

**DOCUMENTOS DE TRABAJO
PROYECTO CONJUNTO
INDES – COMUNIDAD EUROPEA**

**Cuentas Nacionales de
Salud en América Latina y
el Caribe**

**Concepto, Resultados y Política
de Empleo**

Alessandro Magnoli



Departamento de Integración y Programas Regionales
Instituto Interamericano para el Desarrollo Social



BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
Septiembre 2001. Serie de Documentos de Trabajo I-17UE/Es

**PROYECTO CONJUNTO
INDES – COMUNIDAD EUROPEA
DOCUMENTO DE TRABAJO**

**CUENTAS NACIONALES DE SALUD EN
AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

CONCEPTO, RESULTADOS Y POLITICA DE EMPLEO

Alessandro Magnoli

**Series Documentos de Trabajo I-17UE/Es
Washington, D.C.
Septiembre 2001**

CUENTAS NACIONALES DE SALUD

EN

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Concepto, resultados y política de empleo

Alessandro Magnoli¹

Universidad de Harvard

BID/INDES - Programa Conjunto INDES/EU

Original en inglés

Septiembre 2001

Las opiniones expresadas en este documento pertenecen únicamente al autor y no a las instituciones afiliadas. El autor asume plena responsabilidad por cualquier error o inexactitud. Este es un cuaderno de trabajo y el autor recibiría cordialmente todos los comentarios al texto.

Dirección de correo electrónico: Alessandro Magnoli: amagnoli@hsph.harvard.edu

¹ Investigador Asociado, Departamento de Población y Salud Internacional, Facultad de Salud Pública, Universidad de Harvard, Boston, MA, EE. UU.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Las CNS en América Latina y el Caribe	6
¿Qué son las CNS?	7
<i>Las fronteras del sector salud</i>	<i>11</i>
<i>Comparando tipos de datos</i>	<i>13</i>
<i>El flujo de fondos</i>	<i>14</i>
<i>Perspectiva histórica y situación actual</i>	<i>15</i>
Resultados de estudios de las RCSLAC	18
Aplicaciones de política y utilidad en la reforma de salud	23
Análisis de la situación existente.....	24
<i>Análisis de eficiencia</i>	<i>28</i>
<i>Análisis de equidad</i>	<i>33</i>
Identificación y análisis de los grupos de interés	35
<i>El papel del sector privado en el financiamiento del cuidado de la salud</i>	<i>35</i>
Modelando el cambio	37
Seguimiento y evaluación	38
Problemas para realizar y utilizar las CNS.....	39
Problemas metodológicos	39
Comprensión por parte de quienes diseñan las políticas	43
Institucionalización.....	45
Conclusiones.....	46
Glosario	50
Bibliografía	51
Recursos del Internet.....	53

Figuras

Figura 1. Marco analítico de las CNS.....	8
Figura 2. El esquema de CNS simplificado	9
Figura 3. Flujos financieros de fuentes a través de agentes de financiamiento a proveedores.....	15

Tablas

Tabla 1. Guatemala 1998. Fuentes a Agentes de Financiamiento	9
Tabla 2. Guatemala 1998. Agentes de Financiamiento a Proveedores	10
Tabla 3. Guatemala 1998. Agentes de Financiamiento a Funciones	11
Tabla 4. Guatemala 1998. Agentes de Financiamiento a Insumos	11
Tabla 5. Honduras 1998. Fuentes a Agentes de Financiamiento (incluyendo agua).....	12
Tabla 6. Comparación de Estimaciones Recientes del Gasto Total en Salud en la Región LAC	21
Tabla 7. Honduras 1998: Fuentes a Agentes de Financiamiento	26
Tabla 8. Financiamiento Público y Privado para los Tipos Principales de Servicios del Cuidado de la Salud	28
Tabla 9. Flujos de Fondos a los Tipos de Proveedores (% del gasto total)	29
Tabla 10. Honduras 1998. Agentes de Financiamiento a Proveedores	30
Tabla 11. Honduras 1998. Agentes de Financiamiento a Funciones	31
Tabla 12. Asignación de Recursos a Funciones (% del gasto total)	31
Tabla 13. Asignación de Recursos a Insumos Principales (% del gasto total)	32
Tabla 14. Honduras 1998. Agentes de Financiamiento a Insumos	33
Tabla 15. Mezcla Pública-privada: Varios Cálculos (% del gasto total)	36
Tabla 16. Principales Intermediarios de Financiamiento (% del gasto total)	37

RESUMEN

Este trabajo presenta la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS)² y su importancia en el diseño de políticas en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC). Después de presentar el significado el concepto de las CNS y de resaltar algunos de los resultados recientes en los países de LAC, el trabajo se centra en la aplicación de las CNS y su utilidad apoyando la dimensión financiera de las reformas en el sector salud. Finalmente, el documento analizará los problemas y las desventajas que existen en el empleo de este instrumento. Así mismo, el documento tratará de contestar las preguntas siguientes: ¿Qué son las CNS? ¿Cómo se utilizan? ¿Por qué no se utilizan? ¿Cómo podrían y debían ser utilizadas en los países de LAC?

A pesar de las serias desventajas que existen en la aplicación de las CNS (por ejemplo, problemas metodológicos, la falta de comprensión por parte de los directores de políticas, y la falta de institucionalización), el mensaje principal de este documento es normativo: las CNS debían convertirse en el Sistema de Información Gerencial en lo que respecta a las políticas de salud, particularmente cuando el proceso de reforma en el sector salud se encuentra en desarrollo.

² Las siglas en inglés de National Health Accounts (NHA) han sido traducidas al español como Cuentas Nacionales de Salud (CNS) [N. del T.]

LAS CNS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A través de toda América Latina y el Caribe, desde México hasta Tierra del Fuego, una gran mayoría de países ha pasado, está pasando o pasará por una reforma en el sector salud.

La reforma requiere de información. Desde luego, una asunto esencial para efectuar cualquier reforma es la necesidad de conocer lo que se está reformando. Por ende, la respuesta a muchas preguntas debe ser satisfecha mucho antes de que se comience el proceso de reestructuración. He aquí algunas preguntas: ¿Cuánto gasta el país en la salud? ¿Quién paga, a quién, y para qué? ¿Quiénes son los actores principales en el sector salud y, por consiguiente, los grupos de interés principales en el proceso de reforma? ¿Quiénes se benefician del cambio? ¿Cómo se modificará el modelo financiero a través de la reforma?

Preguntas que generan más preguntas. Obligados a meditar sobre estas cuestiones, líderes nacionales cada vez se van dando cuenta de la importancia del componente financiero en los sistemas del cuidado de la salud. Claro que al contestar tales preguntas se crean nuevas perplejidades que, a su vez, crean la necesidad de obtener aun más información. ¿Puede el Estado alcanzar la eficiencia y la equidad en sus objetivos para la salud por medio de sus intervenciones en el financiamiento y la provisión de servicios? ¿O acaso el empuje principal sea la regulación de aquellos mismos aspectos pero en el sector no gubernamental?

Análisis y pronóstico. La influencia del gasto público sobre el sistema de salud se puede medir estudiando no sólo la composición del gasto total, sino también haciendo un análisis más detallado sobre los proveedores y los servicios financiados provistos por intermediarios públicos. Tomando como ejemplo al cuidado preventivo, información sobre el financiamiento de la salud le daría a los diseñadores de políticas no sólo la cantidad total de recursos disponibles para actividades de prevención, sino también cuáles instituciones manejan qué tipo de fondos, y cómo esos fondos son utilizados para alcanzar los objetivos de las políticas. Para juzgar la eficiencia distributiva de los programas preventivos del sector público, un país debe tener una imagen clara de lo que son sus gastos en áreas específicas, tales como la infraestructura, salarios del personal y medicinas. Además, antes de empezar el proceso de reforma, los funcionarios con poder de decisión debían saber el peso relativo del sector público y del privado. Antes de introducir mecanismos de recuperación de costos, quienes diseñan la política debían saber cuál es el porcentaje de la población que asiste a las dependencias de salud pública para poder así pronosticar la recepción futura de pagos en efectivo. De la misma forma, para pronosticar el impacto sobre la salud y el bienestar, debían saber si los gastos en salud de cada hogar están aumentando, de cómo se distribuye la carga entre los quintiles de ingreso, y si los beneficios asignados a cada quintil son conmensurables con sus costos.

Comprensión antes del cambio. Obviamente, un conocimiento profundo de la situación vigente es una condición previa para hacer cualquier cambio. Un panorama claro es necesario para determinar que partes del sistema de salud tienen que ser replanificadas o ajustadas. Esto es precisamente lo que ofrecen las CNS. Los países de LAC deben ser capaces de dar seguimiento a los gastos en el sector salud a través del tiempo, y el papel de las CNS es precisamente de poner a su disposición los datos sobre el financiamiento del sector salud.

¿Qué son las CNS?

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) son un método internacionalmente establecido³ que, en un país y por un período definido de tiempo:

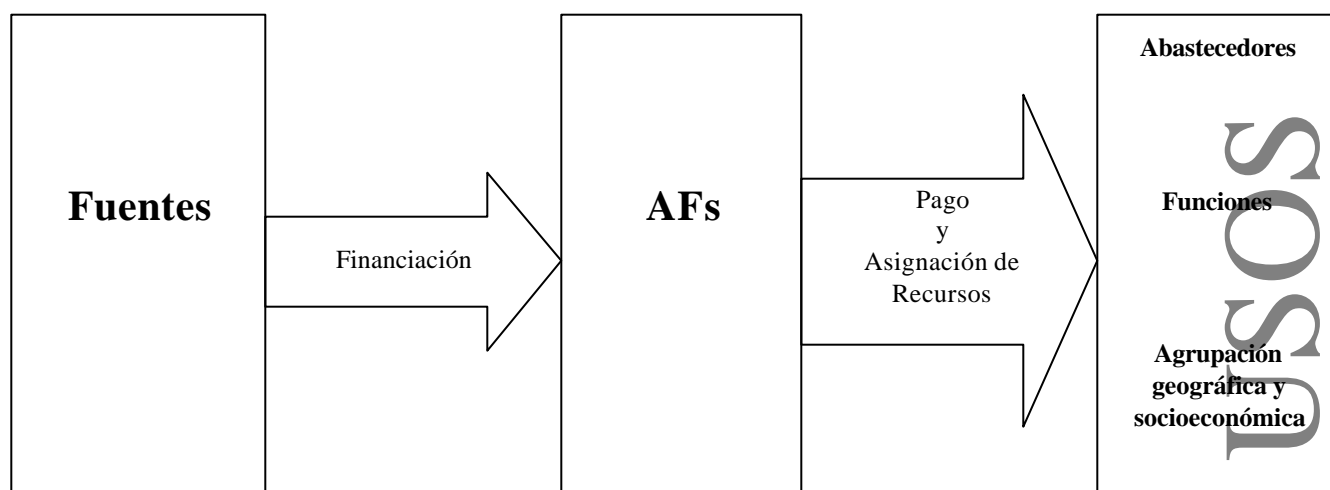
- 1) Proporciona una descripción clara del funcionamiento financiero del sistema de salud;
- 2) Identifica a sus agentes principales (fuentes, intermediarios de financiamiento, y proveedores);
- 3) Señala flujos financieros, de donde provienen y a donde van los fondos, y cómo transitan;
- 4) Desglosa el gasto en salud en renglones totales y componentes principales;
- 5) Detecta el comportamiento de los proveedores y consumidores; y
- 6) Muestra la asignación de recursos.

Cuando se conducen con regularidad, las CNS pueden ser usadas en un país para medir los cambios resultantes de la política de reforma en el financiamiento del sector salud.

Marco analítico. Los gastos en salud pueden ser analizados a través de un marco de flujos financieros (ver la Figura 1, y, más detalladamente, la Figura 2) y luego son presentados en forma matricial, relacionando las fuentes de gastos a los agentes de financiamiento o intermediarios (ver la Tabla 1), y los agentes de financiamiento con varios desgloses en los renglones del gasto (ver, por ejemplo, las Tablas 2 y 4) (Berman, 1997).

³ Ver OECD, 2000; OECD Disponible, 2001; PHR Disponible, 2001; Harvard IHSG Disponible, 2001.

Figura 1. Marco analítico de las CNS



El Método de matrices. El aspecto central del método CNS es el cálculo y la presentación de estimaciones nacionales a través de la matriz de "Fuentes y Usos". Este método permite hacer un análisis desagregado del gasto, y proporciona un entendimiento del flujo de fondos a través del sistema de salud. Cada flujo financiero (representado por una flecha en las Figuras 2 y 3) es cuantificado concretamente por la cifra incluida en cada celda. De una forma integrada, el método sistematiza quién paga, cuánto, y para qué.

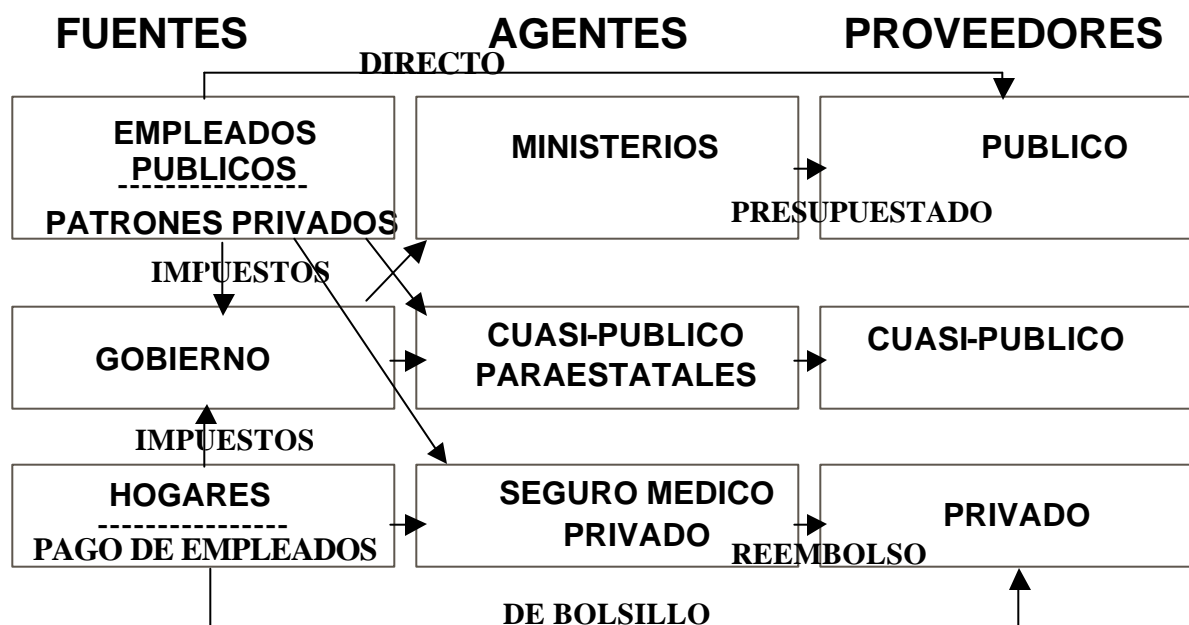
Fuentes. Las fuentes del gasto se desagregan más allá de las categorías generales denominadas "público" y "privado". Las principales son: Gobierno (como el Ministerio de Finanzas (MDF)), Hogares, Donantes, Agencias Públicas, y Empresas Privadas.

Agentes de financiamiento. Las matrices CNS incluyen una categoría intermedia, "Agentes de Financiamiento" que define a las instituciones que tienen un papel como intermediarias, tal como evaluaciones de riesgo y decisiones sobre cobertura⁴. Estos agentes reciben los fondos de las fuentes, y los gastan o asignan a ciertos usos. Los ejemplos principales son: Gobierno (como el Ministerio de Salud (MDS), y otros Ministerios), Seguro Social, Seguros Privados de Salud, Agencias Públicas, Empresas Privadas, Hogares, y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

Usos. Los usos están definidos según clasificaciones mutuamente excluyentes que comprenden: a) proveedores (por ejemplo, hospitales públicos y privados sean o no de lucro, clínicas, proveedores individuales privados, farmacias, medicina tradicional, etc.); b) funciones en el cuidado de la salud (administración, cuidado de la salud curativa y preventiva, equipamiento, etc.); c) insumos (medicinas, salarios, infraestructura, servicios médicos, etc.); y, por último, d) agrupamientos de beneficiarios por área geográfica y grupo socio-económico.

⁴ En el Informe Mundial de la Salud 2000 (WHO, 2000), los agentes de financiamiento se denominan "agentes consolidadores", mientras que en la literatura de economía de la salud corresponden a la función de seguros.

Figura 2. El esquema CNS (simplificado)



El método matricial requiere que los fondos de cada fuente sean asignados a usos específicos. Por ejemplo, todos los gastos incurridos por las dependencias del gobierno deben ser asignados a fuentes específicas a través de los intermediarios de financiamiento. Los totales y subtotales deben tener sentido y ser consistentes. Los ejemplos que se incluyen aquí provienen de Guatemala, CNS 1998 (Gobierno de Guatemala, MDS, 2000).

Tabla 1. Guatemala 1998. Fuentes a agentes de financiamiento

A: Agentes de Financiamiento	De: Fuentes							
	Hogares	Empresas Privadas	MDF	Donantes	Agencias Públicas	MDS	Municipios	Total
Consejos de Desarrollo	755.13		5,774.74				2,203.70	8733.57
Fondo Inversión Social (FIS)	3,253.53			27,348.12				30601.65
Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ)			1,507.34	91,941.13				93448.47
Otras Agencias de Gobierno	1.67		64,609.11					64610.78
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)		1,328,866.76	63,253.23		24,018.99			1416138.98
MDS			921,803.89	27,600.00				949403.89
<i>Público Sub-total</i>	4010.33	1328866.76	1056948.31	146889.3	24018.99		2203.7	2562937.34
ONG's de servicio de salud	24,246.02	11,829.93		20,584.96		8,082.68		64743.59
Hogares	2,490,477.62							2490477.62
Seguro Médico Privado	127,322.00							127322
<i>Sub-total Privado</i>	2,642,045.64	11,829.93		20,584.96		8,082.68		2682543.21
Total	2646055.97	1340696.69	1056948.31	167474.21	24018.99	8082.68	2203.7	5245480.55

Fuente: Gobierno de Guatemala, MDS. PHR HNA Study, 2000. En miles de Quetzales.

La matriz de “Agentes de Financiamiento a Proveedores” muestra el flujo de fondos a hospitales, clínicas, médicos individuales, etc., demostrando como los recursos son asignados a través de los proveedores del cuidado de la salud (ver la Tabla 2).

Advertencia importante. El mismo actor puede jugar papeles duales. En primer lugar, puede ser al mismo tiempo fuente y agente de financiamiento. Por ejemplo, en el caso del Gobierno, el MDF es la fuente mientras que el MDS es el agente de financiamiento. De manera menos intuitiva, éste también es el caso con los hogares, que por lo general juegan los papeles de fuente y a la vez de intermediarios de financiamiento para el cuidado de la salud. En segundo lugar, el mismo actor puede jugar los papeles de agente de financiamiento y de proveedor. Por ejemplo, las ONGs pueden jugar tanto el rol de intermediarios, ofreciendo evaluaciones de riesgo y de cobertura (como agentes de financiamiento), como el de proveedores de servicios. Para resolver este problema en la contabilidad y para aclarar los flujos de fondos, las Tablas 1 y 2 identifican ambos papeles utilizando entradas por separado – es decir, hay dos entradas para el Gobierno (MDF y MDS), y para los hogares [Tabla 1] y las ONGs [Tabla 2].

Tabla 2. Guatemala 1998. Agentes de financiamiento a proveedores

A: Proveedores	De: Agentes de Financiamiento							
	Hogares	Instituto de Seguridad Social	MDS	Fondos Sociales ⁵	Seguro Médico Privado	ONGs de salud	Otras ONGs	Total
MDS			793529.03					
Instituto de Seguridad Social		1090690.14					45572.85	
<i>Sub-total Público</i>		1,090,690.14	793,592.03				45,572.85	1,929,855.02
Clínicas Privadas	785528.43				92940			
E.M.Q Privado	97870							
Farmacias	1521533.81	325448.84	100426.81			35775.53		
Empresas Privadas				132783.7		28968.06	19027.92	
ONGs de salud	85545.38		55,385.05					
Otros					34382		10	
<i>Sub-total Privado</i>	2,490,477.62	325,448.84	155,811.86	132,783.70	127,322.00	64,743.59	19,037.92	3315625.53
Total	2,490,477.62	1,416,138.98	949,403.89	132,783.70	127,322.00	64,743.59	64,610.77	5245480.55

Fuente: Gobierno de Guatemala, MDS. PHR HNA Study, 2000. En miles de Quetzales.

A través de la matriz "Agentes de Financiamiento a Funciones" (ver, por ejemplo, la Tabla 3), es posible representar la asignación de recursos por las principales funciones del cuidado de la salud, clasificadas como administración general, servicios personales de salud para el tratamiento de enfermedades dentro y fuera de un hospital, la infraestructura y el equipamiento, servicios preventivos de salud pública, y otros (que incluyen la educación médica y entrenamiento, la investigación, y otros gastos no asignados).

⁵ Consejos de Desarrollo + Fondo de Inversión Social (FIS) + Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ).

Tabla 3. Guatemala 1998. Agentes de financiamiento a funciones

A: Funciones	De: Agentes de Financiamiento							
	Hogares	Instituto de Seguridad Social	MDS	Fondos Sociales	Seguro médico Privado	ONGs de salud	Otras ONGs	Total
Administración General		385,163.28	175,809.44					560972.72
Hospitales	2,307,062.24	1,030,975.70	460564.85		92940		45572.85	3937115.64
Infraestructura y equipamiento	97,870.00		1454.24	132783.70			19,027.92	251135.86
Programas Preventivos	85,545.38		311575.36			64,743.59		461864.33
Otros					34,382		10.00	34392.00
Total	2,490,477.62	1,416,138.98	949,403.89	132,783.70	127,322	64,743.59	64,610.77	5245480.55

Fuente: Gobierno de Guatemala, MDS. PHR HNA Study, 2000. En miles de Quetzales.

Otro modo de ver la asignación de recursos es a través de la matriz "Agentes de Financiamiento a Insumos" (ver la Tabla 4). Esta tabla muestra el flujo de fondos de los intermediarios de financiamiento a los insumos principales en la función de producción para el cuidado de la salud: equipamiento, administración, infraestructura, medicinas, servicios médicos, salarios, etc.

Tabla 4. Guatemala 1998. Agentes de financiamiento a insumos

A: Insumos	De: Agentes de Financiamiento									
	Hogares	Instituto de Seguridad Social	MDS	Consejos de desarrollo	Fondo de Inversio Social	Fondo Nacional para la Paz	Seguro Médico Privado	ONGs de salud	Otras ONGs	Total
Equipo	104,661.48					2,461.53		845.36		107968.37
Admin.	18,696.28	415,687.52	385,685.05			1,962.77		10,852.40	19,027.92	851911.94
Infraestr.		34,082.38		8,733.57	30,601.65	87,560.40		983.57		161961.57
Medicinas	1,521,533.81	325,448.84	100,426.81					35,775.53		1983184.99
Servicios Médicos	829,811.97	298,463.02					92,940.00		45,572.85	1266787.84
Salarios	8,314.75	342,457.22	463,292.03			1,463.78		11,536.19		827063.97
Otros ⁶	7,459.33						34,382.00	4,750.54	10	46601.87
Total	2490477.62	1416138.98	949403.89	8733.57	30601.65	93448.48	127322	64743.59	64610.77	5245480.55

Fuente: Gobierno de Guatemala, MDS. PHR HNA Study, 2000. En miles de Quetzales.

Las fronteras del sector salud

La base de las CNS es definición de fronteras del sector salud. Definir lo que significa "sector salud" no es una tarea fácil y, en realidad, representa el problema central. ¿Es el entrenamiento médico parte del gasto en salud de un país? ¿Y qué pasa con respecto al agua y al saneamiento (sobre todo en países donde tienen un impacto directo sobre los indicadores de resultados, tales

⁶ No clasificados.

como la mortalidad infantil y la esperanza de la vida al nacer? ¿Y con respecto al agua fluorinada? ¿Y los desayunos escolares?)

Tabla 5. Honduras 1998. Fuentes a agentes de financiamiento (incluyendo al agua)

A: Agentes de financiamiento	De: Fuentes							Total
	Gobierno Central	Gobierno Local	Hogares	Empresas Privadas	ONGs	Donantes	Otros ⁷	
Min. de Trabajo	7,026,400					81,400		7,107,800
IHSS ⁸	15,000,000	2,644,800	94,763,050	215,421,400				327,829,250
Gobierno Local		35,564,233						35,564,233
FHIS ⁹	26,339,100					526,783,100		553,122,200
Seguro Médico Privado	1,889,750		45,979,940	89,169,246				137,038,936
IHNFA	7,431,962						600,000	8,031,962
ONGs					6,815,800	68,653,900		75,469,700
Teletón							8,096,996	8,096,996
UNAH	11,868,349							11,868,349
IHADFA	3,151,100	963,100					400,000	4,514,200
SANAA ¹⁰	49,820,500					19,164,900		68,985,400
MDS	1,269,357,900					328,171,900		1,597,529,800
Empresas Privadas				63,985,300				63,985,300
Hogares			1,616,650,639					1,616,650,639
Total	1,391,885,061	39,172,133	1,757,393,629	368,575,946	6,815,800	942,855,200	9,096,996	4,515,794,765

Fuente: PHR HNA Study, 1999. Año modelo USD.

Conceptos diferentes. Las clasificaciones de bienes y entidades relacionadas a la salud varían de forma directa con respecto a la definición de lo que está o no está incluido dentro del sector salud. Por ejemplo, en los esquemas de seguridad social es difícil diferenciar con claridad los servicios de salud con respecto a otros que no lo son, tales como las pensiones y el seguro de desempleo¹¹. Delinear a nivel nacional la frontera del gasto en el sector salud puede ser polémico dadas las diversas opiniones sobre la definición del sector y, por consiguiente, sobre cuáles elementos se deben incluir o excluir en las estimaciones del gasto. Desde luego, hay algunos elementos comunes. Por ejemplo, la mayor parte de los estudios de la RCSLAC¹² incluyen todos los gastos incurridos por los proveedores establecidos de salud (tales como hospitales, farmacias, médicos individuales, etc.) Sin embargo, hay algunos desacuerdos en cómo contabilizar las actividades de apoyo a la salud (tales como la investigación y el entrenamiento) y los programas de salud pública (tales como el agua potable, el saneamiento, y la nutrición). Algunos países han incluido estos renglones, mientras que otros no lo han hecho.

⁷ PANI, Teletón, etc.

⁸ Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

⁹ Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).

¹⁰ Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA).

¹¹ En general, hay subsidios cruzados en favor del sector salud que actúan en detrimento de las pensiones.

¹² Las siglas en inglés de Latin American and Caribbean Health Accounts Network (LACNHA) han sido traducidas al español en el texto como Red de Cuentas de Salud para Latino América y el Caribe, (RCSLAC). [N. del T.].

Clasificaciones nacionales e internacionales. Para comparar el sector salud a un nivel internacional, se deben ajustar las cuentas nacionales. Por ejemplo, en Honduras 1998, el equipo CNS desarrolló dos grupos de cuentas: la primera para uso nacional, incluyendo el abastecimiento de agua y el saneamiento (ver Tabla 5); la segunda para comparaciones a nivel internacional, sin gastos en abastecimiento de agua ni en saneamiento (ver la Tabla 7)¹³. Desde luego, estos ajustes – a menudo estimaciones generales - no pueden sustituir las estadísticas nacionales desarrolladas con definiciones compartidas y con normas de contabilidad comunmente aceptadas.

Comparando tipos de datos

Los datos CNS presentan algunas ventajas sobre los datos que no son CNS. Las diferencias más significativas se presentan esquemáticamente abajo.

Problemas típicos con datos que no son CNS. Normalmente, los datos de encuestas previas del gasto que no provienen de las CNS presentan los siguientes problemas:

1. Los datos pueden proceder de fuentes secundarias;
2. Las estadísticas nacionales e internacionales son estimaciones de pequeños grupos de analistas externos que trabajan para las agencias que patrocinan las mismas encuestas;
3. Las estimaciones nacionales del gasto en salud hechas por organizaciones internacionales se basan en datos publicados internacionalmente que ya pueden tener varios años de existencia;
4. Los datos pueden no haber sido desarrollados con el objetivo de estimar el gasto nacional en salud;
5. Carencia de una definición clara sobre lo que constituye el "gasto en salud". Por ende, los datos son incompletos o incluyen elementos que van más allá de la definición del gasto en salud. Por ejemplo, si los gastos del gobierno central se derivan de las estadísticas del gasto público provenientes del Fondo Monetario Internacional (FMI), las cifras no incluyen gastos de los gobiernos locales, pero pueden incluir gastos sobre artículos no relacionados a la salud.
6. La atribución de gastos a los sectores público y privado no está claramente definida;
7. El marco para la recolección de información no siempre es suficientemente incluyente y estable. Por consiguiente, hay problemas de consistencia interna y de doble contabilidad.
8. Diferentes estudios pueden haber utilizado fuentes de información distintas con lo cual se destruye la posibilidad de hacer comparaciones.
9. Uso de regresiones basadas en años diferentes. Los datos pueden haber sido obtenidos en años diferentes y luego fueron utilizados para estimar - utilizando regresiones - los gastos del año que se pretendían estudiar. Desde luego, para lograr proyecciones confiables basadas en datos de años anteriores se necesita de condiciones estables y predecibles en la economía, y del grado en que estas condiciones aplican al sector salud.

¹³ La diferencia radica en los gastos totales para el abastecimiento de agua y en saneamiento: 1999 US\$ 562,878,758. En particular, el Gobierno Central gastó 1999 US\$73,339,226 (de los cuales \$23,518,726 fueron asignados al Fondo de Inversión Social y \$49,820,500 al SANAA), mientras que los Donantes gastaron 1999 US\$489,539,532 (de los cuales \$470,374,632 fueron asignados al Fondo de Inversión Social y \$19,164,900 al SANAA).

10. Empleo de regresiones basadas en países distintos. Los datos pueden haber sido obtenidos de países diferentes (con estructuras similares en el sector salud) y haber sido usados para estimar – utilizando regresiones – los gastos en el país bajo estudio.

Las ventajas de la metodología CNS. Aunque los datos CNS presentan algunos de los mismos problemas mostrados con los datos no provenientes de las CNS (particularmente los puntos 3, 7 y 8 de la lista anterior), la metodología CNS ofrece mejores resultados:

1. Los datos provienen - tanto como sea posible - de fuentes primarias;
2. Los datos CNS para países de LAC han sido recogidos por un equipo basado en cada país;
3. Los datos se basan en un marco extenso y consistente del gasto nacional en salud adoptado por todos los países del grupo. Para obtener más detalles sobre el contenido y las ventajas de este método, ver Berman (1997) y también Berman *et al.* (1999). Las fronteras del sector salud pueden ser definidas, y la información inadecuada o incompleta puede ser identificada. Estimaciones específicas de gastos se introducen en la matriz "Fuentes y Usos" que ayuda a asegurar la consistencia interna y evitar la doble contabilidad.
4. La metodología CNS incluye una definición común y clara sobre lo que debe ser el "gasto en salud"¹⁴.
5. Las estimaciones pueden ser revisadas y discutidas por diversas instituciones en cada país lo que ayuda a identificar problemas.
6. Permiten hacer un examen detallado de los presupuestos de salud y cuentas del gobierno y da acceso a datos nacionales recientes del gasto en salud, incluyendo datos de encuestas de hogares.
7. Los gastos atribuidos a los sectores público y privado pueden ser claramente definidos en términos de fuentes e intermediarios de financiamiento.
8. La composición de las clasificaciones del gasto en salud puede ser estimada en términos de varios usos importantes.

El flujo de fondos

En el financiamiento de un sistema de salud, los fondos pueden tener modos distintos de fluir desde sus fuentes a los agentes de financiamiento y a sus usos. Por ejemplo, un dólar puede ir – ver las líneas más gruesas en la Figura 3 – desde el "Ministerio de Finanzas (MDF)"¹⁵ (la fuente) a través del "Ministerio de Salud (MDS)"¹⁶ (el agente de financiamiento) hasta llegar a un hospital público (el uso, el proveedor). Pero también ese dólar puede fluir desde "Donantes" a

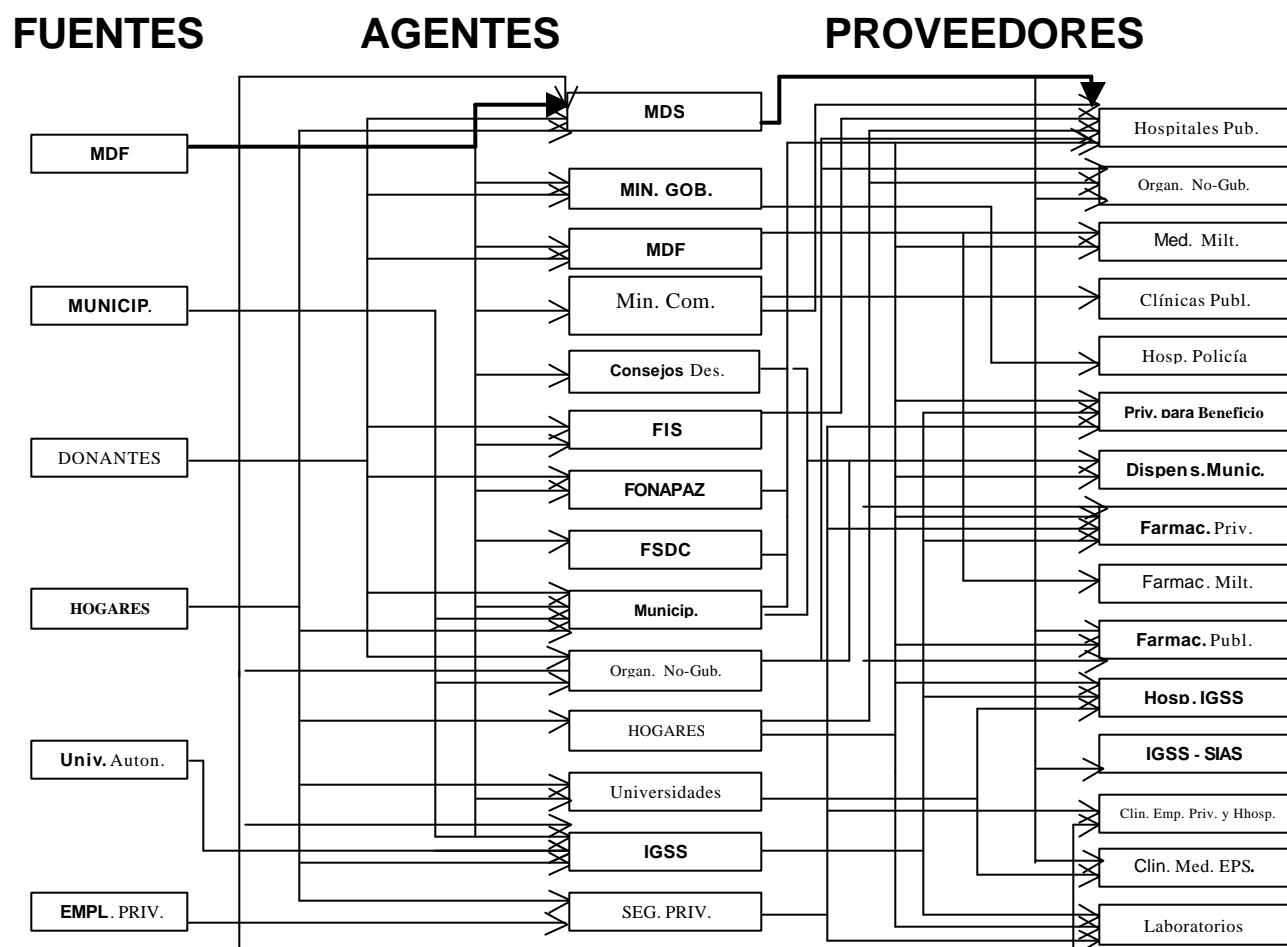
¹⁴ Por ejemplo, veamos las diferencias en la definición del cuidado de la salud en Guatemala. El equipo argumenta que las actividades relacionadas al agua y al saneamiento han sido incluídas como gastos preventivos en estimaciones anteriores. En Guatemala, el estudio de la OPS utilizó datos del FMI para gastos del gobierno central en salud; como el agua y saneamiento debían ser incluídos bajo la Sección 7 del sistema de clasificación, no parece probable que este haya sido el caso. Esta es una área que amerita un examen más cuidadoso. En Nicaragua, el examen detallado de gastos públicos, la inclusión de cifras del Ministerio de la Defensa y del Ministerio de Gobernación, indica niveles de gastos más altos de lo que había sido sugerido antes.

¹⁵ Las siglas en inglés de Ministry of Finance (MOF) han sido traducidas al español en el texto como Ministerio de Finanzas (MDF) [N. del T.].

¹⁶ Las siglas en inglés de Ministry of Health (MOH) han sido traducidas al español en el texto como Ministerio de Salud (MDS) [N. del T.].

través de una "ONG" y terminar en un "Centro Médico"; o puede ir desde "Hogares" a través de un "Seguro Médico Privado" hasta llegar a una "Clínica Privada".

Figura 3. Guatemala 2000. Flujos financieros de fuentes a través de agentes de financiamiento a proveedores



Hay muchas posibilidades. El objetivo de las CNS es representar un cuadro suficientemente claro y real de estos flujos para así proporcionar una visión global, tan necesaria cuando se procede con las reformas. Ver, por ejemplo, el caso de Guatemala en la Figura 3.

Perspectiva histórica y situación actual

Las clasificaciones internacionales del gasto gubernamental en salud están basadas en las definiciones tomadas de los sistemas de clasificación estándar de las Naciones Unidas. También, el FMI produce con regularidad información fiscal sobre los datos gubernamentales de salud (el informe anual sobre Estadísticas Financieras Gubernamentales). Sin embargo, estos datos no proporcionan un cuadro suficientemente claro sobre el funcionamiento del sistema de salud.

Entornos internacionales. Organizaciones internacionales, tales como la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED) y la Organización Mundial de la Salud (OMS),

han apoyado la colaboración entre países para desarrollar definiciones y métodos estandarizados de las CNS, así como investigaciones comparativas y análisis. A través de estos esfuerzos, las CNS rápidamente se están convirtiendo en un instrumento esencial para el análisis sistemático del cuidado de la salud alrededor del mundo.

Recuadro 1. El desarrollo histórico de la metodología CNS

Los estudios internacionales comparativos del gasto en salud comenzaron a principios de este siglo y han sido realizados con cada vez mayor frecuencia durante los últimos 30 años. La metodología de las Naciones Unidas para las Cuentas Nacionales (CN)¹⁷ – que aproxima el gasto en salud a través de una subclasificación de CN, las llamadas cuentas satélite - no estaba respondiendo a algunas preguntas importantes del sector salud. En las décadas de los años 50 y 60, la Organización Internacional del Trabajo (OTI) conjuntamente con la OMS lideraron el movimiento de crear estimaciones nacionales de gasto en salud estandarizadas y comparables (Abel-Smith, 1963).

Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED). La OCED – reconociendo el importante papel del financiamiento en el análisis comparativo del sistema de salud - sistemáticamente ha desarrollado y aplicado un formato común, llamado el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)¹⁸, para reportar el gasto nacional en salud. Hoy en día, la OCED compila cada año estadísticas comparables del gasto en salud para los países miembros; para la mayoría de los países los datos cubren ya más de 30 años (OECD, 1998).

Estados Unidos. En 1964 los Estados Unidos adoptaron el método CNS que principalmente agregó al método SCS la matriz "Fuentes y Usos" en una forma más desagregada. Por su amplio enfoque y su nivel tan alto de detalle, el método CNS es considerado por muchos el patrón para la estimación del gasto en salud, particularmente en países con estructuras financieras de salud pluralistas.

CNS hoy en día. El método CNS de hoy en día, que es la confluencia de los métodos mencionados anteriormente, realiza una representación de fuentes y destinos de los flujos financieros. El economista con un interés a nivel macro no debe confundir las CNS con la CN.

Debates nacionales. Las autoridades nacionales en muchos países han alentado el desarrollo de las CNS como un instrumento básico y como fuente de información en sus reformas sectoriales para financiar el cuidado de la salud.

Países industrializados. Para los países industrializados, principalmente los miembros de la OCED, comparar con otros países el nivel, la composición, y las tendencias en el gasto nacionales en salud es a menudo un punto de partida para debates a nivel nacional sobre las políticas en el sector salud y su reforma (Hurst, 1992).

Países de LAC. En los últimos años, muchos países en vías de desarrollo y economías en transición han desarrollado las CNS con un esfuerzo mínimo¹⁹. Recopilar y estimar los gastos del sector salud ha sido una preocupación de LAC durante los últimos 30 años (ver la sección

¹⁷ Las siglas en inglés de National Accounts (NA) han sido traducidas al español en el texto como Cuentas Nacionales (CN) [N. del T.].

¹⁸ Las siglas en inglés de System of Health Accounts (SHA) han sido traducidas al español en el texto como Sistema de Cuentas de Salud (SCS) [N. del T.].

¹⁹ Un pequeño equipo nacional puede obtener las primeras estimaciones de CNS en un plazo de 6-12 meses (Berman *et al.*, 1999).

siguiente). Aún así, se reconoce extensamente la necesidad de obtener estadísticas del financiamiento de la salud que sean confiables y comparables. Los gastos en el sector privado son objeto de particular preocupación.

En 1997, en América Latina y el Caribe, bajo el proyecto de la Sociedad para la Reforma en Salud (SRS)²⁰, la red regional de colaboración compuesta por grupos nacionales (RCSLAC)²¹ ha sido utilizada como un primer paso para expandir el uso de este método y ganar ventajas comparativas a nivel nacional y transnacional. Comenzando en el año 2000, el BID, el BM, y la OPS²² han adoptado una agenda compartida, un elemento de la cual es el progreso conjunto en el método CNS.

Recuadro 2. La experiencia de recopilación de datos sobre el financiamiento de la salud en países en desarrollo

Históricamente, los países en vías de desarrollo han recopilado muy poca información financiera sobre su sector salud. Por eso, el análisis del gasto en salud – que frecuentemente depende de datos obsoletos y agregados que provienen solamente del gobierno y de los sectores de seguridad social – no ha sido sistemático.

Primeras comparaciones de línea de base. A principios de la década de 1990, los pocos estudios que cubrían la década de 1980 aportaron una primera línea de base comparativa estimando cuantos fondos gastaban los países pobres en atención a la salud, y cómo eran organizados esos fondos en términos de agencias públicas y empresas privadas. Aún con limitaciones en cuanto a cobertura y problemas de datos, hay estudios regionales comparativos producidos por McGreevey (1990) para América Latina, Griffin (1992) para Asia, Vogel (1993) para África y Suares *et al.* (1995) para América Latina. En general, estos estudios incorporaron la información del último año disponible en las estadísticas internacionales y los reportes de cada país, e hicieron comparaciones entre naciones. Estimaron el gasto nacional en salud, total y per cápita, y la composición del gasto total en términos de los intermediarios de financiamiento públicos y privados. Algunas veces, fue posible hacer estimaciones sobre el uso de fondos, por ejemplo, mostrando el gasto público en términos de proveedores (servicios dentro y fuera de un hospital). En 1993, el BM y la OMS publicaron la primera estimación verdaderamente global del gasto en salud, con estimaciones para 140 países, incluyendo el gasto total y las proporciones públicas y privadas (Banco Mundial, 1993; Murray *et al.*, 1994). Estos estudios sufrían de serias limitaciones de información. No se hicieron estimaciones sobre la composición del gasto en salud en términos de sus diferentes usos (funciones, grupos geográficos, quintiles de ingreso, etc.). Para un número significativo de países, los datos sobre gastos privados en salud no estaban disponibles y tenían que ser estimados en base a una regresión entre el ingreso nacional y el gasto en salud en países comparables que tenían esa información disponible.

La necesidad de un marco común. El desarrollo de métodos comparables a las CNS para países de bajos ingresos (Berman, 1997), como aquéllos disponibles ahora para los países de la RCSLAC, es un paso importante en la provisión de un marco común para organizar y categorizar la información. Recientemente las CNS han sido aplicadas de manera exitosa en más de 30 países de ingresos bajos y medios, muchos de los cuales están implementando reformas sustanciales en sus sistemas de salud.

²⁰ Las siglas en inglés de Partnership for Health Reform (PHR) han sido traducidas al español en el texto como Sociedad para la Reforma de la Salud (SRS) [N. del T.].

²¹ La SRS ha apoyado el establecimiento de la RCSLAC usando un método que permite la colaboración entre países a través de redes de información. Un método similar ha sido adoptado en el Medio Oriente y África del Norte, así como en África al sur del Sahara (PHR Website, 2001). En general, las CNS han sido realizadas a un nivel regional o sub-regional, donde los países comparten lenguas y tienen estructuras institucionales comunes.

²² Las siglas en inglés de Pan American Health Organization (PAHO) han sido traducidas al español en el texto como Organización Panamericana de Salud (OPS) [N. del T.].

Resultados de estudios de la RCSLAC

Encuestas de gasto anteriores. Desde la década de 1960, los países de la región se han esforzado por estimar su gasto nacional en salud (ver, por ejemplo, Abel-Smith, 1963). Más recientemente, organizaciones internacionales, tales como la OPS, el BM y la USAID, han consolidado la información disponible para permitir comparaciones nacionales del nivel y la composición del gasto en salud (Zschock, 1986; McGreevey, 1990; PAHO, 1994).

La década de 1980 vs. la década de 1990: Crecimiento de gastos. En general, aunque los países de LAC muestran variaciones considerables en su gasto del gobierno central como porcentaje del PIB, así como en su gasto de salud *per cápita*, podemos decir que el gasto en salud se ha recuperado considerablemente durante la década de 1990 (IADB, 1998; PAHO, 1998).

Advertencia: diferencias económicas entre las décadas de 1980 y 1990. Sin embargo, al comparar el gasto en salud al final de la década de 1980 con el de mediados de la década de 1990 es importante reconocer los cambios económicos significativos que estaban ocurriendo en la región²³.

Estimaciones para la década de 1990. En la década de 1990, varias estimaciones fueron desarrolladas para toda la región. Entre otras: una serie de estimaciones cuidadosas logradas en 1988 por la OPS (Suárez *et al.*, 1995), estimaciones para 1990 que se incluyeron en el Informe de Desarrollo Mundial de 1993 del BM y que posteriormente fueron revisadas (Govindaraj *et al.*, 1997), y una reestimación en 1995 de la OPS (PAHO, 1998) (para una perspectiva comparativa ver la Tabla 6).

²³ Al final de la década de 1970, la mayoría de los países LAC fueron afectados por la crisis económica lo que condujo a programas de ajuste estructurales, que - a su vez - tuvieron un fuerte impacto sobre los presupuestos de los gobiernos nacionales. La calidad y la cobertura de la atención médica se deterioraron seriamente (en muchos países esta situación aún no ha sido revertida). Además, en 1982 la carga de deudas externas hizo evidente la vulnerabilidad de las economías a las fluctuaciones mundiales del mercado. La crisis condujo a una disminución en las condiciones de vida y al empobrecimiento de amplios sectores de la población. Todos estos fenómenos han tenido un impacto profundo sobre el nivel de gasto nacional en salud y sobre el financiamiento del sector salud, con bajas probables en la inversión real en salud durante la década de 1980 (IADB, 1998; PAHO, 1998). También se dieron cambios significativos en la organización y el papel del gobierno central, caracterizados en muchos casos por la descentralización administrativa y la privatización de servicios públicos.

La experiencia de la RCSLAC. Durante 1995, la RCSLAC²⁴ apoyó el desarrollo de estimaciones CNS en ocho países participantes, que fueran consistentes y comparables (para una comparación de los hallazgos, ver Berman *et al.*, 1999). En términos del gasto total en salud, las estimaciones CNS reportan un nivel de gasto más alto sobre mediciones anteriores e indican que, para algunos países de LAC, el gasto en salud se encuentra a un nivel superior en relación con los ingresos (Berman *et al.*, 1999). La mayor parte de este gasto total mayor se relaciona al aumento en el gasto privado en salud, sobre todo por parte de los hogares. Hay varios ejemplos de esto en los resultados obtenidos por la RCSLAC 1995 (ver la Tabla 6).

Diferencias entre estimaciones recientes. Sin causar mucha sorpresa, hay diferencias grandes en el nivel del gasto en salud y en su composición, tanto entre países como entre las distintas estimaciones. Las cifras mostradas en la Tabla 6 comparan PAHO 1988, WB 1990, PAHO 1995, y NHA 1995, que representan las estimaciones de amplia cobertura más recientes para el gasto en el cuidado de la salud en la región. Por ejemplo, las estimaciones para la República Dominicana varían considerablemente según las fuentes de información utilizadas. Así, en lo que respecta al gasto en salud como porcentaje del PIB, las estimaciones muestran valores muy diferentes: 4.8% (PAHO, 1988), 3.6% (WB, 1990), 5.3% (PAHO, 1995), o 7.3% (NHA, 1996). Las estimaciones recientes del gasto en salud per cápita también se diferencian considerablemente: US\$77 (PAHO, 1995) y US\$164 (NHA, 1996). El resultado es el mismo para El Salvador, México y Perú. Para el gasto en salud como porcentaje del PIB, El Salvador

²⁴ La iniciativa de la RCSLAC fue lanzada en 1997 y completó su primera ronda de estudios en septiembre 1998. Es un proyecto de colaboración que combina a ocho equipos de CNS multi-institucionales, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la Organización Panamericana de Salud (OPS), y la Sociedad para la Reforma de la Salud (SRS). La red, que ha sido patrocinada por la Oficina Regional para América Latina de USAID, la OPS y la SRS, incluye a ocho países de la región: Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú. Honduras se unió a la iniciativa en 1999. SRS y OPS dieron seguimiento a la implementación de la iniciativa y proporcionaron ayuda técnica a los países. Los datos aludidos en este documento son los resultados de usar una metodología común (ver Berman *et al.*, 1999). La red enfatizó la capacitación dentro de los países. En cada país, equipos CNS han sido conformados por especialistas expertos en las diferentes áreas del sistema de salud y en el análisis de gastos, representando tanto a instituciones gubernamentales como no gubernamentales. Típicamente, estas instituciones incluyeron al Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas, el Banco Central, autoridades nacionales de las oficinas de estadística, y los institutos de investigación. La red proporcionó entrenamiento y ayuda técnica (Berman *et al.*, 1998). Ver Berman *et al.* (1999) para un análisis comparativo de los resultados de la RCSLAC.

dedica el 6.8% (PAHO, 1995) o el 7.4% (NHA, 1996); México muestra el 4.8% (PAHO, 1995) o el 5.5% (NHA, 1995); y Perú el 5.5% (PAHO, 1995) o el 4.2% (NHA, 1995). Con respecto a las estimaciones per cápita del gasto en salud, El Salvador registra US\$158 (PAHO, 1995) y US\$135 (NHA, 1996); México US\$160 (PAHO, 1995) y US\$168 (NHA, 1995); y Perú US\$128 (PAHO, 1995) y US\$112 (NHA, 1996). Como Nicaragua tiene problemas para estimar su PIB, el gasto en salud como porcentaje del PIB muestra valores muy divergentes: el 5% (PAHO, 1988), el 7.9% (WB, 1990), el 9.2% (PAHO, 1995), y el 12.9% (NHA, 1995). También en Nicaragua hay una diferencia en las estimaciones del gasto en salud per cápita durante 1995: US\$35 (PAHO, 1995) y US\$54 (NHA, 1995).

Tabla 6. Comparación de estimaciones recientes del gasto total en salud en la región LAC

Fuente de datos	% PIB				Gasto Total en Salud per cápita (US\$)				Público (En% del Gasto Total en Salud)				Privado (En% del Gasto Total en Salud)			
	OPS 1988 ²⁵	BM 1990 ²⁶	OPS 1995 ²⁷	CNS 1995 ²⁸	OPS 1988	BM 1990	OPS 1995	CNS 1995	OPS 1990	BM 1990	OPS 1995	CNS 1995	OPS 1990	BM 1990	OPS 1995	CNS 1995
Bolivia	4.5	5.5	6	4.45	39	34	48	39	32	29	55	65	68	56	45	35
República Dominicana	4.8	3.6	5.3	7.3*	32	59	77	164*	31	34	38	21	69	63	62	78
Ecuador	6.3	3.7	5.1	4.6	79	39	71	71.2	40	63	32	46	60	30	68	46
El Salvador	5	5.9	6.8	7.4*	53	58	158	135*	26	30	27	46	74	56	73	53
Guatemala	3.3	5.0	4.2	2.2	30	37	56	35	52	33	45	60	48	58	55	40
México	3.8	5.5	4.8	5.5	86	155	160	168	38	56	47	43	62	43	53	57
Nicaragua	5	7.9	9.2	12.9	27	31	35	54	74	62	63	68	26	16	37	32
Perú	3.1	3.1	5.5	4.2	41	59	128	112	35	34	51	66	65	64	49	34

Fuente: Berman *et al.*, 1999. *Estimaciones del año 1996.

25 Suáres *et al.*, 1995.

26 Govindaraj *et al.*, 1997.

27 PAHO, 1998.

28 NHA Informes, 1998; Berman *et al.*, 1999.

¿Por qué hay diferencias? En el caso de Nicaragua, las diferencias pueden provenir de datos macro-económicos distintos. Por ejemplo, el PIB es a menudo ajustado en años posteriores a medida que se obtiene más información. De la misma forma, las comparaciones salen afectadas por la opción de escoger diversas tasas de cambio (ya sea el promedio del año entero o la cifra al final del año) y estimaciones demográficas. Las diferencias también tienen su origen en las remesas externas, que son un flujo financiero importante para El Salvador y Nicaragua, así como para Ecuador y la República Dominicana. Las diferencias en las estimaciones también pueden deberse a metodologías distintas, en particular cuando se originan en las diversas opiniones sobre lo que se debe contabilizar como gasto en el cuidado de la salud (ver la sección de las Fronteras de la Salud).

Diferencias metodológicas. El proceso utilizado por la OPS y el BM en sus esfuerzos para recolectar y analizar los datos del gasto nacional en salud fue bastante distinto del que se utilizó en la RCSLAC, así es que no deben sorprender las diferencias en sus resultados. En sus estimaciones de gastos públicos en salud, la OPS y el BM recolectaron información del Departamento de Estadísticas Financieras Gubernamentales del FMI así como de una amplia gama de documentos oficiales, estudios de país e informes. Todas estas fuentes se limitan a reportar los datos provistos por los mismos gobiernos y asumen el uso constante de clasificaciones y definiciones.

Las CNS como método de más cobertura. Los equipos CNS de cada país realizaron un análisis detallado de gastos escudriñando los presupuestos del MDS y otros ministerios y departamentos, y determinaron cuáles gastos estaban directamente relacionados con el cuidado de la salud. Las estimaciones y las definiciones en materia de salud pueden diferenciarse de aquellas utilizadas por la OPS y el BM. Por ejemplo, según la metodología CNS, los gastos en salud incurridos por productores agrícolas grandes (por ejemplo, las plantaciones de café o de plátano) en sus hospitales, clínicas y centros médicos sí cuentan como gasto en salud, mientras que según la metodología de Cuentas Nacionales, éstos podrían ser considerados como parte de la producción industrial. Otro ejemplo puede ser que el gasto en salud de los gobiernos locales no es considerado como tal bajo la metodología de Cuentas Nacionales.

Gastos de cuenta corriente contra gastos proyectados. Usando encuestas recientes, la metodología CNS es capaz de estimar gastos de cuenta corriente en salud en vez de hacer un estimado de esos gastos sobre otras fuentes. Por ejemplo, la República Dominicana, Guatemala y Honduras recientemente levantaron una encuesta de hogares que no había estado disponible para estudios anteriores.

Gastos privados. Las diferencias entre las estimaciones se deben a menudo al cómputo de gastos fuera de bolsillo, que por definición están basados en encuestas que paresentan todas las

dificultades del caso. En la República Dominicana²⁹ y en Guatemala³⁰ las diferencias entre las estimaciones de la OPS y las CNS radican casi completamente en el empleo de diferentes fuentes de información para gastos privados. En Bolivia, mientras que equipos de la OPS y del BM proyectaron sus estimaciones utilizando la misma encuesta de hogares realizada en 1990, el equipo CNS suplementó esa información con datos recolectados en la encuesta de 1992³¹.

APLICACIONES DE POLÍTICA Y UTILIDAD EN LA REFORMA DE SALUD

Aunque muchas cuestiones específicas dependen del nivel de desarrollo económico de un país de ingresos bajos o medios, el financiamiento del cuidado de la salud se ha convertido en un área relevante de política para los países de LAC. En realidad, los reformadores lo consideran, cada vez más, no sólo en la tarea de recaudar fondos para el sector salud, sino también como un factor importante que determina el comportamiento de los proveedores y consumidores, y como un elemento clave en el proceso de asignación de recursos.

Mayor pluralismo requiere de más información. El financiamiento y la provisión del cuidado de la salud se están convirtiendo en algo más plural debido a la segmentación (por ejemplo, en Bolivia hay nueve esquemas activos para la Seguridad Social), la fragmentación (causada principalmente por el creciente papel del sector privado), y - en general - y las estrategias nacionales de reformar el cuidado de la salud. Este fenómeno, que es el origen de las ineficiencias derivadas de la duplicación de funciones, aumenta el valor de un método detallado y con gran cobertura como es el de las CNS. La capacidad de las CNS de unir fuentes y usos a través de los agentes de financiamiento proporciona un cuadro claro y lleno de detalles que es útil para analizar las políticas de financiamiento para el cuidado de la salud.

La relevancia de las CNS en política. Las estimaciones CNS pueden ser usadas para analizar el sistema de salud, diseñar una política, dar seguimiento a la implementación y evaluar las reformas. Las CNS pueden influir en las políticas porque proporcionan una imagen completa del sector salud a los que toman las decisiones. Al resaltar la concentración de gastos, se ponen en evidencia los usos y los roles de los distintos agentes que pagan por los servicios. Proveen también un marco consistente para modelar las reformas, y para dar seguimiento de los cambios efectuados en el financiamiento y provisión de los servicios en salud. Finalmente, las CNS

²⁹ En la República Dominicana, los números de la OPS están basados en el informe de CIECA (Hatton, 1996) que utiliza datos del Banco Central sobre gastos privados en salud como consumo final. Estas cifras no incluyen gastos incurridos por el seguro privado, que es un sector pequeño pero creciente en la República Dominicana. El informe de CIECA reporta que el gasto privado es de aproximadamente un 4% del PIB para el año 1994. Dado que 1994 era el año más reciente, la OPS estimó datos para 1995 utilizando la elasticidad ingreso del gasto en salud. Para determinar los gastos del sector privado, el equipo CNS fue capaz de utilizar la encuesta de hogares de ENDESA que se realizó en 1996. Esta encuesta demostró un gasto del sector privado para el cuidado de la salud de aproximadamente 6% del PIB. Tan sólo esta diferencia explica la discrepancia del 2% en el PIB que reportan las dos fuentes.

³⁰ En Guatemala, las estimaciones de la OPS están basadas en la encuesta de hogares de 1981, la única encuesta hasta entonces disponible. El equipo CNS fue capaz de utilizar una encuesta de hogares realizada por el Instituto Nacional Estadístico en 1997. El equipo CNS fue también capaz de captar la ayuda extranjera en el sector privado, con las ONGs gastando aproximadamente el 4% del gasto total en salud.

³¹ El equipo Boliviano calibró sus estimaciones del gasto en salud de los hogares usando datos del índice de precios al consumidor, y luego hizo un ajuste adicional utilizando los gastos privados en salud.

permiten evaluar las políticas con más detalle. Muchos países en la región pueden utilizar las CNS por los siguientes motivos:

- a) *Análisis de la situación existente.* Las CNS ayudan a entender muchas cuestiones sobre el financiamiento del cuidado de la salud en los países de LAC al facilitar las comparaciones internacionales (de corte transversal y con series de tiempo) en los niveles y la composición del gasto. Los resultados CNS también pueden ser la base para analizar la relación entre el gasto en salud y los resultados del mismo en términos de salud. Las CNS proporcionan no solamente las estimaciones del nivel agregado actual de financiamiento para el cuidado de la salud, sino también desagregaciones de datos que permiten tener una visión panorámica;
- b) *Identificación y análisis de grupos de interés.* Las CNS ayudan a evaluar la importancia financiera de los participantes clave en el sistema del cuidado de la salud, lo que puede ser una guía para el desarrollo político de las estrategias de reforma;
- c) *Modelando el cambio.* Casi todas las decisiones de política que se toman sobre el sistema nacional de salud debían estar basadas en los aspectos cuantitativos de las opciones disponibles y en los impactos potenciales de cualquier decisión. Las CNS pueden proporcionar una base útil para modelos de proyección financiera en el sector salud. Tales simulaciones evalúan las consecuencias y los impactos de las intervenciones de políticas (por ejemplo, estimando las perspectivas de aumentar o disminuir el financiamiento del sector salud, o bien estimando los efectos de una política de recuperación de costos o de descentralización de finanzas).
- d) *Seguimiento y evaluación.* Las CNS pueden ayudar a estimar, dar seguimiento y evaluar las tendencias en la distribución de gastos dentro de los países con respecto a los programas prioritarios de salud (tales como el SIDA, la inmunización, etc.) y grupos demográficos (tales como las poblaciones indígenas). Las CNS pueden convertirse en el Sistema de Información Gerencial del sector salud, produciendo rutinariamente datos para la elaboración de políticas durante la definición y conciliación de objetivos, así como durante la ejecución de la reforma.

Análisis de la situación existente

Análisis basado en los datos y su comprensión. En los países de LAC, las CNS produjeron una revisión de amplia cobertura en el financiamiento nacional del sector salud. Los datos pueden ser usados como un marco de referencia para apoyar la reforma del sector salud y para revelar problemas potenciales.

República Dominicana. Por ejemplo, en la República Dominicana³² las CNS fueron el primer estudio formal que sintetizó y clasificó el gasto nacional en salud tanto en el sector público como el privado. Al reunir la información relevante sobre el sector salud que estaba disperso por todo el sistema nacional de salud, las CNS crearon una discusión fructuosa (focalizada en el análisis y la evaluación) entre todos los actores de la reforma del sector salud. Por estos motivos, ahora los políticos y los planificadores usan las CNS como una base desde la cual pueden orientar sus políticas de salud.

³² Las estimaciones CNS fueron producidas por primera vez en 1996 por el Banco Central de la República Dominicana y se basaron en datos recolectados de las mayores instituciones involucradas en el financiamiento de la salud, incluyendo al gobierno central y local, dependencias públicas, hogares y empresas privadas.

Guatemala. En Guatemala, las CNS pusieron en evidencia los problemas que impedían el financiamiento de la seguridad social. Se detectó que las contribuciones que el Gobierno de Guatemala (GDG) y las empresas privadas hacían al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), representaban sólo una fracción de lo que debían ser. El incumplimiento de pagos es un problema serio que ha minado la capacidad del IGSS para atender a sus beneficiarios. La magnitud del problema es enorme: la deuda acumulada del IGSS debido al incumplimiento del GDG y las empresas privadas corresponde al 78% del gasto total en salud en Guatemala durante 1998. Además, había un gran interés en las estimaciones CNS para ayudar a desarrollar nuevas estrategias de asignación de recursos como parte del Acuerdo Nacional de Paz. El gobierno de reconciliación había prometido explícitamente aumentar y redistribuir los gastos sociales. Las CNS se utilizaron para supervisar el Acuerdo Nacional de Paz y comprometieron al gobierno a desembolsar el 1.09% del PIB en salud pública en 1998. De acuerdo a las CNS, el gasto en salud del MDS no llega sino al 0.76% de PIB. Esta cifra causó alguna preocupación porque, a primera vista, podía ser interpretada como un fracaso del GDG de satisfacer los objetivos de los acuerdos³³.

Aumentando el gasto en salud. Tal como en los países de la OCED, la tendencia en los países de LAC es que se dedique una parte creciente de la renta nacional al cuidado de la salud. Los motivos son bastante conocidos: una esperanza de vida al nacer más larga, un perfil epidemiológico más complejo, el aumento en el gasto privado (parcialmente debido a la crisis en la entrega pública de servicios), y otros. Sin embargo, hay diferencias en las tasas de crecimiento de los gastos entre países con niveles similares de salud y de cobertura de seguro médico, y hay diferencias en la manera que los fondos se gastan en los diferentes servicios del cuidado de la salud. Los estudios de la RCSLAC proporcionan una mejor base de datos para explicar por qué ocurren estas diferencias.

Gasto privados más devados. En muchos casos, la mayoría del financiamiento de salud viene de fuentes privadas como empresas, ONGs, y hogares. En particular, los datos demuestran gastos crecientes por hogar. Por ejemplo, en la República Dominicana (donde según las NHA (1996) el gasto total en salud ascendió al 7.3% del PIB), el 78% del mismo fue hecho por el sector privado y el 62% por los hogares. Estos resultados son comparables a los encontrados en otros países de LAC. En Guatemala, las estimaciones CNS de 1998 encontraron que el gasto en salud de los hogares aumentó considerablemente, del 2.3% al 4.3% del PIB entre 1997 y 1998. Esto, junto con el crecimiento de gastos hechos por empresas y un presupuesto del MDS prácticamente inalterado (como porcentaje del PIB) explica la creciente proporción del sector privado (el 76% del gasto total en salud en 1998, por encima del 64% que se vio en 1997)³⁴. En Honduras, datos

³³ Sin embargo, la cifra del 0.76% se refiere a gastos hechos solamente por el MDS. Para evaluar si se han cumplido los objetivos, los gastos en salud efectuados por otras entidades públicas, como el IGSS, FIS y FONAPAZ, tendrían que ser incluidos.

³⁴ La interpretación de estos resultados debe hacerse con cuidado. Primero, los gastos de los hogares durante 1997 han sido imputados mientras que los datos de 1998 son reales (una encuesta de hogares fue conducida aquel año por el Instituto Nacional de Estadística). Por consiguiente, parte del aumento de los gastos en los hogares se puede explicar como una mejor captura de información. Segundo, el 22% del gasto total en salud atribuido a las empresas se origina sobre todo de las contribuciones obligatorias al IGSS. Si estos gastos son clasificados como privados o públicos depende de cómo se hace la clasificación, o bien a las fuentes de financiamiento en sí o a los agentes de financiamiento que controlan los gastos.

de 1998 muestran que las contribuciones de los hogares como fuente de financiamiento fueron el 44.4% del total (ver la Tabla 7).

Tabla 7. Honduras 1998: Fuentes a agentes de financiamiento

A: Agentes de Financiamiento	De: Fuentes							Total
	Gobierno Central	Gobierno Local	Hogares	Empresas Privadas	ONGs	Donantes	Otros ³⁵	
MDT ³⁶	7,026,400					81,400		7,107,800
Instituto de Seguridad Social ³⁷	15,000,000	2,644,800	94,763,050	215,421,400				327,829,250
Gobierno Local		35,564,233						35,564,233
Fondo de Inversión Social ³⁸	2,820,374					56,408,468		59,228,842
Seguro Médico Privado	1,889,750		45,979,940	89,169,246				137,038,936
IHNFA ³⁹	7,431,962						600,000	8,031,962
ONGs					6,815,800	68,653,900		75,469,700
Teletón							8,096,996	8,096,996
INAH ⁴⁰	11,868,349							11,868,349
IHADFA ⁴¹	3,151,100	963,100					400,000	4,514,200
MDS	1,269,357,900					328,171,900		1,597,529,800
Empresas Privadas				63,985,300				63,985,300
Hogares			1,616,650,639					1,616,650,639
Total	1,318,545,835	39,172,133	1,757,393,629	368,575,946	6,815,800	453,315,668	9,096,996	3,952,916,007

Fuente: PHR HNA Study, 1999. Año modelo, dólares de EE.UU.

En 1995, los hogares en México contribuyeron el 64% del financiamiento en salud, gastando el 4% de su ingreso total en servicios médicos. Los gastos de los hogares se concentraron en el cuidado ambulatorio y en medicinas y, en proporciones inferiores, en cuidados hospitalarios⁴². Una excepción es Nicaragua, donde los hogares fueron responsables de tan sólo el 38% del financiamiento del cuidado de la salud, probablemente porque el sector público es la fuente dominante de financiamiento de los servicios de salud (Rathe, 1998).

Advertencia importante. Como las estimaciones CNS tienden a ser más completas, a menudo causan que las estimaciones del gasto total sean más altas. Desde luego, una recolección de datos aun más detallada puede proporcionar estimaciones más altas. Éste es el caso cuando

³⁵ PANI, Teletón, etc.

³⁶ Ministerio de Trabajo

³⁷ Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

³⁸ Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).

³⁹ Instituto Hondureño Niñez de la y el hogar.

⁴⁰ Universidad Autónoma de Honduras.

⁴¹ Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia

⁴² De acuerdo a Ramírez et al. (1999), el nivel tan alto del gasto en salud de los hogares en México puede llegar a tener consecuencias en la estabilidad de la economía nacional.

información originalmente mal recaudada (por ejemplo, los gastos directos de las empresas) se mejora. Para la República Dominicana y El Salvador, estimaciones más altas tuvieron implicaciones de política bastante significativas.

Financiamiento y provisión organizados verticalmente. Como se ha observado en estudios anteriores, el financiamiento del cuidado de la salud en la región se caracteriza por un alto nivel de "verticalidad", es decir que cada tipo de intermediario de financiamiento - el gobierno, el seguro social, el seguro privado, empresas y hogares - se relaciona casi exclusivamente con proveedores del cuidado de la salud dentro de su misma categoría. Como resultado, las dependencias del gobierno financian hospitales y clínicas públicas; las agencias de seguridad social en gran parte financian sus propios proveedores; y las empresas privadas compran servicios de salud de proveedores privados. Este fenómeno se aplica sobre todo al sector público. Las agencias públicas - expresamente los ministerios financiados con el presupuesto público y las instituciones de seguridad social - compartimentalizan el financiamiento con la provisión. En general, en países de la RCSLAC el seguro privado es muy pequeño. Aunque apoyan principalmente a proveedores privados, los gastos directos de los hogares son el tipo de financiamiento más diverso que hay. La matriz de "Agentes de Financiamiento a Proveedores" muestra claramente este fenómeno (ver, por ejemplo, las Tablas 2 o 10). Los pagos directos de los hogares son la principal fuente del pluralismo, con el flujo de fondos desde los intermediarios de financiamiento cortando a través de varios tipos de proveedores. De acuerdo a los resultados proporcionados por países de la RCSLAC, los pagos de los hogares a las entidades gubernamentales y al seguro social, por lo general en forma de gastos de usuario o co-pagos, típicamente no son una parte significativa del gasto total, ni representan una contribución muy grande a los proveedores estatales o del seguro social. El gasto de los intermediarios de financiamiento del sector privado - a veces una gran parte del gasto total - se dirige principalmente hacia los proveedores privados.

Público vs. privado: diferentes responsabilidades en el financiamiento. ¿Quién paga por los diferentes tipos de servicios? ¿Están financiando una canasta similar de servicios las agencias del gobierno, el seguro social y el sector privado? De una forma aproximada los agentes de financiamiento en los países de la RCSLAC muestran el siguiente patrón: las agencias del sector público (el gobierno y el seguro social) proporcionan la parte más grande del financiamiento para el cuidado preventivo, la promoción de la salud, los hospitales y sus servicios, mientras que los empresas del sector privado - compuesto predominantemente por los pagos de los hogares - financian a médicos individuales, clínicas privadas y la consulta externa⁴³. Por ejemplo, en El Salvador, el 70% de los gastos de hospitalización se incurren en los hospitales del gobierno y del seguro social, mientras que el 91% de los gastos de consulta externa se destina a proveedores privados. El 78% de los gastos de servicios preventivos se dirigen a proveedores gubernamentales y casi el 20% a los proveedores del seguro social (Berman *et al.*, 1999). Desde luego, las distintas proporciones pueden diferenciarse según la especificidad del país (ver la Tabla 8).

⁴³ La consulta externa para el cuidado de las enfermedades incluye muchas intervenciones de salud con alto grado de prioridad incluyendo enfermedades comunes y serias en adultos e infantes.

Tabla 8. Financiamiento público y privado⁴⁴ para los tipos principales de servicios del cuidado de la salud

	Bolivia	República Dominicana	Ecuador	El Salvador	Guatemala	México	Nicaragua	Perú
Servicios de Salud Pública								
Prevención y Promoción	Casi todo público	En gran parte privado	Todo público	Casi todo público	Público en su mayoría	Privado en su mayoría	Casi todo público	Todo público
Seguridad Social Personal								
Cuidado Hospitalario	En gran parte público	En gran parte privado	En gran parte público	Público en su mayoría	En gran parte público	Público en su mayoría	En gran parte público	Público en su mayoría
Cuidado Ambulatorio	En gran parte público	NA	Público en su mayoría	En gran parte privado	Privado en su mayoría	Privado en su mayoría	Público en su mayoría	NA

Fuente: Elaboración del autor sobre Berman *et al.* (1999). Escala en orden de predominio: todo público; casi todo público; en gran parte público; público en su mayoría. La misma escala se aplica al financiamiento privado.

Uniendo a las CNS con otros indicadores. La estimación del gasto total en salud de una nación, que surge de un estudio CNS de gran envergadura, puede ser vinculado a una variedad de otras variables importantes a nivel nacional como la renta nacional (total y per cápita) y la esperanza de vida al nacer. También es ilustrativo explorar cómo los principales factores sistémicos del sector salud, tales como el nivel de cobertura de los seguros de salud en un país, se pueden asociar con el gasto en salud.

Análisis de eficiencia

Las CNS pueden ser usadas para entender la asignación real de recursos y para dar seguimiento a cualquier discrepancia con respecto a lo planificado. Los niveles principales de análisis son tres: por proveedores, por funciones y por insumos.

a) Asignación de recursos por proveedores del cuidado de la salud

Cuando las CNS estiman la distribución del gasto total en los diferentes tipos de proveedores, la matriz representa la asignación de recursos financieros del sector salud por el tipo de proveedor. Si los datos lo permiten, los proveedores pueden ser clasificados según el tipo de propiedad y de las instalaciones.

Tipo de propiedad. El desglose por tipo de propiedad destaca la importancia financiera relativa de los diferentes sectores en la entrega de los servicios de salud. El análisis muestra el flujo de fondos desde los diferentes intermediarios de financiamiento hacia los distintos tipos de proveedores, clasificados por tipo de propiedad: instalaciones gubernamentales, organizaciones sociales de seguro médico, instalaciones privadas con o sin fines de lucro.

⁴⁴ Agentes de financiamiento.

La situación de LAC. Varios de los países de la RCSLAC fueron capaces de estimar la asignación del gasto total a los proveedores según el tipo de propiedad. Ver la Tabla 9. Con las excepciones de Nicaragua⁴⁵ y del Perú, proveedores gubernamentales significaron menos del 29% del gasto total en seis de los ocho países. Para los hospitales y clínicas controladas y operadas por instituciones sociales de seguros, el porcentaje del gasto total fue desde el 5.6% en la República Dominicana hasta el 38.2% en Bolivia. Para los proveedores privados las cifras fueron del 33.2% en Bolivia hasta el 79.5% en la República Dominicana.

Tabla 9. Flujos de fondos a los tipos de proveedores (% del Gasto Total)

	Bolivia	República Dominicana	Ecuador	El Salvador	Guatemala	México	Nicaragua	Perú
Proveedores por Tipo de Propiedad (%)								
Total Público	66.8	20.5	49.7	45.6	59.3	42.7	62.6	65.8
<i>Gobierno</i>	28.6	14.9	28.8	25.1	28.8	9.5	62.6	41.2
<i>Seguro Social</i>	38.2	5.6	20.9	20.5	30.5	33.2	<i>No relatado</i>	24.6
Total Privado	33.2	79.5	41.3	54.3	36.0	57.4	37.4	34.1
No Especificado			8.7		4.6			
Total	100	100	99.7	99.9	99.9	100.1	100	99.9

Fuente: Elaboración del autor sobre Berman *et al.* (1999).

Instalaciones. El análisis según los tipos de proveedor también puede demostrar el flujo de fondos correspondiente a las instalaciones del proveedor: hospitales, centros médicos y clínicas, médicos individuales, farmacias, etc. La asignación hecha según el tipo de instalaciones, tales como hospitales, clínicas, y médicos individuales, muestra donde se consumen los recursos financieros en el sistema de entrega de servicios⁴⁶.

⁴⁵ En Nicaragua, ningún proveedor del seguro médico social fue reportado por lo que las instalaciones gubernamentales llegaron hasta el 62.6% del gasto total.

⁴⁶ Ya que las instalaciones a menudo proporcionan unos tipos diferentes de servicios, los resultados pueden diferir de sobre " la asignación de recurso por funciones " interrupciones.

Tabla 10. Honduras 1998. Agentes de financiamiento a proveedores

A: Proveedores	De: Agentes de Financiamiento												
	Empresas Privadas	FHIS	Gobierno Local	Hogares	IHADFA	IHNFA	IHSS	ONGs	MDS	MDL	Seguro Médico Privado	Teletón	INAH
Centros de Salud Pública		59,228,842	4,994,820		4,238,004	8,031,962			575,021,257				
Clínicas IHSS							62,287,558						
Farmacias				467,602,292									
Gobierno Local			26,619,126										
Hospitales Militares				9,514,243									
Hospitales IHSS				14,205,581			265,541,692						
Hospitales Públicos				186,710,289	276,196				1,022,508,543				
Laboratorios Médicos				18,649,867									
Medicina Natural				909,865									
ONGs			310,717	3,407,603				75,469,700					
Proveedores Privados	63,985,300		3,639,570	913,486,902							137,038,936	8,096,996	
Proveedores de Equipos				2,163,997									
Servicios de Salud Ocupacional										7,107,800			
Servicios de Universidad													11,868,349

Fuente: PHR HNA Study, 1999. Año modelo, dólares de EE.UU.

La matriz de “Agentes de Financiamiento a Proveedores” proporciona un ejemplo útil, ver el caso de Honduras (Tabla 10).

b) Asignación de recursos por funciones del cuidado de la salud

Tradicionalmente en muchos países de LAC, los gastos gubernamentales en servicios de nivel primario siempre han sido inferiores a los de servicios hospitalarios a pesar de que la política oficial le asigna prioridad al cuidado primario. La Tabla 11 muestra el caso de Honduras en 1998.

Tabla 11. Honduras 1998. Agentes de financiamiento a funciones

A: Funciones	De: Agentes de Financiamiento												
	Empresas Privadas	FHIS	Gobierno Local	Hogares	IHADFA	IHNFA	IHSS	ONGs	MDS	MDL	Seguro Médico Privado	Teletón	INAH
Administración	1,687,572				2,626,700		32,782,865	3,773,488	303,337,712		27,407,787.20	1,342,995	6,200,500
Cuidado Hospitalario	56,406,128			557,748,245	276,200		274,065,338		883,138,500		32,889,344.64		
Cuidado Ambulatorio			9,743,485	1,004,759,604	648,200	7,371,962	17,375,068	11,471,403	169,477,300		76,741,804.16		3,683,800
Cuidado Preventivo				52,111,560				54,489,166	106,982,608	7,026,400		146,916	
Educación y Entrenamiento						60,000			35,811,300				
Infraestructura		59,228,842											
Equipamiento	5,891,600			2,031,230			1,311,232		6,557,400			258,659	570,800
Investigación													1,124,300
Otros								5,735,643					288,949
Promoción de Salud			9,212,237		963,100				15,559,700	81,400			
Rehabilitación						600,000	2,294,747		4,371,600			6,348,426	
Saneamiento			16,608,511						72,293,680				

Fuente: PHR HNA Study, 1999. Año modelo, dólares de EE.UU.

La situación de LAC. En los países de la RCSLAC, los gastos de administración, que incluyen principalmente a los del gobierno y del seguro social, abarcaron desde el 6.1% (Nicaragua) hasta alrededor del 30% (Bolivia, República Dominicana, Ecuador) del gasto total. En la República Dominicana y Perú no fue posible separar los servicios hospitalarios de los tratamientos ambulatorios. El cuidado preventivo y la promoción de salud no excedieron al 15.9% en Nicaragua, con un promedio inferior en otros países. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 12. Asignación de recursos a funciones (% del Gasto Total)

	Bolivia <i>a b</i>	República Dominicana <i>a</i>	Ecuador <i>a b</i>	El Salvador	Guatemala	México	Nicaragua	Perú <i>a</i>
Administración	33.2	25.5	34.3	21.2	15.2	11.8	6.1	11.6
Cuidado Curativo	61.4	67	63.4	73.2	80.3	79.2	78	76
<i>Hospitalizado</i>	<i>30</i>	<i>na</i>	<i>42.6</i>	<i>42.1</i>	<i>47</i>	<i>28.5</i>	<i>35.4</i>	<i>na</i>
<i>Ambulatorio</i>	<i>31.4</i>	<i>na</i>	<i>20.8</i>	<i>31.1</i>	<i>33.3</i>	<i>50.7</i>	<i>42.6</i>	<i>na</i>
Cuidado Preventivo y Promoción de Salud	2.9	7.4	2.3	5.5	4.5	9	15.9	12.3
Total	97.5	99.9	100	99.9	100	100	100	99.9

Fuente: Elaboración del autor sobre Berman *et al.* (1999). *a.* Datos no totalmente disponibles. *b.* La administración no pudo ser suficientemente identificada por lo que podría incluir otros gastos.

Esta es un área importante para la investigación futura en el gasto nacional en salud. Los analistas de la RCSLAC generalmente reportaron ciertas dificultades con este tipo de desglose funcional de gastos, sobre todo con datos del sector público. Dependencias del gobierno, especialmente el MDS, tienden a reportar gastos según las categorías de sus presupuestos. A menudo, una dependencia de servicios curativos financiará a hospitales y clínicas, y una parte significativa del cuidado ambulatorio publicamente proporcionado será dada por los hospitales. En contraste, los servicios de salud públicos de prevención y promoción pueden ser financiados

por presupuestos definidos como tal, aunque esto tal vez no incluya gastos fijos para el personal y las instalaciones que apoyan estos servicios. Organizaciones de seguro social de salud también pueden financiar directamente a sus propios proveedores con compras limitadas de servicios de proveedores privados o gubernamentales.

c) Asignación de recursos por insumos en el cuidado de la salud

La asignación de fondos a los diferentes tipos de insumos en el cuidado de la salud puede ser usada para analizar la eficiencia y la calidad de los servicios. Ciertamente, para hacer comparaciones de país a país, la asignación desequilibrada a un tipo específico de insumos - por ejemplo, los salarios (como parte del gasto total) - pueden hacer evidente el problema de eficiencia, mientras que grandes diferencias en los gastos en medicinas y provisiones pueden destacar problemas con la entrega del servicio. Algunas de estas comparaciones son posibles con los datos provenientes de la RCSLAC. La Tabla 13 muestra, para los países de la RCSLAC, la proporción del gasto total de parte de dos tipos de agentes de financiamiento: MDS y la organización de seguridad social nacional (Soc. Ins.). Los gastos se desagregan de acuerdo a tres insumos principales: personal (sobre todo salarios), medicinas y provisiones y otros gastos agregados (para detalles, ver Berman *et al.*, 1999).

Tabla 13. Asignación de recursos a insumos principales (% del gasto total)

(%)	Bolivia		República Dominicana		Ecuador		El Salvador		Guatemala		México		Nicaragua		Perú	
	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.	MDS	Soc. Ins.
Sueldos	58.3	44.7	66.9	71.3	72.2	50.3	47.3	51.3	52.0	50.0	47.9	74.4	37.7	35.7	11.1	28.0
Medicinas y Provisiones	8.8	21.2	16.6	16.5	4.7	29.3	11.5	20.6	21.1	30.9	12.3	9.0	23.5	50.2	8.2	9.4
Otros	32.9	34.1	16.5	12.2	23.1	20.4	41.2	28.1	26.9	19.1	39.8	16.6	38.8	14.1	80.7	62.6

Fuente: Elaboración del autor sobre Berman *et al.* (1999).

¿Salarios o medicinas / provisiones? Aunque las definiciones usadas en los diferentes países de la RCSLAC no sean perfectamente comparables⁴⁷, una generalización parece posible. En estos países, con la excepción del Perú, el MDS parece asignar partes mucho más grandes del gasto total a salarios (comparándolos con medicinas / provisiones) que a los contribuidores al Seguro Social. Los gobiernos deben evaluar sistemáticamente si en sus dependencias públicas no se está gastando lo suficiente en medicinas / provisiones, dado que podría tener un impacto negativo sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

Análisis de datos sugiere problemas en la asignación de recursos. En casi todos los países (con la excepción de México y la República Dominicana), la proporción del gasto de las organizaciones sociales de seguro médico sobre el gasto en medicinas y provisiones es más alta que la proporción que se encuentra en el MDS. Del gasto total en medicinas y provisiones, los

⁴⁷ Gastos de personal pueden o no pueden incluir a los diferentes tipos de personal contratado externamente. El gasto en las medicinas y provisiones - aunque las clasificaciones de la inversión de capital han sido excluidas de esta categoría - puede incluir la compra de cierto tipo de equipo.

Ministerios gastan desde el 4.7% (Ecuador) hasta el 23.5% (Nicaragua), mientras que las dependencias sociales de seguro médico gastan desde el 9% (en México) hasta el 50.2% (en Nicaragua). Lo mismo se sostiene con respecto a gastos de personal⁴⁸. Berman *et al.* (1999) asumen que es más probable que las organizaciones de seguro médico se aseguren de mantener provisiones adecuadas de medicina en sus instalaciones y que sean más sensibles a las percepciones de calidad del consumidor. El caso de Honduras se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14. Honduras 1998. Agentes de financiamiento a insumos

	De: Agentes de Financiamiento												
A: Entradas	Empresas Privadas	FHIS	Gobierno Local	Hogares	IHADFA	IHNFA	IHSS	ONGs	MDS	MDT	Seguro Médico Privado	Teletón	INAH
Alimento					800		17,047,121		47,924,635	1,100,000			
Combustible					163,700		1,311,317		11,843,246	19,459			
Edificios		59,228,842			48,500		655,658		11,260,189	126,978		90,594	
Equipo				2,163,997	159,300	600,000	4,917,439		275,448,221			258,659	570,747
Medicinas				669,230,521	2,200	2,815,000	56,386,631		189,994,900	78,298			470,400
Otros Gastos	63,985,300		35,564,233	945,256,121	597,200		86,219,093	75,469,700	85,103,296	162,921	137,038,936	281,939	
Otras Provisiones					439,300				180,716,012	81,374		1,455,848	4,220,402
Salarios					3,103,200	4,616,962	161,291,991		795,239,301	5,539,770		6,009,956	6,606,800

Fuente: PHR HNA Study, 1999. Año modelo, dólares de EE.UU.

Análisis de equidad

En los países de LAC, la equidad en el acceso a las instalaciones de salud y en el empleo de los servicios es un objetivo común para los diseñadores de políticas. A menudo, el enfoque del gasto público en salud es la inequidad mediante la redistribución de recursos financieros. Sin embargo, se han hecho pocas evaluaciones del grado de cumplimiento. Esta sección resume la escueta información que existe sobre el tema, y perfila los pasos que debían tomarse para mejorarla.

Carencia de información relevante. Muchísimo queda por hacer en este campo en todos los países de LAC. No existen datos detallados sobre los flujos financieros a regiones y a la población indígena, o por género y grupos socio-económicos. Es necesario conseguir tal información. Aunque sólo utiliza agregados por país, las CNS podrían ayudar a llenar el vacío de datos. En combinación con encuestas detalladas de ingresos y gastos de los hogares, las CNS ciertamente pueden proporcionar información para medir el estado actual de la distribución de los servicios de salud, y para dar seguimiento al progreso de las políticas redistributivas.

Gastos regresivos. Aunque raras veces se han usado para analizar cuestiones distributivas, las CNS han demostrado que el gasto de las familias en salud es más grandes de lo que generalmente se piensa, sobre todo en los países pobres. En los países de la RCSLAC, el gasto en servicios para el cuidado personal de enfermedades era desde el 61.4% del gasto total de las familias (Bolivia) hasta el 80.3% (Guatemala). El cuidado preventivo y los servicios de promoción de salud eran desde el 2.3% del gasto total (Ecuador) hasta el 15.9% (Nicaragua), y

⁴⁸ Otros factores como la mezcla de instalaciones, programas y pacientes pueden explicar tales diferencias.

en seis de ocho países era menos del 9% (ver la Tabla 12 y Berman *et al.*, 1999). Estos gastos – en proporción a los ingresos disponibles – tienen una naturaleza sumamente regresiva.

Acceso reducido y distorsiones relacionadas. Los pobres son los más afectados por esta situación. Por ejemplo, recursos financieros escasos afectan la calidad del cuidado de la salud. Ciertamente, el alto nivel de gastos en medicinas puede estar relacionado no sólo con su costo sino también con la auto-medicación, que evita pagar a doctores privados o recibir servicios de mala calidad en facilidades públicas de segunda categoría. Este fenómeno es, tanto una cuestión de equidad, como un problema de eficiencia distributiva: Se sabe muy bien que los pobres, por el costo de oportunidad que tiene, tiende a evitar el cuidado de la salud hasta el momento en que es absolutamente necesario (que por lo general implica un costo más alto); no va al hospital e intenta reducir al mínimo los tratamientos hospitalarios. También, dado que los hospitales normalmente se encuentran dentro de las áreas urbanas, el costo del viaje puede impedir su acceso para los pobres en áreas rurales. Por consiguiente, las salas de urgencias se sobrecargan con enfermos no críticos, y la asignación total de recursos se ve negativamente afectada por la falta de equidad.

La equidad: Efectos sobre las Políticas. Las CNS pueden ayudar al gobierno en sus esfuerzos por aumentar el financiamiento del cuidado de la salud básica y reorientar las prioridades hacia programas rentables. En México, las CNS han despertado la conciencia sobre las disparidades regionales y socio-económicas en el gasto en salud. Esto ha estimulado la reforma en dos áreas: el seguro social médico, que cubre la mayoría de la población, y los esfuerzos renovados del gobierno por alcanzar regiones y poblaciones con bajos niveles de servicios. En la República Dominicana, las CNS se usan para evaluar la distribución de recursos de salud a las diversas clases socio-económicas. Guatemala, Honduras y Nicaragua planean hacer lo mismo, y en este momento están reorientando su recopilación de datos CNS para las estimaciones de 1999.

República Dominicana. Analizando esquemas de consumo y gastos según ingresos, residencia, edad y género, Rathe (1999) evaluó la equidad financiera del sistema de salud dominicano. Los datos de 1996⁴⁹ muestran que la República Dominicana sufre de inequidad en el sector salud y que el gasto en salud pública no es totalmente redistributivo. Al estimar el subsidio gubernamental recibido por cada quintil de ingresos y su proporción sobre el gasto total de los hogares, Rathe encontró que si bien el financiamiento en salud del gobierno central es progresivo (es decir que beneficia más al pobre), el programa del seguro social, que tiene financiamiento público, beneficia más a los ricos. Comparados con otros países de la RCSLAC, en la República Dominicana una parte mucho más grande del gasto de los hogares se consume en salud. Este fenómeno se debe al consumo directo en aspectos relacionados a la salud⁵⁰ (tales como pagos a proveedores privados) y a los honorarios tan altos que se cobran en las dependencias públicas de salud. Este fenómeno es potencialmente regresivo. Es importante aprovechar estas conclusiones para adecuar la reforma del sector salud con el objetivo de aumentar la equidad del sistema.

⁴⁹ NHA 1996 y la encuesta de hogares de 1996 sobre el consumo del cuidado de la salud.

⁵⁰ Ciertamente, debido a la baja cobertura de los seguros, muchos Dominicanos compran directamente los servicios médicos y terminan por pagar más en el análisis agregado total.

Análisis de género. Juzgados ya sea por rentabilidad o por criterios de finanzas públicas, muchos de los servicios de salud para mujeres merecen una mayor inversión y reasignación de recursos (Magnoli, 2000). En la región LAC, sin embargo, algunos servicios claves, tales como el cuidado obstétrico y casos de urgencia relacionados, se ofrecen a los pobres sin subvenciones. Además, hay muy poca información sobre los resultados de políticas de financiamiento orientadas por género. Dado los escasos recursos públicos, se ha puesto sorprendentemente poca atención a las fuentes y usos de los recursos de financiamiento privados en la salud de la mujer (Henderson *et al.*, 1999). Las CNS podrían ayudar porque el análisis del gasto privado y su eficiencia puede permitir que los políticos evalúen mejor las necesidades de financiamiento público en la salud de la mujer, y puede también sugerir estrategias alternativas para la movilización de recursos y para focalizar mejor la inversión en los servicios de salud.

Población indígena. Las estimaciones sobre la distribución del gasto público y privado para la salud entre la población indígena no se encuentran disponibles y deben ser investigadas. Las encuestas de gastos en los hogares debían ser utilizadas en su totalidad para evaluar los niveles actuales de gastos en servicios médicos y, hasta donde sea posible, en servicios médicos específicos incurridos por los indígenas. La recopilación de datos CNS, específicos a la población indígena puede subsanar algunas de estas cuestiones. El análisis debe contrastar los gastos en salud por diferentes niveles de cuidados, áreas de residencia y tipos de proveedores y examinar las percepciones sobre las enfermedades, la utilización de los servicios y las razones para no utilizarlos. Finalmente, las CNS debían ser comparadas con las percepciones y la información sobre usos, para analizar las brechas entre la percepción de enfermedad, las necesidades, usos, y gastos.

Identificación y análisis de los involucrados

Antes de cualquier tentativa de reforma es importante entender a los diversos grupos involucrados, sus opiniones, intereses y poder. Entender las dimensiones de los sectores público y privado es esencial, así como monitorear la evolución de sus respectivos roles; estos son aspectos clave para cualquier política de reforma. Por ejemplo, antes de reorganizar la entrega de servicios de salud es importante tener en cuenta que, en muchos países de LAC, los intermediarios para el financiamiento del sector privado representan una gran parte del gasto total en salud, y que los fondos gubernamentales se dirigen principalmente a los hospitales y servicios públicos de salud, mientras que los servicios de tratamiento ambulatorio son apoyados principalmente por fondos del sector privado.

El papel del sector privado en el financiamiento del cuidado de la salud

La metodología CNS proporciona dos tipos de desgloses distintos con respecto a la mezcla pública-privada en el financiamiento del cuidado de la salud.

Desglose de fuentes de financiamiento. El primero de estos desgloses identifica a las fuentes pública y privada de financiamiento, tal como se define en el marco de las CNS, donde las fuentes se refieren a las entidades que proveen financiamiento a aquellos que son los usuarios finales o quienes compran la asistencia en salud.

Desglose de intermediarios. El segundo desglose relaciona la composición del gasto público-privado con los agentes de financiamiento, que son las entidades que reciben los fondos y los usan para comprar o pagar servicios para el cuidado de la salud⁵¹.

Tabla 15. Mezcla pública-privada: Varios cálculos (% del gasto total)

	Fuentes				Agentes de Financiamiento			
	% Público	% Privado	% Ayuda Exterior	Total	% Público	% Privado	% Ayuda Exterior	Total
Bolivia	56	34	10	100	65	35	0	100
República Dominicana	14	84	2	100	21	78	1	100
Ecuador	35	56	9	100	46	46	9	101
El Salvador	22	72	5	99	46	53	0	99
Guatemala	27	65	8	100	60	40	0	100
México	36	64	0	100	43	57	0	100
Nicaragua	42	41	18	101	68	32	0	100
Perú	38	62	1	101	66	34	0	100

Fuente: Berman *et al.* (1999).

Diferencias. Los dos desgloses se diferencian considerablemente el uno del otro. Esto se debe a que la metodología CNS identifica las contribuciones de las empresas y los hogares a diversos intermediarios de financiamiento, incluyendo contribuciones obligatorias y voluntarias para seguros y otros pagos como gastos de usuario. Ciertamente, en muchos países, el seguro social médico es financiado en gran parte por pagos provenientes de las empresas privadas y de las contribuciones obligatorias de los trabajadores⁵². El desglose de fuentes incluye tres categorías: la pública (incluyendo a las dependencias y empresas gubernamentales), la privada (incluyendo a las empresas privadas y los hogares), y la ayuda externa (incluyendo a todas las fuentes extranjeras de fondos). El desglose de los intermediarios de financiamiento abarca las esferas pública (incluyendo a las dependencias y empresas gubernamentales, y el seguro social médico), y privada (incluyendo empresas privadas de seguros, ONGs, empresas privadas, y hogares). La ayuda externa (principalmente de las ONGs) tiene una importancia menor. La Tabla 15 compara la mezcla pública-privada en términos de las fuentes de financiamiento y de los intermediarios de financiamiento.

La importancia del seguro social médico. En los ocho países de la RCSLAC, la proporción del gasto público es considerablemente más alta para los agentes de financiamiento que para las

⁵¹ Este método es distinto de la presentación habitual que se hace de la mezcla pública-privada en el financiamiento, y que generalmente se muestra analizando los intermediarios de financiamiento. Por ejemplo, siguiendo la práctica del gasto en salud proporcionada por la OCED, las finanzas públicas típicamente incluyen a las dependencias gubernamentales y a las instituciones sociales de seguro, mientras que las finanzas privadas incluye al seguro médico privado, las ONGs, los pagos directos a empresas privadas para el cuidado de la salud y pagos directos de los hogares.

⁵² Es discutible si las contribuciones de seguro social médico se debían llamar impuestos o aportaciones ya que tienen características de ambas. Sin embargo, son claramente diferentes del rédito fiscal general colectado por el Estado que no se destina a la salud. Desde luego, si se considera quién paga los impuestos, en última instancia todo el financiamiento del cuidado de la salud se obtiene de fuentes "privadas". La metodología CNS no desagrega las fuentes de financiamiento gubernamental de acuerdo a quién lleva la carga en última instancia (Berman, 1997).

fuentes. Dado que los "pagadores" del sector público capturan una proporción más grande del gasto total, esta diferencia demuestra la importancia que tienen el seguro social médico y los honorarios pagados por el usuario en el gasto total. Es importante notar, sin embargo, que en algunos de los países, el seguro social cubre a una porción muy pequeña de la población. Por ende, las dudas sobre la eficiencia de estos esquemas parecen ser legítimas.

Tabla 16. Principales intermediarios de financiamiento (% del gasto total)

	Bolivia	República Dominicana	Ecuador	El Salvador	Guatemala	México	Nicaragua	Perú
Gasto en salud per cápita (ESTADOUNIDENSE \$)	39	164	71.2	135	35	168	54	112
Tipo de Pagador / Intermediario								
<i>Dependencias centrales del gobierno</i>	23.9	16.1	23.5	23.0	31.3	9.1	57.5	31.6
<i>Otras dependencias del gobierno</i>	1.4	na	9.6	2.2	na	na	na	9.6
<i>Empresas gubernamentales</i>	2	0.3	na	na	0.2	na	na	NA
<i>Seguro social médico</i>	37.7	4.8	21.5	20.5	27.8	34.3	10.5	24.6
Público Total	65.0	21.2	54.6	45.7	59.3	43.4	68.0	65.8
<i>Seguro médico privado</i>	2.5	7.5	10.3	1.1	3.9	1.4	na	3.1
<i>ONGs</i>	4.0	1.9	1.3	0.2	4.0	na	na	0.8
<i>Pagos directos de las empresas privadas</i>	na	42.7	0.7	na	na	na	na	1.9
<i>Pagos directos de los hogares</i>	28.5	26.62	33.1	53.0	32.8	55.2	32.0	28.4
Total Privado	35.0	78.7	45.4	54.3	40.7	56.6	32.0	34.2
Total	100	99.9	100	100	100	100	100	100

Fuente: Berman *et al.* (1999). Nota: Todos los datos son de 1995 excepto República Dominicana (1996).

La importancia del gasto de los hogares. La Tabla 16 presenta detalladamente la parte del gasto total en salud hecha por los diferentes tipos de intermediarios de financiamiento, con los totales público y privado correspondientes a los de la Tabla 15 (columna derecha, Agentes de Financiamiento). El financiamiento directo por el gobierno abarca desde el 9% hasta el 33% del gasto total en la mayoría de los países, con Nicaragua tomando el 68% del gasto total. Los países de la RCSLAC no son necesariamente las naciones ricas de la región, por lo que los niveles de financiamiento del seguro social son relativamente bajos. El seguro médico privado se encontraba generalmente por debajo del 5% del gasto total, mientras que los gastos directos de los hogares toman un tercio del total en cinco países y más de la mitad del total en dos países.

Modelando el cambio

En cualquier reforma es crítico poder analizar las proyecciones del impacto de las iniciativas de política alternativas. Para esto se requiere de una descripción sistemática del sistema de salud presente y de un modelo cuantitativo para hacer los pronósticos correspondientes. En todos los países de LAC se requiere cada vez más la capacidad de describir cuantitativamente los sistemas de salud así como de crear una gama de los posibles escenarios para así poder responder mejor a las preguntas de los diseñadores de políticas.

Modelos de simulación y proyección. El trabajo diario del departamento de planificación del MDS debía consistir en construir simulaciones sobre la influencia que tiene el gasto en los resultados en salud. En la región, es indispensable crear una metodología de análisis con modelación de escenarios. El objetivo es de construir simulaciones sobre datos CNS detallados y relacionar el gasto con indicadores de salud bien definidos. Las CNS pueden ayudar a esquematizar el modelo: usando información sencilla - el financiamiento del sistema existente – las CNS pueden proporcionar la base para hacer análisis más complejos con respecto a los posibles escenarios del futuro. Por ejemplo, un modelo de proyección basado en CNS ayudaría a calcular - en caso de que se diera un aumento X en los honorarios de los doctores - cuánto aumentaría el costo agregado. También sería posible - suponiendo un aumento de los co-pagos por una cantidad Y - proyectar cuántos fondos se podrían ahorrar en el MDS. Finalmente, se haría más claro entender si el Gobierno, las empresas y los empleados son capaces de pagar por un esquema nacional de seguros. Por ejemplo, Perú y la República Dominicana planean reformar el financiamiento del cuidado de la salud. Las CNS pueden proporcionarles un marco amplio para organizar toda la información, y una base para estimar los gastos y los impactos financieros de las estrategias de reforma.

Seguimiento y evaluación

Las CNS pueden jugar un papel importante en el seguimiento y la evaluación de políticas de reforma.

Seguimiento del tamaño y los actores del sector salud. En casi todos los países de la RCSLAC, las CNS han arrojado estimaciones más altas del gasto total que las hechas en estudios anteriores, con una parte significativa de ese gasto total proveniente del sector privado, sobre todo los correspondientes a gastos directos de los hogares.

Ecuador. Durante varios años, Ecuador ha explorado opciones de reforma significativa en el sector salud. Sin embargo, estos esfuerzos a menudo se han retrasado debido a cambios políticos. En 2000, la reforma se impuso una vez más en la agenda de gobierno y las CNS han contribuido en la elaboración de su diseño, proporcionando la perspectiva más reciente del financiamiento de la salud.

México. En México, las CNS se han realizado tres veces desde 1990. Los resultados han resaltado el tamaño significativo que tiene el sector salud en la economía de México, así como el papel principal que juegan los proveedores privados en el cuidado de la salud.

Dando seguimiento a las reformas. Muchos países han tenido algunos problemas en la utilización de datos CNS para dar seguimiento y evaluar las reformas.

República Dominicana. En la República Dominicana, las CNS se han usado como un instrumento de análisis para dar seguimiento y evaluar el proceso de reforma en el sector salud. Sin embargo, está todavía lejos de ser parte del Sistema de Información Gerencial en el MDS. También, las CNS están lejos de ser usadas - conjuntamente con los indicadores de resultados en salud, modelos de epidemiología, el capital fijo, etc. - para el análisis de rentabilidad y para evaluar la eficiencia y el funcionamiento del sector salud.

Perú. En 2000, las autoridades Peruanas del MDS expresaron su intención de utilizar las CNS para identificar los puntos críticos en el sector salud, dar seguimiento a las políticas y evaluar los cambios. También, las CNS permitieron la discusión sobre los criterios y métodos para sistematizar toda la información.

Dar seguimiento a la descentralización. En Bolivia, las CNS están proporcionando una estimación de la línea de base del gasto nacional en salud que antecede a una descentralización de autoridad hacia los gobiernos locales. Estudios subsecuentes han sido planeados para mostrar como la descentralización del financiamiento está afectando el gasto total y la asignación de gastos a los diferentes tipos de servicios, proveedores e insumos. El análisis CNS ha sido ampliado en México a un nivel estatal, haciendo posible el análisis del impacto de la descentralización fiscal en el sector salud.

Reforma estatal. Las CNS pueden ayudar a la reforma del Estado proporcionando información relevante. Por ejemplo, las CNS pueden aportar datos relevantes para medir el grado en que el MDS cambia su papel de proveedor de servicios a regulador y agente intermediario del financiamiento de la salud. Las CNS también pueden ayudar en el diseño de políticas de salud y en la evaluación de programas de reforma. En 1999 en Bolivia, por ejemplo, durante un taller para iniciar el diálogo sobre la nueva ley de la salud, el presidente de los "Médicos Parlamentarios" – responsables de la defensa de la ley ante el Congreso - solicitó que se hiciera una presentación de los resultados CNS con la participación de las autoridades de salud pública. En Ecuador, las CNS – al estructurar el gasto por sectores (sector público, instituciones y hogares) - fueron útiles para diseñar cambios institucionales y para descubrir la cantidad del gasto de los hogares en productos farmacéuticos. De hecho, los actores relevantes en el sector salud y los líderes del Consejo Nacional de Salud usaron la información CNS para promover una reforma a nivel constitucional: por primera vez en la historia del Ecuador, un capítulo sobre "la Salud" fue incluido en la Constitución. Este capítulo asigna como derecho constitucional la cobertura básica de seguro y promueve la integración de los actores en el sector salud, con el objeto de construir un sistema de salud integrado.

PROBLEMAS PARA REALIZAR Y UTILIZAR LAS CNS

Problemas metodológicos

Para muchos países de la RCSLAC, esta es su primera experiencia con la recolección y el desarrollo de un programa de gasto nacional en salud de gran envergadura. Naturalmente, han surgido muchos problemas. Por lo general, no existen clasificaciones de gasto que se puedan comparar; hay diferencias en las categorías utilizadas por los diversos países aún cuando se utiliza la misma terminología⁵³. Además, a menudo es imposible manipular la información existente bajo la clasificación requerida según el esquema de las CNS. Hay muchas áreas grises en el gasto de la salud sin clasificación ni definición claras. También, con frecuencia las CNS muestran la falta de disponibilidad de datos. Aunque las áreas sin datos completos tienden a no

⁵³ El mismo fenómeno pasó y todavía pasa en países de la OCED cuando recolectan la información del gasto en salud.

ser un componente principal del gasto total en salud (por ejemplo, gastos directos de las empresas privadas para sus empleados o gastos hechos por organizaciones no lucrativas), es importante considerar el asunto de todas formas. Algunos de estos problemas son comunes y podrían ser resueltos más sistemáticamente.

La importancia de un estándar. Para reforzar la comparabilidad de resultados, los países de LAC debían trabajar juntos para desarrollar definiciones estandarizadas y aplicarlas en la clasificación del gasto en salud. Por ejemplo, la información en la RCSLAC sobre el presupuesto y el gasto de los ministerios y del seguro social es difícil de asignar por funciones. La mayoría de estas agencias públicas no tienen todavía un programa sistemático para hacer sus presupuestos y no hacen ninguna distinción de acuerdo a los tipos de servicios de salud, mientras que la organización de sus presupuestos (por ejemplo, agencias dedicadas al cuidado curativo o preventivo) es una representación limitada de los desgloses por función. Por consiguiente, dos matrices importantes (la de Intermediarios de Financiamiento a Proveedores, y la de Intermediarios de Financiamiento a Funciones) son difíciles de preparar, a no ser que las agencias mantengan la información del gasto en un formato más desagregado. Por ejemplo, si el MDS tiene una dependencia que administra los gastos de los hospitales públicos será difícil separar los gastos pertenecientes a consultas dentro o fuera de un hospital. En la República Dominicana, la metodología no se definió estrictamente, y la falta de correspondencia al Sistema de Cuentas Nacional (SCN) fue perjudicial al rigor con que se pretendían realizar las estimaciones. Aunque los resultados fueron consistentes y confiables, no revelaron adecuadamente la nueva estructura del sistema de salud pública que, en aquel año de 1996, se lanzaba a través de un proceso de reforma centrado en la descentralización y en la búsqueda de la eficiencia. En Ecuador, a las CNS les faltó una orientación funcional de los gastos. Ciertamente, la clasificación por funciones, tal como está definido en el marco CNS, no estaba disponible en el presupuesto (por ejemplo, el cuidado primario, secundario, y terciario). La práctica también reveló que se excluían los gastos en las regiones y provincias del gasto total en salud del país y que era necesario identificar claramente artículos relevantes (por ejemplo, productos farmacéuticos). En Nicaragua, la información se clasifica heterogéneamente entre las diferentes instituciones. Durante la colección de datos CNS, faltaba una definición precisa de lo que se debía incluir dentro del sector salud y lo que debía quedar fuera. La carencia de definición hizo más difícil valorar el gasto de los hogares y del sector privado. Además, el procesamiento de datos CNS padeció de métodos confusos para extrapolar la información procedente de las encuestas en el sector privado y los hogares. Las limitaciones principales fueron la agregación de información que impidió un análisis más a fondo de los resultados y la falta de acceso a la información de las ONGs y del sector privado.

Omisiones en la cobertura. La ausencia de estimaciones rutinarias en varios países de la RCSLAC puede inhibir los esfuerzos por mejorar la calidad de los métodos de estimación y resultados correspondientes, porque no enfatiza el grado de incertidumbre que reflejan los datos, y no identifica las áreas donde los esfuerzos deben concentrarse para mejorar las fuentes de información. La omisión de datos conduce a hacer estimaciones bajas, lo cual puede ser significativo para algunas sub-categorías del gasto en salud. Por eso, probablemente es mejor hacer las estimaciones dentro de un rango aceptable utilizando intervalos de confianza (Rannan - Eliya, Somanathan, 1999).

Estimación del gasto privado. Las encuestas a establecimientos de salud debían ser la fuente principal de información para la estimación del gasto privado en salud. Sin embargo, información exacta sobre réditos o gastos casi nunca está disponible, y sólo ocasionalmente algunos proveedores institucionales, tales como los hospitales privados o las empresas, recolectan ese tipo de datos y los hacen accesibles. Sin embargo, si el tamaño de la población total de proveedores es conocido, las CNS pueden basarse en encuestas por muestreo, para hacer una estimación de las ganancias totales en esa población. Para aumentar la exactitud, los datos de ganancias obtenidos en el muestreo inicial de la encuesta, pueden ser comparados con las estadísticas de los insumos (por ejemplo, el número de camas) y las salidas (por ejemplo, los pacientes dados de baja), que las instalaciones privadas a menudo deben reportar a las agencias gubernamentales encargadas de recolectar estadísticas de salud. Si hay una relación fuerte entre estas otras características y las ganancias totales, entonces este método se podría utilizar a escala nacional, particularmente si el tamaño de la muestra es grande.

Productos farmacéuticos. Al estimar los gastos en productos farmacéuticos, los datos debían compararse con la producción y compras farmacéuticas totales. Cuando esto se ha hecho en la RCSLAC, se encontró que las encuestas de hogares subestimaban las compras de medicamentos. En estos casos fue necesario hacer un ajuste ascendente, de acuerdo al consumo de medicamentos y productos farmacéuticos.

Gasto de los hogares. En los países de LAC, el gasto de los hogares es uno de los componentes más grandes del gasto en salud. Sin embargo, la mayoría de estos gastos no se reportan en las estadísticas de los proveedores ni en otras fuentes de información. Por lo tanto, las CNS deben basarse en encuestas de hogares con muestreos representativos a nivel nacional, que registren la utilización de servicios del cuidado de la salud, los gastos y el modelo general de consumo. Sin embargo, estimar el gasto en salud de los hogares utilizando datos de encuestas es una tarea bastante difícil. Un ejemplo puede aclarar la cuestión. Los datos de una encuesta de hogares típicamente incluyen dos tipos de variables: volumen (grado de utilización de los proveedores) y precio. El gasto total es el producto de ambas variables. Sin embargo, estas variables pueden ser reportadas a un nivel más bajo que la realidad debido a la tendencia al olvido, y el nivel de olvido puede no ser el mismo en cada caso⁵⁴. En países de la RCSLAC, donde las encuestas de hogares han sido utilizadas para estimar los gastos privados, la calidad de la información varía considerablemente porque: a) había fuentes de información múltiples y contradictorias; y b) los

⁵⁴ La investigación sugiere que el sub-reportaje generalmente afecta más la tasa de utilización que el precio de los episodios. Los datos de utilización se pueden comprobar a menudo de una forma independiente utilizando fuentes alternativas.

errores muestrales y no muestrales fueron comunes⁵⁵ mientras que la tendencia a la falta de memoria engendró un nivel más bajo en lo que se reportaba⁵⁶.

Modificación requerida en la colección de datos presentes. Para mejorar las CNS se necesitan avances en algunos aspectos.

Identificación de inversiones. Considerando que la mayor parte del gasto público tiende a dedicarse a los salarios y a los insumos básicos para la salud, las inversiones son generalmente bajas, y - a diferencia de los gastos corrientes - no son fáciles de identificar en la versión actual de las CNS. Sin embargo, el bajo peso relativo de las inversiones y la dificultad para clasificarlas, no debían ser motivo para no esforzarse en identificar plenamente la dotación total de capital. La información debe indicar donde se hace la inversión (por ejemplo, hospitales, entidades de cuidado primario) y donde se deben invertir los nuevos recursos (por ejemplo, ¿la reforma contempla la creación de infraestructura necesaria para aumentar el cuidado primario?). Ciertamente, al saber la cantidad de capital disponible antes de la recolección de datos CNS – así como la cantidad de capital que se va a adicionar marginalmente durante el transcurso del año, la inversión en el sector salud estará mejor orientada, y tal información complementará el Plan Maestro de Inversión en Salud⁵⁷ y otros instrumentos disponibles.

Mejores encuestas. Para mejorar la calidad de datos, se sugiere desarrollar mejores encuestas nacionales de consumo, estandarizando su diseño y agregando secciones de gasto específicas para el cuidado en salud. También es importante ampliar los métodos para validar las estimaciones (por ejemplo, comparando la información del mercado farmacéutico y de otras fuentes). En la República Dominicana, los datos de salud deben ser registrados de una manera más desagregada para que sea compatible con las definiciones y clasificaciones CNS. Hay evidencia de progreso: la estimación del gasto privado ha sido mejorada con la incorporación de un módulo de salud, compatible con las CNS, en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. De la misma manera, los datos del sector público debían hacerse más fácilmente ajustables al formato CNS. En Nicaragua, las CNS pueden ayudar al suministro de una estimación más exacta del gasto de los hogares. Es necesario analizar el impacto del gasto de los hogares sobre el financiamiento del sector salud, sobre programas específicos y por el nivel del cuidado

⁵⁵ Los errores de muestra se entienden bastante bien y pueden corregirse de una manera relativamente fácil en cualquier diseño del marco muestral. Los errores no muestrales son más difíciles de corregir porque están basados en la calidad de los reportes proporcionados por los encuestados (para detalles, ver Rannan - Eliya, Somanathan, 1999).

⁵⁶ El problema principal radica en escoger la longitud del período de recuerdo. La magnitud del sesgo del recuerdo varía dentro de los mismos datos. Normalmente, para un período de recuerdo elegido, los reportes del gasto en cuidados ambulatorios sufren una pérdida de memoria mayor que los reportes del gasto hospitalario. Así mismo, los datos sobre la compra de mercancías se reportan típicamente mejor que datos de compras de servicios. Se ha determinado que el sub-reporte está positivamente asociado con períodos más largos de recuerdo y con las enfermedades crónicas más que con las agudas (es decir, el sub-reporte es más prevalente en el cuidado ambulatorio que en el cuidado hospitalario). Además, el sub-reporte ocurre con más frecuencia cuando los incidentes de salud son considerados vergonzosos o tabú (por ejemplo, enfermedad mentales o de transmisión sexual, el aborto y la curación tradicional). La investigación sugiere que un período de recuerdo de una a dos semanas es el mejor para las visitas ambulatorias y de seis a doce meses para casos de hospitalización (Rannan - Eliya, Somanathan, 1999).

⁵⁷ El original en inglés es Health Investment Master Plan.

(primario, secundario y terciario). También es importante desarrollar un análisis cualitativo y cuantitativo sobre el comportamiento de los flujos financieros del sector privado.

Comprensión por parte de quienes diseñan las políticas

Mientras los tecnócratas y los académicos tienden a pensar que las decisiones debían tomarse en base a la evidencia, la experiencia muestra que el sector salud ha sobrevivido sin ella. La toma de decisiones "irracionales" no siempre se debe a la carencia de información sino a razones políticas. En raras ocasiones, cuando las autoridades de salud pública creen necesitar de información, la solicitan. De LAC, una de las limitaciones principales para el empleo correcto de los resultados CNS es la carencia de interés por parte de los políticos. Ciertamente, en la mayoría de países de la RCSLAC, las CNS no han sido implementadas en respuesta a una agenda específica de política nacional, sino más bien como un instrumento general para el análisis del sistema de salud. Como consecuencia, no hay una conexión explícita entre la reforma del sector salud y las CNS. A veces los que toman las decisiones ni siquiera están conscientes de la existencia de CNS, y, cuando sí lo están, encuentran molesto emplear sus resultados.

Aplicaciones para la política. Aún cuando los datos CNS han sido relevantes para las políticas de salud y reforma, y han sido potencialmente útiles en la toma de decisiones, los políticos del sector salud no los han tomado en consideración; los resultados CNS han tenido una influencia mínima sobre las decisiones tomadas. Por ejemplo, en Ecuador, el poco interés que hubo entre los diseñadores de políticas se originó en la falta de comunicación: ignoraban qué tipo de información se había recogido durante el proceso CNS. En Nicaragua, las autoridades del MDS y del BM utilizaron las CNS como un instrumento para diagnosticar los flujos financieros en el sector salud y para dar seguimiento en el futuro. Sin embargo, no había (ni hay) un interés claro por parte de los responsables de las políticas de salud para utilizar los resultados para el diseño de sus políticas. Es necesario un programa de adiestramiento para mejorar la comprensión de la utilidad que aportan las CNS.

Falta de voluntad política. Para que las CNS se vuelvan operacionales, debe existir un mandato del nivel más alto, acompañado por una línea presupuestaria dentro de la institución que lidera el esfuerzo por completar las estimaciones. En Nicaragua, por ejemplo, debido a que el MDS no mostró un compromiso fuerte, los miembros del equipo tuvieron una disponibilidad de tiempo muy limitada. Si definimos como voluntad política los cambios de políticas y la reasignación de recursos, debemos decir que en los países de la RCSLAC no es evidente la buena voluntad para usar las CNS de manera que contribuya en la toma de decisiones. Hasta ahora, los resultados CNS han sido usados más para integrar informes que para tomar decisiones. En Bolivia, el tema del financiamiento del sector salud ha creado fuerte interés en el MDS y en las Agencias de Cooperación; y los resultados obtenidos por el proceso CNS han sido incorporados en una revisión del Banco Mundial sobre el Gasto Público, que fue aprobada por las autoridades más altas del país y presentada en junio de 1999 al Grupo Consultivo. En Nicaragua, los resultados CNS han sido usados de vez en cuando como referencia en diversos trabajos y reportes para las organizaciones internacionales y en los datos de salud compilados por el MDS. Hoy en día, el Ministro utiliza los resultados (sobre todo datos del gasto público y de los donantes) en sus presentaciones, canal clave para diseminar los resultados. En la República Dominicana, los

diseñadores de políticas mostraron interés y el Comité Presidencial para la Reforma del Sector Salud adoptó las CNS como instrumento de análisis para la toma de decisiones. Para hacer las estadísticas de los servicios públicos compatible con las exigencias de las CNS, se agregó un canal de retroalimentación al sistema de información modular / provincial. Sin embargo, la utilización de las CNS para diseño de políticas no es todavía una práctica estándar. En Perú, debido al bajo interés de los responsables en el diseño de políticas, los resultados potencialmente contradictorios de las CNS no constituyeron ningún problema. En Ecuador y Guatemala, las autoridades nacionales ahora se han esforzado en repetir el ejercicio CNS y sustentar su capacidad futura de trabajo.

¿Qué hacer para aumentar el interés de los diseñadores de políticas? Las CNS debían hacerse de acuerdo a la demanda. Los diseñadores de políticas debían solicitar el tipo de indicadores financieros a ser generados por las CNS. Es probable que esta demanda se haga patente cuando los resultados de las estimaciones sean pertinentes al debate actual de políticas de salud, además que sean también creíbles.

Información pertinente, oportuna y confiable. Para animar a que el MDS utilice las CNS en el proceso de toma de decisiones, es necesario contar con información desagregada, recopilada de acuerdo a las necesidades del cliente y relevante a la agenda de trabajo. Las CNS debían incluir un análisis detallado y desagregado según los distintos programas y regiones, y una mejor utilización de las encuestas de los hogares y del seguro social. La información del sector privado y de las ONGs es todavía insuficiente e incompleta. Por ejemplo, en Nicaragua, la carencia de estimaciones adecuadas sobre el gasto de los hogares - así como las dificultades para obtener información concreta sobre el sector privado (proveedores) - obstaculizaron el empleo de resultados CNS como un instrumento vital para dirigir las reformas en el sector salud. En breve, las CNS debían mostrar información más detallada sobre los flujos financieros del sector salud, y medir la eficiencia y la equidad de los gastos con criterios de género, por grupos socio-económicos y étnicos, y por regiones geográficas. La entrega oportuna de los resultados es también crítica. Por ejemplo, un problema que limitó las CNS en sus implicaciones de política en Ecuador ha sido la tardanza con que se ha publicado la información (datos de 1995 no fueron publicados sino hasta Abril de 1999). Los que tomaban las decisiones juzgaron que la entrega fue demasiado tardía. Para que los resultados sean relevantes a las políticas, el equipo CNS debe ser multi-disciplinario, con especialistas en el campo financiero así como en sistemas de salud, que sean al mismo tiempo técnicamente capaces y conscientes de las implicaciones más amplias de su trabajo. La credibilidad requiere que las estimaciones sean transparentes y participativas, incluyendo a las otras instituciones que funcionan en el sector salud además del MDS. Los datos también deben ser de calidad sólida, lo que requiere de una mejora continua en los métodos de recolección de los datos y el levantamiento periódico de encuestas. En Ecuador, las estimaciones demasiado generales, los altos niveles de agregación, la ausencia de datos rurales y la carencia de información del sector privado fueron las limitaciones principales en el empleo de las CNS. Además, el Ministerio de la Defensa no proporcionó ninguna información (1995 fue un año de guerra con Perú y cualquier información sobre gastos lo mostraría).

Diseminación de las conclusiones principales. Es necesario mejorar la presentación de datos CNS para alcanzar una diseminación y entendimiento más completos sobre los resultados, no

sólo por las autoridades de salud pública sino también por otras instituciones claves (como el Congreso, el MDF, etc.) En Ecuador, la diseminación de resultados fue inadecuada. El empleo de la información fue restringido a un pequeño grupo de técnicos que usaron sólo una parte de los datos. En Nicaragua, el equipo CNS se encuentra trabajando en la limpieza y el ajuste de los datos y en el mejoramiento de los resultados y su análisis para así obtener información detallada por sector que sea útil para la toma de decisiones estratégicas. En Perú, los resultados CNS apenas han sido diseminados y todavía no se han convertido en un instrumento explícito en la toma de decisiones. La información ha sido utilizada más para satisfacer objetivos académicos o para la discusión restringida.

Resistencia para aceptar resultados. En teoría los resultados CNS deben: a) apoyar el diseño de las políticas, b) facilitar la toma de decisiones, c) aportar luz sobre las estrategias en el sector salud, y d) justificar el dar seguimiento a los cambios. En la práctica, todo este proceso puede ser cuestionado cuando se ofrecen resultados que potencialmente no son populares y que generan temor por sus consecuencias políticas. Ciertamente, conclusiones problemáticas pueden hacer que los resultados CNS sean rechazados. Cuestiones que normalmente reducen el entusiasmo por las CNS, sobre todo durante los años electorales, incluyen reportes de un papel del sector público en la entrega de salud mucho menor de lo que fue anticipado, gastos privados demasiado altos o inequidad en las ventajas que obtienen grupos definidos por ingresos, raza y género. Por ejemplo, en la República Dominicana, la pequeña participación del sector público en el gasto nacional se convirtió en una preocupación para las autoridades centrales del MDS. En Guatemala, en 1999 (un año electoral), el MDS tuvo dificultades en el momento en que pretendía diseminar resultados políticamente delicados. En Nicaragua, donde el gasto refleja niveles de países desarrollados - aunque el fenómeno podría ser el resultado de una sobrevaloración del sector privado, particularmente de los hogares, y al cálculo equivocado del PIB - los resultados dejaron perplejas a las autoridades locales y no correspondieron a las expectativas de los diseñadores de políticas. Para incentivar a los diseñadores de políticas a que aprovechen la información CNS, probablemente sería útil analizar y correlacionar los datos CNS con los indicadores del estado de salud de la población.

Institucionalización

La institucionalización de las CNS es uno de los desafíos más significativos a vencer. El objetivo principal en los países de LAC es desarrollar una capacidad sistemática y de largo plazo para poner en práctica las CNS. Tres cosas son necesarias para alcanzarlo: 1) activos en el sentido más amplio de la palabra: recursos humanos, políticos y financieros; 2) un marco organizacional bien definido; y 3) diseñadores de políticas que quieran usar - y por consiguiente solicitar - datos CNS.

Recursos. Para establecer un proceso permanente en la colección, el análisis y la entrega de datos, se hacen necesarios múltiples factores: el trabajo de expertos, voluntad y apoyo político y presupuesto asignado para salarios del personal y gastos en la recolección y elaboración de los datos. Obviamente, recursos deficientes pueden causar muchas dificultades y molestias. En Nicaragua, los que toman las decisiones y las autoridades del sector salud son conscientes de la importancia y el uso de las CNS, y han propuesto, oficialmente su institucionalización. En la práctica, sin embargo, la carencia de personal técnico, recursos, materiales y aun del apoyo de

los diseñadores de políticas han obstaculizado el proceso de las CNS. De hecho, el MDS fue incapaz de designar a un coordinador para el equipo nacional, con capacidad técnica suficiente, un puesto estable, y un sueldo. Por consiguiente, el equipo tuvo cinco coordinadores sucesivos y sus miembros continuamente tenían que orientar y poner al día a los sucesivos coordinadores de proyecto. Sin oficinas para reunirse y sin los recursos necesarios, el equipo CNS tuvo que improvisar constantemente para encontrar un lugar de trabajo, materiales y recursos técnicos.

Creación de una unidad de trabajo. Una unidad de trabajo CNS debía establecerse en el MDS o en el Instituto de Estadística como parte permanente de la estructura de esas organizaciones. La unidad, encabezada por un coordinador bajo la supervisión del director de planificación del MDS, debía ser responsable de producir datos CNS de manera oportuna y confiable. Ninguno de los países de la RCSLAC ha alcanzado esa etapa. En la República Dominicana, la falta de tal unidad de trabajo impidió la institucionalización de las CNS y tuvo un impacto negativo sobre el flujo de información a los actores principales del sector salud. En Perú, las CNS sufrieron de un desorden institucional: al principio, la elaboración de las CNS fue realizada dentro del proyecto "Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud," financiado por el BID, por un comité inter-institucional compuesto por representantes de la Oficina General de Planificación del MDS, la OSP, el MDF, el Banco Central y el Seguro Social. Sin embargo, debido a la pérdida de interés por parte de las autoridades políticas, el comité fue posteriormente despedido. En Nicaragua, fue necesario contratar a una firma internacional de consultoría para realizar las operaciones de las CNS. La relación personal de esta firma con funcionarios militares de alto nivel hizo que fuera posible la inclusión del Ministerio de la Defensa en el equipo técnico.

Demanda por las CNS. Las CNS debían ser una innovación inducida por la demanda (Poullier, 1999). Los diseñadores de políticas debían considerar las CNS como datos necesarios en la toma de decisiones y solicitarlos en el momento que las políticas son diseñadas. Por consiguiente, funcionarios de medio y alto nivel deben ser entrenados en las CNS. De otra manera, la importancia de las CNS será reconocida más en palabras que en la práctica. En Nicaragua, el borrador de un Decreto Presidencial que propone a un comité político inter-institucional para las CNS todavía necesita ser aprobado por la Oficina del Presidente antes de su promulgación. Sin embargo, el MDS creó un grupo de trabajo CNS dentro de la Dirección General de Sistemas de Información.

Diseminación de las CNS. Los resultados CNS pueden ser apreciados desde varios puntos de vista. Por tal razón, el proceso de información, presentación y diseminación de las CNS puede ser una tarea complicada que dañe el proceso de institucionalización. Se necesita buena dirección sobre como presentar y diseminar los resultados CNS adecuadamente.

CONCLUSIONES

Las CNS son el método principal usado para estimar el gasto nacional en salud en los países de la OCED y en un número creciente de naciones en vías de desarrollo. Las CNS describen y dan seguimiento a la totalidad de flujos del gasto en salud en los sectores gubernamentales y no gubernamentales, indicando explícitamente la fuente de los fondos y – a través de los agentes de financiamiento - su destino y usos. Los países de LAC que han carecido tradicionalmente de

datos confiables y oportunos sobre el gasto en salud pueden acortar esta brecha creando y empleando las CNS.

La importancia de la calidad en la información. El financiamiento del cuidado de la salud es un indicador tanto del estado actual como del cambio progresivo en el sistema y, por esta razón, juega un papel cada vez más importante en la agenda política de las organizaciones que proporcionan y apoyan servicios para el cuidado de la salud. La disponibilidad de información de calidad sobre el financiamiento del sector salud es esencial para poder entender el funcionamiento de estos sistemas; es un requisito previo para comprender la necesidad de las reformas y se requieren para medir el impacto de las políticas de reestructuración.

Problemas con la información que no es CNS. Los métodos de recolección de datos existentes en los países de LAC presentan algunos problemas: les falta cobertura porque no utilizan el método holístico para contabilizar los recursos dedicados al sector salud, ignoran los gastos privados y sólo se concentran en programas e intervenciones específicas. Además, porque les falta estandarización, la mayoría de los estudios publicados no son comparables (por ejemplo, las fuentes de información y la metodología no son las mismas, los sesgos en las encuestas no se pueden ajustar cuando se comparan datos del gasto privado y público). Ciertamente, su naturaleza ad-hoc hace que la información que no proviene de las CNS sea inadecuada para dar seguimiento de rutina a los gastos en salud.

Ventajas de las CNS. El método CNS tiene gran cobertura. En un sistema de salud, las CNS deben tomar en cuenta todos los gastos (servicios públicos y privados), los gastos de apoyo y los programas directos. También las CNS hacen posible la estandarización: los marcos de contabilidad y las definiciones de salud homogéneas (OECD, 2000) son los requisitos para la clasificación sistemática de gastos por función⁵⁸. También, las CNS proporcionan la base para hacer mediciones más robustas y confiables en el gasto privado, logrando una mejor comparación entre los países. La validez y utilidad del análisis comparativo depende enormemente de la garantía de que lo que se compara en un país es lo mismo que en otro, con niveles aceptables de exactitud. Por estos motivos, las CNS pueden ayudar a diseñar, dar seguimiento, y evaluar las políticas en términos de quién recibe fondos y lo que producen con ellos. También, las CNS ayudan a entender los efectos que las políticas del cuidado de la salud tienen sobre las fuentes, los intermediarios (agentes de financiamiento) y la asignación de recursos (usos). Las matrices de "Fuentes y Usos" organizan los datos necesarios para hacer tal

⁵⁸ El punto de partida recomendado es el manual del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) desarrollado por la OCED (OECD, 2000). Los principios de la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud de la OCED, en los que se basa la Secretaría de la OCED en su recopilación de datos anuales, han servido en el pasado como un sistema de referencia y con el tiempo se han hecho un cuasi-estándar informal para lograr uniformidad en los reportes sobre sistemas del cuidado de la salud en muchos países. A través de los años, la armonización gradual de conceptos y definiciones así como la mejor comparabilidad entre las cuentas de salud de los países se desarrollaron conjuntamente con la colección anual de datos. El desarrollo gradual de las Cuentas de Salud de la OCED que ocurrió en el pasado, ha inspirado la construcción de las CNS y ha influido en la revisión de las CNS en varios países dentro y fuera de la OCED (Huber, 1999). Para avanzar su trabajo sobre cuentas de salud estandarizadas, la Secretaría de la OCED ha bosquejado un manual del Sistema de Cuentas de Salud (SCS), que proporciona un marco para organizar una familia de tablas interrelacionadas que dan un informe estándar sobre los gastos en salud y otra información no monetaria, incluyendo la tasa de empleo y otras estadísticas de recursos.

tipo de análisis. Todas estas características hacen de las CNS un sistema más conveniente para la medición y seguimiento rutinarios en relación a otros sistemas de contabilidad.

Las CNS de LAC. Experiencias recientes en países de LAC indican que las CNS pueden ser muy útiles en el análisis de la situación existente, identificando a los grupos de interés principales, evaluando las actividades y dando seguimiento a los impactos de las reformas en el sector salud. Aunque las CNS dependen mucho de las condiciones de un país, del diálogo inter-sectorial y de la buena voluntad para producir los datos, se están convirtiendo en la base principal para las comparaciones del gasto en salud entre países. Brevemente podemos decir que en LAC: 1) el número de países que colectan las CNS se está ampliando; 2) la metodología está convergiendo; 3) nuevos métodos están surgiendo (como las CNS específicas a una enfermedad, como HIV/SIDA); y 4) las aplicaciones de las CNS en la política está creciendo. Sin embargo, el futuro de las CNS en los países de LAC es incierto porque los diseñadores de políticas no utilizan estos datos para la toma de decisiones, y porque los mecanismos e incentivos necesarios para institucionalizar su práctica y asegurar su mantenimiento, más allá de su dependencia actual en el apoyo de los donantes, todavía no se ha solucionado.

Pasos siguientes. Para dar seguimiento a la evolución de los sistemas de salud en los países de LAC se requeriría que las CNS fueran puestas en práctica repetidas veces bajo un marco estándar. La RCSLAC ha tomado el primer paso en esta dirección. Mucho queda por hacer, sobre todo en la medición de eficiencia y equidad. Además, la interpretación de los indicadores de salud debía recibir la atención suficiente y ser relacionada contra datos de las CNS.

Problemas metodológicos. Este documento cubrió solamente los problemas principales en la recolección, procesamiento y agregación de datos CNS. Una dicotomía interesante es la siguiente: mientras que la importancia de un estándar común es evidente, es también importante adaptar la recolección de datos a las cuestiones relevantes de la política de salud local. Para hacer estimaciones aproximadas (por ejemplo, el gasto total nacional en salud, y los gastos totales públicos y privados), los estudios CNS debían reportar un intervalo de confianza en sus estimaciones finales. Esto no sólo ayudaría a los usuarios a poder juzgar la propiedad de cualquier conclusión derivada de esos datos, sino que también asistiría en identificar las áreas donde se debían concentrar esfuerzos futuros para mejorar la calidad de las estimaciones. La colaboración, el intercambio, y la diseminación de las experiencias de los equipos de cada país pueden ser útiles a quienes vez estén conduciendo ejercicios CNS por primera vez, así como a los países interesados en comprobar métodos alternativos en la recolección de datos, el análisis o el empleo de resultados.

Aplicación de políticas. Es necesario que se ponga más atención a la utilidad en el uso de las CNS. El suministro de la información CNS, por sí sólo, no va a cambiar el proceso de toma de decisiones en el sector salud. Las CNS se convertirán en un instrumento excelente sólo después que prueben su utilidad para tomar decisiones basadas en la evidencia. También, la probabilidad que las CNS se conviertan en un elemento institucional para el diseño de políticas de salud depende del nivel de utilidad que tengan para el proceso de formación de esas políticas. Por lo tanto, es esencial que los países que ya han producido estimaciones CNS documenten sus

experiencias, diseminen los resultados a colegas dentro y fuera del país y entrenen a sus diseñadores de políticas en el empleo de los datos.

Ajustes públicos / privados. Si bien se requieren recursos adicionales, también se necesita que se empleen bien. Las CNS pueden ayudar a hacerlo: usando información CNS, los gobiernos debían ser más capaces de comprender las tendencias y de considerar su papel como reguladores y agentes de financiamiento para mejorar la eficiencia y la equidad en aquellos servicios que son financiados y entregados predominantemente por el sector privado.

GLOSARIO

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CIECA	Centro de Investigación Económica para el Caribe
CN	Cuentas Nacionales
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
GDG	Gobierno de Guatemala
LAC	América Latina y el Caribe
MDF	Ministerio de Finanzas
MDS	Ministerio de la Salud
MDT	Ministerio de Trabajo
OCED	Organización para Cooperación Económica y Desarrollo
OIT	Organización Internacional de Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
RCSLAC	Red de Cuentas de Salud para América Latina y el Caribe
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
SCN	Sistema de Cuentas Nacional
SRS	Sociedad para la Reforma de la Salud
USAID	US Agency for International Development – (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional).

BIBLIOGRAFÍA

- Abel-Smith, B. 1963. *Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in Six Countries*. Public Health Paper #17. Washington, D.C.: World Health Organization.
- Berman, P. 2000. "What Can the U.S. Learn From National Health Accounting Efforts Elsewhere?" *Health Care Financing Review*. April 2000.
- Berman, P., Arellanes, L., y Henderson, P. *et al.* 1998. *Developing a Regional National Health Accounts Network: The Latin America and Caribbean Experience*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates. Draft.
- Berman, P., Arellanes L., y Henderson, P. *et al.* 1999. *Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional NHA Network*. PHR-LAC-HSR Paper N. 16. April 1999.
- Berman, P. 1997. "NHA in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications". *Health Economics* Vol. 6:11-30, 1997.
- Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. 1998. "Estudio sobre cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud". Bolivia: Unidad de Reforma de Salud. Unpublished.
- CEPAR-USAID. 1998. *Cuentas nacionales de gastos en salud: Ecuador 1995, informe final*. Ecuador: Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud. Unpublished.
- Fundación Mexicana para la Salud. 1998. *Cuentas nacionales de salud*. Unpublished.
- Getzen, Thomas E. (Department of Risk, Insurance and Health Management, Temple University and Director, IHEA). "Multi-level Analysis of Health Care Costs". Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- Govindaraj, R. *et al.* 1997. "Health expenditures in Latin America and the Caribbean". *Social Science and Medicine* 44:157-169.
- Griffin, C.C. 1992. *Health Care in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing*. World Bank Regional and Sectoral Studies. Washington, D.C.: The World Bank.
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública. 2000. *Cuentas Nacionales de Salud, 1998*. Guatemala, Unidad de Planificación Estratégica/Unidad Financiera. MOH. PHR NHA Study, Mayo 2000.
- Hatton, M. 1996. *El Financiamiento Público al Sistema de Salud en la República Dominicana*. Centro de Investigación Económica para el Caribe (CIECA). Versión preliminar e incompleta.
- Henderson, P., Montes, J.L., Glassman, A. *et al.* 1999. *Private Sector Spending on Women's Health in Seven Latin American Countries: Lessons for Health Sector Reform*. Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- Huber, M. 1999. *The OECD International Classification for Health Accounts*. Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- Hurst, J. 1992. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: OECD.
- IADB, Department of Statistics. 1998. <http://www.iadb.org/int/sta/English/StaWeb/>
- Magnoli, A. 2000. *Bridging the Gender Gap in Developing Regions*. INDES Working Papers 1-14, May 2000, Washington D.C.: Inter-American Development Bank.

- McGreevey, W. 1990. *Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank*. World Bank Discussion Papers. Washington, D.C.: The World Bank.
- Molina, R., Pinto, M., González, E. et al. 1999. *Some Issues on NHA Methodology in Latin American Countries*. Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- Murray, C.J.L., Govindaraj, R., y Musgrove, P. 1994. "National Health Expenditures: A Global Analysis". In *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures, and Intervention Packages*, eds. C.J.L. Murray y A.D. Lopez. Geneva: World Health Organization.
- OECD. 2000. *A System of Health Accounts*. Manual, Version 1.0.
- OECD. 1998. OECD Health Data 98. Software.
- PAHO, 1998. *Preliminary Estimates on Health Expenditures in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: PAHO, Public Policy and Health Program, Division of Health and Human Development for Health in the Americas 1998.
- PAHO. 1994. *Health Conditions in the Americas*. Volume I. Washington, D.C.: PAHO, World Health Organization.
- Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P. et al. 1999. *Household Expenditure in Health: Who Pays for What?* Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- Rannan-Eliya, Ravi, P., y Somanathan, A. 1999. *Error in NHA Estimates: Causes and Estimation of Impact on Variance*. Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- Rathe, M. 1999. *Health and Equity: A Look at Health Financing in the Dominican Republic*. Paper presented at the NHA Symposium in Rotterdam. June 1999.
- República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1997. *Informe final: Cuentas nacionales de salud, 1995-1997*. Guatemala: Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.
- Suares, R., Henderson, P., y Barillas, E. et al. 1995. *National Health Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean: Challenges for the 1990's*. PAHO Health Development Series No. 3. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, WHO. Gasto en Salud y Financiamiento: América Latina y El Caribe. Desafíos para la Década de los Noventa. OPS/OMS.
- The World Bank. 1997. *World Development Report 1997*. Washington, D.C.: The World Bank.
- The World Bank. 1993. *Investing in Health. World Development Report*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Vogel, R.J. 1993. *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa*. Westport, CT: Greenwood Press.
- WHO, 2000. *The World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance. WHO Geneva, 2000. Disponible: <<http://www.who.int/whr/>>
- Zschock, 1986. "Medical Care Under Social Insurance in Latin America". *Latin American Research Review* 21(1): 99-122.

RECURSOS DE INTERNET

- Harvard University, School of Public Health, International Health Systems Group (IHSG), 2001. Disponible: <<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/ihsg.html>>
- OECD, 2001. Health Care and Policy. Disponible: <<http://www.oecd.org/els/health/>>
- Partnerships for Health Reform (PHR), 2001. Disponible: <<http://www.phrproject.com/>> - On NHA: <<http://www.phrproject.com/globali/nha.htm>>
- Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative (LACHSR), 2001. Disponible: <<http://www.americas.health-sector-reform.org/english/index.htm>>
- The World Bank, 2001. NHA Home Page. Disponible: <<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/cc99e8a2c3187f6c85256a42006b944e?OpenDocument>>