
ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso

Ernesto Báscolo

Fernando Lago

Milva Geri

Nebel Moscoso

María Florencia Arnaudo

Balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia

Yadira Eugenia Borrero-Ramírez

María Esperanza Echeverry-López

Dimensión política de las decisiones en Salud Pública, Bogotá D.C., 2012-2013

Marisol Raigosa-Mejía

Gloria Molina-Marín

Modelado de la atención en consulta externa en un hospital público: una herramienta de gestión

Aurora Inés Gáfarro-Rojas

Fermín Mallor-Giménez

Cristina Azcárate-Camio

Efectos del alta hospitalaria temprana en el periodo posparto en la Clínica del Prado, Medellín, Colombia

Arturo Cardona-Ospina

Jaime Ordoñez-Molina

Elsa María Vásquez-Trespalcios

Laureano Mestra-Palomino

Raúl Alejandro García-Posada

Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con VIH/SIDA

María Sandra Compean-Dardón

Diana Pérez-Salgado

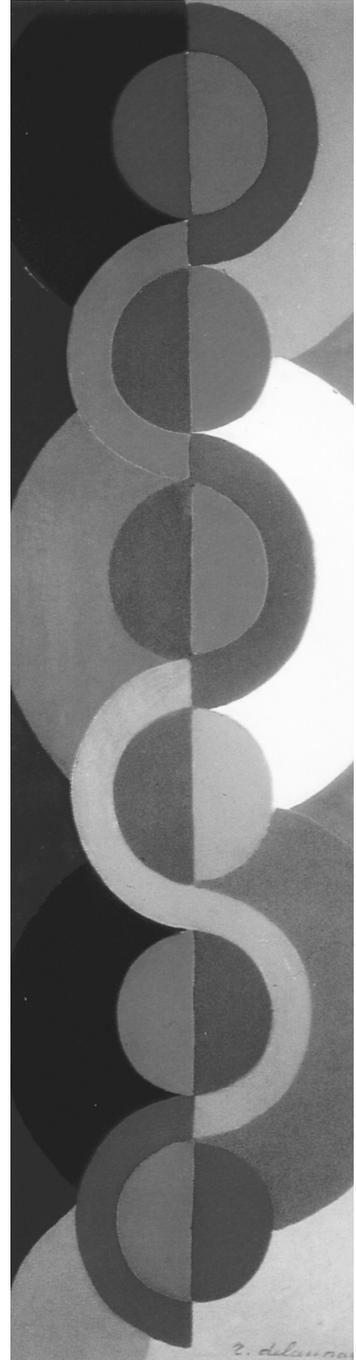
María Guadalupe Staines-Orozco

Luis Ortiz-Hernández

Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: voces de mujeres

Janeth Carrillo-Franco

Lucero López



Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso

Public funding of the total health expenditure: an ecological study by countries according to income levels

Financiamento público da despesa total em saúde: um estudo ecológico por países por nível de renda

Fecha de recepción: 02-12-13 Fecha de aceptación: 07-03-14
doi:10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fpgt

Ernesto Báscolo*
Fernando Lago**
Milva Geri***
Nebel Moscoso****
María Florencia Arnaudo*****

-
- * Investigador (UNR Conicet). Doctor en Ciencias Sociales. Máster en Economía de la Salud y Políticas de Salud. Profesor de Economía de la Salud de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina). Director de la Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud. Correo electrónico: ebascolo@gmail.com
- ** Investigador (UNS-Conicet). Doctor en Economía. Profesor de Finanzas Públicas de la Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: flago@uns.edu.ar
- *** Becaria doctoral del Conicet, Universidad Nacional del Sur, licenciada en Economía. Correo electrónico: milvageri@hotmail.com
- **** Investigador adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Doctora en Economía. Profesora de Economía de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. Correo electrónico: nmoscoso1@gmail.com
- ***** Becaria postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Licenciada en Economía. Magíster en Ingeniería de Procesos Petroquímicos, Universidad Nacional del Sur. Correo electrónico: marnaudof@uns.edu.ar



Resumen

En las últimas décadas el gasto total en salud (GTS) ha aumentado tanto en las economías desarrolladas como en las emergentes. El presente trabajo es un estudio ecológico descriptivo y mixto. Tomando una muestra de 192 países agrupados por niveles de ingresos, se analizó: i) los patrones de financiamiento público del GTS, ii) la proporción que representó el gasto público en salud en los gastos generales de gobierno, y iii) la hipótesis de Globerman y Vining referida a la existencia de una correlación negativa entre el financiamiento público y el GTS como porcentaje del PBI. Los resultados muestran que los gobiernos que más se involucran en el sector salud poseen en promedio un GTS per cápita más alto. Asimismo, la relación entre financiamiento público del GTS y GTS como porcentaje del PBI es negativa y estadísticamente significativa solo en los países ricos de la OCDE y en los pobres.

Palabras clave: gasto en salud; financiamiento de la atención de la salud; sector salud; sector público; costos de la atención en salud; participación público-privada

Palabras clave descriptor: gastos en salud; financiación de la atención de la salud; sector de atención de salud; sector público; costos de la atención en salud; participación pública-privada

Abstract

Over the last decades, total health expenditure (THE) has increased, not only in developed economies but also in emerging ones. This paper is a descriptive and mixed ecological study. We took a sample of 192 countries grouped by income levels, and analyzed i) the patterns of public funding of THE, ii) the share of public health expenditure in the general government budgets, and iii) the Globermann and Vining hypothesis about the existence of a negative correlation between the proportion of THE financed by the governments and THE as a percentage of the GDP. We found that governments most involved in the health sector showed, on average, a higher per capita THE. We also found that the relationship between public funding of THE and the THE as a percentage of GDP is negative and statistically significant only in rich OECD countries and the poor ones.

Keywords: health expenditures; healthcare financing; health care sector; public sector; health economics; health care costs; public-private partnership

Keywords plus: health expenditures; healthcare financing; health care sector; public sector; health care cost; public-private partnership

Resumo

Nas últimas décadas a despesa total em saúde (DTS) aumentou tanto nas economias desenvolvidas como nas emergentes. O presente trabalho é um estudo ecológico descriptivo e misturado. Tomando uma amostra de 192 países agrupados por nível de renda, foram analisados: i) os padrões de financiamento público do DTS, ii) a proporção que representou a despesa pública em saúde nas despesas gerais de governo, e iii) a hipótese de Globerman e Vining referida à existência de uma correlação negativa entre financiamento público e DTS como porcentagem do PBI. Os resultados demonstram que os governos que mais estão envolvidos com o setor da saúde possuem em média um DTS per capita mais alto. Além disso, a relação entre financiamento público do DTS e DTS como porcentagem do PBI é negativa e estatisticamente significativa apenas nos países ricos da OCDE e nos pobres.

Palavras chave: despesa em saúde, financiamento da atenção em saúde, setor saúde, setor público, custos da atenção em saúde, parcerias público-privadas

Palavras chave descritores: gastos em saúde, financiamento da assistência à saúde, setor de assistência à saúde, setor público, custos de cuidados de saúde, parceria público-privada

Introducción

Hace más de dos siglos que los gobiernos de distintos países del mundo intervienen en el ámbito de la salud. Sin embargo, la modalidad de intervención fue transformándose y, en la actualidad, difiere mucho entre países: algunos sistemas de salud son universales, mientras en otros la atención de la salud es responsabilidad de cada ciudadano, y el gobierno se limita a la atención de la salud de los sectores sociales más vulnerables. Algunos gobiernos prefieren gastar una mayor cantidad de recursos en prevención, mientras que otros destinan más fondos a la incorporación de tecnología y/o ampliación de la oferta de atención hospitalaria.

Pero, ¿por qué es importante que el gobierno financie el gasto en salud? Existen al menos dos argumentos. El primero se relaciona con la equidad, asociando el estatus de salud a los determinantes del desarrollo humano. Según Sen (1), “la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá obtener ingresos más fácilmente, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana”. En esta línea, el financiamiento público podría contribuir a garantizar condiciones mínimas de acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta sus necesidades de atención de salud, más que sus condiciones económicas.

El segundo argumento está vinculado con cuestiones de eficiencia. Parte de la literatura especializada argumenta que el establecimiento de un seguro de salud privado puede generar, entre otros problemas, el incremento excesivo de los costos. Tal situación se evitaría si el sector público proveyera directamente los servicios de salud o implantara algún mecanismo de cobertura universal. Diferentes autores

sostienen que en el caso de que la provisión sea privada, los costos solo podrían contenerse mediante una estricta regulación (2,3).

El incremento del gasto en salud no es un problema menor. En las últimas décadas ha aumentado tanto en las economías avanzadas como en las emergentes, sin que resulte clara la relación de este incremento con mejoras en la calidad de vida. Según Clements et ál. (4), desde 1970 en las economías avanzadas el gasto sanitario per cápita real se cuadruplicó, mientras que en las economías en desarrollo dicho incremento fue más moderado (entre 3 y 5% del PBI). Además, se espera que los costos del sector continúen aumentando, y por lo tanto también el gasto en salud, que incluso podría superar los ingresos de las familias (5).

Globerman y Vining (6) plantean la hipótesis de que la financiación privada de la atención de la salud podría contribuir a incrementar los costos del sector salud, con lo cual los países cuyos sistemas de salud son financiados por los particulares gastarían más (como porcentaje del PBI) que aquellos países cuyos sistemas de salud son financiados con fondos públicos. Los autores hacen una revisión bibliográfica que señala al crecimiento de la financiación privada como un factor que pone en peligro el acceso equitativo a la atención sanitaria en las personas con diferentes niveles de ingresos.

Son varios los motivos por los cuales una mayor participación pública en el gasto total en salud (GTS) podría traducirse en un menor peso del mismo sobre el PBI. Entre otros, el Estado podría limitar la inducción de la demanda típica en los mercados privados mediante distintos mecanismos (pagos por salarios en lugar de pago por prestación, presupuestos fijos prospectivos para las instituciones de salud, limitaciones en las coberturas de algunas prestaciones en función



de la efectividad avalada por evaluaciones económicas). Otro motivo podría ser que los ahorros en costos se logren limitando la calidad o cantidad de los servicios ofrecidos, dando lugar a racionamientos de la demanda. Por último, en caso de que exista provisión pública (además del financiamiento) de los servicios de salud, el Estado estaría en mejores condiciones de alcanzar economías de escala que permitan reducir los costos de las prestaciones.

El estudio de los patrones de financiamiento de los sistemas de salud en un amplio abanico de países, con diferentes niveles de ingresos y diferentes prioridades del Estado en la asignación de recursos públicos al sector salud, permitiría contribuir al análisis de la influencia del mix público-privado sobre los costos de los servicios de salud.

Objetivo

El trabajo tiene como objetivos analizar en 192 naciones: i) los patrones de financiamiento público del gasto total en salud, ii) la proporción que representa el gasto público en salud en los gastos generales de gobierno, y iii) si se verifica la relación entre un mayor financiamiento público y menores gastos totales en salud como porcentaje del PBI.

Metodología

Se trata de un estudio ecológico descriptivo y mixto. Es ecológico en tanto, como se detalla a continuación, la unidad de análisis está compuesta por grupos de países conformados por naciones con características similares en cuanto a su nivel de ingreso y región del mundo a la que pertenecen. Es descriptivo en la medida que refleja para cada conjunto de países una serie de variables, tales como la proporción de gasto general del gobierno

destinado al gasto público en salud y la proporción del gasto total en salud financiado por el sector público. Por último, es mixto debido a que considera diversos grupos de naciones a lo largo de un periodo de tiempo, usando valores promedio de las variables más relevantes, en vez de valores correspondientes a un año determinado. Este tipo de estudio intenta determinar si existe alguna relación entre dos variables utilizando modelos de regresión y/o correlación (7). El análisis se divide en tres secciones.

Sección I: Financiamiento público del gasto total en salud

En esta primera etapa se intenta describir la relación que existe entre el nivel de ingreso y de gasto en salud, con el grado de financiamiento público de dicho gasto en distintos grupos de países. Para ello se emplean las siguientes variables:

- *Gasto Público en Salud* (en adelante GPS) *como porcentaje del Gasto Total en Salud*, obtenida de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Considera todos aquellos fondos por mantenimiento, conservación o mejora de la salud, pagado en efectivo o suministrado en especie por las entidades del gobierno (Ministerio de Salud, otros ministerios, organizaciones paraestatales y/o agencias de seguridad social). Incluye las transferencias a los hogares para compensar costos de la atención médica y fondos extrapresupuestarios para financiar los bienes y servicios para la atención de la salud. El origen del ingreso de estas entidades puede comprender fuentes múltiples, incluyendo los fondos externos (8).
- *Gasto Total en Salud* (en adelante GTS) *per cápita*, expresado en dólares de Paridad

de Poder Adquisitivo (en adelante PPA). Considera la suma de todos los fondos movilizados por el sector salud, ya sea por parte del gobierno, o ya sea por parte del sector privado (8). Al expresarlo en PPA se espera obtener una medida relativamente homogénea del nivel de recursos destinado al sector salud en cada país, neutralizando el efecto que podría tener la variación interna de precios relativos en cada uno de ellos.

El procedimiento de análisis consiste en diseñar cuartiles de países según GPS como porcentaje del GTS, para luego confeccionar un cuadro resumen con el promedio del GPS como porcentaje del GTS y el nivel de GTS per cápita promedio para cada cuartil de países. Asimismo, se incluyen en el cuadro dos medidas que dan cuenta del nivel de variabilidad de los datos: el desvío estándar (σ) y el coeficiente de variación (CV). Este último expresa la desviación estándar como porcentaje de la media aritmética.

Se consideró conveniente utilizar para el diseño de los cuartiles el promedio de la variable GPS como porcentaje del GTS durante el período 1995-2011, para obtener una medida relativamente estable del nivel de financiamiento público del gasto en cada país, evitando incluir el efecto de *shocks* coyunturales correspondientes a un año determinado. En cuanto a la variable GTS per cápita, esta corresponde al año 2011.

Finalmente, se elaboran dos gráficos de torta para estudiar la composición de los países que pertenecen a los cuartiles primero y cuarto según su nivel de ingreso, distinguiendo entre países ricos, pobres y de ingresos intermedios. La clasificación de los países por niveles de ingreso es la provista por el Banco Mundial (9).

Sección II: Gasto público en salud y gastos generales de gobierno

En esta etapa se describe la relación que existe entre el nivel de ingreso y de gasto en salud y el porcentaje del gasto público que es destinado al sector salud en distintos grupos de países. Para ello se emplean las siguientes variables:

- *Gasto Público en Salud como porcentaje del Gasto General del Gobierno* (en adelante GGG), obtenida de la base de datos de la OMS. El GGG considera los gastos consolidados de todos los niveles de gobierno, autoridades territoriales (gobiernos central, federal, provincial, regional, estatal, distrital, municipal, local), instituciones de seguridad social y fondos extrapresupuestarios, incluyendo gastos de capital (8).
- GTS per cápita en PPA (descrito anteriormente).

El procedimiento de análisis es análogo al realizado en la etapa I. Se diseñaron cuartiles de países según GPS como porcentaje del GGG, para luego observar cuál es el nivel de GTS per cápita de cada grupo, así como también el nivel de ingreso de los países que integran cada grupo.

Aquí también se considera el valor promedio de la variable GPS como porcentaje del GGG durante el período 1995-2011, a los efectos de captar una medida relativamente estable del nivel de prioridad que le asigna al sector salud cada país, a través del porcentaje del presupuesto que los gobiernos destinan a tal fin. Con respecto a la variable GTS per cápita, esta corresponde al año 2011.

Una vez construidos los cuartiles, se confecciona un cuadro resumen con el promedio del GPS como porcentaje del GGG y el nivel de



GTS per cápita promedio para cada cuartil de países, sin omitir el desvío estándar (σ) y el coeficiente de variación (CV), para reflejar el grado de variabilidad de los datos.

Finalmente, se diseñan dos gráficos de torta que reflejan la composición de los cuartiles según porcentajes de países ricos, pobres o de ingresos intermedios que componen el primer y el cuarto cuartil, siguiendo la clasificación provista por el Banco Mundial (9).

Sección III: Financiamiento público y gasto total en salud

En esta etapa se testea la hipótesis planteada por Globerman y Vining (6) acerca de la relación negativa que podría observarse entre el nivel de financiamiento público del gasto y el nivel total de este. Para ello se emplean las variables:

- *Gasto Público en Salud como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI)*, obtenida de la base de datos de la OMS, en la solapa “indicadores de gasto en salud”. Es la suma del gasto sanitario público y privado. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la ayuda de emergencia designada para la salud. No incluye el suministro de agua y saneamiento.
- *Gasto Público en Salud como porcentaje del GTS*, variable descripta anteriormente.

El procedimiento de análisis consiste en estimar el coeficiente de correlación simple o de Pearson (el cual denota el grado de asociación lineal entre dos variables) entre el GTS como porcentaje del GTS y el GTS como porcentaje del PBI, en distintos grupos de países clasificados según distintos criterios, a saber: i) nivel de ingreso, ii) pertenencia a

la OCDE y iii) pertenencia al continente americano. Nuevamente, se consideran valores promedio las variables estudiadas entre los años 1995 y 2011, con el objetivo de captar una medida relativamente estable del porcentaje de financiamiento público del gasto y del nivel de este, omitiendo posibles *shocks* coyunturales que afecten a un año determinado. Para cada grupo de países considerados se estima, además del coeficiente de correlación de Pearson, un estadístico t que denota el grado de significatividad del coeficiente estimado.¹

Resultados

Financiamiento público del gasto total en salud

Una de las propuestas sugeridas por la OMS en su Informe sobre la Salud en el Mundo fue destinar una mayor cantidad de recursos al sector salud y financiarlos con fondos públicos para garantizar condiciones de acceso universales a la población en función de sus necesidades de servicios de salud. Sin embargo, los gobiernos de cada país asumen diferentes niveles de compromiso con el financiamiento de la atención de salud de sus ciudadanos, independientemente del nivel de ingresos que detenten (10).

1 El procedimiento para conocer el grado de significatividad de cada coeficiente de Pearson consiste en suponer una hipótesis nula de no significatividad de la relación entre las variables, para luego estimar la probabilidad de cometer un error tipo I; es decir, rechazar una hipótesis verdadera. Si esa probabilidad es baja, puede suponerse que existe una relación significativa entre las variables. Cada estadístico t estimado suele asociarse a un t crítico que depende del tamaño de la muestra (en este caso de los países incluidos en cada grupo), suponiendo una probabilidad constante de cometer un error tipo I, fijada normalmente en niveles de significancia del 1, 5 y 10%. Si el estadístico estimado se encuentra por debajo del t crítico en valores absolutos, la relación entre las variables denotada por el coeficiente de correlación no puede considerarse significativa. Por el contrario, si el estadístico t se encuentra por encima del t crítico en valores absolutos, la relación entre las variables puede considerarse significativa.

A modo de ejemplo, se observa que países de ingresos medios bajos como Islas Salomón financian alrededor de un 90% del gasto, mientras que países ricos como Eslovenia financian alrededor de un 70% de este. En 2011, el gobierno de Tuvalu financió un 99,9% del GTS (con un GTS per cápita de 469 USD), mientras que el gobierno de Birmania financió sólo un 13% del GTS (con un GTS per cápita de 28 USD).

En la tabla 1 se exhiben los resultados del análisis por cuartiles de países agrupados según el porcentaje que representa el gasto público en el GTS en el año 2011. En dicho año, los valores promedio del GPS como porcentaje del GTS oscilan entre un 34% (cuarto cuartil) y un 83% (primer cuartil). La dispersión de los valores de GPS como porcentaje del GTS en relación con su media (denotada por el cv) aumenta constante-

TABLA 1. GPS COMO PORCENTAJE DEL GTS Y GTS PER CÁPITA (2011).

Valores promedios por cuartiles de países agrupados según GPS como porcentaje del GTS

Cuartil	GPS como porcentaje del GTS			GTS per cápita (PPA)		
	Promedio	Σ	CV	Promedio	σ	CV
Primero	83%	7%	8%	USD 1814	USD 1850	101%
Segundo	66%	8%	12%	USD 1360	USD 1347	99%
Tercero	55%	9%	16%	USD 706	USD 1402	198%
Cuarto	34%	10%	29%	USD 381	USD 541	142%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la OMS

mente del primer cuartil (cv del 8%) hasta el cuarto (cv del 29%).

Puede observarse que el grupo de países con mayor porcentaje de financiamiento estatal también tiene el mayor GTS per cápita. En todos los cuartiles la dispersión del GTS per cápita es elevada, con un coeficiente de variación mayor al 99% en cualquier grupo.

Esto puede explicarse por la coexistencia en cada cuartil de países con diferentes niveles de ingreso.

La figura 1 muestra para el primer y para el cuarto cuartil, la participación de países según niveles de ingresos. De los 48 países del primer cuartil, 26 son países ricos (19 pertenecen a la OCDE), 10 pertenecen a un nivel de ingreso

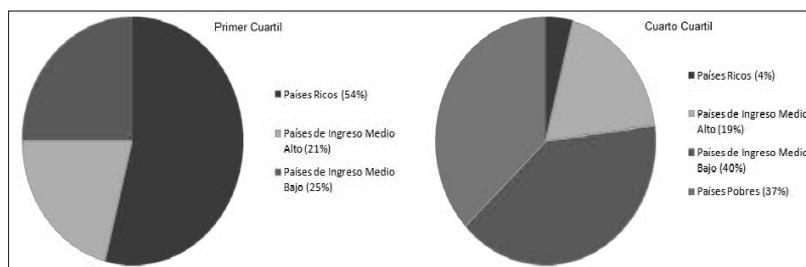


FIGURA 1. PRIMER Y CUARTO CUARTIL DE PAÍSES SEGÚN GPS COMO PORCENTAJE DEL GTS

Fuente: elaboración propia con base en datos de la OMS



medio alto y 12 a un nivel de ingreso medio bajo. Contrariamente, en los países del cuarto cuartil solo 2 son países ricos, 18 son países pobres, 9 detentan un nivel de ingreso medio alto y 19 un nivel de ingreso medio bajo.

Los países que pertenecen al primer cuartil son en su mayoría ricos y con ingresos medio altos. Si bien ninguno es pobre, un 25% del grupo está integrado por países de ingresos medios bajos. En contraste, los países del grupo con menor porcentaje de GPS promedio exhiben el menor GTS per cápita y son en su mayoría de ingresos medios bajos y pobres, aunque se destaca la presencia de países de ingresos altos y medios altos (un 23% de la muestra).

Gasto público en salud y gastos generales de gobierno

A continuación se analiza, para el mismo grupo de países, la prioridad que los gobiernos le otorgan al financiamiento del sector salud en los presupuestos generales. Se observan casos extremos: gobiernos con niveles de ingreso relativamente bajos que optan por asignar un gran porcentaje de sus presupuestos públicos al sector salud, y gobiernos relativamente ricos que asignan porcentajes bajos al mismo sector (10).

A modo de ejemplo se observa Ruanda, un país pobre, que destinó en 2011 un 24% de su

presupuesto público al sector salud, mientras que un país rico como Portugal destinó sólo un 13% de su presupuesto público. En 2011, el gobierno de Costa Rica destinó un 28% de su presupuesto público al sector salud, mientras que Birmania destinó solo un 1%. La tabla 2 muestra que los porcentajes promedio de GPS con relación a los GGG oscilan entre un 7 y un 17% para el año 2011.

El grupo de países con mayor participación del gasto público en salud en los presupuestos generales exhibe también el mayor GTS per cápita. Contrariamente, el grupo de países con escaso peso del GPS en el presupuesto público total presenta el menor GTS per cápita promedio. Nuevamente, debe destacarse la altísima variabilidad de los valores de GTS per cápita entre las naciones que integran cada cuartil. Esto podría justificarse por la existencia de países con niveles de ingreso fuertemente heterogéneos. La figura 2 muestra la composición de los países que integran el primer y el cuarto cuartil, según su nivel de ingresos.

De los 48 países del primer cuartil (mayor peso del GPS en el GGG), 35 son países ricos y de ingreso medio alto, 11 son de ingreso medio bajo y 2 son países pobres. Entre los países del cuarto cuartil, 18 son países ricos y de nivel de ingreso medio alto, 20 son de nivel de ingreso medio bajo y 10 son pobres.

TABLA 2. GPS COMO PORCENTAJE DEL GTS Y GTS PER CÁPITA (2011).

Valores promedios por países agrupados en cuartiles de GPS como porcentaje del GGG (2011)

Cuartil	GPS como % GGG			GTS per cápita (PPA)		
	Promedio	Σ	CV	Promedio	Σ	CV
Primero	17%	%5	29%	USD 2352	USD 2172	92%
Segundo	14%	3%	21%	USD 891	USD 1107	124%
Tercero	10%	3%	30%	USD 570	USD 568	99%
Cuarto	7%	2%	28%	USD 499	USD 610	122%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la OMS

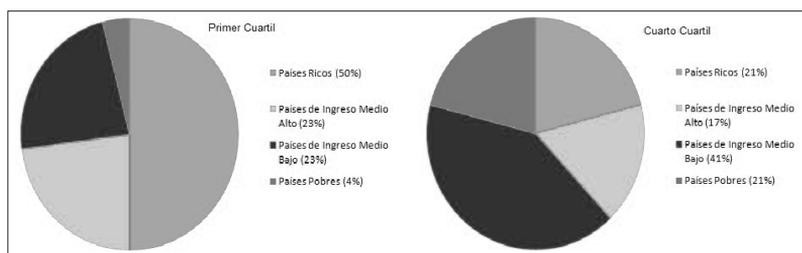


FIGURA 2. PRIMER Y CUARTO CUARTIL DE PAÍSES SEGÚN GPS COMO PORCENTAJE DEL GGG

Fuente: elaboración propia con base en datos de la OMS

Financiamiento público y gastos totales en salud

Finalmente, el último objetivo del trabajo es testear la hipótesis planteada por Globerman y Vining (6) en su estudio para los países de la OCDE, la cual sugiere que las naciones que financian con fondos públicos un mayor porcentaje del gasto total en salud exhibirían un menor GTS como porcentaje del PBI.

En esta sección se estudia si tal relación se verifica en la muestra de países clasificados según nivel de ingresos, y en particular en el grupo de países latinoamericanos. Para ello en la tabla 3 se indica el coeficiente de

correlación simple entre el GPS promedio como porcentaje del GTS y el GTS promedio como porcentaje del PBI (ambos para los años comprendidos entre 1995 y 2011).

Se observa que la relación entre financiamiento público del gasto y el GTS es inversa y estadísticamente significativa para el grupo de países más pobres, siendo el estadístico t mayor al valor crítico con 34 grados de libertad para un nivel de significancia del 5%.

En el caso del grupo de países de ingresos altos, dicha relación también es inversa. En cuanto a la significatividad estadística, debemos diferenciar este grupo entre aquellos

TABLA 3. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE EL PROMEDIO DEL GPS COMO PORCENTAJE DEL GTS (1995-2011) Y EL PROMEDIO DEL GTS COMO PORCENTAJE DEL PBI (2005-2011)

Países según nivel de ingresos	Coefficiente de correlación	Estadístico t
Países de ingresos bajos (35-1 g de L) TC = 2,7 (1%); 2,0 (5%); 1,7 (10%)	-0,401	-2,51
Países de ingresos medio bajos (51-1 g de L) TC = 2,6 (1%); 2,0 (5%); 1,6 (10%)	0,309	2,27
Países de ingresos medio altos (56-1 g de L) TC = 2,6 (1%); 2,0 (5%); 1,6 (10%)	0,314	2,43
Países de ingresos altos (No OCDE) (19) TC = 2,8 (1%); 2,1 (5%); 1,7 (10%)	-0,058	-0,24
Países de ingresos altos (ocde) (31-1 g de L) TC = 2,7 (1%); 2,0 (5%); 1,7 (10%)	-0,336	-1,92
Países americanos (35-1 g de L) TC = 2,7 (1%); 2,0 (5%); 1,7 (10%)	-0,04	-0,22



países pertenecientes a la OCDE y aquellos que no forman parte de esta organización. En el primer caso, el valor del estadístico *t* excede al valor crítico con 30 grados de libertad para un nivel de significancia del 10%, por lo que la relación resulta significativa. Mientras que para el grupo de países ricos que no pertenecen a la OCDE la relación no resulta estadísticamente significativa.

En el caso del grupo de países con ingresos intermedios, la relación es directa y significativa. El estadístico *t* excede el valor crítico con 50 y 55 grados de libertad para un nivel de significancia del 5% en ambos grupos.

Por lo tanto, no se obtienen evidencias suficientes de que la financiación pública del gasto se asocie con un menor nivel del GTS como porcentaje del PBI en todos los grupos considerados. Solo en el grupo de países muy pobres y en el grupo de países muy ricos de la OCDE.

Para el análisis referido a los países americanos se conformó un nuevo grupo que incluye a los 35 países del continente americano. El coeficiente de correlación estimado alcanza un valor -0,04, es decir denota una relación inversa entre las variables bajo estudio, aunque el estadístico *t* indica que no es estadísticamente significativo.

Con el objetivo de observar la relación entre las variables estudiadas solo en países latinoamericanos, se retiró de la muestra a Estados Unidos y Canadá, para estimar nuevamente el coeficiente de correlación entre el promedio del GTS como porcentaje del GTS y el promedio del GTS como porcentaje del PBI. El resultado fue que la relación se tornó positiva (con un coeficiente de correlación simple de 0,006) y no resultó estadísticamente significativa. Finalmente, se dividieron los países del continente americano en tres grupos según niveles de ingreso: 9 países ricos,

18 países de ingreso medio alto y 7 países de ingreso medio bajo más el único país pobre (Haití). El coeficiente de correlación simple dio negativo en el primer y en el tercer grupo; sin embargo, en ningún caso fue estadísticamente significativo.

Los resultados de este sencillo análisis no corroboran una correlación entre la financiación pública del GTS en América (y América Latina) y los niveles de gasto como porcentaje del PBI.

Discusión

El análisis realizado ofrece indicios de que los gobiernos que más se involucran en el sector salud (financiando un mayor porcentaje del GTS o dedicando mayor proporción de su presupuesto a la salud) tienen en promedio un GTS per cápita más alto. Así, el nivel de ingresos de un país presentaría una asociación positiva con la proporción del gasto en salud financiado por el Estado y con el porcentaje del presupuesto público destinado a este sector. De esta forma, serían los países más ricos los que i) gastan más en salud en términos nominales, ii) financian un mayor porcentaje del GTS y iii) dedican mayor cantidad de recursos presupuestarios a la atención de la salud.

Sin embargo, debido a la *heterogeneidad* en los niveles de ingreso de los países que integran cada cuartil, el mayor GTS per cápita de los países cuyos gobiernos priorizan la salud no puede ser explicado exclusivamente por la alta disponibilidad de recursos asociada a un PBI per cápita más elevado. Otras consideraciones ajenas a los niveles de riqueza, tales como la ponderación social y política al momento de garantizar condiciones de acceso universal a los servicios de salud en relación con otros sectores sociales o gastos de gobierno, podrían explicar esta situación.

Los efectos del financiamiento público sobre la eficiencia del sistema de salud han sido estudiados partiendo de la premisa de un potencial impacto negativo del financiamiento privado sobre los costos del sistema de salud. Tal premisa se sustenta en el supuesto de que los precios de los servicios y bienes que integran el sistema de salud son el resultado de la interacción entre la demanda y la oferta de tales servicios. En este sentido, una mayor participación del financiamiento privado en el sector salud podría reducir el poder monopsonico de compra de servicios de salud por parte de compradores/financiadores del sector público.

Diversa literatura ha sostenido esta posición. Yip y Hsiao (11) plantean la experiencia de China, donde en la etapa comunista el Gobierno era el propietario de todas las instalaciones sanitarias y cubría la mayor parte de los costos del sector. Luego, en los años ochenta cuando comenzó la reestructuración económica, el sector comenzó a financiarse principalmente con aportes privados, instancia en la que se observa un incremento de costos en dicho sector.

En América Latina, Acuña (12) señala que en la mayoría de los países de Centroamérica (Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Honduras) y la Comunidad Andina (Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela) el financiamiento público de la salud es en general reducido, el gasto privado elevado —la mayor parte corresponde a gasto de bolsillo— y se observan altos costos y gastos catastróficos.

Asimismo, el establecimiento del seguro de salud popular en México tuvo entre sus motivaciones frenar el incremento del gasto en salud. Este mecanismo de aseguramiento público buscó brindar cobertura a la población de menores recursos con el objeto de disminuir su gasto de bolsillo y contener los costos del sector (13).

Sin embargo, la evidencia obtenida en este trabajo nos lleva a reformular algunos aspectos de estas consideraciones, lo que permitiría abrir nuevas líneas de investigación. En primer lugar, en la mayoría de los países de América Latina, la segmentación del sistema en diferentes esquemas de financiamiento impide sostener el supuesto de que la proporción del financiamiento público asume la figura de un único comprador de servicios y bienes. Por el contrario, en gran parte de los países de América Latina, el financiamiento proveniente de impuestos y contribuciones al trabajo se canaliza tanto en múltiples agencias (Ministerio de Salud, nacionales, provinciales y locales), como así también en organizaciones de la seguridad social. En este sentido, el factor que impide obtener los beneficios esperados de un Estado con poder de mercado en el sector salud sería la segmentación del sistema de salud público, y no la mayor ponderación del financiamiento privado.

El modelo analítico subyacente de este argumento considera que los precios de bienes y servicios de salud dependen de la concentración de su función de compra (demanda), sin considerar la influencia de las modalidades de organización de la oferta, tanto en los precios como en el patrón de servicios producidos. En otras palabras, en contextos de alta segmentación de la demanda, el modelo organizativo de la oferta representa una influencia decisiva sobre la determinación de precios y gastos en salud. En países como Estados Unidos o Argentina, los altos niveles de segmentación representan una multiplicidad de esquemas de aseguramiento y compra de servicios, con una oferta de servicios con capacidad oligopólica para definir precios y modelos de atención de los servicios de salud.

En Estados Unidos, Bodenheimer y Fernández (14), Fuchs (15) y Robinson y Casalino (16) sostienen que los altos costos del sistema



de salud pueden ser explicados (al menos en parte) por el poder de mercado que detentan los profesionales, los hospitales y las compañías farmacéuticas. Varios autores que han estudiado este sistema han puesto el énfasis sobre la organización de la oferta como principal factor explicativo. De la misma forma, los altos costos del sistema de salud han sido explicados por el carácter oligopólico de la oferta de servicios y bienes y su capacidad de fijar precios en el mercado (17,18).

Conclusiones

El financiamiento público como respaldo de condiciones de equidad y eficiencia en el sistema de salud ha sido estudiado a través del análisis de los patrones de financiamiento público del gasto total en salud, la proporción que representa el gasto público en salud en los gastos generales de gobierno y la relación entre un mayor financiamiento público y menores gastos totales en salud como porcentaje del PBI.

En el análisis de las dos primeras relaciones ha sido posible reconocer que aquellos países en donde el financiamiento del GTS tiene un mayor porcentaje público y/o donde el Estado asigna una mayor proporción de su presupuesto a la salud, poseen en *promedio* un GTS per cápita más alto. Si se acepta, tal como postula Mooney (19), que el gasto en salud per cápita es una medida de la magnitud de la canasta promedio de bienes y servicios médico-sanitarios a los cuales puede acceder la población, podría concluirse que la mayor intervención estatal en el financiamiento está asociada a una mayor cobertura de salud para la población. Sin embargo, este argumento se ve limitado por la posibilidad de que dicho gasto se distribuya en forma inequitativa.

Con respecto a la eficiencia del sistema, se ha trabajado sobre la hipótesis de Glober-

man y Vining (6), referida a que una mayor financiación pública del GTS estaría vinculada a un menor nivel de este como porcentaje del PBI. Entre los motivos por los cuales un mayor gasto privado puede estar asociado a niveles de gasto total en salud más altos, pueden citarse: a) la erosión en la capacidad de negociación de compra de servicios de salud por parte del sector público o menores economías de escala y b) los problemas de inducción de demanda generalmente presentes en los mercados de seguro privado, en especial cuando la principal modalidad de pago a los proveedores es por prestación.

Sin embargo, los resultados encontrados para países agrupados según sus niveles de ingreso son ambiguos: solo en el caso de los países de ingresos bajos y en los de altos ingresos pertenecientes a la OCDE la relación entre el GTS (como porcentaje del PIB) y el porcentaje público del GTS posee el signo esperado y es estadísticamente significativa. En el resto de los casos, o la relación no es significativa (como en los países de ingresos altos no pertenecientes a la OCDE), o es significativa pero no posee el signo esperado (como en el caso de los países de ingresos medio bajos y medio altos).

Al considerar específicamente la situación de los países de América, tampoco se obtienen resultados que apoyen la hipótesis de Globerman y Vining: no solo la correlación entre las variables analizadas no resultó estadísticamente significativa, sino que el valor de los coeficientes es cercano a cero, lo cual indicaría que las variables son independientes. Tal resultado es válido tanto cuando se toma la totalidad de los países de América como cuando se excluye a Estados Unidos y Canadá. El agrupamiento de los países americanos por niveles de ingreso tampoco permite obtener evidencia que soporte dicha hipótesis, al menos a partir de este sencillo análisis.

La ambigüedad de los resultados hallados requiere indagar sobre otros factores institucionales explicativos, especialmente en aquellos países en donde el financiamiento del sistema tiene una configuración segmentada, con múltiples compradores en el sector público y la seguridad social. Tal configuración podría explicar por qué no se concretan los beneficios esperados de una mayor participación del Estado en el financiamiento del sector salud, en términos de aprovechamiento de economías de escala, mayor capacidad de negociación con los proveedores y reducción de la demanda inducida. Esta hipótesis pondera la necesidad de analizar la capacidad efectiva del Estado para regular precios e incentivos sobre la conducta y dinámica de la oferta de bienes y servicios de salud.

Se reconoce la necesidad de avanzar en otras líneas de investigación donde se estudie la influencia de la organización y la capacidad oligopólica de la oferta de bienes y servicios del sector salud sobre la determinación de precios y modalidades de prestación de servicios y, por lo tanto, sobre la eficiencia del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

1. Sen A. La salud en el desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2000 [acceso: 2 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int.infwha52/to_our_health/amartya.html
2. Sakhthivel Selvaraj A. Deepening health insecurity in India: Evidence from national sample surveys since 1980s. EPW. 2009; 44 (140): 55-60.
3. Sekhri N, Savedoff W. Private health insurance: Implications for developing countries. Bull World Health Organ. 2005; 83 (2): 127-34.
4. Clements B, Coady D, Shang, B, Tyson J. Sanear las finanzas de la salud. Finanzas y Desarrollo. 2011; 48 (1): 42-45.
5. Davis K, Schoen C, Guterman S, Shih T, Schoenbaum S, Weinbaum I. Slowing the growth of U.S. Health care expenditures: What are the options? The Commonwealth Fund, 2007 [acceso: 5 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org>.
6. Globerman S, Vining A. A policy perspective on "mixed" health care financial systems of business and economics. Journal of Risk and Insurance. 1998; 65 (1): 57-80.
7. Borja-Aburto VH. Estudios ecológicos. Salud Pública Méx. 2000; 42 (6): 533-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Base de Datos. Datos 2011 [acceso: 7 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>.
9. Banco Mundial. Base de Datos; 2011 [acceso: 4 de octubre de 2013]. Disponible en: datos.bancomundial.org
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Año 2010. [acceso: 7 de octubre de 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
11. Yip W, Hsiao W. The Chinese health system at a crossroads. Health Aff. 2008. 27 (2): 460-468.
12. Acuña MC. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. San José, Costa Rica: OPS-OMS. 2005 [acceso: 7 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf> [Links]
13. Knaul F, Arreola Ornelas H, Méndez O. Protección financiera de salud: México, 1992 a 2004. Salud Pública Méx. 2005; 47 (6): 430-439.
14. Bodenheimer T, Fernández A. High and rising health care costs. Part 4: Can costs be controlled while preserving quality? Ann Intern Med. 2005; 143 (1): 26-31.
15. Fuchs VR. Economics, values, and health care reform. Am Econ Rev. 1996; 86 (1): 1-24.
16. Robinson JC, Casalino LP. Vertical integration and organizational networks in health care. Health Aff. 1996; 15 (1): 7-22.
17. Katz, J, Muñoz AL. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, Centro Editor en América Latina; 1988.
18. Belmartino S, Bloch C, Báscolo E. Reforma de la atención médica en escenarios locales. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2003.
19. Mooney GH. Equity in health care: Confronting the confusion. Eff Health Care. 1983; 1 (4).



Anexo

<i>Países de ingresos bajos</i>		
Benín	Guinea-Bissau	Uganda
Burkina Faso	Kenia	Tanzania
Burundi	Liberia	Zimbabue
República Centroafricana	Madagascar	Haití
Chad	Malawi	Afganistán
Comoros	Mali	Somalia
República Democrática del Congo	Mauritania	Kirguistán
Eritrea	Mozambique	Tayikistán
Etiopía	Níger	Bangladesh
Gambia	Ruanda	Myanmar
Guinea	Sierra Leona	Nepal
	Togo	Camboya

<i>Países de ingresos medios bajos</i>		
Camerún	Paraguay	Sri Lanka
Cabo Verde	Yibuti	Timor Oriental
República del Congo	Egipto	Fiyi
Costa de Marfil	Irak	Kiribati
Gana	Marruecos	República Democrática de Laos
Lesoto	Pakistán	Islas Marshall
Nigeria	Sudán	Estados Federados de Micronesia
Santo Tomé y Príncipe	República Árabe Siria	Mongolia
Senegal	Yemen	Papúa Nueva Guinea
Suazilandia	Albania	Filipinas
Zambia	Armenia	Samoa
Belice	Georgia	Islas Salomón
Bolivia	Moldavia	Tonga
El Salvador	Ucrania	Vanuatu
Guatemala	Uzbekistán	Vietnam
Guyana	Bután	
Honduras	India	
Nicaragua	Indonesia	

<i>Países de ingresos medios altos</i>		
Argelia	Jamaica	Kazajistán
Angola	México	Letonia
Botsuana	Panamá	Lituania
Gabón	Perú	Montenegro
Mauricio	Santa Lucía	Rumania
Namibia	San Vicente de las	Federación Rusa
Seychelles	Granadinas	Serbia
Sudáfrica	Surinam	República de Macedonia
Antigua y Barbuda	Uruguay	Turquía
Argentina	Venezuela	Turkmenistán
Brasil	Irán	Maldivas
Chile	Jordania	Tailandia
Colombia	Líbano	China
Costa Rica	Libia	Malasia
Cuba	Túnez	Palau
Dominica	Azerbaiyán	Tuvalu
República Dominicana	Bielorrusia	Islas Cook
Ecuador	Bosnia y Herzegovina	Nauru
Granada	Bulgaria	Niue

<i>Países de Ingresos altos no pertenecientes a la OCDE</i>		
Guinea Ecuatorial	Omán	Malta
Bahamas	Catar	Mónaco
Barbados	Arabia Saudita	San Marino
San Cristóbal y Nieves	Emiratos Árabes Unidos	Brunei
Trinidad y Tobago	Andorra	Singapur
Baréin	Croacia	
Kuwait	Chipre	

<i>Países de ingresos altos pertenecientes a la OCDE</i>		
Canadá	Hungría	Eslovenia
Estados Unidos	Islandia	España
Austria	Irlanda	Suecia
Bélgica	Israel	Suiza
República Checa	Italia	Reino Unido
Dinamarca	Luxemburgo	Australia
Estonia	Países Bajos	Japón
Finlandia	Noruega	Nueva Zelanda
Francia	Polonia	República de Corea
Alemania	Portugal	
Grecia	Eslovaquia	



<i>Países americanos</i>		
Antigua y Barbuda	Dominica	Panamá
Argentina	República Dominicana	Paraguay
Bahamas	Ecuador	Perú
Barbados	El Salvador	San Cristóbal y Nieves
Belice	Granada	Santa Lucía
Bolivia	Guatemala	San Vicente de las Granadinas
Brasil	Guyana	Surinam
Canadá	Haití	Trinidad y Tobago
Chile	Honduras	Estados Unidos
Colombia	Jamaica	Uruguay
Costa Rica	México	Venezuela
Cuba	Nicaragua	