

ANEXO 4

(INFORME CONSULTORÍA)

**Fundamentos para el incremento y mejora de la inversión en salud
en los planes y presupuestos de los países andinos**

María

**Informe de consultoría encargada por
OPS/Perú y el Convenio Hipólito Unanue a
Antonia Remenyi**

Introducción

El objetivo del presente documento es proporcionar argumentos que permitan fundamentar el incremento y mejora de la inversión en salud en los planes y presupuestos de los países que conforman la subregión andina. Este documento servirá de base para el trabajo futuro de la Comisión Andina de Salud y Economía creada en marzo del 2005 (Resolución REMSAA XXVI/401). Esta comisión tiene como antecedente la Comisión de Macroeconomía y Salud creada en la Organización Mundial de la salud (OMS) con la finalidad de ayudar a los países a determinar sus prioridades de salud y los mecanismos de financiación que sean coherentes con el marco macroeconómico de cada uno de los países, con el objetivo de llegar a la población pobre con intervenciones de salud que sean eficaces en relación a los costos¹. La idea es promover un papel más importante de la salud en las agendas macroeconómicas de los países y desarrollar capacidades que permitan tomar mejores decisiones con respecto a la inversión en salud. La Comisión Andina de Salud y Economía tiene, entre otros, el objetivo de generar propuestas para el incremento y mejora de la inversión en salud orientándola hacia el desarrollo económico y social en el marco del proceso de integración subregional. Es en este sentido que el documento ha abordado tres preguntas que están relacionadas con este objetivo. En primer lugar, ¿por qué desde el punto de vista económico es necesaria la inversión pública en salud? En segundo lugar, dado que existen argumentos económicos para que el Estado invierta en salud ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud en los países andinos? Finalmente, ¿Qué herramientas de análisis económico permiten priorizar las inversiones en salud y de esta manera mejorar las propuestas de incremento en la inversión pública en salud?

Este documento no constituye un diagnóstico específico por país sino una herramienta donde se presentan los fundamentos (argumentos) para incrementar y/o mejorar la inversión pública en salud en los países andinos. Se parte de la premisa de que, dadas las necesidades insatisfechas en materia de salud que presentan los países andinos, es necesario aumentar la asignación del estado al sector salud o buscar medios para lograr una mejor asignación de recursos que permita obtener mayores resultados en salud.

Muchos de los temas aquí tratados requieren de estudios específicos y más profundos a nivel de cada uno de los países. El primer paso para llevar a cabo esos estudios es realizar una evaluación de los sistemas de información con que cuentan los países. Si bien los países disponen de información sobre la inversión pública es necesario crear bases de datos que permitan una aproximación del gasto privado en salud y la elaboración del presupuesto del sector salud incorporando información epidemiológica, información de los recursos disponibles en el sector salud, de su efectividad y de los precios de los insumos. Esta información también es necesaria para el desarrollo e implementación del análisis costo - efectividad para la asignación de los recursos disponibles en el sector salud. La carga de morbilidad, el costo de las intervenciones y el impacto económico de las enfermedades y lesiones constituye información que permite tomar decisiones adecuadas en relación a la asignación de recursos para el sector salud y elegir entre diferentes intervenciones en salud. La cantidad y la calidad de la información disponible en el sector salud es determinante en los resultados de asignación eficiente de los recursos en salud. Asimismo es necesaria una evaluación de

¹ WHO (2006)

los sistemas nacionales de salud con la finalidad de conocer la capacidad real de los mismos.

1.- ¿Por qué desde el punto de vista económico es necesaria la inversión pública en salud?

Economía se define como el estudio de la asignación de recursos escasos entre fines alternativos. El que existan fines alternativos genera un costo de oportunidad de asignar recursos de una manera u otra y por ello el concepto de eficiencia, obtener un determinado resultado al mínimo costo u obtener el máximo resultado con los recursos dados, es de primordial importancia en el análisis económico.

El modelo de competencia perfecta en los mercados plantea que si se deja funcionar libremente la economía, los intereses personales de los agentes involucrados, consumidores y productores, llevarán a una asignación de recursos eficiente. Estos modelos de competencia perfecta, sin embargo, no tienen aplicación práctica por lo restrictivo de sus supuestos: se trata de productos homogéneos; existe un gran número de compradores y vendedores en el mercado y ninguno de ellos capaz de influenciar el precio; no existen economías de escala; existe libertad de entrada y salida del mercado, información perfecta por parte de productores y consumidores y que los consumidores tienen suficientes ingresos o poder de compra para participar en el mercado.

Desde el punto de vista económico se justifica la intervención del Estado cuando los consumidores no tienen suficiente poder de compra para participar en el mercado (no tienen ingresos suficientes para manifestar sus necesidades a través de una demanda) y/o los modelos de funcionamiento de los mercados se apartan del ideal de competencia perfecta; es decir, no se cumplen los supuestos anteriormente mencionados. En estos casos se pierde la asignación eficiente de los recursos y se produce lo que se conoce como las *fallas del mercado*. Las fallas del mercado son situaciones específicas en las que el funcionamiento del mecanismo del mercado no permite obtener el mejor provecho de los recursos disponibles y/o se deja de proveer bienes y servicios socialmente deseables. Si bajo estas circunstancias se deja que el mercado funcione libremente, sin intervención del Estado, el nivel de producción y/o consumo no será el óptimo para la sociedad en su conjunto.

En el sector salud, se justifica la intervención del Estado porque existe falta de información y por la presencia de bienes o servicios meritorios y bienes o servicios públicos. La intervención del Estado también se justifica en relación a la atención de los grupos de población pobre que no tiene recursos para acceder al mercado privado de servicios de salud.

La asimetría de información en el mercado de servicios de salud se produce bajo distintas circunstancias. El caso de la nutrición es un claro ejemplo de asimetría de información en el mercado pues por un lado, las personas adultas (en este caso los que deciden qué consume la familia), aun si provienen de hogares no pobres, no siempre saben qué alimentos o prácticas de alimentación son mejores para ellas o para los niños. Por otro lado, los síntomas de la desnutrición como son la falta de crecimiento y la carencia de micro nutrientes no son evidentes para la población quienes tampoco se percatan que la obesidad repercute en la incidencia de las enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. En el libre mercado no existen los incentivos correctos para poner esta información a disposición

de todos y es por ello la intervención del Estado la que permite informar a la población sobre nutrición y reducir la incidencia de enfermedades relacionadas a sus deficiencias.

Los bienes o servicios meritorios se definen como aquellos que son considerados de tal importancia desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto que, además de lo que se provee y consume en el sector privado, deben ser financiados o proveídos por el sector público ya que el consumo privado es considerado menor al óptimo social. Ejemplos de bienes meritorios son las vacunas y en general los tratamientos de enfermedades transmisibles. Cuando los padres vacunan a sus hijos y están dispuestos a pagar por la vacuna, lo hacen por el beneficio que esto puede traer para su niño sin tomar en cuenta el hecho de que los beneficios también repercuten en los niños con los cuales su hijo interactúa; produciéndose lo que en economía se conoce como una *externalidad positiva* proveniente de la vacunación. Dado que el libre mercado daría como resultado un consumo menor al óptimo desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto, se requiere de la intervención del Estado para alcanzar este óptimo.

Los bienes o servicios públicos poseen dos características: ningún individuo puede ser excluido del beneficio de su disponibilidad y el consumo por un individuo no reduce la cantidad disponible para otro. Los bienes y servicios públicos deben ser provistos por el Estado porque no existen incentivos económicos para su producción por el sector privado; ejemplos de bienes públicos son el control de vectores y la sanidad del agua. En un determinado lugar, una persona no puede beneficiarse de la lucha contra el mosquito que es trasmisor de alguna enfermedad, excluyendo a otra persona que vive en la misma localidad; y el que una persona se beneficie de esta intervención no reduce la cantidad disponible para otra y por ende, no existen los incentivos para que una sola persona esté dispuesta a pagar por actividades relacionadas al control de vectores.

Los pobres no tienen acceso a la atención de salud a través del libre mercado ya que no cuentan con recursos económicos suficientes para pagar por los servicios ni comprar una póliza de seguros privada. La provisión de servicios de salud a la población pobre por parte del Estado se justifica por razones de equidad.

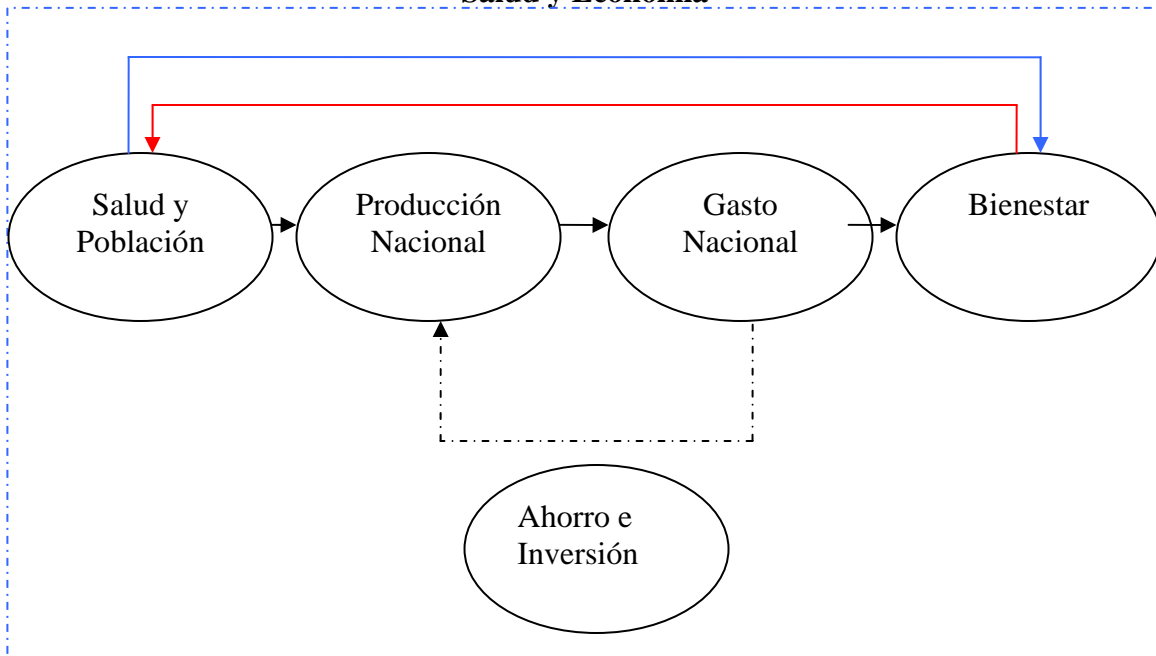
Lo mencionado líneas arriba nos explica las razones por las cuales, desde el punto de vista de la economía, la intervención del Estado es necesaria para alcanzar un nivel óptimo de la asignación de recursos en el sector salud. El Estado debe intervenir donde las características propias de la oferta y demanda de servicios de salud generan las llamadas fallas del mercado y donde las condiciones de pobreza excluyen a un sector de la población de recibir los servicios de salud. Sin embargo, además de ser necesaria para alcanzar una asignación eficiente de los recursos, la inversión pública en salud juega un rol importante en la economía por sus efectos directos sobre el estado de salud de los agentes económicos: los productores de bienes y servicios por un lado y los consumidores por otro lado. También juega un rol importante como complemento de la inversión en educación pues la asistencia a la escuela y el rendimiento de los escolares depende, entre otros factores, del estado de nutrición y salud de los niños y jóvenes. La salud y la educación de los niños y jóvenes afectan la productividad de la fuerza laboral futura.

La relación entre la salud y el resto de la economía se puede esquematizar con el siguiente diagrama. Los círculos representan los componentes básicos de la economía nacional y las flechas nos indican las relaciones causales entre estos sectores. Dobles

flechas implican que la relación es en ambos sentidos; es decir, que los componentes de la economía se afectan los unos a los otros. Flechas sólidas indican un impacto inmediato de un sector en el otro. Flechas punteadas indican un impacto más lento, donde los efectos se manifiestan después de algún tiempo (un año o más).

Diagrama 1

Salud y Economía



Fuente: Mead Over (1991) página 6

La producción de bienes y servicios genera el ingreso nacional de un país. Este ingreso se gasta a su vez en bienes y servicios o se ahorra e invierte. El ahorro de la economía sirve para financiar las inversiones y las inversiones, a diferencia del gasto corriente, sirven para incrementar la capacidad futura de la economía para producir bienes y servicios y por ello la flecha que va del consumo (gasto nacional) a la producción, a través de las inversiones, es una línea punteada. La manera como se gasta el ingreso nacional de un país tiene efectos sobre el bienestar de la población ya que el bienestar de la población no se incrementa si el ingreso nacional no se gasta en los bienes y servicios que la sociedad desea o necesita.² ¿Cuál es la relación de la salud y la población con la producción de la economía? Si consideramos dentro del sector salud y población aspectos como la mortalidad, la fertilidad, la morbilidad y la nutrición de la población, vemos que estos factores inciden en la producción de un país a través del tamaño de la fuerza laboral y su productividad. También hay un efecto directo de la mejora o recuperación de la salud sobre el bienestar de las personas (línea azul). Sin embargo, esta relación va en ambos sentidos pues el bienestar de la población tiene

² Tener un indicador del nivel de bienestar de una población es algo complejo porque involucra aspectos de valorización individual. Sin embargo, se puede considerar el grado de desarrollo humano, donde se incluyen aspectos de ingreso, educación y salud) como una aproximación del mismo.

asimismo un efecto en la economía (línea roja) a través de un efecto directo sobre la salud de la población y el número de hijos que se decida tener.

A nivel de las familias, la mejora o recuperación de la salud incide sobre la productividad y la capacidad de trabajar de los adultos. Esto tiene un efecto en la oferta de trabajo y en la posibilidad de estas personas de aumentar sus ingresos³. Como se mencionara líneas arriba, en el caso de los niños y jóvenes, mejoras en sus condiciones de salud incrementan la matrícula escolar y el rendimiento educativo y disminuyen la deserción escolar; abriendo mayores posibilidades de mejorar el ingreso familiar en el futuro cuando los niños estén en edad de trabajar. Al fomentar la educación, la inversión en salud también contribuye al incremento de la participación de las mujeres en la actividad económica pues aumentan los niveles educativos de las niñas.

La relación entre niveles bajos de ingresos de las familias, desnutrición y enfermedades ligadas a la pobreza va en dos sentidos y se refuerzan una a la otra a través de un círculo vicioso de pobreza, desnutrición y enfermedad⁴, como se puede observar en el diagrama 2. Los bajos niveles de ingreso conllevan a la desnutrición y enfermedad ya que las familias pobres tienden a tener mala alimentación, son proclives a enfermedades infecciosas, realizan trabajos físicos exigentes y presentan tasas de fertilidad altas; lo que a su vez incrementa la desnutrición y las enfermedades.

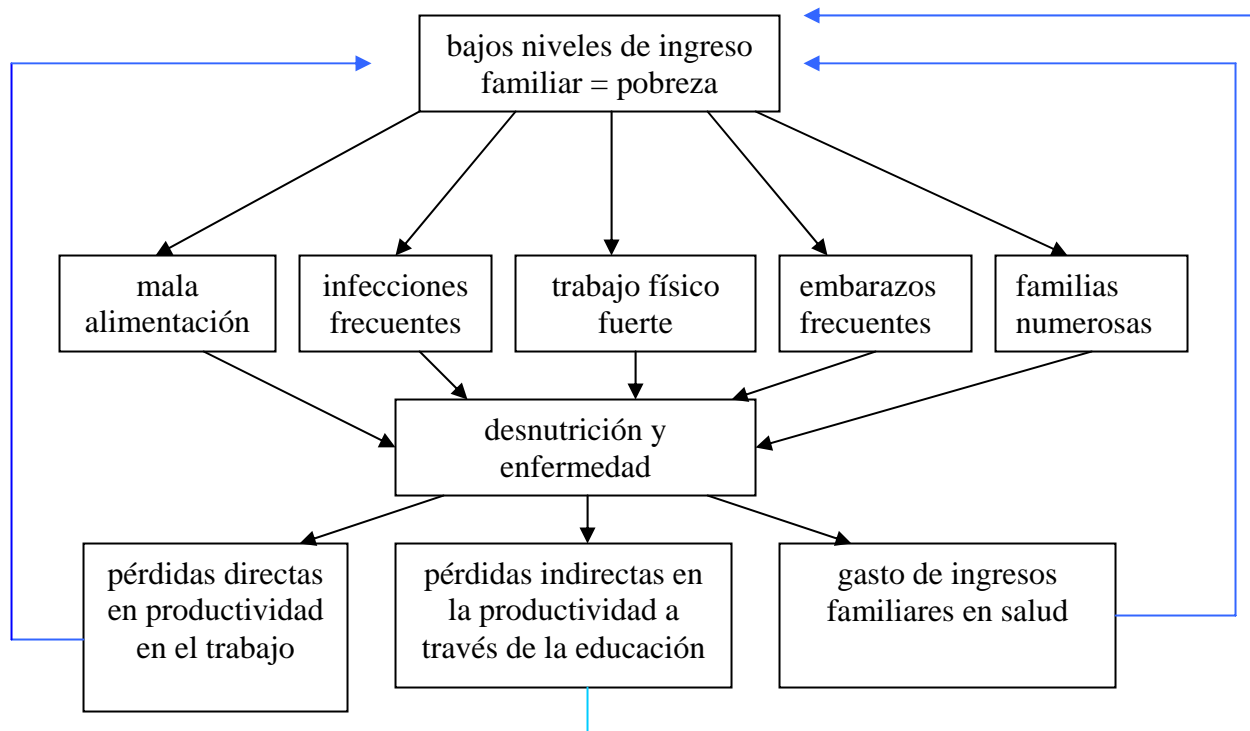
La desnutrición y las enfermedades originan que los individuos tengan bajos ingresos a través de su impacto en la productividad de las personas como se ha mencionado líneas arriba. Esta pérdida de productividad puede ser directa (horas de trabajo perdidas) o indirecta a través del efecto que la desnutrición tiene en la educación de los niños. El eventual gasto de bolsillo en servicios de salud hace que las personas tengan menos ingresos para destinarlo a otros consumos. Esta relación entre la pobreza y la salud se trasmite de padres a hijos a través de la alta probabilidad de que de una madre que no esté bien alimentada, esté enferma o haya tenido muchos hijos, nazcan niños con bajo peso o con alguna enfermedad⁵ y para quienes se repite el círculo.

³ Evidencia empírica sobre la relación entre salud e ingresos para algunos países de América Latina se encuentra en OPS (2003).

⁴ Ver al respecto World Bank (2006), y Duncan & Frankenberg (2002).

⁵ A. Bhargava (2001)

Diagrama 2
Círculo vicioso de Pobreza y Salud



Fuente: adaptación de World Bank (2006), página 23.

La evidencia empírica⁶ muestra que a nivel del país en su conjunto en el largo plazo, la inversión en salud tiene un efecto positivo sobre el crecimiento económico (crecimiento de la producción) ya que contribuye a la formación (incremento) de capital humano. Una referencia del Banco Mundial señala que “estudios entre países han demostrado que las disminuciones de la mortalidad de los adultos explicaron entre 10 y 15% del crecimiento económico entre 1960 y 1990, y que un año agregado a la esperanza de vida se acompaña de un aumento sostenido de 4% del ingreso nacional”⁷.

Sin embargo, es importante anotar que en términos generales el crecimiento económico por sí mismo no garantiza el desarrollo social de un país pues éste último es un concepto más amplio que involucra también mejoras en la calidad de vida de las personas. La particularidad de la inversión en salud radica en que ésta no sólo contribuye al crecimiento de la producción de un país sino que a su vez tiene un efecto desarrollo en el desarrollo social porque la salud en sí misma es un componente del desarrollo. Reafirma esta observación el hecho de que indicadores mundialmente reconocidos, como es el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, tiene como uno de sus componentes la salud de la población, expresada ésta a través de la esperanza de vida al nacer. La importancia de la salud en el desarrollo humano se

⁶ Ver OPS (2003).

⁷ Jamison et.al (2006b), página 27.

reconoce también en los Objetivos del Milenio entre los cuales hay varios que directamente están enfocados en la salud. Asimismo, hay otros objetivos, como los de alcanzar la educación primaria y promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, cuyos resultados están indirectamente vinculados a mejoras en la salud. Los niños que no gozan de buena salud o padecen de desnutrición empiezan la escuela tarde, no se matriculan, tienen un menor rendimiento escolar y una mayor tasa de abandono. La falta de salud o la desnutrición en las mujeres reduce sus oportunidades de educación y empleo y retrasa su autonomía.

En conclusión, las inversiones públicas en el sector salud son necesarias desde el punto de vista de un uso socialmente eficiente de los recursos y para brindar acceso a los servicios de salud a las poblaciones pobres; tienen un impacto sobre el nivel de ingreso presente y futuro de las familias e impacta también a los sectores productivos y de consumo del resto de la economía a través de sus efectos sobre la cantidad y calidad de la fuerza laboral. Las inversiones en salud contribuyen también al desarrollo social a través del impacto que tienen sobre la calidad de vida de las personas.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las inversiones públicas en el sector salud tienen un costo y deben ser financiadas. Mantener el nivel actual de inversiones públicas en salud o incrementar las mismas requiere que su financiamiento esté asegurado año tras año. Hay intervenciones de salud que por su naturaleza deben ser constantes a través de los años si se quiere preservar las ganancias en salud adquiridas en años anteriores. Para mantener los logros alcanzados por los programas nacionales de inmunización, por ejemplo, debemos pensar no en un desembolso único (una sola vez, un solo año) de recursos sino en una inversión permanente para lograr mantener la cobertura. La vacunación continua de cohortes poblacionales evita perder las ganancias de salud adquiridas con inversiones anteriores en los programas de inmunización y por supuesto, evita también el costo de tratamiento de enfermedades que son inmunoprevenibles.

Desde el punto de vista de la economía los recursos del Estado son limitados en relación a las necesidades de la población y por ello es importante un uso eficiente de los mismos. Las decisiones sobre la asignación de los recursos públicos son difíciles por el costo de oportunidad de financiar una actividad y no la otra; es decir, el costo en términos de lo que se deja de hacer por invertir en dicha actividad. Los recursos públicos que se necesitan en el sector salud compiten con los recursos necesarios para otros sectores, como educación o infraestructura vial por ejemplo. Lo mismo sucede al interior del sector salud, donde muchas actividades o programas compiten por los limitados recursos del Estado asignados al Ministerio de Salud y es necesario priorizar. La asignación se debe hacer bajo criterios de eficiencia; es decir, minimizando el costo de las intervenciones o, dado un monto de inversión, obteniendo la mayor ganancia en términos de salud. Esto no siempre ha venido ocurriendo en el sector salud y por ello la intervención del Estado muchas veces se caracteriza por ineficiencias en la asignación de recursos que llevan a problemas de calidad y falta de acceso en la atención.

Los sistemas de salud comprenden todas las organizaciones, las instituciones y los recursos que se dedican a la producción de los servicios de salud. Se considera un sistema de salud como bueno si éste alcanza el mejor nivel de salud posible y responden a lo que la gente espera de ellos. Un sistema de salud equitativo es aquel que logra reducir las desigualdades en salud entre la población de mayores ingresos y la de menores ingresos⁸.

Las desigualdades en salud se manifiestan a través de las diferencias en la de mortalidad entre ricos y pobres, en los años de vida vividos con buena salud y en las diferencias en la esperanza de vida. Los pobres no sólo viven menos sino que son más proclives a determinadas enfermedades. La tasa de mortalidad materna y la incidencia de las enfermedades transmisibles, constituyen ejemplos de estas diferencias ya que repercuten más en los pobres. La OMS ha estimado que a nivel mundial entre los pobres poco más de la mitad de las defunciones ocurre antes de los 15 años de edad mientras que en los estratos más ricos de la población este porcentaje es de sólo 4%⁹. Además de los niños y las mujeres, los más afectados con las inequidades en salud son los pueblos indígenas y los trabajadores de las zonas rurales poblaciones ambas de participación significativa en la mayoría de los países andinos. Se estima que los grupos indígenas en Bolivia, Ecuador y Perú representan más del 40% de la población y son precisamente estos grupos donde la incidencia de la pobreza, el analfabetismo y la falta de acceso a los servicios de salud es más alta¹⁰. Estimaciones de CEPAL¹¹ muestran que la incidencia de la extrema pobreza (1 dólar por día) en la población indígena como múltiplo de la incidencia en el resto de la población es de 1.6 en Colombia, 1.8 en Perú, 2.1 en Ecuador, 2.2 en Bolivia y de 2.8 en Chile (no hay información para Venezuela); es decir que en promedio de los países considerados la incidencia de la extrema pobreza en los pueblos indígenas es más de dos veces en relación a los pueblos no indígenas. En el cuadro 1 se presentan estimaciones de la CEPAL sobre las diferencias en la mortalidad infantil entre la población indígena y la no indígena para algunos países de la subregión andina (Chile, Ecuador y Bolivia). Se observa en este cuadro que en Chile si bien hay diferencias entre los dos grupos, éstas no son tan pronunciadas como lo son en Ecuador y Bolivia. La diferencia más grande en Ecuador es con respecto a la población indígena de la sierra (76 niños muertos por cada mil nacidos vivos vs. 29 en la población no indígena). En Bolivia la máxima diferencia se da con los quechuas (81) vs. 54 niños muertos por cada mil nacidos vivos en los pueblos no indígenas.

⁸ OMS (2000)

⁹ *ibíd.* página 5

¹⁰ OPS (2007), página S13

¹¹ CEPAL (2006) página 10

Cuadro 1

Mortalidad Infantil según pueblo indígena o territorio y mortalidad infantil de la población no indígena, censos de 2000

(Número de niños de 0 a 1 año muertos por cada mil nacidos vivos)

País	Mortalidad infantil población no indígena	Pueblo indígena o territorio	Mortalidad infantil Población indígena o territorio
Chile	12	Mapuche	12
		Atacameño	12
		Aymará	15
		Quechua	19
	29	Costa	43
		Amazonía	52
		Sierra	76
Bolivia	54	Chiquitano	55
		Mojeño	58
		Otro nativo	64
		Guaraní	67
		Aymará	68
		Quechua	81

Fuente: CEPAL (2007), página 68

Es por este motivo que en muchos países la inversión pública en salud se considera como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza ya que la equidad en la provisión de los servicios de salud significa atender preferentemente a las necesidades en salud de los estratos más pobres de la población y que sean ellos quienes reciban el mayor beneficio de esta inversión. Es importante anotar aquí que, como veremos más adelante, algunas intervenciones que se citan en la literatura como las más costo efectivas son justamente aquellas relacionadas a las vacunas básicas, al tratamiento DOTS para tuberculosis y a los mosquiteros tratados con insecticida en el caso de la malaria. Todas estas intervenciones están relacionadas a enfermedades que afectan mayoritariamente a los hogares de menores recursos económicos.

Para alcanzar estos objetivos, es necesario que los sistemas de salud también sean equitativos en el financiamiento, es decir, que los riesgos financieros que enfrenta cada familia en relación a la recuperación o mejora de la salud, se distribuyan según la capacidad de pago y no de acuerdo al riesgo de enfermar. Sistemas de salud donde los hogares son llevados a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligados a prescindir de dicha atención debido a su costo, no son sistemas de salud equitativos. Tampoco lo son aquellos sistemas donde los mayores beneficiarios de la inversión pública en salud son las personas de más altos ingresos.

Los sistemas de salud que logran mejorar la salud y reducir las desigualdades, en salud ponen en marcha los mecanismos anteriormente analizados a través de los cuales la inversión en salud pública se traduce en un incremento en la productividad, en una

mejora en la matrícula y en el rendimiento escolar; lo que redundará en un mayor ingreso para las familias. De esta manera la inversión pública en salud dirigida a los estratos más pobres de la población contribuye a romper el círculo vicioso de la pobreza anteriormente analizado.

2. ¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud en los países andinos?

2.1 Resumen de la información existente sobre la inversión en salud en los países andinos, su discriminación entre pública y privada.

El enfoque del capital humano considera a la salud no como la simple ausencia de enfermedad sino como un medio para que las personas puedan desarrollar su potencial humano. Es por ello que los gastos en salud son considerados como una inversión por sus beneficios futuros y sus efectos en el desarrollo de los países. Sin embargo, desde el punto de vista de los Sistemas de Contabilidad Nacional, se expresan como gastos y comprenden tanto operaciones de gasto corrientes como operaciones de gasto de capital. Por ello los indicadores de la Contabilidad Nacional no hacen referencia a una inversión sino a un gasto en salud. Dado que el objetivo de esta sección es realizar un análisis sobre la información existente para los países andinos en conjunto, ha sido necesario trabajar con datos estimados con una metodología común y no con los datos publicados directamente por los países. Es por este motivo que en algunos casos se ha utilizado la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud y en otros la de la Organización Mundial de la Salud. Estas organizaciones basan sus estimaciones en información proporcionada por los propios países y la información financiera que reportan los países al Fondo Monetario Internacional, entre otras fuentes de información.

La información sobre el gasto en salud de un país es importante para la toma de decisiones en el sector salud. El análisis de la información sobre la cantidad de recursos económicos que se destinan a salud, la composición pública - privada del gasto en salud y las fuentes de financiamiento constituye el fundamento del análisis económico de las políticas del sector.

En términos generales, el indicador **gasto nacional en salud** de un país se refiere a los recursos económicos destinados a la atención preventiva y curativa y se expresa en unidades monetarias. Los componentes del gasto nacional en salud son el gasto público y el gasto privado. Distintas fuentes de información incluyen diferentes componentes en el **gasto público** en salud. Las fuentes de información en las que se basa este análisis consideran que el gasto público en salud corresponde a los desembolsos del gobierno central y de los gobiernos locales así como también al gasto de los planes de seguridad social que son de afiliación obligatoria. El **gasto privado en salud** comprende al gasto directo de los hogares y a los pagos que realizan diversos sectores de la economía a través de seguros médicos y planes de salud prepago. La composición pública/ privada del gasto nacional en salud representa la estructura del sistema de salud y, tal y como lo señala OPS¹², a nivel mundial no parece haber un patrón claro de la proporción pública/privada del gasto en salud pues países que han alcanzado distintos grados de desarrollo económico muestran distinta composición público/privado.

¹² OPS (2007) Vol. I página. 331

El **gasto nacional en salud per cápita** es un indicador de cuánto se gasta en promedio en salud por cada habitante y se utiliza en la literatura para comparaciones entre países o comparaciones entre regiones del mismo país. Los países de ingreso alto tienen gastos per cápita en salud significativamente más elevados que los países de ingresos medio o bajo. Los estimados de OPS¹³ señalan US\$ 3.226 anual para los países de ingreso alto y US\$ 248 en promedio para los otros países en el año 2004. La misma fuente menciona, como ejemplo, que Estados Unidos tiene un gasto per cápita en salud que es nueve veces mayor que el nivel de gasto promedio en salud de los países de América Latina y el Caribe

La participación del **gasto nacional en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto** (PIB) de un país es un indicador de la importancia de los recursos económicos dedicados al gasto en atención de la salud. Si consideramos la región de las Américas (incluyendo Estados Unidos y Canadá) esta participación se estima en 12,7% para el año 2004; superior a la de la Unión Europea (9,6%) y casi el doble de la región de América Latina y el Caribe (6,8%)¹⁴

La composición pública/privada del gasto nacional en salud representa la estructura del sistema de salud y es el resultado de factores históricos, políticos y socio económicos. Tal como se mencionó anteriormente¹⁵, a nivel mundial no parece haber un patrón claro de la proporción pública/privada del gasto en salud.

Los países que cuentan con sistemas de salud con carácter público y universal, como Canadá por ejemplo, tienen obviamente una participación más elevada del componente público (71/29). Para la región de América Latina y el Caribe, esta proporción es en promedio de 48/52 pero existe una gran dispersión ya que los países del Caribe que tienen un sistema de salud organizado a la manera de Inglaterra, muestran una proporción bastante elevada.

CUADRO 2

Gasto nacional en salud en los países andinos, 2004

	PIB per cápita ¹	Gasto nacional en salud per cápita ²	Gasto nacional en salud total como % del PIB	Proporción pública/privada del gasto nacional en salud
Bolivia	2.499	178	7,1%	59/41
Chile	9.993	827	8,3%	53/47
Colombia	6.669	402	6,0%	57/43
Ecuador	3.642	166	4,6%	48/52
Perú	5.219	197	3,8%	61/39
Venezuela	5.554	348	6,3%	56/44
Promedio países Andinos	5.596	353	6,0%	56/44
Promedio A.L. y el	7.419	501	6,8%	48/52

¹³ ibíd.

¹⁴ ibíd

¹⁵ ibíd

Caribe				
--------	--	--	--	--

¹Las cifras se expresan en US dólares del año 2000 y han sido ajustadas por paridad de compra.
Fuente: elaborado en base a la información de los Cuadros 4 y 5 (página 333) de Salud en las Américas 2007 Vol.I.

El Cuadro 2 muestra una gran disparidad en los datos de los países andinos. Chile no sólo es el país de mayor PIB per cápita de la región, sino que éste es casi cuatro veces mayor al de Bolivia; país con el menor ingreso per cápita. El gasto nacional per cápita de Chile es casi 5 veces mayor al de Ecuador y más del doble del de Colombia, país que tiene el gasto más alto después de Chile. OPS ha calculado que en el año 2004 el gasto nacional en salud per cápita en los países de América Latina y el Caribe fue en promedio US \$ 501; cifra mayor a la de los países andinos con excepción de Chile. Los países andinos en promedio muestran un gasto en salud per cápita de US\$ 353. El mismo cuadro también muestra, para todos los países menos Bolivia y Ecuador (2/3 de los países), una correlación entre el ingreso per cápita y el gasto nacional en salud per cápita; a mayor ingreso per cápita, mayor gasto nacional en salud per cápita. El gasto nacional en salud como porcentaje del PIB también muestra gran variación en la región andina, siendo el valor más alto el de Chile (8,3%) y el menor el de Perú (3,8%). Si se comparan los valores con el promedio para América Latina y el Caribe (6,8%) sólo Chile (8,3%) y Bolivia (7,1%) están por encima del promedio de la región.

La composición pública/privada del gasto nacional en salud va de 61/39 para Perú a 48/52 para Ecuador. Salvo el sistema de salud de Ecuador que es clasificado como predominantemente privado pues la proporción del gasto público es inferior al 50% del gasto nacional en salud, los demás países de la región andina tienen un sistema de salud mixto ya que la proporción del gasto público en salud supera el 50% pero es inferior al 66% del gasto nacional en salud.

La participación del gasto público en salud, como proporción del Producto Interno Bruto (PIB) de un país es un indicador que muestra la participación del Estado en la provisión de bienes y servicios de salud. Este indicador, tal y como lo señala OPS, sí muestra una correlación positiva con el desarrollo económico de un país. Mientras que para los países de altos ingresos de la Unión Europea, Canadá y los Estados Unidos esta proporción es del orden de 7,1%, 7,3% y 7,2%, respectivamente; para los países de América Latina y el Caribe la cifra es de sólo 3,3%¹⁶. Si se trata de analizar el rol del Estado en la provisión de bienes y servicios de salud, este indicador es más apropiado que la composición pública/privada ya que muestra el porcentaje de la producción total del país que se dedica a salud a través del gobierno central, los gobiernos locales y de los planes de seguridad social que son de afiliación obligatoria.

El **gasto público per cápita** muestra en promedio cuánto son estos recursos por habitante.

El Cuadro 3 muestra el gasto público en salud, el gasto público en seguridad social y la cobertura de los sistemas de seguro de salud público en los países andinos para el periodo 2004-2005.

¹⁶ibíd, páginas 331 y 332

CUADRO 3
Gasto público en salud y cobertura de los sistemas públicos de seguro

País	Población total (millones)	Gasto público per cápita¹	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto público en seguridad social y en seguro social de salud² (% PIB)	Gasto público del Gobierno Central y Gobiernos Regionales (% PIB)	Cobertura de la seguridad social y de los planes de seguro social de salud (% población total)
Bolivia	9,01	105,1	4,2%	1,5%	2,7%	27,8%
Chile ³	16,12	441,7	4,4%	3,7%	0,7%	83,5%
Colombia ⁴	44,92	229,4	3,4%	3,0%	0,4%	67,8%
Ecuador	13,04	177,6	2,2%	1,0%	1,2%	20,4%
Perú	27,56	120,1	2,3%	1,1%	1,2%	27,3%
Venezuela	26,13	194,4	3,5%	1,3%	2,2%	38,3%
Países Andinos	136,78	211,3	3,3%	1,9%	1,4%	44,2%

¹ Las cifras se expresan en US dólares del año 2000 y han sido ajustadas por paridad de compra.

² Incluidos en la columna del gasto público en salud

³ Incluye FONASA e ISAPRES, planes de seguro social de salud financiados a través de contribuciones obligatorias

⁴ Incluye Fondos de Seguro Social de Salud, contributivo y subsidiado

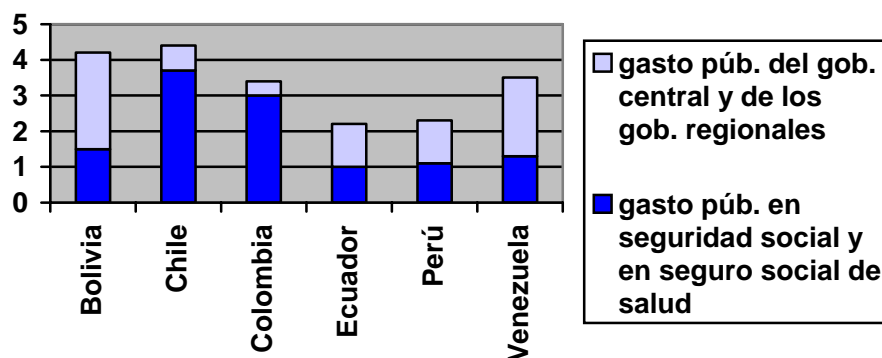
Fuente: elaborado en base a la información del Cuadro 7 (página 337) de *Salud en las Américas 2007* Vol.I.

Si analizamos las cifras del gasto público en salud vemos que éstas fluctúan en términos per cápita entre US \$441, 7 (Chile) a sólo US \$105,1 (Bolivia) y en términos de PIB entre 4,4% (Chile) y 2,2% (Ecuador). Países como Chile y Colombia tienen planes de seguridad social que cubren más del 66% de la población. Esta cobertura de la seguridad social se refleja en el indicador de gasto público per cápita (441,7 y 229,4, respectivamente); los dos valores más altos de los países andinos. Obviamente también se manifiesta en el de gasto en seguridad social y en seguro social de salud en relación al PIB (3,7% y 3,0%, respectivamente). Colombia por ejemplo tiene un gasto público en salud del orden del 3,4% del PIB dentro del cual la seguridad social representa el 3,0% del PIB; es decir que el gasto del gobierno central y de los gobiernos regionales representa sólo el 0.4% del PIB. Un caso semejante es el de Chile donde el gasto del gobierno central y de los gobiernos regionales representa sólo 0,7% del PIB; mientras que la seguridad social el 3,7%. Bolivia y Venezuela sí mantienen un claro liderazgo del gasto del gobierno central y los gobiernos regionales sobre el gasto en seguridad social y seguro social de salud (2,7% vs. 1,5% del PIB y 2,2% vs. 1,3% del PIB respectivamente). Ecuador y Perú, muestran porcentajes similares para los dos componentes del gasto público en salud; aunque los con una ligera preponderancia del gasto del gobierno central y los gobiernos regionales.

Es interesante resaltar que si bien Bolivia tiene el gasto público per cápita en salud más bajo de la región andina, tiene el segundo lugar (después de Chile) en cuanto a su porcentaje de participación del gasto público en el PIB.

Gráfico 1

Gasto Público en Salud (% PIB)



Otro indicador que muestra la importancia que tiene la salud dentro de las actividades del Estado, es **la participación del gasto de público en salud dentro del gasto total del gobierno**. El cuadro 4 nos muestra grandes variaciones entre países; por ejemplo, en el 2005 el gasto público en salud representó 20,5% del gasto total del gobierno en Colombia y sólo 7,6% en Perú. Entre 1996 y 2005 ha habido fluctuaciones sin ningún patrón aparente mostrando que las decisiones sobre la participación del gasto público en salud dentro del gasto público total se hace anualmente y no responde a las verdades necesidades y problemas de salud de los países. En este periodo de tiempo, Ecuador y Perú han tenido una caída de más de 4 puntos porcentuales mientras que Bolivia y Chile han mostrado un incremento de 3 y 5 puntos porcentuales, respectivamente. En Colombia la participación del gasto de público en salud dentro del gasto total, también ha mostrado fluctuaciones pero ha sido del orden del 20%; el doble de la de los otros países. En Venezuela la comparación pertinente es con respecto a los años 1977 y 2005 pues es a partir de allí y por 2 años que esta participación aumenta. Sin embargo, entre 1999 y el año 2005, la participación disminuye 4,8 puntos porcentuales.

CUADRO 4

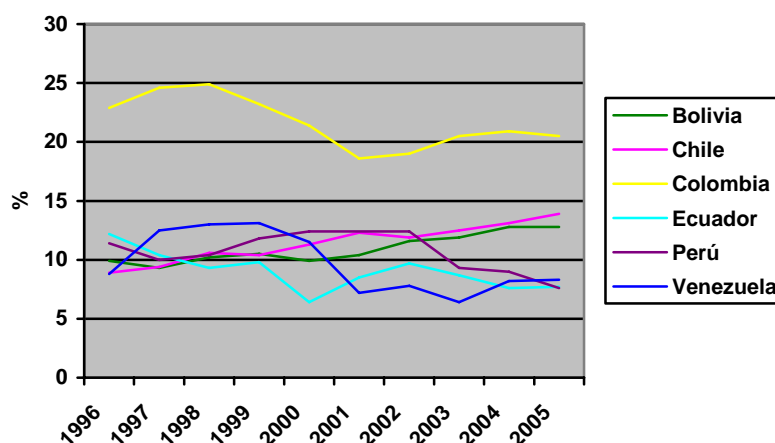
Participación del gasto público en salud dentro del gasto total del gobierno en los países andinos (1996-2005)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bolivia	9,9	9,3	10,2	10,5	9,9	10,4	11,6	11,9	12,8	12,8
Chile	8,9	9,4	10,6	10,4	11,3	12,3	11,9	12,5	13,1	13,9
Colombia	22,9	24,6	24,9	23,2	21,4	18,6	19,0	20,5	20,9	20,5
Ecuador	12,2	10,4	9,3	9,8	6,4	8,5	9,7	8,7	7,6	7,7
Perú	11,4	10,0	10,4	11,8	12,4	12,4	12,4	9,3	9,0	7,6
Venezuela	8,8	12,5	13,0	13,1	11,5	7,2	7,8	6,4	8,2	8,3
Promedio países Andinos	12,4	12,7	13,1	16,6	12,2	13,9	14,5	13,9	11,9	14,2

Fuente: OMS, base de datos www.who.int/whosis/database/core

Gráfico 2

Gasto público en salud como % del gasto público total



Fuente: cuadro 4

El gasto privado en salud se refiere al gasto solventado por las familias y las empresas. Este gasto puede ser pagado directamente (gasto de bolsillo) o indirectamente en programas médicos prepagados y en planes de seguros médicos.

El indicador **gastos de consumo privado en salud como porcentaje del PIB** muestra la importancia del gasto privado en salud en relación a la producción total de la economía. Cuando el denominador es el gasto total de los hogares y no el PIB, el indicador nos muestra que tan significativos son los gastos en salud de los hogares con respecto a sus gastos totales. Si se divide el gasto en salud privado por la población de un país, se obtiene los gastos privados promedios en salud de un país.

En general la mayoría de países no dispone de información sobre gasto privado, es por ello que la información que se presenta en el cuadro 5, corresponde sólo al gasto de los hogares y ha sido estimada por OPS a partir de la participación de los gastos en salud en el índice de precios al consumidor de cada país¹⁷.

El país donde los hogares dedican a salud una mayor proporción de su gasto total es Chile (6,0%) siguiéndole Venezuela (4,2%) y Colombia (4,0%). No se dispone de información para Bolivia, sin embargo de los países considerados, Perú muestra el porcentaje más bajo (2,1%). Si comparamos el gasto de los hogares en salud per cápita (cuadro 5) con el gasto público per cápita (cuadro 3) observamos que por cada dólar que gasta el Estado en Chile las familias gastan 87 centavos, en Colombia 75 centavos, en Perú 89 centavos en Venezuela 78 centavos y en Ecuador 1.07 dólares¹⁸.

CUADRO 5

Gasto de los hogares en salud en los países andinos, 2004

	Gasto de los hogares en salud como porcentaje del gasto total de hogares	Gasto de los hogares en salud como porcentaje del PIB	Gasto de los hogares en salud per cápita ¹
Bolivia
Chile	6,0	3,9	385.5
Colombia	4,0	4,0	172.2
Ecuador	3,4	2,7	85.8
Perú	2,9	2,0	106.4
Venezuela	4,2	2,8	153.2
Promedio países andinos ²	4,1	3,9	180.6

¹Las cifras se expresan en US dólares del año 2000 y han sido ajustadas por paridad de poder compra

²No incluye Bolivia

... sin información

Fuente: elaborado en base a la información del Cuadro 8 (página 340) de Salud en las Américas 2007 Vol.I.

Del análisis de la información existente sobre la inversión en salud en los países andinos podemos concluir:

- Cualquiera sea el indicador de gasto en salud analizado, hay disparidad en los datos dentro de la región andina.
- Los recursos económicos que los países andinos le están dedicando a la atención en salud, es decir, el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB, está por debajo del de la región de América Latina y el Caribe (6,8%), salvo en Bolivia (7,1%) y Chile (8,3%).

¹⁷ OPS (2007), cuadro 8

¹⁸ No se dispone de información para Bolivia

- En relación al gasto per cápita en salud, a nivel mundial los países de ingreso alto tienen gastos per cápita en salud significativamente más elevados que los países de ingresos medio o bajo; US\$ 3.226 y US\$ 248 en promedio para el año 2004, respectivamente. El promedio de la región de América Latina y el Caribe se ha estimado en S \$ 501; cifra mayor a la de todos los países andinos con excepción de Chile (US\$ 827).
- Como porcentaje del PIB, el gasto público en salud también muestra dispersión en la región andina, variando entre 4,4% del PIB en Chile a 2,2% en Ecuador. El promedio para la región andina es 3,3%, similar al de toda la región de América Latina y el Caribe.
- El gasto público per cápita varía entre US \$441,7 (Chile) y US\$ 105,1 (Bolivia), siendo el promedio para la región andina de US\$ 211,3.
- La participación del gasto de público en salud dentro del gasto total del gobierno también muestra grandes variaciones entre países; por ejemplo, en el 2005 el gasto público en salud representó 20,5% del gasto total del gobierno en Colombia y sólo 7,6% en Perú. Entre 1996 y 2005 ha habido fluctuaciones sin ningún patrón aparente mostrando que las decisiones sobre la participación del gasto público en salud dentro del gasto público total se hace anualmente y no responde a las verdaderas necesidades y problemas de salud de los países.

2.2 ¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud en los países andinos?

Después de analizar estos datos vemos que los países andinos, con excepción de Chile, están gastando menos en salud que el promedio de la región de América Latina y el Caribe. La interrogante pendiente es ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país? Para responder a esta pregunta seguiremos de cerca el trabajo de Savedoff¹⁹ porque permite analizar esta pregunta de una manera muy didáctica. Lo primero que él plantea es que es difícil responder a esta pregunta sin saber cuáles son los retos en salud que el país enfrenta. Por ello una mejor pregunta sería ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país dado su perfil epidemiológico actual? Sin embargo, conocer el perfil epidemiológico de un país no dice qué condiciones de salud el país puede o desea abordar. Esto está en función de los objetivos deseados sobre el estado de salud de la población y por ello la pregunta debe ser reformulada como ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado? Aún así la pregunta está incompleta pues no se toma en cuenta los recursos con los que cuenta el sistema de salud y su efectividad para resolver los problemas que debe enfrentar. La tecnología, el personal del sector salud (médico y administrativo), el equipamiento y la calidad (efectividad) de las medicinas e insumos médicos, afecta cómo la inversión en salud de un país se puede traducir en una mejora de la salud; y por ello la pregunta debe ser reformulada como ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual, el nivel de salud deseado y considerando la efectividad de los insumos del sector salud? Darle respuesta a esta pregunta, dejaría de lado los precios de los insumos los cuales a su vez están afectados por las características propias de los mercados en

¹⁹ Savedoff, William (2003)

cada país y por la tecnología en el área de salud. Los precios de nuevas vacunas y/o medicamentos, de pruebas por imágenes o de pruebas rápidas; son ejemplos a tener en cuenta. Tomar en consideración los precios de los insumos cambiaría la pregunta a ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado y considerando la efectividad de los insumos del sector salud y los precios existentes? Habiendo tomado en cuenta todas estas consideraciones: perfil epidemiológico, metas en términos de salud, efectividad y precio de los insumos aún no se logra formular la pregunta correcta ya que los recursos de salud que provienen del Estado tienen un uso alternativo y compiten con los que se dedican a otros sectores sociales (educación, transporte, por ejemplo); es decir, la pregunta correcta debe formularse considerando las demandas por recursos de los otros sectores sociales. Desde este punto de vista y con un presupuesto limitado, si bien los recursos para el sector salud pueden ser considerados importantes, llegará un momento en que resulte más beneficioso (provechoso) para la sociedad gastar los recursos adicionales no en salud sino en educación o vivienda, por ejemplo. De esta manera, la pregunta adecuada sería ¿cuánto debe ser la inversión en pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado; considerando la efectividad de los insumos del sector salud, los precios existentes y el valor y el costo relativo de otras demandas sociales?

¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud en los países andinos?

Factores a tomar en cuenta	Pregunta apropiada
¿Cuáles son los retos en salud que el país enfrenta?	¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país dado su perfil epidemiológico actual?
+	
¿Cuáles son los objetivos deseados sobre el estado de salud de la población?	¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado?
+	
¿Cuáles son los recursos con los que cuenta el sistema de salud y su eficacia para resolver los problemas que debe enfrentar?	¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado y considerando la efectividad de los insumos del sector salud?
+	
¿Cuáles son los precios de los insumos?	¿Cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado y considerando la efectividad de los insumos del sector salud y los precios existentes?
+	
¿Cuáles son los usos alternativos de los recursos destinados a salud?	
⇩	
<p>¿cuánto debe ser la inversión en pública en salud en los países andinos, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado; considerando la efectividad de los insumos del sector salud, los precios existentes y el valor y el costo relativo de otras demandas sociales los recursos del Estado?</p>	

La respuesta se puede expresar utilizando los distintos indicadores anteriormente analizados: el gasto público en salud per cápita, el gasto público en salud como % del PIB o el gasto del gobierno en salud como % gasto total del gobierno dependiendo del análisis para el cuál se requiera la información.

En la práctica muchos países responden a esta interrogante en función a la disponibilidad de recursos anuales del Estado. Los estimados más simples empiezan tomando como base el presupuesto del año anterior y haciéndole un pequeño ajuste dependiendo de los recursos disponibles. Otros responden en función a lo que otros países con características similares (nivel de ingreso per cápita, perfil epidemiológico o área geográfica) están invirtiendo en salud y se plantean este nivel como meta. Estos estimados rápidos responden a una carencia de información necesaria para la formulación del presupuesto del sector salud y adolecen, por un lado, de la consideración de los problemas de salud y de los objetivos/metas y por otro lado, de las estimaciones de recursos disponibles y de costos.

Una respuesta más completa tiene requerimientos amplios de información y debe tomar en cuenta los elementos que se consideraron al formular la pregunta sobre cuánto deben gastar los gobiernos de los países andinos en salud:

- ¿cuáles son los problemas de salud del país?
- ¿cuáles son los objetivos y/o las metas de salud que se desean alcanzar?
- ¿qué tan efectivos son los recursos con los que se cuenta en los servicios y las políticas de salud para alcanzar los objetivos planteados?
- ¿cuáles son los precios de los insumos?
- ¿cuáles son los usos alternativos con los cuáles compite el sector salud en la asignación de recursos públicos?

Las dos primeras respuestas están relacionadas a la identificación de las necesidades de salud en función a la población, a sus características epidemiológicas y a los objetivos trazados; las dos siguientes a los costos y la última a la disponibilidad relativa de recursos públicos para ser asignados entre fines alternativos. Es en este sentido que no existe un nivel determinado de gasto en salud.

Desde el punto de vista de la economía, el gasto en salud de un país, debe ser tal que le permita al sistema de salud mejorar la salud de la población con equidad en el financiamiento y considerando que se debe gastar más en salud sólo si los beneficios en términos de salud lo justifican.

Tan importante como responder a la pregunta de cuánto se necesita invertir en salud es cómo se están utilizando los recursos de la inversión en salud. En economía existen dos conceptos de escasez, la escasez absoluta de recursos y la escasez relativa. La escasez absoluta se refiere a la falta de recursos por limitaciones de presupuesto. La escasez relativa se refiere a la falta de recursos como resultado de una asignación ineficiente de los mismos pues no se está obteniendo las mayores ganancias con los recursos disponibles. En este caso se puede incrementar la producción de servicios de salud con una mejor asignación de los recursos.

La limitante en el gasto público en salud son los recursos que se necesitan para financiarlo. Es por ello importante al plantear un incremento en la inversión pública en salud pensar en alternativas de financiamiento. El gasto público en salud se puede

financiar con recursos provenientes de la seguridad social, del tesoro y de la ayuda externa; entre otros. La idea de promover seguros se basa en la de compartir los riesgos financieros de las enfermedades y dar protección contra los gastos de recuperar la salud. Los fondos del tesoro se asignan año a año en los presupuestos del sector salud y, como hemos visto líneas arriba, la participación de los gastos en salud como proporción del gasto total del gobierno ha mostrado fluctuaciones y muchas veces responde a los ciclos económicos y a la disponibilidad de caja. Últimamente se está implementando en varios países la idea de *espacios fiscales* para financiar algunas intervenciones en salud. El espacio fiscal, como su nombre lo dice, es hacer espacio en los presupuestos de los gobiernos para intervenciones de salud sin que esto afecte la sostenibilidad financiera ni la estabilidad de la economía. El espacio fiscal se asegura a través de leyes y/o decretos donde se indica la manera de financiar estas intervenciones. Cómo se crea el espacio fiscal para alguna intervención en salud determinada, depende del contexto macroeconómico y de los montos involucrados (impuestos, préstamos, donaciones etc.) Ejemplo de creación de un espacio fiscal en la región andina es el Seguro Nacional de Maternidad e Infancia de Ecuador (SNMI) el cual por ley se financia en parte con el 3% del Impuesto al Consumo especial (ICE); con este impuesto el financiamiento del SNMI pasó de US \$ 8 millones en 1999 a US\$ 20 millones en el 2005. Sin embargo, es importante anotar que el espacio fiscal creado en el caso de este seguro no ha sido suficiente pues los montos actuales no alcanzan para proporcionar todos los servicios²⁰.

En la siguiente sección, se presenta el análisis de costo - efectividad como una herramienta de análisis económico para mejorar las inversiones en salud invirtiendo los recursos del sector de una manera eficiente.

3. ¿Qué herramientas de análisis económico permiten mejorar las propuestas de incremento en la inversión pública en salud?

En las decisiones de cómo invertir los recursos públicos en salud entran en juego consideraciones epidemiológicas, médicas, económicas, políticas y culturales; y si bien el análisis económico no es el único factor a tomar en cuenta, cuando no hay un análisis económico adecuado para la asignación de los recursos públicos, se gastan estos fondos en intervenciones de salud cuya efectividad en relación a los costos es baja sin lograr obtener los mayores resultados en salud. El enfoque de costo-efectividad promueve el análisis basado en datos económicos y epidemiológicos para decidir qué intervenciones se deberían de llevar a la práctica obteniendo los mayores resultados en salud con el presupuesto asignado. Si los recursos para el sector salud fueran ilimitados, no sería necesario un análisis económico para la asignación de los mismos pues los países podrían financiar todas las actividades que fueran necesarias para mejorar la salud. Sin embargo, cuando los recursos son escasos, el análisis económico recomienda invertir primero en intervenciones de salud más costo-efectivas; aquellas que permiten ganar un año de vida saludable al menor costo.

En la reunión de la Comisión Andina de Salud y Economía llevada a cabo en Santiago de Chile en Diciembre de 2007, los representantes de Chile señalaron que en este país el establecimiento de las garantías de salud se había basado en un análisis de costo-efectividad. Representantes de otros países señalaron tener conocimiento de

²⁰ OPS (2007), página 338

estudios aislados de costo efectividad en sus países pero no de una aplicación sistemática para la asignación de recursos en el sector salud.

El análisis de costo-efectividad es una herramienta de análisis económico que permite sopesar diferentes costos y resultados de salud cuando es necesario tomar decisiones en relación con la asignación de fondos en el sector salud. Este análisis se puede aplicar en la toma de decisiones en el sector salud en diferentes escenarios. Al nivel más agregado, más macro, este análisis se utiliza para priorizar las distintas intervenciones de salud contra diferentes enfermedades. A un nivel más particular, también se utiliza el análisis de costo efectividad para comparar intervenciones diferentes para una misma enfermedad o para evaluar la incorporación de nuevas tecnologías en salud (nuevas técnicas imaginología, la introducción de alguna vacuna nueva o la utilización de pruebas rápidas en malaria, por ejemplo). El análisis que aquí se presenta está más enfocado a la aplicación de esta herramienta de análisis en el primer caso, el de priorizar las distintas intervenciones de salud para la distribución del presupuesto en el sector.

El análisis costo efectividad resume en un solo número el costo de cada intervención en salud y en otro número los beneficios de la intervención. Los beneficios no se miden en dinero sino en términos de los años de vida ajustados en función a la discapacidad, AVAD (o DALYS por sus siglas en inglés disability adjusted life years) que se ganan al evitarse, con la intervención, la enfermedad. Este indicador²¹ combina los años de vida perdidos por muerte prematura con los años de vida saludables perdidos por discapacidad y representa la carga de morbilidad de una enfermedad. Metodológicamente se construye un índice en el cual se asigna un valor de 1 a un año vivido con buena salud y a cualquier problema de salud se le asigna un peso por discapacidad dependiendo de la gravedad de la misma. Un año de vida con discapacidad tiene un valor menor que 1 ya que se le descuenta la proporción asignada a la discapacidad. Los diferentes pesos asignados a la carga de morbilidad de las distintas enfermedades han sido estimados en estudios previos por investigadores expertos en las distintas enfermedades²². Con estos valores del índice se obtienen los AVAD para las diferentes enfermedades. De esta manera los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) toman en cuenta no sólo los años de vida adicionales que se ganan con una intervención en salud en relación a la esperanza de vida, sino también el mejor estado de salud del que gozan las personas como resultado de la intervención. Los costos sí se estiman en unidades monetarias y corresponden a los costos de las intervenciones en salud sin importar qué agente financia dicho costo (quién paga)²³. Una vez obtenida esta información por cada intervención en salud o programa, se estima una razón (proporción) de costo/efectividad. Esta razón es una medida de la efectividad de las intervenciones y se expresa como x dólares (u otra unidad monetaria) por año de vida ajustado por discapacidad que se evitaría perder. En la medida en que el número sea menor, la intervención es más efectiva pues se puede ganar un año de vida ajustado por discapacidad invirtiendo menos dinero.

Una vez estimado el costo - efectividad para las diversas intervenciones de salud, la regla es priorizar el gasto en salud en función a obtener, con un presupuesto dado, el

²¹ Para consideraciones metodológicas más precisas ver OPS (2003)

²² Ver por ejemplo Banco Mundial (1993) y Jamison, Dean (2006a)

²³ Es importante anotar que se estiman los costos netos de las intervenciones; es decir, el costo del programa en particular descontando el ahorro (costo) que se hubiese producido sino se hubiera evitado la enfermedad.

mayor beneficio para la población en términos de salud. Es decir, desde el punto de vista económico, se debe invertir primero en aquellas intervenciones que permitan ganar años de vida ajustados por discapacidad al menor costo.

Hay dos puntos que son importantes a tener en cuenta. El primero es que el análisis de costo efectividad debe realizarse específicamente para cada país pues las condiciones epidemiológicas y los costos son diferentes; estas diferencias pueden hacer que intervenciones que son costo efectivas para un determinado país, no lo sean para otro.

Sin embargo, algunas intervenciones que la literatura²⁴ cita como unas del más costo efectivas son las relacionadas a las vacunas básicas, al tratamiento DOTS para tuberculosis, a los mosquiteros tratados con insecticida en el caso de la malaria, y al hacer cumplir las leyes de tránsito e instalar reductores de velocidad para reducir los accidentes; entre otras. Esto es solo un punto de referencia pues lo importante es el ranking particular para cada país.

El segundo punto se refiere a que si bien el uso del análisis costo efectividad permite identificar qué intervenciones son más eficientes, es también sumamente importante para lograr la eficiencia, la estrategia para la implementación de los cambios²⁵. Como se menciona en el informe sobre las prioridades de salud del Banco Mundial²⁶: “el establecimiento objetivo de prioridades es apenas el primer paso, pues las intervenciones seleccionadas tienen que prestarse eficientemente a la población beneficiaria para que pueda extraerse todo el beneficio de los análisis de costo-efectividad”. El contexto en el cual se trata de implementar los resultados del análisis costo-efectividad es de suma importancia. Algunos de los puntos a tomar en cuenta al implementar los resultados de costo-efectividad para la asignación de recursos en salud son²⁷:

La carga de morbilidad de las enfermedades es importante porque hay intervenciones costo-efectivas que sólo afectarían a muy pocas personas pues la prevalencia de la enfermedad no es significativa. Ante situaciones en las cuales se debe elegir entre intervenciones que tienen una razón costo efectividad relativamente similar, se debe escoger aquellas que contribuyan en mayor medida a reducir la carga de morbilidad del país. Sin embargo, el análisis debe ser más minucioso pues si bien la prevalencia de enfermedades que se previenen con vacunas puede ser baja si existe un buen programa de vacunación, la intervención en programas de vacunación es necesaria para evitar la reaparición de estas enfermedades.

La cobertura de las intervenciones en marcha es un factor que se debe tomar en cuenta al momento de asignar los recursos pues la razón costo - efectividad varía con el nivel de cobertura ya que el costo marginal (incremental) de las intervenciones generalmente varía en función a la cobertura existente. Cuando no existe cobertura y se está recién implementando una nueva intervención, los costos fijos de iniciar operaciones (comprar equipo, capacitar personal y establecer los programas) pueden ser altos y los beneficios en términos de salud bajos. Sin embargo, al ir ampliando la cobertura, el costo unitario tiende a disminuir y los beneficios a aumentar. Prover de

²⁴ Dean Jamison et.al (2006b) , capítulo 2.

²⁵ Ver al respecto Stuart Peacock et.al (2006).

²⁶ Dean Jamison et. al (2006b), páginas ix y 45.

²⁷ ibíd, páginas 58-63

cobertura adicional cuando ya se ha alcanzado un nivel alto, es decir, llegar a segmentos de población que están marginados, eleva el costo marginal en mayor proporción que los beneficios que se pueden alcanzar.

El sistema de salud ya que éste será el canal a través del cual se implementen las intervenciones de salud que resultan costo efectivas. En países con sistemas de salud débiles, la implementación práctica de intervenciones de salud costo efectivas es difícil pues se requiere de la participación del personal de salud involucrado en diversas actividades, de las instalaciones de salud y de sus sistemas de información. Más aún, es importante también la relación del sistema de salud con otros sectores ya los resultados de la implementación de intervenciones de salud dependen también de la nutrición, el agua potable, el saneamiento y la educación; entre otros factores.

Los resultados de la aplicación del análisis costo efectividad dependen de la cantidad y la calidad de información disponible. Para la estimación de los coeficientes se necesita información sobre costos de cada una de las intervenciones (insumos, precios, gastos administrativos etc.) y también información sobre la morbilidad (enfermedades, factores de riesgo, aspectos bioquímicos, comportamiento social, entre otros). Para su correcta implementación se necesita información sobre la distribución de la carga de morbilidad, la cobertura existente y los recursos y herramientas con las que cuenta el sistema de salud. Es por ello que el primer paso para lograr una asignación eficiente de los recursos es el fortalecimiento de los sistemas de información epidemiológicos y financieros.

Como se mencionara anteriormente, si no se distribuyen los recursos en salud en función a intervenciones costo - efectivas, no se logra obtener los mayores beneficios en salud con los recursos asignados. En este caso, es importante tener en cuenta la situación contraria a las analizadas líneas arriba; es decir, que la no intervención en salud, tiene consecuencias económicas no sólo para los sistemas de salud sino para la sociedad en su conjunto. En general se tiende a considerar sólo una parte del posible impacto económico de no atender los problemas de salud; aquel impacto que es más evidente y que se relaciona con los recursos de los servicios de salud y, si lo hubiera, el gasto de bolsillo de las familias de las personas afectadas por una enfermedad. Sin embargo el impacto económico de las enfermedades es bastante más amplio ya que considera no sólo los **costos directos** de la atención del enfermo sino también los **costos indirectos** para la sociedad en términos de disminución de la productividad, las pérdidas de producción y/o ingreso anteriormente analizados.

Para aquellas personas que no están familiarizadas con la terminología, en el anexo 2 se presentan definiciones y conceptos de costo, gasto y precio. Hay dos conceptos sumamente importantes que se deben tener en mente al considerar el posible impacto económico de una enfermedad. El primero es que desde el punto de vista de la economía, los costos que se consideran son los costos de oportunidad, es decir, aquellos que se evalúan en relación al uso alternativo de los recursos. El segundo concepto es que los costos corresponden al valor de los recursos sin importar si estos fueron adquiridos (pagados) o no (cedidos o transferidos).

El impacto económico de una enfermedad se mide a través de los costos que ésta acarrea para la sociedad en su conjunto. Es en este sentido que el impacto económico comprende los costos personales (para el enfermo y/o sus familiares), los costos institucionales (para el proveedor de los servicios de salud) y los costos sociales (para la

sociedad en su conjunto). Para las familias los costos comprenden el costo de las medicinas y materiales de curación, el costo del transporte (el pasaje y el tiempo que se demora en trasladarse), el costo del tiempo de espera y atención y el costo de los cuidados prestados en el hogar (por el enfermo mismo, sus familiares²⁸ o cualquier profesional de salud) así como también la pérdida en el ingreso familiar al no poder trabajar. Existe también para el enfermo y sus familiares un dolor físico y psicológico éste sin embargo, si bien se reconoce como importante es muy difícil de medir o cuantificar en términos monetarios. Los costos institucionales corresponden al costo de los insumos utilizados en las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, e incluye el costo de los profesionales de salud y el personal administrativo, el costo de los servicios de diagnóstico, medicinas y materiales utilizados en el tratamiento. Los costos para la sociedad corresponden a las pérdidas de producción debidas a las disminuciones de la productividad o a la muerte prematura. En la mayoría de los estudios sobre el impacto económico de las enfermedades, estos costos son más altos que los costos para las familias y las instituciones de salud.

²⁸ aunque no exista remuneración de por medio.

Conclusiones y Recomendaciones para un Plan de Acción

Los fundamentos para incrementar, mejorar las inversiones públicas en salud en los países andinos son:

1.- Las inversiones públicas en el sector salud son necesarias desde el punto de vista de un uso eficiente de los recursos de la sociedad en su conjunto y para brindar acceso a los servicios de salud a las poblaciones pobres. En el sector salud existen fallas del mercado (asimetría de información, bienes meritorios y bienes públicos) que deben ser atendidas por el Estado.

2.- Las inversiones públicas en salud tienen un impacto positivo sobre el nivel de ingreso presente y futuro de las familias e impactan también a los sectores productivos y de consumo del resto de la economía a través de sus efectos sobre la cantidad y calidad de la fuerza laboral. La evidencia empírica ha demostrado que inversiones en salud contribuyen al crecimiento económico. Asimismo, las inversiones en salud contribuyen al desarrollo social a través de su impacto en la calidad de vida de las personas.

3.- El impacto de la inversión en salud en el desarrollo social se reconoce al considerar la esperanza de vida al nacer como uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano y por la importancia asignada a la salud en las Metas del Milenio.

4.- Las inversiones públicas en salud evitan las consecuencias económicas (costos para las familias, para las instituciones de salud y para la sociedad) de las enfermedades, constituyen un complemento a la inversión en educación y, cuando están dirigidas a los estratos más pobres de la población, ayudan a romper el círculo vicioso entre la pobreza y la mala salud.

5.- En la región andina existen marcadas inequidades en salud, especialmente entre las poblaciones indígenas. Intervenciones de salud dirigidas a disminuir estas inequidades son consideradas por muchos países como parte de una estrategia más amplia de reducción de la pobreza.

6.- Del análisis del gasto en salud en los países andinos se puede concluir:

- Existe gran disparidad en los recursos dedicados a salud entre los países andinos. El gasto nacional per cápita de Chile es casi 5 veces mayor al de Ecuador y más del doble del de Colombia, país que tiene el gasto más alto después de Chile
- Los recursos económicos que los países andinos le están dedicando a la atención en salud, es decir, el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB, está por debajo del de la región de América Latina y el Caribe, salvo en Bolivia y Chile.

7.- La pregunta apropiada con respecto al monto de la inversión pública en salud es ¿cuánto debe ser la inversión pública en salud de un país, dado su perfil epidemiológico actual y el nivel de salud deseado; considerando la efectividad de los recursos (insumos) del sector, los precios existentes y el costo relativo de las otras demandas sociales por recursos del Estado?

8.- En las decisiones de cómo invertir los recursos públicos en salud entran en juego consideraciones epidemiológicas, médicas, económicas, políticas y culturales; y si bien el análisis económico no es el único factor a tomar en cuenta, cuando no hay un análisis económico adecuado para la asignación de los recursos públicos, se gastan estos fondos en intervenciones de salud cuya efectividad en relación a los costos es baja sin lograr obtener los mayores resultados en salud.

9.- El enfoque de costo-efectividad promueve el análisis basado en datos económicos y recomienda que para lograr una asignación eficiente de los recursos en el sector se debe invertir primero en aquellas intervenciones que son relativamente más costo – efectivas para de esta manera alcanzar los mayores resultados en salud con los recursos disponibles.

Recomendaciones para un plan de acción para incrementar y mejorar la inversión en salud en los planes y presupuestos de los países andinos

El incremento y la mejora de la inversión en salud en los planes y presupuestos de los países andinos requiere que en el largo plazo cada país sea capaz de responder a la pregunta de cuánto debe ser su inversión pública en salud basado en las necesidades de salud de la población, establecido el nivel de salud deseado y considerando los recursos con que cuenta el sector, los precios existentes y el costo relativo de las otras demandas sociales por recursos del Estado. Un incremento en la inversión pública en salud, debería fundamentarse en el análisis de costo – efectividad para poder priorizar aquellas inversiones en las cuales se pueda obtener el mayor resultado en salud por cada dólar invertido.

Para ello se requiere:

- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica
- Fortalecer/ desarrollar sistemas y bases de información epidemiológica y de costos.
- Evaluar los sistemas de salud para analizar su estructura y los recursos con los que cuenta el sector y considerar su eventual rediseño de acuerdo a las nuevas prioridades en salud
- Promover estudios que permitan cuantificar los efectos macroeconómicos (productividad de la fuerza laboral, crecimiento económico) de las actividades de salud en la economía. Esto fue acordado como uno de los puntos del plan de trabajo 2008-2009 en la reunión de la CASE de los países andinos en Santiago de Chile el 14 de Diciembre de 2007.
- En esa misma reunión también se propuso trabajar en el área de priorización y asignación de recursos en el sector salud, considerando cargas de morbilidad, metodologías de costeo de prestaciones, costo efectividad y evaluación de impacto.

- Identificar las desigualdades en salud existentes para poder implementar estrategias de intervención en salud que sea parte las estrategias más amplias de reducción de la pobreza de los países

Anexo 1

Los programas nacionales de nutrición y alimentación complementaria y la inversión pública en salud

Los programas nacionales de nutrición y alimentación complementaria son elementos claves en la inversión pública en salud por diversas razones. En primer lugar, porque en los aspectos relacionados a la nutrición existen asimetrías de información. Por un lado, las personas adultas, aun si provienen de hogares no pobres, no siempre saben qué alimentos o prácticas de alimentación son mejores para ellas o para los niños. Por otro lado, fácilmente las personas no se dan cuenta de los síntomas de la desnutrición como son la falta de crecimiento y la carencia de micro nutrientes; tampoco se percatan que la obesidad repercute en la incidencia de las enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Si dejamos que el mercado actúe libremente, es decir sin intervención del Estado, no existirían los incentivos correctos para luchar contra los problemas que genera la mala alimentación²⁹. En segundo lugar, porque al mejorar la nutrición y la alimentación mejora la productividad y el desarrollo económico de los países³⁰. En tercer lugar, porque los costos de la mala alimentación son elevados tanto para los hogares como para el sistema de salud en su conjunto y para el país en general; no invertir en programas de nutrición y alimentación significaría seguir asumiendo esos costos. Finalmente, es importante tener en cuenta que las intervenciones de nutrición y alimentación complementaria son costo efectivas y que existe también un compromiso de la comunidad internacional con respecto a las Metas del Milenio; una de las cuales, la primera, tiene como uno de sus objetivos para el año 2015 reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufren de desnutrición.

Los problemas de nutrición no sólo dificultan el desarrollo económico de un país por sus efectos directos sobre la productividad derivados del mal estado de la salud sino también por sus efectos indirectos resultantes del deterioro de las capacidades cognoscitivas y la disminución del rendimiento escolar de sus habitantes. Cuando una persona no tiene una buena nutrición, sus ingresos son menores porque esta persona tiene un rendimiento menos productivo y no pueden obtener trabajos bien remunerados. Ya en 1993, el Banco Mundial en su Informe sobre Desarrollo Mundial³¹ que fue dedicado a examinar las interrelaciones entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo humano, señalaba que las deficiencias en salud y nutrición reducen los beneficios que reporta la escolaridad en tres aspectos: la matrícula escolar, la capacidad de aprendizaje y la participación de las niñas. El reporte señala que los niños que presentan problemas de salud y nutrición en la primera infancia tienen menos probabilidades de matricularse en la escuela. Asimismo señala que los problemas de salud y nutrición afectan la capacidad de aprendizaje del niño ya que pueden producir problemas duraderos tales como reducción de la función cognitiva debido a la anemia ferropénica y el retraso mental irreversible resultado de la carencia de yodo. La ceguera en niños está fuertemente asociada a problemas de avitaminosis A. En niños de edades más avanzadas, los problemas de rendimiento escolar están asociados a la incidencia

²⁹ El hecho de que la evidencia empírica muestre que el crecimiento económico no se refleja en mejoras en nutrición indica la necesidad de la intervención del Estado para enfrentar estos problemas pues en el sector privado no se dan los incentivos correctos. Banco Mundial (2006), páginas 21- 37.

³⁰ Evidencia empírica sobre la relación entre inversión en nutrición y productividad se encuentra en OPS (2003).

³¹ Banco Mundial (1993) páginas 19 y 20.

de otras enfermedades asociadas al debilitamiento del sistema inmunológico a consecuencia de la desnutrición. Dado que las niñas presentan mayores problemas de carencia de yodo o hierro, esto constituye una barrera adicional para que ellas puedan alcanzar el término de la enseñanza primaria.

Los problemas asociados a la nutrición generan una pérdida económica no sólo para las familias sino también para la sociedad en su conjunto. Los costos totales de la mala nutrición se pueden clasificar en³² costos directos, costos indirectos y costos de la prevención. Los costos directos corresponden al valor de los bienes y servicios utilizados para diagnosticar, tratar o en general manejar los problemas asociados a la mala nutrición y corresponden a los costos incurridos por las familias (hogares) y por los sistemas de salud. Estos costos están relacionados a tratar los daños e incluyen los costos médicos de tratar los embarazos y partos problemáticos de madres que padecen anemia e insuficiencia ponderal, de tratar las enfermedades que padecen con mayor propensión los niños cuyos sistemas inmunológicos están debilitados tales como las diarreas, la neumonía, el paludismo o el sarampión, y de tratar las enfermedades cardiovasculares y la diabetes relacionadas a la obesidad; entre otras. Los costos indirectos de una enfermedad o condición de salud se basan en la idea desarrollada por el enfoque del capital humano en la cual se considera que los gastos en salud constituyen inversiones para mantener o aumentar el capital representado éste por la capacidad productiva de las personas. En el caso de la nutrición, los costos indirectos están relacionados a la pérdida de productividad e ingresos debido a las muertes prematuras, las minusvalías, el absentismo en los centros de trabajo y en las escuelas y la disminución de oportunidades educativas y laborales. Asimismo hay que considerar como costo indirecto los costos de la educación ya que la inversión en educación no tiene el mismo rendimiento cuando los alumnos están bien alimentados que si están desnutridos. El tercer tipo de costos se refiere a los costos de las intervenciones que se llevan a cabo para prevenir la mala alimentación.

Los costos directos son específicos a cada país o localidad y necesitan ser estimados. Hay estudios que han estimado entre 3% y 10% del PIB el valor actual neto de la pérdida de productividad a lo largo de la vida de las personas que nacen con bajo peso, sufren de desnutrición y carecen de vitaminas y minerales esenciales³³. En cuanto a los costos de prevención, el Banco Mundial hace un resumen de diferentes estudios donde se muestra el costo anual por participante de algunos programas de nutrición³⁴ y se menciona, por ejemplo, que la educación en nutrición costaría 2.50 dólares por participante, la fortificación del azúcar con vitamina A costaría entre 0.69 y 0.98 dólares y los suplementos de hierro entre 0.55 y 3.15 dólares al año. Estos costos reflejan el hecho de que lo que se requiere son programas poco complejos como pueden ser la producción y diversificación de alimentos para el autoconsumo, la educación de la madre en temas nutricionales o la alimentación escolar con alimentos producidos localmente³⁵ para prevenir los problemas nutricionales.

En cuanto a las prioridades en salud, las estimaciones de *Disease Control Priorities in Developing Countries*³⁶ muestran que en países de ingreso bajo y medio, intervenciones como los programas en pro de la lactancia materna y la vigilancia del

³² Ver por ejemplo FAO (2007)

³³ José Luis de Vivero y Carmen Porras (2006), página 16.

³⁴ Banco Mundial (2006) , página 28

³⁵ FAO (2006) página 2.

³⁶ Jamison, Dean T. (2006a) , páginas 53 y 54.

crecimiento y asesoramiento en nutrición de niños son costo efectivas: entre US\$3 y \$11, y US \$8 a \$11 por año de vida ajustado por discapacidad evitado, respectivamente.

Un estudio de la CEPAL³⁷ señala que, entre los años 1990 y 2003, el porcentaje de población subnutrida había disminuido en América Latina y el Caribe de 13% a 10%. En ese mismo periodo de tiempo, de 24 países con información disponible, 5 habían alcanzado ya la Meta #1 de reducir la desnutrición de niños en la mitad de acuerdo al indicador 1 (porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo) para el año 2015; entre estos países están Chile, Perú y Ecuador. Bolivia y Colombia están entre un grupo de 9 países que han registrado progresos importantes y por ende se considera que van por buen camino en la consecución de dicha meta. Sin embargo, Venezuela muestra un aumento de la subnutrición. Ecuador, Chile y Perú son tres países del área andina que también han alcanzado la meta de acuerdo al indicador 2 (porcentaje de niños menores de 5 con insuficiencia ponderal)³⁸. A pesar de estos avances, los indicadores de nutrición para los países andinos en general muestran una situación alarmante tanto por el lado de la desnutrición como por el lado de la obesidad, tal y como se reporta en la Salud en las Américas 2007³⁹.

Cuadro A.1

País	Situación de las Enfermedades Nutricionales y del Metabolismo
Bolivia	<ul style="list-style-type: none"> • 27% de los niños < 5 de años padece desnutrición crónica (baja talla para la edad); 37% en áreas rurales • Cerca de 8% de niños < de 5 años tiene peso deficiente para su edad • 1 de cada 3 mujeres en edad fértil presenta algún grado de anemia • 5 de cada 10 niños presentan algún grado de anemia
Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Las enfermedades nutricionales por déficit calórico han disminuido enormemente, dando paso a problemas nutricionales derivados del exceso de ingesta • La prevalencia de anemia (<12g/dl) en mujeres no embarazadas y mayores de 17 años es de 5,1% (sin fecha) • En 2004 la obesidad alcanzó 32,2% • Los niños < de 6 años bajo control en el nivel primario de atención han disminuido las tasas de desnutrición pero han aumentado las prevalencias de obesidad; aunque éstas últimas tienden a estabilizarse. • Más del 60% de la población tiene algún grado de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) y la prevalencia de obesidad en adultos es de 23.2%
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • La desnutrición crónica en niños < de 5 años disminuyó de 13,5% a 12,0% entre los años 2000 y 2005 • 1% de la población < de 5 años presentó desnutrición aguda

³⁷ Citado en OPS (2007) Vol. I página 45.

³⁸ José Luis de Vivero y Carmen Porras, página 9

³⁹ OPS (2007) -Vol. II

	<p>(2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de anemia en niños < de 5 años aumentó de 18% a 33,2% entre 1977 y 2005 • 13% de los niños entre 5 y 9 años presentó retraso en el crecimiento y 5% presentó bajo peso para su estatura (2005) • 40% de las mujeres tuvo sobrepeso y 6% mostró bajo índice de masa corporal (2005) • El bajo peso en gestantes < de 15 años fue de 47% y en el promedio de gestantes fue de 21%
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> • La desnutrición crónica en niños de 0 a 59 meses es de 23%; siendo la de los grupos indígenas 47% • La prevalencia de obesidad en el año 2001 en escolares de 8 años fue de 5% y la de sobrepeso 9%
Perú	<ul style="list-style-type: none"> • 32,5% de la población sufría de déficit calórico (28,6% de la población urbana y 39,7% de la población rural), (2004) • 0,9% de los niños < de 5 años presentó desnutrición aguda y 25,4% de los menores de 5 años presentó desnutrición crónica (2000) • La prevalencia de anemia ferropénica fue de 31,6% en mujeres de 15 a 49 años de edad (2000) • La deficiencia de vitamina A en niños < de 5 años fue de 13,0% y en las mujeres de 15 a 49 años de edad fue de 8,7% (2001) • En diferentes estudios se ha encontrado que la prevalencia de sobrepeso en la población adulta fue de hasta 40% y de obesidad de hasta 20% (2000)
Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de bajo peso al nacer fue de 8,0% (2002) • En niños menores de 5 años, la prevalencia de talla baja para la edad es de 12,5%, la de peso bajo para la edad 5,2% y el déficit nutricional agudo fue de 4,1%. La prevalencia de sobrepeso es de 3,1% (sin fecha) • De 78.405 ingresos hospitalarios de niños menores de 13 años, 1,4% presentó desnutrición grave (sin fecha)

Fuente: OPS, Salud en las Américas 2007.-Publicación Científica # 622.-Vol. II (Bolivia, página 139; Chile página 208; Colombia, páginas 229 y 210; Ecuador páginas 303 y 304; Perú, páginas 640-642; Venezuela, página 777)

Esta situación epidemiológica, y los fundamentos económicos analizados líneas arriba constituyen los sustentos para el incremento de la inversión pública en programas nacionales de nutrición y alimentación complementaria.

Anexo 2 Costos.- Definiciones y Conceptos⁴⁰

Las personas no familiarizadas con la estimación de costos tienden a utilizar indistintamente los conceptos de costos, gastos y precios y por ello es importante empezar por aclararlos. El **costo** corresponde al valor de los insumos utilizados para producir un bien (un equipo médico, por ejemplo) o un servicio (una consulta médica, por ejemplo). Los insumos están compuestos por recursos humanos, recursos físicos y recursos financieros. Los insumos pueden ser adquiridos en cuyo caso se realiza un pago o cedidos o transferidos sin que se efectúe pago alguno. El **gasto** es el valor del desembolso incurrido cuando un insumo es adquirido o contratado e implica necesariamente un pago. El **precio** es el valor por el cual un bien o servicio es transado en el mercado. Por lo general el precio se determina en el mercado por la interacción de las acciones de los oferentes y de los demandantes (consumidores). En el caso en que esto no ocurre y el precio es determinado por el gobierno, o por alguna otra institución, se hace referencia a una **tarifa**; es decir, la tarifa es un precio que no es acordado libremente por compradores y vendedores.

Es importante distinguir estos conceptos porque de esta manera se puede aclarar que:

- Si el gobierno presta servicios a la población de manera gratuita, el precio es cero. Si presta los servicios por un valor intencionalmente bajo, el precio es subsidiado.
- El monto de dinero que el consumidor paga por obtener un bien o servicio puede corresponder al precio del mercado o a una tarifa subsidiada por el gobierno.
- La producción de un bien o servicio siempre implica un costo, aunque este bien o servicio no sea vendido o sea vendido por un precio subsidiado. Sin embargo, la producción no siempre implica un gasto ya que si los insumos fueron donados, no hubo gasto.
- La diferencia entre el precio y el costo corresponde a un lucro/ganancia (cuando el precio es superior al costo) o a un perjuicio/pérdida (cuando el precio es inferior al costo).

La distinción entre costos contables/históricos y costos económicos también es importante pues ha sido causa de confusión. Los **costos contables** o históricos son aquellos efectivamente incurridos y registrados al momento de la adquisición de los bienes, insumos o servicios. Como estos costos pueden haber sido registrados mucho tiempo atrás, es importante también aclarar el concepto de **costos de reposición** el cual corresponde al valor por el cual un bien o servicio aunque haya sido adquirido con anterioridad es transado en el mercado. Los **costos económicos** corresponden al retorno que se deja de ganar al utilizar un recurso en la producción o en el consumo de un bien, en vez de utilizarlo en un empleo alternativo. Por ello se les conoce como los costos de oportunidad.

⁴⁰ Basado en un trabajo realizado anteriormente por la consultora en colaboración con José Luis Bobadilla, Víctor Cárdenas y Rodrigo Guerrero (1996)

Bibliografía

Banco Mundial. , Informe sobre Desarrollo Mundial 1993. Banco Mundial, Washington D.C. 1993.

Bhargava, A. "Nutrition, health and economic development: some policy priorities" WHO. - Commission of Macroeconomics and Health.-Working Paper Series. N°WG1:1. 2001.

Bobadilla, José Luis, Víctor Cárdenas, Bernardo Couttolenc, Rodrigo Guerrero y María Antonia Remenyi "Medición de los costos de la violencia".-OPS.-División de Promoción y Protección de la Salud. 1996.

CEPAL (2007) "Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI" en Panorama Social de América Latina, capítulo 3, Santiago de Chile, 2006 .

CEPAL, Cohesión Social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, Mayo 2007.

Duncan Thomas & Elizabeth Frankenberg. "Health nutrition and prosperity: a microeconomic perspective". Bulletin of the WHO 80:106-113, 2002.

FAO. "El coste económico del hambre: miles de millones en pérdidas de productividad, ingresos y consumo" en <http://www.fao.org/docrep/007/y5650s/y5650s03.htm>. 2007.

FAO "Hambre y pobreza parecidos pero no iguales" en <http://www.fao.org>. 2006.

Henderson, Pamela. "Health expenditure data base.-sources and methodologies". OPS. Public Policy and Health Program.-Division of Health and Human Development. (Revised 2002).

Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, Philip Musgrove. Disease Control Priorities in Developing Countries 2. The Disease Control Priorities Project (DCPP), April 2006a en <http://www.dcp2.org/pubs/DCP>.

Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, Philip Musgrove (eds.). Las prioridades de la salud. Banco Mundial. Washington DC, 2006b.

OMS Informe sobre la salud en el mundo 2000. OMS. Ginebra, 2000.

OPS "Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: años potenciales de vida perdidos". Boletín Epidemiológico. Vol.24, N°2. Junio 2003.

OPS Salud en las Américas. Washington DC, 2007.

OPS "Situación de salud en las Américas.- indicadores básicos 2007". Washington DC 2007.

Over, Mead. Economic for health sector analysis: concepts and cases. Economic Development Institute of the World Bank, Washington DC, 1991.

Ruggeri, Joe. "Health care spending sustainability and public investment". Public Policy Paper 42, University of Uregia, April 2006.

Savedoff, William. "How much should countries spend on health?" WHO. 2003 en http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_03_2_howmuch_to_spend.pdf

Spinaci Sergio, Louis Currat, Padma Shetty, Valerie Crowell and Jenni Kehler Tough choices investing in health for development.- Experiences from national follow-up to the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2006 en http://www.who.int/macrohealth/documents/report_and_cover.pdf

Stuart Peacock, Danny Ruta, Craig Mitton, Cam Donaldson, Angela Bate, Madeleine Murtagh "Using economics to set pragmatic and ethical priorities". BMJ Volumen 332, 25 Febrero 2006 en <http://www.bmj.com>

Suárez, Rubén, Pamela Henderson, Edgar Varillas y César Vieria: "Gasto en salud y financiamiento: América Latina y el Caribe.- desafíos para la década de los noventa." OPS. Washington DC, 1995.

Weil, David "Accounting for the effect of health on economic growth". Department of Economics, Brown University. May, 2005.

The World Bank. *Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large scale action*. The World Bank, 2006 in <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/nutritionstrategy.pdf>

World Health Organization Though choices investing in health for development. Experiences from national follow up to the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Ginebra, 2006.

ANEXO 5

(MATRÍZ DE GESTIÓN)

**INFORME PARA LA REMSAA PRESIDENCIA DE BOLIVIA EN ORAS CONHU
AVANCE DE LAS COMISIONES INTERGUBERNAMENTALES GESTION 2007**

NOMBRE DE LA COMISION INTERGUBERNAMENTAL. Nº resolución	OBJETIVO (RESUMEN)	OBJETIVOS ESPECIFICOS (ESTRATEGIAS)	AVANCES LOGRADOS EN LA GESTION	PERSPECTIVAS	RESPONSABILIDAD BOLIVIA (PRESIDENTE DE COMISION)
<p>“CASE” “Comisión Andina de Salud y Economía” Resolución: REMSAA 401</p>	<p><i>“Concretar una alianza de la CASE para el fortalecimiento de los instrumentos de análisis y evaluación económica en salud utilizados por los países miembros y para la generación de investigaciones en salud y economía, beneficiando el desarrollo del sector salud de la Región Andina”</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de los instrumentos de análisis y evaluación económica en salud. 2. Fortalecimiento de la masa crítica en Salud y Economía. 3. Desarrollar Foros Nacionales de Salud y Economía. 4. Fortalecimiento de las Cuentas de Salud en la Región Andina. 5. Seguimiento continuo del Plan de Trabajo de la CASE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayor coordinación con los miembros de la CASE y la Secretaría Ejecutiva del Organismo. 2. Elaborado Plan operativo 2008 - 2009 3. Consultorías que reflejan la importancia de la inversión en salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concretar la creación de unidades o departamentos de Economía y Salud en las respectivas carteras de Estado. 2. Fortalecer y ampliar el conocimiento de las diferentes investigaciones económicas, financieras y sociales relacionadas al sector salud. 3. Analizar nuevas propuestas para el incremento y mejora de la inversión en salud en los planes y presupuestos de los países de la Región Andina. 	<p>Lic. Werner Valdés (PRS - MSD) Lic. Adhemar Esquivel (UDAPE - MPD)</p> <p>Bolivia</p> <p>BOLIVIA Presidencia</p>