

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA

Médico sanitarista, consultor de IPEA, investigador colaborador del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Núcleo de Estudios de Salud Pública de la Universidad de Brasilia.

FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

La financiación de los servicios de salud, en casi todos los países, es compartida entre fuentes públicas y privadas. Lo que varía es la dominancia en la composición. En general, en los países de renta alta o media-alta, la mayor parte de la financiación de la salud proviene de fuentes públicas¹. Los recursos privados se invierten a través del gasto de bolsillo (out-of-pocket expenses) o del pago anticipado a empresas de planes y seguros privados de salud. El gasto de bolsillo, tan antiguo como la medicina, es la forma más injusta e inestable de financiación; paradójicamente, tiene papel más importante exactamente en los países más pobres (OMS, 2000). En países de altos ingresos, la participación del sector público corresponde en promedio a un 62% del gasto total, mientras que en países de bajos ingresos, a pesar de que dicha participación se ha incrementado en los últimos años, no alcanza el 39% del gasto total (OMS, 2012).

Los gastos de salud han aumentado en todo el mundo. Representaban el 3% del PIB mundial en 1948. Pasaron a un 8,7% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2004 (OPS, 2007). En el período 1998-2003, la tasa media anual de crecimiento del gasto de salud (5,7%) superó la tasa de crecimiento promedio de la economía mundial, que fue del 3,6% (HSIAO, 2007).

El volumen de gasto, en cada país, está determinado por una serie de factores. Algunos son intrínsecos al sistema, como el grado de cobertura de la población, la lista de los servicios prestados, el grado y la velocidad de incorporación de nuevas tecnologías y la forma de organización,

1 Una excepción, tal vez la más importante, a esta regla es el sistema de los Estados Unidos.

con mayor o menor participación del Poder Público en la conducción y regulación del sistema. Otros factores, que pueden ser considerados externos al sistema, son el perfil demográfico y epidemiológico de la población, las condiciones socioeconómicas (renta, educación, urbanización) y las propias expectativas de la población respecto a los servicios (OMS, 2012; BUSSE et al., 2012).

Además, un mayor nivel de gasto en salud no significa automáticamente servicios más eficientes, eficaces y equitativos. En este sentido, los modelos de financiación y organización de sistemas parecen ejercer gran influencia. Los Estados Unidos, por ejemplo, cuyo sistema se basa fundamentalmente en los seguros privados, gastan anualmente el 16% del PIB en salud. Sin embargo, tienen la tasa de mortalidad infantil más alta y la más baja esperanza de vida entre los países de altos ingresos (HSIAO, 2006). India, por su parte, con un sistema médico-hospitalario que es básicamente privado y en que predomina el gasto de bolsillo (out-of-pocket expenses), gastó el 4,8% del PIB en salud en el año 2003 y todavía tenía una tasa de mortalidad infantil cinco veces mayor que Sri Lanka, que gastó el 3,5% del PIB, pero con servicios financiados principalmente con recursos públicos (HSIAO, 2007).

Incluso en los países más ricos, existe la preocupación acerca del crecimiento, la eficiencia y eficacia del gasto sanitario. A su vez, los países más pobres que necesitan ampliar la cobertura y mejorar el acceso a los servicios buscan maneras de satisfacer la financiación sectorial en competencia con otras necesidades de inversión para el desarrollo social y económico (PIOLA et al., 2008). Los temas anteriores se suman a la urgencia de mejorar los sistemas de financiación de la salud para proteger eficazmente a las familias contra gastos catastróficos² y lograr aún, a través de la asignación de los recursos públicos, una mayor equidad en el acceso y uso de los servicios³.

2 Se considera catastrófico el gasto imprevisto que puede absorber parte significativa del presupuesto de una familia, llevándola a renunciar a otros consumos, vender activos o incluso endeudarse (véase WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2003; DINIZ et al., 2007).

3 Los modos de financiación deberían buscar la equidad en el uso de los servicios (PRADHAN; PRESCOTT, 2002; KUTZIN, 2010). Esto implicaría que los recursos deberían ser distribuidos proporcionalmente de acuerdo a las necesidades de salud de la población y no en función de su capacidad de pago (OMS, 2000; KUTZIN, 2010).

Este informe analiza la financiación de la salud en países seleccionados de América Latina, tratando de analizar la evolución del porcentaje de los recursos financieros públicos y privados y las tendencias del gasto de salud. Los países seleccionados fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Los datos utilizados se tabularon del Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

2. EVOLUCIÓN GENERAL DE LOS GASTOS DE SALUD EN EL PERÍODO DE 2000 A 2010

Casi todos los países analizados mostraron un crecimiento en el gasto total de salud per cápita entre 2000 y 2010. Algunos, como Brasil, Ecuador y Perú, crecieron más del 60%. Sin embargo, más sorprendente fue el crecimiento registrado en Ecuador, donde, según los datos utilizados, el crecimiento se ha más que duplicado.

Los menores aumentos se produjeron en Bolivia, El Salvador, Paraguay y Venezuela, con incrementos poco superiores a 20% en el periodo. Paraguay no siguió la tendencia de los demás países, ya que el gasto en salud disminuyó (variación de -4,4%) (Tabla 1).

Tabla 1. Gasto de salud total, público y privado, en países de América Latina, en valores per cápita, 2000-2010 – en dólares internacionales (PPA)

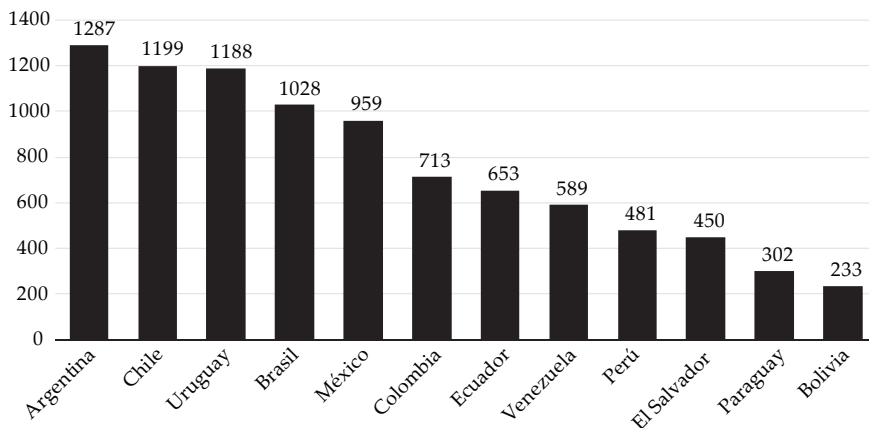
País	2000	2010	Var. %
Argentina	839	1287	53,4
Bolivia	192	233	21,4
Brasil	502	1028	104,8
Chile	768	1199	56,1
Colombia	429	713	66,2
Ecuador	201	653	224,9
El Salvador	367	450	22,6
México	508	959	88,8

País	2000	2010	Var. %
Paraguay	316	302	-4,4
Perú	231	481	108,2
Uruguay	719	1188	65,2
Venezuela	482	589	22,2

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

También en relación con el gasto total per cápita, se observa que las variaciones entre los países son muy significativas. En un extremo, hay un grupo de países (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) con un gasto per cápita superior a 1.000 dólares internacionales en 2010. En el sector intermedio, con un gasto de entre 500 y 999 dólares internacionales, se encuentran México, Colombia, Ecuador y Venezuela. En el otro extremo, con un gasto per cápita de menos de 500 dólares internacionales, hay Perú (481), El Salvador (450), Paraguay (302) y Bolivia (233) (Tabla 1 y Gráfico 1).

Gráfico 1. Gasto de salud total, público y privado, en países de América Latina, en valores per cápita, 2010 – en dólares internacionales (PPA)



Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

La prioridad relativa del gasto de salud en comparación con otros gastos también se puede demostrar en el análisis de la evolución del gasto de salud como porcentaje del Producto Interno Bruto en 2000 y 2010.

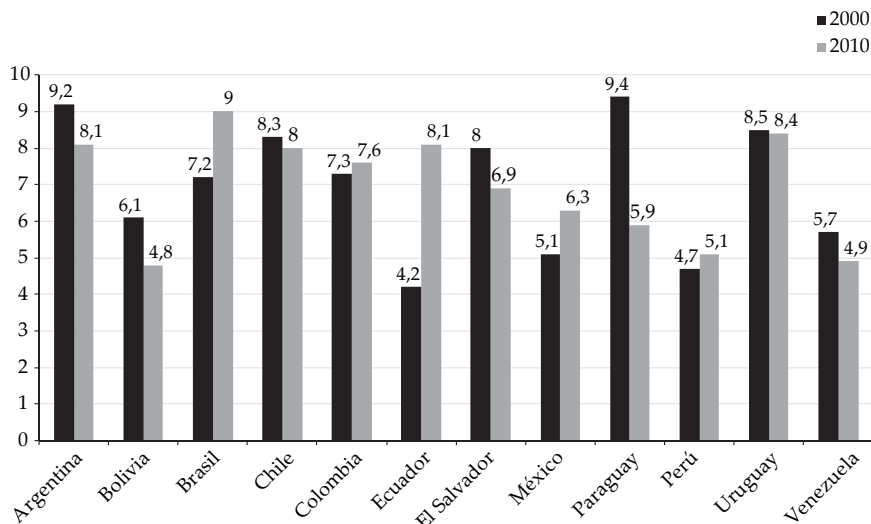
Aunque todos los países seleccionados, excepto Paraguay, hayan mostrado crecimiento en el gasto total per cápita en salud entre 2000 y 2010 (Tabla 1), en la mayoría de ellos, siete de los 12 países, el gasto total en salud disminuyó como porcentaje del PIB (Tabla 2).

En un contexto en que todos los países analizados mostraron un crecimiento del Producto Interno Bruto en el período, en menos de la mitad (cinco de 12) el crecimiento del gasto en salud representó un aumento del gasto en salud como porcentaje del PIB, lo que constituiría un aumento de la prioridad relativa de estos gastos. Se encuadran en esta situación los siguientes países: Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú. Otros cinco países – Argentina, Bolivia, Chile, El Salvador y Uruguay –, a pesar de haber registrado un crecimiento en el gasto en salud, redujeron la participación del gasto en salud en el PIB. Paraguay, por su parte, mostró una disminución en el gasto per cápita total y en la participación del gasto en salud como porcentaje del PIB (Tablas 1 y 2 y Gráfico 2).

Tabla 2. Gasto total de salud, público y privado, como porcentaje del PIB en países de América Latina, 2000 y 2010

País	2000	2010	Var %
Argentina	9,2	8,1	-1,1
Bolivia	6,1	4,8	-1,3
Brasil	7,2	9,0	1,8
Chile	8,3	8,0	-0,3
Colombia	7,3	7,6	0,3
Ecuador	4,2	8,1	3,9
El Salvador	8,0	6,9	-1,1
México	5,1	6,3	1,2
Paraguay	9,4	5,9	-3,5
Perú	4,7	5,1	0,4
Uruguay	8,5	8,4	-0,1
Venezuela	5,7	4,9	-0,8

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Gráfico 2. Gasto total de salud como porcentaje del PIB, 2000 y 2010

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

En resumen: en el período comprendido entre 2000 y 2010, todos los países, excepto Paraguay, tuvieron un crecimiento en el gasto de salud en valores per cápita. Sin embargo, en sólo cinco de ellos – Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú – registraron, al mismo tiempo, un crecimiento en la participación del gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto.

3. TENDENCIAS DE LA MEZCLA PÚBLICO/PRIVADO

Al igual que en otras regiones del mundo, el gasto de salud en los países analizados en este trabajo es compartido por fuentes públicas y privadas. Es importante, por lo tanto, investigar la distribución de la financiación entre fuentes públicas y privadas y, especialmente, si, con base en el análisis de los porcentajes de 2000 y 2010, se puede comprobar en qué segmento – público o privado – se ha producido un crecimiento en la participación.

En el caso de la muestra, en seis de los 12 países encuestados (Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Perú y Uruguay), el gasto público es mayor que el gasto privado. De este grupo, Argentina, Colombia, Perú y Uruguay son considerados, según datos del Banco Mundial y de la OMS⁴, países de renta media-alta. Los demás países, Bolivia y El Salvador, son de renta media-baja. Los otros seis, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela, a su vez, tienen un mayor gasto privado que público. De estos países, sólo Paraguay es de renta media-baja; los otros cinco (Brasil, Chile, Ecuador, México y Venezuela) son de renta media-alta (Tabla 3).

Tabla 3. Gasto en salud como porcentaje del PIB y repartición del gasto (%) público y privado en países de América Latina, 2010

País	Total	Público	% Público	Privado	% Privado
Argentina	8,1	4,4	54,6	3,7	45,4
Bolivia	4,8	3,0	62,8	1,8	37,2
Brasil	9,0	4,2	47,0	4,8	53,0
Chile	8,0	3,9	48,2	4,1	51,8
Colombia	7,6	5,5	72,7	2,1	27,3
Ecuador	8,1	3,0	37,2	5,1	62,8
El Salvador	6,9	4,3	61,7	2,6	38,3
México	6,3	3,1	48,9	3,2	51,1
Paraguay	5,9	2,1	36,4	3,8	63,6
Perú	5,1	2,8	54,0	2,3	46,0
Uruguay	8,4	5,6	67,1	2,8	32,9
Venezuela	4,9	1,7	34,9	3,2	65,1

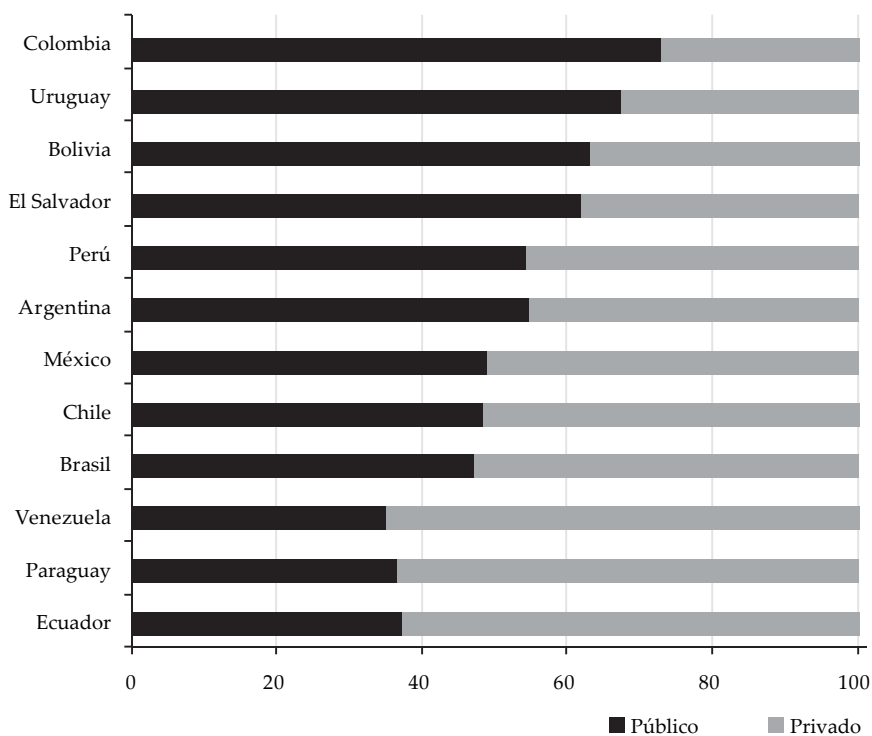
Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Como se puede ver en los datos de la OMS (2012), los países con menor renta per cápita generalmente tienen un gasto público proporcionalmente menor que el gasto privado. Esta tendencia no es tan evidente en los países de la muestra. Bolivia y El Salvador no reproducen esta ten-

⁴ *World Bank list of economies* (Noviembre, 2011), Washington, D.C., Banco Mundial, 2011 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>). Apud: OMS, 2012.

dencia, que es, sin embargo, confirmada por Paraguay. Lo más llamativo, sin embargo, es que entre algunos países de ingresos más elevados, que están ubicados como países de renta media-alta, el gasto público es menor que el privado. Este es el caso de Brasil, Chile, México y Venezuela, lo que contradice la tendencia de que en países con renta más elevada la participación pública sea, casi siempre, mayor. El caso brasileño es paradójico, ya que es el único de los cuatro países mencionados anteriormente, que tiene, por derecho constitucional, un sistema de atención de salud universal y atención integral, desde la Constitución de 1988 (Tabla 3 y Gráfico 3).

Gráfico 3. Participación de fuentes públicas y privadas en el gasto total de salud en países seleccionados de América Latina 2010



Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

No menos importante es identificar hacia qué lado se mueve la responsabilidad de la financiación de la salud. Es decir, ¿cuál es la que tiene más rápido crecimiento: la financiación pública o privada? Con este objetivo, la comparación del porcentaje de ambos en la financiación de la salud en los años 2000 y 2010 muestra que la participación pública ha crecido en ocho (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador y México) de los 12 países. De estos, en tres (Argentina, Bolivia y Colombia) las fuentes públicas ya tenían una participación predominante en el gasto total en salud. El Salvador ha cambiado su posición en el periodo: en 2000, las fuentes públicas participaron con un 45,2% del gasto total y, en 2010, esta participación alcanzó un porcentual de 61,7%. En los otros cuatro países, Brasil, Chile, Ecuador y México, a pesar del crecimiento en la participación pública en la financiación, la mayoría de los recursos sigue teniendo origen en fuentes privadas.

La participación privada, a su vez, creció en cuatro países: Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Dos de ellos, Paraguay y Venezuela, tienen un porcentaje privado en la financiación superior al público. Las fuentes privadas aportaron el 63,6% de los gastos de salud en Paraguay y el 65,1% en Venezuela, en 2010. Uruguay y Perú, por otra parte, a pesar del crecimiento del porcentaje privado, siguen con sistemas financiados principalmente con fondos públicos. En Uruguay, en 2010, 67,1% de los recursos fueron públicos y, en Perú, para el mismo año, el porcentaje de recursos públicos fue de 54% (Tabla 4).

Tabla 4. Participación (%) de recursos públicos y privados en el gasto total de salud en países de América Latina, 2000 y 2010

País	% Público		% Privado	
	2000	2010	2000	2010
Argentina	53,9	54,6	46,1	45,4
Bolivia	60,1	62,8	39,9	37,2
Brasil	40,3	47,0	59,7	53,0
Chile	41,6	48,2	58,4	51,8
Colombia	70,7	72,7	29,3	27,3
Ecuador	31,2	37,2	68,8	62,8
El Salvador	45,2	61,7	54,8	38,3
México	46,6	48,9	53,4	51,1
Paraguay	39,9	36,4	60,1	63,6
Perú	58,7	54,0	41,3	46,0
Uruguay	72,3	67,1	27,7	32,9
Venezuela	41,5	34,9	58,5	65,1

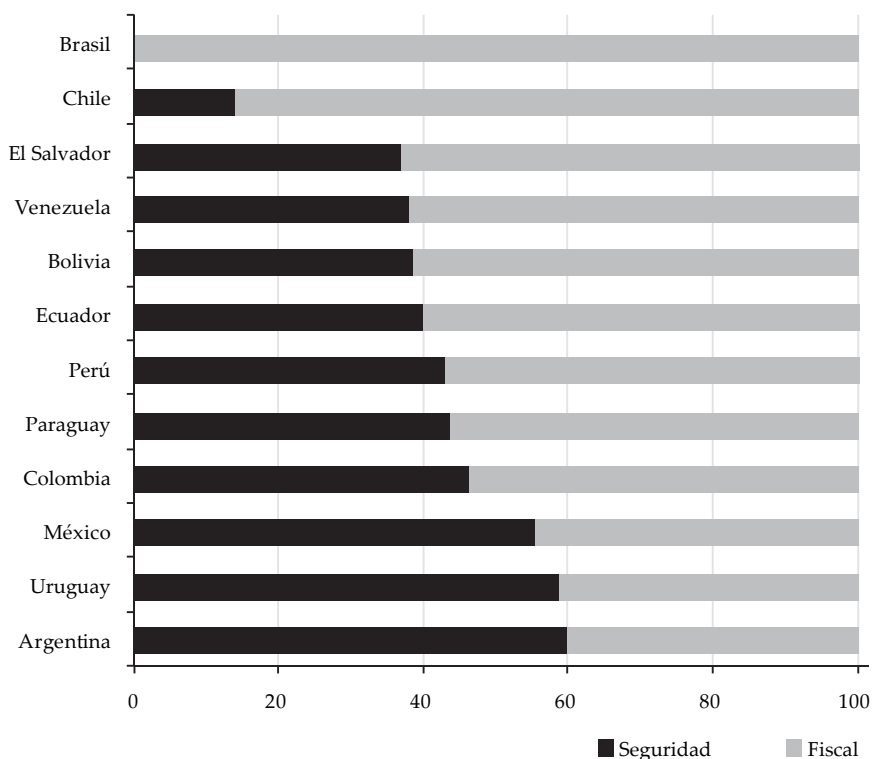
Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

En cuanto a la composición interna de la financiación pública en los países de la muestra, con la excepción de Brasil, todos poseen, además de recursos fiscales, ingresos de la Seguridad Social⁵, principalmente contribución sobre la nómina, en mayor o menor volumen. Desde 1993, Brasil ya no cuenta con ingresos de la Seguridad Social como una de las fuentes de la financiación pública de la salud. En algunos países, como Argentina, México y Uruguay, los recursos de la seguridad correspondieron en 2010 a 59,4%, 55,4% y 58,8%, respectivamente, del gasto público total. En todos los demás, con la excepción de Chile, la participación de la seguridad varió entre 36,9% (El Salvador) y 46,4% (Colombia) del gasto público. En Chile, esta participación se situó en 14,2% en el mismo año de 2010. Es decir, con la excepción de Brasil y Chile, la participación de recursos de la seguridad es una fuente importante de la financiación pública de la salud (Gráfico 4). Sin embargo, en términos de tendencia, teniendo en cuenta la evolu-

5 Corresponde a los sistemas públicos de seguros sociales existentes en América Latina.

ción de la participación de la seguridad en 2000 y 2010, se puede afirmar que existe una tendencia a la disminución de los recursos de la seguridad en el gasto público en salud y al aumento de los recursos fiscales. Sólo en tres países, Ecuador, Uruguay y Venezuela, hubo un aumento en la participación. En Argentina y Chile, se produjo el mantenimiento del porcentaje de la participación de fuentes de la seguridad y, en otros seis países (Bolivia, Colombia, El Salvador, México, Paraguay y Perú), hubo una disminución (Tabla C del Anexo).

Gráfico 4. Composición porcentual de la financiación pública, según fuentes fiscales y de la seguridad social en países de América Latina, 2010



Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

La composición del gasto privado también es importante en términos analíticos. En general, existe una preocupación justificada con los

gastos de bolsillo – out-of-pocket expenses (OOP) – debido a dos efectos negativos de esta práctica en el proceso de construcción de un sistema de salud más equitativo. En primer lugar, el OOP puede restringir el acceso a los servicios (OMS, 2010), especialmente cuando se utiliza como una forma de participación en la financiación de los servicios públicos (copago). En segundo lugar, porque los sistemas con una gran participación de pagos de bolsillo, especialmente en ausencia de un sistema público con una cobertura más eficaz, pueden someter a las familias a realizar gastos no previstos con la salud de sus miembros, lo que puede absorber una parte significativa del presupuesto familiar, llevando a la familia a restringir el consumo de otros bienes, vender activos o endeudarse. Es decir, el gasto de salud puede alcanzar proporciones catastróficas para estas familias. Ya los planes de prepago organizados en forma de agrupación de planes y seguros privados pueden minimizar estos riesgos, que se diluyen entre todos los usuarios de este tipo de servicios. Por lo tanto, también es interesante identificar, en el caso del gasto privado, cuál es la evolución de los gastos de bolsillo y de las formas privadas de prepago.

La Tabla 5, a seguir, muestra la participación del gasto directo y del gasto mediado por formas de prepago (seguros y planes privados de salud) en el gasto total de los países seleccionados.

Tabla 5. Participación (%) del gasto directo y con planes y seguros en el gasto privado total en países de América Latina, 2000 e 2010

País	Gasto Direto		Planos e Seguros	
	2000	2010	2000	2010
Argentina	63,0	65,8	30,7	25,3
Bolivia	81,6	77,2	8,1	19,1
Brasil	63,6	57,8	34,3	40,4
Chile	62,2	64,3	37,8	35,7
Colombia	76,7	71,5	23,3	28,5
Ecuador	85,3	78,0	4,8	12,4
El Salvador	94,6	88,6	5,4	11,4
México	95,3	92,2	4,7	7,8

País	Gasto Direto		Planos e Seguros	
	2000	2010	2000	2010
Paraguay	86,6	89,7	13,4	10,3
Perú	81,3	85,8	15,0	10,9
Uruguay	67,7	39,6	32,3	60,4
Venezuela	90,9	90,6	2,2	3,4

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Nota: Gasto directo = out-of-pocket expenses.

En todos los países, con excepción de Uruguay, el gasto de bolsillo es responsable por el mayor porcentaje del gasto privado. En 2010, el gasto de bolsillo, en los países seleccionados, correspondió entre 39,6%, en Uruguay, y 92,2% del gasto privado, en México. En Uruguay, el 60,4% del gasto privado se debe a los planes y seguros privados de salud. Otros países que tienen un alto porcentaje de gasto en la forma de prepago son Brasil (40,4%), Chile (35,7%), Colombia (28,5%) y Argentina (25,3%).

El gasto de bolsillo correspondió en promedio a más del 75% del gasto privado en los países analizados en 2010. Sería importante identificar mejor sus características en estos países, pero este método huye del objetivo de este trabajo. Los estudios para Brasil muestran que los deciles más pobres de la población gastan proporcionalmente un porcentaje mayor de su renta familiar en salud. En estos estratos de ingresos, los gastos de bolsillo se dirigen – en su mayoría, más del 75% – para comprar medicamentos. En todos los niveles de renta, la mayor parte del gasto familiar – a excepción del reservado al pago de planes y seguros de salud privados – es para la compra de medicamentos y atención dental (SILVEIRA, 2007).

De todos modos, hay un crecimiento de las formas de prepago – que es un método típico del segmento de planes y seguros de salud – en el gasto privado, lo cual es interesante, dado la inequidad y la inestabilidad siempre presentes del gasto de bolsillo. En dos tercios de los países analizados (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Uruguay y Venezuela), hubo un aumento de la participación de este tipo de financiamiento en el sector privado. Sin embargo, cabe destacar la baja participación del prepago en la financiación privada en Ecuador (12,4%), El

Salvador (11,4%) y, principalmente, en México (7,8%) y Venezuela (3,4%), muy por debajo de las tasas de porcentaje en otros países.

4. CONSIDERACIONES FINALES

De 2000 a 2010, casi todos los países analizados tuvieron un crecimiento en el gasto total en salud en valores per cápita. La excepción fue Paraguay, que no registró crecimiento. Sin embargo, sólo cinco países – Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú – registraron, al mismo tiempo, un crecimiento de la participación de los gastos en salud como porcentaje del PIB. En siete países, la participación del gasto con salud en el PIB se redujo, aunque el gasto per cápita haya crecido. En cuanto a la composición, el gasto público de la salud es mayor que el privado en seis (Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Perú y Uruguay) de los 12 países analizados. Lo más notable, sin embargo, es que en algunos países de renta más elevada (Brasil, Chile, México y Venezuela), el gasto público sea inferior al privado, el opuesto de la situación que normalmente se halla de mayor gasto público en países de renta media-alta y alta.

De 2000 a 2010, la participación pública en la financiación de la salud ha crecido en ocho de los 12 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador y México. Entre estos países, a pesar del crecimiento de la participación pública en la financiación, ella sigue siendo inferior a la privada en Brasil, Chile, Ecuador y México. Además, en casi todos los países, a excepción de Ecuador, Venezuela y Uruguay, hubo un aumento en la participación de los recursos fiscales en la composición del gasto público.

El gasto de bolsillo corresponde en promedio a más del 75% del gasto privado en los países analizados en 2010. Sin embargo, ha habido un crecimiento de las formas de prepago típicas de los planes y seguros de salud en el gasto privado, que, si bien regulado, puede reducir los riesgos financieros de las familias. En dos tercios de los países analizados, hubo un aumento en la participación de este segmento en la financiación privada.

BIBLIOGRAFÍA

BUSSE, R. et al. Re-examining the cost pressures on health systems. In: FIGUEIRAS, J.; MCKEE, M. (Eds). **Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being** - Assessing the case for investing in health systems. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2012.

DINIZ, B. P. C. et al. Gasto em Saúde das Famílias no Brasil: evolução e debate sobre o gasto catstrófico. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Orgs). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, v. 25, n. 4, p. 950-961, jul./ago. 2007.

KUTZIN, J. et al. Lessons from health financing reform in central and eastern Europe and former Soviet Union. **Health Economics, Policy and Law**, v. 5, abr. 2010. Cambridge University Press.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la Salud en el Mundo**. Ginebra: OMS, 2000.

_____. **The world health report: health systems financing: the path to universal coverage**. Ginebra: OMS, 2010.

_____. **Estadísticas Sanitarias Mundiales**. Ginebra: OMS, 2012.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Health in the Americas**. Washington, D.C.: OPS, 2007. v. I – Regional.

PIOLA, S. F. et al. **Estado de uma Nação**. Textos de Apoio: Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde. Texto para Discussão n. 1391. Brasília: Ipea, 2008.

PRADHAN, M.; PRESCOTT, N. Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. **Health Economics**, 11, p. 431-46, 2002.

SILVEIRA, F. G. et al. Os gastos das famílias com saúde. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Orgs.) **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas com saúde**. Brasília: Ipea, 2007. v. 1.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98. **Health Economics**, v. 12, p. 921–34, 2003.

WAGSTAFF, A. et al. Equity in the finance of health care: further international comparisons. **Journal of Health Economics**, 18, 1999.

ANEXOS

Tabla A. Gasto total de salud per cápita (PPA int. \$)

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	839	830	658	724	806	916	1017	1125	1218	1386	1287
Bolivia	192	203	215	189	190	210	192	199	223	237	233
Brasil	502	521	530	528	576	695	767	828	862	921	1028
Chile	768	816	835	780	798	843	864	959	1094	1209	1199
Colombia	429	438	449	494	510	544	581	619	622	687	713
Ecuador	201	238	295	366	402	430	473	507	551	692	653
El Salvador	367	372	379	376	388	407	403	405	408	439	450
México	508	552	584	629	688	730	776	842	891	920	959
Paraguay	316	311	296	255	248	253	271	271	283	295	302
Perú	231	232	252	248	256	285	317	396	497	466	481
Uruguay	719	699	642	582	736	797	858	897	977	1099	1188
Venezuela	482	523	452	433	492	537	633	701	686	734	589

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Tabla B. Gasto total de salud como porcentaje del Producto Interno Bruto

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	9,2	9,4	8,3	8,3	8,3	8,5	8,5	8,4	8,4	9,5	8,1
Bolivia	6,1	6,3	6,5	5,6	5,3	5,6	4,8	4,7	4,9	5,1	4,8
Brasil	7,2	7,3	7,2	7,0	7,1	8,2	8,5	8,5	8,3	8,8	9,0
Chile	8,3	8,4	8,4	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4	8,0
Colombia	7,3	7,3	7,3	7,7	7,4	7,4	7,3	7,2	6,9	7,6	7,6
Ecuador	4,2	4,6	5,5	6,6	6,6	6,6	6,7	7,0	7,0	8,8	8,1
El Salvador	8,0	7,8	7,7	7,3	7,2	7,1	6,6	6,3	6,2	6,8	6,9
México	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,9	6,5	6,3
Paraguay	9,4	9,1	8,7	7,2	6,6	6,5	6,6	6,1	6,0	6,6	5,9
Perú	4,7	4,7	4,8	4,5	4,4	4,5	4,5	5,1	5,7	5,3	5,1
Uruguay	8,5	8,4	8,2	7,2	8,5	8,3	8,3	7,9	7,7	8,4	8,4
Venezuela	5,7	6,0	5,7	5,9	5,6	5,4	5,7	5,8	5,4	6,0	4,9

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Tabla C. Gastos de la Seguridad Social en salud como porcentaje del gasto general del Gobierno en salud

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	59,5	58,9	58,3	57,3	57,8	57,6	58,3	58,6	58,5	59,4	59,4
Bolivia	62,0	65,2	65,0	49,5	49,9	44,4	44,6	41,0	39,2	38,3	38,6
Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chile	15,0	15,7	16,0	12,4	13,0	14,3	13,9	14,2	14,5	14,2	14,2
Colombia	60,2	66,3	63,9	66,0	67,9	69,5	70,1	70,1	70,1	48,6	46,4
Ecuador	28,0	32,2	32,0	41,2	53,5	53,0	59,6	54,6	52,2	38,3	39,6
El Salvador	44,2	41,2	44,5	42,9	43,2	45,7	47,3	43,2	41,1	37,5	36,9
México	67,6	66,7	66,1	66,9	67,3	62,0	60,2	58,9	55,2	54,6	55,4
Paraguay	52,4	47,3	38,8	41,7	41,8	41,9	38,6	41,5	49,7	57,0	43,6
Perú	49,5	47,5	47,7	46,6	46,0	46,0	40,5	35,5	32,5	44,5	43,0
Uruguay	27,4	25,7	25,9	25,1	52,6	59,2	55,0	49,3	57,5	57,9	58,8
Venezuela	34,6	34,0	35,6	35,5	36,2	32,5	32,4	33,7	31,4	30,8	38,1

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Tabla D. Gasto global de salud del Gobierno como porcentaje del gasto total de salud

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	53,9	54,2	53,6	52,3	52,3	54,2	55,8	59,4	62,6	66,4	54,6
Bolivia	60,1	59,3	62,8	60,1	62,6	66,2	69,9	68,2	65,1	64,6	62,8
Brasil	40,3	42,3	44,6	44,4	47,0	40,1	41,7	41,8	42,8	43,6	47,0
Chile	41,6	42,9	43,8	38,8	39,9	40,0	42,1	43,2	44,1	47,6	48,2
Colombia	70,7	70,3	70,4	70,1	70,6	70,0	70,8	71,1	70,6	71,1	72,7
Ecuador	31,2	34,5	33,7	22,1	23,0	22,3	23,8	24,3	26,5	34,9	37,2
El Salvador	45,2	45,4	46,6	47,3	49,3	52,6	62,0	59,1	59,4	60,3	61,7
México	46,6	44,8	43,8	44,2	45,2	45,0	45,2	45,4	47,0	48,3	48,9
Paraguay	39,9	34,9	33,2	33,1	34,8	37,9	41,1	40,5	40,9	39,0	36,4
Perú	58,7	57,9	57,6	58,7	58,8	59,4	56,3	58,5	62,3	57,7	54,0
Uruguay	72,3	71,9	70,8	68,0	49,3	50,7	53,1	54,6	63,8	65,3	67,1
Venezuela	41,5	40,7	39,3	38,1	41,4	43,3	41,7	46,5	44,9	40,0	34,9

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Tabla E. Gasto privado de salud como porcentaje del gasto total de salud

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	46,1	45,8	46,4	47,7	47,7	45,8	44,2	40,6	37,4	33,6	45,4
Bolivia	39,9	40,7	37,2	39,9	37,4	33,8	30,1	31,8	34,9	35,4	37,2
Brasil	59,7	57,7	55,4	55,6	53,0	59,9	58,3	58,2	57,2	56,4	53,0
Chile	58,4	57,1	56,2	61,2	60,1	60,0	57,9	56,8	55,9	52,4	51,8
Colombia	29,3	29,7	29,6	29,9	29,4	30,0	29,2	28,9	29,4	28,9	27,3
Ecuador	68,8	65,5	66,3	77,9	77,0	77,7	76,2	75,7	73,5	65,1	62,8
El Salvador	54,8	54,6	53,4	52,7	50,7	47,4	38,0	40,9	40,6	39,7	38,3
México	53,4	55,2	56,2	55,8	54,8	55,0	54,8	54,6	53,0	51,7	51,1
Paraguay	60,1	65,1	66,8	66,9	65,2	62,1	58,9	59,5	59,1	61,0	63,6
Perú	41,3	42,1	42,4	41,3	41,2	40,6	43,7	41,5	37,7	42,3	46,0
Uruguay	27,7	28,1	29,2	32,0	50,7	49,3	46,9	45,4	36,2	34,7	32,9
Venezuela	58,5	59,3	60,7	61,9	58,6	56,7	58,3	53,5	55,1	60,0	65,1

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Tabla F. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total privado en salud

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	63,0	64,0	64,2	64,4	64,1	64,3	64,1	61,5	59,2	59,2	65,8
Bolivia	81,6	77,9	78,9	79,1	78,3	77,8	70,4	72,9	77,2	77,2	77,2
Brasil	63,6	62,6	62,5	62,6	62,6	62,8	61,8	58,5	56,0	57,2	57,8
Chile	62,2	62,8	63,4	63,6	64,6	65,0	65,6	64,4	65,2	64,6	64,3
Colombia	76,7	76,1	77,2	76,6	76,2	76,9	76,1	76,4	76,3	74,8	71,5
Ecuador	85,3	87,0	87,9	89,6	87,3	86,8	78,4	76,4	75,4	75,4	78,0
El Salvador	94,6	93,1	93,4	93,3	92,5	91,7	88,9	89,0	88,8	87,9	88,6
México	95,3	95,0	94,9	94,7	94,7	94,0	93,6	93,1	92,9	92,3	92,2
Paraguay	86,6	84,9	85,6	84,9	85,2	87,1	87,6	88,3	89,2	89,7	89,7
Perú	81,3	81,1	82,0	78,8	79,2	79,4	82,1	85,4	86,5	84,7	85,8
Uruguay	67,7	67,3	65,5	67,0	32,4	32,1	31,1	29,9	33,8	40,0	39,6
Venezuela	90,9	92,1	92,6	92,6	91,0	89,4	88,0	88,1	89,5	90,6	90,6

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

Tabla G. Planos privados prepagos como porcentaje del gasto de salud privado

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	30,7	29,3	28,4	28,4	28,3	28,5	28,4	30,7	32,8	32,8	25,3
Bolivia	8,1	12,0	10,8	16,6	17,8	19,4	24,2	22,6	19,1	19,1	19,1
Brasil	34,3	35,0	34,8	34,9	34,9	35,5	36,4	39,8	42,2	41,0	40,4
Chile	37,8	37,2	36,6	36,4	35,3	35,0	34,4	35,5	34,8	35,4	35,7
Colombia	23,3	23,9	22,8	23,4	23,8	23,1	23,9	23,6	23,7	25,2	28,5
Ecuador	4,8	3,1	4,5	3,7	4,8	5,4	9,1	11,4	12,0	12,0	12,4
El Salvador	5,4	6,9	6,6	6,7	7,5	8,3	11,1	11,0	11,2	12,1	11,4
México	4,7	5,0	5,1	5,3	5,3	6,0	6,4	6,9	7,1	7,7	7,8
Paraguay	13,4	15,1	14,4	15,1	14,8	12,9	12,4	11,7	10,8	10,3	10,3
Perú	15,0	15,2	14,5	17,7	17,1	17,3	14,5	11,3	10,2	12,1	10,9
Uruguay	32,3	32,7	34,5	33,0	67,6	67,9	68,9	70,1	66,2	60,0	60,4
Venezuela	3,2	3,1	3,2	3,1	3,1	3,1	2,7	3,2	3,3	3,4	3,4

Fuente: OMS, Repositorio de Datos del Observatorio Global de Salud, 2012.

