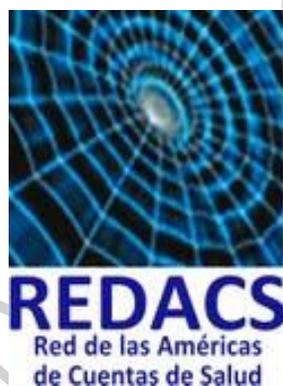


**ESTADO DEL ARTE DE LAS
CUENTAS DE SALUD EN AMÉRICA
LATINA Y EL CARIBE**

2011



ESTADO DEL ARTE DE LAS CUENTAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Magdalena Rathe
Patricia Hernández
Dania Guzmán
Editoras

www.observatoriodelasalud.net
www.fundacionplenitud.org

Informe de la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS)
ESTADO DEL ARTE DE LAS CUENTAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
Periférico Sur 4089, Col. El Arenal Tepepan.
México 14610-México, D.F.

Fundación Plenitud
Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS)
Santo Domingo, República Dominicana

Todos los derechos son reservados y queda prohibida su reproducción total o parcial sin la previa autorización por escrito de los autores involucrados en la elaboración y producción de este documento.

La información, interpretaciones y las opiniones presentadas en este documento son enteramente de los autores, y no necesariamente reflejan la visión de las instituciones que financian, participan o publican.

Para mayor información contactar a:

Magdalena Rathe
Fundación Plenitud
Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS)
mrathe@fundacionplenitud.org

Héctor Arreola-Ornelas
Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe
Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
harreola@funsalud.org.mx

ISBN:

Diseño y diagramación:

Esta publicación es totalmente gratuita. Prohibida su venta. Se permite la copia y distribución siempre y cuando se practique la respectiva cita y sin realizar modificación sobre su texto.

DIRECTORIO

Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe (OS-ALC)

Instituto Carlos Slim de la Salud

Dr. Roberto Tapia Conyer
Director General

Mtra. Victoria Márquez Mees
Directora de Inversión Social

Dra. Irma Coria Soto
Coordinadora de Evaluación

Fundación Mexicana para la Salud

Dra. Mercedes Juan López
Presidenta Ejecutiva

Act. José Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Coordinador General

Dra. Felicia Marie Knaul
Economista Principal y
Directora del Programa Competitividad y Salud

Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe

Dra. Felicia Marie Knaul
Directora General

M. en C. Héctor Arreola-Ornelas
Coordinador General

Dr. Rafael Lozano Ascencio
Coordinador de la Red de Carga de la Enfermedad y
Evaluación Comparativa de Riesgos en Salud

Dr. Ramiro Guerrero Carvajal /
Dr. Gabriel Carrasquilla Gutiérrez
Coordinadores de la Red de Cobertura Efectiva

Dra. Magdalena Rathe
Coordinadora de la Red de Cuentas en Salud

Dr. Gustavo Nigenda López
Coordinador de la Red de Recursos Humanos

Ma. Victoria Castro Borbonio
Coordinadora Higioscopio

Lic. Sonia Xóchitl Ortega Alanis
Vinculación Institucional y Apoyo Logístico

Coordinadora

Magdalena Rathe

Directora Ejecutiva de Fundación Plenitud
Coordinadora de la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS)

Autores - Colaboradores:

Argentina:

Ernesto Báscolo

Brasil:

María Angelina Borges dos Santos
Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca - Fundación Oswaldo Cruz
Ricardo Moraes
Cuentas Nacionales del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)

Chile:

Alain Palacios
Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial, MINSAL

México:

Oscar Santiago Salinas
Carlos Lino Sosa
Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud
Felicia Knaul
Observatorio de la Salud para América Latina y El Caribe
Héctor Arreola-Ornelas
Fundación Mexicana para la Salud

Paraguay:

Pedro Bivona
Banco Central

República Dominicana:

Magdalena Rathe
Dania Guzmán
Fundación Plenitud

Uruguay:

Daniel Arán
Consultor Internacional

Ricardo Valladares
RV Consulting

OMS:

Patricia Hernández

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Autora: Magdalena Rathe

Capítulo 1

CONTEXTO HISTÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL

Autores: Jean Pierre Poulhier, Magdalena Rathe, Patricia Hernández

- Origen de las cuentas de salud.
- Su evolución metodológica.
- Su aplicación en los países de la OECD.
- El cuestionario conjunto – origen y aplicación.

Capítulo 2

LA EVIDENCIA ACUMULADA DE GASTO EN SALUD EN LA REGIÓN

Autora: Patricia Hernández

- Análisis comparativo en base a las cifras de la OMS.
- Discusión de las fuentes que utiliza OMS y el alcance de la comparabilidad internacional.
- Resultados en ALC del cuestionario conjunto.

Capítulo 3

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS CNS EN ALC

Autores: Ricardo Valladares, Magdalena Rathe, Patricia Hernández, Dania Guzmán

Colaborador: Ernesto Báscolo

- Diversidad de enfoques en la región
- Definición de institucionalización y clasificación de los países en mapas, de acuerdo a los criterios del cuestionario de línea de base
- Usos para fines de política

Capítulo 4

USOS DE LAS CNS PARA FINES DE POLÍTICA

Autores: Felicia Knaul, Héctor Arreola-Ornelas, Patricia Hernández

Capítulo 5

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR ENFERMEDAD

Autores: Dania Guzmán, Daniel Arán

La propuesta de SHA y ejemplos de su aplicación en los países europeos

- Cuentas específicas, breve conceptualización y experiencia:
 - ✓ SIDA
 - ✓ Salud reproductiva
 - ✓ Otras cuentas específicas

Capítulo 6

CUENTA SATÉLITE

Autores: Alain Palacios, María Angélica Borges dos Santos, Ricardo Moraes, Pedro Bivona, Oscar Santiago Salinas, Carlos Lino Sosa

- Aspectos históricos y conceptuales
- Experiencia en ALC, particularmente en Brasil, Chile, Paraguay y México
- Armonización entre SHA y satélite:
 - ✓ Ejemplos de países de la OECD
 - ✓ El caso de México

Capítulo 7

RETOS PARA LA COMPARABILIDAD INTERNACIONAL

Autores: Patricia Hernández, Magdalena Rathe

Capítulo 8

ROL Y PERSPECTIVAS DE LA REDACS A LARGO PLAZO

Autores: Magdalena Rathe, Ricardo Valladares, Patricia Hernández

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- I. BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN POR PAÍS AL 2010
- II. TABLAS ESTADÍSTICAS

INTRODUCCIÓN

NOTA: *Pendiente de escribir cuando se concluyan todos los capítulos*

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Capítulo 1

CONTEXTO HISTÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL

Autores: Jean Pierre Poulhier, Magdalena Rathe, Patricia Hernández

- Origen de las cuentas de salud.
- Su evolución metodológica.
- Su aplicación en los países de la OECD.
- El cuestionario conjunto – origen y aplicación.

NOTA: *Los autores están escribiendo están en el proceso de escribir esta sección.*

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Capítulo 2

LA EVIDENCIA ACUMULADA DE GASTO EN SALUD EN LA REGIÓN

Autora: Patricia Hernández

NOTA: Una nueva versión de este capítulo está en proceso, para incluir un análisis del contexto mundial, en particular, la experiencia de los países de la OECD. También sugerir algo sobre la comparabilidad de los datos y como avanzar hacia ella (que es el tema de un capítulo especialmente dedicado al tema).

2.1 Introducción

La información del gasto en salud en la región representa un esfuerzo social que ha sido monitoreado durante décadas, por ejemplo, por CEPAL en su anuario estadístico, por la OPS en su Salud en las Américas y los Indicadores Básicos y por organismos internacionales como el FMI (GFS), la ONU, y la OMS en sus estadísticas de Salud en el Mundo. En la mayor parte de los casos, la información recoge las cifras disponibles, reportándose el año al que corresponde el registro. Los indicadores seleccionados son el de gasto total en salud, y sus componentes público y privado, destacando también al gasto en salud de la seguridad social.

El enfoque de contabilidad de salud se promueve en la región desde 1998 con estimaciones de gasto que inician en 1995. El enfoque se ha extendido progresivamente y cubre actualmente a más de 130 países en el mundo, incluyendo reportes existentes en 23 de los 35 Estados Miembros de la OMS en las Américas. Más de 75 países han realizado estimaciones que cubren 5 o más años. Actualmente, los reportes de gasto de las Américas con frecuencia incluyen las cifras de las estimaciones de cuentas de salud.

Si bien las cuentas han contribuido a informar diversas decisiones en el sistema de salud, la mayor parte de las publicaciones se limitan hasta ahora a una presentación de indicadores seleccionados, principalmente asociados a documentar quien paga por los servicios. Este apartado presenta en forma breve los principales resultados de la información disponible sobre gasto en salud en la región.

2.2 Indicadores de gasto en salud más frecuentes y su evolución

2.2.1 Como se refleja la riqueza en el gasto en salud?

El esfuerzo mundial por cubrir las necesidades de salud es importante y se incrementa cada año, a juzgar por las cifras disponibles desde 1995, que gana más de un punto porcentual en el periodo. La región en su conjunto, muestra la distribución más elevada de gasto en salud como proporción del PIB, que llega a ser de 14% en 2009. Cuando se comparan los promedios medidos en el conjunto de los Estados Miembro de la OMS (193 a la fecha, agrupados en 6 regiones), se aprecia que el nivel de la región es seguido por Europa, con una diferencia notable, de 4 puntos porcentuales.

Como se observa en la tabla 1 (http://www.who.int/nha/country/world_tables/en/), la región de la OMS agrupa a los 35 Estados Miembro de América. La agrupación de los países incluye una referencia geográfica, cuyas cifras reflejan promedios ponderados por población. Esta ponderación permite apreciar mejor la situación de la cobertura del gasto descrita por los indicadores seleccionados en la población. Logra establecerse que en las Américas, en resumen, existe un elevado nivel de gasto con distribución compartida por los sectores público y privado, con discreto predominio del gasto privado. En Europa, esta

distribución se concentra principalmente en el sector gobierno (circa 75%), en tanto que el gasto privado, elevado de las Américas, es superado por el sureste asiático y la región del Pacífico Oeste.

La asociación del gasto en salud con el PIB implica una fuerte correlación en la que los países con mayor PIB dedican mayor parte de sus recursos a la salud. Ya que el comportamiento del gasto en salud se asocia al del PIB, la agrupación de los países no por su ubicación geográfica sino por su nivel de ingreso per cápita (PIB), permite identificar similitudes desde otra perspectiva (ver tabla 2). Sin embargo, el análisis por nivel de ingreso debe complementarse con el análisis de la estructura y madurez del sistema de salud. Por ejemplo, en la tabla 1, el nivel de gasto como proporción del PIB en las Américas se reduce a la mitad cuando se excluyen Canadá y Estados Unidos del análisis, lo que se asocia al porcentaje de los EUA, país con la mayor magnitud poblacional, y refleja en la región sus valores.

Las diferencias en nivel expresadas en valores absolutos de gasto, en dólares o en dólares internacionales (a paridad de capacidad de compra) permiten observar la magnitud de las diferencias: el gasto de 2,980 USD por persona en Américas para 2009 se reduce al excluir a Canadá y a EUA a tan solo 473 USD en América Latina y el Caribe.

2.2.2 El gasto de gobierno en salud

El compromiso del gobierno en el financiamiento de la salud se ha propuesto por países africanos como un indicador clave en el monitoreo social. El acuerdo de Abuja ha establecido como deseable que el 15% del financiamiento público se canalice a la salud. En la región, este indicador llega a ser de 16%. Dentro del conjunto de los Estados Miembros, Américas es seguida por Europa y los países del Pacífico Oeste. Cuando se excluye a Canadá y a EUA del grupo, el nivel se reduce de 16 a 12%, si bien relativamente superior a las regiones con población de menor ingreso, como África. Cabe señalar el caso de los países productores de petróleo, con un ingreso muy elevado, que relativiza los valores de gasto en salud.

Sin dudar del compromiso explícito e implícito de los gobiernos de la región, cabe sin embargo cuestionar la apropiada medición del denominador, habida cuenta que en muchos países la medición del sector gobierno es parcial, y cubre únicamente al gobierno central. De hecho, el FMI está reforzando sus esfuerzos por lograr una cobertura más estandarizada en sus registros de monitoreo del gasto de gobierno en sus Estadísticas financieras en el mundo, incluyendo las Américas.

La política de apoyo a la salud se expresa en diversas intervenciones, como es la protección financiera, que incluye no solo la intervención directa del gobierno, sino también la promoción de esquemas de prepago, principalmente cuando involucran el seguro público de salud. En las Américas esta modalidad es importante, cubriendo casi una tercera parte de los gastos de salud a lo largo del periodo, pero es relativamente baja, si se compara con los niveles de otras regiones. Esta relativa estabilidad en un nivel modesto de cobertura se asocia al papel predominante de la informalidad en la economía de la región, una de cuyas expresiones es la falta de cumplimiento de los pagos de la seguridad social.

2.2.3 El gasto privado

La cobertura de los esquemas de prepago privados es sorprendentemente elevada en la región, lo que deja también al gasto directo de los hogares como proporción del gasto privado entre una de las más bajas del mundo. Nuevamente, este promedio regional pareciera estar influenciado por un reducido grupo de países. Excluyendo a Canadá y a EUA, se reducen los promedios de 64 a 16%.

El gasto directo de hogares es el que ha captado la atención para el monitoreo de las políticas de financiamiento. Es la potencialidad de falta de acceso por carencia de recursos y de endeudamiento o bancarrota (gasto catastrófico), la que se monitorea. A nivel mundial, este indicador continúa aumentando, especialmente al considerar los valores absolutos, pero varias regiones, incluyendo la de

Américas, ya se esfuerzan por reducir este gasto, con frutos modestos pero visibles. No obstante, la diferencia en la participación del gasto privado y específicamente del gasto directo de los hogares, es mucho mayor en los grupos de países conforme su nivel de ingreso per cápita se reduce. Son los más pobres quienes enfrentan aun el mayor riesgo financiero.

2.2.4 El apoyo internacional al gasto en salud

En los países de muy bajos recursos la idea es asegurar la sustentabilidad del gasto en salud, con recursos nacionales apoyados con los de la comunidad internacional. En Américas, la ayuda externa es relativamente reducida, y se concentra en un pequeño grupo de países, de menor ingreso, y en forma más amplia, especialmente asociada a emergencias. No obstante, existen dos criterios para impulsar su monitoreo concienzudo, que son el monto relevante y su ubicación estratégica.

Cabe señalar, que el sistema de financiamiento considera domésticos los recursos cuando se trata de préstamos. En las Américas los préstamos conservan una posición importante, y ameritan de estrategias de monitoreo específicas para hacerse visibles a nivel internacional. Hasta ahora el monitoreo para el caso de la salud, es interno.

2.2.5 El gasto en salud resumido según los niveles de ingreso

Para apreciar mejor la situación de los países según el nivel de recursos de que disponen, la agrupación de los países para su comparación por nivel de ingreso per cápita es valiosa y complementa el enfoque geográfico descrito anteriormente. La tabla 2 muestra una clara concentración por nivel de ingreso per cápita de los países: la mayor proporción del gasto en salud respecto del PIB, la mayor proporción de gasto público y de esquemas de prepago público se ubica en los países de mayor ingreso y es en los de menor ingreso donde el gasto privado, principalmente con gasto directo de los hogares, así como la proporción de apoyo externo. Esta doble carga de mayor desprotección y riesgo financiero en los países pobres se ha descrito en la región a través del monitoreo de los gastos catastróficos, complementario en la mayor parte de los países con cuentas de salud.

En el grupo de países de bajo ingreso únicamente Haití pertenece a la región de las Américas, y la mayor parte de los casos se ubica en los grupos de ingreso medio. Otros países de alto ingreso, como son Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Trinidad y Tobago, en donde se encuentra en general un comportamiento del gasto en salud muy diferente al de EUA. Por ejemplo, en algunos casos, un reducido nivel de gasto privado, como en Antigua y Barbuda y en Barbados, con nivel cercano al 30%.

2.3 La medición de gasto en salud y sus fuentes

La información de gasto disponible en las series de la OMS (ver Encuadre 1) capta los registros accesados dando prioridad a los reportes de cuentas de salud, asimismo, a los estudios integrales de financiamiento y gasto. Con frecuencia la información no es generada en forma continua y en ese caso, las cifras disponibles permiten establecer un nivel de gasto que se complementa para llenar los vacíos, con fuentes de información compatibles con las fuentes que nutrieron a los reportes de cuentas. Cuando no es posible establecer una fuente de información apropiada, se generan estimaciones con base en los niveles identificados, utilizando macro-variables de referencia, como el gasto de gobierno y el gasto de consumo privado. En las Américas, la mayor parte de los países dispone de documentación y ciertamente, el acceso a los registros está siendo ampliado por la red pública que facilita la transparencia. Esta evolución se comenta para los grupos de registro seleccionados en la siguiente sección.

2.4 Cuentas y estudios integrales de gasto

La contabilidad en salud es dinámica y diversa en la región. Un grupo importante de países, 15 de los 22 que han estimado cuentas de salud, disponen de series con indicadores armonizados y otros han expresado la intención de continuar los procesos en marcha para generar series completas en un plazo breve. Los enfoques realizados, así como el contenido e indicadores varían en el tiempo y geográficamente. En gran medida las estimaciones son compatibilizadas y permiten la comparabilidad. Con frecuencia, la disponibilidad de cifras es discontinua, ya que las estimaciones no se realizan en forma anual. Esto hace que existan vacíos de información, que frecuentemente se llenan al realizarse la siguiente estimación multianual. Aunque pocos, algunos países han realizado una sola vez una estimación sin repetirla y en algunos casos, los reportes no han sido reconocidos como cifras oficiales.

Las cuentas enfrentan varios retos, entre los cuales puede resumirse la falta de criterios estandarizados en su generación y reporte. Por ejemplo, una tarea pendiente es ampliar la meta-data para asegurar que cada cifra es apropiadamente descrita para su comprensión por cualquier usuario:

- La calidad de elementos del sector público pareciera ser más estandarizada, sin embargo la ausencia de una discusión más enfocada en la función salud que en las instituciones dificulta valorar la composición de la estimación. Por ejemplo, con frecuencia el gasto de los estados y municipios no está consolidado con los flujos de transferencias inter-gubernamentales. La ausencia de la totalidad de los componentes puede afectar los niveles de manera importante, ya que algunos países proponen que los otros ministerios y niveles sub-nacionales implican 30% del gasto público en promedio.
- No siempre existe una revisión sistemática de los componentes medidos y no es factible establecer las razones de la ausencia de la información. Por ejemplo, no es factible establecer la magnitud de la ausencia de los componentes de seguro médico privado, ONG y corporaciones cuando no se incluye, si bien se intuye su exclusión por razones de factibilidad y/o relevancia. Cabe establecer la discusión y el acuerdo respecto de la imputación de las transacciones no medidas cuando se considera que son importantes.
- La mayor parte de los cuestionamientos involucran la dimensión del sector privado. La diversidad de aproximaciones para su medición y la ausencia de meta-data impide una comparación de este componente. Convendría establecer una comparación sistemática con pros y contras de los distintos métodos utilizados, para establecer la confiabilidad de las mediciones habida cuenta la disponibilidad de registros en los países. Para este esfuerzo, sin duda se puede obtener beneficios de los esfuerzos promovidos para operar el SCN 2008.

Es deseable disponer de una meta explícita de indicadores y sus definiciones estandarizadas de manera que todos los países promuevan que los registros documenten dichas cifras progresivamente. Para el caso de los países que desarrollan cuentas con enfoques diversos, este esfuerzo les permitiría alcanzar mayor comparabilidad y beneficiarse en la evaluación del desempeño de los servicios. Para los países con infraestructura estadística menos desarrollada les permitiría propiciar desarrollos progresivos dirigidos a ese fin, con un enfoque de “cobertura básica” de indicadores.

Una ventaja adicional de disponer de indicadores estandarizados sería dar factibilidad a una extensión en el uso de las cifras generadas a través de ejercicios de sub-cuentas o gasto específico por enfermedad o programa. Hasta ahora una cierta proporción de cuentas específicas dispone de poca infraestructura estadística a la cual vincularse.

Dada la importancia de los meta-datos que en forma sintética permiten ubicar al usuario sobre la cobertura y contenido de la cifra que analiza, pareciera ser importante discutir y acordar los estándares internacionales de reporte de meta-datos. Estos estándares pudieran proponerse para su seguimiento tanto para la diseminación de los resultados de las cuentas como de otras cifras de gasto en salud.

2.5 La riqueza de fuentes de información para el reporte de agentes de financiamiento

Una gran parte de los países de la región dispone de sistemas estadísticos maduros y en el caso contrario, los esfuerzos asociados a la implantación del nuevo sistema de contabilidad nacional ha impreso un esfuerzo por asegurar que las clasificaciones utilizadas sean las actualizadas, que las mediciones incluyan los análisis básicos, etc. Las cuentas de salud aprovechan muchos de estos esfuerzos.

El mapa adjunto resume esta situación, ya que de 35 países, 10 carecen de algún estudio integral (estimación pública y privada de gasto) pero tan solo en 3 casos se dispone de documentación parcial del gasto. Esto es, se dispone tan solo del gasto público, debiendo estimarse el componente privado. Ya que la idea es documentar las series de manera que se asegure la plausibilidad de las estimaciones, la carencia de registros distribuidos a lo largo del periodo en estudio, afecta la calidad de las series. En 5 países de la región se dispone de documentación para los dos componentes en forma escasa, hasta con tres puntos medidos en el periodo para cada componente (público y privado). En 27 países se alcanza una medición con la mayor parte de los registros buscados, considerándose series completas o casi completas.

Entre los países con mayor riqueza estadística, incluso la falta de cuentas de salud puede ser cubierta con cifras disponibles en forma armonizada, especialmente cuando los reportes son completos (por ejemplo, que incluyen apropiadamente los metadatos clave como son las fuentes de información y métodos de ajuste y estimación seguidos). Dado que en la mayor parte de los casos los usuarios se interesan especialmente en los resultados de las estimaciones, frecuentemente los reportes no incluyen el detalle metodológico que se requiere para valorar apropiadamente las cifras. De ahí la importancia de la liberación de reportes metodológicos a los que se pueda recurrir para mejor entender las cifras.

En el caso de los gastos públicos, la clasificación de gasto del gobierno por función cubre en gran medida el valor del gasto público al que aspira también la contabilidad de salud. Salvo por discrepancias metodológicas mínimas, como es la medición de la investigación y desarrollo en salud, se espera la coincidencia en valores. Sin embargo, aun cuando aparentemente las cifras pueden ser compatibles, el reporte que se encuentra en los países puede no coincidir con el de las cuentas de salud, principalmente porque no siempre se reporta un consolidado de gasto público sino que, con frecuencia, los reportes cubren componentes del gobierno central solamente. Estas cifras, sin embargo, dadas las necesidades de auditoría, se disponen con frecuencia. Un problema adicional, sin embargo, es el reporte agregado, que carece del desglose de los detalles sobre la salud que requieren las cuentas o los indicadores frecuentes. La recomendación propuesta incluye: avanzar hacia la integración de consolidados públicos por una parte y por la otra, la documentación apropiada de las fuentes de cifras y cobertura de la estimación.

Cada vez con mayor frecuencia, los gastos por función reportan la seguridad social, así como los gastos en salud de otras entidades públicas, lo que sugiere el fortalecimiento de la función rectora del gobierno en materia de salud.

En el caso del gasto privado, el componente mayor en casi la totalidad de los países es el de gasto directo de los hogares, excepto en Uruguay y Estados Unidos de América. Las fuentes documentales utilizadas en su medición son principalmente las encuestas de gasto de hogares, las cuales no siempre se realizan con una frecuencia uniforme en los países. En algunos países, no llegan a ser decenales, lo que dificulta la

disponibilidad de cifras actualizadas. La clasificación utilizada es la de consumo privado según propósito y en la mayor parte de los casos, y se reporta una sola cifra para salud. Con frecuencia no se describen los componentes en detalle sino en forma agregada.

Con mayor frecuencia, las auditorías del área financiera incluyen a los sistemas de seguro privado, que presentan conceptos de pólizas y reclamos específicos para la salud. La mayor parte de los países han integrado esta fuente a sus estimaciones, sin embargo, existen casos de cuentas cuya agregación del gasto privado no permite obtener información sobre este tipo de servicios.

Un componente que resulta ser estratégico de seguir es el de los organismos no gubernamentales. En muchos países las entidades de financiamiento externo han incrementado o al menos conservado una participación en las decisiones de ejecución de gasto de recursos asociados con donaciones. El concepto de una agencia de financiamiento externo activa en la discusión y generación de recursos en el país receptor se asocia con el de ONG y solo en mínimos casos, con el de enclaves. Es decir, que las agencias de financiamiento externo con presencia permanente y activa en los países receptores son consideradas residentes. Tanto la modalidad de donaciones, como de vínculos público-privado, la relevancia de las ONG se incrementa. En diversos reportes de cuentas de salud no existe un desagregado de este tipo de entidad, que es clave para el seguimiento de estrategias concretas de financiamiento y funcionales del sistema. Se dispone solo en un escaso número de países de la región.

Tal vez el componente menos explorado, excepto por las cuentas de SIDA, es el gasto en salud de las corporaciones. Los reportes son menos frecuentes, disponibles solo en un reducido grupo de 4 países de la región. Convendría realizar un esfuerzo por evaluar la necesidad de medir este componente.

2.6 Los casos menos documentados

Si se observa la información captada en las series de la OMS, cabe identificar que los países que carecen de cuentas, en la mayor parte de los casos disponen de documentación del gasto en salud. De los 8 casos que pudieran clasificarse en esta condición, 2 están en proceso de impulsar sus sistemas de reporte y es de esperar que otros 6 lo hagan en un plazo relativamente breve. Tal vez un esfuerzo a proponer es que se incremente de la disponibilidad de registros en los portales nacionales e institucionales.

2.7 Sugerencias y conclusiones

Dado que la comparabilidad representa una oportunidad de aprendizaje colectivo, disponer de cifras actualizadas en las bases de datos regionales e internacionales representa un beneficio invaluable. Por tanto, sería deseable que:

- a) los países participen activamente liberando sus estimaciones para ser consultadas e integradas en facilitando las bases de datos de manera que se facilite el aprendizaje y evolución de este tipo de estimaciones;
- b) que cuando se actualicen las cifras, aunque no se establezca un nuevo reporte, se facilite integración de serie de tiempo armonizadas por país, cualquiera que sea el enfoque en el que se establezcan;
- c) que las cifras se documenten apropiadamente con las fuentes de información y los métodos de estimación y ajuste;
- d) asimismo, habría que asegurar que acordar un grupo de indicadores básico que permita un monitoreo común del desempeño de los servicios;
- e) el reporte compartido en la región pudiera ya incluir una serie de análisis comparativos especializados, que facilite el aprendizaje compartido.

Nota metodológica sobre las cifras que nutren estas tablas

La OMS (www.who.int/NHA) inició en 1999 el registro de las cifras de gasto en salud. La base de datos de OMS cubre a la totalidad de países de la región en un periodo de 1995 a 2009, captando la mayor parte de las cifras de gasto en salud en la región. Las cifras se han liberado como bien público desde 2000 en forma anual, siguiendo a un periodo de consulta con los ministerios de salud para su verificación, corrección o aprobación (ver tabla 1, tomada de http://www.who.int/nha/country/world_tables/en/).

La idea de este bien público es facilitar la comparación, reflexión y aprendizaje conjunto de los países sobre la realidad a nivel local y como se observa con respecto de países similares en historia, en área geográfica o en nivel de condiciones de vida. Sin embargo, la comparación para lograr sus beneficios, debe reflejar en la medida de lo posible, la realidad que proclaman. Esto es, la calidad de las cifras a las que se refiere es la base de la calidad de las conclusiones a las que se puede llegar.

Para alcanzar los fines comparativos deseables, se busca incluir prioritariamente los estudios de cuentas así como los resultados de estudios integrales de financiamiento y se busca complementar las series incluyendo también las cifras de países con documentación accesible y compatible. Las ventajas de una cobertura amplia, es que la comparación del contenido permite asociar los resultados con países vecinos, de ingreso o desarrollo del sistema de salud similar, etc. El propósito de facilitar las comparaciones internacionales se alcanza con mayor facilidad cuando hay una cobertura mayor.

Para lograr los objetivos de la comparabilidad internacional, sin embargo, es imprescindible asegurar que se dispone de los contenidos apropiados. Esto es, no basta tener etiquetas similares, hay que asegurar un mínimo de equivalencia en los contenidos en cuestiones básicas como la unidad de medida, cobertura institucional y geográfica, temporalidad, etc.

La base de datos capta las cifras de los ejercicios de cuentas, con un esfuerzo por armonizar las cifras disponibles a partir de las distintas aproximaciones de medición y análisis de gasto (ver tabla 1 a). Con este mismo esfuerzo se busca captar e integrar cifras generadas a partir de estudios integrales de gasto en salud. Un grupo de países, carece de cuentas de salud o estudios integrales de gasto en salud, para quienes se busca integrar los registros institucionales que puedan aproximarse a una medición de gasto (ver tabla 1 b): Por ejemplo, a partir de reportes del gasto en salud de entidades públicas (COFOG) y de gasto privado (COICOP).

En forma muy breve puede describirse el proceso de llenado de la base de datos con base en tres etapas: se busca la mayor parte de las fuentes que contengan información sobre el gasto y se complementan, o comparan a fin de establecer la mejor fuente, la de mejor cobertura y compatibilidad con el contenido esperado. Los vacíos se llenan con estimaciones basadas en información que oriente sobre la tendencia del gasto en los años por llenar, para asegurar que las estimaciones sean apropiadas. Usualmente esto se logra en forma sintética con macro-variables de referencia como son el gasto público o el gasto de consumo privado.

Las series son más confiables según logran tener documentados a) tanto el gasto público como el privado; b) cuando se logra documentar el mayor número de años de la serie c) cuando los vacíos de información se infiltran con cifras documentadas a lo largo de la serie. Con base en estos criterios, los países incluidos en la comparación se dividen según la documentación existente en a) con documentación parcial (no existe un punto documentado en alguno de los componentes, por ejemplo, no hay encuestas de hogares en el periodo); b) se dispone de documentación escasa en la serie, de hasta tres puntos en el periodo; c) se dispone de más de tres puntos en el periodo e incluso e) series completas documentando el gasto (ver mapa anexo).

Cobertura de cifras de gasto en Salud



DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Capítulo 3

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS CNS EN ALC

Autores: Ricardo Valladares, Magdalena Rathe, Patricia Hernández, Dania Guzmán

Colaborador: Ernesto Báscolo

NOTA: *Esta sección está en proceso de revisión, a raíz de las discusiones sostenidas sobre el análisis de las informaciones de los países, la incorporación de otros datos considerados relevantes y sugerencias realizadas por los mismos autores a los componentes que han trabajado uno y otro.*

3.1 Introducción

En forma creciente, los sistemas de salud en América Latina y El Caribe han desarrollado cuentas sectoriales, como medio para proveer una descripción sistematizada de los flujos financieros relacionados al financiamiento, provisión y consumo de bienes y servicios de servicios de salud. Incluso, existe un proceso de institucionalización en la producción de las cuentas de salud, en donde se define una articulación que garantice la recolección de información y la producción de reportes útiles para analistas y responsables en la formulación y evaluación de políticas de salud.

Es evidente que los países de ALC están dando los pasos¹ necesarios para institucionalizar las cuentas de salud, mediante: a) instalación de sistemas de información contable y financiera de salud (Ministerios de Salud, Institutos de Estadísticas y Bancos Centrales); b) cultura de transparencia y uso de información en los gobiernos; c) prioridad presupuestaria; d) captar el interés de los políticos y directivos de instituciones; e) evitar modelos complejos y facilitar el conocimiento y su disseminación; f) crear capacidad institucional para la producción y uso sistemático de las informaciones y g) esfuerzos regionales y prioridad de los organismos regionales e internacionales.

En ese sentido, los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera se interesan por el avance en el proceso de institucionalización de las cuentas nacionales de salud (CNS), ejecutando acciones que lo fortalecen a nivel regional y mundial, por un lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS)², conjuntamente con la OECD y Eurostat han desarrollado consultas regionales para revisar el SCN (SHA por sus siglas en inglés) e incorporar las observaciones efectuadas por los expertos en la materia, a fin de tener un marco general que permita producir datos estandarizados e internacionalmente comparables. De su parte, el Banco Mundial³, con financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, ha estado trabajando estrechamente con la OMS, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para apoyar este proceso y poder entender mejor la disponibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos en el sector de la salud.

La nueva versión de las cuentas en salud, conocidas como SHA.2 se estructura a partir de tres interfases: consumo, provisión y financiamiento, presentadas como un instrumento de sistematización de la información del flujo de recursos. Estos tres ejes articulados buscan adecuar la organización de la

¹ Andre Medici, PPT Cuentas de Salud - Progresos y Retos en América Latina, BID, 2007

² Las consultas para la región de ALC fueron tres y se realizaron en México, DF (2009); Cuernavaca, México (2009) y Punta Cana, República Dominicana (2010).

³ Como parte de este trabajo en octubre 2010, en Washington, DC, se aboco a consultar el Plan Global de Acción Estratégico (GSAP), proponiendo un marco para los países y asociados para el desarrollo de la producción y el uso de rutina de las CNS.

información de las cuentas en salud a las nuevas exigencias requeridas para el análisis y para evaluar las innovaciones corrientes de los sistemas de salud.

Para garantizar la utilidad de las cuentas en salud se requiere una identificación de los rasgos característicos de los sistemas de salud de los países de América Latina y El Caribe (ALC), sus problemas y desafíos pendientes, reconocidos por autoridades sanitarias y la comunidad académica de la región. Esta caracterización serviría como plataforma de referencia a las interrogantes y necesidades sustantivas que surgen en la formulación y evaluación de políticas de salud, cuya aplicación sobre la realidad de ALC facilitaría reconocer su utilidad en el contexto de los sistemas de salud de la región en la presentación de cada interfase.

3.1.1 Características y desafíos de los sistemas de salud en América Latina

Si bien durante la última década existe un crecimiento económico en la mayoría de los países de la región, que se refleja en el aumento tanto del sistema de seguridad, como también de los presupuestos públicos, las características del sistema de protección social emergente adolece de mecanismos redistributivos que garanticen accesibilidad de los servicios de salud en forma equitativa para toda la población. En gran parte de estos países prevalecen mecanismos privados de asignación de recursos, limitando la capacidad redistributiva del gasto en salud (Cetrángolo 2007).

El modelo de financiamiento de varios países de América Latina está caracterizado por la segmentación del sistema de salud en diferentes sistemas de cobertura, compra y provisión de servicios de salud. Al examinar la participación del gasto privado en el gasto total en salud se aprecia que éste es comparativamente más alto en la región (45%) que el promedio mundial (42%) y significativamente mayor que en los países de la OECD (28%). El que el gasto privado alcance cerca de la mitad del gasto total en salud, y que el de bolsillo se aproxime a un 37%, es reflejo de las debilidades de los sistemas de salud públicos y de seguridad social en la región para brindar una cobertura de salud efectiva (Cetrángolo 2011).

Otro de los rasgos característicos de los sistemas de salud en América Latina es la debilidad de la función de rectoría por parte de las autoridades sanitarias. Un marco de desregulación o escasa regulación en la introducción de nuevos recursos privados e innovaciones tecnológicas (de apartados médicos e insumos) vulnera la capacidad de los compradores públicos en la definición de reglas del juego del sistema de provisión de servicios. La existencia de múltiples instituciones aseguradoras y compradoras de servicios e insumos debilitan la capacidad de negociación de gran parte de las agencias públicas con tales funciones (Levcovich y Acuña 2003).

La presencia relevante de un complejo productivo médico con capacidad de introducir nuevas tecnologías, influenciar sobre la determinación de precios relativos e implementar contratos comerciales representa un factor determinante en la definición de la puja distributiva de los recursos destinados en el sector salud. La relación entre esta oferta y las instituciones de financiamiento son claves analíticas, ya que se trasmite la puja distributiva presente en la oferta de los servicios sobre los diferentes precios y planes de la cobertura médica. De esta forma, oferta de servicios y el financiamiento de los servicios de salud están relacionados a través de los mecanismos de asignación de recursos presentes en ambos espacios.

En este marco, es posible argumentar que en los sistemas de salud en América Latina conviven diferentes modelos de relaciones establecidas entre agencias/actores/recursos públicos y privados que definen reglas del juego con influencia decisiva sobre las condiciones de equidad en la accesibilidad de los servicios por parte de la población. Más aún, los desafíos sociales pendientes siguen residiendo en las barreras de

acceso a servicios de salud con calidad en los sectores sociales con mayor vulnerabilidad social. Por este motivo, el desafío social se vincula con el análisis del desempeño del sistema de salud.

De esta forma, los sistemas de salud en América Latina conviven con innovaciones relevantes en materia de esquemas de financiamiento, y en el desarrollo y organización del complejo productivo en salud, junto con desafíos pendientes en materia de condiciones de accesibilidad para toda la población.

3.1.2 Uso de las cuentas en salud y los sistemas de salud en América Latina

Observando los desafíos de los sistemas de salud de la región, se desarrolla una discusión acerca de la utilización de las cuentas de salud para analizar los procesos de cambio de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe, donde se presentan los conceptos de recursos, actores y mecanismos de asignación de recursos como dimensiones analíticas que permiten explicar las innovaciones institucionales de los sistemas de salud en la región.

La utilización de las cuentas de salud como herramientas de exploración de los sistemas de salud no debe ser considerada sólo como un instrumento de medición y análisis de una situación estática. Es imperioso destacar la necesidad de reconocer y entender los procesos de cambio de aquellos mecanismos de asignación que determinan la dinámica y efectividad de los sistemas de salud.

De esta forma, la utilización de las cuentas en salud no se reduce a la institucionalización de procedimientos, estableciendo de esta forma rutinas organizacionales y compromisos formales al interior del sistema de salud. En cambio, el desafío de la utilización de las cuentas en salud supone mejorar la capacidad analítica para interpretar las innovaciones relevantes que se producen actualmente en los mecanismos de asignación de recursos presentes tanto en los esquemas de financiamiento, sus modalidades de articulación con el complejo productivo médico y sus implicancias en términos de condiciones de equidad en las condiciones de acceso a los bienes y servicios de salud.

Este abordaje reconoce los problemas de economía política de los procesos de formulación e implementación de las reformas de salud, los principales actores involucrados, sus intereses, valores y su influencia en la producción institucional del sistema de salud (Benson 1975, Báscolo 2010). Los actores pueden reconocerse y caracterizarse en las tres interfases: los agentes de financiamiento, los diferentes tipos de proveedores y los grupos poblacionales o usuarios de bienes y servicios de salud. La economía política del modelo de financiamiento del sistema de salud comprende la conflictividad de intereses entre los contribuyentes, beneficiarios, agentes de financiación y proveedores de los servicios de salud (Báscolo 2009).

Las normas sociales que definen las reglas del juego del marco institucional de este esquema analítico son los mecanismos de asignación de recursos. Sin embargo, en este abordaje, los actores no deberían ser considerados sólo agentes cuyas conductas están determinadas por el marco institucional vigente, sino que pueden tomarse como protagonistas o influyentes en la institucionalización de la forma de funcionamiento de las reglas del juego del sistema de salud.

De esta forma se busca completar una perspectiva dialéctica entre actores e instituciones, para explicar la producción institucional de la configuración de los sistemas de salud. La producción institucional se refiere a la definición de las “reglas del juego” establecidas por las normas sociales y organizacionales (tanto formales como informales) que regulan el sistema de servicios de salud (Báscolo 2011).

La utilización de las cuentas en salud como herramienta de análisis de los procesos de cambio de la estructura institucional de los sistemas de salud y sus flujos financieros puede sintetizarse a partir de las relaciones establecidas entre recursos, actores y normas sociales (mecanismos de asignación).

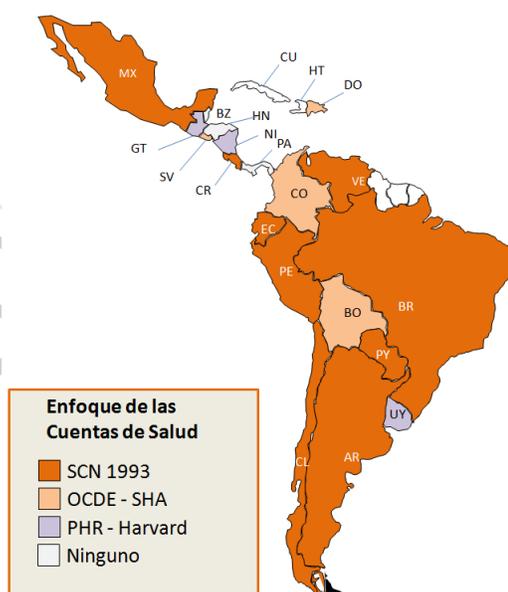
3.2 Enfoques de medición de las CNS y opciones de uso en ALC

Los estudios de cuentas de salud pueden seguir diversas opciones metodológicas; aunque todas ellas se basan en las reglas de la contabilidad nacional (SCN) y los límites del gasto en salud de la clasificación internacional de actividades industriales (ISIC), el énfasis del análisis y la presentación de resultados varía de una a otra de las tres principales opciones:

a) *El enfoque de medición por fuentes y usos de fondos*, promovido por la Escuela de Salud Pública de Harvard, que se deriva del registro de gastos de salud en Estados Unidos.⁴ Incluye clasificaciones por fuentes, agentes, proveedores, funciones de atención y objetos de gasto. Siete de los primeros ocho países que participaron en la iniciativa conjunta entre USAID/PHR y OPS optaron por esta metodología. La iniciativa desarrolló cuatro talleres: en 1997, el de la Ciudad de México; en 1998, los de Quito - Ecuador y Juan Dolio en República Dominicana, y en 1999, en San Salvador - El Salvador. En este último taller se hizo notar que la falta de definiciones, procedimientos y clasificaciones estandarizadas se constituía en problema, y que debía trabajarse en desarrollar guías metodológicas para mejorar la consistencia y comparabilidad de los resultados a través del tiempo y a lo largo del continente.⁵

b) *El enfoque de medición por propósito del consumo final*, desarrollado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) utiliza las clasificaciones internacionales de gasto por propósito del consumo individual (COICOP), el gasto por funciones de gobierno (COFOG) y por propósito de entidades no lucrativas (COPNI). La OCDE ha publicado una descripción del Sistema de Cuentas de Salud⁶ y la Oficina de Estadísticas de Salud del Reino Unido preparó una guía para facilitar su aplicación⁷. En este enfoque, se consideran fuentes los que en el enfoque de Harvard son agentes. Incluye otras clasificaciones, como categorías de enfermedad, edad y género de los usuarios, índices de precios en salud, comercio internacional en salud y otros, pero pocos países las han podido documentar.

c) *El enfoque de medición del valor agregado*, también llamado de Cuentas Satélite, que aplica la metodología de contabilidad nacional para estimar el valor agregado sectorial. Las cuentas satélite proveen un marco para analizar con mayor detalle un aspecto de la vida económica y social en el contexto de la contabilidad nacional, como en el medio ambiente, el turismo, o la



GRÁFICA 1 ENFOQUE METODOLÓGICO POR PAÍS

⁴ BERMAN, Peter (1997). National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. Health Economics 6(1), pp11-30.

⁵ MAGNOLI, Alessandro (2001) Cuentas nacionales de salud en América Latina y el Caribe: Concepto, resultados y política de empleo. Universidad de Harvard - BID / INDES.

⁶ OECD (2000). A System of Health Accounts. OECD Publications Service, París.

⁷ Office of National Statistics, UK (2004) SHA Guidelines: Practical guidance for implementing A System of Health Accounts in the EU. Eurostat Project: "Support Package for Applying the Manual of Health Accounts in the EU".

vivienda.⁸ Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un manual para la preparación de cuentas satélite de salud.⁹

Un quinquenio después, desde la OCDE se publicó el Sistema de Cuentas de Salud, y con auspicios del BID, el Manual del Productor de Cuentas para países de ingresos medios y bajos. La divulgación de estos documentos y la capacitación generada con ellos facilitaron que un nuevo conjunto de países participara en la realización de estudios de cuentas de salud, entre ellos, Costa Rica, Chile, Haití, Honduras Panamá y Paraguay.

Por su parte, el Sistema de Cuentas Nacionales de 1993, permite el desarrollo de extensiones del modelo a distintas áreas de interés para los países, incluyendo la generación de ingreso y productos de salud. Bajo este enfoque, el análisis financiero se complementa con variables de producción, adición de valor y acumulación, necesarias para dimensionar el aporte de las industrias de la salud a la economía de los países. Recientemente, OPS generó un manual para desarrollar *cuentas satélites de salud*. Algunos países, como Ecuador y Perú, iniciaron con cuentas satélites durante la segunda mitad de los noventa. Otros países, como Brasil, Chile, Costa Rica, Paraguay y Venezuela se movieron hacia este enfoque hasta la segunda mitad de los dos mil. Algunos países han optado por realizar ambos tipos de cálculo, como Argentina en 1997, y México en 2004 – 2008.

3.3 Institucionalización de las CNS en ALC

América Latina y el Caribe han aportado algunas de las experiencias pioneras en la medición del gasto en salud, y en varios países se han realizado estimaciones suficientes para construir series históricas. Con el fin de valorar los progresos, identificar los desafíos y proponer líneas de acción, se presenta el análisis de situación de las cuentas de salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

3.3.1 Institucionalización en países de ALC: caso de México

México fue el primer país de América Latina en realizar un ejercicio de CNS en 1992, bajo la conducción de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), realizando el estudio para la serie de tiempo comprendido entre 1992 –1998. A partir de 1999 las cifras de las CNS provienen del SICUENTAS de la Secretaría de Salud y como forma de institucionalizar las CNS en México contemplaron en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 una estrategia referente a la creación de un sistema de cuentas nacionales y estatales en salud.

El proceso de institucionalización en México de las cuentas siguió un ciclo, durante el cual se realizaron diversos estudios y se ejecutaron acciones:

- 1993 - FUNSALUD - Economía y Salud - Sistema de cuentas nacionales de salud: Diagnóstico integral del sistema de salud: composición público / privado y carga de hogares
- 1993 - Secretaría de Salud / FUNSALUD -Estudio del gasto estatal y privado en servicios asistenciales: Desigualdades estatales e interinstitucionales en el gasto.
- 1998 - Secretaría de Salud. Grupo Interinstitucional Información en Salud - Boletín de información estadística: cuentas en salud, herramienta para la reforma: Protección social en salud, disminución inequidades del financiamiento.
- 2000 – SIDALAC - Cuentas en VIH/SIDA

⁸ OECD (2003). Glossary of Statistical Terms: “Satellite Accounts”. OECD Statistics Portal: <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2385>

⁹ OPS (2005). Manual de Cuentas Satélite de Salud: Propuesta. Washington.

- 2001 - Secretaría de Salud. Sistema de cuentas de salud en el nivel federal y estatal (creación)
- 2001/2005 – Conformación del Grupo de Recopilación y Procesamiento de la Información para entidades federativas del Grupo Piloto: Oaxaca, Jalisco, Morelos y Estado México, teniendo como Grupo Asesor Técnico a INEGI, IMSSI, SSTE, Funsalud.
- 2006 - Secretaría de Salud. Sistema de cuentas de salud en el nivel federal y estatal (fortalecimiento)
- 2008 - Secretaría de Salud. Sistema de cuentas de salud en el nivel federal y estatal (revisión y mejora).

México estableció una metodología de trabajo para institucionalizar las CNS, mediante el establecimiento de grupos de trabajo en todo el sector salud, la revisión de las fuentes de información disponibles (Secretaría de Salud, SHCP, informes de gobierno, reportes anuales de las instituciones de seguridad social, INEGI), el inventario de la información estadística: características y medios de recopilación, estrategia de recolección y análisis de la información, concertación de cifras de todo el sector salud, aplicación de la metodología de CNS para el llenado de matrices y “Mexicanización” de la metodología (Manual).

En México el Sistema de Cuentas ha permitido:

- Integrar información de recursos financieros para la salud mostrando la asignación estatal de los fondos federales, la contribución que hacen las entidades federativas, los flujos que siguen estos recursos y cuáles son los principales proveedores de servicios que utilizan dichos recursos.
- Identificar los desequilibrios financieros que sirvieron como sustento para la Reforma a la Ley General de Salud y la creación del Sistema de Protección Social en Salud.
- En las entidades federativas, dar seguimiento del destino del gasto y como herramienta para negociar la asignación de recursos, para sustentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
- Insumo fundamental para el cálculo de la ASE que debe realizar cada entidad en el SPSS
- Continuar los ejercicios de Cuentas en Salud de manera anual.
- Mejora la visión del gasto del sistema de salud al presentar información de: Gasto Estatal, Gasto de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX) y Gasto privado.
- Contar con información financiera de manera regular (anual) registrada a partir de tres clasificadores: Objeto de gasto, Actividad institucional y por Funciones del Sistema de Salud (está última de acuerdo a clasificador OCDE).
- Identificar el financiamiento del sistema de salud a partir de fuentes, agentes y proveedores.

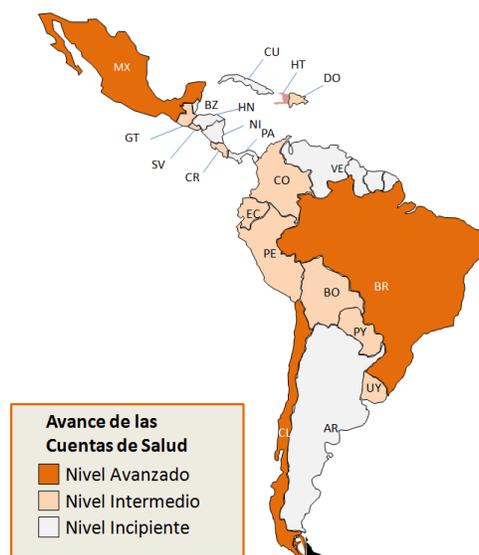
Tabla 1: Resumen de indicadores de institucionalización de las CNS en México	
Entorno y gestión	Existencia de mandato; la gestión está impulsada por la S Salud; Identificación clara de las iniciativas (PSS, PAESNIS, NOM-040); Estrategias de coordinación entre las principales partes interesadas (Sector Salud).
Recursos humanos y financieros	Personal capacitado (Nivel federal y estatal); capacidad técnica adecuada; financiamiento incorporado en las estructuras que soportan el trabajo. Sin embargo se debe invertir más en capacitación e infraestructura informática.
Recolección de datos	Existe disponibilidad y acceso de la información; se trabaja en mejorar las necesidades de datos de todo el sector salud con base en metas, propósitos y planes de trabajo; información privada se trabaja de manera particular (a partir de 2008) con INEGI.
Gestión de datos	Estrategia actual clara para almacenar, administrar y usar los datos; Existencia de varios métodos de estimación de cifras de gasto privado en algunos rubros, por ello se trabaja en la definición de metodologías homogéneas y estándares.
Productos de información	Elaboración de informes y publicaciones nacionales e internacionales; integración de las matrices de las CNS extendidas; las subcuentas no son parte de las actividades rutinarias de SICUENTAS.
Calidad de los datos	Problemas de oportunidad en algunas entidades; frecuencia, coherencia adecuada y alcance en los datos existentes de manera anual a partir de 2001, con desagregación a nivel de entidad y algunos conceptos de gasto; metodología estandarizada; comprobaciones de validez adecuados (SHCP, Estados, Instituciones, INEGI).
Divulgación y uso	Vínculo con políticas de planeación, monitoreo y seguimiento; mejorar la relación entre productores de CNS y los usuarios; estrategia de divulgación buenas pero fortaleciéndose; la presentación de informes estadísticos en los países está vinculada a los datos de CNS; faltan vínculos a otros mecanismos de seguimiento de recursos.

Fuente: Carlos Sosa, PPT SICUENTAS en Consulta Global, Washington, 2010

3.3.2 Situación encontrada en ALC

En relación con el desarrollo de las cuentas de salud cabe reconocer tres niveles:

- a) **Nivel Avanzado:** Corresponde a países donde existe mandato legal de presentar cuentas de salud en forma periódica, se ha designado una unidad institucional para prepararlas, y ésta posee el enfoque metodológico, las herramientas y procedimientos para la estimación; se cuenta con una serie histórica cuyos datos más recientes no tienen más de tres años de antigüedad, y se han creado los medios para la difusión y utilización de los datos. En este grupo se encuentran Brasil, Chile y México. Los dos últimos son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y el primero es aliado de dicho foro de las 34 naciones más industrializadas del mundo. El Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) forma parte de las áreas de reporte establecidas por la OCDE.



GRÁFICA 2 NIVEL DE AVANCE POR PAÍS

- b) **Nivel Intermedio:** Se trata de países con una serie histórica de datos, no actualizada en tres o más años, y construida principalmente como resultado de cooperación externa; en este nivel, ya se observan esfuerzos de institucionalización pero con recursos insuficientes para generar rutinariamente estimaciones que resulten relevantes para audiencias con influencia en las políticas de salud. En algunos casos hay unidades dedicadas a la producción de cuentas de salud, pero sin el respaldo y los medios suficientes para obtener la información y actualizar las estimaciones. En este grupo se

encuentran Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

- c) **Incipiente:** Se refiere a países que en alguna ocasión hicieron un estudio de medición del gasto en salud, que podría abarcar uno o más años, pero están desactualizados y no hay entidades nacionales designadas ni espacios de coordinación interinstitucionales para la integración de información de cuentas. Los estudios dependen de iniciativas y recursos externos; con frecuencia, son coordinados y preparados por personal de corto plazo, ajeno a las entidades que podrían darle continuidad al esfuerzo. Los resultados tienen poca difusión y utilización. En este grupo se encontró Argentina, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela.

3.3.3 Acervo de estimaciones disponibles

El conjunto de estimaciones de cuentas de salud abarca de 1992 a 2009. El número de años estimados no depende en todos los casos de qué tan temprano empezó un país a hacer las estimaciones: está el caso de México, que inició en la primera mitad de los noventa, y los casos de Colombia y Costa Rica, que empezaron a inicios de los años dos mil, pero han investigado retrospectivamente hasta reconstruir la serie histórica desde temprano en los noventa.

Varios de los países participantes en la iniciativa de USAID-Harvard-OPS a mediados de los noventa, actualmente tienen entre 10 y 14 estimaciones, con excepción de Ecuador y República Dominicana, aunque ambos países realizan esfuerzos para reconstruir la serie histórica. De hecho, en este último, el Ministerio de Salud Pública, ha efectuado una serie 2003-2007 para gasto público en salud. Países centroamericanos como Honduras, y Panamá tienen una situación similar a la de Argentina, donde se realizó un esfuerzo de estimación pero no tuvo continuidad.

3.3.4 Grado de avance en la institucionalización de las Cuentas de Salud

El apoyo técnico y financiero de organismos internacionales, la contratación de equipos de trabajo temporales y la discontinuidad de los ejercicios demarcan una situación donde las cuentas de salud son un ejercicio esporádico y ajeno al encuadre institucional de la gestión de las políticas de salud. En una exploración de la situación basal en algunos países de América Latina y el Caribe, se encontró que la apropiación institucional de las cuentas es un proceso todavía incipiente y localizado. Sin embargo, es importante reconocer que en el marco de la REDACS se ha generado en los últimos tres años una mayor conciencia y voluntad de generar el espacio jurídico, organizativo, técnico y presupuestario para la ejecución estable, regular y continuada de los ejercicios de cuentas nacionales.



GRÁFICA 1 NO. DE AÑOS QUE CUBREN LOS EJERCICIOS DE CUENTAS DE SALUD POR PAÍS



GRÁFICA 2 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN POR PAÍS

Para medir el avance de institucionalización de la región se aplicaron siete criterios (Anexo **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**):

1. Existencia del mandato legal de producir las cuentas de salud, el cual designa una unidad institucional para conducir y coordinar dicho esfuerzo;
2. Existencia de una asignación específica para la realización de las cuentas de salud;
3. Designación de personal dedicado a la elaboración de cuentas de salud;
4. Capacitación recibida por el equipo de trabajo en los temas de cuentas de salud;
5. Existencia de estándares (manuales de operación y guías metodológicas)
6. Divulgación efectuada (medios y frecuencia) de los resultados de las cuentas
7. Uso de los resultados para distintos fines (planificación, evaluación, formulación de políticas, etc.)

Trece países cuentan con información sobre el grado de cumplimiento de los criterios (0 = no cumple; 1 = progreso en el cumplimiento; 2 = cumple el criterio). La situación de este conjunto de países indica un avance de poco menos de la mitad de cumplimiento, tal como se aprecia en el anexo I). Los países con mayor avance (50% – 79% de cumplimiento de criterios) son Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y República Dominicana. En situación deficitaria (25% - 49%) se encuentran Argentina, Bolivia, El Salvador, Paraguay y Perú. Cierran el grupo los países con las condiciones más limitadas de avance hacia la institucionalización (0% - 25%): Guatemala y Uruguay. Sería importante completar esta mirada regional con la información sobre el estado de avance en Belice, Cuba, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela.

3.3.5 El cuestionario conjunto

Los países miembros y candidatos a pertenecer a la OCDE y la Unión Europea reportan estadísticas de distintos temas en cuestionarios conjuntos entre oficinas de Naciones Unidas, OCDE y Comisión Europea. El cuestionario conjunto sobre salud se publica en la página sobre Sistema de Cuentas de Salud (SHA, en inglés) del sitio de OCDE (www.oecd.org).

En el marco de REDACS, se investigó el estado de avance de las cuentas de salud en algunos de los países miembros, pidiendo a algunos de los países que completaran la información de cuestionario conjunto para 2007 o bien el último año disponible.

El cuestionario conjunto es un libro de MS Excel® compuesto por ocho hojas electrónicas. En la hoja “General” se anota información general sobre el contenido de las tablas, como el país, el año de los datos, la fecha de reporte, el remitente, comentarios y metadatos de las tablas. La hoja etiquetada “Estimaciones preliminares” contiene una tabla resumen con el desglose del gasto por agente financiero para el año del reporte y de estimaciones preliminares para el año siguiente. Las siguientes cinco hojas contienen igual número de tablas que forman el núcleo del reporte y se describen en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

TABLA 1 MATRICES DEL CUESTIONARIO CONJUNTO		
Etiqueta	Dimensiones	Contenido
HCxHF	Agentes a Funciones	Fondos destinados por los esquemas financieros hacia distintas funciones de atención a la salud.
HCxHP	Proveedores a Funciones	Consumo de recursos de los proveedores en la prestación de distintas funciones de atención a la salud
HPxHF	Agentes a Proveedores	Flujo de recursos de los esquemas financieros a los proveedores de servicios
HFxHS	Fuentes a Agentes	Flujo de la recaudación de fondos que hacen los agentes a partir de las diversas fuentes de financiamiento

RCxHP	Proveedores a Recursos	Consumo de recursos de los proveedores en la prestación de servicios por factor de costo utilizado
-------	------------------------	--

La octava hoja del libro se etiqueta “Report” y contiene una verificación de consistencia interna del juego de tablas, al interior de las tablas y entre las tablas mismas.

Los países que participaron en el llenado del cuestionario conjunto (y los años cubiertos) fueron: Bolivia (2005-2006), El Salvador (2007), México (2007), República Dominicana (2007) y Uruguay (2004). La falta de convergencia temporal de los datos no afecta, dado que no se busca una comparación entre países acerca del gasto realizado, sino en la disponibilidad y el detalle de información de cuentas de salud. Estos países comprenden todos los extremos en la situación de las Américas: hay países extensos, como México o Bolivia, y pequeños como El Salvador, República Dominicana o Uruguay; en algunos la institucionalización está más avanzada, como en México o República Dominicana, y avanza lento en los demás; el único factor común es que los países participantes aplican el enfoque del Sistema de Cuentas de Salud de OCDE.

3.3.5.1 Tablas Entregadas

Solamente Bolivia y El Salvador llenaron todas las tablas del cuestionario conjunto. México, República Dominicana y Uruguay no presentaron datos sobre el flujo de proveedores a funciones de la salud. México y República Dominicana no presentaron las tablas de esquemas financieros a proveedores ni de proveedores a recursos. Uruguay no presentó la tabla de esquemas financieros a funciones de atención a la salud (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

TABLA 2 MATRICES PRESENTADAS POR PAÍS						
País	Año	Funciones por Proveedor	Agentes a Funciones	Agentes a Proveedores	Agentes por Fuente	Proveedores a Recursos
Bolivia	2005	X	X	X	X	X
Bolivia	2006	X	X	X	X	X
El Salvador	2007	X	X	X	X	X
México	2007		X		X	
República Dominicana	2006		X		X	
Uruguay	2004			X	X	X

3.3.5.2 Disponibilidad de información

En este apartado se analiza cada clasificación participante en las matrices para identificar el nivel de disponibilidad de datos, los grupos de categorías con mayor disponibilidad y aquellos que resultan más difíciles de documentar e informar.

- a) **Fuentes Financieras.** En los cinco países, la información de más fácil acceso se refiere al financiamiento de fuente pública a nivel de gobierno territorial. El financiamiento originado por otras unidades de gobierno no estuvo disponible en Bolivia y República Dominicana. El gasto privado es complicado de obtener en la mayoría de países. México no reportó el financiamiento que aportaron fuentes privadas en ninguna de las matrices; en Uruguay no estuvo accesible el financiamiento de empresas y entidades sin fines de lucro; ni Bolivia ni México reportaron financiamiento con origen en el resto del mundo.
- b) **Agentes o Esquemas de Financiamiento.** El registro de datos sobre intermediación de financiamiento, en general, fue mejor para los esquemas públicos que para los privados.

Sin embargo, en República Dominicana faltó consistencia en los datos de ministerio de salud y otros ministerios con el gasto de la administración central, y no fueron reportados gastos de esquemas estadales o municipales. La información sobre agentes privados fue más escasa. México no reportó el gasto ejercido por agentes financieros privados; El Salvador se circunscribió a los pagos directos de hogares y copagos; República Dominicana incluyó gastos en primas de seguros, pero no el gasto de bolsillo, y como Uruguay (que tampoco reportó los copagos), no tuvo disponible información sobre el gasto de entidades sin fines de lucro y el de empresas. De todos los países, solamente República Dominicana reportó la intermediación realizada por esquemas financieros del resto del mundo.

- c) **Proveedores de Atención a la Salud.** La clasificación de proveedores del cuestionario conjunto incluye siete categorías amplias (a un dígito) de proveedores del país, y la categoría 9. resto del mundo. Las categorías son 1. hospitales, 2. atención de enfermería y residencial, atención ambulatoria, 3. venta al detalle de medicamentos y demás productos médicos, 4. administración de programas de salud pública, 5. administración general de salud y seguros de salud, así como 7. otras industrias (resto de la economía). México y República Dominicana no proveyeron información sobre el gasto causado por los proveedores de salud. Bolivia presentó registros completos para las categorías 1-4, pero en el grupo 5-7 tuvo limitaciones para reportar gasto en proveedores de seguros privados, minoristas de lentes, órtesis y prótesis, y las categorías 7 y 9. El Salvador y Uruguay no reportaron la mayor parte de entradas para atención de enfermería, atención ambulatoria y venta al detalle de productos; y como Bolivia, las categorías 6-7 y 9 no fueron reportadas.
- d) **Consumos de salud.** La clasificación de funciones de salud basada en el consumo (HC) de las personas, el gobierno y las entidades sin fines de lucro tiene siete categorías básicas, además de la categoría 9. gasto no especificado por tipo y dos categorías no incluidas en el gasto de salud: HC.R gastos relacionados a la salud y M1-M3 Ítems de memorándum. Uruguay no presentó resultados para la clasificación por funciones de atención a la salud. Ninguno de los países llenó las categorías de memorándum, y solo México completó algunas categorías de gastos relacionados (HC.R), como la capacitación de personal, la investigación y desarrollo, el control de la inocuidad de agua, alimentos y saneamiento, así como la salud ambiental. El reporte por funciones fue cubierto más exhaustivamente en los casos de Bolivia y México, aunque este último país no incluyó el gasto en aparatos y otros bienes duraderos de salud, ni el desglose de servicios preventivos, ni los ítems de la administración de salud y seguros. En cuanto a El Salvador y República Dominicana, además de los ítems anteriores, tuvieron dificultad para reportar los gastos de rehabilitación, la atención domiciliaria y de enfermería de larga duración, y en el caso de El Salvador, tampoco fueron reportadas las funciones relacionadas con servicios auxiliares de atención, como laboratorios, diagnóstico por imágenes, transporte médico de urgencias, y servicios auxiliares diversos.
- e) **Costo de Recursos.** El cuestionario conjunto enfoca el análisis de factores productivos en los ingresos laborales del personal, tanto los salarios de personal en situación de dependencia como ingresos de quienes trabajan por cuenta propia. México y República

Dominicana no reportaron esta tabla. Uruguay la presentó completa. Bolivia y El Salvador solamente presentaron el gasto en salarios para empleados, no para cuentapropistas.

3.3.5.3 Consistencia de las tablas

Las tablas del cuestionario se obtienen de la combinación de clasificaciones de fuentes, agentes, proveedores y funciones, y por ello los totales de las categorías deberían ser consistentes entre sí, con excepción de las clasificaciones de fuentes financieras (FS) y costo de recursos (RC), las cuales aparecen en una sola de las tablas (HFxFS y RCxHP, respectivamente). A continuación un breve resumen de la situación de consistencia por país.

- **Bolivia:** Los totales de gasto en las tablas de proveedores tienen una diferencia de 413 millones de bolivianos; la mayor parte de la diferencia ocurre en los proveedores de servicios ambulatorios y particularmente en los centros de atención ambulatoria. En los totales de las funciones existen numerosas discrepancias de pequeño monto, con excepción de una diferencia de 884.55 millones de bolivianos en HC.1.1 Atención curativa hospitalaria, que fue registrado en la HCxHF pero no en HCxHP. En los datos de agentes o esquemas financieros ocurre algo similar: no hay discrepancias entre totales de las tres tablas para agentes (HCxHF, HPxHF y HFxFS), solamente falta en la tabla de fuentes a agentes (HFxFS) la anotación de 989 millones de bolivianos en *HF.2.3.1 gasto de bolsillo excluyendo copagos*, que si aparece en las otras dos tablas.
- **El Salvador.** Existen diferencias notables en los totales de proveedores por función y por agente financiero, especialmente para los hospitales (generales y de especialidades), por USD 16 millones, la administración general y de seguros (USD 70 millones) y demás ramas de la economía, por USD 51 millones. En los totales de las funciones no se encontraron discrepancias sino omisiones en la anotación de los subtotales de algunas categorías. Las tablas HCxHF y HPxHF no coinciden, y además en ninguna de las dos tablas se presenta el flujo del gasto en el sector privado. Existe una línea de gasto no distribuido que pretende recoger algunos de los totales de este sector, pero al final no está sumado en los totales de gasto corriente.
- **México.** Las tres tablas sobre el gasto de proveedores están vacías (HCxHP, HPxHF y RCxHP). Las funciones solo aparecen en el gasto de agentes por función (HCxHF), por lo que no se puede cotejar los totales con el gasto de proveedores por función (HCxHP). La información sobre agentes o esquemas financieros está disponible solo para el sector público. Sin embargo, los totales de las tablas por funciones (HCxHF) y por fuente de financiamiento (HFxFS) no coinciden en ninguno de los casos.
- **República Dominicana.** Las tablas de gasto por proveedor (HCxHP y HP por HF) están vacías. Como consecuencia, no es posible cotejar el gasto por funciones y agentes (HCxHF) con el gasto por funciones y proveedores (HCxHP). El gasto por agentes financieros solamente está disponible en su relación con las funciones (HCxHF) y con las fuentes financieras (HFxFS). Entre ambas, para la administración pública, hay 18 millardos de pesos dominicanos de diferencia, 2 millardos en la seguridad social, 15 millardos en el sector privado, y así varias discrepancias más. Los totales no coinciden por 33.3 millardos de pesos dominicanos.

- **Uruguay.** Debido a que no reportó el gasto por funciones, no es posible cotejar los gastos de proveedores por función (HCxHP) y por agente financiero (HPxHF). El gasto por agentes financieros está disponible por proveedor (HPxHF) y por fuente financiera (HFxHS). No hay discrepancias en los totales de agentes financieros entre ambas tablas.

3.3.5.4 Hallazgos notables

El ejercicio de compleción del cuestionario conjunto, efectuado en 2009 sobre datos de 2007 en cinco países integrantes de REDACS, a cargo de las unidades que realizan estimaciones con base en OECD/SHA, muestra que existen severas limitaciones en los países para mantener actualizada, completa y consistente la información sobre el financiamiento y el gasto en salud.

Desde el punto de vista de la actualización de la información, Uruguay, Bolivia y República Dominicana ofrecieron datos de ejercicios anteriores a 2007; en cuanto a México y El Salvador, entregaron 2007 en forma incompleta y no consistente.

De los ejes de clasificación del gasto, los que fueron mejor cubiertos por los países participantes son las fuentes financieras y los agentes financieros, aunque con datos principalmente del sector público. México, República Dominicana y Uruguay tuvieron dificultades para reportar gasto de proveedores y por funciones.

La información sobre funciones de atención que mejor se cubre es la de centros de atención ambulatoria y hospitalaria; todo el ramo de aparatos médicos, la salud pública, la administración de la salud, las funciones relacionadas y los ítems de memorándum la disponibilidad de información es menor.

De acuerdo con el análisis de consistencia de las tablas, todos los reportes de país muestran inconsistencias, y por tablas faltantes, en algunos es difícil cotejar los totales. Sin embargo, es importante reconocer que los casos de Bolivia y Uruguay presentan menos inconsistencias; en los otros casos, el poblamiento de celdas se realizó sin haber conseguido el cierre contable del ejercicio para el año de reporte.

Anexo I. Tabla de Avances en Institucionalización

Países	Mandato Legal	Presupuesto	Personal	Capacitación	Estándares	Divulgación	Uso	Total	
Argentina	2	1	1	1	1	0	0	6	43%
Bolivia	0	1	1	1	0	1	2	6	43%
Brasil	2	2	1	1	2	2	1	11	79%
Chile	2	2	2	2	1	1	0	10	71%
Colombia	0	1	1	1	1	2	1	7	50%
Costa Rica	0	1	2	1	2	1	0	7	50%
El Salvador	0	1	1	0	2	1	0	5	36%
Guatemala	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
México	2	2	1	0	1	2	2	10	71%
Paraguay	2	1	1	0	0	1	1	6	43%
Perú	0	1	0	0	0	2	2	5	36%
República Dominicana	2	2	2	1	1	1	1	10	71%
Uruguay	0	0	1	0	0	0	0	1	7%
Total	12	15	14	8	11	14	10	84	
Promedio	46%	58%	54%	31%	42%	54%	38%	46%	

Referencias:

0 = No cumple el criterio

1 = Progreso en el cumplimiento del criterio

2 = Cumple el criterio

Capítulo 4

USOS DE LAS CNS PARA FINES DE POLÍTICA

Autores: Felicia Knaul, Héctor Arreola-Ornelas, Patricia Hernández

NOTA: Esta sección está en proceso de elaboración y se espera tener un borrador de discusión en los días siguientes.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Capítulo 5

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR ENFERMEDAD

Autores: Dania Guzmán, Daniel Arán

NOTA: Esta sección tiene pendiente incorporar las observaciones hechas por Leticia Ávila quien escribirá una sección en las cuentas específicas sobre los retos para su desarrollo. Patricia Hernández hizo acotaciones sobre el resultado de este capítulo, en específico para la parte de MEGAS, las cuales serán revisadas e incorporadas por Daniel Arán. También Patricia sugirió incorporar datos sobre Cede otras enfermedades como TB y paludismo.

5.1 Introducción

Los estudios específicos de gasto en salud, centrados en una visualización de una condición particular de la salud o enfermedad, representan una manera útil para analizar la distribución del gasto o rastrear la asignación de los recursos a cada actividad o intervención categorizada y relacionarlos con la población beneficiaria, ya sea por grupo de edades, tipo de población y sexo.

La importancia de este tipo de análisis radica en que se constituye en una herramienta que permite monitorear y evaluar los cambios en los patrones de gasto y en el estado de salud de la población. Al mismo tiempo, ofrece información respaldada en datos válidos y confiables sobre cómo funcionan los sistemas en áreas específicas, así como evidencia para la toma de decisiones y la coordinación o programación de las acciones de las autoridades y/o actores vinculados al sistema de salud. Por otra parte, resultan eficientes para fines de formulación de políticas que por un lado permitan promover la equidad y por otro eficientizar la asignación de los recursos en los temas más prioritarios.

Los análisis de clasificación poblacional por enfermedad o distribución del gasto en salud por enfermedad han utilizado diferentes enfoques, algunos de ellos han optado por dividir el gasto en los problemas de salud entre las categorías de enfermedad que utiliza el esquema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), o mediante las clasificaciones de carga de la enfermedad de la OMS (CGE), entre otros [1]; pero lo general se han centrado en las enfermedades o grupos de diagnóstico que por su elevado costo requieren de un análisis a profundidad para la toma de decisiones.

El SCS indica que la distribución del gasto por enfermedad representa uno de los cuadros del gasto por beneficiario más difíciles de producir, por la complejidad del proceso de recolección de datos y con base en esto es que de manera más frecuente, los países han trabajado en proveedores de atención de la salud por enfermedad, o en funciones de la atención de la salud por enfermedad.

En ese sentido, con la finalidad de mostrar los avances en este tipo de análisis, hemos subdividido el capítulo en varias secciones, a saber, la propuesta del SHA de cómo distribuir el gasto por enfermedad, las cuentas específicas de SIDA, las de salud reproductiva y otras cuentas específicas en proceso de desarrollo metodológico, como las de diabetes, dengue y tuberculosis.

5.2 Distribución del gasto en salud por enfermedad en el marco del SHA [2]:

El SCS (SHA por sus siglas en inglés) indica que los gastos por enfermedad atienden tres propósitos de necesidades de políticas: 1) monitorear el uso de los recursos por área de enfermedad o por prioridad, 2) ofrecer información para fines de asignación de recursos, y 3) permitir las comparaciones internacionales.

Con la distribución del gasto en salud por enfermedad se busca abordar cuestiones de políticas y responder preguntas, tales como:

- ¿Qué enfermedades o condiciones de salud consumen los recursos nacionales para la atención de la salud (incluyendo los fondos públicos, privados y de donantes)? ¿A cuánto ascienden los fondos que se destinan a ello?
- ¿Quién paga (principalmente en el nivel de agente de financiamiento) los servicios que atienden estas enfermedades o condiciones? ¿Cuánto se paga?
- ¿Cómo se desglosan los gastos por enfermedad, en términos de tipo de gasto (por ejemplo, hospitalización, consulta externa), o características programáticas y de formación de capital?

Este tipo de estudio debería ser una iniciativa de investigación rutinaria de los países porque sirve para dar seguimiento al tipo de gasto, lo cual permitiría a los formuladores de política valorar el estado actual del financiamiento de servicios destinados a cubrir enfermedades o condiciones particulares, para las cuales existen determinadas prioridades. Pueden ayudar a proyectar los gastos y convertirse en información muy útil para fines de formulación de políticas (para combinarse con los cambios esperados en el perfil epidemiológico y el desarrollo proyectado de la carga de la enfermedad). Lo que se busca en este tipo de análisis es la comprensión de quiénes necesitan atención, para qué enfermedades, y de cómo se asignan los recursos en comparación con las necesidades.

5.2.1 Lineamientos metodológicos

La OCDE publicó una serie de lineamientos tentativos para la estimación de las cuentas de salud por edad, sexo y enfermedad (Slobbe, Heijink, Polder, 2007) [3]. Dicho documento resume la metodología de estudios de costos generales de la enfermedad (COI por sus siglas en inglés) y ofrece directrices que se pueden utilizar para establecer y llevar a cabo un estudio similar, estableciendo la necesidad de utilizar el SCS de la OCDE como marco para la presentación de informes internacionales sobre la base de los resultados de un análisis nacional de los países. El documento se basa en experiencias de los autores con una serie de estudios de costos de la enfermedad en los Países Bajos. Contiene extensos ejemplos tomados estudio de costos 2003 de los holandeses [3].

La distribución del gasto por enfermedad y edad asigna gasto corriente en salud por las dimensiones de las características del paciente. Las directrices que al respecto se han desarrollado proponen categorías de enfermedades según la CIE-10 (con una asignación a CIE-9). Los gastos también se vinculan a una o más de las dimensiones de la función SHA (HC), el proveedor (HP) y agente de financiamiento (HF). Para garantizar la comparabilidad entre los países se propone una metodología común, ante todo revisando de arriba-abajo la asignación de diagnóstico principal de los gastos [4].

Los problemas de comparabilidad principales que se han evidenciado se relacionan con el tratamiento de los gastos no asignados y no especificados por enfermedad. En el primer caso esto se debe a las limitaciones de los datos (a menudo de pacientes ambulatorios y gastos farmacéuticos) y en el segundo caso con respecto a algunos gastos de prevención y de administración. Para una comparación más significativa un subconjunto de los gastos se puede utilizar, como en la atención de pacientes intra-hospitalarios, donde los registros administrativos tienden a ser más completos.

5.2.2 Aplicación práctica

Dentro de la aplicación de la distribución del gasto por enfermedad, se encuentran estudios tales como por ejemplo, en Australia (Australian Institute of Health and Welfare 2005) que compiló gasto en salud vinculado con sus cuentas de salud por edad, sexo y enfermedad entre 1994 y 2001 y Estados Unidos que produjo una serie de tiempo de gastos anuales por enfermedad entre 1994 y 2005 (Roehrig et al. 2009). Otros estudios de este tipo se han realizado en: Australia, Alemania, Hungría, Corea y Suecia - OCDE (2008), "Estimación de los gastos por enfermedad, edad y género en la Marco del SCS"; República Checa: datos no publicados proporcionados por la Oficina de Estadística Checa, mayo de 2009, Francia: Fénina et al. (2006), Países Bajos: Poos et al. (2008). [3]

En el documento de la OECD - Panorama de la salud 2009 [4] se presenta una sección sobre el gasto en salud por enfermedad y edad, incluyendo datos provenientes de los estudios indicados anteriormente, cuyo cuadro se presenta a continuación:

Cuadro 1: Gasto hospitalario en pacientes, por categoría principal de diagnóstico, 2006								
	Australia (2004/05)	República Checa	Alemania	Francia (2002)	Hungría	Corea	Países Bajos (2005)	Suecia
Cancer	9.84	11.14	13.42	11.93	13.15	18.30	9.32	12.38
Trastornos mentales y del comportamiento	9.90	6.83	12.33	15.93	6.59	6.74	15.95	10.08
Sistema circulatorio	12.42	19.03	17.78	13.78	23.56	15.07	12.44	18.18
Sistema digestivo	8.40	8.03	7.94	7.37	7.18	7.92	6.52	7.05
Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	8.27	7.78	12.11	6.60	8.31	9.22	9.34	6.51
Traumatismos, envenenamientos y causas externas	10.00	7.27	8.90	9.42	7.23	15.67	5.50	10.82

Fuente: Health at a Glance 2009: OECD Indicators - OECD © 2009

NOTA: La ampliación de esta sección sobre la aplicación práctica del SHA, se encuentra en proceso. De hecho, se tiene conocimiento de que la mayor parte de los países en lugar de subaccounts hacen distribución de gasto por las causas de ICD o de BoD. Eso es más simple y se obtienen los resultados de todas las enfermedades comparables. Las guías están en el PG de manera muy agregada, en SHA como un capítulo, también muy resumido y OECD y Eurostat tienen una guía más detallada cada uno de ellos (pedir a David Morgan, de OECD).

5.3 Cuentas Específicas de SIDA¹⁰

5.3.1 Antecedentes y Justificación de las Cuentas de VIH-SIDA

Las Cuentas de Salud han tenido gran impacto en el diseño de políticas públicas a partir de la década del 70, estos éxitos llevaron a que diferentes subsistemas del sector salud comenzaran a utilizar esta herramienta para conocer el gasto y monitorear la evolución de los mismos. Diversos estudios de impacto económico fueron realizados, entre ellos el denominado *Confronting AIDS: Impacto en 5 países (Costa de Marfil, México, Tanzania, Tailandia y Brasil) 1997*. Sin embargo, en 1995, la necesidad de conocer el gasto en respuesta al VIH, llevó a que el Banco Mundial primero y luego ONUSIDA encomendaran a la Fundación Mexicana de la Salud (FUNSALUD) a través de la iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) [5] a desarrollar una herramienta con ese fin. Esta iniciativa fue financiada en parte por la Comisión Europea (Proyecto ALR/B7-6211/99/0338) y la respuesta fue la utilización de la metodología de Cuentas de Salud según la OMS, luego de haber realizado sus primeras estimaciones con la metodología de Harvard. El impacto fue inmediato en América Latina, 15 países tenían estudios para los años 1999 y 2000 [5]. Este éxito indujo a ONUSIDA a adaptar la herramienta utilizada para estimar el financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA en América Latina y El Caribe

¹⁰ Esta sección fue elaborada por Daniel Arán, Investigador; José A Izazola, Director Ejecutivo de CENSIDA-México y Carlos Ávila, AIDS Financing and Economics Division, UNAIDS, Geneva, Switzerland. Dania Guzmán colaboró en su revisión y actualización.

y a desarrollar una metodología más focalizada en el sub sistema VIH/SIDA. Posteriormente, promovió el uso de esta herramienta en todos los estados miembros de Naciones Unidas que firmaron el UNGASS.

5.3.2 Lineamientos metodológicos

Dentro de las clasificaciones correspondientes al SHA, se desarrollaron unos lineamientos para la realización de cuentas específicas, dentro de las cuales se destacan las de SIDA. Estas se aplicaron en siete de los ocho países seleccionados, a saber: Bolivia – Ecuador – Guatemala – El Salvador – México – Nicaragua – Perú y Rep. Dominicana, utilizando el enfoque de medición por fuentes y usos de fondos, promovido por la Escuela de Salud Pública de Harvard, y descrito por Berman¹¹, en el marco del proyecto *Partners for Health Reformplus* (PHR plus), desarrollado por USAID, entre 2000-2005, para la política de salud y el fortalecimiento del sistema de salud en los países en desarrollo y en transición.

Sin embargo, dada la explosión de la epidemia y la necesidad de conocer el gasto en SIDA con cierta rapidez por parte de los países, además de dar seguimiento a temas no necesariamente incluidos en las clasificaciones de salud, hizo que ONUSIDA se apartara de la metodología internacional contenida en el SHA e iniciara un proceso propio de revisiones sucesivas hasta encontrar su propia herramienta que dé respuesta a las necesidades de análisis de gasto y financiamiento de la pandemia, así como su posterior uso para la toma de decisiones y la definición de políticas.

De esta forma, surge la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), que es una herramienta de tercera generación utilizada para conocer el gasto y los flujos de financiamiento de la respuesta al SIDA, adoptado por ONUSIDA [6]. Esta situación fue resaltada en la revisión del SHA de julio 2010 en sus capítulos introductorio y en el de usos en política. Los instrumentos de aplicación para el seguimiento de recursos de MEGAS están disponibles en inglés, francés, español, ruso y portugués en:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>

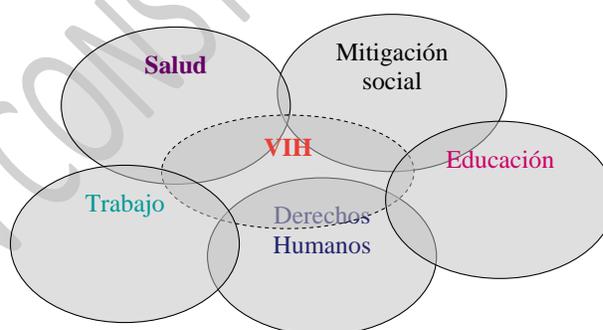


Figura 1

Diferencias de MEGAS con las Cuentas de Salud

El subsistema SIDA trasciende al sistema de salud, incluyendo otros sectores como educación, mitigación social, derechos humanos y trabajo, (figura 1).

Para la dimensión de funciones fue necesario diseñar una clasificación propia a las que se llama categorías del gasto (ASC por sus siglas en inglés) pues se requiere trabajar con funciones específicas y programas que incluyen un conjunto de intervenciones.

La información necesaria para la respuesta de SIDA lleva a trabajar de inmediato con 6 dimensiones: fuentes de financiamiento, agente financiero, proveedores, categorías de gasto, poblaciones beneficiarias y factores de producción que responden a los 3 vectores del SHA (Documento de rev. julio 2010) financiamiento, provisión y uso. Por la carencia de registros específicos con esta información se buscaron métodos que permitieran sus estimación [1], utilizando la estrategia de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba para la recolección de los datos necesarios para el armado de la transacciones. La doble verificación de la estrategia contribuye a disminuir posibles errores de estimación.

¹¹ Berman, Peter. National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. 1997. Health Economics 6(1), pp11-30

Los flujos financieros en MEGAS

La MEGAS, se basa en el concepto de la triangulación de los agentes, concepto base de las Cuentas Nacionales de Salud y de la Contabilidad Nacional [6]. El gasto en VIH se ajusta de modo que todos los lados del “triángulo” tengan un mismo tamaño, es decir, de modo que se imputa un mismo monto a las variables de análisis. Este análisis se ve enriquecido al desagregar los 3 vectores en 6 dimensiones, pero siempre conservando la igualdad (Figura 2):

Financiamiento: Fuentes de financiamiento (FS), y Agentes Financieros (FA)
Provisión: Proveedores (PS) y factores de producción (PF)
Uso: Categorías del gasto (ASC) Poblaciones Beneficiarias (BP)



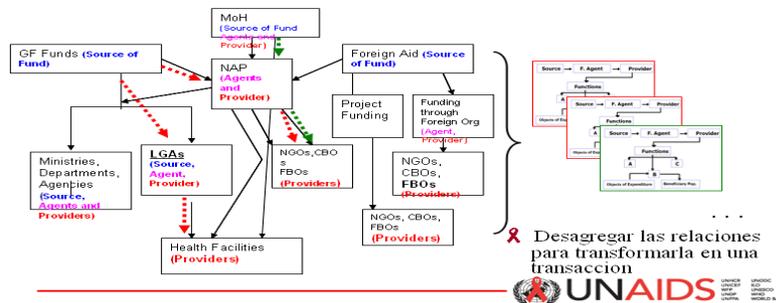
Siendo la respuesta nacional un conjunto de relaciones, en términos económicos un conjunto de flujos de dinero, MEGAS interpreta esa realidad transformando cada relación en transacciones relacionadas con actividades de VIH, mostrando el gasto real, el consumo, la entrega de bienes y servicios a las poblaciones beneficiarias.

Una transacción es la representación del traslado de recursos de una fuente de financiamiento a un agente de financiamiento, que toma las decisiones del uso de los recursos y los traslada a un proveedor de bienes o servicios, el cual invierte en distintos objetos de gasto para producir funciones de respuesta al SIDA que benefician a grupos humanos específicos o a la población en general (figura 2). La suma de todas esas transacciones (figura 3), y sus cruzamientos entre vectores es un estudio MEGAS.

Figura 3

La Respuesta Nacional y los flujos financieros

Example of National Response:



La identificación de transacciones se realiza inicialmente en el mapeo de la respuesta al VIH, en el que se identifica a las instituciones en el marco de la MEGAS con el rol que desempeñan en la respuesta al VIH como Fuentes, Agentes o Proveedores. Posteriormente, en la etapa de recolección de datos se cuantifica en términos financieros el volumen y la distribución de cada transacción.

5.3.3 Clasificaciones según las dimensiones y categorías de gasto

Los resultados de la medición del gasto en SIDA abarcan todas las instituciones nacionales e internacionales, públicas o privadas que invierten y movilizan recursos para el sector. Dichos recursos se cuantifican desde la ejecución del gasto en el año por parte de los proveedores y las estimaciones de gasto privado y otras partidas no contempladas en ningún registro financiero durante el período medido. En la MEGAS, los gastos y flujos financieros relacionados con la respuesta nacional al VIH se organizan en tres dimensiones (ver anexo I): financiación, provisión y consumo o uso de los servicios, pudiendo una misma institución cumplir con los tres roles.

5.3.4 Indicadores producidos en MEGAS

La nueva herramienta NASA (National AIDS Spending Assessment) en su primera versión fue utilizada en Senegal para estimar el gasto de los años 2003 y 2004 [7]. En la actualidad 64 países tienen sus informes MEGAS y 144 reportan el indicador financiero de UNGASS que corresponde a la matriz de “Fuentes de financiamiento - Categorías de Gasto” de MEGAS.

Este indicador de gasto es importante porque permite efectuar un seguimiento detallado de: (i) la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y (ii) dónde se originan los fondos. Los datos se utilizan para medir el compromiso y la acción nacionales, un elemento importante de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida del UNGASS. Asimismo, ayudan a los responsables nacionales de la toma de decisiones a efectuar el seguimiento del alcance y la eficacia de sus programas. Este elemento de información estratégica apoya el papel coordinador de la autoridad nacional del sida de cada país y proporciona la base para la asignación de recursos y los procesos de planificación estratégica mejorada [8].

5.3.5 Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) en América Latina y El Caribe (ALC)

Tal como hemos indicado MEGAS es una herramienta integral y sistemática desarrollada por ONUSIDA que rastrea los flujos de financiamiento desde fuente de financiamiento hasta el gasto real, reconstruyendo todas las transacciones relacionadas con actividades en VIH y SIDA.

Por su construcción los informes MEGAS [6] tienen un enfoque global que permite comprender el gasto desde seis puntos de vista diferentes: fuente de financiamiento, agentes financieros, intervenciones, poblaciones beneficiarias, proveedores de servicios y objetos de gasto. En América Latina 19 países poseen información detallada del gasto en respuesta al VIH por utilizar la metodología de MEGAS, 14 poseen estudios completos mientras que 5 solo utilizan la matriz que relaciona financiamiento con categorías de gasto utilizada en el indicador Nro. 1 de UNGASS [9].

La tabla adjunta aporta información sobre el gasto total por país, la distribución del gasto por funciones, el último año analizado, la fuente de información, y el gasto por habitante en dólares corrientes, en tanto en el anexo II se presenta datos generales de la epidemia y la distribución del gasto en términos de prevención y tratamiento de la enfermedad.

NOTA: Daniel: tiene pendiente hacer un análisis de las informaciones del cuadro siguiente.

Cuadro 2: Datos de gasto en VIH/SIDA por categoría de gasto en países de América Latina y El Caribe, en U\$S corrientes

Países (1)	Año	Gasto Total en VIH (2)	Prevención	Atención y Tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos Humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	Gasto per capita	Fuente de información
Argentina	2006	205,806,512	70,935,520	116,582,200	1,509,725	6,979,087	682,361	8,041,455	269,790	806,366	6.2	UNGASS [10]
Bahamas	2006	2,148,723	9,425	704,244	0	144,778	1,109,019	0	2,500	178,757	6.5	UNGASS [11]
Belize	2009	2,020,403	573,003	401,961	43,275	740,831	40,310	35,987	170,861	14,177	6.1	MEGAS [12]
Bolivia	2009	7,551,019	2,775,573	2,267,013	7,764	895,932	763,154	0	703,373	138,210	0.7	UNGASS [13]
Brasil	2008	621,853,562	41,673,396	521,538,013	0	23,398,503	8,537,565	13,515,787	11,026,664	2,163,635	3.1	UNGASS [14]
Chile	2008	112,067,114	33,957,787	64,431,573	101,575	783,672	50,411	3,617,981	9,006,993	117,123	6.5	UNGASS [15]
Colombia	2009	136,339,264	21,478,965	109,843,840	84,640	2,038,846	1,192,736	77,619	811,309	811,309	3.0	UNGASS [16]
Costa Rica	2008	43,403,320	30,149,240	11,844,900	0	576,854	584,240	17,987	203,566	26,533	9.4	UNGASS [17]
Cuba	2007	41,926,900	6,384,521	32,604,344	0	175,900	1,953,600	808,535	0	0	3.7	UNGASS [18]
Ecuador	2009	31,899,918	16,194,710	12,250,152	52,375	1,643,382	436,193	32,500	272,965	1,017,641	2.3	UNGASS [19]
El Salvador	2008	43,453,719	16,244,097	22,876,566	389,070	3,558,322	385,664	0	0	0	6.6	MEGAS [20]
Guatemala	2008	51,349,561	13,999,897	30,927,490	39,415	5,835,201	161,812	63,544	49,841	272,361	3.6	UNGASS [21]
Haití	2006	70,285,696	12,596,945	31,193,678	2,449,636	20,286,418	1,030,051	1,998,039	131,129	599,800	7.3	UNGASS [22]
Honduras (3)	2008	28,464,052	17,078,431	7,229,869	597,745	1,878,627	142,320	28,464	1,423,203	85,392	3.7	UNGASS [23]
México (4)	2009	376,443,220	96,755,583	269,372,061	640,017	5,684,861	3,388,328	37,648	564,721	0	3.5	MEGAS [24]
Nicaragua	2008	14,946,520	4,956,120	2,394,050	29,140	1,953,350	4,721,110	0	538,340	354,410	2.5	UNGASS [25]
Panamá	2007	23,429,410	10,310,675	11,743,181	311,450	647,203	1,780	67,157	0	347,964	6.2	MEGAS [26]
Paraguay	2009	14,042,677	3,914,318	8,699,442	72,657	939,994	252,697	0	66,185	97,384	2.2	UNGASS [27]
Perú	2009	47,745,214	15,723,033	24,236,962	679,429	2,230,658	8,707	169,803	2,262,212	2,434,409	1.6	UNGASS [28]
Rep. Dominicana	2008	31,331,009	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	3.3	MEGAS [29]
Trinidad y Tobago	2006	12,678,332	5,661,483	4,055,043	556,598	1,777,663	266,528	4,350	159,068	197,600	9.6	UNGASS [30]
Uruguay	2007	14,077,809	7,107,970	5,850,668	0	68,792	181,684	780,153	0	88,542	4.8	MEGAS [31]
Venezuela	2009	78,800,637	6,012,892	69,644,484	0	324,727	0	0	2,790,698	27,836	2.7	UNGASS [32]
Total países ALC		2,012,064,590	442,328,309	1,373,387,853	7,588,696	91,606,974	26,648,490	29,300,464	30,977,952	10,225,846		
Fuente:	Elaborado por Fundación Plenitud con base a los informes de MEGAS y reportes de UNGASS de los respectivos países publicados en la web de ONUSIDA.											
Notas:	1.- No se encontraron estudios de MEGAS o reporte de UNGASS para Jamaica, Saint Lucia, Guyana, Saint Vincent y Granadinas, Grenada, Saint Kitts, Suriname y Dominica.											
	2.- La tasa de cambio utilizada es la que publica el Banco Mundial en http://data.worldbank.org/ para los respectivos años de los informes de MEGAS y reportes de UNGASS											
	3.- Los datos de Honduras se extrajeron del reporte de UNGASS que presenta el dato en porcentajes por CGS, los cuales se aplicaron al total del gasto											
	4.- Los datos de México se extrajeron del documento El VIH/SIDA en México 2010 que presenta el dato en porcentajes por CGS, los cuales se aplicaron al total del gasto											

5.4 Cuentas Específicas en Salud Sexual y Reproductiva

5.4.1 Antecedentes [33] y Justificación de las Cuentas de Salud Reproductiva

El concepto¹² de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) es definido como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción” [34]. Sin embargo, no es hasta 1999, cuando se celebra la CIPD+5 (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas+5) que se fija como meta el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad para 2015. Aunque la salud reproductiva no fue considerada como uno de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) específicos fijado en el año 2000, si fue reconocido¹³ que la misma es fundamental para fomentar el desarrollo, combatir la pobreza y cumplir los ODM, dentro de los cuales si se fijaron metas relacionadas con la reducción de la mortalidad materna, la mortalidad infantil, entre otros.

Sobre dicha base y los acuerdos internacionales asumidos en la CIPD y la CIPD+5 los países establecieron ambiciosos programas de trabajo para mejorar y ampliar los servicios de salud reproductiva, mejorar su calidad y adaptarlos a las necesidades de los usuarios; pero surgieron múltiples preguntas que debían ser contestadas y entendidas por las autoridades sanitarias sobre la cantidad de recursos necesarios, la eficiencia y equidad en el uso de los mismos, la proveniencia del financiamiento, tipo de servicios brindados a la población beneficiaria, así como la dualidad de fuentes financieras en materia de VIH/SIDA y SSR, sobretodo como si se destinaba mayor cantidad de recursos a un programa u otro.

Esas inquietudes y la necesidad de tomar decisiones informadas en materia de políticas públicas, conociendo el flujo de recursos públicos, privados e internacionales dentro de los sistemas de salud, destinados a la SSyR, es lo que lleva a algunos países (India, Jordania y México) a utilizar el enfoque de las CNS para obtener datos concretos que pudieran ser analizados. Posteriormente, los planteamientos realizados por estos países, la estrategia empleada y las lecciones aprendidas fueron considerados para el desarrollo de una guía explicativa de cómo aplicar la herramienta de CNS al contexto de la salud reproductiva.

5.4.2 Lineamientos metodológicos [33]

En 2009 sale la publicación del documento *Guide to producing reproductive health subaccounts within the national health accounts framework*, el cual contó con el apoyo de los Departamentos de financiamiento del Sistema de Salud, Riesgos del Embarazo y Salud Reproductiva e Investigación de la OMS; la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) / Socios para la reforma del sector salud (PHRplus) del proyecto y su sucesor, el Sistema de Salud 20/20 (SA 20/20) del proyecto; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Instituto Demográfico Interdisciplinario Holandés (NIDI); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Alianza para la salud materna, neonatal, y Salud del Niño (PMNCH).

Dicho documento presenta recomendaciones para elaborar una subcuenta de salud reproductiva en el marco de las CNS y está destinado a quienes se ocupan de este sistema en países de ingresos bajos y medios, proponiendo un enfoque integral, porque ofrece un marco de trabajo que puede ser adaptado para cubrir todas las situaciones específicas de un país dado, y suficientemente flexible para satisfacer las necesidades de política nacional a la vez que mantiene la comparabilidad a nivel internacional. Ofrece

¹² Definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas en el marco de la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994.

¹³ Kofi Annan en la Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, Bangkok, diciembre de 2002: “No es posible alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, si no se abordan de lleno las cuestiones de población y salud reproductiva. Y esto significa intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y efectuar mayores inversiones en educación y salud, inclusive la salud reproductiva y la planificación de la familia”.

una guía detallada para la construcción de las cuentas de salud sobre el cuidado de la salud reproductiva y muestra cómo las diversas técnicas y métodos se pueden utilizar para centrarse en categorías específicas de gasto que contribuyen a la salud reproductiva, incluida otros cuidados prenatales, el parto y planificación familiar. Se encuentra disponible en http://www.who.int/nha/docs/guide_to_rh/en/index.html

5.4.3 Dimensiones y clasificaciones

A semejanza de las CNS, la subcuenta de salud reproductiva recolecta y organiza la información del gasto en salud en un formato de cuadro bidimensional que cubre desde las fuentes de financiamiento hasta los usos finales, pero sólo para la atención específica de SSyR. El manual para esta subcuenta indica que las clasificaciones que se adoptan responden a los principios generales de clasificación de la Guía del productor (sección 3.15 ff. y capítulo 4), respetando la taxonomía y los códigos alfanuméricos de la misma, que incluye cuatro vectores principales: funciones, proveedores, agentes financieros y fuentes de financiamiento, cuya clasificaciones pueden observarse en el anexo III. Aunque la guía del productor presenta una clasificación por beneficiarios, el mismo no se considera un vector principal, pero se aplica en la subcuenta de SSyR, adaptándola a las prioridades del análisis y de los grupos escogidos como meta.

5.4.4 Indicadores producidos

En la referida guía se incluye una propuesta de indicadores (ver anexo IV) que abarcan datos generales sobre el gasto en SSyR, tales como gasto total en SSyR como % del PIB, gasto total en SSyR como % del GTS, entre otros; en cuanto a los indicadores de fuentes de financiamiento, se generan datos por sector y su vinculación con las funciones de SSyR. Por su parte, los indicadores de agentes financieros ofrecen datos sobre la administración de los recursos; mientras que el indicador de hogares permite conocer el gasto de bolsillo dedicado a la SSyR y el indicador por prestadores de servicios presenta información por sector y tipo. El indicador por funciones presenta el gasto en SSyR por tipo de atención y servicios, señalándose que su desagregación a un nivel mayor de detalle depende de la disponibilidad de las fuentes de datos en los países que desarrollen subcuentas de SSyR. En el anexo V se resumen los indicadores producidos por los países que han efectuado los estudios de cuentas de SSyR, indicando los datos incluidos, así como las entidades consideradas y las limitaciones en el proceso de compilación de la data.

5.4.5 Cuentas de Salud Reproductiva en América Latina y El Caribe

En América Latina, México fue el primer país de la Región que realizó una estimación de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género para 2003, teniendo como referencia los datos documentados de estudios similares a nivel internacional en Egipto y Sri Lanka, Rajasthan (India), Filipinas, Marruecos, Jordania y Rwanda (sin publicar) [35].

Posteriormente, en 2010, publicó la estimación para el año 2008, incluyendo un análisis de tendencia 2003-2008, así como una comparación entre ambas estimaciones. Esta iniciativa país, surge de la necesidad de que el sistema de salud mexicano cuente, además, con la presentación de los indicadores de salud reproductiva a través de indicadores financieros para monitorear los procesos y resultados en política, así como mejorar la toma de decisiones y la rendición de cuentas. El rol principal en la producción de las cuentas de SSyR fue asumido por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)¹⁴, de la Secretaría de Salud (SSA), y el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) [36].

Otras estimaciones fueron apoyadas en varios países, a partir de noviembre del 2005, por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el marco de su estrategia de desarrollo social, el cual aprobó un proyecto de cooperación técnica no reembolsable con el objetivo de fortalecer la capacidad de producir y

¹⁴ El Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva es la instancia del Gobierno Federal, encargada de la rectoría y por lo tanto, de la formulación de política para los programas de salud reproductiva y equidad de género del sector salud.

usar los datos e indicadores financieros de los programas de Salud Reproductiva en la Región de ALC. En una primera etapa, el BID apoyó técnicamente la producción del manual de cuentas de salud reproductiva, conjuntamente con otras agencias internacionales, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En una etapa posterior se inició la implementación de dicha metodología mediante cuatro experiencias piloto en: Bolivia, Colombia, Honduras y Nicaragua, con miras a adaptarla a las características particulares de ALC, verificando la potencialidad de su uso para mejorar los programas de salud reproductiva en la Región [37].

Actualmente, el piloto de cuentas de SSyR, con financiamiento del BID, también se está desarrollando en la República Dominicana y los resultados preliminares están por publicarse. Dicho estudio ha sido liderado por el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), bajo la guía de la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP).

5.4.5.1 Principales Resultados de los Estudios de los países

El cuadro siguiente muestra los niveles de gasto nacional en salud y en salud reproductiva como porcentaje del PIB para cada uno de los países, así como la proporción de gasto público y privado a nivel general y subsectorial, observándose que en Nicaragua presenta el mayor gasto en salud como % del PIB – un 8%, aunque para salud reproductiva, el gasto de Honduras como % del PIB es mayor, con un 1%. México tiene un mayor porcentaje de gasto privado como % del gasto en salud con un 53%, mientras que en Bolivia es mayor en salud reproductiva con un 52%.

5.4.5.2 Gasto en Salud Reproductiva por Fuente de Financiamiento por Agentes Financieros

El estudio de gasto en Salud Reproductiva de Bolivia mostró que la fuente principal de recursos son las externas ya que financian el 44% del Gasto Total (40% es administrado por instituciones privadas no lucrativas-ONGS y 4% por el Ministerio de Salud y Deportes); 42% es financiado por los hogares (31% fue administrado por los mismos hogares y 11% por instituciones privadas, de las cuales el 9% fueron ONGs) y finalmente el gobierno y las empresas e instituciones financian el restante 14%, distribuido en un 9% y un 4%, respectivamente, administrado por las cajas de salud.

Cuadro 3: Niveles de gasto en salud y en salud reproductiva				
Items	Bolivia	Honduras	México	Nicaragua
Gasto total en salud como % del PIB	6.70	5.83	7.40	8.16
Gasto en salud reproductiva como % del PIB	0.40	1.00	0.43	0.67
Gasto público en salud %	65.32	61.6	46.9	59.11
Gasto privado en salud %	34.68	38.4	53.1	40.89
Gasto público en salud reproductiva %	39.48	66.16	69.5	73.11
Gasto privado en salud reproductiva %	51.72	33.84	30.5	26.89

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con base en cuentas de SSyR de los países

Por su lado, el Gasto en SSyR de Honduras [38] estuvo financiando en un 55% por fuentes públicas, de las cuales el 44% estuvo agenciado por el Ministerio de Salud y el 11% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El financiamiento privado fue de un 45%, administrado por los agentes públicos (IHSS) en un 11% y por los agentes privados en un 34% (hogares 32% y ONGs 2%). Los servicios de SSR se financian con fondos públicos (55%) y con fondos privados (45%). Los fondos públicos provienen, fundamentalmente, de ingresos fiscales (92,22%), seguido de préstamos (4%) y de fondos provenientes de alivio de la deuda (3,64%). Los fondos privados provienen, a su vez, en gran medida de los hogares (71,5%).

En el caso del estudio de México la categoría “fuentes de financiamiento” fue omitida por la dificultad de realizar el seguimiento de los fondos financieros hasta esta dimensión.

Finalmente, el Gasto en SSyR de Nicaragua [39] estuvo financiando de la manera siguiente: 60% provienen de fuentes públicas, que provienen el 99% del monto de fuentes fiscales, el 0.8% de los empleadores públicos (aplicable al INSS) y el 0.2% de Instituciones Descentralizadas (MIDEF y MIGOB). Los aportes de fuentes privadas ascendieron a un 29% del gasto total en SSyR, proviniendo en un 92% del gasto de bolsillo de los hogares y el 8% de las empresas privadas (como aporte patronal al INSS). El 11% restante del gasto en SSyR provinieron de fuentes externas, básicamente donaciones de la cooperación internacional.

5.4.5.3 Gasto en Salud Reproductiva por funciones por Agentes Financieros según Subsector

Cuadro 4: Datos porcentuales en Salud Sexual y Reproductiva en países de América Latina, por funciones de salud por tipo de agente financiero

Funciones de salud sexual y reproductiva	Bolivia 2004		Honduras 2005		México 2008		Nicaragua 2006	
	SPu	SPr	SPu	SPr	SPu	SPr	SPu	SPr
Servicios de asistencia curativa (HC 1)	45.1%	25.8%	57.4%	26.4%	54.4%	21.5%	58.2%	25.1%
Servicios auxiliares de atención de la salud (HC 4)	0.8%	0.0%	1.5%	1.6%	1.5%	2.1%	4.0%	0.0%
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (HC 5)	2.3%	3.6%	3.0%	3.6%	0.7%	2.9%	6.9%	1.8%
Servicios de prevención y de salud pública (HC 6)	0.1%	9.2%	0.0%	0.0%	9.7%	3.9%	2.7%	0.0%
Administración de la salud y los seguros médicos (HC 7)	0.0%	13.0%	4.3%	2.2%	3.2%	0.0%	1.3%	0.0%
Gastos no específicos (HC)	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total porcentaje de gasto por agente por sector	48.3%	51.7%	66.2%	33.8%	69.5%	30.5%	73.1%	26.9%

SPu = Sector Público; SPr = Sector Privado
Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con base en cuentas de SSyR de los países

El comportamiento del gasto de acuerdo al subsector donde fue realizado muestra que en ambos sectores, públicos y privados, la mayor parte de gasto se destina a atención curativa. Sólo los estudios de México y de Bolivia presentan la información desagregada de los agentes financieros por funciones de salud reproductiva. Sin embargo, en el cuadro anterior se aprecia que los agentes públicos son los de mayor relevancia en la prestación de servicios de atención curativa.

En el caso de Bolivia, el estudio indicó que el Ministerio del Salud es el agente público principal, con un 39.5% del gasto total, mientras que las instituciones privadas no lucrativas agenciaron el 49.2% del gasto en SSyR del sector privado. México, por su parte, evidenció que en el sector público el mayor agente lo constituyen las instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE) que en conjunto representan el 41.4% del gasto total en SSyR. En tanto, para el sector privado los hogares tuvieron una participación del 27.7%.

5.4.5.4 Gasto por Funciones de Salud Reproductiva y por proveedores de servicios

Cuadro 5: Datos de gasto en Salud Sexual y Reproductiva en países de América Latina, por funciones de salud, en US\$

País	Ref.	Año	Gasto Total en SSyR	Servicios de asistencia curativa (HC 1)	Servicios auxiliares de atención de la salud (HC 4)	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (HC 5)	Servicios de prevención y de salud pública (HC 6)	Administración de la salud y los seguros médicos (HC 7)	Gastos no específicos (HC)
Bolivia	[37]	2004	35,105,953	24,894,205	298,062	2,075,953	3,267,651	4,570,083	-
			100%	70.9%	0.8%	5.9%	13.0%	0.0%	
Honduras	[38]	2005	97,620,096	81,784,940	2,936,286	6,500,486	-	6,305,068	93,317
			100%	83.8%	3.0%	6.7%	0.0%	6.5%	0.1%
México	[36]	2008	3,722,476,153	2,826,648,768	133,614,812	135,497,070	505,991,675	120,723,828	-
			100%	75.9%	3.6%	3.6%	13.6%	3.2%	0.0%
Nicaragua	[39]	2006	40,425,764	33,678,762	1,616,864	3,506,824	1,103,520	519,794	-
			100%	83.3%	4.0%	8.7%	2.7%	1.3%	0.0%
Total países ALC			3,895,627,969	2,967,006,677	138,466,024	147,580,333	510,362,847	132,118,773	93,317

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con base en cuentas de SSyR de los países

Los estudios de los países revelan que el gasto desagregado por funciones de Salud Reproductiva (actividades dirigidas a preservar, recuperar o rehabilitar la salud) concentra una mayor proporción a Servicios de Asistencia Curativa (SAC), incluidas la atención hospitalaria y ambulatoria. En ese sentido, se presenta un análisis concentrado de esta partida de gasto para cada uno de los países.

Los datos del estudio de Bolivia muestran que los SAC son provistos en un 51% en proveedores de servicios públicos y un 46% en proveedores privados, el 3% restante en las cajas de salud. El 64% de la asistencia curativa hospitalaria es provista en establecimientos públicos, en tanto, el 46% de la asistencia curativa ambulatoria se obtiene en prestadores privados.

Los resultados de las cuentas de SSyR de Honduras revelan que el 100% de la asistencia curativa hospitalaria es provista fundamentalmente en hospitales. De igual modo, la prestación de SSR a través del nivel ambulatorio se presta mayoritariamente a través del sector público (71%) incluyendo a la SESAL y al IHSS.

El estudio de México muestra que los SAC fueron provistos en su mayoría dentro del programa de Salud Materna Perinatal. Una mayor proporción del gasto en SAC fue hospitalario HC 1.1 (86%), del cual el 97% fue provisto en los hospitales (HP1). La atención materno-infantil (HC 1.1.1) abarca el 82% del gasto de la atención hospitalaria, teniendo el parto normal y cesárea el primer lugar del gasto (HC 1.1.1.1 y HC 1.1.1.2) con el 50% y en segundo lugar las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio con un 28% del gasto.

En el caso de Nicaragua los proveedores en las diferentes modalidades de atención en salud sexual reproductiva invirtieron en hospitalización el 65% y en atención ambulatoria el 35%, del gasto total. El gasto en SSyR se distribuyó en un 73% en proveedores públicos y un 27% en proveedores privados. El análisis de la distribución del gasto en SAC se identifica que el gasto está dirigido en un 59% a los cuidados curativos de los pacientes internos (hospitalizados) y un 41% del gasto se utiliza en la compra de servicios de tipo curativo para pacientes externos (atención ambulatoria).

5.5 OTRAS CUENTAS ESPECÍFICAS

Hasta el momento, los desarrollos más avanzados de cuentas específicas son los relativos al SIDA y la salud reproductiva, los cuales cuentan con metodologías específicas desarrolladas y experiencia en un número amplio de países. No obstante, existen otras iniciativas importantes, con menor grado de avance, como es el caso de la diabetes, la tuberculosis y la malaria.

En lo que concierne a la diabetes, los estudios realizados constituyen esfuerzos por conocer el impacto económico de esta enfermedad y parten, fundamentalmente, de estimaciones de costos, en base a las cuales se proyectan los gastos para el control y tratamiento de la misma. Dichos estudios han mostrado que la diabetes impone una altísima carga económica no sólo a individuos sino también a los países; sin embargo, estos estudios solo presentan una parte del sistema de salud.

En la región de América Latina y el Caribe, el único intento que se conoce de aplicar la metodología de cuentas nacionales de salud a la diabetes, fue el realizado por México para el año 2006 y publicado en 2009 por INSP, el cual abarcó además las enfermedades cardiovasculares y la obesidad [40].

Al igual que en las cuentas de salud reproductiva, México utilizó la metodología de CNS, avalada por la OMS y OECD para realizar esta estimación, por considerar que constituye una herramienta que permite delinear el panorama financiero de enfermedades de salud, con una visión macroeconómica, ya que no solo permite desglosar el gasto por los diferentes actores del sistema, tanto público como privado, sino que también logra determinar qué acciones son financiadas y quiénes son sus beneficiarios. Los

indicadores incluidos en el estudio de México fueron los de gasto por agentes financieros, gasto por funciones, gasto por proveedores de servicios de salud y gasto por programas, así como la distribución por edad y sexo, utilizando dos métodos: vía ejercicio presupuestal (uso de datos sobre el presupuesto ejercido en los ámbitos nacional y estatal) y vía costo (uso de datos de producción de servicios como número de consultas por DM, así como de información de costos por actividad e institución).

Las cuentas en Diabetes realizada por México revelaron que para 2006 el gasto fue de 16,201 millones de pesos mexicanos, equivalentes a unos 1,486 millones de dólares corrientes de 2006, siendo Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el principal agente público 59% del gasto en DM, mientras que los hogares fueron el mayor agente en el sector privado, concentrando el 97% del sector. El estudio revela una limitante en la estimación del sector privado ya que sólo se pudo identificar el gasto relacionado con el pago de honorarios médicos en consultas y con el gasto en medicamentos para DM. En el caso de los proveedores, el estudio de cuentas de DM establece que el 19.19% de los servicios es provisto en hospitales, el 61.62% en proveedores de atención ambulatoria (97% en consultorios médicos y 3% en laboratorios), el 19.14% en farmacias; un 0.01% suministro y administración de programas de salud pública y el 0.04.

NOTA: *En relación con otras enfermedades, merece destacarse la tuberculosis y la malaria... (pendiente).*

Comentario de Patricia: Creo que no hay muchas subcuentas. De hecho HS 2020 las hace, y es generalmente para África, o sea para Salud Reproductiva, malaria y childaccounts. Algunos casos de TB. Sida es la única que tiene una cobertura mayor, en UNGASS. China está haciendo cuentas de NCD, incluyendo diabetes y CVD. Esas guías se han distribuido en las IHEA de hace 4 o 6 años, pero las versiones finales se han publicado parcialmente por la OMS. En nuestra web esta liberada ya la guía de cuentas de salud reproductiva, incluso tenemos copias en papel, y en la web están las de child. Las de malaria están casi listas.

5.6 Referencias

- [1] OMS/BM/USAID. Guía del productor de cuentas nacionales de salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios. OMS, Ginebra, 2004. 334 p. Disponible en: <http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf>
- [2] OECD/EUROSTAST/WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0. Pre-edited Version. Marzo 2011. [consultado 2011 julio 25] Disponible en: http://www.who.int/nha/sha_revision/en/
- [3] Slobbe LCJ - Msc, Heijink R - Msc, Polder JJ -PhD. Guidelines for Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender under the System Of Health Accounts (SHA) framework. National Institute for Public Health and the Environment. 2007
- [4] OECD. "Expenditure by disease and age", in OECD, Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing. 2009. [consultado 2011 agosto 12]. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en
- [5] Izazola-Licea JA. Financiamiento y gasto en respuestas al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En Alarcón Segovia, Donato y Samuel Ponce de León Rosales, eds. El SIDA en México: veinte años de la epidemia. México: El Colegio Nacional, 2003, pp. 305-356
- [6] ONUSIDA. Medición del gasto en SIDA: Un cuaderno de trabajo acerca de los métodos generales, definiciones y procedimientos para la medición de los flujos de financiamiento y gasto nacional en VIH y SIDA a nivel país. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para VIH/SIDA. 2007.
- [7] ONUSIDA. Rapport Final Ressources et Dépenses de lutte contre le SIDA. Sénégal. Noviembre 2005.
- [8] ONUSIDA. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA: Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Informe 2010. Ginebra, Suiza. Marzo 2009.
- [9] UNGASS - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS.
- [10] UNAIDS. AIDS spending by categories and financing sources, 2006: Argentina UNGASS Report. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/rt08_arg_en.pdf
- [11] UNAIDS. AIDS spending by categories and financing sources, 2006: Bahamas UNGASS Report Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/rt08_bah_en.pdf
- [12] Perera GA. National AIDS Spending Assessment (NASA) FY 2008/09. USAID/PASCA. Belize, April 2010. http://www.pasca.org/sites/default/files/BZ_NASA_20082009_MAY2010.pdf
- [13] Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (2008 – 2009). Bolivia, Marzo 2010. [consultado 2011 julio 19] Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis>
- [14] Brazilian Ministry of Health, Health Surveillance: Secretariat STD, AIDS and Viral Hepatitis Department. Targets and Commitments made by Member - States at the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UNGASS – HIV/AIDS. Brazil, March 2010. [consultado 2011 julio 18] Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis>
- [15] Ministerio de Salud de la República de Chile/ONUSIDA. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Enero 2008 – Diciembre 2009). Chile, Marzo 2010. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis>
- [16] Colombia. Ministerio de Protección Social. Informe UNGSS – 2010: Seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Colombia, marzo 2010. Disponible en: http://latinciat.net/PDF/colombia_2010_country_progress_report_es.pdf
- [17] Costa Rica. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y SIDA. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Enero 2008 – Diciembre 2009). Costa Rica, marzo 2010. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/>
- [18] UNAIDS. AIDS spending by categories and financing sources, 2007: Cuba UNGASS Report Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/rt08_cub_en.pdf
- [19] Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control y Prevención de VIH/SIDA-ITS. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (2008 – 2009). Ecuador, 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/ecuador_2010_country_progress_report_es.pdf
- [20] El Salvador. Ministerio de Salud. Medición del Gasto en SIDA 2007. Disponible en: <http://www.pasca.org/node/23>
- [21] USAID/PASCA. Informe UNGSS – 2010: Seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Guatemala, Marzo, 2010. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2010/guatemala_2010_country_progress_report_es.pdf
- [22] UNAIDS. AIDS spending by categories and financing sources, 2007: Haití UNGASS Report Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/rt08_hai_en.pdf
- [23] Honduras. Ministerio de Salud. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS 2008 – 2009. Honduras, marzo 2010. Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008>

- [24] Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. El VIH/SIDA en México 2010. México, Diciembre 2010. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf
- [25] Comisión Nicaragüense del SIDA. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Enero 2008 – Diciembre 2009). Managua, marzo 2010. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis>
- [26] ONUSIDA. Medición y Análisis Comparativo del Gasto en Sida MEGAS/Panamá 2007. Panamá, Julio 2008. Disponible en: http://media.gestorsutil.com/UNFPA_web/1/documentos/docs/0401572001268064088.doc
- [27] Paraguay. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo. Reporte del indicador No. I relativo al Gasto en SIDA 2008 y 2009, Abril 2010
- [28] Perú. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud de las Personas. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Enero 2008 – Diciembre 2009). Perú, 2010. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis>
- [29] COPRESIDA/ONUSIDA/Fundación Plenitud. Medición del Gasto en SIDA en la República Dominicana 2008. República Dominicana, julio 2010.
- [30] UNAIDS. AIDS spending by categories and financing sources, 2006: Trinidad y Tobago UNGASS Report Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/rt08_trt_en.pdf
- [31] Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Informe Nacional 2008 sobre los progresos realizados en la aplicación de la Asamblea General de las Unidas sobre el VIH/SIDA (Enero 2006 – Diciembre 2007). Uruguay, Enero 2008. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/uruguay_2008_country_progress_report_sp_es.pdf
- [32] República de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Informe Nacional relativo a los avances en la implementación de la Declaración de compromisos sobre VIH/SIDA (2001) y Declaración Política VIH/SIDA (2006). Venezuela, Marzo 2010. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis>
- [33] World Health Organization (WHO). Guide to producing reproductive health subaccounts within the national health accounts framework, 2009. [consultado 2011 julio 14] Disponible en: http://www.who.int/nha/docs/guide_to_rh/en/index.html
- [34] Mazarrasa-Alvear L, Gil-Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. Módulo 12 del Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud [monografía en internet] [consultado 2011 julio 14] Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- [35] Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, Pérez-Núñez R, Aracena-Genao B, Vásquez Meseguer VM. Desarrollo de Subanálisis de Cuentas en Salud. El Caso de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género en México. Primera edición. México: FUNSALUD/INSP, 2006:58.
- [36] Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2008 y comparativo 2003-2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2010. Coeditado con la Secretaría de Salud (MX).
- [37] Ávila-Cárcamo R. Cuentas de Salud Reproductiva – Bolivia. Informe Nacional. Agosto 2008:59
- [38] Sánchez-Ruano E. Cuentas de Salud Reproductiva en América Latina. Metodología y aplicaciones piloto: Caso de Honduras. Honduras, julio 2008:59.
- [39] ALVA, Consultores & Asociados. Implementación piloto del Manual de Cuentas en Salud Reproductiva. Nicaragua, 2008:83.
- [40] Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, González-Domínguez D, Aracena-Genao B, Montañez-Hernández JC, Serván-Mori EE, Rivera-Peña G. Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad, México 2006. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

ANEXO I: Clasificación taxonómica de la MEGAS, según dimensiones
DIMENSION FINANCIAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de Financiamiento: son entidades o fondos comunes que compradores, proveedores de servicios de intermediación financiera o agentes de pago explotan o utilizan como formas de movilización para financiar servicios relacionados con el VIH. Esto incluye: <i>Fondos públicos</i> - renta del gobierno central y préstamos reembolsables; <i>Fondos privados</i> - instituciones y corporaciones con fines de lucro, fondos de hogares, instituciones sin fines de lucro y fuentes privadas de financiación s.c.o.; <i>Fondos internacionales</i> - contribuciones bilaterales directas, agencias multilaterales, ONGs internacionales, organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro y entidades internacionales con fines lucro. • Agentes de Financiación: son entidades que movilizan recursos financieros recaudados de diferentes fuentes de financiación (fondos comunes) y los transfieren para solventar o comprar atención sanitaria u otros bienes o servicios. Esto incluye: sector público, sector privado y • Organizaciones internacionales.
DIMENSION DE LA PROVISION DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores: son entidades o personas que participan directamente en la producción, provisión y prestación de servicios a cambio de un pago por su contribución. Los servicios de VIH se suministran en una amplia variedad de ámbitos dentro y fuera del sector de salud. Esto incluye: organismos y entidades gubernamentales, proveedores sin fines de lucro, proveedores del sector privado, proveedores del sector privado sin categoría organizacional y organismos multilaterales y bilaterales. • Factores de producción: La mano de obra y el capital son dos factores que contribuyen a la creación del producto. La mano de obra representa las contribuciones humanas a la producción; y el capital, los bienes utilizados en la producción de otros bienes. Esto incluye: renta de trabajo, suministros y servicios, gastos actuales s.c.o., edificios, equipos, gastos de capital no desglosados por tipo y factores de producción no desglosados por tipo.
DIMENSION DEL USO DE LOS SERVICIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Categoría del Gasto en SIDA: son las intervenciones y actividades relacionadas con el VIH. Incluye ocho (8) categorías: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención: trata de un conjunto integral de actividades o programas diseñados para reducir el comportamiento de riesgo. En el caso de MEGAS Rep. Dom. 2008 las principales actividades en este renglón fueron las de comunicación para el cambio social y de comportamiento, movilización comunitaria, asesoramiento y pruebas voluntarias, así como programas de prevención y de reducción de riesgos para poblaciones objetivos (PVV, HSH, CDI, PTMI, etc.), suministro de preservativos. 2. Atención y tratamiento: se refiere a todos los gastos, las compras, las transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar acceso a actividades en dispensarios, hogares o la comunidad para el tratamiento y la atención de adultos y niños VIH-positivos. En el caso de MEGAS Rep. Dom. 2008 las principales actividades en este renglón fueron las de asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor, profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO), terapia antirretrovírica (ARV), apoyo nutricional, vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH, tratamiento psicológico y servicios de apoyo, atención domiciliaria. 3. Huérfanos y niños vulnerables (HNV): se refiere a todos los gastos efectuados en un menor de 18 años que ha perdido a uno o ambos progenitores, o aquellos que están próximos a quedar huérfanos y que no reciben apoyo. 4. Gestión y administración de programas: Los gastos programáticos se definen como aquellos incurridos en los niveles administrativos fuera del punto de prestación de la atención sanitaria. Los gastos programáticos cubren servicios como la gestión de programas de sida, vigilancia y evaluación (V+E), sensibilización, capacitación previa al servicio y mejora de instalaciones a través de la compra de equipos de laboratorio y telecomunicaciones. Esta sección también abarca inversiones de más largo plazo, como construcción de servicios sanitarios, que benefician al sistema de salud en conjunto. 5. Recursos humanos: se refiere a los servicios de la fuerza laboral a través de enfoques para la capacitación, la contratación, la retención, el despliegue y la recompensa por buen desempeño de directores y trabajadores sanitarios por el trabajo en el campo del VIH (incentivos salariales). 6. Protección social y servicios sociales: se refiere a las funciones de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales relativas a la provisión de beneficios monetarios y beneficios en especie a categorías de personas definidas por determinados requisitos como enfermedad, vejez, incapacidad, desempleo, exclusión social, etc. La protección social comprende los servicios sociales personales y la seguridad social. Incluye gastos en servicios y transferencias proporcionados no sólo a personas individuales sino también a hogares, además de los gastos por servicios prestados en forma colectiva. 7. Entorno favorable: se refiere a las actividades de sensibilización, la protección de derechos humanos, la inversión en el desarrollo de capacidad de las organizaciones no gubernamentales, programas específicos del sida orientados a las mujeres y programas para reducir la violencia de género. 8. Investigación relacionada con el VIH: se refiere a la generación de conocimiento que puede utilizarse para prevenir la enfermedad y promover, restablecer, mantener, proteger y mejorar el desarrollo de la población y el bienestar de las personas. Cubre los investigadores y profesionales que participan en la concepción o creación de nuevos conocimientos, productos, procesos, métodos y sistemas para el VIH y en la gestión de programas dedicados al VIH y el sida. No incluye la investigación de operaciones que se considera parte de la gestión y administración de programas. • Poblaciones beneficiarias: son aquellas a las que se destinan o se prevén explícitamente los beneficios de actividades específicas, es decir, los receptores previstos de los distintos servicios. Esto incluye: Personas que viven con VIH, poblaciones más expuestas, otras poblaciones clave, poblaciones "accesibles" específicas, población general e intervenciones no dirigidas.
Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud a partir del Manual de ONUSIDA para realizar MEGAS

ANEXO II: Datos generales y de la epidemia, porcentajes del Gasto en SIDA por funciones, en países de ALC										
Países	Población General (millones) *	Población viviendo con VIH al 2009**	Prevalencia en adultos 2001 (15-49 años) **	Prevalencia en adultos 2009 (15-49 años) **	Ingreso per cápita US\$ (PPA) (2009) ***	Gasto en SIDA per cápita (en US\$)	Gasto en SIDA respecto al GNS *	Gasto en atención como % gasto SIDA	Gasto en prevención % gasto SIDA	Gasto en gestión y administración
Argentina	39.1	110,000	0.5%	0.4%	14,110	5.3	1.1%	57%	34%	3%
Belize	0.3	4,800	2.2%	2.3%	5,990	8.2	4.1%	16%	23%	30%
Bolivia	9.9	12,000	0.2%	0.2%	4,170	0.7	0.9%	30%	37%	12%
Brazil	192.0	460000 – 810000	0.3-0.5%	0.3-0.6%	10,190	3.1	0.4%	84%	7%	4%
Chile	16.8	39,000	0.3%	0.4%	13,450	6.7	0.9%	57%	30%	1%
Colombia	45.7	160,000	0.8%	0.5%	8,550	3.0	0.9%	81%	16%	2%
Costa Rica	4.6	9,800	0.2%	0.3%	10,930	8.4	2.4%	21%	78%	0%
Cuba *****	11.2	7,100	0.1%	0-0.1%	5,230	3.7	0.6%	78%	15%	0.4%
Ecuador	13.8	37,000	0.5%	0.4%	8,100	0.6	0.8%	31%	27%	23%
El Salvador	6.1	34,000	1.2%	0.8%	6,380	7.2	3.5%	52%	37%	8%
Guatemala	14.4	62,000	0.5%	0.8%	4,570	1.8	1.4%	63%	20%	15%
Honduras	7.6	39,000	1.2%	0.8%	3,710	1.6	2.7%	26%	50%	22%
México	110.6	220,000	0.3%	0.3%	14,100	3.4	0.6%	73%	22%	5%
Nicaragua	5.7	6,900	0.1%	0.2%	2,730	2.5	2.5%	16%	33%	13%
Panamá	3.5	20,000	1.4%	0.9%	12,180	6.9	1.8%	63%	36%	1%
Paraguay	6.3	13,000	0.3%	0.3%	4,430	2.2	1.4%	62%	28%	7%
Perú	29.2	75,000	0.4%	0.5%	8,010	1.6	0.8%	51%	33%	5%
Trinidad y Tobago	1.3	15,000	1.2%	1.5%	24,970	10.5	1.8%	45%	40%	13%
Rep. Dominicana	10.2	57,000	0.9%	0.9%	8,110	3.3	1.2%	41%	25%	29%
Uruguay	3.4	9,900	0.4%	0.5%	12,900	4.2	0.9%	40%	52%	1%
Venezuela *****	28.6	n/d	0.5%	0.8%	12,220	2.7	0.4%	88.4%	7.6%	0.4%

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud, a partir de las informaciones siguientes:

* Datos tomados de la base de datos de la OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>

** Datos sobre la epidemia (prevalencia y población con VIH) tomados del Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010.

*** Datos de ingresos p/p para el GDI del International Comparison Program Database del Banco Mundial. PPA = Paridad Poder Adquisitivo.

**** Datos de gasto en SIDA tomados de los estudios de MEGAS y UNGASS de los respectivos países publicados en la web de ONUSIDA a julio 2011.

***** El ingreso per cápita de Cuba está en dólares corrientes de 2007

***** Cifra al 2007. Datos de prevalencia en Venezuela provenientes de DevInfo.org

ANEXO III: Clasificación taxonómica de la subcuenta de salud sexual y reproductiva

CATEGORÍAS DE FUNCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

HC. Funciones directa de asistencia sanitaria

- HC.1 Servicios de atención curativa
 - HC.1.1 Atención curativa con internación
 - HC.1.1.1 Servicios de salud materna
 - HC.1.1.1.1 Servicios obstétricos para partos (complicados) y emergencias
 - HC.1.1.1.2 Servicios auxiliares
 - HC.1.1.1.3 Fármacos
 - HC.1.1.1.4 Otros (Alimentos y alojamiento del paciente)
 - HC.1.1.2 Servicios de planificación familiar
 - HC.1.1.2.1 Esterilizaciones
 - HC.1.1.2.2 Servicios auxiliares y fármacos
 - HC.1.1.2.3 Servicios de aborto
 - HC.1.1.2.4 Otros (Alimentos y alojamiento del paciente)
 - HC.1.1.3 Servicios de salud reproductiva
 - HC.1.1.3.1 Diagnóstico y tratamiento de infecciones de los órganos reproductivos
 - HC.1.1.3.2 Diagnóstico y tratamiento de cáncer relacionado con la salud reproductiva
 - HC.1.1.3.3 Servicios auxiliares
 - HC.1.1.3.4 Fármacos
 - HC.1.1.3.5 Otros (Cirugía reconstructiva de fístula - Alimentos y alojamiento del paciente)
 - HC.1.3 Atención curativa ambulatoria
 - HC.1.3.1 Servicios de salud materna
 - HC.1.3.1.1 Asistencia prenatal
 - HC.1.3.1.2 Atención posnatal
 - HC.1.3.2 Servicios de planificación familiar
 - HC.1.3.2.1 Asesoramiento para planificación familiar, aplicación de métodos y seguimiento
 - HC.1.3.2.2 Tratamiento de infertilidad
 - HC.1.3.3 Servicios de salud reproductiva
 - HC.1.3.3.1 Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
 - HC.1.3.3.2 Diagnóstico y tratamiento de infecciones de los órganos reproductivos
 - HC.1.3.3.3 Diagnóstico y tratamiento de cáncer relacionado con la salud reproductiva
 - HC.1.3.3.4 Otros (Tratamiento ambulatorio de morbilidades ginecológicas)
 - HC.1.4 Servicios de atención curativa en el hogar
 - HC.1.4.1 Servicios de salud materna (Atención del parto en el hogar, terapia de masaje en el hogar)
- HC.2 Servicios de atención rehabilitadora
 - HC.2.4 Servicios de atención rehabilitadora en el hogar
 - HC.2.4.1 Servicios de salud materna
 - HC.2.4.3 Servicios de salud reproductiva (otros)
- HC.4 Servicios auxiliares de la asistencia sanitaria *(Salvo los que están incluidos en HC.1.1)*
 - HC.4.1 Laboratorio clínico
 - HC.4.1.1 Servicios de salud materna
 - HC.4.1.2 Servicios de planificación familiar
 - HC.4.1.3 Servicios de salud reproductiva (otros)
 - HC.4.2 Imagenología de diagnóstico
 - HC.4.2.1 Servicios de salud materna
 - HC.4.2.3 Servicios de salud reproductiva (otros)
 - HC.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia
 - HC.4.3.1 Servicios de salud materna
 - HC.4.3.3 Servicios de salud reproductiva (otros)
- HC.5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
 - HC.5.1 Fármacos y otros productos médicos no duraderos
 - HC.5.1.1 Medicamentos recetados
 - HC.5.1.1.1 Medicamentos para salud materna
 - HC.5.1.1.2 Productos para planificación familiar
 - HC.5.1.1.3 Productos para salud reproductiva (otros)
 - HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre
 - HC.5.1.2.1 Productos para salud materna
 - HC.5.1.2.2 Productos para planificación familiar
 - HC.5.1.2.3 Productos para salud reproductiva (otros)
 - HC.5.1.3 Otros productos médicos no duraderos

<ul style="list-style-type: none"> HC.5.1.3.1 Productos para salud materna HC.5.1.3.2 Productos para planificación familiar HC.5.1.3.3 Productos para salud reproductiva (otros) HC.6 Servicios de prevención y salud pública <ul style="list-style-type: none"> HC.6.1 Salud materna; planificación familiar y apoyo psicológico <ul style="list-style-type: none"> HC.6.1.1 Programas preventivos de salud materna HC.6.1.2 Programas de planificación familiar HC.6.3 Prevención de enfermedades transmisibles <ul style="list-style-type: none"> HC.6.3.3 Programas de salud reproductiva (otros) HC.6.4 Prevención de enfermedades no transmisibles <ul style="list-style-type: none"> HC.6.4.3 Programas de salud reproductiva (otros) HC.7 Administración sanitaria y seguro médico <ul style="list-style-type: none"> HC.7.1 Administración sanitaria del gobierno general <ul style="list-style-type: none"> HC.7.1.1 Administración sanitaria del gobierno general (excepto el seguro social) HC.7.1.2 Administración, operación y apoyo de fondos del seguro social HC.7.2 Administración sanitaria y seguro médico: privado <ul style="list-style-type: none"> HC.7.2.1 Administración de salud y seguro médico: seguro social HC.7.2.2 Administración de salud y seguro médico: otros privados HC.nsk HC Gastos no especificados por tipo HC.R Funciones relacionadas con la asistencia sanitaria <ul style="list-style-type: none"> HC.R.1 Formación de capital para instituciones proveedoras de asistencia sanitaria <ul style="list-style-type: none"> HC.R.1.1 Desarrollo de infraestructura y modernización de instituciones que prestan asistencia sanitaria curativa y preventiva HC.R.1.2 Desarrollo de infraestructura y modernización de la prestación de servicios de diagnóstico para la asistencia sanitaria HC.R.1.3 Mejoras al sistema no clínico HC.R.2 Educación y capacitación del personal de salud <ul style="list-style-type: none"> HC.R.2.1 Educación/ capacitación en servicios de salud materna HC.R.2.2 Educación/ capacitación en servicios de planificación familiar HC.R.2.3 Educación/ capacitación en servicios de salud reproductiva (otros) HC.R.3 Investigación y desarrollo en salud <ul style="list-style-type: none"> HC.R.3.1 Investigación y desarrollo en salud materna HC.R.3.2 Investigación y desarrollo en planificación familiar HC.R.3.3 Investigación y desarrollo en salud reproductiva (otros)
CLASIFICACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA
<ul style="list-style-type: none"> HP.1 Hospitales HP.2 Establecimientos de asistencia residencial y en dependencia HP.3 Prestadores de asistencia sanitaria ambulatoria HP.4 Venta al por menor y otros tipos de proveedores de productos médicos HP.5 Suministro y administración de los programas de salud pública HP.6 Administración y seguro sanitarios generales HP.7 Otros sectores (resto de la economía) HP.8 Instituciones que prestan servicios relacionados con la salud HP.9 Resto del mundo HP.nsk
CATEGORÍAS BÁSICAS DE AGENTES DE FINANCIAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud HF.1.1.1.2 Otros ministerios HF.1.2 Fondo de seguridad social HF.2.2 Aseguradoras privadas HF.2.3 Pagos de hogares privados con recursos propios HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares HF.3 Resto del mundo
CATEGORÍAS BÁSICAS DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> FS.1 Fondos públicos <ul style="list-style-type: none"> FS.1.1.1 Gobierno Central FS.1.1.2 Otros fondos públicos FS.2 Fondos privados <ul style="list-style-type: none"> FS.2.1 Empleadores FS.2.2 Hogares FS.2.3 Organizaciones no gubernamentales FS.3 Fondos del resto del mundo
Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud a partir del Guía para producir la subcuenta de Salud Reproductiva en el marco del Sistema De Cuentas De Salud, OMS, 2009.

ANEXO IV: Indicadores propuestos para la subcuenta de salud reproductiva
Indicadores generales
<ul style="list-style-type: none"> • Gasto total en salud reproductiva (y en la medida de lo posible, gasto en salud reproductiva por región) • Gasto total en salud reproductiva por categoría funcional • Gasto en salud reproductiva por mujer/hombre en edad fecunda • Gasto en salud reproductiva como % del PIB • Gasto en salud reproductiva como porcentaje del gasto total en salud
Indicadores de fuentes de financiamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Contribución del sector público como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Contribución del sector público en salud reproductiva como % del gasto público total en salud • Contribución del sector privado (hogares y otras entidades privadas) como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Contribución de los donantes como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Vinculación de las fuentes de financiamiento a sus usos finales / por área funcional de las CNS / por categoría funcional de salud reproductiva: P. ej. % del tratamiento curativo financiado por los donantes, por los hogares y por el gobierno P. ej. % de los servicios de salud materna financiados por los donantes y por los hogares.
Indicadores de gastos de los hogares
<ul style="list-style-type: none"> • Gasto total de los hogares* como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Gasto de recursos propios como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Gasto de recursos propios por categoría funcional de salud reproductiva (véase más adelante) • Gasto de recursos propios por mujer en edad fecunda • Gasto de recursos propios en salud reproductiva como % del gasto total de recursos propios en salud
Indicadores de agentes financieros
<ul style="list-style-type: none"> • % de los fondos para salud reproductiva administrados por: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Ministerio de Salud y otras entidades públicas ○ ONG y donantes ○ Directamente por los hogares (con recursos propios) ○ Contribuciones a seguros médicos • Por categoría funcional de salud reproductiva
Indicadores de prestadores de servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Gasto de prestadores de servicios como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva <ul style="list-style-type: none"> ○ Por propiedad (pública y privada) ○ Por prestador de servicios (hospital, centro de salud, dispensario, etc.)
Indicadores funcionales
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos curativos como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratamiento con internación como % del gasto total dedicado a la salud reproductiva ○ Tratamiento ambulatorio como % del gasto total dedicado a la salud reproductiva • Programas de prevención y salud pública como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Administración de la salud como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva
Categorías funcionales de salud reproductiva
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud materna (incluyendo un desglose por atención prenatal, durante el parto y posnatal) como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva <ul style="list-style-type: none"> ○ Gasto por parto por tipo de establecimiento ○ Desglose de los gastos en salud materna por fuente de financiamiento (p. ej. % de los gastos en salud materna financiados por los hogares). • Planificación familiar como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Aborto como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Infecciones de transmisión sexual, cáncer, infecciones de los órganos reproductivos y otras enfermedades ginecológicas como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Promoción de la salud sexual (incluyendo la eliminación de prácticas sexuales perjudiciales**) como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Otros programas preventivos y de salud pública como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Gasto en tratamiento de infecciones de transmisión sexual como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Administración como % del gasto total en salud dedicado a la salud reproductiva • Desglose de gastos por combinación de métodos anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> ○ P. ej. % del gasto en anticonceptivos orales financiados por los hogares y el gobierno ○ P. ej. gasto y utilización de diversos tipos de anticonceptivos
<p>Notas:</p> <p>*El gasto de los hogares no es necesariamente el mismo que el gasto pagado con recursos propios. El gasto de los hogares incluye pagos directos e indirectos a los prestadores de servicios, y esto incluye el pago de primas de pólizas de seguro, en tanto que el gasto pagado con recursos propios incluye solamente los pagos directos a los prestadores de servicios.</p> <p>**Las prácticas sexuales perjudiciales incluyen mutilación genital femenina, violación, incesto, comercio sexual y explotación sexual de menores.</p>
Fuente: OMS, Guía para producir la Subcuenta de Salud Reproductiva en el marco del Sistema de Cuentas de Salud, 2009

ANEXO V: Datos de indicadores financieros producidos, fuentes de información y limitaciones de la data de gasto en Salud Sexual y Reproductiva en países de América Latina			
Matrices Producidas	Fuentes de información	Información utilizada	Limitaciones de la información
Bolivia, 2004			
1. Gasto por funciones de SSyR	Ministerio de Salud y Deportes (SUMI - SNIS), Ministerio de Hacienda, Prefecturas (Servicios Departamentales de Salud - SEDES), Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)	Gasto Público: Partidas presupuestarias de gasto publico, base de datos del Seguro Público (SUMI 2004)	1. Información generada por las instituciones del sector público y privado no tiene relación con los requerimientos de la metodología de Cuentas de Salud Reproductiva.
2. Gasto por proveedores			2. Imposibilidad de acceder a la información de las Cajas de Salud e inexistencia de registros desagregados sobre producción de Salud Reproductiva.
3. Gasto por agentes de financiamiento	Instituto Nacional de Estadística (INE), Caja de Salud de la Banca Privada, Hogares, Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI)	Gasto Privado: Base de Datos de la Encuesta de Hogares	3. El Ministerio de Hacienda, el INASES y Cajas de Salud no generan reportes que permitan obtener datos sobre SR, ya que manejan sus bases de datos bajo la estructura de gasto por partidas presupuestarias.
4. Gasto por fuentes de financiamiento			4. Falta de información de las Agencias de Cooperación Internacional y del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
Honduras, 2005			
1. Gasto por funciones de SSyR	Secretaría de Finanzas (SEFIN), Banco Central (BC), Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Instituto Nacional de Estadística (INE)	Gasto Público: Informe de ejecución presupuestaria del SEFIN, IHSS y SESAL. Informe de producción estadística y de inversión en salud del IHSS y SESAL. Informe de inversión en recursos humanos. Informe estadístico macroeconómico del BC	1. Debilidad en el sistema de información de producción y financiera de las instituciones públicas y privadas
2. Gasto por proveedores			2. Falta de datos sobre el gasto de las ONG que proveen servicios de salud ni de las agencias de cooperación.
3. Gasto por agentes de financiamiento		Gasto Privado: Gasto en salud de los hogares de la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI), Gasto en salud de los hogares de la Encuesta de Ingresos y Gastos (ENIHG) del BC, Cuentas Nacionales del BCH	3. No se dispone de contabilidad analítica ni información de costos de los servicios en salud
			4. Ausencia de una estructura institucional con funciones claramente definidas en el ámbito del estudio
México, 2008			
1. Gasto por funciones de SSyR	Instituciones de salud y seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)	Gasto Público: presupuestos ejercidos en los ámbitos nacional y estatal, ponderados con indicadores de producción y ajustado por beneficiario para comparaciones interestatales.	1. Cambios en los registros de información. Fue necesario realizar una homologación entre las estructuras financieras del 2003 y 2008 de la SSA.
2. Gasto por proveedores	Sector privado (Empresas de seguro privadas, Pagos directos de los hogares y ONG)		2. Solo fue posible realizar la estimación del gasto privado a escala nacional
3. Gasto por programas / Distribución por edad y sexo	Instituciones públicas destinadas a la población no asegurada (Secretaría de Salud y Gobierno Estatal, IMSS-Oportunidades, Régimen Estatal de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud)	Gasto Privado: información sobre el gasto monetario y no monetario de la ENIGH 2008 y de la ENSAR 2003, datos de las ONGs y de la AMIS, cuota de recuperación que pagan los hogares	3. Escasez de información del desembolso de los hogares en actividades diferentes a la atención del embarazo y parto.
Nicaragua, 2006			
1. Gasto por fuentes de financiamiento	Oficina de Estadísticas del MINSa (Ministerio de Salud)	Gasto Público: Reportes del MINSa, Hoja de registro diario a las consultas de los programas de SSyR	1. Limitaciones para la obtención de las frecuencias de las funciones porque no se obtuvo información desagregada
2. Gasto por proveedores			2. Retraso en la publicación de las encuestas de salud
3. Gasto por agentes de financiamiento	Centros de Documentación	Gasto Privado: Estudios de estimación de Costos seleccionados de los disponibles; ENDESA 2006-2007 (informe preliminar)	3. Limitaciones para Estimación del Gasto por funciones por medio de fuentes secundarias, tales como el sistema contable publico

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con base en cuentas de SSyR de los países

Capítulo 6

CUENTA SATÉLITE

Autores: Alain Palacios, María Angélica Borges dos Santos, Ricardo Moraes, Pedro Bivona, Oscar Santiago Salinas, Carlos Lino Sosa

NOTA: *Este capítulo ha generado importantes discusiones sobre su contenido y la forma de presentación del mismo. En ese sentido, P. Hernández y M. Rathe hicieron observaciones sobre las experiencias de los países incluidas en la sección, pero además se hicieron cuestionamientos importantes que los autores han dado respuesta y que serán incorporadas y otros están pendientes de enviar. Las cuestiones de análisis y discusiones han girado en torno a los siguientes puntos:*

- *Qué indicadores pueden generarse con las cuentas satélite de salud?*
- *Qué otros indicadores pueden generarse además de los usuales ofrecidos por SHA?*
- *Quién es el usuario directo de las cuentas satélite?*
- *Es más difícil o requiere más recursos el establecimiento de cuentas satélite?*
- *Requiere de fuentes de información diferentes de las fuentes usadas por SHA?*
- *Representa una aproximación que pueda institucionalizarse con mayor facilidad?*

De cara al tema de la comparabilidad presentado por México se ha requerido contemplar lo siguiente: indicar cuáles son las ventajas del proceso: si esto facilitado la comunicación entre trabajadores de salud y de contabilidad nacional? Ha facilitado la utilización de información de las cuentas nacionales para las cuentas de salud? Cuál ha sido la reacción de los decisores en el sector público y privado de la salud ante esta experiencia metodológica? Cuál es el futuro deseable/esperado de la contabilidad en las próximas estimaciones?

6.1 Resumen

Las Cuentas Satélites (CS) de la salud responden a la necesidad de ampliar la capacidad analítica de las cuentas nacionales en el área de salud, de manera flexible, constituyéndose en un instrumento de coordinación estadística del sector salud. Las características de las CS son las siguientes: a) proporciona información detallada de los productores y productos específicos, b) utiliza conceptos, clasificaciones y cuadros detallados, c) extiende y detalla la cobertura de variables de producción de unidades auxiliares y de valoración del trabajo voluntario, d) permite el análisis ampliado mediante el uso de agregados e indicadores monetarios y físicos específicos, e) permite el análisis del área social en el contexto de la economía en su conjunto.

Diversos países de la Región de las Américas, tales como: Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de Norte América, Paraguay, Perú y Venezuela utilizan este enfoque de cuentas para el análisis de las dimensiones económicas y financieras de las actividades de salud de los países. Con ello, buscan desarrollar y fortalecer un sistema de estadística que ayude a sustentar rigurosamente el valor, la participación y evolución del sector de la salud en la economía nacional. En este capítulo se presentan las experiencias de algunos de estos países en la producción de CS, incluyendo los resultados más recientes de sus respectivas publicaciones.

Palabras claves: cuentas satélite, valor agregado de las cuentas de producción, gasto en consumo intermedio.

6.2 Contexto

Una Cuenta Satélite de los bienes y servicios de la Salud, también denominada Cuenta Satélite de Salud (CSS), es básicamente un sistema de estadísticas económicas que facilita y sirve de soporte al análisis y la investigación en el sector Salud. La característica que distingue a esta metodología es que se fundamenta en un sistema contable uniforme y exhaustivo, utiliza clasificaciones y nomenclaturas validadas por todos los países, emplea criterios y tratamientos estandarizados y es consistente con las estadísticas económicas oficiales de los países.

Las Cuentas Satélites fueron inicialmente planteadas por los franceses (Pommier, 1981) [1] en fines de la década de 1970, como un enfoque de Contabilidad Social. Buscaban ampliar, con datos estructurales y sociales, las informaciones económicas contenidas en el marco contable - económico del *System of National Accounts - SNA* (Sistema de Cuentas Nacionales – SCN) desarrollado por Richard Stone (Premio Nobel de Economía en 1984)¹⁵ para sectores específicos de la economía, como la Salud y la Educación.

En la década de 1990 fueron establecidas dos vertientes metodológicas principales para la elaboración de Cuentas de Salud - la metodología *National Health Accounts* (NHA – Cuentas Nacionales de Salud), desarrollada por expertos de la Universidad de Harvard - y la metodología *System of Health Accounts* (SHA - Sistema de Cuentas de Salud) planteada por OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial, la cual tenía un acercamiento a la metodología del *Sistema de Cuentas Nacionales (SCN)*. Ambas estaban fuertemente orientadas al comportamiento del Gasto en Salud.

Las cuentas y análisis satélite fueron concebidos en la década pasada en el contexto de la publicación del manual del Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 (SCN93 – NNUU, 1993). De acuerdo a dicho manual, las Cuentas Satélite permiten:

- Disponer de información adicional (funcional o de entrecruzamientos sectoriales) sobre determinados aspectos sociales
- Utilizar conceptos complementarios o alternativos (por ejemplo, clasificaciones o marcos contables) para introducir dimensiones adicionales en el marco conceptual de las Cuentas Nacionales
- Ampliar la cobertura de costos y beneficios de las actividades humanas
- Ampliar el análisis mediante indicadores y agregados pertinentes
- Vincular datos físicos con el sistema contable monetario

La denominación de “satélites” hace referencia, necesariamente, al núcleo o marco central de las Cuentas Nacionales y las características recién mencionadas se establecen teniendo ese marco como punto de comparación.

En los últimos años, ha crecido el entusiasmo de utilizar abordajes satélites de la Contabilidad Económica para los Sistemas de Cuentas de Salud, quizás como reflejo de la mayor participación de sectores productivos con fines de lucro privados en las actividades de salud. Tanto los promotores de la metodología *National Health Accounts* (NHA) como los que plantean el *System of Health Accounts* (SHA) buscan integrar a sus metodologías informaciones económicas más robustas vinculadas a la

15 John Richard Nicholas Stone; Londres, 1913 - Cambridge, 1991. Economista inglés, conocedor de los sistemas de contabilidad nacional, aplicó métodos estadísticos que han permitido mejorar radicalmente las bases del análisis económico empírico.

producción de servicios de salud, en contraste con la dimensión más centrada en los **gastos** que caracteriza a ambas metodologías.

Para el marco del *System of National Accounts* (SCN – Sistema de Contabilidad Nacional), la Cuenta Satélite de Salud representa un registro contable más detallado de la actividad económica del sector salud y de un Sistema Nacional de Salud de un país. Se denomina satélite porque orbita alrededor del cuerpo principal de la Contabilidad Nacional (CN) del sistema económico en su conjunto. La CN refleja la actividad económica de una nación en un período dado, además describe el proceso de producción, distribución y uso de los bienes y servicios dentro de un país. Por ello, la CN constituye el núcleo básico de las estadísticas económicas.

El cuerpo principal, es decir la CN de la economía en su conjunto, ha sido simplificado, normalizado y estandarizado internacionalmente como un Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El SCN consta de un conjunto de clasificaciones, definiciones, cuentas y reglas de registro contables coherentes, integradas y sistematizadas que nos permite medir y describir de manera consistente y comparable a lo largo del tiempo y entre países, la actividad económica de los países.

Una característica primordial del SCN como sistema estandarizado para medir la Contabilidad Nacional es su secuencia de Cuentas Integradas a partir de la Cuenta de Producción de los distintos sectores productivos de la economía global. Por lo tanto, en las Cuentas Integradas del SCN la Salud es contemplada como sector productivo de bienes y servicios que serán utilizados como productos intermedios (Consumo Intermedio) o finales (Consumo Final) por los Hogares, el Gobierno, las Instituciones sin fines de lucro que sirven a los Hogares (ISFLSH) y por el Sector Externo (Exportaciones). Por lo tanto, el SCN enfoca al sector de la Salud desde el punto de vista de la Producción y el consumo de bienes y servicios de atención de la salud.

La Cuenta Satélite de Salud, representa entonces la actividad económica del sistema de atención de la salud, en un período dado con datos estructurados y sistematizados de acuerdo a las normativas del marco central constituido por el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN).

La ONU, el Banco Mundial y el FMI, han elaborado el Manual del SCN en 1993 y recientemente la versión 2008 del mismo. En ambas versiones, se refieren a las Cuentas Satélite como una alternativa para describir un sector económico de especial interés, flexibilizando las reglas del marco central.

El Manual del Sistema de Cuentas Nacionales sugiere dos tipos de Cuentas Satélite:

- *Cuenta Satélite Interna* (funcional en el SCN'93) - permite concentrar mayor nivel de agregación a ciertos flujos de interés o expandir otros con mayor nivel de desagregación.
- *Cuenta Satélite Externa* - permite agregar información no cubierta por el SCN para analizar el sector de interés con mayor detalle, también permite flexibilizar conceptos del marco central. Por ejemplo, incluir el trabajo voluntario de cuidados de la salud o doméstico no remunerados

Análogas a las Cuentas Nacionales, las Cuentas Satélite son una herramienta de análisis que permite conocer las características estructurales y la dinámica de los procesos económicos en los que se desenvuelve el sistema sanitario. Resultan de utilidad para el diseño, seguimiento y evaluación de políticas, así como también para monitorear el desempeño del sector, entre otros usos posibles.

Un rasgo particular de las Cuentas Satélite es que pretenden transformarse en un instrumento de coordinación estadística. Por una parte, el desarrollo de una Cuenta Satélite de Salud permite mejorar sustancialmente la información primaria y las estimaciones de Cuentas Nacionales en materia de Salud, así como las Estadísticas de las Finanzas Públicas en cuanto al Gasto Funcional en Salud. El conocimiento del sector en profundidad y la propia necesidad de contar con datos desagregados para el análisis y la macro-gestión en Salud, hacen que los requerimientos de información para las compilaciones de referencia (Año Base) y el seguimiento anual se vean beneficiados en un proceso de trabajo conjunto. De igual manera, las desagregaciones funcionales que propone la metodología internacional (FMI, 2001) pueden facilitarse al desarrollar esfuerzos de colaboración.

Por otra parte, el análisis satélite supone contar con información no monetaria vinculada, desde varios ámbitos, a los datos monetarios de la Cuenta Satélite. Estudios relativos a la producción de bienes y servicios de Salud, tienen como condición disponer del valor monetario de la producción y de datos sobre el número de consultas y egresos hospitalarios. Análisis que intenten verificar el impacto de las políticas sanitarias relacionarán, por ejemplo, el gasto de consumo final o el consumo final efectivo con datos epidemiológicos sobre morbilidad de la población. La cobertura de los sistemas supone relacionar el Gasto Nacional en Salud con las estadísticas de población, población beneficiaria por subsistema de aseguramiento o población desagregada por tramos de edad y sexo. Un análisis serio acerca de la productividad en el sector público de Salud, supone relacionar la producción (número de atenciones de salud y su valor monetario), con los factores productivos (capital y trabajo) también medidos en ambas dimensiones. Estudios sobre equidad establecerán relaciones entre las transferencias sociales en especie y el nivel socioeconómico de los hogares.

En América Latina, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) ha planteado, desde 2002, la utilización de abordajes satélite de la Contabilidad Nacional para la estructuración de las cuentas de salud de los países de la región. Varios países han estructurado sus Sistemas de Cuentas de Salud siguiendo esta metodología, entre ellos Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Perú.

Asimismo, la OPS ha desarrollado y planteado la adopción de un Manual estandarizado para la confección de la Cuenta Satélite de Salud en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales en la región pero no se ha obtenido aún un consenso metodológico como se hubiera deseado.

6.3 Experiencias de Cuenta Satélite en países en ALC

6.3.1 Experiencia de Chile¹⁶

Chile ha realizado importantes avances en el desarrollo de una Cuenta Satélite de Salud (CSS). Especialmente en el ámbito del sector institucional del Gobierno General. También ha desarrollado algunas estimaciones para el sector institucional financiero, nos referimos a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las cuales corresponden a la seguridad social privada de salud. Lo anterior ha dado como resultado la publicación a comienzos del año 2009 de la primera etapa del proyecto (MINSAL, 2009) [2].

La información disponible abarca las Cuentas Económicas Integradas (CEI). Comenzando con la cuenta de producción, cuentas corrientes (cuenta de generación del ingreso, de asignación del ingreso primario, distribución secundaria del ingreso y utilización del ingreso disponible) y las cuentas de acumulación (cuenta de capital y cuenta financiera).

¹⁶ Documento elaborado por Alain Palacios Quezada. Economista y analista de cuentas de salud de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial (UCSAS) del Depto. de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile (mayo de 2011).

Si bien la Cuenta Satélite de Salud para Chile es aún incompleta se están realizando esfuerzos para alcanzar la cobertura institucional que se requiere. En este sentido, se espera que para fines del año 2011 se obtengan las primeras estimaciones para el sector privado de Salud. Por otro lado, se está ad portas de publicar información para el sector público completo, dado que en los últimos años se ha dado más relevancia a la información disponible para el Ministerio de Salud y Atención Primaria Municipal.

6.3.1.1 Actividades económicas de la Salud

La delimitación de las actividades está definida por la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, versión 3) del Sistema de Naciones Unidas. Las actividades características de la salud están asociadas a la provisión de servicios de salud y la regulación y rectoría de los servicios de salud. En el caso de las actividades conexas de salud encontramos al seguro público y privado de salud, además de las actividades de comercio al por mayor que realiza el gobierno para abastecer al sistema público de salud. Las actividades características y conexas de la salud consideradas en la Cuenta Satélite de Salud corresponden a las siguientes:

Actividades características de la Salud

7512 – Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios sanitarios, educativos, culturales y otros servicios sociales, excepto servicios de seguridad social

851 – Actividades relacionadas con la salud humana

8511 – Actividad de hospitales

8512 – Actividad de médicos y odontólogos

8519 – Otras actividades relacionadas con la salud humana

Actividades conexas de la Salud

7530 – Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria

6603 – Planes de seguros generales

5139 – Venta al por mayor de otros enseres domésticos

Se ha utilizado el clasificador CIIU de actividades económicas, a pesar de no ser específico para el ámbito de la salud, debido principalmente porque es un clasificador internacional de uso extendido. Sin embargo se han adaptado sus descripciones a la realidad nacional con el fin de exponer más claramente las actividades de salud asociadas, sin perder la génesis de su codificación.

6.3.1.2 Cobertura de la Cuenta Satélite de Salud

La Cuenta Satélite de Salud para Chile aún se encuentra en desarrollo y presenta un énfasis en la cobertura del sector público de salud. Sin embargo, su cobertura da cuenta de una proporción relevante de los beneficiarios del sistema de salud chileno. En la tabla 1 se aprecia la cobertura de CSS en términos de las actividades económicas y los sectores institucionales.

Las actividades características de la salud corresponden a la parte más relevante de la CSS. Ahí encontramos a la actividad 851-Actividades relacionadas con la salud humana que engloba a las subactividades 8511-Actividad hospitalaria, 8512-Actividad ambulatoria de nivel primario y 8519-Otras actividades relacionadas con la salud humana. En estas actividades encontramos la producción de servicios de salud privados y públicos. La producción privada de salud está dada por las clínicas, hospitales, centros de atención ambulatoria, laboratorios, entre otros, además de las actividades de médicos y odontólogos, y también de otros profesionales de la salud que ejercen su actividad en forma independiente. En el caso del sector público encontramos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud – SNSS (hospitales y centros de atención primaria de salud), centros de atención primaria municipalizada, hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden, entre otros.

La actual cobertura de la CSS para la actividad 851 Actividades relacionadas con la salud humana abarca a los establecimientos del SNSS y los centros de atención primaria municipalizada. Cabe señalar que el 70% de la población es beneficiaria del sistema público de salud y concurre a estos centros de salud.

Actualmente se disponen de cifras preliminares no publicadas para el periodo 2003-2008 para el sector público completo, incluyendo los Hospitales de las FF.AA. y de Orden, entre otras instituciones mencionadas en la tabla 1. Es decir se dispondrá de datos para todas las actividades económicas relacionadas con salud que realiza el sector Gobierno.

Otra de las actividades características de la salud corresponde a la 7512 Actividad de salud pública y regulación de las actividades de salud, la cual es ejercida completamente por el Gobierno a través del Ministerio de Salud y sus distintas instituciones, como la Subsecretaría de Salud Pública, Instituto de Salud Pública o Superintendencia de Salud, entre otras. En este caso la cobertura de la CSS es completa para la actividad 7512.

Para el ámbito de las actividades conexas de salud nos encontramos con las siguientes actividades:

- 7530 Actividades de planes de la seguridad social de afiliación obligatoria
- 6603 Actividad de seguros previsionales privados de salud
- 5139 Actividad de abastecimiento público de la salud

Para el caso del sector público encontramos que para la actividad 7530 y 5139 son instituciones de Gobierno quienes desarrollan exclusivamente estas funciones. En la actividad 7530 encontramos al Fondo Nacional de Salud, el cual corresponde al Fondo de la Seguridad Social en Salud, y en la actividad 5139 a la Central de Abastecimiento del SNSS¹⁷, la cual tiene como misión realizar las compras al por mayor de medicamentos e insumos clínicos para los hospitales públicos y centros públicos de atención ambulatoria.

En la actividad 6603 encontramos a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las cuales tienen por misión prestar servicios de aseguramiento ante los eventos de salud. Es posible considerarlas como Seguridad Social Privada en Salud, debido principalmente porque los cotizantes de este sistema deben pagar una cotización obligatoria y tiene la posibilidad de elegir en que institución desean hacerlo. En Chile existe la posibilidad de elegir entre un seguro privado o un seguro público de salud. La condición es que coticen en alguno de ellos de tal forma de tener cobertura de salud ante cualquier evento futuro.

En el ámbito de las actividades conexas la Cuenta Satélite de Salud tiene una cobertura completa, tal como se aprecia en el anexo I.

6.3.1.3 Principales resultados

En esta sección se presentan los principales resultados de la Cuenta Satélite de Salud para el periodo 2003 – 2007. Los datos que se presentan están expresados en millones de dólares corrientes con el fin de facilitar su lectura y comparación con otros países de la región.

Si bien es cierto no se dispone de información completa para las actividades agrupadas en el código CIUU 851, de todas formas se presenta la información disponible para el Gobierno General (función Salud).

En la tabla 2 se muestra una de las variables más importante de la Cuenta de Producción, nos referimos al Valor Agregado Bruto, que podría considerarse como una proxy del PIB de Salud, aunque esta última variable carece de sentido macroeconómico, ya que no es posible establecer PIB sectoriales (asociados a actividades económicas). El valor agregado también es un buen indicador del nivel de las remuneraciones,

¹⁷ Sistema Nacional de Servicios de Salud

especialmente en lo que respecta a la producción de servicios de salud y de administración de la salud en el sector público.

Tabla 2: Valor Agregado Bruto 2003 – 2007. Cobertura actual CSS (Millones US\$ corrientes)

CIU v3	Descripción	2003	2004	2005	2006	2007
8511	Actividad hospitalaria ¹⁸	809	1.012	1.135	1.328	1.525
8512	Actividad ambulatoria de nivel primario ¹⁹	233	292	381	470	575
7512	Actividad de salud pública y regulación de las actividades de salud	22	28	72	86	100
7530	Actividades de planes de la seguridad social de afiliación obligatoria	8	10	12	13	15
6603	Actividad de seguros previsionales privados de salud	124	179	222	237	206
5139	Actividad de abastecimiento público de la salud	2	2	2	8	3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de MINSAL (2009).

En la tabla 3 se presenta el Gasto de Consumo Final, el cual es una de las variables relevantes de la Cuenta de Utilización del Ingreso Disponible y para las instituciones de Gobierno, ya que da cuenta del nivel de gasto que está llevando a cabo dicho sector institucional. Este gasto que realiza el gobierno irá en directo beneficio de la población a través de las Transferencias Sociales en Especie, el cual es otro concepto para denominar al Gasto de Consumo Individual del Gobierno. Por otro lado encontramos también, al Gasto de Consumo Colectivo, más asociado a la regulación y rectoría en salud junto a los gastos en Salud Pública.

Tabla 3: Gasto de Consumo Final 2003 – 2007. Cobertura actual CSS. (Millones US\$ corrientes)

CIU v3	Descripción	2003	2004	2005	2006	2007
8511	Actividad hospitalaria ²⁰	1.066	1.384	1.523	1.905	2.252
8512	Actividad ambulatoria de nivel primario ²¹	294	368	475	578	704
7512	Actividad de salud pública y regulación de las actividades de salud	75	84	132	182	199
7530	Actividades de planes de la seguridad social de afiliación obligatoria	36	54	115	135	171

Fuente: Elaboración propia en base a datos de MINSAL (2009).

Finalmente presentamos en la tabla 4 la Formación Bruta de Capital Fijo para el periodo 2003 – 2007. Esta variable se obtiene de la Cuenta de Acumulación de Capital y corresponde a uno de los componentes principales del Gasto de Capital.

Tabla 4: Formación Bruta de Capital Fijo 2003 – 2007. Cobertura actual CSS. (Millones US\$ corrientes)

CIU v3	Descripción	2003	2004	2005	2006	2007
8511	Actividad hospitalaria ²²	40	44	83	155	228
8512	Actividad ambulatoria de nivel primario ²³	24	36	52	72	67
7512	Actividad de salud pública y regulación de las actividades de salud	0,8	0,8	1,7	1,9	18
7530	Actividades de planes de la seguridad social de afiliación obligatoria	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4
6603	Actividad de seguros previsionales privados de salud	6	-3	8	-13	22
5139	Actividad de abastecimiento público de la salud	0,1	0,1	0,1	-0,4	0,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de MINSAL (2009).

¹⁸ Sólo considera a las instituciones del Gobierno General (función Salud). No incluye a las FF.AA. y de Orden ni al sector privado de salud.

¹⁹ Sólo considera a los Centros de atención primaria municipalizada (públicos). No considera la actividad de los prestadores privados.

²⁰ Sólo considera a las instituciones del Gobierno General (función Salud). No incluye a las FF.AA. y de Orden ni al sector privado de salud.

²¹ Sólo considera a los Centros de atención primaria municipalizada (públicos). No considera la actividad de los prestadores privados.

²² Sólo considera a las instituciones del Gobierno General (función Salud). No incluye a las FF.AA. y de Orden ni al sector privado de salud.

²³ Sólo considera a los Centros de atención primaria municipalizada (públicos). No considera la actividad de los prestadores privados.

Esperamos que esta información permita comparar y analizar el desempeño y evolución de los sistemas de salud en los países de la región, con el fin de mejorar la eficiencia del gasto y su focalización.

6.3.2 Experiencia de Brasil²⁴

Brasil fue el primer país de América Latina y el Caribe en adoptar una metodología para sus cuentas de salud, basada en el enfoque satélite que se deriva del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) (Rannan-Elyia et al, 1997) [3]. Esta opción se tomó sobre la base de la solidez del SCN del país y con la participación directa de contadores nacionales brasileños en la fase inicial del proyecto de Cuentas Nacionales de Salud (CNS), auspiciado y financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La información específica, en formato de cuenta satélite, estuvo basada en un censo económico nacional realizado para los años 1980 y 1985, cuyos datos fueron incluidos en la publicación de 1995: *Economía Política da Saúde: uma perspectiva quantitativa (Economía Política de la Salud: Una perspectiva cuantitativa)* (Zayen et al, 1995) [4]. Después de esta publicación inicial de resultados, el trabajo en cuentas de salud se detuvo y no se reinició hasta 2001. Nuevas rondas de debate sobre los enfoques metodológicos apropiados se llevaron a cabo y, en 2004 y 2005, una segunda ronda de cuentas nacionales de salud experimentales regionales (estado de Bahía) y nacionales para el año 2000 fueron apoyadas por el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID por sus siglas en inglés).

En el año 2006, por mandato del Gobierno Central, se creó un equipo técnico de trabajo que incluía funcionarios públicos de los Ministerios de Salud, Finanzas y Planificación (del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE, Instituto de Investigación Económica Aplicada - IPEA, Ministerio de Salud, Fundación Oswaldo Cruz – Fiocruz y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria – ANS), a cargo de establecer la base para la elaboración periódica de las cuentas de salud del país. Brasil ha producido hasta ahora dos rondas secuenciales completas (2000-2007) de las CSS. En 2008, la primera publicación del grupo - *Economía de la salud: una perspectiva macroeconómica - 2000-2005* (IBGE, 2008) [5] - fue publicada, seguida inmediatamente por *Cuenta Satélite de Salud 2005 - 2007* (IBGE, 2009) [6]. La siguiente publicación, *Cuentas Satélite de salud para el período 2007-2009* estará disponible en enero de 2012.

Las cuentas de salud brasileñas (CSB) comprenden un amplio límite de producción de atención en salud, incluyendo: servicios públicos y privados de atención en salud, servicios sociales, actividades de seguros de salud privados e industrias relacionadas con el cuidado de la salud (farmacéuticos, dispositivos y equipos médicos, las industrias de gases medicinales y servicios relacionados con el comercio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y equipos - incluidos mayoristas y minoristas). Por otro lado, las CSB compilan data sobre el valor de producción, importación, exportaciones, impuestos, consumo y otros agregados macroeconómicos, asegurando la coherencia económica y consistencia con el marco central del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud. La generación de ingresos, creación de trabajos y empleo, son también cubiertos en las cuentas satélites, añadiendo una dimensión del ingreso y generación de empleo a los gastos y métodos de producción.

El punto de partida para la producción de las cuentas de salud de Brasil fueron las desagregaciones no publicadas de datos regulares del Sistema de Cuentas Nacionales (IBGE, 2008). Con el desarrollo y la institucionalización de las cuentas satélites, gradualmente se va añadiendo nueva información. Para los años 2005-2007, se añadieron datos del Ministerio de Defensa y los Hospitales Federales de Enseñanza Universitaria a las actividades de Administración y Servicios de Salud Pública. En lo concerniente a las

²⁴ Documento elaborado por Ricardo Montes de Moraes (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Coordinación de Cuentas Nacionales) & Maria Angelica Borges dos Santos (Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca – Fundación Oswaldo Cruz).

industrias relacionadas con la salud, se incluyeron la producción de gases medicinales y datos de valor agregado.

Para los años 2005-2007 (IBGE 2009), el suministro de productos por actividades de salud pública también fue más detallado y desglosado en los servicios de salud, así como el suministro de medicamentos y productos farmacéuticos, de salud y de vigilancia sanitaria y otros productos. Las tablas disponibles de las cuentas satélites de salud incluyen tablas de oferta y uso en valores corrientes y constantes, importación y exportación de servicios de salud, bienes intermedios para la producción de servicios de salud por tipo de insumo (por el momento, bienes y servicios relacionados y no relacionados con la salud), visualización detallada de los componentes del valor agregado, número de empleos directos y el ingreso promedio por trabajo para cada actividad de atención en salud.

Las cuentas provistas incluyen cuentas de producción y valor agregado (VA) del cuidado de la salud por industria de la salud (servicios, industria y comercio). Ejemplos de tablas e información disponible sobre las cuentas satélites de Brasil son presentados más abajo (IBGE, 2008; IBGE, 2009). La serie 2000-07 comprende data armonizada para las dos rondas de cuentas satélites, y, en aras de la comparabilidad, excluye actividades añadidas para el marco de referencia del período 2005-2007 (servicios de salud prestados por la Defensa y hospitales de enseñanza y la oferta de gases medicinales).

Tabla 1 - Valor de producción relacionado a actividades de cuidado de la salud (en 1,000,000 R\$ a precios básicos). Brasil, 2000 - 2007

Actividades	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Economía brasileña	2 003 571	2 213 156	2 538 937	2 992 739	3 432 735	3 783 386	4 118 765	4 624 957
Actividades relacionadas con la salud	102 582	112 813	130 444	145 889	167 319	181 809	209 505	235 089
Industria farmacéutica	16 529	17 110	17 607	20 884	23 041	27 436	30 204	31 677
Industria de dispositivos médicos	2 530	2 918	3 487	4 117	4 762	5 543	6 198	6 748
Comercio de dispositivos médicos y farmacéuticos	7 625	7 576	8 464	11 430	14 544	15 706	19 205	24 366
Actividades de seguros privados de salud	6 683	8 165	8 531	6 651	7 162	8 417	9 684	11 398
Actividades de seguros y servicios de salud públicos	29 077	32 401	40 153	45 872	55 047	58 799	68 082	77 963
Servicios de hospitales privados	14 117	15 911	19 034	20 989	23 115	26 498	29 068	31 439
Servicios de salud no-hospitalarios privados	22 963	25 917	28 667	31 734	35 159	34 834	41 581	45 516
Actividades privadas de servicio social	3 058	2 815	4 501	4 212	4 489	4 576	5 483	5 982
Todas las demás actividades	1 900 989	2 100 343	2 408 493	2 846 850	3 265 416	3 601 577	3 909 260	4 389 868

Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.
* 1 US\$ = aproximately R\$ 1.8 in December 2007

Tabla 2 - Valor añadido bruto de las actividades relacionadas con el cuidado de la salud (en R\$ 1.000.000 a precios básicos). Brazil, 2000-2007

Actividades	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Economía brasileña	1 021 648	1 118 613	1 273 129	1 470 614	1 666 258	1 842 253	2 034 421	2 287 858
Actividades relacionadas con la salud	57 999	64 112	69 743	76 940	88 493	97 580	114 941	133 525
Industria farmacéutica	7 737	7 416	7 985	9 049	9 826	12 973	15 148	15 594
Industria de dispositivos médicos	1 758	2 008	2 354	2 769	3 184	3 722	4 284	4 680
Comercio de dispositivos médicos y farmacéuticos	5 278	5 439	5 595	7 506	10 418	10 929	13 841	17 683
Actividades de seguros privados de salud	3 364	5 060	3 972	2 768	3 467	4 215	5 072	6 089
Actividades de seguros y servicios de salud públicos	17 676	19 186	23 617	26 554	30 560	32 466	36 607	44 816
Servicios de hospitales privados	5 959	6 486	7 772	8 366	8 989	10 928	12 283	14 367
Servicios de salud no-hospitalarios privados	14 748	16 932	16 594	17 995	19 939	19 920	24 823	27 118
Actividades privadas de servicio social	1 479	1 585	1 854	1 933	2 110	2 427	2 883	3 178

Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.
* 1 US\$ = aproximately R\$ 1.8 in December 2007

6.3.2.1 Producción relacionada con el cuidado de la salud, consumo intermedio y valor agregado

El valor agregado al cuidado de la salud fue de un 6.0% con respecto al valor agregado de toda la economía brasileña en 2007 (4.3% para servicios públicos y privados; 0.9% para la industria relacionada con la salud y un 0.8% para las actividades de comercio de la salud).

6.3.2.2 Importaciones y exportaciones de productos de cuidado de la salud

Las importaciones relacionadas con la salud representaron un monto de R\$11.6 billones en 2007 – 3.7% de las importaciones totales del país y un 4.5% de la oferta total de bienes y servicios en la economía. Las exportaciones de estos bienes y servicios alcanzaron los R\$2.2 billones: 0.6% de todas las exportaciones del país y un 0.9% de la demanda total de estos bienes y servicios.

Productos	2005	2006	2007
Salud total	4.9	4.7	4.5
Productos farmoquímicos	83.2	84.7	82.5
Productos farmacéuticos para uso humano	8.7	9	9.9
Productos farmacéuticos para uso animal	16.6	16.7	17.3
Otros bienes médicos no duraderos	6	5.1	5.9
Dispositivos y equipos médicos	21.4	21.4	22.4
Servicios hospitalarios	0.1	0.1	0.1

Productos	2005	2006	2007
Salud total	0.9	0.9	0.9
Productos farmoquímicos	6.5	7.2	7.4
Productos farmacéuticos para uso humano	1.3	1.4	1.4
Productos farmacéuticos para uso animal	5.1	6.2	6.2
Otros bienes médicos no duraderos	10.9	10.2	10
Dispositivos y equipos médicos	5.3	4.6	4.7
Servicios hospitalarios	0.1	0.2	0.1

Los productos relacionados con la salud representan una proporción más grande de las importaciones brasileñas (3.7% en 2007) que las exportaciones (0.6% de las exportaciones totales).

Productos	2005	2006	2007
Importaciones totales	247 362	271 679	315 283
Importaciones relacionadas con la salud	9 987	10 943	11 572
Proporción de de la salud sobre importaciones (%)	4.00%	4.00%	3.70%
Exportaciones totales	324 842	340 457	355 672
Exportaciones relacionadas con la salud	1 878	2 114	2 230
Proporción de de la salud sobre exportaciones (%)	0.60%	0.60%	0.60%

6.3.2.3 Actividades relacionadas con la salud – empleo e ingresos promedios

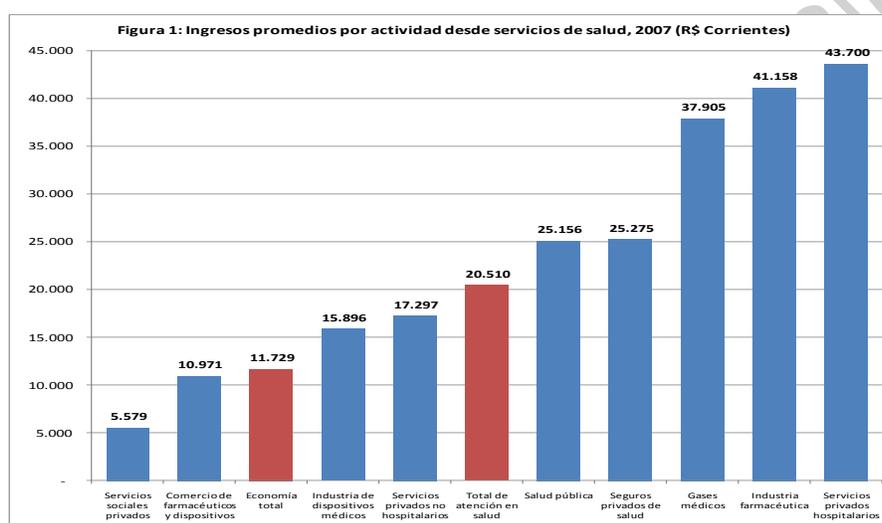
Las actividades relacionadas con la salud crearon alrededor de 1 millón de nuevas posiciones de trabajo (empleos directos) entre 2000 y 2007, alcanzando desde el 4.1% del empleo total en 2000 al 4.4% en 2007 (Tabla 6) – 3.4% para servicios de salud, 0.2% en industrias relacionadas con la salud y un 0.8% para actividades de comercio de salud (data no mostrada, pero producida en las cuentas satélites de salud de Brasil).

Tabla 6: Posiciones de trabajos totales (empleos directos en actividades relacionadas con la salud. Brasil, 2000 - 2007)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Economía brasileña	78 972 347	79 544 414	82 629 067	84 034 981	88 252 473	90 905 673	93 246 963	94 713 909
Todos los servicios relacionados con la salud	3 212 363	3 276 485	3 368 795	3 443 721	3 759 171	3 871 919	3 946 206	4 205 449

Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.

Las cuentas de salud de Brasil también proveen datos sobre el ingreso promedio anual por trabajo, por industria y por naturaleza de inserción al mercado. Para cada industria de salud, los trabajos están agrupados en tres categorías: formal, por cuenta propia y no registrado (estos dos últimos sin vínculo formal con el empleador). La fuente principal de datos sobre empleados por cuenta propia y no registrados es la Encuesta Nacional de Hogares.



Fuente: IBGE. Conta satélite de saúde. 2005-7. 1 US\$ = R\$ 1.8

6.3.2.4 Gasto en consumo final en precios corrientes y constantes y como porcentaje del PIB

El gasto de consumo final en bienes y servicios relacionados con la salud representó un monto de R\$219.8 billones en 2007. Esto representa un 8.4% del Producto Interno Bruto – 4.9% pagado por los hogares e instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares, y un 3.5% como parte del gasto de gobierno (Tabla 7). La cuota de los hogares en el gasto de consumo final en salud tuvo una caída de un 58.8% en 2005 a un 57.4% en 2007. La participación del gobierno se incrementó de un 40.1% a un 41.6%. Las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares representaron alrededor del 1.0% en los ocho años reportados.

En 2007, los principales gastos en bienes y servicios de los hogares fueron en servicios de salud privados no hospitalarios (35.8%) y productos farmacéuticos para uso humano (34.8%). Para todos los servicios de salud privados, el gasto de los hogares alcanzó un 53.8% del gasto total en salud de hogares.

Tabla 7 - Consumo final en productos relacionados con la salud por sector institucional como porcentaje del PIB. Brasil, 2000 - 2007

Consumo final como % del PIB								
Productos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hogares								
Total	4,9	5,1	5	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8
Medicamentos para uso humano	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
Medicamentos para uso animal	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros bienes médicos y de la salud no durables	0	0	0	0	0	0	0	0
Dispositivos médicos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Seguros privados de salud	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Servicios de hospitales privados	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Servicios de salud no-hospitalarios privados	1,7	2	1,9	1,9	1,8	1,6	1,8	1,7
Servicios sociales privados	0	0	0	0	0	0	0	0
Gobierno								
Total	3,1	3,1	3,3	3,2	3,2	3,1	3,4	3,3
Administración pública de la salud, servicios y programas	2,4	2,4	2,6	2,6	2,7	2,6	2,8	2,9
Servicios de hospitales privados	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
Servicios de salud en hospitales no privados	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Servicios sociales privados	0	0	0	0	0	0	0	0
Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares								
Total	0,1							
Servicios de hospitales privados	0	0	0	0	0	0	0	0
Servicios de salud en hospitales no privados	0	0	0	0	0	0	0	0
Servicios sociales privados	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.

6.3.3 Experiencia de Paraguay²⁵

La experiencia de Paraguay en el uso de la metodología de las CSS tiene como marco base al ejercicio desarrollado durante parte del 2009 y 2010 [7]. Como principal producto de dicho proceso se ha obtenido la publicación “Cuentas Satélites de Salud de Paraguay – Sector Público 2007”, con carácter de ejercicio exploratorio, y la intención de comprobar las posibilidades técnicas y de información disponibles para el uso permanente de la metodología. Esta primera etapa se ha centrado en la obtención de los resultados correspondientes al Sector Público de la Salud del Paraguay, cuyos dos principales componentes son el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y el Instituto de Previsión Social (IPS).

Este primer esfuerzo se ha realizado bajo los auspicios y aporte técnico, de la OPS/OMS, tanto de su Representación en Paraguay como de su sede en Washington. Gran parte del entrenamiento técnico ha sido proporcionado durante un programa de asistencia técnica desarrollado por medio de un Acuerdo entre el MSPyBS de Paraguay y el Ministerio de Salud y el Instituto de Estadísticas de Ecuador, que tuvo una vigencia durante parte del 2009 y 2010.

Entre los principales beneficios del ejercicio, además de la obtención de los resultados, se menciona la factibilidad, capacidad y oportunidad que se percibe de utilizar la metodología de las Cuentas Satélites de Salud con las Bases de datos y Estadísticas disponibles en Paraguay, y la adecuación de los Sistemas de información y Presupuestos financieros del país. Ante lo mencionado se espera poder continuar con el ejercicio para que el mismo logre abarcar el resto de los sectores e instituciones que conforman tanto el sector público como el privado de la salud en el País.

En la metodología utilizada, se han considerado aspectos teóricos y metodológicos propuestos tanto en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 93) de las Naciones Unidas, como en el Manual de Cuentas Satélite de Salud (CSS) Versión 1 de la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS.

²⁵ Documento elaborado por Pedro Bivona, Economista

6.3.3.1 Objetivos del Ejercicio de CSS

El ejercicio ha pretendido desde el inicio, además de fomentar la institucionalización de esta metodología, que la misma influya significativamente en la toma de decisiones de política económica realizada por la rectoría sectorial dentro del Sistema de Salud Paraguayo, buscando también: a) Sistematización de la información financiera del Sistema de Salud de Paraguay; b) Consolidación de la producción continua de indicadores económicos y financieros del gasto en salud en el marco de las estadísticas económicas del país y c) Permitir a Paraguay cumplir con diversos compromisos que se han establecido a nivel internacional.

La adaptación de las Cuentas de Salud hacia las Cuentas Satélite de Salud, es una transición metodológica acordada ya durante el Taller de Armonización de Cuentas de Salud y Protección Social realizado en Noviembre del 2005 en Montevideo²⁶.

6.3.3.2 Sector Público de la Salud del Paraguay

El Cuadro 1 muestra, no solo a las instituciones que forman parte y definen el Sector Público de la Salud, sino también el peso de cada institución en el gasto público en salud en promedio, donde se evidencia que entre el MSPyBS y el IPS, abarcan aproximadamente un 90%, tanto del Financiamiento como del Gasto sectorial.

Cuadro 1: Gasto total en Salud									
SECTOR PÚBLICO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Promedio
MSPBS	51,5	48,7	47,4	52,8	54,8	57,2	39,2	48,4	50,0
IPS	38,7	42,0	40,4	38,2	34,4	34,7	54,8	45,9	41,1
HOSPITAL DE CLINICAS	4,9	4,5	7,4	4,3	6,0	3,9	2,8	2,7	4,6
CENTRO MATERNO INFANTIL	0,8	0,7	0,5	0,6	1,0	0,7	0,5	0,5	0,7
SANIDAD POLICIAL	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
SANIDAD MILITAR	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,5
SANIDAD DE LA ARMADA	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
GOBERNACIONES	1,2	1,5	1,9	1,9	1,9	1,8	1,2	1,2	1,6
MUNICIPALIDADES	1,6	1,8	1,7	1,5	1,4	1,3	0,9	0,8	1,4

Fuente: MSPyBS. I.P.S. SICO. Ministerio de hacienda.

El Cuadro 2 presenta el tipo de gasto ejecutado del MSPyBS, donde un porcentaje importante se designa a cubrir los gastos rígidos, principalmente lo correspondiente a remuneraciones de los recursos humanos, semejante al comportamiento del IPS.

Cuadro 2: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL Presupuesto Obligado por Objeto del Gasto (millones de guaraníes corrientes)										
		2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	Promedio
100	Servicios personales	358.213	54,3	514.154	59,4	658.396	63,5	764.826	72,8	62,5
200	Servicios no personales	28.430	4,3	29.355	3,4	23.248	2,2	21.545	2,1	3,0
240	Aseo y mantenimiento	6.227	0,9	7.500	0,9	5.537	0,5	9.971	0,9	0,8
300	Materiales y suministros/bienes de consumo	31.199	4,7	36.215	4,2	47.027	4,5	52.063	5,0	4,6
350	Drogas, medicamentos y materiales medicos	115.417	17,5	166.104	19,2	175.981	17,0	97.331	9,3	15,7
800	Transferencias	2.968	0,5	3.009	0,3	2.478	0,2	3.107	0,3	0,3
900	Otros gastos	908	0,1	2.033	0,2	3.514	0,3	12.823	1,2	0,5
	Subtotal	543.361	82,4	758.370	87,7	916.180	88,4	961.666	91,6	
500	Inversiones	115.836	17,6	106.591	12,3	120.604	11,6	88.635	8,4	12,5
	Total MSPBS	659.197	100	864.961	100	1.036.784	100	1.050.301	100	

Fuente: MSPyBS. SICO. Ministerio de hacienda.

²⁶ Información del Taller sobre “Armonización de Cuentas de Salud y Protección Social – Sistema de Cuentas Nacionales. Países del MERCOSUR: Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y con la participación de Chile”. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DPM/HP/ha-nha-mercusur.htm>

En promedio, para el periodo 2005/2008, el gasto con mayor incidencia en el presupuesto del MSPyBS fue Servicios Personales (sueldos, salarios y otras remuneraciones) con el 62,5%, seguido de Medicamentos con el 15,7%.

Es importante la correspondencia entre partidas o códigos y la transacción económica a tres dígitos, pertenecientes al presupuesto público del Sistema de Información Financiera Pública del país, y las cuentas y transacciones equivalentes para el Sistema de Cuentas Nacionales. El anexo II presenta un esquema de correspondencia entre las cuentas de ambos sistemas, y la transacción económica que representa, para el caso de Paraguay.

Es relevante definir conceptualmente la tipificación de las cuentas, de acuerdo al caso particular del País, para entender cada componente del presupuesto, como ser:

- ✓ **Rectoría:** la conducción de la política general de salud y las acciones del sistema de salud, para preservar y mejorar los niveles de salud de la población, enmarcada en los planes de desarrollo nacional y articulado con los otros sectores.
- ✓ **Salud Humana:** adquirido por los hogares y utilizado para satisfacer las necesidades y deseos de sus miembros.
- ✓ **Salud Pública:** conjunto de acciones y servicios cuyo fin es proteger la salud de la población como unidad colectiva.

Seguidamente los valores correspondientes a cada institución en particular, como también un consolidado del Sector Público con la sumatoria de los valores del MSPyBS y del IPS.

Cuadro 4: Resumen cuadros contables (guaraníes corrientes)				
MSPyBS	2005	2006	2007	2008
Rectoría	58.954.860.698	77.357.302.504	110.721.747.250	48.801.485.770
Salud Pública	90.809.384.858	119.155.044.579	121.238.889.979	125.700.079.058
Salud Humana	509.432.488.128	668.449.091.778	653.285.971.430	732.684.984.772
Total	659.196.733.684	864.961.438.861	885.246.608.659	907.186.549.600
I.P.S.	2005	2006	2007	2008
Rectoría	42.594.344.657	48.566.489.014	56.235.678.905	80.114.166.591
Salud Pública	65.608.945.401	74.807.962.225	86.620.973.198	123.401.499.051
Salud Humana	368.060.287.509	419.665.945.185	485.935.875.121	692.271.319.742
Total	476.263.577.567	543.040.396.424	628.792.527.224	895.786.985.384
MSPyBS + I.P.S	1.135.460.311.250	1.408.001.835.286	1.514.039.135.883	1.802.973.534.984
SECTOR PÚBLICO	2005	2006	2007	2008
Rectoría	101.549.205.355	125.923.791.518	166.957.426.155	128.915.652.361
Salud Pública	156.418.330.259	193.963.006.804	207.859.863.177	249.101.578.109
Salud Humana	877.492.775.637	1.088.115.036.963	1.139.221.846.551	1.424.956.304.514
Total	1.135.460.311.250	1.408.001.835.286	1.514.039.135.883	1.802.973.534.984

Fuente: Estudio sobre Cuentas Satélite de Salud

El análisis de la estructura en porcentaje de las ejecuciones presupuestarias, en promedio para el periodo 2005 / 2008, indica que Salud Humana posee casi el 79% del presupuesto de ambas instituciones consolidadas, seguido de Salud Pública con aproximadamente el 14% y finalmente completa la estructura la Rectoría con el 7%.

El Valor Agregado Bruto (VAB) está formado por la suma de la producción no de mercado más la producción de mercado, deduciendo el consumo intermedio, y representa una medida de la contribución al PIB (Producto Interno Bruto) hecha por una unidad económica, en este caso del sector público. El VAB del MSPyBS para el año 2007 alcanzó a 658.405 millones de guaraníes corrientes, representando el 1.1% del PIB del mismo año. Este valor es consistente con resultados generados con metodologías diferentes a las Cuentas Satélite de Salud, donde dicho peso es semejante.

Cuadro Nº 5: Producto Interno Bruto de la Salud - MSPyBS	
Guaraníes Corrientes	2007
Valor Agregado Bruto de la Salud - MSPyBS	658.405.349.973
Producto Interno Bruto total de la economía	61.419.100.884.000
PIB de la Salud (MSPyBS) / Producto Interno Bruto	1,07
Fuente: MSPyBS. SICO. Ministerio de hacienda. Informe Económico (BCP).	

En el Cuadro 6 se observa la correlación existente entre los resultados de este ejercicio comparando con el obtenido con la metodología del Manual de las Cuentas de Salud de la OCDE, donde el peso del MSPyBS para el periodo 2005-2009 es semejante.

Cuadro 6. INDICADORES ECONOMICOS DE SALUD					
Variables macro	2005	2006	2007	2008	2009
PIB (MM de G. corrientes)	46.169.310,0	52.270.098,0	61.511.652,0	71.100.509,0	74.357.871,0
PIB (dolares americanos)	7.510.868.716,40	9.320.630.884,50	12.250.876.717,80	16.341.188.002,80	14.901.377.000,0
Presupuesto Obligado MSPyBS (MM de G. corrientes)	659.196,70	864.961,40	1.036.784,10	1.050.301,20	1.543.168,0
Presupuesto Obligado I.P.S. (MM de G. corrientes)	476.263,60	543.040,40	628.792,50	1.466.365,0	1.467.957,0
Gasto Público en Salud (MM de G. corrientes)	1.135.460,30	1.408.001,80	1.665.576,60	2.516.666,20	3.011.125,0
Gasto Público en Salud / PIB (%)	2,5	2,7	2,7	3,5	4,0
Gasto MSPyBS / PIB (%)	1,4	1,7	1,7	1,5	2,1
Gasto IPS / PIB (%)	1,0	1,0	1,0	2,1	2,0
Gasto Privado en Salud	2.255.371,50	2.473.711,60	2.724.083,10	3.012.310,20	3.331.034
Gasto Total en Salud / PIB (%)	7,3	7,4	7,1	7,8	8,5
Gasto Privado en Salud / PIB (%)	4,9	4,7	4,4	4,2	4,5
Fuente: MSPyBS. IPS. Ministerio de Hacienda. B.C.P.					

El elevado nivel del gasto en salud se evidencia sobre todo en las cuentas del Consumo Intermedio y Remuneración de los Asalariados (Cuadro 7). Para el 2007 la Rectoría abarcó el 5,3% del MSPyBS, mientras que Salud Humana alcanzó el 94,7%, aproximadamente.

Cuadro 7: Gobierno Central - MSPyBS (guaraníes corrientes) - 2007			
	Rectoría	Salud Humana	Salud Pública
Consumo intermedio	5.082.846.726	270.637.774.469	79.936.534.396
Remuneración de los asalariados	46.495.152.197	611.910.197.776	33.758.497.553
Pagos parciales	1.397.366.073	23.970.454.010	37.004.872.486
Producción no de mercado	50.180.632.850	858.577.518.235	76.690.159.463
VALOR AGREGADO BRUTO	46.495.152.197	611.910.197.776	33.758.497.553
Formación bruta de capital fijo	7.421.590	97.931.883.165	7.543.858.030
Fuente: Dirección de Presupuesto. MSPyBS. SICO. Ministerio de hacienda.			

De la producción no de mercado, en un esquema de salud pública (subsidiada o gratuita), tanto para el MSPyBS en total, como para las tres sub cuentas, los Servicios de Salud Humana en un **23,4%** están originados por el consumo intermedio, es decir, bienes y servicios que se incorporan o se transforman durante el proceso de producción de los servicios de salud. El **76,7%** de la producción es generada por gastos en la cuenta Remuneraciones a los Asalariados, donde se contabilizan todos los pagos referidos a los Servicios Personales, Sueldos y Salarios, etc.

El Cuadro 8 muestra el valor del Gasto en Consumo del MSPyBS para el 2007, donde el Gasto en Consumo Final es la sumatoria del Gasto en Consumo Individual y el Gasto de Consumo final Colectivo, en millones de guaraníes corrientes y en dólares. Son también relevantes las relaciones que se generan con estas variables, como ser el peso del Gasto en Consumo con el PIB como porcentaje, que además sirve para realizar comparaciones con los valores de otros países que utilizan la misma metodología. Se

observa que, en relación a los niveles en países con sistemas nacionales de cobertura universal donde en promedio el gasto no es menor al 6% del PIB, en Paraguay todavía es menor e insuficiente.

Cuadro 8: Gasto en Consumo del MSPyBS para el 2007					
MSPyBS - Presupuesto total	Millones de Guaraníes Corrientes	Millones de US\$	% del PIB	Per cápita en Guaraníes Corrientes	Gasto per cápita en US\$
Gasto de Consumo Final	905.921	180,4	1,5	148.035	29,5
Gasto de Consumo Individual (Servicios de Salud de Consumo Individual)	851.566	169,6	1,4	139.153	27,7
Gasto de Consumo Final Colectivo (Salud Pública)	54.355	10,8	0,1	8.882	1,8
Ahorro Bruto	-6.670				

Fuente: MSPyBS. BCP. DGEEC.

6.4 Armonización entre la Cuenta Satélite y el SHA

NOTA: *Pendiente una breve introducción sobre los países de la OECD que publican las cuentas del SHA en base a la satélite.*

6.4.1 El caso de México²⁷

6.4.1.1 Antecedentes

En México, la Secretaría de Salud reconoció a finales de la década de los ochenta la importancia del estudio del financiamiento y del gasto en salud, por lo que inicio con la recolección sistemática de la información sobre el gasto en salud, la cual integra en el Boletín de Información Estadística (BIE). En 1987-1989 se presentó la información del presupuesto ejercido por institución y a nivel nacional; 1990-1997 se publicó el presupuesto ejercido por programa, subprograma e institución y por entidad federativa; 1998-1999 por categoría programática e institución y por entidad federativa; 2001-2006 de acuerdo a los clasificadores por objeto del gasto y actividad institucional, desagregada por institución y entidad federativa; 2007-2010 de acuerdo a los clasificadores por objeto del gasto, actividad institucional y funciones de atención.

México ingresa como país miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el año 1994, lo que planteó el fortalecimiento y seguimiento estadístico de las políticas públicas implementadas por el gobierno, con el objeto de aportar información para los estudios y evaluaciones realizadas por la organización.

La Secretaría, a través de su Programa Nacional de Salud (2001-2006) institucionalizó oficialmente en el año 2001 el “Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)” incluyéndolo dentro del Sistema Nacional de Información (SINAIS). Adicionalmente, la institucionalización implicó el uso de una metodología homogénea, internacionalmente reconocida y aplicable a todas las instituciones de seguridad social y niveles de gobierno. El SICUENTAS como parte de este fortalecimiento adopta desde su creación la Metodología del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) de la OCDE con el propósito de lograr la comparabilidad, en el tiempo y entre países.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) se creó con el objeto de diseñar, captar, producir, actualizar, organizar, procesar, integrar, compilar, publicar y difundir la información del territorio, la población y la economía. El Subsistema Nacional de Información Económica del Instituto es la responsable desde 1981 del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM).

²⁷ Documento elaborado por Oscar Santiago Salinas y Lino Carlos Sosa Manzano

El SCN genera información sobre aspectos macroeconómicos del país, como son: la producción, el consumo, el ahorro y la inversión en las actividades económicas del país; la distribución del ingreso; las transacciones financieras y el comercio exterior, por sectores institucionales. En términos generales son el resumen de la actividad tanto pública como privada de la economía, que realiza la sociedad mexicana durante un periodo determinado.

El SCN se basa en el modelo teórico-metodológico del Sistema de Cuentas Nacionales, formulado y recomendado en sus inicios por la Organización de Naciones Unidas (ONU), posteriormente por el Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y la OCDE; marco también de validez y comparabilidad internacional.

En años recientes ha cobrado importancia dentro del marco del Sistema de Cuentas Nacionales, la construcción de las cuentas satélite, que permiten elaborar cuentas de los sectores económicos y ampliar la capacidad analítica de distintas áreas, especialmente las de interés social. El INEGI ha desarrollado trabajos que han generado información para la Cuenta Satélite del Turismo, la Cuenta Satélite de las Instituciones sin Fines de Lucro, y por publicar la Cuenta Satélite del Sector Salud.

6.4.1.2 Compatibilidad de los sistemas contables: CSSS y SHA

El SICUENTAS da seguimiento a los recursos tanto públicos como privados que se invierten y consumen en la producción en salud, para el componente público se sustenta directamente de los registros contables de las instituciones del gobierno federal, estatal y de seguridad social, mientras que para el componente privado se colaboraba directamente con el INEGI para la generación del gasto privado en sanidad de los hogares e instituciones sin fines de lucro. Por lo tanto, la complementariedad y compatibilidad de ambos enfoques ya se había iniciado.

A partir del año 2005 se inició el trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud y el INEGI con el objeto de generar la Cuenta Satélite del Sector Salud, desde entonces se planteó la necesidad de suministrar información adicional al SCN de carácter funcional y de interrelación sectorial, mediante la aplicación de conceptos, clasificaciones y marcos contables complementarios o alternativos para estudios específicos, propiciando el análisis de los datos mediante indicadores y agregados especiales para un campo de estudio vinculando el análisis de registros físicos con el sistema contable.

Por su parte, el Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE señala que en los últimos años los expertos en cuentas de salud han coincidido en afirmar que la compatibilidad metodológica del SCN y el SHA es una exigencia previa para que las cuentas de salud cumplan los criterios básicos de comparación en el tiempo, entre países y con estadísticas económicas globales.

El trabajo conjunto entre CSSS e INEGI se inició con la definición del gasto en salud como “las erogaciones cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un período de tiempo determinado”.

La CSSS como subconjunto del SCN puede generar de acuerdo a la información disponible las Cuentas de Bienes y Servicios, Producción, Generación del Ingreso, Asignación del Ingreso Primario, Capital, Externa y Financiera. Cabe mencionar que la información económica en México se presenta de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN).

Después de definir el “Gasto en Salud” se procedió a establecer o delimitar la frontera de producción del sector salud, esta debería incluir los bienes y servicios que son producidos o generados para satisfacer las necesidades de la población (demanda), además de ubicar quienes los producen (oferta). Dentro de la

frontera se encuentran los bienes y servicios de mercado proporcionados por terceros, los no de mercado y la producción para uso final propio.

En términos del SCIAN la frontera de producción se estableció en 69 Actividades Características y 39 actividades conexas; las primeras comprenden 62 clases que integran todo el sector 62 “Servicios de salud y de asistencia social”; 3 clases de la rama 9316 “Actividades administrativas de instituciones de bienestar social”; 2 clases de la rama 3391 “Fabricación de equipo y material para uso médico, dental y para laboratorio, y una clase de la rama 3254 “Fabricación de productos farmacéuticos” y otra de la rama 1132 “Viveros forestales y recolección de productos forestales”; las actividades conexas son 39 clases SCIAN que comprenden rubros como seguros, comercio, educación superior e investigación y desarrollo (Véase Anexo I).

Los datos para la cuenta de producción se obtuvieron de los Censos Económicos, las Encuestas Industrial Mensual y las Encuestas de Servicios, estos instrumentos permitieron obtener información de las variables económicas como: Valor bruto de la Producción (VBP), Valor Agregado Bruto (VAB), Consumo Intermedio, Activos Fijos, Remuneración a Asalariados, Personal Ocupado y Unidades Económicas.

Por otra parte, del propio Sistema de Cuentas Nacionales de México se utilizaron los Cuadros de Oferta y Utilización, Matriz Insumo-producto, debido a que permite vincular los productos que generan los establecimientos del sector salud con demandantes de los mismos; la Cuenta de Bienes y Servicios provee la información de diferentes variables económicas, desde la perspectiva de la oferta y demanda tales como: Valor Bruto de la Producción, Consumo Intermedio, Valor Agregado Bruto, Producto Interno Bruto, Consumo Privado, Consumo de Gobierno y Formación Bruta de Capital Fijo; y la cuenta por sectores institucionales.

Tal y como se mencionó al inicio de este apartado, el INEGI es quien genera la información sobre producción y consumo (gasto) del sector privado en salud, ésta es utilizada por el SICUENTAS con el propósito de integrar todas las fuentes de información y para comparar los resultados de las encuestas que ha realizado para medir el gasto de bolsillo. Con respecto al componente público la CSSS presenta información sobre producción y consumo; y el SICUENTAS información sobre gasto en salud únicamente. El trabajo para el componente público consistió precisamente en revisar la conceptualización metodológica de ambos sistemas, como son la definición del gasto en salud, la cobertura, tratamientos, fuentes de información, clasificadores del gasto y presentación de resultados, todo esto con el objeto de precisar y observar la divergencia o compatibilidad de ambos.

El Sector Público produce Bienes y Servicios para satisfacer la demanda de servicios de salud por parte de los habitantes del país, la medición de esta producción no de mercado significa contemplar los siguientes valores:

- El valor total de los bienes y servicios suministrados gratuitamente o a precios que no son económicamente significativos.
- El valor total de bienes y servicios suministrados por un establecimiento a otro perteneciente del mismo productor no de mercado
- El total de variaciones de existencias.

Pero tal y como lo estipula el SCN la valorización de la producción a precios no significativos, puede no reflejar los costos relativos de la producción ni las preferencias de los consumidores, es decir, no proporcionan una base adecuada para valorar la producción de bienes y servicios, la mejor manera es a partir de los costos de producción, mediante la suma de:

$$\begin{aligned} \text{Valor de Producción del Sector Salud (Público)} &= \text{Consumo Intermedio} + \text{La remuneración de los asalariados} + \text{El consumo de capital fijo} + \text{Los otros impuestos} - \text{Las subvenciones sobre la producción} \end{aligned}$$

Por otra parte, se plantean los supuestos de que toda la producción es no de mercado y de que todo lo que se produce se consume, de tal forma, que el gasto de consumo final del gobierno es igual a los bienes y servicios que ellos producen:

$$(2) \text{ Valor de la producción} = \text{Gasto de Consumo Final}$$

Esta fórmula nos permitió identificar el tratamiento que le da tanto CSSS como el SICUENTAS; el primero, se enfoca en calcular los recursos utilizados para producir los bienes y servicios para la salud, identificando el consumo intermedio, la formación de capital, la acumulación de existencias, etc.; mientras que en el segundo, los recursos ejercidos para proporcionar bienes y servicios, sólo distinguiendo entre gasto corriente y gasto de inversión. En conclusión, el tratamiento en cada sistema es diferente, pero los montos totales, del valor bruto de la producción, gasto de consumo final del gobierno general o gasto público en salud deben ser muy aproximados, es decir, el valor bruto de la producción (INEGI) es igual al presupuesto ejercido en salud (SICUENTAS), en términos generales.

	CSSS	SICUENTAS
Conceptualización	Variables macroeconómicas de acuerdo a los lineamientos del SCN, como PIB, VBP, etc. Suma de los costos para generar los servicios.	Flujo de recursos financieros hacia el sector. Presupuesto ejercido.
Gasto en salud	Consumo en salud más la formación bruta de capital fijo más las transferencias	Todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y la protección de la salud. Es equivalente al presupuesto ejercido.

La cobertura de la información es diferente en ambos sistemas, la CSSS abarca a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM y PEMEX), las instituciones enfocadas a la población sin seguridad social (SSA, FASSA y Gasto Estatal), Institución para adultos mayores (INAPAM) y centros de enseñanza (UNAM, UAM, IPN, CONACYT y otras Universidades Públicas); mientras que el SICUENTAS sólo integra las fuentes de financiamiento para los dos primeros grupos de instituciones. Por otra parte, la CSSS no desagrega la información por origen de los recursos y contabiliza a partir de las entidades que ejercen el presupuesto sin distinguir las diferentes fuentes de financiamiento; el SICUENTAS sí puede identificar el origen y el ejercicio de las fuentes y agentes de financiamiento del sector público de salud.

Cobertura	CSSS	SICUENTAS
Secretaría de Salud (Ramo 12)	√**	√
FASSA (Ramo 33)	√*	√
Gasto Estatal	√*	√
IMSS-Oportunidades	√	√
IMSS	√	√
ISSSTE	√	√
PEMEX	√	√
ISSFAM	√	X
INAPAM	√	X

UNAM	√	X
UAM	√	X
IPN	√	X
Universidades Públicas	√	X
Centros CONACYT	√	X
Notas: *No hay desagregación por origen de los recursos ** Los recursos de la Secretaría de Salud (Ramo 12) a los estados se les contabiliza a estos últimos por ser los que ejercen el gasto.		

Ambos sistemas también difieren en el tratamiento que se le da a las instituciones de seguridad social y la secretaria de salud, la cual está directamente relacionada con el concepto de gasto en salud que cada una considera. La CSSS del gasto total de las instituciones de seguridad social considera la función “salud” más el componente administrativo de la seguridad social, mientras que el SICUENTAS sólo considera la función “Salud”. La CSSS contabiliza el total de los recursos ejercidos, incluyendo el ejercicio de otros ingresos (cuotas de recuperación, donaciones, etc.); el SICUENTAS distingue entre los recursos fiscales que perciben del gobierno y las cuotas de recuperación que obtuvieron por parte de la población.

Tratamientos	CSSS	SICUENTAS
Seguridad Social	Se sustrae el monto por concepto de seguridad social como pensiones en la parte administrativa	Sólo función salud
Secretaría de Salud (Ramo 12)	Gastos totales ejercidos	Sólo recursos fiscales

El SICUENTAS utiliza los clasificadores contables que rigen la administración pública federal, además del clasificador por funciones de atención que los proveedores de la información capturan directamente, todo esto con el fin de captar todas las dimensiones del gasto; la CSSS sólo utiliza un clasificador que rige la administración pública.

Clasificadores	CSSS	SICUENTAS
Clasificador por objeto del gasto	√	√
Clasificador por actividad institucional	X	√
Clasificador por funciones de atención	X	√

Por último, también difieren en las fuentes de información, en esta área la institucionalización del SICUENTAS ha permitido tener una mayor cobertura institucional y geográfica en la integración de la información financiera, mientras que la CSSS es a nivel macro, del tal forma que esto se refleja en la presentación de los resultados.

Clasificadores	CSSS	SICUENTAS
Fuentes de información	Cuentas públicas Requerimientos específicos de INEGI Estados financieros dictaminados	Cuentas públicas Requerimientos específicos de SICUENTAS
Presentación de resultados		
Por institución	X	√
Nacional	√	√
Estatad	X	√
Tipo de actividad	√	√
Fuente de financiamiento	X	√
Agente de financiamiento	X	√

El siguiente paso de ambos sistemas tiene que ver con el fortalecimiento del vínculo, el impulso de una metodología conjunta, elaborar un formato único de captura de la información, generar indicadores tanto del sector público como privado y una cadena de producción, de tal forma que permita apoyar las acciones de programas y políticas del gobierno y del sector privado, ya que la información para la planificación se requiere que sea oportuna y confiable.

6.4.1.3 Conclusiones

Las instituciones nacionales e internacionales han reforzado e impulsado el estudio de los aspectos económicos en el sector salud, a fin de obtener una visión más amplia del mismo, abarcando la oferta, demanda y financiamiento del sector, con el objeto de registrar los datos obtenidos dentro del marco central de la contabilidad nacional y del sistema de cuentas de salud.

El desarrollo de la cuenta satélite de salud en los diferentes países, en especial en México, apoya el avance del conocimiento y medición de la importancia que dicho sector tiene en la economía, al reunir en una presentación integrada todas las operaciones relativas a las unidades económicas que producen, pagan o usan bienes y servicios para el cuidado de la salud.

El SICUENTAS y la CSSS se complementan pues ambas generan información del sector salud; la primera, genera los indicadores oportunos para la toma de decisiones durante la planeación y operación de las instituciones, programas y actividades del sistema de salud; la segunda, información para el análisis macroeconómico del sector salud y su impacto en la economía del país.

DOCUMENTO EN CONSULTA

6.5 Referencias Bibliográficas

1. POMMIER, P. "Social Expenditure: Socialization Expenditure? The French Experience with Satellite Accounts, *Review of Income and Wealth*, December 1981.
2. MINSAL. Cuenta Satélite de Salud, Chile, 2003 – 2007. Primera etapa. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Economía de la Salud. Santiago, Chile, 2009.
3. Rannan-Eliya Ravi; Berman P.; Somanathan, A. Health Accounting: A Comparison of SNA and NHA Approaches Draft Paper. Partnerships for Health Reform. Bethesda, MD. Abt Associates, 1997.
4. Zaeyen, Adriane; Silva, ABO, Sobral, CCB, Considera, CM Filgueiras, HV (1995) Economía Política da Saúde: uma perspectiva quantitativa. Brasília, OPAS. (Série Economia e Financiamento, n° 5).
5. IBGE. Economía da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000–2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2008b. 138 p.
6. IBGE. Conta-Satélite de Saúde – Brasil 2005 - 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 102 p.
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social / Organización Panamericana de Salud. Cuentas Satélite de Salud Paraguay, Sector Público – 2007 (Ejercicio Exploratorio). Asunción, Paraguay; diciembre, 2010.

ANEXO I: Cobertura cruzada de actividades y sectores institucionales, Cuenta Satélite de Chile							
Actividades	Código CIU Rev. 3	Descripción	Sectores institucionales				
			Sociedades financieras	Sociedades no financieras	Gobierno	ISFLSH ²⁸	Hogares
Características	7512	Actividad de salud pública y regulación de las actividades de salud ²⁹			Subsecretaría de Salud Pública, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud		
	8511	Actividad hospitalaria		Clínicas y Hospitales	Hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) Hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden, Hospital de la Universidad de Chile, Hospitales de la Corporación Nacional del Cobre (CODELCO)	Hospitales de las Mutuales de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, otras ISFLSH.	
	8512	Actividad ambulatoria de nivel primario ³⁰		Centros de atención médica ambulatoria, Centros de atención dental ambulatoria, Centros de diálisis, entre otros.	Centros de atención primaria del SNSS, Centros de atención primaria municipalizada		Médicos, Odontólogos
	8519	Otras actividades relacionadas con la salud humana		Laboratorios, Centros de imagenología, entre otros.	Corporación para la Nutrición Infantil, Servicio Médico Legal		Enfermeras, Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos, entre otros profesionales.
Conexas	7530	Actividades de planes de la seguridad social de afiliación obligatoria			Fondo Nacional de Salud (FONASA)		
	6603	Actividad de seguros previsionales privados de salud ³¹	Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)				
	5139	Actividad de abastecimiento público de la salud ³²			Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)		

Fuente: Elaboración propia en base a datos de MINSAL (2009).

²⁸ Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares

²⁹ En este caso se cambió la descripción para adecuarla a la realidad nacional, pero hace referencia a la descripción original de la CIU Rev.3, 7512 "Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios sanitarios, educativos, culturales y otros servicios sociales, excepto servicios de seguridad social".

³⁰ En este caso se cambió la descripción para adecuarla a la realidad nacional, pero hace referencia a la descripción original de la CIU Rev.3, 8512 "Actividades de médicos y odontólogos".

³¹ En este caso se cambió la descripción para adecuarla a la realidad nacional, pero hace referencia a la descripción original de la CIU Rev.3, 6603 "Actividades de planes de seguros generales".

³² En este caso se cambió la descripción para adecuarla a la realidad nacional, pero hace referencia a la descripción original de la CIU Rev.3, 5139 "Venta al por mayor de otros enseres domésticos".

ANEXO II: CORRESPONDENCIAS ENTRE TRANSACCIONES DE PRESUPUESTO Y TRANSACCIONES DE CUENTAS NACIONALES, CTA. SATELITE DE PARAGUAY		
Partida	TRANSACCIONES DE PRESUPUESTO	TRANSACCIONES DE CUENTAS NACIONALES
111	Sueldos	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
113	Gastos de Representación	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
114	Aguinaldo	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
122	Gastos de Residencia	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
123	Remuneración Extraordinaria	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
133	Bonificaciones y Gratificaciones	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
141	Contratación de Personal Técnico	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
142	Contratación de Personal de Salud	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
144	Jornales	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
145	Honorarios Profesionales	Remuneración de los asalariados / Sueldos y Salarios
210	Servicios Básicos	Consumo intermedio
220	Transporte y Almacenaje	Consumo intermedio
230	Pasajes y Viáticos	Consumo intermedio
240	Gastos por Servicios de Aseo, de Mantenimiento y Reparación	Consumo intermedio
250	Alquileres y Derechos	Consumo intermedio
260	Servicios Técnicos y Profesionales	Consumo intermedio
280	Otros Servicios en General	Consumo intermedio
290	Servicios de Capacitación y Adiestramiento	Consumo intermedio
310	Productos Alimenticios	Consumo intermedio
320	Textiles y Vestuarios	Consumo intermedio
330	Productos de Papel, Cartón e Impresos	Consumo intermedio
340	Bienes de Consumo de Oficinas e Insumos	Consumo intermedio
350	Productos e Instrumentos Químicos y Medicinales	Consumo intermedio
360	Combustibles y Lubricantes	Consumo intermedio
390	Otros Bienes de Consumo	Consumo intermedio
520	Construcciones	Formación bruta de capital fijo
530	Adquisiciones de Maquinarias, Equipos y Herramientas Mayores	Formación bruta de capital fijo
540	Adquisiciones de Equipos de Oficina y Computación	Formación bruta de capital fijo
570	Adquisición de Activos Intangibles	Formación bruta de capital fijo
590	Otros Gastos de Inversión y Reparaciones Mayores	Formación bruta de capital fijo
841	Becas	Consumo intermedio
845	Indenizaciones	Transferencias corrientes diversas (Pagadas)
847	Transferencias Corrientes al Sector Privado	Transferencias corrientes diversas (Pagadas)
849	Otras Transferencias Corrientes	Transferencias corrientes diversas (Pagadas)
851	Transferencias Corrientes al Sector Externo	Otras transferencias corrientes (Cooperación internacional)
910	Pagos de Impuestos y Gastos Judiciales	Consumo intermedio
920	Devolución de Impuestos y Otros Ingresos no Tributario	Operaciones financieras
960	Deudas Pendientes de Pagos Gastos Cte. Ejercicios Anteriores	Operaciones financieras
980	Deudas Pendientes de Pagos Gastos de Capital ejercicios anteriores	Operaciones financieras

Capítulo 7

RETOS PARA LA COMPARABILIDAD INTERNACIONAL

Autores: Patricia Hernández, Magdalena Rathe

NOTA: *Pendiente de desarrollar, se han esbozado algunas ideas pero está en fase incipiente.*

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

Capítulo 8

ROL Y PERSPECTIVAS DE LA REDACS A LARGO PLAZO

Autores: Magdalena Rathe, Ricardo Valladares, Patricia Hernández

NOTA: Primer borrador

7.1 REDACS – Origen y propósito

REDACS es una comunidad colaborativa del conocimiento en el campo de las cuentas de salud, y como tal, promueve la investigación comparativa sólida, basada en un enfoque metodológico estandarizado. Tiene el propósito de proporcionar a los investigadores de la región una fuente de recursos, tales como las herramientas metodológicas, publicaciones, formación, la oportunidad de compartir experiencias y difundir los resultados de su trabajo, a través de un banco de información, que incluye estadísticas y documentos, actualizado, disponible y público, organizado por país.

REDACS es una red abierta a todos los investigadores interesados, promoviendo la colaboración entre personas e instituciones de los entornos públicos, privados y académicos. No es una organización internacional destinada a proveer asistencia técnica para apoyar la institucionalización o la utilización de los datos de los hacedores de políticas. Sin embargo, se supone que, mediante el suministro de información sólida para su uso a nivel de los países y de la oportunidad que REDACS les ofrece de compartir experiencias y difundir su trabajo, uno de los impactos posibles de la red será fomentar la institucionalización y el uso de los datos producidos para sustentar las políticas públicas.

El nombre REDACS – Red de las Américas – fue escogido con la finalidad de hacer posible la participación de países desarrollados, como Estados Unidos y Canadá. Hasta el momento no se han efectuado esfuerzos activos para incluir estos países, pero existe la intención de hacerlo con el fin de aprender de sus experiencias en la producción y el uso de Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Los países del Caribe – mayoría anglo y francoparlantes – no han sido invitados aún, aunque existe la intención de hacerlo, la red sigue en su fase inicial y todavía no dispone de cohesión interna o financiamiento.

Las actividades iniciales en las cuentas de salud en la región de ALC se llevaron a cabo en México, a través de Funsalud, alrededor de 1995 (ALC Red de Cuentas de la Salud). La red de ALC se puso en marcha en 1997 (iniciadas por los socios de proyecto de la USAID para la Reforma de la Salud (PHR), con el apoyo de la OPS y la asistencia técnica de la Escuela Harvard de Salud Pública y Funsalud, de México.

La red estuvo inactiva durante varios años y se reactivó en 2008 como una iniciativa de la Fundación Plenitud y el Ministerio de Salud de la República Dominicana, quienes convocaron a una reunión efectuada en Bayahibe con el lema: *La red ALC - 10 años después*. Ese mismo año, en México, FUNSALUD y el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICCS), pusieron en marcha el Observatorio de Salud para América Latina y El Caribe (OS-ALC), en convenio con el Instituto de Métricas de Salud y Evaluaciones (IHME), de la Universidad de Washington, EUA, con el propósito de desarrollar redes de investigadores en métricas de salud. Una de tales métricas eran, justamente, las cuentas de salud. La sinergia entre ambas iniciativas contribuyó a una más completa y efectiva reunión en Bayahibe, donde

participaron los investigadores clave de la región. Allí, en consecuencia, se constituyó la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS).

De este modo, actualmente la REDACS es una de las redes temáticas del OS-ALC, operando con financiamiento parcial del ICSS a través de Funsalud, así como con recursos adicionales que se gestionan a través de proyectos específicos.

7.2 Miembros de la REDACS

En la primera reunión de REDACS, en Bayahibe-República Dominicana, los países participantes fueron doce (12): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Perú y República Dominicana, representados por investigadores interesados en las cuentas nacionales – no necesariamente en posiciones públicas, aunque la mayoría de ellos habían ocupado tales posiciones en algún momento.

En dicha reunión se decidió que la membresía en la red estaba abierta a cualquier individuo – no necesariamente como miembro de una institución particular – quien fuera investigador interesado en la materia, independientemente de que su área de labor fuera el gobierno o la sociedad civil. Se reconoció que los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) cambian frecuentemente los distintos niveles técnicos, lo cual no garantiza la estabilidad del personal calificado para producir cuentas de salud en las distintas entidades públicas a las cuales deben pertenecer. En este sentido, fue considerado importante que esas capacidades se mantuvieran en el país, en instituciones académicas o firmas consultoras. El trabajo conjunto entre organizaciones públicas y privadas fue, entonces, considerado deseable. Estas personas usualmente tienen conocimiento técnico e interés en las políticas públicas, con la posibilidad de retornar a posiciones públicas en el futuro o permanecer creando conocimiento en el ambiente académico.

De esta manera, no es posible referirse a los miembros de la red como “estados miembros”, ya que no existen “representantes de países”. En algunos países hay oficiales de gobierno a cargo de la producción de cuentas de salud y al mismo tiempo, investigadores académicos con un mayor perfil de “usuario”. No existe representación oficial y la participación depende del interés individual y la colaboración voluntaria.

La red está abierta a distintos enfoques en términos metodológicos. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe produce cuentas de salud con el SCS (Sistema de Cuentas de Salud), la Guía del Productor de Cuentas de Salud o la llamada metodología Harvard. La necesidad de asistencia técnica y entrenamiento para el cruce de la metodología Harvard al SCS ha emergido en las reuniones regionales. Algunos países, con asistencia de la OPS, producen cuentas de salud de gasto y financiamiento bajo el marco conceptual de las Cuentas Nacionales. Uno de ellos es Chile, el cual se encuentra en el proceso de producir cuentas SCS, como parte de los requerimientos para su entrada a la OCDE.

Durante el 2009, la REDACS asistió a la OMS en el proceso de consulta para la revisión de la metodología SCS, organizándose dos consultas, la primera el mes de enero en México-D.F. y la segunda en Cuernavaca-Morelos, en junio. La tercera consulta se llevó a cabo en septiembre 2010 y tuvo lugar en Punta Cana, República Dominicana.

Las consultas incluyeron expertos en CNS así como en el enfoque de cuentas satélite, ya que el SCS está destinado a ser un estándar internacional y la información básica para producir ambos tipos de cuentas de salud es usualmente la misma. Se encontraron necesarios los puntos en común entre todos los expertos, y se registraron avances en dichas reuniones.

7.3 Avances de REDACS en sus primeros dos años

Una de las primeras tareas que puso frente a sí la REDACS, fue discutir el futuro de la red y producir un estudio de línea base que se denominaría *El estado del Arte de las Cuentas de Salud en la región de ALC*. Como su nombre lo sugiere, el propósito del estudio es identificar donde se encuentra la región en un momento en el tiempo, vale decir, el año 2010.

El estudio de línea base se puso en marcha en 2009, mediante un cuestionario distribuido en una de las reuniones. Algunos países aceptaron rellenar el cuestionario conjunto (OCDE versión) para producir resultados comparables. Este último fue posible con fondos del Instituto Carlos Slim de la Salud, a través del Observatorio de Salud de ALC.

7.3.1 REDACS – conectando los puntos de ALC

La red tiene un grupo de Google, con unos 50 miembros, que es el instrumento principal de comunicación. Existe la intención de construir un portal web de REDACS, el cual hará posible compartir los avances en cada país, problemas metodológicos, publicaciones, noticias, consultas con expertos y otros. Esto podría contribuir al proceso de institucionalización en cada país, poniendo a disposición información accesible a otros miembros y proveer datos y noticias sobre posibilidades de entrenamiento para los investigadores y funcionarios públicos, así como foros de investigación para presentar y difundir resultados de estudios. En este sentido, la red sería una fuente de recursos disponibles para nuevas generaciones.

Se llevan a cabo teleconferencias periódicas entre algunos de los miembros. El método para la búsqueda de respuestas entre países es a través del uso de cuestionarios, entrevistas a través de teleconferencias y reuniones internacionales.

7.3.2 REDACS – Plan de Trabajo Anual y Plan Estratégico

El primer plan de trabajo de la REDACS, correspondiente al año 2010, definió los objetivos de la red de la siguiente manera:

- Contribuir a mejorar continuamente la calidad de los estudios de cuentas de salud en la región de las Américas;
- Promover una mayor utilización e incidencia de las cuentas de salud sobre los procesos de políticas de la región, para lo cual es necesario que los ejercicios de cuentas identifiquen y provean respuestas a los desafíos que la región enfrenta en materia de financiamiento de la salud;
- Proveer un espacio para el acercamiento de las personas, instituciones y países así como la armonización de los enfoques y metodologías involucrados en la preparación de los estudios de cuentas de salud.

Para cumplir estos objetivos, fueron identificadas cinco líneas de acción:

- **Línea de base.** Desarrollar, con apoyo de los países, una línea de base sobre el grado de avance de las cuentas de salud en la región, en especial, del grado de institucionalización de los estudios y análisis del financiamiento, el gasto, la producción, el consumo y la contribución al producto nacional por el sector salud;

- **Estudios multicéntricos.** Facilitar la realización de estudios con participación de diversos países, que involucren aspectos claves de la formulación de cuentas nacionales y con un claro propósito comparativo y colaborativo;
- **Educación continua.** Identificar y aprovechar oportunidades para la capacitación y el intercambio científico y metodológico entre los miembros de la red y los equipos de cuentas de la región;
- **Desarrollo metodológico.** Aprovechar el acervo compartido entre los miembros de la red para desarrollar estrategias, metodologías y herramientas que faciliten la armonización, la ejecución y la aplicación de los estudios a los desafíos del financiamiento de la salud en la región;
- **Fortalecimiento interno.** Establecer las bases para el funcionamiento estable y permanente de la red, incluyendo el plan estratégico, la organización de la red, la promoción de imagen de la red y su sostenibilidad.

La red ha conseguido un notable progreso en el cumplimiento del plan de trabajo, tal como se describe a continuación:

- *La línea de base fue desarrollada* y este documento presenta los resultados principales. El desarrollo del estudio fue compartido en diferentes fases de su elaboración en varios foros internacionales: la propuesta inicial fue compartida con los miembros de REDACS en la reunión de Cuernavaca, México (junio de 2009); y una versión más completa con la audiencia del Sexto Simposio Global sobre Cuentas de Salud, en Beijing (julio de 2009) y finalmente, en la reunión de Punta Cana, República Dominicana (septiembre de 2010). Los resultados finales se presentaron en el Séptimo Simposio Global sobre Cuentas de Salud, en Toronto, Canadá, en julio de 2011.
- *El primer estudio multicéntrico se realizó* con la validación del cuestionario conjunto de OCDE/OMS en cinco países, cuyos resultados también se incluyen en este documento;
- *La educación continua es una tarea pendiente*, si bien es necesario reconocer que las reuniones de la red han permitido intercambiar documentación y criterios que redundan en la capacitación de los participantes;
- *El desarrollo metodológico se ha logrado* por medio de la participación de REDACS en la revisión y validación de la segunda versión del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2). Este fue un proceso de dos años de duración, apoyado por la OMS, donde los expertos nacionales de los diversos países de ALC opinaron sobre los aspectos metodológicos del SHA, contribuyendo a la versión más actualizada del mismo, con lo que el mundo avanza a la adopción de un estándar metodológico global.
- *El fortalecimiento institucional de REDACS es un proceso en marcha*, del cual se tienen importantes avances: se ha formulado el plan estratégico (que también se discute aquí) y la red ha establecido nexos colaborativos con la Iniciativa Global de Salud, con el Observatorio de la Salud de las Américas, con el programa de institucionalización de las Cuentas de Salud del Banco Mundial. Este posicionamiento será clave para lograr avances en la implementación del plan estratégico de la red.

7.3.3 Formulación de un Plan Estratégico.

La necesidad de un plan estratégico y de trabajo surgió con el fin de establecer una visión de la red en los próximos cinco años y para reflexionar acerca de su propósito sobre cómo la red puede ayudar a producir y difundir estudios de investigación, así como ayudar a los países en su proceso de institucionalización de las CS. La red también debía reflexionar sobre su estructura de gobierno, dirección y financiamiento para la sostenibilidad. En septiembre de 2010, en la reunión efectuada en la República Dominicana se dedicó un día y medio para tratar estos temas y construir el PE de la REDACS.

Con la facilitación de Fundación Plenitud, se logró definir los principales elementos del plan y los contenidos del plan de trabajo de la red.

A través de dicho proceso, se previó la construcción de relaciones sólidas entre los miembros de la red para que sea más operativa para apoyar las necesidades de los distintos países, principalmente en el área de capacitación y asistencia técnica horizontal, así como la estandarización metodológica, publicaciones conjuntas y la base de datos en línea con información sobre el país. Esto también fue considerado como un paso importante para obtener financiamiento para la sostenibilidad de la red.

REDACS se planteó la ambiciosa *misión* de conformar una comunidad especializada de productores y usuarios de cuentas de salud en las Américas, que facilite la colaboración y cooperación en la producción, el análisis y la difusión de las cuentas de salud, a fin de generar evidencia para la toma de decisiones, la formulación y evaluación de políticas sanitarias.

Hacia el 2015, REDACS tiene la *visión* de ser reconocida como una comunidad internacional de elevado nivel profesional y ético en el campo de las cuentas en salud, comprometida con el desarrollo de políticas que mejoren el desempeño de los sistemas de salud de la región.

Los *valores* que sustentan la organización y las actuaciones de REDACS incluyen el liderazgo, la ética, el compromiso, el trabajo en equipo, la excelencia y la autonomía.

Los *objetivos estratégicos* definidos fueron:

- Mejorar la calidad, comparabilidad y difusión de los estudios de CS en las Américas.
- Promover la institucionalización y producción de las CS en los países de la región.
- Desarrollar herramientas que faciliten la utilización de la información de CS para la formulación de políticas basadas en evidencia.
- Fortalecer las capacidades de la Red para actuar como instancia de asistencia técnica, tanto interna como externa, en temas de financiamiento y gasto en salud.
- Facilitar un diálogo regional conducente a la armonización entre metodologías y la colaboración entre personas e instituciones que participan en las cuentas de salud de la Región.

7.3.4 El plan de trabajo 2011

Las líneas de acción de REDACS para 2011 y siguientes han sido definidas como proyectos concretos que deben avanzar en su formulación, negociación e implementación. Entre ellos destacan los siguientes:

- **Estado del arte de las cuentas de salud en la región de las Américas.** Esta consiste en una publicación colectiva de la red con apoyo de varios auspiciadores. Se definió el índice de contenidos de la publicación, y la distribución general de temas por participantes. La coordinadora de la red, Magdalena Rathe, está prestando seguimiento al proceso de preparación de manuscritos.
- **Implementación del Sistema de Cuentas de Salud en las Américas.** Este proyecto consiste en realizar acciones de abogacía, capacitación, estudios multicéntricos y acompañamiento a distancia, con el propósito de que un conjunto amplio de países de las Américas desarrollen el estándar de cuentas de salud y sean capaces de reportar a un banco de datos regional, al modo del cuestionario conjunto de OCDE. La reunión de Toronto puede ser un espacio de promoción y negociación de esta iniciativa.
- **Acompañamiento a la institucionalización de las cuentas de salud.** El alcance de REDACS permitiría realizar distintas actividades de asistencia técnica y acompañamiento a los países en el proceso de institucionalización de las cuentas de salud. Esto incluye la sistematización de experiencias en países con mayor avance en la sistematización, la preparación de una guía práctica para institucionalizar y la realización de un ejercicio de acompañamiento en un grupo de países seleccionados.
- **Capacitación a distancia (e-learning) en cuentas de salud.** Reconociendo la experiencia que algunos países, por ejemplo Perú, tienen en el desarrollo de plataformas interactivas de enseñanza – aprendizaje en línea, se planteó el proyecto de identificar y desarrollar un conjunto de módulos de aprendizaje para elevar el conocimiento sobre los objetivos, los conceptos, las herramientas y los principios básicos de la formulación de cuentas de salud.
- **Fortalecimiento de REDACS.** El fortalecimiento de la red es crucial para su funcionamiento futuro, y el lograrlo incluye tres aspectos en el plan de trabajo:
 - a. la ampliación de la base de participantes (países y expertos);
 - b. la consolidación de la presencia de REDACS en la Red Mundial a través de la adaptación y gestión de contenidos de un sitio dedicado;
 - c. la negociación de subvenciones y proyectos para el sostenimiento de la red.

7.4 El rol de REDACS a largo plazo

7.4.1 Promover la colaboración entre investigadores

El resurgimiento de la REDACS fue en 2008 y es el resultado de los esfuerzos conducidos por los donantes diez años antes – la red original de CNS en ALC -. Ese esfuerzo inicial tuvo un impacto significativo en la institucionalización y como resultado de esta operación fueron iniciados los procesos nacionales más importantes para producir cuentas de salud. La mayoría de los participantes formaban parte de instituciones públicas y hubo un constante proceso de reforma en cada uno de los países miembros.

La red fue inoperante durante casi ocho años. Algunos de sus participantes originales permanecieron en posiciones públicas y otros pasaron al entorno académico. Aunque está claro que la actividad de producir cuentas de salud corresponde al sector público – El Ministerio de Salud, la Oficina de Estadísticas u otra – el uso de la data es de la sociedad civil en general y debería estar disponible gratuitamente. Los investigadores que trabajan en la financiación de la salud pueden estar en distintos tipos de instituciones y

la colaboración entre ellos es de suma importancia. La red tiene un papel que desempeñar en este esfuerzo de colaboración, así como en la compilación histórica del proceso y los documentos producidos a través de los años para transmitirlos a las próximas generaciones.

La REDACS se reactivó por iniciativa de los países y como resultado de esta cooperación pública y privada. Durante los dos últimos años el esfuerzo se ha concentrado en la creación de un estándar metodológico, facilitando el proceso de consulta con la OMS, con el apoyo técnico de la OCDE y EUROSTAT. Esto tendrá un impacto definitivo en el proceso de institucionalización, aunque también podría no ser claramente reconocido a primera vista, no solo en la armonización metodológica, sino porque estas reuniones crean conciencia en el ámbito.

Los participantes más activos de la red están convencidos de que hay un papel que podría desempeñar, al mismo tiempo que REDACS se convierte en más institucionalizada y sostenible. Las discusiones iniciales entre los miembros más activos de la red visualizan a la REDACS como una comunidad de colaboración entre investigadores y diseñadores de políticas, interesados en cuentas de salud como una herramienta eficaz para informar sobre el financiamiento de los sistemas de salud.

En este sentido, REDACS podría tener un papel importante en la coordinación y la promoción de las CNS en la región, debería ser una fuente de recursos en la materia, incluyendo formación, asistencia técnica, producción y publicación de estudios comparativos, estándares metodológicos, intercambios de datos y organización de reuniones para compartir experiencias. La red también debería ser una plataforma indirecta para apoyar la institucionalización, discutir las experiencias de este proceso (limitaciones y estrategias) en cada país para fomentar el uso de los datos para la formulación de políticas.

Esto podría lograrse mediante la organización de reuniones para compartir los avances, a través de una muy completa y actualizada página web, con recursos disponibles, a través de cursos de formación, la participación en eventos internacionales, la organización de eventos de difusión para atraer la atención de formuladores de políticas y otros usuarios de las cuentas de salud, la publicación de boletines periódicos, o escritos metodológicos o de políticas, y otras actividades.

También se ha visualizado incluir y promover la participación de todos los países de las Américas – incluyendo Estados Unidos y Canadá y países del Caribe no hispanoparlante, tales como Suriname, Guyana y Belice.

Como se estableció anteriormente, REDACS no es una organización internacional para apoyar directamente a los países en su proceso de institucionalización. Es una comunidad de investigadores con membresía no oficial, y en este sentido, se encuentra fuera de sus límites asistir directamente a los países en la materia.

No existe una relación entre ser miembro de la red y tener éxito en el proceso de institucionalización. Este último está más relacionado con la fuerza de las instituciones en general en un país determinado. Otra razón de ésta diferencia es la propiedad de que los funcionarios del Gobierno puedan haber tenido en un momento determinado, lo que condujo a la creación de un mínimo de personal, presupuesto, el mandato legal y otras medidas que impulsó la institucionalización.

La red también puede ser aprovechada para hacer revaluaciones de los países para la institucionalización y ayudarlos a desarrollar planes de trabajo, a través de la cooperación horizontal. Esto podría hacerse mediante la creación de un directorio profesional promovida a través de la página web.

7.4.2 Más allá del debate sobre metodología de las cuentas

En la región de las Américas coexisten diversos enfoques metodológicos para realizar ejercicios de cuentas de salud. Además, los procedimientos y convenciones de la estimación pueden diferir de país en país, sin que exista documentación suficiente sobre las diferencias. Los ciclos de presupuesto y la relación entre el año calendario y el año fiscal también varían entre países. Si a esto se suma la gran heterogeneidad de los sistemas de atención a la salud y su financiamiento, la situación existente hace difícil considerar comparables las cifras de gasto en salud de los países.

En este proceso, están emergiendo en la región dos enfoques de estimación de la cuenta de salud que todavía no se erigen en estándares pero bien podrían llegar a serlo. El primero es el Sistema de Cuentas de Salud (SHA) de OCDE/OMS, y el segundo, el enfoque de Cuentas Satélite de Salud.

El enfoque SHA y el de cuentas satélite tienen áreas comunes y áreas divergentes. La principal diferencia es que SHA no puede hacer una medición económica del sector en términos del aumento del valor agregado o contribución al producto, y por tanto, tampoco es capaz de mostrar si los aumentos en el gasto de salud reflejan un aumento de la producción, el consumo o el excedente de explotación del sector.

Por su parte, el enfoque de cuentas satélite está orientado a la valoración económica más que a la reflexión sobre las implicaciones sobre las políticas de salud y por tanto su lenguaje puede resultar árido para algunos tomadores de decisiones y planificadores del sector.

Los esfuerzos por armonizar ambos enfoques han estado en marcha en los últimos tres años. Como consecuencia, cada vez más los expertos en un enfoque comprenden la justificación, los contenidos y las ventajas del otro enfoque. La generación de una propuesta que cierre la brecha entre ambos ha avanzado poco.

Con el inicio de la formulación y las validaciones de la segunda versión del Sistema de Cuentas Nacionales (SHA 2), existió por un tiempo la expectativa de que se cerraría la brecha y se tendría una propuesta con salidas de medición financiera (SHA) y económica (cuentas satélite). Sin embargo, el problema no se limita a la forma de presentar los datos, sino al conjunto de reglas y clasificaciones que cada enfoque aplica.

En este contexto, es importante reconocer el papel que REDACS puede cumplir en aumentar el conocimiento sobre las características propias de cada enfoque, y desarrollar herramientas para evaluar la efectividad y la compatibilidad de los resultados de ambos enfoques, y proponer estrategias para integrar lo mejor de ambos enfoques en una metodología común.

Participan en REDACS países que aplican diversos enfoques. Por esta razón, sería ideal que se fomentara al interior de la red un debate sobre las necesidades y recursos existentes para que la región de las Américas plantee una propuesta de estándar de cuentas que pudiera ser implementado, primero como prueba de concepto, y luego a una escala más amplia, especialmente en países donde esto pudiera dar impulso a la institucionalización.

7.4.3 Apoyo al proceso de institucionalización en ALC

Los países incluidos en el análisis de estado del arte de las cuentas de salud tienen grados diversos de avance hacia la institucionalización de la CNS. Al tratar de explicar qué factores facilitan este proceso y cuáles lo restringen cabe enfatizar en algunos elementos, que a nuestro juicio, constituyen áreas medulares para una agenda de investigación sobre institucionalización de las cuentas.

- *Mecanismos de integración y asociación entre países.* Para países como Chile, México y Brasil, la generación de cuentas de salud es motivada, entre otras razones, por la necesidad

de cumplir estándares de reporte estadístico de la OCDE. Otros países, como Argentina, Uruguay, Bolivia, Ecuador y Perú han identificado como una oportunidad para institucionalizar las cuentas la ampliación del alcance territorial del mecanismo de integración económica denominado Mercosur.

- *Importancia económica del sector salud:* El sector salud congrega actividades productivas de diversas ramas económicas, en especial de la manufactura y los servicios. Cinco de los 15 países líderes en la exportación de productos farmacéuticos se encuentran en la Región: Estados Unidos, Canadá, México, Brasil y Argentina, y esos mismos cinco países se encuentran entre los 15 exportadores cumbre de servicios de aseguramiento. Esto sin contar el peso de la producción de servicios de atención sobre el producto interno, que se está expandiendo en varios países con el cambio de población y los nuevos esquemas de financiamiento de la salud.

- *Reformas de salud orientadas a la protección financiera:* En América Latina y el Caribe, los procesos de reforma en salud están en marcha, y aunque tienen ya una par de décadas de haber iniciado estas transformaciones, se están profundizando ahora en busca de una mayor protección financiera y niveles más amplios de transparencia y equidad en la gestión de los servicios de salud. Los arreglos institucionales complejos y la separación de funciones demandan, para fines de rendición de cuentas, la puesta en marcha de esquemas contables de alcance sectorial compatibles con el enfoque de cuentas de salud. México, Chile y Brasil están obteniendo resultados de su aplicación, y otros países como Argentina, Colombia, República Dominicana, Bolivia y Perú han dado pasos en la vía de la institucionalización.

- *Formación de unidades de economía de salud en los ministerios y secretarías de salud.* Cada vez más países en la región de las Américas han establecido unidades o departamentos de Economía de la Salud. En la segunda reunión de representantes de estas unidades, convocada por OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Argentina, propusieron constituirse en un foro sobre salud y desarrollo, que abordaría entre otros temas el de cuentas de salud. Entre los países participantes en este proceso se cuentan: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.³³

7.4.4 Formación de las nuevas generaciones de productores de CNS

REDACS también podría tener un papel importante en la formación de las futuras generaciones de contadores de la salud. Hay una importante capacidad de recursos técnicos en este momento en la región, hay un gran compromiso personal e institucional y una fuente de excelentes planes e ideas, sin embargo, el financiamiento se mantiene como el principal obstáculo para este papel.

7.4.5 Plataforma de difusión y publicación

³³ OPS (2009) **Boletín No. 2** – Unidades o Departamentos de Economía de la Salud en países de América Latina y el Caribe. Junio de 2009. OPS / Área de Sistemas y Servicios de Salud.

ANEXOS

I. BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN POR PAÍS AL 2010

ESTUDIOS DE CASO SOBRE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS CNS³⁴

1. PERU

Consultora: Margarita Petrer, CIES

Respuestas al cuestionario de institucionalización:

a) CONTEXTO

En Perú el proceso de producción de las CN se ha dado en tres momentos:

A inicios del año 1994, las CCNNS inician su desarrollo por iniciativa del Proyecto “Programa Fortalecimiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud” con el estudio Análisis del Financiamiento del Sector Salud 1992-1995 (Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo 1996) realizado por el Consorcio ESAN/AUPHA/SEVERS/FUNSAUD que no fue publicado, sino en su versión revisada para los años 1995-1996 con el título de Financiamiento del Sector Salud 1995-1996 (MINSAs-Overseas Development Administration, enero de 1998) y Análisis del Financiamiento del Sector Salud 1997 (MINSAs- ESAN/AUPHA/SEVERS/FUNSAUD).

Posteriormente en el marco del Programa de Cooperación MINSAs y la OPS/OMS para Perú se procedió a ampliar los marcos muestrales, a compatibilizar criterios para construir series de mediano plazo y a enriquecer los criterios incorporando el manejo de flujos financieros, el mercado de medicamentos y la asignación del gasto según funciones, pudiéndose así consolidar el periodo 1995-2000 en una serie homogénea y consistente. Se publican las Cuentas Nacionales en Salud Perú 1995-2000 (MINSAsOPS/OMS). Se presenta en diversos eventos.

La suscripción de Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social, para la actualización de las cuentas nacionales en salud y elaboración del estudio correspondiente para la realización de las Cuentas Nacionales 2000-2005 y su compatibilización con las del periodo 1995-2000, de manera que se arriba a una serie perfectamente compatible: 1995-2000. Se publica: Cuentas Nacionales en Salud: Perú 1995-2000 (MINSAs-CIES). Ministro de Salud presenta las CCNNS y las usa.

La formulación de las Cuentas Nacionales de Salud en los dos últimos momentos ha obedecido a razones internas de país sustentadas en el desarrollo de los procesos de aseguramiento público.

Perú participó en un evento de la CEPAL organizado por la REDACS (2003-4? y en la Primera Consulta Técnica de Revisión (inicios 2009, ciudad de México).

³⁴ Report from the consultant Soraya González-Pons, based on: (a) the institutionalization questionnaire approved by the World Bank for the consultancy on the role of networks in the process of institutionalization (this questionnaire was answered by Peru, Argentina, Uruguay, Chile and DR); and (b) a baseline questionnaire previously submitted by the REDACS to the same countries and to some additional others.

Actualmente existe un asocio entre la Oficinal General de Planificación y Presupuesto, el Consorcio de Investigación Económica y Social y el Proyecto POLSALUD (USAID) para la actualización de las cuentas hasta el año 2009.

b) RESULTADOS Y DISEMINACION DE LAS CNS

Perú no produce estadísticas de las CNS de manera regular pero gracias a los estudios realizados se tiene una serie consistente de 11 años. Se ha utilizado sobre todo la metodología sobre el Sistema de Cuentas Nacionales que recomienda las Naciones Unidas. Esto ha permitido comparar los resultados con las variables macroeconómicas que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INEI). Sin embargo, debido a la flexibilidad del sistema, se han incorporado elementos del enfoque del flujo de los recursos y gastos, que permitieron mantener la perspectiva de un análisis sectorial dentro de un sistema de salud.

Regularmente no se producen tablas. Cuando se actualizan las cuentas se contratan consultores para tales fines. Hasta el momento, los años que han sido reportados comprenden los periodos (1995-2000) y (1995-2005) con la misma metodología.

Se han realizado 4 publicaciones aunque las dos primeras tuvieron poca difusión y fueron planteadas sólo como estudios de financiamiento. No se han organizado seminarios para difundir los resultados aunque se han realizado varias presentaciones oficiales y académicas de difusión han acompañado las dos últimas publicaciones.

La primera publicación sobre cuentas nacionales se hizo en 2002, con estimaciones 1995 al año 2000 usando cuentas de salud, las cuentas nacionales y cuentas satélite para el balance oferta - demanda en la metodología de cuentas nacionales.

Las estimaciones del 2000 al 2003 fueron auspiciadas por PHRplus, USAID, la Dirección Regional de Salud, EsSalud, FOROSALUD, Universidad Pedro Ruiz Gallo, PHRplus, la Fuerza Aérea Peruana. Las últimas cuentas nacionales de salud, se publicaron en 2008 con estimaciones de 1995 a 2005, las cuales fueron financiadas por Ford Foundation, UNICEF, CARE-PERU, BTC-CTB, a través del Ministerio de Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), la Convención del Observatorio de Salud 017-2007/MINSA.

A nivel de influencia en la toma de decisiones políticas no se menciona una evidencia concreta aunque los resultados son mencionados en los documentos oficiales de políticas MINSA y de la Comisión de Salud del Congreso General de la República.

El Ministerio de salud ha presentado los resultados en dos eventos internacionales:

1. Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía (19-21 noviembre 2008, Quito, Ecuador).
2. Primer Taller de Armonización de Cuentas de Salud de los Países Sudamericanos 17-18 noviembre, Quito, Ecuador).

De igual manera los resultados han sido citados en diversos estudios académicos y foros.

La metodología se discutió con otros países en la Primera Consulta Técnica de Revisión (inicios 2009, ciudad de México) por lo que la ayuda de la Red en el proceso de comprensión de la metodología ha sido de modo indirecto y en reuniones particulares con funcionarios del MINSA.

En las reuniones de la Red no he participado manera oficial sino como representante de la academia. Se participó en la Primera Consulta Técnica de Revisión con conocimiento de la Dirección de Planificación y Presupuesto del MINSA pero sin autorización escrita. Como coordinadora del Observatorio de la Salud establecimos un acuerdo con el MINSA para la elaboración de las CCNNS. Existen buenas relaciones y participo en las reuniones pero no puedo representar al ministerio. En una reunión anterior a la que no asistí, el funcionario que asistió ya no era el Director General de la Oficina General de Planificación y Presupuesto.

Para diseminar los resultados la Red se necesita crear vínculos más orgánicos con las instituciones de investigación y los Ministerios de Salud. Lamentablemente en el caso peruano y pese a esfuerzos realizados no se ha logrado implementar una Unidad de Estudios Económicos que tenga los recursos necesarios para la periodicidad sistemática. Sin esta unidad los vínculos institucionales son difíciles.

c) INSTITUCIONALIZACION

En relación a la legislación y apoyo a mecanismos de coordinación en los países hay una presión muy fuerte hacia los países andinos por hacer cuentas satélites de parte de OPS/OMS que se ha trasladado al ORAS-CAN. Sería necesario financiar un seminario internacional y seminarios de país, donde sea posible discutir el tema. Las CCNNS son el único instrumento global para medir avances de política sectorial (rectoría en salud)

En cuanto a los recursos ha habido una oferta financiera muy limitada para la demanda solicitada. Sería necesario financiar actualizaciones de 2-3 años. A veces los pedidos de REDACS pueden ser sofisticados para el grado de confiabilidad de la información. No hay que olvidar que su principal uso es la del panorama macro y del institucional. De la misma forma se pueden financiar investigaciones específicas.

En cuanto a la recolección de información y métodos de estimación, considero que los métodos de estimación dependen fundamentalmente del grado de confiabilidad de la misma y de las necesidades del país, más que de una sofisticación teórica. En relación al mejoramiento de la diseminación de la información y el uso de políticas, en cuando a los seminarios nacionales hay que separar sesiones para quienes la piensan, la elaboran y la consumen, ya que son públicos diversos.

d) OPINION SOBRE EL ROL DE LA REDACS

La opinión de Perú en cuanto al rol de la REDACS es que ha sido importante porque ha permitido establecer acuerdos que, cuando involucran instituciones, ejercen una determinada presión para su cumplimiento. El rol de la Red en sensibilizar a los tomadores de decisiones ha sido de modo indirecto y en reuniones particulares con funcionarios del MINSA que han transmitido los puntos focales. Un problema al respecto es la volatilidad de los funcionarios MINSA, la que felizmente ha disminuido en el último año y medio.

En las reuniones de la REDACS se han discutido criterios pero los procedimientos de estandarización han sido poco discutidos. La REDACS puede ser un almacén de conocimiento en cuanto a mejores prácticas globales e institucionalización de funciones. Esto podría compartirse divulgando ideas sobre la utilidad de las CNES en cuanto a: instrumento de rectoría sectorial y gestión regional, para evaluar el avance en la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria en el país inmersa en tres procesos centrales: el aseguramiento universal en salud, la descentralización y el desarrollo de la oferta sanitaria pública. A eso es posible agregar, según el país, otros objetivos de interés.

Respuestas al cuestionario línea de base de Perú, relativas a institucionalización

Los recursos humanos que preparan las cuentas de salud no están presupuestados en la entidad y no trabajan a tiempo completo. Ellos no utilizan una guía metodológica desarrollada por la institución que describa como hacer las estimaciones, y no existen instrucciones para la recopilación, procesamiento y análisis de los datos de las cuentas de salud.

En Perú el proceso de institucionalización de las cuentas de salud se encuentra en curso, y en el cual existen importantes aspectos que han sido los funcionarios oficiales quienes han desarrollado la propuesta de regulación técnica para la implementación de una unidad de economía en el Ministerio de Salud.

Con la información de las cuentas nacionales de salud en 2008 sobre gasto y financiamiento, al acceder a este servicio, la Comisión de Salud del Congreso ha tomado decisiones de políticas para el Plan de Aseguramiento Universal en Salud.

Las publicaciones que se han hecho incluyen:

- Cuentas Nacionales de Salud, 1995 – 2005.
- Cuentas de Salud Regionales para La Libertad: Contribuciones a la formulación de un plan regional de salud participativo.
- Reporte final sobre la Medición de Cuentas Regionales de Salud en la región de Lambayeque, 2000-2003: Análisis y recomendaciones políticas.
- Cuentas Regionales de Salud en San Martín: Contribuciones a la formulación de un plan regional de salud participativo.
- Reporte final sobre la medición de las Cuentas Regionales de Salud 2003 en la región de Ucayali, Análisis e interpretación de resultados.
- Cuentas Nacionales de Salud de Perú, 1995 – 2000.

2. ARGENTINA

Consultor: Ernesto Báscolo, Universidad de Rosario

Respuestas al cuestionario de institucionalización

a) CONTEXTO

En Argentina, la agencia responsable de la producción de cuentas nacionales es la Dirección Internacional de Cuentas (Institución Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio Nacional de Economía). Además, el país tiene un decreto que asigna la elaboración de cuentas nacionales de salud a la Dirección de Economía de la Salud que forma parte del Secretariado de Determinantes Sociales y Relaciones, al Ministerio de Salud Nacional. Sin embargo, las cuentas de salud han sido financiadas con fondos de fuentes externas. Sólo una parte de los recursos humanos que preparan las cuentas está presupuestada, a pesar de no trabajar en esta tarea a tiempo completo.

La metodología utilizada está basada en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) 1993, para producir gasto y financiamiento, con el fin de poder comparar la información con las estadísticas económicas. En 2001 las estimaciones de gasto en salud desde 1997 al año 2000 fueron publicadas por primera vez bajo la metodología de Cuentas Nacionales de Salud con el auspicio del proyecto PNUD – Argentina 96/008 financiado por el préstamo BIRF 4004/AR. Las dependencias responsables fueron la Dirección de de

Cuentas Nacionales, la Dirección de Gasto Social Consolidado y el Proyecto de Desarrollo de Políticas de Regulación y Aseguramiento en Salud. Las organizaciones que han dirigido y contribuido en diferentes partes para las estimaciones de cuentas de salud fueron el Ministerio de Salud y una agencia internacional. Después de la producción de esta primera iniciativa, el país no ha tenido avances en la producción de cuentas de salud. El país ha participado en reuniones internacionales con diferentes enfoques metodológicos, tales como la iniciativa OPS sobre armonización de cuentas de salud en el marco de MERCOSUR.

En Argentina las cuentas nacionales de salud están en proceso de institucionalización. Un importante aspecto de este proceso ha sido la formalización de los acuerdos de cooperación técnica con equipos que cuentan con experiencia previa, la participación en reuniones regionales de cuentas de salud, así como la formación de recursos humanos en aspectos específicos de las cuentas de salud.

Las publicaciones hechas son las siguientes:

- Levcovich, Mónica et al, Estimación del gasto en salud – Argentina 1997 y proyecciones 1997 - 2000.

Los resultados han sido difundidos en foros internacionales, tales como la Reunión Latinoamericana de Economía de la Salud, pero no han influenciado el proceso de decisiones en políticas.

La estructura federal del sistema de salud y la debilidad de la función de rectoría del Ministerio de salud de la Nación, hacen necesario la promoción de la participación de las autoridades provinciales y una red de instituciones académica para fortalecer la producción y uso de las cuentas en la gestión de políticas y servicios de salud.

Se sugiere reforzar actividades de la REDACS en Argentina través de:

La formalización de convenios Marco de colaboración con una red de organizaciones e institucionales nacionales. La REDACS podría ser una estrategia clave para vincular a los hacedores de política (Ministerio de Salud, Ministerio de Economía, Ministerios de Salud de las Provincias, Secretarías de salud municipales) –otros potenciales usuarios de las cuentas- y a instituciones académicas de formación y o de investigación (universidades, y organizaciones de investigación en salud) que puedan avanzar en la producción y o utilización de los resultados de las cuentas.

Actividades de sensibilización y capacitación con diferentes metodologías, en los distintos niveles y espacios institucionales (talleres, jornadas, material impreso), convocando a todos los actores involucrados en el suministro y utilización de la información, a efectos de difundir los objetivos, metodologías, resultados y utilidad del sistema propuesto para lograr la adhesión de todos los actores y sectores.

Argentina impulsó en el año 1997 la elaboración de cuentas de salud en el marco del Proyecto PNUD ARG 96/008 financiado por el préstamo BIRF 4004/AR. Es una estimación de las Matrices de Utilización y Gasto y Financiamiento del Sector Salud, mediante la aplicación de la metodología del SCN 93, permitiendo la comparabilidad ínter temporal entre países y con estadísticas económicas globales. La publicación de estas matrices se realizó en noviembre de 2001, con información referida al año 1997 y estimaciones hasta el año 2000.

Las personas e instituciones involucradas en ese momento fueron las siguientes

- **Representantes del Ministerio de Salud de la Nación: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud**
 - Lic. Mónica Levcovich, Coordinadora Técnica
 - Lic. Carolina Quijada Gumbre, Lic. Mariana Blanco, Lic. Verónica Alaimo
 - Lic. Florencia Devoto, Lic. Rodrigo Falbo, Lic. Valeria Garay

- **Representantes del Ministerio de Economía de la Nación:**
- **Dirección Nacional de Cuentas Nacionales – INDEC**
 - Lic. Federico Dorin, Subdirector Nacional de Cuentas Nacionales
 - Sr. Ezequiel Tacsir, Lic. Susana Kydiba, Lic. Mirta Gallo

- **Dirección de Gastos Sociales Consolidados**
 - Lic. Damián Bonari, a/c Dirección de Gastos Sociales Consolidados
 - Lic. María Eugenia del Mazo, Lic. Facundo Crosta
 - La revisión de resultados preliminares estuvo a cargo de Dr. Rubén Suarez, OPS/OMS, Lic. María Cristina V. de Flood.

Argentina no fue parte de la primera red. Fue en el 2009 cuando participa en dos reuniones:

1. Reunión Extraordinaria de la Red de Cuentas de Salud (REDACS): Consulta para la revisión del sistema de cuentas de salud (SHA)” Observatorio de la salud de ALC FUNSALUD – Fundación Plenitud en coordinación con OMS / OECD / EUROSTAT. México, DF -- Enero, 2009.
2. Reunión extraordinaria de la Red de Cuentas de Salud (REDACS): II Consulta para la revisión del sistema de cuentas de salud (SHA)” Observatorio de la salud de ALC FUNSALUD – Fundación Plenitud en coordinación con OMS / OECD / EUROSTAT. México, DF -- Junio, 2009.

Desde la estimación de las Matrices de Utilización y Gasto y Financiamiento del Sector Salud en el año 1997, Argentina no ha tenido avances en la elaboración de las CNS. Sin embargo, el país ha participado activamente en encuentros regionales.

El organismo a cargo de la producción de cuentas nacionales es la Dirección Nacional de Cuentas Internacionales (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Economía de la Nación). Asimismo, la Dirección de Economía de la Salud (Secretaría de Determinantes Sociales y Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud de la Nación) tiene entre sus funciones la elaboración de cuentas referidas específicamente al sector salud. Dicha función se halla señalada en el Decreto N° 1343 del año 2007.

b) RESULTADOS Y DISEMINACION DE LAS CNS

Argentina no produce estadísticas de las CNS de manera regular. En el año 1997 se utilizó la metodología de cuentas satélites.

En el plano regional, Argentina ha participado en el proceso de armonización de cuentas de salud iniciado en el marco del Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Dicho proceso fue impulsado por Comisión Intergubernamental de Salud y Desarrollo del MERCOSUR y Estados Asociados (CISyD), con apoyo financiero de la OPS. Esta comisión apoya a las demás comisiones de la Reunión de Ministros de Salud

del MERCOSUR (RMSM) y Estados Asociados (EA) con estudios e investigaciones relativas a economía de la salud.

En el año 2004, la RMSM y EA concertaron delegar a la CISyD la continuidad del trabajo que inicialmente debía ejecutar el Grupo de Trabajo de Cuentas Nacionales en Salud, creado en el año 2000, el cual se encontraba sin actividad desde fines del mismo. La primera reunión del Grupo de Trabajo de CNS se realizó en Brasilia el 13 de septiembre de 2000 y el 27 de octubre del mismo año. Brasil distribuyó el Plan de Trabajo del Grupo de Cuentas Nacionales de Salud del MERCOSUR con el fin de establecer una agenda común para la promoción y el desarrollo de las CNS.

Durante 2003 y principios de 2004 se realizaron reuniones que tenían como objetivo abordar la totalidad de los temas económicos relacionados con la salud, y culminaron con la creación de la Comisión de Salud. En noviembre de 2004, la CISyD solicita información para la finalización de un trabajo elaborado por Brasil sobre CNS y CSS y en la Reunión de Ministros del mes de diciembre se acordó que la CISyD asuma el tema de Cuentas de Salud.

Cumpliendo con lo acordado, la CISyD, con apoyo financiero de la OPS, llevó a cabo durante el año 2007 dos consultas técnicas y dos talleres de capacitación en Santiago de Chile. La Primera Consulta Técnica Subregional, realizada durante los días 27 y 28 de junio de 2007, tuvo como objetivo principal avanzar en la armonización de cifras de financiamiento y gasto público en salud, lo que permitiría mejorar las comparaciones regionales. El 29 de junio se realizó un Taller Subregional de Capacitación en Elaboración de Estadísticas Económicas del Sector Salud.

La Segunda Consulta Técnica Subregional sobre Armonización de Estadísticas de Financiamiento y Gasto Privado en Salud se desarrolló los días 17 y 18 de octubre de 2007 en Santiago de Chile y su objetivo consistió en avanzar en la armonización de las cifras de financiamiento y de gasto privado en salud y el día 19 de octubre de 2007 se realizó el Taller Subregional de Capacitación en Elaboración de Estadísticas Económicas del Sector Salud para la toma de decisiones de política pública.

Asimismo, los días 17 y 18 de noviembre de 2008, se reunieron en Quito, Ecuador, representantes en materia de Cuentas de Salud de los Ministerios de Salud de Sudamérica, con el objetivo de dar continuidad al proceso de armonización de Cuentas de Salud.

En el plano nacional, durante los años 2008 y 2009, la Dirección de Economía de la Salud ha intentado formalizar un plan de trabajo con la Dirección Nacional de Gasto Consolidado, dependiente del Ministerio de Economía de la Nación, para la elaboración conjunta de una cuenta específica para el sector salud.

El único resultado publicado han sido las matrices elaboradas en el año 1997 con proyectos hasta el año 2000 (Levcovich, M. et. al (2001) "Estimaciones de Gasto y Financiamiento del Sector Salud en Argentina 1997 y Proyecciones 1997-2000")

Entre los días 15 y 19 de Abril de 2009, se desarrolló en la ciudad de Buenos Aires la "II Reunión de Unidades/Departamentos de Economía de la Salud de Instituciones Públicas de Salud de Países de América Latina y el Caribe" y las "Primeras Jornadas de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe" organizadas por la Dirección de Economía de la Salud junto con la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). En dicha oportunidad se discutieron a través de ponencias, talleres y presentación de trabajos científicos seleccionados diversas cuestiones vinculadas al financiamiento de los sistemas de salud de la región, entre los cuales se incluyó la elaboración de cuentas de salud.

Los resultados no han tenido influencia de peso en la toma de decisiones políticas. A pesar de los esfuerzos realizados para difusión de la utilidad de las cuentas de salud, todavía es necesario mayor compromiso de las autoridades nacionales, así como gobiernos subnacionales y otros actores del sistema, para la organización de la información disponible.

A nivel internacional los resultados han sido presentados en las primeras jornadas latinoamericanas de economía de la salud, realizadas en el año 2009 en Buenos Aires.

Argentina ha participado en las reuniones de Enero de 2009 y Junio de 2009 de la REDACS y en las teleconferencias realizadas en el marco de dicha red, donde ha tenido la oportunidad de analizar y discutir sobre la metodología y los resultados. La participación en las reuniones de la Red de ALC ha sido parte esencial de las actividades de capacitación del recurso humano y la comprensión sobre la metodología en vistas a un posible proyecto de elaboración de cuentas en el país.

La Red ha ayudado a diseminar los resultados al conformar un espacio de intercambio de experiencias entre los países de la región. Con ello se potencia a la vez la realización de actividades de difusión sobre la importancia de las cuentas hacia otros actores relevantes del sistema de salud en cada uno de los países.

c) INSTITUCIONALIZACION

En Argentina la legislación y el apoyo a mecanismos de coordinación en los países tiene bajo nivel de institucionalización por lo que habría que formalizar acuerdos de cooperación técnica con equipos de trabajo del país. En cuanto a los recursos no se cuenta con ellos de manera específica. No hay disponibilidad de recolección de información y métodos de estimación ni se gestiona la información para generar tablas de CNS.

En cuanto a la definición y mejoramiento de productos de información y calidad de la información recolectada y producida se puede decir que la información sobre el sistema de salud argentino se encuentra muy fragmentada y es sumamente heterogénea. Ello dificulta los procesos de recolección de datos y la calidad de la información. En este sentido se debe dar mayor difusión de las actividades y continuar con las actividades de intercambio de experiencias. Continuar con las actividades de intercambio de experiencias.

d) OPINION SOBRE EL ROL DE LA REDACS

Los intercambios de experiencias regionales ayudan a reconocer fortalezas y debilidades al interior de cada uno de los países y a aprender de los procesos exitosos de los miembros de la red. Las actividades de la REDACS han promovido la incorporación del tema en la agenda de discusión de las herramientas de gestión del sistema de salud, sin embargo, existen todavía importantes retos en materia de institucionalización de las cuentas. La REDACS ha sido útil para deliberar sobre las fortalezas y debilidades del actual proceso de recolección de información y de los sistemas de información y ha permitido la capacitación del recurso humano, sin embargo la falta de producción sistemática de las cuentas no nos permite contar con resultados al respecto.

La REDACS puede ser un almacén de conocimiento de las mejores prácticas globales sobre las CNS e institucionalización de actividades. La amplia convocatoria en la REDACS donde participan consultores independientes, miembros de organismos oficiales nacionales e internacionales, representantes de instituciones académicas, etc. permiten potenciar las experiencias individuales y fortalecer los equipos locales en pos de mejores prácticas. Para compartir esta experiencia entre los países es necesaria una mayor difusión de las experiencias y actividades de capacitación presenciales y a distancia.

Respuestas al Cuestionario de Línea de Base - Argentina

Argentina tiene un decreto que asigna la preparación de las cuentas nacionales de salud a la Dirección de Economía de la salud y las dependencias que forman parte del Secretariado de Relaciones en Salud y Determinantes Sociales, Ministerio Nacional de Salud.

En 2001 las estimaciones de gasto en salud para 1997 a 2000 fueron publicadas por primera vez bajo la metodología de Cuentas Nacionales de Salud con el auspicio de PNUD – Argentina, en un proyecto financiado por el Banco Mundial. Las dependencias responsables fueron la Dirección de de Cuentas Nacionales, la Dirección de Gasto Social Consolidado y el Proyecto de Desarrollo de Políticas de Regulación y Aseguramiento en Salud. Las organizaciones que han dirigido y contribuido en diferentes partes para las estimaciones de cuentas de salud fueron el Ministerio de Salud y una agencia internacional. Las cuentas de salud han sido financiadas con fondos de recursos externos. Solo parte de los recursos humanos que preparan cuentas de salud están dentro del presupuesto, aunque no trabajen a tiempo completo.

En Argentina las cuentas nacionales de salud están en proceso de institucionalización. Un importante aspecto de este proceso ha sido la formalización de los acuerdos de cooperación técnica con equipos que cuentan con experiencia previa, la participación en reuniones regionales de cuentas de salud, así como la formación de recursos humanos en aspectos específicos de las cuentas de salud.

Las publicaciones hechas son las siguientes:

- Levcovich, Mónica et al, Estimación del gasto en salud – Argentina 1997 y proyecciones 1997 - 2000.

3. CHILE

Consultor: Alain Palacios, Ministerio de Salud de Chile

Respuestas al Cuestionario de Institucionalización

a) CONTEXTO

Las primeras cuentas de gasto y financiamiento en salud que compilan las estimaciones para 2003 – 2007 fueron publicadas en 2009 usando la metodología de Cuentas Satélite en Salud (SCS) – (No es necesario confirmar y revisar este ítem para el reporte final). El Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN 1993) y el Manual de Cuentas Satélite de Salud, OMS, 2005, fueron consultados.

La preparación de cuentas nacionales responde al mandato de los Objetivos en Salud para el período 2000 – 2010, el cual establece el desarrollo de un Sistema de Cuentas de Salud. En 2005 una resolución fue emitida para establecer un Comité de Trabajo para el Sistema de Cuentas de Salud, compuesto por varios departamentos del Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Superintendencia de Salud (SIS), el Banco Central de Chile, la Dirección de Presupuestos (DIPRES), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la OPS-Chile y la CEPAL.

En Chile la preparación de estos estudios para cuentas de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud, así como las firmas de consultoría: CT-SCS (Banco Central de Chile, CEPAL, OPS, INE, FONASA, SIS, DIPRES).

Este Sistema de Cuentas de Salud del Comité de Trabajo sirve para apoyar el trabajo del Ministerio de Salud en cuestiones metodológicas y de opinión y ha concedido solidez del proyecto institucional y el apoyo de una serie de instituciones en el sector.

Por lo tanto, se podría decir que la preparación de las cuentas nacionales de salud en Chile está en el proceso de institucionalización. Así como la creación de la Comisión de Trabajo, en 2006, se creó un análisis sectorial y de Cuentas de Salud. Ellos tienen fondos presupuestados para las cuentas de salud. Los recursos humanos que trabajan en las cuentas son totalmente presupuestados por el Ministerio de Salud, y trabajan a tiempo completo en la producción de las cuentas nacionales y han recibido capacitación. Se han contratado los servicios de un consultor especializado.

En la actualidad, el país se ha convertido en un miembro de la OCDE, y esto ha supuesto la puesta en marcha de un proceso de capacitación para la preparación de las cuentas de salud utilizando la metodología de SHA, que es obligatorio para estos fines. En este sentido, Chile tiene un papel activo en la REDACS y en el proceso de revisión metodológica SHA.

En Chile el proceso de las cuentas de salud no estuvo inspirado por la red. Alain Palacios participó en las actividades de la segunda red.

Durante los últimos 15 años, en relación a las CNS ha habido algunos intentos a principios del año 2000 de comenzar con estimaciones de CNS, pero sólo a partir del año 2004 se empezó a trabajar sistemáticamente en la producción de estadísticas económicas de Salud a través de las Cuentas Satélite de Salud. En estos momentos los encargados de llevar a cabo la producción de estadísticas de Cuentas Satélite de Salud le corresponde a la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial. Esta unidad forma parte del Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile.

b) RESULTADOS Y DISEMINACION DE LAS CNS

En la actualidad Chile está produciendo estadísticas de las CNS de manera regular bajo la metodología de Cuenta Satélite de Salud. 5 años han sido reportados periódicamente (2003 – 2007) y está en proceso de publicación el año 2008. Los resultados han sido publicados. En mayo de 2009 se publicó un anuario estadístico de 300 páginas denominado “Cuenta Satélite de Salud, Chile, Gobierno General y subsistema ISAPRE, 2003 – 2007. Primera Etapa”.

Chile organizó a fines del año 2007 el Seminario Internacional “Cuenta Satélite de Salud de Chile: Aplicaciones a la Gestión de Políticas Públicas”.

Aún es muy pronto para decir que las estadísticas han tenido un impacto en las decisiones, todavía falta realizar más análisis de la información.

Los resultados se han presentado en los eventos internacionales siguientes:

1. Taller de Armonización de Cuentas de Salud y Protección Social – Sistema de Cuentas Nacionales, para países del MERCOSUR y Chile, noviembre 2005, Montevideo, Uruguay.
2. Taller Subregional de Capacitación en Elaboración de Estadísticas Económicas del Sector Salud, junio 2007, CEPAL, Santiago, Chile.
3. Segundo Taller de Cuentas Satélites de Salud en la Región de las Américas: Avances y uso de indicadores en el diseño y evaluación de políticas públicas de salud, julio 2007, Santo Domingo, República Dominicana.

4. Seminario Latinoamericano de Cuentas Nacionales, octubre 2007, CEPAL, Santiago, Chile.
5. Seminario Internacional “Cuenta Satélite de Salud de Chile: Aplicaciones a la Gestión de Políticas Públicas”, diciembre 2007, Santiago, Chile.
6. Tercer Congreso de Economía de la Salud, octubre 2008, La Habana, Cuba.
7. Taller de Cuentas de Salud, noviembre 2008, Quito, Ecuador
8. Seminario Internacional sobre Cuentas Nacionales de Salud, abril 2008, Santo Domingo, República Dominicana.

Chile no ha discutido la metodología y/o los resultados o con otros países de la Red de ALC aunque la red ha ayudado en el proceso de comprensión de la metodología de producción de las CNS. Ha participado en las reuniones de la Red, en teleconferencias o ha recibido boletines de noticias, correos electrónicos. Los resultados se han diseminado a través de los seminarios que se han realizado, sin embargo falta realizar una publicación con los principales resultados de los países miembros.

c) INSTITUCIONALIZACION

En relación a la legislación en la década 2000-2010 en los Objetivos Sanitarios se establece el financiamiento y Gasto en Salud y en 2005 se dictó una resolución que crea el Comité de Trabajo del Sistema de Cuentas de Salud formada por el Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud (FONASA), Superintendencia de Salud (SIS), Banco Central de Chile, Dirección de Presupuestos (DIPRES), Instituto Nacional de Estadísticas (INE), OPS-Chile y CEPAL.

El recurso humano que hace las cuentas de salud está presupuestado en la entidad.

La metodología utilizada es Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN 93) y el Manual de Cuenta Satélite de Salud, OPS, 2005.

Sugerencias: En general la función de la Red debe enfocarse en la realización de seminarios para la difusión de los resultados y el uso de las estadísticas para la evaluación e impacto de las políticas públicas de salud. Otro aspecto importante es liderar la publicación de resultados o estudios de análisis con la información disponible.

d) OPINION SOBRE EL ROL DE LA REDACS

A fin de que las redes regionales contribuyan al proceso de institucionalización de las cuentas de salud es muy importante mantener la comunicación entre los países de la región y conocer que es lo que están desarrollando. La REDACS todavía no ha jugado el rol de sensibilizar a los tomadores de decisiones. La REDACS en ciertos aspectos ha sido usada para deliberar sobre las fortalezas y debilidades del actual proceso de recolección de información y de los sistemas de información.

En cuanto al rol de la REDACS en la estandarización de las estimaciones, mejoramiento de la calidad o uso de las tecnologías de información, ha sido más bien un punto de encuentro con otros países de la región quienes están liderando la producción de estadísticas económicas sobre la base de diversas metodologías, con lo cual es posible comprender las diferencias y los aspectos de concordancia. La REDACS puede ser un almacén de conocimiento de las mejores prácticas globales sobre las CNS y se podría compartir a través de seminarios internacionales, publicaciones, teleconferencias, es decir, lo que ya han estado haciendo.

Respuestas al Cuestionario de Línea de Base relacionadas con institucionalización – Chile

En Chile la preparación de estos estudios de cuentas de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud, así como las firmas de consultoría: CT- SCS (Banco Central de Chile, CEPAL, OPS, NE, FONASA, SIS, DIPRES).

Las primeras cuentas de gasto y financiamiento en salud que compilan las estimaciones para 2003 – 2007 fueron publicadas en 2009 usando la metodología de Cuentas Satélite en Salud (SCS) – (No es necesario confirmar y revisar este ítem para el reporte final). El Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN 1993) y el Manual de Cuentas Satélite de Salud, OMS, 2005, fueron consultados.

La preparación de cuentas nacionales responde al mandato de los Objetivos en Salud para el período 2000 – 2010, el cual establece el desarrollo de un Sistema de Cuentas de Salud. En 2005 una resolución fue emitida para establecer un Comité de Trabajo para el Sistema de Cuentas de Salud, compuesto por varios departamentos del Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Superintendencia de Salud (SIS), el Banco Central de Chile, la Dirección de Presupuestos (DIPRES), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la OPS-Chile y la CEPAL.

Este Sistema de Cuentas de Salud del Comité de Trabajo sirve para apoyar el trabajo del Ministerio de Salud en cuestiones metodológicas y de opinión y ha concedido solidez del proyecto institucional y el apoyo de una serie de instituciones en el sector.

Por lo tanto, se podría decir que la preparación de las cuentas nacionales de salud en Chile está en el proceso de institucionalización. Así como la creación de la Comisión de Trabajo, en 2006, se creó un análisis sectorial y de Cuentas de Salud. Ellos tienen fondos presupuestados para las cuentas de salud. Los recursos humanos que trabajan en las cuentas son totalmente presupuestados por el Ministerio de Salud, y trabajan a tiempo completo en la producción de las cuentas nacionales y han recibido capacitación. Se han contratado los servicios de un consultor especializado.

En la actualidad, el país se ha convertido en un miembro de la OCDE, y esto ha supuesto la puesta en marcha de un proceso de capacitación para la preparación de las cuentas de salud utilizando la metodología de SHA, que es obligatorio para estos fines. En este sentido, Chile tiene un papel activo en la REDACS y en el proceso de revisión metodológica SHA.

Las publicaciones hechas son las siguientes:

- Cuenta Satélite de Salud, Gobierno General – Salud y Función de Subsistema, ISAPRE, 2003 – 2007. Primera etapa.

4. URUGUAY

Consultor: Daniel Arán

Respuestas al cuestionario de institucionalización

a) CONTEXTO

El proceso de elaboración de las Cuentas Nacionales en Uruguay tiene dos etapas: Primero se realizaron estudios de gasto en Salud y segundo en 1996 se inició el proceso de Cuentas Nacionales dentro del

Proyecto de Fortalecimiento del Sector Salud (FISS), coordinado por Daniel Aran. Las personas e instituciones que estuvieron involucradas fueron:

- PNUD
- Proyecto FISS (MSP Banco Mundial), Daniel Aran
- Dirección de Economía de la Salud

Uruguay no fue parte de la primera red de ALC ni el proceso estuvo inspirado por la red. Daniel Aran, participó en las actividades de la red en 2008 y 2009. Durante los últimos 15 años en relación a las CNS ha sucedido lo siguiente:

- En 1982 MSP – PNUD se realizó estimación del Gasto.
- En 1994 y 1995 Proyecto FISS (MSP - Banco Mundial) se realizó estimación del Gasto
- En 1997,1998,1999 y 2000 Proyecto FISS (MSP - Banco Mundial) se realizó Cuentas Nacionales según SHA.
- En 2004 a 2008 MSP (Dirección de Economía de la Salud) se realizó Cuentas Nacionales según SHA.

En la actualidad la Dirección de Economía de la Salud del MSP está a cargo de la producción de las CNS.

b) RESULTADOS Y DISEMINACION DE LAS CNS

En relación a si el país produce estadísticas de las CNS de manera regular existe un trabajo sistemático desde 2006 y se plantea la institucionalización del tema a través de la creación de un comité de cuentas nacionales coordinado por el MSP y con referentes tanto de los Prestadores de Servicios como de Agentes de Financiamiento Públicos.

La metodología que se utiliza en la actualidad es la SHA. Las tablas que se producen regularmente son las de Agentes de Financiamiento/Proveedores; Fuentes de Financiamiento/Agentes de Financiamiento; Costo factores. Los años que han sido reportados periódicamente son 1997,1998, 1999, 2000 y la serie 2005-08 (informe preliminar) y los procesos que se han iniciado son los del 1997-1998; 1999-2000; 2004; versión preliminar 2005-08. Hasta el momento, los resultados que han sido publicados son los del 2004 y la versión preliminar 2005-08. Uruguay no ha organizado seminarios para difundir los resultados.

Los resultados han tenido alguna influencia en la toma de decisiones políticas ya que Uruguay está en un proceso de reforma del financiamiento del sistema de Salud. En 2004 permitió comprender la realidad y año tras año se está siguiendo su evolución.

Los resultados han sido presentados en el Congreso de AES Uruguay (versión preliminar 2005-08). No se ha discutido la metodología y/o los resultados con otros países de la Red. En el proceso de comprensión de la metodología de producción de las CNS Uruguay no ha participado como ministerio de instancias de intercambio con la Red ni ha participado en las reuniones aunque ha participado en tele conferencias y ha recibido boletines de noticias, correos electrónicos.

En Uruguay la red no ha ayudado a diseminar los resultados y esto se podría mejorar en dos aspectos:

1. Recién en esta reunión el MSP se integrará a la RED
2. La Red debería tener un mayor peso en los foros internacionales y a nivel de autoridades, difundiendo los trabajos y sensibilizando en las ventajas del uso de las Cuentas. En mi experiencia con Cuentas de SIDA (NASA) por sus siglas en ingles, originalmente éramos un

proyecto de FUNSALUD. La clave del éxito fue una activa participación en todos los foros latinoamericanos relacionados con el SIDA mostrando resultados y ventajas, además de participación en las reuniones con autoridades de la región con el objetivo de involucrarlos en su uso. Este proceso se inició en 1998 y hoy es una de las herramientas más utilizadas en el diseño de políticas públicas en los 5 continentes, claro que tiene el apoyo de la OMS a través de la secretaria de ONUSIDA.

c) INSTITUCIONALIZACION

Uruguay no existen avances en los aspectos institucionales señalados en el cuestionario.

d) OPINION SOBRE EL ROL DE LA REDACS

En el proceso de institucionalización de las cuentas de salud las redes pueden ayudar en la difusión del uso de las herramientas y de los resultados alcanzados. En Uruguay la red no ha jugado un rol en sensibilizar a los tomadores de decisiones ni ha sido usada para deliberar sobre las fortalezas y debilidades del actual proceso de recolección de información y de los sistemas de información.

La REDACS puede ser un almacén de conocimiento de las mejores prácticas globales sobre las CNS y esto podría compartirse mejor entre los países teniendo una activa participación en diferentes espacios y mostrando resultados y ventajas, además de la participación en las reuniones con autoridades de la región con el objetivo de involucrarlos en su uso.

Respuestas al Cuestionario Línea de Base relacionadas con institucionalización - Uruguay

En Uruguay la preparación de estudios de cuentas de salud es responsabilidad de la División de Economía de la Salud en el Ministerio de Salud Pública.

Las cuentas nacionales de salud fueron publicadas en 2006. El proceso de institucionalización de las cuentas de salud está en fase inicial. Su preparación en 1998, 1999, 2000 y 2004 fue conducida con la participación de consultores externos.

Las publicaciones hechas son las siguientes:

- Cuentas Nacionales de Salud 2004.

5. BOLIVIA

Consultor: Werner Valdez, Ministerio de Salud, Bolivia

CONTEXTO

En Bolivia los estudios sobre financiamiento y gasto en salud comenzaron a realizarse a mediados de los noventa. Estos estudios fueron insumos importantes para el diseño, supervisión y evaluación de políticas públicas y procedimientos asociados con las reformas en el sector salud.

Si bien se ha tenido un avance importante en las cuentas de salud, aún queda pendiente la consolidación de un equipo permanente que realice el seguimiento oportuno y periódico al gasto y financiamiento de salud en el país.

Un reto clave es llevar a cabo la implementación del plan de institucionalización, el cual debe involucrar a los actores relacionados al Sistema de Salud. Esto se debe hacer con la premisa de conformar los

Comités Interinstitucionales de cuentas nacionales de salud, tanto en los niveles nacional, departamental y municipal, como en los sectores públicos y privados.

El primer estudio fue realizado en la Unidad de Reforma de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, gracias a la donación de USAID, a través de un subcontrato con el Presidente y Miembros del Harvard College. Se contó con el apoyo de la OPS/OMS, Contaduría General del Estado, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo e Instituto Nacional de Estadísticas.

El segundo estudio fue realizado en el Ministerio de Salud y Deportes con el apoyo financiero del Proyecto Británico de Apoyo a la Reforma de Salud (ABRIR SALUD) del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID) y el Proyecto Reforma del Sector Salud del Banco Mundial. Se contó con el apoyo de la Contaduría General del Estado, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Instituto Nacional de Estadísticas y OPS/OMS.

El tercer estudio que se encuentra en revisión fue realizado por el Ministerio de Salud y Deportes a través de la Dirección General de Planificación y la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, el cual fue financiado con recursos de donación de Canadá.

Bolivia fue parte de la primera red conjuntamente con República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú. Con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Partnerships for Health Reform y la Organización Panamericana de la Salud se supervisó la puesta en marcha de la iniciativa y se prestó asistencia técnica a los equipos de países que se encontraban elaborando las estimaciones de las CNS. En las actividades participaron Marina Cárdenas, Adhemar Esquivel y Werner Valdés.

La fortaleza de la primera red fue la iniciativa y motivación de realizar los estudios de CNS en los países miembros de la red y la debilidad fue que en varios de ellos, como Bolivia, no hubo continuidad en el proceso de recolección, sistematización y procesamiento permanente de las CNS.

A continuación se describirán los estudios, financiadores y las diferentes acciones que se realizaron en el ámbito de las Cuentas Nacionales de Salud.

En el año 1996 se elaboró el gasto nacional y financiamiento del sector salud a través de la Organización Mundial de la Salud.

En el año 1997 se inició la cuantificación del Gasto Nacional de Salud en base a la metodología contable denominada “Harvard”, básicamente toma como fuentes de información los registros contables de las instituciones del sector público, sector privado y para el gasto de hogares utiliza las encuestas de hogares. La primera publicación denominada “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud” fue presentada el año 2000, y el mismo contenía una serie del gasto para el período 1995-1998.

En el año 2001, con el financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud se elaboró el estudio de factibilidad sobre la aplicación de la metodología OECD para el sector público de Bolivia, cuyo resultado fue negativo, debido principalmente a la estructura agregada del registro contable del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

En el año 2004 se publicó el segundo documento de “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud” que contenía una serie del gasto para el período 1999-2002. El equipo de trabajo estuvo financiado por el Proyecto Reforma del Sector Salud (Banco Mundial) y Abrir Salud (DFID).

Entre los años 2004-2006 se realizaron esfuerzos institucionales para motivar la realización de estudios de Cuentas de Salud en los Departamentos del país. Esta iniciativa encontró acogida en los departamentos de La Paz, Oruro, Tarija y Potosí, cuyos estudios fueron financiados por el Proyecto Reforma del Sector Salud, Abrir Salud y Prohisaba (UE) respectivamente.

Desde el año 2006, la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) viene participando en el desarrollo y revisión de los estudios de Cuentas de Salud (Departamental y Nacional). Asimismo, ha venido promoviendo junto al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y la Organización Panamericana de la Salud la conformación del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud.

La institucionalización es un proceso que consiste en llevar a cabo estudios de Cuentas en Salud de manera regular y permanente utilizando información oportuna de las instituciones involucradas al Sistema de Salud. Por tal motivo a partir del año 2009 el MSD y UDAPE han venido trabajando conjuntamente en la elaboración de un Plan de Institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud.

Actualmente se pretende que el Ministerio de Salud y Deportes a través de la Dirección General de Planificación se haga cargo de las CNS.

RESULTADOS Y DISEMINACION DE LAS CNS

La producción de CNS en Bolivia todavía se realiza esporádicamente y para desarrollarlo se utilizó consultores especialistas en el tema, es importante mencionar que hasta el momento se realizaron dos estudios que fueron publicados y que actualmente se encuentra en revisión el último estudio.

Los dos primeros estudios se basaron en la metodología Harvard, y el último estudio de Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia se enmarca en los conceptos y lineamientos de la “Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud, con aplicaciones especiales para países de ingreso medio y bajo” y algunos elementos y clasificaciones del “Sistema de Cuentas de Salud” de la OECD.

En el último estudio que se encuentra en revisión pueden obtenerse las siguientes tablas:

- (HC x HP). Función de salud por proveedor de servicio.
 - (HC x HF). Función de salud por agente financiero.
 - (HP x HF). Proveedor de servicios por agente financiero.
 - (HF x FS). Agente financiero por fuente de financiamiento.
 - (RC x HP). Costo del Recurso por proveedor de servicio.
 - (OG x HF). Objeto de gasto por agente financiero. (*)
 - (DP x HF). Departamento por agente financiero. (*)
-
- El primer estudio publicado el 2000 abarcaba la serie 1995 – 1998.
 - El segundo estudio publicado el 2004 abarcaba la serie 1999 – 2002.
 - El tercer estudio que se encuentra en revisión abarca la serie 2003 – 2007.
-
- La primera publicación denominada “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud” fue presentada el año 2000.
 - En el año 2004 se publicó el segundo documento de “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud”.
 - En el año 2009 se realizó el estudio denominado “Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia”. (Actualmente se encuentra en revisión)

Los dos primeros estudios fueron publicados, el último se encuentra en proceso de revisión y que posteriormente será publicado.

Bolivia no ha organizado seminarios, para difundir los dos primeros estudios se realizaron presentaciones generales.

En Bolivia los estudios sobre financiamiento y gasto en salud fueron insumos importantes para el diseño, supervisión y evaluación de políticas públicas y procedimientos asociados con las reformas en el sector salud.

Bolivia ha presentado los resultados en eventos internacionales, ha discutido la metodología y los resultados con otros países de la Red y esta ha ayudado en el proceso de comprensión de la metodología. También ha participado en las reuniones, en las tele conferencias, ha recibido boletines de noticias y correos electrónicos.

Bolivia cree que la Red ha ayudado a diseminar los resultados y piensa que esto podría mejorar apoyando a los países donde todavía no existe la institucionalización de las CNS, a través de talleres y seminarios en esos países.

INSTITUCIONALIZACION

En Bolivia no se dio la posibilidad de fortalecer la legislación y el apoyo a mecanismos de coordinación en los países. En cuanto a los recursos hubo apoyo de la red en el inicio pero actualmente no. En cuanto a la recolección de información y métodos de estimación, se utiliza toda la información disponible. No hubo asistencia de la REDACS. En relación a la gestión de información para generar tablas de CNS, en el último estudio se utilizó en la fase inicial de estimación el STATA y no hubo asistencia de la REDACS. En la definición y mejorando productos de información se mejoró la información, lo cual permite mayor desagregación. No hubo asistencia de la REDACS. Mejorando la calidad de la información recolectada y producida. A diferencia de 15 años atrás la calidad de información ha mejorado, pero aún falta institucionalizar las CNS en las instituciones públicas y privadas. No hubo asistencia de la REDACS. Mejorando la diseminación de la información y el uso de políticas. Cuando se realizaron los primeros estudios solamente lo presentaron y no se diseminó la información y por ende las CNS. No hubo asistencia de la REDACS.

OPINION SOBRE EL ROL DE LA REDACS

Bolivia piensa que las redes en el proceso de institucionalización son un mecanismo importante que puede incentivar a los países que no han llevado a cabo el proceso de institucionalización sus CNS. Es importante que se retome la sensibilización de las CNS a la Dirección General para la toma de decisiones.

En cuanto al rol de la red en la estandarización de las estimaciones, se realizaron talleres y seminarios internacionales en los que se pudo observar estimaciones y construcciones de las CNS de los países miembros de la red de ALC. La red puede ser un almacén de conocimiento de las mejores prácticas globales sobre las CNS y esto se podría compartir mejor a través del intercambio constante de conocimientos de los miembros de la red de ALC.

En Bolivia, la preparación de estos estudios ha sido responsabilidad de la Unidad de Reforma de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, así como de la Unidad Social, Económica y Política que forma parte del Ministerio de Planificación para el Desarrollo.

No hay una unidad que reciba financiamiento del presupuesto nacional, pero las cuentas han sido financiadas por fondos externos (créditos y donaciones). Instituciones como la Universidad de Harvard, Asociaciones para la Reforma de Salud, OMS/OPS y el Apoyo Británico para la Reforma de Salud, han auspiciado de la preparación de cuentas nacionales de salud.

En un principio, las cuentas nacionales de salud se elaboraban usando la metodología Harvard, mientras que las últimas estimaciones se han hecho con la metodología OCDE.

At first, the national health accounts were prepared using the Harvard Methodology, while the latest estimates have been made using the OECD Methodology.

Las cuentas nacionales de salud de gasto y financiamiento, que compilan las estimaciones para el período 1995 – 1998, fueron publicadas por primera vez en el año 2000, así como en 2004, ambas usando la metodología Harvard. Las cuentas de salud para 2003 – 2006 fueron estimadas usando la metodología OCDE.

Se ha contratado un equipo para la elaborar las CNS, aunque no exclusivamente, y han tenido participación en talleres de formación.

No existen instrucciones, guías metodológicas o manuales de procedimientos para la preparación de las CNS, aunque se consultan las guías de Sistemas Cuentas Nacionales de 1993 (SCN 93), la Guía del Productor de Cuentas de Salud y la Guía del Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

La matriz y base de datos de las estimaciones se ha utilizado en la toma de decisiones para fines de política, por ejemplo, el seguro público y para programas nacionales de salud.

Se han hecho las siguientes publicaciones:

1. Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud
2. Cuentas de Salud (Referencias pendientes).

6. EL SALVADOR

En El Salvador, el Ministerio de Salud es responsable de preparar los estudios de cuentas de salud, aunque no existe una unidad específica en la estructura del ministerio. Por otro lado, la proveniencia del financiamiento de estos estudios ha sido de fuentes externas. Otras organizaciones han asumido liderazgo en el tema y contribuido a las diferentes partes de las estimaciones de cuentas de salud, como el Banco Central, DIGESTYC, ISSS y Salud Militar.

La primera publicación de la estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador fue hecha en 1998 con estimaciones para 1996. Vale la pena destacar que desde 1996 fueron publicando las estimaciones hasta el año 2007. Todas las cuentas nacionales de salud han sido elaboradas con la metodología para la consolidación de las cifras contables del sector público y estimaciones del gasto privado.

Las primeras cuentas de salud fueron elaboradas utilizando la metodología Harvard, dentro del marco de la primera Red de Cuentas de Salud en América Latina y el Caribe, como parte del proyecto PHR. Las normas de trabajo y las ayudas se están utilizando actualmente para las estimaciones de Cuentas de Salud en consulta con el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) y la Guía Metodológica del Productor de Cuentas de Salud.

En El Salvador la preparación de las guías nacionales de salud no responden a ningún mandato legal. Parte de los recursos humanos que preparan las cuentas de salud se encuentran dentro del presupuesto y trabajan a tiempo completo en estas tareas, pero no reciben entrenamiento en las metodologías de contabilidad e la salud. Aunque en 2007 y 2008 una consultoría externa tuvo participación enfocándose en los aspectos metodológicos y no estuvo relacionada con las estimaciones.

La preparación de las cuentas nacionales de salud se encuentran en el proceso de institucionalización, y la naturaleza oportuna y continua de estas publicaciones, las cuales no han sido de manera oficial, han sido un factor fortalecedor en el proceso e institucionalización de cuentas de salud

Se han hecho las siguientes publicaciones:

- Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996 (Cuentas Nacionales de Salud)
- Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1997 (Cuentas Nacionales de Salud)
- Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1998 (Cuentas Nacionales de Salud)
- Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1999 (Cuentas Nacionales de Salud)
- Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 2000 (Cuentas Nacionales de Salud)
- Cuentas Nacionales de Salud “Compendio de cifras de financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador 1996 – 2001.
- Cuentas Nacionales de Salud “Compendio de cifras de financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador 1996 – 2007.
- Cuentas Nacionales de Salud “Compendio de cifras de financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador 1996 – 2003.
- Cuentas Nacionales de Salud “Compendio de cifras de financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador 2004 – 2006.
- Cuentas Nacionales de Salud “Compendio de cifras de financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador 2007.

El Salvador ha estado muy envuelto en REDACS y ha tenido participación en todas sus reuniones desde su creación en 2008, así como en las consultas de la OMS para la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

7. COLOMBIA

En Colombia, la preparación de los estudios de cuentas de salud ha sido responsabilidad el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud y Protección Social.

Fondos del Departamento de Planificación Nacional Colombiano estuvieron disponibles para la preparación de las cuentas de salud de Colombia 1993/2003 y fueron utilizados para financiar contratos de consulta entre 1996 y 2003. También hubo fondos donados por el Fondo Japonés y con créditos del BID a través del Ministerio de Salud y Protección Social entre 2003 y 2007.

Actualmente no existe un marco legal para la creación de cuentas de salud, pero hay una Dirección de Cuentas Nacionales y Síntesis Económica, el cual es un grupo funcional compuesto por dos asesores y tres especialistas.

En 2007 las estimaciones del período 1993 – 2003 fueron publicadas con la metodología Harvard.

En Colombia la preparación de las cuentas nacionales se encuentra en el proceso de institucionalización. Parte del equipo que trabaja en las Cuentas Nacionales se encuentra dentro del presupuesto del Ministerio de Salud, trabajando a tiempo completo produciendo cuentas nacionales y recibiendo entrenamiento.

Ellos usan de los estándares de trabajos y ayudas para las estimaciones de cuentas de salud y consultan el Sistema de Cuentas de Salud y la Guía Metodológica del Productor de Cuenta de Salud. También utilizan el Manual del Software de Cuentas Nacionales de Salud 1.01. Este material fue usado como una consulta inicial, pero luego se desarrolló la metodología, llevando a discusiones técnicas por grupos interinstitucionales y expertos, dada la complejidad del sistema colombiano de Seguridad Social.

Se han hecho las siguientes publicaciones:

- Cuentas de Salud en Colombia 1993 – 2003. Gasto Nacional en Salud y Financiamiento.

8. MEXICO

En México la preparación de las cuentas de salud ha sido responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud con recursos presupuestados para esos fines.

La publicación de los boletines de información estadística inició en 2004 con estimaciones del período 2001 – 2007 usando la metodología de registro administrativo.

No existe marco legal establecido para los estudios de cuentas de salud. Aunque los recursos humanos que elaboran las cuentas de salud son costeados con el presupuesto del Ministerio de Salud, solo una parte de ellos trabaja a tiempo completo. En México, la preparación de las CNS está institucionalizada. Se ha recibido soporte técnico del Departamento Nacional de Planificación (En el principio) y del Ministerio de Protección Social (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS) en el desarrollo y consolidación de las cuentas nacionales de salud.

Los estándares de trabajo y las ayudas son utilizadas para las estimaciones, de igual manera se hace la consulta del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) y el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 93).

Se han hecho las siguientes publicaciones:

- Boletín de información estadística 2001
- Boletín de información estadística 2002
- Boletín de información estadística 2003
- Boletín de información estadística 2004
- Boletín de información estadística 2005
- Boletín de información estadística 2006
- Boletín de información estadística 2007
- Cuentas de Salud en México 2001 – 2005
- Resumen Ejecutivo: Gasto en Salud Pública 1999 – 2000.
- Cuentas Nacionales de Salud Reproductiva y Equidad de Género

En México, las primeras cuentas de salud siguieron la metodología Harvard como parte de la primera red de cuentas de la región, con estimaciones correspondientes a 1995. Entonces fueron a elaborarlas en Funsalud, desde entonces pasaron a hacerse en el Ministerio de Salud en 2004.

9. COSTA RICA

En Costa Rica la preparación de las cuentas de salud en un principio era responsabilidad de PROCESOS, una firma de consultoría, el Banco Central y el Ministerio de Salud. La estimación de 1998 fue publicada en 2001 usando la Metodología de Cuentas de Salud (CSS, 2000) basada en la publicación de la OCDE (OCDE, 2000), un Sistema de Cuentas Nacionales de Salud. Las estimaciones subsecuentes fueron auspiciadas por la CEPAL, OPS y las autoridades del estado nacional. La estimación de 2001 se hizo con el auspicio de OPS, Ministerio de Salud, el Fondo de Seguridad Social de Costa Rica, usando el Manual del Sistema de Cuentas de Salud (SCS – OCDE). Una serie de estimaciones para 1991 – 2007 fueron realizadas con el patrocinio del Banco Central de Costa Rica usando el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 1993).

Por el momento no existe mandato legal que establezca la preparación de las cuentas nacionales de salud. Aunque el cuerpo de gobierno del Ministerio de Salud deba usar los resultados de las cuentas de Satélite o Cuentas de Salud, no está dentro de sus funciones. El Banco Central cuenta con recursos humanos entrenados con el Manual de Cuentas Nacionales, pero no están interesados en ninguna cuenta satélite, pero sí en dar soporte al Ministerio de Salud para elaborarlas.

Las estimaciones de 1998 fueron hechas con fondos de fuentes externas, las de 2001 con recursos extraordinarios del gobierno, fuentes externas y trabajo interinstitucional. Las estimaciones de 2003 fueron hechas con recursos de fuentes externas y trabajo interinstitucional. Las estimaciones hechas para 2004 se hicieron con fondos externos.

El personal que elabora las cuentas de salud está presupuestado por el Ministerio de Salud desde 2008.

Actualmente Costa Rica está en la fase de institucionalización para la elaboración de las cuentas de salud. Como parte del proceso de este proceso, ha habido avances en el uso de tecnologías y nuevas herramientas para la compilación de la data.

Los estándares de trabajo y las ayudas son utilizados para la estimación de las cuentas de salud, así como la consulta de las siguientes guías metodológicas: Sistema de Cuentas de Salud (SCS), la Guía Metodológica del Productor de Cuentas de Salud, el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCS 93) y la Guía de Cuentas Satélite (preliminar; no publicado).

Se han hecho las siguientes publicaciones:

- Gasto del Sector Salud en Costa Rica: Acercándonos a las Cuentas Nacionales
- El sector privado en el sistema de salud en Costa Rica.
- Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica, situación actual, tendencias y desafíos 07
- Análisis sectorial de salud. 98
- Cuentas Nacionales de VIH/SIDA – Gasto y Flujo de Financiamiento en VIH/SIDA 1998 – 2002.
- Estimación del gasto en atención primaria en Costa Rica.
- Cifras de Cuentas Nacionales.

10. REPUBLICA DOMINICANA

Consultora: Magdalena Rathe

El Ministerio de Salud de la República Dominicana posee una Unidad de Cuentas de Salud, la cual está a cargo de producir las cuentas nacionales de salud. Esta unidad fue establecida en el 2003 y se encuentra bajo la Subsecretaría de Planificación. Existe un mandato legal para la producción de cuentas de salud y la unidad recibe financiamiento del presupuesto del gobierno central.

También existe un comité interinstitucional de cuentas de salud, formado en 2005, el cual se compone de las principales instituciones productoras de datos que contribuyen a las cuentas de salud para el sector público, así como del sector privado. Cada uno de los miembros del comité es responsable de producir cifras de su institución y de revisar y analizar los resultados. El comité mantiene reuniones mensuales.

Hasta el año 2004, las cuentas de salud en República Dominicana fueron preparadas por proyectos de investigación específicos y fueron usualmente financiados por organizaciones internacionales. EL primer ejercicio fue conducido para 1996 con la primera red nacional de cuentas de salud, como parte del proyecto PHR con fondos de USAID y OPS, en coordinación con Funsalud de México. En esta ocasión la República Dominicana – de la misma forma que los demás países de la primera red – empezó a aplicar la metodología Harvard, la cual se uso para producir las cuentas de 1996.

Las estimaciones del año 2002 fueron hechas en 2004, usando la metodología de la Guía del Productor de Cuentas de Salud con Aplicaciones Especiales para países de Bajo y Mediano Ingreso, usando la clasificación del SCS³⁵. Desde entonces, los demás estudios se han hecho utilizando esa metodología. La Unidad del Ministerio de Salud ha hecho estimaciones desde el año 2003 al 2008 y actualmente trabaja en el año 2009. Realiza publicaciones de boletines anuales con indicadores, en su mayoría para el sector público. Un reporte completo con matrices y análisis de la información no ha sido producido. La data ha sido utilizada en documentos del Ministerio tales como el Plan Estratégico 2006 – 2015 y en documentos oficiales del Ministerio de Economía. En este sentido, se podría decir que le país ha avanzado en el proceso de institucionalización.

Se han hecho las siguientes publicaciones:

- Cuentas Nacionales de Salud e Indicadores Económicos del Sector Público (Boletines). SESPAs, del 2003 al 2008.
- Rathe, Magdalena. Cuentas Nacionales de Salud en República Dominicana, 2002. CERSS/SESPAS/BID. Santo Domingo, 2005.
- Rathe, Magdalena. Salud y equidad: Una evaluación del financiamiento público en República Dominicana, Macro International / PHRplus, Santo Domingo, 2000.
- Rathe, Magdalena, Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud para República Dominicana – 1996, PAHO, Santo Domingo, 1998.

La República Dominicana organizó la primera reunión de la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS) en Bayahíbe, República Dominicana, en Mayo 2008. En 2009, el país participó activamente en la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) en el marco del Observatorio de Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC). A través de Fundación Plenitud, REDACS está siendo coordinada por la República Dominicana y se encuentra organizando la tercera consulta del SCS.

A continuación se presenta un resumen de la situación de los países en diferentes aspectos, la asistencia de la Red y sugerencias para hacer mejor uso de sus fuentes.

³⁵ These two studies – for 1996 and 2002 – were conducted by the author of this work, Magdalena Rathe, Director of the Plenitud Foundation. The consultancy for 2004-2005, yielded as a by-product, as well as the production of the 2002

AREA	SITUACION EN SU PAIS	SUGERENCIAS PARA HACER MEJOR USO DE LAS FUENTES DE REDACS
<p>1. Fortaleciendo el medio ambiente (instituyendo regulación/legislación, apoyo a mecanismos de coordinación en los países, creando demandas políticas)</p>	<p>En sentido general no existe en los países un mandato o norma específica que incluya la realización de estudios de cuentas de salud. Debido al bajo nivel de institucionalización de las cuentas nacionales en salud de los diferentes países, el aspecto regulatorio y legal tuvo pocas posibilidades de fortalecerse. En este sentido, en pocos países existe un mandato legal que sustente la elaboración de las cuentas en salud.</p> <p>Aunque algunos países cuentan con organismos especializados y legislación, sin embargo el nivel de institucionalización sigue siendo muy bajo. Los mandatos legales no se traducen por el momento en acciones concretas que impulsen la elaboración de CNS.</p> <p>En otros países el mandato legal lo impulsa el Proyecto Reforma del Sector Salud.</p> <p>También en los objetivos de salud se señala el desarrollo de un sistema de cuentas de salud y a través de resoluciones se han creado comités de trabajo del sistema de cuentas de salud. En pocos países se cuenta con una unidad dentro del Ministerio de salud con financiamiento incluido dentro del presupuesto nacional y un comité interinstitucional que trabaja para tales fines, como es el caso de República Dominicana. La academia juega un papel importante dentro del análisis de las cuentas de salud.</p> <p>En algunos casos, el Ministerio de Salud como ente rector del sector utiliza los resultados de las cuentas satélites o de la cuenta de salud, pero no está dentro de sus funciones realizar estimaciones.</p> <p>Se plantea que existe una presión muy fuerte hacia los países andinos por hacer cuentas satélites de parte de OPS/OMS que se ha trasladado al ORAS-CAN.</p>	<p>Las sugerencias en este aspecto se enfocan en realizar una actividad para discutir el tema de la legislación y el apoyo a mecanismos de coordinación entre los diferentes países ya que las CCNNS son el único instrumento global para medir avances de política sectorial (rectoría en salud). Por otro lado se sugiere formalizar acuerdos de cooperación técnica con equipos de trabajo del país.</p> <p>Asimismo plantean la difusión del uso de las herramientas y de los resultados alcanzados y el uso de las estadísticas para la evaluación e impacto de las políticas públicas de salud.</p> <p>Algunos países plantean que la estructura del sistema de salud y la debilidad de la función de rectoría de los Ministerios hacen necesario la promoción de la participación de las autoridades provinciales y una red de instituciones académicas para fortalecer la producción y uso de las cuentas en la gestión de políticas y servicios de salud.</p> <p>Se sugiere reforzar actividades de la REDACS en dos sentidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formalización de Convenios Marco: La REDACS podría ser una estrategia clave para vincular a los hacedores de política (Ministerio de Salud, Ministerio de Economía, Ministerios de Salud de las Provincias, Secretarías de salud municipales) –otros potenciales usuarios de las cuentas- y a instituciones académicas de formación y o de investigación (universidades, y organizaciones de investigación en salud) que puedan avanzar en la producción y o utilización de los resultados de las cuentas. 2. Actividades de sensibilización y capacitación (talleres, jornadas, material impreso): convocando a todos los actores involucrados en el suministro y utilización de la información, con el fin de difundir los objetivos, metodologías, resultados y utilidad del sistema propuesto para lograr la adhesión de todos los actores y sectores.
<p>2. Recursos (físicos, financieros y humanos)</p>	<p>Este aspecto ha avanzado poco ya que los países no han contado con recursos humanos y financieros específicamente para las cuentas nacionales en salud a largo plazo. En relación a la demanda existente, los recursos han sido muy limitados. En algún momento hubo apoyo de la Red pero en la actualidad no existe tal apoyo.</p> <p>Los sistemas de información se han desarrollado de manera importante en los últimos años en la perspectiva del control de contraloría (SIAF; SIGA planillas,</p>	<p>Financiar investigaciones específicas o actualizaciones de dos o tres años.</p> <p>Promover acciones orientadas a capacitación técnica del RRHH: Si bien los países cuentan con profesionales con conocimientos y experiencia en materia de la metodología de Cuentas Nacionales, la especificidad de las Cuentas de Salud, acorde con la particular organización del sector, amerita desarrollar un proceso de capacitación dirigido profesionales de los organismos públicos y de instituciones académicas.</p> <p>Continuar con actividades de intercambio de experiencias entre países miembro de la REDACS:</p>

	SIGA patrimonio).	conocer las experiencias exitosas y las dificultades de los otros países miembros ayuda a reconocer fortalezas y elaborar estrategias para superar obstáculos.
3.Recolección de información y métodos de estimación	En sentido general se señala que si bien existe actualmente mayor disposición de información, la misma no está diseñada en la lógica de cuentas de salud, por lo que los procesos de recolección y sistematización se realizan al momento de actualizar las CCNNS. En sentido general no hubo asistencia de la REDACS en este aspecto.	Enfocarse más en el grado de confiabilidad de la información y de las necesidades del país, más que en una sofisticación teórica.
4.Gestión de información para generar tablas de CNS (como el uso de modernas tecnologías de gestión	En sentido general se ha avanzado poco en este aspecto y no ha habido asistencia de la Red. En la actualidad no se tiene sistematizada la información para el llenado de las tablas. Sin embargo en un estudio realizado se utilizó en la fase inicial de estimación el STATA.	No hay sugerencias en este aspecto pero si se estableció que es un punto a discutir
5.Definiendo y mejorando productos de información	En sentido general se mejoró la información, lo cual ha permitido mayor desagregación y los sistemas de información han desarrollado la perspectiva del control de contraloría (SIAF; SIGA planillas, SIGA patrimonio). Algunos países plantean que no hubo asistencia de la REDACS y en otros casos la información sobre el sistema de salud se encuentra muy fragmentada y es sumamente heterogénea.	Los instrumentos deben estar en función de las políticas públicas.
6.Mejorando la calidad de la información recolectada y producida	En sentido general los países plantean que la calidad, a diferencia de 15 años atrás, ha mejorado y en algunos casos la calidad de la información es un tema que se está trabajando desde el Ministerio de Economía y Finanzas y se está condicionando la transferencia de recursos al cumplimiento de estándares de calidad en la información. Sin embargo aún falta institucionalizar las CNS en las instituciones públicas y privadas.	No hubo sugerencias en este aspecto
7.Mejorando la disseminación de la información y el uso de políticas	En sentido general se ha avanzado en la disseminación ya que en los países las últimas actualizaciones han sido publicadas en libros, presentadas en eventos nacionales e internacionales, colgadas en páginas Web del Ministerio de Salud, de la OPS y otras instituciones.	Crear vínculos más orgánicos con las instituciones de investigación, capacitación, Ministerios de Salud y otros tomadores de decisión. Publicar principales resultados de los países miembros, dirigidos a diferentes usuarios potenciales Difusión del uso de las herramientas y de los resultados alcanzados Continuar con las actividades de intercambio de experiencias La difusión de resultados a través de medios electrónicos y material impreso podría reforzar la difusión de resultados y las experiencias de los miembros de la REDACS.

		<p>Promover la utilización de las cuentas en los programas académicos de los países de la Región a través de acuerdos de colaboración con la REDACS.</p> <p>La Red debería tener un mayor peso en los foros internacionales y a nivel de autoridades, difundiendo los trabajos y sensibilizando en las ventajas del uso de las Cuentas.</p> <p>La participación en eventos internacionales es también un elemento importante para este objetivo.</p>
--	--	--

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION