

Una amplia gama de factores demográficos, sociales y económicos, así como los mecanismos financieros y organizativos del sistema de salud pueden explicar el nivel y los cambios evolutivos del gasto de salud de un país, tanto en lo que respecta a las necesidades de salud individuales como de la población en su conjunto.

El promedio del gasto corriente de la OCDE en salud per cápita para el año 2017 era unas cuatro veces mayor que el de los países de LAC (USD PPA 3.994 vs 1.025). El gasto en salud per cápita varía entre 83 dólares internacionales en Haití hasta los 2.484 dólares internacionales de Cuba (Figura 6.1). En promedio, los países de LAC dedican un 59% a los esquemas gubernamentales y de seguros obligatorios, y el 41% restante se destina a pagos de bolsillo, planes de pago voluntario y recursos externos.

En promedio, entre el 2010 y el 2017, la tasa de crecimiento del gasto per cápita en salud fue de 3,6% anual en LAC, superior al 3% del Producto Interno Bruto (PIB) (Figura 6.2). El crecimiento del gasto en salud fue más acelerado en Nicaragua, Bolivia y Paraguay, más del doble de la tasa promedio de la región. Venezuela reportó tasas decrecientes en el gasto corriente de salud en el período.

El crecimiento del PIB y del gasto en salud guarda una relación positiva, lo que significa que, en términos generales, un aumento o disminución de uno de ellos sigue al otro. En muchos países de LAC, el gasto en salud ha superado el crecimiento económico en los últimos cinco años, lo que ha dado lugar a un aumento de la porción de la economía dedicada a la salud. Todos los países situados por encima de la línea diagonal de la Figura 6.2 reportan que el gasto en salud ha crecido más rápidamente que los ingresos, lo que significa que la proporción del gasto en salud como parte del gasto total ha seguido aumentando. En todos los países situados por debajo de la línea, el aumento del gasto en salud -en promedio- fue inferior al crecimiento del PIB. Por consiguiente, la proporción del gasto de salud como parte del gasto total disminuyó en esos países.

El crecimiento general del gasto en salud y los resultados económicos pueden explicar la cantidad que los países gastan en atención de la salud a lo largo del tiempo. El gasto corriente en salud representó el 6,6% del PIB en la región de LAC en 2017, lo que supone un aumento de alrededor de 0,09 puntos porcentuales con respecto al 2010. Los países de la OCDE promediaron un gasto corriente en salud del 8,8% del PIB en 2018. Este indicador varió desde el 1,1% en Venezuela hasta el 11,7% en Cuba y el 9,2% en Uruguay (Figura 6.3). En general, cuanto más rico es un país, más gasta en salud. Entre 2010 y 2017, la proporción de la salud en relación con el PIB disminuyó casi 6 puntos porcentuales en Venezuela, mientras que aumentó más de 2 puntos porcentuales en Paraguay y Chile.

El capital ha sido un factor cada vez más importante en la producción de servicios de salud en las últimas décadas, tal como lo refleja, por ejemplo, la creciente trascendencia de los equipos de diagnóstico y terapia o la ampliación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la salud. Las inversiones de capital en salud tienden a fluctuar más con los ciclos económicos que el gasto corriente en salud. Sin embargo, la ralentización de las inversiones en infraestructura y equipo sanitarios afectará a la prestación de servicios. Como porcentaje del PIB, Panamá y San Vicente y las Granadinas fueron los países que más hicieron inversiones de capital en el año 2017, con más del 0,7% de su PIB, destinado a la construcción, equipamiento y tecnología del sector salud y social (Figura 6.4). Sin embargo, los gastos de capital pueden ser mucho menores: en Venezuela, Argentina and Antigua and Barbuda representaron menos del 0,002% en 2017. En promedio, representa el 0,2% del PIB en toda LAC, frente al 0,5% en los países de la OCDE en el 2015.

Definición y comparabilidad

El gasto en salud es la sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud, es decir, la totalidad de los servicios de atención de salud, los bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, los servicios de prevención y de salud pública, la administración de la salud y los seguros médicos. El gasto incurrido en estas funciones se incluye siempre y cuando corresponda al uso final de las unidades residentes, es decir, siempre y cuando el usuario final sea un nacional en el país o en el extranjero. Por esta razón, se incluyen las importaciones para uso final y se excluyen las exportaciones para uso final.

La financiación de la salud puede analizarse desde el punto de vista de los planes de financiación (arreglos de financiamiento a través de los cuales los servicios de salud son pagados y obtenidos por la gente, por ejemplo, los seguros sociales en salud), de los agentes de financiación (organizaciones que manejan dichos esquemas, por ejemplo, las instituciones de seguros sociales) y los tipos de ingresos percibidos (por ejemplo, las cotizaciones al seguro social). Aquí el término "financiación" se utiliza en el sentido de los planes de financiamiento tal como se definen en el Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, Eurostat y OMS, 2011) y comprenden los regímenes gubernamentales, los seguros de salud obligatorios, así como los seguros de salud facultativos y fondos privados como los pagos de bolsillo, las ONG y las empresas privadas. Los pagos de bolsillo son gastos asumidos directamente por los pacientes y comprenden los acuerdos de gastos compartidos y pagos informales dados a los proveedores de salud.

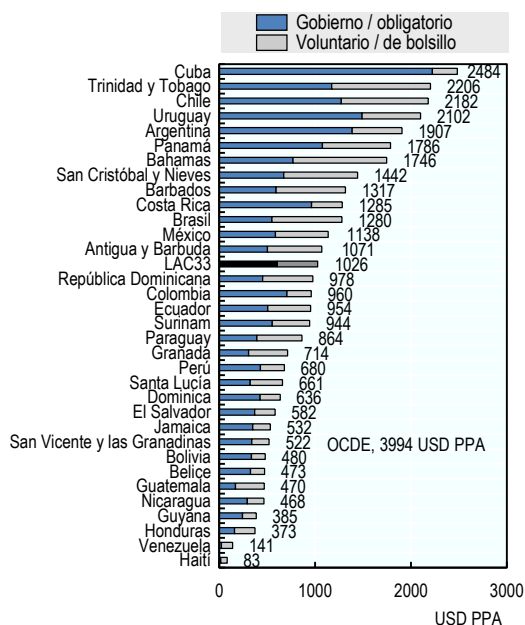
Las paridades del poder adquisitivo (PPA) del conjunto de la economía (PIB) se utilizan como las tasas de conversión más disponibles. Se basan en una amplia canasta de bienes y servicios, seleccionados de manera que sean representativos de todas las actividades económicas. La utilización de las PPA para toda la economía significa que las variaciones resultantes del gasto de salud entre los países pueden reflejar no sólo las variaciones del volumen de los servicios de salud, sino también cualquier diferencia de los precios de los servicios de salud en relación con los precios del resto de la economía.

Para hacer comparaciones útiles de las tasas de crecimiento real a través del tiempo, es necesario aplicarles la deflación (es decir, remover la inflación) al gasto nominal de salud mediante el uso de un adecuado índice de precios, y también dividirlo por el número de habitantes, para derivar el gasto real per cápita. Debido a la limitada disponibilidad de índices de precios de salud fiables, en la presente publicación se utiliza un índice de precios del PIB para toda la economía.

Para tener en cuenta el momento del proceso de asignación del presupuesto gubernamental, en la comparación en la línea del tiempo se examinan los últimos siete años puesto que se dispone de datos sobre el gasto.

El capital fijo bruto en el sector de la salud se mide por el valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios de salud han adquirido durante el período contable (menos el valor de las enajenaciones de activos) y que se utilizan de forma repetida o continua durante más de un año en la producción de servicios de salud. El desglose por activos comprende la infraestructura (por ejemplo, hospitales, clínicas, etc.), maquinarias y equipamiento (equipos de diagnóstico, quirúrgicos, ambulancias y equipos informáticos), así como programas informáticos y bases de datos. Muchos países reportan la formación bruta de capital fijo en el marco del Sistema de Cuentas de Salud.

Figura 6.1. Gasto total en salud per cápita, (USD PPA), 2017

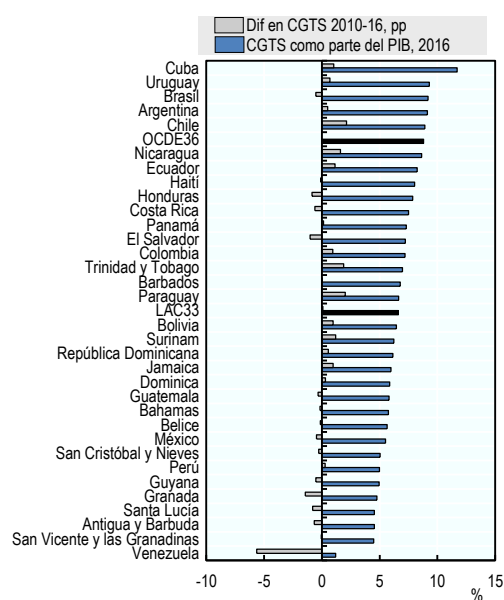


Nota: datos del 2018 de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México.

Fuente: Base Mundial de Gasto en Salud de la OMS (2020); Estadísticas de Salud de la OCDE 2019 correspondientes a Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México.

StatLink <https://stat.link/73bl8k>

Figura 6.3. Cambio en el gasto total de salud como porcentaje del PIB, 2010-2017

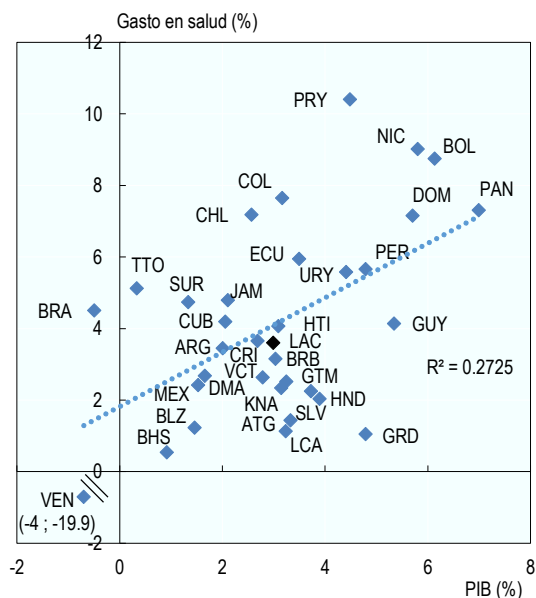


Nota: datos del 2018 de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México.

Fuente: Base Mundial de Gasto en Salud de la OMS (2020); Estadísticas de Salud de la OCDE 2019 correspondientes a Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México.

StatLink <https://stat.link/mlo1si>

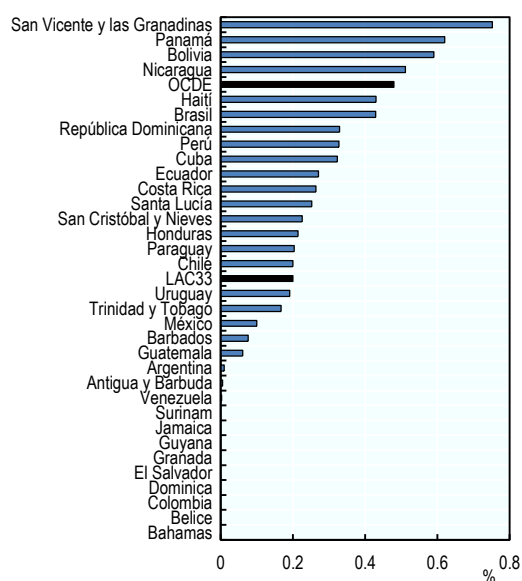
Figura 6.2. Tasa de crecimiento anual promedio del gasto real en salud y PIB per cápita, 2010-2017



Fuente: Base Mundial de Gasto en Salud de la OMS (2020); Estadísticas de Salud de la OCDE 2019 correspondientes a Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México.

StatLink <https://stat.link/qum38n>

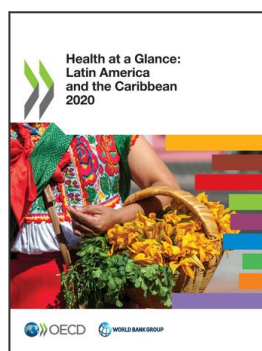
Figura 6.4. Capital fijo bruto en el sector salud como porcentaje del PIB, 2017



Nota: Promedio de la OCDE corresponde al año 2015.

Fuente: Base Mundial de Gasto en Salud de la OMS (2020); Estadísticas de Salud de la OCDE 2019 correspondientes a Chile y México.

StatLink <https://stat.link/x6ipfk>



From:

Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2020), “Gasto en salud per cápita y en relación al PIB”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/b01ad37f-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.