

Departamento Administrativo Nacional de Estadística



**Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales
- DSCN**

**Anexo Metodologico Cuenta Intermedia de
la salud**

Mayo 2008



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: CDS-CSS-MET-01

VERSIÓN : 2

PÁGINA: 11

FECHA: Mayo 2008

ELABORÓ: Grupo Cuenta satélite de salud y seguros sociales CSS

REVISÓ: Asesores Cuenta Satélite de Salud y Seguros Sociales CSS

APROBÓ : Director Técnico de Síntesis y Cuentas Nacionales

CONTENIDO

Presentación

1. Antecedentes
2. Objetivos
 - 2.1 Objetivos Generales
 - 2.2. Objetivos Específicos
3. Acceso a los Servicios de Salud y su Funcionamiento
 - 3.1 Sistema general de Seguridad Social en Salud – SGSSS
 - 3.2 Sistema General de Riesgos Profesionales – SGRP
 - 3.3 Los Regimenes Especiales
 - 3.4 Los seguros privados, la medicina prepagada y los planes complementarios
 - 3.5 Servicios adicionales prestados por las Cajas de Compensación Familiar, los servicios médicos de las escuelas, las empresas, etc.
 - 3.6 Los servicios de salud de no mercado
 - 3.7 Los servicios prestados directamente a los hogares y que ellos compran al proveedor.
4. Presentación de resultados



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

Presentación

Los mecanismos de prestación de los servicios de salud así como la organización y funcionamiento de la seguridad social en Colombia han experimentado una verdadera revolución con la implementación de la Ley 100 de 1993. A partir de esta ley se separan las funciones de gestión y administración del sistema, el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud. Las dos últimas funciones se manejan bajo los principios del mercado.

Las Cuentas Intermedias de la Salud que se presentan a continuación fueron elaboradas con el fin de clarificar el tratamiento de la financiación del gasto de los hogares en servicios de salud por medio del Sistema Integral de Seguridad Social instituido en Colombia por la Ley 100 de 1993 e integrar este tratamiento dentro del Sistema de Cuentas Nacionales. Asimismo, en este proceso se intenta generar un análisis del sistema de Seguridad Social y de su funcionamiento, que pudiera compartirse con otros analistas del sistema, que no necesariamente fueran especialistas de Cuentas Nacionales y de su marco conceptual.

Adicionalmente a los organismos y mecanismos relacionados con la Seguridad Social en Salud, se estudian también las demás formas bajo las cuales se accede a los servicios de salud como son los seguros privados, los demás componentes del sistema de protección social, así como por la intervención del gobierno general (Salud de no mercado) o por compra directa de los hogares de los servicios de salud.

Si bien los principios del análisis son los de la Contabilidad Nacional, en este documento se trató de mantener tanto como fuera posible las denominaciones que se han impuesto en el Sistema de la Seguridad Social en Colombia (tales como la UPC (Unidad de pago por capitación) o el POS (plan obligatorio de salud), gastos en promoción y prevención, etc. esto con el fin de volver el análisis y sus conclusiones más fáciles de entender por no especialistas de Cuentas Nacionales.

Los datos presentados parten del año 2000. Si bien el sistema de la Ley 100 ya estaba relativamente estabilizado en este período, todavía se presentan dificultades estadísticas serias, como por ejemplo en el caso del ISS, en que la subdivisión de la entidad en sus diferentes funciones (IPS, EPS, Fondos autónomos, ARP, etc.) se hizo solamente a posteriori, con algunas inconsistencias que se fueron corrigiendo en los años subsiguientes. La información necesaria no estaba siempre completa y fue necesario hacer estimaciones y reconciliaciones. Se debe observar también que en este proceso, se intenta reconciliar datos de oferta de servicios de salud por los proveedores (IPS públicas, IPS privadas, el ente territorial) con los datos de adquisición, para así dar más solidez al proceso de estimación.



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

En la primera y segunda parte del documento se presentan los antecedentes y los objetivos de la cuenta intermedia. En la tercera se enumeran los mecanismos bajo los cuales la población puede acceder a los servicios de salud y en la cuarta se explican las cuentas elaboradas y se presentan los resultados.

1. Antecedentes

La Constitución Política de Colombia (CPC) de 1991, consagra en su artículo 48 que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”. Se evidencia de esta manera el surgimiento de un nuevo Sistema de Seguridad Social.

Lo anterior da origen al desarrollo de la Ley 100 de 1993, en la cual se plantea un Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) definido como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica..”¹

El SSSI es conformado por los regímenes de salud, pensiones, riesgos profesionales y los servicios complementarios. Renueva totalmente la organización, las entidades que lo integran y las transacciones que se realizan con relación a la situación anterior. Da una participación importante a las entidades privadas y al sector solidario, transforma la provisión de los servicios de salud en un sistema regido por las leyes del mercado y en pensiones crea el sistema de ahorro individual.

De otra parte, la base 1994 de las Cuentas Nacionales de Colombia no reflejaba el funcionamiento del sistema promulgado por la ley 100 de 1993 en razón a que la reforma era demasiado reciente para analizarla y representarla adecuadamente y las fuentes de información disponibles eran escasas y estaban en proceso de estabilización y ajuste.

¹ Ley 100 de 1993 preámbulo.



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

Conscientes de las limitaciones de la base 1994 y dada la importancia de la Seguridad Social en el desarrollo de políticas sociales y económica, se implementó un proyecto especial, paralelo a la Base 2000 de las Cuentas Nacionales con el objeto de realizar un análisis renovado del sector de la salud y de la previsión social acorde a la nueva realidad.

Inicialmente se planteó como una Cuenta Satélite de la Salud y los Seguros Sociales (CSSSS). Sin embargo la rigidez conceptual de las propuestas existentes dificultaba el enlace entre los conceptos manejados por los actores en el área de la Salud y la Seguridad Social y las representaciones en términos de Cuentas Nacionales. Para facilitar este enlace, se reorientó el proyecto hacia la construcción de una Cuenta Intermedia de la Salud como base para el posterior desarrollo de la CIS, es decir, un sistema de representación que si bien incorporaba los análisis de Cuentas Nacionales, utilizaba los conceptos propios al sistema de seguridad social, como por ejemplo los conceptos de UPCs (Unidad de Pago por Capitación), POS (Plan Obligatorio de Salud), cuyo uso era ya corriente entre los analistas de la Seguridad Social en Colombia, en lugar de introducir el tratamiento en términos de contribuciones sociales en especie, y el tránsito (imputado) por las cuentas de los hogares de un cierto número de flujos.

2. Objetivos

2.1 Objetivos Generales

Presentar las operaciones de salud y seguridad social, en un esquema cercano a las cuentas nacionales, utilizando los conceptos y clasificaciones propias de los agentes ligados al área de la salud y la seguridad social.

2.2. Objetivos Específicos

- Proveer una base conceptual y estadística para representar el sistema de seguros sociales en salud y pensiones en el marco de las cuentas nacionales de Colombia.
- Analizar el gasto en salud y el papel del SGSS, dentro de un marco próximo y de fácil integración al de las Cuentas Nacionales.
- Realizar un cálculo de las cuentas de salud acorde con los cambios de la Ley 100 de 1993 y las normas complementarias.
- Proveer una plataforma de dialogo con los analistas y con quienes toman decisiones en el sector.



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

- Facilitar el enlace entre la visión y los conceptos de los actores del área de la salud y los seguros sociales con las representaciones realizadas en términos de Cuentas Nacionales.

3. Acceso a los Servicios de Salud y su Funcionamiento

La población en Colombia puede acceder a los servicios de salud por varias vías: el sistema de seguridad social en salud, el sistema de riesgos profesionales, los regímenes especiales; los seguros privados, la medicina prepagada y los planes complementarios; los servicios adicionales prestados por las Cajas de Compensación Familiar, los servicios médicos de las escuelas, las empresas; los servicios de no mercado suministrados por el gobierno y finalmente por compra directa de los hogares a los proveedores de servicios. En los apartes que siguen se explica la forma como funciona cada uno de estos componentes.

3.1 Sistema general de Seguridad Social en Salud – SGSSS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como finalidad regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población a estos servicios. Consta de los subsistemas contributivo y subsidiado. Adicionalmente, y mientras se extiende el sistema subsidiado a toda la población, las personas por fuera del sistema (los vinculados) también reciben atención en ciertas condiciones.

3.1.1 Régimen contributivo

Al régimen contributivo pertenecen las personas vinculadas mediante un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Funciona de la siguiente manera:

Actúa como eje central del sistema contributivo la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta manejada por encargo fiduciario, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica, ni planta de personal. Bajo esta cuenta se asignan los recursos a los diferentes agentes que intervienen en el sistema, se registran las cotizaciones recibidas y los contratos con las Entidades de Promoción de la Salud EPS.

Las EPS² actúan como agentes recaudadores de las contribuciones sociales, pero estas contribuciones no constituyen un ingreso a su

² Cuando se mencionan las EPS, se designa, no necesariamente una unidad institucional, sino un establecimiento dedicado a cumplir esta clase de función: es así como una EPS como unidad legal puede a la vez desarrollar una función de EPS y una función de ARS y también prestar directamente servicios de salud. En la presentación y en el trabajo estadístico que sigue, estas dos funciones se separarán: una parte



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

favor, sino del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que opera una redistribución de estos ingresos entre las EPS y otros tipos de usos, a través de la subcuenta de compensación.

El FOSYGA contrata con las EPS el servicio de aseguramiento de sus afiliados beneficiarios. Por estos servicios las EPS reciben el valor de una UPC (Unidad de pago por capitación)³. La UPC representan el valor reconocido a las EPS por la atención de cada afiliado y sus beneficiarios. El monto de la UPC se establece teniendo en cuenta la edad, el género de la persona, y el perfil epidemiológico de la población que hace parte del sistema.

Con estos recursos las EPS garantizan los servicios de salud a sus afiliados, los cuales prestan directamente o los contratan con las Instituciones prestadoras de salud (IPS). Adicionalmente el FOSYGA realiza transferencias a los gobiernos locales y a los hospitales para financiar el régimen subsidiado y la atención de los vinculados.

Las EPS operan como compañías de seguros, que reciben una prima de seguro de FOSYGA (el ente asegurado), las UPCs, a cambio de proveer (a FOSYGA, que luego lo asigna a los afiliados) una indemnización en especie, en caso de ocurrir un siniestro (enfermedad u otro evento cobijado por el sistema).

3.1.2 Régimen subsidiado

El régimen subsidiado atiende la población pobre y vulnerable del país de las áreas rural y urbana que se encuentran afiliados al sistema. Para ser afiliadas al sistema, las personas deben estar inscritas en el Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) y pertenecer a los estratos 1 y 2.

En este régimen la Unidad de pago por capitación UPC se financia con recursos fiscales y de solidaridad. Sus recursos provienen de: la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA⁴, del situado fiscal, de las rentas cedidas a los departamentos, de las regalías de los pozos petroleros de la zonas de Cusiana y Cupiagua, de recursos de las

de la EPS se asignará al sistema contributivo, otra al sistema subsidiado (en el caso de unidades que prestan los dos tipos de servicios) así como la parte de prestación de servicios de salud.....

³ En la práctica las EPS giran al FOSYGA el neto entre las contribuciones que reciben y las UPCs que les corresponden por sus afiliados y beneficiarios.

⁴ La cuenta de solidaridad del FOSYGA recibe con destino al régimen subsidiado un punto de las cotizaciones de seguridad social del régimen contributivo.



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

cajas de compensación⁵ y de las contribuciones de ciertos afiliados al régimen subsidiado⁶.

El régimen subsidiado es administrado por las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud de los departamentos, distritos y municipios quienes administran los contratos con las entidades administradoras del régimen subsidiado (ARS).

Las entidades y programas que administran el régimen subsidiado reciben por cada beneficiario el valor de la Unidad de pago por Capitalización Subsidiada UPCS. En su punto de partida la UPCS tenía un valor equivalente a un 50% de la UPC del régimen contributivo. Este se viene incrementando de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3.1.3 Las personas vinculadas al sistema

Las personas vinculadas al sistema son aquellas que no tienen capacidad de pago pero que al mismo tiempo no hacen parte de los beneficiarios del régimen subsidiado por no cumplir con las condiciones establecidas por el SISBEN. En caso de eventualidad son atendidas por las instituciones públicas y privadas que tienen contratos con el Estado para la prestación de los servicios de salud. Se le denominan vinculadas al sistema.

3.2 Sistema General de Riesgos Profesionales – SGRP

Al sistema de riesgos profesionales tienen acceso las personas que sufren accidentes, enfermedades, incapacidad, invalidez o muerte como consecuencia directa del trabajo desempeñado y catalogada como tal por el Gobierno Nacional. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales tendrá derecho a servicios asistenciales y prestaciones económicas por parte de las administradoras del riesgo profesional. Cubren los costos de la atención a las víctimas de accidentes de trabajo directamente o vía el recobro a las EPS para la parte de gastos que a estas les corresponde cubrir.

3.3 Los Regimenes Especiales

⁵ Las cajas de compensación deben destinar para el régimen subsidiado un porcentaje de los recursos recaudados por concepto de subsidio familiar. Este va de 0,5% a 1% salvo cuando las cajas administran directamente los recursos del régimen subsidiado.

⁶ Los afiliados al régimen subsidiado contribuyen a financiar el valor de los servicios de salud a través de los copagos.



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

En este se consideran las entidades que atienden los servicios de salud de sus afiliados y que subsisten al régimen anterior a la ley 100. Hacen parte de este grupo las entidades adaptadas y las de régimen especial.

Las entidades adaptadas “son todas aquellas Cajas, Fondos y Corporaciones que existían antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993 y a las cuales la Ley les concedió un plazo de dos años para transformarse, adaptarse al sistema o liquidarse”⁷.

“Las entidades del régimen especial son aquellas amparadas por la Ley 100 para prestar servicios de salud por fuera del sistema general a los miembros de ciertas instituciones públicas, dadas sus condiciones laborales particulares”⁸.

Estas entidades proveen la seguridad social en salud a ciertos asalariados, que si bien no compensan las contribuciones recibidas en el FOSYGA con los otros integrantes del sistema, si aportan a la Subcuenta de Solidaridad de FOSYGA y por lo tanto ayudan a financiar las prestaciones de seguridad social del régimen subsidiado. Se trata de las entidades siguientes: ECOPETROL; Unidad General de Sanidad Militar; Unidad General de Sanidad de la Policía Nacional; Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio- FIDUPREVISORA; Universidad de Caldas- Servicio Médico; Universidad de Córdoba – Servicio Médico; Universidad Nacional – División de Salud – UNISALUD; Universidad de Nariño – División de Salud; Caja de Previsión Social de la Universidad del Cauca; Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander – CAPRUIS.

3.4 Los seguros privados, la medicina prepagada y los planes complementarios

Por el sistema de seguros privados y medicina prepagada las personas se aseguran contra el riesgo de enfermedad. Se trata de sistemas en que se emiten primas y se pagan indemnizaciones.

Los planes complementarios los ofrecen las EPS a sus afiliados que aceptan pagar un monto adicional para mejorar la calidad del servicio recibido.

3.5 Servicios adicionales prestados por las Cajas de Compensación Familiar, los servicios médicos de las escuelas, las empresas, etc.

Un cierto número de entidades prestan también servicios adicionales a ciertas categorías de personas que tienen con ellas una vinculación específica, sin que por tanto se pueda considerar como parte del sistema de seguros sociales: el gasto lo asumen usualmente las entidades correspondientes, con una participación (o no) del beneficiario.

⁷ Ley 100 de 1993: Artículo 236.

⁸ Ley 100 de 1993: Artículo 279.

3.6 Los servicios de salud de no mercado

A pesar del establecimiento del sistema subsidiado sigue existiendo la prestación de servicios por parte del ente público en una modalidad de no mercado. En esta, los servicios no se venden a los usuarios, y si una participación financiera se requiere, es notoriamente inferior a los costos de la prestación del servicio. Estos servicios son prestados por el ente a título gratuito o caso gratuito básicamente en las áreas de prevención (vacunas) y atención primaria. Las Cuentas Nacionales los consideran como servicios de no mercado.

3.7 Los servicios prestados directamente a los hogares y que ellos compran al proveedor.

Estos son los servicios que los hogares compran directamente de los proveedores de servicios: médicos, clínicas, hospitales, etc. por fuera de cualquier sistema de los planteados antes. El “Gasto de Bolsillo” de los hogares, es decir, el gasto pagado directamente por los hogares corresponde de una parte a estas compras y de otra parte a los copagos y las cuotas moderadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Mecanismos de financiación de los gastos de servicios de salud y presentación de resultados

Dentro de una óptica de cuentas nacionales el financiamiento del sistema contributivo se describe globalmente de la manera siguiente:

4. Presentación de resultados

La financiación de los gastos para la adquisición de servicios de salud y otros gastos relacionados se presenta en 13 cuadros así:

- Los cuadros 1 y 3 presentan los datos que corresponden al sistema contributivo, con, de una parte los establecimientos que operan como EPS públicos o privados (cuadro 1), y de otro, la Subcuenta de Solidaridad de Fosyga (cuyos datos detallados provienen del cuadro 2. Los datos del sistema contributivo se presentan en bruto (información tal como cada entidad la presenta), y luego de manera consolidada, en que desaparecen las transacciones internas al sistema, en este caso, las UPCs reconocidas por FOSYGA a las EPS (gasto para FOSYGA, ingreso para las EPS).
- Los cuadros 4 a 6 presentan los datos que corresponden al sistema subsidiado: primero las ARS, luego el ente territorial, y finalmente las cuentas totales y consolidadas. En la consolidación, desaparecen el



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

reconocimiento de las UPCs a las ARS por parte del ente territorial (gasto del ente territorial, ingreso de las ARS).

- Los cuadros 7 a 9 presentan los datos correspondientes a otros agentes del sistema: regímenes especiales, entidades adaptadas y otros (cuadro 7), riesgo profesional en la parte de salud (cuadro 8), seguros privados (cuadro 9)
- Los cuadros 10 y 11 recogen todos estos datos presentados en los cuadros anteriores de manera analítica y dan una visión global de los flujos de financiación que circulan entre los agentes, y su naturaleza económica. Las diferentes operaciones propias a la financiación del gasto en salud aparecen en las mismas líneas de los cuadros anteriores, pero con menos detalle para las otras operaciones, tanto de ingresos, como de egresos. Las columnas de la izquierda representan las entidades para las cuales la operación correspondiente es un ingreso, mientras las columnas de la derecha representan las entidades para las cuales la operación correspondiente es un gasto. Para toda transacción, el total de los ingresos es igual al total de los gastos: los datos han sido reconciliados: por ejemplo, las cotizaciones sociales de salud y ARP corresponden a un gasto para los hogares y un ingreso para la cuenta de solidaridad del FOSYGA (y por consiguiente del sistema contributivo consolidado), para las Entidades Adaptadas y regímenes especiales, y las administradoras de riesgo profesional. La diferencia entre los cuadros 10 y 11 se debe a la consolidación de los regímenes contributivo y subsidiado que se realizan en el cuadro 12.
- En el cuadro 12, se presenta los datos de ingresos y gastos de los prestadores de servicios de salud de mercado: públicos, privados y los otros prestadores, estos últimos se refiere a los servicios prestados como una actividad secundaria al interior de otras actividades económicas (como por ejemplo los servicios médicos prestados por ciertos empleadores a sus empleados, o escuelas a sus alumnos con servicios de enfermería).
- Finalmente, el cuadro 13 muestra como funciona el financiamiento de la salud a través de los diferentes sistemas: las columnas representan el sistema, y las filas representan los agentes: así, en el sistema contributivo, el total de las indemnizaciones por POS representa los pagos de servicios de salud (total de la columna): sin embargo, parte de este gasto lo tienen que cubrir los hogares por medio de las cuotas moderadoras y los copagos, y es lo que figura en la intersección de la columna *régimen contributivo* con la fila *hogares*. También, se puede observar que en la fila *Entidades Obligadas a Compensar* figura un valor en la intersección con la columna *seguros no obligatorios* que corresponde a las indemnizaciones de planos complementarios. En este cuadro, la suma de los totales de las columnas A a G da exactamente el valor de los ingresos por ventas de los productores de servicios de salud



FICHA METODOLOGICA CUENTA INTERMEDIA DE LA SALUD

CÓDIGO: (código del documento)
VERSIÓN : (última versión)
PÁGINA: #
FECHA: (fecha en que se aprueba el documento)

del cuadro 11. Las compras directas por los hogares aparecen en la intersección de la fila *hogares* con la columna: *salud por cuenta propia*.

- Los cuadros anuales se complementan con cuadros comparativos para los años 2000 a 2005, que permiten ver estos mismos datos en perspectiva. Esta visión en perspectiva es la que condujo a hacer ciertas correcciones a las series de datos 2000 a 2002, pues se pudo comprobar que existían ciertas inconsistencias en las evoluciones de las variables, que se pudieron corregir.
- También se han complementado los cuadros con un cierto número de variables no monetarias (número de afiliados, de cotizantes, de beneficiarios) así como con ciertos indicadores que han sido tradicionales como la densidad familiar (relación entre número de afiliados y número de cotizantes), o la densidad salarial (valor promedio de la cotización, expresada en términos de números de salarios mínimos legales vigentes) así como con gráficas para evidenciar las evoluciones de un cierto número de variables consideradas como importantes.

Para concluir, es bueno subrayar que los beneficiarios de los servicios de salud son siempre los hogares: la única excepción son los servicios provistos por unos proveedores a otros, como por ejemplo los servicios prestados por médicos a hospitales bajo la modalidad de servicios a terceros, o de una IPS a otra en casos de remisiones de pacientes. La parte alta del cuadro 13 ilustra la importancia de estas compras internas al sistema pero será necesario hacer un estudio más detallado de estos comportamientos para dar una medición acertada del gasto de los hogares en servicios de salud.

Es importante destacar que se ha tratado de separar los gastos en servicios de salud del gasto total en salud, que incluye adicionalmente las compras de medicamentos, servicios paramédicos, transporte especializado, formación de capital. Aquí el único gasto que se contempla es la adquisición de servicios de salud y quien paga por el. Un nuevo proyecto está iniciándose cuyo resultado será la integración de estos cálculos parciales, principalmente orientados hacia delucidar el papel de la seguridad social en salud dentro de los mecanismos de su financiación, dentro de una visión más global del gasto total en salud.