



**Estado
de la
Región**
EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

Un informe desde Centroamérica
y para Centroamérica

Ponencia preparada para el Informe Estado de la Región 2008

Gasto Privado en Salud en Centroamérica

**Investigador:
Rodrigo Briceño**

Nicaragua, 2008.

El contenido de esta ponencia puede no corresponder exactamente con los datos del Informe Estado de la Región (2008), debido a las modificaciones que se realizan durante la edición del documento. En caso de existir diferencias favor utilizar la referencia del Informe impreso. El programa Estado de la Nación/Región no se hace responsable de las opiniones expresadas por los investigadores en sus trabajos.

Índice de contenidos

1. Introducción.....	4
2. Breve caracterización de los sistemas de salud en Centroamérica.....	5
3. Definiciones de gasto privado en salud.....	11
4. Estructura del gasto privado en salud en Centroamérica.....	14
4.1 Estudios de cuentas nacionales en salud.....	14
4.2 Estimaciones del gasto privado y catastrófico según encuestas de ingresos y gastos.....	28
5. Análisis comparativo del gasto privado en salud.....	57
6. Conclusiones.....	61
7. Anexos.....	62
8. Bibliografía.....	66

Acrónimos

CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CNS	Cuentas Nacionales en Salud
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
EBAIS	Equipos de Atención Básica en Salud
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
EMNV	Encuestas de Medición del Nivel de Vida
ENCOVI	Encuesta sobre Condiciones de Vida
ENIGFAM	Encuesta de Ingresos y Gastos de las Familias
ENIGH	Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICAA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
ICCC	Instituto Costarricense Contra el Cáncer
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INS	Instituto Nacional de Seguros
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
LACNHA	Latin American & Caribbean National Health Accounts
MS	Ministerio de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NHDAC	National Human Development Advisory Committee
NHI	National Health Insurance
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Panamerican Health Organization
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UCR	Universidad de Costa Rica
WHO	World Health Organization

1. Introducción

Centroamérica es una región que se ha caracterizado por estar inmersa en una serie de reformas en salud, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los tres objetivos primordiales de un sistema de salud: mejorar el estado de salud de las personas, dar respuesta a las necesidades de los individuos con servicios de calidad y brindarles protección financiera ante la probable presencia de enfermedades. La región presenta varias diferencias en cuanto a la forma de prestación de servicios de salud, que van desde la presencia de sistemas sólidos de seguridad social financiados mediante deducciones salariales en Costa Rica, hasta sistemas en donde la participación pública provista por los Ministerios de Salud compite en forma importante con la actividad privada.

Muchas de las reformas en salud que han sido implementadas han tratado con el tema de la participación pública y privada en la provisión de servicios, con el objeto de reducir las presiones financieras que recaen sobre los hogares, cuando estos deben financiar con dinero de sus bolsillos la atención requerida. Este estudio parte de la identificación de las posibles fuentes de gasto privado en salud, aunque privilegia los aportes desarrollados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sus estimaciones de Cuentas Nacionales en Salud (CNS) y las estimaciones que se derivan de las diversas encuestas aplicadas en cada uno de los países, en donde se recolecta información del gasto de bolsillo desembolsado por los hogares para la atención en salud.

El estudio se estructura en cinco secciones incluyendo la presente introducción. En la segunda sección se presenta un recuento de las principales definiciones establecidas sobre gasto privado en salud, donde destaca el binomio de gastos de bolsillo y gastos realizados por todo tipo de organizaciones (con fines o sin fines de lucro) para la mejora del estado de salud de los individuos. En la sección tres se procede a describir los datos recopilados por los estudios de CNS, las estimaciones del gasto de bolsillo que se derivan de las encuestas aplicadas en la región centroamericana en el último quinquenio para finalizar con una estimación del gasto catastrófico en salud en cada uno de los países analizados. En la cuarta sección se procede a realizar un análisis comparativo del gasto privado en salud entre los países de la región centroamericana así como entre la región y otras regiones del mundo. Por último se establecen las principales conclusiones derivadas del estudio.

2. Breve caracterización de los sistemas de salud en Centroamérica

El sistema de salud de Belice

El gobierno, por medio del Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de salud en Belice, aunque existe un crecimiento incipiente de las actividades del sector privado, fundamentadas principalmente en los acuerdos de provisión público-privados que han surgido a raíz de los procesos de reforma en salud. La gratuidad de la atención, que incluía también la provisión de medicamentos, ha ido modificándose gradualmente, debido a la nueva dinámica de organización del sector en la que la recuperación de costos es un factor relevante.

El sector de salud público en Belice cuenta con ocho hospitales, localizados uno en cada uno de los seis distritos, con excepción de los Distritos de Cayo y Belice, que poseen dos cada uno. De los ocho hospitales mencionados, tres cuentan con la designación de hospitales regionales, los que proveen tanto servicios de atención primaria, como servicios secundarios. Hasta la fecha solo existe un hospital de referencia nacional (Karl Heusner Memorial Hospital) el cual es también el hospital general del distrito de Belice.

Una parte de la demanda de servicios de salud se realiza fuera de las fronteras de Belice, aunque no existe un protocolo estandarizado para la realización de tales referencias. Por su parte el Ministerio de Salud ha diseñado un mecanismo estandarizado de referencia entre centros de salud y hospitales, y entre hospitales regionales y el hospital de referencia nacional.

Al año 2002, se reportaba la existencia de 76 proveedores públicos de salud, con 39 centros de salud y 37 puestos de salud rurales a nivel nacional. Estos centros brindan servicios de atención pre y post-natal, servicios de inmunización, control de crecimiento de niños menores de cinco años, tratamiento de la diarrea y provisión de alimentos y educación en salud. Además se contaba con clínicas especializadas para la atención de enfermedades como la hipertensión, diabetes, tuberculosis, enfermedades transmitidas sexualmente, SIDA, etc. Cada centro de salud atiende a una población de entre 2 mil a 4 mil personas. La mayor parte de los centros también proveen servicios bajo la modalidad itineraria, mediante la realización de visitas a pueblos pequeños y remotas cada seis semanas aproximadamente.

Dentro de los principales mecanismos de recuperación de costos que se han ido instaurando en el sistema de salud de Belice se incluye el pago directo por la prestación de servicios de índole curativa, aunque las cantidades recuperadas son aún mínimas (OPS, 2003). El financiamiento del sector es de carácter eminentemente público, pero el crecimiento de las actividades del sector privado ha dado origen a una participación importante de los hogares en el financiamiento de su atención en salud.

Por último, durante las décadas de los ochenta y noventa la participación de los seguros privados ha ido tomando relevancia en el financiamiento de la salud de la

población beliceña que cuenta con el poder adquisitivo necesario para sufragar este tipo de gastos. Este tipo de seguros se caracteriza por cubrir prestaciones recibidas en el extranjero. No existen registros detallados del comportamiento de los prestadores de servicios de salud privados ni se ha diseñado aún una legislación para regular los servicios de salud que brinda dicho sector.

El sistema de salud de Guatemala

La provisión pública de servicios de salud está a cargo tanto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual es el ente rector del sector salud, como del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El MSPAS provee servicios a un 70% de la población guatemalteca y el IGSS provee cobertura a un 18.4% de la población. Existe una serie adicional de participantes en el sector público de salud, entre los que se cuentan las municipalidades, universidades, fondos sociales, etc. El sector privado de salud brinda servicios a un 12% de la población a través de diversos centros diagnósticos, hospitales y consultorios médicos privados (OPS, 2007d).

La protección que brinda el IGSS se concentra en la población trabajadora y sus beneficiarios, pensionados y jubilados mediante la ejecución de los programas de Accidentes, Invalidez, Vejez y Sobrevivencia en 22 departamentos del país, y de Maternidad y Enfermedad Común en 19 departamentos (OPS, 2007d).

La organización del sistema de salud en Guatemala indica que el MSPAS se estructura alrededor de 29 Direcciones de Área de Salud y provee la atención a través de diversos establecimientos organizados en redes, pertenecientes a los distintos niveles de complejidad y capacidad de resolución. El IGSS por su parte provee servicios en base a una red desconcentrada, que está en función de los programas de salud que provee. Por su parte el sector privado concentra aproximadamente la mitad de sus proveedores hospitalarios en el departamento de Guatemala. El sistema de aseguramiento privado tiene escaso desarrollo y provee aún poca cobertura, con algunos indicios de surgimiento de esquemas de salud pre-pago. Finalmente la provisión de servicios de salud (tradicional y alternativa) destinados a los grupos étnicos está a cargo de algunas organizaciones no gubernamentales.

La prestación de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud está organizada en torno a tres niveles, entrelazados mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que presenta algunas deficiencias. En el primer nivel se encuentran los Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria, además de los servicios brindados a través de administradoras y prestadoras de servicios no gubernamentales bajo la modalidad de contrato. En este nivel se proveen un total de 26 servicios, definidos como parte de una canasta básica, de los cuales 8 están enfocados a la atención de la mujer, 8 a niños y niñas, 6 a urgencias y enfermedades prevalentes y 4 al medio ambiente. En el segundo nivel de atención se encuentran los servicios de salud que proporcionan los Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). El nivel de mayor complejidad es el tercero, con servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia

nacional. Por su parte el seguro social brinda una serie de servicios a través de los programas de atención por accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia para los afiliados y atención preventiva y curativa de los menores de cinco años para los hijos de afiliados.

El sistema de salud de El Salvador

El sector salud en este país se encuentra conformado por cuatro subsectores: público, seguridad social, entidades autónomas y sector privado. Diversas instituciones participan de la provisión de servicios de salud a la población salvadoreña, entre las cuales destacan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).¹

El MSPAS, rector del sistema de salud, provee servicios de salud en forma gratuita a aproximadamente un 85% de la población salvadoreña. El ISSS, provee atención a sus asegurados (actualmente su cobertura es del 16%) y sus correspondientes beneficiarios. Sanidad Militar es el subsector que se encarga de la provisión de servicios de salud al personal de las Fuerzas Armadas, pensionados y grupos familiares de dichos militares. Con el propósito de optimizar su infraestructura este subsector ha estado realizando provisión de servicios al resto de la población mediante el pago directo de los mismos.

La red de servicios del MSPAS tiene tres niveles de atención de complejidad creciente. En el primer nivel se brindan atenciones de carácter preventivo y servicios de baja complejidad. Dichos servicios se brindan en centros rurales de nutrición, casas de salud y unidades de salud. El segundo nivel de atención brinda una oferta de programas preventivos y servicios de hospitalización por medio de hospitales nacionales periféricos y hospitales generales centrales. Finalmente, en el tercer nivel de atención se proveen servicios curativos de carácter especializado así como servicios de hospitalización de carácter especializado (hospitales de especialidades).

El sector privado provee una oferta conformada por clínicas, hospitales generales y especializados, las cuales se encuentran mayormente concentradas en el área de la capital y las zonas urbanas de las principales ciudades del país. El sector privado cuenta con 39 hospitales con 425 camas, donde destacan los siguientes hospitales: el de Diagnóstico, el de la Mujer, el Centro Pediátrico y el Centro Ginecológico. Existe aún un escaso desarrollo de los sistemas de aseguramiento privado en El Salvador, con cifras que apenas sobrepasan el 1% de cobertura poblacional en algunos casos (los seguros colectivos no sobrepasan a 1% de la población; los privados sin fines de lucro, 0,1%, y los privados con fines de lucro, poco más de 1% de la población)². Debido a la escasa infraestructura que tiene el ISSS los hospitales privados venden algunos servicios a esta institución. Finalmente, las instituciones privadas de carácter no lucrativo proveen servicios de salud (prioritariamente médicos y preventivos) en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital a través de ONGs.

El sistema de salud de Honduras

La Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el subsector privado son los encargados de la provisión de servicios de salud a la población hondureña. A partir de mayo del 2004 la SS se encuentra organizada en 18 Regiones Sanitarias Departamentales, atendiendo a la división territorial-administrativa del país, y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas situadas en los municipios del Distrito Central (Francisco Morazán) y el municipio de San Pedro Sula (Cortés).³ En cuanto a la organización de la red de servicios públicos de salud, se observa la existencia de una red de atención ambulatoria y una red de atención hospitalaria. La relación entre dichos niveles está establecida por medio de un débil sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. La prestación de servicios de la SS responde a un modelo centrado en el hospital, que ha estado tratando de cambiarse en los últimos años hacia un modelo con mayor capacidad resolutive en la atención ambulatoria y de mayor participación social.

El IHSS provee servicios mediante tres regímenes: maternidad-enfermedad, invalidez-vejez-muerte y riesgos profesionales. La cobertura de dichos regímenes ha sido baja históricamente. Al año 2007 el Informe de Salud de las Américas reportaba que se realizan esfuerzos para promover el incremento de cobertura, mediante la promoción de servicios a través de una red de proveedores públicos y privados, y una gerencia nacional para la contratación de servicios subrogados.

Según cifras reportadas por Rodríguez, A. (2006) en Honduras el sector privado de salud “está constituido por 1,131 establecimientos con fines de lucro, entre ellos 31 hospitales, centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias, centros especializados (oftalmológicos, radiológicos, de diálisis, etc.), además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud”. El mercado meta de los proveedores de servicios privados de salud se focaliza en la población con ingresos medios y altos, los que tienen acceso a servicios de diagnóstico por imágenes y de laboratorio con la tecnología más avanzada disponible en el país. La localización de dichos centros se ubica en los municipios de mayor desarrollo económico así como en las principales ciudades del país. Existe también un subsector sin fines de lucro que mediante 43 establecimientos que pertenecen a ONGs brinda cobertura a poblaciones vulnerables. El aseguramiento privado corre por cuenta de 10 aseguradoras que venden seguros de gastos médicos, de libre selección, con un reembolso del 80%, pero que aún representa un mercado con escaso desarrollo en el país.

El sistema de salud de Nicaragua

En Nicaragua la provisión de servicios de salud es realizada por dos sectores claramente diferenciados: público y privado. Dentro del sector público existen diversas instituciones, entre las que destacan el Ministerio de Salud (MINSa), el Ministerio de Gobernación, el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Recursos Naturales y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Otras instituciones pertenecientes al sector gubernamental realizan algunas acciones en salud, como por ejemplo en el caso del Ministerio de Familia y el Fondo de Inversión Social de Emergencia, cuyos objetivos se enfocan hacia la atención de las poblaciones más vulnerables del país y cuyas acciones se enmarcan dentro de las estrategias gubernamentales para la reducción de la pobreza.

Por su parte el sector privado se compone por instituciones de carácter tanto lucrativo como no lucrativo. De acuerdo con cifras del último inventario de establecimientos en Nicaragua existen al menos 203 establecimientos privados de carácter lucrativo y cerca de 90 ONGs. Los servicios privados se concentran en su mayoría en la ciudad de Managua, con una dotación de 8 hospitales y una amplia gama de clínicas de atención ambulatoria.

Adicionalmente, en Nicaragua un sistema comunitario de atención de salud básica conformado por redes de brigadistas, parteras y trabajadores voluntarios que organizan la provisión de servicios en cada una de sus comunidades utilizando como centros de atención las denominadas “casas base” y “casas maternas”, los cuales juegan un rol primordial dentro de la estrategia de promoción de la salud establecidas en el Plan Nacional de Salud.

La provisión de servicios de salud del principal oferente (MINSa) se realiza a través de una red de servicios estructurada en torno a dos niveles de atención. En el primer nivel, se encuentran los centros de salud con y sin camas, y los puestos de salud, y en los cuales se ofrecen servicios de promoción y de prevención de enfermedades y riesgos. Además se incluye dentro de su oferta de servicios la atención curativa general, odontología preventiva y asistencial, al igual que ciertos servicios de algunas especialidades médicas, principalmente dirigidas a mujeres y niños en zonas donde las disponibilidades de recursos lo permiten. En el segundo nivel de atención se encuentran los hospitales, encargados de la provisión de servicios de atención médica tanto general como especializada, ambulatoria y con internación, en áreas básicas como pediatría, gineco-obstetricia, medicina y cirugía general. El segundo nivel cuenta, además, con centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en Salud Pública.

El INSS es la institución que vela por la entrega de servicios de salud a la población trabajadora, lo cual es realizado por medio de 49 Empresas Médicas Previsionales (EMP) a través de un sistema de compra de servicios. El establecimiento de estas empresas ha tenido dos consecuencias importantes para el sistema de salud

nicaragüense: por un lado ha permitido dinamizar la presencia del sector privado y fortalecer el sistema de provisión privada de servicios públicos, pero por otro lado ha ocasionado dificultades al sistema público de salud, puesto que algunas de ellas se han instalado dentro de unidades de dicho sistema público. Entre las dificultades más notorias están la disponibilidad de recursos, el uso de espacios físicos, el establecimiento de subsidios indirectos, etc.

En términos generales la cobertura en la atención de salud por parte de cada uno de los integrantes del sistema de salud se estima en las siguientes proporciones: Ministerio de Salud, 60%; INSS, 7,7% (afiliados, sus cónyuges y sus hijos menores de 12 años), e instituciones privadas, 4%. Los integrantes de las fuerzas armadas y de la administración pública son atendidos por sus propios servicios.

El sistema de salud de Costa Rica

Las funciones esenciales en salud pública y la rectoría del sector las ejerce el Ministerio de Salud, mientras que las funciones de aseguramiento y provisión de servicios de salud las ejerce la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). En la estructura del sistema de salud costarricense participan además una serie de instituciones, dentro de las cuales destacan: (i) el Instituto Nacional de Seguros (INS) en su carácter de proveedor de seguros de riesgos del trabajo y de otro tipo de seguros para la protección de la vida humana. Este instituto ofrece a la población una alternativa de seguro de salud voluntario (INS-Salud), aunque este tipo de seguros no tiene una participación significativa dentro del sector; (ii) el Instituto de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), en su carácter de regulador de los servicios de agua potable y la eliminación de aguas residuales; (iii) el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) quien desempeña funciones de laboratorio nacional de salud pública; (iv) el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA); (v) el Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC) y (vi) la Universidad de Costa Rica (UCR), en su carácter de formador del recurso humano para laborar en el sector.

La provisión de servicios de salud está a cargo mayoritariamente de proveedores públicos de salud organizados en diferentes niveles de atención de acuerdo con la complejidad de los servicios brindados. En el primer nivel de atención se encuentran los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se encargan de la provisión de atención primaria en salud. Existen actualmente un total de 893 EBAIS, que cubren poblaciones de 4000 personas en promedio.

El segundo nivel de atención provee atención especializada, internamiento y tratamiento médico quirúrgico de 4 especialidades básicas. Estos servicios se organizan en una red formada por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. En el segundo nivel se ofrece consulta ambulatoria. Finalmente el tercer nivel de atención provee atención especializada así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, a través de tres hospitales nacionales generales (México, San Juan de Dios y Calderón Guardia) y cinco hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación).⁴

El sistema de salud de Panamá

El sistema de salud en Panamá se caracteriza por su fragmentación y segmentación en dos subsectores: el público que se encuentra conformado por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja del Seguro Social (CSS) y el sector privado. La CSS es la instancia encargada del manejo del aseguramiento de todos los trabajadores del sector público y privado, mediante la administración de los seguros de enfermedad general y maternidad (EGM), de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y de invalidez, vejez y muerte (IVM). En el año 2003 la CSS cubría a más de 2 millones de personas y se estima que la cobertura del MINSa llega al 35% de la población total.

La participación del sector privado es relativamente baja y no existe un amplio desarrollo del sistema de aseguramiento privado, aunque las aseguradoras existentes brindan variados planes de coberturas, los que están sujetos a la capacidad de pago de los individuos. Dichos sistemas operan bajo la modalidad de reembolso.

La provisión de servicios de salud pública es generalizada y abierta, por lo que es común la presencia de subsidios cruzados. La Dirección General de Salud del Ministerio de Salud (DIGESA) ejerce la función de regulación de la salud pública. El sistema de salud panameño se caracteriza por su modelo de atención predominante de carácter recuperativo, donde los programas de prevención de riesgos y daños se dirigen a la atención de los problemas de salud más prevalentes y de mayor externalidad negativa en la población. La participación comunitaria es mínima.

3. Definiciones de gasto privado en salud

Con el propósito de clarificar el concepto de gasto privado en salud, en esta sección se describen las principales definiciones que se manejan a nivel internacional. El análisis del gasto que se realiza posteriormente, rescata conceptos importantes de cada una de ellas y por ello es preciso determinar, con antelación, las diversas aristas que moldean dichas definiciones.

La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) establece que el gasto total en salud está representado por la “suma de los gastos en actividades que, mediante la aplicación de tecnologías y conocimientos médicos, paramédicos y de enfermería, tienen los siguientes objetivos: (1) Promover la salud y evitar la enfermedad (2) Curar enfermedades y reducir la mortalidad prematura (3) Cuidar a personas aquejadas de enfermedades crónicas que necesitan cuidados de enfermería (4) Cuidar a personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías que requieren cuidados de enfermería (5) Asistir a pacientes para que mueran con dignidad (6) Prestar servicios de salud pública y gestionarlos (7) Proporcionar y gestionar programas sanitarios, seguro de enfermedad y otros mecanismos de financiación.”⁵

Desde dicha perspectiva el gasto privado en salud es la parte del gasto total que se financia mediante fuentes privadas, las cuales incluyen pagos del propio bolsillo del interesado (incluyendo gastos por cuenta propia o gastos compartidos), gastos

realizados en programas de seguro privados, pagos realizados por organismos de beneficencia y finalmente, la medicina del trabajo.

En segundo lugar, según la metodología de cuentas nacionales elaborada por la OMS, el gasto privado en salud se define como la suma de los gastos en salud que son realizados por cualquiera de las siguientes entidades:⁶

- **Planes de medicina pre-paga y acuerdos de mancomunación de riesgos (“risk-pooling”):** incluye los desembolsos realizados en esquemas de seguro privado, los que no son regulados expresamente por el gobierno en lo que compete a las tasas cobradas así como a los proveedores participantes, aunque sí existen regulaciones generales de carácter gubernamental para su operación.
- **Gasto en salud ejecutado por las empresas:** en esta categoría de gasto se incluyen los desembolsos que realizan las empresas para brindar atención médica y otros beneficios que promuevan la salud de los trabajadores, distintos de los pagos realizados a la seguridad social y otros esquemas prepagos.
- **Instituciones sin fines de lucro que brindan ayuda a los hogares (ONGs):** desembolsos realizados por entidades cuyo estatus no les permite constituirse en fuente de ganancias financieras para las unidades por ellos establecidas, controladas o financiadas. Aquí se incluye el financiamiento de fuentes internas como externas.
- **Gasto de bolsillo de los hogares:** representado por los pagos directos de los hogares, incluyendo el pago de propinas o pagos en especie realizados al personal de salud, proveedores de medicinas, artefactos terapéuticos y otros bienes y servicios. En esta categoría se consideran de igual forma los pagos directos realizados a proveedores de servicios de salud públicos y privados, instituciones sin fines de lucro y gastos compartidos no reembolsables tales como deducibles, copagos y honorarios por servicios.

Las Cuentas Nacionales en Salud constituyen un esfuerzo desarrollado por la OMS a través de la Iniciativa de las Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe (Latin American & Caribbean National Health Accounts, LACNHA) y que inició su labor en 1997. La unidad básica de estudio en este caso es el proveedor de salud, lo que dificulta la comparabilidad de los resultados obtenidos por otras fuentes.

La tercer definición de gasto privado en salud está en estrecha relación con el concepto de gastos de bolsillo de los hogares. Las magnitudes de dicho gasto son reportadas en diferentes instrumentos de recolección de información donde, para la región centroamericana, destacan: (i) encuestas de hogares que incorporan módulos de salud, (ii) encuestas de ingresos y gastos de los hogares, y (iii) encuestas de medición del nivel vida. En estas encuestas es posible la desagregación por conceptos de gasto utilizando variables tales como el pago por consultas, medicamentos, hospitalizaciones y otras categorías relevantes. Una de las críticas principales con respecto a la

información producida mediante estos instrumentos es la posible presencia de sesgo, sea por la estimación realizada por los hogares del gasto efectivamente realizado (sobre todo cuando las preguntas están referidas a periodos mayores de un mes) o por la veracidad de los gastos reportados, los cuales no son sujeto de comprobación.

En el caso de los países centroamericanos la medición del gasto privado en salud es aún una tarea incipiente. La mayoría de los países enfrentan problemas comunes en cuanto al registro tanto de proveedores de salud de carácter privado como en cuanto a los niveles de gasto que realizan las personas en tales instalaciones. Deben destacarse los esfuerzos de la región por cuantificar al menos una parte de dicho gasto, por medio de los instrumentos identificados en el párrafo anterior. En la siguiente tabla se muestran los principales instrumentos de recolección de información sobre gasto en salud que estaban disponibles en cada uno de los países centroamericanos.⁷

Tabla 1. Encuestas disponibles por país y año

País	Encuesta	Año	Base de datos disponible
Belize	Living Standards Measurement Survey (LSMS)	2002	NO
Guatemala	Encuesta nacional sobre condiciones de vida-ENCOVI	2006	SI ^{1/}
El Salvador	Encuesta de hogares de propósitos múltiples	2006	SI
Honduras	Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares	2004	SI
Nicaragua	Encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida	2005	SI
Costa Rica	Encuesta nacional de ingresos y gastos	2004	SI
Panamá	Encuesta de niveles de vida	2003	SI

Notas: 1/La información agregada de los ingresos no se encontraba disponible por lo que el cálculo de gastos catastróficos se basó en los resultados de la Encuesta del año 2000.

Fuente: Elaboración propia.

El análisis del gasto privado que se presenta en este estudio toma en consideración las definiciones anteriormente descritas, atendiendo a la fuente de información utilizada. En este sentido los datos analizados provienen de las cifras publicadas por la OMS en lo relativo a CNS y los derivados del análisis del gasto de bolsillo de los hogares. Existe una tercera fuente de información proveniente de estudios que mencionan el tema del gasto privado.

4. Estructura del gasto privado en salud en Centroamérica

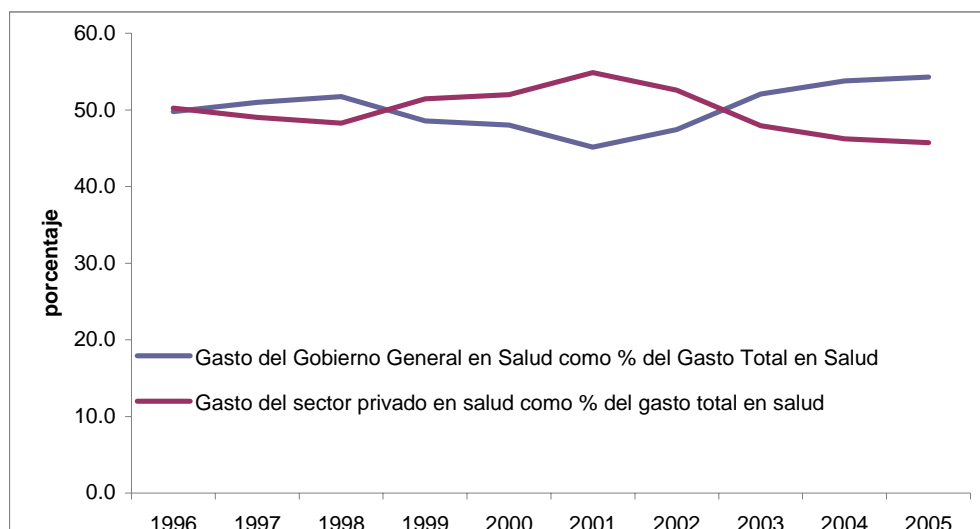
4.1 Estudios de cuentas nacionales de salud

Belice

Según los datos reportados por la OMS el gasto privado en salud en Belice es financiado en su totalidad mediante gastos de bolsillo de los hogares (según la definición previamente descrita en la sección primera de este documento). El estudio de CNS no ahonda en la descripción de las categorías de gasto incluidas como gasto de bolsillo, pero otros estudios identifican como causas principales de este gasto al gasto en medicamentos y gastos en servicios de salud adquiridos fuera de las fronteras nacionales.⁸

La participación del gasto privado en salud en relación al PIB se mantuvo en torno al 2.5% durante todo el periodo. En términos per cápita, estas cifras representaron un gasto promedio en el periodo 1996-2005 de US\$136.⁹ Al considerar la participación de las fuentes públicas y privadas en el financiamiento del sector salud, se observa que ellas representan aproximadamente las mismas proporciones en relación al gasto total de salud en Belice. Este comportamiento sin embargo ha sido fluctuante, y se puede destacar la presencia de varios periodos importantes.

Gráfico 1. Belice: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



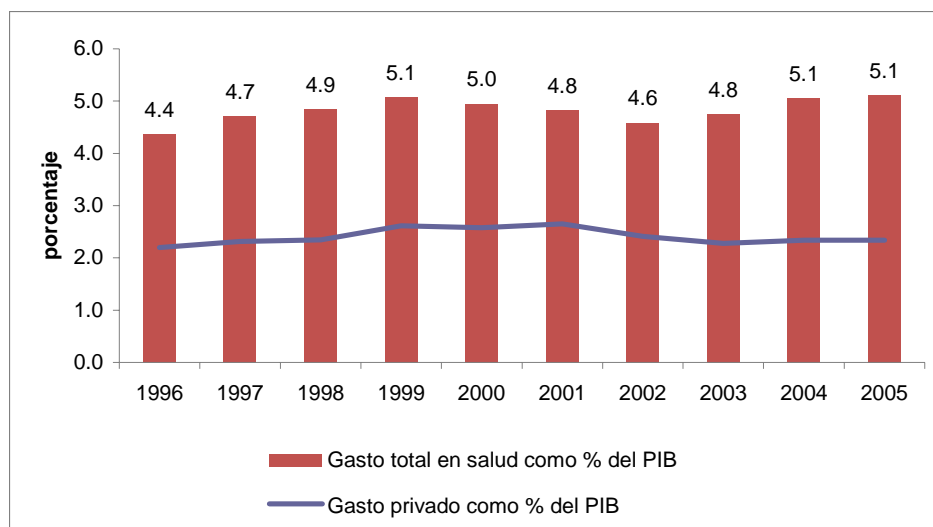
Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/blz/en/>

En el gráfico anterior se observan tres periodos claramente definidos. El primer periodo lo representan los años 1996-1998, donde el gasto público en salud superaba la participación del sector privado en cuanto al financiamiento de la salud. Estudios realizados por "The Urban Institute" al inicio de la década de los noventa indicaban que el sector privado en Belice estaba escasamente desarrollado y con un crecimiento limitado por parte del estricto control y regulaciones que ejercía el Ministerio de Salud sobre la práctica privada en salud, lo cual evidentemente favorecía la provisión pública de servicios de salud¹⁰. El segundo periodo, que comprende los años de 1999 al 2002 y que se caracterizó por la introducción de reformas al sector salud, lo cual contribuyó a un incremento en la proporción de financiamiento privado (como producto de la transformación del seguro de riesgos del trabajo hacia un seguro nacional de salud y el fomento en la participación de proveedores privados para el suministro de servicios básicos de salud). Finalmente, el tercer periodo que se logra identificar es el correspondiente a los años del 2003 al 2005, donde decae la participación privada en el financiamiento de la salud. Debe notarse que en los 3 casos las participaciones público-privadas en el financiamiento de la salud son muy cercanas al 50% y que estos leves cambios de posición no representaron cambios significativos desde el punto de vista estructural.

De acuerdo con las cifras oficiales publicadas por la OMS el gasto total en salud para Belice se ha incrementado a lo largo de la última década, al pasar de representar un 4.4% del Producto Interno Bruto (PIB) en 1996 a cerca de un 5.1% en el año 2005. Dicha tendencia creciente no fue uniforme durante todo el periodo de análisis, puesto que los años del 2000 al 2002 mostraron una tendencia a la baja, bastante importante. Esta baja pudo haber respondido en cierta medida, a los cambios que se ejecutaron en el sector salud beliceño, correspondientes con el establecimiento del Seguro Nacional

de Salud (NHI por sus siglas en inglés) y el correspondiente Fondo para el Seguro Nacional de Salud.¹¹

Gráfico 2. Belice: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.

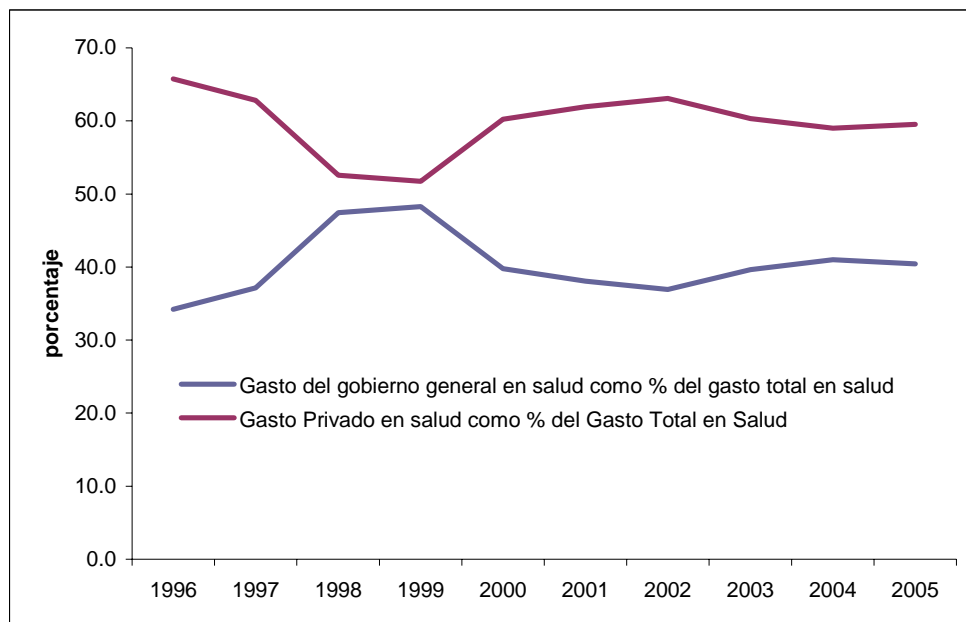


Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/blz/en/>

Guatemala

Los estudios realizados por la OMS dan cuenta de que el gasto privado en salud representa la principal fuente de financiamiento del sector salud en Guatemala. El comportamiento público-privado de dicho financiamiento presenta brechas que se han acortado en periodos como el de 1996 a 1999, pero que no han logrado la sostenibilidad requerida para que dichas diferencias finalmente desaparezcan. El acortamiento de brechas parece estar asociado con el inicio del proceso de reforma del sector salud (PHR, 1998), el cual pretendía resolver los conflictos de un modelo de atención en salud agotado, más enfocado a curar que a evitar las enfermedades.

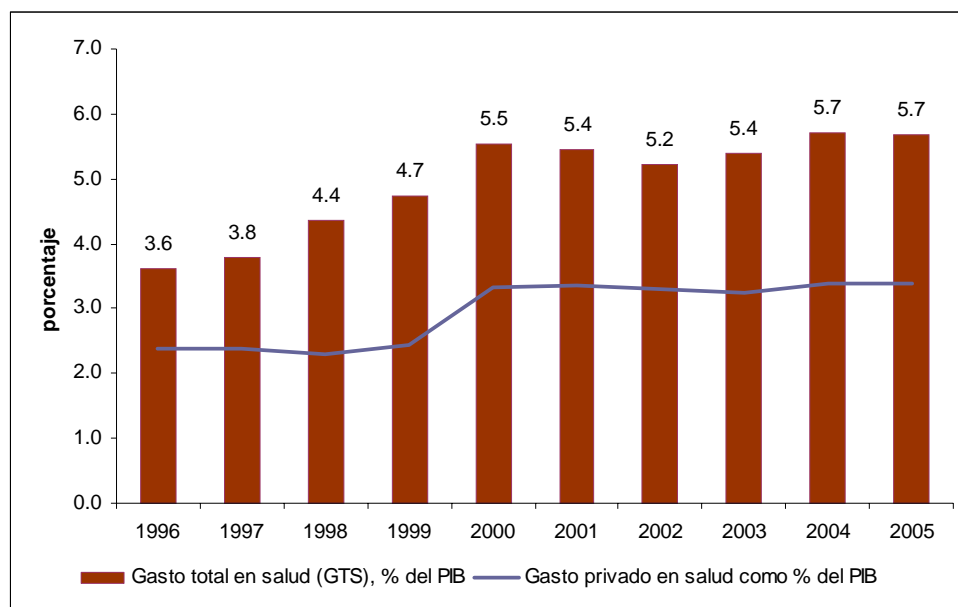
Gráfico 3. Guatemala: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/gtm/en/>

Como porcentaje del PIB el gasto total en salud ha visto un crecimiento importante en el periodo 1996-2005, donde ha presenciado un aumento de más de dos puntos porcentuales. Los bajos porcentajes de participación del gasto gubernamental a partir del año 1999 se asocian con la aplicación de una serie de reformas económicas y de políticas de estabilidad macroeconómica, que ocasionaron un bajo desempeño de la economía, el cual se caracterizó por la presencia de períodos cortos de crecimiento seguidos por reducciones en las tasas y estancamiento del PIB per cápita (PHRplus et al, 2006). La tendencia en el caso del gasto privado indica que durante los últimos 5 años del periodo dicha participación se ha mantenido alrededor del 3%.

Gráfico 4. Guatemala: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/gtm/en/>

Si se descompone el gasto privado en salud según fuentes, se observa que un 90% de esos gastos provienen del gasto de bolsillo de los hogares y aproximadamente un 5% los constituyen erogaciones dirigidas a planes de medicina pre-paga o fondos mancomunados. Medido en dólares internacionales el gasto per capita en salud que se realiza con carácter privado ha aumentado en promedio un 7% anual, llegando a una cifra de US\$157 en el año 2005.

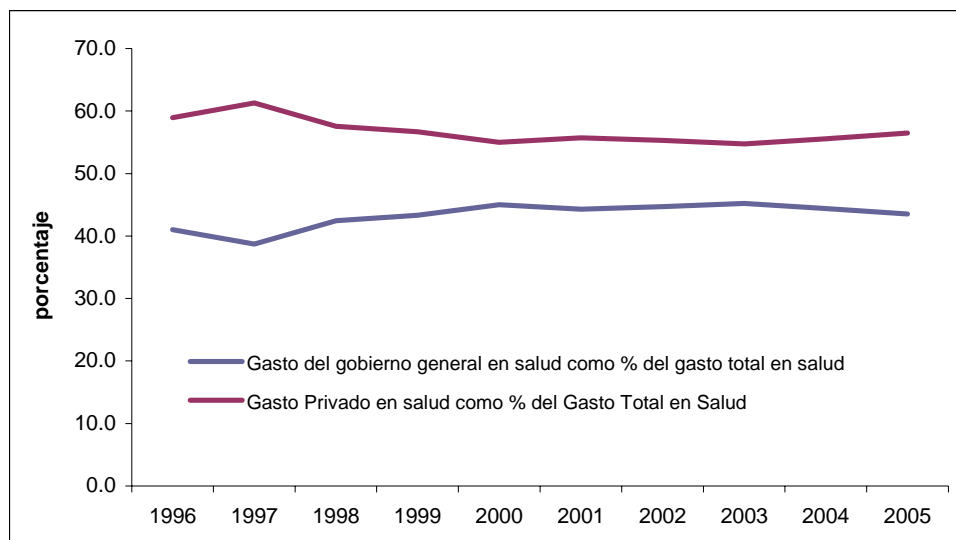
La situación descrita para el caso guatemalteco tiene como razón principal el escaso nivel de aseguramiento de la población, puesto que el IGSS y los seguros privados cubrían en el año 2000, tan solo a un 16% de los hogares¹². El hecho se agrava cuando observamos que los individuos asegurados por estos medios son los pertenecientes a la fuerza laboral de carácter formal así como los individuos de los niveles de ingreso más altos. De acuerdo con el Observatorio del Gasto Social en Guatemala (2006) “en el gasto privado se evidencia que mientras las clases altas y medias destinan la mayor parte del gasto a servicios profesionales y hospitalización, los sectores más pobres lo emplean en compra de medicinas y automedicación”.

El Salvador

La participación del sector privado en el financiamiento del sector salud, representa aproximadamente un 60% del gasto total destinado al sector. En el periodo analizado la relevancia de la participación privada tuvo ligeros indicios de reducción, particularmente durante los años 1998 al 2000, y desde entonces se aprecia una tendencia al estancamiento en cuanto a la participación relativa de ambos sectores en el financiamiento de la salud. De acuerdo con el análisis del gasto público realizado por el

Banco Mundial (2004) parte de este elevado gasto privado responde a cobros que realizan los hospitales por el uso de sus instalaciones, sin importar si los pacientes cuentan o no con capacidad de pago. Estos cobros, son variables en los distintos hospitales y los esfuerzos por eliminarlos han sido infructuosos.¹³

Gráfico 5. El Salvador: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/slv/en/>

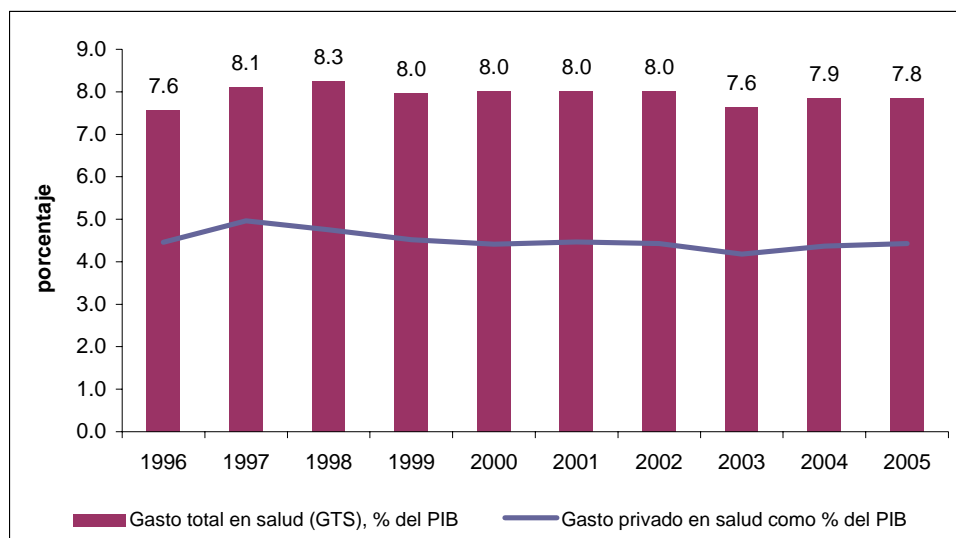
De acuerdo con OPS (2006) el elevado volumen del gasto privado en salud, especialmente el procedente de los hogares, se fundamenta en las bajas tasas de cobertura del seguro de salud (alrededor del 20%, incluyendo las coberturas privadas) así como los elevados costos en los que incurren los hogares para tener acceso a medicamentos y exámenes de laboratorio, entre otros factores.

Según las cifras de cuentas nacionales estimadas por la OMS la participación del gasto total en salud representa un 8% del PIB aproximadamente y la participación privada en el gasto se mantiene alrededor del 4.5% del PIB. Si bien en términos relativos con respecto a la producción nacional el gasto privado parece estancado, las cifras de gasto per cápita denotan lo contrario. La cifra de gasto privado en términos per cápita y medidos en dólares internacionales se ha incrementado de una cifra de US\$175 en el año 1995 a un total de US\$221 en el año 2005.

El gasto total en salud, incluyendo fuentes públicas y privadas es alto en relación con los estándares de América Latina, lo cual en parte se debe a su elevado gasto privado. Si solo se considera el gasto público su posición relativa en cuanto a otros países de la región declina, pero aún permanece por encima del promedio regional. Esta situación, considerada desde la perspectiva de la asignación per capita es totalmente adversa, puesto que debido a su bajo PIB per capita, la asignación del gasto en salud en dichos términos es bastante menor que la realizada por otros países de la región como Costa

Rica o con respecto al promedio de gasto regional latinoamericano (The World Bank, 2005).

Gráfico 6. El Salvador: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.



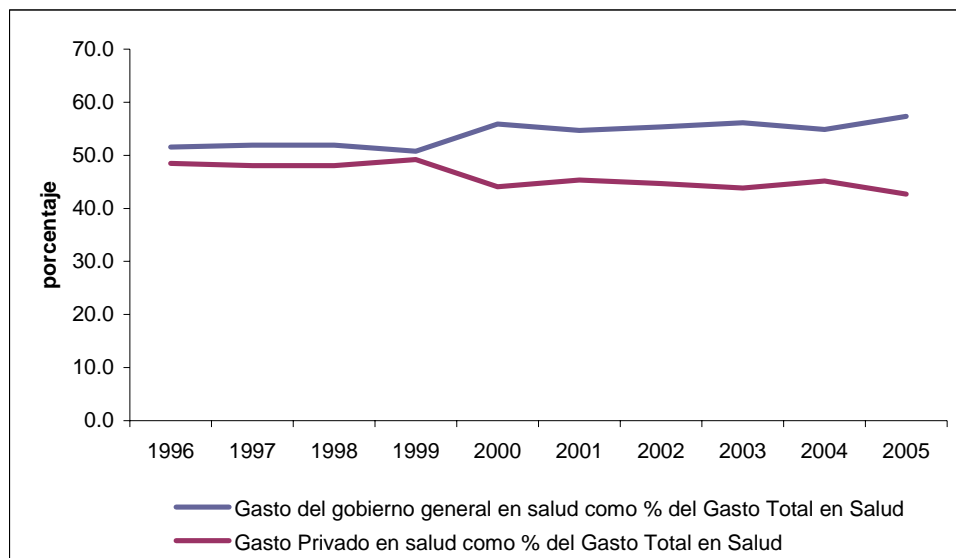
Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/slv/en/>

La composición del gasto privado se ha modificado a partir del año 2001, donde se observa que la participación de la categoría de gastos en planes de medicina pre-paga y fondos mancomunados ha ido en ascenso. Estos gastos se incrementaron de un 2% en el año 1997 a un máximo de 6.4% en el año 2001, luego de lo cual su relevancia se ha reducido a un 5.6%. La fuente más importante de gasto privado está representada por el gasto de bolsillo de los hogares, en el que la categoría más importante está representada por el gasto en medicamentos.

Honduras

La financiación de la salud en el caso de Honduras presenta un fenómeno distinto al de los otros países de la región centroamericana, ya que durante los últimos años de la década del 90 la participación pública y privada estaba prácticamente equilibrada, pero con un quiebre de tendencia a partir del año 2000, con vistas a una mayor participación del gasto gubernamental. De acuerdo con OPS (2001) parte de este incremento en el financiamiento público se fundamenta en el impulso del gasto de la Secretaría de Salud como parte del flujo de recursos provenientes de la cooperación internacional así como de diversos préstamos directamente asociados a los procesos de reforma del sector.

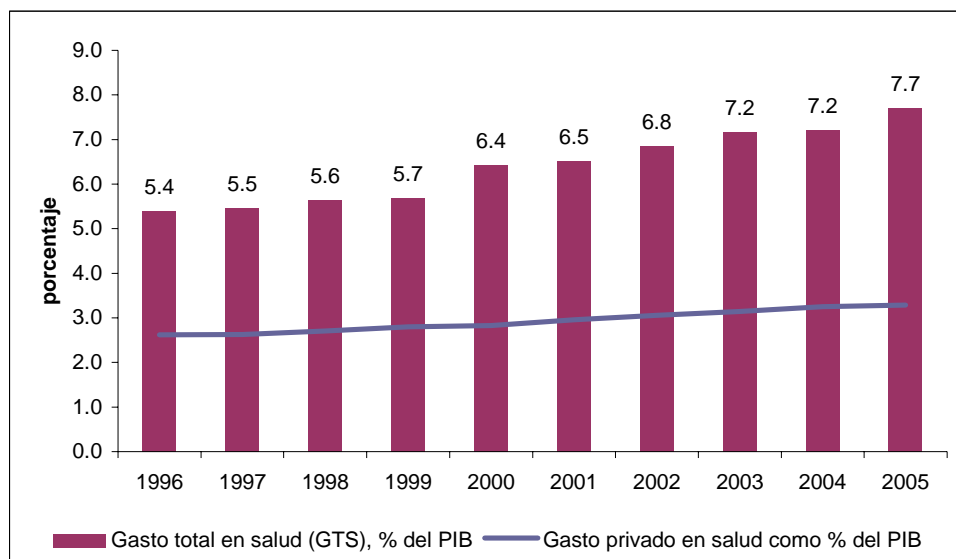
Gráfico 7. Honduras: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/hnd/en/>

La importancia dada por los gobiernos al gasto en salud en el caso de Honduras se observa en el rápido crecimiento de la participación con respecto al PIB, la cual se incrementó en más de 2 puntos porcentuales durante el periodo 1997-2005. En parte este incremento se fundamenta por el incremento de la ayuda internacional surgido luego del huracán Mitch. El mal manejo y desorganización en el uso de estos fondos no ha permitido un mejor desempeño de los recursos destinados al sector, los que representan cifras significativas, puesto que entre donaciones externas y créditos, el financiamiento externo alcanza un porcentaje cercano a 30% del total del presupuesto (OPS, 2007).

Gráfico 8. Honduras: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/hnd/en/>

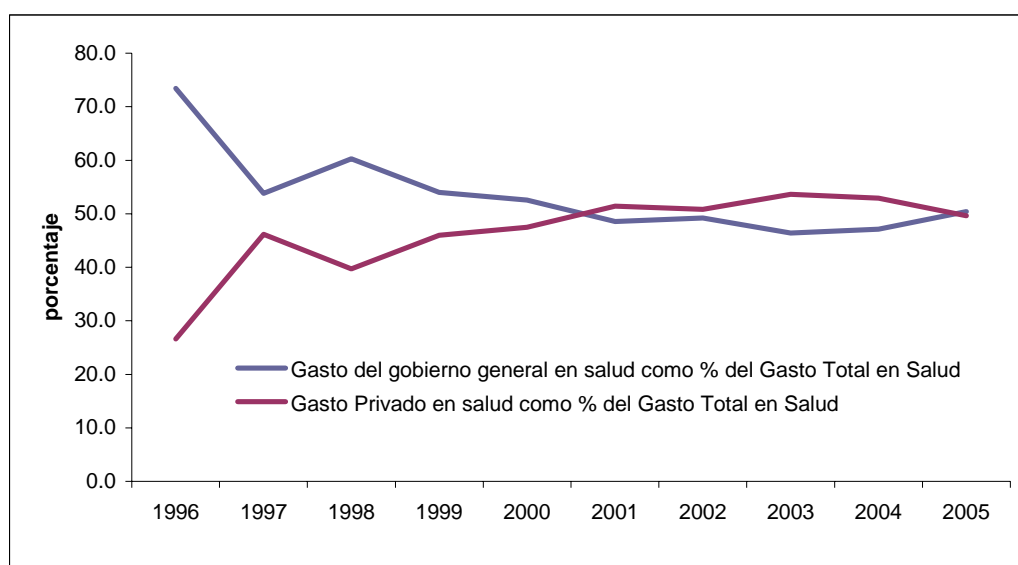
La participación privada en el gasto en salud, también se ha incrementado a lo largo del periodo aunque a un menor ritmo. Los gastos de bolsillo de los hogares representan un 85% del gasto privado en salud, seguido de los gastos en planes de aseguramiento privados, los que han aumentado en forma paulatina hasta alcanzar un máximo de 9% en el año 2004.¹⁴

Nicaragua

De los 7 países centroamericanos Nicaragua presenta la situación más inquietante en cuanto a tendencia del comportamiento de las fuentes de financiamiento de la salud. Hasta el año 2000, Nicaragua pudo ser caracterizada por ser una economía que privilegiaba la participación pública en el gasto de salud. Esta situación tuvo un viraje a partir del año 2001, año a partir del cual el financiamiento privado pasó a representar la principal fuente de gastos en salud. De acuerdo con el estudio de cuentas nacionales realizado por el Ministerio de Salud el comportamiento de las fuentes públicas con respecto al Sector Salud, significó una caída promedio anual de 7.8% lo cual se explica por la baja generación de ingresos que provienen de los impuestos de los sectores reales de la economía (actividades primarias y secundarias) y de los no reales (actividades Terciarias). El principal financiador público, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, experimentó una caída promedio anual del 3.0% en cuanto a su participación relativa en el financiamiento público. Pese a que en este mismo periodo el gobierno de Nicaragua asignó al Ministerio de Salud un 9% de los recursos del Presupuesto General de la República, dicha participación tuvo un comportamiento negativo, al pasar de 14.7 % en 1995 a 7.8% en 2001, lo que significó una caída promedio anual del 10.0 %.

Si bien las estimaciones realizadas por la OMS permiten apreciar una igualdad de ambos tipos de gasto en el año 2005, no queda duda de que la importancia relativa del financiamiento gubernamental se ha minimizado. Las nuevas autoridades nicaragüenses están promoviendo el resurgimiento de la participación estatal en el gasto en salud, una situación por lo demás adecuada, dado el contexto de pobreza que vive actualmente dicha economía. Lastimosamente, la consecución de resultados exitosos en este campo está estrechamente vinculada al logro de mayores tasas de crecimiento económico, que permitan dotar al erario público de los recursos necesarios para impulsar dichos gastos.

Gráfico 9. Nicaragua: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/nic/en/>

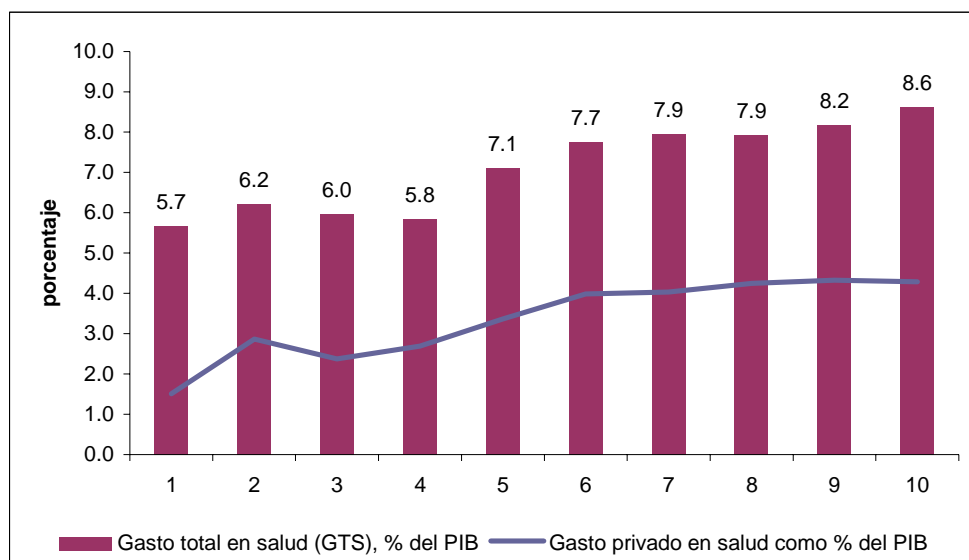
En términos per capita el gasto de los hogares se ubicó entre US\$ 27,7 y US\$ 29,1 en el periodo 2001-2003. Este gasto se transforma en un mecanismo de compensación para la población que carece de los servicios de salud que requiere, ante la limitada oferta de servicios del sector público y la no correspondencia entre el crecimiento de la población y la respuesta a las necesidades, sobre todo en lo que concierne a la provisión de medicamentos y exámenes de laboratorio (OPS, 2007).

Si bien la participación del gasto público total en salud se mantiene casi invariable durante el periodo 2001-2005, en términos específicos los gastos realizados por el Ministerio de Salud se incrementaron como producto de la mayor disponibilidad de fondos públicos, producto de la asignación del fondo de alivio interino de la deuda, los fondos fiscales y los fondos externos (OPS, 2007). De igual modo el INSS, que representa la tercera fuente de importancia en cuanto al financiamiento de la salud se refiere, aporta cerca de un 16% del gasto en salud durante el mismo periodo, aunque era ya patente la tendencia a la reducción en su principal fuente de ingresos, los

asegurados activos (OPS, 2007). Otra de las fuentes de financiamiento de elevada participación en el caso nicaragüense es la cooperación externa, que ha incrementado el monto de sus aportes como producto de la implementación de la estrategia de reducción de la pobreza.

En términos relativos, el gasto total en salud se ha incrementado de un 5.7% del PIB en el año 1997 a un 8.6% en el año 2005, aunque como bien se apuntó anteriormente la punta de lanza de este incremento ha corrido por el lado del gasto privado.

Gráfico 10. Nicaragua: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.



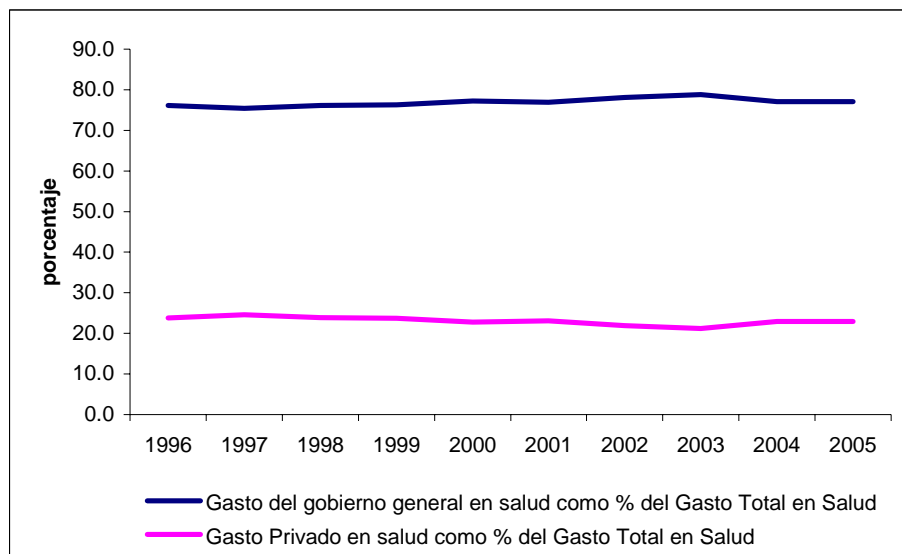
Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/nic/en/>

Es importante destacar que el gasto de bolsillo de los hogares es el mayor contribuyente al gasto privado (más del 95% del gasto), aunque también existe participación de gastos relacionados con aseguramiento privado (alrededor del 3% en el año 2005). En términos per capita el gasto privado en salud representa un total de US\$128.

Costa Rica

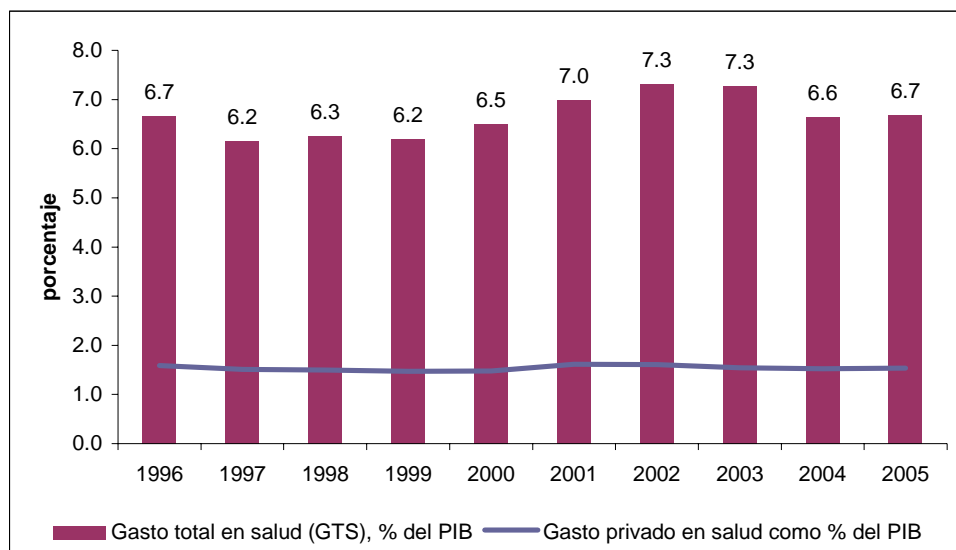
Del conjunto de países centroamericanos Costa Rica es una de las economías que destaca por el alto grado de participación pública en el financiamiento de la salud. Dichas erogaciones tienen base en la existencia de un seguro de salud universal que se financia principalmente mediante cuotas obrero-patronales-estatales.

Gráfico 11. Costa Rica: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/cr/en/>

Pese a la existencia de dicho seguro universal, existe un porcentaje importante del gasto total en salud (aproximadamente una quinta parte) que se destina al uso de fuentes privadas. Diversas hipótesis se esgrimen al respecto para la justificación de tales gastos, entre las que destacan la compra de medicamentos (automedicación principalmente en los niveles bajos de ingreso), uso de servicios cosméticos (principalmente de ortodoncia) y la proliferación de proveedores de salud privados que proveen una forma inmediata de atención que reduce el costo de oportunidad que representa la atención en el sector público.

Gráfico 12. Costa Rica: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.

Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/cri/en/>

En cuanto a la participación relativa con respecto al PIB el gasto del gobierno general ha tendido a presentar oscilaciones en el periodo 1996-2005, las que se acentuaron en el año 2002, cuando se alcanzó un máximo de 7.3% del PIB para el financiamiento de la salud por parte del sector público. En el ámbito privado la tendencia muestra un estancamiento alrededor del 1.5% del PIB, pero que sin embargo, en términos per capita ha significado aumentos importantes. Las cifras de gasto per capita por habitante pasaron de aproximadamente US\$ 100 en el año 1997 a una cifra de US\$145 en el año 2005.¹⁵

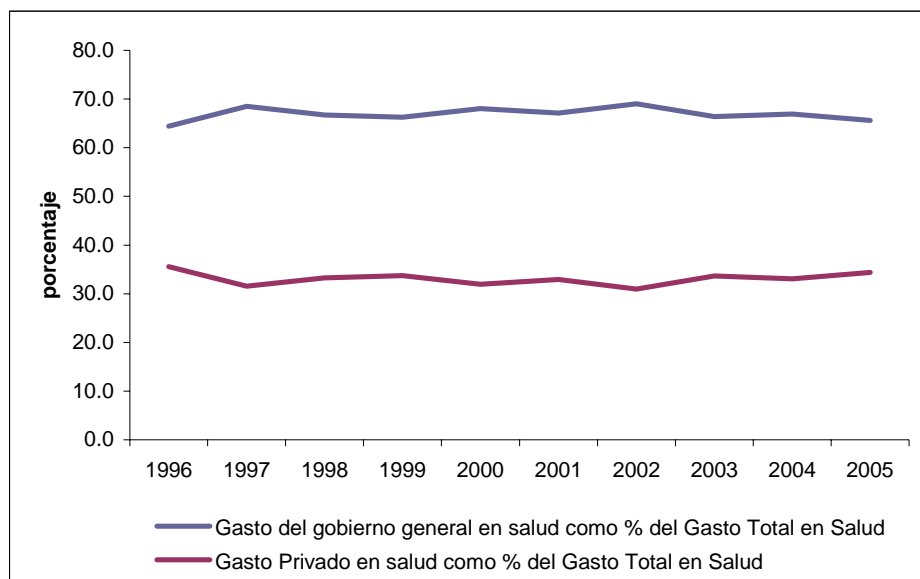
De acuerdo con cifras publicadas por OPS (2007) para el año 2000 el gasto de la CCSS representó alrededor de 80% del gasto sectorial, una cifra que cuatro años más tarde se incrementó hasta un 82,7%. Entre las razones de dichos incrementos se encuentra la aplicación de políticas de expansión de servicios, mayor equipamiento y construcción de edificaciones para los diferentes niveles de atención. El gasto del Ministerio de Salud también aumentó de 6,1% en el año 2000 a 7,1% en 2004, como producto del ingreso de recursos provenientes del programa de reforma en salud, en lo correspondiente a modernización institucional.

Panamá

Panamá a la par que Costa Rica, es el segundo país de la región donde la participación del sector público en el financiamiento de la salud reviste una importancia significativa. Dos terceras partes del gasto total en salud corren por cuenta del gobierno general, lo cual al igual que en el caso costarricense, se corresponde con el grado de desarrollo que presenta su sistema de seguridad social. Entre las fuentes principales de financiamiento se encuentran los fondos del Ministerio de Economía y Finanzas, las

cotizaciones de los empleados y empleadores en el caso de la CSS, el gasto de bolsillo y, en menor proporción, los recursos provenientes de la cooperación internacional (1% del total de recursos).

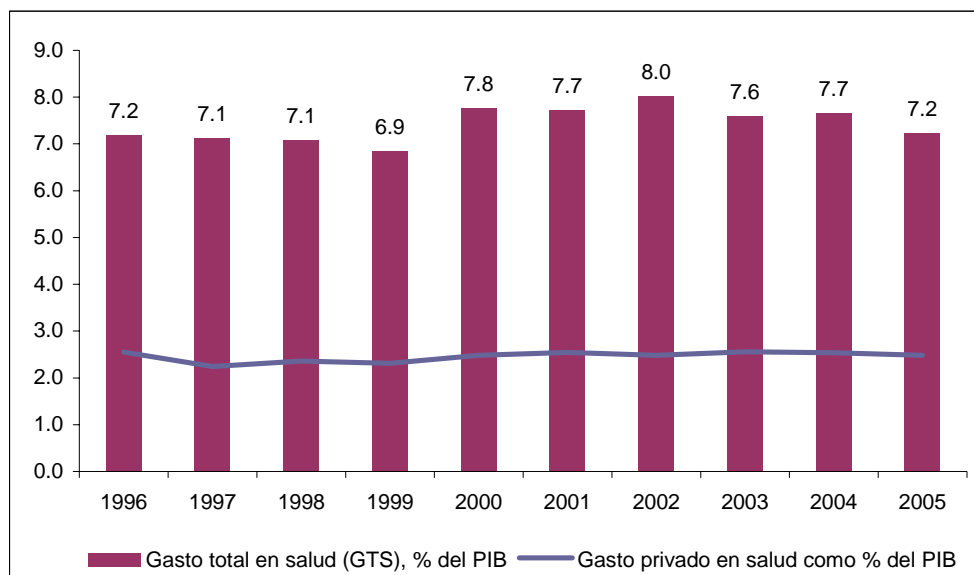
Gráfico 13. Panamá: Gasto del gobierno general y gasto del sector privado como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/pan/en/>

La diferencia más notable, con relación a Costa Rica, radica en el porcentaje de gasto privado realizado, pues este alcanza cerca del 35% del gasto total en salud. En parte, esta mayor participación privada obedece al grado de desarrollo del mercado de seguros privados en salud, los cuales en el periodo de análisis han aumentado cerca de 4 puntos porcentuales (al pasar de 13.8% en el año 1997 a 17.5% en el año 2005). De acuerdo con OPS (2007) los aportes directos de los usuarios están constituidos por pagos de bolsillo por la atención o por los medicamentos, compra de prótesis, o el pago de seguros privados de salud.

Gráfico 14. Panamá: Gasto total y gasto privado en salud. 1996-2005.



Fuente: Cuadros de cuentas nacionales en salud (WHO). Cifras disponibles en: <http://www.who.int/nha/country/pan/en/>

Dentro del componente del gasto privado en salud, la participación de los hogares sigue siendo la mayor generadora de estos recursos, aunque su importancia relativa ha decaído levemente en el periodo. Realizando la medición del gasto privado per capita por habitante se encuentra que Panamá realiza un gasto de US\$221 para el año 2005.

4.2 Estimaciones del gasto privado según encuestas de ingresos y gastos

Belice

Encuesta de Medición del Nivel de Vida

En Belice se han llevado a cabo dos encuestas de medición de niveles de vida (EMNV) en fechas relativamente recientes: la primera en 1995 y la segunda en el año 2002. Ambas encuestas dieron origen a la elaboración de un mapa de pobreza para dicho país. En estos dos instrumentos se incluyeron preguntas relacionadas con el gasto privado en salud, principalmente en lo correspondiente al gasto por consultas y el gasto en medicinas.

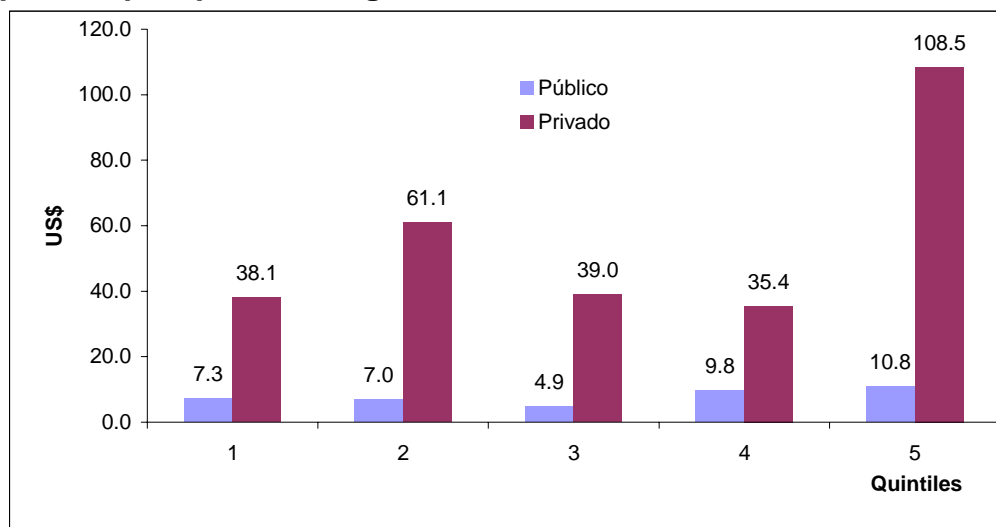
Los resultados que se muestran a continuación tienen como base el “Poverty Assessment Report” elaborado por el National Human Development Advisory Committee (NHDAC) en el año 2004.¹⁶ El capítulo de salud incluido en la EMNV indaga sobre la presencia de enfermedades o la ocurrencia de accidentes en los últimos 30 días (a la fecha de realización de la encuesta). Para el grupo de individuos que responden positivamente a esta pregunta se realizan preguntas adicionales acerca del tipo de ayuda sanitaria que utilizaron y también del gasto por concepto de consultas y pago de medicamentos.

Utilizando como grupo de referencia al grupo de personas que reportaron haberse enfermado o accidentado en los últimos 30 días, se observó que un 68.5% de ellos buscó atención en salud, tanto en Belice como en el extranjero. Las zonas urbanas, principalmente la ciudad de Belice, cuentan con los porcentajes más altos (78.5%) en cuanto a búsqueda de atención en salud para resolver dicha condición. El uso de servicios de salud es mayor en la zona urbana que en la rural, un hecho que es consecuencia de la mayor presencia de instalaciones de salud en la zona urbana de Belice. Si se consideran las cifras según grupo étnico se observa que los mayas (62%) y mestizos (65%) presentan los porcentajes más bajos de búsqueda de atención en salud, frente a los Garífunas (73%) y Criollos (78%). En relación a los quintiles de consumo, la búsqueda de atención en salud se incrementa conforme aumenta el nivel de consumo. Por último al considerar los grupos de edad, las tasas de búsqueda de atención en salud son mayores en los grupos de niños menores de 5 años y entre los adultos mayores de 65.

Del grupo de personas que buscaron atención en salud un 41% las dirigió hacia el sector privado (35% a nivel nacional y 6% en el extranjero). Al analizar esta cifra según niveles de consumo, se observa que los dos quintiles más pobres realizaron un 15% y un 30%, respectivamente, de sus consultas en el sector privado. Este hecho es un posible atenuante del llamado círculo vicioso de la pobreza, puesto que aún y con las limitantes que representa el pagar de su bolsillo para recibir la atención requerida, estas personas están demandando servicios de dicho sector. Con las cifras disponibles es prácticamente imposible determinar el porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud, aunque una posible aproximación viene dada por el hecho de que un 40% de los hogares beliceños declararon que sufrieron dificultades financieras por causa de gastos relacionados con la salud.¹⁷ Al considerar el comportamiento de esta variable por niveles de consumo, se observa que la mitad de los hogares más pobres de Belice (pertenecientes al quintil 1) sufrieron dificultades financieras por causa de gastos relativos a la salud.

Según cifras reportadas en la EMNV para el año 2002 en Belice los individuos que reportaron haberse enfermado gastaron un promedio de US\$8.1 (americanos) en gastos relacionados con la consulta y US\$14.8 en cuanto a la compra de medicamentos se refiere. Estas cifras corresponden al gasto realizado en instituciones públicas de salud. Por su parte el gasto correspondiente a consultas en el sector privado es notablemente superior, con un monto aproximado de US\$ 67, a la vez que el consumo de medicamentos en farmacias privadas alcanzó una suma promedio de aproximadamente US\$ 22.4. Las diferencias de pagos de bolsillo realizadas por los hogares en el sector público o privado dan cuenta de las diferencias de precios existentes en los servicios provistos por el sector privado.

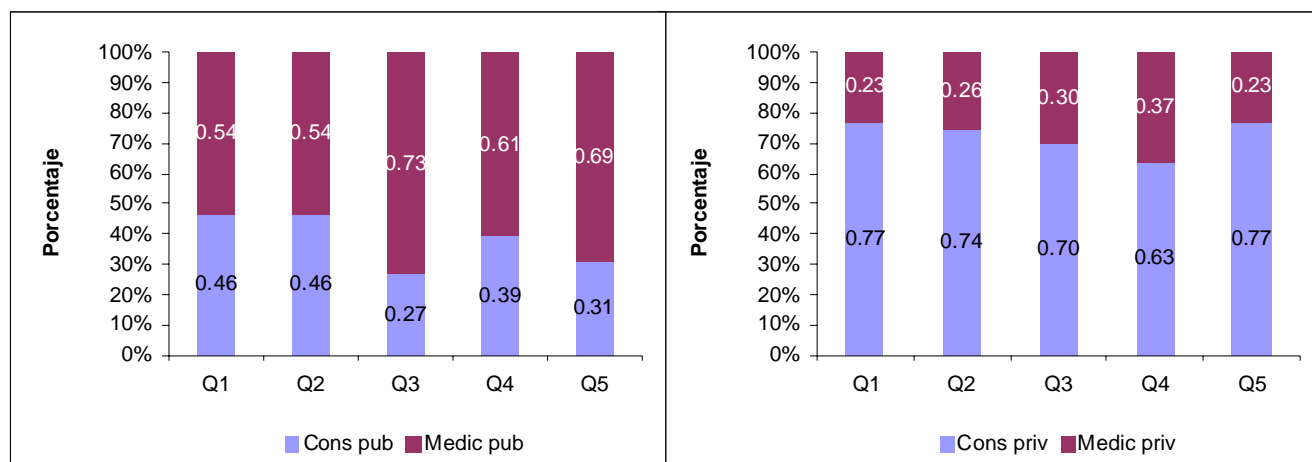
Gráfico 15. Belice: Gasto promedio en consultas realizadas en el sector público y privado por quintil de ingreso. 2002.



Fuente: Poverty Assessment Report 2002

El gasto de bolsillo realizado por los hogares no presenta un comportamiento tendencial definido. Los quintiles más pobres de la población (quintiles 1 y 2) consumen alrededor de US\$7 en consultas cuando se atienden en instalaciones públicas, pero esta cifra es cinco y nueve veces mayor respectivamente, cuando la atención se dirige hacia el sector privado. El quintil más rico de la población beliceña es el que reporta los mayores gastos privados en salud, con un gasto por concepto de consultas que es cerca de 3 veces superior al reportado para el primer quintil.¹⁸

Gráfico 16. Belice: Estructura del gasto público y privado en salud según quintiles de ingreso. 2002.

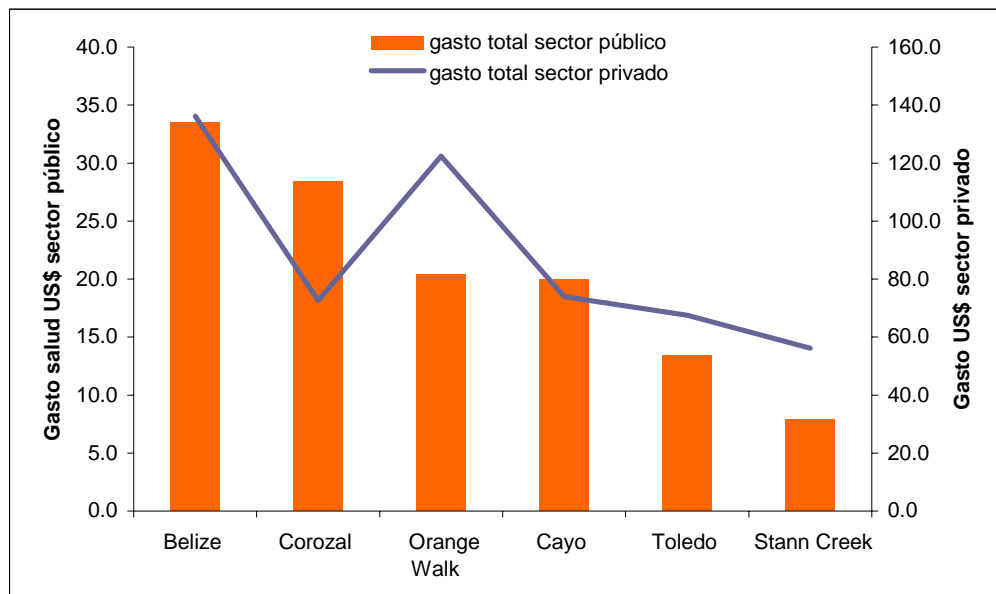


Fuente: Poverty Assessment Report 2002

Si se analiza el comportamiento del gasto privado en salud en los sectores público y privado se puede observar que el objeto del gasto varía considerablemente en uno u otro sector. Mientras que en el sector público el mayor componente del gasto lo constituyen los medicamentos, en el caso del sector privado la mayor participación en el gasto corre por cuenta del gasto total en consultas. Este comportamiento del sector público puede estar fundamentado en la existencia de un sistema ineficaz de distribución y compra de medicamentos, que ocasiona agotamiento de existencias en forma frecuente y prolongada.

De acuerdo con OPS (2003) la gestión de los medicamentos en el sector público padece de varios problemas, dentro de los cuales destacan la inadecuación del presupuesto anual para cubrir las necesidades de la población y la ineficacia del sistema de adquisición y contratación. Estos problemas generan carencias frecuentes y prolongadas de suministros. Por otra parte el sistema de salud en Belice proporciona acceso (si existe disponibilidad de los mismos) a una lista esencial de medicamentos (formulario terapéutico conformado por 241 productos), lo que indica que los gastos adicionales pueden surgir ya sea por escasez del medicamento o por la prescripción de medicamentos ajenos a la lista, que deben ser sufragados por parte de los usuarios. Por último, es probable que exista un problema de automedicación en la población, que la encuesta no investiga apropiadamente.

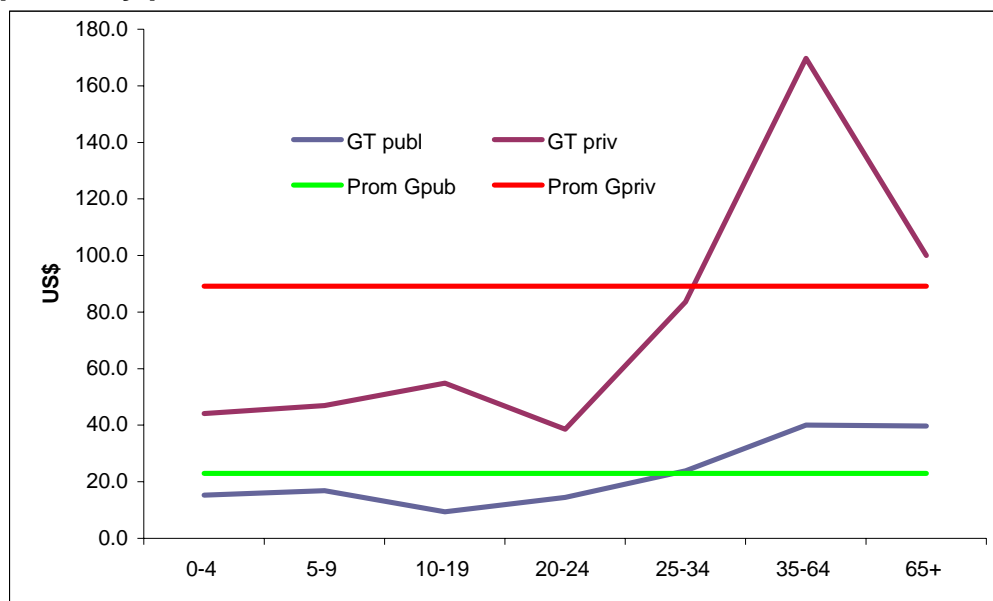
Gráfico 17. Belice: gasto de bolsillo en salud realizado en sector público y privado. 2002.



Fuente: Poverty Assessment Report 2002

Si se toma en consideración el gasto privado total en salud (suma del gasto en consulta más gasto en medicinas) dirigido al sector público, según distritos, se observa que Belize y Corozal son los lugares donde el gasto promedio es de mayor cuantía. En el ámbito privado, los distritos con mayor gasto promedio estaban representados por Belize y por el distrito de Orange Walk. Las diferencias en cuanto al promedio de gasto para las zonas urbanas y rurales son mínimas, pero replican el comportamiento supracitado a nivel nacional, donde los gastos en medicamentos superan a los gastos por consulta.

Gráfico 18. Belice: gasto de bolsillo en salud según rangos de edad y sector público y privado. 2002.



Fuente: Poverty Assessment Report 2002

Finalmente, los patrones de gasto según rangos de edad son significativamente diferentes en el sector público y privado. En el sector público existe una tendencia al incremento de los gastos por los servicios utilizados para los individuos con 20 o más años, con cifras máximas para aquellos entre 35 y 64 años. Para el caso de los que utilizaron servicios privados el crecimiento del gasto en salud a través de los rangos de edad, es vertiginoso para los individuos con 25 años de edad o mayores, y donde es notable la caída en el gasto para el grupo de 65 o más años, un fenómeno que no se replica de igual forma en el sector público.

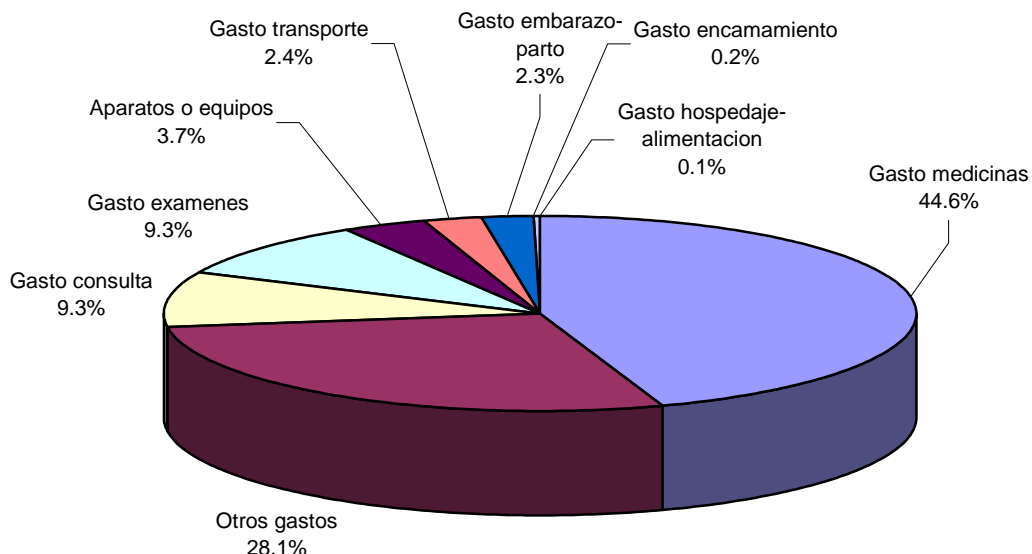
Guatemala

Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006

De acuerdo con las preguntas sobre gasto de bolsillo en salud que se establecieron en el módulo correspondiente de la ENCOVI, el gasto total anual en salud realizado por los hogares guatemaltecos fue de 1,454 millones de dólares aproximadamente en el año 2006. Los gastos incluidos en esta cifra incluyen el pago por consultas, transporte, medicinas, exámenes y otros gastos relativos a enfermedades como la diarrea y enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años, presencia de enfermedad o accidente en los habitantes del hogar y pagos por controles de embarazo y partos.

La mayor participación relativa en cuanto a gasto se ubica en el consumo de medicamentos, el cual representa el 45% del gasto privado total de los hogares guatemaltecos tal y como se observa en el gráfico adjunto.

Gráfico 19. Guatemala: estructura porcentual del gasto privado en salud. 2006.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENCOVI 2006.

La cifra mencionada de gastos representó un 4.1% de la producción nacional de Guatemala en el año 2006, lo que significa un incremento cercano al punto porcentual, de acuerdo con las estimaciones de cuentas nacionales presentadas al inicio de esta sección.

Si se comparan estos resultados con los de la encuesta realizada en el año 2000 se observa que los incrementos del gasto privado han sido notorios en los últimos 6 años. Las cifras de dicha encuesta indican que para el año 2000 el total del gasto desembolsado por los hogares en tales conceptos alcanzó una suma de US\$ 674 millones, de los cuales aproximadamente un 72% se desembolsaron en gastos por atención de enfermedades o accidentes. El segundo rubro en importancia lo constituyó el pago por la atención de diarreas y enfermedades respiratorias en niños menores de 6 años, con un 12% del gasto total en salud y en tercer lugar se encuentra el gasto por concepto de hospitalizaciones, que alcanzó un 8%. El gasto de bolsillo supracitado representó un 3.5% del PIB de ese año.

Para el año 2000 los gastos en salud más importantes fueron los destinados a medicamentos (54%), consulta (14%) y exámenes (12%), que en forma conjunta alcanzaron cerca del 80% del gasto total en salud reportado en la encuesta. La existencia de escasos controles para el suministro de medicamentos así como el escaso acceso económico hacia los servicios de consulta médica, genera una respuesta frecuente por parte de los hogares hacia la compra de medicamentos sin prescripción médica. Esta situación es mayormente predominante en hogares indígenas que no indígenas (MSPAS, 2002). El gasto de bolsillo resulta uno de los

gastos más ineficientes, pues la automedicación normalmente no conduce a una mejora del estado de salud de forma inmediata, por lo que esta debe replicarse en varias ocasiones.

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano (2001) con base en datos de la Encuesta de Ingresos y Gastos de las Familias (ENIGFAM 1998-1999) el gasto en salud es el más importante de los que realizan los hogares guatemaltecos en desarrollo humano, ya que representa un 52% del total de los cuatro rubros y equivale al 3.5% del PIB de 1999¹⁹. El gasto destinado a la salud puede ser de dos tipos, de acuerdo a las categorías consideradas en la Encuesta. En primer lugar el gasto directo de bolsillo, que representó en dicho año una participación del 61% y en el cual se incluyen la compra de medicamentos, los servicios hospitalarios y ambulatorios y la compra de equipo y aparatos médicos. En segundo lugar se encuentra el gasto indirecto, con un 39% del gasto en salud reportado por los hogares para el año 1999 y en el cual se incluyen las categorías de pago de seguros privados y/o pago de cuotas del IGSS.

El elevado porcentaje del gasto de bolsillo de los hogares destinado a la compra de medicinas, la relativamente menor contribución hacia seguridad social (explicada ya sea por el alto nivel de desempleo en poblaciones pobres o bien por el carácter informal de las fuentes de empleo de estas poblaciones) y el menor uso de servicios ambulatorios son tendencias que han prevalecido en el periodo 1999-2006 en Guatemala y que pese a las reformas que el sector salud ha experimentado, aún no logran ser resueltas.

Desde la perspectiva de los objetivos que debe cumplir un sistema de salud, la protección financiera de sus habitantes es un objetivo clave, el cual se ve exacerbado ante situaciones de gasto de bolsillo por concepto de pagos directos ante eventos de enfermedad. Un informe preparado por el MSPAS (2002) indica que “más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de productos médico-farmacéuticos; debido a un control relajado del expendio de medicamentos y la falta de acceso económico a consulta médica, la compra de medicamentos sin prescripción médica es una de las respuestas más frecuentes de los hogares frente a un problema de salud”.

En la tabla que se presenta a continuación se presentan estimaciones del monto de gasto privado en salud según zona urbano y rural así como de acuerdo a diversas categorías adicionales de análisis.

Tabla 2. Guatemala: Gasto promedio anual en salud según región, quintiles y rangos de edad por zona urbano y rural. 2000.

		Área de residencia				Total	
		Urbana		Rural		Gasto total salud anual (US\$)	Gasto en salud como % ingreso total
		Gasto total salud anual (US\$)	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual (US\$)	Gasto en salud como % ingreso total		
Región político administrativa	Metropolitana	465	5.4%	202	4.5%	431	5.3%
	Norte	131	3.1%	40	2.2%	85	2.8%
	Nororiente	232	5.0%	67	2.5%	170	4.4%
	Suroriente	134	3.3%	57	2.6%	88	3.0%
	Central	123	3.2%	91	3.1%	102	3.1%
	Suroccidente	202	4.0%	58	2.5%	113	3.4%
	Noroccidente	153	3.5%	42	2.3%	80	2.9%
	Peten	132	3.1%	38	1.6%	80	2.5%
Quintiles ingreso	Q1	64	14.4%	37	7.0%	44	8.7%
	Q2	64	4.6%	38	2.9%	47	3.5%
	Q3	92	4.1%	50	2.2%	67	3.0%
	Q4	148	3.9%	84	2.3%	120	3.2%
	Q5	490	4.3%	215	2.3%	430	3.9%
Edad en rangos	15 a 19 años	189	4.7%	37	2.8%	98	4.1%
	20 a 24 años	133	3.5%	45	2.7%	81	3.2%
	25 a 29 años	185	4.8%	49	2.6%	109	3.9%
	30 a 34 años	215	4.9%	64	2.7%	134	4.1%
	35 a 39 años	220	4.1%	59	2.6%	136	3.6%
	40 a 44 años	297	4.5%	67	2.5%	177	3.9%
	45 a 49 años	280	4.3%	74	2.5%	175	3.7%
	50 a 54 años	351	5.1%	78	2.7%	209	4.4%
	55 a 59 años	189	3.4%	72	2.5%	128	3.1%
	60 o más	193	3.8%	62	3.1%	127	3.6%
Total		232	4.3%	63	2.7%	142	3.8%

Fuente: estimaciones propias a partir de la ENCOVI 2000.

Al comparar las cifras del gasto en salud según zona urbano y rural se identifica un claro patrón urbano del gasto privado, causado principalmente por la gran dotación de infraestructura privada en las zonas urbanas. A nivel nacional el gasto promedio anual en salud en la zona urbana es casi 4 veces mayor que el de la zona rural. La zona

metropolitana del país es la que presenta mayores magnitudes de gasto promedio, en lo que respecta al área urbana y rural.

Al considerar el gasto privado en salud según quintil de ingreso se nota la elevada importancia que en términos del presupuesto familiar representan este tipo de erogaciones. Para el caso del quintil de población más pobre los gastos en salud representan a nivel nacional un 8.7% del ingreso total del hogar, una cifra que se duplica para el caso de las zonas urbanas. La magnitud de dicha participación se va reduciendo paulatinamente conforme el nivel de ingreso se va elevando.

Tomando en cuenta la edad del jefe de hogar del cual se toma la información del gasto en salud se observa que el gasto privado en salud es más elevado que el promedio nacional para los rangos de edad que van desde los 40 años hasta los 54 años, con una mayor erogación para los individuos que pertenecen a las zonas urbanas.

Para finalizar se considera el análisis del número de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud, lo que en alguna medida es un indicador del grado de desprotección financiera que enfrentan los hogares guatemaltecos en cuanto a la atención en salud se refiere²⁰. Debido a que no se logró disponer de las cifras agregadas de ingresos y gastos en alimentos, se optó por utilizar cifras del gasto catastrófico estimadas a partir de la ENCOVI del año 2000.

Tabla 3. Guatemala: Porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud. 2006.

Categoría	Hog Gcatastr	% Hog Gcatastr
Quintiles ingreso		
1	30749	7.1%
2	64297	14.7%
3	80398	18.6%
4	68235	15.7%
5	40481	9.3%
Total	284160	13.1%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENCOVI 2006.

Según datos de la ENCOVI en el año 2000, un 13% de los hogares enfrentó gastos catastróficos en salud. Los porcentajes de hogares que enfrentaron este problema según categorías de ingreso indican que la clase media es la que presenta las mayores dificultades en este sentido, puesto que cerca de un 20% de los hogares del quintil 3 tuvo gastos catastróficos en dicho año.

Si se toma en consideración la región geográfica donde se encuentran situados los hogares los mayores porcentajes de gastos catastróficos se concentran en la zona metropolitana del país (15% de los hogares), situación que está en concordancia con la mayor oferta privada de servicios de salud. El Progreso, Suchitepequez e Izabal son las provincias con mayor incidencia de hogares con gastos catastróficos. Este fenómeno

es característico de la zona urbana guatemalteca y de aquellos hogares que reportaron disponer de un seguro privado de salud o un seguro del IGSS. Cifras reportadas por la Encuesta Mundial de Salud, ejecutada por la OMS en el año 2003, indican que un 20% de los hogares enfrentaron gastos catastróficos durante dicho año, aunque debe notarse que la definición utilizada en este caso eleva el umbral hasta un 40% del gasto de no subsistencia.

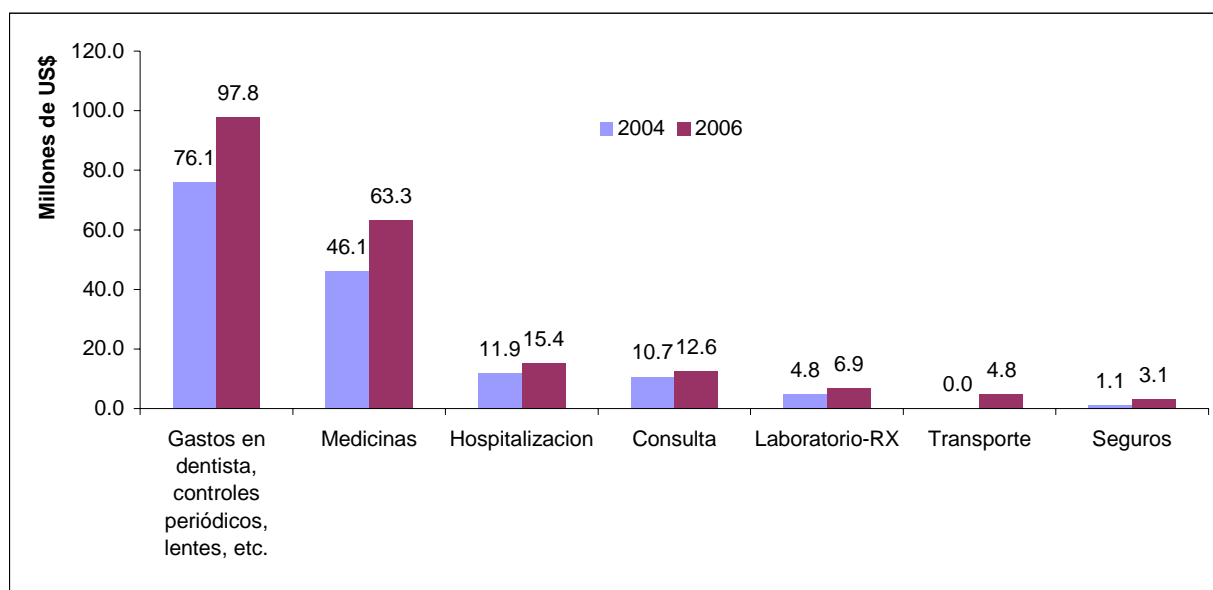
Si bien las cifras para el año 2006 no se encuentran disponibles todo parece indicar que los porcentajes de hogares con dificultades financieras por causa de los pagos de bolsillo en salud podrían ir en aumento, lo cual es un síntoma de la debilidad del sistema de salud guatemalteco en cuanto a la provisión de seguridad financiera a sus afiliados.²¹

El Salvador

Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2006

La EHPM efectuada en el 2006, contiene un módulo con preguntas de salud, donde se indaga acerca de las condiciones de salud de la población, el uso de los servicios de salud, condiciones de morbilidad que afectaron a la población salvadoreña así como los gastos de bolsillo en los cuales incurrieron los individuos a la hora de recibir atención en salud. Este módulo se administra a todos los miembros del hogar.

Gráfico 20. El Salvador: gastos de bolsillo en salud según categorías. 2004 y 2006.



Fuente: Elaboración propia a partir de la EHPM 2006.

Las estimaciones realizadas indican que el gasto en dentistas, controles periódicos y otros, así como el gasto en medicinas son los rubros de mayor participación relativa dentro del gasto total realizado por los hogares salvadoreños.

De acuerdo con el estudio titulado “Análisis del financiamiento del sector salud de la República de El Salvador y de la producción de servicios del MSPAS y del ISSS” elaborado por Ricardo Meerhof para OPS (2005) el gasto de bolsillo reportado por los hogares salvadoreños alcanzó una cifra de US\$ 53.5 millones mensuales o bien US\$ 642 millones anuales (Esta última cifra representa un 4.1% del PIB de ese año).

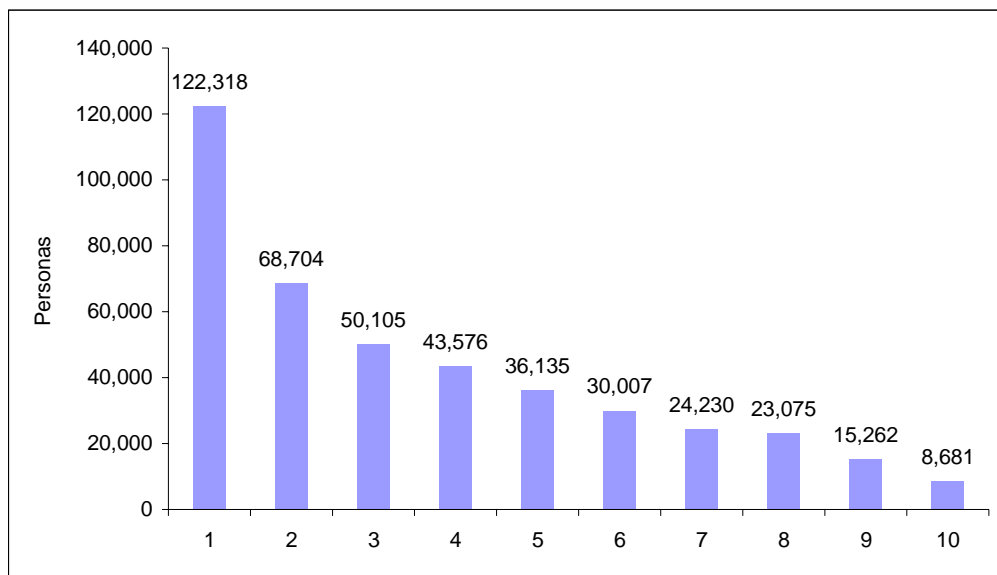
Tabla 4. El Salvador: Gasto de bolsillo de los hogares en servicios de salud, 2004.

Fuente: Adaptado de Meerhof, R. (2005)

Concepto de gasto	Total	Deciles de ingreso									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Consultas	15,471,129	1,530,390	1,228,980	1,477,414	1,439,010	1,300,980	1,506,696	1,728,921	1,979,850	1,575,741	1,703,147
Medicinas	33,697,465	2,889,082	3,005,641	2,881,165	3,140,104	3,190,093	3,348,807	3,430,736	4,189,719	3,789,704	3,832,414
Laboratorio	2,612,518	188,132	220,674	237,734	284,163	306,447	252,943	250,395	124,868	388,819	358,343
Rayos X	531,152	54,660	41,929	37,806	5,226	104,547	14,124	92,246	48,327	89,628	42,659
Otros Exam	508,951	49,292	56,572	23,188	68,332	41,907	39,386	58,723	49,099	53,772	68,680
Hospitalización	698,077	55,515	61,384	83,074	96,980	72,599	99,800	51,384	80,809	19,642	76,890
Total gastos	53,519,292	4,767,071	4,615,180	4,740,381	5,033,815	5,016,573	5,261,756	5,612,405	6,472,672	5,917,306	6,082,133

Aproximadamente un 92% del gasto realizado por los hogares salvadoreños se destina a la compra de medicamentos y al pago de consultas, con una prevalencia significativa del gasto en medicamentos dentro del total de gastos en salud (cerca de dos terceras partes). Si bien es cierto en el cuadro anterior se constata que el gasto por compra de medicamentos es prácticamente uniforme para todos los deciles de ingreso el número de personas que reportan compras es significativamente mayor para los deciles de ingreso más bajos. El siguiente gráfico muestra que del total de personas que reportaron pago por medicinas un 45% pertenecía a los dos deciles más pobres.

Gráfico 21. El Salvador: número de personas que reportaron compra de medicinas



Fuente: Elaborado con base en cifras de Meerhof, R. (2005)

La elevada participación de los hogares en el financiamiento de la salud constituye un indicador importante de la desigualdad existente en la contribución hacia el gasto en salud del país. Las estimaciones realizadas con el módulo de gastos en salud para el año 2004 indican que los habitantes de El Salvador gastan un promedio de US\$206.5 al año por concepto de atención en salud y con cifras incluso mayores que el promedio nacional para las zonas urbanas y las regiones oriental y metropolitana del país.

Tabla 5. El Salvador: Gasto promedio anual en salud según región, quintiles y rangos de edad por zona urbano y rural. 2004.

		Area de residencia				Total	
		Urbana		Rural		Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total
		Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total		
Región Geográfica	Occidental	189.4	3.1%	183.7	5.7%	186.5	4.0%
	Central 1	167.9	3.3%	148.7	4.1%	159.5	3.6%
	Central 2	200.3	4.1%	119.1	3.6%	152.8	3.8%
	Oriental	269.4	4.9%	222.8	6.6%	242.8	5.6%
	AMSS	254.0	3.5%	70.8	1.8%	234.2	3.3%
Quintiles de ingreso	Q1	76.8	6.3%	63.5	5.3%	68.6	5.7%
	Q2	94.1	3.9%	98.2	4.1%	96.1	4.0%
	Q3	121.7	3.3%	163.2	4.4%	138.0	3.7%
	Q4	172.7	3.0%	218.8	3.9%	186.1	3.3%
	Q5	492.4	3.5%	641.2	6.1%	517.6	3.8%
Edad en rangos	15 a 19 años	54.1	1.9%	61.0	2.4%	56.8	2.1%
	20 a 24 años	122.5	3.0%	87.1	2.9%	103.2	2.9%
	25 a 29 años	117.7	2.2%	104.1	3.6%	111.6	2.6%
	30 a 34 años	329.3	5.0%	91.7	2.8%	240.2	4.5%
	35 a 39 años	146.2	2.1%	113.5	3.6%	134.7	2.4%
	40 a 44 años	433.8	6.1%	130.5	3.5%	319.4	5.3%
	45 a 49 años	274.8	3.9%	169.0	4.1%	229.8	3.9%
	50 a 54 años	204.4	2.6%	224.3	5.8%	211.6	3.3%
	55 a 59 años	220.4	2.9%	323.4	8.4%	257.9	4.2%
	60 o más	203.7	3.7%	223.1	7.0%	210.8	4.6%
	Total	229.7	3.6%	169.8	5.0%	206.5	3.9%

Fuente: estimaciones propias a partir de la EHPM 2004

En lo que respecta al gasto en salud realizado según niveles de ingreso si bien las magnitudes del gasto realizadas por los quintiles más pobres de la población son mucho menores que el promedio nacional, estas representan una elevada carga en el

presupuesto de los hogares. Por ejemplo, los hogares del quintil número uno, dedican casi un 6% de su ingreso total a gastos en salud, versus un 4% aproximadamente que es destinado por los hogares del quintil de ingresos número cinco.

Por su parte el gasto en salud según rangos de edades muestra cifras superiores al promedio nacional para todos los rangos de edad a partir de los 40 años de edad. Este comportamiento está asociada a un fenómeno característico del ciclo de vida de las personas, donde las edades superiores de los individuos se caracterizan por la presencia de enfermedades crónicas cuyos tratamientos elevan la carga tradicional dedicada al gasto en salud familiar.

Las estimaciones realizadas con la EHPM dan cuenta que un 3.3% de los hogares salvadoreños enfrentaron gastos catastróficos en salud. Estos hogares son aquellos para los cuales el sistema de salud prevaleciente en el país es incapaz de proveerles de protección financiera, y que la atención de salud puede derivar en catástrofes financieras.

Los hogares de la zona oriental del país son los que sufren en mayor cuantía de este problema (6.1% de los hogares pertenecientes a dicha zona)²². Por su parte los hogares de la zona rural así como los pertenecientes a los departamentos de La Unión, Morazán y Usulutlán son los más afectados por este tipo de problema. Finalmente, al analizar la condición de aseguramiento de los hogares se observa que los gastos catastróficos en salud predominan en aquellos hogares que no cuentan con ningún tipo de protección por seguro de salud.

Tabla 6. El Salvador: Hogares con gasto catastrófico en salud

Categoría	Hog Gcatastr	% Hog Gcatastr
Región Geográfica		
Occidental	18645	5.4%
Central 1	14565	4.2%
Central 2	9733	2.9%
Oriental	7777	2.3%
AMSS	6066	1.8%
Total	56786	3.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de la EHPM 2006.

El análisis por quintiles de ingreso indica que un 5% y 4%, respectivamente, de los hogares pertenecientes al quintil 1 y 2 padecen de este mismo problema. La alta incidencia de gastos de bolsillo, ya sean catastróficos o no, tiene diversas implicaciones que se ven atenuadas en un contexto como el de El Salvador, donde existen elevados niveles de pobreza. La carga de morbi-mortalidad que enfrentan los hogares salvadoreños está minando el presupuesto de los hogares y compite fuertemente con el gasto destinado a otras necesidades básicas. Por último cabe recalcar que el gasto

de bolsillo es un gasto poco efectivo, que se desvincula del esquema integral promovido en los sistemas de salud públicos.

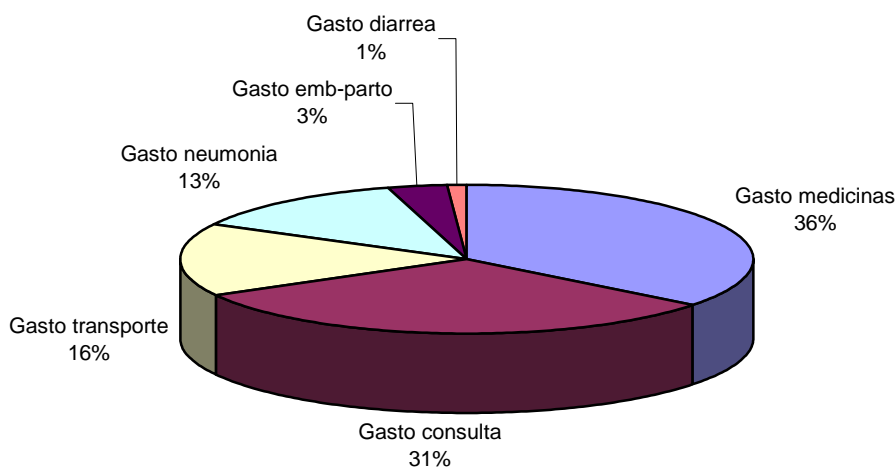
Honduras

Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2004

Los datos obtenidos de la ENCOVI 2004 muestran que los hogares hondureños desembolsaron un total de 519 millones de dólares para la atención en salud, la cual incluyó categorías tales como: gastos por diarrea, neumonía, enfermedades o accidentes, controles de embarazo y partos entre las más relevantes. Esta cifra representa un 7% de la producción nacional de Honduras para ese mismo año e indica una fuerte participación del gasto de bolsillo en salud como financiador del sector privado de salud.

Al observar la composición del gasto destacan los gastos en medicinas (36%) y consultas (31%) que en conjunto representan más de dos terceras partes del gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares. Según las cifras del gasto privado en salud estimadas por Fiedler (2000) a partir de la encuesta de ingresos y gastos de 1998, el gasto privado en salud para esa fecha era de 130.5 millones de dólares y representaba un 2.5% del PIB. El incremento en un periodo de 6 años fue bastante notorio en ese sentido y desde todo punto de vista desfavoreció a los pobladores hondureños, debido a la elevada carga que sobre su presupuesto imponen los gastos en salud.

Gráfico 22. Honduras: estructura porcentual del gasto privado en salud. 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENCOVI 2004.

Tabla 6. Honduras: Gasto promedio anual en salud según región, quintiles y rangos de edad por zona urbano y rural. 2004.

		Area de residencia				Total	
		Urbana		Rural			
		Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total
Region Geografica	Region Central	1,130.1	14.3%	242.5	8.0%	899.5	13.2%
	Region Occidental	269.1	6.7%	118.2	7.4%	189.2	6.9%
	Region Oriental	348.6	8.2%	255.2	9.6%	305.1	8.7%
Quintiles de ingreso	Q1	251.0	71.7%	128.0	28.2%	175.0	42.4%
	Q2	159.8	12.0%	119.7	9.6%	137.5	10.7%
	Q3	270.1	11.1%	202.8	8.6%	246.5	10.2%
	Q4	1,062.5	24.2%	227.7	5.5%	888.0	20.4%
	Q5	1,639.0	10.6%	759.9	6.4%	1,535.5	10.1%
Edad en rangos	15 a 19 años	265.8	7.5%	85.2	5.7%	222.3	7.3%
	20 a 24 años	313.2	7.3%	147.6	8.0%	267.2	7.4%
	25 a 29 años	321.7	6.4%	118.9	6.1%	259.5	6.3%
	30 a 34 años	303.6	5.4%	113.4	4.9%	234.4	5.2%
	35 a 39 años	444.4	6.4%	160.4	6.8%	349.5	6.3%
	40 a 44 años	461.1	5.1%	218.7	7.6%	376.2	5.4%
	45 a 49 años	2,041.9	22.4%	203.3	6.7%	1,439.9	19.9%
	50 a 54 años	1,205.1	14.2%	187.0	6.0%	875.2	12.8%
	55 a 59 años	2,967.9	33.1%	213.1	8.1%	2,039.2	29.6%
	60 o más	908.6	13.7%	368.2	14.1%	713.0	13.7%
Total		932.9	13.3%	212.0	8.3%	690.6	12.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENCOVI 2004.

Los bajos montos de ingresos percibidos por los niveles de ingreso más bajos de la población inciden en la elevada carga que del presupuesto familiar, representan los gastos privados en salud. Para el caso del primer quintil de ingresos se observa que aproximadamente un 40% del ingreso familiar se destina al pago de servicios o productos asociados al cuidado de la salud. La situación para los quintiles 2, 3, y 5 indica que del ingreso percibido aproximadamente una décima parte se destina a gastos en salud, con excepción del quintil 4, el cual destina aproximadamente una quinta parte de su ingreso total.

El patrón de gastos privados en salud se caracteriza como predominantemente urbano, con un gasto promedio de US\$933 para la zona urbana del país versus US\$212 para la zona rural. De igual forma, la región central del país ejecuta gastos en salud que son casi cinco veces superiores en la zona urbana que en la rural del país. Si se observa el comportamiento del gasto a nivel de rangos de edad, el patrón de consumo se orienta hacia el grupo de 45 a 59 años de edad, con cifras superiores al promedio nacional y de igual forma claramente superiores en el área urbana.

Al estimar los porcentajes correspondientes al gasto catastrófico en salud, se obtuvo que aproximadamente un 9% de los hogares hondureños enfrentaron catástrofes financieras como producto de la atención realizada en salud. Debe notarse, tanto para Honduras como para el resto de los países, que la encuesta muestra el comportamiento estático en cuanto al gasto en salud y que no necesariamente implica que continuamente el hogar esté sometido a dichas presiones.

Tabla 8. Honduras: Porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud. 2004.

Categoría	Hog Gcatastr	% Hog Gcatastr
Quintiles ingreso		
1	19994	7.0%
2	24274	8.4%
3	31461	10.9%
4	30077	10.5%
5	17979	6.3%
Total	124991	8.7%

Fuente: estimación propia con datos de la ENCOVI 2004

Tal y como se muestra en la tabla anterior el porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos se incrementa conforme aumenta el nivel de ingreso, aunque esta tendencia se revierte para el caso del 20% más rico de la población. Las regiones Central y Oriental del país son las que presentan la mayor cantidad de hogares con gastos catastróficos en salud. Si se toman en consideración los departamentos con mayores incidencias de este tipo de gastos los primeros lugares los ocupan los departamentos de Yoro, Colón y Atlántida. El gasto catastrófico es un fenómeno que sigue siendo predominantemente urbano, por la mayor presencia de oferta de prestadores privados de salud y con mayor incidencia para los individuos asegurados por algún medio, sea este privado o público.

Nicaragua

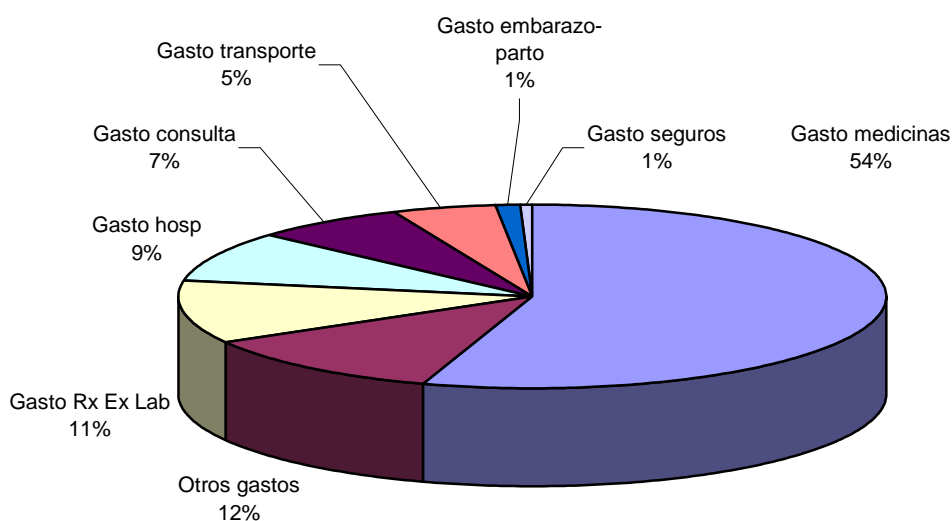
Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición del Nivel de Vida 2005

La encuesta realizada en el año 2005 incluyó dentro del módulo de salud preguntas relacionadas con el gasto en transporte, consultas, medicamentos y exámenes varios para el tratamiento de diarreas, enfermedades o accidentes, controles de embarazo y atención del parto. Las cifras anualizadas indican que los nicaragüenses desembolsaron un total de US\$259 millones aproximadamente en el cuidado de su salud, lo que representó un 5.3% del PIB para ese mismo año.

Al analizar la distribución del gasto según categorías, se puede observar que el gasto en medicinas, sean estas consumidas para el tratamiento de diarrea, cuidado de la salud en general o para el periodo de embarazo, representó más de la mitad (55%) del gasto total de bolsillo realizado por los hogares nicaragüenses y alcanzó una cifra cercana a los US\$143 millones.

El único estudio de fuentes secundarias que fue ubicado en relación con el gasto de bolsillo en salud es el realizado por Rathe y Lora (2003) a partir de información de la Encuesta de Salud (ENDESA) realizada en el 2001, la cual incluyó un módulo especial sobre morbilidad, uso de servicios y gastos en salud dentro del cuestionario de hogar.

Gráfico 23. Nicaragua: estructura porcentual del gasto privado en salud. 2005.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENIV 2005.

En dicho módulo se incluyó información de los gastos ambulatorios en los últimos 30 días previos a la encuesta de personas que consultaron a un profesional de la salud,

gastos en medicamentos de personas que no consultaron y se auto prescribieron y gastos por internamiento en el año previo a la encuesta.

Según los resultados del estudio de Rathe y Lora (2003) un 56% del gasto total en salud se destinaba al pago de medicinas, donde destaca la compra de medicamentos autoindicados por parte de los hogares más pobres (65% de las personas pertenecientes al primer quintil de ingresos). Las cifras del gasto total de los hogares para el año 2001 estimadas por dichas autoras fueron de 2,073 millones de córdobas, lo cual era equivalente a US\$154 millones, cifra que era similar a la provista por la Encuesta de Medición del Nivel de Vida (EMNV) del mismo año y con un estimado de US\$ 149 millones de dólares.

Tabla 7. Nicaragua: Gasto promedio anual en salud según región, quintiles y rangos de edad por zona urbano y rural. 2005.

		Area de residencia				Total	
		Urbana		Rural			
		Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total
Region	Managua	437.8	7.6%	198.9	7.4%	411.0	7.6%
	Pacífico	300.2	6.1%	216.7	7.8%	263.5	6.6%
	Central	328.8	7.5%	212.5	8.5%	264.4	7.9%
	Atlántico	347.4	8.3%	214.5	8.2%	268.2	8.2%
Quintiles de ingreso	Q1	142.2	15.4%	133.1	15.6%	135.8	15.5%
	Q2	176.8	10.7%	160.6	9.8%	167.4	10.1%
	Q3	220.4	8.6%	184.2	7.4%	202.3	8.0%
	Q4	334.8	8.4%	291.1	7.5%	317.6	8.1%
	Q5	649.2	6.0%	558.2	6.1%	624.9	6.0%
Edad en rangos	15 a 19 años	249.4	7.7%	59.8	3.8%	151.4	6.1%
	20 a 24 años	129.3	5.3%	68.7	4.7%	99.7	5.1%
	25 a 29 años	156.0	5.1%	112.5	6.2%	130.4	5.5%
	30 a 34 años	266.8	7.3%	142.6	6.3%	194.4	6.8%
	35 a 39 años	315.2	7.0%	157.5	6.0%	234.2	6.6%
	40 a 44 años	309.8	6.8%	188.3	6.9%	252.2	6.8%
	45 a 49 años	231.5	4.6%	232.6	6.9%	232.0	5.4%
	50 a 54 años	510.2	8.4%	201.5	6.0%	355.3	7.5%
	55 a 59 años	334.8	6.7%	293.9	10.3%	313.8	8.0%
	60 o más	386.0	8.4%	248.9	10.8%	319.1	9.1%
	Total	341.3	7.3%	213.8	8.2%	277.4	7.6%

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior muestra que en el año 2005 el gasto privado promedio anual realizado por los nicaragüenses representó una cifra de US\$277. Este gasto presenta diferencias

importantes a nivel urbano y rural y según quintiles de ingreso. Los dos quintiles más pobres de la población destinan un 15% y un 10% de sus ingresos respectivamente al gasto en salud, versus el 6% destinado a dicho gasto por parte del quintil de población de mayores ingresos. El gasto por rangos de edad se eleva por encima del promedio nacional a partir de los 50 años de edad, replicando la tendencia observada en el resto de países de la región.

Tabla 8. Nicaragua: Porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud. 2005.

Categoría	Hog Gcatastr	% Hog Gcatastr
Quintiles de ingreso		
1	39797	20.1%
2	38255	19.3%
3	30254	15.3%
4	19561	9.9%
5	9844	5.0%
Total	137711	13.9%

Fuente: estimación propia con datos de la ENCOVI 2004

Al realizar las estimaciones correspondientes al gasto catastrófico se observa que un 14% de los hogares nicaragüenses realizaron un gasto que representó un 30% o más de su ingreso disponible en el periodo de estudio. Estos porcentajes fueron mucho mayores en los primeros quintiles de ingreso, lo cual es una situación totalmente adversa para ellos, pues incide en la reproducción del círculo vicioso de la pobreza. Como se puede ver en la tabla anterior, una quinta parte de los hogares más pobres del país enfrentaron dificultades financieras para poder atender el cuidado de su salud.

Cuando se observa la situación en términos geográficos, contrario a lo que tendería a esperarse, por la presencia de una mayor oferta privada, Managua no es la región con mayor incidencia de este tipo de gastos. La región de mayores problemas resultó ser la del Atlántico con un 18% de los hogares ahí ubicados en situación crítica con respecto a los gastos de bolsillo en salud. Esta región se ha caracterizado por sus altos niveles de pobreza y la escasa oferta de servicios públicos de salud, dos factores que se conjugan en el elevado porcentaje de hogares con gastos catastróficos.

Finalmente, al analizar la condición de aseguramiento en salud que presentan los hogares, se manifiesta una tendencia a realizar gastos catastróficos en aquellos hogares que poseen algún seguro privado de salud. Dado que el gasto de salud tiende a incrementarse con el nivel de ingreso, las cifras de la encuesta que indican que 27% de los hogares con seguro privado de salud enfrentan gastos catastróficos podrían estar informando del escaso nivel de protección que brindan este tipo de seguros, así como la posible presencia de enfermedades de índole catastrófica en poblaciones de mayores ingresos.

Costa Rica

Encuesta de ingresos y gastos (2004)

Durante los meses de abril 2004 hasta abril 2005 se realizó en Costa Rica la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Esta encuesta incluyó dentro de las preguntas seleccionadas, aquellas relacionadas con el gasto de salud realizado mediante el pago de bolsillo por parte de los hogares costarricenses.

De acuerdo con las estimaciones realizadas el gasto total en salud para el año 2004 alcanzó una cifra de US\$ 359 millones, con un 60% del gasto destinado a la compra de servicios médicos y hospitalarios. La encuesta no presenta los datos desagregados para analizar el comportamiento del gasto según categorías particulares. En Costa Rica la última encuesta de ingresos y gastos se había realizado en el periodo 1987-1988 y según estimaciones provistas por Sáenz y León (1992) el gasto privado en salud era de US\$98 millones aproximadamente.

Evidentemente el comportamiento del sector privado ha mostrado variaciones significativas en las últimas dos décadas, que en los últimos años han repuntado por el surgimiento de nuevas y modernas infraestructuras hospitalarias, así como la remodelación de las ya existentes. De acuerdo con el Análisis Sectorial de Salud elaborado por el Ministerio de Salud (2002) la participación del sector privado en el financiamiento de la salud se incrementó de un 23% en el año 1991 a un 29% en el año 2001. Adicionalmente dicho estudio menciona que: “en los últimos años la producción de servicios de salud en la esfera privada ha crecido de una manera significativa. El financiamiento de esta producción está a cargo fundamentalmente de los hogares, no obstante, el Seguro de Salud ha transferido una cantidad creciente de recursos para la contratación de servicios integrales de salud o bien diagnósticos y tratamientos que requieren personal especializado y equipos de alta tecnología. El Instituto Nacional de Seguros, como gestor del Seguro Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio de Automóviles y las líneas comerciales de gastos médicos, compran mayoritariamente servicios privados para satisfacer las demandas de sus asegurados. Las empresas o patronos aportan también recursos en este financiamiento; aunque las formas en que llevan a cabo este proceso son diversas, es posible identificar como la principal los gastos en que incurren en el Sistema Médico de Empresa”.

Tabla 9. Costa Rica: gasto privado en salud. 2004. En US\$.

Categoría	US\$-total	% PIB
Gasto mensual en salud	359,192,602.4	1.9%
Gasto mensual en productos, artefactos y equipo médico	150,615,473.3	0.8%
Gasto mensual en servicios médicos y de hospital	208,577,129.1	1.1%

Fuente: estimación propia con datos de la EIGH 2004

Las cifras de gasto total estimadas representaron un 2% aproximadamente de la producción nacional del año 2004, una cifra que está en estrecha relación con estimaciones realizadas por otros estudios (MS 2002 y MS-OPS-OMS 2003).

Tabla 10. Costa Rica: Gasto promedio anual en salud según región, quintiles y rangos de edad por zona urbano y rural. 2004.

		Area de residencia				Total	
		Urbana		Rural			
		Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total
Region	Región Central	444.7	3.1%	221.4	2.7%	393.8	3.1%
	Región Chorotega	293.5	4.0%	140.1	2.0%	209.7	3.0%
	Región Pacífico Central	198.2	2.5%	182.2	2.8%	189.1	2.7%
	Región Brunca	192.1	2.0%	130.3	1.9%	150.6	1.9%
	Región Huetar Atlántica	237.7	2.6%	75.1	1.5%	138.7	2.1%
	Región Huetar Norte	227.4	2.4%	146.4	1.5%	155.7	1.6%
Quintiles de ingreso	Q1	54.1	3.1%	30.9	1.9%	40.5	2.4%
	Q2	110.0	2.9%	71.9	1.9%	92.0	2.5%
	Q3	158.7	2.6%	144.4	2.4%	153.5	2.5%
	Q4	321.8	3.1%	222.4	2.2%	293.9	2.8%
	Q5	1,055.5	3.2%	747.9	2.4%	995.0	3.0%
Edad en rangos	15 a 19 años	325.8	3.3%	139.6	2.2%	232.2	2.9%
	20 a 24 años	223.5	1.7%	168.8	2.2%	201.5	1.9%
	25 a 29 años	283.6	2.3%	160.9	1.8%	241.6	2.2%
	30 a 34 años	508.6	3.0%	137.3	2.2%	393.5	2.9%
	35 a 39 años	488.5	3.1%	208.2	2.0%	398.0	2.8%
	40 a 44 años	503.6	3.0%	221.0	2.3%	417.0	2.8%
	45 a 49 años	569.4	4.3%	134.6	1.6%	403.8	3.6%
	50 a 54 años	483.0	2.6%	214.4	3.4%	381.5	2.7%
	55 a 59 años	664.2	6.5%	65.6	1.7%	503.8	5.9%
	60 o más	572.0	6.1%	231.5	4.8%	433.2	5.8%
	Total	407.2	3.1%	165.1	2.3%	314.8	2.9%

Fuente: estimación propia con datos de la ENIGH 2004

A nivel nacional el gasto privado promedio en salud representó una cifra de US\$315 aproximadamente, la cual constituyó un 3% del ingreso total promedio de los pobladores de este país. Estos porcentajes se ven incrementados para las personas con edades superiores a los 55 años de vida. A nivel geográfico el gasto en salud es mayor en la Región Central del país que en el resto de regiones y nuevamente con una tendencia a cifras superiores de gasto en la zona urbana. Finalmente, cuando se considera el nivel de ingreso de las personas, se observa que la magnitud absoluta del gasto se incrementa según el quintil de ingreso, aunque la participación con respecto al ingreso total se mantiene prácticamente invariable en torno al 3% del ingreso total reportado.

Tabla 11. Costa Rica: Porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud. 2004.

Categoría	Hog Gcatastr	% Hog Gcatastr
Quintil de ingreso		
1	8129	3.6%
2	7553	3.2%
3	3165	1.4%
4	3208	1.3%
5	2677	1.2%
Total	24732	2.1%

Fuente: estimación propia con datos de la ENIGH 2004

La estimación del porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos indica que aproximadamente un 2% de los hogares costarricenses realizan un gasto en salud que representa un 30% o más de su ingreso disponible. La situación golpea con mayor intensidad a los quintiles más pobres de la población, así como a los hogares de la región Brunca y Huetar Atlántica, con porcentajes superiores al 3%. Si se considera la zona donde el hogar está situado el problema prevalece en la zona urbana, lo cual es consecuente con la localización de la mayor parte de los servicios de salud de índole privada.

Al analizar la condición de aseguramiento de los individuos se observa que el gasto catastrófico es más frecuente en hogares de pensionados (6.3% en hogares de familiares de pensionados y 5.8% de los hogares en el caso de pensionados por el régimen de Hacienda). Finalmente, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos es elevado en los primeros dos quintiles de ingreso, lo cual tiende a relacionarse con el alto nivel de automedicación que caracteriza a estas poblaciones.

La realización de la ENIGH permitió cuantificar el total del gasto privado realizado por las familias así como estimar el porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos. Si bien ambas cifras son relativamente bajas, diversas hipótesis han surgido para explicar tales comportamientos, entre las cuales se citan la necesidad de contar con medicinas que no se encuentran contempladas en el listado básico de la

CCSS o bien por el elevado nivel de automedicación de la población costarricense, la oferta limitada de algunos servicios de salud por parte de la CCSS, como por ejemplo en el caso de odontología, la presencia de listas de espera (Mesa-Lago, 2005) y el incremento en la preferencia por el uso de servicios de salud privados, independientemente de la calidad y oportunidad de los brindados por el sistema público de salud.

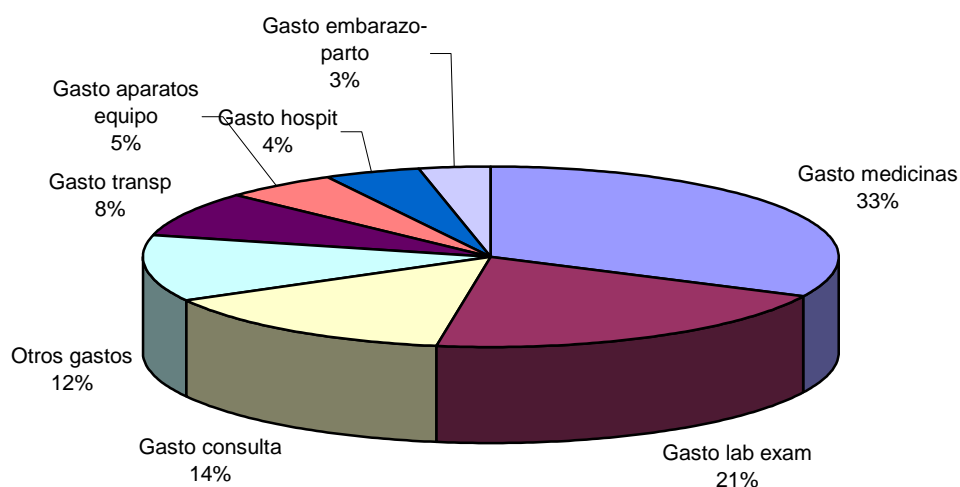
Panamá

Encuesta de Niveles de Vida 2003

Durante los meses de agosto a noviembre del año 2003 se realizó en Panamá la segunda Encuesta Nacional de Niveles de Vida, la cual incluyó un módulo de salud en el que se indagó, entre otras cosas, acerca del gasto en salud realizado por los hogares en enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias (menores de 5 años), gastos por enfermedad o accidente y gastos por concepto de atención del embarazo y parto.

De acuerdo con los datos reportados en dicha encuesta el gasto total anual en salud alcanzó una cifra de US\$316 millones en el año 2003, cifra que representó un 2.5% de la producción nacional. En términos desagregados una tercera parte del gasto en salud correspondió al gasto en medicinas (US\$102 millones aproximadamente) y en segundo lugar en términos relativos se encontraba el gasto en exámenes y laboratorios. De acuerdo con el estudio de desigualdades en salud de Sandiford y Salvetto (2002) el comportamiento del gasto de bolsillo en salud es más desventajoso para los pobres, principalmente en lo que atañe al gasto en medicamentos, exámenes de laboratorio, transporte y hospitalización.

Gráfico 23. Panamá: estructura porcentual del gasto privado en salud. 2003.



Fuente: estimación propia con datos de la ENIV 2003.

Tabla 12. Panamá: Gasto promedio anual en salud según región, quintiles y rangos de edad por zona urbano y rural. 2003.

		Area de residencia				Total	
		Urbana		Rural			
		Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total	Gasto total salud anual	Gasto en salud como % ingreso total
Regiones en que se dividió el operativo de la encuesta							
	Occidental	368.6	3.9%	238.2	4.4%	291.4	4.1%
	Central	559.7	4.7%	324.5	6.2%	398.2	5.4%
	Oeste	230.4	2.4%	244.1	4.7%	235.8	3.0%
	Metropolitana	686.5	4.5%	192.9	2.1%	677.7	4.5%
	Atlántica	308.0	3.5%	166.8	3.2%	263.3	3.4%
	Oriental	247.7	3.5%	138.2	2.7%	176.3	3.1%
Quintiles de ingreso							
	Q1	181.7	14.1%	155.7	13.6%	161.4	13.8%
	Q2	242.3	6.7%	212.8	6.1%	226.8	6.4%
	Q3	225.5	3.6%	274.1	4.5%	245.3	4.0%
	Q4	381.6	3.7%	357.6	3.4%	374.6	3.6%
	Q5	998.3	3.7%	489.5	1.7%	910.4	3.3%
Edad en rangos							
	15 a 19 años	163.9	6.2%	126.6	6.1%	141.7	6.1%
	20 a 24 años	219.0	5.0%	176.7	6.7%	197.9	5.6%
	25 a 29 años	219.6	2.7%	187.5	3.3%	205.5	2.9%
	30 a 34 años	378.1	4.0%	166.2	3.2%	283.4	3.7%
	35 a 39 años	391.1	3.9%	222.8	4.8%	318.2	4.1%
	40 a 44 años	354.6	2.9%	243.1	4.3%	305.7	3.3%
	45 a 49 años	420.4	3.1%	225.5	3.4%	335.0	3.2%
	50 a 54 años	413.2	3.3%	202.9	3.1%	313.7	3.2%
	55 a 59 años	398.6	2.9%	228.6	3.7%	315.3	3.1%
	60 o más	738.6	6.0%	300.6	6.8%	522.1	6.2%
	Total	451.7	4.0%	233.8	4.4%	350.9	4.1%

Fuente: estimación propia con datos de la ENIV 2003.

Los datos de la ENIV 2003 indican que en promedio los hogares destinaron un total de US\$351 al gasto privado en salud, con una cifra de gasto superior en el área urbana con respecto a la rural. En términos geográficos la región Metropolitana y la región central del país, son las regiones que presentan los gastos más elevados con respecto al promedio nacional. Al considerar el nivel de ingreso de los hogares, se observa que un 14% del ingreso total de los hogares más pobres se destina al pago de servicios y productos destinados al cuidado de la salud. Este porcentaje se reduce progresivamente conforme se incrementa el nivel de ingreso. Por su parte el gasto en salud tiende a incrementarse en los rangos de edades superiores a los 60 años, lo que es típico dadas las condiciones de salud que presentan los adultos mayores.

Las estimaciones realizadas en cuanto a la presencia de gastos catastróficos en salud indican que 7% de los hogares panameños enfrentaron dicha situación en el año 2003. La situación es más desfavorable para los quintiles más pobres de la población así como para los habitantes de la región central del país.

Tabla 13. Panamá: Porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud. 2003.

Categoría	Hog Gcatastr	% Hog Gcatastr
Quintiles de ingreso		
1	18031	11.9%
2	19704	13.0%
3	7664	5.1%
4	4695	3.1%
5	3999	2.6%
Total	54093	7.1%

Fuente: estimación propia con datos de la ENIV 2003.

Las provincias de Los Santos, Veraguas y Herrera son las que presentan una mayor incidencia de gastos catastróficos con porcentajes superiores al 10% de los hogares bajo esta condición. Los hogares de la zona rural así como los que carecen de protección por medio de algún tipo de seguros son los más propensos a realizar gastos que se consideran como catastróficos, en relación al ingreso disponible por parte de estos grupos poblacionales.

5. Análisis comparativo del gasto privado en salud

La comparabilidad de las cifras de gasto reportadas en las diferentes encuestas analizadas representa diversas dificultades metodológicas que atienden tanto al diseño de los cuestionarios, la temporalidad de la ejecución de las encuestas así como a la forma de redacción de las preguntas, entre otros factores. Desde esta perspectiva y con el propósito de establecer algunos patrones comunes a la región centroamericana se opta por utilizar cifras provenientes de la OMS, las cuales presentan una base común de comparabilidad y permiten al menos extraer conclusiones importantes acerca del comportamiento del gasto en salud entre los países de la región. Por otro lado, la comparabilidad se extiende a otros países de la región de las Américas con el propósito de analizar el desempeño de los países centroamericanos frente a otros países latinoamericanos, con sistemas de salud alternativos.

La tabla que se presenta a continuación proporciona cifras con respecto a cinco variables claves en términos del financiamiento de los sistemas de salud. Si bien el tema principal del análisis es el gasto privado, para el cual únicamente se presentan dos indicadores, los demás valores seleccionados proporcionan información de contexto acerca de la forma de financiamiento del gasto en cada uno de los sistemas de salud.

Tabla 14. Centroamérica y países seleccionados. Gasto público y privado en salud. 2004.

País	Gasto total en salud (GTS) como % del PIB	Gasto General del Gobierno en salud -mill. US\$	Gasto privado en salud (GPS) - mill. US\$	Gasto de bolsillo como % del GPS	Gasto de salud en seguridad social como % del gasto general del gobierno en salud
Argentina	9.6	14,700.4	8,041.1	48.7	56.8
Belize	5.1	53.8	24.9	100.0	17.4
Brazil	8.8	58,410.9	26,810.6	64.2	0.0
Chile	6.1	5,846.5	3,098.6	45.9	33.3
Colombia	7.8	7,648.2	1,070.8	49.0	59.6
Costa Rica	6.6	1,227.1	282.2	88.7	90.6
Ecuador	5.5	1,795.0	1,064.4	85.4	39.2
El Salvador	7.9	1,249.9	694.9	94.2	41.7
Guatemala	5.7	1,561.8	921.4	90.5	49.4
Haiti	7.6	298.8	183.8	69.6	0.0
Honduras	7.2	537.0	242.2	84.3	14.2
Nicaragua	8.2	368.9	195.1	95.9	26.3
Panamá	7.7	1,091.8	361.4	82.5	49.9
Peru	4.1	2,857.1	1,517.1	79.2	47.9
Uruguay	8.2	1,083.7	612.3	31.1	42.0

Fuente: elaborado con base a cifras disponibles en el sitio Web de la OMS

(http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm, consultado el 30 de noviembre del 2007)

Con respecto a la región centroamericana, Nicaragua, El Salvador y Panamá destacan como los países que mayor proporción del PIB destinan al gasto en salud. En comparación con el conjunto de países seleccionados, la región centroamericana presenta porcentajes relativamente menores a ciertos países del cono sur, tales como Argentina y Brasil, que tienen el liderazgo en cuanto al porcentaje de recursos destinados a este tipo de servicios. La situación se torna diferente cuando se considera la participación gubernamental en el financiamiento del gasto en salud, donde el gasto público en países como Costa Rica y Panamá representa porcentajes superiores al 70%, muy por encima de las contribuciones efectuadas por los países suramericanos antes mencionados.

El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua categorizados como la región del CA-4, son los países que enfrentan los mayores retos en cuanto al funcionamiento de sus sistemas de salud. Caracterizados como los países más pobres de la región centroamericana, este subconjunto de países se ubican en las posiciones más bajas de la Región Latinoamericana y del Caribe en lo que respecta a indicadores como gasto total en salud como porcentaje del PIB, gastos per capita en salud y gastos gubernamentales en salud.

Costa Rica destaca como un país modelo en cuanto al financiamiento del sistema de salud, por la presencia de un sistema de seguridad social que aún con las limitaciones existentes, ha logrado resultados significativos en sus principales indicadores de salud. Precisamente esta situación es notable puesto que el gasto total como porcentaje del PIB es relativamente bajo en relación a los seis vecinos de la región, sin embargo los indicadores obtenidos dan cuenta de una eficiente asignación de los recursos.

La tendencia que se observa en la región centroamericana muestra que en los países de menores ingresos, el sector privado participa de manera importante en el gasto en salud. Conforme aumenta el nivel de ingresos, los gastos en salud aumentan, lo cual fomenta el desarrollo de sistemas de aseguramiento privado o semi-privado, con la consecuente reducción del gasto directo por parte del sector privado.

Costa Rica y Panamá, son los dos países de la región que se caracterizan por poseer un sistema de salud con elevada cobertura y con una organización adecuada de la oferta de servicios de salud. En el resto de países centroamericanos los sistemas de salud se caracterizan por tener una baja cobertura, ser segmentados, carecer de una coordinación adecuada y no contar con una clara separación de funciones. Uno de los problemas más críticos de estos sistemas, que incide finalmente en la participación destinada al financiamiento de salud es el alto nivel de evasión de las contribuciones a los sistemas de seguridad social, principalmente en lo que respecta al pago de recursos correspondientes a la contribución del Estado, lo que finalmente afecta la calidad de los servicios provistos.

En lo que respecta al financiamiento del gasto privado en salud, la participación del gasto de bolsillo de los hogares es el componente de mayor peso en este rubro. Belice, Nicaragua y El Salvador destacan por la elevada participación del gasto de bolsillo, una situación no deseada desde el punto de vista del diseño de un sistema óptimo de salud que provea beneficios a las poblaciones más vulnerables.

La tabla que se presenta a continuación presenta una comparación del porcentaje de hogares que presentaron gastos catastróficos en salud, de acuerdo con un estudio internacional realizado por Xu y otros (2003). Si bien debe tomarse en consideración que las cifras no son estrictamente comparables por el hecho de la distinta periodicidad de las encuestas utilizadas así como por las metodologías utilizadas para el cálculo de los gastos privados en salud, al menos los datos presentados sirven como punto de referencia acerca del estado de la región centroamericana en relación a otros países de la región y el mundo en relación a los gastos catastróficos en salud.

Tabla 15. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud

País	Año	% hog con gasto catastrófico
Nicaragua	2005	13.90
Guatemala	2000	13.10
Honduras	2004	8.70
Rusia	2000	8.55
Argentina	2000	8.10
Indonesia	2000	7.76
Líbano	2000	7.67
Panamá	2003	7.10
Nepal	2000	6.82
Tayikistán	2000	6.45
Camboya	2000	5.81
Albania	2000	5.72
Colombia	2000	5.50
México	2004	5.40
Zambia	2000	5.00
Latvia	2000	4.97
Azerbaiján	2000	4.86
Portugal	2000	4.80
Jamaica	2000	3.83
Burundi	2000	3.41
El Salvador	2006	3.30
Egipto	2000	2.95
Namibia	2000	2.92
Perú	2000	2.82
EE. UU.	2000	2.45
Grecia	2000	2.44
Estonia	2000	2.23
Corea	2000	2.17
Costa Rica	2004	2.10
Paraguay	2000	2.01

Fuente: Assessing the Distribution of Household Financial Contributions to the Health System: Concepts and Empirical application. Christopher J.L. Murray, Ke Xu, Jan Klavus, Kei Kawabata y estimaciones propias del autor a partir de las encuestas utilizadas.

La tabla anterior muestra que del grupo de países centroamericanos tres de ellos ocupan las posiciones principales en cuanto a porcentaje de hogares que tienden a presentar catástrofes financieras como producto del gasto privado de bolsillo destinado al cuidado de su salud. Los casos de Nicaragua y Honduras son importantes de destacar puesto que como los países más pobres de la región enfrentan retos significativos en cuanto a la protección financiera brindada por sus sistemas de protección en salud. De igual forma, pero en el lado inferior de la tabla se encuentra el caso de Costa Rica, que presenta las cifras más bajas de la región en cuanto a incidencia de gastos catastróficos, una situación que conjuga tanto el buen funcionamiento de su sistema de seguridad social como también su elevado nivel de

ingresos per cápita, que permite que los gastos efectuados en el sector privado no trasciendan el umbral de la catástrofe financiera.

6. Conclusiones

A partir de la realización de este estudio pionero sobre el gasto privado en salud destacan ciertas características de los países de la región centroamericana:

- El estudio de los gastos privados en salud es un tema que no ha sido explorado con el detalle requerido en los países de la región centroamericana. La revisión efectuada identificó escasos documentos o investigaciones relacionadas con dicho tema. Uno de los esfuerzos más notables en este sentido es el de la estimación de Cuentas Nacionales en Salud realizado por la OMS, el cual presenta estimaciones del gasto privado en salud para todos los países de la región.
- El diseño y la operacionalización de los diversos sistemas de salud en la región centroamericana incide en gran medida en el comportamiento del financiamiento privado del cuidado de la salud. Países como Costa Rica y Panamá destacan por la solidez de sus sistemas de seguridad social que provee elevados niveles de cobertura a sus pobladores y que incide en una baja participación del gasto privado en salud. Los países del CA-4 con alta vulnerabilidad de sus poblaciones son los que mayores dificultades enfrentan en cuanto a la organización y funcionamiento de sus sistemas de salud, a la par que no brindan la protección financiera necesaria para sus beneficiarios.
- Con excepción del caso costarricense la presencia de gastos catastróficos afecta a un porcentaje importante de hogares en cada uno de los países analizados. Dicha incidencia es crítica para los hogares pertenecientes a los quintiles de ingreso más bajos, puesto que incrementa las posibilidades de perpetuar su situación de vulnerabilidad económica, por causa del pago de bolsillo requerido para el cuidado de su salud.
- El gasto en medicamentos es el principal rubro de gasto de bolsillo por parte de los hogares. Este gasto es efectuado en mayor cuantía en poblaciones pertenecientes a los niveles de ingreso más bajos, por causa del elevado nivel de automedicación que los caracteriza. Adicionalmente, los sistemas de provisión de medicamentos por parte del sistema de salud parecen ser ineficientes puesto que no brindan la protección financiera necesaria a sus beneficiarios.
- Se hace necesario investigar el tema de la inversión privada en salud, puesto que el surgimiento de nueva infraestructura, principalmente hospitales, se ha visto modificado en el último quinquenio. Países como Costa Rica y Nicaragua destacan como pioneros en el surgimiento de nuevos centros privados de salud, que atienden primordialmente a personas pertenecientes a los sectores más ricos de la sociedad.
- El mercado de los seguros privados de salud es un mercado escasamente desarrollado en la región, lo que indica que el pago directo de los servicios de salud es la característica más común del financiamiento privado del sector salud.

8. Anexos

Anexo 1. Lista de variables en los módulos de salud de cada una de las encuestas de los países centroamericanos.

País	Num	VARIABLES que se incluyen como parte del gasto privado en salud	Periodicidad
Belize		¿Cuánto pagó por todas las visitas realizadas durante los últimos 30 días? (no incluya gastos por medicinas o cualquier otro gasto pagado por su seguro)	MENSUAL
		¿Cuánto pagó o pagará por su estadía en el hospital público? (no incluya gastos por medicinas o cualquier otro gasto pagado por su seguro)	MENSUAL
		¿Cuánto pagó o pagará por su estadía en el hospital privado? (no incluya gastos por medicinas o cualquier otro gasto pagado por su seguro)	MENSUAL
		¿Cuánto pagó o pagará por su estadía en el hospital privado en el extranjero? (no incluya gastos por medicinas o cualquier otro gasto pagado por su seguro)	MENSUAL
		¿Cuánto pagó en medicinas compradas en el sector público?	MENSUAL
Costa Rica	1	Gasto productos, artefactos y equipos médicos	MENSUAL
	2	Gasto servicios médicos y hospital	MENSUAL
Honduras	1	Durante el último cuadro de diarrea ¿Cuánto gastó en las consultas incluyendo el costo del transporte, exámenes, medicinas u otros?	QUINCENAL
	2	¿Cuánto gastó en la consulta (IRA) incluyendo el costo del transporte, exámenes, medicinas y hospitalización si fue necesario?	QUINCENAL
	3	¿Cuánto pagó por el transporte de ida y vuelta la última vez-dolencia enfermedad?	MENSUAL
	4	¿Cuánto gastó por esa enfermedad incluyendo el costo de las consultas, exámenes y hospitalización?	MENSUAL
	5	¿Cuánto gastó por esa enfermedad en medicinas?	MENSUAL
	6	¿Cuánto gastó en consultas y exámenes para el cuidado de su salud, aunque no estuvo enfermo? (incluya transporte, laboratorio, radiografías, etc.)	MENSUAL
	7	¿Cuánto gastó en medicinas para el cuidado de su salud, aunque no estuvo enfermo?	MENSUAL
	8	¿Cuánto gastó en su último control en consulta? (incluya transporte, pago médico)?	ULTIMO CONTROL
	9	¿Cuánto gastó en su último control en medicinas?	ULTIMO CONTROL
	10	¿Cuánto gastó en su último control en prenatales (multivitaminas)?	ULTIMO CONTROL
	11	¿Cuánto gastó en su último control en exámenes?	ULTIMO CONTROL
	12	¿Cuánto gastó en el parto de su último nacido vivo en los	ANUAL

País	Num	Variables que se incluyen como parte del gasto privado en salud	Periodicidad
El Salvador		últimos 12 meses?	
	1	Tuvo gastos en los servicios de consulta, análisis de laboratorio, rayos X, otro examen	MENSUAL
	2	Monto gastado en hospitalización	MENSUAL
	3	Monto gastado en medicinas	MENSUAL
	4	Gastos en salud (dentista, controles periódicos, lentes, etc.)	MENSUAL
	5	Pago de seguro médico hospitalario	MENSUAL
Guatemala	1	¿Cuánto pagó el mes pasado por Consultas Médicas (Diarrea-IRA)?	MENSUAL
	2	Exámenes (Diarrea-IRA)?	MENSUAL
	3	Medicinas (Diarrea-IRA)?	MENSUAL
	4	Transporte (Diarrea-IRA)?	MENSUAL
	5	Hospedaje y Alimentación (Diarrea-IRA)?	
	6	Un solo total (Diarrea-IRA)	MENSUAL
	7	Otros, ¿cuáles? (Diarrea-IRA)	MENSUAL
	8	Gasto en consulta médica-enfermedad	MENSUAL
	9	Gasto en medicamentos-enfermedad-para los que no consultaron	MENSUAL
	10	Gasto en Consultas médicas?-enfermedad	MENSUAL
	11	Medicinas?-enfermedad	MENSUAL
	12	Gasto en radiografías, exámenes de laboratorio o similares-enfermedad	MENSUAL
	13	Gasto por transporte (incluido el de urgencia)-enfermedad	MENSUAL
	14	Gasto en aparatos o equipos ortopédicos-enfermedad	MENSUAL
	15	Gasto en lentes graduados, audífonos para sordos, placas o puentes dentales, etc. -enfermedad	MENSUAL
	16	El mes pasado pagó dinero por hospitalización? (sin incluir gastos ya mencionados)	
	17	Encamamiento?	MENSUAL
	18	Honorarios médicos?-hospitalización	MENSUAL
	19	Exámenes?-hospitalización	MENSUAL
	20	Medicinas?-hospitalización	MENSUAL
	21	Transporte?-hospitalización	MENSUAL
	22	Un solo total-hospitalización	MENSUAL
	23	Otros, ¿cuáles?-hospitalización	MENSUAL
	24	Durante los últimos 12 meses ¿pagó por las consultas, medicinas, remedios y controles de su último embarazo o del actual?	ANUAL
	25	Durante los últimos doce meses pagó por la atención, remedios, medicinas, exámenes, cesáreas, hospitalización, honorarios médicos, etc. en su último parto?	ANUAL
Panamá	1	¿Cuánto pagó el mes pasado por (Diarreas e IRA) en:	MENSUAL
	2	Consultas médicas?	MENSUAL
	3	Exámenes de laboratorio?	MENSUAL
	4	Medicamentos?	MENSUAL

Num	Variables que se incluyen como parte del gasto privado en salud	Periodicidad
5	Consultas con el curandero o médico tradicional?	MENSUAL
6	Transporte?	MENSUAL
7	Otros	MENSUAL
8	Pago parcial (si no proporcionó detalle)	MENSUAL
9	Enfermedades y servicios de salud	MENSUAL
10	Gasto en consulta o atención médica	MENSUAL
11	Gasto por Medicinas	MENSUAL
12	Gasto en radiografías, exámenes de laboratorio, cirugías	MENSUAL
13	Gasto por transporte (incluido el de urgencia)	MENSUAL
14	Gasto en aparatos o equipos ortopédicos	MENSUAL
15	Gasto en lentes, audífonos, puentes dentales, etc.	MENSUAL
16	El mes pasado pagó dinero por hospitalización?	MENSUAL
17	Pago parcial o total (si no dieron detalle de gastos)	MENSUAL
18	Gastos por controles de salud o tipo preventivo	MENSUAL
19	En los últimos 12 meses ¿pagó por las consultas y controles por motivo de su último embarazo?	ANUAL
20	En los últimos 12 meses ¿pagó por Medicinas, remedios caseros u otros gastos por motivo de su último embarazo?	ANUAL
21	En los últimos doce meses pagó dinero por la atención, medicinas, exámenes, cesáreas, hospitalización u honorarios por el parto?	ANUAL
22	Pago de seguros privados de salud para los miembros del hogar	MENSUAL
23	Medicinas, honorarios médicos, exámenes clínicos, hospitalizaciones o tuvieron otros gastos asociados al cuidado de la salud de los miembros del hogar, excluyendo los reportados en la sección 4 Salud	ANUAL
Nicaragua		
1	¿Cuánto pagó por la consulta de la diarrea la última vez?	MENSUAL
2	¿Cuánto pagó por tratamiento/medicamento para la diarrea?	MENSUAL
3	¿Cuánto pagó en total por consulta la última vez?	MENSUAL
4	¿Cuánto pagó por medicamentos o accidente la última vez?	MENSUAL
5	¿Cuánto pagó por radiografía/exámenes/laboratorio la última vez?	MENSUAL
6	¿Cuánto pagó por hospitalizarse (Incluya todos gastos)?	MENSUAL
7		MENSUAL
	Gasto total para el cuidado de la salud el mes pasado	
8	¿Cuánto pagó en total por atención/control de embarazo?	ANUAL
9	¿Cuánto pagó en total por gastos de medicamentos/exámenes-embarazo?	ANUAL
10	¿Cuánto pagó por atención/medicina u otros gastos en último Parto?	ANUAL

Anexo 2. Metodología para el cálculo del gasto de bolsillo en salud.

Para cada una de las encuestas seleccionadas las cifras del gasto de bolsillo en salud provienen de los gastos reportados en el módulo de salud, así como de algunas variables ubicadas en el módulo de gastos del hogar.

El procedimiento de cálculo utilizado se basa en la anualización de las cifras de gasto, atendiendo a la periodicidad reportada en la pregunta. Para los gastos relacionados con el gasto por atención de la salud, gasto en hospitalización, gastos en medicamentos y otros, el periodo utilizado como referencia es mensual. Los gastos reportados en seguros tienen periodicidades variables, de acuerdo a un conjunto de opciones provistas en la misma pregunta, los cuales varían entre un periodo mensual, trimestral, semestral o anual. El gasto por concepto de atención de embarazo y parto se reporta para el último año.

El gasto de bolsillo en salud total se construye a partir de la suma de los gastos en los diferentes conceptos establecidos en el anexo 1, una vez anualizadas dichas cifras. El paso final de dicha estimación se basa en la agregación de los gastos a nivel de los hogares, con el propósito de obtener posteriormente las proporciones de hogares que enfrentan gastos catastróficos. Este último concepto se deriva de dos indicadores fundamentales: el gasto total de bolsillo en salud (que ya ha sido explicado) y el ingreso disponible del hogar.

El ingreso disponible del hogar se deriva de la substracción del ingreso total de la parte dedicada al gasto en alimentos, un concepto derivado de la definición provista por la OMS y el cual pretende identificar aquella parte del ingreso que no es de subsistencia. El gasto catastrófico se obtiene de la categorización de los hogares de acuerdo al porcentaje del gasto en salud en relación al ingreso disponible. Todos los hogares cuyos gastos en salud representan un 30% o más del ingreso disponible clasifican como hogares con gastos catastróficos en salud.

Para la obtención de las cifras nacionales se utilizan los factores de expansión correspondientes a cada encuesta.

7. Bibliografía

Banco Mundial (2003). La pobreza en Guatemala. Informe N° 24221-GU. Departamento de Desarrollo Humano, Departamento de Reducción de Pobreza y Gestión Económica, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Banco Mundial (2007). Nicaragua. Análisis del gasto público de salud. Hacia una visión integrada del financiamiento, el gasto y la producción de servicios de salud. Departamento de Desarrollo Humano, Región de América Latina y el Caribe.

Barrios Sosa, Yolanda (2006). Determinantes de la pobreza en los hogares con adultos mayores. Costa Rica, 2005. Trabajo final de graduación presentado a la Escuela de Estadística, para optar al título de Máster en Población y Salud. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.

Cely S. Nathalie, Mostajo Rossana y Gregory Peter (2003). Guatemala: Hacia un gasto social más eficiente, equitativo y transparente. Retos y recomendaciones. United States Agency for International Development.

Cercone, James (2006). Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo 185. Unidad de Estudios del Desarrollo, División de Desarrollo Económico. CEPAL, Santiago de Chile.

De Carrillo, Beatrice Alamanni (2007). Informe Nacional sobre el Derecho Humano a la Salud 2006-2007. Informe Nacional emitido por la Señora Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos. San Salvador, El Salvador.

De García, Xiomara H., De Palacios, Morena (2006). Características de los Remitentes de Remesas Familiares desde Estados Unidos. Boletín Económico, Banco Central de Reserva El Salvador. San Salvador, El Salvador.

Espinoza, Eduardo A. (2007). Disponibilidad y precio de medicamentos esenciales en El Salvador durante el segundo semestre del 2006. San Salvador, El Salvador.

Fiedler, John L. (2000). Análisis del componente salud de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares en Honduras: el papel, estructura tarifaria y desempeño de la Secretaría de Salud. Informe técnico 005. Bethesda, MD: Proyecto de Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.

Government of Belize, Nacional Human Advisory Comité (2004). 2002 Poverty Assessment Report.

Gragnotati Michele and Marini Alessandra (2003). Health and Poverty in Guatemala. World Bank Policy Research Working Paper 2966, January 2003.

Herrero Fernando y Durán Fabio (2001). El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Serie Financiamiento del Desarrollo 109. Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Ejecutiva CEPAL. Santiago de Chile.

Herrero, Fernando y Collado, Andrea (2001). El gasto en el sector salud de Costa Rica: Un acercamiento a las cuentas nacionales de salud. Serie Cuadernos de Trabajo No. 2001-01.

La Forgia, Gerard and Cross, Harry (1991). Health financing and management in Belize: An assessment for policy makers. A Compendium of Technical Notes. Volume IV: The Private Medical Sector. Submitted to: Health Services Division, Office of Health, Bureau for Science and Technology, Agency for International Development.

Meerhoff, Ricardo (2005). Análisis del Financiamiento del Sector Salud de la República de El Salvador y de la Producción de Servicios del MSPAS y del ISSS. Organización Panamericana de la Salud. San Salvador, El Salvador.

Ministerio de Salud (2002). Análisis sectorial de salud Costa Rica. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud (2003). Cuentas Nacionales en Salud: Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador Año 2000. San Salvador, El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organización Panamericana de la Salud (2004). Exclusión Social en Salud en El Salvador. San Salvador, El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2004a). Compendio de Cifras del Financiamiento y Gasto Nacional en VIH/SIDA Años 1999 – 2003. Dirección de Regulación, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. San Salvador, El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002). Protección social en salud: Guatemala. Informe Final. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2003). Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. San José, Costa Rica.

Garcia, Narda (2005). Introduction of a national health insurance scheme: A challenge for social security institutions. Presentation made at the Meeting of Directors of Social Security Organizations in the English-speaking Caribbean, sponsored by the International Social Security Association. Tortola, British Virgin Islands, 4-6 July 2005.

Observatorio del Gasto Social (2006). La salud enferma crónica. Número 2. Guatemala.

Oostingh, Harrie (2006). Hacia la protección social de los trabajadores independientes en América Central: Un Estudio sobre las Condiciones Laborales y Protección Social de los Trabajadores Independientes, Miembros de Cooperativas de Producción y Trabajadores Familiares Auxiliares. Tegucigalpa, Honduras.

Organización Mundial de la Salud (2006). World Health Survey: Report of Guatemala.

Organización Panamericana de la Salud (2003). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Belice. Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2003a). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Honduras. Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2006). Perfil de sistemas de salud de El Salvador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C., OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2006a). Perfil de sistemas de salud de Panamá. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C., OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2007a). Belice. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007b). Costa Rica. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007c). El Salvador. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007d). Guatemala. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007e). Honduras. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007f). Nicaragua. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007g). Panamá. Salud en las Américas 2007. Volumen II-países.

Organización Panamericana de la Salud (2007h). Perfil de sistemas de salud de Guatemala. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C., OPS.

Sandiford, P. y Salvetto, M. (2002). Las desigualdades en salud en Panamá. Gaceta Sanitaria 2002; 16 (1):70-81.

Partnerships for Health Reform (1998). Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. Informe sobre iniciativas especiales número 10. Abt Associates, Inc., USA.

PHRplus, Bitrán & Asociados y Proyecto Calidad en Salud/URC (2006). Situación y tendencias del financiamiento de la Salud en Guatemala. USAID Guatemala.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2003). Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2003. Desafíos y Opciones en Tiempos de Globalización. San Salvador, El Salvador.

Rathe, Magdalena y Lora B., Dayana (2003). Nicaragua: Salud y equidad. Análisis de profundidad del módulo de gasto en salud ENDESA 2001. Fundación Plenitud. Informe Final Presentado a USAID – Nicaragua. Managua, Nicaragua.

República de Nicaragua. Ministerio de Salud (2004). Cuentas Nacionales en Salud 2002. División General de Planificación y Desarrollo, División de Estadísticas, Cuentas Nacionales en Salud. OPS. Managua, Nicaragua.

Rodríguez H., Adolfo (2006). La reforma de salud en Honduras. CEPAL, Santiago de Chile.

Sáenz, L. y León, M. (1992). Gasto de los hogares en servicios de salud privados de Costa Rica 1987-1988. En: Acta Médica Costarricense, volumen 35, número 1. San José, Costa Rica.

Sandiford, P. y Salvetto, M. (2002). Las desigualdades en salud en Panamá. En: Gaceta Sanitaria 2002;16(1):70-81.

Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala (2001). Informe Nacional de Desarrollo Humano 2001. Guatemala: El financiamiento del Desarrollo Humano. Guatemala.

Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala (2002). Informe Nacional de Desarrollo Humano 2002. Guatemala: Desarrollo humano, mujeres y salud. Guatemala.

Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala (2003). Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003. Guatemala: Una agenda para el desarrollo humano. Guatemala.

The World Bank (2004). El Salvador Public Expenditure Review. Central America Department, Latin America and the Caribbean Region. Report No. 32856-SV. Washington, D.C. USA.

The World Bank (2005). El Salvador Poverty Assessment: Strengthening Social Policy. Poverty Reduction and Economic Management and Human Development Sector Management Units, Latin America and the Caribbean Region. Report No. 29594-SV. Washington, D.C. USA.

Vergara, Rodrigo y Lavarreda, Jorge (2006). El gasto público en Guatemala. Serie de Estudios Económicos y Sectoriales. Banco Interamericano de Desarrollo.

Vergara, Rodrigo y González, Mauricio (2006). El Gasto Público en El Salvador. Serie de Estudios Económicos y Sectoriales. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C. USA.

Vicepresidencia de la República de Guatemala y Organización Internacional de las Migraciones (2006). Encuesta sobre Remesas 2006. Inversión en Salud y Educación. Cuadernos de Trabajo Sobre Migración número 23.

K Xu, J Klavus, K Kawabata, DB Evans, P Hanvoravongchai, JP Ortiz de Iturbide, R Zeramdini, CJL Murray.(2003): Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical and technical challenges. Chapter 39 in: CJL Murray, DB Evans, editors. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization.

¹ OPS (2007c)

² OPS (2007c)

³ OPS (2007e)

⁴ OPS (2007b).

⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_4_es.htm#39, revisado el 5 de septiembre del 2007.

⁶ <http://www.who.int/whosis/indicators/2007NationalHealthAccounts2/en/index.html>, revisado el 5 de septiembre del 2007

⁷ En el anexo 1 se presenta una lista de las variables utilizadas en el estudio según fuente de información.

⁸ OPS (2003).

⁹ Medidos en dólares internacionales (usando el criterio de Paridad de Poder de Compra)

¹⁰ La Forgia, G. et al (1991).

¹¹ García, N. (2005).

¹² Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala (2002).

¹³ Algunas formas con las que se conocen estos cobros son: copagos, cuotas voluntarias, etc.

¹⁴ Al año 2001 existían 10 aseguradoras privadas que vendían seguros de gastos médicos, de libre selección, con un reembolso del 80%, un esquema de muy baja cobertura poblacional en el país. (OPS, 2003a)

¹⁵ Medidos en dólares internacionales, usando la paridad del poder de compra.

¹⁶ Debido a la imposibilidad de acceder a las bases de datos originales en esta sección no se presentan estimaciones del gasto privado total anual ni del porcentaje de hogares que enfrentó gastos catastróficos. El análisis se limita a utilizar la información secundaria previamente procesada para fines del reporte sobre pobreza.

¹⁷ Esta cifra se eleva hasta un 42% cuando se toma en consideración el nivel de pobreza del hogar.

¹⁸ Para tener una idea más clave de la magnitud del gasto privado en salud realizado por los hogares se recomienda relativizarlo en términos del ingreso promedio de cada quintil. Debido a que Belice es el único país del cual no se dispuso de una base de datos para el análisis, este ejercicio queda pendiente para futuras investigaciones.

¹⁹ Los 4 rubros analizados fueron: educación, salud, vivienda y agua y saneamiento.

²⁰ La definición que se utiliza en este estudio es aquella que considera que si el gasto de bolsillo en salud realizado por un hogar representa un 30% del gasto de subsistencia (estimado como la diferencia entre el ingreso total y el gasto en alimentos), este se considera como catastrófico, en el sentido que la atención del problema de salud conlleva a una catástrofe financiera a dichos hogares.

²¹ Si bien se tuvo acceso a la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2006, los agregados de ingreso aún no se encontraban disponibles por lo que el cálculo del porcentaje de hogares que enfrentaban gastos catastróficos no pudo ser realizado.

²² Esta condición puede verse atenuada por el hecho de que en esta zona se concentren los mayores ingresos por concepto de remesas familiares. De acuerdo con un estudio realizado por García X. y De Palacios, M. (2005) el 36% de los remitentes de remesas desde los Estados Unidos envían su dinero a esta zona particular del país, que en conjunto con la zona central del país acumulan más del 70% de los envíos realizados en el año 2004.