

HACIA UN ESTANDAR METODOLOGICO COMUN

Informe Regional de la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS) sobre las Consultas para la revisión de un Sistema de Cuentas de Salud (SHA)



Agosto 2011

HACIA UN ESTANDAR METODOLOGICO COMUN

INFORME REGIONAL I DE LA REDACS

Autoría:

Magdalena Rathe,
Coordinadora REDACS y
Directora de Fundación Plenitud
mrathe@fundacionplenitud.org

Dania Guzmán
Coordinadora de Proyectos e Investigadora Asociada
de Fundación Plenitud
dguzman@fundacionplenitud.org

Países Colaboradores:

Argentina
Bolivia
Brasil
Chile
Colombia
Costa Rica
Ecuador
El Salvador
Guatemala
México
Paraguay
Perú
Uruguay



INSTITUTO
Carlos Slim
DE LA SALUD



Fundación
Mexicana
para la Salud



Competitividad
de Salud
Hacia un sistema de salud más eficaz y eficiente



FUNDACION
PLENITUD

INTRODUCCIÓN

SIGLAS Y ABREVIATURAS

Capítulo 1

QUE SON LAS CUENTAS DE SALUD

- 1.1** Definiciones
- 1.2** Límites del gasto en salud
- 1.3** Información para la toma de decisiones

Capítulo 2

PORQUE ESTANDARIZAR LA METODOLOGIA A NIVEL MUNDIAL

- 2.1** Antecedentes
- 2.2** Los acuerdos en el punto de partida
- 2.3** Las consultas y procesos asociados
- 2.4** El proceso de revisión a nivel mundial

Capítulo 3

REVISION DEL ENFOQUE METODOLOGICO

- 3.1** Las consultas regionales en ALC
- 3.2** Conceptos generales, límites y clasificación funcional
- 3.3** Cómo clasificar el financiamiento a la salud, los proveedores y los beneficiarios
- 3.4** Primera versión revisada del SHA v.2
- 3.5** Aportes específicos a la reflexión metodológica

Capítulo 4

LAS REUNIONES DE LA REDACS EN EL MARCO DE LA REVISIÓN SHA

- 4.1** Planes de trabajo y Plan Estratégico
- 4.2** Presentación de avances de los países

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- I.** Lista de participantes consultas revisión SHA y reuniones anual REDACS
- II.** Imagen de los participantes en la tercera consulta de revisión del SHA 2.0
- III.** Plan de trabajo del IHAT
- IV.** Preguntas para discusión revisión SHA 1.0
- V.** Las clasificaciones del SHA v.1 y las clasificaciones propuestas del SHA v.2
- VI.** Estimación de precios y volúmenes – Artículo de M. Rathe y R. Pérez Minaya

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ALC	:	América Latina y El Caribe
BM	:	Banco Mundial
CIIU	:	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
CNS	:	Cuentas Nacionales de Salud
CS	:	Cuentas de Salud
EUROSTAT	:	Statistical Office of the European Communities
FMI	:	Fondo Monetario Internacional
FUNSALUD	:	Fundación Mexicana de la Salud
ICSS	:	Instituto Carlos Slim de la Salud
I&D	:	Investigación y Desarrollo
IHAT	:	Equipo Internacional de Cuentas de Salud
iHEA	:	International Health Economics Association
IHME	:	Instituto de Métricas de Salud y Evaluaciones
ISHMT	:	Listado Reducido Internacional de Causas para la Tabulación de la Morbilidad Hospitalaria
NACE	:	Clasificación Estadística de Actividades Económicas en la Unión Europea
NASA	:	National Aids Spending Assesment
ODM	:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OECD/OECD	:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ONG	:	Organizaciones No Gubernamentales
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud
OS-ALC	:	Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe
PHR	:	Partnerships for Health Reform
REDACS	:	Red de las Américas de Cuentas de Salud
RRHH	:	Recursos Humanos
SCN	:	Sistema de Cuentas Nacionales
SCS	:	Sistema de Cuentas de Salud
SHA	:	System of Health Accounts
USAID	:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

INTRODUCCIÓN

Este documento constituye el *Primer Informe Regional de la Red de las Américas de Cuentas de Salud* (REDACS), la cual es una de las redes temáticas del Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC). Se trata de una iniciativa de la Fundación Mexicana de la Salud (FUNSALUD) y del Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), el cual ha promovido la creación de redes de investigadores en métricas de salud en los siguientes temas:

- Carga de enfermedad y evaluación de riesgos
- Protección financiera
- Cobertura efectiva
- Recursos humanos
- Cuentas de salud

La REDACS agrupa investigadores de la región de América Latina y el Caribe, que se dedican a la producción y uso para fines de política, de la información sobre gasto y financiamiento al sector salud, utilizando las métricas especialmente diseñadas para estos fines. Está coordinada por la Fundación Plenitud, desde la República Dominicana, en la persona de Magdalena Rathe.

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

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

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

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

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

Durante los años 2009 y 2010, la REDACS fue el punto focal para las discusiones técnicas en la región ALC sobre los profundos cambios metodológicos que se habían iniciado en Europa. En efecto, la metodología de elaboración de cuentas de salud que está en proceso de convertirse en el estándar global, se basa en las clasificaciones contenidas en el manual llamado “Un Sistema de Cuentas de Salud” (SHA, según sus siglas en inglés).

La primera versión del SHA – elaborado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) – se publicó en el año 2000. Los países europeos miembros de la organización comenzaron a adoptarlo como su estándar común para reportar gasto y financiamiento a la salud. Dicho manual fue traducido al español en el año 2004. Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), publicaron las clasificaciones del SHA con sugerencias metodológicas sobre cómo aplicarlo en los países en desarrollo. Surge así la Guía del Productor de Cuentas de Salud para Países de Ingreso Medio y Bajo, comúnmente denominada PG.

De esta forma, las cuentas de salud elaboradas con estos lineamientos comenzaron a extenderse por el mundo, habiendo en la actualidad más de 130 países que las realizan consistentemente o al menos las han elaborado alguna vez.

En el año 2007, la OECD, la EUROSTAT (Statistical Office of the European Communities) y la OMS, se embarcaron en un proceso muy ambicioso de revisión de la metodología, modernizando sus clasificaciones para que las mismas pudieran describir mejor el flujo de recursos dentro de sistemas de salud de características muy distintas. También realizaron ingentes esfuerzos por compatibilizar estas estadísticas con las que realizan los países para estimar sus cifras de producción e ingresos nacionales. Las discusiones preliminares se realizaron en Europa y luego la OMS decidió abrir un proceso de consultas en las cinco regiones donde ella trabaja, es decir, en todo el mundo en desarrollo.

Las consultas realizadas en ALC contaron con el apoyo financiero de la OMS y del ICSS. En cuanto al apoyo técnico se contó con la participación en las reuniones de Jens Wilkens, Patricia Hernández y Cornelis J. Van Mosseveld por parte de la OMS y de William Cave y Roberto Astolfi por parte de OECD.

La REDACS fue el punto focal de estas discusiones en la región de América Latina y el Caribe, para lo cual convocó tres reuniones internacionales de expertos, las cuales se realizaron en México, DF, en enero de 2009, en Cuernavaca, México, en junio de 2009 y en Punta Cana, República Dominicana, en septiembre de 2010. El presente informe documenta sobre dicho

proceso, a la vez que incluye los aportes realizados por los expertos de la región a la construcción de una metodología global común.

Las reuniones de consultas constituyeron, también, oportunidad para el fortalecimiento de la REDACS, porque facilitaron la elaboración de un Plan Estratégico y planes de trabajo anuales, que se han ido cumpliendo en la medida de las posibilidades. Esos encuentros acercaron a los investigadores y consolidaron su compromiso con el desarrollo y sostenibilidad de la REDACS a largo plazo. En este informe también se da cuenta de los avances presentados por los países en las reuniones regionales, tanto en la producción, como institucionalización de las cuentas de salud, los cuales sirvieron de base para la elaboración del libro “Estado del Arte de las Cuentas de Salud en la Región de América Latina y el Caribe”.

El presente documento contiene un capítulo introductorio sobre qué son y para qué sirven las cuentas de salud. Luego presenta una explicación sobre la metodología y justifica las razones para modificarla, así como el plan de trabajo internacional para estos fines. Luego documenta los aportes de la REDACS a la revisión metodológica para la construcción de un estándar global y, finalmente, los avances de los países individualmente en este proceso.

Capítulo 1 QUE SON LAS CUENTAS DE SALUD?¹

1.1 Definiciones

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) constituyen un conjunto de matrices o tablas de doble entrada cuyo objetivo fundamental es conocer la estructura y los flujos financieros dentro del sector salud. Entre las preguntas que las CNS pueden contestar se encuentran las siguientes:

- ¿Cuál es el monto total de los recursos que maneja el sistema de salud?
- ¿Cuáles son los distintos agentes y componentes del mismo?
- ¿De dónde provienen y quién asigna los recursos?
- ¿Quién paga, para qué y quién se beneficia de los fondos?

Las primeras iniciativas de formular cuentas de salud en América Latina y el Caribe (ALC) surgieron en México a principios de la década del 90.

En 1997, se lanzó la Red de Cuentas de Salud de Latinoamérica y el Caribe, como parte del proyecto Partners for Health Reform (PHR), de la USAID, con el apoyo técnico de la Universidad de Harvard y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En 2000, la OECD publicó el manual *Un sistema de cuentas de salud* (SHA, por sus siglas en inglés), que presenta un sistema completo de clasificaciones por el cual, desde entonces, se rigen todos los países de esta organización.

En 2003, el Banco Mundial, la USAID y la OMS publicaron la Guía para la producción de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingreso bajo y medio, la cual adoptó las mismas clasificaciones del SHA, añadiendo explicaciones sobre cómo realizar los cálculos y cómo realizar estimaciones en ambientes con escasez de estadísticas. De esta forma, la mayoría de los países que utilizaban la metodología denominada Harvard comenzaron a utilizar las categorías SHA, habiendo ya en el mundo más de 130 países que han aplicado esta metodología al menos una vez.

En 2007 se inició un proceso de revisión de esta metodología SHA, primero en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) y luego mediante un proceso de consultas en todo el mundo liderado por la OMS, la OECD y EUROSTAT. Dicho proceso se encuentra en sus fases finales, esperándose para este año la publicación del nuevo manual SHA, con las sugerencias de técnicos, expertos y usuarios de todos los países para convertirse en el nuevo estándar global para la producción de cuentas de salud.

Este año, el Banco Mundial, con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, así como de la OMS, la USAID, el BID y otros organismos de ayuda al desarrollo, lanzaron el Plan Estratégico Global para la Institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud, con la intención de generalizar la aplicación de las CNS en el mundo entero.

¹ Rathe, M. "Qué son cuentas nacionales de Salud". Revista [i]salud de la Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina, Vol. 5 – No. 25 - Diciembre 2010. Disponible en <http://www.isalud.edu.ar/ediciones-revista.php>

1.2 Límites del gasto en salud

Si consideramos que un sistema de salud está conformado por todas aquellas actividades que tienen como objetivo principal fomentar, mantener y restaurar la salud de una población determinada, podemos entender que bajo el nombre de actividad de salud se comprende un gran número de acciones de diversas naturalezas y difícil clasificación.

Por lo tanto, la definición de qué es o qué no es gasto en salud es un asunto complejo donde deben establecerse algunos criterios comunes que permitan reducir al mínimo las interpretaciones arbitrarias para, de esta forma, poder facilitar las comparaciones entre distintos países y contextos.

Para contribuir con esto último se ha llegado a un conjunto de criterios y definiciones comunes que son compatibles con las normas internacionales que rigen este tipo de actividad. El Sistema de Cuentas de Salud define como actividades de salud aquellas acciones que tienen por objetivo esencial:

- La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- La curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura.
- La provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas.
- La provisión de cuidados a las personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud.
- La asistencia a los pacientes para una muerte digna.
- La provisión y administración de la salud pública.
- La provisión y administración de programas de salud, de seguros de salud y otros mecanismos de financiamiento.

Sin embargo, las CNS abarcan un rango mayor incluyendo actividades de proveedores de carácter informal, no tradicional y hasta ilegal, siempre y cuando la intención final de quien la adquiriera sea fomentar, mantener o restaurar su salud.

Las CNS se elaboran en función del gasto en salud, por lo que las actividades que se incluyen deben estar expresadas en términos monetarios mediante el intercambio o la transacción basada en recursos económicos.

Algunos ejemplos de actividades que son importantes desde el punto de vista de su incidencia en la salud personal pero que no se consideran como gasto por las razones esgrimidas previamente son las siguientes: dejar de fumar, cuidado familiar de una persona enferma, los programas de alimentación y nutrición, y otras por el estilo.

Las CNS se definen para la población de un territorio determinado en un momento histórico específico a partir de una serie de convenciones y limitaciones de carácter espacial y temporal. En sentido espacial, se establece que los gastos de salud no están circunscritos exclusivamente a las fronteras de un determinado territorio y se incluyen: los gastos de ciudadanos y residentes que se encuentran temporalmente fuera del país y las aportaciones de los donantes internacionales que contribuyen con el mejoramiento de la salud. De igual forma, no se incluyen como gasto nacional de salud los realizados por extranjeros que visitan el país y los administrativos de los donantes del sector.

Las CNS son estimaciones que se construyen en función de una amplia gama de informaciones que en ocasiones son difíciles o costosas de obtener o que su confiabilidad puede arrojar dudas. De esta manera, se aconseja utilizar el mecanismo de triangulación, o sea, obtener la misma información a partir de varias fuentes, a fin de elevar el grado de confiabilidad. En sentido general se recomienda hacer esfuerzos especiales para ganar precisión sólo en aquellas partidas que representen más del 2% del gasto total en salud.

Por otro lado, la ausencia de datos en un tema determinado no debe ser obstáculo para que no se realice el ejercicio. Las CNS constituyen una estimación, que es siempre perfectible a lo largo del tiempo. Es preferible aproximarnos a un dato – inclusive basándonos en opiniones de expertos– que no tener ninguno. Esto nos da claridad sobre qué temas tenemos que investigar más profundamente en el futuro.

1.3 Información para la toma de decisiones

El sistema de CNS identifica cuatro fuentes básicas: el sector público, las empresas, los hogares y el resto del mundo. En el caso del gobierno, toma en cuenta los fondos que éste recibe a partir de los impuestos, préstamos externos y otros orígenes; y en el caso de las empresas, las contribuciones al seguro social y otros gastos directos realizados. Los hogares, por su parte, aportan fondos al sistema para realizar pagos directos o lo que se llama comúnmente, gastos de bolsillo. Como resto del mundo, se refiere, fundamentalmente, a las donaciones que provienen del exterior.

Estas cuatro se consideran las fuentes originales de los fondos que circulan dentro del sector salud, que luego serán administradas por entidades que pueden decidir en qué se van a invertir esos recursos: los agentes financieros. Estos agentes son las entidades que toman las decisiones programáticas en materia de salud, es decir, las que adquieren los bienes y servicios transfiriendo recursos económicos a los proveedores.

Algunas entidades pueden jugar varios roles y desempeñarse como fuente y como agente e, incluso, también como proveedor. Los hogares, por ejemplo, aportan fondos al sistema y parte de ellos luego los administran, cuando van a las farmacias y pagan una consulta.

En la mayoría de los países latinoamericanos, el Ministerio de Salud, por ejemplo, actúa como fuente cuando transfiere recursos a una organización descentralizada o a una ONG que, a su vez, decidirá cómo gastar los fondos. Sin embargo, cuando paga a uno de sus propios proveedores (hospitales o centros ambulatorios) o a proveedores privados, actúa como agente de financiamiento.

Los proveedores, como su nombre lo indica, son las entidades que producen los bienes y servicios de salud, es decir, los hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, etc. En el caso del Ministerio de Salud, esta institución puede ser también una proveedora, cuando administra sus propios establecimientos de salud.

En muchos países de América Latina y el Caribe se han introducido reformas al sistema de salud para modificar la organización institucional descrita, proponiendo la separación de funciones como uno de sus principios fundamentales. De esta forma, se propone separar las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios y ese cambio en las estructuras institucionales puede ser apreciado a través de las CNS, una vez comienzan a

ejecutarse las transformaciones estructurales, las cuales son captadas por el flujo del financiamiento.

De hecho, una de las principales tareas del ejercicio de producir cuentas de salud es mapear el sistema de salud desde el punto de vista financiero, identificando los recursos desde su origen hasta su destino final.

Uno de los objetivos principales de las CNS es aportar informaciones relevantes para la toma de decisiones de políticas por parte de las autoridades del sector y, para esos fines, el gasto en salud se presenta de acuerdo a ciertas clasificaciones especiales. Una de ellas es la clasificación funcional, que muestra los servicios que se producen en el sistema de salud, tales como internamientos, consultas, medicamentos, etc. Otra es la clasificación por objeto del gasto, que presenta la misma información pero en forma de servicios personales, no personales, suministros y otros.

De esta forma, las CNS son un conjunto coherente de tablas de doble entrada (matrices) que muestran los flujos financieros dentro del sector salud. Las columnas muestran las entidades que aportan los fondos (fuentes) y las filas, las entidades o funciones que los reciben (usos).

De esta manera las CNS pueden contribuir a mejorar la calidad de las políticas del sector. La información que proveen, permite a las autoridades tomar mejores decisiones, tanto en términos de hacer más equitativo el financiamiento de la salud, como en lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos. Además, permiten monitorear los cambios que se producen en el sector, como resultado de la aplicación de dichas políticas a partir del establecimiento de una línea de base que puede usarse para medir, entre otros asuntos, el impacto de la reforma sobre los costos totales, el logro progresivo de las metas en cuanto a la reasignación de recursos, como así también conocer en detalle quiénes son los que en definitiva se benefician con la reforma.

Capítulo 2

PORQUE ESTANDARIZAR LA METODOLOGIA A NIVEL MUNDIAL

2.1 Antecedentes

La metodología propuesta por OECD en cuentas de salud fue publicada en el año 2000 sin que existiera una base amplia de experiencia en los países de OECD. Si bien países como Francia y los Países Bajos habían creado cuentas de salud desde la década de los 50's, la región como grupo carecía de experiencia. Las estimaciones generadas en OECD en los 80's fueron progresivamente entregadas a la responsabilidad de los países pero en muchos casos, la carencia de recursos y de capacitación técnica hacían difícil la generación de estimaciones. Por esta razón, el manual de la OECD marca desde su inicio, la propuesta de aplicación piloto del material para ser revisado una vez que se hubiera demostrado su utilidad.

Para ese entonces, la experiencia era más amplia en los países de Américas: existía la propuesta de Harvard en la que 8 países discutieron y exploraron la metodología y diversos desarrollos habían sido avanzados: por ejemplo, las cuentas de SIDA a nivel estandarizado, multicéntrico y con un manual escrito.

2.2 Los acuerdos en el punto de partida

La realidad estadística de los países en el mundo hacía difícil la adopción de un manual único que respondiera a todas las necesidades. De hecho, cada país realizó ajustes a su conveniencia sin una guía detallada que pudiera apoyar una real estandarización de los procesos, ni en OECD ni fuera de ese grupo de países.

En Europa la operación de las cuentas de salud fue progresiva y analítica. De hecho, varios proyectos propiciaron progresivamente la revisión conjunta de los avances y la documentación de las experiencias nacionales y regionales. Como resultado, resultaba evidente la necesidad de revisar el SHA de manera que las inconsistencias fueran eliminadas y que se lograra llegar a un siguiente paso en la contabilidad. Esta necesidad era mayor toda vez que una parte de la regulación estadística en la Unión Europea requería contar con cifras de gasto en salud.

La Unión Europea a través de su agencia estadística, la OECD y la OMS venían trabajando en la operacionalización de las cuentas en los países Europeos y resultaban también comprometidas y funcionalmente apropiadas para coordinar la revisión del SHA captando la experiencia acumulada a la fecha. La OMS, con su cobertura en prácticamente la membresía de EUROSTAT, de OECD y de una gran parte de los países del mundo, podría ejercer su compromiso y responsabilidad de asegurar que la captación de cifras de gasto fuera estándar, apropiada y útil.

La revisión fue discutida con los expertos de los países del mundo aprovechando los foros de discusión de las tres organizaciones. Ya que prácticamente en todo el mundo existía experiencia acumulada, se buscó realizar una propuesta consultando las necesidades y reflexiones de los contadores de salud a nivel global. A partir de las consultas se propuso y avanzó el programa de trabajo así como los objetivos y avances, revisando periódicamente los compromisos.

Se acordó que se tratara de asegurar una versión refinada del SHA en la que se asegurara una mayor comparabilidad y mayor capacidad de evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

- Resolver los problemas identificados, los temas no tratados y las necesidades emergentes de información
- Incrementar la calidad y facilitar la construcción de las cuentas
- Promover su uso en la toma de decisiones

Perspectiva política:

- Creciente importancia de las comparaciones internacionales como insumo para la generación de evidencia y toma de decisiones informada
- Creciente importancia del análisis del financiamiento y de los sistemas de salud a nivel nacional e internacional

Perspectiva metodológica:

- Las diversas versiones de cuentas de salud dificulta el análisis de las tendencias internacionales
- Resolver las limitaciones más importantes en la comparabilidad internacional del gasto en salud y para el análisis integral del desempeño de los sistemas de salud
- Resolver las limitaciones de las clasificaciones de cuentas de salud (ICHA)
- Reconciliar las diversas necesidades y las posibilidades analíticas del marco de cuentas de salud.

2.3 Las consultas y procesos asociados

Ya que la idea era captar los puntos de vista de los expertos nacionales, se generaron diversos canales de participación e información con las diversas audiencias de usuarios y generadores de cuentas, como era las reuniones periódicas de cuentas de salud existentes para entonces en OECD y EUROSTAT y los otros foros, como los congresos (iHEA y componentes de cuentas de salud), los grupos de discusión electrónica, reuniones temáticas telefónicas y presenciales con expertos, generación de documentos de insumo a las discusiones y armonización temática. Las reuniones presenciales en cada una de las regiones de la OMS fueron clave para informar a los expertos de las propuestas y desarrollos en discusión, así como para captar los puntos de vista, experiencias y necesidades en cada uno de los casos.

Se realizaron tres reuniones regionales y una reunión de consulta global. En cada oportunidad, se realizaron documentos de discusión y se identificaron los puntos relevantes de discusión, que sin cerrar las propuestas, permitieran una discusión homologa en las regiones y con base en las necesidades locales. Cada reunión generó un reporte con los puntos más relevantes resultado de la discusión y los acuerdos que fueron discutidos y la base para los cambios propuestos en los materiales bajo discusión. En el anexo I se presenta la lista de participantes en cada consulta regional de ALC y en el anexo II una imagen de una parte de los participantes de la reunión de septiembre 2010.

La visión de los expertos fue complementada con experiencias de factibilidad y deseabilidad de implementación de las propuestas en países voluntarios, y especialmente, para asegurar la posibilidad de transferir las series existentes en la nueva propuesta en desarrollo.

2.4 El proceso de revisión a nivel mundial

Con la finalidad de orientar las consultas, la OECD, Eurostat y la OMS desarrollaron un *Marco para el proceso de consulta relacionado con la revisión de The System Of Health Accounts (SHA)*. En el cuadro siguiente se presenta un resumen de los aspectos principales del mismo y en el anexo III se incluye el plan de trabajo desarrollado.

Cuadro I: Resumen del Marco para la revisión del SHA

Introducción: El marco metodológico del SHA es utilizado en un amplio y creciente número de países, miembros o no de la OECD, con la finalidad en países miembros, con la finalidad de producir estadísticas de la financiación y el gasto en salud. El SHA sirvió de base para la *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de bajos y medianos ingresos* (Guía del Productor), publicado por la OMS, Banco Mundial y la USAID en el año 2003. La versión 1.0 fue un trabajo en progreso, a ser revisado tomando en cuentas las experiencias de los países que lo aplicaron, así como las consultas con expertos.

Requisitos definidos para la revisión: a) tener un marco conceptual y una versión ampliada de la clasificación internacional de cuentas de salud; b) mejorar los métodos para la comparabilidad de los GS de los países; c) definir un plan de clasificación de los datos utilizados para el análisis de la sostenibilidad de la financiación, macro-nivel de eficiencia y equidad de la utilización de los recursos y d) obtener información acerca de la salud en la economía nacional y vincularlo con otros sistemas estadísticos, tales como el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN).

Coordinación ente OECD, Eurostat y OMS: Se conformó el Equipo Internacional de Cuentas de Salud (IHAT) para organizar el proceso de revisión del SHA, con su respectivo TDR y un nivel superior integrado por el Jefe de la División de Salud OECD, el Jefe de la Unidad de Estadísticas de Salud, Seguridad y Alimentos de Eurostat y el Jefe del Grupo de Acción Sanitaria de Sistemas de Financiamiento / CNS de la OMS.

Programa de trabajo para la revisión del SHA: 1) definir un plan de los estudios a realizarse o la integración de documentos existentes en uno nuevo, considerando la distribución de la materia en cada unidad, la organización por cada una de ella y los temas claves de las unidades, así como el vínculo entre ellas; 2) invitación a participar a las autoridades nacionales de las oficinas de estadísticas, ministerios de salud, expertos en CS, redes de CS, Comisión Europea, División de Estadísticas de la OECD, Banco Mundial, Bancos Regionales de Desarrollo y FMI.

Principios a ser considerado por los estudios preparado bajo la revisión del SHA: a) considerar los estudios y documentos previos sobre el tema a revisar; b) proponer conceptos y métodos mensurables, es decir, que haya disponibilidad de datos, la viabilidad de recogerlos regularmente y compatibilidad hacia atrás; c) considerar la pertinencia de la comparabilidad y el nivel de la misma, permitiendo soluciones específicas para cada país a un nivel mas desagregado; d) revisión del vinculo con otros sistemas estadísticos – SCN; e) claridad del documento para los expertos en CS y decisores de políticas en cuanto a términos técnicos y complejos, presentando preguntas que los mismos pueden abordar.

Principios para la consulta: a) establecimiento de un sitio web para consulta en línea – aporte de los expertos e interesados; b) consultas organizadas conjuntamente o por separado entre OECD, Eurostat y OMS; c) claridad acerca de si los comentarios de los expertos son realizados a nivel individual o en representación de organizaciones.

Pasos clave en el proceso conjunto de elaboración, consulta y aprobación: a) publicación del IHAT con el programa de trabajo y los documentos para revisión en el sitio web; b) elaboración de una propuesta considerando los comentarios; c) producción del primer borrador, explicando los puntos divergentes y buscando opiniones de los expertos en la consultas programadas; d) luego del consenso se remite al nivel superior el segundo borrador y se publica en la página web; e) de publica la versión revisada del manual SHA 2.0 y se remite a las entidades pertinentes para su aprobación final - OECD, Eurostat y OMS

Fuente: Elaboración propia a partir del documento “Framework for the consultation process related to the revision of the System of Health Accounts (SHA)” de la OECD. Disponible en : <http://www.oecd.org/dataoecd/46/53/40439697.pdf>

Según Jean Pierre Poulrier² la generación de un estándar mundial de Cuentas de Salud es todo un reto, sobretodo porque se espera reconciliar los diferentes requerimientos para construir un sistema estadístico confiable para producir datos de gasto en salud de alta calidad, así como la provisión de datos en forma continua y oportuna a nivel nacional e internacional; tomando en consideración las grandes diferencias en capacidad estadística de los países y de sus diferencias en necesidades de política.

El proceso de consulta global se desarrolló dada la importancia de disponer de normas mundiales para la contabilidad en materia de salud, por lo que la OECD, EUROSTAT y la OMS acordaron colaborar para el perfeccionamiento de las metodologías relativas a las cuentas de salud y los datos sobre el gasto en salud, culminando en la revisión del manual sobre Sistemas de Cuentas de Salud (SCS). La finalidad de la revisión consiste en adecuar la metodología para hacer de ella el marco mundial estándar de contabilidad para las estadísticas sobre gasto en salud y financiación de la salud, si como mejorar el poder analítico del SCS y la utilidad de las directrices estadísticas.

Las consultas no solo se realizaron a nivel de las regiones del mundo, sino que además se dispuso de un sitio web con la finalidad de posibilitar la participación de todos los expertos de país en el proceso, compartir experiencias derivadas de la instrumentación del SCS o de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) y contribuir a desarrollar un nuevo estándar internacional.

Las entidades establecieron que la revisión del manual se debía a que existían algunos aspectos que no habían sido solucionados en la metodología del SCS que incluían³:

- una falta de métodos adecuados para la medición de productos y precios;
- la definición de la frontera entre salud y atención de largo plazo; y
- los límites de la salud pública.

Con el manual revisado se espera proporcionar:

- un marco conceptual depurado, así como una versión revisada y ampliada de la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud;
- mejores métodos y guías más detalladas para incrementar la comparabilidad de los datos sobre el gasto en salud;
- información sobre el papel del sistema de salud dentro de la economía nacional por medio de un marco de referencia estadístico adecuado que se vincule con el Sistema de Cuentas Nacionales.

² Experto en economía de la salud y cuentas de salud. PPT presentada en reunión internacional de CS en Bayahibe, Rep. Dominicana, 2008.

³ http://www.who.int/nha/sha_revision/about/es/index.html

Capítulo 3

APORTE DE LA REDACS A LA REVISION METODOLOGICA

3.1 Proceso las consultas regionales en ALC

Como parte de las actividades de la red de cuentas de salud se produjeron los informes de las tres consultas regionales para la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SCS), los cuales resumen las opiniones de los países de la región ALC en relación con los nuevos estándares metodológicos mundiales para producir las cuentas de salud.

Las dos primeras consultas fueron realizadas en México, durante el año 2009, la primera en enero, en el DF y la segunda en junio, en Cuernavaca. La tercera se realizó en septiembre 2010 en Punta Cana, Rep. Dominicana. Las consultas fueron coordinadas por la Fundación Plenitud, desde República Dominicana, quien tiene a su cargo la coordinación de la REDACS. En todos los casos se contó con la colaboración de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) que, conjuntamente con el Instituto Carlos Slim para la Salud, son los iniciadores del OS-ALC, con sede en México.

3.2 Conceptos generales, límites y clasificación funcional

En el 2009 el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) se encontraba en proceso de revisión con la finalidad de que el mismo se convirtiera en el estándar mundial para la producción de cuentas de salud. Se esperaba que dicha revisión permitiera generar un marco conceptual refinado y una versión adecuada de la clasificación internacional de cuentas de la salud que resultara de mayor utilidad al análisis de políticas de salud. Del mismo modo, se esperaba lograr una mayor compatibilidad con otros sistemas estadísticos, con lo cual se esperaba contribuir a mejorar tanto las estimaciones a nivel de los países como la comparabilidad de los datos sobre gastos en salud en todos los países y a lo largo del tiempo.

La revisión del manual SHA 1.0 fue una actividad de colaboración entre la OECD, Eurostat y la OMS, quienes establecieron un calendario para la revisión unidad por unidad con suficiente tiempo en cada paso del proceso para permitir a los países y expertos a formular observaciones sobre los documentos y contribuir con su aporte. En tal sentido, la OMS inició un proceso de consultas regionales sobre un conjunto de capítulos en borrador del SHA 2.0, entre los países que no forman parte de la OECD.

La primera consulta de la región de América Latina y el Caribe fue realizada en la ciudad de México, del 28 al 30 de enero del 2009. Esta consulta fue organizada por la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS), del Observatorio Regional de la Salud (FUNSALUD / PLENITUD), con el propósito de consultar las opiniones de los productores y usuarios de la región LAC.

En el plan de trabajo para la revisión del SHA se contemplaban 18 unidades. Las reuniones se organizaron para cubrir todas las unidades principales. OECD, Eurostat y la OMS iniciaron la revisión escribiendo borradores de los capítulos de las siguientes unidades:

Unidad 1 - Propósitos y principios del SHA: unidad que estableció un marco común sobre la forma en que el flujo de fondos puede describir un sistema de salud y señala cómo y por qué el nuevo estándar está concebido para comprender el sistema.

Unidad 2 – Límites Globales de la salud: unidad que tiene intención de definir los límites del sector salud, los servicios que se incluyen, cuándo se termina la salud e inicia la asistencia social, en qué medida un enfoque del consumo puede ser complementado con un enfoque de la producción dentro del sector salud, entre otros.

Unidad 5 - Tipos de cuentas de salud: describe los tipos de clasificaciones que deben desarrollarse para el nuevo SHA. Además de la revisión del antiguo SHA, podrían añadirse nuevas clasificaciones tales como las cuentas de ingresos, las cuentas de capital y el comercio internacional en materia de salud.

Unidad 7 - Clasificación funcional de la salud: tiene por intención desarrollar una clasificación funcional basada en el tipo de servicio, que no está vinculada al modo de producción. Esta unidad está estrechamente relacionada a cómo están definidos los límites de la salud.

A la reunión se invitaron contadores y economistas en salud, estadísticos del área de las finanzas públicas y la contabilidad nacional, de los ministerios de salud, o los organismos de estadística y los ministerios de finanzas. Se procuró que hubiera un balance entre productores de cuentas de gasto y financiamiento, tipo SHA, a la vez que contadores nacionales, dado que uno de los objetivos de la revisión era compatibilizar ambos puntos de vista.

Se promovió la participación activa de todos los invitados, mediante la distribución por adelantado del programa de trabajo y los materiales correspondientes a las unidades, primero en versión en inglés y luego las traducciones al español. Asimismo, se solicitó a doce comentaristas que llevaran sus opiniones por escrito para las unidades, las cuales se discutieron en plenarias y en trabajo de grupos. El listado de las preguntas de revisión temática se adjunta en el anexo IV de este informe.

● **Resultados de la Revisión por Tema**

La metodología utilizada en la consulta fue la siguiente: el autor de cada una unidad realizó una exposición sobre el tema; a continuación, un grupo de comentaristas de la región LAC preparó por adelantado una presentación sobre cada una de las Unidades sometidas a consulta. Luego se abrió la discusión a nivel de plenaria. El tercer día, se formaron grupos de trabajo, para responder preguntas específicas elaboradas por los representantes de la OMS, OECD y EUROSTAT, autores de las unidades respectivas. Para fines de este informe, todo el material producido en la consulta se resumió y agrupó intentando responder las preguntas de referencia. Algunos puntos adicionales se añadieron a continuación de las mismas.

UNIDAD 1: Propósitos y principios del SHA

1. Esta unidad es una introducción. ¿Se incluyen todas las áreas que deben ser cubiertas? A modo de introducción. ¿Qué elementos faltan en esta Unidad?

Primero se debe discutir dos tipos de propósitos y aclararlos desde el principio: (a) Propósito de las cuentas de salud; (2) Propósito del manual. Para aclarar los propósitos de las cuentas se propone volver a la revisión de SHA v.1, el texto que se encuentra bajo el título “Criterios

básicos para el sistema de cuentas de salud”. Se sugiere partir de ellos, pero también se llama la atención que estos criterios solo se enuncian pero no se desarrollan en el SHA v.1. Se consideró importante, además de mencionarlos, definirlos y comentarlos más. El manual es el marco teórico y metodológico para la construcción de las Cuentas de Salud. Es un documento técnico dirigido a las personas que hacen las cuentas y no a los que toman decisiones en salud. Se sugirió elaborar otros documentos, para otros fines importantes, uno que contenga guías prácticas y recomendaciones metodológicas para las estimaciones (tal como la Guía de Productores) y otro más sencillo y directo, para apoyar la toma de decisiones.

Se recomendó que el capítulo incluya el tema del análisis de las cuentas y su utilidad y funcionalidad en la toma de decisiones y la gestión de los sistemas de salud. Además, debería contener un punto sobre los Principios de las Cuentas de Salud, el cual podría elaborarse a partir de Criterios Básicos del Sistema de Cuenta de Salud del SHA v.1.

2. La propuesta de la Unidad 1 distingue entre los datos necesarios para la descripción de un sistema de salud y los datos necesarios para el análisis de los objetivos de política pública. Esta distinción entre descripción y análisis de los sistemas de salud ¿es útil? ¿Qué aspectos deberían desarrollarse más?

Las cuentas de salud deben permitir construir un esquema del sistema de salud en lo que concierne a sus flujos financieros y las relaciones institucionales. Es decir, se necesita que proporcione una visión completa del sistema de salud, enmarcado dentro del marco del Informe sobre la Salud Mundial del 2000. Es importante que las CNS sean útiles para medir los objetivos últimos e instrumentales de un sistema de salud, por lo que es necesario recomendar la construcción de un conjunto de indicadores que permitan medir el desempeño del sector salud. Algunos de estos indicadores podrían informar sobre el gasto por niveles de atención, por enfermedad, las diferencias publico-privadas, ofrecer guías para un análisis de la calidad, apoyar la planeación y servir para el monitoreo del sistema, mejorar los sistemas de información, transparencia y la rendición de cuentas (por ejemplo, a través de presupuestos participativos, monitoreo presupuestal por parte de las organizaciones de la sociedad civil, hacer disponible la información para el público, etc.).

El texto actual de la Unidad 1 no hace mención de las cuentas específicas, como por ejemplo, el caso de NASA o cuentas de VIH y SIDA, las cuales responden a las inquietudes que tienen las autoridades del sector. Tampoco menciona la necesidad de incluir a las poblaciones beneficiarias en el análisis.

Otro punto a tomar en consideración es la reducción del énfasis que hay en la Unidad 1 respecto a la comparabilidad internacional; si bien ésta es importante, no debe mencionarse como el principal objetivo ni de las cuentas ni de la metodología para producirlas, pues no constituye una prioridad para los países.

3. El texto propuesto ¿introduce un estándar global para las cuentas de salud de una manera significativa?

Este punto no está claro todavía. Se entiende que la Unidad 1 presenta los propósitos y debe trabajar los principios, al mismo tiempo que ofrece una visión general del resto del documento – pero esto es difícil de abordar hoy al no estar concluido el trabajo en su totalidad. No obstante, aún deben resolverse algunos temas para que el SHA v.02 sea un estándar global y esto se relaciona con sus relaciones con el SNA y las discusiones aún no concluidas sobre los enfoques del consumo y de la producción. Aunque esto se toca parcialmente en la Unidad 5, no está resuelto todavía. Una vez lo esté, deberá reflejarse en la Unidad 1.

4. ¿Existe la necesidad de una descripción más detallada de los principios de SHA? ¿De ser así, como sugiere complementarlo?

Se señaló la ausencia de los principios en la versión actual de la Unidad 1 y se sugirió la adopción/revisión de los que figuran en el SHA v.01.

5. Sugerencias para la estructura y organización del capítulo

La exposición de los contenidos tiene un orden que puede complicar su lectura. Se sugiere iniciar con una referencia al estado de salud, luego hablar de los sistemas de salud como respuesta a este estado de salud. A partir de los sistemas de salud, distinguir los servicios de salud y llegar a las cuentas. En la aclaración del Sistema de Salud, se debe enfatizar que desde el SHA la medición o el corazón de la medición son los servicios de salud y se abren las posibilidades para incorporar otras mediciones más amplias.

Para fortalecer el tratamiento y distinción entre sistemas de salud y servicios de salud se sugirió volver a revisar e incorporar muchos de los aspectos mencionados en el Informe Mundial de Salud (WHO, 2000). La estructura propuesta es la siguiente:

- *Antecedentes*: Debe incluirse las experiencias y fortalezas de las cuentas específicas, para describir mejor los propósitos.
- *Usos de los datos de Cuentas Nacionales de Salud*: Podría tener un tema más sugerente. Cómo aplicaciones para la toma de decisiones.
- *El sistema de cuentas de salud, la salud y los sistemas de salud*: Invertir el orden, decir *Salud, sistemas de salud y cuentas de salud*.
- *Descripción y análisis de los sistemas de salud – necesidad de desarrollo*: Revisar este título, por ejemplo, podría llamarse “*Descripción de las cuentas en salud*” el contenido no describe ni analiza sistemas de salud, más bien discute sobre las características técnicas de la cuenta de salud y cómo éstas al hacer una descripción detallada del sistema de salud apoyan sus análisis y pueden usarse para proveer cambios en las intervenciones y en la política.
- *Propósitos del Sistema de Cuentas de Salud 2.0*: Pasar como punto 4 después de los sistemas de salud. Se sugiere retomar los criterios del SHA 1 como principios de la cuenta de salud.
- *Datos y aspectos estadísticos*: La Unidad debería ser revisada porque es repetitiva y el título no se corresponde al contenido.
- *Resumen de capítulos próximos*: Debe tener el cuidado de ser consistente con los otros capítulos. No entrar en detalle pero hacer una breve mención de los conceptos más importantes, los objetivos y alcances de cada capítulo.

UNIDAD 2: Límites del gasto en salud

1. El marco propuesto para definir los límites de la salud ¿es de utilidad? ¿Es suficiente para describir la compatibilidad del problema de la frontera?

La propuesta de la Unidad 2 no define adecuadamente los límites del gasto en salud aunque aborda una gran parte de los temas necesarios para hacerlo. La Unidad se encuentra en un nivel de desarrollo muy básico y no tiene una estructura clara que hilvane coherentemente los diferentes temas que se abordan. La Unidad 2 requiere mucho trabajo todavía por lo que no es de mucha utilidad en su nivel actual. Es fundamental que defina claramente los límites de la salud así como los criterios de inclusión o no de una actividad en las cuentas de salud.

2. ¿Qué criterios deberían aplicarse para incluir y excluir dentro del gasto en salud?

El criterio fundamental de inclusión o exclusión debe ser si el propósito principal de la actividad es la salud. La consideración de otros criterios, como pueden ser: la existencia de una demanda presente de servicios de salud, la existencia de conocimiento médico, o el conocimiento en salud, para la ejecución de la acción, la presencia de tecnología médica, la participación de profesionales de la salud o la disponibilidad de los datos de la actividad y la posibilidades de su desagregación, introducen elementos importantes pero complejizan y dificultan la evaluación de actividades, por lo que parece mejor descartarlos.

3. ¿Qué componentes de la medicina tradicional, complementaria y alternativa y de la economía no observada deberían incluirse necesariamente en el gasto en salud?

La medicina tradicional en los países donde la misma se encuentra en proceso de sistematización y profesionalización, así como aquellas prácticas de salud alternativa que por su efectividad tienen un reconocimiento de la población y de las autoridades sanitarias del país, deben ser consideradas como actividades de salud, siempre que haya transacciones financieras involucradas. Aunque ciertas actividades puedan reconocerse como “de salud” se puede decidir no incluirlas en las cuentas, dado que muchas veces se carece de los registros y soportes de las actividades económica que las sustentan, por lo que se tendría que recurrir a una estimación arriesgada. Su inclusión sólo se recomendaría cuando existiera suficiente información que hiciera posible producir una estimación basada en metodologías e instrumentos técnicos de estimación científicamente aceptados.

4. La atención a la salud de largo plazo ¿debe limitarse únicamente a los temas médicos o de salud o también deberían considerarse en las cuentas las actividades conexas (como las actividades de apoyo para la vida diaria) y dónde deben establecerse los límites?

Sólo deben considerarse de salud, aquellas actividades cuyo propósito principal es la salud. Por tanto, deben excluirse de la clasificación las actividades que proporcionan apoyo de largo plazo a personas necesitadas, pero cuyo primer objetivo no es la salud.

5. ¿Qué otras sugerencias tiene para la unidad 2?

Se recomienda revisar la estructura de presentación del capítulo para darle más coherencia, así como el estilo de la redacción evitando repeticiones y las ideas truncas o poco claras. Se sugiere retomar la estructura de redacción del SCS.01, basada oraciones numeradas conformadas a partir de unas pocas ideas centrales. Otras sugerencias:

- Evitar la mezcla de conceptos de las cuentas nacionales con los conceptos básicos de las cuentas de salud, porque se crea confusión.
- Desagregar del capítulo las reglas de las cuentas de los criterios para considerar una actividad de salud.
- Evitar el exceso de referencias a otras unidades, las cuales no son conocidas por el lector, por lo que la lectura resulta confusa.
- La Unidad 2 está muy relacionada con la Unidad 7, lo cual está bien que se señale, pero evitando el tema de la clasificación funcional, el cual debe ser reservado para ese capítulo.
- No es convincente la propuesta de un marco de referencia medular y un marco de referencia ampliado de la contabilidad de la salud. Se sugiere sopesar muy bien la conveniencia de este enfoque.
- La Unidad 2 debe definir claramente las posiciones en relación a gran parte de los temas de fronteras globales de la atención de la salud. Muchos de estos temas se mencionan, sin tomar una posición al respecto.

UNIDAD 5: Tipos de cuentas de salud

1. ¿Qué tipos de cuentas de salud deberían ser parte de esta unidad?

El nombre de la Unidad 5 no se corresponde con el contenido. Debería cambiarse el nombre para señalar, por ejemplo “Integración del SHA y el SNA”, o cambiarse el contenido. En relación con los tipos de cuentas de salud, habría que incluir las cuentas específicas, por ejemplo, de VIH y SIDA, de salud reproductiva, de diabetes, etc.

2. Esta unidad, como está escrita actualmente propone una ampliación del SHA hacia una secuencia de cuentas que primero pueda servir para ayudar a desarrollar una descripción completa y coherente del sistema de salud en SHA.2 como fue propuesto pos SCN93. ¿En qué medida el marco propuesto logra esto?

Relaciones y diferencias entre el SHA y el SNA: La Unidad debe aclarar mejor la diferencia entre SNA y SCS y lograr el objetivo de la revisión, esto es, que la relación entre ambos sistemas sea clara y explícita. No se puede aspirar a obtener los mismos resultados porque no miden lo mismo y hay entre ellos diferencias de fondo (por ej. exportaciones, inventarios que no entran al circuito del consumo, etc.). En esencia, lo que se necesita es claridad respecto a qué esperar con cada enfoque, con la convicción de que no son opuestos sino complementarios. Se entiende que las CN informan a la política económica y las CS la política de salud.

Filtros: Se recomienda realizar un trabajo de elaboración de filtros que permitan migrar desde una metodología a la otra. Las fuentes de información que utilizan las cuentas de salud y las cuentas nacionales son las mismas: la diferencia es de compilación y presentación de los datos. Por ello se necesitan puentes entre ambas e interrelaciones claras. Entre las diferencias puede señalarse, por ejemplo, que al medir el gasto en el sector público, no se toma en cuenta el alquiler o la depreciación, puesto que estos no son parte del gasto, aunque sí lo son del costo de producción. En consecuencia, sería fundamental realizar un trabajo de traducción de un sistema al otro.

Triangulación: Es importante que las cuentas midan el equilibrio entre la oferta y la utilización, la producción y el consumo. En este sentido, se debe triangular la información a partir de varias fuentes. Asimismo, se requiere que la información que provean las cuentas esté suficientemente desglosada y sea pertinente, lo cual no siempre logran las cuentas nacionales. En efecto, éstas últimas se construyen desde arriba hacia abajo y, para fines de la estimación de la economía en su conjunto, sólo interesan los grandes agregados. No obstante, a nivel sectorial se necesita la mayor desagregación posible.

Precio y volumen: Se enfatizó la importancia de la estimación del precio y volumen de la producción de bienes y servicios de salud, porque interesa saber si los cambios en el gasto obedecen a un aumento de la producción y del consumo o a la inflación. Otro argumento relacionado con el tema de precio y volumen es que el gasto en el sector público no es igual al que corresponde al sector privado, dado que los precios en ambos sectores no son los mismos. La estimación de precio y volumen funciona bien en el sector privado porque hay precios de mercado por producto, pero en el sector público no es así: el costo se encuentra consolidado a nivel de la unidad de ejecución presupuestaria, por lo que se necesitan aproximaciones metodológicas. El IPC, por su parte, se basa en ponderaciones de encuestas de hogares, lo cual no refleja la mezcla público/privada. A pesar de la importancia de abordar la tarea de estimar precio y volumen de bienes y servicios de salud, se reconoció que muchas veces el desarrollo estadístico de los países no lo hace posible.

Trabajo en equipo y superación de diferencias: Los equipos nacionales no deberían tener que escoger entre una y otra metodología, pues esto ocasiona desgaste y pérdida de recursos. Deberían dedicarse a generar toda la información necesaria y utilizar la que les convenga para uno u otro análisis. Es un desperdicio la existencia de equipos humanos duplicando trabajos en el Ministerio de Salud y en la Oficina de Estadística. Se sugiere la integración de ambos equipos para que se enriquezcan ambos ejercicios.

3. Los países en los que existe información relevante podrían decidir compilar la secuencia de cuentas sugeridas de manera regular. ¿Hasta qué punto la información puede mejorar el control y la potencia analítica de SHA?

La ventaja principal de la secuencia de cuentas sugerida por la Unidad, es la compatibilización de ambos sistemas de cuentas y la explicitación de las diferencias. En los países donde exista la información estadística, la capacidad técnica y el deseo de implementarla, sería muy bueno hacerlo. Esta secuencia permitiría mejorar la potencia analítica del SHA en lo concerniente al aporte del sector salud a la economía nacional, es decir, serviría más a un análisis económico que del sector salud. Se sugiere que se realicen estudios piloto para probar esta propuesta.

4. Otros asuntos

Limitaciones de las encuestas de hogares: Las encuestas tienen muchos sesgos, por ejemplo, las de hogares tienen limitaciones tales como la corta memoria de los entrevistados, la sobrestimación de los gastos en salud, las mentiras sobre los vicios, la debilidad de expandir al universo y al año los resultados levantados de un momento determinado, etc.

Limitaciones de las encuestas industriales: Todas las fuentes de información tienen limitaciones, salvo que provengan de la contabilidad bien llevada (como las ejecuciones presupuestarias del sector público). Los datos de producción del sector privado se obtienen también a partir de encuestas, las cuales, como las de los hogares, tienen también sesgos y limitaciones. No todas las fuentes tienen la misma confiabilidad, por lo cual siempre es fundamental evaluar cual fuente es la más confiable.

Triangulaciones y metadatos: Es muy importante realizar triangulaciones de datos así como informar sobre metadatos, a fin de mejorar las estimaciones. En tal sentido, se sugiere cruzar los datos de oferta con los de consumo y seleccionar los que sean más confiables.

UNIDAD 7: Clasificación funcional de la salud

1. Las categorías de HC1 propuestas, distribuyen el gasto según atención para el manejo de los episodios según sean agudos, crónicos y de larga duración. ¿Considera útil esta distribución? De ser así, ¿como la implementaría?

Es útil, ya que brinda información del gasto de las intervenciones de salud de acuerdo a esos episodios. Es valioso que se quiera integrar el ciclo de vida a la clasificación funcional, pero la Unidad debería desarrollar mejor la relación entre el ciclo de vida y las tres clasificaciones mencionadas. Además, se debería consultar y profundizar más en la conveniencia analítica de la presentación de la información de esta forma para fines de política. Pero probablemente el cuestionamiento más importante fue la viabilidad de la obtención de los datos a partir de los registros e instrumentos que normalmente utiliza el sector salud, cuya contabilidad es normada por las instituciones económicas del estado. Además, esta clasificación supone una innovación que puede tener problemas para ser aceptada por los médicos que están más acostumbrados a tratar con niveles de atención y con patologías.

La clasificación propuesta por el SHA 01 aspiró a ser funcional tratando de enfocarse en el propósito de las actividades directas o de apoyo a la salud, sin haber logrado cumplir cabalmente ese objetivo a la vez que confundía la función con el modo de producción. Sin embargo, la clasificación propuesta tampoco es funcional, en el sentido de que no apunta al propósito o finalidad última de la atención en salud, sino que se orienta al tipo de intervención.

2. ¿Cuáles son las mediciones de funciones de salud que se realizan en su país?

Es una pregunta que resulta difícil responder de manera colectiva, porque es específica de cada país. No obstante, se identificaron algunos criterios comunes, basados en la disponibilidad de información contable y estadística. Entre ellos está la separación de salud individual (atención a las personas) y colectiva, entendiéndose ésta última según la definición económica de los bienes públicos. (Ver más adelante).

3. La clase HC2 se propone para salud pública y prevención, que se propone distribuir como servicios individuales y colectivos. ¿Es esta clasificación útil? ¿Como la implementaría?

No es la clasificación más útil ni más moderna ya que mezcla actividades individuales con colectivas, por lo que el campo de la Salud Pública no resulta claramente deslindado. Es más conveniente hacer una división general de la atención en: a) atención a las personas y b) salud colectiva. Se entiende que la atención a las personas contiene todas las intervenciones que se hacen directamente a seres humanos y, la salud colectiva, aquellas que utilizan medios e instrumentos que apuntan a grupos poblacionales o la sociedad en su conjunto (Ver propuesta más adelante).

4. En su opinión, ¿cuáles son las funciones que esta unidad debería incluir?

Se sugiere partir destacando mejor y desarrollando más ampliamente el marco de referencia propuesto en el Informe de la OMS del 2000, sobre las funciones del sistema de salud. Se deben incluir las actividades de aseguramiento como parte de la función de financiamiento. Además, se requiere de una revisión meticulosa de las categorías para verificar su coherencia y su alcance, antes de sugerir la inclusión de nuevas funciones o de modificar las que están. El trabajo debería iniciar por la revisión del marco conceptual el cual debe orientar las clasificaciones, tanto las de provisión de servicios como las de gobernanza, creación de recursos y financiamiento, que en la propuesta no tienen suficiente sustentación. Asimismo, se debería:

- Hacer una revisión del contenido y la estructura de la clasificación para darle más mayor coherencia en relación a las definiciones de la OMS y otras agencias internacionales.
- Hacer una revisión de forma que mejore la formulación de las clasificaciones y la forma en que las mismas se definen, incluyendo criterios para la desagregación.
- Una vez realizadas las revisiones previas, desarrollar un piloto con dos o tres países voluntarios para evaluar dos aspectos:
 - a) La factibilidad de obtener los datos, agregados o desagregados, requeridos por las nuevas clasificaciones a partir de los registros y reportes existentes.
 - b) Las potenciales conveniencias del análisis de los datos de las cuentas presentados con la nueva clasificación para los tomadores de decisión y los técnicos del sector.

En la sesión de grupos de trabajo sobre la Unidad 7, se ofreció como recomendación la clasificación que se presenta a continuación, que parte de las cuatro funciones básicas del sistema de salud que propone la OMS para el primer dígito. La función de Provisión fue la que más se trabajó en el grupo, dividiendo en atención individual y colectiva a nivel del segundo dígito. Luego los tipos de atención individual se distribuyeron según prevención, atención a

procesos no mórbidos, atención a la morbilidad y rehabilitación. Dentro de la división correspondiente a morbilidad, se incluyeron como ejemplos de un cuarto dígito los tratamientos a enfermos agudos, crónicos, de largo plazo y otros.

Es preciso indicar que las demás funciones – financiamiento, rectoría y formación de recursos – no pudieron ser discutidas a profundidad, por lo que el grupo recomendó continuar la reflexión y las consultas. Una recomendación explícita fue volver a incluir este tema en la consulta de mayo próximo.

Cuadro 2: Propuesta de clasificación de las funciones de salud de la Región de ALC

Primer dígito	Segundo dígito	Tercer dígito	Cuarto dígito (ejemplos)
1. Provisión	1.1 Servicios Personales	1.1.1 Atención Preventiva	Controles Inmunizaciones Detección Precoz Planificación Familiar
		1.1.2 Atención a procesos no mórbidos	Partos
1.1.3 Atención a la morbilidad		Urgencias Agudos (no urgencias) Crónicos Largo Plazo Cuidados Paliativos Bienes y Servicios auto-administrados	
1.1.4 Rehabilitación			
	1.2 Servicios Colectivos	1.2.1 Vigilancia de la salud 1.2.2 Información, comunicación, educación 1.2.3 Salud Ambiental 1.2.4 Preparación y respuesta ante desastres	
2. Financiamiento	2.1 Recaudación		
	2.2 Aseguramiento y asignación		
3. Rectoría	3.1 Desarrollo de planes y políticas de salud		
	3.2 Regulación, incentivos y sanciones		
	3.3 Inteligencia en salud y observatorios ciudadanos		
4. Financiamiento	4.1 Formación de capital fijo		
	4.2 Formación de personal		
	4.3 Investigación y desarrollo		

3.3 Cómo clasificar el financiamiento a la salud, los proveedores y los beneficiarios

La segunda consulta de América Latina y el Caribe para la revisión del Manual de Cuentas de Salud – SCS v.2 – fue realizada del 17-19 de junio de 2009, en Cuernavaca, México, organizada por la REDACS, del Observatorio de la Salud de ALC – a través de la Fundación Mexicana para la Salud, con sede en México y la Fundación Plenitud, con sede en la República

Dominicana, institución esta última que tiene a su cargo la coordinación de la Red. En el Anexo I se incluye la lista de participantes.

El propósito de la reunión fue el de informar a la OECD, EUROSTAT y la OMS – instituciones encargadas de producir el SCS v.2 - sobre la opinión de los expertos de la región en relación con los borradores elaborados sobre los siguientes temas:

- Unidad 9-10, sobre la contabilidad del financiamiento a la salud
- Unidad 8, sobre la clasificación de proveedores
- Unidad 11, sobre la clasificación de beneficiarios
- Unidad 3, sobre conceptos fundamentales de cuentas de salud

Cabe resaltar que durante el proceso de consulta fueron presentados los avances de dos unidades adicionales, que habían sido consultadas en la reunión de enero, con la finalidad de analizar las nuevas propuestas y recibir comentarios sobre las mismas. A continuación, presentamos un resumen de los puntos más importantes tratados sobre dichas unidades:

UNIDAD 2: Fronteras de las cuentas de salud globales

Sobre la definición de las fronteras del gasto en salud, se planteó la dificultad de definir un marco central y uno extenso, indicándose la importancia de mantener la esencia del SHA en este capítulo y dejar su conexión con el SNA para un capítulo especial sobre el tema.

En relación con qué se incluye o excluye, se indicó que hay una tendencia a incluir una amplia gama de intervenciones; pero que debía tenerse en cuenta si era factible su medición en la práctica, sobretodo para países de AL donde los sistemas estadísticos no son tan buenos.

En relación con el criterio de innovación para definir los límites, se cuestionó la factibilidad de la medición, así como los temas de operacionalización y cómo evitar la doble contabilidad.

Se analizó la dificultad para llegar a una definición clara y precisa de los límites del gasto en salud. Entre los temas discutidos se mencionó la delimitación del tipo de proveedores. Asimismo, se indicó la dificultad de diferenciar cuando los gastos básicos de un centro hospitalario van dirigidos a residentes y a no residentes. Por otro lado, se señaló que el Sistema de Cuentas Nacionales no incluye el trabajo no remunerado.

Se recomendó tener dos límites entre la parte conceptual y la parte operativa, ya que dentro del concepto de salud hay operaciones que se registran y otras que no se registran. No restringir el concepto de salud a partir de las acciones que creemos deben ser incluidas, sino que haya criterios de operacionalización. Se estimó que los criterios de consumo final y de que haya conocimiento, no deberían considerarse para establecer o no que actividades se introducirían como gasto en salud. En ese sentido, se cuestionó como se iba a hacer con el caso de la automedicación. Se planteó que el consumo final es una restricción y el conocimiento médico podría complejizar el análisis y llevar a que se contabilice múltiple veces y sea sobreestimado.

Se debatió también sobre el tema de fijar límites a la promoción de la salud, por ejemplo, el caso de la promoción de estilos de vida saludables. Se sugirió el criterio de poder identificar la actividad como un producto.

UNIDAD 7: Clasificación de funciones de salud

Se planteó la necesidad de distinguir entre lo que son las funciones de los que son bienes y servicios de los proveedores. Una cosa es la oferta de servicios principales de salud y otra los bienes intermedios, como serían por ejemplo, los medicamentos, en el caso de los hospitales, dado que estos son producidos por otros proveedores. Otro problema de la clasificación funcional propuesta es que todavía confundía los bienes y servicios que dan los proveedores con la función, la cual está más ligada a los beneficiarios y al consumo de los hogares.

Un factor discutido fue la apertura de las categorías y el hecho de que los datos estén disponibles, siendo que algunas categorías no podrían tenerse tan desagregadas como se planteaban. En ese sentido, se recomienda analizar si era factible mantener la separación, o algunas categorías en particular, como por ejemplo: cómo separar la atención ambulatoria de la día; lo quirúrgico de lo no quirúrgico.

Se indica que cada región está anotando aquellas clasificaciones que les son importantes. Europa probablemente se vaya más a los indicadores de envejecientes y AL a atención infantil. El reto es definir qué sería lo básico para todos los países y qué sería lo particular, pues no van a ser comparables.

En la propuesta de los indicadores presentados, se argumentó, que estaba pesando la atención no hospitalaria; sin embargo, no estaba incluido el tema de la atención y prevención de brotes, que es más que vigilancia epidemiológica y programa de control enfermedades, porque con los casos actuales se estaba demostrando la incapacidad de laboratorios, de la asignación de recursos, etc.

Se plantea que la clasificación funcional necesita más pensamiento, reiterándose que hay confusión entre productos y funciones, donde un paso es partir de cuáles son los servicios y productos de los proveedores y luego, desde el punto de vista de los usuarios, ver a que necesidades satisfacen. Es importante diferenciar que no es lo mismo funciones asociadas al consumo de bienes y servicios que asociadas a actividades. Esto lleva a los límites de la Unidad 2, donde se trata de los servicios a los residentes y no residentes, que está en la definición del SHA 1 y la revisión. Hay dificultad para distinguir si son residentes o no los que reciben los servicios, pues los estados financieros no proporcionan esos datos. Sin embargo, en Rep. Dominicana el tema de salud a no residentes es muy importante, pues existen centros de atención para turistas.

Otros temas de discusión fueron: la formación de capital, ya que la definición se concentra en capitales físicos, no financieros y de RRHH, dejándose de lado la I&D; el manejo conceptual de lo que es comunitario o colectivo, vislumbrándose dificultad en la separación, sobre todo porque hay ONGs que dan servicios de salud pública y sería difícil su ubicación en una u otra categoría; la revisión del término "no salud" porque se sale del ámbito de la salud, podría manejarse el concepto "sistémico o relacionado a la salud".

Finalmente se propone realizar un cuadro comparativo de la clasificación actual y la nueva propuesta, a fines de un análisis que permita establecer los cambios propuestos en contraposición con lo existente. La clasificación funcional es un proceso complejo al que hay que trabajar bastante, pues por un lado está su utilidad para la toma de decisiones y el análisis del sistema de salud, y por otro, está la factibilidad de poder coleccionar la información como se pide. Hay que considerar que a mayor nivel de detalle mayor complejidad en la desagregación

de los datos, los cuales provienen de agentes financieros que difieren en los registros de los proveedores.

Para la revisión de las unidades 3-8-9-10 y 11 se utilizó la siguiente metodología de trabajo consistente en *a.*- presentaciones a cargo de las instituciones responsables de la elaboración de los capítulos, *b.*- comentarios preparados por adelantado por varios expertos de la región, alrededor de tres por cada unidad, *c.*- plenarios de discusión con tiempo suficiente para que todos los presentes pudieran opinar y *d.*- conformación de grupos de trabajo el último día, donde se resumió lo tratado en los dos días anteriores, centrando la discusión en un conjunto de preguntas preparadas previamente por las instituciones autoras de las unidades. El resultado de estas discusiones de grupo fue validado por la plenaria final. El informe de la consulta efectuada en enero 2009 se organiza en torno a dichas preguntas, cuyo texto íntegro se ofrece en el Anexo IV.

UNIDAD 9-10: La contabilidad del financiamiento a la salud

- Los principales propósitos de la contabilidad del financiamiento a la salud fueron bien definidos en el capítulo sobre la contabilidad del financiamiento a la salud. De hecho, se considera esta propuesta como un gran avance en términos de presentar una idea adecuada y moderna del sistema de salud, que permite el análisis de arreglos institucionales diversos. No obstante, se necesita mayor claridad en los objetivos operativos. Por ejemplo, concretar mejor los objetivos en la identificación de los flujos y explicitar para qué sirven; asimismo, aclarar ciertas confusiones de términos, particularmente en lo concerniente a la producción y a las funciones.
- La distinción de esquemas de financiamiento como los bloques de construcción del financiamiento a la salud, las unidades institucionales como agentes y las transacciones, se considera un punto de partida muy adecuado. De hecho, se considera un gran acierto y una innovación, porque permite analizar de manera coherente el sistema de salud y visibilizar los arreglos institucionales que lo componen. Se sugiere adoptar la palabra esquema, en lugar de subsistema dentro de este marco de referencia. En cuanto a las transacciones, aclarar que éstas se dan entre las unidades institucionales, aunque luego se reflejen para fines analíticos como ingresos y egresos de los esquemas.
- Como tema de reflexión, se aporta la idea de que la palabra subsistema podría utilizarse para añadir una nueva dimensión al análisis, puesto que, por ejemplo, el subsistema de protección social contiene las relaciones entre un conjunto de esquemas.
- En relación con las preguntas 3 y 4, sobre si son o no adecuadas las categorías de clasificación ICHA-HF presentadas en los capítulos comentados, se consideró que son un excelente punto de partida, pero se ofrecieron ciertas modificaciones, que no están basadas en cambios de nombres, sino en razones conceptuales, como por ejemplo, la eliminación de la palabra “programas”, que está más vinculada al gasto que al financiamiento. Esta clasificación se presenta a continuación:

H F1. Fondos Gubernamentales

HF1.1. Administración de recursos fiscales para la salud

HF1.2. Aseguramiento obligatorio

Aquí entra todo el aseguramiento, Seguro Nacional, Seguro Social, Seguro Obligatorio Privado, Cuentas de ahorro médico obligatorio, las cuales deberían ir en el nivel del tercer dígito. Asimismo, se sugiere la categoría *otros*, para permitir arreglos institucionales no identificados.

HF.2 Fondos Voluntarios

HF.2.1. Seguros privado voluntario (en el nivel del tercer dígito y dentro de seguro privado voluntario, se sugiere incorporar el seguro privado comunitario y otros).

HF.2.2. Gestión y movilización de fondos para instituciones sin fines de lucro (este nombre expresa el papel de las ONG como agentes de financiamiento y las distingue de las que realizan función de proveedores)

HF.2.3. Empresas

HF.3 Fondos sin intermediación (Hogares)

Se propone que se denomine de esta forma el pago directo de los hogares, para distinguir de otras funciones que realizan los hogares. Esta partida excluye el pago de primas de seguros voluntarios, así como las cotizaciones del régimen de aseguramiento obligatorio. Incluye los co-pagos a proveedores y los pagos de bolsillo.

HF.4. Resto del mundo

Esta categoría se considero adecuada.

Observacion adicional: Hay que reflexionar sobre la contabilidad de casos específicos de co-pagos que se hacen a los aseguradores (caso de Argentina) donde el papel de agencia lo realiza esta última y por tanto, más que un copago podría considerarse una sobre-prima. Estas aseguradoras no son solo privadas, también las hay públicas y mutuales. Otro tema de reflexión es el caso de los seguros de accidentes automovilísticos con cobertura médica y también el tema de donde clasificar los coaseguros.

- En relación con la clasificación de unidades institucionales, se considera más adecuada la tabla 7.a, aunque se hagan mayores distinciones a nivel de los tres dígitos. No obstante, se tienen las siguientes observaciones: (a) Hay una omisión en la tabla 7.a, pues no aparece la distinción entre corporaciones públicas y privadas (IS2). Si se trata de una omisión expresa, no estamos de acuerdo y sugerimos que la distinción se añada; (b) En el cuadro 7.b se distingue entre corporaciones financiera y no financieras en las privadas, pero no se hace este desglose en las públicas; (c) Con relación al “resto del mundo”, en ambos cuadros, se sugiere abrir una categoría adicional: IS5.4 Hogares (residentes en el exterior) para captar una dimensión muy importante: la recepción de remesas destinadas a pagar gastos de salud.
- Las tres preguntas siguientes (6, 7 y 8) se refieren a la contabilización de los ingresos. El cuadro 8 muestra las unidades institucionales pertinentes para ello, la cual se considera adecuada. En relación con los cuadros 9.a y 9.b, para las principales categorías de ingresos, se prefiere la A, proponiendo compatibilizar estas categorías de ingreso con el cuadro propuesto en este informe sobre los esquemas de financiamiento.
- En relación con la pregunta de si estas categorías son adecuadas para el tratamiento de la asistencia externa, se consideró que, en términos generales, parecen adecuadas. No obstante, se hicieron las siguientes sugerencias: (a) Hay que distinguir las diferencias entre donativos y transferencias, toda vez que el borrador solo hace alusión a las transferencias monetarias y no distingue las que se pudieran proporcionar en especie; (b) Es fundamental que se

explíciten claramente las remesas internacionales, dado que en muchos países de América Latina hay evidencias de que el monto de este rubro es el más importante dentro de la categoría “Resto del Mundo”.

- En relación con otras herramientas útiles, se reitera la posibilidad de agrupar los esquemas de financiamiento en subsistemas, tales como el “Subsistema de Protección Social”.

Se considera que esta unidad es un avance y hace una diferenciación positiva en términos operativos con el SHA 1.0. La ventaja principal es que mejora la capacidad de análisis al permitir la construcción de un mapa del sistema de salud. Adicionalmente, al combinar los resultados de estas clasificaciones con la Unidad 11, se enriquece el análisis hacia el tema de equidad, dado que permite mostrar el impacto de cada esquema de financiamiento en la protección social de la población. Esto, a su vez, da respuesta a las necesidades de información de las autoridades de salud, pues ofrece indicadores para un mejor monitoreo de las reformas y desempeño del sistema de salud.

- Con relación a la viabilidad de estas clasificaciones, la opinión generalizada es que son viables, pero se necesita realizar estudios de caso en varios países por región, con sistemas de salud diferentes. Se mencionaron arreglos institucionales específicos, por ejemplo en la República Dominicana y en Argentina, que necesitan reflexión sobre cómo clasificar ciertos esquemas y agentes financieros.

Comentarios de forma: Se recomienda revisar la traducción, pues hay numerosas palabras confusas (“productos de salida” -- producto o producción, según el caso -- o “proveedores de recursos” – ingresos o fuentes de financiamiento -- por ejemplo, cuya traducción no es correcta). Por otro lado, a lo largo de todo el documento se habla solamente de servicios excluyendo los bienes. Se sugiere no usar la palabra “particulares”, referida a los esquemas de financiamiento, porque puede confundirse con “sector privado”.

UNIDAD 8: Clasificación de Proveedores

- No es necesario contar con un vínculo uno a uno entre la nueva HP y las unidades económicas de CIIU y la Clasificación NACE porque la CIIU y la NACE dan cuenta de las actividades económicas agregadas de un país, mientras la vieja y la nueva HP responden a fines más específicos de interés del sector salud. Sin embargo, se reconoce la importancia de la homologación entre las clasificaciones cuando sea posible. Se recomienda incluir un Anexo con las clasificaciones CIIU y NACE, con sus correspondientes HP, así como incluir también los bienes y servicios que estos producen, en base a la clasificación de productos CCP.
- La clasificación propuesta de proveedores incluye, efectivamente, varias clases que son funciones. Esto fue criticado en el transcurso de la reunión. La clasificación HP debe corresponder a estructuras institucionales que realmente representen a un proveedor de bienes y servicios de salud. En este sentido, es posible que deba tomarse como referencia la CIIU o al menos, partir desde ella para identificar estructuras organizacionales. Luego pasar a definir que bienes y servicios (productos) estas instituciones producen y desde allí, pasar a las funciones. Para eso existe (o está en proceso de desarrollo) una clasificación funcional. La clasificación HP debe excluir las funciones.

- El capítulo tiene una sección de criterios para la clasificación de las unidades económicas pero no es lo suficientemente claro y preciso para servir de base a la definición de cada estructura institucional de la clasificación HP. De ahí que se carezca de un marco claro de referencia para ubicar, evaluar y considerar cada una de las clasificaciones presentadas.
- Las preguntas elaboradas permiten reconocer que los autores del manual todavía confunden las categorías de proveedor y de funciones. La forma de asegurar que los nombres sean diferentes se resume en tener muy claros los conceptos de lo que es una función y lo que es un proveedor. Las funciones corresponden a los propósitos de las intervenciones de salud y los proveedores a los individuos y las estructuras organizativas que proporcionan bienes y servicios de salud. Los bienes y servicios de salud pueden servir a diferentes funciones. Por ejemplo, una consulta puede ser parte de la función “atención curativa especializada” y de la función “atención curativa de rehabilitación”. Si nos mantenemos fieles las definiciones conceptuales no debería haber contradicción entre la clasificación funcional y la de proveedores. Como están actualmente en la versión actual del SHA hay, efectivamente, traslape entre funciones y proveedores (tal como había también en la versión anterior).
- Con la versión actual de la clasificación de proveedores se gana lo siguiente:
 - Se incluyen los hospitales universitarios.
 - Se añaden centros de diálisis, que es muy importante en la actualidad por la incidencia de la diabetes.
 - Añade los proveedores de transportación pero los llama erróneamente como la función: transportación de pacientes.
- Con la propuesta se pierde lo siguiente:
 - La denominación de Hospitales Mentales es inferior a la de Hospitales de Salud Mental y Adicciones.
 - Utiliza denominaciones que no son propias de una estructura institucional como son: prácticas y personal.
 - La propuesta 2 de la nueva clasificación incluye industria, vendedores al mayoreo, manufactura, instalaciones de de equipo médico, etc. que de incluirse generaría doble contabilidad ya que estos valores están en los bienes y servicios finales. Lo que se tiene que incluir son los prestadores de bienes y servicios finales de salud más las administraciones de salud y seguridad social.
 - La propuesta nueva denomina consultorio especializado y consultorios generales en los dos dígitos. Es mejor denominar consultorio sólo en dos dígitos y en tres dígitos consultorio especializado y consultorio general, ya que muchas veces sólo se tiene información de los consultorios en general y no habría forma de separarlos en general y especializado. Esto último podría ser parte de un estudio posterior pero, mientras tanto, es preferible tener la posibilidad de englobarlos conjuntamente.
 - La versión nueva opción 1 elimina laboratorios y centros diagnósticos. Sugerimos de suma importancia que se mantengan dado el alto peso que tienen en el gasto en salud ambulatorio.
 - La expresión práctica dental sugiere una función por lo que se recomienda utilizar centros odontológicos.
 - Cambiar Proveedores de Atención Médica Ambulatoria por Proveedores de Atención Ambulatoria ya que dentro se incluyen proveedores que no son médicos.
 - Define los Otros Proveedores de Atención en Salud como establecimientos de salud no médicos; sin embargo, esto no es siempre cierto, dado que muchos de los servicios que

se señalan como ejemplo son ofrecidos por médicos: quiroprácticos, optometristas, especialista de salud mental, terapeutas físicos, etc.

- En la opción 1 se elimina la administración de salud y seguridad social y en la 2 se la incluye. Este es un tema que requiere reflexión y discusión todavía. La administración es una función y la expresión “proveedores de administración” es confusa, dado que estos proveedores no existen. Sin embargo, si se eliminan, habría que determinar cómo resolver el hecho de que las tablas FSxHF y la HFXHP deban tener resultados iguales.
- La nueva versión elimina los proveedores de servicios de medicina de trabajo. Ahora bien, habría que determinar si estos son o no diferentes de los demás proveedores.
- En SHA 1 y en la nueva versión 1 no incluyen los proveedores de formación médica, como son las universidades y centros de formación médica.
- Se recomienda el siguiente orden: Hospitales, Centros de Atención Ambulatoria y Estancias.

Comentarios y observaciones adicionales

- En relación con los proveedores de programas preventivos, consideramos que, dado que los programas preventivos están insertos dentro de las prestaciones de las unidades de salud, no es posible separarlos como tales. Tampoco hay una línea presupuestaria específica o separada para identificar el servicio o la función de atención ambulatoria que proveen los establecimientos. En consecuencia, esta clasificación no tiene sentido.
- Debe llamarse la atención sobre la escasa respuesta del sector privado a los requerimientos de información, lo que puede dar cuenta de pocos y débiles instrumentos de transparencia y competencia.
- El capítulo mezcla conceptos de SCN y SCS. Se entiende que uno de los objetivos de la revisión metodológica es acercar ambos sistemas de cuentas, pero es importante no confundir y mezclar los conceptos. Se deben desarrollar compatibilidades, puntos de contactos y posibles formas de migración de datos.
- La sección sobre los hogares es sobreabundante, al reflexionar sobre su papel en las tres actividades: consumo, prestación y financiamiento. El capítulo 8 se refiere a la función de los hogares como proveedores y esto se encuentra poco desarrollado. En efecto, sería conveniente analizar la apertura del rol de los hogares como proveedores remunerados, al identificar aquellos consultorios y prácticas médicas y no medicas, que se realizan dentro del hogar, de manera informal. Asimismo, sería interesante dar lineamientos para un estudio del trabajo no remunerado que realizan los hogares, para apoyar metodológicamente investigaciones separadas. Se considera que, por ahora, este no debe formar parte de las cuentas por la falta de información y la dificultad en las estimaciones.
- El Capítulo está formulado más como un ejercicio reflexivo que explicativo. Se trata de un producto intermedio entre la reflexión y el manual, de hecho, está lleno de preguntas. Esto es valioso, porque nos da la oportunidad de opinar sobre una versión muy preliminar. No obstante, la siguiente versión debe estar redactada ya en forma de manual y las dudas o aéreas grises, ubicadas como notas de pie, para continuar con la discusión.
- El costo de transacción de la función de compra y aseguramiento (AF) se registra como provisión de administración. Es más el remanente que el costo. Esto es motivo de reflexión dado que no se trata de un proveedor.

- Se sugiere homogenizar la terminología utilizada: Establecimientos (hospitales, centros, proveedores), y prácticas (dental, médica general, transportación de pacientes), proveedores. Convertir estas en estructuras institucionales: proveedores y establecer claramente la diferencia ente proveedor y función. El proveedor es una unidad organizativa o establecimiento; el propósito de la prestación es la función.
- Se cuestionó la ventaja de utilizar la denominación de hospital principal y secundario, para cumplir con el principio de que “sólo los productores cuya actividad principal es la prestación de atención de la salud se denominan proveedores de atención de la salud (HP)”.
- Se recomendó eliminar el término de proveedores de atención primaria: no existe un proveedor de atención primaria, dado que esta es una estrategia que involucra varios tipos de proveedores y también varios tipos de funciones.

UNIDAD 11: Clasificación según características del beneficiario/receptor

Observaciones generales: El capítulo debiera nombrarse como “Distribución del gasto por características de la población beneficiaria” o “Clasificación según características de la población”, dado que usar la expresión “beneficiarios” aisladamente, da la idea de las personas adscritas a un esquema particular de protección social.

La presencia de este capítulo en el manual de cuentas es de suma importancia porque apoya la generación de evidencias para la toma de decisiones así como la evaluación de políticas, en términos de equidad, justicia, eficiencia, protección financiera. En definitiva, a esto es que sirven las cuentas de salud. La utilidad principal de este tipo de análisis se orienta hacia el país y, por tanto, es secundaria la comparabilidad internacional.

La población beneficiaria se define como los grupos específicos a quienes van dirigidos los recursos como resultado de una intervención. En tal sentido, se trata de grupos de poblaciones receptores o potencialmente receptores de recursos.

Comentarios Específicos

- En relación con la distribución por enfermedad, se sugiere agrupar utilizando CIE 10 o indicadores tales como la carga global de la enfermedad, que pueden proporcionar criterios con validez internacional para estimar ponderadores.
- En relación con la distribución del gasto por región, se ofrecen las siguientes sugerencias: (a) El análisis del gasto por regiones es primordialmente de interés para el país y no necesariamente para la comparabilidad internacional, en virtud de que esta característica responde exclusivamente a la forma de organización de los países y por tanto es difícil pensar que existe una manera válida internacionalmente que permita la comparación; (b) En el análisis del gasto por regiones un criterio importante es el uso de indicadores que permitan ajustar el gasto por población; (c) Analizar la factibilidad de que el análisis de distribución geográfica sea complementado con el uso de indicadores de estatus económico de la región como índice de marginación, índice de desarrollo humano, entre otros; (d) Reflexionar sobre el concepto de residencia en el análisis por región, pues parece no aplicable o de muy difícil estimación, dado que existe mucha movilidad de personas entre una región y otra.

- En lo que respecta a la distribución por edad y sexo, se ofrecen las siguientes consideraciones: (a) Consultar con especialistas en género el uso correcto de las expresiones “sexo” y “género”, pues en este caso pareciera que la primera expresión es la más adecuada; (b) Se recomienda que la distribución por edad obedezca a criterios internacionales, tales como la Carga Global de Enfermedad.
- En lo relativo al status socio económico, se consideró que la dimensión más apropiada para medirlo es la del gasto, debido a que en los países de ingreso mediano y bajo existen subsidios y transferencias que a veces no pueden ser captadas en las estimaciones del ingreso. Es importante utilizar también, para fines de comparación, las cifras de ingreso disponible.
- **Observaciones sobre aspectos metodológicos:** (a) Hubo acuerdo en que las cinco dimensiones de distribución del gasto son válidas; (b) Se considera importante sugerir lineamientos sobre cómo hacer la distribución por características de la población, ya sea en el propio manual o en una guía similar a la Guía de Productores, incluyendo explicaciones específicas sobre el uso de ponderadores; (d) La utilización del enfoque por individuos y el de arriba abajo es válido, siempre que se establezca que son mecanismos para poder distribuir el gasto entre grupos poblacionales beneficiarios; no obstante, para las agrupaciones de edad y enfermedades prever la posibilidad de ir de los grandes grupos agregados al mayor detalle o desagregación; (f) El documento podría sugerir algunas categorías para la distribución del gasto para enfermedad y para edad que obedecieran a criterios válidos internacionalmente, los cuales podrían ser utilizados para permitir las comparaciones entre países. (g) Se recomienda la producción de matrices que crucen la información de la distribución del gasto por características de población beneficiaria con la de proveedores, pasando de allí a construir la matriz que las cruce con funciones. Luego se realizan los cruces con los esquemas de financiamiento, con la finalidad de analizar cuál es el impacto de cada uno de ellos.

UNIDAD 3: Conceptos Fundamentales de Cuentas de Salud

Comentarios Generales

- El título de la unidad 3 no corresponde al contenido del mismo, por lo que se sugiere adaptar el título al contenido o viceversa. Asimismo, la conceptualización de cuentas en salud debe estar en coherencia con la unidad 2 y su revisión última. De hecho, se sugirió que el tema de los totales pase al final de la unidad 2. Las definiciones de este capítulo deben corresponder al SHA y no al SNA, dado que este es un manual de cuentas de salud. También hay definiciones esenciales en las unidades 9-10 y en otras, lo cual crea repeticiones y confusiones.
- Se sugiere que el contenido de esta unidad en lo relativo a definiciones del SNA, sean incluidas en un capítulo aparte, en conjunción con el material de la unidad 5. Este capítulo aparte podría denominarse algo así como Relaciones entre SNA y SHA. Es cierto que se intenta acercar y hacer coherentes ambos sistemas, pero sin perder de vista que estamos trabajando en la revisión del SHA, que es un manual de cuentas de salud, el cual deberá ser consistente con el SNA y, cuando no lo sea, hacerlo de manera explícita y clara, que permita la migración entre ambos y la elaboración de cuentas satélites.
- También se sugiere que los temas de medición de precio y volumen, así como índices y paridad del poder adquisitivo de salud, sea trasladado a un capítulo separado, que aporte

ideas sobre la viabilidad de estas sofisticaciones estadísticas – muy importantes y deseables pero de difícil realización en países con sistemas estadísticos poco desarrollados.

- Para el tema de cantidades y precios, es importante definir con claridad y de manera ex ante los productos de los proveedores que se definan en la respectiva unidad institucional. Esta definición será muy útil también para relacionar los proveedores, los bienes y servicios que producen con las funciones que ellos cumplen. Esto contribuirá a una mejor claridad de las transacciones en el sistema de salud.
- Se recomienda realizar un anexo con las clasificaciones y equivalencias entre el SHA y el SNA, de manera que sea posible realizar cuentas de salud y cuentas satélites de manera coherente y consistente.
- La actual revisión del SHA debiera mantener los conceptos entendibles para el sector salud; y tender los puentes entre la terminología de CS con SCN; y SHA 1 con SHA 2. Debiera, por tanto, incluirse, para facilitar el proceso y la interpretación, un glosario de términos y sus relaciones.
- Para facilitar la aplicación de las categorías y clasificación del manual propuesto, se sugiere formar equipos multisectoriales en los países, de manera de potenciar la herramienta y optimizar las estimaciones y resultados intersectoriales.
- El objetivo central de las CS es apoyar la toma de decisiones y la generación de políticas de salud, por consiguiente, los resultados, categorías y formas de presentación deben responder a los intereses de las autoridades de salud. No debe perderse de vista este aspecto en el Manual.

Comentarios Específicos

- Respecto a la propuesta de eliminar el término “Gasto Total en Salud”, la respuesta fue negativa. Se considera importante mantener el GTS, como gasto corriente en salud más gasto de capital, como se le llama en SHA v.1, manteniendo la presentación por separado, tal como se hace actualmente. No se objeta el término formación bruta de capital.
- Para este Manual, es importante determinar con precisión qué categorías están incluidas tanto en el gasto corriente, como en el gasto de capital (se sugiere retomar el SHA 1 y Guía del Productor).
- Se sugiere el registro por separado del gasto en Investigación y Desarrollo como parte de la formación de capital bruto. No obstante, se considera muy difícil de llevar a la práctica con los medios estadísticos y contables de la región ALC. No obstante, creemos conveniente mantener esta línea separada para ir llenando en la medida en que se pueda obtener la información.
- Respecto a qué tratamiento dar para casos específicos como la separación de las actividades de investigación con la prestación de servicios en los hospitales, habría que, en función de la experiencia y los datos estadísticos particulares de los países que han podido hacerlo, generar recomendaciones metodológicas propias de una guía, más que de un Manual.
- La relación entre la oferta y la demanda es útil, pero no constituye una primera prioridad en este momento. En una primera instancia se deberían clarificar las relaciones entre el SHA y

el SNA, mediante la clasificación de proveedores, productos, unidades institucionales y funciones. Una vez que esto se logre, entonces tiene mas sentido el cuadro de referencia. El otro tema es su utilidad para la toma de decisiones en el sector salud, por lo que se necesita traducir su análisis en términos de usos para las políticas de salud.

- En relación con la medición del producto de salud (output – revisar la traducción, pues producto de salida no tiene sentido en español) en base a episodios de tratamiento de enfermedades específicas (no particulares, porque crea confusión), la región LAC no la considera viable, dado que los sistemas estadísticos de las instituciones de salud no poseen registros por episodios de enfermedad y su seguimiento en el tiempo. No obstante, se sugiere la realización de investigaciones para temas de interés, cuyos resultados pueden eventualmente ligarse o relacionarse a los conceptos de Cuentas de Salud.
- Respecto al tema de la estimación de los PPA de salud para lograr la comparabilidad internacional, se considera un tema interesante y sólido en términos conceptuales, pero se parte de la premisa de que se ha logrado estimar precios y volúmenes de los bienes y servicios de salud, lo cual habíamos señalado como una tarea importante pero con grandes retos. No obstante, dado que ya existe un esfuerzo internacional para definirlos, sería conveniente que la OMS revisara cuales productos de salud se han seleccionado para el asunto, de manera tal que las investigaciones específicas a que se hace referencia en el párrafo anterior, se realicen siguiendo tales lineamientos. Una vez más, este es un tema especializado, un refinamiento, que se sugiere sea parte de un anexo del manual. A su vez, se sugiere involucrar a especialistas de los institutos de estadísticas y bancos centrales que elaboran índices de precios y conformar equipos multisectoriales.
- En cuanto a la utilidad de las herramientas y enfoques en esta unidad como parte del Sistema de Cuentas de Salud revisado, el grupo las encontró alejadas del interés de las autoridades de salud y, por lo tanto, no prioritarias, dado que hay muchos temas básicos todavía no resueltos. No obstante, se entiende que poseen gran valor para la investigación sobre todo, académica.

3.4 Primera versión revisada del SHA v.2

La tercera consulta de América Latina y el Caribe para la revisión del Manual de Cuentas de Salud – SCS 2.0 – fue realizada del 13 al 15 de septiembre del 2010, en Punta Cana, República Dominicana, organizada por la REDACS, del Observatorio de la Salud de ALC – a través de la Fundación Plenitud, con sede en la República Dominicana, cuya directora tiene a su cargo la coordinación de la Red.

El propósito de la reunión fue el de informar a la OECD, EUROSTAT y la OMS – instituciones encargadas de producir el SCS 2.0-- sobre la opinión de los expertos de la región en relación a la última versión elaborada del SCS 2.0, incluyendo los nuevos capítulos de dicho documento. El SHA 2.0 se viene discutiendo en los países de la Unión Europea y de la OECD desde el año 2007, con el propósito de constituirse en el estándar mundial para la producción de cuantas de salud. La OMS, por su parte, ha estado apoyando las consultas en todas las regiones del mundo no pertenecientes a la UE y la OECD.

En la reunión de Punta Cana hubo representaciones de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Uruguay y República

Dominicana. Las presentaciones de los capítulos del SHA 2.0 estuvieron a cargo de Cornelis Johannes Van Mosseveld y Patricia Hernández de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por Roberto Astolfi de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD). Durante sus intervenciones presentaron los resultados de la revisión del manual, señalando los aspectos que podrían considerarse como novedosos, que habían suscitado discusión en consultas previas o que eran diferentes a la versión original del SHA, así como la explicación de los capítulos que en las revisiones anteriores no se habían presentado en la consulta regional con América Latina. De igual forma, fueron realizadas acotaciones acerca de las clasificaciones contenidas en SHA 1.0 y las propuestas en la versión revisada del manual: SHA 2.0.

Agotado el proceso explicativo de cada capítulo se dejaba sobre la mesa de discusión una serie de preguntas y temas pendientes de ser consultados con la finalidad de que los representantes de la región indicaran sus puntos de vista y las alternativas posibles de solución a las problemáticas planteadas. Mediante la utilización de la metodología de análisis grupales y plenarias de discusión, tanto cerradas como abiertas, fueron revisados cada uno de los capítulos. Este documento se refleja la posición regional sobre la versión revisada del SHA 2.0.

Luego de un amplio proceso de consultas la versión del SHA 2.0 incluye una serie de tablas comparativas de los cambios de códigos e incorporación de nuevas clasificaciones, las cuales se adjuntan en el anexo V.

CAPÍTULO 2 - Propósitos y Principios

1. Uso del Sistema de Cuentas de salud en políticas:

- Se indicó que en los países de América Latina el uso del Sistema de Cuentas de Salud era útil como herramienta de análisis para el apoyo de los tomadores de decisiones y hacedores de políticas en salud, señalándose ejemplos concretos que apoyaban esta afirmación, tales como:
 - Establecimiento de sistemas de protección social basados en el análisis de la importancia del gasto de los hogares (gasto de bolsillo);
 - Reforma del sistema de salud a partir del análisis y diagnóstico de las cuentas;
 - Identificación de la dimensión del sector, estableciendo el peso de lo público y privado en el gasto de salud para estimar la equidad en el financiamiento;
 - Apoyo a la formulación de políticas en salud para revertir la desigualdad y monitorear la reforma en salud.
 - Creación de unidades de cuentas, conformadas inter-sectorialmente. En algunos casos, se indicó que ayudó a este proceso el hecho de que los Comités se encuentren a lo interno de los Ministerios de Salud;
 - Formulación de planes decenales de salud y referencias nacionales para estrategias de desarrollo.
- Un punto importante que fue resaltado es que la experiencia en América Latina demuestra que cuando los Ministerios de Salud, junto con otras instituciones del Estado generan la información de cuentas en salud, se facilita el desarrollo y sostenibilidad en el tiempo de las mismas, considerando que mucho de su éxito depende del papel rector que asuma el Ministerio de Salud y de que la información de cuentas forme parte del sistema estadístico nacional.

- En relación con el desarrollo y éxito de las subcuentas se mencionó la importancia de que sean generadas con el apoyo de los usuarios de las mismas. No obstante, se considera que debe garantizarse que su desarrollo esté acorde con el sistema de salud del país.
- En lo concerniente al uso para fines de política, se consideró que las redes regionales pueden tener un papel importante en la disseminación y análisis comparativo, llamando así la atención de los formuladores de políticas.

CAPÍTULO 3 – Límites globales de la atención en salud

- Posterior a la exposición de los puntos relevantes del tema se indicó que aunque el SCS se refiere a “transacciones valoradas”, una parte importante de la población latinoamericana (caso de Perú) realizan consultas en los establecimientos farmacéuticos como sustitutos de la atención médico – paciente para preguntar qué medicamento le sirve para tratarse tal o cual afección que le aqueja y aunque ésta actividad en sí no constituye una transacción monetaria, la misma origina la adquisición del producto (medicamento) que sí lo es, lo que lleva a que en algunos países (como el Perú) se considere a las farmacias o boticas no sólo como un proveedor de productos médicos sino de consulta.
- Ahora bien, se aclaró que la información ofrecida por el farmacéutico es parte inherente de la transacción final y entra en el negocio farmacológico.

2. Uso del adjetivo “calificado” para limitar el campo de salud

- La definición del gasto corriente en salud, enmarcado en la clasificación funcional de la atención en salud incluye el concepto de “calificado”, relacionado al uso del conocimiento médico o de salud, en tal sentido se consideró que su uso para delimitar las fronteras de las actividades de atención en salud depende del desarrollo institucional de los países para acreditar o no estas actividades fuera de universidades e instituciones.
- Se precisó que su uso excluiría a la medicina tradicional, importante en algunos países, tal como el caso de Bolivia que cuenta con un Vice-ministerio de Medicina Tradicional, aunque aún no está acreditada. Por otra parte, se consideró que la aceptación de los integrantes del hogar como cuidadores de salud es ambiguo respecto a la acreditación más institucional. Se sugiere utilizar la expresión "con conocimientos de salud".
- Obviamente, la “calificación” del conocimiento médico o de salud ofrece la oportunidad de estandarizar la comparación en el sector formal del personal que brinda servicios de atención de la salud, impulsando la acreditación (“blanqueo”) de los prestadores de estos servicios e incluyendo algunas categorías que en algunos países son importantes y que en la versión anterior de SHA eran dejados de lado.

3. Cuidado informal parte del sistema esencial de suministro de salud o una capa adicional

- Al analizar la pertinencia de incluir el cuidado informal como un proveedor específico de atención en salud, viendo si el mismo forma parte o no del sistema esencial de provisión de salud, se evidenció que en algunos países, como el caso de Chile, Paraguay y República Dominicana no se considera parte esencial del sistema de salud, mientras que sí lo era para México, Guatemala, Perú y Bolivia. En ese sentido, se considera apropiada su introducción dentro de una capa adicional.

- El grupo estuvo de acuerdo con la sugerencia del SHA, respecto a que los beneficios recibidos por los familiares para proveer un servicio de salud en los hogares debe incluirse solamente si son remunerados (punto 63 del numeral 3.1 sobre marco del consumo de bienes y servicios para la atención en salud). No obstante, se consideró importante tener estadísticas sobre las transacciones no remuneradas, a las cuales se les puede imputar un monto, para fines de otro tipo de estudio. Estas estadísticas usualmente las llevan entidades tales como el Banco Central o las oficinas de estadísticas, pero no quedó claro cuáles criterios utilizan para dichas imputaciones.

4. Transferencias de capital son parte del gasto de salud, pero no del gasto corriente de salud

- Respecto al concepto de Transferencias de Capital, razonándolo sólo como una proxy de la adquisición de activos fijos, se consideró que deben contemplarse por separado de las tablas de gasto corriente, es decir, como gasto de capital, ya que se reflexionó que no era correcto ponderar éstas como financiamiento, pues dicho ingreso sería utilizado para la compra de activos y daría lugar a una doble contabilización del registro.

5. Prueba los criterios propuestos de límites incluido bajo actividades de salud

- Finalmente, se indicó que uno de los puntos relevantes para la determinación de los límites de la salud es sin duda que el propósito sea de Salud, en este sentido, se señala que aunque los programas de Malaria, Chagas u otros incluyen acciones que podrían considerarse sólo medioambientales, y por lo tanto no directamente salud, sino relacionadas a salud, su génesis es la protección de la salud y por ende todos sus componentes deben ser incluidos y más aún cuando estos programas son nacionales.

CAPÍTULO 4 – Conceptos claves

6. Definiciones y separación de gastos corrientes y capitales

- La versión revisada del manual incluye propuestas de definiciones de gastos corrientes y de capital, con las cuales la Región de AL está totalmente de acuerdo, incluyendo mantenerlas separadas; sin embargo, se manifiesta la necesidad de que los conceptos sean profundizados, explicitándolos con ejemplos claros que permitan la interpretación análoga de todos los países.
- La separación de ambos conceptos se considera relevante para sensibilizar a los tomadores de decisiones y apoya el suministro de información del sector privado. Ahora bien, se entiende que es importante mantener y perfeccionar los conceptos de inversión pública y privada, ya que la data es posible tenerla en los países, lo cual no ocurre en cuanto al consumo residente y no residente, para lo cual se vislumbra dificultad en la obtención de la información.
- Los conceptos de gastos de capital, transferencia de capital y formación bruta de capital parecen necesitar de mayor elaboración para hacer más fácil su asimilación por parte de los tomadores de decisiones, ya que importa mucho saber qué tipo de preguntas en los sistemas de salud surgen a partir de estas.

7. Términos y definiciones de “consumo de salud”

- El término debe ser Consumo de atenciones de la salud ya que dentro del mismo se incluye consumo de capital fijo y el gasto en la atención de salud. Desde una perspectiva del gasto

se reporta el desembolso del período. Aunque se aclara que no es tan importante al final el nombre, sino que se defina claramente lo que involucra el agregado.

8. Concepto de transacción

- Un concepto clave en el marco del Sistema de Cuentas de Salud es el de transacción, algunas de las cuales son medibles y otras no, cuya existencia se evidencia en el intercambio de bienes y servicios, siendo calificadas dependiendo de quién sea el observador.
- Se sugiere tomar como referencia el concepto de transacción utilizado en MEGAS, el cual está íntimamente vinculado con la metodología de recolección de datos, con un enfoque de arriba hacia abajo y a la inversa. La primera ventaja de la transacción es que asegura la triaxialidad pues todas las variables incluidas sean iguales, no corriendo el riesgo de que las matrices no cierren en todos los vectores, para lo cual hay que cerciorarse de que la información sea cierta, tanto desde el proceso de arriba como de abajo, haciendo el doble chequeo.

9. Transacción de mercado y de no mercado

- Se entiende como adecuado el tratamiento de las transacciones de mercado y de las transacciones que no son de mercado, entendiendo que estas últimas se estiman por el gasto en la producción.

CAPÍTULO 5 – Funciones

10. Conceptos de atención preventiva, colectiva e individual

- Aunque se acepta el concepto de atención preventiva, el mismo no está claro, bajo el argumento de que la actividad preventiva se presta a una persona sana, no cuando está enferma, en cuyo momento pasa a ser una atención curativa. Un ejemplo de este razonamiento se visualiza en las actividades de cuidado maternal, donde las acciones como el control prenatal y el papanicolau son de carácter preventivo, mientras que al recibir el diagnóstico producto de este examen, pasa a ser de carácter curativo, al igual que los controles subsiguientes al mismo.
- Otro ejemplo aplicable es el de los controles de hipertensión, donde luego del diagnóstico de la enfermedad crónica se convierte en una atención curativa no preventiva. Puede inferirse que la línea divisoria es el diagnóstico, sin embargo, resulta difícil determinar qué controles corresponden a una categoría u otra. En algunos casos, los protocolos existentes de los programas de prevención permiten determinar más fácilmente qué parte de la atención corresponde a atención preventiva. Sin embargo, aunque el seguimiento del embarazo se considera como una actividad de carácter preventivo, se concluye que está más relacionado con actividades curativas. Se indica que en el caso Mexicano, la atención y seguimiento a las embarazadas es de responsabilidad de médicos especialistas.

11. Diferencia entre prevención individual de programa y gestión de programa de prevención

- La Región entiende que ha habido un avance significativo en el Sistema de Cuentas de Salud respecto de la conceptualización de lo que es individual y lo que es colectivo, aceptando la definición propuesta; sin embargo, considera que un aspecto determinante en lo individual es lo que se puede registrar, mientras que en lo colectivo, es que no se puede identificar. Por otra parte, existe el riesgo de que se dé un uso político de las externalidades generadas en la prevención individual.

- Resulta difícil diferenciar entre prevención individual de programa y gestión de programa de prevención, pues en los casos de los programas preventivos de inmunización no podría separarse lo que corresponde a gestión de programas y por otra parte los servicios individuales suministrados a través de los mismos deberían considerarse como colectivos, a pesar de que podría identificarse individualmente una parte de los gastos, tal como ocurre en México y Brasil. Se genera discusión entre la administración y los programas de salud, pues al considerarlos como individual, se dejaría como tal la casi totalidad del gasto de los Ministerios de Salud.
- Se concluye la dificultad para la comparabilidad entre países, pues la factibilidad de separar los servicios individuales y los gastos de administración dentro de los programas preventivos, varía mucho entre un país y otro. En algunos, esto es muy difícil de realizar en la práctica. En ese orden, se propone que si se identifica que el servicio es individual, todos los componentes, incluyendo el gasto de administración, pasa a serlo, mientras que si es colectivo, el registro se efectuaría como tal. Un ejemplo para la aplicación de esto es que en un programa de inmunización, todo será considerado como individual, mientras que uno de promoción sería considerado como colectivo.
- Se plantea que si no se puede identificar un programa con distintos gastos colectivos (tales como los de difusión radial) e individuales (como la distribución de preservativos), entonces la gestión acompaña al gasto mayor. Un aspecto relevante para justificar este punto se refiere a los gastos de administración que realizan los hospitales, ya que no es posible separarlos para el correcto funcionamiento del servicio de salud. Aquí el gasto se debe considerar individual, el Hospital provee servicios individuales de salud. En este sentido, los programas de prevención (individual o colectiva) no se deben separar de los gastos de administración, monitoreo, gestión, etc. ya que estos gastos son fundamentales para la correcta ejecución de los programas.

12. Subclase para atención a pacientes externos bajo LTC

- Finalmente, sobre las observaciones efectuadas en este capítulo se indica que la inclusión de una subclase para atención a pacientes externos bajo cuidado de larga estancia es adecuada, sin embargo se aclara que dadas las realidades de los países América Latina, este tipo de gastos no es relevante por ahora.

CAPÍTULO 6 – Proveedores

13. Clasificación de proveedores

- Se considera que hay poca claridad en la definición de la unidad proveedora, sobre todo, que debería definirse mejor el concepto funcional de proveedores secundarios. La frontera o distinción entre proveedores de programas de atención ambulatoria y programas de atención preventiva no es clara. Por ello se sugiere incorporar una nota explicativa con ejemplos precisos que indiquen qué se incluye y qué no se incluye por cada categoría.

14. Clasificación HP se acerque a ISIC

- Se recomienda que la clasificación HP se aproxime a ISIC, siempre y cuando se respeten las categorías básicas utilizadas en salud. Es conveniente tener presente no sacrificar el análisis funcional de salud por la clasificación ISIC y para ello se sugiere tener una tabla de correspondencia con entre el ISIC y la SCS, como guía para los países. Ello permitiría avanzar hacia la armonización de las cuentas.

15. Criterios para distinguir entre clasificaciones de proveedores

- Los criterios mencionados en el SHA 2.0 para distinguir un “hospital” de un “centro de atención médica” y “proveedores de salud ambulatorios” de otros proveedores de salud” no son claros, principalmente entre los proveedores de atención ambulatoria y de atención preventivos. Por ello, se reitera la necesidad de la existencia de notas explicativas que aclaren de lo que se incluye o no se incluye por cada categoría de proveedor.

16. Entendimiento de los criterios de producción secundaria, resto de la economía y “otros proveedores de salud”

- Aunque se entienden los criterios de producción secundaria, se solicita una mayor precisión, sobre todo en relación con lo que se entiende por “resto de la economía” en concordancia con el capítulo 3 sobre los límites de la salud.

17. Proveedores de atención de enfermería

- Se indica que las clasificaciones de HP.2, HP.9 y HP 3.5 son confusas e inconsistentes entre sí. Por ejemplo, se requiere aclarar o precisar qué se entiende por “atención medicalizada” y qué por “atención de enfermería”. En todo caso, se sugiere que la misma sea clasificada dentro de la categoría “Other Health Care Providers” y abrir otros dígitos en los que la salud es complementaria y donde la actividad de salud representa menos del 50%, tales como centros de atención a adicción, atención a ancianos, discapacitados y salud mental.

18. Clasificación de la categoría centro independiente autónomo diario

- Se considera que un “Centro de Atención de Día” debe ser clasificado dentro de “Proveedores de atención ambulatoria”. Se recomienda agregarlo como una sub-categoría dentro de otros (Proveedores de atención ambulatoria).

19. Proveedores de atención de enfermería - salud ambulatoria

- En cuanto a los proveedores de atención de enfermería en el hogar se entiende que está bien categorizado dentro de proveedores de atención ambulatoria. En todo caso se sugiere denominarlo como “atención de enfermería domiciliaria”.

CAPÍTULOS 7 y 8 – Financiamiento**20. Combinación o no de capítulo 7, sobre esquemas de financiamientos y capítulo 8, sobre ingresos**

- Se entiende que los capítulos 7 y 8 están estrechamente relacionados para el análisis de financiamientos del sistema de salud, por lo que pueden mantenerse juntos, pero independientes, probablemente como subcapítulos.
- Las principales consideraciones emanadas del análisis es que las definiciones de lo público y lo privado están cambiando, desde nociones convencionales de origen de fondos, hacia las funciones de mandato público y regulación estatal. Lo importante de definir lo público es saber cuál es la capacidad redistributiva del sistema de salud a lo largo de las reformas. La cuestión de la capacidad redistributiva de los sistemas de salud en ALC se fundamenta en el reconocimiento que la región no es la más pobre pero sí la más desigual y que el gasto en salud no es el más bajo pero sí el más desigual.

21. Ingresos del sistema financiero

- Respecto a los ingresos del sistema se plantea como interesante contar con los mecanismos de las unidades de contribución y las institucionales, en virtud de que los tipos de contribución sirven para caracterizar los esquemas, mientras que las unidades institucionales caracterizan los ingresos según su fuente primaria. Se consideran aplicables, pero será necesario adaptar y comentar cómo es el funcionamiento particular de esos esquemas en algún lugar en particular.

22. Arreglos financieros

- Se estableció que no se encontraron esquemas que no cupieran dentro de las clasificaciones propuestas.

23. Transferencias de efectivo condicionadas o no-condicionadas

- Se identificó que todos los países cuentan con transferencias de efectivo condicionadas y que se ve como necesario abrir una sub-categoría solamente donde sea importante el desglose.

26. Casos de intermediaciones múltiples

- Como resultado de la discusión se estableció que en todos los países hay casos de intermediación múltiple, que deriva en pérdida de recursos, reduce la cooperación externa y atomiza los fondos y que se debe incluir tanto el público como el externo. Algunos países tienen este tipo de casos donde los fondos se transfieren por varias unidades: fondos de cooperación al ministerio de finanzas luego a ministerio de salud y luego a unidades sin fines de lucro y finalmente a un centro de salud comunitario.

27. Rastreo de los ingresos de los esquemas

- Se plantea como factible y muy relevante el rastreo de los ingresos a los planes, aunque las cuentas no sean el instrumento para realizar todo el rastreo de recursos pueden aportar el mapa de transacciones (telaraña) y medir el costo de la intermediación.

CAPÍTULO 9 – Beneficiarios

- El análisis del gasto por tipo de beneficiarios es importante para tener una visión integral de los flujos de financiamiento de los sistemas de salud. Capítulo 10 – Costos de recursos.

28. Límite de los CR a la salud

- Se considera que los costos de recursos pueden limitarse a la salud si están bien definidos los ámbitos de la salud presentados ex ante, manteniendo la coherencia con lo que se ha definido.
- Aunque el objetivo de los CR es poder determinar los costos asociados a las prestaciones. Si se define solo salud, y se enmarcan en ello, se deberán considerar los componentes como jardinería, servicios de cable, u otros costos que aparentemente no son de salud. En este sentido, se considera que la clasificación es aceptable.

29. Rastreo de los ingresos de profesionales independientes de salud

- Se entiende que puede resultar bastante difícil, no factible, el rastreo de los ingresos de los profesionales independientes de salud. Por ejemplo: en Bolivia, Guatemala, Perú y Rep. Dominicana se podría sacar la información por el lado de impuestos, pero hay mucha evasión. En Paraguay se podría cruzar la información de registro de profesionales y los

registros de renta. En México se podría efectuar una estimación pero habría que recopilar los datos, mientras que en Chile se podría hacer para un ámbito importante de los profesionales independientes.

30. I&D e E&C consumo intermedio?

- Aunque se plantea estar de acuerdo en tratar tanto I&D y E&C como parte del consumo intermedio, se reconoce que en el caso del I&D es bastante difícil capturar los costos asociados sólo a salud, ya que muchas instituciones de investigación realizan sus estudios en varios campos y separarlo es realmente complejo.
- Se plantea que en las cuentas específicas la capacitación se considera como consumo intermedio cuando la misma está orientada a los recursos humanos que trabajan en uno de los programas considerados para que mejore su rendimiento, en cambio, cuando la capacitación está orientada a la población en general, pasa a ser un consumo final.

CAPÍTULO 11 – Capital

31. Definición de GFCF

- Se entiende que la definición de inversión bruta de capital es aceptable porque la misma ha tomado en cuenta las tres partes: fijo, inventarios y propiedad intelectual.

32. Inclusión de proveedores

- En la discusión se concluyó que no es necesario incluir a todos los proveedores, y particularmente, no se debe incluir al Resto del Mundo.

33. Desagregación por tipo de bien capital

- La desagregación por tipo de bien es básica en términos económicos, debido a las diferencias entre los tres tipos de bienes y la forma en que se vinculan a la provisión de servicios.

34. Rastreo del bien de capital por esquema de financiamiento

- No es aplicable ni relevante presentarlos por esquema de financiamiento, aunque haya un marco analítico que enlace inversiones de los proveedores con los esquemas, no parece importante intentar rastrearlo.
- Se aclara que aunque la dinámica de inversión en ALC en el sector público debiera responder a esquemas de financiamiento, las mismas están vinculadas a decisiones meramente de carácter político.

35. Estimaciones de consumo capital en salud

- En cuanto a las estimaciones de consumo de capital en salud se estableció que esto no se hace para todos los proveedores, como los proveedores públicos y los privados más pequeños; los privados grandes tienen incentivo (fiscal) para hacerlo.
- Las estimaciones de consumo de capital en salud se realizan bajo criterios diferentes en el sector público y en el privado, donde el primero es un criterio porcentual fijo dictado por el Ministerio de Economía y Finanzas que no obedece a un real consumo de capital y en muchos casos, para muchos países, la infraestructura ya pereció, es vieja, no sirve y ya pagó con creces la vida útil, declaradas algunas en estado catastrófico. Entonces habría que considerar y discutir qué hacer con esos bienes en obsolescencia de la mayor parte de la infraestructura pública.

CAPÍTULO 12 – Comercio Exterior

36. Concepto de residencia

- Es importante la inclusión del tema en la nueva versión del SHA, aunque es una discusión en proceso, hay países donde el turismo en salud comienza a ser importante. Otro tema importante es el de las migraciones, no como mano de obra, sino como búsqueda deservicios de atención en salud, lo cual a veces es difícil de diferenciar de la población residente en un país.
- Se debería mantener el concepto de la residencia y no de quien paga, tal como establecen las cuentas actualmente.

CAPITULO 13 - Precio y volumen

37. Enfoque del capítulo

- Se indica estar de acuerdo con la inclusión del capítulo, aunque la valoración de ello se efectuó partiendo del análisis de la versión en inglés de la presentación del mismo, que fue el único material disponible para la discusión. Basado en ello se entiende que el enfoque es apropiado para el capítulo. Sin embargo, se revela como importante conocer los precios en salud entre los países, pero en América Latina no se dispone de información de volumen de producción ni del gasto vinculado con dicho volumen, por lo que este desarrollo no parece ser factible en el mediano plazo.
- Una opción podría ser que cada país reportara su IPC de salud dentro de los indicadores macro de cuentas de salud (Capítulo 15 sobre reporte de los resultados). En el ínterin se podría avanzar en la definición de qué unidades de producción son relevantes para iniciar el registro de las mismas, ya que el uso de los GRDs no está generalizado en América Latina. Una alternativa podría ser conformar un grupo de trabajo para definir una canasta básica de servicios en salud que pueda ser comparable entre países.

38. Temas específicos a ser abordados

- Por otro lado, se entiende que temas específicos a considerar sería la definición de una canasta de medicamentos esenciales y su valoración.

CAPÍTULO 14 – Reglas básicas de contabilidad

39. Enfoque del capítulo

- Se considera apropiado el enfoque del capítulo.

CAPÍTULO 15 - Presentación de los resultados

- El capítulo 15 tiene como objetivo otorgar una panorámica muy general de cómo presentar los resultados de una manera estandarizada, aunque no limita el hecho de que los países incluyan otros datos que les son relevantes. Se presentan una serie de tablas que deben ser generadas, considerando las mismas como básicas, al igual que una serie de indicadores que se utilizarían para la comparabilidad internacional.

40. Armonización en el informe de CS

- La importancia de la armonización es que los informes internacionales respeten los datos nacionales, validando la información con los países que las producen. En caso contrario, que

citen los datos de referencia y expliquen en una nota aclaratoria las razones de las diferencias. También se considera relevante la temporalidad por año calendario.

41. Indicadores de conjunto de datos mínimos

- El SHA 2.0 establece una serie de indicadores de conjunto de datos mínimos con los cuales se está de acuerdo para su recolección, encontrando que los más importantes para AL son los macros, aunque se añadiría el de Gasto en salud por niveles de atención.
- En los indicadores relativos al gasto por beneficiarios y los relacionados con gasto por grupos de enfermedades deben ser todavía mejor desarrollados, pues la información disponible en la región hace es poco factible su presentación en el corto plazo.
- La apertura de los indicadores debe estar en función del público objetivo, o sea, debe considerar el usuario de la información.

42. Medidas de control de calidad para las estimaciones

- La región plantea como medidas de control de calidad para las estimaciones que:
 - La información y los resultados sean validados por las autoridades nacionales.
 - Que haya anexos que justifiquen y expliquen en detalle el cálculo de las estimaciones.
 - La calidad está relacionada con la ética de los que elaboran los informes y esto se puede obtener a través de la formación de los recursos humanos, capacitados en el uso de la metodología, que además las autoridades conozcan el tema para que puedan exigir.
 - Para garantizar la calidad y validez de la información es necesario que se conforme una comisión intersectorial en que participen entidades académicas.
 - Es importante desarrollar instrumentos de control de calidad a través de la REDACS para vigilar lo que sale de los países que pertenecen a ella. Asimismo, es elemental que a nivel interno de los países exista un kit de control de calidad para que los equipos que desarrollan las cuentas tengan un marco de criterios de coherencia, de compatibilidad, de consistencia interna de las cuentas, de documentación de trabajo, etc., que le permita saber que lo que trabajan como producto final está completo y tiene la calidad deseada.
 - Ambos niveles, de auditoría interna y externa son parte de los procedimientos que deberían convertirse en rutinarios, como parte de las fortalezas de la REDACS, considerando algunos elementos a utilizar para control de calidad, una de ella son las series históricas, la capacidad de los países de hacer control de calidad de sus cuentas es verificar cuan documentados están los procesos de generar datos a través del tiempo, donde los métodos, los conceptos y las formas de construir las cuentas en los países fueron variando y aunque se tiene una serie de datos, las mismas no son comparables y no se hace una regresión para construir una serie compatible, sino que vamos hacia delante incorporando nuevos elementos.
 - Un tema importante en el control de calidad también lo es la proporcionalidad que debe haber entre producción, consumo y financiamiento considerando el tema del cambio en los precios y lo eventos de salud que ocurren cada año.

43. Inclusión de clasificaciones necesarias y útiles

- Aunque las tablas básicas se consideran adecuadas para generar un conjunto de datos mínimo de CS, las clasificaciones que son funciones, tablas por productos, por beneficiarios, ofrecen el reto de que la información no está disponible para ser generadas en el corto plazo. sin embargo, no debe de vista como objetivo o reto a futuro sin descuidar la generación y la practicidad de las tablas básicas que son claves para las políticas de nuestros países.
- Basado en la revisión de las clasificaciones se entiende que las necesarias ya están incluidas en el SHA 2.0, pero hace falta la producción de indicadores que combinen información de tipo financiero con la de producción de servicios de salud. Tablas con indicadores físicos. Para ello deben establecerse la recopilación de la información. Gasto de producción física, como por ejemplo gasto por consulta. es decir por unidad de producción física como gasto por consultas, gasto por día. El desarrollo de las subcuentas ha demostrado que esto es posible.

44. Comunicación de la información sobre gasto de salud a los formuladores de políticas

- Basado en la experiencia de los países se ha encontrado como más pro-eficiente para comunicar la información sobre gasto de salud a sus formuladores de políticas la entrega de una serie de indicadores macro de cuentas en salud y su evolución en el tiempo, con categorías relevantes para los niveles decisorios, así como para la formulación y monitoreo de la política de salud. Por ejemplo, en el caso de México, El Salvador y Rep. Dominicana el seguimiento del gasto privado y público en salud bajo los esquemas de protección social es relevante.

45. Pautas o documentos adicionales en línea

- Se recomienda que las pautas (o documentos adicionales en línea) sean documentadas con las experiencias y resultados de los países en el tema de las cuentas y subcuentas, bajo un marco común.

Aspectos generales discutidos sobre el capítulo de presentación de resultados:

- Se indica que los resultados de los reportes deben servir para la toma de decisiones y que un tema clave para la comparación internacional de los mismos es la división que se hace en término de salud pública y salud colectiva, no de individual y colectiva, considerándose que para fines de política es más relevante el gasto que se hace en salud pública y se destaca como ejemplo lo relacionado a VIH, a TB, cuyas acciones son de carácter individual pero que tienen importancia desde el punto de vista de la salud pública. A la hora de generar los reportes se pide información de salud individual y colectiva, pero lo que ayuda a la toma de decisiones y de política pública es lo que se refiere a la salud pública porque además hay que ver como las cuentas proveen información para seguir los objetivos del milenio.
- Se plantea que con la gran potencialidad que tienen las cuentas se podría generar algunas confusiones en la interpretación de los resultados sino se explicitan en su presentación cierta características institucionales, tales como los modos de financiamiento, cuestiones ya discutidas en las consultas pasadas. Se indica como ejemplo la relevancia que tienen los resultados cuando se analizan los indicadores y los aspectos relacionados con el peso que tiene el financiamiento público y privado, no sólo el peso relativo, sino la relación entre ellos, la dinámica de los modelos de financiamiento público y privado que hay en América Latina.

- Esto tiene relación con cierta “especificidad” o la segmentación de los sistemas en un mismo lugar, donde no solo porque hay seguridad social y sector público, sino porque a lo interno de los mismos hay muchas capas de financiamiento y además porque en varios países, principalmente en Sudamérica, los modelos de financiamiento muchas veces asociados con la seguridad social tienen un comportamiento como si fuesen privados, incluso con una forma de definir el aseguramiento y la provisión privada a determinado grupo privado aun cuando se está trabajando dentro de la seguridad social. Cuando vemos los cuadros típicamente sobre el peso de lo público y lo privado, como en el caso de Argentina, Colombia y Brasil, cuando se habla de la cobertura complementaria dentro de la “seguridad social” o lo público, tiene mucha implicancia sobre cómo se usa el financiamiento público. Una forma de resolver esto, debido a que las cuentas tienen cierta limitación para reflejar esta situación, es poder explicitar mejor en la presentación de los resultados ciertas características institucionales sobre los modelos de financiamiento en uno y en otro para no cometer errores de superficialidad sobre el peso relativo al momento de hacer las comparaciones.
- Las tablas deben tener información anexa adecuada para ser interpretadas, porque las que se requieren para la comparabilidad internacional son muy diferente a las que se necesitan para la formulación de políticas, donde el decisor normalmente es un agente de salud que no necesariamente maneja las clasificaciones y por tanto necesita información personalizada, incluso para el que va a diseñar las políticas para la construcción de los Objetivos del Milenio (ODM) las cuentas van a ser un insumo intermedio, con personas que en medio le van a ir explicando o interpretando lo que se informa a través de ellas. Se considera que no es fácil estandarizar para los decisores de política, porque para distintos fines se va a tener distintas necesidades de información y para los diferentes sistemas de planificación en cada país tiene que ver con los factores intervinientes en las políticas y los programas de salud de cada país, así como la institucionalización de las cuentas.
- Se señala que es tan importante el ejercicio de las cuentas que no sólo debe pensarse en un bosquejo de informe de presentación de los resultados, sino también en un abanico de medios de divulgación y de audiencia interesada, que permita dirigir los productos apropiados a las audiencias apropiadas para evitar las confusiones. Cualquiera que fuera el contenido de una divulgación ligera debe pensarse en el producto central o ancla de la misma teniendo todos los números con el mayor nivel de detalle posible y que se puedan tener en bibliotecas, en línea, etc. Otros productos intermedios que no estén orientados a fines políticos, debieran contener dos partes: uno estándar que responda preguntas relevantes desde el punto de vista económico y social, otro que tuviera un énfasis o acento especial en cada región de lo que llama la atención del sector en ese período para el país. Se considera que el objetivo muy loable de la comparación entre países no debe orientar todo el contenido del informe en forma neutral, sino enfocar el tema que está preocupando desde la perspectiva del financiamiento o de la provisión en el país y dar ese énfasis en la presentación de los resultados porque solo de esa manera se puede conectar con las preguntas que se hacen los tomadores de decisiones, los formuladores de política o los observadores de las actividades de la salud.
- Se corrobora y resalta la importancia de los usuarios de las cuentas, que tiene dos principales: el internacional que necesita tener más un conocimiento y control de la información y el nacional que está mirando en qué medida las cuentas le permitirá a los decisores de política tomar decisiones, que como gestor las cuentas es el único instrumento que tienen que le brindan un panorama sectorial y por tanto se convierte instrumento de

negociación y para ello necesita conocer cuál es la participación público – privado, como está el financiamiento público y privado, si las personas están aseguradas, si utilizan un prestador público o privado, como cambia la composición del gasto, cuanto se está gastando en medicamentos, si los asegurados están adquiriendo medicamentos. Son preguntas simples y que no se necesita llegar a un grado de complejidad muy alto como el que demanda el usuario internacional, pero sí permiten responder cosas concretas y ahí las políticas en los países en vía de desarrollo son muy similares: aseguramiento público, baja del gasto de bolsillo, que el aseguramiento sí permite el acceso y no sea un instrumento burocrático. En ese sentido, estamos en la obligación de ser portavoces y de tener ese doble público, donde el éxito de una cuenta nacional está en que el decisor de política la reconozca como instrumento de negociación y que si no la entiende en la parte más básica no la va a usar nunca.

CAPÍTULO 16 – Productos

46. *Uso esperado de la clasificación de productos*

- Se indica que la clasificación propuesta es muy completa y que va a responder a muchas preguntas de políticas para la toma de decisiones.

RELEVANCIA POLITICA DEL SHA Y EL USO DE LAS CUENTAS DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES

1.- Cuáles han sido las preguntas para la toma de decisiones a las que los países han tenido que responder en los últimos años?

- Las cuentas han sido el único instrumento que han ofertado un panorama sectorial y su evolución en el tiempo ha sido apreciado por los tomadores de decisiones para evaluar las políticas que se han definido en los países. Las cuentas han sido necesarias porque permiten conocer el sistema.
- Las preguntas de rigor que hemos respondido tienen que ver con el nivel del gasto nacional en salud, si es adecuado al país y como se encuentra en termino de comparabilidad. También se ha dado respuesta a lo referente al indicador del gasto público en salud, el gasto per cápita en salud y el gasto institucional, gasto por niveles de atención, gasto en medicamentos, en inversión, entre otros.
- Ahora bien, no siempre se queda bien con los políticos porque los datos no son los que quieren escuchar y lo que nos ha ayudado a la institucionalización, la sistematización, sostenibilidad y robustez de los datos es contar con un manual de cuentas internacional que avale el hecho de las categorías que vemos.
- También se necesitan indicadores provenientes de la comparación internacional que permitan referirse a mejores prácticas, como por ejemplo, ¿cuál es la proporción adecuada de gasto en salud preventiva? ¿qué proporción del gasto del gobierno se dedica a financiar recursos humanos? ¿cuál es el monto de gasto corriente y gasto de capital?

2.- Cuáles creen que son las mejoras en las respuestas a las preguntas para la toma de decisiones ahora con SHA 2.0?

- SHA 2.0 tiene más flexibilidad para que los formuladores de políticas reconozcan que hay cierta información que podría hacer más útil y hacer más racional sus intenciones de política.
- SHA 2.0 tiene un esfuerzo mayor sobre la forma de la presentación de resultados, más amigable.
- SHA 2.0 es más comprensible no por especialistas de cuentas, sino también por aquellos que se encuentran en los sistemas de salud.
- SHA 2.0 introduce los esquemas de financiamiento y ello permite explicar mejor el rol en el sistema de los agentes. Permite ver el dinamismo de los esquemas en el sistema.
- SHA 2.0 va a ayudar a mejorar las respuestas porque clarifica con mayor nivel de detalle conceptos que en el SHA 1.0 no estaban suficientemente detallados.
- SHA 2.0 ofrece un mayor nivel de detalle sobre las limitaciones de la frontera de salud que siempre inquieta a los políticos de que incluimos como salud. Asumimos que todos estamos incluyendo lo mismo pero eso debe clarificarse y SHA 2.0 amplía algunas definiciones y eso nos permite una mayor documentación de los datos que ofrecemos a los hacedores de políticas.
- Muchas de las preguntas que se hacen los políticos no solo son las macro que se reportan en los indicadores, sino también de las cuentas específicas, preguntas puntuales en el que SHA 2.0 va avanzando, a proveer a tratar a ese gasto por beneficiarios.

3.- Cuáles son las nuevas preguntas que van a poder responder a partir de SHA 2.0?

- SHA 2.0 tiene una potencialidad para promover la demanda de preguntas no para satisfacerlas, aunque una vez conseguida esa demanda, en un escenario idealizado, tiene un alto e importante concepto inicial sobre tres puntos para que hayan muchos debates, muchas vivencias y sistematización de información: (1) los esquemas de financiamiento, (2) las distintas modalidades de producción de los servicios, que tiene aportes importantes con respecto al propósito de política como por ejemplo atención primaria, cambios de modelos de atención, atención integral, etc; y (3) la cuenta de capital.
- Otro tema importante es la inclusión del comercio exterior, aunque todavía es difícil de calcular el ALC.
- SHA 2.0 ofrece una ventaja en el hecho de que tiene un apartado de indicadores macros que se deben estar reportando y que son comunes al resto de los países.

3.5 Aportes a la reflexión metodológica: *Estimación de precios y volumen*

Magdalena Rathe, coordinadora de la REDACS, conjuntamente con Ramón Pérez Minaya, Presidente y Economista de la Fundación Plenitud, realizaron un aporte sobre la Unidad 3 del SHA, cuyo texto integro se adjunta como anexo VI. El documento se enfoca en los puntos neurálgicos a ser considerados para la estimación de precio y volumen de la producción de bienes y servicios de salud en el contexto de los países de bajos y medianos ingresos. Revisa la propuestas metodológicas existentes y las contrasta con la realidad práctica de los productos de la salud, establece la dificultad que puede haber en los países menos desarrollados, con diferentes tipos de producción de salud y capacidad estadística, por lo que considera que el SHA debe tomar en cuenta estos aspectos, si su intención es la de ser un estándar en todo el mundo.

El documento reflexiona acerca de que el SHA, así como de SNA son marcos de referencia para la obtención de una aproximación de la economía o una de sus ramas, lo que resulta en estimaciones y mediciones no precisa. El marco conceptual es tan importante como las metodologías estadísticas que se aplican para desarrollarse, pero diferentes métodos estadísticos pueden llevar a resultados muy diferentes, aun cuando sea el mismo marco conceptual el que se aplica. Finalmente, el documento presenta una posible propuesta en tres etapas para la estimación de las mediciones de volumen de productos de la salud en los países en desarrollo y ofrece otras recomendaciones para su implementación.

Capítulo 4

LAS REUNIONES DE LAS REDACS EN EL MARCO DE LA REVISION DE SHA

4.1 Planes de trabajo y Plan Estratégico

REDACS es una de las redes temáticas del OS-ALC, la cual opera con financiamiento del Instituto de Salud Carlos Slim a través de Funsalud, complementado su financiamiento con recursos adicionales que se obtienen a través de proyectos específicos que se encuentran en la fase de desarrollo.

Durante los procesos de consultas para la revisión del SHA, esta comunidad colaborativa llevó a cabo sus reuniones anuales, durante las cuales elaboró sus planes de trabajos y en 2010 definió las líneas base para la formulación de su plan estratégico, así como las principales actividades a desarrollar en el 2011.

El plan de trabajo 2009 definió los objetivos de REDACS, así:

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

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

1. *Línea de base.* Desarrollar, con apoyo de los países, una línea de base sobre el grado de avance de las cuentas de salud en la región, en especial, del grado de institucionalización de los estudios y análisis del financiamiento, el gasto, la producción, el consumo y la contribución al producto nacional por el sector salud;
2. *Estudios multicéntricos.* Facilitar la realización de estudios con participación de diversos países, que involucren aspectos claves de la formulación de cuentas nacionales y con un claro propósito comparativo y colaborativo;
3. *Educación continua.* Identificar y aprovechar oportunidades para la capacitación y el intercambio científico y metodológico entre los miembros de la red y los equipos de cuentas de la región;
4. *Desarrollo metodológico.* Aprovechar el acervo compartido entre los miembros de la red para desarrollar estrategias, metodologías y herramientas que faciliten la armonización, la ejecución y la aplicación de los estudios a los desafíos del financiamiento de la salud en la región;

5. *Fortalecimiento interno*. Establecer las bases para el funcionamiento estable y permanente de la red, incluyendo el plan estratégico, la organización de la red, la promoción de imagen de la red y su sostenibilidad.

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

- La línea de base fue desarrollada y este informe presenta los resultados principales. Un primer avance fueron compartido con los miembros de REDACS en la reunión de Cuernavaca, México (junio de 2009); y una versión más completa con la audiencia del Sexto Simposio Global sobre Cuentas de Salud, en Beijing (julio de 2009) y en la reunión de Punta Cana, República Dominicana (septiembre de 2010).
- El primer estudio multicéntrico se realizó con la validación del cuestionario conjunto de OECD/OMS en cinco países, cuyos resultados también se incluyen este informe;
- La educación continua es una tarea pendiente, si bien es necesario reconocer que las reuniones de la red han permitido intercambiar documentación y criterios que redundan en la capacitación de los participantes;
- El desarrollo metodológico se ha logrado por medio de la participación de REDACS en la revisión y validación de la segunda versión del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2).
- El fortalecimiento institucional de REDACS es un proceso en marcha, del cual se tienen importantes avances: se ha formulado el plan estratégico (que también se discute aquí) y la red ha establecido nexos colaborativos con la Iniciativa Global de Salud, con el Observatorio de la Salud de las Américas, con el programa de institucionalización de las Cuentas de Salud del Banco Mundial. Este posicionamiento será clave para lograr avances en la implementación del plan estratégico de la red.
- Formulación de un Plan Estratégico

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

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

REDACS se planteó la ambiciosa **misión** de conformar una comunidad especializada de productores y usuarios de cuentas de salud en las Américas, que facilite la colaboración y

cooperación en la producción, el análisis y la difusión de las cuentas de salud, a fin de generar evidencia para la toma de decisiones, la formulación y evaluación de políticas sanitarias.

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

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

Los **objetivos estratégicos** definidos fueron:

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

El plan de trabajo 2011

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

- a) *Estado del arte de las cuentas de salud en la región de las Américas.* Esta consiste en una publicación colectiva de la red con apoyo de varios auspiciadores. Se definió el índice de contenidos de la publicación, y la distribución general de temas por participantes. La coordinadora de la red, Magdalena Rathe, está prestando seguimiento al proceso de preparación de manuscritos.
- b) *Implementación del Sistema de Cuentas de Salud en las Américas.* Este proyecto consiste en realizar acciones de abogacía, capacitación, estudios multicéntricos y acompañamiento a distancia, con el propósito de que un conjunto amplio de países de las Américas desarrollen el estándar de cuentas de salud y sean capaces de reportar a un banco de datos regional, al modo del cuestionario conjunto de OECD. La reunión de Toronto puede ser un espacio de promoción y negociación de esta iniciativa.
- c) *Acompañamiento a la institucionalización de las cuentas de salud.* El alcance de REDACS permitiría realizar distintas actividades de asistencia técnica y acompañamiento a los países en el proceso de institucionalización de las cuentas de salud. Esto incluye la sistematización de experiencias en países con mayor avance en la sistematización, la preparación de una guía práctica para institucionalizar y la realización de un ejercicio de acompañamiento en un grupo de países seleccionados.
- d) *Capacitación a distancia (e-learning) en cuentas de salud.* Reconociendo la experiencia que algunos países, por ejemplo Perú, tienen en el desarrollo de plataformas interactivas de enseñanza – aprendizaje en línea, se planteó el proyecto de identificar y desarrollar un

conjunto de módulos de aprendizaje para elevar el conocimiento sobre los objetivos, los conceptos, las herramientas y los principios básicos de la formulación de cuentas de salud.

- e) *Fortalecimiento de REDACS*. El fortalecimiento de la red es crucial para su funcionamiento futuro, y el lograrlo incluye tres aspectos en el plan de trabajo: a) la ampliación de la base de participantes (países y expertos); b) la consolidación de la presencia de REDACS en la Malla Mundial a través de la adaptación y gestión de contenidos de un sitio dedicado; c) la negociación de subvenciones y proyectos para el sostenimiento de la red.

4.2 Presentación de avance de los países

Previo a la reunión anual de la REDACS, se solicitó a los participantes en el proceso de consulta del SHA que hicieran una presentación sobre el nivel de avance de los países en el desarrollo de las cuentas de salud, tomando en consideración algunos aspectos claves inductores de institucionalización. A continuación se detallan los datos presentados por los expertos en la reunión de septiembre 2010.

ARGENTINA

Institucionalización:

- Existe un Ministerio de Salud de la Nación con 24 Ministerios Provinciales, una Superintendencia de Servicios de Salud y un Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Este ministerio consta de una Dirección de Estadísticas e Información De Salud y una Secretaría de Políticas Sanitarias e Investigación en Salud. También tiene una Dirección de Economía de la Salud y una Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias.
- Existe un Ministerio de Economía y Finanzas Públicas con una Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, un Instituto Nacional de Estadística y Censos y 24 Direcciones de Estadística Provinciales. Este ministerio tiene una Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (DAGPyPS) y un Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- El INDEC, a su vez, tiene cinco Direcciones Nacionales, a saber:
 - Dirección Nacional de Cuentas Nacionales
 - Dirección de Consumo, Inversión y Sector Externo
 - Dirección de Cuentas de la Producción, Ocupación e Ingresos
 - Dirección Nacional de Planificación y Coordinación Estadística
 - Dirección de Coordinación de Relaciones Institucionales y Cooperación Técnica
 - Dirección de Coordinación del Sistema Estadístico Nacional
 - Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población
 - Dirección de Estadísticas Poblacionales
 - Dirección de Estadísticas Sectoriales
 - Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida
 - Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares
 - Dirección de Metodología Estadística
 - Coordinación del Sistema Nacional de Nomenclaturas
- No existe la producción regular de un Conjunto de datos de Gasto en Salud que hayan sido acordados globalmente utilizando para su cálculo un marco contable estandarizado

cuya producción se efectúe con Regularidad y bajo la Rectoría del Ministerio de Salud de la Nación.

Producción:

- INDEC - Dirección de Estadísticas Sociales produce la Encuesta nacional de gasto de los hogares
- INDEC - Dirección De Cuentas Nacionales produce el Cuadros de oferta y utilización
- Ministerio de Economía y FP –DAGPyPS, produjo una Series de gasto público por finalidad y función por nivel de gobierno
- Ministerio de Salud – Dirección de Estadísticas e Información de Salud realizó Encuesta sobre utilización y gasto en servicios de salud

Divulgación de la información:

- Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) - INDEC 1996-1997 / 2004-2005. Disponible en: www.Indec.Gov.Ar/Nuevaweb/Cuadros/74/Engh_12_06.Pdf
- Cuadro de Oferta y Utilización del Gasto en Salud - INDEC 1997 / 2004 (?). Disponible en: www.Mecon.Gov.Ar/Secpro/Dir_Cn/Gsalud.Pdf
- Series Gasto Público Por Finalidad Funcion - DAGPyPS - Ministerio De Economía 1980 -2008. Disponible en: www.Mecon.Gov.Ar/Peconomica/Basehome/Series_Gasto.Html
- Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud DEIS - Ministerio De Salud - 2003/2005. Disponible en: www.Deis.Gov.Ar/Publicaciones/Archivos/Serie10nro20.Pdf

Debilidades:

- Las Cuentas Nacionales de Salud no forman parte del Sistema Estadístico Nacional ni tampoco del Sistema Estadístico de Salud.
- No existe normativa que respalde la realización o la institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud.
- Coexistencia de Subsectores dentro del Sistema de Salud.

Fortalezas:

- Existen Recursos Físicos, Financieros y Humanos capacitados (sostenibles en el tiempo?) en las diferentes instituciones para poder realizarlas.

BOLIVIA

Antecedentes:

- En Bolivia los estudios sobre financiamiento y gasto en salud comenzaron a realizarse a mediados de los noventa, y los mismos fueron insumos importantes para el diseño, supervisión y evaluación de políticas públicas y procedimientos asociados con las reformas en el sector salud.
- 1997 Cuantificación del Gasto Nacional de Salud.
- Se inició la cuantificación del Gasto Nacional de Salud en base a la metodología contable denominada “Harvard”. El primer equipo de trabajo estuvo financiado por USAID a través de Harvard y Partnership for Health Reform (PHR).
- 2000 primera publicación. “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud” fue presentada el año 2000, mismo que contenía una serie del gasto para el período 1995-1998.
- 2001 Aplicación de la metodología OECD.

- Con el financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud se elaboró el estudio de factibilidad sobre la aplicación de la metodología OECD para el sector público de Bolivia, cuyo resultado fue negativo, debido principalmente a la estructura agregada del registro contable del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
- 2004 segunda publicación. “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud” que contenía una serie del gasto para el período 1999-2002. El equipo de trabajo estuvo financiado por el Proyecto Reforma del Sector Salud (Banco Mundial) y Abrir Salud (DFID).
- 2004-2006 otros estudios.
- Se realizaron esfuerzos institucionales para motivar la realización de estudios de Cuentas de Salud en los Departamentos del país. Esta iniciativa encontró acogida en los departamentos de La Paz, Oruro, Tarija y Potosí, cuyos estudios fueron financiados por el Proyecto Reforma del Sector Salud, Abrir Salud y PROHISABA (UE) respectivamente.
- 2007 cuentas específicas. Con el financiamiento del Banco Interamericano del Desarrollo (BID) se realizó un ejercicio de cuentas de salud sexual y reproductiva. (No se publicó).
- 2006-2008 Revisión técnica. La Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) viene participando en el desarrollo y revisión de los estudios de Cuentas de Salud (Departamental y Nacional). Asimismo, ha venido promoviendo junto al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y la Organización Panamericana de la Salud la conformación del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud.

Institucionalización:

- 2009. La institucionalización es un proceso que consiste en llevar a cabo estudios de Cuentas en Salud de manera regular y permanente utilizando información oportuna de las instituciones involucradas al Sistema de Salud. Por tal motivo a partir del año 2009 el MSD y UDAPE han venido trabajando conjuntamente en la elaboración de un Plan de Institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud.
- 2009 Elaboración de las CNS. A través del apoyo de la Dirección de Planificación del MSD y UDAPE se realizó el estudio de CNS para el periodo 2003 - 2007. (Actualmente se encuentra en revisión).

Debilidades:

- No se cuenta con un equipo de cuentas de salud en el MSD. (RRHH permanente).
- Los estudios de cuentas de salud se lo realizan a través de consultorías.
- No se tiene presupuesto nacional.
- No existe un comité nacional de CNS. (Manejo de información).

Fortalezas:

- Existe un plan de institucionalización de Cuentas Nacionales de Salud.
- Voluntad política en el MSD.
- Se concluyó el estudio de CNS 2003 – 2007.
- Se cuenta con un manual metodológico para Bolivia.

Desafíos:

- Cuantificación de las Cuentas Nacionales de Salud permanentemente. (RRHH estables).
- Conformación del Comité Nacional de Cuentas Nacionales de Salud.
- Estandarización de la Metodología de Cuentas Departamentales de Salud (CDS).
- Cuantificación de las Cuentas Departamentales de Salud (CDS).
- Conformación de los Comités Departamentales de Cuentas de Salud.

BRAZIL

Institucionalización:

- 1995: Cuenta satélite de salud para 1980-1985 – OPS/IPEA.
- 2003: Ejercicio de elaboración de Cuentas de Salud para el año 2000 en el marco satélite (DFID-MS-IPEA-IBGE).
- 2006: Portaria Interministerial n.º 437, de 01 de Março de 2006.
- Plataforma institucional para producción de las cuentas de salud en Brasil: Organizaciones productoras de informaciones económicas e sociales generales – IBGE y Organizaciones productoras de informaciones en salud. Ministerio de la Organizaciones que analizan informaciones en salud.
- Organizaciones que capacitan en el uso de las informaciones en las cuentas.
- ANS- Sistemas de Informaciones para servicios e financiamiento de planes privados.
- IBGE Informaciones económicas y sociales generales.
- Grandes encuestas nacionales sobre temas de salud.
- MS Sistemas e informaciones para servicios e financiamiento públicos.

Producción publicaciones:

- Economía de la salud: una perspectiva macroeconómica-2000-2005 - IBGE.
- Prontuario de base de datos: información sistematizada para las cuentas de salud- IPEA.
- Cuenta-satélite de salud: 2005-7 – IBGE.

Divulgación y uso de la información:

- Integración de datos a base de OMS: World Health Statistics 2010.
- Indicadores e Dados Básicos de Saúde no Brasil/Ripsa (MS/OPS):
 - E.4 Gasto com consumo de bens e serviços de saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB)
 - E.9.2 Despesa familiar estimada com saúde como proporção da renda familiar.
- Prensa: Familias gastan más en salud que el gobierno (O Globo- 10/09/2009). Família gasta 9,5 veces más que el gobierno (O Globo- 10/12/2009).

Debilidades:

- Bajo uso efectivo por los tomadores de decisiones.
- Producción de las cuentas a cargo de estructura part-time sin cargos asignados.

Fortalezas:

- Vinculación con las Cuentas Nacionales – mayor estabilidad frente a cambios políticos.
- Plataforma institucional de producción de las cuentas- Comité Nacional Institucionalizado.
- http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1635.

CHILE

Antecedentes:

- Se desarrollan las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) bajo la metodología Harvard, realizado por FONASA (2001) y el estudio posterior de Urriola (FONASA, 2004), bajo la metodología del SCS (OECD).
- Se planteó dentro de los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010 la implementación de un Sistema de Cuentas de Salud.

- En el año 2004 el Ministerio de Salud toma la decisión de desarrollar una Cuenta Satélite de Salud bajo la metodología del SCN 1993.

Institucionalización:

- Existencia de una Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial en el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile.
- Comité de Trabajo del Sistema de Cuentas de Salud.
- Recursos Humanos (funcionarios contratados).

Producción:

- Los últimos datos publicados corresponden al año 2007 para el conjunto de cuentas del sistema, para el Gobierno General* y subsistema ISAPRES (seguros privados de salud).
- Se está a las puertas de publicar los datos del 2008 para el Sector Público de Salud y también para el subsistema ISAPRES.
- Se realizó una serie de 6 años: 2003-2008.
- Una diferencia importante de esta información respecto a los datos anteriores es que ahora se dispone de estadísticas para cada uno de los hospitales del gobierno central.
- Se está trabajando en la estimación del sector privado de salud, y se espera contar con datos a fines de este año.
- Informar el Gasto en Salud a OECD.

Divulgación y uso de la información:

- En mayo de 2009 se publicó el documento: “Cuenta Satélite de Salud para el Gobierno General* y subsistema ISAPRES, 2003 – 2007”.
- Divulgación de análisis de los datos en documentos de trabajo publicados en Boletín de Economía y Salud (Depto. Economía de la Salud).
- Presentación de resultados en diversas actividades internacionales.
- Se dispone de una página Web: <http://ucsas.minsal.cl>
- Se informa a organismos internacionales.

Fortalezas:

- Impulso del Ministerio de Salud para levantar la Cuenta Satélite, materializado en los Objetivos Sanitarios (OS) para la década.
- Creación en el año 2006 de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial.
- Creación del Comité de trabajo Interinstitucional del Sistema de Cuentas de Salud en año 2004

Debilidades:

- Falta de Recursos Humanos.
- Falta de Recursos Financieros.
- Desconocimiento de los tomadores de decisión de la utilidad de la información disponible (circulo vicioso).
- Cambios institucionales que afectan continuidad del proyecto (Ministerio Salud – Banco Central).

COLOMBIA

Institucionalización:

- Equipos conformados (2) de cuentas de salud MPS y DANE-SCN.

- Incorporación información CNS y CSSS en sistemas de información institucionales (SISPRO-MPS y SCN-DANE).
- Actividades de coordinación y armonización equipos MPS-DANE

Producción:

- MPS, metodología Harvard: resultados 1993-2003 (publicados). En proceso de actualización años más recientes.
- DANE CSS/SCN: resultados 2000-2005 (publicados). En proceso de publicación 2006-2007 (definitivos) y provisionales 2008-2009.
- Desarrollo SHA (DANE-MPS) desde noviembre de 2008: definiciones, límites y clasificaciones HP, FH.
- Subcuentas Megas, SR

Divulgación y uso de la información:

- Publicación Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003 (impreso). MPS-DNP con apoyo del BID.
- CSS (CIS) Dane en página WEB y publicaciones oficiales.
- Información utilizada para reformas legales del SGSSS (sistema de transferencias nacionales a los entes territoriales de salud-Ley 715 de 2001); decisiones oficiales de asignación de recursos (CONPES); universalización de cobertura e igualación de planes de beneficios.
- Información utilizada para estudios e investigación (temas de equidad)

Debilidades:

- Capacitación.
- Rotación de personal.
- Falta un marco legal en MPS (comité, reglamentación, coordinación interinstitucional, etc)

Fortalezas:

- Continuidad en la producción de resultados (series disponibles 1993-2003; 2000-2009pr).
- Difusión de indicadores básicos.
- Mayor coordinación institucional.

COSTA RICA**Antecedentes:**

- Iniciaron con las de SR desde 2004 que se han mantenido desde esa fecha. Estamos en la 7 estimación.
- Las subcuentas o subanálisis en SR se han mantenido la comparabilidad a los largo de las estimaciones, y la metodología ha tenido pocos cambios. Su desarrollo depende de financiamiento del CNEGySR.
- En 2008 se desarrolló las subcuentas en DM, ECV y Obesidad hay una sola estimación. Financiamiento de Conacyt. Desarrollo por el mismo equipo.

Institucionalización:

- Realizada fuera del Ministerio de Salud. No hay institucionalización. Su continuidad. Necesidad de integrarlas dentro de los sistemas de información oficiales.
- Son reconocidas solo parcialmente por los tomadores de decisiones, principalmente por

- quienes han estado financiando.
- En 2008 se desarrolló las subcuentas en DMECV y Obesidad hay una sola estimación. Financiamiento de CONACYT.

Retos a futuro:

- Retos metodológicos que aún no logramos superar: ausencia de información para ciertos rubros.
- Desarrollo por el mismo equipo. Hay comparabilidad solo al interior.
- Su difusión, desarrollo de mayor análisis y su contrastación con indicadores de salud.

EL SALVADOR

Institucionalización:

- En El Salvador se vienen generando indicadores de CS desde 1996 a la fecha, siempre a cargo del MSPAS, con algunos apoyos eventuales de consultorías externas de corto plazo.
- En un principio se conformó una Comisión interinstitucional de CS. A la fecha, se tiene previsto reactivar dicha comisión (MSPAS, MECON, BCR, ISSS, MHDA) para garantizar sostenibilidad y consistencia de las cifras.
- A partir de 2009, se conformó la Unidad de Economía de la Salud dentro de la Dirección de Planificación del MSPAS. Dependencia responsable de estimar las cifras de CS. Se cuenta con tres recursos en total.
- Las CS forman parte de la producción estadística regular del MSPAS; y son reportados todos los años a la OMS para el Informe Mundial de la Salud y a otras instituciones del Estado u organismos internacionales.

Producción y divulgación de CS:

- Se dispone de estadísticas de CS para el período 1996-2009; y proyecciones globales, a nivel del gasto público en salud para el período 2010 – 2012.
- Su generación a sido consistente y sus reportes basados en información oficial, a lo largo de 14 años de producción estadística, participando en la misma otras instituciones oficiales, como el Ministerio de Economía (DIGESTYC), el Banco Central de Reserva, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de la Defensa (Sanidad Militar), el Ministerio de Educación (Instituto Salvadoreño del Seguro Social) y la Superintendencia Financiera, como proveedores de información utilizada en CS.
- No obstante, hay un reto importante en la publicación y divulgación oficial de la información de 2001 a 2009. No obstante, los principales indicadores de CS están disponibles en los Informes de Labores del MSPAS e informes de la OMS.
- Para superar el reto, se ha preparado, a nivel preliminar, un compendio de indicadores de gasto y financiamiento para el período 1996-2009, el cual deberá ser sometido a la consideración de las autoridades del Ramo de Salud para su oficialización.

Uso de la información:

- Los indicadores de CS son utilizados para formular y monitorear las políticas públicas en salud, en términos de equidad, financiamiento y uso de los recursos, tanto a nivel global, como a nivel institucional.
- Dado su carácter sectorial, su información apoya los procesos de reforma del sector salud y las políticas sociales del gobierno.

- Específicamente el indicador “Gasto Público en Salud como proporción del PIB”, forma parte, junto con otros 16, de los indicadores de reporte obligatorio del país para el seguimiento de la Cuenta de Reto del Milenio, una donación de recursos del Gobierno de los Estados Unidos, para la que compiten los países de ingresos medios bajos.

Debilidades:

- La información relativa al gasto privado en salud, específicamente hogares, requiere de mayores precisiones. Las cifras actuales están basadas en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2006. Se requiere involucramiento mayor de la Dirección General de Estadística y Censos.
- La publicación y divulgación oficial de las cifras de Cuentas en Salud es una debilidad a superar en el corto plazo, especialmente porque la información oficial del país, si bien aparece en los reportes de la OMS y en los Informe de Labores del MSPAS, no siempre es asumida por otros organismos internacionales, lo que de hecho genera interpretaciones inconsistentes del gasto en salud.
- La información disponible a nivel contable no posibilita, en el corto plazo, desagregar las cifras a todos los clasificadores propuestos aún en el SHA v.1, sin sacrificar la consistencia de los datos. Por lo tanto, asumir los nuevos clasificadores del SHA v.2, posiblemente va a presentar similares limitaciones para el país.
- Si bien las CS se han institucionalizado y están a cargo del MSPAS, se requiere la reactivación de una comisión interinstitucional para volverlas más sostenibles.

Fortalezas:

- La información de CS es bastante robusta y técnicamente consistente a lo largo del tiempo, especialmente la relativa al Gasto Público en Salud, cuyas cifras están basadas en el sistema de contabilidad gubernamental y demás información oficial de las instituciones involucradas con el gasto en salud. Siendo el marco el SHA 1 y la Guía de Productor de Cuentas en Salud.
- La institucionalización y credibilidad de las estimaciones de CS descansa en el hecho de que desde su origen han sido coordinadas por el MSPAS - no sin dificultades de recursos - y apoyadas por otras entidades gubernamentales relacionadas. Su información, por tanto, es oficial desde el origen.
- Por lo mismo, se cuenta con apoyo de los niveles políticos decisorios del MSPAS para continuar con la generación de CS y mejorar sus fuentes de información.

GUATEMALA

Institucionalización:

- Se encuentra en proceso de negociación.
- Viable, es una decisión Ministerial.
- Se acompaña el proceso de la ley Acceso y universalización de la Salud.
- Viabilidad depende de decisiones políticas del Congreso de la República.

Producción:

- 1998 Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. MSPAS. Período que cubre 1995 – 1997.
- 2000 Informe de Cuentas Nacionales. MSPAS. Período que cubre 1998.
- 2004 Informe de Cuentas Nacionales. MSPAS. Período que cubre 1999 – 2003.
- 2007 Cuarto Informe: Situación de la salud y su financiamiento. MSPAS. Período que cubre 2004-2005.

- En edición Informe del estado de la salud y su financiamiento 2006. MSPAS. Período que cubre 2006.

Divulgación y uso:

- Los estudios de cuentas nacionales han tenido poca difusión en el medio nacional, con excepción del informe de 2004-2005, del cual se imprimieron 500 ejemplares y también se distribuyeron copias electrónicas.
- No ha sido utilizada para la toma de decisiones, se mantiene la expectativa de necesidades institucionales a través la determinación de los POAS institucionales y la negociación política. No existe análisis técnico científico de la información.

Ventajas:

- La gran mayoría de los entrevistados (durante 2009) reconoce el término cuentas de salud, y lo relaciona con publicaciones sobre los gastos de salud. Las entidades públicas y privadas del sector salud (MSPAS, IGSS, ONG) han participado aportando datos.
- Algunas entidades de cooperación externa, como OPS y USAID, no solamente conocen de los estudios de cuentas nacionales, sino han apoyado su elaboración desde el inicio de la serie.
- También están al tanto de los informes que han sido publicados y están familiarizados con su contenido.
- En el caso de PNUD, entidad que anualmente elabora el Informe Nacional de Desarrollo Humano, existe un intercambio provechoso para ambas partes con el equipo de cuentas de salud, especialmente porque el PNUD realiza análisis del gasto en salud con base en las Encuestas Nacionales de Condiciones de Vida (ENCOVI) que sirven para determinar el gasto de bolsillo en los informes de cuentas de salud.
- Otras entidades que conocen de los estudios de cuentas de salud están fuera del sector salud, pero vinculadas al tema de derechos humanos y sociales: la Coordinadora de ONG y Cooperativas (CONGCOOP) y el Centro Internacional para Investigaciones de Derechos Humanos (CIIDH), han tenido acceso a los informes, en la búsqueda de fuentes de información para el monitoreo de cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).
- Las organizaciones con menos información sobre las cuentas de salud son las que, en cierto modo, representan a los usuarios de servicios de salud: las federaciones sindicales y las confederaciones de cooperativas agrícolas o comerciales. Ambas aglutinan a la población trabajadora de los sectores formal e informal. Sin embargo, no tenían conocimiento de la existencia de los estudios de cuentas de salud. Algunas de estas organizaciones, incluso se mostraron evasivos a recibir a los entrevistadores, debido a que no consideraron de su interés y competencia tratar este tema.

Debilidades:

- *Irregularidad de las publicaciones.* Los informes de cuentas no se producen a intervalos regulares y que nunca se sabe cuándo va a contarse con un nuevo informe de cuentas en salud.
- *Desactualización de los datos.* la información presentada ya no es útil para la planificación, la toma de decisiones o simplemente el cabildeo y la negociación, dada su publicación en el tiempo (tres años de rezago).
- *Datos incompletos.* Algunos informantes señalaron que extensos componentes del gasto en salud no son incluidos en el proceso de cuentas, entre ellos, los gastos municipales en salud, el gasto canalizado a través de ONG con fondos que no provienen del Estado, el

financiamiento de salud que hacen las empresas a través de fundaciones, consultorios de empresa, seguros privados de salud o donaciones a entidades de salud; el gasto en medicina tradicional o alternativa, que tiene muchos usuarios en este país; los gastos de salud cubiertos por medio de las remesas familiares, entre otros.

- *Problemas metodológicos.* No poseen un apartado que explique con claridad la metodología empleada. Se señala que el método de enviar formularios para que los llenen las entidades no ofrece mayor confiabilidad.
- *Debilidad en el análisis.* Se planteó que los informes parecen justificar el trabajo del MSPAS, en vez de tener una aproximación crítica a las condiciones de salud, la entrega de servicios y la eficiencia en el uso de recursos. También fue mencionado que existe pobreza en el análisis y que las conclusiones son generales y superficiales. También se mencionó que los resultados están muy agregados y no se tiene información de la incidencia del gasto por sexo, edad, grupo étnico o área de residencia de los usuarios.
- *Limitaciones a la participación.* Las organizaciones aportan datos, pero no son convocadas para el análisis e interpretación de la información, ni se les comparten los informes; en el caso del IGSS, se señaló que es a menudo vista como un establecimiento hospitalario, haciendo caso omiso de las importantes funciones que cumple dentro del sistema de salud.
- *Fallas en la divulgación.* En general se criticó que las cuentas no se divulgan. Este hecho no puede negarse, toda vez que en la propia Unidad de Planificación están apilados los informes de cuentas nacionales de 2004 -2005.
- Lucha e intereses alrededor de la estructura política ministerial

MEXICO

Institucionalización:

- Plan Nacional de Desarrollo.
- Programa Sectorial de Salud (2007-2012).
- Programa de Acción Específico; Sistema Nacional de Información en Salud (2007-2012).
- El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Objetivos

- Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Estrategias

- Mejorar, la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas.
- Consolidar la reforma financiera
- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Financiamiento Equitativo y Sostenible:

Estrategias

- Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.
- Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud de la persona

- Programa de Acción Específico: 2007-2012. Sistema Nacional de Información en Salud.
 - Desarrollo Organizacional de Sistemas de Información
 - Integración de Información
 - Difusión de Información
 - Normalización
- Leyes y normatividad
 - Ley General de Salud. Título Sexto, artículos 104, 105, 106, 107, 108 y 109.
 - Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (artículo 24).
 - Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004

Producción:

- Gasto Público
 - Secretaria de salud. Unidades centrales, organismos descentralizados, órganos desconcentrados. Registros administrativos. Anual
 - FASSA. Servicios estatales de salud. Registros administrativos. Anual
 - IMSS. Area central. Registros Administrativos. Anual
 - SEDENA
 - SEMAR
 - Gasto estatal. Servicios estatales de salud. Registro administrativos. Anual
 - IMSS. Area central Registro administrativos. Anual
 - ISSSTE. Area central. Registro administrativos. Anual
 - PEMEX. Area central. Registro administrativos. Anual
- Gasto Privado
 - Gasto privado en sanidad. Sistema de cuentas nacionales. Cuenta de bienes y servicios. Cuenta de oferta y utilización. Anual.
 - Empresas de seguros. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Registros administrativos. Anual.
 - Cuotas de recuperación. SICUENTAS: Registros administrativos. Anual.

Uso y difusión:

- Boletín de Información Estadística, Volumen IV.
- Cubos dinámicos de información.
- Indicadores de información.
- Página Web: <http://sinais.salud.gob.mx/>

PARAGUAY

Antecedentes:

- Propuesta de elaboración de las CNS con nuevas metodología en el contexto MERCOSUR.
- (Resolución S.G. N° 469/VII/2000). Alrededor del 2000 se plantea la necesidad de un análisis de las Cuentas en Salud de cada país con el fin de armonizar una metodología que permita compararlas entre los países integrantes para así favorecer los procesos de intercambio entre estados parte y asociados.

Institucionalización:

- Creación del Departamento de Cuentas Nacionales de Salud. Resolución Ministerial N. 77 del 4 de marzo de 2003.
- Creación del Departamento de Economía de la Salud. Resolución Ministerial N. 436 del 2 de julio de 2008.
- Creación del Comité Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud por Decreto de la Presidencia de la República N° 20608. Firmado el 14 de marzo de 2003.
- Instituciones representadas en el Comité Interinstitucional de CNS:
 - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)
 - Instituto de Previsión Social (I.P.S.)
 - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
 - Ministerio de Hacienda
 - Banco Central del Paraguay (B.C.P.)
 - Secretaría Técnica de Planificación

Producción:

- Cuentas de Salud 1997 / 2001.
- Boletín Informativo (Sector Público) Extracto anticipo (Reunión MERCOSUR) de las Cuentas de Salud de Paraguay 2002 / 2004.
- Cuentas de Salud 2002 / 2004.
- Cuentas de Salud 2005 / 2009 (Borrador no publicado).
- Financiamiento y Gasto por Función de Atención y Ciclo de Vida del MSPyBS 2006 / 2007.
- Financiamiento y Gasto por Función de Atención y Ciclo de vida del MSPyBS 2008 / 2009 (Borrador no publicado).
- Cuentas Satélite de Salud – Ejercicio Exploratorio Sector Publico 2005 / 2009. (Borrador no publicado).

Debilidades:

- Recursos Físicos y Humanos.
- Socialización / Divulgación.
- Estandarización internacional.
- En estudios: No se incluyen a las ONG's, otras Entidades Sin Fines de Lucro, toda la Cooperación Internacional.
- En algún periodo: Información incompleta sobre el Sector Privado de la Salud.
- Clasificación homogénea de las cifras del sector salud.
- Dificultad con las presentaciones a nivel de funciones.

Fortalezas

- Institucionalización avanzada.
- Producción avanzada.
- Información actualizada sobre Financiamiento y Gasto del Sector Salud.
- Test de metodologías
- Comparabilidad en el tiempo y el espacio.
- Defensa del presupuesto para salud.
- Reordenación de la información.
- Evaluación de la participación del gobierno.
- Pedidos “sobre medida” / Organismos Internacionales.
- “Entusiasmo” por la información.
- Docencia

PERU

Institucionalización:

- Inicios 1994. Análisis del financiamiento del Sector Salud 1992–95. Consorcio ESAN/AUPHA/SERVERS-FUNSAUD. La versión revisada se publica en 1995-96.
- Cooperación MINSA – OPS/OMS. Se publica Cuentas Nacionales en Salud, Perú 1995 – 2000. Amplio difusión y uso en documentos de política.
- Convenio marco MINSA – CIES. 1995 – 2000. Amplio difusión y uso en documentos de política.
- Asocio entre MINSA – Popsalud/USAID – Observatorio Salud/CIES. Para actualización hasta el 2009.

Producción:

- Información desarrollada desde la perspectiva del control (presupuesto, planillas, patrimonio) y no en la lógica de cuentas en la salud.
- La calidad es heterogénea, mayor calidad tiene la financiera que la de producción.
- Para las CCNNS la recolección y sistematización de la información requiere de la contratación de consultores y se efectúa con cierta periodicidad.
- La metodología utilizada es básicamente la del Sistema de Cuentas Nacionales de NNUU, sin embargo, se han incorporado elementos del enfoque de flujos de recursos y gastos, que permiten explicar mejor la realidad del país.

Divulgación y uso de la información:

- La información de CCNNS 1995–2000, sirvió para la elaboración del PESEM del Sector Salud.
- La mayor divulgación se realiza a partir del 2003 y se convierte en instrumento de política a partir del 2004 en documentos del Ministerio de Salud y del Congreso Nacional de la República.
- En el 2005 sirve de base para el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud.
- Diversas publicaciones académicas y foros las citan.
- Internacionalmente se ha presentado en el I Foro Sudamericano de Salud y Economía y I Taller de Armonización de Cuentas en Salud (Quito 2008). Perú tiene la presidencia de la Comisión de Salud y Economía del ORAS/CONHU.

Debilidades:

- Dificultad en el país en relación a la consistencia y continuidad de las estadísticas de producción de servicios de salud.
- Subestimación del gasto de los hogares en medicina alternativa, complementaria, centros naturistas y otras vinculadas a la estética y afines.
- Subestimación del gasto del prestador privado no lucrativo (ONGs. Cruz Roja, bomberos) y de los consultorios privados.
- No hay equipos técnicos capacitados en CNS en el MINSA y hay alta rotación de equipos técnicos y de funcionarios.
- No está financiado totalmente el desarrollo de las CNS.
- Aplicación y desarrollo de las CNS episódica y no sistemática

Fortalezas:

- Los resultados de las CCNNS se han incorporado en los documentos oficiales de política del Ministerio de Salud (PESEM, Plan Nacional de Salud, Ley Marco del Aseguramiento Universal) y para acuerdos políticos en salud.

- Se ha constituido la Unidad de Estudios Económicos en Salud dentro de la OGPP-MINSA, la que está a cargo de las CCNNS y está obligada a actualizarla anualmente.
- Se cuenta con una serie de 11 años (1995 – 2005). Actualmente se está actualizando hasta el 2009.
- Se cuenta con la Encargada Nacional de Hogares (ENAHO) para la información sobre el consumo y gasto de los hogares. Se actualiza anualmente.

URUGUAY

Institucionalización:

- 1982, 1994 y 1995 - Estudios de gasto con cruzamiento de datos.
- 1998 a 2002 - Cuentas de Salud con financiamiento de un proyecto del BM.
- 2004 a 2008 - Dep. de Economía del MSP.

Fortalezas:

- Existe un responsable el Departamento de Economía de la salud del MSP.
- Financiamiento con recursos propios.

Debilidades:

- Se sacrificaron de dimensiones.
- No están centralizadas los estudios de cuentas específicas

Uso:

- Reforma del financiamiento del sector salud.
- Monitoreo del proceso de reforma.
- Estudios que vinculan gasto con protección financiera, producción y calidad de las prestaciones.

Publicaciones:

- En foros regionales.
- Site del MSP www.msp.gub.uy.

Cuentas específicas:

- Tabaco y Accidentes de Transito con financiamiento de grants.
- Estrategia de la zanahoria.
- En respuesta al VIH
 - Serie iniciada en 1998 hasta 2008
 - Recursos externos.
 - Convenio con una Universidad como tesis de grado.
 - En la actualidad se financia con recursos propios dentro de Programa de Lucha contra ETS/SIDA.

REPUBLICA DOMINICANA

Institucionalización:

- Creación de la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud en la SESPAS, hoy MSP.
- Base Legal: Artículos 19 al 27 de la Ley General de Salud (42-01), que tratan sobre las líneas generales sobre el financiamiento del sector salud.

- Unidad estratégica creada en el marco de la función de Monitoreo del Gasto y las Cuentas Nacionales de Salud del Viceministerio de Planificación y Desarrollo.
- Se oficializó mediante la Disposición Administrativa No. 010, del 24 de diciembre del 2004. Puesta en funcionamiento en Agosto del 2005.
- Disposición Administrativa 00010 del 4 de agosto 2008.
- Cuenta con asignación presupuestaria.
- Recursos humanos pagados por el Ministerio a tiempo completo.
- Integrado un Comité Interinstitucional con participación de las instituciones públicas y representación Privada

Producción:

- Cuentas de salud. Informe 2002. Preliminar. 2003-2008
- En proceso las CS 2009. Elaborada versión preliminar. Gasto publico 2009.
- Construcción de la relación de indicadores.
- Coordinación del estudio de gasto en salud reproductiva y violencia de genero 2009. Informe 2008. Octubre 2010.

Divulgación:

- Informe de las CNS 1996.
- Informe CS 2002.
- Estandarización de la publicación del Boletín de Indicadores de Gasto Público en Salud anual, 2002- 2008 y 2009 en una versión preliminar.
- Realización de Jornadas de sensibilización sobre la importancia de las CNS, y sobre los Resultados Obtenidos.
- Reuniones Permanente del Comité Interinstitucional de CNS.
- Publicación en Pág. WEB del Ministerio.
- Presentación en espacios Internacionales. Jornadas de Economía de la Salud de Argentina y Reunión de directores de Unidades de Economía de la Salud y de financiamiento y gastos.
- Preliminar del Informe de Cuentas de Salud 2003-2008.

Uso de la información:

- PLANDES 2006-2015, Metas de Incremento del Gasto Público como proporción del PIB.
- Agenda Estratégica Nacional de Desarrollo 2010-2030.
- Movilización de Recursos hacia problemas prioritarios. Programas de Prevención y Salud Pública.
- Respuestas para Negociación de Recursos y seguimiento de compromisos y metas nacionales del gobierno.
- Suministro de Información para la evidencia de la transparencia Institucional, para la medición de la percepción del índice de corrupción. Sociedad civil Participación ciudadana.
- Identificación de Indicadores Para el Monitoreo del Sistema Nacional de Salud.
- Apoyo con información disponible en la unidad para diferentes áreas del ministerio, y otras instituciones del sector Salud.
- Insumos para la evaluación de Programas como la Respuesta Nacional de VIH-SIDA.
- Solicitud de la Maestría de Salud Pública de UASD y solicitud, UCE. Como Invitado especial para compartir La importancia de las CS y los Resultados del País.

Debilidades:

- Falta de Información del Sector Privado.
- Falta de recursos Técnicos.
- Baja capacidad de Análisis y rápida divulgación.
- Escasa sistematización de los instrumentos.
- Concentrados en la primera fase en las Matrices Bases.
- Débil uso de la información en la toma de decisiones, en términos de contribuir a hacer más equitativo el financiamiento de la salud y lograr mayor eficiencia de los recursos.
- La recolección de información sigue siendo una etapa larga porque la estructura de los sistemas de información financiera no coincide con la clasificación funcional de las CS.

Fortalezas:

- Existe la voluntad política de impulsar las CS desde el Ministro y Viceministro.
- Reconocimiento del trabajo de la unidad y crece la demanda e interés por las informaciones que se producen de las cuentas de salud.
- El funcionamiento activo del Comité Interinstitucional.
- Asistencia Técnica de la OPS local, para impulsar procesos.
- Mayor conciencia sobre la importancia de las CS.
- Mayor capacidad técnica para la sostenibilidad del proceso.
- Unos de los Reglamentos de aplicación de la Ley General de Salud, manda el desarrollo del Módulo de Financiamiento y Gasto en Salud en el Sistema General de Información.
- Integración de actores claves del sector salud, mecanismos de coordinación interinstitucional que garantizan el suministro de los datos e informaciones de forma sistemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IHAT (OECD/Eurostat/WHO). “Framework for the consultation process related to the revision of the System of Health Accounts (SHA)” de la OECD. Disponible en : <http://www.oecd.org/dataoecd/46/53/40439697.pdf>.
2. OECD/Eurostat/WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0. Chapters 1to15. Pre-edited version. March, 2011.
3. OMS/USAID/Banco Mundial. Guía de Producción de Cuentas Nacionales de Salud con Aplicaciones Especiales a Países de Desarrollo Medio y Bajo. Ginebra, Suiza, 2003.
4. Rathe, M. “Qué son cuentas nacionales de Salud”. Revista [i]salud de la Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina, Vol. 5 – No. 25 - Diciembre 2010. Disponible en <http://www.isalud.edu.ar/ediciones-revista.php>

ANEXOS

ANEXO I:
LISTA DE PARTICIPANTES CONSULTAS REGIONALES ALC

<i>Paises</i>	<i>Consulta 1: Enero 2009</i>	<i>Consulta 2: Junio 2009</i>	<i>Consulta 3: Septiembre 2010</i>
Argentina	Diana Miguez Gabriela Blejer	Ernesto Báscolo	Ernesto Báscolo Diana Miguez
Bolivia	Werner Valdez		Werner Valdez
Brasil	Ricardo Moraes		María Angélica Borges dos Santos
Chile		Alain Palacios	Alain Palacios
Colombia	Gilberto Barón Ramiro Guerrero		Gilberto Barón
Costa Rica	Andrea Collado María del Rocío Sáenz Patricia Allen	Andrea Collado María del Rocío Sáenz	Patricia Allen
Ecuador	Nilda Villacres		
El Salvador	Gloria Rubio	Gloria Rubio	Gloria Rubio
Guatemala	Ricardo Valladares	Ricardo Valladares	Ricardo Valladares Luis Armando Ruíz Morales
México	Carlos Lino Sosa Felicia Knaul Gabriela Morales Gustavo Nigenda Héctor Arreola José Luis Resendiz Leticia Ávila Oscar Santiago Salinas Pablo Kuri Rodrigo Saucedo Rosa Maria Rodriguez	Oscar Santiago Salinas Jerónimo Santiago Víctor Pérez Pérez José Luis Resendiz Héctor Arreola Felicia Knaul Leticia Ávila	Oscar Santiago Salinas Carlos Lino Sosa Héctor Arreola Leticia Ávila
Paraguay			Pedro Bivona
Perú	Carmen Reyes Margarita Petrerá	Carmen Reyes	Margarita Petrerá Augusto Martín Portocarrero
República Dominicana	Magdalena Rathe Alejandro Moliné Mari Reyes	Magdalena Rathe Alejandro Moliné Mari Reyes Dania Guzmán	Magdalena Rathe Dania Guzmán Ramón Pérez Minaya Soraya González Mari Reyes José Manuel Cleto
Uruguay	Daniel Arán	Daniel Arán	Daniel Arán
Banco Mundial	Charu Gard		
OMS	Jens Wilkens Patricia Hernández	Jens Wilkens Patricia Hernández	Cornelis J. Van Mosseveld Patricia Hernández
OECD	Cornelis J. Van Mosseveld Roberto Astolfi	William Cave	Roberto Astolfi

ANEXO II:
IMAGEN DEL GRUPO DE TRABAJO REVISION SHA 2.0



De izquierda a derecha - última fila: Alain Palacios, Chile; Werner Valdez, Bolivia; Ricardo Valladares, Guatemala; Roberto Astolfi, OECD; Carlos Lino Sosa, México; Cornelis J. Van Mosseveld, OMS; José Cleo, Rep. Dominicana; Pedro Bivona, Paraguay; Soraya González, Rep. Dominicana.

De izquierda a derecha - fila central: Diana Miguez, Argentina; Patricia Hernández, OMS; Magdalena Rathe, Rep. Dominicana; Daniel Arán, Uruguay; Patricia Allen, Costa Rica; Oscar Santiago Salinas, México; Gilberto Barón, Colombia.

De izquierda a derecha - fila frontal: Limary Gutiérrez, traductora RD; Mari Reyes, Rep. Dominicana; Gloria Miriam Rubio, El Salvador; Margarita Petrera, Perú; María Angélica Borges dos Santos, Brasil; Luis Armando Ruíz Morales, Guatemala; Dania Guzmán, Rep. Dominicana; Leticia Ávila, México; Ernesto Báscolo; Argentina.

ANEXO III:
PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA REVISIÓN DEL SCS

PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA REVISIÓN DEL SCS

Propósito y avance del documento

INTRODUCCIÓN

Principales motivos para la revisión del SCS 1.0

Enfoque general de la revisión del SCS

Aspectos metodológicos clave

Retos clave

Antecedentes

Estructura preliminar del SCS 2.0

UNIDADES DEL SCS 2.0

INTRODUCCIÓN DEL MANUAL SCS, VERSIÓN 2.0

PARTE I. PRINCIPIOS Y CONCEPTOS

UNIDAD 1. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL SCS

UNIDAD 2. FRONTERAS GLOBALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

UNIDAD 3. CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE EN LAS CUENTAS DE SALUD

UNIDAD 4. DIMENSIONES DEL GASTO EN SALUD

UNIDAD 5. TIPOS DE CUENTAS DE SALUD

UNIDAD 6. RELACIÓN CON OTROS SISTEMAS ESTADÍSTICOS

PARTE II. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CUENTAS DE SALUD

UNIDAD 7. ICHA-HC CLASIFICACIÓN DE FUNCIONES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

UNIDAD 8. ICHA-HP CLASIFICACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

UNIDAD 9. CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES FINANCIERAS (ICHA-FS)

UNIDAD 10. CLASIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (AGENTE DE FINANCIAMIENTO)

UNIDAD 11. CLASIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BENEFICIARIO/RECEPTOR

UNIDAD 12. CLASIFICACIÓN DE LOS RECURSOS PARA LA PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS EN SALUD

UNIDAD 13. CLASIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

UNIDAD 14. RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PARTE III. INDICADORES BÁSICOS, CUADROS Y COMPILACIÓN DE CUENTAS DE SALUD

UNIDAD 15. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

UNIDAD 16. REGLAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS DE CONTABILIDAD

UNIDAD 17. PROCESOS DE COMPILACIÓN POSIBLES

UNIDAD 18. USO ANALÍTICO DEL SCS.

Propósito y avance del documento

1. La revisión del manual 1.0 del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) es una actividad colaborativa de la OECD, Eurostat y la OMS. En su conjunto, los expertos en cuentas de salud de las 3 organizaciones se conocen como el Equipo Internacional de Cuentas de Salud (EICS).¹

2. Este documento, el Programa de Trabajo para la Revisión del SCS, fue preparado por EICS con el fin de informar a las organizaciones y expertos pertinentes sobre el programa de trabajo para la revisión del Sistema de Cuentas de Salud, así como de convocar y estimular su participación. Este documento debe leerse en asociación con el documento “Marco de referencia para el proceso de consulta relacionado con la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SCS)”, que describe los motivos para desarrollar un estándar global de Cuentas de Salud y un marco de referencia para la cooperación entre la OECD, Eurostat y la OMS.

3. Una versión preliminar del presente documento titulada Programa Preliminar de Trabajo para la Revisión SCS se circuló ampliamente por correo electrónico a finales de 2007.² Su distribución tuvo el objetivo explícito de notificar a las partes interesadas que el proceso de revisión se encontraba en curso y buscaba una retroalimentación sobre el programa preliminar con el fin de revisarlo.

4. Los comentarios y la retroalimentación recibidos de parte de numerosos países fueron de tres tipos. Primero, se recibieron comentarios en apoyo a la revisión. Segundo, hubo comentarios generales sobre el proceso. Estos comentarios se resumen en párrafos más abajo y han sido agrupados bajo encabezados amplios. Tercero, se recibieron comentarios de naturaleza específica, y estos comentarios han sido incorporados tanto como ha sido posible en el esquema de las unidades en la última parte de este documento. Todos los comentarios y la retroalimentación resultaron positivos y sirvieron para apoyar y ofrecer información valiosa en la transición del Programa Preliminar de trabajo hacia la versión revisada y final, por lo que fueron de gran ayuda en el proceso de revisión. Agradecemos a todos los países y personas por su retroalimentación.

5. La revisión del SCS tiene como uno de sus objetivos el desarrollo de un estándar global para la compilación de cuentas de salud. Por tanto, el manual revisado debe resultar aplicable a una gran variedad de países y condiciones. Satisfacer los requerimientos de la revisión en condiciones de diversidad representa un reto, y esta complejidad se reflejó en la retroalimentación y los comentarios recibidos.

6. El primer grupo de comentarios sobre la revisión se basó en la magnitud de la tarea. Algunos de los que respondieron consideraron que el programa preliminar de trabajo es demasiado ambicioso y que el establecimiento de prioridades es esencial para asegurar que la meta del Manual SCS 2.0 se alcance en un tiempo razonable. Reconocemos que la revisión del manual SCS 1.0 es un proyecto ambicioso, pero sentimos que es inevitablemente. Sin embargo, el EICS consideró seriamente estos comentarios y designó algunas unidades como de alta prioridad y algunas otras como de baja prioridad. Las unidades de alta prioridad son aquéllas en las que algunos aspectos críticos requieren ser resueltos antes de que otros problemas y aspectos sean solucionados. En la primera iniciativa del proceso de revisión se analizarán cuatro aspectos de alta prioridad.³ El tema de las fronteras del sistema de atención de la salud se perfiló de manera destacada en la lista de los aspectos de alta prioridad como un asunto en el que se requiere la resolución de la definición de dichas fronteras en las etapas tempranas del proceso.

7. El establecimiento de prioridades ha permitido también al EICS desarrollar un cronograma para el inicio y la terminación del trabajo unidad por unidad. El cronograma distribuye la carga de trabajo asociada con la revisión de las unidades, lo que permite a los países y los expertos individuales, tanto como sea posible, administrar el suministro de comentarios sobre los documentos y contribuir con aportaciones dentro del esquema de tiempo previsto. Habrá flexibilidad para conflictos no previstos en la programación, ya sea dentro del proceso de revisión en virtud de incompatibilidades en el cronograma de las unidades, o bien, a causa de una actividad interna de más alta prioridad. De esta manera se incorpora una flexibilidad en el cronograma. Los avisos sobre fechas importantes y tiempos de las unidades se colocarán en la página Web para la revisión SCS.

8. El Segundo grupo de comentarios generales sobre el Programa Preliminar de Trabajo se refirió a los motivos de la revisión. Algunos de los que respondieron expresaron el punto de vista de que el sistema actual de la metodología de las cuentas de salud funciona bastante bien, por lo que prácticamente no requiere ningún cambio. Reconocemos tanto las fortalezas como las bondades de la metodología actual. Nuestro interés es mejorar los puntos débiles, pero sin que ello signifique cambiar todo el sistema. La revisión de un sistema complejo tal como el que se plantea en el Manual SCS 1.0 o en la Guía del productor debe ser necesariamente, en virtud de su complejidad, un proceso en aumento y cauteloso.

9. Por último, otro aspecto que se expresó en la retroalimentación fue la preocupación de que los requerimientos de información para los países sujetos al nuevo marco de referencia SCS resultaran, tanto cuantitativa como cualitativamente, más onerosos que en el marco de referencia SCS actual. Cabe señalar, sin embargo, que en común con las prácticas actuales asociadas con el marco de referencia del Cuestionario Conjunto de Cuentas de Salud (CCCS) para la Recolección de Datos de OECD/Eurostat/OMS, el manual revisado se esforzará por exponer los requerimientos mínimos de suministro de información necesarios para maximizar las posibilidades de comparabilidad internacional. El sondeo intensivo de los países implicará también la consideración de la disponibilidad en la recopilación cotidiana de datos, la mensurabilidad, la viabilidad y el costo. De manera importante, el desarrollo de clasificaciones adicionales, p.e., recursos humanos en salud o el gasto por enfermedad, edad y género, así como la recopilación de tablas contables en el manual, permitirá a los países compilar gran parte de estos datos de manera independiente a la coordinación internacional, si bien en el entendido de que cuando así ocurra, los países lo hagan de forma armonizada desde el punto de vista internacional.

INTRODUCCIÓN

Principales motivos para revisar el SCS 1.0

1. El Marco de Referencia para el proceso de consulta relacionado con la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) describe los principales argumentos, propósitos y el marco de referencia para la cooperación entre la OECD, Eurostat y la OMS en busca de un estándar global de Cuentas de Salud. Por tanto, a continuación sólo se resumen los aspectos técnicos más importantes.

2. Los expertos en contabilidad de la salud han enfrentado las expectativas crecientes de los analistas de política, los formuladores de políticas y el público en general, todas ellas similares: contar con información sobre el gasto en salud que sea confiable, oportuna y comparable, tanto entre países como en el curso del tiempo, es indispensable para el análisis de las tendencias en

el gasto en salud y los factores subyacentes de crecimiento, así como para la elaboración de proyecciones para el gasto futuro.

3. Se espera que las cuentas de salud proporcionen de manera creciente información de interés para el análisis de políticas al evaluar el desempeño de los sistemas de salud, es decir, que provean un insumo adecuado (junto con otros recursos estadísticos) para el análisis de la sustentabilidad del financiamiento, la eficiencia en el nivel macro y la equidad en la utilización de los recursos.

4. Un reto más conceptual y metodológico es el de producir información sobre la importancia del sistema de salud dentro de la economía nacional, así como sobre la contribución de la atención de la salud al desarrollo económico.

Enfoque general de la revisión SCS

5. Estas metas generales requieren un marco de referencia contable capaz de satisfacer las necesidades de información del análisis de las políticas de salud, que sea sólido en términos estadísticos, esto es, integral, consistente y vinculado adecuadamente con otros sistemas estadísticos, en particular al Sistema de Cuentas Nacionales (SCN).

- La estructura y las funciones del sistema de salud y los criterios para valorar el desempeño del sistema de salud constituyen el punto de partida para definir cómo describir a los actores y las transacciones en SCS, así como los indicadores clave que se espera que SCS proporcione al análisis de políticas.
- Estos requerimientos se aplicarán a la revisión de la versión actual del SCS y definirán la forma en que deberán revisarse y ampliarse sus características básicas y componentes, tales como las fronteras del sistema de salud, las clasificaciones, los cuadros básicos y las reglas de contabilidad. Como una de sus principales ampliaciones, SCS 2.0 busca introducir una serie de cuentas y un conjunto de indicadores clave.
- Todo esto determinará qué modificaciones se necesitan para la recopilación de datos y los lineamientos relacionados con ésta. En conjunto, las necesidades de política y los rasgos estadísticas determinarán los cambios deseables al presentar los resultados.
- Se abordará la cuestión de si el SCS puede considerarse una cuenta satélite para el SCN. Desde esta perspectiva, se revisará también el vínculo entre el SCS y el SCN, en particular en lo que se refiere a qué partidas se encuentran justificadas por los requerimientos para proporcionar información pertinente para el análisis de políticas de salud.

Aspectos metodológicos clave

6. Satisfacer los requerimientos conlleva un esfuerzo y tiempo considerables. A continuación sólo se presentarán unas pocas de las cuestiones metodológicas más importantes. La comparabilidad de los datos sobre el gasto en salud es limitada por diversos factores. Si bien el Sistema de Cuentas de Salud proporciona un enfoque funcional consistente para definir las fronteras del sistema de salud, hay varias cuestiones específicas que todavía no se han resuelto adecuadamente (p.e., la estimación de la atención de largo plazo, las fronteras entre salud pública y prevención, el tratamiento de la atención informal, etc.).

7. La estimación del gasto privado parece hasta ahora uno de los puntos débiles de la contabilidad en salud, principalmente en virtud de incertidumbres respecto del monto de los pagos de bolsillo a los proveedores de atención de la salud. Por tanto, es una de las principales fuentes de error en la estimación del gasto total de atención de la salud, en particular en los países de ingreso bajo y medio.

8. La comparación en el tiempo y entre países de la información sobre el gasto en salud se ve limitada por la falta de índices de precio específicos en salud y de mediciones de los productos de salida. Dado que en este momento el gasto en salud para la comparación entre países se ajusta en función del PPA de economía amplia, los datos resultantes (gasto en PPA) no sólo reflejan variaciones en el volumen de los servicios de salud, sino también variaciones en los precios de los servicios de salud relacionados con los precios PIB.

9. Las categorías actuales de financiamiento de atención de la salud (ICHA-HF) no permiten que se refleje adecuadamente los complejos y cambiantes sistemas de financiamiento de la salud. Los esquemas de seguros y de financiamiento son heterogéneos y han evolucionado de manera significativa como resultado de reformas recientes e iniciativas de política.

10. Con el fin de responder de manera más adecuada a la pregunta de “quién obtiene qué, cuándo y cómo” (es decir, las preguntas clave de políticas de salud relacionadas con la eficiencia y la equidad), se requiere la incorporación a la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA) de otras dimensiones del gasto en salud, principalmente categorías de enfermedades y características socio-económicas, de edad y de género de los beneficiarios/receptores

11. En esta etapa, las cuentas de salud basadas en el SCS proporcionan información acerca del consumo final de los servicios y bienes de salud. El Manual SCS no distingue adecuadamente entre la producción y el consumo final de los servicios de salud. Sin embargo, la información sobre la producción de los servicios de salud dentro del contexto de la economía nacional también es importante para el análisis de políticas, como por ejemplo la demanda generada por el sistema de salud para otras industrias, los efectos del empleo en la atención de la salud, los cambios en la productividad de sectores particulares del sistema de salud, etc.

Retos clave

12. El trabajo de revisión enfrenta varios retos tanto técnicos como de procedimiento. De manera particular, es necesario tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Algunas cuestiones no han sido resueltas en virtud de la falta de conocimientos científicos adecuados. Por ejemplo, cómo tomar en cuenta el cambio en la calidad en la medición del producto. Por tanto, en algunos casos, el CSC 2.0 sólo podrá proporcionar soluciones parciales. Esto, a su vez, puede afectar otras cuestiones.
- El SCS 2.0 busca apoyar mejor los requerimientos del análisis de políticas de salud. Por otro lado, como cuenta satélite, es deseable que exista una vinculación más fuerte con el SCN. Estos dos requerimientos pueden entrar en conflicto mutuo.
- Para asegurar que el SCS 2.0 refleje las necesidades de países de ingreso alto y bajo con sistemas de salud heterogéneos y diferencias en las preocupaciones de políticas clave
- Para reconciliar los diferentes requerimientos para la construcción de un sistema estadístico sólido y confiable que produzca por un lado datos de gasto en salud de alta calidad y, por el otro, datos oportunos para el trabajo de rutina de las agencias nacionales e internacionales. Además, es necesario considerar las diferencias en la capacidad estadística de los países de ingreso alto y bajo.
- El SCS 2.0 está diseñado para ser usado a lo largo de un periodo de tiempo significativo, por lo que deberá ser lo suficientemente flexible para poder incorporar los cambios futuros en los sistemas de financiamiento de la salud.

- Para esclarecer la relación del SCS 2.0 con otras metodologías que rastrean el gasto en salud, en particular con sub-cuentas por enfermedad específica que son de gran importancia para los países de ingresos bajos;
- Para producir el primer borrador a finales de 2009 y asegurar un proceso de consulta amplio, de forma que se dé el suficiente tiempo para el debate y la reconciliación de puntos de vista divergentes.
- Al ampliar y depurar la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud, es de vital importancia asegurar la comparabilidad retroactiva de los datos, con base en la clasificación actual y aquellas basadas en la revisada.

Antecedentes

13. La experiencia proporciona bases sólidas para el trabajo de revisión. Primero, se cuenta con 7-8 años de experiencia en la instrumentación del SCS en los países de la OECD. Segundo, un número creciente de países que no pertenecen a la OECD ni a la UE, particularmente países de ingreso medio y bajo, están instrumentando las Cuentas Nacionales de Salud con base en SCS o la Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios, publicada por la OMS, el Banco Mundial y USAID en 2003 (GP); y en el caso de muchos países latinoamericanos, que lo están haciendo con base en desarrollos de las Cuentas Satélite. Tercero, muchos países tienen una larga historia en cuentas del gasto en salud que preceden al Manual SCS, tales como Canadá, Francia, los Países Bajos y los Estados Unidos. Por último, la experiencia de la recopilación conjunta de datos de cuentas de salud llevada a cabo por la OECD, Eurostat y la OMS en 2006 y 2007 ha contribuido a desarrollos de instrumentación y metodológicos al mismo tiempo.

14. El Marco de Referencia para el proceso de consulta relacionado con la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) ha tomado en cuenta los problemas y cuestiones identificadas a lo largo de la instrumentación del SCS. En las reuniones de expertos de cuentas de salud de la OECD se han examinado con regularidad los problemas metodológicos (p.e., atención de largo plazo, financiamiento de la salud). En 2006-2007, los talleres de Eurostat analizaron cuestiones metodológicas específicas (p.e., prevención, servicios auxiliares). En diciembre de 2006, Eurostat y la OECD invitaron a expertos en cuentas de salud para que informaran sobre problemas que deberían incluirse en el SCS 2.0. La OMS recopiló también los problemas asociados con la instrumentación del SCS/GP. La información procedente de estas fuentes se está valorando cuidadosamente y se está usando para preparar el Programa de Trabajo.

Estructura preliminar del SCS 2.0

15. La estructura presentada en este documento debe considerarse preliminar y puede verse sujeta a cambios durante el proceso de consulta y revisión. Se tienen pensadas tres partes fundamentales del SCS 2.0:

- Parte 1: principios y conceptos;
- Parte 2: Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud; y
- Parte 3: indicadores básicos, cuadros y recopilación de Cuentas de Salud.

16. El anexo 1 muestra las unidades que actualmente se planean dentro de cada parte. La sección sobre las unidades del SCS 2.0 proporciona una descripción de la importancia y los aspectos clave que deben abordarse en la preparación de cada unidad, por lo que sólo los aspectos más importantes se destacan más adelante.

Parte 1: principios y conceptos

17. Como ya se describió, el SCS 2.0 deberá satisfacer las necesidades de información del análisis de políticas de salud y proporcionar un marco de referencia estadístico sólido por un lapso de tiempo significativo. Desde la perspectiva de las políticas de salud, es de vital importancia definir los indicadores clave que se espera que el Manual SCS proporcione.

18. Un punto débil de la versión 1.0 del Manual SCS es que no refleja adecuadamente las principales características de los sistemas de atención de la salud. SCS 2.0 proporcionará un modelo estilizado de los sistemas de atención de la salud que describa los actores clave y sus posibles papeles, así como las transacciones básicas entre ellos al financiar y proveer servicios de salud a la población.

19. Se espera que la metodología de la contabilidad de la salud proporcione un marco de referencia adecuado para monitorear el flujo de dinero en su relación con las funciones básicas del sistema de salud, a saber, administración (rectoría), generación de recursos (p.e., formación de profesionales de la salud), financiamiento (captación de recursos, mancomunado fondos, compra) y suministro (servicios de salud personales y no personales). Por tanto, la descripción del sistema de atención de la salud y una serie de indicadores clave deberán proporcionar uno de los puntos de partida para definir los renglones que el SCS intenta medir, así como para revisar los rasgos clave de la Versión 1.0 del SCS, incluyendo la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud.

20. El otro requerimiento importante para revisar y definir los principios y conceptos básicos del SCS es que éste busca satisfacer los requerimientos de una Cuenta Satélite para el SCN. El SCS revisado se formulará de tal suerte que vuelva clara y explícita la relación con el SCN.

21. Los componentes clave de la metodología de la contabilidad en salud serán propuestos en las unidades sobre las fronteras globales de la atención de la salud, los conceptos y definiciones clave en las cuentas de salud, las dimensiones del gasto en salud y los tipos de cuentas de salud.

Parte 2: Clasificación Internacional las de Cuentas de Salud

22. La versión 1.0 de la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud proporciona clasificaciones con definiciones detalladas de las tres dimensiones del gasto en salud: ICHA-HC Clasificación Funcional de la Atención de la Salud, ICHA-HP Clasificación de las Industrias Proveedoras de Atención de la Salud, e ICHA-HF Clasificación del Financiamiento de los servicios de Salud.

23. Las instrumentaciones del SCS han dado pruebas de satisfacer mejor los requerimientos de la comparabilidad internacional y, al mismo tiempo, tienen mayor flexibilidad para adaptar los diferentes sistemas nacionales de salud al refinamiento que requiere ICHA. El trabajo incluirá no sólo una estructura revisada de las dimensiones existentes (esto es, función, esquemas de financiamiento y proveedor) y nuevas dimensiones (tales como gasto por enfermedad, edad y género y características socio-económicas del beneficiario/receptor), sino lineamientos detallados para algunas cuestiones específicas. Se considerarán tres requerimientos básicos en la revisión: pertinencia para las políticas, viabilidad de la medición y posibilidad de suministro regular de información. Más aún, se valorará también el vínculo con otras clasificaciones (tales como CIU, NACE (Clasificación Estadística de Actividades Económicas), etc.). Dado que ICHA 2.0 intenta proporcionar un sistema de clasificación para los próximos 8-10 años, al valorar la viabilidad del suministro de datos deberá tomarse en cuenta también el potencial de mejoras en los sistemas de información.

24. Con el fin de mejorar la comparabilidad del gasto total en salud, es de vital importancia esclarecer y definir con más precisión las fronteras de los servicios de salud, en particular los lineamientos para la estimación del gasto en la atención de largo plazo. Se necesitan definiciones y explicaciones más detalladas en algunos casos con el fin de evitar grandes variaciones en la interpretación y las prácticas de estimación. Las definiciones deberán complementarse con una mayor asesoría en lo que se refiere a métodos de estimación.

25. Es necesaria una revisión de la estructura interna de cada clasificación, tanto desde el punto de vista de la comparabilidad internacional como de su adecuación a los sistemas nacionales. Más aún, también se tomarán en cuenta los vínculos con otras clasificaciones (tales como CIU, NACE (Clasificación Estadística de Actividades Económicas), etc.) y con su proceso actual de revisión. Actualmente, el SCS-ICHA cuenta con categorías de hasta tres dígitos. Algunos países han añadido categorías más detalladas (hasta de tres o cuatro dígitos) para reflejar mejor las características nacionales del sistema de salud, mientras la mayoría de los países no suministra las cifras en el caso de algunas de las categorías de dos dígitos. Más aún, sería deseable aclarar cuál es el nivel adecuado para la comparabilidad internacional.

26. Al parecer hay un consenso cada vez mayor en cuanto a que ICHA 2.0, si se desea que el SCS permita proporcionar mejor información para los formuladores de políticas, debería contener varios componentes nuevos, a saber: Fuentes Financieras, Clasificación de las características del Beneficiario/receptor, Clasificación de los Recursos para la producción de bienes y servicios de salud, y Clasificación de productos de los servicios de salud. Dos de éstas (Fuentes Financieras y una clasificación parcial de los Recursos para la producción, a saber, Recursos Humanos) han sido ya introducidas en la recopilación conjunta de cuentas de salud de la OECD, Eurostat y la OMS.

27. Al revisar la estructura interna de cada componente de ICHA, es de vital importancia establecer una distinción entre lo que es esencial y lo que no lo es para fines de comparación internacional. Podría existir una jerarquía establecida que definiera el tipo mínimo de suministro de información por parte de los países miembros, de forma que éste pudiera usarse sobre una base comparativa.

Parte 3: Indicadores básicos, cuadros y recopilación de Cuentas de Salud

28. Esta parte ha sido planeada para que contenga las siguientes unidades: presentación de resultados, reglas y lineamientos básicos de contabilidad, procesos de recopilación posibles y métodos para mejorar la oportunidad de la información.

29. La Versión 1.0 del SCS presenta cuadros con información muy detallada que no puede comprenderse fácilmente por parte de los formuladores de políticas de salud. Mientras que la información detallada es útil para los analistas de políticas y expertos en cuentas de salud, la Versión 1.0 del Manual de SCS no destaca la información más importante que el SCS puede proporcionar para fines de comparaciones internacionales y para los formuladores de políticas nacionales.

30. Es deseable que se defina un conjunto central de los indicadores más importantes de las cuentas de salud basadas en el SCS, de forma que éstos sirvan como base para la comparación internacional del gasto en salud entre países.

31. La instrumentación ha mostrado que en algunos casos se requieren definiciones y explicaciones más detalladas con el fin de evitar variaciones mayores en las prácticas de estimación e interpretación. Las definiciones deberían complementarse con mayor asesoría y lineamientos en lo que se refiere a los métodos de estimación (p.e., estimación del gasto en atención de largo plazo), así como de ejemplos de mejores prácticas.

32. Actualmente, varios países presentan diferentes valores del gasto total en el ámbito de los informes nacionales e internacionales. Podría desarrollarse una práctica más armónica para la presentación (e interpretación) de las diferentes estimaciones nacionales e internacionales.

UNIDADES DEL SCS 2.0

33. Las siguientes secciones describen la lógica subyacente en cada unidad, los aspectos clave que deben abordarse y la organización coordinadora.

INTRODUCCIÓN DE LA VERSIÓN 2.0 DEL MANUAL SCS

Organización coordinadora: OECD

Principios

34. Los expertos en contabilidad en salud enfrentan las expectativas crecientes de los analistas de políticas, los formuladores de políticas y el público en general que demandan datos más sofisticados sobre el gasto en salud. En particular, es deseable contar con datos que sean confiables, oportunos y comparables, tanto entre países como en el tiempo.

El desarrollo de un estándar global puede ayudar a evitar el desarrollo de metodologías divergentes para la recopilación de datos sobre el gasto en salud. Al mismo tiempo, es necesario que el contenido del manual tenga pertinencia y aplicabilidad para las instituciones e individuos en los países en etapas muy diferentes tanto de desarrollo económico como de desarrollo del sistema estadístico para la recopilación de datos contables en salud.

36. El manual recurre a la mejor práctica, lo que contribuye a contar con las mejores fuentes de datos y los mejores métodos de estimación. Es el resultado de un proceso amplio de consulta. El énfasis en el desarrollo del material es pertinente tanto para las políticas como para la sustentabilidad. Por tanto, nuestro interés es desarrollar lineamientos que se mantengan por un periodo de tiempo razonable (8-10 años).

Aspectos clave

- propósito de las cuentas de salud,
- motivos para revisar el Manual SCS;
- nuevos elementos del SCS 2.0 que enfatizan las diferencias entre SCS 1.0 y 2.0.
- panorama del Manual SCS 2.0.

PARTE I. PRINCIPIOS Y CONCEPTOS

UNIDAD 1. Objetivos y principios del SCS

Organización coordinadora: OMS

Principios

37. Existen diferentes sistemas de salud en los países que necesitan un marco de referencia estándar en común para describir y captar todo el flujo de fondos en los sistemas de salud. Este

reto implica un esfuerzo inicial para describir los diferentes sistemas de salud y capturar la diversidad de sus estructuras en un único marco de referencia. Es necesario un marco de referencia estándar que consolide el trabajo previo en cuentas de salud, tal como SCS 1.0, Guía del productor de CNS, las Cuentas Satélite, SCN, de forma que se compaginen los datos para satisfacer los requerimientos nacionales y las necesidades de suministro de información internacionales.

38. Principios

- Se revisará la definición de gasto en salud a la luz de las prácticas de contabilidad actuales (SCN, SCS/GP), las definiciones del sistema de salud y las dimensiones analíticas.
- Será necesario establecer las fronteras de las cuentas de salud con base en las funciones de salud que cubren los sistemas de salud.
- Los esquemas de clasificación para el gasto en salud
 - i) Deben alinearse con el sistema de contabilidad actualmente existente a fin de facilitar la migración en los países que ya producen CNS.
 - ii) Seguir los principios de sistemas estadísticos relacionados con la consistencia, la integralidad, que sea completo, etc.
 - iii) Contener categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas en relación con el financiamiento, la producción y el consumo de servicios de salud y 6 clasificaciones: fuentes de financiamiento, esquema/agentes de financiamiento, proveedores, factores de producción, funciones y receptores/beneficiarios.
 - iv) Abordar los aspectos analíticos pertinentes para la mayoría de los sistemas de salud y permitir también el suministro internacional básico de información y el suministro específico de información en el país.
 - v) Se requiere integralidad para facilitar el paso de cualquier sistema de información institucional nacional distinto de un sistema de suministro de información común. Algunos expertos recomiendan que las clasificaciones se apeguen a los sistemas de clasificación (CIU/NACE (Clasificación Estadística de Actividades Económicas), CFG, CCIF, etc.) con el fin de que se vuelvan más consistentes con los métodos de la contabilidad nacional (se requeriría que éstos fueran brevemente revisados y discutidos). Esto es importante para presentar al sector salud dentro de la economía nacional.
 - vi) Se requiere coherencia a lo largo de las dimensiones y clasificaciones del SCS 2.0
 - vii) Para considerar la viabilidad de las mediciones.

39. La pertinencia analítica

- requiere un marco de referencia que aborde las cuestiones analíticas de forma que se apoye la toma de decisiones en áreas tales como
 - i) la planeación de los requerimientos de recursos en salud,
 - ii) el monitoreo y la evaluación,
 - iii) las proyecciones futuras,
 - iv) la medición de la eficiencia técnica y en la asignación,
 - v) la medición de si los recursos son asignados de acuerdo con las prioridades en el país, por ejemplo, de acuerdo con la carga de la enfermedad, o en función de los grupos de población que tienen mayores necesidades, o para las áreas geográficas con un financiamiento muy pobre.
- Existe necesidad de
 - i) mejorar la comparabilidad del gasto en salud con el fin de proporcionar información para el análisis de las tendencias internacionales y la comparación entre los países

- ii) rastrear adecuadamente la forma en que los recursos se generan y utilizan en un sistema de salud
 - iii) contribuir mejor a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en el nivel nacional
 - iv) mejorar la presentación de la importancia del sector salud dentro de la economía nacional
 - v) promoción de donantes y gobiernos a fin de apoyar los requerimientos adecuados de fondos para los servicios de salud
 - vi) evidencia para los formuladores de políticas a fin de mejorar el liderazgo y la gobernancia en la salud mediante una rendición de cuentas mejorada.
- Analizar las aplicaciones de las CNS que pueden apoyar a los administradores de la atención de la salud, formuladores de políticas, académicos, investigadores y defensores a fortalecer los sistemas de cuentas nacionales.

Aspectos clave

- Revisión de los sistemas de salud de ciertos países
- Descripción del marco de referencia del sistema de salud y las partes que lo componen
- Especificación de los modelos que pueden evolucionar a partir de estos sistemas diferentes –en términos de instituciones, actores principales, flujos de fondeo e interacciones entre ellos
- Uso de los modelos anteriores para guiar las definiciones de las fronteras y las clasificaciones.
- Examinar qué dimensiones de la atención de la salud se utilizarán para fines analíticos. Análisis de las necesidades que deben atenderse para el mapeo entre la clasificación actual ICHA 1.0 y la revisada ICHA 2.0; será necesario dejar claro el mapeo entre ICHA 2.0 y la clasificación pertinente en SCN.

Vinculación con otras unidades:

40. Esta unidad se vincula con todas las unidades en el manual, y de manera específica con aquellas que se relacionan con las definiciones del gasto en salud, las definiciones de las fronteras y las clasificaciones.

UNIDAD 2. FRONTERAS GLOBALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Organización coordinadora: Eurostat

Principios

41. Es necesario determinar las fronteras globales del sistema (de atención) de salud con el fin de lograr una descripción tan sólida y clara como sea posible de los temas que deben incluirse e identificar las áreas relacionadas con el consumo, la producción y el financiamiento.

42. Las fronteras funcionales comunes de la atención de la salud ya han sido propuestas en el marco del SCS 1.0. La lista de actividades de la atención de la salud, tales como la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y el tratamiento de largo plazo, fortalecida por la aplicación del conocimiento y la tecnología médicas, paramédicas y de enfermería, fue seleccionada como la base para la descripción del sector de la atención de la salud. Sin embargo, las instrumentaciones del SCS en diversos países hicieron evidente que algunas áreas dentro de los límites establecidos requieren de un mayor y más detallado esclarecimiento y guía, mientras que otras requieren un análisis para determinar su inclusión o exclusión.

43. Considerando una noción integral de la salud, tanto en relación con la salud de las personas individuales como de la población, así como factores determinantes tales como el estilo de vida, el medio ambiente, los factores sociales o económicos y la atención de la salud en sí, es evidente que la salud abarca una muy extensa área. Sin embargo, las fronteras globales comunes del sector de la atención de la salud, sujetas a comparación internacional, incluso si hay acuerdo general, son de poco valor a menos de que exista una posibilidad realista de recopilar datos que se ajusten a tales fronteras. Por tanto, al diseñar las fronteras de la atención de la salud para fines de comparaciones internacionales, es necesario tener en mente la necesidad de conciliación entre las teorías académicas y de investigación y la posibilidad real de su instrumentación práctica. Esto puede implicar la introducción de áreas limítrofes creadas para fines de comparación internacional. Sin embargo, ello no excluye las posibilidades de que, para efectos de políticas nacionales, las fronteras de la atención de la salud de cada país puedan diseñarse de manera diferente y de que el suministro de información sobre las mismas sea también diferente.

44. Existen varias áreas que requieren atención especial en la revisión del SCS dada su relevancia para las políticas y la experiencia con la instrumentación de SCS en varios países. El interés creciente por indicadores que puedan usarse para las políticas de protección social, incluyendo los indicadores de inclusión y exclusión social, puede conducir a la verificación de las áreas limítrofes existentes del SCS entre la atención de la salud y la atención social. En virtud de su significado económico, los servicios de atención de largo plazo son de gran importancia. Más aún, se requiere información sobre el gasto en atención de la salud y en atención de largo plazo con el fin de realizar proyecciones de corto y largo plazo relacionadas con el envejecimiento de la población y la sustentabilidad del sistema de atención de la salud / social, de forma que se asegure una seguridad entre generaciones. El cambio de la atención institucional de personas dependientes a la atención en el hogar exige la decisión sobre la inclusión / exclusión de ciertos servicios de salud y sociales proporcionados por los hogares (en carácter de proveedores de la salud), así como una guía detallada de cómo estimar este gasto en caso de que haya escasez de fuentes de información. El movimiento libre de bienes y servicios entre miembros de la UE conduce a una movilidad de pacientes entre fronteras, tanto en lo que se refiere al uso de servicios como al flujo de fondos relacionados con dicho uso.

Aspectos clave

45. Los aspectos clave para la determinación del área sujeta a estudio tienen que ver con la definición de la descripción funcional (respecto de todas las variables), en contraste con la descripción institucional (sobre principios de actividad principal) utilizada en las cuentas nacionales. Un aspecto básico es la selección de los criterios que serán usados en la determinación de aquellas actividades relacionadas con la atención de la salud que se encuentran en las áreas limítrofes. En la creación del sistema de salud, las actividades y los productos constituyen un criterio central. En el siguiente paso será necesario considerar el enfoque de producción y consumo, el enfoque de interno versus nacional y los problemas resultantes de las exportaciones y las importaciones. Por último, es necesario que el sistema se diseñe de forma que resulte útil para las políticas y sea capaz de vincularse con otros sistemas estadísticos utilizados en la economía.

Las siguientes áreas necesitan una atención especial en la revisión del SCS en virtud de su importancia para las políticas y su significación económica.

- La mezcla y la descripción de atención de la salud y atención social,
- la atención de largo plazo,
- los servicios de salud producidos en casa,

- los servicios de prevención y de salud pública,
- los bienes y servicios de salud exportados e importados, por oposición a aquellos que se producen y consumen internamente.

Diferencias potenciales entre SCS 1.0 y SCS 2.0

La mayoría de los cambios puede referirse a límites internos del SCS: salud personal versus salud pública, bienes y servicios en salud versus bienes y servicios relacionados con la salud.

UNIDAD 3. CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE EN LAS CUENTAS DE SALUD

Organización coordinadora: OECD

Principios

46. La unidad proporciona definiciones de medidas agregadas del gasto en atención de la salud. Por lo tanto, resulta central para el SCS. Los conceptos y las reglas de contabilidad propuestos corresponden a lineamientos del SCN, por lo que son compatibles con las reglas de contabilidad reconocidas internacionalmente para definir los agregados económicos nacionales. Los estimados del gasto en salud medidos de manera consistente son importantes para emprender análisis comparativos. Los gastos totales en salud pueden compararse usando gastos actuales, gastos reales (volúmenes) y gastos deflactados mediante nominador (tales como PPA). Lo que resulta más útil para el análisis de las tasas de crecimiento, la productividad y la inflación es la estimación del gasto en salud y los componentes que pueden desagregarse en términos de precios y volúmenes.

47. La medición del volumen de productos de los servicios de salud es difícil en el caso de servicios complejos, y lo es particularmente en un contexto en el que no hay precios económicamente significativos.⁴ Las metodologías previas suponían que el valor de los productos igualaba al de los insumos. Este método es inadecuado para obtener una medida de la productividad de los servicios de salud pues que se basa implícitamente en una suposición de cero productividad. Actualmente, esta suposición ha sido rechazada en las compilaciones de las cuentas nacionales, ya que, entre otras debilidades, impide la medición de la productividad. En el Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts (2001) de Eurostat (Manual sobre medidas de precios y volúmenes en las cuentas nacionales) y en el borrador del manual de la OECD Towards Measuring Education and Health Volume Output (Hacia una medición del volumen de productos en la educación y la salud) pueden encontrarse más detalles sobre el desarrollo de medidas de productos.

48. Por tanto, esta unidad del trabajo desarrollará un marco de referencia para la medición de volúmenes de servicios de salud que pueda aplicarse ya sea que la provisión esté a cargo de productores de mercado o de no-mercado, y que pueda usarse para comparar los volúmenes de productos en el curso del tiempo y entre países. Esta unidad reemplaza el capítulo 5, “Medición del gasto en atención de la salud”, y el capítulo 7, “Medición del precio y el volumen” del manual SCS 1.0.

Aspectos clave:

- Las definiciones de las medidas agregadas del gasto en salud tales como:
 - Gasto total y corriente en salud,
 - gasto en las funciones relacionadas con la salud,
 - si debería mantenerse una distinción entre arreglo de financiamiento “social” e “individual”,
 - Volumen de productos en salud,

- producción de salud de mercado y de no-mercado,
- precios de los servicios y bienes de atención de la salud y PPA específicos de la salud.

UNIDAD 4. DIMENSIONES DEL GASTO EN SALUD

Organización coordinadora: OECD

Principios

49. La Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA) es un elemento clave del SCS. Como punto de partida para ampliar y ajustar ICHA, es necesario esclarecer qué es lo que el SCS intenta medir y en qué medida la versión actual de ICHA puede cumplir esos requerimientos. ICHA debería proporcionar categorías adecuadas para describir las características básicas de las funciones clave del sistema de atención de la salud, tales como el financiamiento, la provisión de servicios y bienes y su consumo por parte de diferentes grupos de población. SCS 2.0 busca colocar un mayor énfasis en la forma en que los servicios son utilizados por diferentes grupos de población mediante la introducción de la edad, el género y la enfermedad como dimensiones del gasto en salud. Con el fin de proporcionar un mejor panorama del flujo de los recursos financieros, la revisión de las clasificaciones de fuentes de financiamiento y de esquemas de financiamiento será un aspecto clave. El desarrollo de mejores métodos de medición del producto y de PPA específicos de la salud requiere de una clasificación de productos. El suministro de una mejor información para valorar la eficiencia requiere de una clasificación de los recursos necesarios para la producción de bienes y servicios para la salud.

Aspectos clave

50. Este capítulo busca proporcionar un panorama de la estructura de ICHA, así como de las relaciones entre las dimensiones de ICHA.5 De manera breve explicará y ejemplificará la importancia de las dimensiones de ICHA desde un punto de vista de las políticas de salud.

51. Se analizará también la implicación de las dimensiones del gasto en salud desde un punto de vista estadístico, incluyendo la implicación de la recopilación de datos. También deberá desarrollarse una definición clara de las unidades estadísticas para el SCS.

Servicios y bienes de salud

52. En esta propuesta hay dos clasificaciones que se refieren a las actividades, servicios y bienes proporcionados por los proveedores de atención de la salud. El trabajo deberá esclarecer la relación entre ICHA-HC (Clasificación Funcional de la Atención de la Salud) y la Clasificación de los productos para la Atención de la salud. Se considerará la cuestión de si sería más adecuada una

Clasificación Funcional más detallada o una Clasificación separada de los productos para la atención de la Salud.

Dimensiones (componentes) de la ICHA

53. Las siguientes clasificaciones, y sus clasificaciones cruzadas pertinentes, sirven para describir las características del consumo final de los servicios de salud:

- Clasificación de las características del Beneficiario/receptor;
- ICHA-HP Clasificación de las Industrias Proveedoras de Atención de la Salud;
- ICHA-HC Clasificación Funcional de la Atención de la Salud, y
- ICHA-HF Clasificación de los esquemas de financiamiento.

54. Las siguientes clasificaciones sirven para describir las características de la producción y la provisión de bienes y servicios de salud

- ICHA-HP Clasificación de las Industrias Proveedoras de Atención de la Salud
- ICHA-HC Clasificación Funcional de la Atención de la Salud;
- Clasificación de los productos para la atención de la salud
- Clasificación de los Recursos para la producción

55. Las siguientes clasificaciones sirven para describir las características de los sistemas de financiamiento de la salud

- ICHA-FS Clasificación de las fuentes de financiamiento;
- ICHA-HF Clasificación de los esquemas de financiamiento

56. Durante el proceso de consulta pueden surgir propuestas para dimensiones adicionales. Australia ha propuesto ya considerar “categorías de referencia de tipo económico”⁷. Esto se incluirá como un tema de discusión en el documento pertinente que será producido para el proceso de consulta relacionado con la revisión SCS.

Requerimientos para el marco de referencia del SCS revisado en el caso del financiamiento de la salud

57. El sistema de financiamiento de un país consiste en varios esquemas (sub-sistemas): por ejemplo, la seguridad social, los seguros privados, los pagos de bolsillo, etc. Estos esquemas, a su vez, tienen diferentes características en lo que se refiere a obtención de ingresos, mancomunado de fondos y compra. Las Cuentas de Salud (en particular las clasificaciones ICHA-HF e ICHA-FS y los cuadros y cuentas T que muestran la relación entre las fuentes financieras y los esquemas de financiamiento) deben proporcionar un panorama claro y transparente de la estructura del sistema de financiamiento de la salud de un país, así como de la forma en que cada esquema de financiamiento obtiene y utiliza sus recursos financieros y del balance de los ingresos y el gasto.

UNIDAD 5. TIPOS DE CUENTAS DE SALUD

Organización coordinadora: OECD

Principios

58. La revisión del SCS busca, entre otras cosas, crear un marco de referencia estadístico que permita el análisis de políticas del sector salud y fortalecer los lazos entre SCN y SCS. Para alcanzar estos objetivos será necesario hacer un esfuerzo para vincular el sector salud con las principales variables macroeconómicas que comprenden la demanda y la oferta agregadas. Estas son el valor agregado (PIB), el consumo, la inversión, las importaciones y las exportaciones. Si los agregados correspondientes pudieran estimarse para el sector salud, entonces sería posible analizar la importancia relativa del sector salud en términos de su contribución a la totalidad de la economía (i.e., la importancia relativa del consumo de bienes y servicios de salud en relación con el consumo final total de los hogares o el consumo real), así como examinar en qué medida el sector salud se encuentra integrado internacionalmente. Al mismo tiempo, sería interesante analizar la importancia del sector salud en términos de ingreso generado, y de manera específica, el valor agregado del sector salud como un porcentaje del PIB.

Aspectos clave

59. Uno de los temas en esta unidad es el de identificar una serie de cuentas que incluyen montos para balance (i.e., valor agregado, excedente de operación, ingreso disponible, ahorro y préstamos netos otorgados/préstamos netos solicitados). Los montos para balance no son

simplemente mecanismos introducidos para asegurar que las cuentas cuadren ya que condensan una gran cantidad de información. El conjunto de cuentas que se identificará en esta unidad se determinará en función de su utilidad para las políticas, si bien puede abarcar:

- cuentas de la producción de servicios de salud
- generación de cuentas de ingreso
- cuentas de uso final (consumo final) de servicios de salud
- cuentas sectoriales (usos y recursos para cada categoría principal de financiamiento de la salud
- cuentas de formación de capital bruto en el sector salud
- cuentas de comercio internacional en la atención de la salud
- cuadros de oferta y uso
- cuentas de capital

UNIDAD 6. RELACIÓN CON OTROS SISTEMAS ESTADÍSTICOS

Organización coordinadora: Eurostat

Principios

60. El SCS se relaciona con todas las actividades que se llevan a cabo en la vida humana y económica. El suministro de información para la valoración del desempeño del sistema de salud requiere de la vinculación de las cuentas de salud con otros sistemas estadísticos que se refieran tanto a aspectos económicos de las estadísticas en salud tales como SEEPROS y CFG como a otros sistemas tales como la clasificación de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD).

61. La posibilidad de vincular SCS con otros sistemas estadísticos antes que nada mejorará la credibilidad de las cuentas de salud. Este vínculo debe percibirse en este caso tanto como un nexo directo como una descripción de partidas del SCS desde de otros sistemas.

62. La compatibilidad con ESA (sistema de cuentas europeo)/SCN conducirá a una mayor transparencia del SCS en relación con otras clasificaciones como CFG, CFISFL o CCIF, que usan el marco de referencia SCN/ ESA (sistema de cuentas europeo)⁸. Además de la posibilidad de realizar una verificación doble de algunos agregados del gasto en salud, el valor agregado de tal vinculación radica en el hecho de que uno de los principales indicadores utilizados para las políticas de atención de la salud es el gasto en salud presentado como una proporción del PIB, el principal agregado que deriva del SCN. Ajustar las categorías SCS de gasto en funciones con ciertas categorías de gasto en beneficios en especie y en efectivo registradas en ESSPROS (sistema estadístico europeo integrado de protección social) puede ayudar a los compiladores de datos a un cruce de verificaciones, así como a mejorar la información relacionada con las políticas de protección social.

63. La unidad estadística en la distribución funcional en el SCS puede tratarse como un producto de la atención de la salud específico, definido funcionalmente para uso final. En este caso, el vínculo entre SCS y GRD o cualquier otro renglón de productos como los 'casos mixtos' deberá seguir la regla del 'episodio de tratamiento', que deberá tomarse en cuenta al atribuirlos de acuerdo con categorías en la dimensión de función. Los ejemplos de tales ejercicios de mapeo pueden ser de gran interés y ayuda para muchos de los compiladores de datos del SCS.

64. Las fuentes nacionales de información disponibles determinan el punto de partida en la compilación de datos del SCS. Las fuentes de datos difieren entre los países, por lo que es crucial para los compiladores de datos y los analistas de políticas contar con una descripción clara de los vínculos entre SCS y otros sistemas estadísticos importantes. La relevancia que

tenga el uso del nuevo SCS 2.0 para las políticas depende en gran medida de la claridad en cuanto a sus relaciones con otros sistemas en términos tanto nacionales como internacionales. Es necesario que se encuentre vinculado con los sistemas nacionales en uso y que sea compatible con los sistemas internacionales.

Aspectos clave:

- clasificaciones cruzadas entre ICHA y NACE (Clasificación Estadística de Actividades Económicas)/CIU,
- la descripción y la demarcación en relación con la clasificación usada en ESA/SNA, incluyendo CFG, CCIF, CGPF,
- las demarcaciones en relación con ESSPROS (Sistema Integral Europeo de Estadísticas de Protección Social).

PARTE II. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CUENTAS DE SALUD

UNIDAD 7. ICHA-HC CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Organización coordinadora: OMS

Principios

65. La toma de decisiones implica la asignación y el uso de recursos por tipo de función. El perfil del gasto en salud por función permite ampliar y depurar el proceso de planeación, así como definir productos por función. Las funciones de salud tienen como propósito primario la restauración, el mantenimiento y la mejora del estatus de salud de las poblaciones y los individuos o, quizá, de manera secundaria, el apoyo a este propósito primario. Intrínsecamente, constituyen y definen las fronteras del sistema. La clasificación adecuada de la función, al ser sumada, deberá dar por resultado la definición y la medida del gasto en salud. Por tanto, las fronteras del sistema de salud se establecen a partir de la suma de las clases HC. La comunidad de naciones ha expresado un interés en estandarizar los límites de la salud, tanto como los países individuales, independientemente de sus objetivos de política y de sus arreglos de financiamiento y prestación.

Aspectos clave:

66. La clasificación funcional (ICHA-HC) deberá orientarse, tanto como sea posible, por propósitos definidos, ser neutral en cuanto al modo de producción y/o el modo de financiamiento. Las definiciones redefinidas del objeto y el alcance de las subclases darán por resultado una delimitación extendida o restringida de la frontera total. Un ejemplo de una extensión es HC.2 atención de largo plazo; otro más es la salud pública, que actualmente alberga subcomponentes de varias clases HC y HCR. Un ejemplo de retracción puede ser la remoción de funciones de no salud de la definición del SCS 1.0.

67. Se espera que la clasificación de funciones refleje un continuo del contenido de la atención de la salud, desde la promoción hasta la prevención, el mantenimiento, la reparación y los cuidados paliativos.

68. Algunos aspectos en los que se ha identificado la necesidad de un mayor análisis incluyen:

- La construcción de clases, independientemente del modo de producción.
- La desagregación de HC.1 en los diversos productos de los hospitales
- La revisión de HC.2: como una clase por sí misma o en su posibilidad de fusionarse con otra.

- La definición de HC.3 de forma que refleje la distinción de atención de la salud – social (con base en los avances de la OECD)
- El análisis de HC.4, independientemente del modo de producción (actualmente hay cuentas sólo para la atención ambulatoria)
- El análisis de HC.5, independientemente del modo de producción (actualmente hay cuentas sólo para la atención ambulatoria). Considerar la inclusión de bienes médicos tradicionales, alternativos y complementarios en el marco de referencia.
- La redefinición de HC.6: inclusión de servicios de salud pública genuinos (actualmente lejos de considerarse, como ocurre con algunas intervenciones ambientales tales como las pruebas de potabilidad del agua para beber) y de una contabilidad explícita de servicios personales de prevención (p.e., las vacunaciones, que actualmente se contabilizan como parte de la atención curativa en HC.1).
- Análisis de HC.7, ya que no es una función genuina de salud, sino que sólo apoya otras funciones de salud.
- Contabilización de HC.R.1 en una clasificación separada ya que no es una función genuina de salud.

UNIDAD 8. ICHA-HP CLASIFICACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Organización coordinadora: Eurostat

Principios

69. Desde el punto de vista de la producción, se requiere una noción clara sobre el tratamiento que hay que dar a todas las unidades económicas que deben ser incluidas o excluidas de la producción de atención de la salud. Es necesario proporcionar un lineamiento claro a fin de identificar la unidad estadística que debe tomarse en cuenta para fines de clasificación del proveedor. Por un lado, la decisión debería apearse a las reglas y el enfoque global del SCS. Todos los proveedores, públicos y privados, necesitan formar parte del sistema de atención de la salud y, en ese carácter, de la clasificación de proveedores. Los proveedores como los curanderos tradicionales y los proveedores de medicina oriental deberían también encontrar su lugar en las clasificaciones de cuentas de salud.

70. La falta de una descripción clara de las unidades de producción dificulta enormemente una visión clara del consumo y la exportación. Más aún, la producción (relacionada con los productos) es uno de los cuadros básicos en las Cuentas Nacionales. Para poder determinar la forma en que la clasificación se generará, es necesario tomar decisiones sobre qué tipo o tipos de unidades serán incluidas en la clasificación, cuáles son las unidades de observación. Existe una gran cantidad de literatura disponible sobre el tema. Las unidades más relevantes que serán seleccionadas pueden incluir la unidad estadística, la unidad económica y la unidad de observación.

71. Los proveedores de atención de la salud son también un componente importante en la recopilación de datos, ya que constituyen una de las fuentes de información. Desde el punto de vista de las políticas, los proveedores son igualmente importantes.

Aspectos clave

72. El principal aspecto en la determinación de las unidades de la industria de proveedores es el conjunto de criterios y de reglas que se usen. No sólo para determinar la inclusión o exclusión de una unidad, sino también para identificar en qué parte de la clasificación entra. Así, la primera meta es determinar qué unidades de observación serán incluidas en la rama de

proveedores de atención de la salud. Para ello, es imperativo conocer las fronteras de la atención de la salud. Todas las unidades de observación que desempeñan cualquier actividad, que proporcionan cualquier servicio o producto dentro de los límites de la frontera deberán incluirse. Otro aspecto clave es la descripción y determinación de las clases y grupos distintivos en la clasificación. El uso de las reglas y los criterios utilizados para la clasificación de las unidades económicas en las ramas CIU/NACE (Clasificación Estadística de Actividades Económicas) puede ser de gran utilidad para la distinción de las diversas sub-ramas, grupos y sub-grupos de la clasificación de proveedores,

73. El nivel de detalle en esta clasificación, que se refiere a la cantidad de grupos, sub-grupos y clases que serán incluidas, está sujeto a discusión. La comparación internacional de los proveedores de atención de la salud, tal como la experiencia lo ha mostrado, es problemática en virtud de diferencias significativas en los arreglos organizacionales en cada país. Sin embargo, la posibilidad de identificar ciertas actividades dentro de un tipo particular de proveedor puede generar un valor agregado respecto del monitoreo de la eficiencia de estos arreglos. Para fines nacionales, la clasificación puede ser más detallada. Otro aspecto que puede ser de interés para los países en la clasificación de los proveedores es la característica de ser un productor de mercado o un productor no de mercado.

74. La relación con SNA/ESA, así como con las clasificaciones utilizadas en esos sistemas (como ISIC/NACE (Clasificación Estadística de Actividades Económicas) es obvia, si bien no necesariamente idéntica por definición, ya que el propósito con el que estas clasificaciones fueron creadas difiere entre sí.

75. Las diferencias con el SCS 1.0 no son en este momento claras por completo, pero el nuevo HP mantendrá una relación estrecha con el viejo HP en el SCS.

UNIDAD 9. CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES FINANCIERAS (ICHA-FS)

Organización coordinadora: OECD

Principios

76. La relevancia de política y los conceptos clave de la Clasificación de las Fuentes Financieras y su relación con otras clasificaciones se abordan en la Unidad 4. (Adicionalmente, algunos conceptos clave se esclarecen en las unidades 3 y 5.)

77. “Fuentes de financiamiento” son las entidades que proporcionan fondos (por medio de impuestos, contribuciones a seguros, primas pagadas, pagos de transferencia y asignaciones discrecionales) para los esquemas de financiamiento. Las fuentes de financiamiento son unidades institucionales (incluyendo los hogares como un grupo genérico), cuyos recursos se movilizan y administran mediante esquemas de financiamiento.

78. La relación entre fuentes de financiamiento y esquemas de financiamiento muestra la “carga” del financiamiento del sistema de atención de la salud colocada en los principales actores de la economía: gobiernos, instituciones sin fines de lucro, corporaciones y hogares.

79. La principal cuestión para el análisis de las políticas de salud es: de dónde reciben las terceras partes pagadoras sus ingresos. Por tanto, ICHA-FS abarca, en términos económicos, tanto fuentes primarias (hogares y empresas) como fuentes secundarias (gobiernos y agencias donantes).

Aspectos clave

80. Este capítulo proporcionará un cuadro de la clasificación ICHA-FS, así como una definición detallada de cada categoría. Con este fin se revisará y ajustará la clasificación actual que se muestra abajo y las definiciones utilizadas en la recopilación conjunta de datos sobre cuentas de salud. En particular se ha cuestionado el “sector privado” como un agregado mayor en la clasificación FS.

Clasificación de las fuentes de financiamiento en el Cuestionario Conjunto de Cuentas de Salud

FS.1 Unidades de gobierno generales

FS.1.1 Gobierno territorial

FS.1.2 Todas las demás unidades públicas

FS.2 Sector privado

FS.2.1; 2.3 Corporaciones e instituciones sin fines de lucro que atienden hogares

FS.2.2 Hogares

FS.3 Resto del mundo

81. La contabilización del Resto del mundo (FS.3) es de importancia crucial para los países de ingresos bajos. Por lo tanto, la revisión examinará si es necesario crear algunas sub-categorías (tales como agencias internacionales, fundaciones privadas, etc.).

Relación entre fuentes de financiamiento y esquemas de financiamiento

82. Una tarea básica es encontrar la forma adecuada de mostrar la relación entre fuentes financieras y agentes financieros. La forma de cuenta T parece ser más adecuada que un cuadro de dos dimensiones para exhibir la recolección y el mancomunado de ingresos por parte de un actor/esquema financiero. El anexo 6.1 de SCS 1.0 presenta una serie de cuentas sectoriales de flujos de fondos basadas en la terminología SCN. El trabajo en torno a SCS 2.0 busca revisar y ajustar estas cuentas sectoriales de flujos de fondos.

UNIDAD 10. CLASIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS FINANCIEROS (AGENTES FINANCIEROS)

Organización coordinadora: OECD

Principios

83. Las categorías actuales de financiamiento de la atención de la salud (ICHA-HF) no permiten que los complejos y cambiantes sistemas de financiamiento de la salud se reflejen adecuadamente. Los seguros y los esquemas de financiamiento son heterogéneos y han evolucionado de manera significativa como resultado de reformas recientes e iniciativas de políticas. Más aún, ICHA-HF no contiene dichos esquemas, que desempeñan un importante papel en varios países de ingresos bajos (p.e., los seguros basados en la comunidad). Esto exige la revisión de la terminología y la estructura de ICHA-HF.

Aspectos clave

En busca de los términos adecuados para ICHA-HF

84. La experiencia ha mostrado que existe una gran ambigüedad en relación con la terminología y las definiciones actuales de las categorías de ICHA-HF en el manual SCS. Se ha acordado que los términos “fuente de fondeo” y “financiamiento de la atención de la salud” utilizados en SCS 1.0 no son lo suficientemente inequívocos y deberían sustituirse por términos que se refieran a la entidad que mancomuna recursos y la que adquiere servicios (paga por los servicios).

85. Las categorías en ICHA-HF representan diferentes entidades / arreglos para obtener y mancomunar fondos, así como para adquirir atención de la salud. La distinción entre las categorías de ICHA-HF se centra en si éstas están sujetas a diferentes reglas, métodos para obtener fondos y mancomunar recursos. Dado que una organización dada (p.e., una compañía de seguros comerciales) puede operar diferentes arreglos financieros (tanto seguros obligatorios como voluntarios), las categorías de ICHA-HF no deben entenderse como organizaciones participan en el financiamiento de la atención de la salud.

86. La recopilación conjunta de cuentas de salud utiliza los términos “agente / esquema de financiamiento”. Debe analizarse y decidirse cuál de los dos aplica en ICHA 2.0.

Revisión de la estructura de ICHA-HF

87. El primer paso consiste en llegar a un acuerdo sobre los criterios básicos que permitan distinguir entre los diferentes esquemas de financiamiento. Un documento que se presentó en la Reunión de Expertos de Cuentas de Salud 2006 [DELSA/HEA/HA(2006)7] propuso los siguientes criterios: modo de participación (obligatorio por ley, obligatorio por condición de empleo; voluntario); bases para el derecho al beneficio (basado en una ley pública o en un contrato entre una compañía de seguros y el individuo); método para obtener fondos (impuestos generales, contribución obligatoria a un seguro en función del ingreso, prima obligatoria no relacionada con el ingreso, pagos de bolsillo); y mecanismo y extensión de mancomunado y reasignación de contribuciones:

88. Luego de un acuerdo sobre los esquemas (o sobre una versión modificada) en su carácter de componentes clave de ICHA-HF, se seguirán los siguientes pasos orientados a integrar categorías agregadas y, por otro lado, a definir sub-categorías para cada una si ello fuera necesario.

89. Los dos principales componentes agregados de la versión actual de ICHA-HF son el gobierno general (HF.1) y el sector privado (HF.2). En virtud de cambios recientes en los esquemas de aseguramiento (p.e., en los Países Bajos¹⁰), esta división se ha vuelto inadecuada. Los esquemas de aseguramiento y financiamiento que están surgiendo pueden involucrar, al mismo tiempo, elementos de lo que tradicionalmente se consideraba “público”, con otros a los que se aludía de manera característica como del “sector privado” desde varias perspectivas, tales como la naturaleza de la institución que administra el esquema, el marco de referencia regulatorio que sustenta el esquema, las fuentes de los fondos que utiliza el esquema, los métodos para obtener los fondos que utiliza el esquema, el grado de obligación en la participación en el esquema, etc. Esto puede hacer que el uso de los términos “público” y “privado” se vuelva ambiguo cuando se trata de esquemas de financiamiento. Ello demanda una revisión de la terminología y la estructura de ICHA-HF¹¹.

Aspectos que deben esclarecerse

90. Las instrumentaciones de SCS han planteado problemas específicos respecto de los cuales el Manual SCS no proporciona una guía adecuada¹². Éstos pueden agruparse como sigue:

- la interpretación de algunos términos clave del financiamiento de la atención de la salud, tales como público versus privado, y social versus privado;
- el esclarecimiento de algunos términos que se usan actualmente en la contabilidad de la salud (definiciones de fuente de financiamiento, esquema de financiamiento y agente de financiamiento);
- reglas contables, tales como el tratamiento de los subsidios fiscales, o los ingresos de hospitales procedentes de actividades ajenas a la atención de pacientes, etc.

91. A principios de este año se invitó a los países a plantear aspectos que deberían considerarse en la revisión del SCS. Entre otros se mencionó la necesidad de esclarecer el concepto de seguro social privado, las instituciones sin fines de lucro que atienden hogares como un agente de financiamiento, y “el resto del mundo” como un agente de financiamiento (HF.3) versus como una fuente de financiamiento.

92. Un asunto más para esclarecimiento surge del hecho de que varios esquemas de seguros privados no contratan directamente proveedores, sino que reembolsan (total o parcialmente) la cuenta médica de los pacientes. Dado que son los pacientes los que efectúan los pagos reales a los proveedores, esto ocasiona alguna ambigüedad en la contabilidad de estos pagos. La interpretación propuesta es que los servicios son consumidos (y sus costos son cubiertos) dentro del esquema de seguros privados, por lo que deberían contabilizarse dentro de los seguros privados.

93. Varios trabajos previos se han convertido en un insumo valioso para la preparación de esta unidad. Entre otros, cabe mencionar el documento sobre pagos de bolsillo de los hogares, publicado por la OMS, los documentos de los talleres de Tallinn sobre financiamiento de la salud, organizados por Eurostat, las publicaciones recientes del Banco Mundial sobre financiamiento de la salud, el informe interino de la OECD sobre el trabajo de depuración del marco de referencia del SCS para el financiamiento de la Salud, etc.

UNIDAD 11. CLASIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BENEFICIARIO/RECEPTOR

Organización coordinadora: OMS

Principios

95. Los “beneficiarios/receptores son personas que reciben los bienes y servicios en salud o se benefician de estas actividades (los beneficiarios/receptores pueden ser categorizados en muchas formas distintas que incluyen edad y sexo, estatus socioeconómico, condición de salud y ubicación)” (Guía del productor de cuentas nacionales de salud, 5.06).

96. Las estadísticas del gasto por diferentes grupos de población ayudan a abordar aspectos relacionados con la sustentabilidad, la equidad y la justicia. Las estadísticas por beneficiarios/receptores pueden revelar en qué casos los grupos de población están gastando más en salud que otros grupos, ya sea por grupo de edad, región, grupo de pacientes, etc. También pueden destacar diferencias en la eficiencia, y apoyan las decisiones informadas sobre el establecimiento de prioridades.

97. La construcción del gasto por beneficiarios/receptores significa asignar el gasto a grupos de población formados en torno a una característica elegida: enfermedad, programa, núcleo de intervención, etc. Éstos incluyen:

- características demográficas (p.e., sexo, edad)
- características socio-económicas (ingreso/quintil de riqueza, nivel de pobreza/grupos vulnerables, quintil de gasto, educación, asegurado/no asegurado,...)
- características de salud (por condición de salud, enfermedad, intervención/síntomas)
- características geográficas (cobertura institucional por regiones subnacionales, regiones geopolíticas, rural/urbano, etc.)

Aspectos clave

Esta unidad explicará cómo construir el gasto de cada uno de estos beneficiarios/receptores.

- Esto incluye explicaciones sobre cómo set up los grupos y cómo manejar los traslapes (se ofrecerán tantas soluciones conocidas como sea posible). Por ejemplo, en cuanto a las características demográficas, (edad, sexo), el capítulo podría proveer soluciones para la distribución por enfermedad, p.e., ¿cómo clasificar a las personas que viven con VIH/SIDA (PVCVS) que reciben tratamiento para la tuberculosis? ¿Dónde se clasifica el gasto que hace el proveedor de una región para un residente de otra región?
- Otros aspectos abordados en lo que se refiere a las fronteras y las clasificaciones serían el de las Fronteras de la Salud y el de qué total debe distribuirse y por qué (gasto total en atención de la salud personal. Gasto total corriente en salud o gasto total en salud).

UNIDAD 12. CLASIFICACIÓN DE LOS RECURSOS PARA LA PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD

Organización coordinadora: Eurostat

Principios

94. Para las unidades económicas grandes, el costo lateral de esta ecuación es indispensable. Sin una descripción clara de la estructura de costos de las unidades de producción resulta imposible contar con una visión clara del balance de las instituciones y la rama en su conjunto. Más aún, la información financiera sobre los costos de producción ofrece posibilidades que pueden usarse como una medición de la productividad y la eficiencia de los insumos. En términos de las decisiones de política, la eficiencia productiva puede ser un aspecto importante para la que también es necesaria la información sobre los componentes de costo usados en la rama.

Aspectos clave

95. Un aspecto clave en esta área es la agrupación de las variables y los renglones de costo a fin de proveer un panorama global de la estructura de costos de un grupo de proveedores. Uno de los grupos más importantes de variables que deben incluirse en la estructura de costos tiene que ver con el empleo. Este grupo no sólo debe incluir los sueldos y salarios, sino también las contribuciones sociales que deben pagarse sobre las utilidades. Dado que se trata del tema de la atención de la salud, otro grupo de variables que podría ser importante para los proveedores de salud se relaciona con los productos médicos utilizados en el proceso de producción de servicios de salud. Otros tipos de recursos que pueden incluirse tienen que ver con cuestiones tales como el consumo de capital fijo, los pagos de intereses por préstamos, los alimentos y otros insumos no duraderos.

96. Sin embargo, la principal cuestión que es necesario dilucidar es si existe o no la posibilidad de identificar todos los tipos de recursos dentro de los proveedores de atención de la salud. Se sabe que los proveedores de salud no sólo producen atención de la salud, sino que también tienen una producción fuera del área estricta de la atención de la salud. Es posible que las entradas fuera del área de la atención de la salud de esos productores se mantengan por separado. Sin embargo, es necesario prestar atención a las consecuencias para la estructura de costos. Usualmente, en la estructura de costos es muy difícil mantener una relación única entre la producción y los insumos utilizados. La observación no puede limitarse a la atención de la salud, ya que los costos relacionados de producción deberían tomarse en cuenta. Es difícil separar los costos de producción para la producción de salud y de aspectos de no salud.

97. Dado que esta unidad tiene que ver de manera predominante con datos de tipo económico, es obvio que las definiciones y los métodos de cálculo y clasificación mantienen un estrecho

vínculo con SCN/ESA (si bien no son necesariamente idénticos). La clasificación de recursos para la producción de bienes y servicios no se incluyó en SCS 1.0.

UNIDAD 13. CLASIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD *Organización coordinadora: OMS*

Principios

98. Esta unidad propone una nueva clasificación para ICHA SHA 2.0. La unidad sustituye el capítulo 7, “Medición de precio y volumen”, en el manual SCS 1.0. La definición de los productos de atención de la salud determinará la clasificación. Los productos necesitan definirse para permitir una definición que funcione entre los países. Las propiedades físicas y la naturaleza intrínseca de los productos son características distintivas de los productos en sí. Éstas incluyen, por ejemplo, las materias primas de las que están hechos los productos, la etapa de producción o la forma en que se producen los bienes o se prestan los servicios, el propósito o categoría de usuario para la que los productos están diseñados y los precios con los que se venden.¹³ En el sector salud, tal como ocurre con la clasificación de productos en las cuentas nacionales, los productos pueden clasificarse como bienes, servicios o mixtos (cuando los productos en forma de equipos o medicamentos se proporcionan durante un servicio de tratamiento).

99. El mayor reto en el sector salud es la definición de la unidad de medición del producto, especialmente en el caso de servicios complejos que se venden con precios no de mercado. El reto clave es definir un producto, y de manera específica un servicio que es homogéneo en su característica. Al mismo tiempo, no es deseable fragmentar los servicios y se requiere una unidad más homogénea de producto que pueda ser comparada en el curso del tiempo y espacio y que pueda ser capaz de captar los cambios impulsados por los avances tecnológicos o derivados de las diferentes tecnologías en los distintos países. Se requieren clasificaciones a partir de una dimensión en la que resulte viable su definición y medición.

100. El enfoque tradicional para medir el producto es el número de días de la atención hospitalaria, el número de consultas externas, etc. Algunos enfoques recientes para medir los productos son el tratamiento de episodios de enfermedad, que toma en cuenta la edad, el sexo, el trastorno, la severidad del caso y las intervenciones aplicadas en el paciente; o bien, los sistemas de grupos relacionados por diagnóstico como un indicador de producto en la atención hospitalaria. Valdría la pena valorar si el tratamiento de la enfermedad puede asociarse con las clasificaciones del proveedor y las funciones del SCS 2.0 para definir un producto ajustado según la calidad.

101. Existe un cierto número de enfoques que pueden considerarse para la definición de los productos. Primero, el Banco Mundial cuenta con descripciones de productos estándar para fines de PPA de los servicios hospitalarios, los servicios de atención médica, los servicios dentales, los servicios paramédicos, los productos farmacéuticos y los dispositivos y equipos terapéuticos, en las que se toma en cuenta las características del paciente, el modo y tipo de procedimientos terapéuticos, la cantidad, el empaque y varias otras características que sirven para definir un bien o un servicio. Una segunda posibilidad es la herramienta del paquete de tecnología para la atención de la salud de la OMS, que relaciona las intervenciones de atención de la salud con las tecnologías de la salud (definidas por el uso de diferentes mezclas de equipo médico, recursos humanos, medicamentos e instalaciones) para definir un producto particular. Por otro lado, las intervenciones de atención de la salud se definen vinculando la clasificación internacional de las enfermedades (CIE) con la tecnología de procedimientos clínicos (TPC).

Existen bases de datos estándar que se encuentran disponibles para tales vínculos y que podrían explorarse con ese propósito. Esto puede ser especialmente útil ya que hay intervenciones que se llevan a cabo sin identificar la enfermedad subyacente y que pueden vincularse directamente con las clasificaciones TPC tales como el manejo integrado de enfermedades infantiles (MIEI), la iniciativa en beneficio de la salud pulmonar del adulto (ISPA), etc. También pueden definirse otras intervenciones para la atención personal, preventiva, de promoción de la salud, de rehabilitación y el auto-cuidado¹⁴.

102. La clasificación del producto es importante para definir el producto o el volumen de bienes y servicios producidos en un país, y para ver cuánto se gastó en ese producto. Esto, a su vez, permite examinar si el país está logrando mejores indicadores en razón de diferencias en los volúmenes o tan sólo en los gastos. Es importante que la tecnología se tome en cuenta en la definición del producto, ya que es un factor que contribuye de manera significativa al costo, pero que también ayuda al proveedor a prestar servicios de manera más efectiva y eficiente. Los productos definidos de acuerdo con la tecnología pueden ayudar a los proveedores de la atención de la salud a conocer si se está haciendo uso de métodos costo-efectivos para proporcionar una atención de la salud de mejor calidad. Adicionalmente, existe la necesidad de clasificar los productos de atención de la salud para construir una canasta comparable de bienes y servicios, así como para determinar sus precios. El desarrollo de una clasificación de productos ayudaría en la construcción de Paridades de Poder Adquisitivo (PPA) específicas para la salud.

Aspectos clave:

- La lista de clasificación de los productos debería ser exhaustiva y representativa del gasto corriente en salud en el país; asimismo, debería ser excluyente de forma que no se contabilicen dos veces los productos que están incluidos como parte de servicios mixtos.
- La lista de clasificación debería tomar en cuenta una lista más amplia de bienes y servicios de salud en los que puede determinarse el valor, la cantidad, la calidad y los precios, y en los que pueden definirse características similares entre los países. El uso de indicadores de calidad para definir productos similares es un reto clave. Por ejemplo, ¿puede un paciente de consulta externa en un centro de salud ubicado en un entorno urbano acaudalado recibir la misma atención que un paciente de consulta externa en un centro de salud rural que no tiene instalaciones comparables? La medición de las diferencias al interior de un país y entre países es un reto clave.
- La lista de clasificación debería basarse en las experiencias del país relacionadas con la definición de productos, especialmente en el caso de la salud pública.
- La clasificación debería basarse en las posibilidades de recopilar la información, y requiere de una guía clara sobre los métodos de estimación.

UNIDAD 14. RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Organización coordinadora: Eurostat

Principios

103. Existe un cierto número de series de datos nacionales e internacionales que contienen información sobre los trabajadores de la salud o los recursos humanos en salud. Sin embargo, la cobertura varía según el conjunto de datos, el país y el momento. En las clasificaciones que se usan con frecuencia, los conceptos, las definiciones y las metodologías aplicadas no se encuentran armonizadas, y los sistemas de recopilación de datos varían entre sí. Más aún, las series de datos son creadas para fines específicos, o bien, usan y muestran diferentes estructuras,

y usan diferentes unidades analíticas y de medición, todo lo cual explica la necesidad de un marco de referencia común para las Cuentas del Trabajo en Salud (HLA).

104. Los aspectos relevantes para el desarrollo de los recursos humanos en el área de la salud en el contexto de HLA son, entre otros: (i) la migración de las profesiones de la salud, (ii) la formación del capital humano, y (iii) la medición de la productividad. La migración de las profesiones de la salud entre los Estados Miembros y entre los Estados Miembros y el resto del mundo, así como los cambios en los requerimientos actuales y futuros de recursos humanos en salud revisten un interés particular en vista de la escasez de algunas profesiones de la salud. La educación y la capacitación constituyen una dimensión importante del análisis de la afluencia al mercado laboral y del nivel de calificación de las profesiones de la salud. Por último, la productividad laboral es un indicador económico clave para el análisis del crecimiento económico, la planeación de los recursos humanos en salud y la eficiencia.

105. Existen dos diferentes enfoques posibles en el análisis de los recursos humanos para la (atención de la) salud. El primer enfoque tiene como punto de partida a las profesiones, que son consideradas de importancia primordial para la salud en cualquier rama que se empleen estas ocupaciones. El otro enfoque parte de las unidades económicas o proveedores de salud, e intenta determinar todos los recursos humanos incluidos en la rama de la salud, cualquiera que sea la ocupación que se desempeña. Ambos enfoques son relevantes para las políticas. El primer enfoque es necesario para poder decidir sobre el exceso o la escasez de ciertas profesiones u ocupaciones. El segundo enfoque es necesario para determinar la eficiencia y la eficacia de los servicios que se proporcionan. Este enfoque debería entonces abordarse como la meta última, ya que la información sobre los salarios (de empleados y personas auto-empleadas) es importante, especialmente para establecer el vínculo entre SCS y HLA en términos monetarios.

Aspectos clave

106. Cualquier vínculo de utilidad de los datos sobre los recursos humanos para la atención de la salud para las cuentas de salud requiere una comparabilidad de las fronteras de producción y del desglose para las unidades de producción. La clasificación internacional de proveedores ICHA-HP en el marco de referencia del SCS ofrece el vínculo entre el producto producido por los proveedores de atención de la salud y el insumo de recursos humanos en el proceso de producción. Sin embargo, en virtud tanto de la falta de fuentes de información como de su diversidad, existen ciertos aspectos de la metodología HLA que deben ser abordados con cuidado:

- unidades de producción (ICHA-HP)
- la elección en recursos humanos en las unidades de medición de salud (horas trabajadas, equivalente de tiempo completo, trabajos, recuentos, así como, p.e., la división de los trabajadores por horario completo/tiempo parcial)
- ocupación (CIUO versus clasificación nacional, incluyendo las profesiones en salud y no en salud)
- educación (CINE versus clasificación nacional)

PARTE III. INDICADORES BÁSICOS, CUADROS Y COMPILACIÓN DE CUENTAS DE SALUD

UNIDAD 15. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Organización coordinadora: OMS

Principios

107. Las Cuentas de Salud están diseñadas para vincular los patrones observados y los resultados de un proceso con la planeación y la evaluación de las políticas. Las observaciones y los resultados necesitan ser traducidos en indicadores significativos y relevantes.

108. Los indicadores para fines de suministro de información internacional son un producto o una presentación sintética con una cobertura potencial tan amplia como sea posible. La comparabilidad es importante para el cruce de análisis nacionales. El primer paso consiste en lograr un acuerdo internacional sobre las etiquetas y los contenidos de los indicadores. Hay dos enfoques que pueden ser indicativos de la elección del conjunto mínimo de datos y/o de la lista ampliada de indicadores.

109. La vinculación de los resultados con el debate de políticas es una responsabilidad del país. Esta unidad ha sido diseñada para ilustrar algunas de las aplicaciones más frecuentes de los datos sobre Cuentas de Salud en varias etapas del proceso de planeación. Las fuentes de datos corresponderían a las tres dimensiones: financiamiento, prestación y consumo.

Aspectos clave

110. Esta nueva unidad busca analizar un conjunto estándar mínimo de datos para ilustrar su vinculación con diversos usos de política. Se centrará en gran medida en el suministro de información en el nivel internacional y en las comparaciones.

- Los indicadores se construirán utilizando exclusivamente datos sobre Cuentas de Salud y se complementarán con otros datos.
- La ilustración de las aplicaciones de los indicadores para usos de políticas implicará un análisis presupuestal, de equidad, de efectividad y de eficiencia.

UNIDAD 16. REGLAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS DE CONTABILIDAD

Organización coordinadora: OECD

Principios

111. Esta unidad cubrirá algunas reglas específicas para la contabilidad del gasto en salud, así como los lineamientos para algunos aspectos seleccionados. Tales reglas y lineamientos son esenciales para asegurar una consistencia y una comparabilidad en las compilaciones de datos sobre el gasto en salud. El poder del SCS como herramienta analítica procede en gran medida de su capacidad para vincular fenómenos económicos numerosos y muy variados y expresarlos en una única unidad económica. El Sistema no intenta determinar la utilidad de los flujos y las reservas identificados en su ámbito, sino que mide el valor actual de intercambio de los asientos en las cuentas en términos de dinero, i.e., los valores con los que de hecho se intercambian o con los que podrían intercambiarse por efectivo los productos y otros activos, los servicios, el trabajo o el suministro de capital. El desarrollo de reglas para la contabilidad de la salud dependerá en gran medida de las reglas de contabilidad expuestas en el SCN, e incluirá cuestiones tales como desembolsos efectivos versus contabilidad basada en el valor de los recursos consumidos o las transacciones comprometidas y el desarrollo de lineamientos para los subsidios, reglas para la estimación del consumo de capital fijo, valuación de las exportaciones

e importaciones. La estimación del gasto en salud enfrenta algunas cuestiones particulares que no han sido bien cubiertas en el SCN. Algunos ejemplos son la discriminación entre atención de la salud de largo plazo y gastos sociales, la estimación del gasto de bolsillo de los hogares y la contabilización de pagos ilegales en la atención de la salud.

Aspectos clave:

112. Lineamientos para la estimación del gasto total corriente. Se analizarán los siguientes requerimientos para la estimación del gasto total corriente de forma que resulte comparable en el nivel internacional:

- La clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC) se aplica de manera armonizada en el plano internacional (en particular, la atención de largo plazo)
- Se explica el gasto de todos los agentes financieros definidos en el SCS (en particular, HF.2.4; HF.2.5)
- Se incluyen todos los proveedores de atención de la salud primarios y secundarios (en particular, HP.7)
- Se estima el comercio exterior de los servicios de salud (en particular, HP.9)
- Se aplican métodos comunes para la valoración de los servicios de salud en apego al marco de referencia SCS
- Lineamientos para la estimación de la formación de capital bruto
- Lineamientos para la estimación de la atención de largo plazo
- Lineamientos para la estimación del gasto privado
- Lineamientos para la estimación del gasto por enfermedad, edad y grupos socioeconómicos

UNIDAD 17. PROCESOS DE COMPILACIÓN POSIBLES

Organización coordinadora: Eurostat

Principios

113. En SCS 1.0, así como en los Lineamientos (EUROSTAT) y la Guía del productor (OMS), se presta algo de atención a los posibles procesos de compilación. También en el Cuestionario Conjunto se ofrece un cierto enfoque del problema, pero ciertamente no el suficiente y no de manera consistente. Sin embargo, las reglas y los procesos establecidos en los Lineamientos y en la Guía del productor pueden ser un buen punto de partida.

114. Para poder determinar la comparabilidad entre países y una consistencia en el curso del tiempo, es imperativo contar con información sobre la forma en que los datos se recopilan, se calculan, se estiman, etc. Los meta datos son necesarios para proporcionar un discernimiento de los procesos reales.

115. Los principios en la compilación son básicamente los mismos que en las cuentas nacionales. El énfasis puede colocarse en la prevención de la doble contabilidad y de omisiones en el marco de referencia contable. Es necesario describir las fuentes de datos. Otro principio de inicio importante es que el nuevo sistema debería ser más fácil de usarse.

116. Usualmente, para fines de políticas, las series finales de datos creados deben complementarse con datos más recientes. Esto significa que es necesario producir datos con un retraso no mayor al año, si bien con un alto nivel de agregación. Para ello, es necesario también producir reglas y lineamientos de cuña actual.

Aspectos clave

117. Los aspectos clave se relacionan con las descripciones de los procedimientos utilizados en el cálculo o la estimación para prevenir la doble contabilidad, así como para evitar o esclarecer las omisiones en el sistema. Las fuentes de datos y los metadatos son indispensables. Otro aspecto clave se relaciona con la facilidad de uso de los procesos de estimación (lo que posiblemente incluya soluciones de capas múltiples, i.e., diferentes niveles de detalle para diferentes países).

118. La generación de la información y los datos que conducirán a una serie de cuentas que finalmente se convertirán en el conjunto de cuadros requeridos puede arrancar desde diferentes puntos de partida. El proceso de cálculo puede iniciar haciendo uso de los datos en la clasificación del proveedor, los datos disponibles sobre arreglos financieros o en las funciones que constituyen las fronteras reales del sistema de salud. Cada uno de estos tres enfoques requiere de su propio conjunto de lineamientos, si bien al final el proceso de integración necesita producir una sola serie de datos integrados. Un aspecto clave al construir las estructuras de datos es el de lograr consistencia entre todas las dimensiones (no sólo las tres dimensiones centrales).

119. Otro aspecto clave tiene que ver con los datos en sí. No todas las celdas en una base de datos se llenan, pero las causas de estos datos faltantes no son idénticas. A manera de ejemplo se muestran las siguientes posiciones utilizadas en las publicaciones de EUROSTAT:

: No disponible, confidencial o de valor poco confiable

- No aplicable o cero por default

0 Menos de la mitad del dígito final mostrado y mayor que el cero real

UNIDAD 18. USO ANALÍTICO DEL SCS

Organización coordinadora: OMS

Principios

120. Esta unidad proporciona el resumen de todas las definiciones y clasificaciones, y se centra en el uso de cada una de las clasificaciones y clasificaciones cruzadas para destacar la importancia de las cuentas en el análisis que busca generar evidencia. Esta Unidad se basará en la experiencia práctica y proveerá una lista sistemática de los usos analíticos potenciales detallados.

121. Esta unidad mencionará el proceso de presupuestación y los vínculos entre los presupuestos los gastos. Se examinarán otros ejemplos tales como los gastos al final de la vida asociados con el envejecimiento, o sobre la salud infantil relacionada con las Metas de Desarrollo del Milenio.

122. Esta unidad resumirá también algunos indicadores esenciales que los países deben producir sobre una base regular para fines de comparabilidad internacional.

123. La unidad analizará la importancia de la recopilación de datos en forma oportuna, y las condiciones necesarias para la institucionalización de las cuentas de salud.

Aspectos clave

124. Identifique ejemplos prácticos de los países en los que las cuentas de salud han sido usadas con fines analíticos; incluya ejemplos de mecanismos efectivos de comunicación / presentaciones que faciliten el uso de los datos.

Vinculación con otras unidades

125. Esta unidad tendrá vínculos con todas las demás unidades del Manual que se relacionen de manera específica con las clasificaciones y los cuadros.

ANEXO IV: PREGUNTAS PARA DISCUSIÓN DE GRUPOS SEGUNDA CONSULTA REGIONAL ALC REVISION SHA 1.0

Conceptos y definiciones clave en las cuentas de salud (unidad 3)

Los siguientes puntos buscan apoyar y servir de guía para la discusión en la sesión y el grupo de trabajo. El planteamiento de otros temas por parte de los participantes es bienvenido, si bien será necesario que se consideren también estas preguntas.

Preguntas para ser discutidas

1. ¿Está usted de acuerdo
 - i. Con la propuesta de dejar de usar el término “gasto total en salud (GTS)”?
 - ii. ¿Debería mantenerse el agregado (antes conocido como GTS) de gasto corriente en salud más formación de capital bruto, pero con un nombre diferente, o deberían mantenerse por separado ambos componentes (i.e., gasto corriente en salud y formación de capital bruto)?
2. Se sugiere el registro por separado del gasto en IyD como un componente de la formación de capital bruto. ¿Cómo percibe esto o su región / país? Por ejemplo, ¿qué tratamiento le daría a productos mezclados en los hospitales cuando los servicios de salud se producen de manera simultánea a la investigación?
3. Se sugiere que la relación entre la oferta y la demanda de bienes y servicios en salud se convierta en un marco de referencia para el análisis. ¿Es útil esta herramienta propuesta?
4. Las medidas del producto de salida propuestas se conciben mejor como episodios de tratamiento de enfermedades particulares tal como éste es provisto por una unidad institucional. ¿Es viable que esta medición se use como medición?
5. ¿Es sólido el enfoque propuesto para la estimación de las PPA en salud con base en el producto de salida (separando el volumen y el precio)? ¿Considera que éste podría instrumentarse en su región / país?
6. ¿Encuentra usted útiles las herramientas y enfoques en esta unidad como parte del Sistema de Cuentas de Salud revisado?

Clasificación de los proveedores de atención de la salud (unidad 8)

Los siguientes puntos buscan apoyar y servir de guía para la discusión en la sesión y el grupo de trabajo. El planteamiento de otros temas por parte de los participantes es bienvenido, si bien será necesario que se consideren también estas preguntas.

Preguntas para ser discutidas

7. En la vinculación de la clasificación del proveedor con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) o con la Clasificación Estadística de Actividades Económicas en la Unión Europea (NACE), ¿es necesario contar con un vínculo de uno a uno entre la nueva HP y las unidades económicas de CIIU, y entre CIIU y la nueva HP?
8. La clasificación propuesta de proveedores incluye varias clases que son funciones. ¿Debería la clasificación de los proveedores apearse a la CIIU, lo que significaría que las estructuras organizacionales son más importantes que las funciones que se desempeñan en el sistema de salud?
9. ¿Se han presentado suficientemente claras las reglas / criterios como para decidir qué clases se requieren en la Clasificación de los proveedores, y cómo clasificarlas?
10. No existe una relación de uno a uno entre la clasificación de los proveedores y las funciones tal como se mencionan en la clasificación funcional, por lo que los nombres de las funciones y los proveedores deberían ser diferentes. ¿Cómo se puede asegurar que estos nombres sean diferentes y que no haya confusión alguna entre ambas?
11. ¿Existe algún traslape entre las clases propuestas y otras dimensiones?
12. ¿Qué se gana, y qué se pierde, con esta propuesta en comparación con la clasificación actual HP?

Contabilidad del financiamiento de la salud / (unidades 9 y 10)

Los siguientes puntos buscan apoyar y servir de guía para la discusión en la sesión y el grupo de trabajo. El planteamiento de otros temas por parte de los participantes es bienvenido, si bien será necesario que se consideren también estas preguntas.

Preguntas para ser discutidas

13. ¿Han sido adecuadamente definidos los principales propósitos del marco de referencia del SCS para el financiamiento de la salud? (Ver el párrafo 4.)
14. El documento propone distinguir entre los esquemas de financiamiento de la salud (subsistemas), como los principales “bloques de construcción” del sistema de salud de los países (ver gráfico 1), las unidades institucionales, que actúan como los agentes de financiamiento de los esquemas de financiamiento de la salud (ver el cuadro 1), y las transacciones, que se refieren a los ingresos y los gastos de los esquemas de financiamiento de la salud (ver el cuadro 3). ¿Es este un punto de partida adecuado (para fines de definición de las clasificaciones y los cuadros para la contabilidad del financiamiento de la salud)?
15. ¿Son adecuadas las principales categorías propuestas de ICHA-HF? (Ver el cuadro 4.) ¿Existe algún otro arreglo financiero en los países que no pueda ajustarse a ninguna de estas categorías?
16. ¿Qué opción de agrupación de las categorías de ICHA-HF en HF.1 o HF.2 es preferible (ver los párrafos del 127 al 129 y el cuadro 5) si acaso se requiere alguna agrupación?

17. ¿Son adecuadas las principales categorías propuestas de la Clasificación de unidades institucionales para el sistema de salud? (Ver cuadro 7.)
18. ¿Son adecuadas las principales categorías propuestas de la Clasificación del tipo de ingresos?
19. ¿Proporcionan las herramientas propuestas (cuadros y cuentas sectoriales) la suficiente información en lo que se refiere a la asignación de recursos de los principales sub-sistemas de financiamiento? (Ver los cuadros 1 y 2.)
20. ¿Proporcionan las herramientas propuestas (cuadros y cuentas sectoriales) suficiente información en lo que se refiere a la recaudación de ingresos de los principales sub-sistemas de financiamiento? (Ver los cuadros 10, 11 y 12.)
21. ¿Son adecuadas y suficientes las herramientas propuestas para la contabilización de la asistencia internacional?
22. ¿Qué otras herramientas serían de utilidad para presentar en este Unidad?
23. En general, ¿cuáles con las ganancias, y cuáles las pérdidas, en comparación con el estándar actual?
24. De acuerdo con su experiencia, ¿en qué medida es viable la instrumentación de estas clasificaciones?

Clasificación según las características del beneficiario / receptor (unidad 11)

Preguntas para ser discutidas

25. ¿Son de utilidad los cuatro grupos propuestos (edad/sexo, enfermedad, región, estatus socioeconómico) desde la perspectiva de las políticas y por qué sí o por qué no? ¿Le gustaría proponer otros grupos de población entre los que se podría distribuir el gasto en salud, y con qué fines de política?
26. En el caso de los cuatro grupos de población propuestos (o grupos de beneficiarios), ¿qué dimensiones le gustaría ver distribuidas: FS, HF, HP, HC, RC? Por favor justifique su respuesta en términos de los aspectos de políticas que podrían abordarse y la necesidad de ello, o de la viabilidad de datos. En dicho caso, ¿recomendaría usted la producción de matrices que cruzaran las dimensiones de las cuentas de salud para un grupo de población? Por ejemplo, el gasto por beneficiario se refiere al cruce de una dimensión como HC con una clasificación de los beneficiarios como puede ser por enfermedad, i.e., HC x enfermedad. Sin embargo, en algunos casos, ¿sería deseable ver la construcción de matrices de cuentas de salud por grupos de beneficiarios, tal como HF x HC, para cada grupo socioeconómico o para cada región?
27. Clasificación por enfermedad: ¿qué clasificaciones se usan más en su país?
 - a. ¿Están informando las unidades públicas sobre el uso de CIE? ¿Se trata sólo de hospitales?
 - b. ¿Hay estudios que produzcan información sobre la atención ambulatoria por enfermedad y, de ser así, qué clasificación están usando?

- c. Si usted hace uso de las clasificaciones nacionales de enfermedades, ¿se encuentran éstas mapeadas a alguna clasificación internacional?
 - d. ¿Qué otras clasificaciones se usan en su país: CIE, CIAP (ICPC por sus siglas en inglés), Clasificación ATC, el Listado Reducido Internacional de Causas para la Tabulación de la Morbilidad Hospitalaria (ISHMT, por sus siglas en inglés)?
 - e. ¿Qué clasificaciones se usan para almacenar / recopilar datos, y para la presentación de datos a los formuladores de políticas?
28. Clasificación regional: en el caso de su país, ¿sería relevante desde la perspectiva de las políticas el desarrollo de una medida del gasto en los bienes y servicios que produce cada región? Es decir, la medición de los gastos en salud no consumida por los residentes de una región sino producida por los proveedores en la región. Por ejemplo, tales datos podrían evaluar las diferencias en el consumo de insumos en función de lo que las regiones producen. Esto resulta pertinente cuando se habla de subsidios a la industria, el uso de recursos farmacéuticos o humanos en una región, etc.
29. ¿Cuando se trata de clasificar los hogares por grupos socioeconómicos, ¿qué abordaje usa usted con más frecuencia: por ingreso, por gastos, por nivel de riqueza?
30. ¿Cuál podría ser un nombre adecuado para los siguientes productos de salida?
- a. Gastos por beneficiarios
 - b. Gastos por receptores
 - c. Distribución de los gastos por grupos de población
 - d. Estudio del costo de la enfermedad
 - e. Cuentas de distribución
 - f. Otros...

**ANEXO V:
LAS CLASIFICACIONES DEL SHA 1.0 Y LAS CLASIFICACIONES PROPUESTAS DEL
SHA 2.0**

Tabla 1: Concepto clave de financiamiento de salud y clasificación en SHA 2.0 y SHA 2.1 / Guía del Productor

SHA 2.0	SHA 1.0 / Guía del productor
Esquemas de financiamiento a la salud	Financiamiento al cuidado de la salud
Agentes de financiamiento (instituciones realizando /administrando esquemas de financiamiento)	(Financiamiento a la salud bajo el SHA 1.0 Fuente de financiamiento (Financiamiento a la salud con SHA 1.0) Agentes de financiamiento en la guía del productor
Unidades institucionales de la economía que proveen ingresos a los esquemas de financiamiento	Fuentes de financiamiento definidas como unidades institucionales (bajo la GP y JHAQ)
Clasificaciones	
SHA 2.0	SHA 1.0 / PG / JHAQ
Clasificación de los ingresos por esquema de financiamiento	Clasificación de los ingresos por esquema de financiamiento
Clasificación de los esquemas de financiamiento de salud	Clasificación del financiamiento de la atención en salud (SHA 1.0)
Clasificación de los ingresos por agentes de financiamiento	Clasificación de los agentes de financiamiento (Guía del Productor)
Clasificación de los agentes de financiamiento	
Clasificación de los ingresos por esquema de financiamiento en salud	Clasificación de los ingresos por esquema de financiamiento en salud
Classification of Revenues of Health Financing Schemes	Classification of Financing Sources (PG) defined as institutional units

Fuente: OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0 Chapters 1 to 15. Pre-edited version. March 11. Table 7.1

Tabla 2: Comparación de los esquemas de financiamiento en SHA 2.0 y la Guía del Productor

	Ingreso por esquema de financiamiento con el SHA 2.0	Fuentes de financiamiento bajo la Guía del Productor
Definiciones de la clasificación de los ingresos por esquema de financiamiento en salud	Ingreso de los esquemas de financiamiento (ejemplo: ingresos del gobierno, contribuciones sociales al seguro de salud, etc)	Unidades institucionales de la economía de los cuales sus recursos son movilizados y administrados por regímenes de financiamiento (gobierno, corporaciones, etc)
Información clave proporcionada por la clasificación de esquema de financiamiento	"Como" los ingresos se movilizan por esquema (tipo de transacciones)	"Desde quien" los ingresos son colectados por esquema de financiamiento
Información adicional necesitada	"Desde quién" son colectados los ingresos (subcategorías de la clasificación propuesta)	"Como" se movilizan los recursos

Fuente: OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0 Chapters 1 to 15. Pre-edited version. March 11. Table 7.1

Tabla 3: Comparación de los códigos de los programas de salud en SHA 2.0 y SHA 1.0

Contenido: (mayoría descrito como en SHA 1.0)	Código del programa en SHA 2.0	Nuevo ítem	Código del programa en SHA 1.0	Contenido: (mayoría descrito como en SHA 1.0)	Código del programa en SHA 2.0	Nuevo ítem	Código del programa en SHA 1.0
Componentes de salud pública y preventiva				Prevención de enfermedades no transmisibles			HC.6.4
Salud materno - infantil : Planificación familiar y consejería			HC.6.1	Educación en salud	HC.6.1		HC.6.4
Consejería genética	HC.6.1		HC.6.2	Prevención en salud	HC.6		HC.6.4
Identificación de anomalías genéticas	HC.6.3		HC.6.3	Promoción de la salud	HC.6		HC.6.4
Cuidado prenatal y postnatal	HC.6.4		HC.6.4	Programas de reducción de riesgo	HC.6.1		HC.6.4
Cuidado de salud del bebé	HC.6.4		HC.6.5	Mejora en el status de la salud no dirigido específicamente a enfermedades transmisibles	HC.6.4		HC.6.4
Salud infantil pre-escolar y escolar	HC.6.4		HC.6.6	Intervenciones contra el cigarrillo, alcohol y abuso de sustancias	HC.6.1	HC.6.5	HC.6.4
Diseño, monitoreo y evaluación de programas		HC.6.5		Actividades con trabajadores comunitarios	HC.6	HC.7.1	HC.6.4
Regulación vinculada a la canasta de servicio y cobertura poblacional en salud materno infantil		HC.7.1		Servicios provistos por grupos de autoayuda	HC.6.1		HC.6.4
Servicios de salud escolar			HC.6.2	Educación general en salud e información sanitaria	HC.6.1		HC.6.4
Educación	HC.6.1		HC.6.2	Campañas de educación en salud	HC.6.1		HC.6.4
Imágenes	HC.6.3		HC.6.2	Campañas a favor de la promoción de la salud (estilo de vida, sexo, etc)	HC.6.1		HC.6.4
Prevención de enfermedades	HC.6		HC.6.2	Intercambios de información (alcoholismo, adicción a las drogas)	HC.6.1		HC.6.4
Promoción de la salud	HC.6		HC.6.2	Vigilancia ambiental de salud pública de información pública ambiental	BC.6.5		
Tratamiento médico básico (incluyendo odontología)	HC.1		HC.6.2	Información pública de condiciones ambientales	HC.6.1		
Intervenciones contra el cigarrillo, alcohol y abuso de sustancias (en escuelas)	HC.6.1		HC.6.2	Diseño, monitoreo y evaluación de programas		HC.6.5	
Programas de vacunación	HC.6.2		HC.6.3	Regulación vinculada a la canasta de servicios y cobertura poblacional en enfermedades no transmisibles		HC.7.1	
Diseño, monitoreo y evaluación de programas		HC.6.5		Cuidado de la salud ocupacional			
Regulación vinculada a la canasta de servicio y cobertura poblacional en salud escolar		HC.7.1		Vigilancia de salud e empleados	HC.6.4		
Prevención de enfermedades transmisibles				Chequeos médicos rutinarios	HC.6.4		
Reportes obligatorios y notificación de enfermedades	HC.6.5		HC.6.3	Cuidado terapéutico, incluyendo servicios de emergencia	HC.1		
Consultas epidemiológicas de enfermedades transmisibles	HC.6.5		HC.3	Ergonomía, seguridad	HC.6 (parte de la salud)		Excluido
Seguir contactos y orígenes de enfermedades	HC.6.5		HC.3	Salud y protección ambiental en el trabajo	HC.6 (parte de la salud)		Excluido
Prevención de tuberculosis	HC.6		HC.3	Prevención de accidentes laborales	HC.6 (parte de la salud)		Excluido
Control de tuberculosis (imágenes)	HC.6.5		HC.3	Diseño de programas, monitoreo y evaluación		HC.6.5	
Inmunización/vacunación (obligatoria y voluntaria)	HC.6.2		HC.3	Regulación vinculada a la canasta de servicios y cobertura poblacional de salud ocupacional		HC.7.1	
Vacunación bajo maternidad y cuidado infantil	HC.6.2		HC.3	Otros servicios misceláneos de salud pública			HC.6.9
Vacunación para salud ocupacional	HC.6.2		HC.3	Operación y administración de bancos de sangre y órganos	HC.4.1		
Vacunación para viajes y turismo en iniciativas de pacientes	HC.1		Exc. HC.6.5	Vigilancia de salud pública ambiental	HC.6.1		
Diseño, monitoreo y evaluación de programas		HC.6.5		Información pública de condiciones ambientales	HC.6.1		
Regulación vinculada a la canasta de servicio y cobertura poblacional en enfermedades transmisibles		HC.7.1					

Fuente: OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0 Chapters 1 to 15. Pre-edited version. March 11.

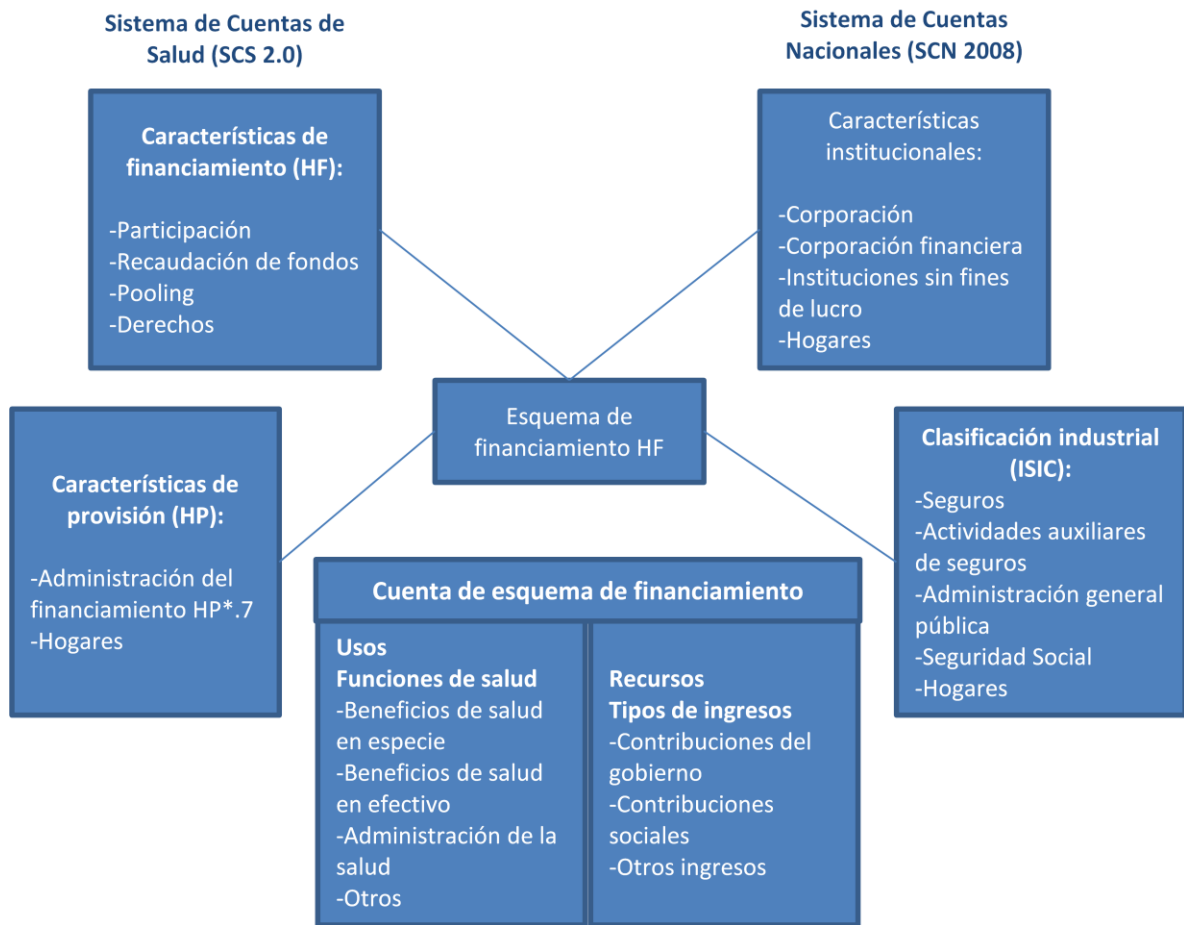
Tabla 4: Clasificación internacional de fuentes y agentes en SHA 2.0 y 1.0			
Clasificación internacional de fuentes y agentes en esquemas de financiamiento en salud		Clasificación Internacional de Agentes y Fuentes de financiamiento en salud	
SHA 2.0		SHA 1.0	
HF.1	Esquema gubernamental y de financiamiento contributivo obligatorio	HF.1	Gobierno general, excluyendo fondos de la seguridad social
HF.1.	Esquema gubernamental	HF.1.1	Gobierno general, excluyendo fondos de la seguridad social
HF.1.1.1	Esquema del gobierno central	HF.1.1.1	Gobierno central
HF.1.1.2	Esquema de Estado/región/gobierno local	HF.1.1.2	Gobiernos estatales y provinciales
HF.1.2	Esquema de aseguramiento de salud por contribuciones obligatorias	HF.1.1.3	Gobiernos locales y municipales
HF.1.2.1	Seguro social	HF.1.2	Fondos de la seguridad social
HF.1.2.2	Seguro contributivo privado		
HF.1.3	Cuentas de ahorros médicos obligatorios		
HF.2	Esquemas de pagos voluntarios por atención en salud (otros que no son gasto de bolsillo)	HF.2	Sector privado
HF.2.1	Esquemas de aseguramiento voluntario	HF.2.1	Seguro social privado
HF.2.1	Esquemas de seguros privados/sustitutivos	HF.2.2	Empresas de seguros privados (otros que no son seguros sociales)
HF.2.1.2	Esquemas de seguros voluntarios complementarios/suplementarios		
HF.2.2	Esquemas de ifnanciamiento de sin fines de lucro al servicios de los hogares	HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares
HF.2.2.3	Esquemas de financiamiento de empresas	HF.2.5	Corporaciones
HF.2.3.1	Esquemas de financiamiento de empresas (excepto proveedores de salud)		
HF.3.2.1	Esquemas de financiamiento de proveedores de salud		
HF.3	Gasto de bolsillo de los hogares	HF.2.3	Gasto privado de bolsillo de los hogares
HF.3.1	Gasto de bolsillo excluyendo costos ocmpartidos	HF.2.3.1	Gasto de bolsillo excluyendo costos ocmpartidos
HF.3.2	Costos compartidos con pagadores terceros	HF.2.3.2	Costos compartidos: gobierno central
HF.3.2.1	Costos comaprtidos con esquemas gubernamentales y aseguramiento contributivo obligatorio	HF.2.3.3	Costos ocmpartidos: gobierno estatal o provincial
		HF.2.3.4	Costos compartidos: gobierno local/municipal
HF.3.2.2	Costos compartidos con esquemas de aseguramiento voluntario	HF.2.3.5	Costos compartidos: Fondos de la seguridad social
		HF.2.3.6	Costos compartidops: seguros sociales privados
		HF.2.3.7	Costos compartidos: otros seguros privados de salud
		HF.2.3.9	Todos los otros costos compartidos
HF.4	Esquemas de financiamiento del resto del mundo	HF.3	Resto del mundo
HF.4.1	Esquemas contributivos (no residente)		
HF.4.1.1	Esquemas de salud contributivos (no residente)		
HF.4.1.2	Otros esquemas (no residente)		
HF.4.2	Esquemas volunarios privados (no residente)		
HF.4.2.1	Esquemas de seguros voluntarios privados (no residente)		
HF.4.2.2	Otros esquemas (no rsidentes)		

Fuente: OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0 Charpeters 1 to 15. Pre-edited version. March 11.

Tabla 5: Clasificación del consumo de salud por función	
Función de Salud SHA 2.0	Códigos del SHA 1.0
HC.1 Atención curativa	HC.1
HC.1.1 Atención curativa hospitalaria	HC.1.1
HC.1.1.1. Atención curativa general	
HC.1.1.2. Atención curativa especializada	
HC.1.2. Atención curativa de día	HC.1.2
HC.1.2.1 Atención general curativa de día	
HC.1.2.2 Atención curativa especializada de día	
HC.1.3. Atención curativa ambulatoria	HC.1.3
HC.1.3.1 Atención curativa ambulatoria general	HC.1.3.1
HC.1.3.2 Atención dental ambulatoria	HC.1.3.2
HC.1.3.3. Atención especializada ambulatoria	HC.1.3.3
HC.1.4. Atención curativa basada en el hogar	HC.1.4
HC.2 Atención en rehabilitación	HC.2
HC.2.1. Atención en rehabilitación hospitalaria	HC.2.1.
HC.2.2. Atención de día en rehabilitación	HC.2.2
HC.2.3 Atención ambulatoria de rehabilitación	HC.2.3
HC.2.4 Atención de rehabilitación basada en el hogar	HC.2.4
HC.3. Cuidado de largo plazo en salud	HC.3
HC.3.1 Atención hospitalaria del largo plazo	HC.3.1
HC.3.2. Atención hospitalaria todo el día	HC.3.2
HC.3.3. Atención ambulatoria de largo plazo	Parte de HC.3
HC.3.4 Atención de largo plazo basada en el hogar	HC.3.3
HC.4. Servicios auxiliares (no especificados por función)	HC.4
HC.4.1. Servicios de laboratorio	HC.4.1
HC.4.2 Servicios de imágenes	HC.4.2
HC.4.3. Transporte de pacientes	HC.4.3
HC.5. Bienes médicos (no especificados por función)	HC.5
HC.5.1 Farmacéuticos y otros bienes no durables	HC.5.1
HC.5.1.1. Medicinas prescritas	HC.5.1.1
HC.5.1.2 Medicinas sin prescripción	HC.5.1.2
HC.5.1.3. Otros bienes médicos no durables	HC.5.1.3
HC.5.2. Aplicaciones terapéuticas y otros bienes no duraderos	HC.5.2
HC.5.2.1 Lentes y productos de visión	HC.5.2.1
HC.5.2.2 Audífonos	HC.5.2.3
HC.5.2.3. Otras aplicaciones ortopédicas, ortesis y prótesis (excluyendo lentes y audífonos)	HC.5.2.2.
HC.5.2.9. Todos los demás bienes médicos no duraderos, incluyendo dispositivos técnicos no especificados por función	HC.5.2.4-HC.5.2.9
HC.6. Cuidado preventivo	HC.6, parte de HC.3.4, HC.R.5
HC.6.1. Información, educación y programas de consejería	Parte de HC.6.9, parte de HC.R.4, HC.R.5
HC.6.2 Programas de inmunización	Parte de HC.6.3
HC.6.3 Programas de detección temprana	Parte de HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4. Programas de monitoreo de condición saludable	Parte de HC.6.1, HC.6.2, HC.6.5
HC.6.5. Vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones y exposición a programas de riesgos ambientales de salud	HC.6, parte de HC.4, HC.5
HC.6.6. Programas de preparación de respuestas a desastres y emergencias	Parte de HC.6
HC.7. Gobernanza, sistema de salud y administración del financiamiento	HC.7
HC.7.1. Gobernanza, administración del sistema de salud	HC.7.1
HC.7.2. Administración del financiamiento a la salud	HC.7.2
HC.9. Otros servicios de cuidado en salud sin otra clasificación	
HC Ítems de Memorando SHA 2.0	SHA. 1.0 Códigos
Ítems reportados:	
HC.3I.1 Gasto total farmacéutico	
Del cual el consumo farmacéutico hospitalario	
HC.RI.2. Medicinas alternativas, tradicionales y complementarias (MACT)	HC.1-HC.6.1
HC.RI.2.1 MACT para pacientes hospitalarios	HC.1.1
HC.RI.2.2. MACT ambulatorio y basado en el hogar	
HC.RI.2.3. Bienes MACT	

Fuente: OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. Version 2.0 Chapters 1 to 15. Pre-edited version. March 11.

Esquemas de financiamiento en el contexto del SCS 2.0 y SCN 2008



ANEXO VI: ESTIMACIÓN DE PRECIOS Y VOLÚMENES

Por: M. Rathe⁴ y R. Pérez Minaya⁵

El objetivo de este trabajo es analizar el reto de medir el gasto en salud y el volumen de producción de los servicios de salud en el contexto de los países de bajos y medianos ingresos. Revisa las propuestas⁶ metodológicas existentes, contrastándolas con la realidad práctica sobre los productos de salud, en realidad estima que los países menos desarrollados tienen diferentes tipos de producción de salud y capacidad estadística, por lo que el SHA debe tenerlo en cuenta si la intención es ser un estándar en todo el mundo. El SHA, así como de SNA son marcos de referencia para la obtención de una aproximación de la economía o una de sus ramas, lo que resulta en estimaciones y mediciones no precisa. El marco conceptual es tan importante como las metodologías estadísticas que se aplican para desarrollarse, pero diferentes métodos estadísticos pueden llevar a resultados muy diferentes, aun cuando sea el mismo marco conceptual el que se aplica. Finalmente, el documento presenta una posible propuesta de tres etapas para la estimación de las mediciones de volumen de salida de la salud en los países en desarrollo y ofrece otras recomendaciones para su implementación.

Contenido

- Introducción
- La diferencia entre la medición y estimación
- Comparación dilema: el marco conceptual frente a las metodologías de estimación prácticas aplicadas por los países.
- Servicio de heterogeneidad en la calidad y otros problemas estadísticos
- Dimensiones del cuidado de la salud que son difíciles de calcular en los países menos adelantados.
- El reto de medir el "episodio de enfermedad" en los países menos adelantados: una propuesta de tres etapas.

Introducción

El objetivo de este documento es la creación de entradas para la comunidad mundial de las cuentas de salud con respecto a la propuesta de la *Unidad 3* del Nuevo Manual "Un Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (SHA)", que está en proceso de preparación a través de la revisión de la versión actual, SHA v.1. Este documento presenta puntos de vista de los autores especialmente en relación con los países de ingresos medios y bajos.

En la Unidad 3 se abordan temas tales como: gasto total y gasto corriente salud; gastos de salud relacionados con las funciones de salud, aunque hay distinción entre lo "social" y lo "individual" los arreglos de financiación se mantienen, volumen de las salidas de salud;

⁴ Magdalena Rathe es economista, con especialidad en el área de la salud, es experta en cuentas de salud y ha utilizado la metodología propuesta por SCS en varios países de África, América Latina y el Caribe. Se ha desempeñado como miembro de la Junta Monetaria, entidad que dirige el Banco Central y el sistema financiero en la República Dominicana

⁵ Ramón Pérez Minaya es un economista del desarrollo que se ha desempeñado como director del Departamento de Estudios Económicos del Banco Central de la Rep. Dominicana, que elabora las cuentas nacionales del país de acuerdo con el SCN. También se desempeñó como asesor del Gobernador del Banco Central, del Ministro de Finanzas y el Ministro Adjunto de Planificación.

⁶ Tales como los presentados en SHA 1.0, así como en el Manual de Eurostat sobre Medidas en precios y volúmenes en las cuentas nacionales y el borrador de la guía de la OCDE para la medición de la Educación y la salida de volumen de la Salud.

mercado y no mercado de la producción de la salud; precios de los servicios y los bienes de salud y PPP específico de salud.

La *Unidad 3* sustituye a los capítulos V y VII del SHA, los cuales que establecen una serie de recomendaciones y directrices para la "medición de los gastos sanitarios de atención" y "medición de precios y de volumen".

El razonamiento y las propuestas en el Manual (la actual, así como el nuevo que saldrá como resultado del proceso de revisión que está actualmente en curso) están dirigidas a la creación de una metodología homogénea para la estimación de los gastos sanitarios y la financiación, definiendo los límites del sector dentro de las actividades productivas nacionales. Para ello, se asume una serie de definiciones conceptuales, con el objetivo de permitir la construcción de un sistema de información útil para definir y evaluar las políticas de salud a lo largo de su aplicación, lo que permitirá la comparación de los resultados del sector a través del tiempo, así como a nivel internacional. En este sentido, un motivo de especial preocupación es la medición, en términos reales, de los servicios de no de mercado, teniendo en cuenta que las definiciones y clasificaciones existentes presentan deficiencias determinadas.

Por otro lado, la versión actual del SHA, así como otra literatura revisada para la preparación de este documento están dirigidos a los países con mayores niveles de desarrollo, mientras que el objetivo de este "paper" es centrar su atención en los países de bajos y medianos ingresos per cápita.

En este sentido, el razonamiento y las propuestas que aquí se exponen se ocupan exclusivamente de los problemas enfrentados por los países de bajos y medianos ingresos per cápita para estimar el denominador del sector salud y tener en cuenta las serias limitaciones que encuentran en comparación con los países más desarrollados, en cuanto a la disponibilidad de recursos y la información estadística se refiere.

Las siguientes reflexiones y recomendaciones se orientan de acuerdo a las experiencias de los autores en la producción y uso de las estadísticas - de las cuentas nacionales, así como de las cuentas de salud, en algunos países de bajos y medianos ingresos con sistemas estadísticos poco desarrollados.

Diferencia entre la medición y estimación

El Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN) se basa en los principios y procedimientos de la contabilidad convencional empresarial, que utiliza información básica para calcular el valor añadido (producto) de la economía y la renta nacional.

La convención lógica del sistema de contabilidad de la empresa requiere tener en cuenta todas y cada una de las entradas, el procedimiento de doble entrada, por su parte, lleva a precisar algunos resultados que no permita las inconsistencias en los saldos de las cuentas financieras. Sin embargo, cuando se trata de cuantificar los principales denominadores a nivel nacional, serias dificultades se encuentran en la obtención de la información estadística requerida. Esto hace que sea casi imposible llegar a los niveles de precisión exigidos por los sistemas de contabilidad de la empresa.

En otras palabras, los estados financieros de un conjunto de empresas se pueden traducir en el formato SNA, pero no es factible para registrarlos en cada actividad relacionada con la producción y el gasto a nivel nacional. Esto implica la necesidad de adoptar una serie de procedimientos estadísticos con el fin de poder hacer las estimaciones.

Estos retrocesos son más evidentes y graves cuando se trata de medir la variación en el tiempo del volumen de productos y precios (es decir, el producto total o sectorial de la economía). Estas dificultades se pueden explicar, principalmente, por:

- La aparición de nuevos bienes y servicios entre un período y otro.
- Cambios en la calidad, que no siempre se puede distinguir de las fluctuaciones de precios.

Ambos temas son importantes en la contabilidad de la salud, dado que la actividad médica se caracteriza por cambios rápidos y sucesivos en la calidad de la tecnología, como se destaca en el SCS.

En conclusión, cuando se trata de medir la variación de volumen y precios - para el cálculo del producto nacional de un país o el producto correspondiente al sector de la salud - se necesita estar consciente de que es un ejercicio imperfecto, o una aproximación de un valor que sólo existe en teoría. En otras palabras, se trata de un ejercicio que siempre puede ser perfeccionado, es claro que en realidad no podemos decir que esta es una medida, pero con más precisión es una estimación de algo que, debido a su naturaleza y complejidad, no es en sí mismo medible.

Esta es una realidad que se hace más evidente en los países en desarrollo, donde los sistemas de información estadística no tienen el mismo alcance, fiabilidad y oportunidad de los países con un mayor nivel de desarrollo institucional.

Para los expertos en la materia, las consideraciones anteriores no son nada nuevo. Lo que queremos destacar es la conveniencia de contar con ellos en el momento de formular recomendaciones sobre la conceptualización y sobre la metodología estadística para cuantificar los agregados de salud, que en efecto están en las estimaciones. Con el fin de perfeccionarlo, se necesita una mejor y mayor disponibilidad de información estadística, y no sólo los ajustes conceptuales. También es probable que cualquier intento de hacer cálculos más allá de lo que las circunstancias lo permiten se podría traducir en resultados menos precisos, así como que los mismos no sean comparables.

En consecuencia, este documento recomienda un enfoque "pragmático", al menos para los países menos adelantados, tratando de definir un marco conceptual simple, sin introducir complicaciones evitables, que entre otras cosas, podría conducir a resultados menos precisos.

El razonamiento anterior nos lleva a hacer una importante conclusión en el sentido de que las recomendaciones de la *Unidad 3* no se aplican necesariamente a todos los países en todos los ámbitos, pero uno de ellos tienen necesidades potenciales a tener en cuenta, en cuanto a la disponibilidad de recursos y la información estadística se refiere.

Comparabilidad entre el SCS y el SCN

En este mismo sentido, destacamos el hecho de que el SCS, con la intención de ajustar los conceptos de los agregados del sector salud, se diferencia en algunas de las definiciones de las prácticas de la SCN. Por ejemplo, en una gran cantidad de países menos desarrollados, algunos de los puntos en el SCS son difíciles de manejar estadísticamente y no tienen importancia cuantitativa, tal como destaca el Manual:

- salud ocupacional.

- La atención que miembros de la familia proporcionan a los enfermos, discapacitados y ancianos en el hogar "... en los casos que corresponden al pago de las transferencias sociales otorgadas con este propósito."
- "La producción de servicios de salud ocultos (para evitar el pago de impuesto sobre la renta u otros impuestos) con el fin de obtener ingresos ocultos además de la obtenida a través de los convenios de seguridad social o los programas de administración pública."

Las decisiones de este tipo se deben dejar a cada país, sobre la importancia de las transacciones para su análisis, así como la disponibilidad de datos para la estimación, pero con una clara identificación y ubicación por encima o por debajo de la línea, a fin de permitir las comparaciones internacionales.

Este tema también nos recuerda que la cuantificación de los denominadores del sector de la salud es un ejercicio imperfecto y el resultado de algunas "convencionales" conceptualizaciones y metodologías, y es por ello que algunas bases lógicas y prácticas justifican las diferencias conceptuales que existen entre las presentadas por el SCS y el SCN, esto sigue dando lugar a una serie de opiniones diferentes. Y no puede ser de otra manera, ya que trata que los conceptos convencionales puedan ser modificados para ajustarse a los objetivos que se persiguen en cada caso. Sin embargo, se podría decir que las discrepancias entre el SCS y el SCN, desde un punto de vista pragmático, lleva a más dificultades que suelen ser percibida, especialmente en los países de menores ingresos, lo que lleva a considerar la opción de que el SHA, en un principio, se ajuste a las convenciones del SCN.

También vale la pena mencionar que el Programa de Trabajo para la revisión del SCS, actualmente está en curso, se propone hacer el nuevo SCS compatible con el SCN y que la relación entre ellos sea clara y explícita. Es decir, que si cualquier elemento es conceptualmente diferente, éstos deben ser explícita y claramente separados de modo que sea posible incluirlo o eliminarlos, según sea el caso.

Con base en los argumentos anteriores y siguiendo una estrategia pragmática, se propone que el SCS inicialmente se ajuste a las convenciones conceptuales del SCN y que la Unidad 3 haga propuestas concretas para la cuantificación de ciertos conceptos que podrían ser útiles para fines analíticos o en la formulación de políticas, así como en las comparaciones de los resultados del sector salud en el tiempo y en el ámbito internacional. Guías sobre cómo abordar estos métodos estadísticos deben ser desarrollados y podría ser aplicado como piloto en algunos países.

Por ejemplo, el SHA v.1 recomienda que la exportación de la salud relacionados con los bienes y servicios no debe ser tomado en cuenta como parte del gasto total en salud. En este caso se propone un criterio pragmático que debe ser seguido - por lo menos en el caso de los países de bajos ingresos - en el sentido de que cuando estas exportaciones no tienen importancia cuantitativa, no deben ser tomados en cuenta. Por el contrario, cuando lo opuesto es el caso, un esfuerzo especial debe hacerse a fin de cuantificarlo.

Hay que destacar que a pesar del hecho de que las ventas de bienes y servicios de salud a los no residentes no son parte de los gastos o el consumo interno nacional de salud, podría valer la pena recomendar que estas estimaciones se hagan en los países que exportan bienes y servicios de salud, es decir, incluso en países que no disponen de cuenta satélite de salud, se propone que un esfuerzo especial se podría hacer para cuantificar las exportaciones en el lado de la oferta, con el mayor detalle posible.

Este tema debe ser incluido en la *Unidad 3*, debido a la importancia estratégica que se justifica por las siguientes razones:

- Se supone que estos bienes y servicios están destinados a un consumidor que exige ciertos estándares mínimos de calidad - por ejemplo, la disponibilidad de determinados servicios o evitar las listas de espera - y que los precios de venta puedan ser una referencia útil para estimar la calidad de otros proveedores nacionales.
- A medida que la producción de estos servicios se expandan, podría haber efectos externos sobre los productores que venden en el mercado interno, tales como la capacitación del personal, la difusión de procedimientos eficientes en la prestación de servicios y el efecto y el uso de las nuevas tecnologías.
- A medida que estas actividades adquieran cada vez más importancia, podrían tener éxito en convertirse en una producción eficiente de sustitución de importaciones.
- Por último, para algunos países de bajos ingresos las importaciones de medicamentos son un elemento importante en la balanza comercial.

Comparabilidad dilema: el marco conceptual frente a las metodologías de estimación prácticas aplicadas por los países

La forma en que el SCS aborda los principales agregados en el sector de la salud se lleva a cabo desde un punto de vista conceptual, sin tener en cuenta las diferentes metodologías estadísticas que se aplican para estimar el denominador. Además de esto, el manual no tiene en cuenta las debilidades de los sistemas estadísticos de los países pobres, como se mencionó anteriormente. Lo mismo puede decirse sobre los documentos de la OECD y Eurostat para la medición del volumen de consumo de salud.

En la práctica, incluso cuando se utiliza un marco conceptual coherente - ya sea SCS o SCN - si la metodología estadística para la toma de la estimación es diferente, los resultados van a ser diferentes y no comparables.

Una manera de ilustrar esta última afirmación es el de contrastar los propósitos del SCS para la estimación de las variaciones de los precios y los volúmenes de producción de bienes y servicios a través del concepto de episodio de enfermedad. Esto implica la disponibilidad de un sistema de información estadística eficiente, metodológicamente hablando, muy lejos de los indicadores rudimentarios utilizados por los países pobres.

Tampoco podemos perder de vista las deficiencias en los países menos adelantados en lo que respecta a la información que está disponible para los proveedores de servicios (mercado, así como de no mercado) en la cantidad, precio y costos de los bienes y servicios que producen. Podría haber un gran número de razones para esto: los proveedores que no tenga procedimientos informáticos de contabilidad o sistemas de información, que pueden ser reticentes a proporcionar información, ellos no podrían tener hasta a la fecha las estimaciones de los costos de producción, o, simplemente, su información puede no ser fiable. Frente a esta dificultad, las oficinas de estadística o los bancos centrales que elaboran las cuentas nacionales utilizan las estadísticas que son supuestamente más apropiadas para las circunstancias de cada situación y cada país. Esto se hace a menudo sin el adecuado conocimiento del sistema de salud, por las organizaciones encargadas de estas estadísticas.

Por ejemplo, en la República Dominicana, la variación en los miembros del Colegio Médico Me (que es obligatoria por ley) se utiliza para estimar la variación en términos constantes del producto del sector de la salud. Se puede apreciar para un país y un período, e incluso cuando se aplica un marco conceptual coherente, tanto si SCN o SCS - con el fin de estimar la variación del producto del sector de la salud en términos constantes, se podría obtener resultados muy diferentes si se utiliza, por ejemplo, el método para episodio de enfermedad o el de la variación en la composición de membresía del Colegio Médico.

La relevancia de la disponibilidad de información estadística y de una metodológica para la estimación se hace evidente cuando las tablas SCS están preparados para describir la financiación del sistema de salud. La elaboración de estas tablas es relativamente fácil de llevar a cabo en comparación con la estimación de los volúmenes y precios, ya que suele haber una mayor disponibilidad de datos fiables sobre los flujos financieros, entre los cuales podemos enumerar los siguientes ejemplos:

- Los desembolsos del gobierno nacional (central, regional o local) a los proveedores de servicios públicos y privados de salud, así como los desembolsos que se transfieren a las entidades que gestionan estos fondos.
- Los desembolsos del Gobierno a las familias, si hay subsidios de salud especializados.
- Los ingresos percibidos por las compañías de seguros médicos y los pagos que realizan para diferentes propósitos, que pueden agruparse económicamente.
- Las cuotas pagadas por las empresas, personas y gobiernos a la seguridad social y las compañías de seguros.
- Co-pagos hechos por las familias en los centros de salud, así como los pagos directos para la compra de servicios.
- Los recursos externos y las donaciones para el sistema de salud, al sector público, así como a las organizaciones no gubernamentales.
- La información generada por los ingresos y gastos de los que tienden a llevarse a cabo en todos los países y que permiten la estimación de los desembolsos de las familias para el pago de bienes y servicios vinculados a la salud.

La disponibilidad y confiabilidad de la información indicada arriba es una de las grandes virtudes de las matrices que el SCS sugiere que se rellenen. La clasificación de estos resultados de acuerdo a las funciones de interés para la comprensión del sistema de salud los hace una herramienta ideal para la toma de decisiones en el sector cuando se trata de la asignación de recursos.

Con el fin de mejorar la comparabilidad de los datos se sugiere estudiar no sólo las diferencias conceptuales entre los marcos, sino que es más importante aun que los métodos de estimación sean aplicados en la práctica por los países. Entonces, las directrices deberían ser desarrolladas con el fin de estandarizar los procedimientos para mejorar los métodos estadísticos.

Heterogeneidad en la calidad de servicio y otros problemas estadísticos

Por otro lado, existen diferencias significativas dentro de los países subdesarrollados en lo que respecta al grado de desarrollo económico y del sistema de salud. De gran importancia para este tema es la relación que existe entre el nivel de desarrollo económico y la heterogeneidad de la calidad de los servicios de salud. Se ha observado que cuando los países tienen un mayor nivel de desarrollo económico y social, la calidad de sus servicios de salud tiende a ser más homogéneo.

Por ejemplo, en los países más pobres uno se encuentra con situaciones donde las madres dan a luz sin la ayuda de otra persona o con la ayuda de una "partera" que no tiene ninguna formación profesional. Coexistiendo con estas realidades, una proporción significativa de partos institucionales podría ser registrado, en el que la madre reciba ayuda profesional durante los períodos ante y post-natal. Pero, también en estos casos, tiende a haber una gran variación en la calidad. Estos servicios institucionales para las madres que dan a luz pueden variar de terrible a calidad de clase mundial en el mismo país. Esto significa que se trata de servicios que tienen el mismo propósito, pero con una extrema diferenciación en calidad, que no debe pasarse por alto en la construcción de las cuentas de salud.

En conclusión, para diferentes niveles de desarrollo, una diversidad de formas de organizar el sistema de salud se observa, en una clara relación entre la pobreza y la debilidad institucional que se observa, y como consecuencia, en la producción de información estadística. En este sentido, se podría afirmar que en los países pobres el análisis de la evolución en el tiempo del gasto en salud basado en la variación de los volúmenes y precios, es mucho más difícil y menos fiable, debido a la heterogeneidad en la calidad de los servicios de salud, sumado a que es el problema no menos importante de la disponibilidad y calidad de la información estadística.

Si el SCS se propone ofrecer directrices y procedimientos para una mejor construcción de las cuentas de salud que serán de utilidad para todos los países, hay que tener en cuenta que los sistemas de salud por lo general se corresponden con el grado de desarrollo en cada país, y que, en consecuencia, la información y el potencial para la creación de mecanismos para generar estadísticas nuevas y mejoradas también dependerá de la fortaleza institucional de cada uno de estos.

Teniendo en cuenta lo anterior, las observaciones y recomendaciones que se detallan a continuación están dirigidas a los países en desarrollo en general, y teniendo en cuenta la diversidad en el mundo subdesarrollado y la importancia de la metodología para la estimación de los agregados macroeconómicos.

El reto de medir el "episodio de enfermedad" en los países menos adelantados: una propuesta de tres etapas

El SCS enfáticamente recomienda que el episodio de enfermedad debe ser utilizado para la estimación de la variación de los volúmenes y los precios en el sector de la salud. Esto es, en todos los aspectos, una metodología muy sofisticada para los países de medianos y bajos ingresos. En efecto, esta visión metodológica implica que el tratamiento de la enfermedad es un producto final y que todos los bienes y servicios utilizados en este tratamiento son las entradas (días de hospitalización, consultas, aplicación de medidas de diagnóstico, tratamientos curativos, etc.).

Es evidente que el asunto que nos ocupa requiere una gran precisión en el diagnóstico con el fin de determinar cada caso de enfermedad, dentro de los miles que han sido formalmente

clasificados, así como un sistema estadístico que sea capaz de registrarlos. Es posible, incluso, que la aplicación de este sistema implique una visión diferente en la administración de los bienes y servicios de producción, que generalmente existen en los países menos desarrollados.

A raíz de todas las razones antes expuestas, se propone que el SCS recomiende que todos los países establezcan un sistema que se ajuste a sus circunstancias institucionales y de su disponibilidad de recursos. En concreto, un posible enfoque de esta cuestión podría ser la adopción de tres diferentes niveles de precisión en la estimación de la variación de los volúmenes y los precios de la producción de bienes y servicios de salud⁷. Esta es sólo una sugerencia de los posibles enfoques diferentes.

Para esta propuesta, tres pasos etapas sucesivas se sugieren, tales como la preparación para el establecimiento de las bases que a la larga permitirá la instalación de un sistema de trabajo en los episodios de enfermedad. Como se mencionó anteriormente, cada país tendrá que decidir cuál de las listas sería capaz de adoptar, de acuerdo con sus circunstancias actuales.

Los países que son económicamente más atrasados deben aplicar un sistema simple, similar a la que a veces se utiliza en la producción de las cuentas nacionales para el sector manufacturero y otros sectores productivos: la realización de una encuesta que permite estimar para el año base, los elementos de los bienes y servicios que podrían representar razonablemente las variaciones del volumen y los precios del sector, en el supuesto de que también sea posible obtener la información sobre las cantidades producidas y los precios de dichos productos sobre una base anual.

En efecto, se propone que la elaboración de las cuentas en los países con mayores dificultades se realicen con un simple marco metodológico basado en la premisa de que la mayor parte de la producción de bienes y servicios relacionados con la salud - preventivos, curativos y terapéuticos - son inducidas de un dictamen médico en el nivel de consultas médicas ambulatorias y la hospitalización⁸. En consecuencia, la estimación de la variación anual del volumen y los precios se producen cada año se llevaría a cabo, inicialmente, sobre la base de dos indicadores: las consultas ambulatorias y los días de admisión del paciente. Evidentemente, esta metodología supone la existencia de una prueba de que existe una relación razonable entre la cantidad de consultas ambulatorias y el número de días de ingreso con la producción de otros bienes y servicios del sector salud. De hecho, de acuerdo con el SCS, una metodología similar se ha utilizado en otros países⁹.

Obviamente, para estos fines habría que hacer estudios periódicos de año base, con el objetivo de estimar el valor anual de la producción del sistema de salud, siguiendo los procedimientos descritos a continuación:

- Seleccionar proveedores cuya producción podría representar razonablemente la variación de los volúmenes de producción de todo el sistema y que, además, cuenten con información anual relacionada con el número de consultas ambulatorias y días de ingreso¹⁰.

⁷ Estas propuestas no incluyen el tema de la formación de capital en el sector de la salud.

⁸ Ver página 98 del Manual.

⁹ Idem

¹⁰ En contraste con el sector industrial, los principales bienes y servicios en el sector de la salud, por su valor y la frecuencia, están muy concentrados. Por ejemplo, la radiografía, tomografía y electro-cardiogramas constituyen un

- Los proveedores de bienes y servicios relacionados con la salud, con o sin ánimo de lucro, en función de las necesidades se agrupan de una manera que es compatible con las instrucciones del manual (ver Tabla 4.1). Dichos bienes y servicios, a su vez, se agrupan de acuerdo a su categoría: análisis de laboratorio y otros medios de diagnóstico, procedimientos terapéuticos, consultas y medicamentos.
- Siempre que la información esté disponible, es importante hacer la distinción entre bienes y servicios de salud, ya que se comportan de manera diferente. Hay tres razones para separar los medicamentos de los servicios: la primera es que puede haber algunos datos cuantitativos disponibles de los investigaciones industriales y los informes de los productores; la segunda es que el cambio en la producción de bienes "pueden ser diferentes de los que en los servicios, como por ejemplo, la gente puede auto-medicarse con más frecuencia en un período determinado. Y, por último, el volumen de los medicamentos puede estar asociado a los movimientos de específicos precios¹¹.
- La estimación de la variación de los precios y volúmenes de los bienes y servicios producidos por el sistema se calculará de acuerdo a la cantidad de consultas y los días de ingreso en una representatividad de establecimientos de todo el sistema, considerado de acuerdo con el coeficiente del año base. Este debe tener en cuenta que los gastos no reflejan la misma cantidad de bienes y servicios (o su calidad), si son producidos por los proveedores del mercado y no de mercado.
- Para completar la información sobre la variación anual de los volúmenes y los precios, la información debe ser obtenida de:
 - Los desembolsos para la administración general de salud y compañías de seguros médicos, lo que podría ser deflactado por el IPC, por la cantidad de personal ocupado, o por un índice de precios del sector, elaborado para este propósito, y
 - Los desembolsos para la salud pública y los servicios de prevención, tratando, en la medida de lo posible, de detallar la información sobre las campañas públicas, como la vacunación y control de vectores.

Se recomienda comparar la aplicación de esta metodología con los resultados de las tablas habituales de financiación SCS en valores corrientes, deflactado por el IPC o de un índice específico para el sector de la salud.

Luego, dependiendo de las instalaciones para la generación de información y la disponibilidad de recursos, con el fin de mejorar la metodología estadística, en una segunda etapa, sería posible llevar a cabo la estimación de la variación de los precios y volúmenes a través de la cantidad, el coste y los precios de bienes y servicios producido durante el año.

Esta segunda etapa se justifica por el hecho de que con el fin de estimar el volumen de salida de la salud a través de episodios de enfermedad es necesario estimar los precios y los costos de los bienes y servicios producidos, con el fin de realizar las estimaciones de los volúmenes de los bienes y servicios implicados en cada uno de los episodios de la enfermedad. En otras palabras,

alto porcentaje del consumo total y el valor de medios de diagnóstico. Del mismo modo, los análisis de sangre, orina, materia fecal y los lípidos, así como evaluaciones de la función hepática y pancreática, constituyen un alto porcentaje de las pruebas de laboratorio. Algo similar ocurre en el caso de los medicamentos por grupo terapéutico.

¹¹ Moraes, Ricardo, opinión ofrecida mediante consulta directa sobre el tema.

una vez que la información sobre los costos y los precios de bienes y servicios está disponible, se permitirá la instalación de un sistema recomendado por episodios de enfermedad.

En una tercera etapa de un sistema de episodios de enfermedad que comienza a ser instalado, se debe empezar por las de mayor costo o importancia estratégica, debido a su influencia en las tasas de mortalidad, o a la carga de la enfermedad, debido a la posibilidad de prevenirlas debido a la conveniencia de unificar los protocolos de atención, o por cualquier otro criterio. Para estos fines una manera de empezar podría ser con los siguientes criterios.

- Las enfermedades prevenibles relacionadas con la pobreza. Por ejemplo disentería.
- Las enfermedades crónicas que implican un alto costo para el sistema. Por ejemplo disfunción renal tratados con diálisis.
- Las enfermedades epidémicas que pueden ser controladas a través de control de vectores y / o campañas de educación pública. Por ejemplo la malaria, el dengue y el SIDA.

El manual de la OECD sobre el volumen de producción de salud y educación, propone DRG y la segregación ICD. Aunque los países de bajos ingresos podrían tener una baja capacidad estadística para este enfoque, estas son buenas alternativas para otros países que tienen datos de tratamiento hospitalario y que clasifican de acuerdo con estas normas.

Conclusiones y Recomendaciones

Las principales conclusiones que se derivan del razonamiento expuesto en este documento se pueden resumir de la siguiente manera:

- El SCS, así como el SCN son marcos conceptuales de referencia para la obtención de una aproximación de la economía o uno de sus sectores. En otras palabras, las cifras que resultan de aplicar cualquiera de estas cuentas son estimaciones y no medidas.
- El marco conceptual es tan importante como las metodologías estadísticas que se aplican para su desarrollo. Estas discusiones se centran generalmente en las definiciones, los límites y las clasificaciones, sin haber prestado mucha atención a este último. Diferentes métodos estadísticos pueden llevar a resultados muy diferentes, aun cuando el mismo marco conceptual sea aplicado.
- Los sistemas de producción de salud, así como los sistemas estadísticos son muy diferentes según el país y en general ambos están relacionados con el grado de desarrollo de cada país. Si se pretende que el SCS debe servir como un estándar en todo el mundo, estas diferencias tienen que ser tomadas en cuenta.
- Sobre el aspecto del marco conceptual, se recomienda que el SCS sea plenamente compatible con las definiciones del SCN y que la relación entre los dos sea clara y explícita, con el objetivo de poder incluir o eliminar elementos, en función del interés de cada país o el ejercicio.
- En cuanto a las metodologías de estimación se refiere, se recomienda que un estudio general debe llevarse a cabo en la forma de calcular el volumen de producción de la salud de las cuentas nacionales de los países.

- En este mismo sentido, y teniendo en cuenta que los países en desarrollo tienen limitaciones estadísticas, la recomendación es que los precios y estimaciones de volumen se debe aplicar a todos los países a diferentes niveles de complejidad, como se ha resumido antes, teniendo en cuenta sus circunstancias institucionales y su disponibilidad de recursos. La elaboración de guías de metodologías estadísticas uniformes, adaptadas al nivel de desarrollo de cada país y la realización de programas pilotos para su aplicación también es recomendable.