estadísticas económicas del sector salud bajo la metodología de Cuentas Nacionales de Salud. Esta iniciativa si bien corresponde a un enfoque diferente al de cuentas satélite, reconoce que la estimación realizada para los años 1995-1996 contó con información de calidad, exhaustiva y detallada, razón por la cual se tomó como año base 1995 y a partir de allí se realizaron estimaciones hasta el año 2005 (MINSA, 2008). Así también, dicho estudio incluye un conjunto de conceptos y aperturas propios de las cuentas y análisis satélites, lo que permite un punto de partida interesante para futuros esfuerzos en esta línea.

En el caso de Perú, el INEI es la institución responsable de las Cuentas Nacionales del país y se relaciona con las distintas iniciativas de levantamiento de cuentas satélite en diferentes ámbitos. Por esta razón, el presente estudio se basa en la información proporcionada por Cuentas Nacionales.

---

<sup>34</sup> Nótese que el título de la publicación es Cuentas Nacionales de Salud. No obstante, la metodología que allí se describe explícitamente que es de Cuentas Satélite bajo el marco del SCN (Naciones Unidas, 1993).

<sup>35</sup> *National Health Accounts* (NHA) por su denominación en inglés.



## B. Resultados generales

La estimación del consumo efectivo de hogares (CEH) en productos específicos de salud para el año 2009<sup>36</sup>, corresponde a 18 706 millones de nuevos soles. Esto corresponde al 4,8% del PIB (véase el anexo 2)<sup>37</sup>.

A partir de tales cifras se ha calculado que el CEH en productos específicos de salud *per-capita* corresponde a Nuevos Soles (NS) \$ 646, lo que equivale a US\$ 215 *per-capita*<sup>38</sup>.

Esta cifra difiere levemente de la reportada por el INEI (equipo de Cuentas Nacionales), ya que se ha incluido las indemnizaciones pagadas por los seguros de salud (NS\$ 296), en tanto el INEI no las incluye. Por esta razón, el CEH en salud que presenta el INEI corresponde a NS\$ 18 410. Esta diferencia modifica (reduce) la participación en el PIB en apenas 0,1%. En el anexo 5, se presentan las cifras reportadas por el INEI, las que reflejan tal opción metodológica.

Si bien no se dispone de estimaciones alternativas para el mismo año, se dispone de la participación relativa del Gasto en Servicios de Salud<sup>39</sup> sobre el PIB para el periodo 1995-2005 (MINSA, 2008). Esta oscila entre 4,4% el año 1997 y 4,9% el año 1999, registrando un 4,5% el año 2005.

### 1. Análisis por productos

En general, la desagregación por productos que proporcionan los datos de Cuentas Nacionales es consistente con los límites de CEH en productos específicos de la salud que se ha establecido en el presente estudio. La fuente de información primaria corresponde a la Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares (ENAPREF), en el año base 2007, y se actualiza a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), la que se realiza anualmente.

El gráfico 26 muestra que el 68,6% del CEH corresponde a productos característicos de la salud y 31,4% a productos conexos.

La definición de Gasto en Servicios de Salud utilizada en la Cuenta Satélite de Salud 1995 (PHR, 1998) incluye una apertura similar para los productos característicos y conexos. Dado que los conceptos de Gasto en Servicios de Salud y de CEH en salud poseen una cobertura diferente, se ha identificado de manera aproximada una cobertura de productos equivalente para establecer una comparación.

Bajo estas definiciones se ha recalculado las cifras para el año 1995 intentando ajustar la cobertura del CEH en salud del presente estudio, sólo para efectos de comparación. De esta forma se obtiene que la participación de los productos característicos fue un 61,8% y los conexos un 38,2%.

La información reportada no permite hacer una apertura total del CEH por productos, sin embargo, los datos de la ENAHO posibilitan hacer una distribución a nivel de gasto de bolsillo de hogares (véase el gráfico 27).

Se puede advertir que en el caso de los productos característicos, se destina parte significativa del gasto a servicios dentales (34,6%), seguido por servicios médicos (28,3%).

En el caso de los productos conexos la mayor participación se observa en productos farmacéuticos, con 83,5%, mientras los artefactos terapéuticos y equipos médicos (incluye otros productos médicos) representa el 10,8% y los servicios de seguros de enfermedad y accidentes 5,8% (véase el gráfico 28).

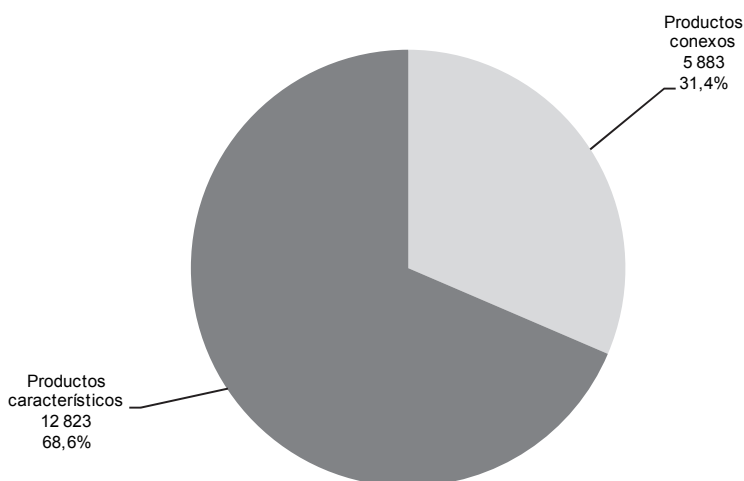
<sup>36</sup> Se dispone de cifras preliminares para el año 2010, no obstante, se ha preferido utilizar 2009, ya que la mayor parte de los países en estudio no disponen de cifras para 2010. Al momento de reportar estas cifras, éstas aun eran preliminares, razón por la cual podrían ser diferentes a las que publique oficialmente el INEI.

<sup>37</sup> La cifra del PIB corresponde a la última disponible de CEPAL (2013), (US\$ 130 144 millones). El tipo de cambio utilizado corresponde a la misma fuente (US\$1 = NS\$ 3,01151).

<sup>38</sup> La población utilizada corresponde a la última disponible de CEPAL (2013), (28 954 miles de habitantes).

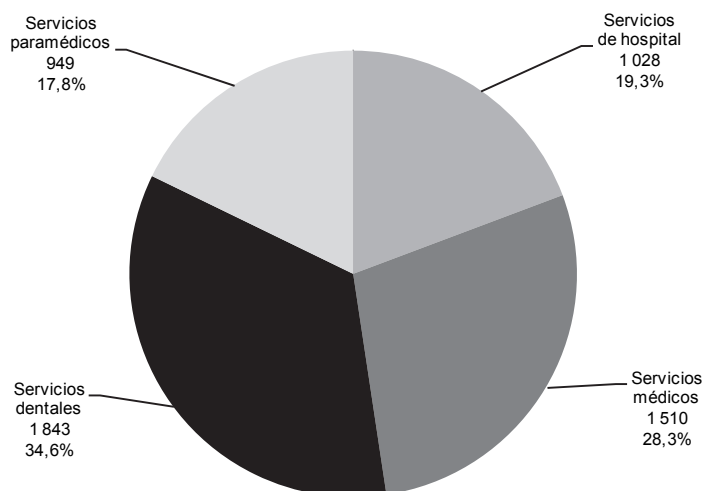
<sup>39</sup> Este concepto incluiría, además de lo que hemos considerado en el presente estudio sobre CEH, la formación de capital y los servicios colectivos.

**GRÁFICO 26**  
**PERÚ 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS**  
*(En millones de nuevos soles y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

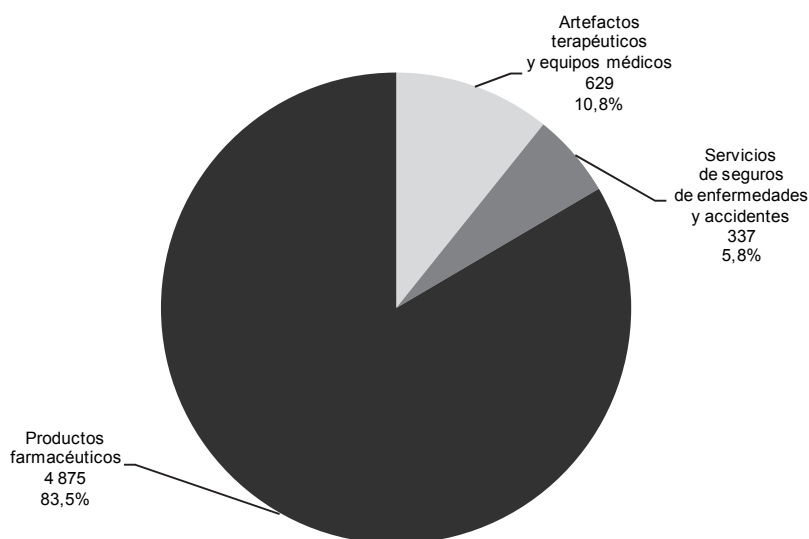
**GRÁFICO 27**  
**PERÚ 2009: PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO**  
*(En millones de nuevos soles, y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

Estos últimos corresponden al pago neto que realizan los hogares por primas de seguros y se contabilizan por el valor de la producción de los seguros de salud, lo que es lo mismo que las primas brutas o recibidas menos las indemnizaciones pagadas. Esta cifra guarda relación directa con el pago de indemnizaciones que se incluye en el CEH en salud a diferencia de la opción seguida por el INEI.

**GRÁFICO 28**  
**PERÚ 2009: PRODUCTOS CONEXOS - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO**  
 (En millones de nuevos soles)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

Artefactos terapéuticos y equipos médicos, incluye Otros productos médicos.

## 2. Análisis por tipo de cobertura

Desde la perspectiva de los esquemas de aseguramiento, lo primero que llama la atención es el alto gasto directo de los hogares fuera de cualquier tipo de cobertura. Este gasto alcanza el 59,7%, cifra que puede considerarse extraordinariamente alta en el contexto de la región (véase el gráfico 29).

Dado lo anterior, las coberturas de aseguramiento que se observan en los diferentes esquemas vigentes en el país, son relativamente bajas. Mientras el Seguro Social del Gobierno concentra el 22,7%, la Asistencia Social del Gobierno alcanza el 16,0% del CEH. El esquema de seguro social vinculado al empleo no puede determinarse, pues instituciones como las Fuerzas Armadas mantienen su información en calidad de reservada, práctica que fue bastante común en varios países de la región hasta hace algún tiempo.

Los seguros voluntarios se encuentran muy poco extendidos en el país, representando apenas un 1,6%, y no se dispone de información para la ISFLSH, aunque se considera que este componente es marginal.

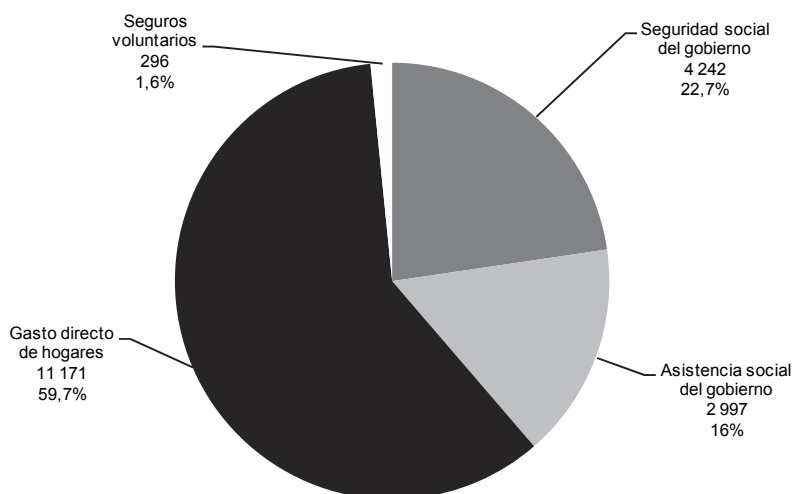
En cuanto a los copagos bajo diferentes esquemas de aseguramiento, la información proporcionada señala que no son utilizados generalizadamente y se consideran marginales en el financiamiento. La modalidad de pagos en dinero no es utilizada como forma de financiamiento del CEH en salud.

Como se mencionó, en este estudio se ha incluido, bajo la categoría seguros voluntarios, a las indemnizaciones pagadas por las sociedades financieras de seguros (NS\$ 296), mientras las cifras reportadas por el INEI no lo incluyen.

Ni el reciente trabajo de Cuentas Nacionales de Salud (MINSa, 2008), ni el estudio de Cuentas Satélites de Salud (PHR, 1998) realizan una apertura del gasto por tipo de cobertura o esquema de aseguramiento en salud, bajo la misma clasificación utilizada en este trabajo. Sin embargo, esta desagregación puede deducirse de la información que proporcionan los cuadros de Componentes del Gasto en Salud por unidades de financiamiento (véase PHR, 1998).

**GRÁFICO 29**  
**PERÚ 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR TIPO DE COBERTURA**

*(En millones de nuevos soles y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

### 3. Análisis por sector institucional

El sector institucional hogares explica mayoritariamente el gasto de consumo final, representando el 61,3% del CEH, mientras el sector institucional Gobierno General representa el 38,7%. No se dispone de cifras para el sector de las ISFLH, aunque se considera marginal, razón por la cual se presenta agregado con el sector hogares (véase el gráfico 30).

Si bien el estudio más reciente (MINSA, 2008) no proporciona una desagregación del gasto por sector institucional, la Cuenta Satélite de Salud para el año 1995 (PHR, 1998) entregaba información bastante desagregada por sector institucional que ejecuta el gasto.

Siguiendo la misma definición que se presentó, se han recalculado las cifras para el año 1995 sobre la base de dicha Cuenta Satélite de Salud. Esta muestra que el gasto de consumo de los hogares explicaba el 77,2%, el gasto de consumo individual del gobierno el 29,6% y el gasto de consumo de las ISFLSH el 1,7%.

Al realizar la desagregación del gasto de consumo final en el que incurre el sector Hogares, se observa que el 97,4% corresponde a gasto de bolsillo (véase el gráfico 31).

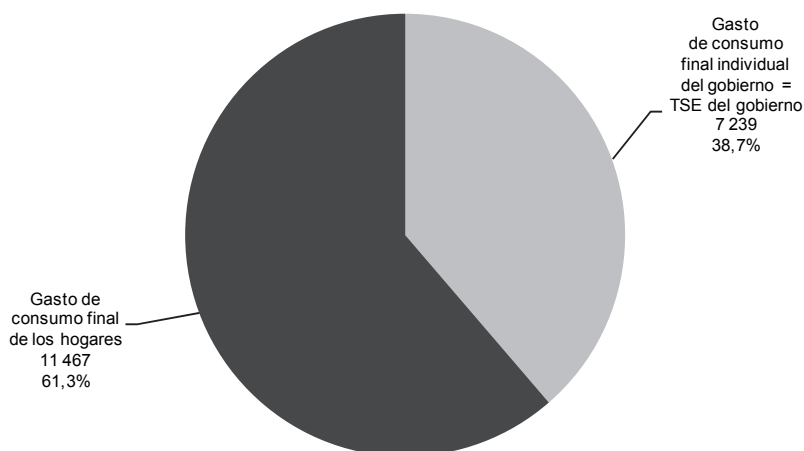
El monto que aparece como pagos bajo distintos esquemas de aseguramiento, corresponde a las indemnizaciones pagadas por los seguros voluntarios. El efecto que provoca esta opción metodológica desde la perspectiva de los sectores institucionales, es el aumento del gasto de consumo de los hogares, aunque levemente, en relación a las cifras reportadas por el INEI (véase el anexo 5).

El gasto de bolsillo se explica casi exclusivamente por los pagos directos que realizan los hogares fuera de cualquier esquema de aseguramiento (véase el gráfico 32).

Respecto de los pagos bajo distintos esquemas de aseguramiento, en su totalidad corresponden a pagos de sociedades financieras de seguros considerados en el SCN como gasto de consumo de los Hogares.

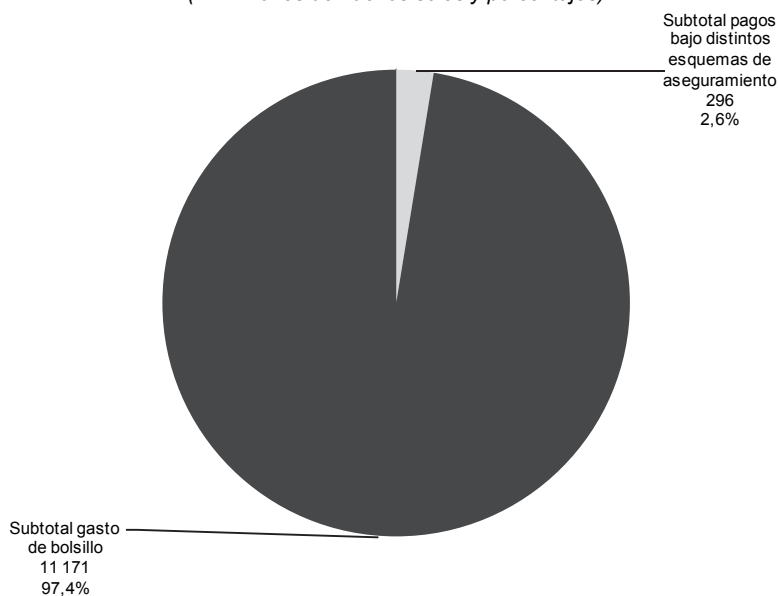
Adoptando los mismos ajustes que se realizaron para hacer comparable la cobertura de la Cuenta Satélite de Salud 1995 con el presente estudio, se puede advertir que el gasto de bolsillo representaba en esa época un 45,7% del CEH en salud.

**GRÁFICO 30**  
**PERÚ 2009: CEH EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
*(En millones de nuevos soles y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

**GRÁFICO 31**  
**PERÚ 2009: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DEL SECTOR HOGARES**  
*(En millones de nuevos soles y porcentajes)*

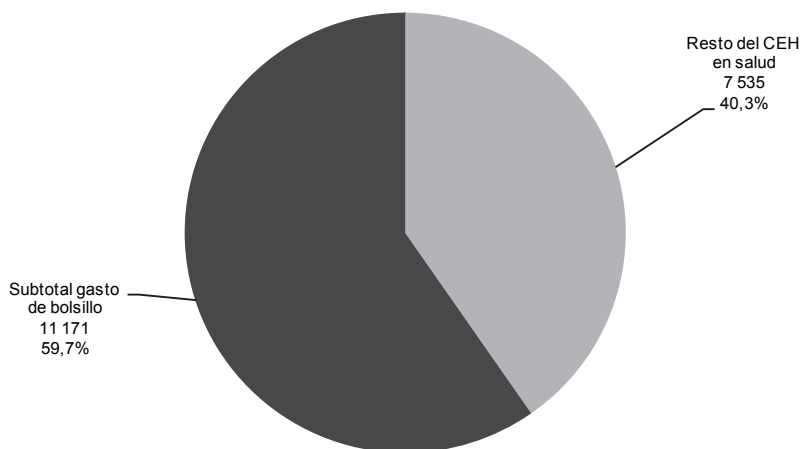


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

## C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud

El sistema de salud en el Perú es clasificado a grandes rasgos en público y privado, forma en la que son presentadas las estadísticas de salud en las Cuentas Nacionales.

**GRÁFICO 32**  
**PERÚ 2009: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**  
*(En millones de nuevos soles y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2012) de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.

El subsector público está conformado por el MINSA, el Seguro Social de Salud (EsSalud, Instituto Peruano de Seguridad Social) y los servicios de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (Sanidad). Concentra la mayor cantidad de hospitales, centros de salud y puestos de salud, ubicados en zonas rurales dispersas y zonas marginales urbanas. El MINSA es la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional.

La salud privada concentra sus unidades económicas en las principales ciudades del país, y está conformada por clínicas especializadas y no especializadas, centros médicos, policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios, servicios médicos por imágenes, etc.

En la actualidad se está realizando una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud en el Perú, a través del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). En consecuencia, esta descripción puede diferir de la situación que se presenta en las cifras para el año 2009.

## 1. El Ministerio de Salud

El MINSA atiende en forma predominante a la población de escasos recursos, que no cuentan con un seguro privado, o no se encuentran adscritos a la Seguridad Social. Los servicios de salud controlados por esta entidad se canalizan a través de las prestaciones externas de salud a la población o a través de lo que se denomina Seguro Integral de Salud (SIS).

La estructura central del Ministerio de Salud cuenta con un órgano de Alta Dirección (Ministro y Viceministro), órganos de Control y Asesoría (Planificación, Asesoría Jurídica, Epidemiología y Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa), de Apoyo (Administración, y Estadística e Informática) y de Línea (Salud de las personas, Salud Ambiental y Medicamentos, Insumos y Drogas).

Existen además dos tipos de órganos desconcentrados: los Institutos Especializados (Salud Mental, Rehabilitación, Salud del Niño, Enfermedades Neoplásicas, Ciencias Neurológicas, Oftalmología y Materno Perinatal) y las Direcciones Regionales o Departamentales de Salud (DIRESA). Estas últimas tienen a su cargo por delegación funciones de autoridad y control sanitario, así como la provisión de servicios en forma zonificada a través sus unidades correspondientes.

Por disposición de la ley de salud (Congreso de la República, 1997), el MINSA es la máxima autoridad sanitaria, tiene a su cargo la rectoría del sector y es responsable de la dirección y gestión de la

política nacional de salud, así como de supervisar su cumplimiento, de conformidad con la política general del gobierno.

Las principales fuentes de financiamiento provienen del Tesoro Público, y en menor medida de parte de los hogares que pagan parcialmente los servicios de atención médica, diagnóstico por imágenes, laboratorio, etc. No obstante, en términos relativos dicho aporte es marginal para efectos de financiamiento del sistema.

## **2. El Seguro Integral de Salud**

El Seguro Integral de Salud es un organismo público adscrito al Ministerio de Salud, que tiene por finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, sea privado voluntario o de la Seguridad Social. Prioriza aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

Es también una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y su objetivo es captar y gestionar fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y la cobertura de riesgos de salud de los asegurados bajo el AUS.

Tiene, entre otras funciones:

- Promover la afiliación de grupos poblacionales no cubiertos actualmente por alguno de los sistemas de aseguramiento público, privado o mixto.
- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus derechohabientes puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

Como IAFAS tiene la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley y demás normas pertinentes.

## **3. Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional**

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional brindan servicios de salud a sus miembros, familiares directos y trabajadores a través de sus propios establecimientos de salud. Se financian principalmente con los fondos del Tesoro Público, y en menor medida con copagos de los familiares de los titulares.

## **4. Instituto Peruano de Seguridad Social de Salud (EsSalud)**

Es una institución comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, principalmente de los trabajadores dependientes, y en menor medida de los trabajadores independientes a través de seguros especiales, con la finalidad de llegar a la universalización de la seguridad social en el país.

Cuenta con hospitales generales, policlínicos y establecimientos especializados de salud, ubicados estratégicamente en todo el Perú, a fin de satisfacer la demanda de salud existente entre la población asegurada y no asegurada. Así también, posee Centros del Adulto Mayor (CAM) y Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERP).

Se financia principalmente con aportes de empleadores y de los trabajadores en caso que sean independientes. Los trabajadores dependientes no aportan contributivamente. El año 2009, 7,7 millones peruanos eran beneficiarios de este sistema, lo que representa aproximadamente el 26% de la población, de los que 94% eran asegurados regulares.

Bajo el esquema metodológico que aquí se adopta, el financiamiento del CEH en salud que provee el MINSa y el SIS, han sido clasificados en la categoría de Asistencia Social del gobierno, principalmente por tratarse de esquemas de aseguramiento para poblaciones de escasos recursos sin cobertura de los seguros sociales ni de seguros voluntarios.

Por falta de información para realizar una mejor apertura, los esquemas de aseguramiento de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (Sanidad) también son incluidos en esa categoría, no obstante,

sería adecuado considerarlos en la categoría seguro social vinculado al empleo, dado que están orientados exclusivamente al personal de dichas instituciones y sus familiares. En consecuencia, la categoría seguro social vinculado al empleo no registra gasto.

EsSalud es clasificada como Seguridad Social del gobierno, en la medida en que se ajusta plenamente a dicha definición. La Asistencia social de las ISFLSH no registra gasto principalmente porque se consideran marginales aquellas que operan como productores no de mercado.

## **5. Seguros privados**

Finalmente, los escasos seguros privados que operan en el país son clasificados como seguro voluntario y han sido considerados aquí tanto desde la perspectiva de la producción como desde el financiamiento del CEH en salud.

Fuera de dichos esquemas de aseguramiento se encuentra el pago directo de los hogares, que se concentra preferentemente en medicamentos.

Desde la perspectiva de los sectores institucionales, la totalidad del gasto de bolsillo corresponde a pago directo, ya que no se tiene registro de los copagos y se consideran marginales.

Para completar el gasto de consumo final de los hogares, se agrega al gasto de bolsillo, los pagos que realizan las sociedades financieras de seguros. En este caso se ha incluido las indemnizaciones pagadas por seguros de enfermedad y accidentes.

El gasto de consumo final individual del gobierno está compuesto por la provisión en especie de servicios característicos de la Seguridad Social y por provisión directa de servicios en el caso de Asistencia Social de gobierno.





## VII. Uruguay

---

### A. Antecedentes

Uruguay viene realizando hace años varios estudios puntuales sobre gasto y financiamiento en salud bajo el enfoque de las denominadas Cuentas Nacionales de Salud o metodología de Harvard. En los últimos años, estos esfuerzos se han institucionalizado al interior del Ministerio de Salud Pública, actualizando anualmente las cifras.

En materia de Cuentas Satélites de Salud, no existen trabajos en el país, razón por la cual este estudio constituye un primer paso en esa línea.

El Banco Central del Uruguay (BCU) es la institución responsable de las Cuentas Nacionales del país.

Los resultados que aquí se presentan han sido el fruto de un trabajo colaborativo entre el BCU y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

### B. Resultados generales

La información disponible permitió realizar una estimación del consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud para el año 2008, que asciende a 56 624 515 miles de pesos uruguayos, lo que representa 8,9% del PIB y 805,9 dólares *per-capita*<sup>40</sup> (véase el anexo 2)<sup>41</sup>.

Cabe señalar que el estudio más reciente sobre gasto y financiamiento en salud elaborado por el Ministerio de Salud Pública (2010), reporta un gasto total en salud para el mismo año de 50 491 343 miles de pesos uruguayos, lo que representa el 7,7% del PIB, cifra que permite validar en primera instancia el orden de magnitud que se estima en el presente estudio.

Sin embargo, la diferencia representa un 10,8% y por definición el consumo efectivo de los hogares debiera ser menor al gasto total que incluye, por ejemplo, el gasto de consumo colectivo del Gobierno en salud o la Formación de capital, entre otros conceptos.

---

<sup>40</sup> PIB a precios corrientes de mercado (CEPAL, 2013). Población estimada linealmente para 2008 sobre la base de datos quinquenales de CELADE (2013). Para convertir a dólares corrientes se utilizó el tipo de cambio implícito (20,9 pesos uruguayos=1 dólar) en las series de CEPAL en moneda nacional y dólares americanos.

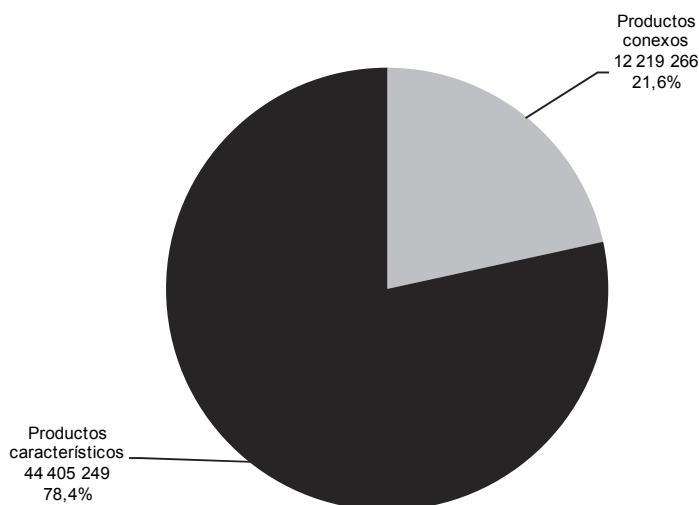
<sup>41</sup> Para un mayor detalle de la metodología, en el caso de los países incluidos en el primer Estudio Piloto, véase el anexo 3.

La explicación de esta diferencia se relaciona principalmente con la disponibilidad de mejor información, hecho a que ha posibilitado una corrección en las cifras de Cuentas Nacionales.

## 1. Análisis por productos

Una primera desagregación de la información por productos muestra que un 78,4% del consumo efectivo de hogares corresponde a productos característicos de la salud, mientras el restante 21,6% está representado por productos conexos (véase el gráfico 33).

**GRÁFICO 33**  
**URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS**  
*(En miles de pesos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <<http://www.bcu.gub.uy/>>.

Una desagregación parcial, que considera exclusivamente el gasto de bolsillo en salud permite advertir que los productos farmacéuticos representan un 39,2%. El subtotal de Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos representa en su conjunto 41,5% (véase el gráfico 34).

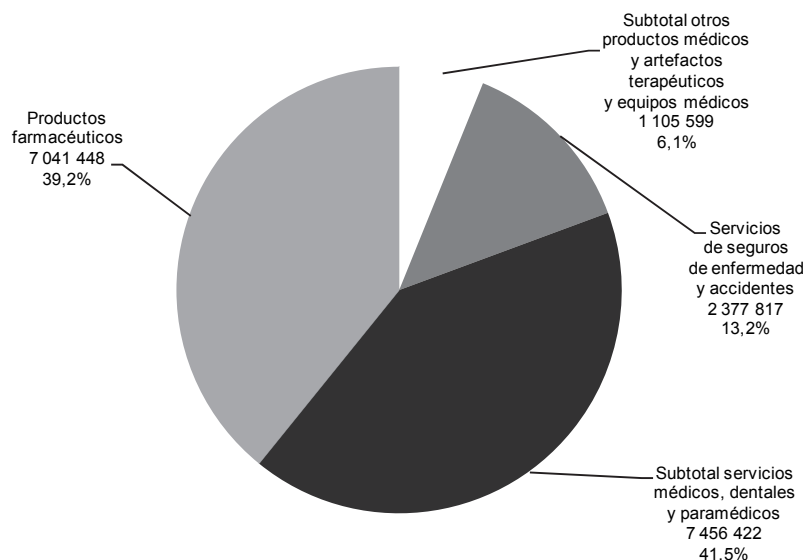
Llama la atención que los Servicios de seguros de enfermedad y accidentes representan un 13,2% del gasto de bolsillo y que los servicios de hospital sean igual a cero (0,0%), es decir, que no existan gastos de bolsillo por este concepto.

La alta participación del primer componente está explicada por los seguros de accidentes, los que por obligación legal deben ser contratados con el Banco de Seguros del Estado. Esto representa en promedio el 1,0% de la remuneración nominal como prima por cada empleado.

La información disponible también permite realizar la desagregación del consumo efectivo de hogares en salud. De esta forma se obtiene que el mayor componente está representado por los servicios de hospital, con el 48,6%, seguidos por el subtotal de Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos. En tanto, los productos farmacéuticos representan un 15,4% (véase el gráfico 35).

**GRÁFICO 34**  
**URUGUAY 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, POR PRODUCTOS**

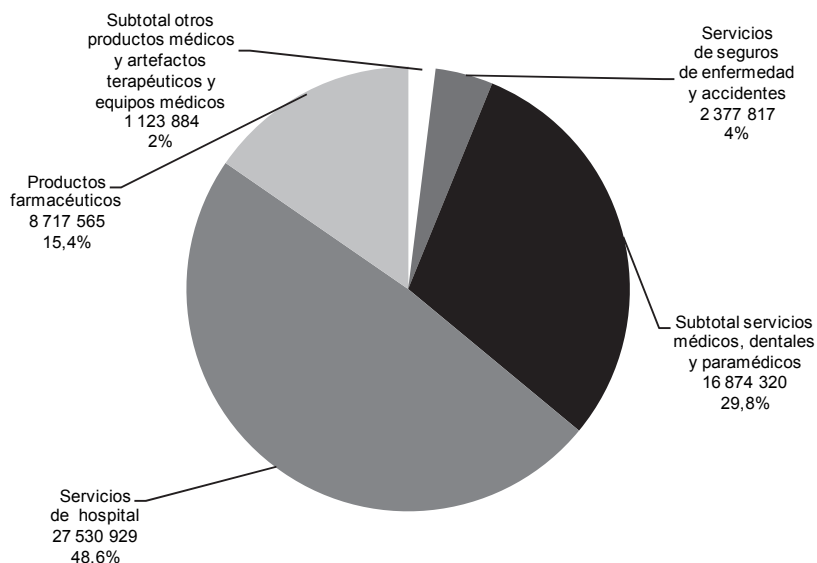
(En miles de pesos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <<http://www.bcu.gub.uy/>>.

**GRÁFICO 35**  
**URUGUAY 2008: DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO EN SALUD, POR PRODUCTOS**

(En miles de pesos y porcentajes)

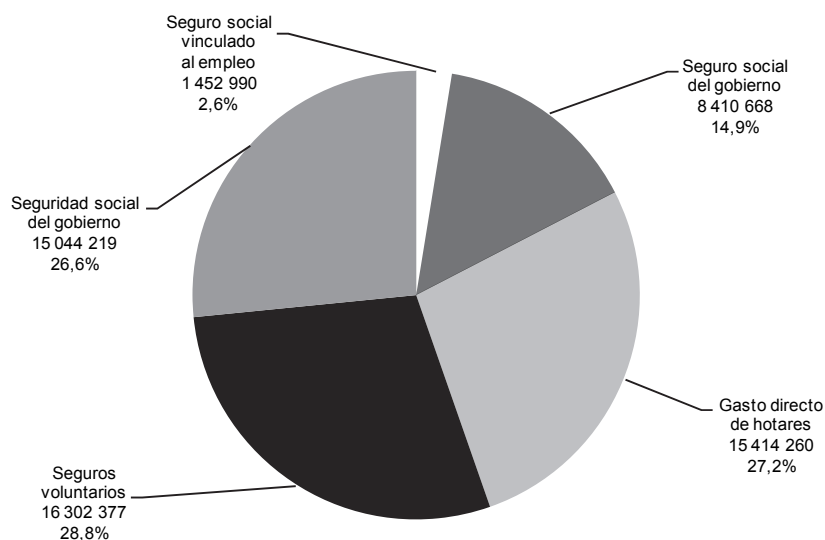


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <<http://www.bcu.gub.uy/>>.

## 2. Análisis por tipo de cobertura

Al descomponer estas cifras por tipo de cobertura, se observa que el esquema de seguros voluntarios representa el 28,8%, siendo superior al gasto directo de hogares, que representa 27,2% (véase el gráfico 36).

**GRÁFICO 36**  
**URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN SALUD, POR TIPO DE COBERTURA**  
 (En miles de pesos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <http://www.bcu.gub.uy/>.

La Seguridad Social del gobierno representa el 26,6%, en tanto que la Asistencia Social del gobierno participa con un 14,9% y el seguro social vinculado al empleo con el 2,6%.

No existen datos disponibles para estimar la participación de la Asistencia Social de las ISFLSH, las que de todas formas se consideran marginales.

Cabe tener presente que el peso que muestra el esquema de seguros voluntarios refleja la situación cuando recién comenzaba la Reforma de Salud, siendo todavía muy baja la afiliación al Fondo Nacional de Salud (FONASA). De acuerdo al informe de afiliados al 31 de diciembre de 2008, estos llegaban a 1 377 743 personas, en tanto al 31 de diciembre de 2011 estos crecieron a 1 864 101 personas. Por otra parte, los seguros integrales y parciales tienen la libertad de fijar el valor de la prima y otorgar diferentes planes de aseguramiento. En consecuencia, se están incluyendo aquí los ingresos por primas suplementarias de los beneficiarios del FONASA que tenían contratado previamente un seguro voluntario, a pesar de que el valor de las *capitas* se contabiliza como parte de los recursos de la Seguridad Social del gobierno.

### 3. Análisis por sector institucional

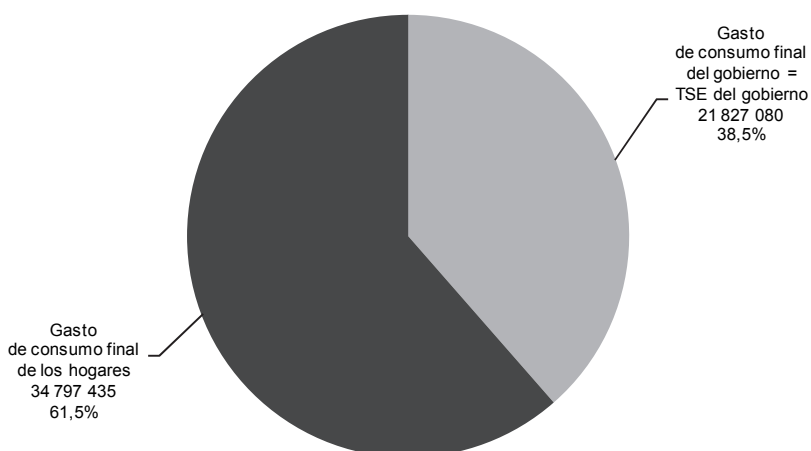
Al llevar a cabo la desagregación del consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud por desglose del gasto final, llama la atención que el 61,5% corresponda al gasto de consumo final de los hogares, mientras que el 38,5% corresponde al gasto de consumo final individual del gobierno (véase el gráfico 37).

No se dispone de datos para las ISFLSH, razón por la cual dicho componente, que se considera marginal, ha sido agregado al gasto de consumo final de los hogares en una sola categoría.

Al realizar la desagregación del gasto de consumo final de los hogares, se observa que un porcentaje importante corresponde a pagos bajo distintos esquemas de aseguramiento, el que representa un 48,3%. De esta forma, el gasto de bolsillo cae significativamente a un 51,7% (véase el gráfico 38).

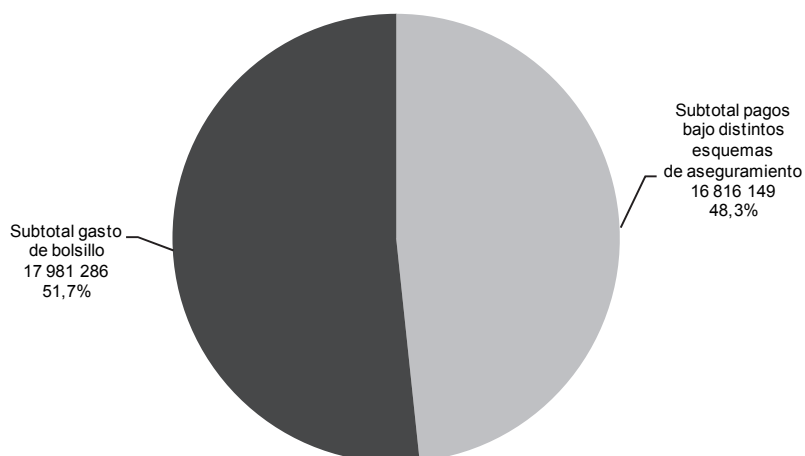
Finalmente, si se considera el total del consumo efectivo de hogares se observa que el gasto de bolsillo representa el 31,8%. El restante 68,2% corresponden a pagos bajo diferentes esquemas de aseguramiento, que se considera gasto de consumo de los hogares (véase el gráfico 39).

**GRÁFICO 37**  
**URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES, POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
*(En miles de pesos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <http://www.bcu.gub.uy/>.

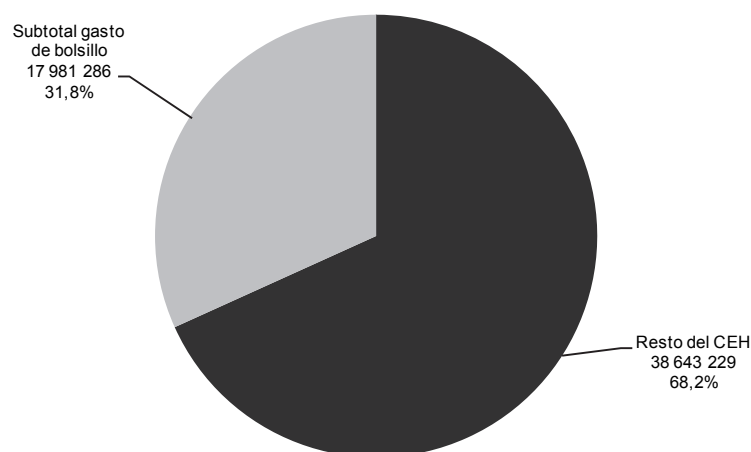
**GRÁFICO 38**  
**URUGUAY 2008: DESAGREGACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO DE HOGARES**  
*(En miles de pesos y porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <http://www.bcu.gub.uy/>.

La diferencia entre el gasto de bolsillo y el gasto de consumo final de los hogares, se debe principalmente al peso que representa el financiamiento del gasto bajo un esquema de seguros voluntarios como se mostró en el análisis por tipo de cobertura.

**GRÁFICO 39**  
**URUGUAY 2008: CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**  
 (En miles de pesos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos internos no publicados del Banco Central del Uruguay (BCU, s/f), en <http://www.bcu.gub.uy/>.

### C. Sistema de salud y consumo efectivo de los hogares en salud

El sistema de salud de Uruguay inició un proceso de reforma, que entró en vigencia el año 2008. Dicho proceso se encuentra en implementación por lo que es difícil hacer una descripción acabada, en la medida en que muchas de las instituciones del antiguo sistema se encuentran en tránsito hacia el nuevo esquema.<sup>42</sup>

El Ministerio mantiene básicamente las funciones de rectoría del sistema, sin realizar en forma directa las funciones de financiamiento ni de provisión de servicios. No obstante, a varias entidades dependientes del Ministerio les corresponde funciones de organización y coordinación del nuevo esquema.

El 1 de enero de 2008, mediante ley (Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2007), se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que postula como principios rectores la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios sanitarios.

En la misma fecha se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio con participación de trabajadores, usuarios y representantes de las instituciones que prestan servicios sanitarios integrales.

El SNS se conforma a partir del antiguo Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS), al cual tenían derecho los trabajadores privados del país. Su financiamiento proviene del FONASA creado el año 2007, a partir del cual comienza un proceso de ampliación de la cobertura a nuevos grupos poblacionales.

Además de los trabajadores privados previamente adscritos, se integran los trabajadores públicos sin cobertura y los pasivos de menores ingresos. A partir de enero de 2008 se integran los hijos menores de 18 años y/o discapacitados a cargo de un beneficiario del FONASA y aquellos trabajadores que estuvieran afiliados y se jubilan. Luego ingresan el resto de los trabajadores públicos y los trabajadores de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), de la Universidad de la República (UDELAR) y del Poder Judicial.

<sup>42</sup> Toda la información reportada corresponde a la publicación Ministerio de Salud Pública (2010).

La administración del Seguro Nacional de Salud (SNS) es realizada por la JUNASA sobre la base de contratos de gestión con prestadores integrales.

Los aportes recaudados otorgan el derecho a la atención del trabajador y sus hijos a través de los prestadores integrales del SNIS, público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o los seguros integrales.





## VIII. Análisis comparado de los principales indicadores

---

Si bien el objetivo principal del presente estudio es la determinación del consumo efectivo de los hogares en productos específicos de la salud para cada uno de los países seleccionados, se ha considerado relevante presentar algunos antecedentes complementarios en el ámbito demográfico, económico y de organización del sistema sanitario. De esta forma se pueden contextualizar de alguna manera las cifras reportadas.

En el análisis que se presenta por país, se hizo un esfuerzo por utilizar indicadores pertinentes en cada ámbito, cifras oficiales validadas por los países y comparables, más allá de las limitaciones propias de los indicadores disponibles. De esta forma, los datos presentan una visión panorámica de la realidad de los seis países en relación a esta dimensión del sistema de salud (véase el anexo 6).

### A. Indicadores demográficos y económicos

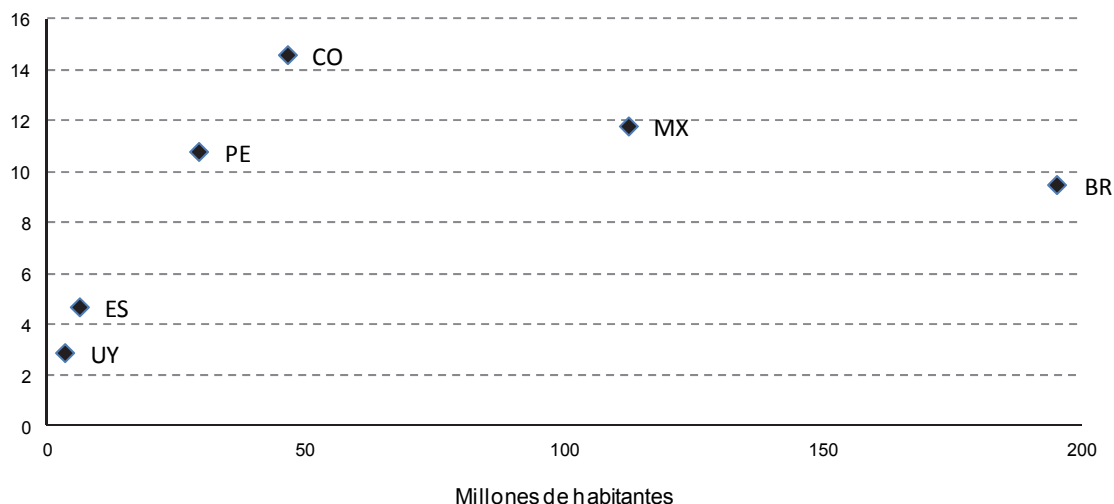
Una primera aproximación consiste en revisar el tamaño de la población y su tasa de crecimiento. De esta forma se puede observar la magnitud potencial de la demanda por servicios de salud y su evolución en el periodo (véase el gráfico 40).

Lo primero que se observa es una alta dispersión, tanto en tamaño como en crecimiento poblacional. En una visión preliminar, se advierte que Uruguay y El Salvador presentan mayor similitud que el resto del grupo, no obstante, al revisar en detalle las cifras se observan diferencias significativas entre ambos países.

Desde el punto de vista del tamaño poblacional, Uruguay es el país más pequeño con 3,4 millones de habitantes, mientras Brasil alcanza 195,2 millones de habitantes, cifra que representa 58 veces el tamaño del primero. En cuanto al crecimiento de la población, se observa que Uruguay, el país más pequeño del grupo, alcanzó una tasa de 2,9 por mil habitantes. En el otro extremo, Colombia es el país que registra la tasa más alta, alcanzando 14,6 por mil habitantes. En consecuencia, la tasa registrada por Colombia representa 5 veces la registrada por Uruguay.

**GRÁFICO 40**  
**POBLACIÓN TOTAL (2010) Y TASA DE CRECIMIENTO (2005-2010)**

*(En porcentajes por cada mil habitantes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>.

La similitud que se observa entre Uruguay y El Salvador, que sin duda existe en términos relativos, debe ser analizada en mayor detalle. Desde la perspectiva del tamaño poblacional, El Salvador supera a Uruguay en un 84%, mientras la tasa de crecimiento poblacional supera la de Uruguay en 62%.

Al relacionar el nivel de desarrollo económico, medido por el PIB *per-capita*, con el estado de salud promedio de la población, medido a través de la esperanza de vida al nacer, se observa una interesante correlación positiva entre las variables (véase el gráfico 41).

Uruguay alcanza la mayor esperanza de vida con 76,2 años, seguido por México con 75,7 años. Los mismos países presentan un PIB *per-capita* de 9 061 dólares y 8 943 dólares, respectivamente.

En el otro extremo se ubica El Salvador que registra 71,3 años y un PIB *per-capita* de 3 340 dólares.

En una zona intermedia se ubican Colombia y Perú, tanto en términos de PIB *per-capita* como en cuanto a esperanza de vida, estando en general más cerca de El Salvador.

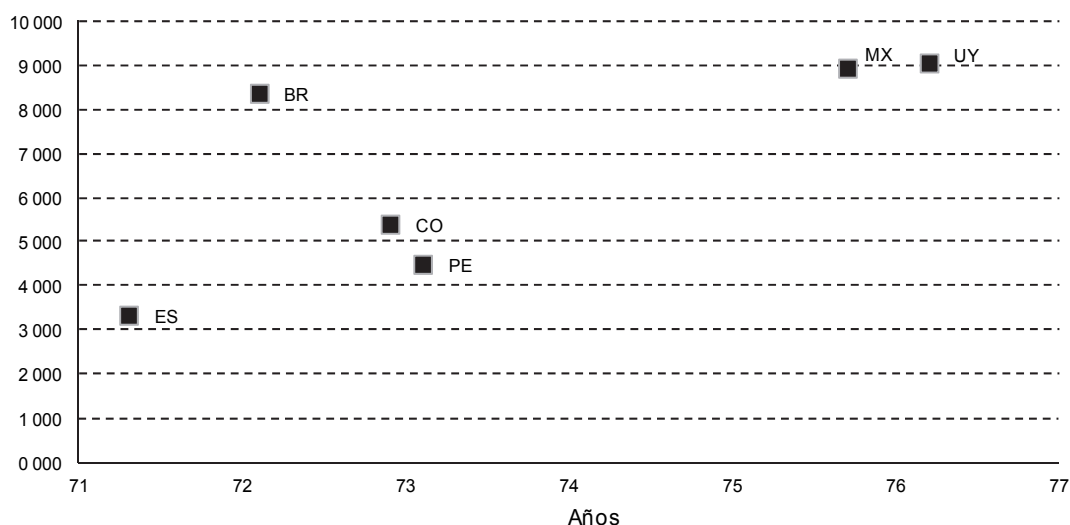
El caso de Brasil parece estar fuera de esta correlación, ya que con un PIB *per-capita* de 8 374 dólares, bastante cercano a Uruguay y México, se encuentra bastante rezagado en materia de esperanza de vida con 72,1 años, estando más cercano El Salvador, Colombia y Perú.

Si se considera Uruguay y El Salvador como extremos para efectos de comparación, se observa que el primero posee un PIB *per-capita* que representa 2,7 veces el del segundo. En tanto, la esperanza de vida del primero es 4,9 años superior que la del segundo.

Al relacionar ahora el nivel de pobreza con la esperanza de vida, se mantienen en los extremos Uruguay y El Salvador, la dispersión es bastante mayor y no es posible identificar una correlación tan marcada como la anterior (véase el gráfico 42).

El Salvador, además de presentar la menor esperanza de vida, posee mayor porcentaje de la población bajo la línea de la pobreza, con un 47,9%. En el otro extremo, Uruguay con una esperanza de vida alta, presenta el menor porcentaje de pobreza, con 13,7%.

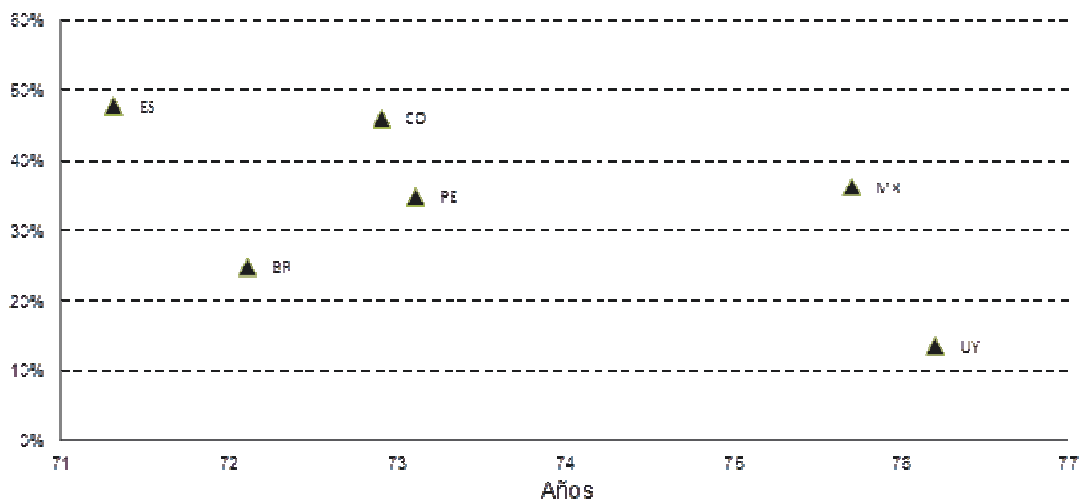
**GRÁFICO 41**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER (2005-2010) Y PIB PER CÁPITA**  
*(En dólares americanos)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>.

Nota: El dato del PIB corresponde al año para el cual se realizó el cálculo del consumo efectivo de hogares en salud en cada caso.

**GRÁFICO 42**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER (2005-2010) Y POBREZA**  
*(En porcentajes)*



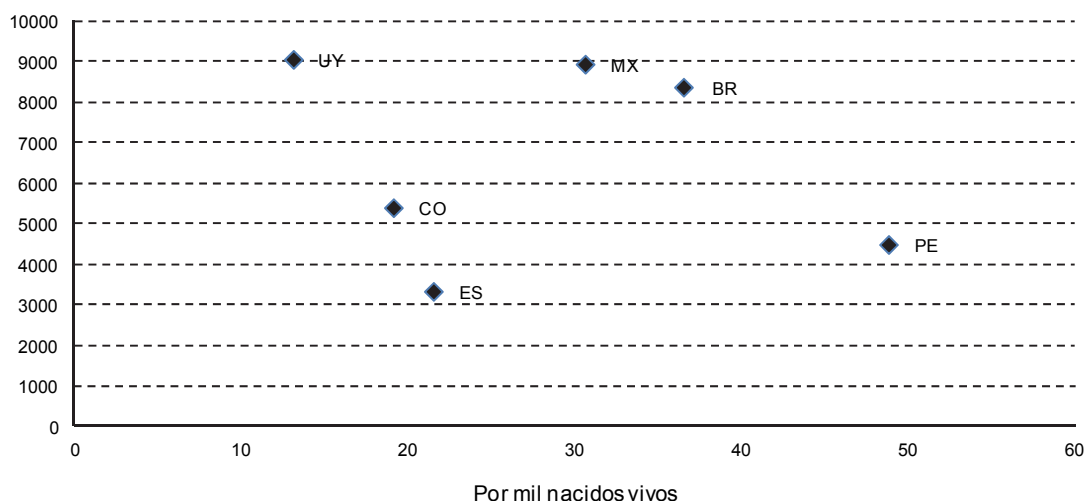
Fuente: Elaboración propia sobre la base de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>.

No obstante, las situaciones de Brasil y México se escapan bastante de lo que podría ser una correlación negativa y significativa. En el caso de Brasil, con una esperanza de vida más bien baja en el grupo (72,1 años) posee un nivel de pobreza relativamente bajo en el grupo con 24,9%. En cambio, México registra una esperanza de vida más bien alta en el grupo (75,7 años) y un nivel de pobreza relativamente alto (36,3%).

Una situación similar a la anterior se observa al relacionar la tasa de mortalidad infantil con el PIB *per-capita*. Nuevamente encontramos una alta dispersión (véase el gráfico 43).

Nuevamente Uruguay muestra una posición privilegiada, con un alto PIB *per-capita* para el grupo, presentando la menor tasa de mortalidad infantil con un 13,1 por mil nacidos vivos. En el otro extremo, en cambio, la situación no es tan clara.

**GRÁFICO 43**  
**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (2005-2010) Y PIB PER CÁPITA**  
(En dólares americanos)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>.

Nota: El dato del PIB corresponde al año para el cual se realizó el cálculo del consumo efectivo de hogares en salud en cada caso.

El Salvador registra el menor nivel de PIB *per-capita*, sin embargo, mayores tasas de mortalidad infantil registran México, Brasil y especialmente Perú con 48,8 por mil nacidos vivos.

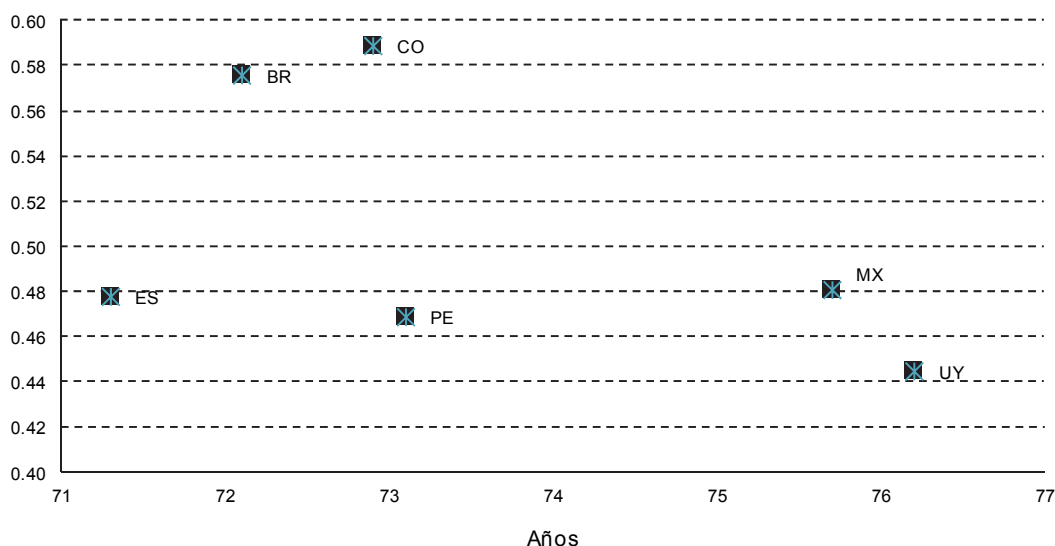
Finalmente, al relacionar la esperanza de vida con el índice de Gini, la dispersión resulta alta. A pesar de ello, Uruguay y México muestran cierta similitud (véase el gráfico 44).

En el caso de Uruguay, el Gini es el más bajo del grupo con 0,445, en tanto México presenta un Gini de 0,481. Ambos países presentan la esperanza de vida del grupo más altas y siendo los países con menor desigualdad del grupo.

Brasil y Colombia son los países con mayor desigualdad de este grupo con Gini de 0,576 y 0,589, respectivamente. Si bien no son los países con la esperanza de vida más baja, se alejan significativamente de Uruguay y México.

Los casos de El Salvador y Perú, si bien presentan una esperanza de vida más baja que los primeros, el Gini no es tan distinto, con 0,478 y 0,469, respectivamente.

**GRÁFICO 44**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER (2005-2010) E ÍNDICE DE GINI**  
 (En decimales)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>.

## B. Indicadores de consumo efectivo de hogares en salud

En el presente apartado se realiza una comparación de diferentes indicadores del consumo efectivo de hogares en productos específicos de salud. Esta información debe ser analizada considerando los antecedentes presentados en el apartado anterior, ya que se encuentran fuertemente relacionados (véase el gráfico 45).

El gráfico 46 presenta el peso relativo del consumo efectivo de hogares en salud sobre el PIB. Destacan Uruguay y Brasil, países en los que este indicador es cercano al 9%, porcentaje que resulta superior a los demás países del grupo.

Si bien los otros cuatro países muestran mayor similitud, es posible advertir que los niveles más bajos y similares se encuentran en Perú y Colombia con cifras cercanas al 5%. En tanto, El Salvador y México se ubican cercanos al 6%.

En términos de dólares por habitante, expresados en dólares corrientes para el año en que se realizó el cálculo del consumo efectivo de hogares en salud, en cada caso, Uruguay y Brasil registran un consumo efectivo de hogares en salud más alto. En un segundo nivel se puede clasificar a México, con prácticamente la mitad que el primero. En el nivel más bajo se ubica Colombia, Perú y El Salvador.

La diferencia entre los extremos es bastante significativa. Uruguay registra un consumo efectivo de hogares en salud que es 4,2 veces el de El Salvador.

El gasto de bolsillo es el indicador clásico para medir la carga financiera que poseen los hogares en salud. Es conocido que los países de la región mantienen un elevado gasto de bolsillo en comparación con los países desarrollados con sistemas de salud universales (véase el gráfico 47).

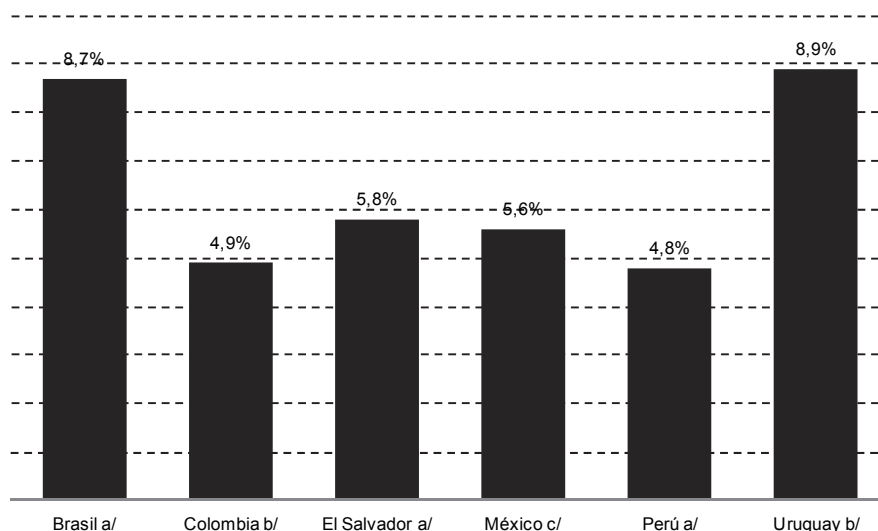
Los datos muestran que Perú y México registran un muy alto gasto de bolsillo, con porcentajes de 60% el primero y 53% el segundo. Por el contrario, Uruguay, Brasil y Colombia destacan por registrar las tasas más bajas, con 32%, 32% y 35%, respectivamente.

La situación de El Salvador es intermedia, con un 43%, que sin ser similar a las tasas que presentan México y Perú, debe ser considerada alta.

La composición del consumo efectivo de hogares en salud, por productos, es bastante irregular como se analizó en los apartados de cada país. Además de los problemas metodológicos que están presentes en este tipo de estimaciones, la disponibilidad de datos es muy dispar entre países (véase el gráfico 48).

Por esta razón, para efectos de comparación, parece adecuado hacer sólo una desagregación en productos característicos y conexos.

**GRÁFICO 45**  
**CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD COMO PORCENTAJE DE PIB**  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del presente estudio y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <<http://cepal.org>>.

<sup>a</sup> Año 2009.

<sup>b</sup> Año 2008.

<sup>c</sup> Año 2010.

La principal conclusión es que en los cinco países con información por productos, son predominantes los productos característicos de la salud por sobre los productos conexos.

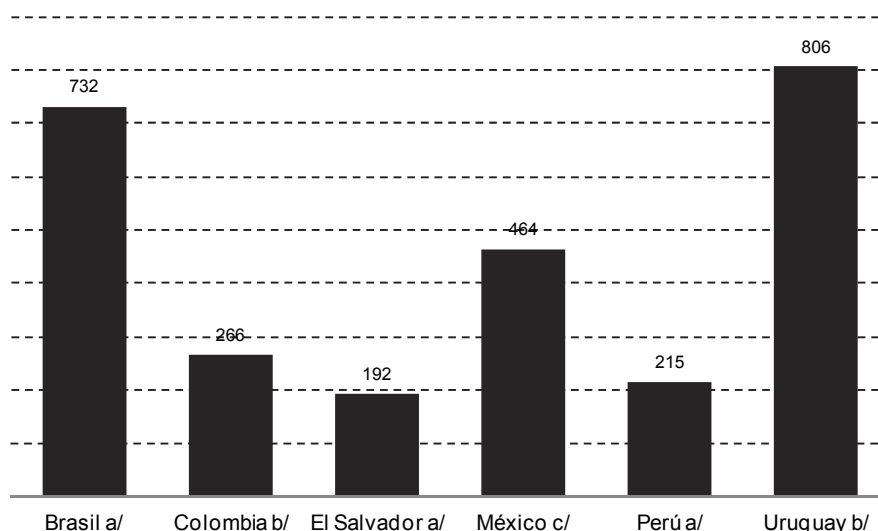
El Salvador registra la participación más baja en productos característicos con el 58%, en tanto la participación más alta se registra en Uruguay con 78%.

A pesar de esta similitud, no deja de llamar la atención la diferencia entre países, ya que entre los extremos existen 20 puntos porcentuales de diferencia. Asumiendo que la composición del consumo es relativamente similar en términos de quantum (tipo y cantidad de servicios), la diferencia en volumen de gasto puede estar explicada por diferencias de precio en determinados productos. No obstante, se requiere profundizar en este tipo de análisis para extraer conclusiones sólidas al respecto.

La distinción entre productos característicos y conexos es muy útil desde la perspectiva económica, pues los primeros son servicios producidos en el propio sector de la salud, por ejemplo, servicios ambulatorios, servicios hospitalarios o servicios de apoyo como laboratorio clínico, exámenes, entre otros, mientras que los productos conexos, sin bien se emplean en salud, son producidos en otros sectores o industrias, como por ejemplo, los medicamentos, insumos clínicos (gases u otros), servicios de seguros, entre otros.

En general, el grueso del gasto en productos conexos se explica por el gasto en medicamentos ambulatorios. Otra parte del gasto en medicamentos está incluido en el valor de los servicios característicos, donde los medicamentos son registrados como un consumo intermedio.

**GRÁFICO 46**  
**CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD PER CÁPITA**  
(En dólares corrientes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del presente estudio y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <<http://cepal.org>>.

<sup>a</sup> Año 2009.

<sup>b</sup> Año 2008.

<sup>c</sup> Año 2010.

El primero, es establecer el porcentaje del consumo que está siendo asumido directamente por los hogares fuera de cualquier esquema de aseguramiento, hecho que es considerado negativo bajo cualquier criterio de análisis. El segundo, es visualizar la organización institucional de los sistemas de aseguramiento, estableciendo el peso relativo de los diferentes esquemas en el total del consumo.

México y especialmente Perú presentan el panorama más complejo. Más de la mitad del consumo es financiado directamente por los hogares al momento de demandar los servicios y bienes de salud. En el caso de Perú esta magnitud es la más alta del grupo y asciende a un 60%. Cabe agregar que en aquellos casos en que existen copagos, estos no son incluidos en el gasto directo, quedando capturados como parte del gasto que realizan los esquemas de aseguramiento. El dato que se presenta sobre gasto de bolsillo los agrupa para dar una visión precisa de la carga financiera que soportan los hogares.

En el otro extremo se encuentra Uruguay, país que registra un 27% de gasto directo de hogares en salud, siendo el país que mayor cobertura financiera presenta en el grupo. A pesar de ello, está todavía lejos de los estándares de países desarrollados con sistemas de salud universales, donde esta variable se encuentra en torno al 10~15%.

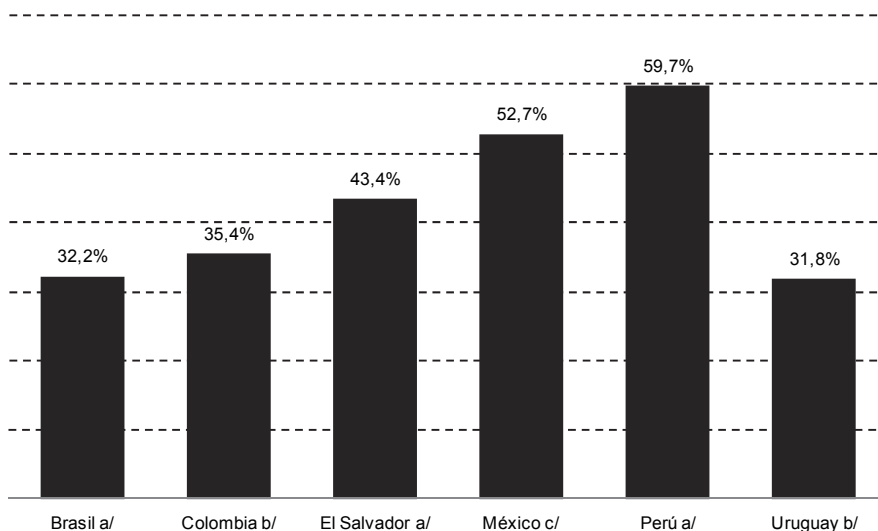
Brasil y Colombia están en un nivel similar y superior al de Uruguay, registrando el 32% y 34%, respectivamente. El Salvador posee un nivel intermedio con 43%, siendo de todas maneras bastante alto.

La desagregación del consumo efectivo de hogares en salud, por esquema de aseguramiento o tipo de cobertura, permite visualizar dos aspectos relevantes para el análisis de los sistemas de salud (véase el gráfico 49).

Al analizar la composición del aseguramiento, en función de los esquemas que posee cada país, resulta interesante advertir que la Seguridad social del gobierno se encuentra presente en todos los países del grupo, con pesos que van desde 23% en los casos de El Salvador y Perú al 41% en el caso de Brasil.



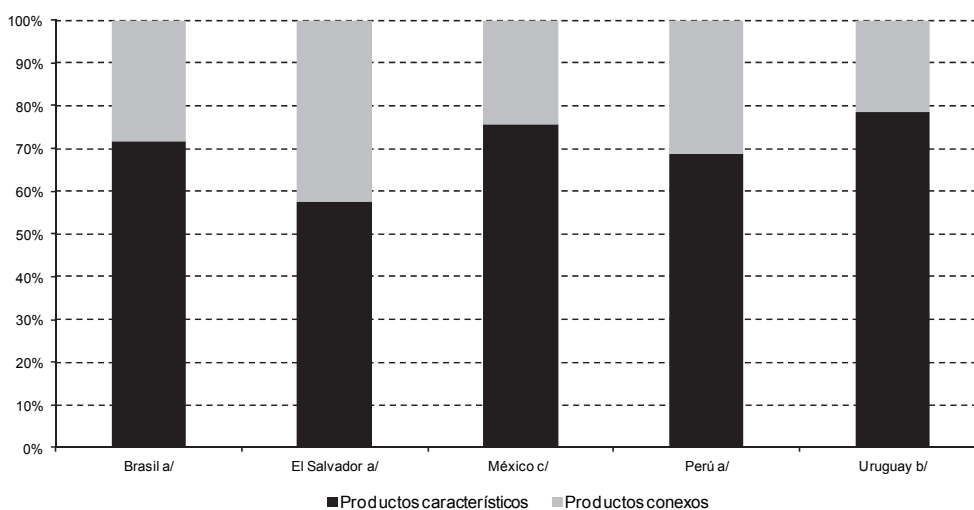
**GRÁFICO 47**  
**GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DE CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD**  
*(En porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del presente estudio y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <<http://cepal.org>>.

- a Año 2009.
- b Año 2008.
- c Año 2010.

**GRÁFICO 48**  
**COMPOSICIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR PRODUCTOS**  
*(En porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del presente estudio y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <<http://cepal.org>>.

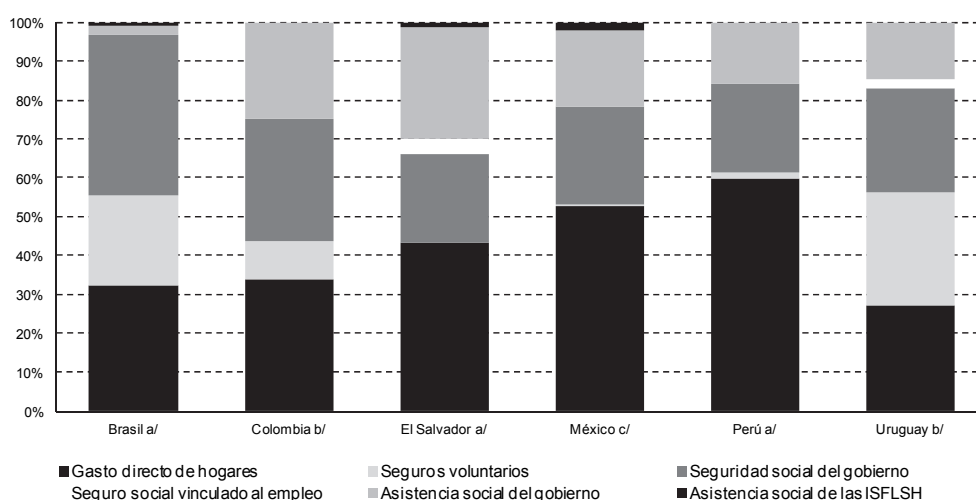
- a Año 2009.
- b Año 2008.
- c Año 2010.

Con excepción de Brasil, los esquemas de Asistencia social del gobierno también poseen una presencia importante en los países del grupo. En el caso de Uruguay, este representa un 15%, mientras en El Salvador es del 29%.

En el caso de Brasil, el peso de este esquema representa un 2%. No obstante, se debe tener presente que el sistema de salud se define como universal y es financiado preferentemente por impuestos, razón por la cual las diferencias entre un esquema de Seguridad social y de Asistencia social no tienen la connotación que pueden tener en los demás países.

Un aspecto que marca diferencias importantes entre los países es el peso relativo de los sistemas de seguros voluntarios. Mientras en los casos de El Salvador y México, y en buena medida en el caso de Perú, los seguros voluntarios son prácticamente inexistentes en cuanto a su participación en el financiamiento del consumo, en los casos de Brasil y Uruguay, alcanzan una magnitud semejante al cualquier otro tipo de esquema de aseguramiento institucional. En Brasil el peso de este tipo de cobertura alcanza 23% y en Uruguay 29%.

**GRÁFICO 49**  
**DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD POR ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO O TIPO DE COBERTURA**  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del presente estudio y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <<http://cepal.org>>.

<sup>a</sup> Año 2009.

<sup>b</sup> Año 2008.

<sup>c</sup> Año 2010.

En el caso de Colombia, si bien no posee la magnitud de los anteriores, este tipo de cobertura es del 10%.

Finalmente, resulta interesante advertir que la presencia de seguros voluntarios en estos tres países es complementaria a los esquemas de la Seguridad social y de la Asistencia social del gobierno, y coincide con países en los que el gasto directo de hogares es más bajo que en el resto.

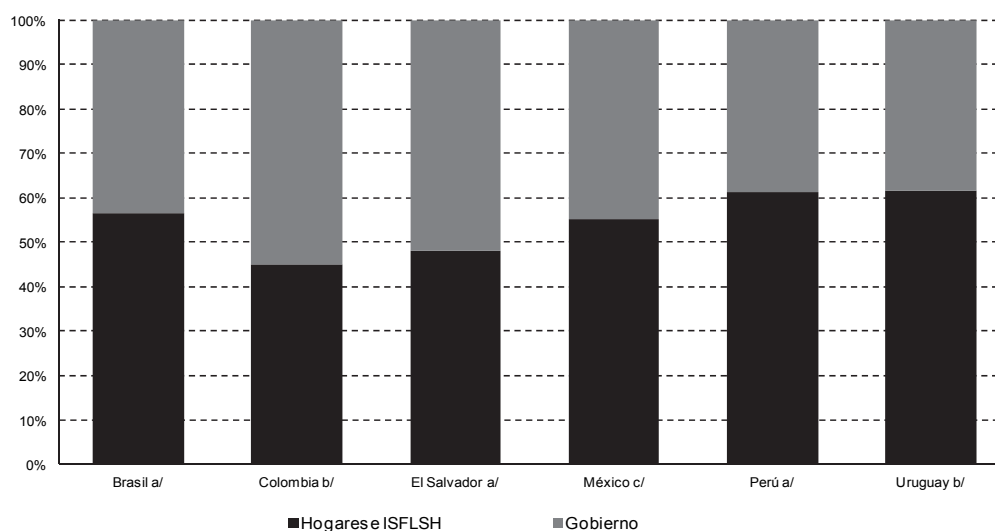
Por último, los esquemas de seguro social vinculado al empleo y de Asistencia social de las ISFLSH, además de presentar limitaciones importantes en su medición, son bastante marginales en este grupo de países.

Al descomponer el consumo efectivo de hogares en salud por sector institucional que incurre en el gasto, se observan diferencias importantes entre países. El menor gasto soportado por los hogares

corresponde a Colombia con 45%, mientras el mayor gasto de los hogares corresponde a Uruguay con 62% (véase el gráfico 50).

En los casos de Colombia y El Salvador, que son los dos países en los cuales el gasto soportado por los hogares es menor al 50%, coincide con países donde la Asistencia social del gobierno tiene un peso relevante.

**GRÁFICO 50**  
**DESAGREGACIÓN DEL CONSUMO EFECTIVO DE HOGARES EN SALUD, POR DESGLOSE**  
**DEL GASTO DE CONSUMO FINAL O POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
*(En porcentajes)*



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del presente estudio y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <<http://cepal.org>>.

<sup>a</sup> Año 2009.

<sup>b</sup> Año 2008.

<sup>c</sup> Año 2010.

## Bibliografía

---

- Arroyave, Darío (2009), *La Organización de la Salud en Colombia*, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Periódico El Pulso, agosto, Medellín, Colombia.
- BCR (Banco Central de Reserva) (2013), de El Salvador, Datos propios de Cuentas Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la VI Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2005-2006, de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y de la Secretaría Técnica de la Presidencia, Gobierno de El Salvador.
- BCU (Banco Central del Uruguay) (s/f), Datos propios en <http://www.bcu.gub.uy/>.
- Becerril-Montekio, Medina y Aquino (2011), “Sistema de Salud de Brasil”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, México D.F.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (1984), Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, (Última Reforma DOF 24/04/2013 ), *Ley General de Salud (LGS)*, México, febrero, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), División de Estadística y Proyecciones Económicas, <http://cepal.org>.
- \_\_\_\_\_ (2012), División de Estadística y Proyecciones Económicas, *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, <[http://interwp.cepal.org/anuario\\_estadistico/anuario\\_2012/](http://interwp.cepal.org/anuario_estadistico/anuario_2012/)>.
- \_\_\_\_\_ (2011), *Encabezados básicos Salud Privada*, Ronda 2011 del Programa de Comparación Internacional (PCI), en el que la CEPAL desempeñó el papel de Agencia de Coordinación Regional para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/deype/noticias/paginas/0/42790/P42790.xml&xsl=/deype/tpl/p18f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>>.
- Congreso de la República (1997), *Ley N° 26842, Ley General de Salud*, Perú, julio, <[http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley\\_general\\_salud\\_26842.pdf](http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley_general_salud_26842.pdf)>.
- Congreso de la República de Colombia (2002), *Ley 790*, en Diario Oficial N° 45.046 de 27 de diciembre, [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2002/ley\\_0790\\_2002.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2002/ley_0790_2002.html).
- \_\_\_\_\_ (2002), *Ley 789*, en Diario Oficial N° 45.046 de 27 de diciembre, [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2002/ley\\_0789\\_2002.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2002/ley_0789_2002.html).
- \_\_\_\_\_ (1993), *Ley N° 100, Sistema de Seguridad Social Integral* (artículo 155), diciembre, <<http://juriscol.banrep.gov.co:1025/home.html>>, <<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>>.

- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (2013), de Colombia, Datos propios de Cuentas Nacionales y de Encuesta de Ingresos y Gastos (presupuesto familiar) 2006-2007, y del Ministerio de Protección Social, <[www.dane.gov.co/](http://www.dane.gov.co/)>.
- \_\_\_\_\_ (2012), *Misión para el Empalme de Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad* (MESEP), *Pobreza monetaria en Colombia: Nueva metodología y cifras 2002-2010*, DANE-DNP, Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2007), *Ficha Metodológica Cuenta Intermedia de la Salud* (CIS), Colombia, noviembre, <<http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/pib/SaludCISSS.pdf>>. <[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132&Itemid=115](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=132&Itemid=115)>.
- \_\_\_\_\_ (2006-2007), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG), Colombia.
- Diario Oficial de la Federación (2008 y 2006), *Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (LSNIEG)*, México, abril, <[www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)>, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/lsnieg/lsnieg\\_i.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/lsnieg/lsnieg_i.pdf).
- DIGESTYC (Dirección General de Estadística y Censos) (2009), Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), División de Estadísticas Sociales, Delgado, julio de 2010, El Salvador, <http://www.cic.ues.edu.sv/programas-estadistica/EHPM2009.pdf>.
- \_\_\_\_\_ (2005-2006), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares (ENIGH), El Salvador.
- FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud A. C.) (s/f), página electrónica: <http://portal.funsalud.org.mx/>.
- IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) (2012), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009*, Rio de Janeiro, p. 104 (*Contas Nacionais*, N° 37), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>, *Acesso em: dez*, 2012.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Conta-Satélite de saúde: Brasil 2005-2007*, Rio de Janeiro, p. 102 (*Contas Nacionais*, N° 29), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2005\\_2007/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007/default.shtm)>, *Acesso em: dez*, 2011.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*, Rio de Janeiro, p. 133 (*Estudos e pesquisas. Informação econômica*, N° 9), disponible en: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/default.shtm)>, *Acesso em: dez*, 2011.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (s/f), Datos de Derechohabientes en página electrónica: <<http://www.imss.gob.mx/>>.
- INEGI (Instituto Nacional Estadística y Geografía) (s/f), de México, Datos de Población en página electrónica: <<http://www.inegi.org.mx/>>.
- \_\_\_\_\_ (2012), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008*, México: INEGI, c2011.
- INE (Instituto Nacional de Estadísticas) (2007), *Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento, Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006*, Informe Temático preparado por Fanny Trilesinski, Montevideo, Uruguay, julio.
- INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática) (2012), de Perú, Datos propios de Cuentas Nacionales, <<http://www.inei.gob.pe/>>.
- ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) (s/f), de México, Datos de Población Amparada en página electrónica: <<http://www.issste.gob.mx/>>.
- Libreros, Marie Monique (s/f), “Cuenta Satélite de los seguros sociales en salud de Colombia”, Proyecto ATN/FC-7895-CO financiado por el BID, DANE, Resultados para 2000 (mimeo), Bogotá, Colombia.
- MINSA (Ministerio de Salud) (2008), *Cuentas Nacionales de Salud Perú, 1995-2005*, Ministerio de Salud, Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), Perú, marzo.
- MINSAL (Ministerio de Salud) (2011), “Principales Indicadores Nacionales de Cuentas en Salud (1996-2010)”, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud y Asistencia Social, San Salvador, El Salvador, septiembre.
- \_\_\_\_\_ (s/f), *Manual del Sistema de Cuentas de Financiamiento y Gasto en Salud (Cuentas en Salud) en El Salvador (Versión Borrador)*, Ministerio de Salud de San Salvador, El Salvador.
- MSP (Ministerio de Salud Pública) (2011), *Transformar el futuro: Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Montevideo, Uruguay.
- \_\_\_\_\_ (2010), *Cuentas Nacionales en Salud 2005-2008*, División de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Montevideo, Uruguay, diciembre.
- Naciones Unidas (2008), Clasificación Central de Productos (CCP) en <<http://unstats.un.org/unsd/cr/register/cpc-2.asp>>.

- \_\_\_\_\_ (1993), Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN), Comisión de las Comunidades Europeas (CCE), Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial y Naciones Unidas, véase también la versión SCN-2008 en <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/deype/publicaciones/externas/1/50101/P50101.xml&xsl=/deype/tpl/p54f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010), Informe sobre la Salud en el mundo, La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, Ginebra, Suiza.
- OPS (Organización Panamericana de Salud) (s/f), <[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=524&Itemid=2080&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=524&Itemid=2080&lang=es)>.
- PCI (Programa de Comparación Internacional) (2011), “La Salud Privada”, Oficina Global, Manual Operativo, en <[http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-1273849421891/7071664-1288793643577/110901\\_ICP-OM\\_PrivateHealth\\_SP.pdf](http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-1273849421891/7071664-1288793643577/110901_ICP-OM_PrivateHealth_SP.pdf)>.
- PHR (Partnerships for Health Reform) (1998), *Cuentas Nacionales de Salud: Perú*, N° 12, LAC RSS, Iniciativa Reforma Sector Salud, diciembre.
- Secretaría de Salud (2004), *Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*, Dirección General de Información en Salud, México, D.F.
- Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (2007), Ley N° 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud, Montevideo, diciembre, <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>>>.
- Soto, Guadalupe, Miguel Lutzow y Rafael González (s/f), “Rasgos generales del sistema de salud en México”, capítulo 10, en <<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/cap10.pdf>>
- Tobar, Federico (2000), “Herramientas para el análisis del sector salud”, en <[http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13\\_Archivo\\_largo.PDF](http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF)>.
- Zerda, Álvaro; Velásquez, Tobar y Vargas (2001), *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos: estudios de casos de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América y Guatemala*, Washington, DC: OPS, © p. 99, ISBN 92 75 32353 4, disponible en: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/>>



## **Anexos**

---



# Anexo 1 Cálculo del consumo efectivo de los hogares en salud

**CUADRO A.1  
CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno		Asistencia social de ISFLSH		Consumo efectivo de los hogares en productos de salud	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
	Pagos de hogares	Copagos de hogares	Pagos de sociedades financieras de seguros de hogares	Copagos de hogares de seguridad social en dinero	Pagos de seguridad social en dinero	Reembolsos y prestaciones de seguridad social en especie	Copagos de hogares de seguro social (en dinero o en especie)	Copagos de hogares de asistencia social en dinero	Copagos de hogares de asistencia social en dinero	Reembolsos y prestaciones de asistencia social en especie	Copagos de hogares de asistencia social en especie	Pagos de hogares de asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de asistencia social en especie	15=1+...+14
<b>Característicos:</b>														
Servicios médicos														
Servicios dentales														
Servicios paramédicos														
Servicios de hospital														
<b>Conexos:</b>														
Productos farmacéuticos														
Otros productos médicos														
Artículos terapéuticos y equipos médicos														
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes														
<b>Total</b>														

Fuente: Sobre la base de lineamientos de Naciones Unidas (1993), Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN), Comisión de las Comunidades Europeas (CCE), Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial y Naciones Unidas, véase también la versión 2008 en <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/deype/publicaciones/externas/150101/P50101.xml&xs=/deype/tp/p54f.xsl&base=/deype/tp/top-bottom.xsl>> y de Programa de Comparación Internacional (PCI) (2011), "La Salud Privada", Oficina Global, Manual Operativo, en <[http://siteresources.worldbank.org/CPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-1273849421891/7071664-1288793643577/110901\\_ICP-OM\\_PrivateHealth\\_SP.pdf](http://siteresources.worldbank.org/CPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-1273849421891/7071664-1288793643577/110901_ICP-OM_PrivateHealth_SP.pdf)>.

**CUADRO A.2  
CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares										Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno			Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	Pagos de hogares voluntarios	Copagos seguridad social del gobierno	Copagos seguridad social vinculado al empleo	Copagos asistencia social del gobierno ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social de ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	
												6	11	14	
1	2	4	7	9	12	3	5	8	10	13	GCFH = ST GB + 3 + ... + 13	GCFG = 6 + 11	GCFG + GCF ISFLSH (14)		
<b>Característicos:</b> Servicios médicos Servicios dentales Servicios paramédicos Servicios de hospital <b>Contextos:</b> Productos farmacéuticos Otros productos médicos Artefactos terapéuticos y equipos médicos Servicios de seguros de enfermedad y															
<b>Total</b>															

Fuente: Sobre la base de lineamientos de Naciones Unidas (1993), Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN), Comisión de las Comunidades Europeas (CCE), Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial y Naciones Unidas, véase también la versión 2008 en <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/deype/publicaciones/externas/150101/P50101.xml&xs=/deype/tp/p54f.xsl&base=/deype/tp/top-bottom.xsl>> y de Programa de Comparación Internacional (PCI) (2011), "La Salud Privada", Oficina Global, Manual Operativo, en <[http://siteresources.worldbank.org/CPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-12738494218917071664-1288793643577110901\\_ICP-OM\\_PrivateHealth\\_SP.pdf](http://siteresources.worldbank.org/CPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-12738494218917071664-1288793643577110901_ICP-OM_PrivateHealth_SP.pdf)>.

## Anexo 2 Estimaciones de consumo efectivo de hogares en salud por países

**BRASIL 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
(Millones de Reales)

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno			Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno			Asistencia social de ISFLSH			Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15=1+...+14	
<b>Característicos:</b>	<b>17 258</b>		<b>65 591</b>			<b>117 254</b>								<b>2 910</b>	<b>203 013</b>	
Servicios médicos																
Servicios dentales																
Servicios paramédicos																
Servicios de hospital																
<b>Conexos:</b>	<b>73 975</b>														<b>2 910</b>	
Productos farmacéuticos	56 178															
Otros productos médicos	313															
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	3 515															
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	13 969															
<b>Total</b>	<b>91 233</b>	<b>ND</b>	<b>65 591</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>117 254</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>6 302</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>2 910</b>	<b>283 290</b>	

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) (2012). Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009, Rio de Janeiro, p. 104 (Contas Nacionais, N° 37). Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>, Acesso em: dez, 2012.

**CUADRO A.4**  
**BRASIL 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
*(Millones de reales)*

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares										Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno			Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud			
	Pagos de hogares	Copagos seguros voluntarios	Copagos seguridad social del gobierno	Copagos seguridad social vinculado al empleo	Copagos asistencia social del gobierno	Copagos asistencia social del ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social de ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social y de la asistencia social en especie		Reembolsos y prestaciones de la seguridad social y de la asistencia social en especie	CFEH = GCFH + GCFIG + GCFISFLSH (14)	
														6		11		14
1	73 975	2	4	7	9	12	ST GB = 1 +...+ 12	3	5	8	10	13	GCFH = ST GB + 3 +...+ 13	6	11	14	203 013	
<b>Característicos:</b>	<b>17 258</b>							<b>65 591</b>					<b>82 849</b>	<b>117 254</b>	<b>117 254</b>	<b>2 910</b>	<b>203 013</b>	
Servicios médicos																		
Servicios dentales																		
Servicios paramédicos																		
Servicios de hospital																		
<b>Conexos:</b>	<b>73 975</b>																	
Productos farmacéuticos	56 178																	
Otros productos médicos	313																	
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	3 515																	
Servicios de seguros de enfermedad y	13 969																	
<b>Total</b>	<b>91 233</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>91 233</b>	<b>65 591</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>N.D.</b>	<b>156 824</b>	<b>117 254</b>	<b>6 302</b>	<b>123 556</b>	<b>2 910</b>	<b>283 290</b>

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) (2012). Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009, Rio de Janeiro, p. 104 (Contas Nacionais, N° 37). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\_saude/css\_2007\_2009/economia\_saude.pdf>, Acesso em: dez, 2012.

**CUADRO A.5**  
**COLOMBIA 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
*(Miles de millones de pesos)*

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno		Asistencia social de ISFLSH		Consumo efectivo de los hogares en productos de salud			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15=1+...+14
<b>Característicos:</b>																
Servicios médicos																N D
Servicios dentales																N D
Servicios paramédicos																N D
Servicios de hospital																N D
<b>Conexos:</b>																
Productos farmacéuticos																N D
Otros productos médicos																N D
Artefactos terapéuticos y equipos médicos																N D
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	412															412
<b>Total</b>	<b>8 042</b>	<b>45</b>	<b>2 220</b>	<b>290</b>	<b>0</b>	<b>7 119</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>5 899</b>	<b>N D</b>	<b>0</b>	<b>N D</b>	<b>23 659</b>	

Fuente: Dirección Administrativa Nacional de Estadísticas (DANE 2013), de Colombia, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales y de Encuesta de Ingresos y Gastos (presupuesto familiar) 2006-2007, y del Ministerio de Protección Social.

**CUADRO A.6**  
**COLOMBIA 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
*(Miles de millones de pesos)*

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares										Gasto de consumo final individual del gobierno			Gasto de consumo final ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud		
	Pagos de hogares	Copagos seguros voluntarios	Copagos seguridad social del gobierno	Copagos seguro social vinculado al empleo	Copagos asistencia social del gobierno	Copagos asistencia social del ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo +...+12	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social vinculado al empleo (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social en ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie		Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie
														6		11	14
1	2	4	7	9	12	ST GB = 1 +...+12	3	5	8	10	13	GCFH = ST GB + 3 +...+ 13	6	11	14	GCFH = GCFH + GCFIG + GCFISFLSH (14)	
<b>Característicos:</b>																	
Servicios médicos																	
Servicios dentales																	
Servicios paramédicos																	
Servicios de hospital																	
<b>Conexos:</b>																	
Productos farmacéuticos																	
Otros productos médicos																	
Artefactos terapéuticos y equipos médicos																	
Servicios de seguros de enfermedad y																	
<b>Total</b>	<b>8 042</b>	<b>45</b>	<b>290</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>ND</b>	<b>2 220</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10 641</b>	<b>7 119</b>	<b>5 899</b>	<b>13 048</b>	<b>ND</b>	<b>23 659</b>

Fuente: Dirección Administrativa Nacional de Estadísticas (DANE 2013), de Colombia, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales y de Encuesta de Ingresos y Gastos (presupuesto familiar) 2006-2007, y del Ministerio de Protección Social.

**CUADRO A.7**  
**EL SALVADOR 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
*(Millones de US dólares)*

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno			Asistencia social de ISFLSH			Consumo efectivo de los hogares en productos de salud	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15=1+...+14
	Pagos de hogares	Copagos de hogares	Pagos de sociedades financieras de seguros	Copagos de hogares	Pagos de seguridad social en dinero	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Copagos de hogares	Pagos de seguro social (en dinero o en especie)	Copagos de hogares	Pago de asistencia social en dinero	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Copagos de hogares	Pago de asistencia social en dinero	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie		
<b>Característicos:</b>																
Servicios médicos	54,7	N D	N D	0	0	N D	0	0	0	0	0	0	0	0	7,3	N D
Servicios dentales	31,3	N D	N D	0	0	N D	0	0	0	0	0	0	0	0	1,8	N D
Servicios paramédicos	44,2	N D	N D	0	0	N D	0	0	0	0	0	0	0	0	6,2	N D
Subtotal: Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos	130,2	N D	N D	0	0	79,8	0	6,9	0	0	108,8	0	0	0	15,3	341,0
Servicios de hospital	57,4	N D	N D	0	0	119,0	0	22,5	0	0	146,0	0	0	0	0	344,9
<b>Conexos:</b>																
Productos farmacéuticos	321,2	N D	N D	0	0	52,5	0	10,4	0	0	49,7	0	0	0	0	433,8
Otros productos médicos	1,5	N D	N D	0	0	17,6	0	3,8	0	0	29,5	0	0	0	0	52,3
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	5,8	N D	N D	0	0	2,3	0	0	0	0	10,3	0	0	0	0	18,4
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	n.d.															N D
<b>Total</b>	<b>516,2</b>	<b>N D</b>	<b>N D</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>271,2</b>	<b>0</b>	<b>43,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>344,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15,3</b>	<b>1 190,4</b>

Fuente: Banco Central de Reserva (BCR, 2013), de El Salvador, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la VI Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2005-2006, de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y de Secretaría Técnica de la Presidencia, Gobierno de El Salvador.

**CUADRO A.8**  
**EL SALVADOR 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
*(Millones de US dólares)*

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares										Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno		Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de los hogares en productos de salud						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	
	Pagos de hogares voluntarios	Copagos seguros voluntarios	Copagos seguridad social del gobierno	Copagos seguro social vinculado al empleo	Copagos asistencia social del gobierno	Copagos asistencia social del gobierno	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social de ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	CFEH = GCFH + GCFIG + GCF ISFLSH (14)	
	1	2	3	4	5	6	ST GB = 1 +...+6	8	9	10	11	12	GCFH = ST GB + 8 +... + 12	15	16	GCFIG = 14 + 15 + 16	GCF ISFLSH		
<b>Característicos:</b>																			
Servicios médicos	54,7	ND	0	0	0	0	54,7	ND	0	0	0	0	54,7	ND	ND	ND	7,3	ND	ND
Servicios dentales	31,3	ND	0	0	0	0	31,3	ND	0	0	0	0	31,3	ND	ND	ND	1,8	ND	ND
Servicios paramédicos	44,2	ND	0	0	0	0	44,2	ND	0	0	0	0	44,2	ND	ND	ND	6,2	ND	ND
Subtotal. Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos	130,2	ND	0	0	0	0	130,2	ND	0	6,9	0	0	137,1	79,8	108,8	188,6	15,3	341,0	341,0
Servicios de hospital	57,4	ND	0	0	0	0	57,4	ND	0	22,5	0	0	79,8	119,0	146,0	285,1	0	344,9	344,9
<b>Conexos:</b>																			
Productos farmacéuticos	321,2	ND	0	0	0	0	321,2	ND	0	10,4	0	0	331,6	52,5	49,7	102,2	0	433,8	433,8
Otros productos médicos	1,5	ND	0	0	0	0	1,5	ND	0	3,8	0	0	5,3	17,6	29,5	47,0	0	52,3	52,3
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	5,8	ND	0	0	0	0	5,8	ND	0	0,0	0	0	5,8	2,3	10,3	12,6	0	18,4	18,4
Servicios de seguros de enfermedad y	ND	ND	0	0	0	0	ND	ND	0	0	0	0	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Total</b>	<b>516,2</b>	<b>ND</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>516,2</b>	<b>ND</b>	<b>0</b>	<b>43,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>559,6</b>	<b>271,2</b>	<b>344,2</b>	<b>615,4</b>	<b>15,3</b>	<b>1190,4</b>	<b>1190,4</b>

Fuente: Banco Central de Reserva (BCR, 2013), de El Salvador, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la VI Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2005-2006, de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y de Secretaría Técnica de la Presidencia, Gobierno de El Salvador.



**MÉXICO 2010, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
(Miles de pesos)

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno		Asistencia social de ISFLSH		Consumo efectivo de los hogares en productos de salud		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14
<b>Característicos:</b>															
Servicios médicos	72 971 999	0	1 115 744	0	0	65 948 234	0	0	0	46 431 194	0	0	0	1 050 077	187 517 248
Servicios dentales	69 253 185	0	0 085 770	0	0	2 991 020	0	0	0	2 394 748	0	0	0	0 051 145	74 775 868
Servicios paramédicos	15 264 016	0	0 085 251	0	0	0	0	0	0	2 465 532	0	0	0	1 309 407	19 124 207
Servicios de hospital	28 524 526	0	1 507 237	0	0	96 747 239	0	0	0	76 525 660	0	0	0	12 607 939	215 912 601
<b>Comexos:</b>															
Productos farmacéuticos	149 124 364	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros productos médicos	1 904 381	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	149 124 364
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	10 086 520	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 904 381
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	N D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 086 520
<b>Total</b>	<b>347 128 991</b>	<b>0</b>	<b>2 794 002</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>165 686 493</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>127 817 134</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15 018 568</b>	<b>658 445 188</b>

Fuente: Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI) (2012). Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

**MÉXICO 2010, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
(Miles de pesos)

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares											Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno		Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	Pagos de hogares	Copagos seguros voluntarios	Copagos seguridad social del gobierno	Copagos seguro social vinculado al empleo	Copagos asistencia social del gobierno	Copagos asistencia social del gobierno	Subtotal gasto de bolsillo +...+12	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social de ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	CFEH = GCFH + GCFG + GCF ISFLSH (14)
<b>Característicos:</b>																	
Servicios médicos	72 971 989	0	0	0	0	0	72 971 989	1 115 744	0	0	0	74 087 743	65 948 234	46 431 194	112 379 428	1 050 077	187 517 248
Servicios dentales	69 253 185	0	0	0	0	0	69 253 185	0 085 770	0	0	0	69 338 955	2 991 020	2 394 748	5 385 768	51 145	74 775 968
Servicios paramédicos	15 264 016	0	0	0	0	0	15 264 016	0 085 251	0	0	0	15 349 268	0	2 465 532	2 465 532	1 309 407	19 124 207
Servicios de hospital	28 524 526	0	0	0	0	0	28 524 526	1 507 237	0	0	0	30 031 763	96 747 239	76 525 660	173 272 899	12 607 939	215 912 801
<b>Conexos:</b>																	
Productos farmacéuticos	149 124 364	0	0	0	0	0	149 124 364	0	0	0	0	149 124 364	0	0	0	0	149 124 364
Otros productos médicos	1 904 381	0	0	0	0	0	1 904 381	0	0	0	0	1 904 381	0	0	0	0	1 904 381
Artículos terapéuticos y equipos médicos	10 086 520	0	0	0	0	0	10 086 520	0	0	0	0	10 086 520	0	0	0	0	10 086 520
Servicios de seguros de enfermedad y	ND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>347 428 991</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>347 428 991</b>	<b>2 794 002</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>349 922 993</b>	<b>165 686 493</b>	<b>127 817 134</b>	<b>293 803 627</b>	<b>15 018 568</b>	<b>658 445 188</b>

Fuente: Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI) (2012). Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México: INEGI, c2012, ix, p. 347: il. ISBN 978-607-494-316-0.

**CUADRO A.11**  
**PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
*(Millones de nuevos soles)*

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno			Asistencia social de ISFLSH			Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Característicos:</b>															
Servicios médicos	1 510					4 242					2 955				8 707
Servicios dentales	1 843														1 843
Servicios paramédicos	949														949
Servicios de hospital	1 028														1 028
No clasificados			296												296
<b>Conexos:</b>											42				4 917
Productos farmacéuticos	4 875														
Otros productos médicos															
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	629														629
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	337														337
<b>Total</b>	<b>11 171</b>	<b>0</b>	<b>0 296</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 242</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 997</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18 706</b>

Fuente: Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2013), de Perú, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales.

**CUADRO A.12**  
**PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
*(Millones de nuevos soles)*

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares										Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno			Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	Pagos de hogares voluntarios	Copagos seguridad social gobierno	Copagos seguridad social vinculado al empleo	Copagos asistencia social gobierno	Copagos asistencia social ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social gobierno en dinero	Pagos de asistencia social en ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	
1	2	4	7	9	12	ST GB = 1 +...+ 12	3	5	8	10	13	6	11	14	
Característicos:	1 510					1 510									
Servicios médicos	1 843					1 843						4 242	2 955	7 197	8 707
Servicios dentales	949					949									1 843
Servicios paramédicos	1 028					1 028	296								949
Servicios de hospital															1 028
No clasificados															296
Conexos:	4 875					4 875							42	42	4 917
Productos farmacéuticos	0					0									0
Otros productos médicos	629					629									629
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	337					337									337
Servicios de seguros de enfermedad y															
<b>Total</b>	11 171	0	0	0	0	11 171	296	0	0	0	0	4 242	2 997	7 239	18 706

Fuente: Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI, 2013), de Perú, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales.

**URUGUAY 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
(Miles de pesos)

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno			Asistencia social de ISFLSH			Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Característicos:</b>															
Servicios médicos															
Servicios dentales															
Servicios paramédicos															
Subtotal: Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos	6 506 589	276 402	4 714 718	673 432	2 574 073	2 574 073	268 607	1 860 499	1 860 499						16 874 320
Servicios de hospital															
<b>Conexos:</b>															
Productos farmacéuticos	5 424 255	662 817	341 451	954 376	542 145	542 145	109 190	683 331	683 331						8 717 565
Otros productos médicos															
Artefactos terapéuticos y equipos médicos															
Subtotal: Otros productos médicos, y Artefactos terapéuticos y equipos médicos	1 105 599	0	4 154		9 305	9 305	765	4 061	4 061						1 123 884
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	2 377 817														2 377 817
<b>Total</b>	<b>15 414 260</b>	<b>939 218,37</b>	<b>15 363 159</b>	<b>1 627 808</b>	<b>0</b>	<b>13 416 411</b>	<b>1 452 990</b>	<b>8 410 668</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56 624 515</b>

Fuente: Banco Central del Uruguay (BCU 2013), sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales y Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGH) 2005/2006, y , Ministerio de Salud Pública.

**CUADRO A.14**  
**URUGUAY 2008, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
*(Miles de pesos)*

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares												Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno			Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
	Copagos de hogares voluntarios	Copagos seguros	Copagos seguridad social del gobierno	Copagos seguro social vinculado al empleo	Copagos asistencia social del gobierno	Copagos asistencia social de ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social de ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social y de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	CFEH = GCFH + GCFIG + GCF ISFLSH (14)
<b>Característicos:</b>																	
Servicios médicos																	
Servicios dentales																	
Servicios paramédicos																	
Subtotal: Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos	6 506 589	276 402	673 432	0	0	0	7 456 422	4 714 718	268 607	1 074 428	268 607	1 074 428	12 439 748	2 574 073	1 860 499	4 434 572	16 874 320
Servicios de hospital																	
Productos farmacéuticos																	
Otros productos médicos																	
Artículos terapéuticos y equipos médicos																	
Subtotal: Otros productos médicos, y Artículos terapéuticos y equipos médicos	1 105 599	0	0	0	0	0	1 105 599	4 154	766	0	0	0	1 110 518	9 305	4 061	13 366	1 123 884
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	2 377 817						2 377 817						2 377 817				2 377 817
<b>Total</b>	<b>15 414 260</b>	<b>939 218</b>	<b>1 627 808</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17 981 286</b>	<b>15 363 159</b>	<b>1 452 990</b>	<b>0</b>	<b>1 452 990</b>	<b>0</b>	<b>34 797 435</b>	<b>13 416 411</b>	<b>8 410 689</b>	<b>21 827 080</b>	<b>56 624 515</b>

Fuente: Banco Central del Uruguay (BCU 2013), sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales y Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGH) 2005/2006, y , Ministerio de Salud Pública.

## Anexo 3

### Notas técnicas

#### RECUADRO A.1

#### COLOMBIA

##### ● **Contrapartes locales**

El Estudio se realizó con la colaboración del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Ministerio de Protección Social, actual Ministerio de Salud y Protección Social.

##### ● **Año de estimación y moneda**

La estimación de los Cuadros A y B se realiza para el año 2008, dado que es el año más cercano para el cual se dispone de datos de Cuentas Nacionales con el nivel de desagregación requerido. Las cifras se expresan en miles de millones de pesos colombianos (MMM \$), moneda local.

##### ● **Fuentes de información**

- Cuentas Nacionales, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2013)
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG) 2006-2007, DANE

##### ● **Detalles cuadro A.5 (anexo 2)**

En este caso, dadas las características de la información que proporciona la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG), se optó por determinar primero el cuadro A.6 del anexo 2 y luego, sobre la base de un reordenamiento de los datos, completar el cuadro A.5 del mismo anexo.

##### ● **Detalles cuadro A.6 (anexo 2)**

El gasto de consumo final de los hogares se elabora con base en la cuenta de gasto de hogares por finalidad del año 2008. Este cálculo parte de los niveles de consumo por producto del año base 2005, posteriormente se evoluciona para cada año, y su desagregación por finalidad se construye a partir de las estructuras identificadas en la ENIG (2006-2007).

El dato de servicios de seguros de enfermedad y accidentes se tomó directamente de las Cuentas Nacionales y corresponde al valor de la producción de dichos seguros, vale decir, corresponde a la diferencia entre Primas brutas menos Indemnizaciones esperadas.

Los copagos asociados a los seguros voluntarios, Seguridad social del gobierno y seguro social vinculado al empleo, se determinaron a partir de registros administrativos disponibles como fuentes primarias en Cuentas Nacionales. En el caso de la Asistencia Social de las ISFLSH no se dispone de datos, pero se parte del supuesto que su magnitud, de ser distinta de cero, es marginal.

Específicamente en el caso de los copagos por seguros voluntarios la información proviene de los estados financieros de las Entidades de Medicina Prepagada (EMP), y de las de Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP). No se incluye (por falta de información) los copagos, cuotas moderadoras y costos compartidos que realizan los hogares como tenedores de pólizas relacionadas con los riesgos de salud, enfermedades de alto costo y Seguro Obligatorio de Accidentes del Tránsito (SOAT) que poseen las compañías de seguros de vida y no vida.

Los copagos por Seguridad Social del Gobierno corresponden al Régimen Contributivo y por tanto, esta información proviene de los estados financieros de las EPS del régimen contributivo que administran la Seguridad Social por cuenta de FOSYGA del Gobierno Nacional.

Los Copagos de los seguros sociales vinculados al empleo incluyen únicamente la información de las Empresas Adaptadas al Sistema (EAS) (las Empresas Públicas de Medellín, Ferrocarriles Nacionales). No es posible identificar esta variable en las Cajas de Previsión, asimismo no se incluye los Copagos de las Fuerzas Militares.

La prestación de asistencia social en dinero del gobierno corresponde a los pagos realizados por el Gobierno para facilitar la afiliación de la población al Régimen Subsidiado y, por tanto, esta información es reportada por las Administradoras de este régimen, a saber, Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen Subsidiado, Empresas de Salud Solidarias (ESS), EPS indígenas y Cajas de Compensación Familiar (CCF) en sus estados financieros.

Una vez determinados el subtotal Gasto de Bolsillo y los copagos, por diferencia se obtiene el dato de Pagos de Hogares, en el que la única desagregación factible es el dato de Servicios de seguros de enfermedad y accidentes, que ya había sido determinado y respecto del cual no aplican copagos.

El dato de pagos de sociedades financieras de seguros, se refiere a los ramos de seguros de salud, riesgos profesionales, enfermedades de alto costo y SOAT que manejan las compañías de seguros de vida y de no vida. Corresponde a las indemnizaciones pagadas por las EMP, las de SAP y por las compañías aseguradoras que recaudan el SOAT. En los casos de riesgos profesionales no se puede distinguir el valor que corresponde para la protección por muerte e incapacidad, de lo cubierto para la prestación de servicios de salud. Para este último caso, se supone que todo lo reportado es para compra de prestación de servicios de salud.

El dato de pagos de seguros sociales (en dinero o en especie) vinculados al empleo incluye las Entidades Adaptadas al Sistema y las cajas de previsión social remanentes del sistema anterior a la ley 100 (únicamente la Universidad pública de Cartagena y la Universidad Industrial de Santander).

#### Recuadro A.1 (conclusión)

La desagregación que se presenta para productos farmacéuticos corresponde a una estimación en la que se aplica el mismo ponderador que para la cobertura en la modalidad de la Seguridad Social, es decir, corresponde a la participación del costo de medicamentos en el POS (el plan obligatorio de salud amparado por el sistema).

Los demás pagos, de la Seguridad Social en dinero, de la Asistencia Social del Gobierno en dinero y de la Asistencia Social de las ISFLSH, no aplican.

La sumatoria de los pagos recién descritos (sociedades financieras de seguros y seguros sociales vinculados al empleo) y del Subtotal gasto de bolsillo, permiten determinar el Gasto de Consumo Final de los Hogares, donde la única desagregación corresponde a los servicios de seguros de enfermedad y accidentes, que ya habíamos calculado.

El dato sobre reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie fue tomado de las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado, e incluye las indemnizaciones pagadas por estas (netas de los copagos y cuotas moderadoras), más los recobros al FOSYGA (medicamentos y servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, (POS).

La única desagregación posible fue la de productos farmacéuticos y corresponde a una estimación en la que se aplica un ponderador que representa el peso de los medicamentos en el POS.

El dato de reembolsos y prestaciones de Asistencia Social en especie está constituido por el gasto de la atención a los pobres no vinculados, los cuales son atendidos en casos de urgencias con recursos de las entidades territoriales y las transferencias del subsidio a la Oferta a través del Sistema General de Participaciones (presupuesto del Gobierno Central a local).

La suma de estos dos últimos conceptos permite determinar el agregado de Reembolsos y prestaciones de la Seguridad Social y de la Asistencia Social en especie.

El dato de Reembolsos y prestaciones de la Asistencia Social de las ISFLSH en especie, como ya hemos señalado, no está disponible, pero se supone que es marginal.

El total del consumo efectivo de los hogares en productos de salud, corresponde a la suma del gasto de consumo final de los hogares, del gasto de consumo final individual del gobierno (TSE del gobierno), y del gasto de consumo final de las ISFLSH (TSE de las ISFLSH). Dado que no se dispone en general de desagregaciones del consumo por productos, excepto para el gasto de bolsillo, no se presenta desagregación de este dato final.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección Administrativa Nacional de Estadísticas (DANE 2013), de Colombia, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales y de Encuesta de Ingresos y Gastos (presupuesto familiar) 2006-2007, y del Ministerio de Protección Social.



## RECUADRO A.2 EL SALVADOR

### ● **Contrapartes locales**

El Estudio se realizó con la colaboración de la Secretaría Técnica de la Presidencia (STP); el Departamento de Cuentas Macroeconómicas del Banco Central de Reserva (BCR); la Unidad de Economía de la Salud del Ministerio de Salud (MINSAL); y, la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) del Ministerio de Economía.

### ● **Año de estimación y moneda**

La estimación de los Cuadros A y B se realiza para el año 2009, dado que es el año más cercano para el cual se disponía de datos de Cuentas Nacionales (con base en el SCN 1968) con el nivel de desagregación requerido. Cabe señalar que para el caso de Cuentas en Salud, se dispone de información al año 2011. Las cifras se expresan en millones de dólares americanos (MM US\$), moneda local.

### ● **Fuentes de información**

- Cuentas Nacionales, Banco Central de Reserva (BCR)
- Cuentas en Salud, Ministerio de Salud (MINSAL)
- Estimaciones del Gasto Público Social, STP/Comisión Interinstitucional del Gasto Social
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares (ENIGH), 2005-2006, Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC)

### ● **Detalles cuadro A.7 (anexo 2)**

El gasto directo de hogares en salud –pagos de hogares– se estimó sobre la base de la ENIGH, excluyendo posibles copagos; y, fue compatibilizado con las estimaciones de Cuentas Nacionales. No obstante, de acuerdo a la información proporcionada no existen copagos en ninguno de los tipos de seguros de salud (Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y el Comando de Sanidad Militar).

No se dispone del dato para servicios de seguros de enfermedad y accidentes (primas netas), desagregado por hogares, ya que no es posible obtenerlo del total de primas que se destinan al pago de los servicios de seguros privados. De igual forma, no es posible obtener, por separado, los montos relativos a los copagos de los hogares en los seguros de salud de carácter privado.

Sin embargo, de acuerdo a la información proporcionada, su magnitud, tanto relativa a primas y copagos de seguros privados por parte de los hogares, se estima que sería muy baja por ser poco desarrollado el mercado de seguros voluntarios de salud en el país (menos del 1% de la población está afiliada a seguros privados de salud).

En la categoría Seguridad Social del Gobierno se clasificó exclusivamente el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Salvo en algunas excepciones, el ISSS no realiza pagos en dinero a sus derechohabientes por atenciones en salud, dado que sus prestaciones son en especie. De igual forma, esta entidad no funciona bajo esquema de copagos en la prestación de sus servicios.

En la categoría seguro social vinculado al empleo se clasificaron el ISBM y el COSAM. Estas, al igual que el ISSS, no realizan desembolsos en dinero a sus afiliados por prestaciones de salud solo lo hacen en especie, ni reciben copagos de hogares cuando realizan alguna intervención en salud.

En la categoría Asistencia Social del Gobierno se clasificaron los gastos que realizan el Ministerio de Salud, los Gobiernos locales, y otras entidades públicas (empresas y otros Ministerios). Estas no realizan Pagos de la Asistencia Social del Gobierno en dinero, ni reciben Copagos de hogares.

En la categoría Asistencia Social de las ISFLSH se incluyeron Organizaciones No Gubernamentales (ONG), consideradas en investigación específica para base de datos de Cuentas Nacionales. Para determinar su desagregación se utilizó la estructura de la ENIGH, excluyendo Servicios hospitalarios, ya que estas instituciones no operan en este ámbito de manera significativa. Estas no realizan Pagos de la Asistencia Social de las ISFLSH en dinero, ni reciben Copagos de hogares.

### ● **Detalles cuadro A.8 (anexo 2)**

Se determinó sobre la base del reordenamiento de los datos del cuadro A7.

La desagregación del Gasto de consumo final de los hogares en los productos característicos se realizó sobre la base de la estructura de ENIGH y fue compatibilizada con Cuentas Nacionales.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Banco Central de Reserva (BCR, 2013), de El Salvador, sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la VI Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2005-2006, de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y de Secretaría Técnica de la Presidencia, Gobierno de El Salvador.

### RECUADRO A.3 URUGUAY

#### ● **Contrapartes locales**

El Estudio se realizó con la colaboración del Banco Central del Uruguay (BCU) y el Ministerio de Salud Pública.

#### ● **Año de estimación y moneda**

La estimación de los Cuadros A y B se realiza para el año 2008, dado que es el año más cercano para el cual se dispone de datos de Cuentas Nacionales con el nivel de desagregación requerido. Las cifras se expresan en miles de pesos uruguayos, moneda local.

#### ● **Fuentes de información**

- Cuentas Nacionales, Banco Central del Uruguay (BCU)
- Cuentas Nacionales en Salud 2005-2008, Ministerio de Salud Pública

#### ● **Detalles cuadro A.13 (anexo 2)**

Los datos de Gasto directo de hogares – Pagos de hogares son tomados del Cuadro Oferta-Utilización de Cuentas Nacionales, el que utiliza en su elaboración los datos de las encuestas de gasto de hogares, no obstante, no se hace un tratamiento directo de dicha información. En consecuencia, estos datos han sido previamente expandidos y conciliados con los agregados relevantes de Cuentas Nacionales, en el marco del Cuadro Oferta-Utilización. De esta forma se obtiene el Subtotal de Servicios Médicos, Dentales y Paramédicos, el que no es posible de desagregar.

En el caso de los Servicios de hospital, si bien no se dispone de información, se supone que el monto es cero, ya que las personas que disponen de recursos pagan un plan de pre-pago. En consecuencia no resulta plausible que hagan pagos directos por estos servicios.

Los datos para Productos farmacéuticos y el Subtotal Otros productos médicos y Artefactos terapéuticos y equipos médicos, también son derivados del Cuadro Oferta-Utilización, por lo que no se dispone de mayor desagregación.

El dato de Servicios de seguros de enfermedad y accidentes corresponde a la medición de la Producción para los seguros de salud y accidentes laborales, es decir, las Primas brutas pagadas por los hogares, menos las Indemnizaciones pagadas por siniestros.

La categoría seguros voluntarios agrupa los seguros privados totales o integrales y los parciales. El valor considerado allí corresponde a los ingresos de los proveedores de servicios de seguros totales y parciales que no provienen del esquema de Seguridad Social, sino del contrato privado entre los usuarios y los proveedores. Los seguros integrales y parciales tienen la libertad de fijar el valor de la prima y otorgar diferentes planes de aseguramiento. A su vez, a los beneficiarios del FONASA que tenían contratado un seguro voluntario, se les permitió recibir su cápita como parte de pago de la prima contratada, pagando ellos directamente la prima suplementaria. El total de *capitas* de los beneficiarios del FONASA se consideró en la parte contributiva, es decir, en las columnas de Seguridad Social del gobierno, y no está incluido en los ingresos de los seguros voluntarios.

La categoría copagos de hogares de los seguros voluntarios solo aplica en el caso de los seguros privados integrales o totales, no así en los seguros parciales. Por otra parte, no existen copagos en servicios de hospital, ni en el subtotal otros productos médicos y artefactos terapéuticos y equipos médicos.

La categoría seguridad social del gobierno está constituida por la parte contributiva de todo el sistema (*capitas* FONASA), correspondientes a distintos agentes: las IAMC (entidades privadas sin fines de lucro), seguros privados, ASSE, Fondo Nacional de Recursos (FNR) y el Banco de Seguros del Estado (BSE).

El dato para copagos de hogares de la seguridad social del gobierno, en servicios de hospitales asume que es cero, ya que lo común es que no se pague en hospitalización. El dato de reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie, en servicios de hospitales se estimó, para el caso de las IAMC, como la suma de las *capitas* recibidas.

La categoría seguro social vinculado al empleo corresponde a varias instituciones, no obstante, solo fue posible identificar la información para los hospitales Militar y Policial. Han quedado excluidos de esta versión por falta de información el Banco de la República, Administración Nacional de Combustible, Alcohol y Portland (ANCAP), Banco Hipotecario, entre otros.

La categoría asistencia social del gobierno está integrada por los servicios que otorga directamente el Gobierno Central (por ejemplo, a través del Hospital de Clínicas), ASSE no FONASA, el Banco de Previsión Social (BPS) y los gobiernos departamentales (clínicas departamentales).

El dato de copagos de hogares por servicios de hospitales se asume como cero, ya que no habría pagos por este concepto. Los demás copagos de hogares, en el marco de la Asistencia social del gobierno son muy pequeños y no se dispone de información, pero se asume que son cero.

La categoría asistencia social de las ISFLSH corresponde a instituciones como la Fundación Peluffo Giggens, Teletón, etc. No obstante, no se dispone de información para ellas y se asume que el volumen de recursos es bastante limitado.

**● Detalles cuadro A.14 (anexo 2)**

En este caso, el Cuadro B fue obtenido por reordenamiento de los datos del cuadro A.13.

En el caso de los datos de la columna subtotal gasto de bolsillo, estos han sido compatibilizados con el cuadro Oferta-Utilización de Cuentas Nacionales para el año 2008.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Banco Central del Uruguay (BCU 2013), sobre la base de datos internos no publicados, de Cuentas Nacionales y Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) 2005/2006, y , Ministerio de Salud Pública.

**RECUADRO A.4  
BRASIL, MÉXICO Y PERÚ****● Contrapartes locales**

El Estudio se realizó con la colaboración de los equipos de Cuentas Nacionales de:

- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, Brasil)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, México)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, Perú)

**● Año de estimación y moneda**

La estimación de los cuadros A.3 y A.4 (anexo 2) se realiza para los años 2009 (Brasil y Perú) y 2010 (México).

Las cifras se expresan en millones de reales (Brasil), miles de pesos mexicanos (México) y millones de nuevos soles (Perú).

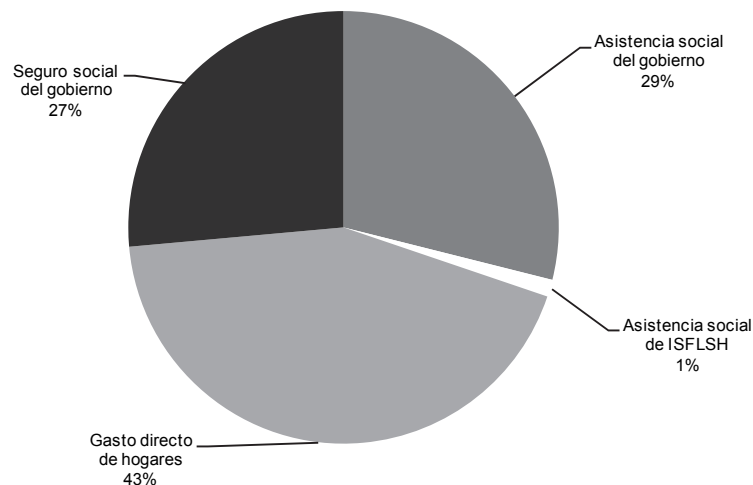
**● Fuentes de información**

- Cuenta Satélite de Salud, 2007-2009, IBGE (Brasil)
- Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2008-2011, INEGI (México)
- Cuentas Nacionales, INEI (Perú)

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2012), Conta-Satélite de saúde: Brasil 2007-2009, Rio de Janeiro, p. 104 (Contas Nacionais, N° 37). Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>, Acesso en: dez, 2012.

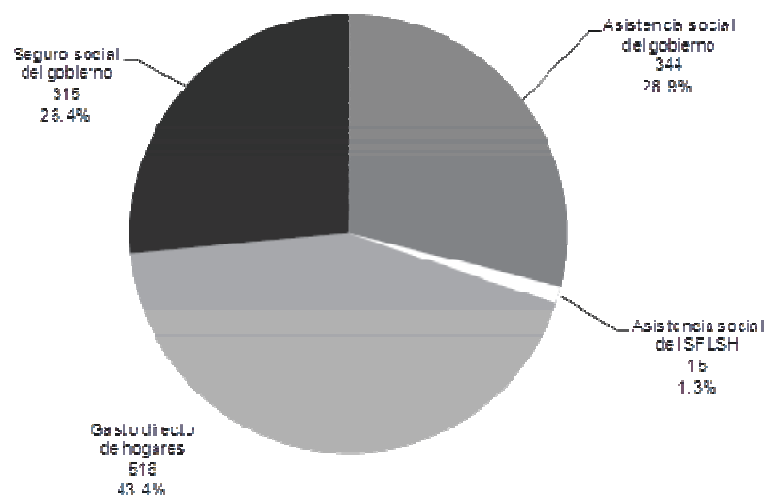
## Anexo 4 El Salvador – Clasificación alternativa para ISBM y COSAM<sup>43</sup>

**GRÁFICO A.1**  
**EL SALVADOR 2009, CLASIFICACIÓN ALTERNATIVA DE ISBM Y COSAM**  
**PARA CEH EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente Estudio.

**GRÁFICO A.2**  
**EL SALVADOR 2009, CLASIFICACIÓN ALTERNATIVA DE ISBM Y COSAM**  
**PARA CEH EN SALUD POR SECTOR INSTITUCIONAL**  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estimaciones del presente Estudio.

<sup>43</sup> De acuerdo a la opción planteada por el equipo nacional de El Salvador, estas instituciones se clasifican como Seguridad Social del gobierno, a diferencia de la opción que presentamos en el apartado del país. El efecto de esta opción local se presenta en los gráficos A.1 y A.2.

## Anexo 5 Cifras alternativas de Perú sobre la base de opción metodológica INEI

**CUADRO A.15**  
**PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS**  
**DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA**  
*(Millones de nuevos soles)*

PRODUCTOS	Gasto directo de hogares		Seguros voluntarios		Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno			Asistencia social de ISFLSH			Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Característicos:</b>															
Servicios médicos	1 510					4 242					2 955				8 707
Servicios dentales	1 843														1 843
Servicios paramédicos	949														949
Servicios de hospital	1 028														1 028
No clasificados															
<b>Conexos:</b>											42				4 917
Productos farmacéuticos	4 875														
Otros productos médicos															
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	629														629
Servicios de seguros de enfermedad y accidentes	337														337
<b>Total</b>	<b>11 171</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 242</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 997</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18 410</b>

Fuente: Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI), de Perú (Alternativa Metodológica), sobre la base de datos propios de Cuentas Nacionales.

**CUADRO A.16**  
**PERÚ 2009, CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS**  
**DE SALUD POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**  
*(Millones de nuevos soles)*

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares											Gasto de consumo final individual del gobierno = TSE del gobierno		Gasto de consumo final ISFLSH = TSE de ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud			
	Pagos de hogares	Copagos seguros voluntarios	Copagos seguridad social gobierno	Copagos seguro social vinculado al empleo	Copagos asistencia social gobierno	Copagos asistencia social del ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social del ISFLSH en dinero	Gasto de consumo final de los hogares	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie		CFEH = GCFH + GCFIG + GCFISFLSH (14)		
		1	2	4	7	9	12	ST GB = 1 +...+12	3	5	8	10	13	GC FH = ST GB + 3 +...+13			6	11
Característicos:	1 510						1 510							4 242	2 955	7 197		8 707
Servicios médicos	1 843						1 843											1 843
Servicios dentales	949						949											949
Servicios paramédicos	1 028						1 028											1 028
Servicios de hospital																		
No clasificados																		
Conexos:	4 875						4 875								42	42		4 917
Productos farmacéuticos	0						0											629
Otros productos médicos	629						629											337
Artefactos terapéuticos y equipos médicos	337						337											
Servicios de seguros de enfermedad y																		
<b>Total</b>	<b>11 171</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11 171</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 242</b>	<b>2 997</b>	<b>7 239</b>	<b>0</b>	<b>18 410</b>

Fuente: Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI), de Perú (Alternativa Metodológica), sobre la base de datos propios de Cuentas Nacionales.

## Anexo 6

### Indicadores demográficos y económicos comparados

**CUADRO A.17**  
**INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS SELECCIONADOS**

Indicadores seleccionados	Brasil <sup>a</sup>	Colombia <sup>b</sup>	El Salvador <sup>b</sup>	México <sup>c</sup>	Perú <sup>a</sup>	Uruguay <sup>b</sup>
<b>Demográficos</b>						
Población total 2010 (hab.)	195 153 373	46 448 212	6 217 893	112 363 683	29 271 829	3 373 243
Tasa de crecimiento total de la población (por mil hab.) 2005-2010	9,5	14,6	4,7	11,8	10,8	2,9
Esperanza de vida al nacer (años) 2005-2010	72,1	72,9	71,3	75,7	73,1	76,2
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) 2005-2010	36,5	19,1	21,5	30,6	48,8	13,1
<b>Económicos<sup>d</sup></b>						
PIB per cápita US\$ (corrientes)	8 374	5 404	3 340	8 943	4 495	9 061
Pobreza (%)	24,9	46,1	47,9	36,3	34,8	13,7
Indigencia (%)	7,0	17,9	17,3	13,3	21,0	3,4
Índice de Gini (%)	0,576	0,589	0,478	0,481	0,469	0,445

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2013), División de Población, CEPAL, Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/celade/>>, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2012), División de Estadística y Proyecciones Económicas, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, <[http://interwp.cepal.org/anuario\\_estadistico/anuario\\_2012/](http://interwp.cepal.org/anuario_estadistico/anuario_2012/)>.

<sup>a</sup> 2009, año en que se efectuó la estimación del Consumo Efectivo de Hogares en Salud.

<sup>b</sup> 2008, año en que se efectuó la estimación del Consumo Efectivo de Hogares en Salud.

<sup>c</sup> 2010, año en que se efectuó la estimación del Consumo Efectivo de Hogares en Salud.

<sup>d</sup> El dato corresponde al año para el que se efectuó la estimación del Consumo Efectivo de Hogares en Salud.



NACIONES UNIDAS

**Serie****CEPAL****Estudios Estadísticos****Números publicados**

**Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en**

**[www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)**

83. Consumo efectivo de los hogares en salud: resultado de estudios piloto en seis países de América Latina, David Debrott Sánchez, LC/L.3751, abril de 2014.
82. Crecimiento económico, pobreza y distribución del ingreso: fundamentos teóricos y evidencia empírica para América Latina 1997-2007 Fernando Medina y Marco Galván, LC/L.3689, 2013-684, diciembre de 2013.
81. Tipologías de Discrepancias y Medidas de Conciliación Estadística de los indicadores ODM: Marco general y aplicación en áreas temáticas e indicadores seleccionados, LC/L.3686, agosto de 2013.
80. Buenas prácticas en el monitoreo y reporte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Lecciones nacionales desde América Latina, LC/L.3564, diciembre de 2012.
79. La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión, Pablo Villatoro, LC/L.3515, julio de 2012.
78. La viabilidad de erradicar la pobreza: Un examen conceptual y metodológico, LC/L.3463, marzo de 2012.
77. Elementos para una metodología de medición del sector informal en las cuentas nacionales, Documento de Trabajo, LC/L.3462, marzo de 2012.
76. Contribución al crecimiento económico de las tecnologías de la información y las comunicaciones y de la productividad en la Argentina, el Brasil, Chile y México, Claudio Aravena, Carolina Cavada y Nanno Mulder, LC/L.3439, enero de 2012.
75. Servicios de Intermediación Financiera Medidos Indirectamente en el SCN 2008, Grupo de trabajo en Cuentas Nacionales, LC/L.3398, octubre de 2011.
74. Propuesta de indicadores complementarios para el monitoreo de los ODM: Indicadores de acceso a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Mariana Balboni, César Cristancho, Pauline Stockins y Daniel Taccari, LC/L.3371, (US\$ 10.00), septiembre de 2011.
73. Escalas de equivalencia en los países de América Latina, Haydee Alonzo, Xavier Mancero, LC/L.3325-P, N° de venta S.11.II.G.44, (US\$ 10.00), abril de 2011.
72. Elementos para el desarrollo de una estrategia informática en las oficinas responsables de compilar las cuentas nacionales, Mariam Cover, LC/L.3237-P, N° de venta S.10.II.G.40, (US\$ 10.00), agosto de 2010.
71. Comparación del Sistema de Cuentas Nacionales 1993 y el Sistema de Cuentas de Salud, Federico Dorin, Amparo Gordillo-Tobar, LC/L.3303-P, N° de venta S.11.II.G.25, (US\$ 10.00), marzo, 2011.
70. Vacíos y discrepancias estadísticas en los indicadores ODM: hacia una estrategia regional de conciliación estadística para América Latina y el Caribe, Rayén Quiroga, Pauline Stockins, Irene Azócar, LC/L.3176-P, N° de venta S.09.II.G.150, (US\$ 10.00), abril, 2010.
69. Quantitative assessment of a free trade agreement between MERCOSUR and the European Union, Ivan Boyer, Andrés Schuschny, LC/L.3158-P, N° de venta E.09.II.G.131, (US\$ 10.00), April, 2010.



# ESTUDIOS ESTADÍSTICOS ESTADÍSTICOS

83

# ESTUDIOS ESTADÍSTICOS ESTADÍSTICOS

**ESTUDIOS ESTADÍSTICOS**

Series

C E P A L

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE  
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN  
[www.cepal.org](http://www.cepal.org)