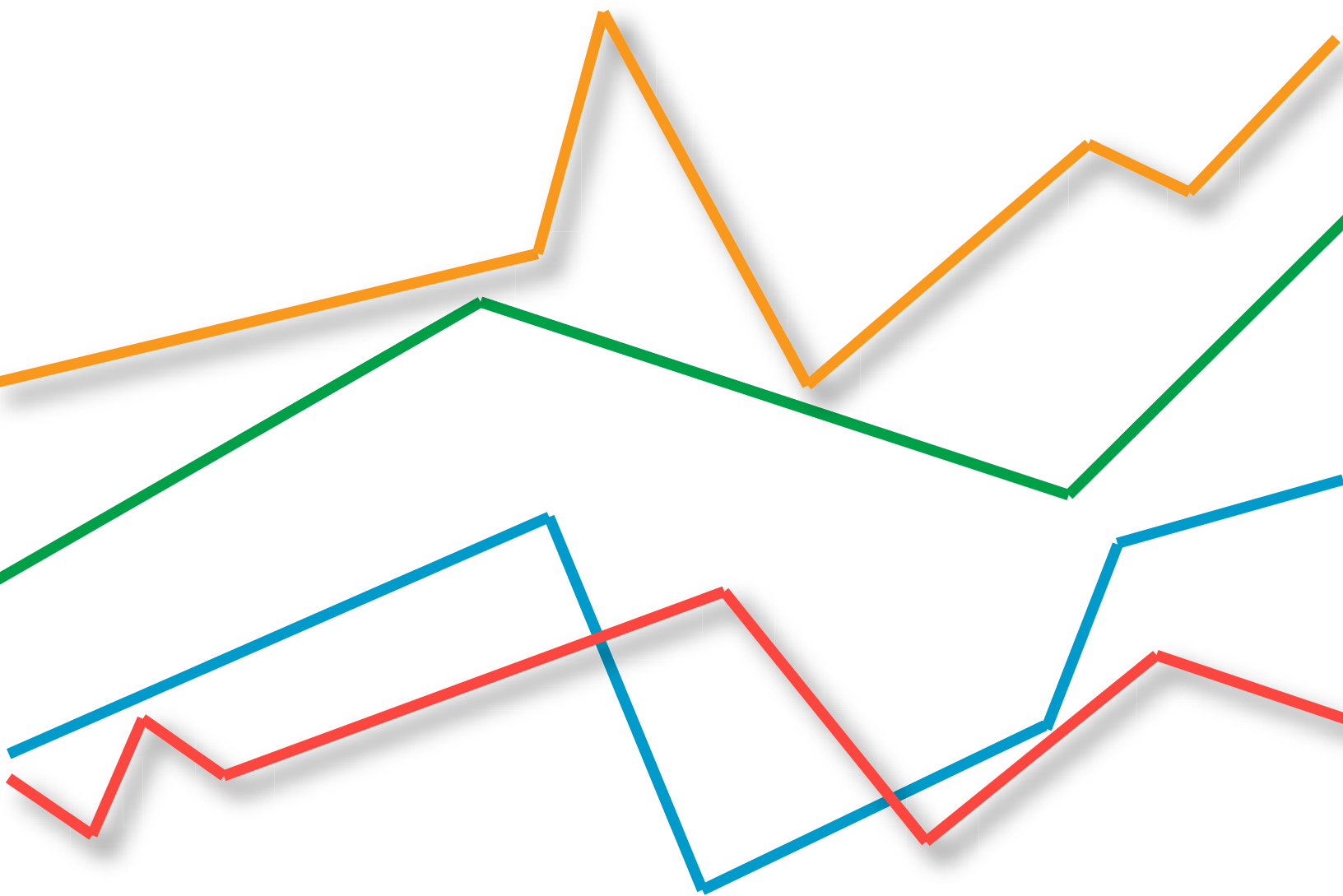


# ANÁLISIS COMPARATIVO

de los costos de transacción,  
administración o intermediación

de los SISTEMAS DE SALUD en algunos países de  
AMÉRICA LATINA y de la OCED



Washington DC, Noviembre de 2007



Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud  
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud

# **ANÁLISIS COMPARATIVO de los costos de transacción, administración o intermediación de los SISTEMAS DE SALUD en algunos países de AMÉRICA LATINA y de la OCED**

**Washington DC, Noviembre de 2007**



Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud  
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud  
Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud

Esta publicación fue elaborada por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS/HP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Las ideas expresadas en esta publicación son las del autor (es) y no necesariamente reflejan la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe y puede accederse a [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org). Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con [info@lachealthsys.org](mailto:info@lachealthsys.org).

# PRESENTACIÓN

**E**l objeto de este trabajo<sup>1</sup> es desarrollar una tabla comparativa de los costos de transacción, administración o intermediación de los sistemas de salud entre algunos países latinoamericanos y otros de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED).

Son más conocidos los estudios y las comparaciones sobre el origen de los recursos que financian la salud en donde generalmente están como las grandes fuentes los recursos de origen público con base a impuestos que aportan los estados, a los cuales se suman los aportes obligatorios de los trabajadores y los empresarios a la seguridad social en salud. Finalmente hay aportes regulados por el mercado en donde las familias en parte realizan diversos gastos de bolsillo y en parte recurren a sistemas de seguros privados y medicina prepagada.

No obstante al momento de determinar en que se gastan los recursos que se recogen en nombre de la salud, la respuesta es más ambigua y por lo general los países reportan información sectorial no integrada o integrada bajo el Sistema de Cuentas Nacionales, el cual según su metodología, internacionalmente aceptada, clasifica el gasto en consumo intermedio, valor agregado y valor bruto de producción, desagregado luego por agentes institucionales y sectores público y privado. Pero esta desagregación no es útil para estudiar el gasto en salud en la perspectiva que aquí se quiere.

En cuanto a su metodología se han identificado al menos cinco enfoques diferentes<sup>2</sup> siendo los tres principales:

- Las Cuentas administrativas basada en conceptos contables;
- El Sistema de Cuentas Nacional de las Naciones Unidas basado en clasificaciones económico sociales, y
- El Sistema de Cuentas de Salud – OCDE que combina indicadores económicos y financieros.

Otra forma de ver las metodologías es clasificándolas en aquellas que enfatizan el enfoque de oferta y las que enfatizan el enfoque de demanda.

De otra parte, para un análisis comparativo, hay que considerar los aspectos contextuales de acuerdo a los cuales el desarrollo de los sistemas de salud en los diversos países, a veces bajo formas estatizadas y a veces bajo formas mas descentralizadas, o con una mayor presencia del mercado en la provisión y el aseguramiento de servicios, genera distintos modelos administrativos de la salud que se quisiera poder comparar en su eficiencia, calidad y cobertura.

Para poder realizar diversas comparaciones los investigadores sectoriales de la salud necesitan entonces contar con un sistema de análisis del gasto que permita determinar cuanto del dinero recaudado se aplica realmente a las atenciones en salud e incluso, cuanto se invierte en infraestructura, dotación, capacitación e investigación, de una parte. Pero también, de otra parte, cuanto se gasta en administración de los sistemas, que aquí asimilamos a los “costos de transacción” de los servicios, cuando estos son sometidos al mercado e incluso cuantos mas terminan en “otros usos”, actividades o programas que no son directamente de salud pero que si se financian con recursos que se recaudan en nombre de la salud.

---

1. Este trabajo fue preparado por Iván Jaramillo Pérez a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Gilberto Barón Leguizamón, Cuentas de Salud de Colombia 1993 – 2003 - El gasto nacional en salud y su financiamiento, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la reforma de salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá 2007. Estudio financiado por el BID. Pag 29. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15911&IDCompany=3>.

El objetivo entonces del estudio es desarrollar una tabla comparativa entre países<sup>3</sup> que de cuenta de como se desagrega el gasto en salud según el siguiente esquema:

Gasto total en salud:

- A) Subtotal de gastos en atenciones de salud.
- B) Subtotal de gastos en inversiones de salud (infraestructura, dotación, capacitación e investigación).
- C) Subtotal en otros usos con recursos de salud (no salud).
  - 1) Otras inversiones con recursos de salud.
  - 2) Gastos de administración y de transacción.
  - 3) Otros programas o usos financiados con recursos de salud.

La metodología propuesta para el desarrollo los cuadros comparativos tiene las siguientes características:

- Se construyen dos tablas: una de los países de OCDE, Europa y Estados Unidos y otra de los países latinoamericanos.
- Se trabaja la información lo mas reciente posible aunque no se cuente con información del mismo año para los diferentes países.
- Se trabaja entonces mas con “estructuras porcentuales” del gasto que con sus valores absolutos.

El modelo de referencia que se toma y frente al cual se pretenden homologar los resultados obtenidos en otros países es el estudio de Gilberto Barón Leguizamon, Cuentas de Salud de Colombia, 1993- 2003.<sup>4</sup>

---

3. Según los términos de referencia el informe final se deberá presentara como una síntesis de los resultados encontrados y el análisis del estudio comparativo entre países de la OECD y las Américas y entre estos de acuerdo a las variables contextuales, en un máximo de tres páginas, incluyendo dos tablas y dos gráficos en páginas adicionales. El informe deberá acompañarse de los cuadros y notas metodológicas necesarias que sustenten los resultados presentados.

4. Gilberto Barón Leguizamon, Cuentas de Salud de Colombia 1993 – 2003 - El gasto nacional en salud y su financiamiento, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la reforma de salud, Departamento Nacional de Plantación, Bogotá 2007. Estudio financiado por el BID. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15911&IDCompany=3>.

# LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA EUROPA Y ESTADOS UNIDOS

Para el caso de los países europeos y los Estados Unidos es necesario advertir que aunque la clasificación por funciones de atención de salud de la OCDE admite alguna contrastación o cotejo con los resultados de las cuentas de Colombia que sirven de referencia sin embargo no es exacta. En consecuencia los sistemas de cuentas, no son estrictamente comparables, por cuanto esa metodología de la OCDE mide gasto de atención de salud (HCE) y la colombiana mide el gasto total nacional de salud por agentes (que incluyen el gasto de atención en salud).

También se incorporó, en el primer cuadro que se presenta, la información correspondiente al Reino Unido (UK), que tiene series revisadas y ajustadas, de acuerdo con la metodología de clasificación de la OCDE, para los años 1997-2002 y, una versión más actualizada para 1997-2005. Sin embargo, a pesar de tratarse de información estandarizada, hay algunas divergencias de clasificación con respecto al resto de países de la OCDE. Por eso aparecen en este caso datos para “demás usos” que no están clasificados originalmente como gasto de atención en salud.

## PROMEDIOS NACIONALES EN LA ESTRUCTURA DEL GASTO EUROPA Y ESTADOS UNIDOS

### Estructuras porcentuales

	2003	2002	2003	2003	2003
CONCEPTO	EUA	UK	Francia	España	Alemania
	%	%	%	%	%
GASTO FINAL					
<b>ADMINISTRACION</b>	<b>7,1</b>	<b>3,4</b>	<b>7,7</b>	<b>3,2</b>	<b>5,7</b>
<b>INVERSION</b>	<b>6,4</b>	<b>2,1</b>	<b>2,6</b>	<b>3,2</b>	<b>3,8</b>
Infraestructura y dotación	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Investigación	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Capacitación	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>86,5</b>	<b>93,3</b>	<b>89,7</b>	<b>93,6</b>	<b>90,6</b>
<b>DEMÁS USOS</b>	<b>0,0</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>TOTAL USOS</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: [www.oecd.org/document/8/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_2742536\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html).

## **Análisis de Europa y Estados Unidos:**

1. En los países en donde predomina la presencia pública en los sistemas de salud el gasto directamente atribuible a las atenciones en salud es mas elevado porcentualmente. En el cuadro propuesto: España y el Reino Unido se sitúan por encima del 93% en cambio Estados Unidos en donde claramente hay mas presencia de los mecanismos de mercado el gasto directo en servicios de salud se reduce al 86%.
2. Como contrapartida necesaria los gastos de administración son más reducidos en España con 3,2% y Reino Unido 3,4%. Es así también que, Estados Unidos, por tener una presencia mas activa del mercado tiene gastos de administración superiores, clasificables seguramente como “costos de transacción” y que son del orden del 7.1%; sin embargo Francia que formaría parte de los sistemas mas centralizados y estatizados tiene el porcentaje mas alto de gastos de administración llegando 7.7%.
3. Con respecto a los gastos de inversión en salud Estados Unidos presenta casi el doble que los europeos, situándose en el 6,4%, quizás por efecto de la competencia misma que obliga más a la renovación tecnológica y a la expansión.
4. Como ya se dijo solo para el caso del Reino Unido aparecen gastos para “demás usos” que no estaban clasificados originalmente (en una metodología anterior) como gasto de atención en salud, pero no es claro tampoco que sean otros conceptos relacionados con inversión en infraestructura y dotación o en formación de recurso humano, etc.

# LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA AMERICA LATINA

En general, la mayoría de países Latinoamericanos posee alguna información para los años más recientes. Obviamente, el criterio de aceptación para que los países escogidos hayan sido incluidos en la tabla depende de la posibilidad de homologación o equiparación de los datos en relación con la clasificación de referencia de Colombia. De este modo, países que serían interesantes para el trabajo, como Argentina, Brasil y Chile, no cumplen con nuestro criterio, por cuanto están llevando Cuentas Satélite de Salud cuya clasificación responde al marco central del Sistema de Cuentas Nacionales: consumo intermedio, valor agregado y valor bruto de producción, desagregado luego el valor total de salud por agentes institucionales y sectores público y privado.

En cuanto a América Latina, se consiguió información básica y confiable para México (2003), Nicaragua (2001), Perú (2000) y, obviamente, Colombia (2003).

Se consultó a profundidad los casos de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Uruguay y Paraguay y finalmente se optó por los dos primeros, en razón de que trabajan la metodología 'Harvard' de las Cuentas Nacional de Salud (CNS) y por eso admiten cierta comparación con los resultados de Colombia. En el caso de Ecuador, la información se obtuvo mediante un formato que se preparó y se envió al contacto establecido en el Instituto Nacional de Estadísticas – INEC. La información reportada presentaba algunas inconsistencias, por lo cual se hicieron algunos ajustes, aun cuando los datos básicos de administración y atención de salud se dejaron, obviamente, como venían de la fuente.

## PROMEDIOS NACIONALES EN LA ESTRUCTURA DEL GASTO PAISES LATINOAMERICANOS

### Estructuras porcentuales

	2003	2003	2003	2002	2000	2001
CONCEPTO	Colombia	México	Ecuador	Bolivia	Perú	Nicaragua
	%	%	%	%	%	%
GASTO FINAL						
<b>ADMINISTRACION</b>	<b>15,5</b>	<b>4,3</b>	<b>33,8</b>	<b>27,2</b>	<b>1,7</b>	<b>4,4</b>
<b>INVERSION</b>	<b>10,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4,1</b>	<b>7,2</b>	<b>5,9</b>	<b>6,7</b>
Infraestructura y dotación	4,8	0,9	4,1	7,2	0,0	6,1
Investigación	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6
Capacitación	0,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	5,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>64,7</b>	<b>93,2</b>	<b>60,9</b>	<b>63,7</b>	<b>92,4</b>	<b>87,1</b>
<b>DEMÁS USOS</b>	<b>9,5</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,8</b>	<b>0,0</b>	<b>1,8</b>
<b>TOTAL USOS</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



## Análisis de América Latina:

1. En América Latina solo México y Perú presentan un porcentaje de gasto directo en servicios de salud superior al 90% (México 93.2% y Perú 92.4%), situándose en los niveles que presentan los países Europeos. Estos dos países coinciden en tener sistemas aun muy estatistas con escasa presencia de reformas “privatizadoras” y solo con un proceso incipiente de descentralización quizás mas avanzado en Perú. Pero es de observar además que la metodología utilizada en la clasificación del gasto es semejante a la de OCDE.
2. Contrasta lo anterior con lo ocurrido en Ecuador y Bolivia que presentan el mas bajo porcentaje de gasto en salud (Ecuador 60,9% y Bolivia 63,7%) pero son países en donde la “privatización” es baja o nula y la descentralización es pronunciada en Bolivia e incipiente en Ecuador. Como explicación pueden estar pesando otros costos (como los pensionales) contabilizados en el sector sin ser propiamente de salud.
3. En el caso colombiano que presenta un modelo profundamente descentralizado y con gran presencia del mercado en el aseguramiento y la prestación, tiene uno de los menores gastos en salud 64.7%, acercándose a Bolivia y a Ecuador, pero alejándose de Nicaragua quien pese a tener un modelo desmonopolizado para el manejo de la prestación de servicios en la seguridad social en salud aún conserva un 87.1% de gasto directo en prestación.
4. La inversión esta asociada a los países en donde hay más descentralización y/o mercado. Colombia encabeza el porcentaje mas alto con el 10.7%, continua Bolivia, muy descentralizado con el 7,2%, y sigue Nicaragua con el 6,7% el cual tiene un sistema de competencia en la prestación. Finalmente, Perú, con incipiente descentralización tiene un 5,9% de inversión.
5. Para concepto de los “demás usos”, el caso de Colombia sigue siendo el mas destacable con un 9,5% en contraste con los demás países en donde no se identifican este tipo de gastos como México y Perú y cuando se identifican son relativamente bajos como Bolivia, Nicaragua con el 1,8% y Ecuador con el 1.3%.

## Conclusiones generales:

- No existe aun un sistema de clasificación estandarizado de cuentas en salud que permita hacer un balance preciso de los tipos de usos en los recursos de salud.
- El mayor gasto en prestación directa de servicios de salud está en países que aun conservan sistemas predominantemente públicos y centralizados con poco mercado y poca descentralización. Caso de España en Europa y México en América Latina.
- El incremento en los costos y gastos de administración y otros costos de transacción está casi siempre asociado a los países en donde la administración de los servicios de salud esta manos de actores privados o en modelos descentralizados de administración. Tal es el caso de Estados Unidos y Colombia.
- No obstante hay que señalar que algunos países con burocracias centralizadas de mucho peso como Francia en Europa o Ecuador en América Latina podrían explicar también altos costos de administración.
- Los incrementos de inversión en infraestructura, dotación, capacitación y personal están claramente asociados a los países que optan por la competencia, el mercado y la descentralización.
- El concepto “otros usos” es al parecer poco empleado por las diferentes clasificaciones de gasto pero se destaca su presencia y valor en el caso Colombiano.

## FICHA TÉCNICA

### GASTO EN SALUD VARIOS PAISES (Países consultados a 22 de octubre de 2007)

Países	Información requerida		Fuentes de Información / consultas realizadas
		Año	
1. Colombia	Si	2003	Clasificación de referencia: Matriz 4: Principales categorías de gasto (según usos): Administración, Atención en salud, Inversión (formación de capital, formación R.H., investigación) y demás usos.
2. México	Si	2003	<a href="http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/publicaciones/csm01-05.html">sinais.salud.gob.mx/sicuentas/publicaciones/csm01-05.html</a> - 11k (Clasificación OCDE)
3. Argentina	No		Ministerio de Salud: <a href="http://www.msal.gov.ar">www.msal.gov.ar</a> Dirección Nacional de Cuentas Nacionales INDEC- Ministerio de Economía y Producción (contacto directo). También se consultó págs. Fundación ISALUD: <a href="http://www.isalud.org">www.isalud.org</a> .
4. Brasil	No		Ministerio de Salud: <a href="http://www.saude.gov.br">www.saude.gov.br</a> Instituto Brasileño de Geografía y Estadística – IBGE/ Sistema de Cuentas Nacionales / Cuenta Satélite de Salud: <a href="http://www.ibge.gov.br">www.ibge.gov.br</a> (contacto directo con IBGE).
5. Panamá	No		Ministerio de salud: <a href="http://www.minsa.gob.pa">www.minsa.gob.pa</a> Apenas se está implementando un sistema de información de CS.
6. Nicaragua	Si	2001	Ministerio de Salud: <a href="http://www.minsa.gob.ni/planificacion/gastos.html">http://www.minsa.gob.ni/planificacion/gastos.html</a> . Tabla del gasto del sector salud 1995-2001. (Clasificación tipo OCDE).
7. Ecuador	Sí	2003	Ministerio de Salud: <a href="http://www.msp.gov.ec">www.msp.gov.ec</a> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC): <a href="http://www.inec.gov.ec">www.inec.gov.ec</a> Cuentas Satélites de Salud 2003. Se obtuvo información sobre formato enviado (Contacto establecido con María Soledad Carvajal: <a href="mailto:mscarvajal@quito.inec.gov.ec">mscarvajal@quito.inec.gov.ec</a> ).
8. Paraguay	?		Ministerio de Salud Pública: <a href="http://www.mspbs.gov.py">www.mspbs.gov.py</a> Figuran 4 boletines de Cuentas de Salud: 2002-2004; Anexo 1; Anexo 2; y 1997-2001. No se pueden descargar. También contacto directo.
9. Estados Unidos	Si	2003	U.S. Department of Health & Human Services: <a href="http://www.cms.hhs.gov">www.cms.hhs.gov</a> Table 2: National Health Expenditures Aggregate Amounts and Average Annual Percent Change, by Type of Expenditure: Selected Calendar Years 1960-2005 (Clasificación OCDE)
10. Inglaterra (RU)	Si	2000	<a href="http://www.statistics.gov.uk/health_accounts">www.statistics.gov.uk/health_accounts</a> . Información obtenida con base en: Table 1a: current expenditure on health by function, provider and source of financing percentages of total, UK, 1999-2000 Table 1b: current expenditure on health by function, provider and source of financing, £m, UK, 1999/2000 (Clasificación OCDE). National Statistics, Total UK health expenditure 1997-2002.
11. Francia	Si	2003	<a href="http://www.oecd.org">www.oecd.org</a> <a href="http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html">www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html</a>
12. España	Si	2003	<a href="http://www.oecd.org">www.oecd.org</a> <a href="http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html">www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html</a>

<b>Otros consultados:</b>			
13. Perú	Si	2000	Publicación: Ministerio de Salud – OPS/OMS, “Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2000”. Lima, noviembre de 2003. Ministerio de Salud: <a href="http://www.minsa.gob.pe">www.minsa.gob.pe</a>
14. Chile	No		Ministerio de Salud: <a href="http://www.minsal.cl/ucsas">www.minsal.cl/ucsas</a> (también contacto directo) Publicación: Urriola, Rafael. “Cuentas Nacionales de Salud de Chile”. Subdepartamento de estudios del Departamento de Gestión Estratégica de FONASA. Santiago de Chile, 204.
15. Bolivia	Sí		Ministerio de Salud: <a href="http://www.sns.gov.co">www.sns.gov.co</a> . Contacto directo con Ahdemar Esquivel, profesional de la Subdirección de Políticas Sociales / Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE / Ministerio de Planificación del Desarrollo: <a href="http://www.udape.gov.co">www.udape.gov.co</a> . Documento consultado: Cárdenas, Marina. “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud. Bolivia”. Edic. Ministerio de Salud y Deportes, Abrir Salud & DFID. Segunda edición, diciembre de 2004. Información consultada en: Cuadro 22. Bolivia: Evolución del gasto en salud, según tipo de servicios (en miles de dólares), pág. 77. Cuadro 23. Bolivia: Evolución del gasto en salud según objeto del gasto (en miles de dólares), pág. 78. <a href="http://www.reforma.org.bo">www.reforma.org.bo</a> .
16. El Salvador	?		Ministerio de Salud: <a href="http://www.mspas.gob.sv">www.mspas.gob.sv</a> (también contacto directo)
17. Uruguay	?		Ministerio de Salud: <a href="http://www.msp.gub.uy">www.msp.gub.uy</a> . También contacto directo con la División de Economía de la Salud.
18. Alemania	Si	2003	<a href="http://www.oecd.org">www.oecd.org</a> <a href="http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html">www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html</a>