

Guía del productor de cuentas nacionales de salud



con aplicaciones especiales para los países de
ingresos bajos y medios



BANCO
MUNDIAL



ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD
GINEBRA 2004



AGENCIA DE LOS ESTADOS
UNIDOS PARA EL DESARROLLO
INTERNACIONAL

Guía del productor de cuentas nacionales de salud

con aplicaciones especiales para los países
de ingresos bajos y medios



ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD
GINEBRA 2004

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios.

1.Gasto en salud – estándares 2.Contabilidad – estándares 3.Financiamiento, Salud 4.Programas nacionales de salud – economía 5.Lineamientos 6.Países en desarrollo 1.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 92 4 354607 4

(Clasificación NLM: W 74.1)

© Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Comercialización y Difusión, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño de la cubierta y maqueta: James Elrington

Las fotografías de la cubierta son una cortesía de la Biblioteca de Imágenes del Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases-TDR):

9309279 WHO/TDR/UNICEF

9309285 WHO/TDR/UNICEF

99HP075 WHO/HPR/TDR/CRUMP

99HP338 WHO/HPR/TDR/CRUMP

Impreso en Canadá

Prólogo	XIV
Prefacio	XVI
Reconocimientos	XIX
 Capítulo 1. Introducción a las cuentas nacionales de salud y a esta Guía	1
Las cuentas nacionales de salud en el contexto de los sistemas de salud y de la medición del desempeño del sistema de salud.....	2
Las cuentas nacionales de salud como un insumo para mejorar el desempeño del sistema de salud	3
Dimensiones analíticas del gasto en salud	4
Esquemas de clasificación del gasto en salud.....	5
Las clasificaciones internacionales de las cuentas de salud	6
Similitudes y diferencias entre la contabilidad de la salud y la contabilidad del ingreso nacional	8
El proceso de instrumentación de las cuentas nacionales de salud y la organización de esta Guía	10
Algunos pensamientos antes de comenzar	10
 Capítulo 2. Empezando a organizarse: reunión de los recursos para preparar las cuentas nacionales de salud y elaboración de una descripción esquemática del sistema de salud	13
Institución del proyecto de cuentas de salud	14
El costo de un proyecto de cuentas de salud	14
Tiempo requerido para el establecimiento de las cuentas de salud	14
Dónde ubicar el proyecto de cuentas de salud.....	14
Recursos requeridos para el proyecto de cuentas de salud.....	15
Desarrollo de una descripción esquemática preliminar del sistema de salud de la nación	16
 Capítulo 3. Definición y categorización del gasto en salud	21
Establecimiento del campo de acción de las cuentas nacionales de salud	22
El campo de acción espacial y temporal de las cuentas nacionales de salud.....	24
Clasificación de los gastos en salud según su función	25
Establecimiento de medidas agregadas del gasto nacional en salud	26
Resumen	27
Colofón: Esquemas de clasificación para los servicios de prevención y salud pública	28
Sri Lanka	28
Malasia	29
Funciones esenciales de salud pública	29
 Capítulo 4. Clasificación de las entidades en el sistema de atención de la salud	39
Clasificación de los agentes de financiamiento	40
Clasificación de los proveedores de atención de la salud	43
Clasificación de las fuentes de financiamiento	46
Esquemas de clasificación para la población beneficiaria	48
Clasificación de las poblaciones por características demográficas.....	48
Clasificación de las poblaciones por características socioeconómicas	49

Clasificación de las poblaciones por estado de salud o de enfermedad	49
Clasificación de los recursos utilizados para producir bienes y servicios para la atención de la salud.....	51
Reflexiones concluyentes sobre los esquemas de clasificación	51
Capítulo 5. Cuadros de cuentas nacionales de salud.....	53
Estructura de los cuadros de cuentas nacionales de salud	54
Gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y tipo de proveedor	56
Gasto en salud por tipo de proveedor y función	57
Gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y función	57
Gastos en salud por tipo de fuente de financiamiento y agente de financiamiento	58
Costos de los recursos utilizados para producir bienes y servicios de salud	58
Cuadros que muestran la distribución del gasto en salud entre la población	58
Gasto en salud por edad y sexo de la población	59
Gasto en salud por estatus socio-económico de la población	59
Gasto en salud por estado de salud de la población	60
Gasto en salud por región geográfica	60
El tiempo como una dimensión de los cuadros de cuentas de salud	61
Desarrollo de un conjunto de cuadros para las cuentas nacionales de salud	61
Capítulo 6. Datos y cuentas nacionales de salud	71
Creación de un plan de datos	73
Panorama de las fuentes de datos	75
¿Qué datos se necesitan?	76
Evaluación de la calidad de una fuente de datos	77
Calidad de los datos de la encuesta.....	77
Calidad de los datos que no provienen de la encuesta	79
Elección entre fuentes alternativas de datos	80
Reflexiones concluyentes sobre la selección y el uso de datos	81
Capítulo 7. Guía sobre fuentes de datos no procedentes de encuestas para las cuentas nacionales de salud	89
Datos sobre entidades gubernamentales	90
¿Real o estimado?	92
Integralidad de la recopilación de datos.....	93
Autoridades de nivel subnacional	93
Datos sobre seguridad social, seguros sociales y seguros médicos voluntarios	94
Seguridad social	94
Compañías de seguros privados: seguros sociales y seguros médicos privados.....	95
Datos sobre empresas y empleadores	97
Datos sobre hogares	99
Datos sobre los proveedores	100
Proveedores del sector gubernamental	100
Proveedores del sector privado	101
Datos sobre organizaciones no gubernamentales locales e internacionales y otras organizaciones externas	103
Cuentas de gastos gubernamentales	104

Registros gubernamentales sobre la asistencia externa	104
Encuestas de rutina de la asistencia financiera externa	105
Encuestas especiales	105
El Sistema de Análisis de la Cooperación para el Desarrollo	106
El Sistema de Información Creditor	106
Resumen	107
Capítulo 8. Desarrollo y uso de las encuestas en las cuentas de salud	109
Datos censales.....	110
Encuestas de muestra aleatoria	111
Lógica de la encuesta	112
Diseño muestral y error muestral	113
Errores no muestrales	114
Marco muestral	116
Detalle y especificidad de las preguntas.....	117
Modo de administración	117
Viabilidad de las verificaciones cruzadas	119
Acceso a instrumentos encuestales y a series de datos	119
Regularidad de la encuesta	119
Aprovechamiento de información de CNS tomada de encuestas existentes	119
Mejoramiento de la calidad de los datos de la encuesta	120
Evaluación rápida y otras técnicas encuestales a pequeña escala de bajo costo	121
Notas concluyentes sobre las encuestas	123
Capítulo 9. Organización del proceso de estimación: identificación de las rutas y establecimiento de una lista de agentes de financiamiento	124
Establecimiento de la secuencia de los pasos en la estimación.....	125
Organización del esfuerzo para las cuentas de salud	126
Integración de un equipo de trabajo	126
Establecimiento de un comité directivo	126
Desarrollo de un plan de trabajo	127
Radiografía del sistema de atención de la salud.....	127
Creación de un plan de datos	128
Identificación de los agentes de financiamiento potenciales	129
Clasificación de los agentes de financiamiento	131
“Negocios” de propiedad gubernamental.....	131
Médicos privados que hacen uso de instalaciones gubernamentales para llevar a cabo su práctica	132
Seguridad social versus seguros sociales privados	132
Seguros sociales de salud versus otros tipos de seguros de salud.....	133
Planes gubernamentales de seguros de salud que cubren sólo a empleados gubernamentales	133
Inclusión de ministerios con sistemas de salud cerrados.....	134
Organizaciones no gubernamentales versus entidades extrapresupuestarias	134
Inicio del recorrido para la estimación de las cuentas de salud en Appia	134
Origen del proyecto de cuentas de salud de Appia	135
Primeros pasos	135

Esquematización del sistema de salud de Appia	137
Creación de un plan de datos para las cuentas nacionales de salud de Appia	138
Llenado de los cuadros	139
Capítulo 10. Una primera aproximación a los fondos de agentes de financiamiento	154
Preguntas relacionadas con la estimación de los totales del gasto de los agentes de financiamiento	157
Cuando se trabaja con más de una estimación del gasto	157
Cuando no existe una cifra disponible sobre el gasto de un agente de financiamiento conocido	157
Cargos de usuarios en instalaciones gubernamentales.....	157
Gastos indirectos para apoyo y mantenimiento	157
Pensiones de contribución no obligatoria por parte de los empleados y otras prestaciones del personal	158
¿Beneficios de seguros o primas de seguro?	158
Complementos o subsidios gubernamentales (o de otra entidad) de las primas de seguros sociales privados o de seguros voluntarios	159
Cuando sólo se conoce la cifra del beneficio (o sólo la cifra de la prima) del seguro	159
Contabilización del gasto efectuado por organizaciones externas	160
Préstamos efectuados a los agentes de financiamiento o reembolsados por dichas agencias	160
Uso de la cuenta T en la contabilidad de la salud	162
Estimación de los montos de los agentes de financiamiento en Appia	163
Capítulo 11. Estimación del cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento	170
Evaluación de las fuentes de financiamiento de cada agente de financiamiento	171
Suma de las fuentes de financiamiento y verificación de si resultan razonables	172
Aspectos relacionados con las fuentes de financiamiento	174
Impuestos etiquetados, tales como en el caso de la seguridad social.....	174
Financiamiento procedente de loterías específicas para la salud.....	174
Tratamiento de los impuestos especiales	174
Fondos transferidos de los gobiernos centrales a los regionales.....	174
Cálculo del cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento en Appia	175
Capítulo 12. Estimación del cuadro de agentes de financiamiento por proveedores	186
Desagregación de cada agente de financiamiento	187
Desglose del gasto según el tipo de proveedor	187
Acumulación del ingreso de cada tipo de proveedor considerando todos los agentes de financiamiento	189
Estimación de los ingresos de los proveedores	189
Estimación del valor de la actividad de los proveedores de mercado	190
Estimación del valor de la actividad de proveedores no mercantiles	191
Valuación del capital creado y consumido	192
Producción de atención de la salud de los hogares	193
Tratamiento de préstamos y subsidios a proveedores.....	193

Conciliación de las diferencias entre las estimaciones basadas en los agentes de financiamiento y en los proveedores	195
Identificación de lagunas de información y celdas faltantes	195
Conciliación de estimaciones	196
Estimación del cuadro de agentes de financiamiento por proveedores en Appia	196
Desagregación de los pagos de los agentes de financiamiento	196
Estimación del gasto por tipo de proveedor.....	202
Conciliación de las entradas	204
Capítulo 13. Desarrollo de los cuadros de agentes de financiamiento por funciones y de proveedores por funciones	214
¿Con qué cuadro se inicia?	215
Desagregación de los pagos de agentes de financiamiento en clases funcionales	216
Cuando existen datos	216
Cuando no existen datos.....	218
Estimación del cuadro de proveedores por funciones.....	219
Proveedores de una sola función	219
Proveedores de múltiples funciones	220
Conciliación de los resultados	221
Clasificación de las actividades por función	222
Categorización de los servicios auxiliares de atención de la salud	222
Categorización de los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios....	222
Creación de los cuadros de agentes de financiamiento por funciones y de proveedores por funciones en Appia	223
Capítulo 14. Distribución del gasto en salud entre la población	234
Cuentas de nivel subnacional y distribuciones geopolíticas	236
Definición de las unidades de nivel subnacional.....	236
Procedimientos de estimación	237
Estudio de caso: México	238
Distribución del gasto en salud entre los grupos de población.....	239
Espectro de gastos que deberán considerarse	240
Definición de la dimensión de la población	241
Procedimientos de estimación	242
Creación de un cuadro de distribución del gasto	243
Análisis de la equidad del financiamiento de la atención de la salud	245
Estudio de caso: distribución del gasto entre los quintiles de gasto en Appia	246
Estudio de caso: distribución del gasto en salud por edad y por sexo en los Países Bajos	252
Clasificación de los gastos por condición de salud o intervención	254
Aspectos de clasificación	255
Procedimientos de estimación	256
Estudio de caso: gasto por condición de salud en España	258
Estudio de caso: gasto en fármacos en Egipto.....	260
Reflexiones finales sobre la distribución del gasto en salud	262

Capítulo 15. Reflexiones finales	266
Retos comunes a todos los países	267
Recursos disponibles para los contadores de la salud	269
¿Qué significa ser un contador de la salud?.....	269
Compromiso permanente con la transparencia	271
Capacidad para hacer uso del criterio propio de forma profesional e imparcial	272
Interacción recurrente y abierta con todos los agentes clave	272
Compromiso de mejoramiento continuo	273
Paciencia y resolución para superar todos los escollos	274
El reto	274
Referencias	275
Anexo A. Recursos disponibles para los contadores de la salud	276
Manuales	277
Sitios Web de cuentas nacionales de salud	277
Informes sobre cuentas nacionales de salud en la red	278
Documentos utilizados para esta Guía	278
Metodología de la encuesta y referencias de análisis	278
Anexo B. Definiciones de categorías en las Clasificaciones Internacionales de las Cuentas de Salud y en otros esquemas de clasificación de utilidad	282
La clasificación de las fuentes de financiamiento	283
Fondos públicos (FS.1)	283
Fondos privados (FS.2).....	284
Resto del mundo (FS.3)	285
La clasificación del costo de los recursos	285
Desembolsos de operaciones (RC.1)	286
Gastos de capital (RC.2)	288
Anexo C. Cuentas nacionales, cuadros de insumo/producto y cuentas satélite	290
Anexo D. Técnicas de datos usadas con frecuencia en la contabilidad de la salud	294
Interpolación y extrapolación	295
Interpolación o extrapolación con una serie indicadora	296
Interpolación y extrapolación con una medida de inflación o con la población como un indicador	298
Interpolación con múltiples observaciones de la variable de control.....	299
Interpolación sin una serie indicadora	299
Extrapolación sin una serie indicadora	300
Interpolación o extrapolación de una distribución	300
Imputación	301
Conversión de años fiscales a años calendario y viceversa	302
Ajuste por inflación de precios	316
Índice de precios del producto interno bruto	316
Índice de precios al consumidor.....	316
Deflatación de precios específicos	317
Ajuste de valores monetarios.....	317
Apéndice: Conversión de datos anuales a datos trimestrales	

Glossario	318
-----------------	-----

Lista de gráficos

Cuadro 1.1	Cuentas nacionales de salud de Sri Lanka, matriz de Fuentes a proveedores, 1997 (formato SHA de la OCDE)	11
Cuadro 2.1	Perfil de los subsistemas de salud en Líbano	18-19
Cuadro 3.1	Ejemplos de actividades que podrían incluirse o excluirse del gasto nacional en salud	23
Cuadro 3.2	Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud en el caso de las funciones de atención de la salud (ICHA-HC)	31
Cuadro 3.3	Cuentas nacionales de salud de Sri Lanka (CNSSL): definiciones de la clasificación funcional del gasto en servicios preventivos y de salud pública	32-34
Cuadro 3.4	Cuentas nacionales de salud de Malasia (CNSM): clasificación de los servicios preventivos y de salud pública como funciones modulares de la atención médica	29
Cuadro 3.5	Clasificación basada en las funciones esenciales de salud pública (FESP)	35-36
Cuadro 4.1	Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE en el caso de los agentes de financiamiento (ICHA-HF)	41
Cuadro 4.2	Esquema de clasificación de los agentes de financiamiento basado en la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE para agentes de financiamiento (ICHA-HF)	42
Cuadro 4.3	Esquema de clasificación de los proveedores basado en la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE para proveedores (ICHA-HP)	43-44
Cuadro 4.4	Ejemplo de una posible subcategorización de la categoría de hospitales generales (HP.1.1)	45
Cuadro 4.5	Esquema propuesto de clasificación de las fuentes de financiamiento (FS)	46
Cuadro 4.6	Ejemplo de un esquema de clasificación por edad/sexo	48
Cuadro 4.7	Esquema de clasificación de la OMS de la carga global de la enfermedad (CGE)	50
Cuadro 4.8	Una clasificación económica o del costo de los recursos (RC)	52
Cuadro 5.1	Estructura de un cuadro característico en el conjunto de cuadros que abarcan las cuentas nacionales de salud	55
Cuadro 5.2	Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y tipo de proveedor (FAxP)	62
Cuadro 5.3	Gasto nacional en salud por tipo de proveedor y por función (PxP)	63
Cuadro 5.4	Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por función (FAxP)	64
Cuadro 5.5	Gasto nacional en salud por tipo de fuente de financiamiento y por tipo de agente de financiamiento (FSxFA)	65
Cuadro 5.6	Gasto individual en salud por tipo de agente de financiamiento y por edad y sexo en la población	66
Cuadro 5.7	Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por quintil de gasto per capita de los hogares	67
Cuadro 5.8	Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por grupo de enfermedad	68
Cuadro 5.9	Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por región	69
Cuadro 5.10	Clasificación funcional de los gastos gubernamentales en salud, Nepal, 1990–2000	70
Cuadro 6.1	Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según el origen de los datos	83-85
Cuadro 6.2	Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según los motivos de la recopilación de datos	85-86

Cuadro 6.3	Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según el nivel de detalle (granularidad) de los datos.....	87
Cuadro 9.1	Lista de agentes de financiamiento potenciales y sus códigos ICHA.....	131
Cuadro 9.2	Descripción esquemática del sistema de salud de Appia	140-141
Cuadro 9.3	Proyecto de cuentas nacionales de salud de Appia: plan tentativo de obtención de datos.....	142-143
Cuadro 11.1	Cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento - FSxFA (plantilla de trabajo)	172
Cuadro 12.1	Cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP): plantilla de trabajo	187
Cuadro 13.1	Ejemplo de un cuadro de conciliación	221
Cuadro 14.1	Gasto del sistema universal de salud de Brasil en procedimientos ambulatorios seleccionados de la atención de la salud reproductiva, 1995–1997 (moneda de 1997)	256
Cuadro 14.2	Egipto: ventas de fármacos, años financieros de 1986–1996.....	260
Cuadro 14.3	Egipto: estimación de las compras de medicamentos del sector público en el año financiero (AF) de 1995	262
Cuadro C.1	Ejemplo de un cuadro simplificado de insumo/producto	292
Cuadro D.1	Ejemplo 1 de interpolación	296
Cuadro D.2	Ejemplo 2 de interpolación	297
Cuadro D.3	Ejemplo 3 de interpolación	299
Cuadro D.4	Ejemplos de interpolaciones lineal y log-lineal	300
Cuadro D.5	Ejemplo de conversión de totales de año fiscal a totales de año calendario.....	302
Cuadro D.6	Ejemplo de ajuste en la inflación entre año fiscal y año calendario	303
Recuadro 1.1	Experiencia en la instrumentación del sistema de cuentas de salud en el mundo.....	7
Recuadro 6.1	Mejoramiento de las respuestas a la encuesta sobre cuentas nacionales de salud en Ruanda	74
Recuadro 7.1	Uso de las claves de proveedor y función para codificar el gasto gubernamental en Sri Lanka	91
Recuadro 7.2	Estimación del gasto en medicamentos en Bolivia	100
Recuadro 8.1	Aspectos que deben evaluarse al considerar una encuesta que será usada para construir las cuentas de salud	112
Recuadro 8.2	Ajuste en la encuesta de hogares en Argentina para eliminar el sesgo en los resultados.....	117
Recuadro 9.1	Contactos iniciales para la obtención de información	128
Recuadro 10.1	Importancia de la documentación	155
Recuadro 10.2	Tratamiento de las prestaciones de pensión para los trabajadores de la salud en las cuentas de salud de Hong Kong S.A.R. de China	158
Recuadro 10.3	Manejo de los préstamos en las cuentas de salud	159-160
Recuadro 10.4	Ejemplo de un cuadro ilustrativo para mostrar cambios en la deuda relacionada con el sistema de salud.....	161
Recuadro 10.5	La cuenta T	162
Recuadro 11.1	¿Qué tanto es “un monto significativo” en una diferencia?	173
Recuadro 12.1	Construcción de estimaciones sobre proveedores a partir de información de los hogares y otras fuentes de datos en Ruanda	188
Recuadro 12.2	Uso de los informes de ingreso y gasto para preparar las estimaciones de las cuentas de salud	190-191
Recuadro 12.3	Manejo de los subsidios a proveedores en las cuentas de salud.....	194

Recuadro 13.1	Valores nocionales	221
Recuadro 14.1	Flujo de dinero para VIH/SIDA en Ruanda	257
Figura 9.1	Mapa del recorrido para estimar las cuentas nacionales de salud.....	144
Figura 9.2	Desarrollo del proyecto en Appia: plan de trabajo para producir cuentas nacionales de salud	136
Figura 14.1	Costos totales y per capita de atención de la salud por edad y sexo en atención hospitalaria y de larga duración en los Países Bajos, 1994	254
Figura 14.2	Distribución del gasto en atención hospitalaria en España	259
Figura D.1	Ejemplo que muestra cómo se derivan las estimaciones interpoladas y extrapoladas de las medidas observadas	295
Ilustración 9.1	Appia: cuentas nacionales de salud, 2002 — cuestionario a los seguros de salud	145-146
Ilustración 9.2	Appia: cuentas nacionales de salud, 2002 — encuesta a empleadores	147-149
Ilustración 9.3	Appia: cuentas nacionales de salud, 2002 — encuesta del gobierno sobre contribuciones de ayuda externa para la salud	150
Ilustración 9.4	Appia: cuentas nacionales de salud, 2002 — cuestionario a organizaciones no gubernamentales.....	151
Ilustración 9.5	Appia: cuentas nacionales de salud, 2002 — tabulación especial de la encuesta de hogares.....	152
Ilustración 9.6	Appia: cuentas nacionales de salud, 2002 — lista preliminar de agentes de financiamiento posibles y sus códigos.....	152
Ilustración 10.1	Appia: cuenta T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Salud (HF.1.1.1.1)	163
Ilustración 10.2	Appia: cuentas T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa (HF.1.1.1.2, HF.1.1.1.3)	164
Ilustración 10.3	Appia: gasto en salud del gobierno regional (HF.1.1.2).....	164
Ilustración 10.4	Appia: ingreso y gasto consolidados de la Agencia Nacional de Seguros (HF.1.2)	165
Ilustración 10.5	Appia: gasto en salud de la compañía nacional de electricidad (AZap) (HF.2.1.1)	165
Ilustración 10.6	Appia: Fondo de Salud de los Empleados de Gobierno (HF.2.1.1).....	165
Ilustración 10.7	Appia: gasto en atención de la salud del Ministerio de Salud por tipo de gasto (código presupuestal 7.xx.xx)	168
Ilustración 10.8	Appia: hoja de cálculo de los empleadores/empresas privadas (HF.2.5.2)	166
Ilustración 10.9	Appia: hoja de cálculo de los hogares (HF.2.3)	166
Ilustración 10.10	Appia: hoja de cálculo de las organizaciones externas (HF.3)	167
Ilustración 10.11	Cuentas nacionales de salud de Appia: lista provisional de agentes de financiamiento y montos gastados	167
Ilustración 11.1	Appia: cuenta T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Salud (HF.1.1.1.1) (Revisado)	175
Ilustración 11.2	Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 1)	176
Ilustración 11.3	Appia: gasto en salud del gobierno regional (HF.1.1.2) (Revisado, 1)	177
Ilustración 11.4	Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 2)	177
Ilustración 11.5	Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 3)	181
Ilustración 11.6	Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 4)	182

Ilustración 11.7	Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 5)	183
Ilustración 11.8	Appia: gasto en salud del gobierno regional (HF.1.1.2) (Revisado, 2)	179
Ilustración 11.9	Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento - FSxFA (preliminar)	184
Ilustración 12.1	Appia: asignación del presupuesto del Ministerio de Salud a las clases HP en las cuentas nacionales de salud de Appia	197
Ilustración 12.2	Appia: declaración de gastos consolidados de la Agencia Nacional de Seguros	197
Ilustración 12.3	Appia: cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) (En preparación, 1)	198
Ilustración 12.4	Appia: hoja de cálculo de los hogares (HF.2.3) (Revisada, 1)	199
Ilustración 12.5	Appia: hoja de cálculo de los seguros privados	200
Ilustración 12.6	Appia: gasto en salud de la compañía de electricidad de propiedad nacional, AZap (HF.2.1.1)	201
Ilustración 12.7	Appia: hoja de cálculo de los hogares (HF.2.3) (Revisada, 2)	201
Ilustración 12.8	Appia: cuadro provisional de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP)	209
Ilustración 12.9	Appia: hospitales del Ministerio de Salud, ingreso y gasto consolidados	202
Ilustración 12.10	Appia: hospitales regionales, ingreso y gasto consolidados (HP.1.1.1.3)	203
Ilustración 12.11	Appia: hospitales privados, ingreso y gasto consolidados (HP.1.1.2)	203
Ilustración 12.12	Appia: Cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) (En preparación, 2)	210
Ilustración 12.13	Appia: hoja de cálculo relativa a los pacientes ambulatorios	205
Ilustración 12.14	Appia: hoja de cálculo de médicos privados	206
Ilustración 12.15	Appia: hoja de cálculo de curanderos tradicionales	206
Ilustración 12.16	Appia: cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) (Preliminar)	211
Ilustración 12.17	Appia: cuadro actualizado de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA)	212
Ilustración 13.1	Appia: establecimiento de correspondencias entre los códigos presupuestales del Ministerio de Finanzas y los códigos ICHA-HC	223
Ilustración 13.2	Appia: hoja de cálculo de los hospitales del Ministerio de Salud	224
Ilustración 13.3	Appia: hoja de cálculo de los hospitales del gobierno regional	227
Ilustración 13.4	Appia: hoja de cálculo de los hospitales generales privados	227
Ilustración 13.5	Appia: hoja de cálculo de las policlínicas	228
Ilustración 13.6	Appia: cuadro que combina agentes de financiamiento por proveedores y funciones	229-230
Ilustración 13.7	Appia: cuadro de estimación de proveedores por funciones (PxP)	231
Ilustración 13.8	Appia: cuadro de estimación de agentes de financiamiento por funciones FAxP)	232
Ilustración 14.1	Appia: tabulación especial de la encuesta de hogares	247
Ilustración 14.2	Appia: hoja de cálculo para determinar la distribución del gasto de los hogares como agente de financiamiento, 2002	248
Ilustración 14.3	Appia: hoja de cálculo de la distribución del gasto de los empleadores como agentes de financiamiento, 2002	249
Ilustración 14.4	Appia: documento oficial del Ministerio de Salud sobre los efectos de la privatización en el uso de los servicios hospitalarios, 1996–1998	249-250

Ilustración 14.5	Appia: hoja de cálculo de la distribución del gasto para pacientes hospitalizados, 2002	263-264
Ilustración 14.6	Appia: hoja de cálculo de administración	250-252
Ilustración 14.7	Appia: gasto corriente en salud, por agente de financiamiento y por quintil de gasto de los hogares.....	265

Los avances tecnológicos, las transiciones demográficas, los acelerados cambios que experimentan los patrones de morbilidad y mortalidad y el surgimiento de problemas de salud pública tales como el VIH/SIDA, son todas situaciones que exigen un uso más eficiente de los recursos y, en muchos casos, una mayor cantidad de éstos. En una amplia gama de países, la atención de la salud es proporcionada por una combinación compleja y cambiante de entidades públicas y privadas (con y sin fines de lucro). En un entorno así, los formuladores de políticas necesitan información nacional confiable sobre las fuentes y los usos de los fondos para la salud; adicionalmente, esta información deberá ser, de preferencia, comparable con la de otros países, a fin de mejorar el desempeño del sistema de salud.

Las cuentas nacionales de salud (CNS) ayudan a suministrar dicha información; describen el uso real de los recursos en el sistema de salud. Cuando se instrumentan de manera regular, las CNS ayudan a rastrear las tendencias del gasto en salud, un elemento esencial para el monitoreo y la evaluación de la atención de la salud. La metodología de las CNS puede también usarse para realizar proyecciones financieras de los requerimientos del sistema de salud de un país. Por último, ofrecen la posibilidad de comparar los gastos del sistema de salud de un país con los de otros países, lo que reviste un valor particular cuando se trata de establecer objetivos de desempeño y revisiones de referencias.

Al tiempo que la comunidad mundial busca formas para aliviar la pobreza en el mundo y asegurar una mejor salud en los países de ingresos bajos y medios, las CNS proporcionan una base para rastrear los recursos externos que han sido destinados al sector salud. Las cuentas de salud pueden facilitar el monitoreo de la aplicación de recursos en el contexto de iniciativas tales como la Estrategia de Reducción de la Pobreza, y pueden ayudar a rastrear el uso de recursos para la consecución de las Metas de Desarrollo del Milenio y en otras iniciativas globales.

Las cuentas nacionales de salud están diseñadas para dar una respuesta a preguntas concisas acerca del sistema de salud de un país; ofrecen una compilación y una radiografía sistemática del gasto en salud; pueden rastrear cuánto se está gastando, dónde se está gastando, en qué se está gastando y para quién, los cambios que estos conceptos han experimentado en el tiempo y cómo se comparan con el gasto en países que enfrentan condiciones similares. Las CNS constituyen una parte esencial en la evaluación del éxito de un sistema de salud y en la identificación de oportunidades de mejoramiento. En el largo plazo, un país puede institucionalizar el proceso de las cuentas de salud y producir una serie temporal de cuadros estandarizados, lo que le permitirá una evaluación más a fondo del avance logrado hacia los objetivos nacionales del sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y otras instituciones socias unieron esfuerzos para producir esta Guía con el fin de ayudar a los países a emprender la medición de sus gastos nacionales en salud. La preparación de esta Guía se vio beneficiada por una estrecha colaboración con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, cuyo manual intitulado *A system of health accounts* (Sistema de cuentas de salud) sirvió de base para la presente Guía. Nuestro propósito es ofrecer un recurso que permita a los equipos nacionales de contadores de la salud aprovechar la experiencia común de aquellos que ya se han embarcado en la realización de ejercicios de CNS, así como iniciar un diálogo que pueda conducir al establecimiento de estándares internacionales en la medición del gasto en salud.

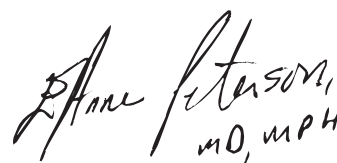
Esperamos que esta Guía -y sus futuras actualizaciones- facilite la tarea a los países interesados en iniciar un ejercicio de contabilidad nacional de la salud. Confiamos en que sea de utilidad como un recurso práctico para la capacitación de los contadores de la salud. La Guía refleja un consenso entre muchos de los expertos más destacados en el campo de la contabilidad nacional de la salud, si bien reconocemos abiertamente que cada nuevo conjunto de CNS producidas da lugar a una nueva serie de preguntas acerca de la forma correcta de contabilizar gastos específicos. Así, la Guía representa los primeros pasos de una jornada, no su destino final.



Robert Holzmann
Acting Vice President
Human Development Network
World Bank



Christopher J.L. Murray
Executive Director
Evidence and Information
for Policy
World Health Organization



Anne Petersen
Assistant Administrator
Bureau for Global Health
United States Agency for
International Development

Las cuentas nacionales de salud (CNS) consisten en un monitoreo sistemático, integral y consistente del flujo de recursos en el sistema de salud de un país. Constituyen una herramienta diseñada específicamente para suministrar información al proceso de las políticas de salud, incluyendo el diseño y la instrumentación de políticas, el diálogo político, y el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención de la salud. Suministran información científica para ayudar a los formuladores de políticas, los actores estratégicos no gubernamentales y los administradores a tomar mejores decisiones en sus esfuerzos por mejorar el desempeño del sistema de salud.

Esta Guía aprovecha el amplio trabajo sobre estándares para las cuentas de salud, emprendido por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Diez años de arduo trabajo por parte de expertos nacionales en cuentas de salud de los países miembros de la OCDE culminaron, en el año 2000, con la publicación de *A system of health accounts* (Sistema de cuentas de salud), manual de la OCDE que propone una serie de clasificaciones y dimensiones para ser usadas en la contabilidad de la salud. Los estándares propuestos en el sistema de cuentas de salud (SCS) de la OCDE han sido adoptados por la Unión Europea como las metas hacia las que deben dirigir su trabajo los estados miembro, y muchos países no miembros de la OCDE han decidido usar también estos estándares como la base de sus cuentas. El esquema SCS puede relacionarse con otros esquemas de cuentas nacionales, lo que puede ayudar en la instrumentación de las cuentas de salud. Con el tiempo, el esquema SCS podría evolucionar hacia un estándar auténticamente internacional para las cuentas de salud. Esta Guía anima a los países a fundamentar sus cuentas en los estándares SCS, en especial si desean hacer uso de un esquema que facilite la comparación internacional.

La presente *Guía* difiere de los estándares SCS en diversas formas. La mayoría de las diferencias son menores, y han sido adoptadas para facilitar la aplicación de las reglas de contabilidad de la salud a los países de ingresos bajos y medios. No obstante, la *Guía* se aleja de los estándares SCS en un aspecto significativo. En el sistema de cuentas de salud de la OCDE, los límites establecidos alrededor de una serie de actividades que designan el gasto en salud circunscriben aquellas actividades “desempeñadas ya sea por instituciones o individuos... mediante la aplicación de conocimientos y tecnología de carácter médico, paramédico y de enfermería”. Esta *Guía* considera como gasto en salud todos aquellos gastos derivados de actividades cuyo propósito primordial es el fomento, la restauración o el mantenimiento de la salud de una nación y de los individuos. Esta definición más amplia incluye la medicina tradicional y el desarrollo de infraestructura (que en el esquema SCS reciben únicamente un tratamiento a nivel de mención). Aun en una fase de arranque, se alienta ampliamente a los contadores de la salud a que estructuren su trabajo de forma que éste les permita la estimación de los conceptos de gasto en salud de SCS, independientemente de que éstos difieran de los conceptos elegidos de acuerdo con los fines de las políticas nacionales.

Las cuentas de salud descritas en este *Guía* poseen características que son vitales para que puedan ser usadas con éxito para fines de desarrollo y evaluación de políticas. Son cuentas integrales, que cubren la totalidad del sistema de salud y todas las entidades que actúan en éste o se benefician del mismo; son consistentes dado que hacen uso de definiciones, conceptos y principios que son los mismos para cada entidad y transacción medidas; son comparables en el tiempo y el espacio pues permiten la evaluación de cambios en el gasto en salud en el curso de los años y de diferencias en la experiencia entre las diferentes entidades geopolíticas; son compatibles con otros sistemas de medición de agregados económicos, de forma que el gasto en salud pueda ser examinado en un contexto económico global; son oportunas, ya que ofrecen información concisa y de utilidad cuando los formuladores de políticas la requieren; son precisas, de manera que los formuladores de políticas pueden usar con seguridad la información que contienen para la toma de decisiones fundamentadas; son sensibles a las preocupaciones de política, pues proporcionan información con el nivel de detalle necesario para la buena planeación macroeconómica; y son replicables dado que ofrecen a los usuarios la apertura necesaria para evaluar la validez de las cifras que contienen y, al personal, para actualizarlas y ampliarlas.

No podemos insistir lo suficiente en la importancia de institucionalizar las cuentas de salud de una nación. Por “institucionalización” nos referimos a contar con un “hogar” organizacional establecido y una capacidad técnica estable para desarrollar estimaciones sobre el gasto en curso. La experiencia alrededor del mundo ha mostrado que una serie temporal de estimaciones del gasto nacional en salud es infinitamente superior a un ejercicio de una sola ocasión. Una serie temporal ofrece un contexto de tiempo invaluable en el que los analistas de política pueden examinar las cifras de un año determinado y, por esa vía, identificar patrones de las tendencias en el financiamiento y el consumo que sirvan para evaluar los avances hacia la consecución de los objetivos del sistema de salud. El desarrollo de estimaciones consistentes y comparables requiere de métodos y datos igualmente consistentes y estables, que a su vez dependen en gran medida de que el equipo de cuentas de salud cuente con una sede estable. La experiencia global ha mostrado también que dicha sede es más eficaz cuando se ubica dentro del gobierno central.

Una parte crítica del proceso de institucionalización es el desarrollo de una base de datos sólida que pueda usarse para preparar las cuentas de salud. De hecho, las fases iniciales del proyecto de contabilidad de la salud en cualquier país se abocan por igual a la preparación de estimaciones del gasto nacional de salud y a la organización y evaluación de los datos disponibles para el proyecto. La experiencia mundial ha mostrado que el desarrollo de un catálogo de información y la identificación de información faltante y de debilidades en los datos disponibles son pasos absolutamente esenciales en la preparación y la preservación de cuentas de salud de calidad. En esencia, este trabajo refleja los costos fijos implicados en la producción de las cuentas de salud, y muestra cómo la inversión sobre una base adecuada ayudará a reducir el costo de cada ciclo subsiguiente de estimaciones.

El esquema planteado en esta *Guía* es sólo un paso inicial en el desarrollo de cuentas de salud comparables en el nivel internacional. La mayoría de los países podrán lograr lo que aquí se describe en el corto plazo, si bien quizá con un esfuerzo considerable; para otros países, ello representará una meta de mediano plazo. No existe un solo sistema de salud que sea por completo comparable con ningún otro, así como tampoco existen dos cuentas de salud que sean por completo comparables entre sí. Esta *Guía* constituye un paso importante en el camino hacia un acuerdo internacional sobre los estándares y las prácticas que puedan describir los flujos financieros a lo largo del sistema de salud de una nación, así como el efecto de dichos flujos en la salud de la población.

Al igual que la contabilidad de la salud en sí, el contenido de esta *Guía* debe ser visto como un trabajo en marcha. Los autores han intentado decantar las mejores prácticas de los contadores de la salud en todo el mundo, pero esta *Guía* sólo puede ser una instantánea de lo que se conoce y se hace. El intercambio activo de ideas, experiencias y estudios de caso a nivel internacional permitirá a los contadores de la salud la concentración de sus conocimientos y energía para mejorar su trabajo, así como para establecer y refinar su destreza en el campo de la contabilidad de la salud. Esta *Guía* habrá cumplido con su cometido en la medida en que ayude a establecer el escenario para llevar a cabo esta actividad. Asimismo, dicho cometido se encontrará más que satisfecho en la medida en que las lecciones aprendidas en países que desarrollan cuentas de salud puedan usarse para mejorar la *Guía*.

La producción de esta *Guía* fue financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (con el apoyo de fondos de Japón y los Países Bajos), el Banco Mundial (con el apoyo del Norwegian Trust Fund), y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), a través de su iniciativa Partnerships for Health Reform Project. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) auspició la realización de tres reuniones del comité directivo en su sede, y la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional actuó como la institución anfitriona de una reunión de patrocinadores, colaboradores y equipos seleccionados de CNS, al tiempo que financió la consultoría de Catharina Hjortsberg. La participación de Ravindra Rannan-Eliya fue financiada parcialmente por la Red de Cuentas Nacionales de Salud de Asia-Pacífico, a través de un donativo otorgado por la Fundación Rockefeller.

La experiencia y el conocimiento colectivos de numerosos colaboradores se reunió en un volumen único, tarea que estuvo a cargo de dos editores técnicos: por un lado, Peter Berman y su equipo, mediante un contrato del Banco Mundial y la OMS con la Universidad Harvard; por el otro, Daniel Waldo, mediante contrato celebrado con la OMS. La producción final de la *Guía* se llevó a cabo bajo la conducción de Kei Kawabata, con el apoyo de Richard Poe. Las fases iniciales del proceso de producción contaron con el apoyo de Claudia Corra, Nathalie Etomba, Anna Moore, Kitt Rasmussen, Terri Saint-Amour y Edith Asio.

Los principales autores participantes fueron Peter Berman, Patricia Hernández, Jean-Pierre Poullier, Ravindra Rannan-Eliya y Daniel Waldo, quien también desarrolló los ejemplos de Appia utilizados en la Guía. Ésta contó también con la colaboración de Tania Dmytraczenko, Catharina Hjortsberg, Kei Kawabata, A.K. Nandakumar e Ibrahim Shehata.

Se recibieron comentarios de D. Bayarsaikhan, Paolo Belli, Logan Brenzel, Susna De, Lorenzo Figliuoli, Charu Garg, Robert Gillingham, Manfred Huber, Stephan Jost, Ruth Levine, Akiko Maeda, Takondwa Mwase, Eva Oroszcz, Remis Prokhorskas, Magdalena Rathe, Belgacem Sabri, Hossein Salehi, George Schieber, U Than Sein, Mehtap Tatar y Andrew Thompson. Varios aspectos de la Guía fueron sometidos a revisión o prueba en diversos cursos, talleres, simposios, conferencias y capacitación de países en CNS a cargo de los autores y patrocinadores de esta Guía. Se contó asimismo con la orientación de un comité directivo integrado por Peter Berman, Karen Cavanaugh, Robert Emrey, Manfred Huber, Kei Kawabata, John Langenbrunner, A.K. Nandakumar, Jean-Pierre Poullier, Alexander S. Preker, Ibrahim Saeta y Daniel Waldo.

Manfred Huber, de la OCDE, proporcionó apoyo técnico a los autores a fin de asegurar que se mantuviera la máxima consistencia posible con A system of health accounts (Sistema de cuentas de Salud), el manual de la OCDE en el que se basa la *Guía*. Los cimientos de esta *Guía* se encuentran contruidos sobre el trabajo pionero de Jean-Pierre Poullier, quien inició con esta labor en la OCDE en los años de 1970. Hoy en día, el ámbito de concentración de conocimiento experto se ha ampliado, y esta *Guía* refleja la preparación y experiencia colectivas de muchas personas dedicadas al trabajo de la contabilidad de la salud en países de ingresos bajos y medios.

Capítulo 1

Introducción a las cuentas nacionales
de salud y a esta *Guía*

1.01. El objetivo de esta *Guía para producir cuentas nacionales de salud* es ofrecer la información conceptual y práctica requerida para establecer e instrumentar las cuentas nacionales de salud (CNS) de un país. La *Guía* refleja el desarrollo en los estándares internacionales y la mejor experiencia práctica que ha derivado de la realización de esfuerzos reales en el mundo con el fin de preparar cuentas nacionales pertinentes y de utilidad. La *Guía* ha sido diseñada para ser utilizada por analistas que deben estimar el monto y las características del gasto en salud en su país, así como por los directivos de la salud o los planificadores que supervisan a dichos directivos.

1.02. Dicho de manera simple, las CNS son un conjunto de cuadros en los que se encuentran organizados los distintos aspectos del gasto en salud de una nación. El cuadro 1.1 muestra un ejemplo de ello (ver página 10). Lo que distingue las cuentas de salud de otras formas de revisión de gasto es una o varias de las siguientes consideraciones:

- una clasificación rigurosa de los tipos y los propósitos de todos los gastos y de todos los actores en el sistema de salud;
- una contabilidad completa de todo el gasto destinado a la salud, independientemente de su origen, destino u objeto del gasto;
- un acercamiento riguroso a la recolección, catalogación y estimación de todos los flujos de dinero relacionados con el gasto en salud;
- una estructura que busca el análisis continuo (en oposición a los estudios de una sola ocasión).

1.03. Cuando se construyen de manera adecuada, las cuentas de salud de una nación complementan otros sistemas de información a fin de proporcionar un panorama más completo del desempeño del sistema de salud. Dada la similitud entre los conceptos de medición que subyacen a las CNS y el sistema de cuentas nacionales utilizado para estimar el producto interno bruto de un país, las cuentas de salud pueden usarse para arrojar luz sobre la relación entre el gasto en salud y la producción total de la economía. Dada la forma en que se exhibe el financiamiento, las cuentas de salud pueden ayudar a entender los papeles que desempeña el gobierno, la industria, los hogares y las organizaciones externas (tales como la Cruz Roja o Red Crescent) en el pago de la atención de la salud. Considerando su dependencia de clasificaciones estandarizadas de proveedores y funciones, las CNS ilustran los vínculos entre el financiamiento, la prestación y los resultados de los servicios y bienes de salud.

Las cuentas nacionales de salud en el contexto de los sistemas de salud y de la medición del desempeño del sistema de salud

1.04. Dado que el objetivo principal del desarrollo de las cuentas de salud es apoyar la gobernancia y la toma de decisiones del sistema de salud, resultará útil, para iniciar, aclarar por qué es importante desarrollar CNS y de qué forma pueden éstas ayudar a la consecución de los objetivos del sistema de salud.

1.05. Todas las naciones cuentan con sistemas de salud, los cuales han sido descritos como “todas las actividades cuyo propósito primordial es fomentar, restaurar o mantener la salud” (1). Ya sea que se llegue a ellos mediante una creación consciente o por simple evolución, los sistemas de salud existen con el fin de producir beneficios para las sociedades y sus ciudadanos. Un sistema de salud moviliza y canaliza recursos hacia las instituciones y los utiliza con fines de consumo individual o social. Este consumo de bienes y servicios produce un flujo de beneficios para la población, mismo que conduce a un nuevo nivel o condición de salud.

1.06. El desempeño del sistema de salud refleja una serie de facetas de su operación. Una de éstas es el efecto del sistema en la salud de la población. Otra es el grado en que los mecanismos de financiamiento y de riesgo mancomunado permiten una protección financiera de la carga económica de la enfermedad y previenen el empobrecimiento que resulta de los gastos catastróficos en atención de la salud. Existen otras dimensiones también, tales como la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante la gente a la que atienden en cuestiones tales como el respeto a la dignidad y la privacidad. El desempeño del sistema de salud debe evaluarse no sólo en términos del nivel de beneficios conseguidos, sino también en función de su distribución en las sociedades. Si el sistema de salud de una nación puede concebirse como una respuesta de la sociedad frente al deseo de sus ciudadanos para lograr ciertos beneficios o resultados y para que dichos beneficios se distribuyan de manera justa, el desempeño del sistema de salud se referirá a qué tan bien se logran estos objetivos en el sistema.

Las cuentas nacionales de salud como un insumo para mejorar el desempeño del sistema de salud

1.07. Los gobiernos y otras entidades pueden usar las cuentas de salud de diferentes maneras. Además de contar con un panorama global del estado financiero del sistema de salud, las cuentas de salud pueden proporcionar información pertinente para diseñar mejores políticas para el sistema de salud. De acuerdo con la experiencia, los países que han desarrollado y utilizado las cuentas de salud las han encontrado de gran utilidad para responder a preguntas tales como las que se enlistan a continuación:

1.08. *¿Cómo se movilizan y administran los recursos para el sistema de salud?* Las cuentas de salud proporcionan la base para evaluar el grado de adecuación de los recursos disponibles para el sistema de salud, así como para concebir estrategias que permitan incrementar los recursos disponibles. Asimismo, indican los tipos de estructuras sociales en los sectores público y privado que han sido creadas para atraer, organizar y mancomunar fondos, así como para pagar por la producción de los bienes y servicios de salud.

1.09. *¿Quién paga y cuánto se paga por la atención de la salud?* El conocimiento acerca de quién financia la atención de la salud y qué tan relativa es la carga financiera respecto de sus medios ilustra la naturaleza de la protección financiera y la justicia de la carga financiera. El conocimiento de quién contribuye al gasto en salud constituye también una valiosa información para el diseño de las políticas y las intervenciones. Por ejemplo, muchos países están descentralizando sus finanzas públicas y están dependiendo cada vez más del financiamiento provincial y municipal para cubrir los servicios sociales. Las cuentas de salud pueden mostrar también qué tan bien y qué tan justamente esos arreglos logran mancomunar riesgos para toda la población. Asimismo, pueden esclarecer de qué manera las instituciones que pagan o compran atención de la salud compensan a los proveedores y con qué efecto.

1.10. *¿Quién proporciona los bienes y servicios y qué recursos utilizan para ello?* Las respuestas a estas preguntas describen la asignación del gasto a los diferentes tipos de proveedores y a los factores de producción utilizados en el sistema. Estas son dimensiones de la planeación económica y del análisis de la eficiencia económica, ambas importantes consideraciones para la toma de decisiones.

1.11. *¿Cómo se distribuyen los fondos de la atención de la salud entre los diferentes servicios, intervenciones y actividades que produce el sistema de salud?* Las cuentas de salud muestran lo que se produce y lo que se gasta en los diferentes productos. El compromiso de los recursos para las funciones de salud es una valiosa medida de las prioridades reales del sistema de salud. Por ejemplo, las cuentas de salud revelan la forma en que el gasto se comparte supuestamente entre las intervenciones colectivas de salud pública, la salud reproductiva o las condiciones cardiovasculares. Medidas como éstas constituyen también indicadores excelentes para determinar si las políticas para modificar las prioridades en los recursos están funcionando.

1.12. *¿Quién se beneficia del gasto en la atención de la salud?* Esta pregunta puede responderse a la luz de toda una variedad de dimensiones, incluyendo los grupos de ingresos, los grupos de edad/sexo, las regiones geográficas, el estado o las condiciones de salud o los tipos de intervenciones proporcionadas. Saber hasta dónde llegan los beneficios del gasto en salud en términos de su valor financiero es una importante medida en la evaluación de la justicia distribucional.

1.13. El atractivo de las CNS como una herramienta para el análisis de políticas es que su enfoque es independiente de la estructura del sistema de financiamiento de la atención de la salud en un país. Las cuentas de salud funcionan de igual manera en modelos de un solo pagador que en sistemas de múltiples pagadores, en sistemas en los que hay un predominio de proveedores públicos, o en aquéllos con una mezcla de proveedores públicos y privados, en sistemas en los que privan los cambios acelerados o en los que gozan de estabilidad, en sistemas que enfrentan el reto de las enfermedades epidémicas o en aquellos que hacen frente al envejecimiento de su población.

1.14. La evidencia sobre el financiamiento de la salud puede contribuir a un mejor desempeño. La información sobre el financiamiento es un insumo esencial para el fortalecimiento de políticas orientadas a mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud. También contribuye a la medición de los factores que explican los resultados del sistema, y si estos resultados se consiguen o no de manera eficiente. Por ejemplo, en muchos países, contar con mayores fondos y con recursos financieros mejor administrados se ha convertido en un paso intermedio esencial para mejorar los sistemas de salud; asimismo, lograr una distribución justa de la fuerte carga financiera de la atención de la salud, particularmente en lo que atañe a su efectos negativo en los pobres, es uno de los objetivos de los sistemas de salud.

1.15. A pesar de que las CNS han dado pruebas de ser una forma útil de organizar y presentar la información financiera sobre el sistema de salud, no constituyen la respuesta a todas las cuestiones asociadas con las políticas de salud. Las cuentas de salud se centran en la dimensión financiera del sistema de salud, y los datos de las CNS abarcan el gasto en salud. Las cuentas de salud en sí no distinguen entre lo que es un gasto eficaz y uno ineficaz. Para dar respuesta a muchas cuestiones de política, es necesario que la información sobre CNS se combine con datos no financieros provenientes de fuentes tales como edios epidemiológicos, encuestas poblacionales y similares.

Dimensiones analíticas del gasto en salud

1.16. Los cuadros que contienen las cuentas de salud de una nación representan diferentes ángulos de un mismo objeto, a saber, el gasto nacional en salud. Aunque el punto de vista de cada cuadro depende de la perspectiva de salud desde la cual se observa, en el objeto en sí, al menos en teoría, no se opera ningún cambio que pudiera derivar de este punto de vista.

1.17. La experiencia internacional en el desarrollo y el uso de las cuentas de salud sugiere la existencia de una serie de dimensiones útiles que pueden considerarse. Algunas de estas dimensiones se ajustan de manera particular para asistir en la estimación del gasto total. Otras son especialmente convenientes para la evaluación o la formulación de políticas de salud. Consideradas como un grupo, estas dimensiones abarcan casi cualquier aspecto de información de las cuentas de salud en relación con el desempeño del sistema. Estas dimensiones son:

- fuentes de financiamiento: instituciones o entidades que proporcionan los fondos utilizados en el sistema por los agentes de financiamiento;
- agentes de financiamiento: instituciones o entidades que canalizan los fondos que proporcionan las fuentes de financiamiento y que los usan para pagar o comprar las diferentes actividades circunscritas en el ámbito de las cuentas nacionales;

- proveedores: entidades que reciben dinero a cambio de o en anticipación a la producción de las actividades circunscritas dentro del ámbito de las cuentas de salud;
- funciones: tipos de bienes y servicios que se proveen y las actividades que se llevan a cabo dentro del ámbito de las cuentas de salud;
- costos de los recursos: factores o insumos que utilizan los proveedores o los agentes de financiamiento para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades realizadas en el sistema;
- características demográficas de los beneficiarios: agrupamientos pertinentes de política de aquellos que reciben o se ven afectados por los bienes y servicios consumidos dentro del ámbito de las cuentas de salud; por ejemplo, edad, sexo, raza, residencia urbana o rural, etnicidad, etc.;
- estatus socioeconómico de los beneficiarios: agrupamientos relevantes de política de aquellos que reciben o se ven afectados por los bienes y servicios consumidos dentro del ámbito de las cuentas de salud. Éstos se agrupan en torno a las dimensiones de nivel de educación, ingreso, riqueza u ocupación;
- estado de salud de los beneficiarios: agrupamientos relevantes de política de aquellos que reciben o se ven afectados por los bienes y servicios consumidos dentro del ámbito de las cuentas de salud. Generalmente, estos agrupamientos incluyen la condición o el estado de enfermedad, el estatus funcional o el tipo de intervención recibida;
- regiones: grupos de nivel subnacional de las entidades que participan en el financiamiento o el consumo de bienes y servicios negociados dentro del ámbito de las cuentas de salud.

Esquemas de clasificación del gasto en salud

1.18. Para comprender la miríada de transacciones que tienen lugar en el sistema de salud de una nación, los contadores de la salud hacen uso de esquemas de clasificación que les permiten “comprimir” o resumir la actividad económica de manera significativa. Estos esquemas de clasificación agrupan transacciones que comparten características comunes en una o más de las dimensiones antes mencionadas, y constituyen el corazón de la metodología de CNS.

1.19. Un esquema de clasificación debe satisfacer diversos criterios:

- Debe representar una dimensión de política pertinente y de importancia, y debe dividir dicha dimensión en formas que resulten pertinentes para la formulación de políticas.
- La división de esta dimensión debe ser exhaustiva y mutuamente excluyente, de forma que cada transacción de interés pueda colocarse en una – y sólo esa- categoría.
- Debe respetar y reflejar, en la medida de lo posible, los estándares y convenciones internacionales existentes.
- Su aplicación, usando los datos disponibles, debe ser viable.

1.20. Hasta cierto punto, estos criterios pueden generar un conflicto para el contador de la salud. Por ejemplo, el debate nacional en materia de políticas puede imponer el uso de un esquema de categorización muy diferente del de otros países.

1.21. Al igual que la gente a la que atienden, los sistemas nacionales de salud guardan entre sí tantas similitudes como diferencias. Estas últimas, cuyo origen puede rastrearse a lo largo de dimensiones tales como la cultura, la historia, la organización económica y la dinámica sociopolítica de cada país, presentan un reto no sólo para los formuladores de políticas interesados en incorporar las mejores prácticas posibles de otros países para la prestación y el financiamiento de la salud, sino también para los contadores de la salud interesados en adoptar las mejores prácticas para la medición del gasto nacional en salud.

Afortunadamente (al menos para los contadores de la salud), los principales bloques de construcción de los sistemas de salud – las entidades que los conforman – son bastante similares entre las diversas naciones. Los sistemas nacionales de salud tienden a desempeñar muchas tareas y funciones similares, a menudo con entidades institucionales que tienen características similares. En consecuencia, los esquemas de clasificación utilizados pueden ser bastante similares entre los diferentes sistemas nacionales. Existen algunos esquemas de clasificación ya elaborados para algunas de las dimensiones que se mencionan antes, si bien no todos fueron desarrollados de manera específica para la contabilidad de la salud. Éstos se describen en los capítulos 3 y 4 y proceden de la contabilidad nacional y de otros contextos de información estadística.

Las clasificaciones internacionales de las cuentas de salud

1.22. Esta *Guía* muestra cómo instrumentar las CNS mediante el uso de las Clasificaciones Internacionales de las Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés), desarrollada por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), y publicada en *A system of health accounts* (2). Las ICHA son un sistema de clasificación completo y exhaustivo que se refiere a tres importantes dimensiones de las CNS: los agentes de financiamiento, los proveedores y las funciones. Se diseñó para ser compatible con una serie de esquemas de clasificación y prácticas existentes en las estadísticas económicas internacionales y, de manera importante, con el sistema de cuentas nacionales (SCN).¹ Las clasificaciones de las ICHA en el sistema de cuentas de salud (SCS) de la OCDE se acompañan con definiciones detalladas de cada concepto en el esquema. Estas definiciones se reproducen del manual de SCS en el anexo B de esta *Guía*.

1.23. Existen varias razones por las que los contadores de la salud deberían basar su trabajo en esquemas de clasificación internacionales. Una de ellas es que, al hacerlo, se posibilita la comparación del gasto en salud entre los países. Otra razón es que los esquemas internacionales han estado ya sujetos a una considerable tarea de revisión y validación, por lo que su uso puede ahorrar el tiempo y el costo implicados en el desarrollo un nuevo esquema a partir de cero. Una razón más es que el uso de clasificaciones en común con la que usan los contadores del ingreso nacional permite economías de escala significativas. Asimismo, tal como se ha mencionado, es muy probable que los esquemas internacionales puedan aplicarse de manera directa en virtud de las similitudes intrínsecas entre los sistemas nacionales de salud.

1.24. Las ICHA se utilizan en esta *Guía* precisamente porque tienen un amplio margen de aplicación en una gran variedad de estructuras de sistemas de salud. Su uso también obedece a que han sido probadas en diversos proyectos de cuentas de salud, no sólo en los países desarrollados de la OCDE sino en países de ingresos medios y bajos que empiezan a desarrollar sus cuentas de salud (ver recuadro 1.1).

1.25. La intención de esta *Guía* no es, sin embargo, obligar a un apego incondicional a las ICHA. Los esquemas de clasificación facilitan la utilidad de las cuentas de salud, y si las cuentas no ayudan a los que suministran fondos para las mismas, éstas tienen pocas posibilidades de sobrevivir por mucho tiempo. Aquí y en otras partes, la *Guía* apremia a los equipos de cuentas de salud a comprender los aspectos de política implicados en el sistema de salud, de tal forma que pueda extraerse el máximo valor de la estructuración de las cuentas de salud para los tomadores de decisiones. Esto puede requerir el desarrollo de esquemas de clasificación nacionales diferentes de las ICHA. Sin embargo, aun cuando las políticas nacionales en torno a las cuentas nacionales impidan la adopción de esquemas internacionales como tales, aun así es posible desarrollar categorías que pueden trasladarse a la categorización internacional, al menos en un nivel agregado. En algunos casos, las categorías con una pertinencia nacional pueden

¹ El sistema de cuentas nacionales (SCN) es una amplia estructura para la contabilidad económica nacional, desarrollada de manera conjunta por la Comisión de Comunidades Europeas, el Fondo Monetario Internacional, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Las reglas y la estructura del SCN se encuentran contenidas en un manual denominado *System of national accounts* 1993, abreviado en forma característica como SNA93. El prefacio del SNA93 lo describe como “un conjunto integral, consistente y flexible de cuentas macroeconómicas que busca satisfacer las necesidades de los analistas gubernamentales y del sector privado, de los formuladores de políticas y de los tomadores de decisiones”. Proporciona las definiciones subyacentes a conceptos tales como producto interno bruto (PIB).

Recuadro 1.1**Experiencia en la instrumentación del sistema de cuentas de salud en el mundo**

Esta Guía usa el sistema de cuentas de salud (SCS o SHA por sus siglas en inglés) de la OCDE como la base para desarrollar las cuentas de salud. No todos los países hacen uso de SCS; algunas cuentas de salud se han construido con base en el marco de referencia del sistema de cuentas nacionales (SCN o SNA por sus siglas en inglés) y se incluyen en una cuenta satélite, mientras que otras tienen una estructura de más largo plazo que varía en el grado de compatibilidad con SCS o con SCN. Sin embargo, luego de la publicación del manual de SCS en mayo de 2002, diversos países han empezado a desarrollar o a modificar sus cuentas de salud a fin de alinearlas con los estándares del SCS.

Actualmente, los países miembros de la OCDE se encuentran en diferentes etapas de la instrumentación del manual SCS. En el verano de 2002, 18 de ellos habían completado un estudio de gran envergadura de SCS (o éste se encontraba en proceso de elaboración), 6 habían iniciado los preparativos para tal estudio, 3 estaban considerando su instrumentación pero no habían asignado todavía recursos al mismo, y 3 no tenían planes de instrumentarlo. Asimismo, varios países suministraban informes regulares con base en el marco de referencia de SCS; de manera más frecuente, la instrumentación del SCS se encontraba en fase experimental y los resultados no habían sido publicados todavía.

El atractivo del marco de referencia de SCS para muchos países no miembros de la OCDE ha sido que, por primera vez, éste ofrece un medio de comparar tanto el nivel como la estructura de su gasto en atención de la salud con otros países en la misma región, algo que no había sido posible antes para los países fuera de la OCDE. Los expertos de cuentas nacionales de salud (CNS) en la región de Asia-Pacífico contaron con los primeros borradores del manual del SCS, y en Hong Kong, S.A.R. de China se desarrolló uno de los primeros sistemas de CNS basados en el sistema de clasificaciones ICHA. La República de Corea ha reemplazado su esquema previo de contabilidad de la salud por SCS, y Japón y Australia han desarrollado la capacidad de mostrar sus cuentas en un formato SCS, así como en sus esquemas nacionales existentes.

Sri Lanka, al establecer su primer sistema oficial de CNS, eligió fundamentarlo en SCS, y en 2001 emitió sus primeras estimaciones para el periodo 1990-1999. Desde entonces, Hong Kong S.A.R. de China, Samoa y Tailandia han dado a conocer ya sus estimaciones de CNS basadas en SCS. En 2003, otros tantos países se encontraban también en diversas etapas del establecimiento de sus CNS basadas en SCS, incluyendo Bangladesh, Indonesia, Malasia, Mongolia y Nepal.

Cuando esta Guía se preparaba, Estonia había publicado sus cuentas de salud basadas en SCS, y otros países en la misma región geográfica se encontraban en plena preparación de tales estimaciones. En las Américas, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tobago, Uruguay y otros países habían iniciado el trabajo en cuentas de salud, incorporando partes del marco de referencia de SCS. En el Medio Oriente y en la Región de África del Norte, Argelia, la República Islámica de Irán, Marruecos y Túnez se encontraban entre los países que atravesaban por procesos similares.

introducirse como subcategorías dentro de la clasificación internacional existente. En otros es posible construir una conciliación cruzada de los esquemas nacionales e internacionales, de forma que se pueda informar sobre los resultados usando cualquiera de los dos esquemas. A pesar de que la pertinencia nacional en el contexto de las políticas sigue siendo el objetivo primordial de las CNS, la comparabilidad internacional debería considerarse un objetivo secundario de gran importancia.

Similitudes y diferencias entre la contabilidad de la salud y la contabilidad del ingreso nacional

1.26. De manera inevitable, en algún momento del proceso de las cuentas de salud, los contadores de la salud establecerán una relación con colegas que trabajen en el ámbito de las cuentas nacionales. Aquellos que se encuentren poco familiarizados con la contabilidad social en un sentido amplio, podrán encontrar antecedentes útiles en el sistema de cuentas nacionales (SCN). Aquellos que estén familiarizados con el SCN constatarán que existen muchas similitudes y otras tantas diferencias entre los marcos de referencia del SCN y las CNS. El marco de referencia formal que subyace a las CNS desarrolladas en esta *Guía* puede encontrarse en el manual del SCS (SHA por sus siglas en inglés), que dedica un capítulo al tema de la comparabilidad con el SCN (ver párrafos 1.40 a 1.42 y todo el capítulo 8 de *A system of health accounts*)(2). Actualmente se trabaja para producir un puente formal entre el sistema de cuentas nacionales y el sistema de cuentas de salud. Una vez que esté terminado, este puente facilitará la presentación de las cuentas satélite del ingreso nacional como CNS y viceversa. En lo que dicha tarea se concluye, esta sección de la *Guía* ofrece un resumen breve de las características del sistema de cuentas de salud y sus vínculos con el sistema de cuentas nacionales. A pesar de las diferencias que derivan del enfoque diferente de cada uno, ambos sistemas presentan semejanzas metodológicas. La cooperación entre los contadores que manejan las cuentas nacionales y los que se encargan de las cuentas de salud no sólo es posible, sino también deseable.

1.27. Primero, los dos conjuntos de cuentas comparten un concepto similar de producción final. Los bienes y servicios se definen de la misma manera (ver párrafos 6.7 al 6.13 del SNA93). Lo mismo ocurre con los límites de la producción; esto es particularmente importante en términos de la producción por cuenta propia de servicios individuales (párrafos 6.17 al 6.22 del SNA93), prestación informal o ilegal de bienes y servicios de atención de la salud (párrafos 6.30 y 6.31 del SNA93), y transacciones en la economía subterránea (párrafos 6.34 al 6.36 del SNA93). Las cuentas comparten también el mismo enfoque en cuanto al otorgamiento de un valor al producto de salida (párrafos 6.44 al 6.52 del SNA93).

1.28. Segundo, los contadores de la salud nacional y los del ingreso nacional suelen emplear enfoques similares para la estimación de sus cifras. Se basan muchas veces en las mismas fuentes de datos y en las mismas técnicas para transformar dichos datos en elementos de las cuentas. La cooperación entre ambos es a todas luces deseable.

1.29. Tercero, ambos conjuntos de cuentas tratan de medir el uso corriente de los recursos en la provisión de bienes y servicios. El consumo del capital fijo, ya sea adquirido o no por el proveedor, se estima y se incluye en el valor de los bienes y servicios proporcionados (ver capítulo VI, sección I, del SNA93). Aun cuando esto puede parecer un concepto ajeno a la formulación de políticas, constituye una parte no trivial del consumo de atención de la salud de una nación y es potencialmente un costo escondido significativo para los gobiernos, asociado con la producción de atención de la salud.

1.30. Como resultado de estas semejanzas, debería existir una considerable comparabilidad entre el producto interno bruto de una nación (PIB) y sus gastos estimados para la salud. Esto es importante, ya que una de las medidas del gasto de salud más difundidas entre los países y en el curso del tiempo ha sido su proporción respecto del PIB. Los contadores de la salud deberían tomar en cuenta no sólo el manual del SCS, sino también el manual del SNA93 como partes importantes de sus herramientas de trabajo.

1.31. Si bien las CNS comparten muchas características con las cuentas satélites en el sentido del SNA93, existen diferencias entre ambas. La mayor parte de estas diferencias atañe al tratamiento de los flujos de recursos en las cuentas.

1.32. Primero, las CNS y las cuentas nacionales del ingreso difieren en su perspectiva primaria de la actividad económica de una sociedad. Las CNS muestran un panorama del *consumo* y el

financiamiento de los bienes y servicios para la atención de la salud en la economía, mientras que las cuentas nacionales del ingreso muestran un panorama de la producción de bienes y servicios y los factores de *producción* involucrados. En sí, esto no modifica el valor de los bienes y servicios, pero sí cambia de manera radical los tipos de información requerida para producir las estimaciones.

1.33. Segundo, los dos conjuntos de cuentas entrañan un tratamiento diferente de los programas de salud gubernamentales. De nuevo, en teoría hacen la misma valoración de los bienes y servicios producidos. Sin embargo, mientras que las cuentas nacionales del ingreso tratan el gasto de los programas de seguridad social como una transferencia hacia los hogares, y los hogares como el comprador subsiguiente de bienes y servicios (párrafos 8.38 y 8.39 del *SNA93*), las CNS manejan el programa de seguridad social como el financiador directo de los bienes y servicios, distinto del sector de los hogares.

1.34. Tercero, los dos conjuntos de cuentas difieren también en el tratamiento de las contribuciones del empleador a la atención de la salud. Los contadores del ingreso nacional consideran los pagos de los empleadores de primas de seguros de salud como complementos de los sueldos y salarios, mientras que el consumo final de bienes y servicios se carga a los hogares (párrafo 8.8 del *SNA93*). En contraste, los contadores de la salud consideran que estos fondos pertenecen a los empleadores. Además, en las cuentas nacionales del ingreso, la operación de las clínicas de salud por parte de los empleadores es vista como un costo de producción del producto principal de los empleadores; en las cuentas de salud, ésta se considera parte del gasto en salud. Así, aun cuando el valor monetario de estas actividades sea el mismo en los dos conjuntos de cuentas, la forma en que este valor se presenta difiere entre uno y otro.

1.35. Por último, las CNS y las cuentas nacionales del ingreso difieren en la forma en que se establecen los contornos limítrofes de las transacciones de interés. Las CNS circunscriben la atención de la salud dentro de los límites del consumo, mientras que las cuentas nacionales del ingreso lo hacen dentro de los límites de la producción. Por lo tanto, las cuentas nacionales pueden mostrar la producción total de farmacéuticos, independientemente de si algunos de sus productos se exportan, mientras que las cuentas de salud mostrarían únicamente el consumo interno de farmacéuticos. Una vez más, esto no constituye un problema en el nivel macro, ya que no existe una diferencia conceptual en la forma en que se valora la producción o el consumo. Se trata sólo de un problema en términos de la forma en que las transacciones se dividen entre el sistema de salud y el resto de la economía.

1.36. En suma, las diferencias entre CNS y cuentas nacionales del ingreso pueden rastrearse a lo largo de los propósitos de cada una. Las cuentas de salud son útiles para los administradores del sistema de salud, que se interesan en los flujos de los fondos entre los distintos actores del sistema. Las cuentas nacionales del ingreso son útiles para los administradores de la economía de una nación en su conjunto, que se interesan en rastrear los factores de la producción y los tipos de bienes y servicios producidos.

1.37. Es necesario mencionar la existencia de una diferencia práctica entre los contadores de la salud y los del ingreso nacional. Estos últimos son responsables de hacer estimaciones que abarquen toda la economía. Con mucha frecuencia es necesario distribuir una cierta información relativamente sólida a nivel agregado entre diversos tipos de bienes o servicios; por ejemplo, es posible que una estimación relativamente sólida de ventas al menudeo deba distribuirse por línea de producto. Una subestimación en algún tipo de bien se compensa con una sobrestimación en otro tipo, lo que arroja una estimación total bastante aproximada. En contraste, los contadores de la salud se concentran en la prestación de bienes y servicios para la salud únicamente; cuentan con el tiempo y la energía para refinar sus cifras en busca de las mejores estimaciones posibles. En consecuencia, es posible que existan divergencias entre las líneas presupuestarias por objeto para la salud tal como se muestran en las cuentas nacionales del ingreso y las que se muestran en las CNS. Parte de esta divergencia reviste poca importancia, ya que se trata sólo de una diferencia en la comprensión de la forma en que las ventas totales se dispersan entre las distintas categorías de productos. Algunos otros aspectos de dicha divergencia representan una valoración diferente

de la producción total del sistema de atención de la salud. La discusión acerca de los dos conjuntos de contabilidades puede ayudar mucho a resolver qué tanto de la diferencia en las cifras publicadas puede atribuirse a cada uno de éstos y puede conducir a mejores estimaciones en ambos conjuntos.

El proceso de instrumentación de las cuentas nacionales de salud y la organización de esta *Guía*

1.38. El inicio de un proyecto de cuentas de salud implica tres fases, y la presente *Guía* se divide en tres partes para abordar cada una de ellas. La primera fase es la etapa de organización: en ella se resuelven los parámetros del proyecto, a éste se asigna personal y recursos, se construye una descripción esquemática preliminar del sistema de financiamiento de la atención de la salud y se diseña la estructura de las cuentas nacionales. Los capítulos 2 y 3 examinan estos puntos. En la segunda fase se identifican y catalogan las fuentes de datos, éstas se revisan a la luz de su precisión y utilidad para las cuentas de salud y se identifican por último lagunas o faltantes de información. Estos temas se abordan en los capítulos 6 al 8. En la tercera fase, las cuentas se “pueblan” con estimaciones sobre el gasto, se refina la evaluación de la información faltante y se prepara el escenario para la realización de estimaciones recurrentes del gasto nacional de salud. Los capítulos 9 a 14 se centran en esta fase de la instrumentación.

Algunos pensamientos antes de comenzar

1.39. Las CNS se proponen como una forma de organizar y presentar los datos económicos acerca del sistema de salud de una nación, de forma que se facilite la evaluación y formulación de políticas.

1.40. No es posible estimar el gasto en salud de manera perfecta y sin error alguno. Todos los países, sin importar qué tan sofisticados sean sus sistemas, combinan las cifras financieras “duras” con las estimaciones “blandas” y las extrapolaciones de rubros de difícil medición. La contabilidad de la salud es un arte tanto como una ciencia. El equipo de CNS debe estar preparado para enfrentar un cierto grado de incertidumbre, y debe centrar primero su atención en las grandes partidas, sin empantanarse en imprecisiones nimias. El equipo encontrará que el sentido común y la apertura son herramientas valiosas que es conveniente tener a la mano.

1.41. A lo largo del proceso de construcción de las cuentas de salud, es importante tener en mente lo que los tomadores de decisiones quieren y necesitan saber. Tener claridad sobre los objetivos de política y anticiparse a dichos objetivos permite a los contadores de la salud desarrollar cuentas de salud que ofrezcan el mejor apoyo posible a los tomadores de decisiones. Las CNS requieren del apoyo de los más altos niveles de gobierno; si este grupo es retribuido con un buen servicio, es más probable que pongan atención a otros hallazgos de CNS y que continúen prestando apoyo al proyecto.

1.42. Por último, es importante entender que la contabilidad de la salud es un proceso de evolución. Los primeros ciclos de las cuentas de salud de un país pueden ser rudimentarios y poco detallados. La maduración progresiva de las cuentas de salud y el refinamiento y fortalecimiento graduales de las fuentes de datos subyacentes permitirán la introducción de mayores detalles y aspectos del sistema de salud. Por lo tanto, en el curso de la lectura de esta *Guía*, los contadores de la salud que se inician en esta labor no deberán desalentarse por el incumplimiento de todo lo que aquí se describe luego de su primer intento. Deberán seleccionar aquellos aspectos que son más pertinentes para sus clientes y concentrar su energía y sus recursos en ellos. Incluso los contadores de la salud de países con décadas de experiencia en este campo someten su trabajo a un proceso continuo de mejoramiento.

Cuadro 1.1 Cuentas nacionales de salud de Sri Lanka, matriz de fuentes a proveedores, 1997 (formato SHA^a de la OCDE)

Clasificación SHA ^a (SCS) de la OCDE	Gasto corriente total en salud	HF.1 Administraciones públicas	HF.1.1 Administraciones públicas excluidas de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2 Sector privado	HF.2.1 Seguros sociales privados	HF.2.2 Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	Resto del mundo
Bienes y servicios de atención de la salud por industria proveedora											
Hospitales	11 245	9 648	9 648	0	1 597	0		1 430	0	167	
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	25	25	25	0	0	0		0	0		
Proveedores de atención ambulatoria	6 849	953	953	0	5 896	0		5 368	472	56	
Consultorios médicos privados	4 083	10	10	0	4 073	0		4 073	0	0	
Consultorios odontológicos	0	0	0	0	0	0		0	0	0	
Consultorios de otros profesionales de salud	0	0	0	0	0	0		0	0	0	
Centros de atención ambulatoria	829	829	829	0	0	0		0	0	0	
Laboratorios médicos y de diagnóstico	1 190	0	0	0	1 190	0		1 190	0	0	
Proveedores de atención domiciliaria	0	0	0	0	0	0		0	0	0	
Demás proveedores de atención ambulatoria	612	114	114	0	498	0		26	472		
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	6 742	0	0	0	6 742	0		6 742	0		
Farmacias	4 761	0	0	0	4 761	0		4 761	0		
Demás formas de venta	1 289	0	0	0	1 289	0		1 289	0		
Suministro y administración de programas de salud pública	1 663	1 663	1 663	0	0	0		0	0		
Administración general de la salud	1 436	1 329	1 329	0	107	0	107	0	0		
Gobierno	1 314	1 314	1 314	0	0	0		0	0		
Fondos de seguridad social	15	15	15	0	0	0		0	0		
Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0		0	0		
Otros seguros (privados)	107	0	0	0	107	0	107	0	0		
Demás proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0		0	0		
Otras ramas de la actividad (resto de la economía)	423	423	423	0	0	0		0	0		
Medicina del trabajo	5	5	5	0	0	0		0	0		
Hogares	0	0	0	0	0	0		0	0		
Los demás productores secundarios	419	419	419	0	0	0		0	0		
Resto del mundo	6	6	6	0	0	0		0	0		
TOTAL	28 389	14 047	14 047	0	14 342	0	107	13 540	472	222	

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de Sri Lanka (2001).

^aSystem of health accounts (Sistema de cuentas de salud).

Capítulo 2

Empezando a organizarse: reunión de los recursos para preparar las cuentas nacionales de salud y elaboración de una descripción esquemática del sistema de salud

2.01. La meta de la contabilidad de la salud es arreglar la información acerca del sistema de salud de una nación de forma que se facilite la planeación de la salud, las políticas y la evaluación del desempeño del sistema. Para ello, los contadores de la salud deben desarrollar panoramas de los flujos de los recursos en todo el sistema, así como refinar el panorama global del mismo de forma que se distingan también los detalles.

2.02. Este proceso requiere una combinación de recursos humanos y materiales para emprender el proyecto de contabilidad de la salud en sí. Asimismo, requiere tener una noción, aunque sea provisional, del aspecto que presenta el sistema de salud. Estos tópicos son el tema central del presente capítulo.

Institución del proyecto de cuentas de salud

El costo de un proyecto de cuentas de salud

2.03. El costo de instrumentar y sostener las cuentas nacionales de salud (CNS) varía según el país. El monto de recursos requeridos depende del estado actual de los sistemas de información financiera y de salud de una nación. Si las fuentes existentes cuentan con suficientes datos disponibles para estimar las CNS, entonces los costos serán menores. Si se requiere asesoría y calificación externas, los costos pueden ser mayores, pero éstos pueden ser financiados inicialmente con recursos externos. Si las instituciones que colaboran en las CNS contribuyen con recursos en especie, tales como personal, computadoras y espacio, los costos presupuestales adicionales pueden ser muy modestos. De manera particular, si un país establece el compromiso de producir CNS sobre una base continua, el costo de sostenerlas dentro de las instituciones de gobierno es modesto, ya que se convierte en una parte rutinaria del análisis económico. En varios países en los que hay disponibilidad de cifras para el desarrollo de cuentas de salud, los costos del primer año de realización de este ejercicio se han ubicado en un rango entre \$ 50 000 \$EUA y 75 000 \$EUA (excluyendo el costo del trabajo de nuevas encuestas); los costos de los años subsiguientes han sido absorbidos en gran medida por el costo de producción de estadísticas recurrentes. Otros países han hecho uso del apoyo financiero externo para emprender los ciclos iniciales de sus cuentas de salud.

Tiempo requerido para el establecimiento de las cuentas de salud

2.04. La experiencia ha mostrado que en la mayoría de los países es posible integrar las CNS en un periodo de 12-18 meses con un equipo de 3 a 6 analistas de medio tiempo. En ocasiones es posible producir cifras preliminares en un menor tiempo, pero un análisis más completo, detallado y específico puede requerir más tiempo, en especial si se necesita llevar a cabo una encuesta de hogares o de proveedores con ese propósito específico, o si los esquemas de la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud se están aplicando por primera vez. De manera similar, se requeriría más tiempo y gasto si fuera necesaria una revisión del proceso de codificación por capítulos y partidas de todos los sistemas presupuestales subyacentes y de otros sistemas de información administrativa.

Dónde ubicar el proyecto de cuentas de salud

2.05. Las autoridades nacionales han adoptados diferentes enfoques respecto de la incorporación del proyecto de CNS. En la elección de la ubicación del mismo deben considerarse cuatro factores:

- Los resultados pueden hacerse disponibles para las instituciones y la gente a cargo de la formulación de políticas de salud.
- Se minimiza la interferencia política e institucional, de forma que el trabajo puede continuar sin trastornarse de manera significativa a raíz de cambios políticos e institucionales.

- Los representantes de diferentes instituciones que pueden contribuir a las CNS pueden reunirse para colaborar sin que ello implique grandes dificultades.
- Se cuenta con acceso a la información requerida para preparar las cuentas.

2.06. La ubicación que satisface mejor estas condiciones varía de un país a otro. Ésta puede ser un departamento gubernamental, tal como el ministerio de salud, finanzas, estadísticas o planeación. O bien, puede ser una agencia especializada de gobierno, tal como una oficina nacional de inspección de salud, una agencia nacional de estadísticas de salud o un cuerpo nacional de financiamiento de atención de la salud. En algunos países, el proyecto de CNS ha sido ubicado fuera del gobierno, en una Universidad o un instituto de investigación no gubernamental, si bien el sostenimiento del ejercicio durante muchos años puede dificultarse fuera de las instituciones vinculadas con el gobierno.

Recursos requeridos para el proyecto de cuentas de salud

2.07. Tal como ocurre en cualquier proceso de producción, las CNS dependen de factores de producción. Básicamente, estos factores pueden dividirse en tres categorías: de trabajo (gente), de capital (herramientas) y de materias primas (datos).

La gente

2.08. En la mayoría de los países, la tarea de preparar cuentas nacionales de salud puede lograrse mejor cuando es desempeñada por un equipo reducido de expertos que trabaja para (o con) agencias de gobierno relacionadas con el campo. En algunos casos, puede ser un solo individuo realizando un trabajo pionero.

2.09. Aun cuando no existe una acreditación profesional para la contabilidad de la salud, lo cierto es que se requieren ciertas destrezas y aptitudes para desempeñar esta tarea. El equipo o los analistas de CNS o los contadores de la salud deben seleccionarse de entre aquellos que están familiarizados con las estadísticas de economía nacional y las prácticas contables, que conocen sobre el sistema de salud y las políticas de salud y que tienen experiencia con el uso de datos y de información generada por diferentes entidades del sistema de salud. La contabilidad de la salud no necesariamente requiere una capacitación en economía, pero es de gran ayuda contar por lo menos con un economista de la salud, aunque sea en carácter de consultor. Los atributos más importantes de un contador de la salud son la facilidad para los números, una disposición a cuestionar dichos números y una disposición a buscar y considerar alternativas de las fuentes de datos existentes.

2.10. Cuando resulte práctico, el equipo de cuentas de salud debe incluir personal de diferentes organizaciones. Esta variedad en la formación profesional proporciona acceso a muchas y muy diferentes fuentes de datos quizá desconocidas para una organización, y facilita la apreciación crítica de los resultados del equipo.

2.11. La experiencia sugiere que el equipo de cuentas de salud debería contar también con un comité directivo. Un comité de representantes de alto nivel procedente de organizaciones estratégicas puede ayudar a mantener el proyecto en marcha. Tales organizaciones incluyen los ministerios de salud, finanzas y planeación, la oficina nacional de estadísticas, grupos académicos y organizaciones de proveedores y consumidores. El desarrollo de las cuentas de salud requiere también del apoyo de diferentes instituciones y reguladores del sistema de salud; asimismo, la posibilidad de que los representantes del comité directivo puedan solicitar o incluso exigir a sus organizaciones que produzcan la información requerida o que validen las cifras disponibles puede resultar de utilidad. Un comité directivo puede servir como un portavoz autorizado para comunicar los hallazgos a los tomadores de decisiones, así como para facilitar

la institucionalización del esfuerzo de CNS mediante la adjudicación del proyecto a altos niveles de la organización socio-política de la nación.

Herramientas

2.12. Las CNS requieren una enorme cantidad de datos, pero de hecho las herramientas para mantener las cuentas son sencillas. Los cuadros pueden ensamblarse mediante el uso de un programa de hoja de cálculo estándar en una computadora de escritorio regular. Los mismos programas de hoja de cálculo pueden facilitar el desarrollo de gráficos y diagramas. La mayoría de estos programas pueden vincularse con algún *software* de bases de datos de uso común que puede utilizarse para ensamblar la información subyacente.

2.13. A pesar de que las CNS en sí no requieren un recurso de cómputo de gran potencia, en ocasiones es necesario procesar conjuntos voluminosos de datos de encuestas. En estos casos los servicios de otra organización (tal como la organización estadística nacional) podrían estar disponibles para llevar a cabo dicho procesamiento. De otra manera habrá que contar con una computadora de escritorio más poderosa y una buena paquetería estadística.

Datos

2.14. Las cuentas de salud requieren muchos datos. Este tema se abordará con mayor detalle en los capítulos 6 al 8, pero amerita un breve análisis aquí. Para poder completar las estimaciones básicas del gasto total en salud y los diversos desgloses de utilidad se requerirán datos sobre diversos tipos de gasto gubernamental y privado. Con frecuencia, éstos pueden obtenerse fácilmente de fuentes accesibles, tales como las cuentas y registros financieros del gobierno, los informes de las agencias de seguros de salud y las encuestas existentes. Es mucho lo que puede hacerse con información que se encuentre disponible; incluso los datos limitados e incompletos pueden producir hallazgos útiles y estimular un mayor interés en la adquisición de un mayor conocimiento. Es altamente probable, sin embargo, que la búsqueda de objetivos específicos de CNS requiera una cierta recolección de nuevos datos, y en este sentido uno de los papeles primordiales del comité directivo es promover la recolección de nuevos datos, así como asegurar el acceso a todas las fuentes de datos existentes. Tan importante como la recolección de datos es la libertad para reubicar los registros publicados –usualmente con un carácter de estadísticas oficiales– en el contexto de mejores estimaciones cuando existen estudios del tipo permanente. El valor de un buen conjunto de cuentas del sistema de salud depende de la calidad de los datos que lo sostienen, así como del personal que las prepara.

Desarrollo de una descripción esquemática preliminar del sistema de salud de la nación

2.15. Aun cuando los capítulos subsiguientes de esta *Guía* describen el proceso de definición rigurosa de las dimensiones del sistema de atención de la salud, es importante empezar con un panorama global del aspecto que guarda dicho sistema. Así como los exploradores inician con los mapas existentes en lo que desarrollan una descripción más detallada del terreno, los contadores de la salud utilizan esta descripción esquemática inicial del sistema de atención de la salud para guiar sus esfuerzos de clasificación y medición de los flujos de recursos en el sistema. Esta descripción puede existir ya de alguna forma, o puede que sea necesario asentar por escrito las ideas de los informantes clave,² pero en cualquier caso se aconseja la revisión del material existente como un ejercicio de orientación.

² En esta Guía, el término “informante clave” se utiliza en el sentido en que es usado por antropólogos y sociólogos, esto es, para referirse a personas con conocimientos detallados –a menudo no documentados– sobre la operación y el funcionamiento del sistema de salud y el sistema de financiamiento de la atención de la salud.

2.16. El cuadro 2.1 (ver páginas 16 y 17) ofrece un ejemplo de una descripción esquemática del sistema de atención de la salud de una nación. Tal como ocurre con muchas de las actividades de contabilidad de la salud descritas en esta *Guía*, en especial las actividades en las etapas iniciales de formación, el desarrollo de un cuadro así se beneficia ciertamente cuando se integra con una diversidad de insumos. Los informantes clave –miembros del comité directivo, analistas de los ministerios, consejos, asociaciones sindicales e investigadores académicos- cada cual tiene una perspectiva que ofrece información adicional. El equipo recién integrado de cuentas de salud que se toma el tiempo necesario para llevar a cabo una sesión de lluvia de ideas para elaborar esta descripción encontrará que su esfuerzo se verá bien recompensado.

2.17. La utilidad de este tipo de descripciones radica en su capacidad de ofrecer una orientación inicial para el equipo de cuentas de salud. No es esencial contar con información detallada para cada celda tal como se ilustra en el cuadro 2.1 –de hecho, eso es precisamente lo que las cuentas de salud buscan proporcionar-. El valor de tal descripción radica en la dirección que ofrece en la búsqueda de fuentes de información, depósitos de datos e informantes clave adicionales. La descripción esquemática ayuda al equipo de cuentas nacionales a organizar sus esfuerzos iniciales de forma que puedan interactuar con los que parecen ser los principales actores en el sistema.

2.18. Así, el panorama obtenido debería tener, sin embargo, un carácter preliminar más que final. Los mapas de los primeros exploradores se refinaban con exploraciones subsecuentes que modificaban tanto pequeños detalles como cuestiones mayores. De manera similar, el proyecto de contabilidad de la salud puede muy bien conducir a la modificación de la percepción generalizada que se tiene del sistema de salud. El equipo de cuentas de salud debe tener esto en mente en la medida en la que emprenda su trabajo, y debe mantener una actitud de apertura en cuanto al número, la posición relativa y las actividades de los actores en el sistema de salud. Los primeros cambios a esta descripción pueden muy bien surgir cuando el equipo lleve a cabo las actividades que se describen en el capítulo siguiente, que se refiere a la definición y categorización del gasto en salud.

Cuadro 2.1 Perfil de los subsistemas de salud en Líbano

Beneficios de los subsistemas de salud	Cobertura/categorías especiales	Principales fuentes de financiamiento	Relación proveedor-pagador	Porcentaje de la población cubierta o elegible	Tamaño de la operación
Describe los tipos de servicios y beneficios disponibles	Describe la cobertura y los criterios de elegibilidad, así como programas especiales para grupos de población específicos	Describe las principales Fuentes de financiamiento	Describe la relación entre las funciones de financiamiento y de prestación de servicios	Número de personas amparadas o elegibles para ser cubiertas por el sistema de salud del país	Según lo informa el personal, camas o número de unidades
Servicios gubernamentales/Ministerio de Salud					
a) Proporciona servicios de salud pública integrales: atención primaria, preventiva y curativa b) Desempeña las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización para cualquiera que no esté cubierto por algún plan de seguro Sujeto a límites y restricciones, pagos para quimioterapia, cirugía de corazón abierto, diálisis, trasplante renal y medicamentos para condiciones crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> Cualquiera que no esté cubierto por algún plan de seguro Atención primaria y curativa altamente subsidiada para toda la población 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Finanzas (ingresos generales de impuestos) Co-pagos por servicios Apoyo de donadores réstamo del Banco Mundial 	<ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud compra servicios de los proveedores privados El Ministerio de Salud opera también hospitales en los que el personal es remunerado sobre una base salarial 	43% de la población	<ul style="list-style-type: none"> 9 hospitales públicos en operación (482 camas) 23 centros de atención primaria de la salud 176 dispensarios
Fondo nacional de seguridad social					
a) Servicios de atención curativa, productos farmacéuticos, cirugía de corazón abierto, trasplante de hígado y diálisis renal b) No cubre atención odontológica, oftalmología, vacunación y tratamientos en el exterior	<ul style="list-style-type: none"> Aquellos que trabajan en el sector privado formal, empleados contratados, trabajadores a sueldo en el sector privado Dependientes de beneficiarios 	<ul style="list-style-type: none"> Presupuesto gubernamental Impuestos a la nómina Co-pagos 	Tiene instalaciones propias pero adquiere servicios en gran medida de proveedores privados	30% de la población	<ul style="list-style-type: none"> Un hospital del Ministerio de Salud, operado bajo la conducción del fondo nacional de seguridad social

Cooperativa de servidores públicos				
a) Atención curativa que incluye hospitalización, atención ambulatoria y de médicos especialistas, productos farmacéuticos b) Sujeto a límites y restricciones, cubre atención odontológica, oftalmología y tratamientos en el exterior c) Mismos beneficios que en el Ministerio de Salud en cuanto a cirugía de corazón abierto y trasplante de hígado. Cobertura total para diálisis renal	<ul style="list-style-type: none"> Empleados de gobierno y sus dependientes 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Finanzas Co-pagos 	Adquiere servicios del sector privado	8.8% de la población
Fuerzas armadas (Armada, ISF, GS, SS)				
a) Atención curativa incluyendo hospitalización, atención ambulatoria y de médicos especialistas, productos farmacéuticos b) Cubre toda la atención odontológica y oftálmica mediante co-pagos c) Sujeto a límites, cubre costos de pre-admisión asociados con tratamientos en el exterior d) Cubre todos los gastos asociados con la cirugía de corazón abierto, el trasplante de hígado y diálisis renal	Aquellos que están empleados en la armada y los servicios de seguridad, así como sus dependientes	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Finanzas Transferencias del presupuesto del Ministerio de Defensa 	La armada cuenta con sus propias instalaciones en las que se paga un salario a los empleados. También adquiere servicios del fondo nacional de seguridad nacional y, en casos especiales, del sector privado	11% de la población
Salud privada				
a) Tiene y opera clínicas y hospitales privados para atención primaria y curativa b) Tiene y opera farmacias	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiarios de cualquier plan de salud privado (auto-asegurados) Empleados de empresas y sus dependientes Todos los ciudadanos que quieran pagar 	<ul style="list-style-type: none"> Pagos directos de bolsillo Pagos de los planes de seguros Pagos de empleados y empleadores Pagos del Ministerio de la Salud, CSC y otras agencias gubernamentales 	Hospitales y clínicas privadas por contrato. Cuotas por servicio, o a través de un tercer pagador (gobierno, compañía de seguros o empleador)	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier ciudadano dispuesto a pagar es elegible. Personas referidas por el Ministerio de Salud y otras agencias gubernamentales 147 hospitales con 10 387 camas (lo que representa 90% de todas las camas y 88% de todos los hospitales) 1405 farmacias y 3146 farmacias registradas 110 centros de atención primaria de la salud y 734 dispensarios

Fuente: Cuentas nacionales de salud de Líbano (2000).

Capítulo 3

Definición y categorización del gasto en salud

3.01. Una tarea inicial en el desarrollo del marco de referencia de las cuentas nacionales de salud (CNS) es decidir qué tipos de actividades se incluirán en el mismo, y cuáles se excluirán. De acuerdo con *The world health report 2000* (1), un sistema de salud incluye “todas las actividades cuyo propósito primordial es el fomento, la restauración o el mantenimiento de la salud”. Dado que la salud es una parte integral de la vida humana, al grado de que nada de lo que se haga o deje de hacerse deja de afectarla, la división de las actividades como “de salud” y “no de salud” puede ser difícil. De la miríada de transacciones que tienen lugar en la economía, ¿cuáles cuentan cuando se mide el gasto nacional en salud y cuáles quedan excluidas? Es importante que este tipo de decisiones se basen en reglas consistentes con el fin de permitir una mayor comparabilidad de las estimaciones del gasto en salud entre pagadores (y entre países), así como para que esta comparabilidad pueda también darse a lo largo del tiempo en las cuentas de un mismo país.

Establecimiento del campo de acción de las cuentas nacionales de salud

3.02. Para los fines de las CNS, el campo de acción se establece como sigue: el gasto nacional en salud abarca todos aquellos gastos cuyo propósito primordial sea la restauración, el mejoramiento y el mantenimiento de la salud para el país y para los individuos durante un periodo definido de tiempo. Esta definición es válida independientemente del tipo de institución o entidad que provea o que pague por la actividad de salud.

3.03. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) ha propuesto un campo de acción centrado de manera más específica en los servicios de atención de la salud del manual del sistema de cuentas de salud (SCS) (Pág. 42): “Las actividades de atención de la salud en un país abarcan la suma de actividades desempeñadas ya sea por instituciones o por individuos, que buscan, mediante la aplicación de conocimientos y tecnología médicos, paramédicos y de enfermería, los objetivos de:

- fomentar la salud y prevenir la enfermedad;
- curar enfermedades y reducir la mortalidad prematura;
- ofrecer atención a personas afectadas por enfermedades crónicas que requieren atención medicalizada;
- ofrecer atención a personas con limitaciones relacionadas con la salud, discapacidad e incapacidades temporales que requieren atención medicalizada;
- proporcionar y administrar salud pública;
- proporcionar y administrar programas de salud, seguros de salud y otros arreglos de apoyo financiero.”

3.04. Esta *Guía* reconoce que muchos países pueden desear, de manera legítima, extender el campo de acción descrito en el manual SCS (*SHA* por sus siglas en inglés). En éste, los gastos en salud se restringen a actividades basadas en tecnología “médica”. En la presente *Guía*, los bienes y servicios adquiridos de proveedores de atención de la salud informales y, posiblemente, ilegales, incluso de aquellos que no están médicamente calificados, pueden considerarse como adecuados para ser incluidos en las cuentas. De manera similar, la compra de servicios de proveedores tradicionales, que pueden no ser practicantes de la tecnología médica occidental o alopática, puede también ser incluida..

3.05. Cualquiera que sea la forma en que se construya el criterio para establecer el campo de acción de las cuentas de salud, es francamente imposible aplicar este criterio, o cualquier otro con el mismo fin, a cada una de las incontables transacciones que tienen lugar en la economía. En consecuencia, los contadores de la salud dependen de agregaciones de transacciones que ya han sido clasificadas por otras autoridades estadísticas, o de la agregación de transacciones que involucran entidades que suelen asociarse con la “salud”. El “propósito primordial” se infiere del tipo de producto o servicio adquirido, o se determina a partir de la intención explícita del comprador.

3.06. Una característica importante de las actividades incluidas dentro de la esfera definida arriba es el uso de los recursos. Si no hay uso de recursos no hay transacción, y por lo que no hay una medición de la actividad en las cuentas de salud. Por ejemplo, la decisión de dejar de fumar tiene claramente implicaciones para la salud. Sin embargo, mientras que los bienes y servicios que se consumen para ayudar a dejar de fumar se ingresan en las cuentas de salud, no ocurre así con el valor del acto en sí de dejar de fumar. Un ejemplo más es el caso de los productos y servicios que consume un miembro de una familia para cuidar de otro miembro, y cuya inclusión como gasto en salud es adecuada; sin embargo, el trabajo *no pagado* del que proporciona los cuidados, mediante un tratamiento paralelo del que se usa para medir el producto agregado de la economía, no se contabiliza dentro de los gastos en salud.

3.07. No existe una línea divisoria clara que distinga las actividades que se ubican “en” la esfera de las cuentas de salud de aquellas que se encuentran “fuera” (ver cuadro 3.1). Esta ambigüedad remite a la noción de que prácticamente cualquier actividad afecta a la salud de alguna manera y se refleja en fronteras poco claras entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales. Por ejemplo, la instalación de sistemas públicos básicos de agua y control sanitario afecta la salud, pero la construcción de sistemas con el propósito primordial de distribuir el agua cae fuera del campo de acción de la salud; en contraste, el tratamiento del agua destinado primordialmente para contrarrestar la enfermedad puede considerarse como dentro de ese campo de acción. Otro ejemplo frecuente es el que se refiere al rango de las diferentes actividades de alimentos y nutrición que se llevan a cabo en muchos países. Estos programas incluyen programas de alimentación suplementaria dirigidos a niños desnutridos que son llevados a centros especiales con ese propósito, educación y asesoría nutricionales para prevenir la desnutrición,

Cuadro 3.1 Ejemplos de actividades que podrían incluirse o excluirse del gasto nacional en salud

Tipo de actividad	Con probabilidad de relacionarse con la salud	Con poca probabilidad de relacionarse con la salud
Suministro de agua corriente y actividades de higiene	Vigilancia de la calidad del agua para beber; construcción de plantas de tratamiento cuyo propósito primordial es la eliminación de enfermedades de origen hídrico	Construcción y mantenimiento de grandes sistemas urbanos de suministro de agua cuyo propósito primordial es el acceso al agua para consumo de la población urbana
Actividades de apoyo nutricional	Asesoría nutricional y programa de alimentación complementaria para reducir la desnutrición infantil	Programas generales de refrigerio escolar y subsidios generales a los precios de alimentos, cuyo propósito primordial es ofrecer un apoyo al ingreso o la seguridad
Educación y capacitación	Educación médica y capacitación en el trabajo a trabajadores paramédicos	Educación secundaria recibida por futuros médicos o trabajadores de la salud
Investigación	Investigación médica; investigación en servicios de salud para mejorar el desempeño de los programas	Investigación científica básica en biología y química

programas generales o de subsidios de alimentación en las escuelas, subsidios generales para canastas básicas de alimentos, etc. Estos programas pueden no estar a cargo de los ministerios de salud, sino más bien de otros departamentos o áreas tales como las de asistencia social, agricultura y educación. El criterio del propósito primordial puede ayudar a distinguir entre aquellos gastos que deberían incluirse como gastos relacionados con la salud y aquellos que deberían excluirse. Si el propósito primordial del programa es el mejoramiento de la salud, como ocurre con los programas de alimentación complementaria dirigidos a proporcionar alimentación como una terapia para asistir en la recuperación de una desnutrición aguda, entonces es probable que dicho programa deba incluirse. Sin embargo, cuando el propósito primordial del programa es proporcionar un apoyo general al ingreso, como ocurre con los subsidios generalizados para canastas básicas de alimentos, entonces es probable que dicho programa no deba incluirse en la medición del gasto nacional en salud. Es importante establecer este tipo de distinción con el fin de separar aquellos gastos que muchos países querrán incluir como asociados con la salud de aquellos que, si bien pueden generar algunos beneficios en la salud, alejarían demasiado el análisis de las CNS de su propio campo, lo que reduciría la utilidad de los resultados para efectos de diseño de políticas.

3.08. Con el fin de distinguir entre los dos tipos de actividades (dentro y fuera del campo de la salud), el contador de la salud debe hacer un juicio, o confiar en el criterio de otros que se encuentren en posición de evaluar la intención primordial de la actividad en cuestión. Una vez que se ha juzgado el tratamiento que debe darse a la actividad, resultará igualmente importante (si no es que más importante) repetir este mismo tratamiento cada año de ejercicio de las cuentas de salud; la inclusión de una actividad un año y su exclusión el siguiente destruye la consistencia temporal de las cuentas de salud y dificulta la identificación de las verdaderas tendencias en el gasto en salud.³

3.09. Resulta precario confiar únicamente en la naturaleza del actor para determinar si una actividad pertenece o no al campo de acción de las cuentas de salud. Por ejemplo, los hospitales pueden ofrecer apoyo de trabajo social, o el ministerio puede proporcionar actividades de reentrenamiento ocupacional (en oposición a la terapia ocupacional). Tales actividades, si bien conducen a una mejor salud, no persiguen la salud como su propósito fundamental y deben ser excluidas de las cuentas de salud.

3.10. Es claro que, en la práctica, esta exclusión puede dificultarse o ser imposible, ya que las transacciones relacionadas con actividades “no de salud” se encuentran entremezcladas con las actividades “de salud” de la entidad. Se insta a los contadores de la salud a que estén conscientes de la brecha entre la teoría y la práctica, sin que ello los lleve a perderse en una caza infructuosa de pureza teórica. Si, en términos aproximados, la misma magnitud de errores de clasificación tiene lugar cada año, las tendencias resultantes se mantendrán razonablemente libres de distorsión, y es preferible contar con una medida actual y razonablemente precisa del gasto en salud a que la medida absolutamente precisa se mantenga siempre fuera de alcance.

3.11. Las decisiones para incluir o excluir las transacciones son, en cierto sentido, arbitrarias. Esta es la naturaleza de cualquier clasificación. El objetivo del contador de la salud es ser consistente al tomar dichas decisiones, así como documentarlas ampliamente de forma que las cuentas del siguiente año sean consistentes con las del año presente.

El campo de acción espacial y temporal de las cuentas nacionales de salud

3.12. Además del campo de acción que se establece en función de los tipos de actividades consideradas, las CNS poseen campos de acción en términos espaciales y temporales. Las cuentas de salud captan el gasto en salud de un país, pero esta medida no se limita a la actividad que tiene lugar al interior de las

³ En el curso de revisiones de referencias de las cuentas de salud — revisiones exhaustivas para tomar en cuenta nuevos datos y nuevas definiciones —, resulta no obstante adecuado considerar si una actividad en particular debería añadirse o excluirse de las series temporales de las CNS.

fronteras nacionales, sino que más bien se define en términos de los ciudadanos y residentes de una nación. Esto significa que las cuentas incluyen el gasto en la atención de la salud de ciudadanos y residentes que se encuentran temporalmente en el extranjero, así como el gasto de las agencias externas (tales como las agencias de ayuda bilateral) en insumos para la atención de la salud en ese país. Las cuentas excluyen el gasto en el país efectuado por extranjeros en el país - lo que técnicamente se considera "exportación" de atención de la salud -. (En la práctica, esto presenta dificultades. Además, en muchos países de ingresos bajos y medios, esto no representa un rubro de importancia, lo que significa que si la "exportación" de servicios no logra excluirse, ello no perjudica seriamente la precisión de las cuentas.)

3.13. El campo de acción temporal de las cuentas de salud tiene dos elementos. El primero se refiere a que es necesario elegir un periodo particular en el que las actividades se llevan a cabo. La mayoría de las veces, dicho periodo es un año fiscal o calendario. Esta elección puede parecer trivial, pero en la práctica plantea problemas. Por ejemplo, las entidades gubernamentales pueden informar sobre su gasto sobre la base de un año fiscal, mientras que las entidades privadas pueden hacerlo sobre la base de un año calendario. En tal caso, el contador de la salud debe ajustar las cifras de ambas entidades de forma que se utilice un solo periodo de tiempo. El anexo D ofrece ejemplos de la forma en que esto puede hacerse.

3.14. El otro elemento del campo de acción temporal se refiere a la distinción entre el momento en que la actividad ocurrió y el momento en que tuvo lugar la transacción que pagó por dicha actividad. En la práctica, esto implica una elección entre una contabilidad basada en el valor de los recursos consumidos o las transacciones comprometidas en un momento dado y una contabilidad basada en el valor de los desembolsos en efectivo. Las cuentas de salud deberían usar el método del valor de los recursos consumidos y las transacciones comprometidas en un cierto momento, en el que los gastos se atribuyen al periodo de tiempo en el que se creó el valor económico, en lugar del método en efectivo, en el que los gastos se atribuyen al momento en que tiene lugar el desembolso en efectivo. Por ejemplo, si una estancia hospitalaria tuvo lugar en el último mes antes del año fiscal anterior, pero es pagado en el segundo mes del nuevo año fiscal, debe registrarse como un gasto del año fiscal anterior. Los contadores de la salud enfrentarán toda una variedad de prácticas contables en sus fuentes de datos, algunas centradas en el valor de consumo de los recursos y otras de tipo en efectivo. Su tarea es convertir todo, en la medida de lo posible, a una contabilidad del primer tipo.⁴

Clasificación de los gastos en salud según su función

3.15. Dado que el campo de acción de las cuentas de salud se define en términos de la naturaleza de la actividad que se lleva a cabo, es esencial que dichas actividades sean categorizadas de manera sólida de acuerdo con su naturaleza. Un esquema así se muestra en la clasificación funcional de atención de la salud, dentro de las Clasificaciones Internacionales de las Cuentas de Salud de la OCDE (ICHA-HC) (ver cuadro 3.2, página 28). La ICHA-HC categoriza los tipos de bienes y servicios que producen los proveedores de la salud, así como las instituciones y los actores que participan en actividades relacionadas con la atención de la salud. Como tal, desempeña un importante papel no sólo como una base para identificar las transacciones que se ubican en el terreno de las cuentas de salud, sino también como una base para decidir qué transacciones contribuyen a las diversas medidas agregadas específicas del "gasto en salud".

3.16. En este esquema de clasificación, a medida que los niveles de detalle son mayores, más amplios son los códigos correspondientes. Así, los "productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios" (HC.5) están conformados por "productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos" (HC.5.1) y por "dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos" (HC.5.2); a su vez, "los productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos" (HC.5.1) están integrados por "medicamentos de

⁴ Para fines de análisis de políticas, también es aceptable mantener un respaldo de cuentas sobre una "base en efectivo" a fin de compararlas con las cifras de desembolsos generadas por el Ministerio de Finanzas.

prescripción” (HC.5.1.1), “medicamentos de venta libre” (HC.5.1.2) y “otros productos médicos perecederos” (HC 5.1.3).

3.17. Es conveniente considerar varios puntos en relación con la puesta en práctica de la ICHA-HC por parte de los contadores de la salud. Primero, el esquema es muy detallado y específico, y pocos países cuentan con información sobre todas las categorías que se enlistan en el mismo. Por lo tanto, como una solución práctica, con frecuencia el número de categorías se limitará a aquellas que sean pertinentes y viables. Segundo, aun cuando para efectos de presentación el detalle de las cuentas llegue sólo al nivel de 2 dígitos, es aconsejable que en los cuadros de trabajo se mantenga el máximo grado posible de detalle (este punto se explorará con más profundidad más adelante en esta *Guía*).

3.18. La categoría “servicios de prevención y salud pública” (HC.6) guarda un interés especial para muchos países, y la ampliación de ese esquema de clasificación a un mayor grado de detalle puede resultar de gran utilidad. Por ejemplo, los equipos nacionales pueden querer separar los esfuerzos de control de enfermedades específicas, tales como el VIH/SIDA o la tuberculosis, en grupos tales como “prevención de enfermedades transmisibles” (HC.6.3) y “prevención de enfermedades no transmisibles” (HC.6.4). Con frecuencia, esto puede lograrse añadiendo subcategorías, siempre y cuando la información disponible para el equipo soporte el desglose requerido en subcategorías. El colofón de este capítulo contiene ejemplos de esquemas de clasificación de la actividad de salud pública utilizada en Sri Lanka y Malasia, así como un esquema desarrollado a la luz de las funciones esenciales de salud pública.

3.19. La clasificación ICHA-HC separa las funciones que involucran directamente la atención de la salud operativa de aquellas que se relacionan con la infraestructura de salud. La formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud (HC.R.1) se usa para construir (o reconstruir) las instalaciones físicas de los hospitales y otros proveedores de atención. Las inversiones de capital fijo en instituciones que desempeñan funciones relacionadas con la salud, tales como la construcción y el equipamiento de unidades de investigación y capacitación, deberían incluirse en los niveles de HC.R.2 a HC.R.5. Si existe interés en mostrar estos gastos de capital por separado, éstos pueden presentarse como subcategorías dentro de cada categoría correspondiente de nivel superior.

3.20. En teoría, las categorías de la ICHA-HC separan por completo las actividades de salud, si bien en la práctica muchas transacciones se ubicarán dentro del campo de acción de las cuentas de salud, sin que puedan identificarse con claridad por función. Esta brecha entre la teoría y la práctica puede salvarse con la introducción de una categoría “de tipo no especificado”, tales como las que se muestran en el cuadro 3.2 como HC.tne y HC.R.tne.

Establecimiento de medidas agregadas del gasto nacional en salud

3.21. A pesar de que los formuladores de políticas quieren y necesitan información lo bastante detallada acerca de las diversas funciones de atención de la salud financiadas en su país, también quieren y necesitan una cifra sumaria. Esta última proporciona una fotografía instantánea del tamaño y el crecimiento del sistema de salud; también ofrece un contexto para reflexionar sobre las categorías detalladas de gasto. Por lo tanto, es importante definir esta medida global con bastante cuidado.

3.22. En el manual SCS, la OCDE ha propuesto tres medidas del gasto en salud para su uso en comparaciones internacionales:

- *Gasto individual total en salud.* Esta es la suma de los gastos clasificados en las categorías de HC.1 a HC.5 y cubre el gasto en productos y servicios destinados a la atención de individuos específicos (por oposición a los servicios de salud colectiva y los servicios de salud pública).

- *Gasto corriente total en salud* (GCTS). Esta medida es la suma de los gastos clasificados en las categorías de HC.1 a HC.7. Así, incluye el gasto en atención de la salud individual definido antes, más el gasto en servicios de salud colectiva y en la operación de los agentes de financiamiento del sistema.
- *Gasto total en salud* (GTS). Este agregado incluye el GCTS más la formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud (HC.R.1).

3.23. Además del GCTS y el GTS, el manual del SCS estimula a los países a estimar los otros elementos del gasto relacionado con la salud (categorías HC.R.2 a HC.R.7) y a informar sobre éstos en rúbricas al pie de los cuadros.

3.24. La experiencia internacional sugiere que los países difieren en cuanto a lo que sus formuladores de políticas consideran el gasto total en salud. Para fines de política nacional, algunos países pueden querer estimar el gasto total en salud de forma que en éste se incluyan algunas actividades relacionadas con la salud, además de la inversión de capital. Actividades tales como la educación médica, la capacitación profesional relacionada con la salud y la investigación de temas asociados con la salud, así como los programas nutricionales o ambientales relacionados con la salud, pueden verse como partes integrales del sistema de salud que deberían incluirse en las estimaciones nacionales del gasto total en salud.

3.25. Así como con el esquema de clasificación por funciones, esta *Guía* alienta a los contadores a que adopten dos cursos de acción. El primero, que establezcan la medida agregada que mejor incorpore las necesidades y preocupaciones de los formuladores de políticas nacionales. Este agregado puede ser el GCTS o el GTS, o puede incluir cualquiera de las funciones relacionadas con la salud en la clasificación ICHA-HC o una variante nacional de esa clasificación, siempre y cuando la medida en sí sea consistente en el curso del tiempo, se encuentre bien definida y se explique con claridad a los usuarios de las cuentas. Este agregado puede denominarse gasto nacional en salud (GNS) o de cualquier otra forma que traduzca el sentido de la medida. El segundo es que las CNS se construyan de tal forma que el GCTS y el GTS puedan calcularse desde la óptica de la comparación internacional. (En lo que resta de esta *Guía*, el término “gasto nacional en salud” se usará para referirse al agregado que haya sido seleccionado.)

Resumen

3.26. Al igual que cualquier modelo, las CNS son un conjunto de conceptos contruidos. Su estructura puede ser cualquiera, pero si se pretende que sea de utilidad, ésta debe ser capaz de abordar las necesidades de política de los tomadores de decisiones de un país, incluyendo la necesidad de comparar la experiencia del país con la de otras naciones.

3.27. Este capítulo ha planteado el inicio de un marco de referencia. Se establece el campo de acción global de las cuentas de salud en términos de las funciones que se busca cubrir con las actividades en la economía. Se incluyen aquellas actividades que buscan mejorar la salud, modificar el comportamiento relacionado con la salud o cambiar los sistemas que desempeñan o financian dichas actividades. La labor de operacionalización de este campo de acción recae en los contadores de la salud de un país y en el público afectado por sus políticas, y el éxito de dicha operacionalización dependerá de la calidad de los juicios ejercidos.

3.28. En los contadores de la salud recae también la tarea de adjudicar un valor a las actividades incluidas en las cuentas de salud. En algunas ocasiones, esto puede hacerse mediante la captación del valor de mercado de las transacciones que ocurren en él. En otras se requerirá que el valor “de mercado” se estime a partir del valor de los recursos utilizados para producir bienes o servicios. En cualquier caso, es necesario

tener cuidado en que las transacciones y las actividades se midan de la misma manera en que se miden en otros sistemas de información económica.

3.29. Los analistas de las CNS deben buscar el punto de vista de los formuladores de políticas sobre la forma de manejar los gastos asociados con la salud para fines analíticos nacionales. Las cuentas de salud deben proporcionar a los formuladores de políticas la información que quieren y necesitan para fines nacionales. Un desarrollo riguroso de un esquema de clasificación basado en las categorías de la ICHA-HC y una elección juiciosa de una o varias medidas agregadas del gasto en salud asegurará la satisfacción de estas necesidades y, al mismo tiempo, proporcionará cifras que podrán ser usadas para efectos de información y comparación internacionales.

3.30. El capítulo 4 se dedica a analizar la forma de categorizar las otras dimensiones del gasto en salud de forma práctica y útil.

Colofón: Esquemas de clasificación para los servicios de prevención y salud pública

3.31. Más que en el caso de ninguna otra categoría, es probable que los contadores de la salud nacional sientan una necesidad de modificar las categorías de clasificación de ICHA-HC en lo que se refiere a los servicios de prevención y salud pública. Estas funciones no sólo tienden a ser relativamente considerables y una parte importante del sistema de salud en las economías de ingresos bajo y medios (y, por lo tanto, un punto de interés natural para los formuladores de políticas), sino que también tienden a ser las funciones más disímiles en términos de su organización entre las distintas fronteras nacionales.

3.32. En este colofón se muestran tres esquemas de clasificación para la prevención y la salud públicos se toman de experiencias reales de países y el tercero es hipotético-. El propósito de mostrarlos no es recomendar uno o el otro, ni sugerir que las categorías IHCA-HC no sean útiles, sino más bien destacar las formas en que los contadores de la salud han adaptado (o podrían adaptar) los esquemas de clasificación internacional para fines nacionales. Los tres casos se presentan en un grado creciente de divergencia respecto del esquema IHCA-HC.

Sri Lanka

3.33. Los directores de las cuentas nacionales de salud de Sri Lanka (CNSSL) convocaron un grupo de trabajo especial para adaptar la ICHA-HC a las CNSSL. El grupo reunió a representantes del Ministerio de Salud, el Instituto de Estudios de Política (IEP), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas a favor de la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el fin de asegurar el consenso entre las agencias en las categorías seleccionadas. El cuadro 3.3 muestra las definiciones de las CNSSL de la clasificación funcional de los gastos de servicios preventivos y de salud pública (ver páginas 29–31). A excepción de las categorías que se añaden a F6.1 y F6.3, el esquema de clasificación refleja la ICHA-HC. Existe un claro cruce de correspondencias entre las categorías de CNSSL y las de ICHA-HC.

3.34. Como parte del proceso de construcción de consenso se desarrolló una documentación explícita de las categorías. Por ejemplo, el grupo se percató de que las vacunas que son parte de campañas de salud pública, pero que se aplican en conexión con algún otro contacto con algún proveedor de la salud, se incluyen con ese otro contacto más que en forma separada en F6.

Malasia

3.35. Las cuentas nacionales de salud de Malasia (CNSM) usan un esquema de clasificación de las “funciones medulares de atención de la salud” que incluye una categoría para los servicios de prevención y de salud pública, tal como se muestra en el cuadro 3.4.

Cuadro 3.4 Cuentas nacionales de salud de Malasia (CNSM): clasificación de los servicios preventivos y de salud pública como funciones medulares de la atención médica

Código CNSM	Descripción CNSM	Código ICHA-HC
1.6	Servicios de prevención y de salud pública	HC.6 + HC.R.4
1.6.1	Salud materno-infantil, planificación familiar y consejería	HC.6.1
1.6.2	Servicios de medicina escolar	HC.6.2
1.6.2.1	Médicos	
1.6.2.2	Odontológicos	
1.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	HC.6.3 (parte)
1.6.3.1	VIH/SIDA	
1.6.3.2	Enfermedades transmitidas por vectores	
1.6.3.3	Otros	
1.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	HC.6.4 (parte)
1.6.5	Educación para la salud	
1.6.5.1	Control de enfermedades transmisibles	HC.6.3 (parte)
1.6.5.2	Prevención de enfermedades no transmisibles	HC.6.4 (parte)
1.6.6	Control de higiene de alimentos y de agua potable	HC.R.4
1.6.7	Otros no clasificados de manera explícita	HC.6.9

3.36. Este ejemplo muestra dos diferentes tipos de decisiones en relación con las categorías ICHA-HC. Primero, las campañas públicas de educación sobre enfermedades son importantes para los tomadores de decisiones, así que los contadores de la salud separaron estas actividades de otras actividades de prevención de enfermedades y les asignaron su propio código. Segundo, el control sobre la higiene en los alimentos y el agua potable era visto como una parte esencial de las actividades de salud pública; así, se asignó un código dentro del subtotal correspondiente a servicios de prevención y de salud pública a actividades que hubieran sido clasificadas como relacionadas con la salud con base en el esquema ICHA-HC.R.4.

3.37. Sin embargo, a pesar de la adaptación nacional de la clasificación funcional de las actividades de salud, los contadores de la salud malayos podrán construir las CNSM a lo largo de los lineamientos de la ICHA-HC “estándar” en lo que se refiere a propósitos de información y comparación internacionales.

Funciones esenciales de salud pública

3.38. Un tercer ejemplo de esquema de clasificación de las funciones de salud pública se basa en el trabajo inicial sobre las funciones esenciales de salud pública (FESP) (3). Esta categorización particular no

ha sido corroborada por ninguna organización internacional, ni ha sido adoptada por ningún país, pero tiene una utilidad didáctica y se estableció su correspondencia con el esquema ICHA-HC en el anexo 9.3 del manual SCS (*SHA*) de la OCDE. El cuadro 3.5 la reproduce con algunas correcciones (ver páginas 32 y 33).

3.39. El esquema en el cuadro 3.5 muestra cómo el campo de acción de las cuentas de salud puede ampliarse a partir del que se propone en el capítulo 3 de esta *Guía*. El control de sustancias peligrosas (parte de las FESP 5) y la organización de los servicios de urgencia de atención a desastres (parte de las FESP 8) se encuentran fuera de los límites del capítulo 3 y no se incluyen en ninguna categoría ICHA-HC. Una decisión consciente de incluirlos dentro de dicho campo de acción es perfectamente aceptable desde un punto de vista del análisis de políticas nacionales; sin embargo, para fines de información y comparación internacionales, esta ampliación debería documentarse muy bien y los datos deberían, en la medida de lo posible, recolectarse y tabularse de forma que permitan que se informe por separado sobre estos dos conjuntos de actividades.

3.40. El caso también muestra la forma en que un esquema de clasificación puede tener una correspondencia con varias líneas de categorías de la ICHA-HC. La adopción de un esquema de clasificación tal como el que se muestra en el cuadro 3.5 ocasionaría probablemente que los contadores de la salud enfrentaran dificultades para informar sobre los gastos de su país de acuerdo con el esquema ICHA-HC. (El mismo razonamiento aplicaría de cualquier forma en un sentido inverso, es decir, esos mismos contadores de la salud enfrentarían una gran dificultad si trataran de emplear las categorías ICHA-HC, en virtud de la forma en que la salud pública se encuentra estructurada y la forma en que se informa sobre la misma en su país.) En un caso así, la comparabilidad internacional de las cuentas de salud se vería limitada por aquellas actividades registradas bajo los encabezados de HC.1 a HC.7. Esto no necesariamente representaría una condición fatal en la estructura de las cuentas de salud: la utilidad nacional tiene prioridad sobre la comparabilidad internacional. Sin embargo, los contadores de la salud en el país tendrían que asegurarse de que los formuladores de políticas estuvieran conscientes de la comparabilidad limitada de los resultados.

Cuadro 3.2 Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud en el caso de las funciones de atención de la salud (ICHA - HC)

Código ICHA	Descripción
HC.1	Servicios de atención curativa
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.2	Atención curativa en hospitalización de día
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Atención ambulatoria odontológica
HC.1.3.3	Los demás servicios de atención especializada
HC.1.3.4	Todos los demás servicios curativos ambulatorios
HC.1.4	Servicios de atención curativa domiciliaria
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.2.1	Rehabilitación hospitalaria
HC.2.2	Rehabilitación en hospitalización de día
HC.2.3	Rehabilitación ambulatoria
HC.2.4	Servicios de rehabilitación domiciliaria
HC.3	Servicios de atención de larga duración
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imagenología diagnóstica
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.4.9	Los demás servicios auxiliares
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos
HC.5.2.1	Lentes y otros productos ópticos
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis
HC.5.2.3	Ayudas auditivas
HC.5.2.4	Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas
HC.5.2.9	Los demás productos médicos no perecederos
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas
HC.6.2	Servicios de medicina escolar
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC.6.5	Medicina del trabajo
HC.6.9	Los demás servicios de salud pública
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas
HC.7.1.1	Administración de la salud por las administraciones públicas (excepto seguridad social)
HC.7.1.2	Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados
HC.7.2.1	Administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales
HC.7.2.2	Administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados
<i>HC.tne</i>	<i>Gasto en HC de tipo no especificado</i>
HC.R.1-5	Funciones relacionadas con la salud
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HC.R.2	Formación de personal de salud
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
<i>HC.R.t.n.e.</i>	<i>Gasto en HC.R de tipo no especificado</i>

Nota: Los registros en *italicas* son extensiones o expansiones del esquema correspondiente al manual del sistema de cuentas de salud (SCS) de la OCDE, versión 1.0.

Cuadro 3.3 Cuentas nacionales de salud de Sri Lanka (CNSSL): definiciones de la clasificación funcional del gasto en servicios preventivos y de salud pública

Código CNSSL	Nombre de la categoría	Descripción de la categoría CNSSL	Código ICHA-HC
F6	Servicios de prevención y de salud pública	<p>Esta categoría incluye gastos en servicios que buscan de manera específica mejorar la condición de salud de la población, o de subgrupos específicos de población, en contraste con los servicios médicos individuales, que buscan restablecer la salud perdida. Muchos de los gastos en estos servicios pueden ejercerse de manera integrada en instituciones médicas generales, como parte de sus actividades normales. Estos gastos no se contabilizan aquí, si bien CNSSL ofrece desagregaciones de los gastos pertinentes cuando ello resulta viable. Algunos ejemplos característicos son los servicios de vacunación, campañas y programas especiales de salud reproductiva.</p> <p>Nótese que muchos de estos rubros pueden agruparse para formar categorías pertinentes para otras clasificaciones. En particular, éstas pueden identificarse o definirse como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de maternidad segura, tal como los definen algunas autoridades, consisten en salud materna (F6.1.1) 2. La salud materno-infantil, también denominada salud familiar, consiste en servicios de salud materna, bebé sano, atención de infantes y niños y planificación familiar (F6.1.1 -F6.1.3). 3. Los servicios de salud reproductiva consisten en servicios de salud materna y de salud y planificación familiar (F6.1.1, F6.1.3, F6.1.4). 4. Los servicios a neonatos se contabilizan por separado dentro de los servicios individuales curativos (F1). 	HC.6
F6.1	Servicios de salud familiar y de salud reproductiva	Ésta cubre una amplia variedad de servicios, que abarcan elementos significativos de lo que se conoce también como atención de la salud reproductiva, servicios de salud materno-infantil y salud familiar.	HC.6.1
F6.1.1	Salud materna	Los servicios de salud materna incluyen todos los programas especiales diseñados para proporcionar atención prenatal y post-natal a las madres, incluyendo la administración de suplementos nutricionales a madres desnutridas embarazadas y en fase de lactancia, tales como micronutrientes, hierro y vitaminas (Triposaya).	
F6.1.2	Atención a bebés y niños	Ésta cubre servicios especiales que buscan fomentar y mejorar la salud y el desarrollo de los niños en edad preescolar. Incluye la atención de la salud del niño sano, el monitoreo del crecimiento y el fomento del crecimiento de bebés y niños en edad preescolar, así como el suministro de suplementos nutricionales tales como Triposaya y micronutrientes.	

Cuadro 3.3 Cuentas nacionales de salud de Sri Lanka (CNSSL): definiciones de la clasificación funcional del gasto en servicios preventivos y de salud pública

Código CNSSL	Nombre de la categoría	Descripción de la categoría CNSSL	Código ICHA-HC
F6.1.3	Servicios de planificación familiar	Consiste en programas que buscan de manera específica suministrar métodos y asesoría sobre planificación familiar, así como educación en salud en apoyo a tales servicios.	
F6.1.4	Otros servicios de salud reproductiva	Consiste en otras categorías de servicios de salud reproductiva no clasificados arriba que buscan ayudar a mujeres y hombres a ejercer de manera segura las funciones de su salud reproductiva. Incluyen servicios relacionados con la sub-fecundidad, el comportamiento sexual, la salud de los adolescentes, el tratamiento y la prevención de las infecciones y condiciones del aparato reproductor, incluyendo cánceres del sistema reproductor, problemas de la menopausia y servicios de consulta genética para la prevención de anomalías congénitas específicas. Se excluyen los programas que tratan primordialmente con enfermedades transmitidas sexualmente, las cuales se clasifican en otras partes.	
F6.2	Servicios de medicina escolar	Consiste en programas y servicios especiales que buscan fomentar y mantener la salud de los niños en edad escolar. Por lo general, estos servicios se suministran en las propias instalaciones escolares.	HC.6.2
F6.3	Prevención y manejo de enfermedades transmisibles	Esta categoría incluye: la información/notificación obligatoria de ciertas enfermedades transmisibles y la investigación epidemiológica de las enfermedades transmisibles; los esfuerzos para identificar los posibles contactos y el origen de las enfermedades; la prevención y el manejo de la tuberculosis y la lepra, así como el control de la tuberculosis y la lepra (incluyendo la detección sistemática en grupos de alto riesgo); los programas de inmunización/vacunación (obligatorios y voluntarios); la vacunación dentro de la atención materno-infantil. Excluye la vacunación en la medicina del trabajo, la vacunación para viajes y turismo a partir de la iniciativa del paciente mismo y los servicios de salud ambiental que buscan mantener la seguridad e higiene de los alimentos.	HC.6.3
F6.3.1	Inmunizaciones	Incluye programas especiales para proveer servicios de inmunización/vacunación, incluyendo inmunizaciones administradas como parte de la atención materno-infantil rutinaria, la inmunización contra rubeola en niñas y mujeres. Cuando los servicios de inmunización se proporcionan haciendo uso de la infraestructura existente de otros servicios, tales como los servicios de salud materno-infantil (SMI), sólo los costos marginales representados se contabilizan aquí.	
F6.3.2	ETS	Incluye programas especiales para controlar, tratar y manejar las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), incluyendo VIH/SIDA.	

Cuadro 3.3 Cuentas nacionales de salud de Sri Lanka (CNSSL): definiciones para la clasificación funcional del gasto en servicios preventivos y de salud pública

Código CNSSL	Nombre de la categoría	Descripción de la categoría CNSS	Código ICHA-HC
F6.3.9	Otros no clasificados en otras partes	<p>Incluye servicios que no han sido clasificados de manera explícita arriba.</p> <p>Esta categoría abarca los servicios de salud pública de educación en salud, la prevención de enfermedades y el fomento de condiciones y estilos de vida saludables, dirigidos al combate de las enfermedades no transmisibles y sus condiciones. Incluye servicios tales como los que se proporcionan en centros de vigilancia y control de enfermedades, programas para evitar los peligros que acarrear los comportamientos de riesgo, así como programas para el mejoramiento general de las condiciones de salud de la población.</p>	HC.6.4
F6.4	Prevención y manejo de enfermedades no transmisibles	Esta categoría incluye: intervenciones para combatir el tabaquismo, el consumo de alcohol y consumo de drogas, tales como las campañas anti-tabaco, actividades con los trabajadores de la comunidad, servicios proporcionados por grupos de auto-ayuda, educación general en salud e información al público sobre temas de salud, campañas de educación en salud y campañas en favor de estilos de vida más saludables, e intercambios de información, e.g., relacionados con el alcoholismo, la drogadicción. Excluye la vigilancia del medio ambiente y la salud pública, así como la información al público sobre las condiciones ambientales.	
F6.5	Medicina de trabajo	La atención de la salud ocupacional consiste en servicios de salud que se proporcionan a individuos o grupos de población en su carácter de empleados o trabajadores. Abarcan una amplia variedad de servicios de salud tales como la vigilancia de la salud de los empleados (chequeos médicos rutinarios) y la atención terapéutica (incluyendo los servicios de urgencias médicas), ya sea que éstos se proporcionen en los sitios de trabajo o fuera de ellos. No se establece una distinción en lo que se refiere al sector del empleo, que puede ser gubernamental o de instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares. Excluye, sin embargo, la remuneración en especie de bienes y servicios de salud, que constituyen de hecho el consumo final de los hogares, más que el consumo intermedio de los negocios.	HC.6.5
F6.9	Todos los demás servicios de salud pública que no han sido clasificados en otras partes	Este rubro abarca toda una variedad de servicios de salud pública tales como la operación y la administración de bancos de sangre y bancos de órganos, y la preparación y difusión de información sobre cuestiones de salud pública que no se clasifican en otras partes. Incluye la vigilancia del medio ambiente y la salud pública, así como la información pública sobre las condiciones ambientales.	HC.6.9

Cuadro 3.5 Clasificación basada en las funciones esenciales de salud pública (FESP)

Descripción FESP	ICHA-HC
<p>1. <i>Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles</i></p> <p>Inmunización</p> <p>Control de brotes de enfermedades</p> <p>Vigilancia de enfermedades</p> <p>Prevención de lesiones</p>	<p>HC.6.3</p> <p>HC.6.3</p> <p>Func. Cruzad. (HC.6. y HC.7.)</p> <p>HC.6.4 (y Func. Cruzad.)</p>
<p>2. <i>Monitoreo de la situación de la salud</i></p> <p>Monitoreo de la morbilidad y la mortalidad</p> <p>Evaluación de la efectividad de los programas de promoción, prevención y servicios</p> <p>Evaluación de la efectividad de las acciones de salud pública</p> <p>Evaluación de las necesidades de la población y los riesgos para identificar los subgrupos que requieren servicios</p>	<p>Func. Cruzad. (HC.6. y HC.7.)</p> <p>Func. Cruzad. (HC.6. y HC.7.)</p> <p>HC.6. y HC.7.</p> <p>Func. Cruzad. (HC.6. y HC.7.)</p>
<p>3. <i>Promoción de la salud</i></p> <p>Promoción de la participación comunitaria en la salud</p> <p>Suministro de información y educación para la salud y refuerzo de las competencias útiles en la vida: acciones en colegios, hogares y locales comunitarios</p> <p>Vínculos con los medios políticos y otros sectores y con la comunidad para promover la salud y sensibilizar a los problemas de salud pública</p>	<p>HC.6.9 y HC.7.</p> <p>Func. Cruzad. (HC.6. y HC.7.)</p> <p>Aspecto estratégico</p>
<p>4. <i>Medicina del trabajo</i></p> <p>Elaboración de normas de seguridad e higiene en el trabajo</p>	<p>(HC.6.5)</p> <p>HC.7.</p>
<p>5. <i>Protección del medio ambiente</i></p> <p>Acceso a agua segura: producción y protección</p> <p>Control de alimentos: calidad y seguridad</p> <p>Suministro de drenaje, alcantarillado y servicios de evacuación de desechos sólidos</p> <p>Control de sustancias y desechos peligrosos</p> <p>Establecimiento de medidas adecuadas de control de vectores</p> <p>Protección del suelo y los recursos hídricos</p> <p>Inclusión de los aspectos de salud ambiental en políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo</p> <p>Prevención y control de la contaminación atmosférica</p> <p>Establecimiento de medidas adecuadas de prevención y promoción de servicios ambientales</p> <p>Establecimiento de medidas de detección, vigilancia y control de riesgos ambientales</p> <p>Control de radiaciones</p>	<p>(HC.R.4)</p> <p>HC.R.4</p> <p>HC.R.4</p> <p>Ninguna</p> <p>HC.6.3</p> <p>(HC.R.5)</p> <p>Aspecto estratégico</p> <p>(HC.R.5)</p> <p>Aspecto estratégico</p> <p>Aspecto estratégico</p> <p>HC.R.5</p>
<p>6. <i>Legislación y reglamentación de la salud pública</i></p> <p>Revisión, elaboración y aplicación de legislación, normativas y procedimientos administrativos</p> <p>Elaboración de una legislación adecuada para proteger la salud ambiental</p> <p>Inspección de la salud y expedición de licencias</p> <p>Aplicación de la legislación, las normativas y los procedimientos administrativos de salud</p>	<p>HC.6.</p> <p>(HC.1.-HC.4.)</p> <p>Func. Cruzad.</p> <p>HC.6.</p> <p>Cruce sectorial</p>

Cuadro 3.5 Clasificación basada en las funciones esenciales de salud pública (FESP)

Descripción FESP	ICHA-HC
<i>7. Gestión de la salud pública</i> Planificación y gestión de las políticas de salud Utilización de la evidencia para la formulación y aplicación de la política de salud pública Investigación en la salud pública y los sistemas de salud Colaboración y cooperación internacional en salud	HC.6.1 (y cruce sectorial) Aspecto estratégico HC.R.3 HC.6.1 (y cruce sectorial)
<i>8. Servicios de salud pública específicos</i> Servicios de medicina escolar Servicios de emergencia y protección civil Servicios de laboratorios de salud pública	HC.6.2 Ninguna HC.6.3
<i>9. Atención individual a poblaciones vulnerables y de alto riesgo</i> Salud materna y planificación familiar Salud de infantes y niños	Func. Cruzad. HC.6.1 HC.6.1

Nota: Func. Cruzad.: Funciones cruzadas
Fuente: Adaptado de A system of health accounts, Anexo 9.3., de la OCDE

Capítulo 4

Clasificación de las entidades en el sistema de atención de la salud

4.01. En el capítulo precedente se introdujo la clasificación funcional de las Clasificaciones Internacionales de las Cuentas de Salud (ICHA-HC), de la OCDE, como una forma de agrupar las actividades y transacciones en las cuentas de salud en función de la naturaleza de dichas actividades y transacciones. En el presente capítulo se introducen los esquemas derivados de las ICHA (y de otras fuentes) para categorizar los diversos actores en el sistema de atención de la salud –agentes de financiamiento, proveedores, fuentes de financiamiento y beneficiarios–, así como los recursos usados para generar los bienes y servicios proporcionados.

4.02. Como se mencionó en el párrafo 1.19, las categorías en cualquier esquema de clasificación deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivas. La exclusión mutua significa que cada transacción (u otra unidad sujeta a análisis) no puede ubicarse en más de una categoría. El carácter exhaustivo significa que cada una de las transacciones puede ubicarse en una categoría. En su conjunto, ambas significan que cada transacción se ubica exactamente en una única categoría. Estas dos características de los esquemas de clasificación son críticas para el éxito de las cuentas de salud. Los esquemas que no son exhaustivos someten las cuentas a la presencia de brechas en lo que se refiere a la cobertura del gasto nacional en salud. Los esquemas que no son mutuamente excluyentes someten las cuentas a sobrestimaciones del gasto en los puntos en los que las transacciones o las actividades se contabilizan por duplicado. Mientras que el carácter exhaustivo es bastante fácil de identificar en un esquema, la violación de la condición de exclusión mutua puede ser mucho más sutil. Por lo general, ésta ocurre cuando se combinan dos o más atributos del gasto en salud, tales como una mezcla de tipos de proveedores y tipos de funciones. O bien, puede tener lugar cuando la unidad de análisis posee múltiples valores del atributo, como es el caso de los diagnósticos vinculados con el primer contacto médico. Los contadores de la salud deben de hacer un gran esfuerzo para asegurarse de que sus esquemas de clasificación (o las reglas que aplican para decidir sobre los mismos) sean en verdad mutuamente excluyentes y exhaustivos.

Clasificación de los agentes de financiamiento

4.03. El esquema de clasificación para los agentes de financiamiento permite a los contadores categorizar las instituciones y entidades que pagan o compran atención de la salud. Los agentes de financiamiento incluyen instituciones que mancomunan recursos para la salud recolectados de diferentes fuentes, así como las entidades (tales como los hogares y las empresas) que pagan directamente la atención de la salud con recursos propios. Los contadores de la salud que usan el manual del sistema de cuentas de la salud (SCS) de la OCDE se percatarán de que este conjunto de actores es denominado “fuentes de financiamiento”. El término “agente de financiamiento” se utiliza en esta Guía para enfatizar el papel de estos actores como mancomunadores y distribuidores de dinero, mientras que “fuentes de financiamiento” (descritas abajo) es un término usado para referirse a las entidades que proveen dinero a los agentes de financiamiento a fin de que éste sea mancomunado y distribuido.

4.04. El esquema de clasificación que se propugna en esta Guía se basa en la ICHA-HF (que se muestra en el cuadro 4.1), si bien con la incorporación de algunas extensiones. Tal como ocurre con el esquema de clasificación funcional de las ICHA, es probable que las cuentas nacionales de salud (CNS) muestren subcategorías políticamente pertinentes de agentes de financiamiento correspondientes a muchos de los encabezados de dos dígitos de la ICHA- HF. Por ejemplo, en administración central (HF.1.1.1), es probable que los países añadan categorías adicionales para el ministerio de la salud, el ministerio de educación, otros ministerios, y así sucesivamente (esto se muestra en el capítulo 9). De manera similar, cuando hay múltiples fondos de seguridad social, sería adecuado añadir subcategorías dentro de HF.1.2 para los diferentes fondos de importancia. Las cuentas de salud de México, por ejemplo, muestran cada uno de los principales seguros de salud como una subcategoría por separado dado que el gobierno está interesado en rastrear sus gastos por separado.

Cuadro 4.1 Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE en el caso de los agentes de financiamiento (ICHA-HF)

Código ICHA-HF	Descripción
HF.1	Administraciones públicas
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social
HF.1.1.1	Administración central
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales
HF.1.2.	Administraciones de seguridad social
HF.2	Sector privado
HF.2.1	Seguros sociales privados
HF.2.2	Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)
HF.2.3	Pagos directos de los hogares
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)
HF.2.5	Empresas (excepto seguros médicos)
HF.3	Resto del mundo

4.05. Un tratamiento similar puede ser aplicable a los pagos de bolsillo de los hogares (HF.2.3). La experiencia en los países de ingresos medios y bajos ha mostrado que esta categoría suele representar más de la mitad del gasto total estimado. Es posible que los analistas quieran desagregar aún más este rubro a fin de distinguir entre los costos compartidos con las unidades gubernamentales, co-pagos y deducibles en seguros de salud y cuotas de usuario para la obtención de tratamientos, productos farmacéuticos y otros insumos. Esto puede lograrse con subcategorías apropiadas de 3 dígitos.⁵

4.06. En la contabilidad de la salud (y otras formas de contabilidad social), los seguros de salud pueden caer en uno de tres grupos. Las administraciones de seguridad social (HF.1.2) son aquellas que son exigidas por ley o regulación⁶ (4). Los seguros sociales privados (HF.2.1) son aquéllos en los que la afiliación

⁵ Desde el punto de vista técnico, este tratamiento combina elementos de las agencias de financiamiento y del tipo de proveedor, pero representa un desglose aceptable dentro de FS.2.3 porque las categorías son mutuamente excluyentes y exhaustivas.

⁶ El SNA93 (División Estadística de las Naciones Unidas, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Eurostat y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos 1993) describe los esquemas de seguridad social así: "4.111. Los fondos de seguridad social constituyen tipos especiales de unidades institucionales que pueden localizarse en cualquier nivel de gobierno –central, estatal o local-. Antes de definir los fondos de seguridad social, es necesario ofrecer una breve descripción de los esquemas de aseguramiento en general. Estos últimos intentan proporcionar beneficios sociales a los miembros de la comunidad, o a grupos de individuos tales como los empleados de una empresa y sus dependientes, con los fondos que derivan principalmente de contribuciones sociales. Los esquemas de seguridad social son esquemas de aseguramiento social que cubren a la comunidad en su conjunto o a grandes secciones de la misma y que son impuestos y controlados por unidades gubernamentales; por lo general implican contribuciones obligatorias por parte de los empleados o los empleadores, o ambos, y los términos en que los beneficios se pagan a los destinatarios son determinados por unidades gubernamentales. Los esquemas cubren una amplia variedad de programas, proveen beneficios en efectivo o en especie para los grupos de edad avanzada, así como para los casos de invalidez o muerte, sobrevivientes, enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, asignaciones familiares, atención de la salud, etc. Usualmente no existe vínculo entre el monto de la contribución aportado por un individuo y el riesgo al que dicho individuo está expuesto. Los esquemas de seguridad social deben distinguirse de los esquemas de pensión u otros esquemas de seguro social que se determinan por acuerdo mutuo entre los empleadores individuales y sus empleados, y en los que los beneficios se vinculan con las contribuciones. "4.112. Los fondos de seguridad social pueden distinguirse por el hecho de que se organizan por separado respecto de las actividades restantes de las unidades gubernamentales y de que mantienen sus activos y pasivos por separado respecto de las últimas. Se trata de unidades institucionales separadas porque son fondos autónomos, cuentan con sus propios activos y pasivos y realizan transacciones financieras por cuenta propia. Sin embargo, los arreglos institucionales respecto de la seguridad social difieren de país a país, y en algunos países pueden estar integrados de manera tan estrecha con las finanzas restantes del gobierno como para cuestionar si deberían ser tratados como un sub-sector por separado. Los montos reunidos y pagados en las contribuciones de la seguridad social pueden variar deliberadamente con el fin de lograr objetivos de política gubernamental que no tienen una conexión directa con el concepto de seguridad social como un esquema de suministro de beneficios sociales para los miembros de la comunidad; pueden incrementarse o disminuirse con el fin de influir en el nivel de la demanda agregada en la economía, por ejemplo. Sin embargo, mientras sigan siendo fondos constituidos por separado deberán ser tratados como unidades institucionales separadas en el Sistema". Ver también párrafos 11.4 y subsiguientes en el sistema del manual de cuentas de salud (SCS o SHA por sus siglas en inglés) de la OCDE.

queda restringida a subgrupos de población; usualmente, para estar cubierto es necesario ser empleado (o pensionado) de una empresa patrocinadora, miembro de una asociación o agrupación gremial auspiciadora o miembro de la familia de dicha persona. Las empresas de seguros privadas (HF.2.2), con frecuencia denominadas seguros médicos voluntarios, se encuentran potencialmente disponibles para cualquier miembro de la sociedad (si bien a menudo existen condiciones físicas médicas para quedar asegurado).

4.07. El esquema ICHA-HF se apega al sistema de cuentas nacionales (SCN) en cuanto a la clasificación de los agentes de financiamiento. En el SCN y en el SCS, las actividades en las que el gobierno actúa de manera similar a las empresas privadas se clasifican como actividades privadas. Así, los programas de aseguramiento de la salud para los empleados gubernamentales se contabilizan como seguros sociales privados, y las empresas paraestatales⁷ se clasifican como empresas privadas si el grado de autonomía del que gozan respecto de las operaciones gubernamentales generales es significativo.

4.08. Sin embargo, esta puede no ser siempre la forma en que se formulan las políticas nacionales. Las actividades relacionadas con la salud y vinculadas con los fondos de aseguramiento gubernamentales o las empresas paraestatales pueden ser vistas como herramientas de política significativas del gobierno y, en virtud de ello, los formuladores de políticas pueden preferir que éstas se incluyan como parte de otros gastos del gobierno para la salud. Más aún, los ferrocarriles, las compañías petroleras y las aerolíneas de propiedad gubernamental operan en ocasiones con pérdidas (incluyendo el costo de sus actividades de atención de la salud), mismas que se reflejan en el presupuesto gubernamental como un gasto.

4.09. Con el fin de abordar la necesidad potencial de reorganizar a los agentes de financiamiento en las cuentas de salud de un país sin tomar la convención del SCS/SCN como punto de partida para clasificar el aseguramiento de los empleados gubernamentales y las actividades de las empresas paraestatales, esta Guía introduce el concepto de sector público (HF.A) y sector no público (HF.B) al esquema ICHA-HF (ver cuadro 4.2). Esta es sólo una sugerencia; si el tratamiento SCS/SCN de las actividades gubernamentales no obedece una cuestión de política, no existe

Cuadro 4.2 Esquema de clasificación de los agentes de financiamiento basado en la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE para agentes de financiamiento (ICHA-HF)

Código	Descripción
<i>HF.A</i>	<i>Sector público</i>
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social
HF.1.1.1	Administración central
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales
HF.1.2.	Administraciones de seguridad social
<i>HF.2.1.1</i>	<i>Programas de seguros para empleados gubernamentales</i>
<i>HF.2.5.1</i>	<i>Compañías paraestatales</i>
<i>HF.B</i>	<i>Sector no público</i>
<i>HF.2.1.2</i>	<i>Programas de seguros para empleados privados</i>
HF.2.2	Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)
HF.2.3	Pagos directos de los hogares
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)
<i>HF.2.5.2</i>	<i>Empresas privadas no paraestatales (excepto seguros médicos)</i>
HF.3	Resto del mundo

Nota: Los registros en itálicas son extensiones o expansiones del esquema ICHA-HF en la versión 1.0 del manual SHA (SCS)

⁷ Las empresas paraestatales son aquellas entidades que operan como si fueran empresas del sector privado, pero que son controladas por el gobierno. En el SNA93, se alude a éstas como "quasi-corporaciones" (ver párrafos 4.106–4.110 en SNA93).

necesidad de adoptar esta modificación. En los casos en que este tratamiento sí obedezca a motivos de política, entonces habrá que seguir los siguientes pasos. Primero, los seguros sociales para empleados gubernamentales se asignan a la subcategoría HF.2.1.1, mientras que los seguros sociales para empleados privados se asignan a la subcategoría HF.2.1.2. Segundo, las empresas paraestatales se asignan a la subcategoría HF.2.5.2. Tercero, se genera el sector público combinando las administraciones públicas (HF.1) con HF.2.1.1 y HF.2.5.1; el sector no público se genera restando HF.2.1.1 y HF.2.5.1 del sector privado (HF.2). El seguimiento de estos pasos permite a los formuladores de políticas tener una perspectiva de todas las actividades del gobierno en forma combinada; al mismo tiempo, permite contar con cifras bajo la configuración SCS/SCN a aquellos interesados en comparar las cuentas de salud con las cuentas nacionales del ingreso de un país, o con los resultados de otros países. La puesta en marcha de esta práctica es sencilla, siempre y cuando los registros de los seguros sociales para empleados de gobiernos y de las operaciones de las empresas paraestatales se encuentren disponibles por separado.

Clasificación de los proveedores de atención de la salud

4.10. Esta *Guía* recomienda que la dimensión de las cuentas de salud de una nación que se ocupa de las entidades participantes en la producción de bienes, servicios o actividades pertenecientes al campo de acción de la salud sea descrita mediante una extensión del esquema de clasificación de ICHA-HP de la OCDE. Este esquema se muestra en el cuadro 4.3

Cuadro 4.3 Esquema de clasificación de los proveedores basado en la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE para proveedores (ICHA-HP)

Código	Descripción
HP.1	Hospitales
HP.1.1	Hospitales generales
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)
HP.1.4	<i>Hospitales de medicina no alópata (tal como la china, ayurvédica, etc.)</i>
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad
HP.2.9	Los demás establecimientos de atención residencial
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria
HP.3.1	Consultorios médicos
HP.3.2	Consultorios odontológicos
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales de salud
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar
HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y adicciones
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria
HP.3.4.4	Centros de diálisis
HP.3.4.5	Los demás centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad

Cuadro 4.3 Esquema de clasificación de los proveedores basado en la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud de la OCDE para proveedores (ICHA-HP)

Código	Descripción
HP.3.4.9	Los demás centros ambulatorios públicos e integrados de atención
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria
HP.3.9	Los demás proveedores de atención ambulatoria
HP.3.9.1	Servicios de ambulancia
HP.3.9.2	Bancos de sangre y órganos
HP.3.9.3	<i>Profesionales de medicina alternativa o tradicional</i>
HP.3.9.9	Los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos
HP.4.1	Farmacias
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)
HP.4.9	Las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas
HP.6.2	Administraciones de seguridad social
HP.6.3	Otros seguros sociales
HP.6.4	Otros seguros (privados)
HP.6.9	Los demás proveedores de administración de la salud
HP.7	Las demás ramas de actividad (resto de la economía)
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria
HP.7.9	Las demás ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud
HP.8	<i>Instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud</i>
HP.8.1	<i>Instituciones de investigación</i>
HP.8.2	<i>Instituciones de educación y capacitación</i>
HP.8.3	<i>Otras instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud</i>
HP.9	Resto del mundo
HP.tne	<i>Gasto de proveedores de tipo no especificado</i>

Nota: Los registros en itálicas son extensiones o expansiones del esquema ICHA-HP de la versión 1.0 del manual SHA (SCS)

4.11. La distinción entre servicios proporcionados y la entidad que los proporciona es muy importante y en ocasiones constituye una fuente de confusión. Los servicios de atención de la salud suelen proporcionarse en una amplia variedad de entornos y situaciones. Por ejemplo, el tratamiento ambulatorio de un episodio agudo de alguna enfermedad infecciosa común (tal como malaria) puede tener lugar en clínicas de trabajadores paramédicos de la propia comunidad, en centros de salud de nivel

distrital, en consultorios de médicos privados o en áreas de consulta externa de los hospitales. En este caso, el tipo de servicio no coincide con un tipo específico de proveedor. El uso de las clasificaciones tanto de HC (ver cuadro 3.2) como de HP (ver cuadro 4.3) para desarrollar los cuadros de las CNS añade una riqueza substancial a la información sobre el gasto en salud.

4.12. La subcategorización de proveedores dentro de la ICHA-HP por tipo de régimen de propiedad puede ser de gran utilidad para fines de política relacionadas con el financiamiento de la atención de la salud pública y privada. Por ejemplo, los tomadores de decisiones pueden estar interesados en determinar si los hospitales regionales están reemplazando a los hospitales del ministerio de salud como centros de atención, o podrían estar interesados en el crecimiento del número de los médicos del sector privado respecto de los del sector público. Los contadores de la salud podrán informar sobre este debate desarrollando subcategorías de régimen de propiedad que separen a los grupos de proveedores de interés. Por ejemplo, la categoría de hospitales generales (HP.1.1) podría subdividirse tal como se muestra en el cuadro 4.4. Un tipo similar de subcategorización podría ser aplicable a otros proveedores según se requiera y de manera pertinente para las políticas.

Cuadro 4.4 Ejemplo de una posible subcategorización de la categoría de hospitales generales (HP.1.1)

Código	Descripción
HP.1.1	Hospitales generales
HP.1.1.1	Hospitales generales de las administraciones públicas
HP.1.1.1.1	Hospitales generales de la administración central
HP.1.1.1.2	Hospitales generales de administraciones regionales/locales
HP.1.1.2	Hospitales generales de seguros sociales
HP.1.1.3	Hospitales generales de entidades privadas con fines de lucro
HP.1.1.4	Hospitales generales de entidades privadas sin fines de lucro

4.13. No todas las categorías de la ICHA-HP son de utilidad en las CNS de todos los países, y es posible que algunas requieran un mayor nivel de detalle. Por ejemplo, los establecimientos de atención medicalizada y residencial (HP.2) pueden ser muy pocos, o pueden estar integrados a los hospitales. En contraste, puede haber una mayor variedad de centros ambulatorios públicos e integrados de atención (HP.3.4.9) cuya evaluación detallada podría ser de gran interés, tales como aquellos que pertenecen a instituciones sin fines de lucro, al gobierno y otras. En casos así, los contadores de la salud pueden desarticular y combinar categorías que no se juzguen pertinentes para fines de las políticas nacionales, omitir aquellas para las que no existen proveedores en el país (si bien es útil señalar esta ausencia en el material explicativo que acompaña los cuadros) o añadir subcategorías adicionales a la categoría existente de HP. Si esto se hace así, será necesario tener cuidado en retener la numeración y secuencia de los esquemas de ICHA o desarrollar una correspondencia entre el esquema de clasificación nacional y la ICHA-HP para fines de comparación internacional.

4.14. La ICHA-HP debe ampliarse para que las cuentas de salud incluyan las formas de medicina tradicional (ver párrafo 3.04). El cuadro 4.3 muestra las extensiones sugeridas en *italicas*. De nuevo, si una categoría de proveedor no existe en un país, o si se ha tomado la decisión de excluir los servicios que dicho proveedor suele proporcionar, entonces no será necesario usar las nuevas categorías. Si los proveedores existen y se busca contabilizarlos, pero los datos no los muestran por separado, entonces su inclusión en la categoría “residual” HP.x.9 será perfectamente aceptable (por ejemplo, HP.1.9 o HP.3.9).

4.15. Se ha añadido una categoría para los hospitales de sistemas de medicina no alópata (HP.1.4). En algunos países, estas son categorías importantes de proveedores, especialmente en el sur y el este de Asia. Esta categoría se introdujo para capturar los gastos de hospitales con sistemas médicos tales como Ayurveda o la medicina tradicional china, que no forman parte de los sistemas de hospitales alópatas comunes.

4.16. Asimismo, se añadió una categoría a la ICHA-HP para los proveedores alternativos o tradicionales que proveen atención ambulatoria (HP.3.9.3). Como en el caso anterior, ésta busca capturar los gastos correspondientes a proveedores de sistemas de medicina que no forman parte de la tradición alópata.

4.17. La categoría para los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria (HP.3.9.9) debería incluir una amplia variedad de proveedores informales y no completamente calificados de atención de la salud que operan en muchos países de ingresos bajos, independientemente de si estos servicios se encuentran o no sancionados por el sistema legal.

4.18. Se añadió una nueva categoría de 1 dígito a la ICHA-HP para capturar las instituciones que no proveen servicios de atención de la salud, sino que realizan actividades relacionadas con la salud. Las instituciones que proporcionan servicios relacionados con la salud (HP.8) incluyen los centros de investigación, las instituciones académicas y entidades similares. Esta categoría sería útil si la definición del gasto nacional en salud fuera más amplia que la definición correspondiente del SCS (ver párrafo 3.22).

4.19. Tal como se hizo con el esquema de ICHA-HC, se añadió una categoría (HP.tne) para aquellas entidades que se sabe realizan actividades dentro del campo de acción de las cuentas de salud, pero que no pueden asignarse a ninguna otra categoría en el esquema de HP. El número de estas entidades debería ser muy limitado, ya que la mayoría de ellas debería poder identificarse aunque sólo sea por su nombre en ausencia de otras señales.

Clasificación de las fuentes de financiamiento

4.20. El análisis de las fuentes de financiamiento puede revestir un interés particular en países en los que el financiamiento del sistema de salud es diverso o cambia con rapidez en respuesta a nuevas estrategias de financiamiento. Si bien señala la importancia de analizar las fuentes de financiamiento del gasto en salud, el manual SCS no incluye un esquema formal de clasificación de las fuentes de financiamiento en las ICHA. Esta Guía propone el esquema que se muestra en el cuadro 4.5 como un enfoque para categorizar las fuentes de fondos que se utilizan para comprar atención de la salud y otros servicios relacionados. La clasificación es compatible con los esquemas existentes de ICHA y con los lineamientos en el sistema de cuentas nacionales para analizar las fuentes de financiamiento; está diseñada para reflejar algunos de los intereses de política claves en el sistema de salud. Los detalles de las categorías en este esquema de clasificación se describen en el anexo B.

Cuadro 4.5 Esquema propuesto de clasificación de las fuentes de financiamiento (FS)

Código	Descripción
FS.1	Fondos públicos
FS.1.1	Fondos del gobierno territorial
FS.1.1.1	Ingreso del gobierno central
FS.1.1.2	Ingreso de las administraciones regionales y municipales
FS.1.2	Otros fondos públicos
FS.1.2.1	Utilidades sobre activos retenidas por una entidad pública
FS.1.2.2	Otros
FS.2	Fondos privados
FS.2.1	Fondos de empleadores
FS.2.2	Fondos de hogares
FS.2.3	Instituciones sin fines de lucro al servicio de las personas
FS.2.4	Otros fondos privados
FS.2.4.1	Utilidades sobre activos retenidas por una entidad privada
FS.2.4.2	Otros
FS.3	Fondos del resto del mundo

4.21. La esquematización busca distinguir entre los fondos que en la teoría económica provocan un comportamiento diferente. Los estudios han mostrado que los consumidores de la atención de la salud se comportan de manera diferente en respuesta a un cargo de bolsillo dado, en comparación con la forma en que lo hacen en respuesta al mismo monto cuando éste se carga como una prima de seguro de salud. Esa respuesta, a su vez, es diferente de la que se obtiene cuando el mismo monto es cubierto por el empleador, y que a su vez es también diferente de la respuesta obtenida cuando el mismo monto se grava como impuesto sobre la renta.

4.22. En este esquema, FS.1 cubre todos los fondos públicos. A su vez, esta categoría se divide en FS.1.1, que captura todos los fondos que se generan como ingreso general del gobierno territorial. Esto incluye los impuestos que están etiquetados para la atención de la salud, pero que son recaudados como impuestos al valor agregado, sobre la renta o la propiedad. Por ejemplo, en algunos países los programas de gobierno se financian parcialmente con loterías nacionales diseñadas explícitamente con ese fin. En tales casos, las loterías quedarían incluidas en FS.1.1. Los fondos generados como intereses sobre fondos de fideicomiso u otros activos mantenidos por entidades de salud gubernamentales se categorizan como FS.1.2.

4.23. A diferencia de los ingresos generales, los impuestos a la nómina recolectados por el gobierno para asignarlos a fondos de seguridad social no se contabilizan en la categoría FS.1.1. Éstos deberían tabularse por separado y aparecer de acuerdo con la fuente contribuyente. Las contribuciones de los empleados para administraciones de seguridad social y para seguros sociales se categorizan como fondos de hogares (FS.2.2).

4.24. La categoría FS.2 cubre todos los fondos privados. Además de las contribuciones a los programas de seguros sociales públicos y privados, los fondos de empleadores (FS.2.1) incluyen el financiamiento para las actividades de atención de la salud financiadas directamente por la entidad en sí, tales como el auto-aseguramiento o la operación de unidades propias de atención de la salud. De manera similar, los fondos de hogares (FS.2.2) incluyen las contribuciones a la seguridad social y a los seguros sociales privados, así como los pagos directos a proveedores para cubrir los montos de coaseguro o los servicios no cubiertos por los seguros sociales. La categoría incluye fondos utilizados para efectuar pagos a los proveedores del mercado informal; también debería capturar (si es posible) el valor de mercado del trueque de servicios, tales como los de los curanderos tradicionales, ya que si éstos se miden deben ser incluidos en el nivel tanto de las fuentes de financiamiento como de agentes de financiamiento. La categoría FS.2.3 se refiere a fondos usados por las instituciones nacionales sin fines de lucro para programas de salud en el año corriente. La fuente más significativa de otros fondos privados (FS.2.4) es el mercado de capital privado, el cual contribuye con el pago de intereses sobre activos mantenidos por actores del sistema de salud del sector privado; también captura los flujos netos de préstamos del sector privado utilizados por los proveedores o aseguradores para cubrir los gastos corrientes.

4.25. La categoría FS.3 se reserva para fondos que provienen del exterior del país para ser usados en el año corriente. Los recursos externos tales como las donaciones internacionales bilaterales y multilaterales, así como los fondos con los que contribuyen instituciones e individuos fuera del país, se incluyen en la medida en que hayan sido utilizados en el periodo corriente. Las remesas de miembros de la familia que viven en el extranjero, sin embargo, se categorizan como FS.2.2. Los recursos externos que se usan en el curso de varios años deben registrarse de esa manera; por ejemplo, cuando los fondos se usan por partes iguales en tres años, en cada año de las CNS deberá aparecer una tercera parte.

4.26. El esquema de clasificación que se muestra en el cuadro 4.5 puede ampliarse añadiendo subcategorías para acomodar fuentes particulares de ingresos que son de interés político (tales como las loterías mencionadas en el párrafo 4.22). Tal como ocurre cada vez que se establecen subcategorías, es muy importante recordar que éstas deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivas, es decir, los fondos deben poder ubicarse en una, y sólo una, categoría.

Esquemas de clasificación para la población beneficiaria

4.27. Existen muchas formas de considerar a la población que hace uso o se beneficia de los bienes, servicios y actividades que se incluyen en las cuentas de salud (punto que se elabora en el cuadro 3.2 del manual de SCS). Las categorías específicas del atributo o los atributos de la población dependen en gran medida de los intereses de política de los tomadores de decisiones, y tienden a ser específicas de cada país. Sin embargo, al igual que los sistemas de salud en sí, los atributos de la población de interés político tienden a ser similares entre los países. Esta Guía contiene un análisis de los esquemas de clasificación en el caso de los atributos más comunes, incluyendo los demográficos, geográficos, socioeconómicos y los asociados con la condición de salud.

4.28. En muchos casos, existe más de un esquema de clasificación para el atributo de población en cuestión. Por ejemplo, las categorías de edad pueden construirse con diferentes puntos de corte o números de grupos. El gasto en los problemas de salud puede dividirse entre las categorías de enfermedad que utilizan el esquema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las clasificaciones de carga de la enfermedad de la OMS (5) u otros agrupamientos. En otros casos (notoriamente en las divisiones geográficas), no existen estándares internacionales para guiar al contador de la salud.

4.29. Los esquemas de clasificación para las dimensiones de distribución y analítica que aquí se presentan son sugerencias. Las necesidades de política nacional y la disponibilidad de datos determinarán las categorías finales que se usen. La responsabilidad primordial del contador de la salud es asegurar que el esquema de clasificación utilizado sea relevante para las políticas y que esté integrado por categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas. La comparabilidad internacional y los beneficios de política relacionados con ésta se incrementarán, sin embargo, cuando los países utilicen esquemas que hayan sido usados ya por otros países y por organizaciones internacionales.

Clasificación de las poblaciones por características demográficas

4.30. Muchos países hacen uso de categorías similares de edad/sexo al tabular sus estadísticas poblacionales. En ocasiones, las categorías son amplias, tales como más de 65 años y menos de 65 años de edad. En otras ocasiones, las categorías llegan a ser tan detalladas como el caso de cohortes de un año o cinco años de edad..

Cuadro 4.6 Ejemplo de un esquema de clasificación por edad/sexo

Edad	Sexo
Infantes (0-12 meses)	Todos / Hombre / Mujer
Preescolares (1-4 años)	Todos / Hombre / Mujer
Escolares (5-14 años)	Todos / Hombre / Mujer
Adultos en edad reproductiva (15-44 años)	Todos / Hombre / Mujer
Adultos (45-64 años)	Todos / Hombre / Mujer
Adultos (65-74 años)	Todos / Hombre / Mujer
Adultos mayores (75-84 años)	Todos / Hombre / Mujer
Adultos viejos (85+años)	Todos / Hombre / Mujer

4.31. El cuadro 4.6 muestra un esquema de clasificación con propósitos generales, el cual no busca ser prescriptivo, sino más bien indicativo de los tipos de grupos de población que con frecuencia conducen las políticas de salud.

Clasificación de las poblaciones por características socioeconómicas

4.32. Tal como ocurre con la edad, la agrupación socioeconómica exacta de interés político varía de un país a otro (y, con frecuencia, de un área de política a la otra dentro de un mismo país). La condición económica de los hogares es una de las agrupaciones más usadas; las categorías suelen basarse en el ingreso de los hogares o en el gasto en el consumo de éstos (con más frecuencia en el segundo tipo, dadas las dificultades de medir el ingreso). En la mayoría de los casos, la elección de las categorías estará ya decidida para los contadores de la salud por los estándares y las prácticas de su agencia nacional de estadísticas y por los datos de encuestas disponibles. Una práctica común, examinada en el capítulo 14, es el uso de cuantiles de gasto, que dividen a la población en grupos de individuos de igual tamaño de acuerdo con la distribución del ingreso de sus hogares. Otra práctica es la separación de la población integrada por aquellos que viven por abajo de la línea de pobreza de aquellos que viven por encima de la misma.

4.33. Los grupos de ingreso/gasto no son las únicas distribuciones socio-económicas que pueden tener interés para los formuladores de políticas. Otros ejemplos incluyen la afiliación étnica o religiosa, la ocupación o el empleo, la educación y la residencia urbana/rural.

Clasificación de las poblaciones por estado de salud o de enfermedad

4.34. La separación de los gastos en función de las condiciones de salud o, desde un ángulo relacionado, de acuerdo con las actividades centradas en una condición particular de salud o enfermedad pueden representar una forma en extremo útil para analizar la asignación de los recursos para la salud entre tipos específicos de condición de salud (ver cuadro 4.7). Muchos países han usado con éxito la CIE, los grupos relacionados con el diagnóstico u otras clasificaciones basadas en casos, o bien los conglomerados por condición/intervención de salud tales como la atención y prevención de la salud reproductiva o el VIH/SIDA, para categorizar a las poblaciones que se benefician del gasto en salud. La posibilidad de vincular los gastos con categorías específicas de CIE, o incluso con grupos de estas categorías (como ocurre con el marco de referencia de la carga de la enfermedad) puede constituir un enfoque útil para rastrear la asignación de recursos. La vinculación detallada con los cambios en el estado de salud podría ayudar a desarrollar una poderosa metodología de monitoreo y evaluación.

4.35. Es necesario tener cuidado al desarrollar los esquemas de clasificación para describir esta dimensión del sistema de salud. Normalmente, un esquema debe contener categorías que sean mutuamente excluyentes y exhaustivas. En el caso de las enfermedades o los tratamientos, sin embargo, la gente puede ser asignada a más de una categoría, lo que viola el requerimiento de exclusión mutua. Este problema puede resolverse de diversas formas. Una de éstas consiste en cambiar la unidad de análisis de la persona al encuentro médico, que puede categorizarse con mayor facilidad de manera mutuamente excluyente y exhaustiva. Este enfoque es de gran utilidad cuando hay disponibilidad de información bastante detallada sobre las transacciones individuales en el sistema de salud. Un segundo enfoque consiste en el uso del esquema para aclarar únicamente algunas partes del sistema de salud (tales como la salud reproductiva). Dado que estos panoramas parciales pueden traslaparse, su suma puede exceder el gasto nacional total en salud, por lo que el enfoque no es útil cuando se trata de estimar en efecto el gasto nacional. Pero el enfoque es en extremo útil para exhibir resultados cuando los formuladores de política se interesan en saber qué tan bien funciona el sistema de salud en áreas específicas de interés.

4.36. El esquema de clasificación de la carga global de la enfermedad de la OMS (CGE) puede ser una forma útil para categorizar el gasto en salud de una nación en términos de condiciones de salud. Se basa en la CIE-10, que a su vez se ha estandarizado entre las naciones y es ampliamente utilizada para fines de análisis epidemiológico. El análisis de la CGE se utiliza a nivel internacional para generar datos descriptivos básicos a nivel nacional mediante el uso de un único enfoque de medición. Las categorías en el esquema, que se muestran en el cuadro 4.7, pueden ampliarse o comprimirse según se requiera y tanto como lo

Cuadro 4.7 Esquema de clasificación de la OMS de la carga global de la enfermedad (CGE o GBD por sus siglas en inglés)

Código	Descripción
GBD.1	Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y deficiencias de la nutrición
GBD.1.1	Enfermedades infecciosas y parasitarias
GBD.1.1.1	Tuberculosis
GBD.1.1.2	Enfermedades transmitidas sexualmente
GBD.1.1.3	SIDA
GBD.1.1.4	Enfermedades diarreicas
GBD.1.1.5	Enfermedades de la infancia
GBD.1.1.6	Meningitis
GBD.1.1.7	Hepatitis
GBD.1.1.8	Malaria
GBD.1.1.9	Enfermedades tropicales
GBD.1.1.10	Lepra
GBD.1.1.11	Dengue
GBD.1.1.12	Encefalitis japonesa
GBD.1.1.13	Tracoma
GBD.1.1.14	Infección intestinal nematoide
GBD.1.1.15	Infecciones respiratorias
GBD.1.1.16	Afecciones maternas
GBD.1.1.17	Afecciones perinatales
GBD.1.1.18	Deficiencias de la nutrición
GBD.1.1.19	Todas las otras enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y deficiencias de la nutrición
GBD.2	Afecciones no transmisibles
GBD.2.1	Neoplasmas malignos
GBD.2.2	Otros neoplasmas
GBD.2.3	Diabetes mellitus
GBD.2.4	Desórdenes endócrinos y nutricionales
GBD.2.5	Desórdenes neuropsiquiátricos
GBD.2.6	Desórdenes de los órganos de los sentidos
GBD.2.7	Enfermedades cardiovasculares
GBD.2.8	Enfermedades respiratorias
GBD.2.9	Enfermedades digestivas
GBD.2.10	Enfermedades del sistema genitourinario
GBD.2.11	Enfermedades de la piel
GBD.2.12	Enfermedades musculoesqueléticas
GBD.2.13	Malformaciones congénitas
GBD.2.14	Enfermedades de la boca
GBD.2.15	Todas las otras enfermedades no transmisibles
GBD.3	Lesiones
GBD.3.1	No intencionales
GBD.3.1.1	Accidentes de vehículo de motor
GBD.3.2	Intencionales
GBD.3.2.1	Autoinfligidas
GBD.3.2.2	Homicidio y violencia
GBD.3.2.3	Guerra
GBD.3.3	Todas las otras lesiones

permita el nivel disponible de datos; con frecuencia, éstas son condensadas para centrarse en los grupos de intervención o diagnóstico de gran volumen y costo elevado que son pertinentes para la toma de decisiones, tales como insuficiencia renal crónica, tuberculosis, malaria, VIH/SIDA, diabetes, desnutrición e hipertensión.

Clasificación de los recursos utilizados para producir bienes y servicios para la atención de la salud

4.37. Los esquemas de clasificación descritos antes se centran en los productos del sistema de salud, pero también es ilustrativo poner atención a los recursos utilizados para crear dichos productos. Un análisis del gasto en recursos puede tener muchos usos de política, incluyendo el desarrollo de políticas relacionadas con los pagos destinados a recursos humanos, inversión, gasto en productos farmacéuticos y otros insumos significativos. Más aún, existen países en los que este tipo de información ha representado el primer desglose de datos sobre el gasto –y en ocasiones el único- disponible para los contadores de la salud al inicio de su trabajo.

4.38. En unos cuantos países se han desarrollado desgloses ad hoc del tipo de costo de los recursos mediante el uso de cualquier esquema de clasificación que estuviera disponible, pero existen esquemas bien definidos y aceptados que deberían usarse cuando sea posible. El manual del Fondo Monetario Internacional (FMI) contiene una clasificación económica de gastos, y el sistema de cuentas nacionales hace uso del mismo desglose. Los gobiernos han usado estas categorías y otras similares como un marco de referencia estándar para describir los gastos públicos de entidades tales como el ministerio de salud o el fondo de seguridad social. Diversos desgloses comparables se usan con frecuencia en el caso de informes de impuestos, informes de auditorías y análisis especiales. Incluso en países que se encuentran en una fase incipiente de desarrollo de las cuentas de salud, la tendencia es desarrollar clasificaciones compatibles con el estándar del FMI. Por lo tanto, esta Guía propone un esquema de clasificación que pueda cruzarse fácilmente con el marco de referencia del FMI. El cuadro 4.8 muestra dicho esquema de clasificación que, tal como ocurre con otros esquemas, puede comprimirse o ampliarse según lo requieran las necesidades de política y tanto como lo permitan los datos mismos.

4.39. Es necesario evitar la doble contabilidad de los gastos cuando se usa el enfoque del costo de los recursos para medir el gasto nacional en salud. Los costos de una entidad pueden ser un ingreso para otra, y estos flujos intra-sectoriales deben manejarse de forma que se capturen los recursos sólo cuando éstos se encuentren finalmente comprometidos.

Reflexiones concluyentes sobre los esquemas de clasificación

4.40. Es muy posible que la descripción esquemática inicial del sistema, descrita en el capítulo 2, evolucione como resultado del proceso de clasificación y categorización de los actores y las actividades en el sistema de atención de la salud. Se trata no sólo de un resultado natural de la actividad de contabilidad de la salud, sino de hecho benéfico, ya que añade claridad a lo que puede muy bien haber sido un entendimiento parcial sobre el sistema de salud.

4.41. Las clasificaciones que se presentan en este capítulo ayudan a separar el gasto nacional en salud en diversas dimensiones, a saber, quién distribuye el dinero que financia las actividades, quién provee el dinero, quién desempeña las actividades, cómo se producen las actividades y quién recibe los beneficios; constituyen las principales familias de las que se puede hacer uso para establecer tabulaciones cruzadas del gasto en función de dos dimensiones, procedimiento que sirve para formar o presentar los cuadros o las matrices de la contabilidad de la salud.

4.42. Esta *Guía* hace uso de las ICHA cuando es posible, y se recomienda que los contadores de la salud nacional hagan lo mismo. Se presentan ejemplos sobre las formas en que las categorías pertinentes para los países pueden fusionarse a los esquemas ICHA sin que se pierda la comparabilidad internacional.

4.43. Los contadores de la salud de los países podrán adaptar los esquemas de clasificación internacionales de diversas formas. Primero, a fin de reflejar mejor las estructuras institucionales nacionales, los intereses de política y las condiciones, los países querrán introducir subcategorías apropiadas en los esquemas. La segunda adaptación consistirá en la eliminación de categorías o subcategorías que no son pertinentes para un país en particular, si bien los contadores de la salud deberán señalar este tratamiento en el material explicativo que acompaña los cuadros de CNS. La tercera adaptación se observa en países en los que la secuencia o la numeración en los esquemas de clasificación descritos antes no se ajusta a la práctica nacional. En casos así, los países han desarrollado en ocasiones sus propios esquemas de numeración. Las adaptaciones son importantes cuando logran que las CNS sean más pertinentes y útiles. Sin embargo, los analistas deberán hacer su mejor esfuerzo para retener la estructura global de los esquemas de clasificación ICHA en el nivel de uno o dos dígitos, o bien, deberán preparar un cuadro en el que se establezcan las correspondencias entre las categorías del enfoque nacional y las de los esquemas estándar.

4.44. La adopción de estándares de clasificación constituye un punto crítico en el desarrollo de las cuentas de salud de un país. La solidez y la validez de todo el proceso de contabilidad depende del cuidado que se ponga en esta etapa para asegurar que las clasificaciones sean pertinentes para las políticas, integrales y completas, consistentes, estándares, estables en el tiempo y viables en lo que se refiere a su instrumentación.

Cuadro 4.8 Una clasificación económica o del costo de los recursos (RC)

Código	Descripción
RC.1	Desembolsos corrientes
RC.1.1	Compensaciones a empleados y propietarios
RC.1.1.1	Sueldos
RC.1.1.2	Contribuciones sociales
RC.1.1.3	Ingresos de trabajo no salariales
RC.1.2	Suministros y servicios
RC.1.2.1	Suministros de materiales
RC.1.2.1.1	Drogas y medicamentos
RC.1.2.1.2	Otros suministros
RC.1.2.2	Servicios
RC.1.3	Consumo de capital fijo
RC.1.4	Intereses
RC.1.5	Subvenciones a proveedores ^a
RC.1.6	Transferencias a hogares ^a
RC.1.9	Otros gastos corrientes
RC.2	Gastos de capital
RC.2.1	Edificios
RC.2.2	Equipo móvil
RC.2.2.1	Vehículos
RC.2.2.2	Otros
RC.2.3	Transferencias de capital a proveedoras

^aEstas categorías no aplican cuando se clasifican los costos de los recursos que enfrentan los proveedores

Capítulo 5

Cuadros de cuentas nacionales de salud

5.01. En el párrafo 11.02, las cuentas nacionales de salud (CNS) se describen como una serie de cuadros en los que se encuentran arreglados diversos aspectos del gasto en salud de una nación. Este capítulo contiene un análisis de los tipos de cuadros que pueden producirse en apoyo a la generación de políticas sólidas y a la conducción de una buena gobernanza.

5.02. Los cuadros de CNS tienen dos propósitos. Uno de ellos es mostrar las estimaciones del gasto nacional en salud de forma que éstas tengan una resonancia entre los tomadores de decisiones. Los cuadros que aquí se describen, así como otros similares a éstos, pueden vincularse con cuestiones de política fundamentales tales como:

- ¿Cómo se movilizan los recursos para la salud y la atención de la salud? ¿Quién paga, quién proporciona el dinero que debe pagarse y cómo?
- ¿Cómo se organizan y manejan esos recursos?
- ¿Qué bienes y servicios se proporcionan y quién los proporciona?
- ¿Quién hace uso de dichos bienes y servicios?

5.03. El otro propósito de los cuadros de CNS es facilitar el proceso de estimación en sí. Como se verá en los capítulos subsiguientes, la estimación del gasto nacional en salud no es simplemente un asunto de sumar números; es necesario tener cuidado en comparar los números de diferentes fuentes para producir información acerca de diferentes dimensiones del sistema de atención de la salud, así como para identificar áreas en las que hay una falta de información. Algunos de los cuadros que aquí se describen ofrecen un marco de referencia para la estimación, al tiempo que señalan lagunas de información, traslapes y otros problemas que deben abordarse y destacan aquellas áreas que parecen tener mayor solidez.

5.04. Los cuadros que aquí se presentan representan un “menú” del que pueden elegir los contadores de la salud, pero no son los únicos que tienen una validez. Los formuladores de políticas de cada país tienen necesidades propias de información que deben ser abordadas con datos sobre las cuentas de salud. Y la utilidad de los cuadros de CNS se incrementa cuando éstos pueden vincularse con conjuntos de datos que cubren aspectos no financieros del sistema de salud, tales como la morbilidad, la mortalidad y los resultados.

5.05. Los cuadros que aquí se presentan tampoco constituyen un conjunto mínimo aceptable. No existe nación, independientemente del grado de madurez de sus cuentas de salud, que haya producido hasta ahora todos estos cuadros de manera simultánea, aunque muchas naciones han producido algunos de los cuadros de manera regular y cada uno de los cuadros en un momento dado. Este capítulo debe ser visto como un terreno que los contadores de la salud pueden cultivar en la medida en que lo permitan los recursos, los datos y los objetivos nacionales de política. La producción de cualquier cuadro, o de algunos de ellos, es ciertamente mejor que no producir ninguno en absoluto. La producción de más siempre será mejor que la producción de menos, si bien la concentración en unos cuantos cuadros clave puede ser preferible cuando se enfrentan limitaciones de recursos. La elección de los cuadros que habrán de producirse debe relacionarse con su utilidad potencial, así como con la viabilidad de su construcción.

Estructura de los cuadros de cuentas nacionales de salud

5.06. Los cuadros que se describen en este capítulo incorporan los esquemas de clasificación examinados en los capítulos 3 y 4. Son compatibles con los que se proponen en el manual del sistema de cuentas de salud (SCS) y derivan de la experiencia de países en los que ya se han establecido las CNS. Las dimensiones del gasto en salud que incorporan incluyen:

- Fuentes de financiamiento: instituciones o entidades que proveen los fondos utilizados en el sistema por parte de los agentes de financiamiento.

- Agentes de financiamiento: instituciones o entidades que canalizan los fondos proporcionados por las fuentes de financiamiento y que utilizan dichos fondos para pagar o comprar actividades que quedan circunscritas en el campo de acción de las cuentas de salud.
- Proveedores: entidades que reciben dinero a cambio de o como anticipo de la producción de las actividades circunscritas en el campo de acción de las cuentas de salud.
- Funciones: tipos de bienes y servicios proporcionados y de actividades desempeñadas dentro del campo de acción de las cuentas de salud.
- Costos de los recursos: factores o insumos que utilizan los proveedores o los agentes de financiamiento para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades que se realizan en el sistema.
- Beneficiarios: gente que recibe dichos bienes y servicios o se beneficia de dichas actividades (los beneficiarios pueden categorizarse de muchas formas diferentes, incluyendo la edad y el sexo, el estatus socioeconómico, el estado de salud y su ubicación).⁸

5.07. Cada uno de los cuadros de CNS en este capítulo muestra alguna faceta del gasto en salud en el que se ha establecido una tabulación cruzada de dos de las dimensiones que se enlistan arriba. Una de estas dimensiones puede concebirse como el “origen” de los fondos y la otra, como el “uso” de los fondos. Por convención, la dimensión del origen se muestra como columnas en el cuadro, mientras que la dimensión del uso se muestra como filas. De acuerdo con esta convención, cada celda en el cuadro muestra el monto de los recursos utilizados en la categoría de la fila i de “uso” procedentes de la categoría de la columna j de “origen” (“gasto de j en i ”), tal como se ilustra en el cuadro 5.1. Al contrario de la convención matemática por la que las matrices se denominan por sus filas y columnas, los cuadros de CNS se denominan por columna y fila; esta convención deriva de una tradición de las cuentas de salud firmemente arraigada de tiempo atrás y refleja el flujo de los recursos del origen al uso.

Cuadro 5.1 Estructura de un cuadro característico en el conjunto de cuadros que abarcan las cuentas nacionales de salud

Dimensión de uso	Dimensión de origen				Suma de todos los orígenes
	Origen 1	Origen 2	...	Origen n	
Uso 1	Gasto ₁₁	Gasto ₁₂	...	Gasto _{1n}	Gasto _{1.}
Uso 2	Gasto ₂₁	Gasto ₂₂	...	Gasto _{2n}	Gasto _{2.}
...
Uso m	Gasto _{m1}	Gasto _{m2}	...	Gasto _{mn}	Gasto _{m.}
Suma de todos los usos	Gasto _{.1}	Gasto _{.2}	...	Gasto _{.n}	Gasto total

5.08. La experiencia en los países en los que se han generado cuentas de salud indica que tres de las dimensiones enlistadas son críticas para lograr una estimación precisa del gasto total en salud. Se trata de las dimensiones de agentes de financiamiento, proveedores y funciones. En consecuencia, los cuadros de CNS que establecen tabulaciones cruzadas de estas dimensiones son herramientas importantes para la

⁸ Los beneficiarios pueden subdividirse según sus características demográficas, estatus socioeconómico, condición de salud y región, y se definen en el párrafo 1.17.

creación de los totales o subtotales agregados que se muestran en todas los cuadros que se analizan en este capítulo.⁹

- Gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y tipo de proveedor (FAxP).
- Gasto en salud por tipo de proveedor y tipo de función (PxP).
- Gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y tipo de función (FAxP).
- Gasto en salud por fuente de financiamiento y tipo de agente de financiamiento (FSxFA).
- Costo de los recursos utilizados para producir bienes y servicios para la salud.
- Gasto en salud por edad y sexo de la población.
- Gasto en salud por estatus socioeconómico de la población.
- Gasto en salud por estado de salud de la población.
- Gasto en salud por región geográfica.

5.09. Estos cuadros se explican abajo, incluyendo una descripción genérica de cada uno. Los esquemas de clasificación expuestos en los capítulos 3 y 4 se usan en un nivel agregado para mostrar la forma en que se construyen los cuadros. En la práctica, los contadores de la salud presentarán un mayor nivel de detalle, incluyendo subcategorías de los esquemas o los esquemas específicos ajustados según el caso de cada país.

Gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y tipo de proveedor

5.10. El cuadro que muestra el gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y tipo de proveedor (FAxP) (ver cuadro 5.2, página 57) muestra los flujos de financiamiento hacia diferentes tipos de proveedores de atención de la salud desde los diversos agentes de financiamiento; responde a la pregunta de “quién financia a quién” en el sistema de salud, *i.e.*, qué pagadores y compradores están sosteniendo a qué proveedores en el sistema.

5.11. El cuadro FAxP tiene toda una serie de usos importantes. Describe la forma en que los fondos se distribuyen entre los diferentes tipos de proveedores (por ejemplo, qué proporción del gasto total va a los hospitales en relación con los proveedores de atención ambulatoria). Esta distribución puede ser un indicador valioso de la prioridad que se otorga en la práctica (por oposición a lo que se estipula en papel) a la atención de la salud. Dado que los diversos agentes de financiamiento recurren con frecuencia a diferentes métodos de pago y compra, este cuadro puede también ofrecer un punto de partida para evaluar dichas diferencias.

5.12. Tal como ocurre con otros cuadros de CNS, el cuadro FAxP puede combinarse con otro tipo de información sobre el sistema de salud a fin de explorar importantes cuestiones. Por ejemplo, el conocimiento del gasto total en tipos específicos de proveedores puede vincularse con medidas del

⁹Como ya se mencionó, los cuadros que se muestran en este capítulo son consistentes con los que se muestran en el manual de SCS. En dicho manual se propone la estimación de diez cuadros:

- Cuadro 1. Gasto corriente en salud por función de la atención, proveedor y agente financiador.
- Cuadro 2. Gasto corriente en salud por función de la atención e industria proveedora.
- Cuadro 3. Gasto corriente en salud por industria proveedora y agencia de financiamiento.
- Cuadro 4. Gasto corriente en salud por función de la atención y agencia de financiamiento.
- Cuadro 5. Gasto total en salud incluyendo las funciones relacionadas con la salud (cuadro 4 con HC.R.2 añadida a HC.R.7).
- Cuadro 6. Gasto individual (HC.1 a HC.5) en salud por categoría mayor de CIE.
- Cuadro 7. Gasto individual en salud por edad y sexo.
- Cuadro 8. Precios seleccionados de la atención de la salud.
- Cuadro 9. Comercio internacional de atención de la salud.
- Cuadro 10. Empleo total en industrias de atención de la salud.

Algunos de estos cuadros son más fáciles de instrumentarse que otros. A pesar de que los países miembro de la OCDE se han comprometido a desarrollarlos todos, la mayoría de los países que desarrollan el SCS se han concentrado en los cuadros 2 al 5.

servicio entre dichos proveedores con el fin de estimar el gasto promedio por unidad de servicio suministrado. Esto proporciona una base para efectuar comparaciones de costo-efectividad entre los diferentes tipos de proveedores. Por ejemplo, si las cuentas de salud de un país pudieran separar el gasto hospitalario en hospitales gubernamentales y no gubernamentales para casos agudos, y si se supiera el número total de admisiones a cada tipo de hospital, entonces podría calcularse el gasto promedio por admisión en cada tipo de hospital. Tales comparaciones agregadas constituyen una primera mirada de utilidad a diversos aspectos de eficiencia, si bien se requeriría un mayor análisis de factores tales como la mezcla de casos y tecnología hospitalaria para poder explicar adecuadamente las diferencias.

5.13. La experiencia en contabilidad de la salud ha mostrado que el cuadro FAxP es una herramienta importante para estimar el gasto total en salud, por lo que debería ser uno de los puntos iniciales de interés en la iniciativa de cuentas de salud.

Gasto en salud por tipo de proveedor y función

5.14. El cuadro que muestra el gasto en salud por tipo de proveedor y por función (PxP) (ver cuadro 5.3, página 58) muestra la forma en que los gastos en diferentes funciones de salud se canalizan a través de los distintos tipos de proveedores; es decir, le informa al lector sobre “quién hace qué”. Este cuadro ofrece una perspectiva de utilidad sobre la contribución de los diferentes tipos de proveedores al gasto total en tipos específicos de servicios. Por ejemplo, en muchos países los servicios comunitarios de salud pública son proporcionados por hospitales y por proveedores de atención ambulatoria. El cuadro PxP permite examinar el gasto total en programas de salud pública (HC.6) y apreciar la proporción del gasto correspondiente a los hospitales y la que corresponde a los proveedores de atención ambulatoria, lo que ofrece una perspectiva de dónde se localiza el gasto ejercido en esta importante función del sistema de salud.

5.15. Este cuadro también ha dado pruebas de ser valioso para estimar el gasto total en salud. Junto con los cuadros FAxP y FAxF, debería ser uno de los puntos iniciales de interés en la iniciativa de cuentas de salud.

Gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y función

5.16. El cuadro que presenta el gasto en salud por tipo de agente de financiamiento y por función (FAxP) (ver cuadro 5.4, página 59) muestra quién financia qué tipos de servicios en el sistema de salud. Destaca algunas cuestiones de importancia sobre los recursos que deben considerarse en las políticas de salud. Por ejemplo, la asignación de recursos a servicios de salud prioritarios (tales como el control de enfermedades infecciosas) es uno de los objetivos importantes que los gobiernos tratan de alcanzar para mejorar el desempeño del sistema de salud. El cuadro FAxP puede usarse para describir la asignación global y específica de recursos a los principales tipos de servicios. Asimismo, puede resaltar el énfasis relativo de los agentes de financiamiento respecto de las diversas funciones de la atención de la salud y las actividades relacionadas. La experiencia muestra que este cuadro es una herramienta importante para la estimación del gasto total en salud, por lo que debería ser uno de los puntos iniciales de interés en la iniciativa de las cuentas de salud. Sin embargo, en muchos países este cuadro no puede producirse de manera aislada, sino que es necesario estimarlo de manera simultánea con uno o con los dos cuadros antes examinados.

Gastos en salud por tipo de fuente de financiamiento y agente de financiamiento

5.17. El cuadro que muestra el gasto en salud por tipo de fuente de financiamiento y por agente de financiamiento (FSxFA) (ver cuadro 5.5, página 60) destaca los patrones de movilización de los recursos en el sistema de salud. Aborda la cuestión de “de dónde proviene el dinero” al mostrar las fuentes de financiamiento que contribuyen a cada agente de financiamiento. El cuadro muestra también qué tan prominente es el papel que desempeña cada fuente en el financiamiento de cada agente de financiamiento, así como en el gasto total en su conjunto. Este cuadro puede arrojar luz sobre importantes aspectos de la distribución de las contribuciones financieras al sistema de atención de la salud según los principales tipos de fuentes de financiamiento. Por ejemplo, los hogares y las empresas suelen contribuir al gasto total en salud por medio de gastos directos y de contribuciones para seguros sociales y privados. El cuadro FSxFA proporciona una contabilidad del total de todas estas contribuciones y de sus montos relativos.

5.18. En la clasificación de las fuentes de financiamiento, algunos fondos se caracterizan como ingresos generales del gobierno. Es posible rastrear dichos fondos aún más hasta identificar los impuestos pagados por las empresas, los hogares y el resto del mundo. Este ahondamiento en el análisis ayuda a evaluar la “incidencia del financiamiento”, lo que se ha hecho como parte del análisis de la equidad general del financiamiento en algunos países.

Costos de los recursos utilizados para producir bienes y servicios de salud

5.19. Se puede construir un cuadro que muestre los costos de los recursos utilizados para producir bienes y servicios de salud de dos formas diferentes a fin de ilustrar la participación que tienen en el gasto nacional en salud el valor de la mano de obra, los suministros farmacéuticos, el equipo y los edificios, etc. Esta información constituye una herramienta de monitoreo clave para determinar el desempeño global del sistema y proporciona una base para el análisis de la eficiencia de la producción y el uso de los recursos. Dado que las clasificaciones del costo de los recursos representan una herramienta de análisis estándar para el desarrollo de las estadísticas financieras gubernamentales y la compilación de registros fiscales y otros sistemas públicos de información, el enfoque de la “línea presupuestaria por objeto” de este cuadro es con frecuencia el primer paso que dan los países hacia el desarrollo de CNS más completas e integrales.

5.20. Las dos formulaciones de este cuadro difieren en la dimensión de columna utilizada. Si el cuadro se prepara para mostrar a los proveedores por costo de los recursos (PxRC), el interés se centra más en las diferencias de eficiencia entre los diferentes patrones de producción, en especial cuando esto puede vincularse con información adicional sobre las actividades y resultados de la atención de la salud. Si los agentes de financiamiento se usan en la dimensión de columna (FxAxRC), el cuadro facilitará la evaluación de las diferentes formas en que las diversas estrategias de financiamiento y asignación afectan las diferentes mezclas de “insumos”.

Cuadros que muestran la distribución del gasto en salud entre la población

5.21. Mientras que los cuadros analizados hasta ahora se centran en los mecanismos financieros de producción de los bienes, servicios y actividades circunscritos en el campo de acción de las cuentas de salud, los cuadros restantes se centran en la forma en que los gastos en el sistema se distribuyen entre la población. Los economistas se refieren a estos tipos de desgloses distribucionales como análisis “de incidencia de beneficios”.

5.22. El solo hecho de conocer la proporción del gasto total que llega a los diferentes grupos proporciona un importante panorama global del carácter distribucional –la equidad– del gasto del sistema de salud.

Por ejemplo, si el 20% más bajo de la población clasificada por ingreso, que suele ser también el menos saludable, es el beneficiario de, digamos, del 10% del gasto total en salud, este solo dato arroja luz sobre la justicia global del gasto en salud.

5.23. Las cuentas de salud enriquecen este tipo simple de análisis estadístico. Además de lograr una medición más precisa del gasto en salud de la que se obtendría a partir de una sola dimensión, la tabulación cruzada de las dimensiones de población con dimensiones tales como los agentes de financiamiento, los proveedores, las funciones y las fuentes de financiamiento ofrece un panorama mucho más rico de la equidad del sistema de salud. Por ejemplo, la medición de la forma en que los fondos procedentes de agentes de financiamiento específicos se distribuyen entre grupos específicos de población puede esclarecer quién financia la atención de la salud y para quién en la población. Los formuladores de políticas en muchos países se esfuerzan actualmente para entender qué proporción de la atención de la salud que recibe la gente pobre es financiada por agencias gubernamentales y qué proporción lo es mediante el gasto directo de los hogares efectuado por los mismos pobres.

5.24. La tabulación cruzada entre otras dimensiones produce también información de utilidad. Por ejemplo, saber a qué proveedores corresponde la mayor proporción del valor de los servicios suministrados a las mujeres o los niños es importante para los planificadores a cargo del diseño de las intervenciones dirigidas a mejorar la atención de la salud de dichos grupos. Los desgloses por funciones ayudan al analista a encontrar respuestas sobre la distribución entre la población de los gastos en servicios de salud pública o en tratamientos hospitalarios.

5.25. Como lo indican estas ilustraciones, existen diversos cuadros de CNS que pueden desarrollarse para mostrar la distribución del gasto entre la población. Cada cuadro tiene su importancia para las políticas del sistema de salud. Los cuadros que se analizan en esta *Guía* son ilustrativos de esta familia, pero los formuladores de políticas nacionales pueden solicitar otros cuadros de igual importancia, y los contadores de la salud nacional deberán proporcionárselos.

Gasto en salud por edad y sexo de la población

5.26. El cuadro 5.6 (ver página 61) proporciona un ejemplo de un cuadro que muestra el gasto en salud por edad y por sexo de la población. Este cuadro destaca la distribución de los bienes y servicios de salud entre los grupos de edad/sexo de la población tales como, por ejemplo, los niños, los grupos en edad avanzada o las mujeres en edad fértil. Tal información puede usarse para valorar la dirección de la asignación del gasto por edad y sexo según el tipo de pagador específico (por ejemplo, el éxito de los esfuerzos del ministerio de salud para incrementar el gasto en la salud infantil o la salud reproductiva de las mujeres). El cuadro puede también ayudar a los formuladores de políticas a evaluar la cobertura real de los seguros sociales por grupos específicos, tales como las mujeres de edad avanzada. La segunda dimensión de este cuadro podría referirse también a los proveedores (P), la función (F) o incluso la fuente de financiamiento (FS).

Gasto en salud por estatus socioeconómico de la población

5.27. Varía la composición del financiamiento de la atención de la salud propia en función de la posición que se ocupe en la sociedad? Este es el tipo de pregunta que puede ser contestada usando información de un cuadro CNS en el que se establezca una tabulación cruzada entre el gasto nacional en salud por agente de financiamiento y el estatus socioeconómico de los beneficiarios (ver cuadro 5.7, página 62). Mediante el uso de medidas tales como el ingreso de los hogares o el gasto de los hogares — quizá agrupando la población en quintiles — las cuentas de salud pueden usarse para evaluar qué tan bien los pagadores específicos dirigen su asignación a grupos vulnerables y qué proporción de la carga del gasto recae en los diferentes grupos. Analizadas a lo largo del tiempo, las cuentas pueden mostrar si las políticas diseñadas para mejorar la distribución de la carga de los costos de atención de la salud están logrando el efecto deseado.

5.28. También es posible construir tabulaciones cruzadas similares usando otras dimensiones, tales como las de proveedores y funciones. Un cuadro que muestre las funciones de salud cotejadas contra el estatus socioeconómico puede ayudar a evaluar el direccionamiento de tipos específicos de servicios de salud en función de la capacidad de pago de los beneficiarios. Los análisis de este tipo son una práctica ampliamente difundida en los estudios de equidad de la atención de la salud, y en el ámbito de las políticas han destacado una serie de malas distribuciones, como ocurre cuando los grupos de bajos ingresos soportan una proporción muy elevada del gasto privado en atención ambulatoria, o cuando los grupos de ingresos elevados reciben una gran proporción del gasto hospitalario público. Las medidas del estatus socioeconómico tales como la educación, el prestigio ocupacional, la raza y las características étnicas pueden usarse para esclarecer qué tan bien está protegiendo el sistema de atención de la salud a los miembros más vulnerables de la sociedad.

Gasto en salud por estado de salud de la población

5.29. La tabulación del gasto nacional en salud por estado de salud de la población es una de las actividades de cuentas nacionales que representa un mayor reto. Requiere de datos confiables sobre las condiciones o el diagnóstico de salud, procedentes tanto de los proveedores como de los pacientes, de forma que éstos puedan vincularse con los estimados del gasto, y con frecuencia este tipo de datos es difícil de obtenerse. Asimismo, muchas actividades de salud, tales como los chequeos médicos de rutina y las quejas sintomáticas no específicas, no conducen a un diagnóstico atribuible específico. Esto significa que existen grandes bloques de actividades de salud que no pueden atribuirse a ningún problema en concreto, lo que puede dificultar la separación de esta dimensión de actividades del sistema de salud en categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas. De hecho, lograr una asignación completa del gasto en salud de acuerdo con categorías de problemas de salud/enfermedad puede ser bastante difícil, si bien la asignación completa no siempre será requerida ya que muchas cuestiones de política se centran sólo en uno o dos problemas de salud.

5.30. A pesar de que el cuadro 5.8 (ver página 63) que aquí se muestra a manera de ejemplo presenta a los agentes de financiamiento como la dimensión de columnas, las dimensiones de proveedor o de función pueden ser igualmente adecuadas, si no es que más, para fines de diversos análisis de políticas. El uso de la dimensión de agente de financiamiento muestra quién paga por las actividades de salud dirigidas a problemas específicos, y qué proporción de su gasto total se ejerce en estos problemas. El uso de la dimensión de proveedor muestra quién proporciona las actividades de salud dirigidas a problemas específicos y qué proporción de sus recursos totales se utilizan en estos problemas. El uso de la dimensión de función muestra qué tipos de servicios de atención de la salud se usan para el manejo de problemas específicos, y qué proporción del esfuerzo asociado con estos servicios (en términos financieros) se invierte en estos problemas. Cada uno de estos conjuntos de cuestiones es importante respecto de diferentes propósitos relacionados con las políticas y los programas, y los contadores de la salud deberán ajustar sus cuadros a la medida de las necesidades de política, tanto actuales como previstas para el futuro.

Gasto en salud por región geográfica

5.31. Con mucha frecuencia se solicita a los contadores de la salud que produzcan cuadros que muestren la distribución de los gastos por agentes de financiamiento por regiones geográficas específicas en un país. Por lo general, estas regiones se definen de acuerdo con el interés de política nacional (provincias/estados o grupos de provincias, zonas económicas, etc.). Los desgloses geográficos revisten una utilidad especial en países con una descentralización administrativa o financiera, ya que los cuadros pueden representar importantes herramientas para evaluar el impacto fiscal de la autoridad distribuida en el gasto.

5.32. El cuadro 5.9 (ver página 64) ofrece un ejemplo en el que se muestra el gasto en salud por región geográfica. Tal como ocurre con los demás cuadros descritos en este capítulo, el uso de la dimensión de proveedor o de función para fines de tabulación cruzada, más que la de agente de financiamiento, ayuda a ajustar los cuadros a las necesidades de política. Por ejemplo, los formuladores de política pueden querer saber el grado en que las diferentes regiones dependen de diferentes tipos de proveedores para la prestación de atención. El cuadro que aquí se presenta es sólo un ejemplo del aspecto que cobra una distribución regional; en realidad, son los intereses de política nacionales los que determinarán las dimensiones y clasificaciones que se utilicen.

El tiempo como una dimensión de los cuadros de cuentas de salud

5.33. Dada la importancia de las tendencias en el tiempo en el análisis del sistema de salud, muchos países han incluido cuadros en sus cuentas de salud que incorporan de manera explícita una dimensión de tiempo. El cuadro 5.10 muestra un ejemplo de un cuadro así (ver página 65).

5.34. A pesar de que estos cuadros representan partes importantes de la presentación de las cuentas de salud, en esta Guía no se abordan de manera directa. La Guía destaca la necesidad de una consistencia a lo largo de los años sujetos a estimación, así como la utilidad de múltiples años de estimados con el fin de triangular dichas estimaciones (es decir, efectuar cotejos cruzados). Los equipos de cuentas de salud deben desarrollar una serie de tiempo confiable de las estimaciones del gasto en salud tan pronto como les resulte posible. Cuadros tales como el cuadro 5.10 pueden derivar de series de tiempo del tipo de cuadros transversales descritos en este capítulo, o bien, pueden construirse como precursores de dichos cuadros.

Desarrollo de un conjunto de cuadros para las cuentas nacionales de salud

5.35. A medida que los contadores de la salud formulan sus planes de trabajo, deberán decidir dos puntos en relación con los cuadros. Primero, ¿qué cuadros deben incluirse? Segundo, ¿qué cuadros deben prepararse primero y cuáles después?

5.36. La respuesta a la primera pregunta radica en los imperativos de política del país. Los formuladores de políticas nacionales tienen necesidades específicas de información que deben satisfacer si se quiere que las cuentas de salud sean de utilidad. Estas necesidades pueden ser obvias, o quizá sea necesario identificarlas examinándolas directamente con los usuarios potenciales. En cualquier caso, resulta aconsejable que se incluya a dichos usuarios en el análisis que conduzca a la formulación del conjunto de cuadros de cuentas de salud. Además de los asuntos de políticas nacionales, los países pueden enfrentar otras demandas respecto de sus cuentas de salud. Por ejemplo, a los países miembros de la Unión Europea se les ha solicitado que trabajen en el desarrollo de los cuadros expuestos en el manual de SCS, muchos de los cuales - si bien no todos - aparecen también en este capítulo. Por último, existen algunos cuadros que naturalmente tendrán un lugar asegurado en las cuentas de salud en virtud de su utilidad para estimar los totales que serán distribuidos o cotejados contra otros cuadros.

5.37. En cuanto a los cuadros que deberían prepararse primero, de nuevo la respuesta radica en circunstancias específicas de cada país. Lo que se deduce de la experiencia de países que han desarrollado cuentas de salud es que el punto de partida es el análisis de los agentes de financiamiento. El siguiente paso de la estimación dependerá de la disponibilidad y la calidad de los datos con los que el equipo de cuentas de salud cuente. Los capítulos 9 al 14 de esta Guía presentan un panorama de diferentes acercamientos a la estimación, así como una secuencia detallada del “cómo”, basada en ejemplos del mundo real y en el caso de un país ficticio con una cantidad moderada de datos.

Cuadro 5.3 Gasto nacional en salud por tipo de proveedor y por función (PxF)

Funciones	Proveedor									Total
	HP.1 Hospitales	HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	HP.7 Las demás ramas de actividad	HP.8 Instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud	HP.9 Resto del mundo	
HC.1 Servicios de atención curativa										
HC.2 Servicios de rehabilitación										
HC.3 Servicios de atención de larga duración										
[registros de filas adicionales]										
Gasto nacional en salud										

Notas: Este cuadro corresponde al cuadro 2 del manual del sistema de cuentas de salud de la OCDE (SCS). En la práctica, es probable que se incluyan filas y columnas adicionales que obedecerán a intereses de políticas nacionales. Este formato tiene únicamente propósitos ilustrativos. HP.8 será aplicable únicamente si el gasto nacional en salud se define de manera más amplia que el total en SCS (SHA).

Cuadro 5.4 Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por función (FAxF)

Agentes de financiamiento											
Funciones	HF.1 Administraciones públicas				HF.2 Sector privado					Total	
	HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social			HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.1 Seguros sociales privados	HF.2.2 Pagos directos de los hogares	HF.2.3 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF.2.4 Empresas (excepto seguros médicos)	HF.2.5 Otros fondos privados		HF.3 Resto del mundo
	HF.1.1.1 Administración central	HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	HF.1.1.3 Administraciones locales / municipales								
HC.1 Servicios de atención curativa											
HC.2 Servicios de rehabilitación											
HC.3 Servicios de atención de larga duración											
[registros de filas adicionales]											
Gasto nacional en salud											

Notas: Este cuadro corresponde al cuadro 4 del manual del sistema de cuentas de salud de la OCDE (SCS). En la práctica, es probable que se incluyan filas y columnas adicionales que obedecerán a intereses de políticas nacionales. Este formato tiene únicamente propósitos ilustrativos.

Cuadro 5.5 Gasto nacional en salud por tipo de fuente de financiamiento y por tipo de agente de financiamiento (FSxFA)

Fuentes de financiamiento												
Agentes de financiamiento	FS.1 Fondos públicos ^a				FS.2 Fondos privados						Fondos del resto del mundo	Total
	FS.1.1.1 Ingreso del gobierno central	FS.1.1.2 Ingreso de las administraciones regionales y municipales	FS.1.2 Otros fondos públicos	Total	FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de hogares	FS.2.3 Instituciones sin fines de lucro al servicio de las personas	FS.2.4 Otros fondos privados	Total			
HF.1.1.1 Administración central												
HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales												
HF.1.1.3 Administraciones locales / municipales												
HF.1.2 Administraciones de seguridad social							a					a
HF.2.1 Seguros sociales privados							a					a
HF.2.2 Empresas de seguro privadas							a					a
HF.2.3 Pagos directos de los hogares												
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares												
HF.2.5 Empresas (excepto seguros médicos)												
HF.3 Resto del mundo												
Total de fondos suministrados												

Notas: Las celdas sombreadas son inaplicables. En la práctica, es probable que se incluyan filas y columnas adicionales que obedecerán a intereses de políticas nacionales. Este formato tiene únicamente propósitos ilustrativos.

^aÚnicamente contribuciones programáticas. Las contribuciones de las instituciones para sus emdos se incluyen en FS.2.1.

Cuadro 5.6 Gasto individual en salud por tipo de agente de financiamiento y por edad y sexo en la población

Edad y sexo de la población		Agentes de financiamiento									
		HF.1 Administraciones públicas				HF.2 Sector privado					
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social			HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.1 Seguros sociales privados	HF.2.2 Empresas de seguro privadas	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF.2.5 Otros fondos privados	HF.3 Resto del mundo
		HF.1.1.1 Administración central	HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	HF.1.1.3 Administraciones locales / municipales							
Infantes 0-1	H										
	M										
Preescolares 1-4	H										
	M										
Escolares 5-14	H										
	M										
Adultos reproductiva 15-44	H										
	M										
Adultos 45-64	H										
	M										
Adultos 65-74	H										
	M										
Adultos mayores 75-84	H										
	M										
Adultos viejos 85+	H										
	M										
Todas las personas	H										
	M										
TODOS											

Notas: Este cuadro corresponde al cuadro 7 del manual del sistema de cuentas de salud de la OCDE (SCS). El gasto en salud individual incluye las categorías funcionales de HC.1 a HC.5. En la práctica, es probable que se incluyan filas y columnas adicionales que obedecerán a intereses de políticas nacionales. Este formato tiene únicamente propósitos ilustrativos.

Cuadro 5.7 Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por quintil de gasto *per capita* de los hogares

Quintil de gasto per capita del hogar en todos los bienes y servicios	Agentes de financiamiento										Total ^a	
	HF.1 Administraciones públicas				HF.2 Sector privado							
	HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social			HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.1 Seguros sociales privados	HF.2.2 Empresas de seguro privadas	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF.2.5 Empresas (excepto seguros médicos)	HF.3 Resto del mundo		
	HF.1.1.1 Administración central	HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	HF.1.1.3 Administraciónes locales / municipales									
Quintil más bajo												
Quintil II												
Quintil III												
Quintil IV												
Quintil más alto												
Total												

Notas: El gasto per capita de los hogares se usa como un ejemplo de medida de estatus socioeconómico. La medida específica y el número de agrupaciones variará según cada caso.
^aEn la mayoría de los países que preparan este cuadro se usa el gasto en salud individual (HC.1 to HC.5). Los analistas deberán especificar qué medida de gasto en salud se está usando.

Cuadro 5.8 Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por grupo de enfermedad^b

Grupos de enfermedad	Agentes de financiamiento										Total ^a
	HF.1 Administraciones públicas				HF.2 Sector privado						
	HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social			HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.1 Seguros sociales privados	HF.2.2 Empresas de seguro privadas	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF.2.5 Empresas (excepto seguros médicos)		
	HF.1.1.1 Administración central	HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	HF.1.1.3 Administraciones locales / municipales								
GBD. 1 Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y deficiencias de la nutrición											
GBD. 1.1.2 Enfermedades transmitidas sexualmente											
GBD. 2 Afecciones no transmisibles											
GBD. 3 Lesiones											
Total											

Notas: Los grupos de enfermedad se muestran sólo como ejemplos. La clasificación usada y las categorías que se muestren variarán dependiendo de cada caso.

^aLos analistas deben especificar qué medida total se está usando.

^bLas notas que acompañen el cuadro deberán explicar la forma en que la dimensión de enfermedad se dividió a fin de evitar un traslape entre categorías.

Cuadro 5.9 Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por región^a

Grupos de enfermedad	Agentes de financiamiento									
	HF.1 Administraciones públicas			HF.2 Sector privado						
	HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social			HF.1.2	Seguros sociales privados	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	Empresas (excepto seguros médicos)	Resto del mundo
	HF.1.1.1 Administración central	HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	HF.1.1.3 Administraciones locales / municipales	Administraciones de seguridad social						
Región I										
Región II										
Región III										
[filas adicionales]										
Gasto nacional en salud										

Notas: Las unidades geográficas son específicas de cada país y corresponden al nivel en el que se toman las decisiones; dichas unidades tendrán un nivel de agregación para integrar subtotales significativos cuando son demasiado numerosas (e.g., municipios).

^aLos analistas deberán especificar si el cuadro se preparó por lugar de residencia o por lugar de servicio.

Cuadro 5.10 Clasificación funcional de los gastos gubernamentales en salud, Nepal, 1990-2000

Resumen de los gastos por función del Ministerio de Salud (Rs. '000)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000
Servicios de atención curativa	304469	386869	478479	598456	807697	1047330	1089940	1540959	1793431	1986473
Atención hospitalaria	96794	112760	136199	162175	257741	281617	281767	505113	637507	549209
Atención ambulatoria	207675	274109	342281	436281	549956	765713	808174	1035847	1155924	1437264
Servicios de rehabilitación				185						
Servicios auxiliares de atención médica	6390	4137	5208	6748	20416	12591	8423	9209	9266	10452
Productos médicos suministrados a pacientes ambulatorios	16683	58539	12961	52152	156245	195262	232736	156028	317394	295110
Servicios preventivos y de salud pública	434006	427440	448929	534916	532114	490432	503089	536795	489690	591213
Administración de programas de salud y seguros médicos	66018	69338	132586	76843	203139	284301	804883	737954	891189	927960
Formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud	15524	39576	106036	117994	74000	121393	147642	133088	130151	189828
Gasto total en salud	843090	985899	1184199	1387294	1793611	2151309	2786713	3114033	3631121	4001036
Funciones relacionadas con la salud	41780	37452	30448	74058	276423	384205	671268	736006	276102	316480
Resumen de los gastos por proveedor del Ministerio de Salud (Rs. '000)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000
Hospitales de la administración central	56787	66251	72815	120848	239448	252706	265520	572795	720137	614151
Hospital regional	10000	10700	37700	72530	271759	375500	662175	728300	269300	309500
Hospital de zona	22895	26500	33000	33000	43000	49000	51450	53800	63800	64000
Hospital distrital	48596	57635	71055	73200	79053	98305	95879	103195	124987	105933
Unidades centrales no hospitalarias de servicios médicos	9045	6872	9125	10724	24990	16602	12102	13465	13948	14916
Unidades distritales no hospitalarias de servicios médicos	165483	225783	283909	366777	437996	628769	654456	792369	864707	1169889
Servicio gubernamental de salud pública	456993	443756	499933	536877	527540	481921	494410	530039	482508	586749
Administración central y otras instituciones	112077	182329	203288	243469	439282	628314	1207514	1041076	1349636	1426578
Producción de medicina tradicional										
*Singha durbar vaidyakhana	2994	3525	3822	3927	6966	4397	14475	15000	18200	25800
Gasto TOTAL (incluye las funciones relacionadas con la salud)	884870	1023351	1214647	1461352	2070034	2535514	3457981	3850039	3907223	4317516

Nota: Gastos expresados en miles de rupias.

Fuente: Data International, Nepal Health Economics Association, and Sri Lanka Institute of Policy Studies. Equity in Financing and Delivery of Health Services in Bangladesh, Nepal and Sri Lanka. Colombo Institute of Policy Studies, 2001 (<http://www.ips.lk>)

*Tienda de descuento de fármacos ayurvédicos subsidiada por el gobierno, que se ubicó en un edificio llamado Singha Durbar.

Capítulo 6

Datos y cuentas nacionales de salud

6.01. Una vez que se ha establecido el marco de referencia para las cuentas de salud de un país, la siguiente tarea consiste en reunir una base de datos que sirva para estimar las partes que integran ese marco de referencia. La comprensión sólida de las características y la fiabilidad de los datos subyacentes es fundamental para el desarrollo de cifras de calidad sobre el gasto nacional en salud, por lo que será necesario invertir una gran cantidad de tiempo en la búsqueda, evaluación y comparación de fuentes de datos a fin de identificar aquellas que mejor capturen las transacciones y los flujos de recursos que tienen lugar en el sistema de salud.

6.02. En muchos países, una gran parte de los datos requeridos para las cuentas de salud son datos que se encuentran “a la mano.” Los informes existentes y los diversos proyectos estadísticos nacionales pueden ser excelentes fuentes de datos, y también pueden usarse para identificar otras fuentes de información. Todos los documentos, ya sean gubernamentales, académicos, informes de agencias externas u otros, deben tomarse en cuenta. Esto representará un inicio productivo, si bien será necesario evaluar aún la calidad de los datos disponibles en lo que se refiere a su aplicación a las cuentas de salud; asimismo, será necesario emprender una búsqueda a fin de localizar los datos faltantes para completar las cuentas. Por lo tanto, la recolección de datos para la contabilidad de la salud tienen cuatro objetivos:

- usar todos los datos existentes que sean aplicables;
- ajustar los datos existentes con base en un criterio de idoneidad;
- mejorar o enriquecer las encuestas y los registros administrativos que tienen una posibilidad de adecuación potencial;
- disponer lo necesario para la recolección o generación de los datos “faltantes”.

6.03. Será necesario tener en mente las dimensiones del gasto en salud que se estimarán al momento de reunir los datos. ¿Se desarrollarán cuentas a nivel subnacional? ¿Se llevará a cabo una desagregación del gasto por tipo de enfermedad, o por grupos de población? En caso afirmativo, ¿qué agrupamientos se usarán? Las respuestas a preguntas de este tipo ayudarán a determinar qué datos deben buscarse y de qué forma habrá que reunirlos y analizarlos. El tiempo que se invierta en el desarrollo y la revisión del plan analítico que regirá las cuentas – los usos de política para los que servirán – será un tiempo bien invertido en esta fase del proyecto.

6.04. Esta parte de la *Guía* examina las fortalezas y las debilidades de los diversos tipos de datos que pueden usarse en las cuentas nacionales de salud (CNS), y ofrece algunas sugerencias para hacer frente a las debilidades. Esto es importante ya que al desarrollar estimaciones para cualquier entrada determinada, el contador de la salud se topará con una de tres situaciones:

- *No hay datos disponibles.* Esto, por supuesto, requiere que se desarrollen nuevas fuentes de datos, de preferencia de la forma más eficaz y eficiente posible.
- *Sólo hay una fuente de datos.* Esta situación es preferible a la ausencia de datos, pero requiere de cualquier forma una evaluación de la calidad de esa única cifra (determinar si es muy elevada, o demasiado baja, o si es correcta) con un mínimo de evidencia para corroborarla, o incluso sin que ésta exista.
- *Existe más de una fuente de datos.* Esta situación es aún mejor, pero plantea sus propios problemas, a saber, es probable que las fuentes no concuerden en el valor del elemento sujeto a estimación. ¿Cuál de las fuentes es mejor? ¿Cómo puede explicarse el uso de una y no de la otra? O bien, ¿debería la estimación final ubicarse en un punto intermedio entre ambos valores?

6.05. La naturaleza de matriz de la contabilidad de la salud es de gran ayuda en las tres situaciones. Ello en virtud de que crea un contexto en el que cualquier estimación determinada debe quedar ajustada en función del establecimiento de una suerte de límite superior e inferior para el valor del número.

Creación de un plan de datos

6.06. Antes de empezar a llenar los cuadros que abarcan las CNS – esto es, antes de estimar las entradas que contienen –, es importante planear la obtención de los datos que se usarán. Tal como ocurre con otras etapas del desarrollo de las cuentas de salud, los minutos invertidos en la planeación inicial ahorrarán horas enteras más adelante en el curso del proceso, así como un gasto potencialmente considerable de falsos arranques, callejones sin salida y reinicios.

6.07. Un requisito previo de gran importancia para planear adecuadamente los datos es la descripción esquemática preliminar del sistema de salud, descrita en el capítulo 2. La recopilación de datos no debe ser ni un proceso aleatorio ni una recolección indiscriminada de cada número a la vista; ambos constituyen un esfuerzo desperdiciado. El conocimiento de los actores que participan en el sistema ayuda a dirigir el tiempo de los contadores y los recursos hacia las fuentes más probables de información, sin que ello signifique necesariamente que el ámbito de la exploración deba limitarse.

6.08. Esta es otra de las fases de las CNS en las que la existencia de un comité directivo puede ser de utilidad. Ya sea que los datos requeridos para las cuentas de salud existan o deban recolectarse, es probable que se requiera alguna forma de persuasión. Un comité bien conectado puede ayudar a identificar las fuentes potenciales de datos. Sus integrantes pueden abrir puertas en ministerios y agencias, así como asegurar la cooperación del personal y los directivos que laboran en los mismos. El comité directivo puede también propugnar por la recopilación de nuevos datos ante autoridades estadísticas y presupuestales.

6.09. El plan de datos debe centrarse en diversos aspectos. En el caso de cada una de las dimensiones de las cuentas de salud, el plan debe indicar cuáles serán las fuentes de datos con las que se deberá establecer contacto y quién será responsable de dicho contacto. El plan debe señalar qué tipos de información se requieren, incluyendo el periodo de tiempo que será cubierto y el detalle deseado de los datos. El plan deberá incluir también un lapso de tiempo tentativo durante el cual se obtendrán los datos, si bien será necesario modificar esta línea de tiempo muchas veces a medida que la disponibilidad de datos se vaya explorando con las fuentes de información.

6.10. Es frecuente que el inventario de datos cubra un mayor nivel de detalle del que se buscaba para efectos de publicación. El objetivo no es construir algún tipo de matriz gigantesca, sino más bien apoyar el proceso que servirá para identificar si todas las unidades regionales, locales y extrapresupuestarias proporcionan información, y entender mejor el funcionamiento del sistema y los registros generados por cada unidad o grupo de agentes. Es muy posible que los requerimientos de datos para las cuentas de salud se modifiquen como resultado de la información generada en este proceso, a medida que se vaya documentando la cobertura real de los datos y que se establezca la necesidad de imputar valores faltantes.

6.11. El inventario de datos debe ser completo; debe incluir todas las entidades gubernamentales, incluyendo aquellas actividades o beneficios que no están disponibles para el público en general (por ejemplo, el ministerio de la defensa). También debe incluir las instituciones sin fines de lucro y los grandes actores privados que proveen o subsidian un seguro de salud para sus empleados o que proporcionan servicios de salud directamente a sus empleados o al público.

6.12. Parte del proceso de obtención de datos puede muy bien implicar la realización de esfuerzos de promoción y de educación por parte de los contadores de la salud y el comité directivo. Esta actividad es útil no sólo para identificar nuevas fuentes de datos y contactos, sino también para “vender” el concepto de cuentas de salud y mejorar la calidad de participación de los encuestados en la generación de datos. El recuadro 6.1 (ver página 70) presenta un ejemplo real de Ruanda, el cual muestra la forma en que las cuentas de salud mejoran cuando los contadores de la salud se mudan de un papel pasivo a uno activo en la recopilación de datos.

Recuadro 6.1**Mejoramiento de las respuestas a la encuesta sobre cuentas nacionales de salud en Ruanda**

La experiencia del equipo de cuentas de salud en Ruanda ilustra cómo los resultados de una encuesta pueden mejorar mediante una campaña de educación. Como parte del ejercicio de cuentas de salud, un Comité Directivo de representación amplia guió la actividad de recopilación sistemática y extensa de datos.

En septiembre de 1999 se envió una primera ronda de cuestionarios a 268 entidades activas en nueve categorías diferentes del sector salud. Luego de tres meses, sólo 30% de los cuestionarios habían sido regresados y la validez de la información no era satisfactoria. En respuesta, el Ministerio de Salud, en colaboración con contrapartes internacionales, organizó un taller de tres días al que asistieron representantes del sector público, así como un taller de un día con organizaciones externas. El propósito de estos talleres era analizar la necesidad de las cuentas nacionales de salud en el contexto de las reformas del sector salud. Al término de los talleres en enero de 2002, 268 cuestionarios se enviaron de nuevo a todas las entidades. Un equipo de personal de los ministerios de salud y finanzas ayudó a las entidades del sector público a completar los cuestionarios. Como resultado de esta asistencia, la tasa global de respuesta se había incrementado a un 54% en marzo de 2000, y los cuestionarios estaban mejor respondidos.

Aun así, las tasas bajas de respuesta persistieron entre los profesionales de la salud privados y los empleadores. Estas tasas pueden atribuirse al temor de que la información que se proporcione pueda usarse en contra de los encuestados por parte de las autoridades fiscales. Los talleres y las visitas de seguimiento para mejorar la información reunida de las entidades de gobierno de nivel central no tuvieron mucho éxito, en parte porque los encuestados no contaban con sistemas de información que les permitieran suministrar datos sobre ingresos relacionados con la salud por fuente y sobre gastos por línea presupuestaria y función. Como resultado, se tomó la decisión de recopilar datos a un nivel más agregado, como por ejemplo información sobre costos de personal, medicamentos y otros costos recurrentes.

La experiencia en el equipo de cuentas de salud de Ruanda puso de relieve la existencia de lagunas en el sistema de información y aumentó la conciencia de los formuladores de política sobre la importancia de contar con la información correcta para la formulación de políticas. Un resultado importante fue la realización de un mayor esfuerzo para desarrollar un sistema de información gerencial y para mejorar la administración financiera en el sistema de salud de Ruanda.

6.13. Cabe destacar el papel general de las organizaciones internacionales como fuentes de información. El Banco Africano de Desarrollo (African Development Bank), el Banco Asiático de Desarrollo (Asian Development Bank), el Banco Caribeño de Desarrollo (Caribbean Development Bank), el Banco Europeo de Inversión (European Investment Bank), el Banco Europeo para la Reconstrucción y Desarrollo (European Bank for Reconstruction and Development), the European Union PHARE and TACIS programmes, el Banco Interamericano de Desarrollo (Inter-American Development Bank), el Banco Islámico de Desarrollo (Islamic Development Bank), el Fondo Monetario Internacional (International Monetary Fund), el Fondo de OPEC (OPEC Fund), el Banco Mundial (World Bank), las agencias inter-gubernamentales que proporcionan análisis de las estructuras social y económica de Estados Miembros (incluyendo la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas a Favor de la Infancia, la Oficina Internacional del Trabajo, el Consejo Europeo (Council of Europe) y el Secretariado de la Mancomunidad Británica (Commonwealth Secretariat)), todas ellas producen informes que describen y promueven principios de gobernanza avanzada. Estas organizaciones rara vez representan fuentes primarias de datos; con excepción de unos cuantos casos, proveen evidencia secundaria y tienden a no entrar en grandes detalles. Aun así, siguen teniendo un valor para el contador de la salud ya que señalan fuentes de datos que contienen

información específica por países o por temas e informan sobre lineamientos metodológicos de reciente modificación o desarrollo. Algunas de ellas son también de ayuda pues suministran metodologías para alcanzar objetivos particulares; por ejemplo, la publicación *Monitoring financial flows for health research* del Foro Global para la Investigación en Salud (Global Forum for Health Research)

6.14. La búsqueda y valoración de las fuentes de datos representa una tarea sin fin. Las fuentes de datos van y vienen con el tiempo, y lo mismo ocurre con la calidad de su información. Al paso de pocos años, es conveniente revalorar cíclicamente cada una de las fuentes de datos, cuadros, clasificaciones y productos. En los periodos intermedios entre una y otra revisión a fondo, el personal de cuentas de la salud debería indagar de manera constante sobre nuevas fuentes de datos a medida que las instituciones y los arreglos financieros cambian. El plan de datos debería reflejar la disponibilidad de recursos, la experiencia del personal y la disponibilidad de opciones tales como los recursos para establecer nuevas encuestas, las posibilidades potenciales de corrección de las encuestas existentes, o el uso de información anecdótica y de otros tipos de datos no estadísticos para preparar estimaciones gruesas y ajustes y establecer los fundamentos para una mejor y más sistemática recopilación de datos en el futuro. Los planes de datos evolucionarán a medida que el proceso de estimación avance, pero ello no resta importancia a la estructura preliminar como un requisito esencial para un trabajo eficiente del equipo de cuentas de salud.

Panorama de las fuentes de datos

6.15. Existen tres aspectos de cada fuente de datos que es necesario considerar al reunir los datos que se usarán para construir las cuentas de salud de un país, a saber, el origen de los datos, el motivo por el que se recopilaron los datos y el nivel de detalle de los mismos. Cada uno de éstos tiene implicaciones que repercuten en la probabilidad de que los datos sean de calidad, adecuados y suficientes.

6.16. El origen de los datos tiene implicaciones para su utilidad en la CNS. El cuadro 6.1 (ver páginas 77 y 78) caracteriza los datos según su origen. Las caracterizaciones que muestra son muy generales, por lo que cada conjunto de datos debería evaluarse caso por caso, y sobre una base periódica.

6.17. El segundo atributo de una fuente de datos es el motivo por el que éstos se recopilan. Esta motivación tiene importantes implicaciones no sólo para la precisión de los datos, sino también para el grado de sesgo, tal como se muestra en el cuadro 6.2 (ver página 79). Al igual que con la caracterización según el origen de los datos, las fortalezas y debilidades que se atribuyan a estas categorías de datos son generales, por lo que cada fuente de datos deberá evaluarse en forma independiente.

6.18. Los datos no sólo se capturan en diferentes puntos del flujo de fondos desde la fuente hasta su uso final, sino que guardan diferentes niveles de detalle (granularidad). Este aspecto de los datos es importante en cuanto a sus implicaciones para el almacenamiento de los datos y el volumen de datos que se analizará. Al respecto, el número de personas sobre las que hay que tener información es superior al de los proveedores, e incluso hay un mayor número de eventos que de personas. Por ejemplo, en el sistema de seguro social Medicare de los Estados Unidos, 485 000 médicos trataron a 28 700 000 personas en 1999 y proporcionaron 850 000 000 servicios cubiertos. En este caso, el mantenimiento de registros en el nivel de eventos requiere un almacenamiento de información cerca de 2000 veces superior que el que se requiere para guardar los datos en el nivel de proveedor. El cuadro 6.3 (ver página 80) contiene un resumen general de este aspecto de los datos.

¿Qué datos se necesitan

¿Qué datos se necesitan?

6.19. Al catalogar los conjuntos de datos disponibles, es importante tener en cuenta que la finalidad es llenar las matrices de las CNS. Esto puede parecer una obviedad, pero lo cierto es que es relativamente fácil desviarse del camino con fuentes de datos interesantes, o por el deseo de arreglar las debilidades en un conjunto de datos, lo que ocasiona un alejamiento del verdadero objetivo del ejercicio. Para llenar los cuadros que se describen en el capítulo 5 se requieren datos que ofrezcan información acerca de cada una de las dimensiones de dichos cuadros.

6.20. De manera alternativa, se puede pensar en los diversos actores del sistema de salud, y organizar la recopilación de datos en concordancia. La lista de los actores que se presenta a continuación no es mutuamente excluyente, sino que más bien busca mapear las necesidades que deben considerarse al reunir las fuentes de datos.

6.21. *Las entidades gubernamentales* pueden desempeñar cualquiera de los papeles en el marco de referencia teórico de la contabilidad de la salud. Pueden ser fuentes de fondos, agentes de financiamiento o proveedoras de atención. Con frecuencia, una entidad puede desempeñar más de un papel al mismo tiempo. Por lo tanto, es necesario que los datos incluyan información sobre el origen del dinero de las entidades gubernamentales, a quién se lo dan y si lo hacen como financiamiento, reembolso o como prestación de servicios (o alguna combinación de éstos). Si la entidad hace más que simplemente financiar otras entidades, entonces será necesario también capturar los tipos de bienes y servicios en los que se aplicaron los gastos, así como las poblaciones que se beneficiaron con dichos gastos.

6.22. Los *empleadores* pueden también desempeñar cualquiera de los papeles del marco de referencia teórico. Pueden pagar impuestos a fondos de seguridad social y primas a fondos de seguros sociales, pueden rembolsar a los empleados por sus gastos de hogar o pueden proveer servicios directamente a sus empleados y sus dependientes. En varios países de ingresos medios y bajos, los empleadores también financian instituciones sin fines de lucro. Los datos sobre las cuentas de salud necesitan capturar los diferentes tipos de desembolsos por parte de los empleadores, así como la finalidad de dichos desembolsos.

6.23. Los *hogares* pagan impuestos y primas de seguros, y también efectúan gastos de bolsillo para cubrir servicios médicos. Asimismo, pueden recibir dinero en forma de reembolso por desembolsos efectuados, por lo que las fuentes de datos deben ser capaces de capturar estos flujos de dinero. Para examinar la distribución del gasto entre los diversos subconjuntos de la población será necesario conocer algo acerca del hogar, ya sea su ingreso, por ejemplo, o su gasto total en todos los bienes y servicios en el curso del año.

6.24. *Las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones externas* pueden ser fuentes de financiamiento o proveedoras de atención. Tal como ocurre con las entidades gubernamentales, es importante saber de dónde provienen sus fondos, a quién se proporcionan éstos y los tipos de bienes y servicios proporcionados o comprados en favor de consumidores.

6.25. *Las compañías de seguros y los fondos de seguros sociales* suelen desempeñarse como agentes de financiamiento, pero en algunos países también operan sus propias unidades de atención. Como en el caso de otros actores, es importante conocer de dónde obtienen las aseguradoras su dinero, y cómo y en quién se desembolsan estos fondos. Es necesario comprender la naturaleza del aseguramiento, es decir, saber si se trata de un seguro social gubernamental, de un seguro social privado o de seguros médicos voluntarios adquiridos individualmente. También es importante conocer las operaciones de las aseguradoras, es decir, qué tanto gastan en administración y qué tanto retienen como superávit.

6.26. En el caso de los *proveedores de la atención*, es importante conocer qué tipos de servicios o de bienes producen y quién les paga por producir dichos servicios o bienes. Los datos que muestran a quién se proporcionaron los servicios y qué se requirió para producirlos tienden a ser poco frecuentes, por lo que los contadores de la salud que tienen acceso a dichos datos pueden considerarse afortunados.

6.27. En el caso de los *consumidores de bienes y servicios* se requerirá información acerca de las características sociales, demográficas, económicas y de salud de los beneficiarios del gasto. El conocimiento sobre el nivel de gasto por unidad beneficiaria y los tipos de coberturas de los seguros disponibles es una pieza de información de gran importancia para unas buenas cuentas de salud. La frecuencia con que se produzcan tales datos desempeñará un papel de peso en la decisión acerca de la frecuencia con la que deberán producirse los cuadros con la distribución del gasto entre estas poblaciones.

6.28. En el caso de cualquiera de los actores enunciados antes, el objetivo debería ser contar por lo menos con información sobre montos monetarios. Conocer algo acerca de las unidades de servicio es útil para evaluar y validar, así como para triangular las estimaciones (verificación cruzada de las estimaciones procedentes de diferentes fuentes). El conocimiento acerca de los activos de los proveedores o los aseguradores puede ayudar un poco a verificar qué tan razonables son las estimaciones, y puede ser crítico si los formuladores de políticas solicitan un cuadro que muestre las reservas de capital del sistema de salud (tema que no se analiza en esta *Guía*).

6.29. En suma, al recopilar datos sobre cualquier actor, es importante tener presentes los siguientes aspectos: ¿Quiénes son estos actores? ¿De dónde obtuvieron sus fondos? ¿A quién dieron esos fondos? ¿Qué recibieron a cambio? Con estos cuatro puntos en mente, el siguiente capítulo abordará el tema de los datos y su asociación con actores particulares en el sistema de salud.

Evaluación de la calidad de una fuente de datos

6.30. El trabajo del contador de la salud va más allá de simplemente reunir un conjunto de datos, así como el del entomólogo va más allá de coleccionar simplemente algunos insectos. Al igual que el entomólogo, el contador de la salud persigue temas esquivos y frágiles; y al igual que él, el contador de la salud debe catalogar lo que ha sido capturado, examinar sus características, compararlo con otras especies conocidas y, finalmente, decidir si constituye o no una adición valiosa a su colección.

6.31. La decisión de si una fuente de datos debe o no usarse es crítica para el éxito del ejercicio de las CNS. La precisión y la integridad de las cuentas de salud no dependen sólo de la cantidad de datos disponibles en el país. La causa substancial de error en las estimaciones publicadas no es la falta de datos, sino el uso acrítico de los datos disponibles, o la no consideración de todas las fuentes disponibles. De manera inversa, la contribución de mayor peso para lograr estimaciones de gran calidad es la comprensión de qué datos deben usarse, cuándo debe usárseles, qué tanto se debe confiar en ellos y cómo deben ajustarse.

6.32. La parte final de este capítulo se centra en la forma de evaluar la calidad de un conjunto de datos. Hasta cierto punto, la calidad, al igual que la belleza, dependen del que las mira, pero existen algunas dimensiones por completo pragmáticas en función de las cuales resulta posible juzgar. Para fines de este análisis, los datos pueden separarse en dos tipos: datos de encuestas y datos no procedentes de encuestas.

Calidad de los datos de la encuesta

6.33. Los datos de la encuesta desempeñan un papel crítico en la estimación del gasto nacional en salud. Por lo general, constituyen la principal fuente de información sobre el gasto de los hogares en atención de la salud (y también pueden proporcionar una cantidad significativa de información acerca de otras dimensiones de las cuentas de salud, tales como las actividades de los proveedores y los agentes de financiamiento o la prevalencia de enfermedades). Dada la importancia del sector integrado por los hogares,

es importante manejar los datos de la encuesta con prudencia, ya que la interpretación equivocada de dichos datos representa tal vez la causa más importante de error en las CNS. Lograr estimaciones confiables sobre el gasto con datos de encuestas requiere una comprensión de los riesgos y problemas potenciales en el uso de estos datos, así como una familiaridad con los métodos para superar sus debilidades inherentes.

6.34. En virtud de que el capítulo 8 se dedica a un análisis detallado de las encuestas, el presente capítulo sólo abordará el tema de manera general. Básicamente, la calidad de una encuesta como fuente de datos se vincula con tres atributos. Estos tres son el error muestral, el error no muestral y el sesgo del marco muestral. La evaluación de la calidad de una encuesta para fines de contabilidad de la salud implica la consideración de su diseño muestral y, posiblemente, el examen de subconjuntos específicos de datos para efectos de verificación de datos. Así, es importante tener acceso al diseño y a los instrumentos utilizados, así como a los conjuntos de datos en sí. El valor de una encuesta cuyos instrumentos y diseño no se encuentran disponibles para ser examinados se reduce de manera considerable, a menos de que su confiabilidad pueda evaluarse de alguna otra manera.

6.35. Cada vez que se recolectan datos de un número de unidades de análisis menor que el total de las mismas (denominadas el universo o la población), se corre el riesgo de desvirtuar la verdadera naturaleza de las cosas. Esta capacidad potencial de alteración se conoce como “error de muestreo”, y ocurre porque los estadísticos de las encuestas usan información sobre las unidades observadas (la muestra) para inferir información sobre otras unidades no observadas (el resto de la población). El concepto de error de muestreo conduce a la noción de un “intervalo de confianza” para la estimación, esto es, un rango en el que el estadístico ubica el verdadero valor de la población con un “95% de confianza”. Es claro que, mientras menor sea el intervalo de confianza, mejores serán los resultados de la encuesta para efectos de la contabilidad de la salud. Así, la calidad de una encuesta puede medirse en parte en función del error de muestreo que arrojen sus resultados.

6.36. Aunque el error de muestreo se analiza a fondo en la literatura sobre encuestas, y a pesar de que gran parte de ese análisis se concentra en los intervalos de confianza alrededor de una estimación puntual, existen otros peligros, más insidiosos, derivados del uso de datos de la encuesta en las cuentas de salud. Estas amenazas se conocen por lo general como error no muestral, que puede ser de dos clases denominadas, sin gran rigor, como “no solicitud de lo que se necesita” y “no obtención de lo que se solicitó”. Si bien no es imposible eliminar por completo el error no muestral, existen formas para diseñar e instrumentar la encuesta que pueden ayudar a minimizar dicho error.

6.37. El error no muestral se presenta en cierta medida en cualquier encuesta. Entender la posibilidad de que este error ocurra y minimizar dicha posibilidad representan una labor importante en el diseño y la instrumentación de una encuesta. Dado que el error no muestral afecta la calidad de la encuesta para fines de las CNS, es necesario estudiar con cuidado el proceso de la encuesta y el instrumento encuestal, de preferencia consultando a estadísticos expertos en encuestas para comprender el tamaño y la dirección potenciales de dicho error.

6.38. El sesgo del marco muestral mezcla los errores muestrales y no muestrales, pero es lo suficientemente importante para la contabilidad nacional de la salud como para merecer su propio apartado. Cualquier encuesta proporciona información en firme sólo respecto de aquellas entidades o personas realmente encuestadas - el estadístico de la encuesta deberá inferir las características del resto de la población con base en las de aquellos encuestados -. La incertidumbre acerca del tamaño de la población total (el “universo”) introduce dos tipos de problemas. Primero, no es claro quién es el universo, no puede haber seguridad de que cada uno de sus integrantes tenga la misma posibilidad de ser seleccionado. Esto cuestiona la estimación del error muestral. Segundo, si existe incertidumbre acerca de quién integra el universo, la generalización o inflación de los resultados de la encuesta para representar a toda la población es casi imposible. Por ejemplo, una encuesta de 75 organizaciones no gubernamentales será de menor calidad si se desconoce el número total de dichas organizaciones en la

economía; es decir, ¿por cuánto deberían multiplicarse los resultados de la encuesta para obtener un total nacional? ¿Por 10 ó por 25, o por algún otro factor?

6.39. Una segunda forma de sesgo del marco muestral se relaciona con el tipo de encuestados seleccionados para la encuesta. Si estos últimos no son representativos de la población en su conjunto, la encuesta será de menor calidad. Por ejemplo, una encuesta a una muestra de hogares urbanos, por excelente que sea, será de muy poca ayuda para estimar el gasto de los hogares rurales. Una encuesta a una muestra de grandes empresas será útil para estimar el gasto en salud de todas las empresas sólo si puede suponerse que las empresas pequeñas no gastan nada, o que gastan la misma cantidad por empleado o por unidad salarial que las grandes empresas. Es necesario considerar con cuidado la forma en que la muestra fue obtenida (o será obtenida) con el fin de evaluar la calidad de los resultados de la encuesta para las cuentas de salud.

Calidad de los datos que no provienen de la encuesta

6.40. Los datos que no provienen de la encuesta proceden de una gran variedad de fuentes, entre las que se encuentran los datos presupuestales del gobierno, los informes especiales gubernamentales (“documentos con resultados de estudios”), los datos administrativos de las aseguradoras, los informes anuales de asociaciones comerciales, la investigación académica, los estudios de caso sobre empresas, todos los cuales representan ejemplos de estas fuentes. Lo mismo ocurre con los documentos de investigaciones cualitativas, los resultados de grupos focales, los datos de muestras por conveniencia y los datos oportunistas. A pesar de lo diferentes que son, existe una batería común de preguntas que pueden hacerse para evaluar la calidad de dichas fuentes para las cuentas de salud de un país.

6.41. *¿Qué tan completa es la base sobre la que se encuentra construida la fuente?* Es probable que los datos presupuestales del gobierno, en un extremo, capturen la información sobre todo el dinero que será usado por la entidad gubernamental. En el otro extremo, la evidencia anecdótica puede consistir en una entrevista a un único encuestado. Es claro que mientras mayor sea la red que se arroja, mayores serán las probabilidades de atrapar algo representativo del mar. Desafortunadamente, no existen reglas universales que permitan identificar una fuente que sea lo suficientemente incluyente: la práctica y la experiencia, así como la asesoría de otros, conducirán a una “percepción” intuitiva en lo que atañe a ese aspecto de la calidad de los datos.

6.42. *¿Busca la fuente de datos o su proponente el fomento de alguna agenda en particular?* Con mucha frecuencia, los datos se reúnen o se crean para impulsar un argumento o una agenda en particular. No es necesario que el proponente o el compilador de los datos sean deliberadamente tendencioso para que los datos sean de baja calidad; basta con que éste cese su búsqueda una vez que ha encontrado una pieza de evidencia en apoyo a su posición. Los datos que respaldan de manera conveniente una u otra posición en un debate político no necesariamente son erróneos, sino que su procedencia y ensamblaje deberían estudiarse con cuidado antes de incorporarlos al inventario de datos crudos sobre los cuales se construyen las cuentas de salud.

6.43. *¿Cómo se ensamblaron los datos?* ¿Fue la recopilación un proceso riguroso o aceptaron los compiladores todas las entradas sin cuestionarlas? ¿Buscaron activamente series de datos, o simplemente se apresuraron a incorporar lo que tenían más a la mano? ¿Existe evidencia de un intento de revisión crítica de los resultados, o se trató simplemente de documentar y liberar la información? Una vez más, no existen reglas universales para valorar este aspecto de la calidad de la fuente de datos, por lo que la experiencia personal y la asesoría de colegas terminarán siendo la única guía.

6.44. ¿Qué tan homogéneas son las entidades sobre las que proporciona información la fuente? Este aspecto es de alguna manera afín al concepto de intervalo de confianza en el caso de los datos de la encuesta. Si existen motivos para creer que todas las entidades en el universo guardan entre sí una semejanza estrecha, entonces el rigor del proceso de recopilación de datos se vuelve menos importante. Desafortunadamente, con frecuencia no existe forma de valorar la homogeneidad del universo sin algún tipo de análisis, ya que, de existir, ¡los datos que no proceden de la encuesta serían innecesarios! Sin embargo, la recolección de suficientes anécdotas y de información indirecta de otras fuentes puede ayudar a desarrollar un panorama parcial del universo en cuestión, suficiente como para aventurar certeramente un juicio tentativo sobre su homogeneidad.

Elección entre fuentes alternativas de datos

6.45. Al inicio de este capítulo se describieron los tres tipos de situaciones que puede confrontar el contador de la salud, a saber, no hay información sobre el tema, sólo hay una fuente de datos, hay más de una fuente de datos. En el último caso, existe una posibilidad de que las fuentes de datos presenten panoramas diferentes del tema, dejando abierta la duda de cuál es la fuente en la que se puede confiar.

6.46. Es claro que las fuentes de datos de calidad tienen características que las hacen más creíbles que las de mala calidad. Sin embargo, esta evaluación nunca es directa e inmediata, sino que obedece a una naturaleza circular. Existen algunos factores adicionales que deberían considerarse al seleccionar entre las fuentes de datos, mismos que se enumeran a continuación.

6.47. *Congruencia con el campo de acción y los esquemas de clasificación.* ¿Qué fuente de datos se alinea mejor con la definición de atención de la salud expuesta en el capítulo 3 y con los esquemas de clasificación utilizados para distinguir entre los flujos de dinero? ¿Qué tanto captura la categorización utilizada por las fuentes de datos la verdadera naturaleza de las actividades o transacciones registradas?

6.48. *Congruencia con el periodo de tiempo.* ¿Qué fuente de datos se ajusta de manera más estrecha al periodo de tiempo cubierto por las cuentas de salud? Por ejemplo, ¿hay alguna fuente que tenga varios años? ¿Alguna de ellas informa sobre cifras de un año fiscal, y la otra sobre cifras de un año calendario? ¿Mide una de las fuentes montos presupuestados y la otra, gastos reales?

6.49. *Congruencia con el contenido.* ¿Qué fuente de datos se apega más cercanamente a los conceptos que se miden en las cuentas? Por ejemplo, ¿una de las fuentes mide existencias y otra mide flujos?

6.50. *Congruencia con la unidad monetaria.* ¿Mide una de las fuentes los gastos ajustados por inflación, mientras que otra mide los gastos nominales?

6.51. *Congruencia con las fronteras geopolíticas.* ¿Cubren las diversas fuentes de datos toda la nación y evitan traslapes?

6.52. Una forma de resolver entre informes de fuentes de datos conflictivas o divergentes es examinando si existen intervalos de confianza que se traslapen. Dichos intervalos pueden definirse de manera rigurosa, como en las encuestas muestrales, o construirse de manera más holgada en el caso de los datos no muestrales. Si dos (o más) intervalos se traslapan, el contador de la salud podrá legítimamente sospechar que el valor “real” que se busca se ubica dentro del área de traslape, con lo que se reduce el intervalo de confianza verdadero alrededor de la estimación. El resultado está lejos de ser escolástico, esto es, adolece del rigor del intervalo de confianza formal de la teoría muestral. Pero ofrece más de una oportunidad de que sea correcto, y puede ayudar a explicar las cuentas a escépticos que sospechen de un análisis sesgado.

6.53. Otra forma es usar las fuentes conflictivas de datos para establecer un límite superior e inferior a la estimación. La aplicación subsiguiente del proceso de matriz descrito en los capítulos 9 al 14 podrá ayudar a encontrar la cifra más plausible dentro de ese rango.

Reflexiones concluyentes sobre la selección y el uso de datos

6.54. La selección y el uso de datos para producir cuentas de salud son críticos. Una selección pobre de datos o un uso inapropiado de los mismos puede socavar la precisión y la confiabilidad de cualquier estimación de cuentas de salud. Al igual que un carpintero profesional, la tarea del contador de la salud implica no sólo la selección de la herramienta correcta para desempeñarla, sino también la selección de los mejores materiales para el proyecto. Una madera que es adecuada para un uso puede ser por completo inadecuada para otro.

6.55. La comprensión de los datos es fundamental para lograr cuentas de salud de gran calidad. Aun cuando lo que se mida parezca obvio, es importante confirmar qué es lo que se incluye y lo que se excluye del ámbito de los datos. Supóngase que los documentos presupuestales de un ministerio de salud muestren el gasto de los hospitales, pero sin señalar que la compañía eléctrica de propiedad estatal suministra energía eléctrica gratuita a dichos hospitales. Incorporadas directamente, la cifras del ministerio de salud estarán subestimando el verdadero costo de la prestación de atención hospitalaria; sólo el examen cuidadoso de los documentos presupuestales, así como la realización de sesiones de discusión con el personal del ministerio de salud, posibilitarán la detección de la necesidad de imputar un valor de consumo eléctrico en las cuentas.

6.56. Por último, es imperativo recordar que cada entidad que proporciona información está integrada por partes discretas. Esto es cierto en el caso de los hogares, conformados por varios miembros. Es aplicable a las empresas, que cuentan con departamentos de mercadotecnia, producción y contabilidad. Y es también cierto en el caso de las entidades gubernamentales, que cuentan con divisiones de política, de operación y de finanzas. La calidad de cualquier dato recibido, independientemente de la atención que se haya otorgado a otros aspectos de su recopilación, depende de manera directa de quien proporcionó la información. Preguntar a los contadores sobre los tipos de pacientes atendidos en el hospital, por ejemplo, es mucho menos eficaz que si se hace la misma pregunta a los directores médicos. Por otro lado, preguntar a los directores médicos sobre las fuentes de ingresos tampoco suele tener sentido, sino que habrá que acudir al contador para obtener este tipo de información. En suma, la calidad de la herramienta de recopilación debe sopesarse junto con la calidad del encuestado.

6.57. Descartar simplemente los datos de baja calidad no es necesariamente el mejor curso de acción. Usar datos incompletos, que no son comparables en el tiempo o el espacio, que reflejan de manera inadecuada el manejo de los movimientos de precios o de tasas de cambio entre divisas, o que reflejan una manipulación de los créditos y débitos, todo ello distorsiona la utilidad potencial de las cuentas de salud. Tales datos pueden, no obstante, servir como un punto de partida de utilidad. La existencia de información complementaria puede ayudar a identificar el grado y la dirección del sesgo, y el aprovechamiento de las fortalezas de una fuente con un sesgo potencial, al tiempo que se controlan los efectos del sesgo, es un arte que se espera puedan ejercer los contadores de la salud. En el último de los casos, los datos pueden etiquetarse como inadecuados para propósitos de las cuentas de salud y en el expediente pueden asentarse los motivos para haberlo hecho así como una referencia para el futuro.

6.58. Como parte del proceso de contabilidad de la salud, será necesario crear y mantener registros que documenten la calidad de los datos utilizados y no utilizados. También pueden prepararse notas sobre la naturaleza de la evidencia anecdótica o indirecta, con el fin de explorar diversas vías que puedan conducir a evidencia más documentada o directa en ciclos futuros de las cuentas de salud.

6.59. El papel del contador de la salud en el sistema estadístico no se interrumpe con el suministro de matrices o de cuadros. Con frecuencia, éste incluye un comentario sobre las cifras contenidas en los mismos e incluso un informe para facilitar la interpretación de los cuadros y los indicadores obtenidos de éstos. Con tacto, el contador puede discutir el hecho de que las fuentes de datos sean incompletas, así como sobre su parcialidad y sus sesgos.

6.60. No hay sistema de cuentas de salud que haya logrado reunir todas las fuentes deseables en uno, dos o incluso diez ciclos. En muchos países se llevan a cabo “revisiones de referencias” de manera periódica, lo que permite a los contadores de la salud integrar fuentes de datos nuevas y mejoradas. Los contadores de la salud no deben permitir que “lo mejor sea enemigo de lo bueno”, sino que deben trabajar con los datos a la mano y, al mismo tiempo, continuar presionando para conseguir nuevas y mejores fuentes de datos. Como en las demás fases del proceso, deberán documentar sus hallazgos y decisiones sobre la calidad de los datos como parte de un registro permanente del proceso de contabilidad de la salud de forma que ello contribuya a generar un ciclo de mejoramiento continuo.

Cuadro 6.1 Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según el origen de los datos

Origen	Fortalezas	Debilidades
Registros del gobierno <ul style="list-style-type: none"> • Gasto presupuestal • Censos y encuestas económicos • Informes fiscales • Estadísticas de importaciones y exportaciones • Informes sobre transferencias de recursos externos 	<ul style="list-style-type: none"> • Son las fuentes más accesibles de los diferentes tipos de datos • Confiables y precisas • Cobertura integral de la actividad pertinente • Disponibles en forma regular • Reglas de comunicación de información consistentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de barreras oficiales o no oficiales para la obtención de datos, atribuibles a prácticas gubernamentales de seguridad (tales como las cuentas de hospitales y farmacias de las fuerzas armadas). • Datos distorsionados o presentados en forma manipulada para proteger o promover un programa • Datos desagregados en categorías que obedecen a los dictados de la regulación o el control de gastos (lo que con frecuencia difiere de las necesidades de las categorías de proveedor o función requeridas para las cuentas de salud) • Disponibilidad de datos auditados con un gran retraso
Otros registros públicos <ul style="list-style-type: none"> • Informes anuales del Ministerio de Salud • Informes de la agencia financiera y de regulación • Documentos únicos tales como informes de grupos de trabajo ad hoc, documentos oficiales, informes de comisiones parlamentarias • Informes o estudios de organizaciones no gubernamentales • Estudios académicos • Informes de agencias internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricos en detalles, centrados en temas específicos • Con frecuencia abarcan toda la información pertinente para las celdas en los cuadros • Información examinada a la luz de una indagación particular que, de otra manera, podría no monitorearse de manera regular 	<ul style="list-style-type: none"> • Suelen centrarse en dimensiones únicas con espectros geopolíticos, demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos restringidos • Rigor analítico variable • Las clasificaciones pueden no corresponder a las que se requieren en las cuentas de salud

Cuadro 6.1 Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según el origen de los datos

Origen	Fortalezas	Debilidades
Registros de aseguradoras <ul style="list-style-type: none"> • Compañías individuales • Asociaciones industriales • Análisis especiales de registros fiscales o de otros requerimientos de información oficiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Restringidos a gastos en atención médica y otros relacionados • Disponibles al término del año fiscal con mayor rapidez que los informes presupuestales de gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia débiles en lo que se refiere a detalles funcionales • Excluyen co-pagos, deducibles y otros pasivos financieros de los pacientes • Ausencia de un sistema de información o de informes financieros centralizados • Poca disposición para compartir datos de su propiedad • Dificultad para rastrear todas las organizaciones en un mercado rápidamente cambiante, lo que dificulta la estimación de totales de la industria
Registros de proveedores <ul style="list-style-type: none"> • Agencias de financiamiento y regulación (registros administrativos y encuestas) • Asociaciones industriales • Análisis especiales de registros fiscales 	<ul style="list-style-type: none"> • Específicos y completos para celdas pertinentes • Los registros contienen muy pocos gastos que caigan fuera del campo de acción de las cuentas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para asegurar que todos los proveedores se encuentren representados por los datos • Los cambios continuos en los proveedores pequeños dificultan la realización de encuestas a los mismos • Existen incentivos para inflar los reclamos de gastos en sistemas financieros en los que éstos se reembolsan, y a informar menores ingresos gravables • Los registros básicos pueden no ajustarse cuanto las autoridades fiscales y de otros tipos efectúan "correcciones" asociadas con acciones fraudulentas • Las clasificaciones establecidas con fines de información se encuentran diseñadas con fines administrativos y de auditoría, no de contabilidad económica

Cuadro 6.1 Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según el origen de los datos

Origen	Fortalezas	Debilidades
Encuestas y registros de hogares, así como informes relacionados <ul style="list-style-type: none"> • Censos y encuestas • Estudios de instituciones académicas y sin fines de lucro • Estudios de mercadotecnia 	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificaciones cruzadas con características relevantes de tipo demográfico, económico y social, así como sobre pagadores y usuarios • La única fuente de información sobre el gasto que tiene lugar en el mercado informal • Los datos sobre pasivos solo se encuentran disponibles de manera indirecta a través de otras fuentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Los errores de muestreo y no de muestreo en los informes pueden presentar retos mayores en términos de análisis y precisión • El paciente no siempre conoce el costo total de los servicios médicos • Los registros se relacionan casi siempre con los servicios médicos individuales y ofrecen pocos detalles que puedan usarse para aproximar el valor de los servicios de salud pública y colectivos

Cuadro 6.2 Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según los motivos de la recopilación de datos

Motivos de la recopilación	Fortalezas	Debilidades
Datos presupuestales	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo regular se centran en funciones o actividades que se relacionan directamente con las cuentas de salud • Han estado sujetos a suficiente escrutinio, de forma que pueden considerarse confiables, en particular las cifras ejercidas y auditadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden no responder a las expectativas por resultar incompletos (es decir, pueden no incluir todos los tipos de información que se esperaría) • Pueden ser datos básicamente agregados y poco propicios para efectos de análisis
Datos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • Suelen ser completos, y no presentar traslapes • La existencia de intereses comerciales de los propios generadores de datos puede ser una fuerza poderosa para asegurar el mantenimiento de datos de gran calidad, especialmente en el caso de las entidades privadas 	<ul style="list-style-type: none"> • La entidad informante puede mostrarse renuente a proporcionar datos con un valor comercial • La entidad informante puede mostrarse renuente a proporcionar datos que los reguladores podrían utilizar en su contra

Cuadro 6.2 Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según los motivos de la recopilación de datos

Motivos de la recopilación	Fortalezas	Debilidades
Impuestos u otros datos que se generan en cumplimiento a los requerimientos de agencias de regulación	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser bastante confiables si la recaudación fiscal opera de manera adecuada • Aun cuando los datos financieros no estén disponibles o no sean precisos, las autoridades de salud pueden recibir información no financiera precisa • Con probabilidades de abarcar en forma más cabal y detallada a las entidades privadas 	<ul style="list-style-type: none"> • La utilidad de los datos fiscales se relaciona directamente con las medidas de fiscalización o de aseguramiento de calidad convenientes para las autoridades fiscales • Las regulaciones pueden con frecuencia generar incentivos para que las entidades informen sobre resultados particulares, lo que imprime un sesgo a la información
Datos de investigaciones o encuestas	<ul style="list-style-type: none"> • Las encuestas que se llevan a cabo de manera adecuada no ofrecen incentivos a los encuestados para que éstos sesguen sus respuestas • Los estudios pueden diseñarse justo para recopilar datos específicos sobre cuentas de salud, lo que imprime una especificidad que no es característica de otras fuentes de datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen el carácter potencial de contener sesgos de información no intencionales • Por definición, no se producen de manera rutinaria, lo que conduce a brechas en las estimaciones y a problemas con las posibilidades de comparabilidad en el curso del tiempo • Diseño e instrumentación costosos

Cuadro 6.3 Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos según el nivel de detalle (granularidad) de los datos

Granularidad	Fortalezas	Debilidades
Nivel de acontecimientos <ul style="list-style-type: none"> • Asociado con transacciones específicas (por ejemplo, los datos sobre reclamos de seguros casi siempre se presentan en este nivel) 	<ul style="list-style-type: none"> • De gran utilidad para vincular los gastos según las características de algunos pacientes (tales como edad y sexo) con diagnósticos e intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de difícil recopilación, procesamiento y análisis • No ofrece información fácilmente sobre gastos generales fijos o desarrollo de infraestructura
Nivel de personas	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos suelen tener una cobertura más integral que el de los datos del nivel de acontecimientos • Vinculado con frecuencia con características sociales, demográficas y económicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no captar todos los costos implicados en el tratamiento de un individuo (por ejemplo, los costos fijos o indirectos, el gasto de capital y la administración) • Puede no captar todos los contactos con el sistema de atención de la salud
Nivel de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser completo en la cobertura de los costos implicados en la producción y suministro de servicios específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia no incluye información o datos de distribución sobre las características de los pacientes tratados
Nivel nacional <ul style="list-style-type: none"> • Incluye informes presupuestales del ministerio e información de tipo similar 	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos pueden ser más completos y precisos que los datos de otro tipo de granularidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general, no presenta detalles descriptivos útiles para las cuentas de salud

Capítulo 7

Guía sobre fuentes de datos no
procedentes de encuestas para las
cuentas nacionales de salud

7.01. El capítulo precedente ofreció un panorama de las principales fuentes de datos y de la forma en que éstas pueden vincularse con diferentes dimensiones de las cuentas de salud. El presente capítulo proporciona una guía más detallada sobre las fuentes de datos no procedentes de encuestas. Se encuentra organizado de acuerdo con los principales tipos de instituciones o entidades en las cuentas de salud, ya que con frecuencia éstas constituyen los lugares a los que acude el contador de la salud para recopilar los datos requeridos. El capítulo 8 aborda el tema de las encuestas relacionadas con las diversas entidades.

Datos sobre entidades gubernamentales

7.02. En la mayoría de los países, las fuentes de datos gubernamentales proporcionan la mayor abundancia de información respecto de cualquier fuente disponible, si bien pueden también plantear trampas sutiles para el contador de la salud. La abrumadora masa de datos gubernamentales puede enmascarar diferencias de definición y operación entre las cuentas gubernamentales y la práctica de las cuentas nacionales de salud (CNS), y la complejidad de las transacciones gubernamentales introduce el riesgo de una doble contabilidad o de una subcontabilización del gasto en salud (o ambos).

7.03. Como regla general, los gastos gubernamentales para la salud pueden obtenerse de los registros presupuestales del gobierno. Con frecuencia, los datos presupuestales y sobre ingresos¹⁰ se encuentran disponibles con mayor detalle en los ministerios de finanzas, las comisiones de finanzas y otros cuerpos de auditoría que en los documentos publicados de gobierno. Por ello, el establecimiento y mantenimiento de una buena relación de trabajo con tales agencias debería ser prioritario desde un principio. De manera ideal, habría que concertar arreglos para asegurar el acceso a documentos con cifras preliminares, así como a los registros electrónicos existentes cuando ello sea pertinente.

7.04. Entre las tareas tempranas de la preparación de las CNS – tarea que nunca termina – se encuentra la enumeración y la evaluación de los diversos tipos de informes que podrían tener que ver con el gasto y el financiamiento de la salud. Cada año pueden aparecer docenas de tales informes (o incluso más), por lo que se requiere un análisis de cada uno de ellos. ¿Hacen un seguimiento de los gastos en salud a nivel central/federal, estatal/provincial/regional y local/municipal? ¿Se están considerando los seguros sociales? ¿Se están incluyendo los gastos especiales tales como los programas de salud para los pobres? ¿Se incluyen los ministerios que también se encuentran comprometidos con el gasto en atención de la salud, además del ministerio de salud? ¿Se incluyen los recursos externos? ¿Se incluyen las empresas paraestatales que proveen atención de la salud a sus trabajadores (ya sea como una prestación adicional específica o como parte de una protección social obligatoria)? ¿Se incluyen las transferencias a organizaciones no gubernamentales? ¿Se incluyen los pagos de deuda por parte del ministerio de salud? ¿Se incluyen los gastos relacionados con la salud de universidades y otras organizaciones públicas? Una vez que el contenido de los datos se haya analizado, será necesario determinar definiciones específicas para cada categoría enlistada. Por ejemplo, ¿los gastos en personal incluyen tanto al personal activo como al inactivo (retirado)? ¿Incluye la función de salud los servicios sociales ajenos a la salud, tales como los seguros sociales? ¿Incluyen los gastos el valor de beneficios en especie y en efectivo? ¿Los datos se presentan con suficiente detalle como para ingresarlos así al marco de referencia de las cuentas, o es necesario ajustarlos en función de diferencias de tiempo, definición o de otros tipos?

7.05. En general, los presupuestos gubernamentales se encuentran altamente estructurados, y con frecuencia muestran una estabilidad considerable en el tiempo. Esto ayuda a la recopilación sistemática de tales datos en una base de datos. A pesar de que la granularidad (nivel de detalle) propia de cada registro presupuestal puede variar, en términos generales mientras mayor sea su nivel de desagregación, mejor será para fines programáticos. La situación ideal es cuando la presupuestación por programa constituye la

¹⁰ En los ingresos registrados en los libros contables del gobierno, los excedentes de impuestos y contribuciones pueden estar etiquetados para la salud. Si este fuera el caso, dichas cifras deberán usarse en el desarrollo del cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) de las cuentas de salud

norma en el sector gubernamental y cuando ésta se encuentra lo suficientemente detallada como para desagregar todos los gastos gubernamentales en salud en elementos únicos de gasto asociados cada uno con un único uso funcional y un único tipo de proveedor (para consultar un ejemplo de esto, ver recuadro 7.1).

Recuadro 7.1

Uso de las claves de proveedor y función para codificar el gasto gubernamental en Sri Lanka

La Oficina de Salud de la Familia del Ministerio de Salud de Sri Lanka tiene múltiples responsabilidades para coordinar e instrumentar los servicios de salud materno-infantil en el sector público. Gran parte de sus recursos presupuestales se usan para comprar y distribuir suministros a centros de nivel más bajo (unidades del Ministerio de Salud) en todas las provincias del país, si bien una parte se usa también en servicios centrales. A pesar de ello, los informes presupuestales del gobierno presentan únicamente el gasto total combinado. Por lo tanto, los gastos necesitan desagregarse y codificarse dos veces, por proveedores y por funciones. Dado que se conocen los gastos totales, esto implica una estimación de la distribución del gasto en dos etapas, la primera de acuerdo con los programas que se operan en el nivel central y el apoyo que se proporciona a los programas provinciales, y la segunda, por función (en el nivel provincial). Al final, el presupuesto total termina desagregándose en más de 25 renglones de gasto diferentes, cada uno con su propio código de proveedor y de función. A continuación se muestra una selección de los datos resultantes.

Código de proveedor	Proveedor	Código de función	Función	Código regional	Monto (Millones de Rs.)
18121	Oficina de Salud Familiar	61100	Salud materna	1	7.853
18121	Oficina de Salud Familiar	61200	Atención a infantes y niños	1	12.580
18121	Oficina de Salud Familiar	61300	Servicios de planificación familiar	1	52.137
16110	Unidades del MdS ^a , PO ^b	61100	Salud materna	11	4.001
16110	Unidades del MdS ^a , PO ^b	61200	Atención a infantes y niños	11	6.409
16110	Unidades del MdS ^a , PO ^b	61300	Servicios de planificación familiar	11	26.561
16111	Unidades del MdS ^a , PC ^c	61100	Salud materna	12	2.798
16111	Unidades del MdS ^a , PC ^c	61200	Atención a infantes y niños	12	4.482
16111	Unidades del MdS ^a , PC ^c	61300	Servicios de planificación familiar	12	18.575

^a Ministerio de Salud. ^b Provincia Occidental. ^c Provincia Central.

Cabe notar que el código regional se refiere al área geográfica a la que se dirige el gasto, y se usa para desarrollar desgloses de gasto de nivel subnacional requeridos por las cuentas de salud de Sri Lanka (CNSSL) (1 es nacional, 11 es la Provincia Occidental, 12 es la Provincia Central). Todos los códigos remiten a códigos de una base de datos interna que se utilizan en la base de datos de CNSSL. Dichos códigos no se usan para fines de publicación de resultados cuando se utilizan los códigos correspondientes de la clasificación de CNSSL.

7.06. Los sistemas presupuestales de gobierno pueden clasificar los gastos usando un sistema de clasificación funcional que no sea consistente con las definiciones de la contabilidad de la salud, o que no guarde el suficiente nivel de detalle. Cuando esto ocurre, el contador de la salud debe discernir entre los diversos renglones de gasto cuáles están destinados a la salud y cuáles no, así como qué gastos pueden asignarse a qué funciones de salud. A su vez, esto requiere una profusa documentación de dichas decisiones, no sólo en beneficio de los analistas que replicarán el trabajo en años futuros, sino también para explicar a los analistas presupuestarios las causas por las que las estimaciones del gasto nacional de salud difieren de los “números oficiales”.

7.07. El Fondo Monetario Internacional (FMI) informa sobre el gasto funcional de los gobiernos centrales, lo cual, si bien presenta un nivel demasiado agregado para fines de la contabilidad de la salud, puede ser de gran ayuda en el desarrollo de las cuentas de salud. Los informes del FMI pueden conducir a la identificación de la fuente original en el ministerio de salud o el banco central, que representan excelentes puntos de partida para adquirir una buena comprensión de los fondos de las autoridades centrales (y a veces de nivel subnacional) que están etiquetados para la salud. Sin embargo, tal como ocurre con otros informes, la información que muchos gobiernos proporcionan al FMI respecto de cada encabezado particular contiene únicamente el gasto del ministerio involucrado de manera más directa, lo que en realidad se convierte en una clasificación institucional o por actividad principal más que una de tipo funcional, independientemente de su etiqueta. Limitarse exclusivamente al uso de los datos del FMI en casos así encierra el riesgo de omitir el gasto en salud de otros ministerios, así como de incluir el gasto no de salud del ministerio de salud.

7.08. Para fines de las CNS, es necesario aprovechar y analizar la información sobre los flujos financieros que pasan por las tesorerías o ministerios de finanzas, así como aquella proveniente de la oficina estadística central o de cualquier otra agencia que haya intentado previamente generar una línea de salud en las cuentas nacionales o que haya clasificado los datos gubernamentales centrales y generales de acuerdo con su finalidad económica (gasto para consumo final, subsidios, transferencias, inversiones y otros desembolsos de capital).

¿Real o estimado?

7.09. Una consideración importante relacionada con los registros presupuestales del gobierno es la distinción entre gasto por adelantado, gasto ejercido y gasto auditado. Por supuesto, las estimaciones presupuestales sobre el gasto por adelantado pueden no materializarse jamás, o pueden quedar sujetas a un sobre-ejercicio o un sub-ejercicio. Las estimaciones del gasto ejecutado, si bien de mayor solidez respecto de las del presupuesto, pueden quedar sujetas a revisión en la medida en que exista una disponibilidad de nuevos datos más adelante. Las cuentas auditadas de los gastos gubernamentales reales son las más confiables y, en teoría, son preferibles a los datos sobre el gasto proyectado o no auditado. Cuando los datos no se publican de manera habitual, por ejemplo, en forma de informes parlamentarios, usualmente pueden obtenerse de las agencias auditoras.

7.10. Existe, sin embargo, un costo de tiempo asociado con el uso de datos auditados. Por lo general, hay un retraso de 1 a 2 años entre la terminación del año fiscal y la disponibilidad de los datos sobre gastos reales auditados. La espera para contar con estos datos puede reducir la oportunidad de las cuentas de salud. Por lo general, la solución más práctica es el uso provisional (no auditado) de cifras sobre los presupuestos ejecutados. En muchos sistemas presupuestales, tales cifras se liberan mucho antes que la versión final auditada y son suficientemente cercanas a los números finales auditados como para utilizarlas en lugar de estos últimos sin que haya una pérdida substancial de confiabilidad. Si existiera un patrón consistente de la relación entre los números provisionales y los finales, entonces dicho patrón podría reflejarse ajustando los números provisionales antes de incorporarlos a las cuentas. A medida que las series temporales de estimaciones de CNS evolucionen será posible hacer “estimaciones provisionales” para un año usando datos provisionales, para luego revisarlas cuando haya disponibilidad de datos más completos. En la práctica, las estimaciones de cuentas de salud de un año determinado en muchos países son etiquetadas como “preliminares” cuando aparecen por primera vez, como “revisadas” un año después, y como finales sólo después de dos años. A veces surge nueva información varios años después de que las cuentas han sido cerradas, y estos nuevos datos son integrados mediante la realización ocasional de revisiones de niveles de referencia.

Integralidad de la recopilación de datos

7.11. Al recopilar datos sobre el gasto en salud gubernamental a partir de los registros presupuestales del gobierno, los contadores de la salud deben prestar atención al hecho de que los gastos en salud no se confinan sólo al ministerio de salud, ni a gastos que ya se encuentran clasificados para efectos administrativos como propios de la salud. Los ministerios de finanzas con frecuencia emiten datos sobre gastos usando más una clasificación institucional que alguna otra genuinamente funcional, de forma que todo el gasto del ministerio de la salud se asigna a la función salud, aun cuando una parte de ese gasto pueda aplicar a programas sociales para niños, jóvenes, familias, etc., lo que representa un gasto relacionado con una mejor salud, pero que por definición se encuentra fuera del campo de acción de las cuentas de salud. De manera inversa, las clasificaciones institucionales pueden omitir de la categoría de salud diversos programas de peso que se llevan a cabo a través de otros ministerios tales como los de educación, vivienda, agricultura, etc., o a través de consejos especiales. Por esta razón, es importante que el proyecto de CNS tenga acceso a gente que conozca a fondo el funcionamiento de las políticas de salud en el país y que pueda identificar qué programas deberían o no incluirse en las CNS.

7.12. En algunos casos, los contadores de la salud pueden enfrentar una resistencia por parte de “ministerios protegidos” cuyas cifras se consideran sensibles o clasificadas. Aun así, estos gastos deben incluirse en el gasto nacional en salud, ya que representan una parte de la atención que presta una nación a sus ciudadanos. Varios países han logrado esto al añadir categorías de gasto, de forma que la información sensible no se divulgue. Uno de los objetivos de un sistema público de contabilidad es la transparencia, pero la integralidad y la consistencia pueden lograrse sin comprometer otros objetivos de la sociedad.

7.13. La integralidad requiere también una investigación para asegurar la obtención de todos los informes. No es raro en los gobiernos que éstos emitan informes por separado sobre el gasto corriente y el gasto de inversión, o que emitan informes por separado en los que se detallan los recursos externos o el gasto en programas específicos.

Autoridades de nivel subnacional

7.14. La recopilación de datos de autoridades de nivel subnacional puede presentar diversos retos. El más común surge cuando los informes presupuestales consolidados del gobierno central no informan sobre los gastos de los niveles subnacionales. Esto puede representar dificultades en el acceso a los datos, ya que éstos deben recopilarse por separado de cada nivel distinto de autoridad gubernamental. En algunos casos, el gran número de autoridades gubernamentales convierte la recopilación de datos directamente de éstas en algo por completo impráctico. En circunstancias así deberá considerarse la realización de una encuesta a una muestra de gobiernos de nivel subnacional. Por ejemplo, los contadores de la salud en los Estados Unidos dependen de estimaciones derivadas de un censo de todos los gobiernos llevado a cabo cada cinco años; en los periodos intermedios, los informes anuales de cada gobierno estatal son complementados con una encuesta a una muestra de los gobiernos de nivel más bajo (realizada por la autoridad estadística central). Sri Lanka ha adoptado una estrategia similar, en la que las actualizaciones anuales de las CNS dependen de una encuesta muestral aplicada a las autoridades de un nivel subnacional más bajo.

7.15. Muchos países con sistemas de gobierno descentralizados han hecho arreglos para llevar a cabo transferencias fiscales entre sus gobiernos. Una buena comprensión de este tipo de arreglos y de la forma en que se relacionan con el financiamiento de los servicios de salud gubernamentales es importante cuando se trata de asignar los fondos a un agente de financiamiento en particular.

7.16. Como se mencionó antes, los informes del FMI, las oficinas estadísticas centrales y otras agencias que realizan análisis del gasto público poseen con frecuencia datos consistentes sobre las autoridades estatales/provinciales/regionales y las locales/municipales. La inclusión de dichos datos en las cuentas de salud debería considerarse en definitiva, si bien el contador de la salud deberá realizar antes una verificación consistente de los mismos.

Datos sobre seguridad social, seguros sociales y seguros médicos voluntarios

Seguridad social

7.17. Al igual que con los datos presupuestales del gobierno, los datos sobre las operaciones financieras ejecutadas de las administraciones de seguridad social pueden obtenerse con relativa facilidad. Por definición, la seguridad social es obligatoria, y este carácter suele implicar un nivel mínimo de informes financieros que deben presentarse ya sea a agencias gubernamentales o al público. Para fines de las CNS, se requiere información tanto de las fuentes de ingresos (para construir cuadros sobre fuentes de financiamiento) como de los gastos reales. Con frecuencia, la información accesible de manera más inmediata suele apegarse a requerimientos de información administrativos y estatutarios, pero gran parte del tiempo se mantienen datos con un nivel de detalle que permite su agregación de acuerdo con los esquemas de clasificación económica utilizados en las cuentas de salud.

7.18. Al recopilar datos sobre las fuentes de ingresos, es necesario tener cuidado para distinguir entre subsidios fiscales, primas pagadas por el empleador, primas cubiertas por empleados u hogares y el ingreso de inversiones. Cada uno de estos tipos de flujos de recursos reciben un tratamiento diferente en las cuentas de salud. Si los flujos no se diferencian en la fuente de datos, deberán estimarse por tipo de beneficio y por esquema, usando información sobre las leyes y regulaciones aplicables.

7.19. La seguridad social puede implicar administraciones descentralizadas que también deben ser fiscalizadas. Por ejemplo, la ley puede obligar a la cobertura de los trabajadores estatales mediante instituciones e instalaciones específicas de riesgo mancomunado, mientras que los trabajadores del sector privado pueden estar sujetos a arreglos especiales previstos en la misma ley, pero con instituciones diferentes. En el sistema alemán, la ley exige la afiliación a un fondo de enfermedad, pero no requiere que cada fondo de enfermedad esté abierto para todos los miembros de la sociedad. Los arreglos en cada país pueden ofrecer múltiples esquemas coexistentes de seguros sociales, cada uno de los cuales deberá recibir un tratamiento tal como el que se describe en el párrafo precedente. Además, es necesario llevar a cabo un cuidadoso monitoreo de los flujos de financiamientos cruzados entre estos esquemas para evitar una contabilidad inadecuada de los subsidios, transferencias, préstamos y condonaciones de deuda entre los esquemas que no derivan en un gasto en salud.

7.20. Pueden surgir algunas dificultades con la seguridad social cuando las administraciones en cuestión se encuentran altamente fragmentadas y no existe un sistema centralizado de información sobre las operaciones financieras. En una situación así, las opciones son la institución de mecanismos regulares de notificación mediante una acción oficial, o bien, la realización de encuestas a los esquemas existentes. Dependiendo del programa, las agencias de seguros tienen la capacidad de proporcionar información bastante detallada sobre la distribución de los gastos por tipo de proveedor, tipos de servicios reembolsados y grupos beneficiarios significativos. Esto puede requerir tabulaciones especiales de los datos existentes, cuyo costo deberá incorporarse al presupuesto del proyecto de cuentas de salud. El objetivo es desagregar con claridad el valor monetario de los beneficios de otras ganancias o pérdidas, así como separar las funciones de agente de financiamiento y de proveedor en las instituciones examinadas.

7.21. El espectro de operaciones del asegurador puede representar otra dificultad. Por ejemplo, los beneficios de la seguridad social pueden no conformarse al campo de acción de la atención de la salud tal como se define en el capítulo 3, lo que requerirá un trabajo adicional para eliminar el valor monetario de los beneficios que quedan fuera de dicho campo de acción (los seguros de enfermedad se acompañan con frecuencia de beneficios por pérdida de ingresos, que no deben ser contabilizados como parte del gasto nacional en salud). Si la agencia de seguro social se embarca en otras líneas de negocio, tales como los seguros comerciales, será necesario prestar atención para separar tanto como sea posible los flujos de dinero asociados con estas otras líneas de negocio. Esto es necesario a fin de evitar una distorsión del panorama del sistema de atención de la salud y evitar asimismo una contabilidad de los mismos flujos de dinero en dos lugares diferentes.

7.22. Los informes sobre contabilidad social más amplios pueden ser de ayuda para los contadores de la salud. La Unión Europea y la OCDE están desarrollando cuentas de protección social que identifican toda una gama de beneficios (destacan la enfermedad, la maternidad y los accidentes); la Oficina Internacional del Trabajo, como parte de su monitoreo del costo de la seguridad social, ha empezado a estimular la extensión de este enfoque hacia otras partes del mundo. (Varios países de Europa oriental ya están informando en estos términos, si bien con base en otros esquemas de clasificación y sistemas de información.) Este trabajo es útil porque las cuentas de salud se traslapan con diferentes formas de calcular el gasto social de manera más amplia. Por ejemplo, la compensación de los trabajadores, un elemento de protección social, puede incluir el gasto en salud. De manera similar, los seguros de salud pueden incluir el gasto para proporcionar apoyo de ingresos a beneficiarios enfermos, lo que representa un tipo de gasto que se ubica fuera del campo de acción de las cuentas de salud. Las organizaciones internacionales mencionadas trabajan en la estandarización de estos conceptos y medidas a fin de posibilitar que la mayoría de países introduzcan conceptos y principios similares en sus propios esquemas de contabilidad. Actualmente, las publicaciones en estas áreas a nivel internacional no son lo suficientemente detalladas como para ser usadas en la contabilidad de la salud, pero en ellas se indica la existencia de fuentes que el equipo de CNS puede desear consultar.

7.23. Es posible que los fondos de seguridad social puedan proporcionar datos sobre los co-pagos de pacientes asociados con los servicios cubiertos. Si ese es el caso, será necesario explorar la calidad de dichas estimaciones, ya que éstas podrían representar una fuente de información para verificar la información del consumidor procedente de otras fuentes.

Compañías de seguros privados: seguros sociales y seguros médicos privados

7.24. Desde una perspectiva social, los seguros de salud privados pueden ser el segmento del sistema de atención de la salud que presente la mayor dificultad para la obtención de datos. En muchos países, la industria de los seguros evoluciona con rapidez, de forma que hay una variedad desconcertante de productos de aseguramiento disponibles. Con frecuencia, los seguros de salud se encuentran en formas distintas del contrato convencional del seguro de responsabilidad civil (que tiene como finalidad principal o única el rembolsar a los beneficiarios por concepto de gastos médicos). Algunos ejemplos incluyen el seguro de salud como una cláusula adicional de las políticas de seguros de vida y el seguro de salud como un beneficio adicional por el manejo de una tarjeta de crédito. Cuando las empresas de seguros de vida ofrecen aseguramiento médico, es posible que éste no sea tratado como una línea separada de negocios, por lo que los datos administrativos informarán sobre estos gastos agregados sólo bajo encabezados de seguros menos específicos tales como gastos misceláneos o aseguramiento general. En el otro extremo del espectro, algunos de los beneficios que ofrecen las políticas de aseguramiento médico pueden caer fuera del campo de acción de la salud tal como éste se define en el capítulo 3. Por ejemplo, ya se ha mencionado que los pagos efectuados para compensar a un trabajador accidentado por la pérdida de su

ingreso no forman parte del gasto en atención de la salud. Es preferible separar estos beneficios de compensación de ingresos de los beneficios médicos en la fuente de datos, en lugar de tratar de adivinar después cómo se encuentran separados estos conceptos.

7.25. En algunos países, las líneas que separan la seguridad social de los seguros sociales y los seguros médicos privados son borrosas. Tal como se ha definido en la contabilidad social, las administraciones de *seguridad social* son aquellas exigidas por ley. Los *seguros sociales* (denominados a veces seguros de grupos) incluyen aquellos esquemas en los que la afiliación se restringe a subconjuntos de la población; usualmente, para estar cubierto es necesario ser un empleado (o estar retirado) de una empresa patrocinadora, o ser un miembro de una asociación o grupo gremial, o miembro de la familia de esa persona. Los *seguros de empresas privadas*, denominadas con frecuencia seguros médicos voluntarios, se encuentran potencialmente disponibles para cualquier miembro de la sociedad, si bien con frecuencia existen condiciones físicas o médicas que deben satisfacerse para quedar adscrito a los mismos (ver también párrafo 4.06).

7.26. Las compañías de seguros pueden manejar dos o incluso los tres tipos de esquemas de seguros. En estos casos, las fuentes de datos necesitan ser capaces de distinguir entre los tres tipos, a fin de evitar una doble contabilidad de los flujos de primas de seguros. Los contadores de la salud deben familiarizarse con las descripciones institucionales y legales, así como con los análisis de la industria, de forma que puedan convertir los registros administrativos en flujos económicos significativos. Aun así, es posible que descubran diversas complejidades que requerirán de un análisis de los rasgos institucionales y regulatorios mucho más profundo de lo que podría parecer a primera vista.

7.27. La calidad y el nivel de detalle de los datos de las compañías de seguros privados se correlacionan con la madurez del mercado. Algunos datos sobre la industria de los seguros pueden estar disponibles en fuentes rutinarias. Por ejemplo, las agencias gubernamentales y regulatorias pueden recopilar estadísticas oficiales. Los países con un mercado de seguros privados establecido pueden contar con una cámara o asociación de compañías de seguros privados que puede centralizar los datos con un elevado nivel de detalle. Las encuestas privadas realizadas por intermediarios de seguros o por consultores de beneficios para empleados pueden encontrarse disponibles para ser usadas en las cuentas. Sin embargo, estas fuentes de datos suelen proporcionar un nivel de detalle muy bajo, tal como el número de empresas que operan en el mercado, el total de primas y el total de reclamos, y el número de pólizas emitidas, pero no un desglose de los reclamos por tipo de servicio. En otros países, el mercado de los seguros privados ha sido introducido de manera reciente. En estos últimos, la rotación constante de las entidades que participan en el mercado y una regulación rudimentaria pueden combinarse para hacer que los datos sobre seguros privados tengan una calidad relativamente dudosa.

7.28. En los casos en los que los datos disponibles son insuficientes, la recopilación de datos primarios a través de encuestas suele ser necesaria. El objetivo de tal recopilación es contar con información acerca de la asignación de los gastos por tipos de servicios y proveedores, así como por tipo de beneficiario. Uno de los papeles del comité directivo de las cuentas de salud es hacer uso de su autoridad o de la influencia de sus integrantes para persuadir a los cuerpos de la industria o a la autoridad estadística nacional para que lleven a cabo dicha encuesta. La delegación de la responsabilidad sobre esta encuesta suele ser una decisión sabia, ya que la tarea de designar, financiar y dirigir una encuesta puede ser bastante agobiadora. Al recopilar gastos agregados sobre los seguros, la encuesta debe construirse de forma que se incluyan todos los productos de aseguramiento pertinentes en el marco muestral, así como para que se establezcan las distinciones adecuadas cuando existen múltiples tipos de seguros médicos.

7.29. Las compañías de seguros pueden informar sobre primas y reclamos agregados de sus negocios de seguros médicos, pero pueden no recopilar datos sobre los reclamos por tipo de servicio o tipo de beneficiario. Cuando sus sistemas internos de información no produzcan tales datos, una posible solución consiste en examinar una muestra representativa de los registros de reclamos de seguros y extraer los datos directamente.

7.30. Es importante recopilar datos en el marco de tiempo correcto. Con frecuencia los datos sobre seguros se registran sobre una base de operaciones en efectivo, lo que refleja cuándo se efectúan de hecho los pagos de beneficios al proveedor o al titular de la póliza, o cuándo se reciben de hecho los pagos de primas. A menos de que el uso de un método contable basado en el valor de los recursos consumidos y las transacciones comprometidas sea imposible (ver párrafo 3.14), las cifras deberán reflejar cuándo se proporcionan los servicios o productos cubiertos o cuáles son los meses cubiertos por las primas. En ocasiones, los flujos de caja pueden diferir significativamente de la medición del consumo de recursos en el mismo periodo, por lo que es importante entender qué conjunto de números es el que se ha proporcionado. Generalmente, las cifras en las que se ha incurrido son calculadas por actuarios a nivel de cada compañía individual de seguros, pero su obtención puede requerir de un esfuerzo adicional. Como ocurre siempre en la contabilidad de la salud, es importante documentar la base de los datos usados (al momento del pago o al momento en que se utilizan los recursos).

7.31. En las CNS hay dos medidas de gasto diferentes relacionadas con los seguros privados. Una de ellas es una medida de los beneficios totales otorgados, desagregados por tipo de proveedor o por tipo de servicio. La otra es una medida de las primas cobradas. La diferencia entre estas dos medidas refleja los costos administrativos, los incrementos de las reservas y las utilidades retenidas. Se requieren datos sobre todos estos conceptos a fin de completar los cuadros de CNS.

Datos sobre empresas y empleadores

7.32. En su capacidad de empleadores, las empresas efectúan varios tipos de pagos a favor de sus empleados. Uno de éstos son las primas de seguridad social, que consisten en impuestos obligatorios sobre la nómina de personal. Estos pagos se capturan mejor cuando los datos se recopilan directamente en las agencias de seguridad social, ya que este agregado reduce la carga de la recopilación de datos del equipo de cuentas de salud. Es necesario tener en mente las diferencias entre el sistema de cuentas nacionales (SCN) y las CNS en el tratamiento de las contribuciones del empleador a la seguridad social y a los seguros sociales en aquellos casos en que se usen las fuentes del SCN para determinar estas categorías de gasto. (En el SCN, estas contribuciones son tratadas como suplementos a los sueldos y salarios, lo que las convierte esencialmente en ingresos para el hogar; en las CNS, éstas son tratadas como una actividad de agente de financiamiento por parte del empleador, no del hogar.)

7.33. El grado de compromiso del empleador en la actividad de la atención de la salud tiende a variar según la industria. Las industrias más maduras y estables tienden a ofrecer prestaciones no salariales. En ocasiones, el tipo de gasto en salud efectuado o de seguro ofrecido se relaciona con la naturaleza de la industria. Por ejemplo, cuando una gran proporción de los trabajadores son mujeres, es posible que se cubra de manera rutinaria diversos servicios de salud reproductiva, aun cuando la ley no lo exija así. Las industrias en las que el trabajador está expuesto a plomo, asbestos y otros elementos tóxicos pueden contar con programas de monitoreo y abatimiento en el sitio de trabajo que deberían contabilizarse como servicios de salud en el lugar de trabajo. Si los recursos no permiten un muestreo sistemático de los empleados, la realización de una encuesta determinística de las industrias podría ser de utilidad. El establecimiento de contactos entre los contadores de la salud y los grupos industriales resulta de gran utilidad.

7.34. Los retos de la recopilación de datos asociados con los empleadores surgen principalmente en lo que atañe a los pagos voluntarios que efectúan éstos a favor de sus empleados y dependientes. Existen cuatro categorías de este tipo de gasto:

- gastos del empleador para cubrir servicios de salud en el sitio de trabajo (con lo que actúa como agente de financiamiento);
- pagos del empleador para proveedores externos por la prestación de servicios a beneficiarios elegibles (con lo que actúa como agente de financiamiento);

- pagos del empleador a los empleados para rembolsar gastos médicos que estos últimos pagaron de su bolsillo (con lo que actúa como agente de financiamiento);
- gastos del empleador para adquirir cobertura de aseguramiento de la salud (ya sea seguro social o de algún otro tipo) para sus empleados o dependientes (con lo que actúa como fuente de financiamiento).

7.35. Existen diversas fuentes rutinarias potenciales de datos a las que se puede recurrir para llevar a cabo la estimación de estos gastos. El gobierno puede realizar encuestas rutinarias oficiales sobre las prestaciones a empleados. Cuando la encuesta es suficientemente representativa y la batería de preguntas, suficientemente completa, entonces ésta puede convertirse en una fuente de datos confiable y suficiente. Aun cuando no haya disponibilidad de encuestas oficiales, las organizaciones privadas tales como las federaciones de empleadores o las consultoras de seguros pueden llevar a cabo encuestas, a menudo con el fin de establecer estimaciones amplias de la industria sobre compensaciones a empleados antes de determinar o negociar nuevas escalas de compensación. Las empresas más grandes pueden realizar un seguimiento de sus gastos en salud, o pueden registrar compras intermedias tales como productos farmacéuticos, las cuales pueden servir para hacer una aproximación de dichos gastos. Es necesario indagar la existencia de tales fuentes de datos, y deberá verificarse si los datos se vinculan sólo con ciertos tipos de empresas, en cuyo caso será necesario complementarlos con los de otras fuentes.

7.36. La realización de encuestas a empresas para identificar su gasto en salud es una tarea difícil, y debe hacerse en consulta con las autoridades nacionales de estadística. Además de los aspectos generales sobre la encuesta examinados en el capítulo 8, los siguientes aspectos estadísticos y de datos son de particular importancia en las encuestas a empleadores.

7.37. Muestreo. El muestreo de las empresas presenta dificultades en virtud de la falta de marcos de muestreo establecidos que sean confiables. Esto es particularmente cierto en el caso de las empresas pequeñas, que pueden ir y venir mucho más rápido que la capacidad de seguimiento de las autoridades gubernamentales. Sin embargo, también es cierto que las empresas pequeñas suelen efectuar muy pocos gastos, o ninguno, del tipo que aquí se examina, en cuyo caso la realización de un muestreo débil o la inexistencia del mismo no representa un gran problema. Al mismo tiempo, las empresas más grandes, que presentan una mayor probabilidad de efectuar tales gastos y de mantener registros de los mismos, tienden a ser más estables y de más fácil localización.

7.38. Contabilidad doble de los gastos en seguros. Si las empresas usan esquemas de aseguramiento para proporcionar prestaciones médicas a sus empleados, entonces será necesario que el instrumento de recopilación de datos utilizado distinga entre pagos directos a proveedores y pagos a compañías de seguros. Esto se hace con el fin de evitar la contabilización del dinero cuando la empresa paga a la compañía de seguros y, de nuevo, cuando esta última paga al proveedor.

7.39. Contabilidad doble de los gastos de hogares. De manera similar, si los empleadores reembolsan a sus trabajadores por concepto de gastos médicos efectuados por los hogares de los mismos, entonces el instrumento de recopilación de datos debe ser capaz de identificar dichos pagos. Esto ayudará a evitar la contabilización de este dinero tanto en el apartado de los empleadores (adecuado) como en el de los hogares (inadecuado), ambos como agentes de financiamiento.

7.40. Falta de datos de costos detallados. Es poco probable que las encuestas a empleadores proporcionen desgloses detallados del gasto en atención de la salud (tales como tipo de proveedor o tipo de servicio). Por lo general, esta distribución debe estimarse por separado. Por ejemplo, en los casos en que los empleadores reembolsan a sus empleados por la adquisición de atención de la salud se podrá llevar a cabo una tabulación de una muestra de los reclamos presentados ante dichos empleadores. En los casos en los que los empleadores contratan o emplean a los proveedores se podrá inferir el tipo de gasto a partir de la naturaleza de dichos proveedores.

Datos sobre hogares

7.41. Existen dos razones por las que hay que otorgar una atención especial a los datos sobre el gasto de los hogares en atención de la salud. La primera es la importancia de los hogares como pagadores. Con base en observaciones reunidas en la década de los 90 en economías de ingresos medios y bajos, el gasto de los hogares (o de bolsillo) llega a ocupar con frecuencia el segundo lugar en importancia luego del gasto gubernamental en términos de su monto y su participación en el gasto total en salud. De hecho, en los casos en los que no hay seguros sociales de salud, el gasto de bolsillo puede representar de una a dos terceras partes de los gastos totales en salud (*The world health report 2002* (Informe de la salud en el mundo), cuadro anexo 5). Es en el gasto de bolsillo donde es más probable que las desigualdades en las cargas financieras del sistema de atención de la salud se hagan más visibles.

7.42. La segunda razón para conceder una atención especial es la dificultad para obtener estimaciones. A excepción de algunos montos menores registrados por los proveedores gubernamentales, tales como ingresos por cuotas de usuarios, la mayoría de estos gastos no se notifican en forma de estadísticas de proveedores disponibles de manera rutinaria o en otras fuentes de datos administrativas. El número de hogares en un país, su movilidad, el amplio rango de sus características socio-económicas y demográficas, así como de sus patrones de gasto, aunado a las frecuentes restricciones presupuestales que enfrentan los gobiernos para la recopilación de datos, todo ello da como resultado que los datos sobre el gasto en salud de los hogares sean un eslabón muy débil en la cadena de estadísticas gubernamentales oficiales.

7.43. La fuente de información más común e importante sobre los hogares es una encuesta. Una encuesta que ha sido adecuadamente diseñada y desarrollada puede proporcionar detalles valiosos acerca del gasto en salud de los hogares, así como sobre su composición y características de distribución. Pero la interpretación errónea de los datos de la encuesta de hogares es probablemente la causa más importante que por sí sola ocasiona el mayor margen de error en las estimaciones de CNS. Incluso una encuesta bien diseñada y aplicada puede conducir a los analistas a formas de extravío.

7.44. A pesar de que la mayoría de los contadores de la salud depende en gran medida de datos de la encuesta para hacer sus estimaciones sobre los hogares, existen otras fuentes que también pueden ser de utilidad. De hecho, cuando existe disponibilidad de una buena encuesta de hogares, o cuando hay posibilidades de llevarla a cabo, los contadores de la salud pueden confiarse demasiado a partir de un falso sentido de seguridad y sentirse inclinados a preferir la encuesta como la fuente más importante de información en lugar de recurrir a la recopilación de diferentes piezas de información de otras fuentes. A pesar de ello, existen otras fuentes de datos, tales como las que se han mencionado antes, que pueden ser más precisas y confiables para la medición de diferentes elementos del gasto de los hogares; éstas tienen con frecuencia el beneficio añadido de ser recopilaciones rutinarias validadas con el tiempo.

7.45. Una fuente de información puede ser los registros de los proveedores. En la medida en que los proveedores recolecten los pagos de sus pacientes y mantengan una contabilidad de sus negocios de forma que dichos pagos puedan ser identificados, en esa medida dichos datos podrán representar una forma costo-efectiva de triangular (cotejo cruzado) o sustituir la encuesta a los hogares. Desafortunadamente, tales datos suelen agregarse en el nivel del proveedor, por lo que no capturan el detalle demográfico que puede encontrarse en una encuesta.

7.46. De manera similar, los registros de las aseguradoras pueden usarse para generar estimaciones sobre los montos de co-pagos de los hogares, o sobre los montos que las aseguradoras reembolsan a los hogares. La aplicación de tasas de coaseguro a los beneficios pagados puede establecer una primera estimación de los co-pagos, si bien será necesaria una asignación familiar en el caso de los pacientes que dejan de pagar, así como en el de los montos deducibles y los co-pagos. La corrección de los gastos de los hogares por concepto de montos recibidos como reembolsos de las aseguradoras o de programas públicos ha dado pruebas de ser una parte importante en el desarrollo de un modelo más realista del

sistema de financiamiento de atención de la salud. Estas transferencias deben considerarse tanto en el diseño de las encuestas a hogares como en la recopilación de otros datos complementarios para evitar errores significativos en la estimación.

Datos sobre los proveedores

7.47. La recopilación de datos sobre proveedores plantea retos similares a los que plantea la recopilación de datos sobre los agentes de financiamiento. Por un lado, los problemas pueden ser aún mayores, en razón del número de proveedores en cuestión.

7.48. Por otro lado, puede haber una mayor disponibilidad de estimaciones sobre las actividades de los proveedores procedentes de otras autoridades nacionales que en el caso de los agentes de financiamiento. El personal que participa en actividades relacionadas con el SCN, tales como la estimación del producto interno bruto o la preparación de cuadros de insumo/producto, se interesa en los mismos tipos de medidas que los contadores de la salud, por lo que las estimaciones agregadas ya concluidas pueden ser de utilidad en la preparación de las CNS.

7.49. Aun cuando así sea, el trabajo del contador de la salud no está hecho todavía. Será necesario hacer ajustes a las estimaciones en los casos en que las definiciones y los campos de acción usados en las cuentas de salud difieran de las que usa el personal de CNS. La base de las estimaciones generadas por el personal de CNS debe evaluarse también. El gasto en atención de la salud es sólo una modesta parte de la economía total del país, y el personal del SCN puede tener otras prioridades en su trabajo y prestar menos atención al gasto en salud de la que le presta el personal de CNS.

Recuadro 7.2 Estimación del gasto en medicamentos en Bolivia

En Bolivia, el gasto de los hogares en medicamentos se estimó usando la ecuación

$$HE = NP + I - HIFE - PSE - CIE - NGOE - X,$$

en donde

HE = gasto de los hogares;

NP = producción nacional;

I = importaciones;

HIFE = gasto de fondos de seguros de salud;

PSE = gasto del sector público;

CIE = gasto por centros de distribución de suministros + gasto en suministros médicos esenciales;

NGOE = gasto de organizaciones no gubernamentales;

X = exportaciones.

Los metadatos pueden ser la fuente de información sobre importaciones, exportaciones y valores de producción nacional de fármacos. Los registros presupuestales e institucionales casi siempre están disponibles para las entidades públicas y, con frecuencia, para instituciones privadas mayores (tanto de proveedores como de agentes de financiamiento, tales como los seguros médicos privados). Aun en los casos en que las encuestas de hogares constituyan la fuente primaria para las estimaciones del gasto de los hogares en medicamentos, este tipo de ecuaciones puede usarse para verificar y ajustar las diversas cifras obtenidas.

Proveedores del sector gubernamental

7.50. En algunas situaciones puede ser necesario complementar los datos procedentes de los documentos presupuestales del gobierno con datos recopilados directamente de los proveedores gubernamentales.

Esto puede ocurrir cuando los documentos presupuestales omiten ciertos renglones de gasto o de ingreso, o cuando se requiere información adicional sobre el uso del gasto (por ejemplo, asignación de éste por funciones específicas).

7.51. En algunos países, las unidades gubernamentales tienen facultades para recolectar ingresos (tales como cuotas de usuarios) de fuentes no presupuestales sin tener que informar sobre dichos ingresos al gobierno. En estas circunstancias, es necesario realizar una encuesta a dichas unidades para obtener detalles sobre esos ingresos. En el caso de las cuotas de usuarios, esta información puede usarse para triangular la estimación que ha sido generada a partir de encuestas de hogares. Sin embargo, los arreglos sobre costos compartidos varían considerablemente entre los países, así como los instrumentos que se han desarrollado para monitorearlos, lo que dificulta la aplicación de una sola regla.

7.52. En la mayoría de los sistemas hospitalarios del gobierno, los documentos presupuestales registrarán únicamente el presupuesto total asignado a las unidades. En los sistemas financiados por impuestos con presupuestos fijados a nivel de las unidades de atención, los sistemas de contabilidad de costos al interior de dichas unidades no suelen encontrarse disponibles, dado que hay poca necesidad de los mismos. Si las cuentas de salud han de desagregar los gastos por función de uso, entonces se requerirá información adicional. Se requieren estudios especiales de costos para desagregar el gasto, por ejemplo, en servicios hospitalarios y ambulatorios. Si los recursos no permiten llevar a cabo estudios de costos en todas las unidades cada año, entonces podrán usarse los datos de una muestra de unidades para estimar la razón de costos de las unidades restantes. Los datos necesitarán actualizarse sobre una base regular (sujeto a disponibilidad de recursos).

Proveedores del sector privado

7.53. La estimación del ingreso y los gastos de los proveedores privados es un reto común, excepto en los países en los que el financiamiento de la atención de la salud depende de manera predominante de los mecanismos de aseguramiento. En los sistemas basados en el aseguramiento, el contador de la salud puede confiar por lo general en los datos que proporcionan los planes de seguros sobre sus pagos a proveedores. En otros países, el contador de la salud deberá confiar en conciliar información basada en datos del lado de la demanda (por ejemplo, encuestas a hogares) con aquella derivada de los datos generados por el lado de la oferta. Con frecuencia no es fácil obtener los datos del lado de la oferta de los proveedores privados.

7.54. Hospitales privados. Existen varias fuentes potenciales de datos administrativos o rutinarios que pueden usarse para obtener estimaciones sobre los ingresos de los hospitales privados. Éstas incluyen la información presentada ante las autoridades fiscales, los estados financieros proporcionados como parte de los requerimientos de licencia ante las agencias de registro de las compañías privadas y los datos rutinarios recopilados por las asociaciones de la industria hospitalaria. Debe determinarse la existencia y disponibilidad de tales series de datos, así como si constituyen fuentes de información confiables. Existe la posibilidad de hacer arreglos para que los cuerpos de la industria recopilen esta información sobre el ingreso en caso de que no lo estén haciendo ya. Si los datos rutinarios no se consideran confiables, o si no existen en absoluto, entonces por lo general no habrá otra alternativa más que realizar una encuesta de hospitales privados. La información recopilada de esta manera debe también sujetarse a los estándares de evaluación descritos antes (ver párrafos 6.29 y subsiguientes).

7.55. Médicos privados. Los doctores privados (y otros trabajadores de la salud privados) presentan un mayor reto que los hospitales privados en virtud de su mayor número y su menor tamaño económico. En algunos países existen registros fiscales, pero la poca confiabilidad de tales datos es un lugar común, en virtud de los incentivos para informar menos ingresos de los percibidos. En ocasiones, los ingresos pueden estimarse de forma indirecta, como cuando se conocen las cargas y el volumen de los pacientes; esto

ocurre cuando los pagos a cargo de terceras partes son predominantes, tales como la seguridad social y otros esquemas de financiamiento prepagados. Con frecuencia, sin embargo, la única solución práctica consiste en realizar encuestas para estimar los ingresos de estos médicos. La obtención de la cooperación por parte de los médicos no suele ser sencilla; el establecimiento de una garantía rigurosa de confidencialidad de los datos y la obtención de la cooperación de las asociaciones profesionales ayudará, pero no constituyen una garantía de éxito. El problema se agrava cuando no existe un buen marco muestral para la población de médicos, lo que complica seriamente el proceso de la encuesta. Si las encuestas no son viables, una alternativa es el uso de técnicas Delphi, en las que se solicita a informantes conocedores del tema que proporcionen las estimaciones.

7.56. Farmacias y minoristas de medicamentos. La recopilación de datos directamente de las farmacias y otros minoristas de medicamentos presenta retos similares a los descritos antes para los médicos privados. Una opción puede ser el uso de las estimaciones de las cuentas nacionales. Otra puede ser el uso de estimaciones confiables de la industria sobre las ventas al menudeo, si tales estimaciones existen acaso; esto es lo que se hace en la Región Administrativa Especial de Hong Kong (Hong Kong Special Administrative Region (SAR)), de China, así como en Malasia, Sri Lanka y los Estados Unidos, donde los contadores de la salud usan datos recopilados por una compañía privada para estimar las ventas farmacéuticas.¹¹ Las empresas farmacéuticas necesitan datos precisos para planear sus estrategias de mercado, por lo que existen fuertes incentivos comerciales para la generación de datos de gran calidad. En algunos países, las asociaciones comerciales privadas y las empresas de investigación de mercados pueden estar obligadas por ley a compartir parte de la información que recopilan cuando el grueso de sus ventas se hace a entidades gubernamentales. En otras partes, éstas pueden poner la información agregada a la disposición de los contadores de la salud o de agencias no mercantiles, sin costo alguno o mediante un cobro simbólico, con lo que se facilita la compilación de las cuentas de atención de la salud. En muchos casos, sin embargo, la compra de datos en mercados auditados y no auditados tiene un costo prohibitivo, y las asociaciones comerciales pueden mostrarse renuentes a compartir información dado el riesgo de que sus intereses entren en conflicto con las cuentas de salud cuando éstas se usen para monitorear y evaluar el mercado. En todo caso, como ocurre con cualquier otra fuente de datos, es necesario evaluar la confiabilidad y precisión de los métodos de recopilación de datos utilizados para generar estimaciones de terceras partes antes de que dichas estimaciones se consideren en la preparación de las cuentas de salud.

7.57. Si no hay estimaciones disponibles, o si éstas no se ajustan a las definiciones de las cuentas de salud, una opción más es generar estimaciones basadas en la producción de las ventas de medicamentos al menudeo (ver recuadro 7.2). Esto requiere una comprensión de los canales de producción y distribución de los productos farmacéuticos en un país. Si existieran datos confiables sobre la producción, importación y exportación de los productos farmacéuticos, entonces podrían prepararse estimaciones sobre el valor de dichos productos en un país a precios de fábrica o de importación. Sin embargo, la estimación de las ventas al menudeo requiere una estimación del sobre-precio o márgenes de ganancia en todas las fases del sistema de distribución, así como del valor de las compras efectuadas por usuarios no minoristas. Si estos datos no existen, su recopilación puede ser posible mediante la realización de encuestas especiales a, por ejemplo, los importadores y productores de fármacos. Este método puede ser susceptible de una considerable imprecisión en virtud de las dificultades para obtener datos confiables. Por ejemplo, los datos comerciales pueden no capturar el comercio ilegal de productos farmacéuticos, puede haber incentivos para mal informar sobre la producción de las fábricas y puede ser difícil cuantificar los márgenes de ganancia.

¹¹ Entre las diversas bases de datos de terceras partes útiles para la contabilidad de la salud, IMS (Intercontinental Marketing Services) es una empresa de investigación de información sobre el mercado farmacéutico de la salud que opera en más de 100 países.

Datos sobre organizaciones no gubernamentales locales e internacionales y otras organizaciones externas

7.58. Las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro operan en la mayoría de los sistemas de salud. En algunos casos, operan unidades de atención de la salud, participan en actividades de salud pública o financian la investigación en salud. Lo que distingue a una organización no gubernamental no lucrativa (denominada también institución no lucrativa al servicio de los hogares, en la terminología de las cuentas nacionales del ingreso) de una empresa privada es que la mayor parte de su ingreso deriva de fuentes privadas y externas, y la mayor parte se gasta en actividades no mercantiles. Lo que las distingue de una organización gubernamental es la ausencia de una influencia de control gubernamental sobre sus operaciones. Las organizaciones no gubernamentales pueden ser organizaciones indígenas locales o representaciones de organizaciones internacionales no gubernamentales más amplias.

7.59. Generalmente es difícil obtener datos sobre las organizaciones no gubernamentales. Éstas tienden a trabajar de manera independiente unas de otras, y sus prácticas de mantenimiento de registros y presentación de informes son comparativamente débiles (a excepción de las organizaciones más grandes). El grado de supervisión nacional varía considerablemente de un país a otro. Algunos gobiernos exigen informes detallados y aprobación de sus gastos; en otros países, las organizaciones no gubernamentales (e incluso los proveedores oficiales de recursos externos) operan con una gran autonomía y poco control oficial. En ocasiones puede existir una organización pública o privada que dé seguimiento a estas entidades; si así fuera, dicha organización representaría un contacto en extremo útil. El gobierno puede mantener un registro de las organizaciones no gubernamentales con propósitos fiscales o atendiendo a alguna otra regulación, lo que podría proporcionar un discernimiento valioso del tamaño relativo de tales organizaciones y el enfoque de sus actividades. Un registro así serviría también como un marco muestral de referencia en caso de que se llevara a cabo una encuesta de organizaciones no gubernamentales. Por último, pueden existir fuentes académicas de información sobre el sector de organizaciones no gubernamentales, dado que este sector suele ser de interés para economistas académicos, sociólogos y escuelas de administración.

7.60. Al examinar las cuentas del gasto gubernamental, es importante aislar las transferencias de los presupuestos públicos a las organizaciones no gubernamentales. Estos fondos en las cuentas de salud reciben un tratamiento diferente del que recibe el gasto gubernamental directo, y es importante evitar una doble contabilidad de los mismos cuando se sumen los diversos agentes de financiamiento en los cuadros de resumen.

7.61. Los esquemas de clasificación introducidos en los capítulos 3 y 4 ayudan a agrupar las actividades asociadas con los recursos externos en el sistema de salud de un país. Estos recursos externos incluyen la asistencia oficial para el desarrollo, tal como los programas de ayuda bilateral y los programas de préstamos, en los que el gobierno es una de las partes del acuerdo. También incluyen las actividades de organizaciones internacionales no gubernamentales, tales como la Cruz Roja o Red Crescent, Médicos sin Fronteras (Doctors without Borders), Farmacéuticos sin Fronteras (Pharmacists without Borders), Proyecto Esperanza (Project Hope), Caritas, el Ejército de Salvación (Salvation Army), Oxfam, Salven a los Niños (Save the Children), etc.

7.62. Dar cuenta de los flujos de gasto relacionados con los recursos externos puede ser una tarea difícil. Aun cuando muchos países cuentan en teoría con mecanismos para monitorear los desembolsos para ayuda, los retos se plantean por la forma en que se financian muchas de las actividades de asistencia internacional y por la falta de sistemas de información estandarizados entre las organizaciones. La complejidad de los arreglos de financiamiento también complica el desarrollo de datos utilizables. Si la asistencia internacional es significativa para la economía de la salud del país, la compilación de esta información, de forma agregada y con el nivel de detalle necesario, puede implicar un esfuerzo substancial.

7.63. Son varios los retos genéricos que surgen al medir los recursos externos. Con frecuencia, las organizaciones externas incurren en gastos de los que no informan a las autoridades nacionales, o que pueden no estar cubiertos bajo la forma de acuerdos formales de cooperación bilateral. En el caso de la asistencia oficial para el desarrollo, estos gastos sobre los que no se informa pueden incluir costos administrativos centrales en los que incurren las agencias externas al administrar su asistencia a los países, así como el financiamiento a contratistas que radican fuera del país pero que proporcionan servicios a la economía de la salud de dicho país. Las agencias oficiales de desarrollo pueden mantener sistemas de control financiero diseñados para satisfacer las demandas de sus propias autoridades nacionales, y existe una considerable diversidad en los datos financieros disponibles en las diferentes organizaciones. Se puede informar sobre los gastos financieros usando diferentes años fiscales, los datos pueden no distinguir entre los gastos reales y obligados, y las cuentas se mantendrán en una divisa extranjera.

7.64. Existen varias fuentes de datos potenciales relacionadas con los recursos externos, mismas que se examinarán en los siguientes párrafos. La experiencia indica que en la mayoría de los países habrá discrepancias entre estas fuentes en cuanto a los gastos que se notifican. Es necesario investigar la causa de tales discrepancias, así como determinar la confiabilidad relativa y la integralidad de cada fuente de datos. Esto implicará la compilación de datos de las principales fuentes, así como un análisis cuidadoso de los datos de cada una de ellas para proyectos específicos. A pesar de que todo ello puede requerir un esfuerzo inicial considerable, una vez que se hayan identificado las fuentes de datos confiables se facilitarán las rondas subsecuentes de la estimación.

Cuentas de gastos gubernamentales

7.65. Las reglas de presupuestación en muchos países requieren que el apoyo internacional a los programas de gobierno se registre en su valor total en las cuentas financieras correspondientes a los programas o departamentos pertinentes. De manera ideal, estos flujos financieros deben registrarse tanto en el lado de los ingresos como de los gastos de las cuentas de gastos públicos. Las transferencias en efectivo se registran en la divisa nacional equivalente; la asistencia en especie se valora de acuerdo con algún valor monetario adecuado, tal como el precio nacional del producto o servicio en cuestión. Desafortunadamente, este ideal no se satisface en muchos países, y la falta de rigor en la contabilidad formal y en las reglas de los informes financieros hacen que estos datos presupuestarios sean poco confiables. En muchos casos, el equipo de las cuentas de salud debe buscar en otras partes; si no hay datos disponibles, deberán hacer su mejor esfuerzo para adaptar los datos al marco de referencia de las cuentas, con la esperanza de poder cotejar la estimación haciendo uso de otros elementos de las cuentas.

Registros gubernamentales sobre la asistencia externa

7.66. En algunos países es necesario informar sobre toda la asistencia financiera externa a alguna agencia gubernamental central. Este requerimiento puede verse fortalecido en ocasiones por el requisito legal de que toda asistencia financiera externa a cualquier entidad local sea antes aprobada por tales agencias. Estos sistemas de información están sujetos a los mismos problemas de confiabilidad y cabalidad examinados antes en el caso de los registros presupuestales del gobierno. Cuando hay ausencia de datos, éstos normalmente se relacionan con los montos desembolsados en un año determinado. Sin embargo, es posible que se requieran datos adicionales para identificar los componentes específicos de salud, y para clasificar los gastos por función de la salud.

Encuestas de rutina de la asistencia financiera externa

7.67. Es frecuente encontrar que en un país dado se realizan encuestas anuales de rutina sobre las actividades de asistencia financiera externa. Éstas pueden llevarse a cabo por las oficinas locales del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) o, en el caso de la asistencia al sector salud, por las oficinas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o los ministerios de salud. El PNUD usualmente libera este tipo de información en forma de un informe publicado, pero los datos sólo son tan confiables como lo son los informes presentados por cada organización individual. El PNUD mantiene también la base de datos del Sistema de Análisis de la Cooperación para el Desarrollo (Development Cooperation Analysis System, DCAS), la cual contiene información sobre el agente de financiamiento, la agencia destinataria, el desembolso anual y el propósito general de cada proyecto (ver abajo). La adecuación y precisión de los datos del DCAS deberán verificarse contra otras fuentes antes de decidir si se requiere información adicional o alternativa.

7.68. El Comité de Asistencia para el Desarrollo (Development Assistance Committee, DAC) de la OCDE monitorea la asistencia internacional oficial por parte de catorce países de la OCDE, a través del Sistema de Información Creditor (Creditor Reporting System) (ver abajo). El Secretariado de la OCDE publica esta información en forma de informes anuales, y sus datos suelen considerarse confiables. Sin embargo, es posible que los datos de DAC no puedan desagregarse lo suficiente o con el nivel de detalle necesario para los propósitos de la contabilidad de la salud. También es posible que los datos DAC no informen sobre aquellos gastos que no se canalizan a través de programas bilaterales de asistencia a países. En consecuencia, suelen representar más un indicador de dónde buscar los datos que una fuente de datos en sí.

Encuestas especiales

7.69. En ausencia de datos rutinarios confiables se requerirá una encuesta de las agencias de financiamiento externo. En dicha encuesta será necesario solicitar a las organizaciones que proporcionen información sobre todos los proyectos a los que prestan apoyo, con detalles sobre desembolsos anuales, agencias destinatarias, y la suficiente información para poder asignar el dinero gastado entre los proveedores, las funciones o las poblaciones blanco. Algunas organizaciones, tales como la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (Japan International Cooperation Agency), publican datos anuales confiables sobre las actividades de su país, por lo que las encuestas directas pueden no ser necesarias cuando hay disponibilidad de estos informes.

7.70. A diferencia de otras fuentes de financiamiento, los gastos de financiamiento externo pueden ser extremadamente variables de un año al otro, ya que la asistencia está sujeta a proyectos específicos. En consecuencia, no deberán usarse las encuestas a una muestra de organizaciones para estimar las tendencias de gasto; se requerirá una encuesta completa (esencialmente un censo) a todas las organizaciones grandes. Esto señala la conveniencia de explorar los mecanismos formales que permitirían obtener tales datos sobre una base anual de rutina. Si se lleva a cabo una encuesta, la búsqueda de asistencia de organizaciones clave, a través de la influencia del comité directivo, puede ser de utilidad. El apoyo recibido de la OMS o el PNUD – o incluso la delegación de responsabilidades en éstos – puede ser eficaz en ciertos contextos. Por ejemplo, el equipo en el proyecto de CNS puede trabajar con el PNUD para modificar las respuestas de datos existentes del DCAS y los procedimientos de compilación.

El Sistema de Análisis de la Cooperación para el Desarrollo

7.71. El Sistema de Análisis de la Cooperación para el Desarrollo (DCAS) es una base de datos computarizada con mecanismos de búsqueda sobre proyectos de cooperación para el desarrollo (tanto multilaterales como bilaterales). Es mantenida por el PNUD e incluye descripciones de proyectos y objetivos, tipos de clasificación, estatus actual de los proyectos, proyectos relacionados, etc. La calidad y cabalidad de los datos, sin embargo, varía en función del país. Si hay disponibilidad del DCAS, se puede tener acceso al mismo en las misiones locales del PNUD. En algunos países (Sri Lanka, por ejemplo), el PNUD ha instalado un DCAS en las computadoras del equipo de cuentas de salud.

El Sistema de Información Creditor

7.72. El Sistema de Información *Creditor* (CRS) es un sistema que incluye datos sobre asistencia oficial para el desarrollo, asistencia oficial y otros préstamos. Los datos se recopilan de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo, del Banco Mundial y de instituciones financieras regionales. El sistema es auspiciado conjuntamente por la OCDE y el Banco Mundial, y es operado por la OCDE.

7.73. El CRS es esencialmente un sistema de información de proyectos. Se recopilan datos sobre actividades individuales de apoyo de más de 60 agencias de ayuda. En él se muestra el monto comprometido, el propósito, los términos y otros tipos de información para cada actividad. La cobertura de la base de datos varía un poco entre donadores, pero en términos generales la cobertura es amplia en relación con los préstamos y los donativos para formación de capital. En contraste, algunos voceros de las agencias de financiamiento externo no suministran datos sobre cooperaciones técnicas, o sólo las cubren de manera parcial.

7.74. El CRS, como sistema de información, se presta admirablemente para compilaciones y análisis estadísticos. Sus conceptos y definiciones son los mismos que en el sistema de información DAC. En consecuencia, los datos pueden analizarse en asociación con las estadísticas agregadas anuales de DAC. El CRS es la principal fuente para el ejercicio estadístico en cuanto al propósito y la distribución geográfica de la ayuda, así como en lo que se refiere a los términos y condiciones de la misma. Sus datos se publican tanto en formato electrónico como en papel en los informes regionales del CRS y la base de datos en línea CRS (parte de las bases de datos de International Development Statistics Online); asimismo, todos los datos del CRS se encuentran disponibles en formato .csv en el CD-ROM *International Development Statistics*.

7.75. Un subconjunto del CRS consiste en créditos otorgados a la exportación con apoyo oficial y no oficial, así como en préstamos categorizados como "otros flujos oficiales". Estos datos pertenecen a actividades individuales, pero son confidenciales. Es posible conseguir datos agregados mediante solicitud expresa relacionada con las transacciones entre un país acreedor determinado y todos los países destinatarios (o los principales grupos de países destinatarios) o, de manera inversa, las transacciones entre un país deudor determinado y todos los países acreedores (o los principales grupos de países acreedores que informan al CRS). Esta parte de la base de datos del CRS representa también el fundamento de las estadísticas sobre la deuda externa de los países.

7.76. A pesar de que el CRS es una buena fuente de información, sus datos deberán usarse con cuidado. Es importante señalar que las cifras normalmente reflejan compromisos (acuerdos con los destinatarios de la ayuda) más que desembolsos (gastos reales). Con frecuencia, los fondos comprometidos se desembolsan en el curso de varios años, y los contadores de la salud deberán determinar o estimar este patrón de desembolsos. Asimismo, deberán distribuir los desembolsos en función de un mayor detalle

funcional o de proveedor, usando para esta actividad otros datos de apoyo. Por estas razones, los datos CRS son de gran utilidad a manera de un mapa que permite explorar los flujos externos y sus efectos en el sistema de salud de un país.

Resumen

7.77. Los datos vienen en todas las formas y con distinto grado de elaboración en términos de su inclusión en el proceso de contabilidad de la salud. Con frecuencia es paradójicamente cierto que se obtiene mejor información en el caso de los actores pequeños del sistema de salud que en el de los grandes actores. Las listas generales de fuentes de datos revisadas en este capítulo deben ser vistas sólo como una guía para el equipo de cuentas de salud en la preparación de su plan de datos. Las entrevistas a informantes clave son una parte crucial de la identificación de fuentes de datos, y los contadores de la salud encontrarán que una fuente conduce a la siguiente.

7.78. La obtención de datos para llenar los huecos de información puede requerir la realización de recopilaciones de datos específicas. Usualmente es fácil encontrar registros públicos del gasto del ministerio de salud y de las entidades de seguridad social. Sin embargo, los cuadros de CNS deberán llenarse con cifras específicas distributivas, por lo que puede requerirse la realización de estudios complementarios para indagar sobre los siguientes tipos específicos de entidades:

- Otros ministerios, de forma que se cubra al menos las agencias centrales de gobierno que desarrollan programas de salud, tales como los ministerios de educación y de defensa.
- Empresas (incluyendo empresas paraestatales). La información deberá centrarse al menos en los principales responsables del gasto en salud (ya sea que tengan o no sus propias unidades e instalaciones de salud), e incluir los recursos involucrados en los pagos de atención de la salud.
- Universidades. Se requiere información sobre programas y actividades que se ofrecen directamente a la población en forma de bienes y servicios de salud; la capacitación de personal para los servicios de salud también puede incluirse bajo la etiqueta de clasificación adecuada.
- Grupos de trabajo *ad hoc* y programas.
- Fuentes específicas de recursos, tales como loterías, entidades externas, pagos de costos compartidos.
- Fondos y actividades de las entidades externas.
- Organizaciones no gubernamentales.
- Seguros médicos privados.
- Proveedores privados de salud.
- Hogares.

7.79. Es imposible insistir demasiado en la naturaleza continua y nunca acabada de la búsqueda de datos. La complacencia en este sentido puede reducir seriamente la precisión y la utilidad de las cuentas.

Capítulo 8

Desarrollo y uso de las encuestas en las cuentas de salud

8.01. Una actividad central en la contabilidad de la salud es la generación y el uso de datos recopilados a través de encuestas. Los registros administrativos y otros informes periódicos proporcionan una gran parte de la información deseada para construir las cuentas de salud, pero normalmente ofrecen muy poca información acerca de las transacciones de los hogares, las instituciones sin fines de lucro, los seguros médicos privados, las entidades públicas específicas y las agencias externas de financiamiento. Para obtener este tipo de información, los contadores de la salud deben recurrir con frecuencia a la recopilación de datos primarios, es decir, los datos de la encuesta.

8.02. Los datos de la encuesta son una de las principales fuentes de información sobre actores que desempeñan un papel importante en el gasto total en salud, y es necesario que se usen con mucho cuidado. La elaboración de estimaciones confiables sobre el gasto a partir de datos de la encuesta requiere una comprensión de los escollos potenciales en el uso de estos datos y una familiaridad con los métodos para superar sus debilidades inherentes. Los datos de la encuesta son valiosos sólo en la medida en que pueda suponerse que reflejan confiablemente la realidad del sistema de salud de un país.

8.03. La validez de los datos descansa en la forma en que los datos fueron generados. En cualquier sistema de información, incluyendo el de las cuentas de salud, existe un claro sentido de pérdida por ganancia obtenida en la recopilación específica de datos. Por un lado, mientras más amplia y completa sea la recopilación, más costosa será y más tiempo tomará para ser completada, mientras que el proyecto característico de cuentas de salud suele tener poco dinero y debe producir resultados con rapidez. Por otro lado, las encuestas no aleatorias a pequeña escala pueden costar muy poco, pero con frecuencia producen resultados que no pueden generalizarse hacia la población en su conjunto, mientras que a los contadores de salud se les solicita que produzcan información acerca de toda la población de forma que se apoyen las decisiones de política informadas. El arte de la encuesta radica en encontrar un equilibrio entre costo, oportunidad y calidad.¹²

8.04. Hay toda una variedad de tamaños de encuestas. En uno de los extremos del espectro se encuentran los censos y las encuestas aleatorias de gran escala. Éstas son capaces de alcanzar una buena cobertura de la población sujeta a estudio y pueden ser muy precisas. Existe todo un cuerpo establecido de literatura sobre diseño y realización de este tipo de ejercicios. Pero los estudios requieren recursos considerables, que no son fáciles de movilizar en los países de ingresos bajos. Como resultado, la OMS, el Banco Mundial y otras instituciones han trabajado para desarrollar un acercamiento hacia las encuestas de pequeña escala y la simplificación de los procedimientos de selección. Las técnicas de valoración y evaluación rápidas, o los métodos similares, pueden proveer una respuesta a la necesidad de datos en los países en los que los presupuestos de las cuentas de salud no pueden estirarse para abarcar censos y encuestas de gran escala.

8.05. Este capítulo aborda tres formas mediante las que pueden recopilarse los datos, a saber, una encuesta del universo (un censo), una encuesta de una muestra aleatoria y una encuesta de una muestra no aleatoria. En cada una de estas tres categorías, la recopilación de datos tiene implicaciones en términos de su validez, confiabilidad y naturaleza de la información reunida. Los recursos disponibles para los contadores de la salud (ver anexo A) incluyen una muestra de material especializado para los lectores interesados en un tratamiento más completo del tema de las encuestas.

Datos censales

8.06. Si los datos recopilados se organizaran en un espectro que fuera de más completos a menos completos, los datos censales ocuparían el extremo de “más completos”. En un censo, se busca y se aplica una encuesta para obtener la información deseada a todas y cada una de las unidades de la

¹² Un analista de políticas anónimo se refirió alguna vez a este equilibrio así: “Hacemos un trabajo bien hecho, rápido y barato (escoja dos de éstas).”

población (alternativamente llamadas “el universo” en la jerga de los estadísticos). En teoría, todo se conoce y nada se adivina. Los censos poblacionales y los censos económicos son ejemplos bien conocidos de este tipo de recopilación de datos, pero hay otros tipos. Los documentos presupuestales del gobierno que reflejan cada unidad gubernamental y cada gasto efectuado por dichas unidades son también censos.

8.07. En la práctica, es imposible lograr un censo completo, en especial aquellos que recopilan datos de los hogares o los negocios. El universo en sí puede cambiar en el curso de un censo, y algunas de las unidades pueden quedar veladas o perderse como resultado del trabajo de los censadores mismos. Las unidades pasadas por alto durante un censo suelen ser cualitativamente diferentes de aquellas enumeradas, y será necesario hacer un esfuerzo para ajustar los resultados censales a fin de compensar estos subregistros en la población. Por esta razón, las probabilidades de que un censo sea de poca calidad no son bajas, y habrá que revisar los métodos censales antes de aceptar los resultados como fidedignos.

8.08. Un censo no sólo se encuentra en el extremo más elevado por contener datos completos, sino que también se encuentra en el extremo más elevado en el espectro del costo. La organización y la ejecución de un censo son complejas (excepto cuando el universo es muy reducido), y la mayor parte de los estadísticos concuerdan en que hay una gran cantidad de información para la cual el trabajo de censo no es costo-efectivo; una encuesta de una muestra aleatoria puede proporcionar incluso resultados más precisos a una fracción del costo del censo. Sin embargo, hay un punto en el que es necesario realizar algún tipo de censo, aunque sólo sea para determinar el tamaño del universo.

8.09. Con mucha frecuencia, los resultados censales llegan muy tarde para ser usados directamente en las cuentas de salud. La terminación y tabulación de un censo puede tomar años en virtud de la complejidad en torno a su diseño y ejecución. Dado que los formuladores de políticas prefieren con más frecuencia saber qué pasará dentro de un año que lo que pasó cinco años atrás, es necesario tomar medidas para ajustar los datos censales a fin de “actualizarlos”. Esto puede hacerse mediante la aplicación de factores de crecimiento a los datos censales con base en suposiciones acerca de las determinantes de dicho crecimiento.

8.10. El mensaje para el contador de la salud debe ser claro. Cuando un censo de buena calidad se encuentra disponible, entonces debe usarse; pese al retraso que ello implica, contar con un censo completo se convierte en un valioso activo. Sin embargo, cuando no hay datos disponibles para una entrada específica, el uso del censo para recopilar esos datos debe considerarse sólo cuando la población es pequeña y heterogénea (por ejemplo, cuando la población incluye organizaciones externas que financian o proveen atención de la salud y servicios relacionados en un país). En otras circunstancias, las encuestas a una muestra de la población son más baratas y más rápidas, además de que, en el caso de las muestras aleatorias, éstas pueden incluso convertirse en una representación más confiable del universo.

Encuestas de muestra aleatoria

8.11. Las encuestas de una muestra aleatoria del universo (i.e., la población general) son muy conocidas. De hecho, el término “encuesta” casi siempre se ha asociado con la muestra aleatoria. En este tipo de encuesta, un cierto número de encuestados son elegidos del universo para recibir la encuesta, y sus respuestas son “generalizadas” al resto de la población. Cada miembro del universo tiene una probabilidad conocida de ser seleccionado para la muestra, una probabilidad igual a la de cualquier otro miembro similar del universo. Existe todo un cuerpo de literatura dedicado al proceso de diseñar y crear una muestra, así como sobre las estadísticas inferenciales que proceden de la encuesta resultante. Más que tratar de reducir todo el cuerpo de literatura a un puñado de párrafos, esta Guía se concentra en diversos aspectos de las encuestas de muestra aleatoria que revisten una importancia especial en la contabilidad de la salud (ver recuadro 8.1). Estos comentarios buscan facilitar un análisis con expertos en encuestas acerca del trabajo existente o propuesto para ser utilizado en las cuentas de salud.

Recuadro 8.1**Aspectos que deben evaluarse al considerar una encuesta que será usada para construir las cuentas de salud**

Son varios los aspectos que deben evaluarse en cualquier encuesta antes de que sus resultados se utilicen en las cuentas de salud. Éstos se relacionan con la confiabilidad, la validez y las posibilidades de generalización de los resultados: ¿Cuál es el margen de error? ¿Qué tan bien mide la encuesta los conceptos de interés? ¿Qué tan bien caracterizan los resultados a la población en su conjunto? Estos aspectos son:

- Fundamentación de la encuesta
- Diseño muestral y error muestral
- Error no muestral
- Marco muestral
- Detalle y especificidad de las preguntas
- Modo en que se administró
- Viabilidad para que se establezcan verificaciones cruzadas
- Acceso a instrumentos de la encuesta y a conjuntos de datos
- Periodicidad de la encuesta

Lógica de la encuesta

8.12. Al evaluar una encuesta como una fuente de datos para las cuentas de atención de la salud, es importante considerar cuál es la razón principal que motivó la encuesta. Las encuestas caen en una de dos categorías básicas. Una de las categorías incluye encuestas realizadas con fines generales o múltiples; éstas recopilan una amplia gama de datos, incluyendo algunos que afectan directamente en la construcción de las cuentas de salud. Con frecuencia, la autoridad estadística central lleva a cabo tales encuestas para establecer las características y tasas de empleo y desempleo, los patrones de consumo de los hogares, la producción económica, etc. Estas encuestas son estándar (si bien no universales) para establecer índices de precios y para estimar el ingreso nacional y las cuentas de productos.

8.13. La segunda categoría consiste en encuestas realizadas para recopilar información sobre tópicos específicos. El tema puede ser las condiciones de salud, la producción y el uso de servicios médicos, el gasto en bienes y servicios médicos, etc. Este tipo de encuestas es más común en el trabajo de las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales interesadas en el sistema de salud y los analistas interesados en la evaluación o la reforma del sistema de salud.

8.14. Cada una de las categorías tiene méritos relativos. Las encuestas sobre el gasto general de los hogares presentan dos ventajas importantes. Usualmente son realizadas sobre una base regular por las autoridades nacionales con el fin de compilar estadísticas económicas generales y de registrar gastos diferentes de aquellos que se incluyen en el gasto nacional en salud; esto puede ser de utilidad para ajustar la encuesta por el error no muestral (tema que se analiza más adelante). Las encuestas generales de hogares proporcionan también información útil para clasificar los hogares por nivel de consumo, un elemento importante de los cuadros de las cuentas nacionales de salud (CNS) que muestra el gasto por grupos socioeconómicos de la población.

8.15. La ventaja relativa de una encuesta focalizada en la industria de la salud o del gasto en salud es su enfoque del sistema de salud. En el caso de las encuestas de hogares, este enfoque ayuda a reducir el sesgo de memoria (analizado más adelante) y puede incrementar el nivel del detalle obtenido. Las encuestas más amplias no recolectan gran detalle sobre el gasto en atención médica y paramédica, ya que el consumo se combina con otros servicios individuales tales como recreación, o se coloca en una

categoría más amplia con otros renglones de gasto tales como, por ejemplo, los cosméticos y los productos para la higiene. Al concentrarse en la atención de la salud y los eventos médicos, las encuestas focalizadas pueden reducir los errores de memoria y, por definición, recopilar un mayor nivel de detalle. Las encuestas focalizadas son, sin embargo, susceptibles de acusar un sobre-registro, ya que los encuestados tienden a distorsionar los eventos (informar sobre eventos que en realidad ocurrieron fuera del periodo de referencia).

8.16. En el caso de las encuestas económicas, un enfoque en la atención de la salud ayuda a considerar el tamaño de la muestra. Normalmente, las encuestas que cubren el total de la economía contienen pocos proveedores de atención de la salud en la muestra, los cuales tienden a ser entidades con ingresos o activos considerables. En consecuencia, estas encuestas son bastante débiles en sus posibilidades de caracterizar las actividades en el sistema de salud. En contraste, es probable que una encuesta específica de la industria con una muestra centrada en los proveedores de la salud produzca resultados más robustos, siempre y cuando se encuentre un marco muestral adecuado para el universo de tales proveedores.

Diseño muestral y error muestral

8.17. El diseño muestral de la encuesta tiene implicaciones para las posibilidades de generalización de los resultados, así como para el tamaño del error muestral. Deben evitarse las encuestas que son representativas sólo de sub-poblaciones o de regiones seleccionadas si el propósito es preparar estimaciones nacionales; es poco probable que dichas encuestas puedan generalizarse, es decir, que reflejen la experiencia en el nivel nacional.¹³ Si no hay nada más disponible, entonces podrán usarse dichas encuestas, pero habrá que hacerlo con gran cuidado y con ajustes explícitos que reflejen las diferencias supuestas entre la población encuestada y la población en general.

8.18. El tamaño de una muestra tiene implicaciones para la precisión de la encuesta. En la suposición de que todo lo demás sea igual, mientras mayor sea el tamaño de la muestra, menor será el error muestral. Esto tiene un sentido intuitivo: una muestra más grande recoge información que será inferida para un número menor de miembros de la población, por lo que la probabilidad de que uno o dos casos extremos obtenidos al azar induzcan a error será menor. Mientras más homogénea sea la población, menor será el error muestral. Esto también es intuitivo: en el caso más extremo, si todo el mundo fuera exactamente igual, al estadístico le bastaría conocer las respuestas de un solo encuestado para poder extraer conclusiones acerca del universo.

8.19. Los errores muestrales y su relación con el tamaño de la muestra es un tema bien conocido por la mayoría de los usuarios de encuestas y que se ha analizado ampliamente en la mayoría de los textos estadísticos estándar. En los informes de encuestas bien diseñadas, los errores de muestreo se notifican de manera explícita, o éstos pueden computarse fácilmente. Es necesario tomar en consideración el tamaño de tales errores cuando se hace uso de los datos de la encuesta. Al diseñar una encuesta, es importante que sus promotores analicen con el estadístico de la encuesta el “poder” de ésta, es decir, el grado en que tiene una capacidad confiable de capturar eventos poco frecuentes así como eventos frecuentes.

8.20. Los estadísticos de encuestas pueden también ofrecer asesoría sobre la estratificación de la muestra. En la mayoría de las situaciones, si no es que en todas, el análisis de los subconjuntos del universo es de utilidad, como por ejemplo, para caracterizar la experiencia de la gente en el peor estado de salud o en edad avanzada, o para describir los patrones de gasto en salud entre los negocios pequeños. Hasta donde sea posible, las encuestas deberían estratificarse en función de características que, según se cree, se relacionan con la probabilidad y el nivel de gasto. Por ejemplo, el gasto de las empresas en atención de la salud normalmente varía según la industria, el tamaño de la empresa, el tipo de propiedad

¹³ Por supuesto, dichas encuestas pueden y deben usarse si el trabajo se centra en esa sub-población o región particular.

(sectores público y privado, empresas extranjeras o nacionales), etc. Una encuesta de 250 pequeñas empresas seleccionadas al azar y de 250 empresas grandes seleccionadas también al azar (una muestra estratificada) puede producir información más confiable acerca de las pequeñas empresas que una muestra aleatoria de 500 empresas de las cuales 75 resultan ser pequeñas. La estratificación permite el desarrollo de un costo promedio por empleado en cada estrato estadísticamente válido, mismo que puede multiplicarse por el empleo agregado estimado en ese estrato (tomado de la encuesta sobre fuerza laboral en el país), a fin de producir un estimado nacional. En estas situaciones, basarse en una muestra estrictamente aleatoria y en la obtención de encuestados tomados al azar de los estratos de la población tiene sentido, ya que por el mismo costo el encuestador mejora la solidez de la encuesta en su conjunto.

8.21. El error muestral conduce directamente a la noción de “intervalo de confianza” o “margen de error” de la estimación. Dada la incertidumbre inherente en cualquier encuesta muestral, la determinación con una certeza absoluta del valor exacto del concepto sujeto a medición en la población es imposible. Sin embargo, sí es posible establecer un rango para ese valor y asociar una cierta confianza con ese rango. Un estadístico puede, por ejemplo, establecer que “el valor promedio de esta medida es de 45 en la muestra, con una confianza de 95% de que el valor de la población se ubica en algún punto entre 41 y 49”. Un intervalo de confianza depende de muchos factores, incluyendo el tamaño de la muestra, qué tan cercanamente se aglutinan las respuestas de la muestra, qué tanta confianza quiere tener el estadístico, las suposiciones acerca del universo y la naturaleza del modelo muestral (encuestados seleccionados aleatoriamente, etc.). Los intervalos de confianza pueden construirse para cualquier grado de confianza. Con frecuencia se elige el nivel de 95%, pero éste puede relajarse o estrecharse de acuerdo con las consecuencias de los errores para la estimación producida. Los intervalos de confianza pueden construirse para cualquier grado de confianza. Dado que la calidad de una encuesta puede medirse en parte en función del error muestral asociado con sus resultados, es aconsejable explicitar la magnitud del margen de error de forma que aquellos que usan los datos para preparar las cuentas de salud, y aquellos que hacen uso de las cuentas de salud en sí, puedan juzgar los valores involucrados.

Errores no muestrales

8.22. A pesar de que los errores muestrales se analizan a fondo en la literatura sobre encuestas, y de que en ésta se otorga una gran atención a los intervalos de confianza en torno a una estimación puntual, existen otros peligros aún más insidiosos en el uso de datos de la encuesta para las cuentas de salud. Estas amenazas se conocen por lo general como errores no muestrales, y pueden dividirse en dos clases, categorizadas sin gran rigor como “no preguntar lo que se necesita” y “no obtener lo que se solicita”. La eliminación por completo de los errores no muestrales es imposible, pero existen formas de diseñar e instrumentar la encuesta que pueden ser de ayuda para minimizar dichos errores.

8.23. El caso de “no solicitar lo que se necesita” surge principalmente cuando los encuestados no entienden las preguntas de la encuesta. Hay cambios sutiles en la manera de formular una pregunta, o en su colocación en la encuesta, que pueden afectar la manera en que los encuestados entienden la pregunta. La forma más segura de reducir este tipo de error es someter las preguntas a una prueba piloto con una muestra reducida de encuestados seleccionados para reflejar los tipos de personas que serán encuestadas más adelante, así como llevar a cabo algunas pruebas cualitativas, tales como solicitar de manera explícita información de las personas, invitándolas a que expresen sus pensamientos en voz alta, etc. Las pruebas piloto cuestan tiempo y dinero, por lo que, desafortunadamente, esta etapa del proceso de la encuesta se pasa por alto con frecuencia. Una alternativa frente a las pruebas piloto para tratar de reducir este tipo de error no muestral es el uso de preguntas “ya formuladas”, que han dado muestras de ser eficaces en otras encuestas. Aun así, este tipo de preguntas ayudan a validar las preguntas usadas en la encuesta ya que, incluso cuando las poblaciones comparten en términos generales la misma cultura, las preguntas pueden ser entendidas de manera diferente, y es posible que se

requieran pequeñas variaciones en la formulación de las mismas para obtener respuestas comparables.

8.24. Los errores no muestrales agrupados en la clase de “no obtener lo que se solicitó” se relacionan con la poca disponibilidad o incapacidad de los encuestados de contestar con precisión. Por ejemplo, los encuestados de una encuesta a una industria pueden no informar sobre todas las actividades en virtud del temor de que las autoridades fiscales u otros reguladores conozcan estos datos. Entre los hogares existe una renuencia a informar sobre contactos con proveedores ilegales, transacciones en el mercado informal o contactos para resolver condiciones o enfermedades socialmente indeseables. (Además, es bien sabido que hay encuestados que “fabrican” los eventos en un esfuerzo por agradar al entrevistador.)

8.25. Uno de los problemas más comunes en las encuestas sobre gasto en salud de los hogares es el sesgo de memoria, es decir, los encuestados que no pueden acordarse con precisión cuántos eventos experimentaron o cuándo ocurrieron dichos eventos. El sesgo de memoria tiene diferentes causas, que inducen al sesgo en ambas direcciones. El sesgo de valores inferiores del informe suele predominar respecto del que arroja valores superiores, con lo que el error no muestral neto resulta negativo. El sesgo de memoria varía en función del periodo de tiempo que se exige a la memoria, la naturaleza del concepto que se intenta recordar y las características de los encuestados. Es mayor en el caso de pagos menores e irregulares y de acontecimientos frecuentes relacionados con el gasto en atención médica y paramédica, que cuando se trata de otros tipos de gasto del consumidor. Así, los sesgos de memoria revisten una importancia particular para la contabilidad de la salud y, dentro de ésta, para la atención ambulatoria más que para la hospitalaria.

8.26. Los sesgos de memoria pueden modificarse por la forma en que la encuesta obtiene información sobre el gasto en salud. Las encuestas generales sobre el consumo de los hogares usualmente preguntan a los encuestados cuál fue la suma de los gastos en tipos de servicios o productos médicos dentro de un periodo de tiempo determinado. Las encuestas especializadas de salud, por otro lado, obtienen información induciendo primero a los encuestados a que recuerden episodios de enfermedad o de uso de diferentes servicios médicos durante un periodo de tiempo determinado, y sólo entonces les piden que recuerden los gastos asociados con éstos. Suponiendo que todo lo demás sea igual, el segundo enfoque suscita un mejor recuerdo que el primero, si bien los errores se mantienen en ambos. Los encuestados de la encuesta especializada pueden muy bien “distorsionar” el momento de los eventos, esto es, pueden informar sobre gastos o servicios que tuvieron lugar fuera del esquema de tiempo de la encuesta porque no recuerdan la fecha exacta del evento.

8.27. Otro problema común para obtener lo que se solicitó es la falta de conocimiento. Normalmente, hay una persona que completa la encuesta a nombre propio o de su familia o institución. Ese encuestado puede no conocer toda la información relevante sobre los otros miembros del hogar o de la institución. Por ejemplo, un dependiente en el departamento de contabilidad de un hospital puede tener muy pocos conocimientos acerca de la mezcla de casos tratados en el hospital, mientras que un director médico puede tener pocos conocimientos sobre los costos totales en los que incurrió el hospital. Por lo general, las encuestas intentan reducir esta fuente de sesgo identificando al mejor encuestado posible según el caso, así como estimulando la ayuda de otros miembros de la unidad encuestada. Sin embargo, incluso el mejor encuestado posible puede sencillamente no ser capaz de responder con precisión a la pregunta; por ejemplo, los pacientes pueden no tener idea del costo de su estancia hospitalaria.

8.28. Los diferentes estilos de entrevista tienen un efecto en el error no muestral. Algunas encuestas se realizan por correo, otras por teléfono, y otras de persona a persona. Algunas encuestas emplean un diario del que se ha hecho cargo el encuestado. Cada método tiene sus propias ventajas y desventajas en términos de costo y capacidad para reducir errores. Las diferentes ventajas y desventajas se analizan ampliamente en la literatura profesional, y los funcionarios estadísticos con experiencia en la realización o supervisión de las encuestas suelen entenderlas con claridad. Más allá de los aspectos relacionados con la metodología de la encuesta, la experiencia en muchos países de ingresos bajos y medios es que la aplicación de algunas de estas técnicas ha sido poco práctica.

8.29. La comprensión de las posibilidades de errores no muestrales y la minimización de dichas posibilidades son partes importantes en el diseño e instrumentación de una encuesta. En cierta medida, estos errores se encuentran presentes en cualquier encuesta. Dado que la calidad de las cuentas de salud se ve afectada directamente por la calidad de los datos subyacentes, es necesario que el proceso y el instrumento de la encuesta se estudien con cuidado, de preferencia en consulta con estadísticos de encuestas, a fin de entender el tamaño potencial y la dirección de los errores no muestrales. Más aún, ese tamaño y dirección deberían mencionarse en la documentación que acompaña las cuentas de salud, no sólo con el espíritu de una transparencia completa, sino como un recordatorio para el desarrollo futuro del trabajo (7).

Marco muestral

8.30. El sesgo del marco muestral se analizó de manera general en el capítulo 6 (ver párrafos 6.38 y 6.39). La calidad de los resultados de la encuesta depende en parte del grado en que se pueda afirmar que los participantes en la misma son representativos del universo de interés.

8.31. Incluso las encuestas que se consideran “representativas a nivel nacional” pueden omitir grupos clave de individuos. Con frecuencia, las encuestas nacionales no cubren a los individuos institucionalizados o a los pacientes hospitalarios. Tales poblaciones tenderán a tener gastos en salud por encima del promedio, por lo que se requerirá algún tipo de tratamiento especial para estas poblaciones. Esto puede adoptar la forma de una encuesta focalizada, que puede ser tanto cara como de difícil instrumentación, dependiendo de la forma que haya adoptado (aleatoria o no aleatoria). Una alternativa para la encuesta adicional es la realización de ajustes ad hoc a las encuestas existentes que den cuenta de las poblaciones omitidas. Esto es similar al proceso de corrección de los datos censales analizado antes. Por ejemplo, si una encuesta de la población de individuos que viven en entornos urbanos produce una estimación de un gasto en atención hospitalaria per capita de 50, y otra información sugiere que la gente que vive en áreas rurales gasta la mitad de lo que gastaron los residentes urbanos, entonces es posible concluir que los residentes rurales tienen un gasto en atención hospitalaria per capita de 25. Esta es una suerte de resultado híbrido de la encuesta, que no se aviene a las nociones clásicas de intervalos de confianza, pero es el tipo de ajuste de datos característico de la contabilidad de la salud, como se ilustra en el trabajo desarrollado en Argentina (ver recuadro 8.2).

Recuadro 8.2**Ajuste en la encuesta de hogares en Argentina para eliminar el sesgo en los resultados**

Los gastos de los hogares representan una parte importante del gasto total en muchos países de América Latina. Estos gastos se estiman principalmente a partir de datos de encuestas, pero la experiencia ha mostrado que las encuestas de hogares existentes cubren mejor a las poblaciones urbanas y que éstas presentan por lo general una subestimación general del gasto. Incluso en el caso de encuestas diseñadas de manera específica para resaltar el gasto en atención médica, la comparación con los datos de la industria sugiere una subestimación del nivel de gasto en productos farmacéuticos. Esto puede atribuirse a la falla de las encuestas para definir con suficiente precisión los medicamentos alópatas, los medicamentos no alópatas, las vacunas y los medicamentos tradicionales, así como al hecho de que los encuestados pueden tener una mayor claridad sobre episodios hospitalarios y jornadas especiales para consultar a un profesional de la salud que la que tienen respecto de las prescripciones asociadas con estos episodios (todos estos son rasgos que un rediseño de la encuesta podría ayudar a captar mejor). Más aún, existen varios grupos de población que quedan excluidos en muchas encuestas a causa del diseño.

En Argentina se realizan esfuerzos para lograr que los resultados crudos de encuestas sean más representativos del gasto nacional en salud. Algunos de los ajustes que se han llevado a cabo para corregir sesgos específicos incluyen los siguientes:

- Se están efectuando ajustes en función de áreas geográficas no cubiertas mediante el uso de perfiles demográficos por tipo de hogar.
- Se efectúan ajustes en función de hogares que no respondieron a la encuesta con base en el ingreso de los hogares y su gasto promedio.
- Se realiza un ajuste final para corregir la subestimación general de la encuesta; dicho ajuste se basa en líneas presupuestales y se distribuye después por grupo de ingreso y área geográfica.

Detalle y especificidad de las preguntas

8.32. Las encuestas difieren en el nivel de detalle de los datos recopilados sobre las distintas facetas del gasto en salud. Hay dos razones por las que es mejor contar con un mayor detalle: éste permite desagregar el gasto por función y por proveedor, y facilita el cotejo cruzado con otras fuentes de información. La encuesta ideal debería recopilar información sobre todos los gastos relacionados con el sistema de salud, así como categorizar tales gastos tanto por proveedor como por función. En la práctica, tales encuestas no existen y los contadores de la salud deben estar preparados para trabajar con series de información menos completas. Por otro lado, los analistas deben estar prevenidos contra la falsa precisión, es decir, solicitar o informar con más detalle de lo que los encuestados son capaces de responder. Cada encuesta debe evaluarse a fin de determinar el grado en que ofrece suficiente detalle para apoyar las necesidades analíticas primarias y secundarias del proceso de contabilidad.

Modo de administración

8.33. Existen muchas formas de llevar a cabo una encuesta. Cada una tiene ventajas y desventajas. Una de estas formas es realizarla por teléfono. Cuando sea posible, este puede ser el método menos costoso. Su desventaja es que, por definición, los miembros de la población sin teléfono quedan fuera. Esto pone en peligro la naturaleza aleatoria de la muestra y sesga los resultados en contra de los integrantes más pobres de la población, que pueden tener desembolsos por encima del promedio o mayores necesidades de atención de la salud.

8.34. Otro método son las encuestas por correo o postales. Éstas son de alguna manera más caras que las encuestas por teléfono, pero tienen la ventaja de que son accesibles para una mayor proporción de la población. Las desventajas de una encuesta postal son, primero, que aun así es posible que no lleguen a todos los integrantes de la población, como aquellos que no tienen una dirección fija o aquellos que se encuentran fuera del sistema postal. Segundo, las encuestas postales son menos eficaces con los encuestados analfabetos, que deben pedir ayuda para responder o simplemente optan por no completar la forma. De nuevo, esto puede sesgar los resultados. Por último, no existe una forma genuina de verificación para asegurar que haya sido la persona correcta la que contestó la encuesta. Por ejemplo, una encuesta postal sobre el gasto en salud de empleadores podría terminar en manos del departamento de recursos humanos, siendo que, de hecho, es el departamento financiero el que cuenta con la información sobre los desembolsos reales.

8.35. Un tercer tipo de encuesta consiste en mantener un diario. Los encuestados potenciales reciben un cuaderno de notas o diario en el que irán anotando los datos sujetos a indagación (compras, acontecimientos, etc.). Entonces se recogen y tabulan los diarios. Las ventajas de este tipo de encuesta es que ésta requiere de alguna manera una menor intervención por parte del personal de la encuesta que en el caso de las encuestas por teléfono o por correo, y que se estimula a los encuestados a registrar los eventos a medida que van ocurriendo. Las desventajas son que pueden proporcionarse menos datos que los previstos cuando los encuestados olvidan anotar los acontecimientos, y que el método requiere cierto nivel alfabetización y experiencia con el mantenimiento de registros formales.

8.36. Un cuarto tipo es la encuesta que se desarrolla de persona a persona. En este caso, los encuestadores capacitados se desplazan hacia los sitios donde se encuentran los encuestados para hacer las preguntas de la encuesta y registrar las respuestas. Este es el tipo de encuesta más poderosa, ya que no se ve afectada por el problema del analfabetismo y, hasta cierto punto, permite a los encuestadores entrevistar incluso a personas que no tienen una dirección permanente, así como efectuar ajustes en el lugar mismo de la encuesta para asegurarse de que se entreviste a la persona correcta. Sin embargo, es una forma costosa de realizar encuestas, puede entrañar un peligro para los encuestadores, y es sabido que los encuestados alteran sus respuestas en presencia del encuestador, a veces como un intento de ofrecer las respuestas que, en su opinión, la encuesta está buscando. El uso de este tipo de encuesta requiere así una capacitación específica sobre encuestas, así como una supervisión del personal que está llevando a cabo las entrevistas.

8.37. La forma más reciente de encuesta hace uso de Internet o de los correos electrónicos para distribuir cuestionarios y recolectar las respuestas. Existe todo un cuerpo de literatura que ha ido surgiendo rápidamente en el que se resumen las dificultades, los éxitos y las lecciones aprendidas, y este modo de administrar la encuesta puede ser poco costoso y de fácil uso. Sin embargo, aun cuando existe ya una amplia difusión de las computadoras, lo cierto es que este tipo de encuesta es más exitosa cuando se dirige a subgrupos de población jóvenes, más alfabetizados y de mayores ingresos.

8.38. Algunas encuestas emplean más de un método. Por ejemplo, a una encuesta por correo se le puede dar seguimiento mediante llamadas por teléfono a los que no contestaron a la primera. Esto a su vez puede verse seguido de visitas personales. O el método del diario puede combinarse con la entrevista de persona a persona. Cuando se lleva a cabo en forma adecuada, este enfoque puede combinar las fortalezas de diversos métodos y mitigar algunas de sus debilidades. La asesoría de un estadístico de encuestas puede ser invaluable en el diseño del enfoque óptimo de la encuesta.

8.39. Como se mencionó antes, algunas formas de administración de la encuesta son poco prácticas en países de ingresos bajos y medios. Los contadores de la salud que cabildean en busca de una nueva encuesta deberían tener mucho cuidado para asegurarse de que el modo de administración propuesto es consistente con lo que se sabe acerca del entorno de la encuesta; por ejemplo, sólo por mencionar lo obvio, una encuesta por teléfono no funcionará si el grueso de la población no cuenta con un teléfono.

En muchos países con infraestructuras pobremente desarrolladas, las encuestas de persona a persona son el único modo viable de administración de las mismas.

Viabilidad de las verificaciones cruzadas

8.40. No hay encuesta que sea perfecta y sin error. El error muestral existe en todas las encuestas muestrales, y el error no muestral es inevitable y suele ser motivo de mayor preocupación para el contador de la salud. La tarea del estadístico es cuantificar tales errores, y la tarea del contador de la salud es ajustarlos. El método primario de ajuste es la triangulación, esto es, comparar las estimaciones de la encuesta con otras fuentes independientes de información cuya confiabilidad es conocida. Por ejemplo, las estimaciones de encuestas de hogares sobre la compra de medicamentos en las farmacias pueden con frecuencia verificarse contra las estimaciones de la industria de tales ventas, o con datos de un canal de compra central.

8.41. Las encuestas deberían evaluarse para determinar qué rubros podrán verificarse de esta manera. Esta verificación no tiene que restringirse a rubros relacionados con los sistemas de salud; en las encuestas de propósitos generales, la verificación de la confiabilidad global de la encuesta puede hacerse verificando otras áreas de gasto (tales como alimentos o ropa). Mientras más fácilmente pueda verificarse la confiabilidad de una encuesta y cuantificarse su sesgo, mayor será su utilidad.

Acceso a instrumentos encuestales y a series de datos

8.42. La evaluación de los datos de una encuesta para fines de la contabilidad de la salud usualmente requiere considerar el diseño de la encuesta y, posiblemente, el examen de subconjuntos específicos de datos para efectos de verificación de los mismos. Así, es importante tener acceso al diseño y a los instrumentos utilizados, así como a las series de datos en sí. El valor de una encuesta cuyo instrumento y diseño no se encuentran disponibles para ser examinados se reduce en gran medida, a menos de que pueda llevarse a cabo alguna evaluación de su confiabilidad.

Regularidad de la encuesta

8.43. En igualdad de circunstancias, siempre es preferible una encuesta que se repite de manera regular a una encuesta que se efectúa una sola vez. Las encuestas recurrentes han tenido una oportunidad de “ir limando fallas”, y los resultados de un año pueden compararse con los de otros años para valorar su confiabilidad. Desafortunadamente, las encuestas regulares suelen llevarse a cabo por razones ajenas a la obtención de datos para las cuentas de salud, por lo que pueden no ofrecer suficientes detalles para ese propósito. Esta es la razón por la que las encuestas especiales sobre gasto en salud con frecuencia deben ser comisionadas a alguien más.

Aprovechamiento de información de CNS tomada de encuestas existentes

8.44. A pesar de que el diseño y la instrumentación de una encuesta completa para obtener datos para las cuentas de salud son tentadores, ese no suele ser el enfoque más costo-efectivo. Con frecuencia es posible negociar la realización de modificaciones a encuestas oficiales existentes con el fin de recopilar datos más detallados para las cuentas de salud sobre una base permanente. Por ejemplo, en Hong Kong S.A.R. de China, gran parte de la información usada para construir estimaciones sobre el gasto privado depende de datos que se compilan añadiendo pequeños módulos a diversas rondas de la encuesta permanente sobre fuerza laboral. Es obvio que mientras más se acerque el propósito original de la encuesta

al tipo de información requerida para las cuentas de salud, mejores serán los prospectos de insertar diversas cuestiones relacionadas con salud en la encuesta.

8.45. La segunda razón para preferir la modificación de una encuesta establecida para su uso en la contabilidad de la salud es que, además del costo, una nueva encuesta trae consigo diversos grados no medidos de errores no muestrales. En contraste, los tipos de errores muestrales y no muestrales asociados con encuestas existentes usualmente han sido ya explorados, por lo que el manejo de éstos es una tarea que en parte ya se ha llevado a cabo.

Mejoramiento de la calidad de los datos de la encuesta

8.46. Existen diversas formas de mejorar la calidad de una encuesta para fines de la contabilidad de la salud. Pudiera pensarse que la mejor forma es el incremento del tamaño de la muestra, pero eso no necesariamente es cierto. La primera manera es reducir el sesgo del marco muestral, ya que, por muy buena que sea una encuesta, su calidad se verá seriamente comprometida si ésta no puede generalizarse a la población en su conjunto.

8.47. Una vez que se ha hecho frente a este tipo de sesgo, el siguiente paso consistirá en reducir el error no muestral. Un intervalo de confianza estrecho en torno a un estimado erróneo será de poca ayuda para preparar las cuentas de salud (o para cualquier otro fin). La reducción del error no muestral a través de un rediseño de la encuesta, o la comprensión del grado del sesgo a través de algún tipo de evaluación, pueden costar menos y su instrumentación puede ser más sencilla que un incremento en el número de encuestas administradas.

8.48. Sólo después de que el sesgo del marco muestral y el error no muestral han sido superados podrá considerarse la conveniencia de incrementar el tamaño de la muestra. El número de casos muestrales es el factor de mayor peso en el costo de una encuesta y en la oportunidad de sus resultados, por lo que este es un aspecto de la encuesta que requiere atención cuidadosa. Los estadísticos de encuestas pueden computar el “poder” de una encuesta, esto es, su capacidad para detectar pequeños cambios o eventos inusuales en la población. Al trabajar con los estadísticos, los promotores de la encuesta podrán establecer un tamaño óptimo de la muestra, tal que permita alcanzar el poder deseado de la misma; es muy posible que el incremento del número de casos más allá de este punto no resulte costo-efectivo.

8.49. Una vez que se ha tomado la decisión de incrementar el tamaño muestral de una encuesta, es necesario tener en mente que hay algunas formas de hacerlo que son más costo-efectivas que otras. De manera particular, cuando el sistema de salud ha sido descentralizado, cuando se desean estimaciones de nivel subnacional o cuando hay subgrupos en la población que revisten un interés para las políticas, entonces resulta útil estratificar la muestra, es decir, trabajar con una sobre-muestra de algunos grupos. La estratificación produce mejores estimaciones en el caso de las poblaciones a las que se ha adjudicado una sobre-muestra, y en estos casos la pérdida de precisión a nivel nacional suele ser muy reducida en contraste con lo que ocurre con las muestras puramente aleatorias.

8.50. Una forma poco costosa y poderosa de mejorar la calidad de una encuesta consiste en triangular los resultados. La triangulación se refiere a la comparación de los datos de la encuesta con datos de otras fuentes que usan diferentes enfoques o métodos para estudiar el mismo tema. (El procedimiento de la triangulación no necesariamente requiere tres puntos de datos; es posible usar más de tres.) Por ejemplo, las estimaciones de encuestas de hogares sobre las compras de medicamentos en farmacias pueden verificarse contra las estimaciones de la industria de tales ventas. Si hubiera una diferencia entre varias estimaciones, entonces deberá efectuarse una revisión sistemática de las causas potenciales de dicha diferencia, y deberá otorgarse más peso a la fuente de mayor credibilidad. La revisión puede también sugerir formas de mejorar cada fuente de datos. Es necesario evaluar las encuestas para determinar qué rubros podrían verificarse de esta manera. Una verificación así no tiene que restringirse a rubros relacionados con

la salud; en encuestas de propósito general, la constatación de la confiabilidad global de una encuesta puede hacerse verificando otras áreas de gasto (tales como ropa o alimentos). Mientras más fácilmente pueda verificarse la confiabilidad de una encuesta y más pueda cuantificarse dicha confiabilidad, más útil será la encuesta y mayor su calidad.

8.51. Otra forma de mejorar la calidad de una encuesta es repetir la encuesta de manera regular⁽⁸⁾. Una encuesta repetida regularmente es de mejor calidad por dos motivos. Primero, permite la realización de verificaciones cruzadas con un mayor número de fuentes de información diferentes y contra un mayor número de puntos en el tiempo, lo que incrementa la confiabilidad de cualquier estimación puntual derivada de los datos de la encuesta. Segundo, dado que gran parte del sesgo y el error de una encuesta tiene una relación específica con el diseño muestral, las comparaciones inter-temporales del gasto basadas en diferentes rondas de la misma encuesta tenderán a tener una mayor confiabilidad que las comparaciones inter-temporales de datos entre dos encuestas independientes. No obstante, este método de mejoramiento de la calidad es probablemente el más caro. Requiere un ejercicio presupuestal continuo, la capacidad de retener a entrevistadores capacitados en el curso del tiempo y el interés sostenido de los formuladores de políticas de apoyar dicho presupuesto. La construcción de preguntas sobre cuentas de salud dentro de una encuesta periódica de propósito más general cuyos costos sean sostenidos por varias agencias aumenta las posibilidades de que se satisfagan estos tres requisitos.

Evaluación rápida y otras técnicas encuestales a pequeña escala de bajo costo

8.52. Casi todos los procesos de construcción de las cuentas de salud requieren el uso de la triangulación, el análisis de datos iterativos¹⁴ y la recopilación de datos adicionales para entender mejor, validar y complementar los datos sobre el gasto. Para estar bien diseñadas, las encuestas aleatorias requieren metadatos,¹⁵ personal calificado y otros recursos que no siempre están disponibles en los países. En este caso aplican las mismas reservas que en el de cualquiera de las técnicas no aleatorias.

8.53. Las encuestas no estocásticas (no aleatorizadas) se caracterizan por el uso de un muestreo no representativo sino determinístico, esto es, una selección deliberada de los encuestados. En algunos casos, dichos encuestados pueden ser personas que proporcionen claves sobre lo que está ocurriendo, dónde y por qué. En otros casos, la muestra puede consistir en un puñado de encuestados que, en opinión del encuestador, son actores principales, como podrían ser, por ejemplo, las empresas paraestatales y privadas conocidas por efectuar los gastos más fuertes en salud. Las técnicas de evaluación rápida pueden proveer un conocimiento básico sobre la variabilidad de una población, posibilitando así la selección de un marco muestral más adecuado. Por ejemplo, si se desea una medida integral del gasto total, pero no se cuenta con información sobre el gasto por empresa, un enfoque exploratorio consistiría en entrevistas con representantes de unas cuantas empresas grandes. En la contabilidad de la salud, esto ayuda a explorar un segmento de un mercado desconocido y a llenar lagunas de información acerca del grupo de población seleccionado (actores estratégicos, informantes clave, pacientes de VIH, etc.). Los resultados de tal evaluación conformarían la base para decidir si se justifica una encuesta integral, y contribuirían asimismo a lograr una mejor estimación del gasto total en salud mientras no se cuente con resultados de una encuesta de muestra más amplia.

8.54. Las encuestas no estocásticas presentan las siguientes ventajas: pueden generar una cantidad considerable de información relevante, requieren sólo un compromiso reducido de recursos, pueden proporcionar una comprensión e información a fondo sobre el financiamiento, y son útiles para identificar la necesidad de estudios futuros. Su confiabilidad dependerá del tema sujeto a estudio, la disponibilidad de

¹⁴ 14 Un proceso iterativo replica un ciclo para producir resultados que se aproximan al resultado deseado. El cambio entre el análisis de datos y la compilación de datos adicionales es un proceso iterativo.

¹⁵ Los metadatos se refieren a datos y otro tipo de documentación que describen los objetos de manera formalizada. Los metadatos se conocen también como metainformación. Ver United Nations Statistical Commission and Economic Commission for Europe, Terminology on statistical metadata. Conference of European Statisticians Statistical Standards and Studies No. 53, Geneva, United Nations, 2000.

tiempo y recursos para llevar a cabo la encuesta y la naturaleza de los datos requeridos. Estas encuestas son muy útiles cuando no hay suficientes datos. La experiencia ha dado pruebas de su utilidad en la estimación de las cuentas nacionales, principalmente en la identificación de cambios de precios, composición del mercado y tamaño del mercado. A pesar de ello, es necesario tener en mente sus limitaciones. En particular, la confiabilidad y la validez de la información obtenida puede ser cuestionable en virtud de sesgos muestrales o no muestrales o de restricciones logísticas. Los resultados de las encuestas no estocásticas no pueden generalizarse a nivel nacional.

8.55. Tales encuestas no aleatorias pueden adoptar diferentes formas dependiendo de la selección. Incluyen:

- entrevistas con informantes clave;
- entrevistas a hogares específicamente seleccionados (por distrito, por ingreso, etc.);
- análisis en grupos focales;
- entrevistas a la comunidad o a grupos;
- observación directa estructurada;
- entrevistas de salida (por ejemplo, con los clientes luego de acudir a una clínica);
- revisión de registros y extracción de datos;
- análisis de metainformación

8.56. La valoración rápida o evaluación rápida es una técnica de bajo costo que puede utilizarse con uno o una combinación de los enfoques antes citados. Permite una comprensión suficiente de una situación como para tomar decisiones en relación con el diseño de la investigación adicional o para evaluar los proyectos durante su instrumentación. Las técnicas de evaluación rápida proporcionan un orden de magnitud. Sus resultados pueden integrarse a un enfoque integral para estimar el gasto en salud. Pueden usarse para analizar la pertinencia de emprender una encuesta representativa a nivel nacional o de complementar los datos obtenidos mediante otro procedimiento. También pueden ayudar a establecer valores de referencia. En este caso, los resultados constituyen metadatos que pueden utilizarse para facilitar el ajuste de los datos existentes para efectos de triangulación o validación de la información disponible.

8.57. En el caso de las encuestas de pequeña escala, el diseño se centra en la reducción del tamaño de la muestra, la compilación de la información subyacente requerida para seleccionar la muestra, la reducción de los gastos de viaje y de manejo del cuestionario, y la utilización al máximo de la información disponible acerca de la variable sujeta a estudio y su distribución en la población. Por ejemplo, algunos investigadores han tenido éxito en el uso del Método de Aseguramiento de la Calidad por Lotes (Lot Quality Assurance Method - LQAS) para estimar los gastos de subgrupos de población particulares (tales como personas con VIH/SIDA) (9). Los estadísticos de encuestas pueden ser de ayuda en el diseño de las mismas.

8.58. En la mayoría de los países, algunos aspectos de los datos sobre el gasto se consideran temas sensibles, tales como los pagos que la población hace directamente al personal de salud. Existe una falta de registros sobre estos pagos. Así, las encuestas focalizadas buscan obtener esta información. Una encuesta de informantes clave puede indicar un orden de magnitud de los pagos, junto con otros detalles sobre cómo se efectúan estos pagos. Tal información puede conformar la base para una exploración integral del tema.

8.59. Tal como ocurre con cualquier estudio, es necesario seguir los siguientes pasos a fin de obtener buenos resultados: planeación, preparación, recopilación de datos, análisis y terminación. Este enfoque sistemático requiere en particular:

- una formulación clara de las áreas que se someterán a estudio, una revisión de los datos pertinentes existentes y la identificación de la información adicional necesaria para la planeación de las acciones subsiguientes por parte de las autoridades responsables;
- la selección del método más adecuado y la definición del tamaño de la muestra luego de la realización previa de pruebas de campo de los instrumentos, las instrucciones, los indicadores y el diseño de estudio que se usarán.

8.60. En los grupos focales, un número reducido de personas de la población meta analizan a profundidad los temas seleccionados, bajo la conducción de un facilitador o moderador. Un grupo formal suele tener un formato flexible, pero por lo general el análisis va de lo general hacia aspectos específicos. Las discusiones se graban de forma que pueda integrarse un análisis completo luego de la reunión. En contraste con las entrevistas individuales, que tienden a ser más estructuradas, los participantes de los grupos focales deben sentirse libres para examinar temas sensibles. La interacción dentro del grupo estimula el surgimiento de recuerdos y sentimientos, y conduce al grupo a considerar el tema con gran profundidad. Los grupos focales pueden usarse para validar el contenido y la formulación de preguntas del cuestionario, para analizar asuntos sensibles tales como los pagos privados directos al personal de salud y para validar o explicar resultados inesperados.

Notas concluyentes sobre las encuestas

8.61. Las necesidades de información deben evaluarse en contexto a fin de definir la forma más eficaz de recopilar los elementos de información faltantes. Un principio básico es que hay que sopesar el costo de obtención de los datos en función de la relevancia de los datos obtenidos. Por ejemplo, en un país en el que los seguros médicos privados representan una proporción muy baja del gasto en salud, el desarrollo de una estrategia de alto costo para obtener datos sobre tales seguros no sería aconsejable, a menos de que existiera un interés de política específico relacionado con los mismos. Al mismo tiempo, la falta de recursos para llevar a cabo una encuesta de muestra aleatoria no debe hacer que los contadores de la salud desistan de explorar una dimensión desconocida del gasto nacional en salud mediante el uso de otros métodos. La falta de recursos no debe ser una excusa para la falta de información en las cuentas de salud, pero tampoco debe serlo para la falta de credibilidad en las cuentas.

8.62. Un mensaje clave que se postula a lo largo de esta Guía es que los contadores de la salud no deben confiar exclusivamente en su propia pericia para generar los datos. La mayoría de las oficinas estadísticas centrales y los ministerios que trabajan en temas de población o de trabajo y empleo cuentan con expertos estadísticos entre su personal. Diversas organizaciones tales como las agencias de las Naciones Unidas, las instituciones multilaterales y bilaterales y los bancos de desarrollo usualmente pueden proporcionar un acceso relativamente fácil a tales especialistas, si bien no ausente de costo.

8.63. El mejoramiento de las encuestas requiere de un esfuerzo continuo a medida que las necesidades y la tecnología disponible evolucionan. El aprendizaje colectivo ha dado pruebas de ser importante en esta área de la contabilidad de la salud, tanto como en otras áreas. En las Américas, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y otras más están trabajando para mejorar las encuestas, principalmente con el proyecto del Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (Programme for the Improvement of Surveys on Living Conditions in Latin America and the Caribbean - MECOVI),¹⁶ que desarrolla actividades en los países y en el nivel regional. La cobertura técnica y geográfica ha mejorado, así como el análisis y el uso de datos. Lo segundo ha incluido la construcción de importantes vínculos y comunicaciones entre los productores y los consumidores de datos. Asimismo, en África, Asia y Europa Oriental se llevan a cabo también actividades de encuestas a partir de la iniciativa de los países individuales, las cuales son alentadas por bancos de inversión multinacionales, agencias de desarrollo regional e instituciones asociadas con la familia de las Naciones Unidas.¹⁷

¹⁶ Información detallada, disponible en <http://www.eclac.org>

¹⁷ La Red de Cuentas Nacionales de Salud de Asia y el Pacífico (Asia-Pacific National Accounts Network - <http://www.apnhan.org>) y otras instituciones similares que trabajan en el tema en África y Europa del Este son vehículos a través de los cuales los contadores de la salud pueden adquirir rápidamente un sentido de los recursos disponibles a nivel regional. En el caso de las Américas, la Red de Alianza Compartida (Shared Alliance Network - <http://www.lachealthaccounts.org>) es un sitio potencialmente útil (así como <http://www.eclac.org>).

Capítulo 9

Organización del proceso de estimación: identificación de las rutas y establecimiento de una lista de agentes de financiamiento

9.01. La tercera etapa en la instrumentación de las cuentas nacionales de salud (CNS) es la estimación de los elementos del gasto nacional en salud. Los capítulos 1 al 5 abordan los conceptos de cuentas de salud, de las definiciones que deberán usarse al establecerlas y los principios que deberán aplicarse una vez que se integran los datos en las mismas. Los capítulos 6 al 8 tratan sobre la recopilación y evaluación de los datos que se usarán en las cuentas. Es durante esta tercera etapa cuando la importancia de los atributos de los datos analizados en el capítulo 6 se hará visible. En particular, la pertinencia y la confiabilidad desempeñarán un papel crítico en la determinación de qué números deberán poblar los cuadros de las cuentas de salud. La referencia continua a los capítulos previos al desarrollar los pasos que se describen en este y los capítulos subsiguientes podrá ser de gran utilidad.

9.02. ¿Por dónde empezar en la estimación del gasto nacional en salud? Hay tantos aspectos de las cuentas, y tantas dimensiones, que la tarea parece abrumadora. La tentación natural es iniciar con lo que parecería ser el camino más fácil, pero ésta puede no ser la mejor forma. Una planeación cuidadosa evitará que el equipo de cuentas de salud quede atrapado entre datos claramente contradictorios o en la producción de cuentas de dudosa calidad.

9.03. La experiencia en países en los que se han desarrollado las CNS sugiere que existen muchas rutas para llegar a un producto terminado, pero que algunas de éstas pueden ser más productivas que otras. Este capítulo inicia con un “recorrido de tareas” que ha dado pruebas de ser exitoso en muchos países. En éste, el equipo de CNS del país ficticio de Appia emprende sus primeros pasos en esta ruta. Los capítulos subsiguientes se dedican a examinar los pasos restantes en este camino.

Establecimiento de la secuencia de los pasos en la estimación

9.04. Aun cuando el flujo lógico de las cuentas de salud sigue el flujo de dinero en el recorrido del sistema de atención de la salud, esta no es necesariamente la mejor forma de establecer la secuencia del trabajo de estimación. El dinero fluye de las fuentes de financiamiento a los agentes de financiamiento, y de éstos a los proveedores que desempeñan las funciones. De hecho, es probable que la forma más sencilla sea iniciar en el punto medio de este recorrido, es decir, con los agentes de financiamiento. Desde ahí es posible trabajar corriente arriba hacia las fuentes de financiamiento, y corriente abajo, hacia los proveedores y las funciones.

9.05. Esta recomendación se origina en dos consideraciones básicas. Primero, los agentes de financiamiento representan una suerte de cuello de botella en el flujo del gasto en atención de la salud. En comparación con el número de proveedores o el número de beneficiarios del gasto, existe un número relativamente reducido de agentes de financiamiento, lo que hace que el proceso de captura (o al menos de representación) sea relativamente sencillo. Al mismo tiempo, en contraste con lo que ocurre con el dinero que fluye desde las fuentes de financiamiento, el flujo de dinero a través de los agentes de financiamiento suele separarse con más facilidad en fondos que se destinan a la atención de la salud y a otras áreas que en el caso del dinero que fluye desde las fuentes de financiamiento. Es más fácil rastrear los fondos de las agencias hacia su origen que tratar de identificar qué flujos de la fuente terminarán en el sistema de atención de la salud. La segunda consideración es que los datos correspondientes a las agencias son con frecuencia los que tienen una mayor solidez entre todos los datos disponibles, por lo que esta es también la dimensión más fuerte respecto de cualquier otra en las cuentas.

9.06. A pesar de que la ruta de estimación que se muestra en la figura 9 (ver página 144) indica un movimiento en una sola dirección, lo cierto es que en la práctica la contabilidad de la salud implica una iteración considerable. Por ejemplo, el proceso de completar el cuadro de los agentes de financiamiento y proveedores puede conducir a replantear las estimaciones para estos agentes de financiamiento. El aspecto que es más importante recordar al completar las cuentas es que cada pieza de información ofrece una nueva oportunidad de mirar a todo lo que ya se ha hecho; el atractivo del enfoque de cuadro usado

en las CNS es que, al igual que la contabilidad de doble entrada, existen por lo menos dos perspectivas de cada entrada en las cuentas.

9.07. Esta ruta ha tenido éxito en muchos países, pero no necesariamente es la mejor en todas las situaciones. Las fuentes de datos disponibles pueden no ser lo suficientemente robustas como para apoyar este enfoque. En tales casos, existe la posibilidad de estimar sólo los márgenes de los cuadros de CNS mediante el uso de clases presupuestales o de gasto como guía (la dimensión del costo de los recursos descrita en el capítulo 4). En algunos casos, el financiamiento de un país puede ser tan complejo o estar tan fragmentado que este enfoque sólo serviría para colocar al equipo de las CNS en una de las rutas más difíciles. Si este fuera el caso, sería necesario explorar otras rutas; por ejemplo, la estimación de los gastos por tipo de proveedor como primer paso podría ser razonable. Esta Guía es un mapa dibujado por otros que ya han iniciado la jornada, pero finalmente cada país debe seguir su propio camino. El punto más importante que es necesario destacar aquí es que, aun cuando el equipo de las cuentas de salud de un país debería tratar de apegarse a prácticas estandarizadas, lo conveniente es que el enfoque que adopte se ajuste a su situación individual.

9.08. Los capítulos en esta última parte de la Guía describen un proceso para la estimación de diferentes aspectos de las cuentas de salud. Este capítulo se centra en la planeación del trabajo previa a la estimación en sí, así como en el desarrollo de una descripción esquemática del sistema de salud y la organización de una lista tentativa de agentes de financiamiento.

Organización del esfuerzo para las cuentas de salud

9.09. Esta sección de la Guía parte de la suposición de que se asigna a alguien la tarea de producir cuentas de salud para su país. Los primeros pasos en la ruta deberían ser la creación de un equipo, el establecimiento de un comité directivo y el desarrollo de un plan de trabajo.

Integración de un equipo de trabajo

9.10. Como se analizó en el capítulo 2, la contabilidad de la salud se desarrolla de manera fácil y eficaz cuando la gente encargada de la misma cuenta con una diversidad de antecedentes profesionales y habilidades. Cuando sea posible, el analista asignado a la tarea de las cuentas de salud deberá negociar con su gerencia para crear un equipo. Los integrantes del equipo pueden estar comprometidos con el proyecto sobre la base de tiempo parcial, o quizá como consultores, pero contar con más de una persona comprometida en el proyecto es definitivamente preferible a que se haga con el esfuerzo de una sola persona. Es claro que el presupuesto disponible para el proyecto será un elemento clave en la integración del equipo, y puede ser que las fases iniciales del proyecto deban ser desarrolladas por una sola persona.

Establecimiento de un comité directivo

9.11. Un buen comité directivo es tan importante, si no es que más importante, que un buen equipo de trabajo. Los papeles del comité son muchos: pugnan por un presupuesto, asesoran sobre la estructura del sistema de salud y sobre los asuntos de política que deben abordarse al hacer uso de las cuentas de salud, abren puertas hacia fuentes de información y comunican y promueven los productos de las CNS.

9.12. Por lo tanto, una elección sabia de los integrantes del comité directivo es crítica. Cada uno de los actores estratégicos en el sistema de financiamiento debería estar representado en el mismo, a saber, proveedores, financieros y fuentes de financiamiento. Cada una de las entidades estadísticas clave debería

también estar representada, aquellos que recolectan datos, aquellos que los tabulan y aquellos que los interpretan. Los integrantes del comité directivo deberían tener un nivel en la jerarquía de su organización lo suficientemente alto como para poder ejercer poder, pero no al grado de que no puedan dedicar tiempo al proyecto. Los integrantes deberían también estar relativamente familiarizados con el lado “numérico” de las políticas de salud, de forma que puedan participar activamente en el apoyo al proyecto de las cuentas de salud.

Desarrollo de un plan de trabajo

9.13. Desde el inicio del proyecto, es importante establecer con toda claridad un conjunto compartido de expectativas. El equipo de las CNS debería sentarse con su gerencia y plantear claramente lo que se espera, cuándo se espera y con qué formato. Estas expectativas deberán compartirse con el comité directivo, que deberá asimismo validarlas.

9.14. Parte del proceso de establecer expectativas razonables para el proyecto es el desarrollo de una calendarización del trabajo. Será necesario establecer tiempos aproximados para cada fase del proyecto, así como logros o hitos identificados para poder rastrear los avances. Por supuesto, tal calendarización nunca logrará cumplirse según las previsiones, pero ayudará al equipo y su administración a verificar si el proyecto se encuentra más o menos dentro de los plazos para entregar los productos esperados en las fechas previstas, y contribuirá asimismo a ajustar las expectativas de los clientes si ello fuera necesario.

Radiografía del sistema de atención de la salud

9.15. De nuevo, tal como se analizó en el capítulo 2, tener a la mano una descripción esquemática del sistema de atención de la salud antes de empezar a construir los cuadros de las cuentas de salud tiene una importancia crítica. Esta descripción, en algunos casos, puede ya existir, aunque sólo sea de manera parcial; en otros quizá sea necesario actualizarla, ampliarla o generarla a partir de cero.

9.16. Se requerirá cierta información básica para cada uno de los actores identificados en dicha descripción. Por ejemplo, será útil la compilación de la siguiente información sobre cada uno de los principales actores estratégicos:

- infraestructura, distribución geográfica y recursos humanos;
- informes de gasto acerca de su actividad;
- servicios de salud que produce;
- principales programas o intervenciones;
- población cubierta;
- financiamiento externo que recibe;
- proceso de reforma de salud que experimenta.

9.17. Existen otros datos sobre los actores estratégicos que pueden ser también de gran utilidad, pero difíciles de conseguir de manera inmediata:

- pagos por usuarios;
- financiamiento externo;
- transferencias;
- registros de gastos privados;
- registros fiscales privados;
- servicios privados de salud provistos;
- gastos farmacéuticos en los que se incurre;
- inversiones.

9.18. También es útil la obtención de detalles acerca de la estructura de beneficios de cada uno de los principales esquemas de aseguramiento. Esto puede ayudar a estimar o a validar las estimaciones de los pagos de los hogares por concepto de atención de la salud.

9.19. La tarea de desarrollar esta información requiere de un equilibrio entre velocidad y nivel de detalle y profundidad requeridos. Por un lado, es importante no empantanarse con las minucias del sistema de salud, a tal grado que las cuentas nunca logren iniciarse. Tampoco es importante aplazar la construcción del cuadro hasta que cada pieza de información y cada actor se encuentren en su lugar. Por otro lado, sin una comprensión detallada de la forma en que funciona el sistema será difícil estar seguro de que todos los actores y las transacciones se estén reflejando en los productos de las cuentas de salud. Además, la investigación emprendida hasta este punto puede hacer que los pasos subsiguientes sean más fáciles de conseguirse. Vale la pena recurrir al comité directivo o a algún grupo focal ad hoc integrado por analistas de políticas, investigadores académicos y participantes similares a fin de que revisen o desarrollen el modelo preliminar del sistema.

Creación de un plan de datos

9.20. Al revisar la descripción esquemática que se ha desarrollado para el sistema de salud, el equipo de cuentas de salud deberá trabajar con su gerencia y el comité directivo a fin de desarrollar un plan para la obtención de datos (ver párrafos 6.06 al 6.14). En algunos países en los que ya se ha llevado a cabo un cierto análisis del sistema de financiamiento de la atención de la salud, los perfiles de los países y los informes sobre los diferentes segmentos del sistema pueden indicar fuentes de datos. En otros países, el equipo de cuentas de salud puede necesitar entrevistar a informantes clave en instituciones estratégicas para identificar su organización, la recopilación de datos que llevan a cabo y la difusión que hacen de los mismos. Particularmente en el caso de los actores estratégicos privados, es importante identificar las organizaciones “paraguas”, tales como las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones industriales, a fin de facilitar la obtención de informes, datos e información pertinentes, y el encuentro con informantes clave (ver recuadro 9.1).

Recuadro 9.1

Contactos iniciales para la obtención de información

En el nivel nacional

- Presupuestos ejecutados e informes institucionales del Ministerio de Salud, instituciones de seguridad social y otros segmentos institucionales del sistema de salud
- Informes de gasto, etc.

En el nivel internacional

- Comunidad del Caribe (Caribbean Community - CARICOM)
- Institutos internacionales de financiamiento y bancos de desarrollo africanos, asiáticos y del Caribe
- Banco Mundial: informes de sector
- Comisión Europea y Consejo de Europa: informe sobre seguridad social e integración social (MISSOC)
- Eurostat: estadísticas e informes sobre protección social, empleo, cuentas nacionales y otras áreas de clasificación cruzada
- Organización Internacional del Trabajo (OIT): encuestas de hogares, estadísticas sobre seguridad social
- Fondo Monetario Internacional (FMI): estadísticas financieras gubernamentales, estadísticas financieras internacionales
- MERCOSUR: comparaciones económicas y estadísticas de comercio (productos farmacéuticos, servicios)
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): datos sobre salud, encuestas económicas de países, visión de la salud, cuentas nacionales
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS): condiciones de salud de las Américas
- Naciones Unidas: cuentas nacionales
- Organización Mundial de la Salud (OMS): perfiles de los sistemas de salud de los países, *The world health report annex of national health accounts (anexo de cuentas de salud del informe mundial de la salud)*, monografías de los sistemas de salud en transición.

9.21. En especial al inicio del proceso, el contacto con organizaciones internacionales puede ser de ayuda. Ciertamente los datos nacionales pueden ser más completos y actuales; pero en muchos países, esta información puede complementarse a través de fuentes de información internacionales que pueden conducir a datos, explicaciones sobre el contenido de los datos e indicaciones sobre quién maneja los datos en cada país. Mediante el uso de los archivos de bancos de datos y análisis de políticas del Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, así como de una miríada de fuentes nacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una base de información que podría ser el punto de partida para los equipos de CNS que se encuentran al inicio de su trabajo. Ésta se encuentra disponible en <http://www.who.int/nha>.

Identificación de los agentes de financiamiento potenciales

9.22. Un primer paso conveniente en el proceso de identificación de los agentes de financiamiento es la integración de una lista de todas las organizaciones gubernamentales centrales que gastan dinero en la salud. En este punto no es importante todavía tratar de asociar los montos de dinero con las fuentes, ni tampoco discernir de quién es el dinero que está gastando, ya que el objetivo es obtener una lista completa de los agentes de financiamiento. El marco de referencia para la integración de esta lista se expuso en el capítulo 4.

9.23. Por supuesto, el primero que viene a la mente es el ministerio de salud, pero casi con toda seguridad existen otros ministerios gubernamentales centrales que desempeñan también algún papel. La mayoría de los gobiernos no restringen los gastos en servicios de salud a su ministerio de salud; con frecuencia se encuentran programas en otros departamentos por motivos tanto prácticos como históricos. Por ejemplo, el ministerio de salud puede gastar dinero en investigación en salud y en educación médica. El ministerio de la defensa con frecuencia mantiene su propio sistema de unidades de atención de la salud, y si así es, debe incluirse en la lista. La realización de revisiones sistemáticas suele revelar muchas áreas de gasto cuya asociación con la salud normalmente no se percibe, tales como los gastos para los servicios de salud de las prisiones. Por ello, puede resultar más sencillo basarse en un diagrama de organización del gobierno central y descargar la lista de ministerios, comités y agencias, con el fin de asegurar que todo agente de financiamiento posible esté incluido en la lista. Este proceso de revisión es más sencillo si se consulta a los funcionarios responsables de programas particulares en el curso del ejercicio.

9.24. A medida que se enumeran estos agentes de financiamiento, será necesario ir asignando a cada uno un código, de acuerdo con el esquema de la clasificación ICHA-HF revisado en el capítulo 4. Por ejemplo, al Ministerio de Salud podría asignársele HF.1.1.1.1, al Ministerio de Educación, HF.1.1.1.2, etc. No existe un esquema de codificación que deba seguirse después del nivel HF.1.1.1, por lo que deberá elegirse un esquema que tenga sentido para los formuladores de políticas del país.

9.25. Las unidades de gobierno de nivel subnacional deberán incluirse si gastan dinero en atención de la salud. Esto incluye los gobiernos tanto regionales como municipales, y con frecuencia es más útil elaborar sus listas respectivas por separado. Tal como ocurre con las unidades de la administración central, a cada una de estas unidades se le puede asignar su propio código dentro del grupo HF.1.1.2. La decisión del grado de detalle al que se llegue dependerá de la disponibilidad de datos y las necesidades de política; si no es posible distinguir los datos entre varias entidades del mismo tipo, entonces su tratamiento por separado no representa ningún beneficio en particular. Por otro lado, si los datos sí pueden distinguirse entre sí, existe un beneficio potencial en términos de estabilidad de las series temporales y las posibilidades de presentación. Cualquiera que sea el nivel de agregación, sin embargo, en esta etapa del proceso no es importante determinar de dónde viene el dinero; lo importante es integrar una lista de las entidades que gastan dinero en salud o en atención de la salud.

9.26. Las administraciones de seguridad social (HF.1.2) deberán incluirse si efectúan pagos por concepto de atención de la salud (ver {párrafos 9.41 al 9.43}). Si existiera más de una administración, deberían

considerarse los costos y beneficios de mantener cada una por separado dentro de la esquematización de HF.

9.27. Las empresas paraestatales, tales como las compañías mineras, petroleras y eléctricas de propiedad gubernamental deben incluirse en la lista si realizan actividades de salud a través de compañías de clínicas o esquemas de aseguramiento. Éstas deberán recibir códigos dentro del grupo HF.2.5.1.¹⁸ Otras entidades extrapresupuestarias deberán recibir códigos dentro del grupo HF.1.1, o del grupo HF.2.5.1, dependiendo de su naturaleza, a saber, organizaciones generales gubernamentales o paraestatales.

9.28. Una vez que la lista de financiadores potenciales del gasto en atención de la salud ha sido completada, deberán considerarse las entidades de gasto no gubernamentales. ¿Existe una industria privada de seguros? Si así fuera, deberá incluirse ahora en la lista. Si existiera tanto una industria privada de seguros sociales (HF.2.1) como una industria privada de seguros médicos (voluntarios) (HF.2.2), ambas deberán incluirse en la lista por separado.

9.29. Los hogares son compradores de atención en cualquier sistema de atención de la salud, y deben también incluirse en la lista (HF.2.3).

9.30. Deberá existir una entrada en la lista (o más de una) para las instituciones sin fines de lucro. Estas instituciones pueden operar unidades de atención de la salud, participar en actividades de salud pública o financiar la investigación en salud. Se les deberá asignar códigos dentro del grupo HF.2.4.

9.31. Las empresas privadas (HF.2.5.2) deberían incluirse en la lista, porque estas entidades con frecuencia pagan o proveen atención de la salud en beneficio de sus empleados.

9.32. Si las organizaciones externas están activas en el país, deberían incluirse en la lista y recibir códigos en el grupo HF.3.

9.33. Al organizar la lista de los agentes de financiamiento, es crucial recordar dos cosas. Primero, es importante tener en mente la definición de gasto en salud expuesta en el capítulo 3. Segundo, es importante recordar uno de los aspectos planteados en el capítulo 6, a saber, es posible que exista más de un lugar en el caso de cada entidad de donde puedan obtenerse datos. Reflexionar con cuidado sobre quién es la persona con la que debe establecerse contacto en cada organización resulta vital para el éxito del proyecto; asimismo, habrá que indagar con cada uno de estos contactos si existen otros a los que se esté pasando por alto.

9.34. Una vez que la lista ha sido terminada, tendrá un aspecto similar al cuadro 9.1. Esta lista hipotética muestra todos los agentes de financiamiento potenciales, junto con el código correspondiente a cada uno. Para fines de la estimación, a cada ministerio se ha asignado su propio código. Esto tiene la finalidad de ayudar a rastrear los fondos más adelante y en la estimación de las cuentas en años subsiguientes. Cuando llegue el momento de publicar las cuentas, es probable que sea conveniente “reducir” o consolidar estos códigos. Como se mencionó arriba, la razón por la que debe mantenerse un mayor nivel de detalle en la estimación que en la publicación es la utilidad que ello representa para la estimación misma, así como la facilidad de réplica en ciclos futuros de CNS.

¹⁸ En lo que resta de esta Guía, se parte del supuesto de que las cuentas de salud incluyen el aseguramiento de la salud de las empresas paraestatales y los empleados gubernamentales como categorías separadas de sus contrapartes del sector privado. Esto no debe verse como una defensa de la práctica, sino únicamente como una ayuda para entender la forma en que las cuentas se construyen y se alimentan de datos. El lector podrá hacer las consolidaciones adecuadas si sus cuentas no hacen uso de estas separaciones.

Cuadro 9.1 Lista de agentes de financiamiento potenciales y sus códigos ICHA

Código de agente de financiamiento	Descripción
HF.1	Gobierno en su conjunto
HF.1.1	Gobierno general
HF.1.1.1	Gobierno central
HF.1.1.1.1	Ministerio de Salud
HF.1.1.1.2	Ministerio de Educación
HF.1.1.1.3	Ministerio de Defensa
HF.1.1.2	Gobiernos estatales/provinciales
HF.1.2	Agencia Nacional de Seguros (ANS)
HF.2	Total sector privado
HF.2.1	Seguros de grupo
HF.2.1.1	Programa de seguros de salud para empleados de gobierno
HF.2.1.2	Seguros de grupo para empleados del sector privado
HF.2.2	Seguros médicos voluntarios
HF.2.3	Pagos directos de los hogares
HF.2.4	Organizaciones no gubernamentales
HF.2.5	Empresas y empleadores
HF.2.5.1	Compañía nacional de electricidad (Azap)
HF.2.5.2	Otras empresas privadas y corporaciones
HF.3	Organizaciones externas

9.35. La lista obtenida en esta primera ronda es sólo tentativa. Ésta podrá modificarse en el curso de los siguientes pasos, cuando se vayan integrando las listas de proveedores, funciones del gasto y fuentes de financiamiento, e incluso cuando se identifiquen los grupos de beneficiarios. En cada uno de estos pasos puede revelarse un agente de financiamiento omitido antes. La lista podrá también modificarse en ciclos subsiguientes de CNS, a medida que el tiempo vaya permitiendo un análisis más profundo de la encrucijada que representa el financiamiento de la atención de la salud. Cuando se instrumentan grandes reformas, la lista de agentes de financiamiento debe revisarse para capturar cualquier nueva agencia que haya surgido o eliminar aquellas que hayan dejado de existir.

Clasificación de los agentes de financiamiento

9.36. La clasificación de los agentes de financiamiento no siempre es obvia. El material que se presenta en el capítulo 4 y en el anexo B puede ayudar en este sentido, pero hay diversos aspectos sobre los que conviene ahondar.

“Negocios” de propiedad gubernamental

9.37. Las reglas para decidir si una entidad debe considerarse como parte del gobierno general o como una empresa paraestatal se exponen en el párrafo 4.106 y subsiguientes del System of national accounts

1993 (4) . Un establecimiento gubernamental deberá clasificarse como paraestatal si (a) fija precios a sus productos que son económicamente significativos; (b) es operado y administrado de manera similar a una corporación; y (c) tiene una serie completa de cuentas que le permiten utilidades, ahorros, activos y pasivos que se identifiquen y midan por separado. Esto significa que deberá incluirse dentro de HF.2.5. Si el “negocio” no satisface los criterios anteriores, deberá incluirse como parte del gobierno general, ya sea mediante su incorporación al ministerio que lo patrocina o como un componente separado en HF.1.1. Si se hubiera tomado la decisión de combinar las entidades paraestatales con el gobierno general para integrar un sector público, entonces se requerirán subcategorías en HF.2.5 (esta Guía usa HF.2.5.1 para las empresas paraestatales y HF.2.5.2 para las empresas privadas y, de nuevo, se pueden usar subcategorías para cada una de las principales empresas paraestatales).

9.38. Las mismas reglas aplican a los proveedores paraestatales y a cualquier otro proveedor al momento de establecer los agentes de financiamiento. Estos últimos son entidades cuyos pagos constituyen el ingreso del proveedor. Si el proveedor paraestatal opera con un déficit que es subsidiado por un ministerio, entonces este ministerio, no el proveedor, se contabiliza como un agente de financiamiento del monto de subsidio.

Médicos privados que hacen uso de instalaciones gubernamentales para llevar a cabo su práctica

9.39. El gasto gubernamental para la operación de las instalaciones aparecerá dentro de HF.1.1 (o HF.1.2 si la unidad pertenece al sistema de seguridad social). Si los médicos privados reembolsan o pagan al ministerio por el uso de sus instalaciones, entonces dichos pagos deberán sustraerse del gasto total del gobierno. Por ejemplo, si el ministerio de salud gasta 410 millones de unidades de la moneda nacional para operar una policlínica y recibe 45 millones de los médicos privados por el uso de estas instalaciones, entonces el pago neto del ministerio de salud por esa policlínica en las cuentas de salud es de 365 millones. Es necesario que esta deducción se haga para evitar una doble contabilidad.

9.40. Sin embargo, si los médicos privados simplemente hacen uso de las instalaciones gubernamentales, o si los empleados públicos desarrollan una práctica privada en las instalaciones gubernamentales sin pagarle al gobierno, el gobierno no es el agente de financiamiento de estos servicios. Los gastos que financian dichos servicios deben mostrarse dentro de algún otro agente de financiamiento, por ejemplo, como gastos de bolsillo de los hogares.

Seguridad social versus seguros sociales privados

9.41. Al distinguir entre seguros sociales públicos de salud (fondos de seguridad social, HF.1.2) y seguros sociales privados de salud (HF.2.1), dos factores son importantes: el propósito del programa y el control del programa. El SNA93 distingue entre tres tipos básicos de seguro social. El primer tipo son las administraciones de seguridad social, que cubren a toda la comunidad (o al menos a una gran parte de la misma), y que son impuestas, controladas y financiadas por unidades gubernamentales. Así, si los beneficiarios de un esquema son elegibles por alguna razón que no sea la de ser empleados en una entidad gubernamental, entonces el programa deberá clasificarse como HF.1.2 siempre y cuando se satisfaga una segunda condición. Dicha condición es si el gobierno ejerce un control sobre las tasas de pagos, los proveedores participantes, etc. Si así es, incluso si lo hace a través de alguna agencia, entonces la administración se clasifica como perteneciente a HF.1.2. Si el gobierno no controla dicha administración, es decir, si sólo requiere que ésta ocupe el lugar que le corresponde, quizá con apego a algunas directrices generales, y si hay alguna otra entidad que ejerza el control principal de la operación del programa, entonces la administración deberá clasificarse como HF.2.1.

9.42. El segundo tipo de esquema de seguro social identificado en el SNA93 consiste en esquemas que son financiados con fondos privados. Éstos se caracterizan por contribuciones pagadas a empresas de

seguros o fondos autónomos, o por el mantenimiento de reservas por parte del empleador que se segregan de otras reservas del empleador. Los gobiernos no requieren tales esquemas, pero los empleadores pueden requerir que los empleados participen. Estos esquemas se clasificarían como HF.2.1 (ver también párrafo 4.06).

9.43. El tercer tipo de esquema de seguro social consiste en programas sin fondos de capitalización o prepago. En este caso, los empleadores pagan las prestaciones sociales de sus empleados, empleados anteriores o sus dependientes de sus propios recursos sin crear reservas especiales con ese propósito. En teoría, este tipo de esquema debería clasificarse también junto con HF.2.1, pero es altamente improbable que la existencia de tales esquemas pueda identificarse, y mucho menos separarse de otros tipos de gastos en salud del empleador. Así es que es mucho más probable que en este caso los pagos del empleador terminen clasificándose en HF.2.5 y los pagos del empleado (netos de los reembolsos) clasificados en HF.2.3.

Seguros sociales de salud versus otros tipos de seguros de salud

9.44. Ya sea que esté controlado por el gobierno o de manera privada, el seguro social de la salud es aquél en el que el titular de la póliza es obligado o estimulado a asegurar mediante la intervención de una tercera parte. Un programa de aseguramiento se designa como un programa de seguro social si al menos se satisface alguna de las siguientes condiciones: (a) la participación es obligatoria por ley o por condición de empleo; (b) el programa es operado en favor de un grupo y está restringido a los miembros de ese grupo; o (c) un empleador hace una contribución al programa a nombre de un empleado. Estos programas se contabilizan en HF.2.1. En contraste, el seguro médico voluntario, es decir, aquél al que los individuos se afilian de manera voluntaria y que pagan de sus propios recursos, se contabiliza en HF.2.2 (de nuevo, ver párrafo 4.06). En la práctica, la separación de estos dos tipos de programas puede ser difícil o imposible, especialmente si las compañías de seguros operan ambos tipos de esquemas simultáneamente. Si el carácter voluntario del aseguramiento médico es importante, entonces valdrá la pena hacer un esfuerzo para esclarecer el financiamiento en el nivel del asegurador; si no es de importancia, las consecuencias prácticas de esta confusión pueden ser mínimas (al menos a nivel nacional). En cualquiera de los dos casos, HF.2 no se ve afectado.

Planes gubernamentales de seguros de salud que cubren sólo a empleados gubernamentales

9.45. En seguimiento al análisis del párrafo 9.44 más atrás, los planes gubernamentales de seguros de salud que cubren únicamente a empleados gubernamentales deberán ubicarse en HF.2.1. No son administraciones de seguridad social (HF.1.2) porque se destinan sólo a empleados de gobierno y sus dependientes, por oposición a la población en su conjunto (ver también el párrafo 8.63 del SNA93). Es virtualmente cierto que ambos pagos del gobierno, con capitalización o sin capitalización previa, pueden identificarse y clasificarse sin problemas como HF.2.1. Sin embargo, en el caso de los esquemas sin fondos de capitalización o prepago, es probable que los co-pagos de los hogares sean registrados como gasto de bolsillo más que como co-pagos; aun cuando el informe sobre los hogares al nivel de un dígito (HF.2.3) no se vea afectado, en el registro a nivel de dos dígitos podrían surgir algunos problemas menores (HF.2.3.1 versus HF.2.3.6).

9.46. Si se ha tomado la decisión de incluir estos programas de seguros junto con el gobierno para integrar el sector público, se requerirán las subcategorías de HF.2.1. Esta Guía usa HF.2.1.1 para los seguros gubernamentales y HF.2.1.2 para los seguros sociales del sector privado.

Inclusión de ministerios con sistemas de salud cerrados

9.47. El objetivo de las cuentas de salud es medir todo el gasto para la salud en una nación. Por esta razón, todos los sistemas de salud que proporcionen atención a ciudadanos de la nación deben incluirse. Esto aplica en el caso de cualquier entidad gubernamental, incluyendo las que operan instalaciones abiertas sólo para sus empleados. Por ejemplo, en muchos países el ministerio de defensa opera hospitales y clínicas que atienden únicamente a miembros de la milicia (y con frecuencia a sus familias). A pesar de que estas instalaciones están fuera de la jurisdicción de las autoridades de salud, aun así absorben una parte del sistema que suministra atención a los ciudadanos del país.

Organizaciones no gubernamentales versus entidades extrapresupuestarias

9.48. La clave para distinguir entre las organizaciones no gubernamentales y las entidades extrapresupuestarias radica en su nombre. Si la actividad de una organización es controlada substancialmente por una entidad gubernamental, deberá clasificarse como una entidad extrapresupuestaria (HF.1.1 ó HF.2.5.1); de otra manera, se tratará de una organización no gubernamental (HF.2.4).

Inicio del recorrido para la estimación de las cuentas de salud en Appia

9.49. Aun cuando los ejemplos del mundo real pueden ser ilustrativos, éstos plantean un problema cuando se usan para ilustrar una guía como ésta. En realidad, existe una miríada de formas en las que la experiencia de cualquier país se desvía del ideal. Estas desviaciones en sí son interesantes, pero pueden también confundir al lector que está tratando de adquirir el flujo básico del proceso de las CNS.

9.50. Para evitar estas distracciones, la presente Guía usará la experiencia de un país imaginario, Appia, para ilustrar los mecanismos de la contabilidad de la salud. El ejemplo de Appia ha sido construido para reflejar los principales arreglos de financiamiento y prestación analizados en la Guía, y la narrativa del trabajo del equipo de CNS de Appia refleja una parte de naturaleza iterativa de la tarea del contador de la salud.

9.51. El ejemplo de Appia ha sido construido para mostrar una instrumentación que incluye el desarrollo de material de las encuestas. Por lo tanto, el tiempo requerido para el proyecto es largo. Los países que no necesitan desarrollar nuevas encuestas, y aquellos que no cuentan con presupuesto para ello, encontrarán que los requerimientos de tiempo son mucho menores.

9.52. Si se tiene la impresión de que Appia cuenta con muchos más datos que otros países, ello obedece a que la Guía se centra mucho más en cómo usar los datos que en cómo recopilarlos. Existen muchos materiales de referencia, manuales, libros de texto sobre muestreo y encuestas, etc., que abordan estos temas de manera más completa y con mayor detalle de lo que aquí puede hacerse.

9.53. El ejemplo de contabilidad de la salud en Appia no es la única ruta. En muchas formas, el enfoque de la contabilidad de la salud de Appia es un reflejo de las mejores prácticas tomadas de las experiencias de muchos países. Como se ha destacado de manera insistente a lo largo de esta Guía, sin embargo, la situación de cada país presenta una serie única de oportunidades y retos, y el proceso de CNS necesitará ajustarse a los mismos.

Origen del proyecto de cuentas de salud de Appia

9.54. Appia es un país relativamente pequeño de ingresos medios que experimenta reformas significativas respecto de lo que alguna vez fue un gobierno central más bien autocrático. En virtud de cambios recientes en la estructura política, el poder político ha sido transferido a los gobiernos regionales, así como la responsabilidad de algunos programas sociales.

9.55. La oficina del Primer Ministro ha desarrollado recientemente un gran interés en la medición de la actividad del sistema de salud de Appia. Parte de este interés proviene de un deseo de proporcionar informes a prestamistas internacionales sobre la eficiencia de sus préstamos; otra parte procede de un deseo de responder afirmativamente a una invitación de la Organización Mundial de la Salud para suministrar estadísticas sobre el gasto en salud. Una parte considerable del interés se origina en el deseo de entender la forma en que las reformas políticas y económicas han afectado el financiamiento y la prestación de servicios, especialmente porque la dependencia tradicional en los registros del Ministerio de Salud ha dejado de ser suficiente a la luz de la transferencia de competencias. Por último, el Primer Ministro está interesado en saber cómo se inserta el programa nacional de aseguramiento de la salud en el sistema de salud global.

9.56. Después de un análisis con los ministros de finanzas y de salud, el Primer Ministro da instrucciones al Ministro de Salud para producir una serie de cuentas de salud. Esta tarea es asignada al Viceministro de Salud, quien convoca a tres expertos técnicos del ministerio para integrar el equipo de CNS.

9.57. El equipo de cuentas de salud se reúne con el Viceministro de Salud y lo convence de que es importante incluir en el proyecto al Ministerio de Finanzas, a la Agencia Estadística de Appia y a la Agencia Nacional de Seguros de Appia, de forma que tengan un nivel de responsabilidad en el mismo. El Ministro de Salud y el Viceministro consiguen el acuerdo de estas organizaciones y se establece un Comité Directivo integrado por el Viceministro de Salud y el Viceministro de Finanzas, además del Director Adjunto de la Agencia Estadística de Appia y el Director Adjunto de la Agencia Nacional de Seguros.

Primero Pasos

9.58. El Comité Directivo se reúne, presidido por el Viceministro de Salud como su Presidente. El Comité revisa las reglas de operación:

- asegurarse de que el equipo de CNS se mantenga centrado en su trabajo;
- hacer que los datos estén disponibles para el equipo mediante la “apertura de las puertas” de sus organizaciones respectivas;
- hacer que haya disponibilidad de servicios de consulta ad hoc en sus ministerios respectivos;
- conferir una perspectiva de política para ayudar al equipo a que las CNS sean útiles para los tomadores de decisiones.

9.59. El Comité Directivo se reúne entonces con el equipo de CNS. En esa reunión, los miembros del Comité Directivo reafirman su compromiso con el proyecto y su papel en el mismo. Después de un análisis de la naturaleza general del ejercicio, solicitan al equipo un plan inicial del proyecto.

9.60. El equipo hace entrega de este plan. Luego de un análisis y revisión del mismo, todas las partes manifiestan su acuerdo con el mismo. También están de acuerdo en que, dado que este es el primer intento de un ejercicio formal de CNS, el plan podrá necesitar correcciones en el curso de su avance. El equipo manifiesta su acuerdo en mantener informado al Comité sobre los progresos del proyecto en reuniones periódicas programadas para tal efecto.

9.61. El plan presentado por el equipo de CNS (ver figura 9.2) consiste en un proyecto de nueve etapas cuyo desarrollo tomará 33 meses (incluyendo la Etapa I de preparación del trabajo).

9.62. La Etapa I se dedica a establecer el equipo de CNS. Incluye el trabajo con el Comité Directivo, la localización de espacio y equipo, el desarrollo de un plan del proyecto, etc.

9.63. La Etapa II abarca la determinación del marco de referencia conceptual global para las CNS de Appia.

9.64. La Etapa III se dedica a desarrollar el marco de referencia nacional de las CNS, con un borrador de las descripciones operacionales de las categorías del sistema de clasificación (por ejemplo, funciones y proveedores). Esto se lleva a cabo en consulta con usuarios, actores estratégicos y proveedores de datos. Esta etapa también implica una identificación tentativa de las estructuras de organización para mantener las CNS después de la primera ronda, así como de los esfuerzos para asegurar el compromiso de actores estratégicos clave.

9.65. La Etapa IV es el desarrollo de una estrategia de recopilación global de datos, incluyendo la asignación de responsabilidades operativas para dicha recopilación, el análisis de los datos, etc. Esta etapa requiere que el marco de referencia para las cuentas se haya establecido al menos de manera general.

9.66. En la Etapa V se compilarán y codificarán los datos. El equipo de CNS programa un periodo de tiempo considerable para esta fase, en caso de que se requiera la recopilación de datos originales. Los integrantes del equipo suponen que ello implicará cerca de 12 meses de trabajo de campo, además de otros 6 meses de trabajo de diseño y tabulación. También consideran un tiempo para examinar los sistemas existentes de codificación del gobierno.

9.67. La Etapa VI implica la compilación de un borrador de cuadros y series temporales de CNS.

9.68. En la Etapa VII, los actores estratégicos revisarán los resultados de las CNS, entre los que se encuentran las agencias gubernamentales, cuya aprobación se requiere para la emisión de las estadísticas como estadísticas nacionales. Cualquier otra revisión o recolección de datos de seguimiento tendrá lugar en esta etapa.

Figura 9.2 Desarrollo del proyecto en Appia: plan de trabajo para producir cuentas nacionales de salud

	Fase								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Abr									
May									
Jun									
Jul									
Ago									
Sep									
Oct									
Nov									
Dic									
Ene									
Feb									
Mar									
Abr									
May									
Jun									
Jul									
Ago									
Sep									
Oct									
Nov									
Dic									
Ene									
Feb									
Mar									
Abr									
May									
Jun									
Jul									
Ago									
Sep									
Oct									
Nov									
Dic									

9.69. La Etapa VIII se dedicará a la preparación y difusión de los resultados finales de las CNS.

9.70. La Etapa IX será para identificar e instrumentar los mecanismos futuros de las CNS.

9.71. El equipo de CNS y el Comité Directivo están de acuerdo en que las Etapas V y VII son las más variables y requerirán un análisis frecuente de los avances y problemas.

9.72. Se comienza a trabajar casi inmediatamente en el proyecto. El líder del equipo y el Viceministro de Salud se reúnen con el personal de logística en el ministerio, quienes reciben instrucciones de apoyar al equipo para que éste cuente con oficinas y equipo. Mientras tanto, el equipo organiza una sesión de trabajo con informantes clave de los ministerios (incluyendo algunos de los miembros del Comité Directivo), de la industria y de la comunidad de proveedores a fin de preparar una descripción esquemática del sistema de salud de Appia y establecer los aspectos prioritarios que deberán abordarse con las cuentas de salud. Tanto esta descripción como la lista se comparten con el Comité Directivo. Luego de un cierto número de iteraciones, incluyendo algunas reuniones con figuras parlamentarias clave para asegurar su apoyo y aportación, se desarrolla un panorama de trabajo del sistema de salud y del marco de referencia de las cuentas de salud.

9.73. En la Etapa III se llevan a cabo reuniones con los principales actores estratégicos en el sistema de atención de la salud y el sistema estadístico gubernamental. El propósito de estas reuniones es desarrollar los esquemas de clasificación de las diversas dimensiones de las cuentas de salud. El objetivo es asegurar que las categorías de las ICHA satisfagan las necesidades de política de los tomadores de decisiones, que sean consistentes con otros esquemas de clasificación que se aplican en el país y que distingan suficientemente a los diversos actores en grupos analíticamente útiles. En esta fase del proyecto se establecen vínculos a nivel del personal con diversos ministerios, comités y asociaciones.

Esquematzación del sistema de salud de Appia

9.74. Algunas aclaraciones acerca del financiamiento de la atención de la salud en Appia y de su mapa de prestación de servicios pueden ayudar a explicar descripción esquemática del sistema de salud desarrollada por el equipo de cuentas de salud, misma que se muestra en el cuadro 9.2. (ver páginas 125 y 126).

9.75. Los ministerios gubernamentales centrales que revisten una especial importancia para el gasto en salud son los de finanzas, salud, educación y defensa. Además de estos ministerios, la Agencia Nacional de Seguros es responsable de administrar el sistema nacional de aseguramiento de la salud. Asimismo, Appia cuenta con una compañía eléctrica de propiedad nacional, AZap, que opera como una organización paraestatal y recibe apoyo y subsidios ocasionales del gobierno central a través del Ministerio de Industria, y que se ocupa de manera activa de la atención de la salud de sus empleados.

9.76. Existen gobiernos locales en cada una de las cuatro regiones, que son bastante disímiles en términos de composición industrial, densidad de población e ingreso per capita. Cada región tiene sus propias autoridades fiscales, y los ingresos fiscales regionales son complementados con fondos del gobierno central derivados de un impuesto nacional sobre la renta.

9.77. El sistema de salud de Appia es más bien pluralista. La mayoría de los hospitales y las policlínicas son propiedad del gobierno, y datan de la época de la pre-reforma. La propiedad de las policlínicas y los hospitales de atención de primer nivel ha sido transferida a los gobiernos regionales, pero el Ministerio de Salud mantiene todavía la propiedad y operación de hospitales de segundo y tercer niveles. El Ministerio

de Defensa tiene sus propios hospitales y policlínicas, que están abiertas únicamente a personal militar y a sus dependientes. En años recientes han surgido hospitales y policlínicas privados a la luz de las reformas políticas y económicas, dado que el gobierno central ha privatizado la prestación de parte de la atención de la salud.

9.78. Además de los servicios ambulatorios que ofrecen las policlínicas en Appia, los habitantes pueden recibir servicios en otros centros. Se observa un número creciente de médicos en la práctica privada y, especialmente en la Región Interior, una fuerte dependencia de los curanderos tradicionales. Una parte substancial de los medicamentos de prescripción para pacientes ambulatorios se adquieren en farmacias privadas. Algunos pocos empleadores mantienen clínicas en los lugares de trabajo para sus trabajadores, un legado de la estructura política anterior de la economía.

9.79. Todos en Appia, a excepción de los empleados gubernamentales y los militares, están cubiertos por el seguro nacional de salud, operado por la Agencia Nacional de Seguros. Este seguro es financiado con impuestos a las nóminas, así como por pagos que efectúa el Ministerio de Salud para cubrir a la gente que no forma parte de la plantilla laboral. Los beneficiarios deben pagar también al proveedor un coaseguro en el momento de recibir el servicio. Muchos empleadores ofrecen seguros suplementarios que pagan servicios en las instalaciones no gubernamentales de Appia (no cubiertos por el seguro nacional). Los individuos no elegibles para estas coberturas pueden adquirir pólizas por su cuenta.

9.80. Además de algunas pequeñas instituciones nacionales sin fines de lucro, varias organizaciones extranjeras están involucradas en el sistema de aseguramiento de la salud y de prestación de servicios de Appia. El grupo Médicos sin Fronteras (Doctors without Borders) e International Red Crescent participan activamente en el país, así como el Proyecto Esperanza (Project Hope).

Creación de un plan de datos para las cuentas nacionales de salud de Appia

9.81. El trabajo de la Etapa IV es un ejercicio colaborativo. El equipo de las CNS se reúne con los miembros del Comité Directivo, así como con el resto del grupo. Asimismo, hacen uso de las reuniones descritas en la Etapa III para analizar las fuentes de datos con los actores estratégicos. El equipo desarrolla el plan de datos que se muestra en el cuadro 9.3 (ver páginas 127 y 128), en el entendimiento de que este plan necesitará ampliarse y revisarse a medida que el proyecto evolucione.

9.82. En el curso de preparación del inventario de fuentes de datos, a los integrantes del equipo les resulta claro que deben auspiciar algunas encuestas por cuenta propia a fin de obtener información sobre las actividades de las aseguradoras privadas, los empleadores y las organizaciones externas de financiamiento. Mediante consultas con sus colegas en el Ministerio de Finanzas (donde se estiman las cuentas del ingreso nacional y el producto nacional) y sus colegas de la Agencia Estadística de Appia, el equipo desarrolla cuestionarios para cada encuesta, mismos que han sido diseñados para compilar información en categorías que pueda usarse para las cuentas de salud, así como para otros fines estadísticos, incluyendo diversas características que servirán para “inflar” los resultados de la encuesta hasta totales nacionales. Por ejemplo, la encuesta a empleadores pregunta por el tipo de negocio y el número total de empleados; el personal del Ministerio de Finanzas proporciona un marco muestral haciendo uso de estas características. Estas formas de encuesta se reproducen como ilustraciones anexas a este capítulo, junto con otros datos reunidos por el equipo (ver ilustraciones 9.1 a 9.5, páginas 130–137).

Llenado de los cuadros

9.83. Con estos antecedentes organizacionales, el equipo de CNS empieza a trabajar en su proyecto. Arregla los agentes de financiamiento aparentes en su descripción esquemática del sistema de salud, de acuerdo con los lineamientos de la clasificación ICHA-HF, lo que produce la ilustración 9.6 (ver página 137). Los pasos que emprende a continuación se analizan en los capítulos siguientes.

Cuadro 9.2 Descripción esquemática del sistema de salud de Apia

Actor	Población cubierta	Prestaciones o actividades	Fuentes de financiamiento	Relación proveedor-pagador
Aseguradores				
Agencia Nacional de Seguros	Todos en Apia están cubiertos por el seguro de salud nacional, a excepción de los servidores públicos, el personal militar y sus dependientes	Productos y servicios médicamente necesarios obtenidos de proveedores autorizados	Impuestos sobre la nómina de trabajadores y dependientes; pagos del Ministerio de Salud para las personas que no forman parte de la fuerza laboral	Cuota contractual por servicio; los proveedores recaudan y retienen los montos por co-seguro correspondientes a los beneficiarios en el momento de la prestación del servicio
Programa de Seguros de Salud para Empleados del Gobierno	Servidores públicos	Productos y servicios médicamente necesarios obtenidos de proveedores autorizados	Presupuesto	Cuota contractual por servicio; los proveedores recaudan y retienen los montos por co-seguro correspondientes a los beneficiarios en el momento de la prestación del servicio
Seguros sociales privados	Adscritos y dependientes (sólo disponible a través de empleadores contratantes)	Productos y servicios médicamente necesarios obtenidos de proveedores autorizados según se estipule en los términos del contrato	Primas de los empleadores y las personas adscritas	
Seguros médicos voluntarios	Adscritos y dependientes	Productos y servicios médicamente necesarios obtenidos de proveedores autorizados según se estipule en los términos del contrato	Primas de las personas adscritas	
Proveedores				
Hospitales				
Hospitales del Ministerio de Salud	Pacientes hospitalizados referidos por hospitales de primer nivel	Atención de hospitalización de segundo y tercer nivel	Pagos de la Agencia Nacional de Seguros; subsidio del presupuesto del Ministerio de Salud	Propiedad del Ministerio de Defensa; operados por dicho ministerio
Hospitales del Ministerio de Defensa	Sólo militares y sus dependientes	Atención primaria	Presupuesto del Ministerio de Defensa	Cuota contratada por servicio
Hospitales de gobiernos regionales	No militares	Servicios de hospitalización de atención primaria	Pagos de seguros y pagos de los pacientes; subsidio gubernamental	Cuota contratada por servicio
Hospitales privados	Cualquier paciente	Servicios de hospitalización de atención primaria	Pagos de seguros y pagos de los pacientes	

Cuadro 9.2 Descripción esquemática del sistema de salud de Appia

Actor	Población cubierta	Prestaciones o actividades	Fuentes de financiamiento	Relación proveedor-pagador
Aseguradores				
Policlinicas				
Policlinicas de gobiernos regionales	No militares	Atención ambulatoria, incluyendo medicamentos de prescripción y suministros	Pagos de seguros y pagos de los pacientes; subsidio gubernamental	Cuota contratada por servicio
Policlinicas privadas	Cualquier paciente de consulta externa	Atención ambulatoria, incluyendo medicamentos de prescripción y suministros	Pagos de seguros y pagos de los pacientes	Cuota contratada por servicio
Médicos privados	Cualquier paciente de consulta externa	Atención ambulatoria, excluyendo medicamentos de prescripción y suministros	Pagos de seguros y pagos de los pacientes	Cuota contratada por servicio
Farmacias privadas	Cualquier paciente de consulta externa	Medicamentos de prescripción	Pagos de seguros y pagos de los pacientes	Cuota contratada por servicio
Curanderos tradicionales	Cualquiera		Pagos de los pacientes	Cuota contratada por servicio
Otros actores				
Ministerio de Educación	Nadie	Investigación; capacitación de proveedores	Ministerio de Finanzas	Propiedad del ministerio y operados por el mismo
Organizaciones no gubernamentales	Nadie específico	Desconocidas en este momento		
Recursos externos	Nadie específico	Desconocidas en este momento		
Empleadores				
Atención de la salud en el sitio de trabajo	Empleados de empleadores participantes	Atención ambulatoria, incluyendo medicamentos de prescripción y suministros	Reservas internas	Propiedad del ministerio y operados por el mismo
Reembolsos por atención de la salud	Adscritos y dependientes o empleadores participantes	Productos y servicios acordados	Reservas internas	Los empleadores reembolsan a los empleados los gastos médicos acordados en los que incurrieron los segundos

Cuadro 9.3 Proyecto de cuentas nacionales de salud de Appia: plan tentativo de obtención de datos

Actor	Datos requeridos	Posibles fuentes	Integrante del equipo	Miembro del Comité Directivo (si necesario)
Gobierno central				
MdS	Documentos presupuestarios	MdS; MdF		MdS
MdD	Documentos presupuestarios	MdD; MdF		MdF
MdE	Documentos presupuestarios	MdE; MdF		MdF
Regional	Documentos presupuestarios	MdF		MdF
Aseguradores				
ANS	Estado de operaciones	ANS		ANS
Programa de Seguros de Salud para Empleados del Gobierno	Estado de operaciones	MdF		MdF
Seguros sociales privados	Primas, por fuente; beneficios, por tipo	¿AEA? ¿Encuesta?		AEA
Seguros médicos voluntarios	Primas, por fuente; beneficios, por tipo	¿AEA? ¿Encuesta?		AEA
Proveedores				
Hospitales				
Hospitales del MdS	Estado de operaciones	MdS; ¿hospitales?		MdS
Hospitales del MdD	Estado de operaciones	MdD; MdF		MdF
Hospitales de gobiernos regionales	Estado de operaciones	¿Hospitales? ¿Informes del MdF?		MdF
Hospitales privados	Ingresos, por fuente	¿Trabajo sobre PIB? ¿Encuesta? ¿Asociación de Comercio?		AEA
Policlínicas				
Policlínicas de gobiernos regionales	Estado de operaciones	¿Policlínicas? ¿Informes del MdF?		MdF MdF
Policlínicas privadas	Ingresos, por fuente	¿Trabajo sobre PIB? ¿Encuesta? ¿Asociación de Comercio?		AEA
Médicos privados	Ingresos, por fuente	¿Trabajo sobre PIB? ¿Encuesta? ¿Asociación de Comercio?		AEA
Farmacias privadas	Ingresos, por fuente	¿Trabajo sobre PIB? ¿Encuesta? ¿Asociación de Comercio?		AEA
Curanderos tradicionales	Ingresos, por fuente	¿Encuesta?		MdS

Cuadro 9.3 Proyecto de cuentas nacionales de salud de Appia: plan tentativo de obtención de datos

Actor	Datos requeridos	Posibles fuentes	Integrante del equipo	Miembro del Comité Directivo (si necesario)
Otros actores				
Organizaciones no gubernamentales	Estado de operaciones; listas de proyectos			AEA
Recursos externos	Estado de operaciones; listas de proyectos			MdF; AEA
Empleadores				AEA
Atención de la salud en los sitios de trabajo	Gasto en clínicas en los sitios de trabajo			
Reembolsos por atención de la salud	Servicios reembolsados			
Primas pagadas por concepto de seguros	Montos de primas			
Hogares				AEA
Gasto de bolsillo		¿ANS? ¿Aseguradores? ¿Encuesta?		
Primas de seguros		ANS; ¿aseguradores? ¿Encuesta?		
Características sociales, económicas, demográficas	Encuesta			
Funcionamiento de la salud	Encuesta			

MdS=Ministerio de Salud

MdD=Ministerio de Defensa

MdE=Ministerio de Educación

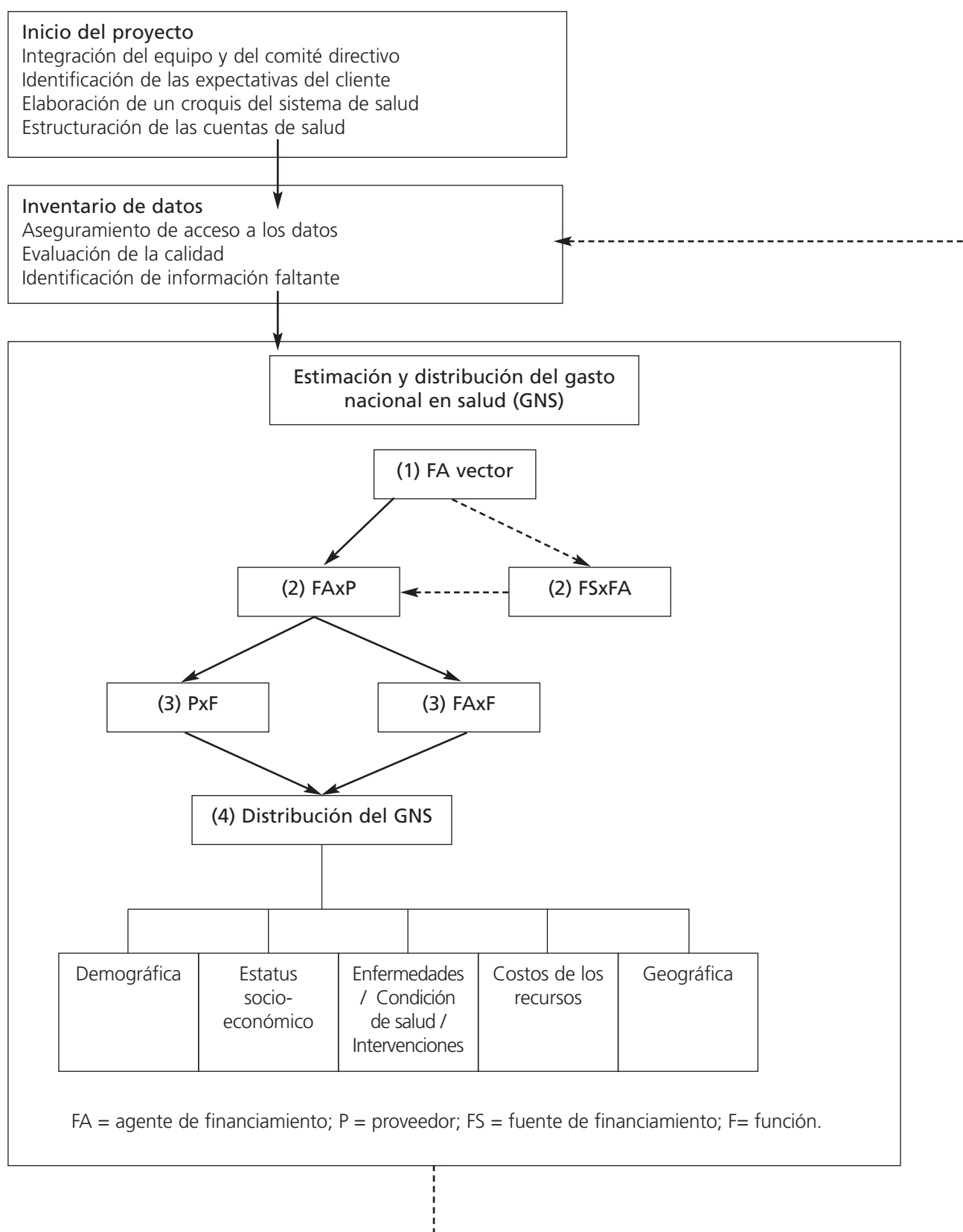
MdF=Ministerio de Finanzas

ANS=Agencia Nacional de Seguros

AEA =Agencia Estadística de Appia

PIB=producto interno bruto

Figura 9.1 Mapa del recorrido para estimar las cuentas nacionales de salud



Forma de identificación Núm. ____/____

La información proporcionada se manejará en forma estrictamente confidencial

1. Información general

Nombre de la compañía:

Nombre de la persona que responde:

Puesto de la persona que responde:

Fecha de la entrevista:

Lugar:

Periodo del que se informa - Año calendario 2002 ó:

Tipo de compañía de seguros (encierre una opción en círculo)

TABULACIÓN PONDERADA DE LAS FORMAS RECIBIDAS

1 = Empresa de gobierno/parastatal

2 = Privada, con fines de lucro

3 = Privada, sin fines de lucro

2. En el cuadro siguiente, indique el número de inscritos en su organización (sólo en el seguro de salud) a finales del periodo del informe. Si el seguro de salud está incluido como parte de otro seguro, por favor incluya también a estos asegurados en el número de inscritos.

Número de asegurados dentro del tipo:	
Grupal/De compañía	Individual/Familiar
800 000	1 700 000

3. En el siguiente cuadro, indique los ingresos totales de su organización en el periodo de informe. De ser posible, utilice cifras de las operaciones de ingresos más que cifras de los ingresos en efectivo

Tipo de ingreso	Monto (en coronas)		
	Total	Grupal/ De compañía	Individual/ familiar
Primas (sólo del negocio de salud)	5 410	2 130	3 280
Menos: Descuentos y rebajas de las primas (sólo en el negocio de salud)	0		
Créditos del gobierno de Appia:			
· En efectivo	0		
· En especie (estimación)	0		
Asistencia externa en forma de:			
· Préstamos	0		
· Créditos o donativos	0		
Otros (especifique):	0		
Total (sólo del negocio de salud)	5 410	2 130	3 280

Base del informe:

Valor de las transacciones

Valor de los pagos efectuados

Ilustración 9.1 Appia: cuentas nacionales de salud, 2002. Cuestionario a los seguros de salud

4. En el cuadro siguiente, indique los gastos totales de su organización en el periodo del informe. Si es posible, utilice cifras que remitan a los montos de recursos consumidos, más que a montos de pagos efectuados.

Tipo de ingreso	Monto (en coronas)		
	Total	Grupal/ De compañía	Individual/ familiar
Prestaciones:			
Hospitales de gobierno	0		
Otras unidades de gobierno	0		
Hospitales privados con fines de lucro	123		
Otras unidades privadas con fines de lucro	216		
Hospitales privados sin fines de lucro	437	SE DESCONOCE	SE DESCONOCE
Otras unidades privadas sin fines de lucro	1 020		
Reembolsos efectuados directamente al titular de la póliza	2 640		
Otras	0		
Prestaciones totales	4 436		
Incrementos a las reservas (negocio de salud únicamente)	0		
Gastos administrativos (negocio de salud)	564		
Superávit o ganancias retenidas (negocio de salud)	410		

Base del informe:

Valor de las transacciones

Valor de los pagos efectuados

5. ¿Incluyen las cifras de ingresos anteriores la porción de salud de las primas de pólizas combinadas de vida y salud?

No aplica

Si

No

Si no, por favor indique las prestaciones totales pagadas como parte de dichas pólizas combinadas en el año de informe:

Vida	Salud

Ilustración 9.2. Appia: cuentas nacionales de salud, 2002. Encuesta a empleadores

		Forma de identificación Núm. ____/____
1. Información general		
Nombre de la organización:	_____	
Nombre de la persona entrevistada:	_____	
Fecha de la entrevista:	_____	
Periodo del que se informa -	_____	
Año calendario 2002 ó:	_____	
Régimen de propiedad	1 = Empresa del gobierno/paraestatal	
(encierre una opción en un círculo)	<u>2</u> = Sector privado con fines de lucro	
Actividad principal	1 = Agricultura	
(encierre una opción en un círculo)	2 = Minería o extracción de petróleo	
	3 = Industrial	
	4 = Comercio mayorista o minorista	
	5 = Finanzas, seguros o bienes raíces	
	6 = Servicios	
	7 = Otra	
¿Cuántos empleados de tiempo completo y	_____	
parcial tenía el último día del periodo de informe?	_____	
2. ¿Proporcionó su empresa seguros médicos		
en el periodo de informe?	Sí	
	No --> (Pase a la pregunta 3.)	
a. Número de empleados que tiene	_____	
asegurados:	_____	
b. ¿Cubre el seguro a los dependientes	Yes	
del asegurado?	No	
c. ¿Cuánto pagó su empresa en primas?	_____	
	2 070 (error de la encuesta de 5%)	
d. ¿Contribuyen sus empleados en el	No	
pago del seguro de salud privado?	<u>Sí --></u> ¿Con cuánto? <u>2/3</u> per	
	¿Está incluido este monto	
	en la respuesta del renglón 2c? <u>Sí</u>	
	No	
e. ¿Qué tipo de servicios de atención de la		
salud están cubiertos?		
(Verifique todos los que aplican.)		
	X Atención curativa hospitalaria	
	X Atención curativa en hospitalización de día	
	X Atención curativa ambulatoria	
	X Servicios médicos y diagnósticos básicos	
	X Salud mental y terapia contra adicciones	

	X	Procedimientos quirúrgicos ambulatorios
	X	Atención odontológica ambulatoria
	X	Los demás servicios de atención especializada
	X	Los demás servicios de atención ambulatoria
	X	Servicios de atención curativa domiciliaria
	X	Rehabilitación hospitalaria
	X	Rehabilitación domiciliaria
	X	Rehabilitación ambulatoria
	X	Servicios de rehabilitación domiciliaria
	X	Atención de larga duración hospitalaria
	X	Atención de larga duración en hospitalización de día
	X	Atención de larga duración domiciliaria
	X	Laboratorio clínico
	X	Imagenología diagnóstica
	X	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
	X	Los demás servicios auxiliares
	X	Medicamentos de prescripción
	X	Medicamentos de venta libre
	X	Otros productos médicos perecederos
	X	Lentes y otros productos ópticos
	X	Aparatos ortopédicos y otras prótesis
	X	Ayudas auditivas
	X	Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas
	X	Los demás productos médicos diversos
3. Durante el periodo sujeto a informe, ¿reembolsó su empresa a los empleados por concepto de gastos médicos?	Sí <u>No --></u>	(pase a la pregunta 4)
a. ¿Cuál es el monto de los reembolsos directos que efectuó su empresa a los empleados?	NINGUNO _____	
b. ¿Qué tipos de servicios de atención de la salud reembolsa su empresa? (Encierre en un círculo los tipos que apliquen.)	X Hospitalario _____ X Outpatient _____ X Medicamentos _____ X Otros _____	
c. ¿Mantiene su empresa registros del monto gastado en reembolsos por concepto de servicios adquiridos a unidades de atención de la salud privadas y públicas?	Sí -> Unidades públicas Unidades privadas <u>No</u>	
4. Durante el periodo reportado, ¿su empresa ofreció servicios de salud para sus empleados en sus instalaciones?	<u>Sí</u> No --> (pase a la pregunta 5)	
a. ¿Cuánto gastó su empresa para proporcionar servicios de salud en el sitio de trabajo?	3 024 (error de la encuesta de 5%)	

Ilustración 9.2. Appia: cuentas nacionales de salud, 2002. Encuesta a empleadores

b. ¿Recibe su empresa contribuciones del gobierno o de organizaciones no gubernamentales en apoyo a sus instalaciones de salud? En caso afirmativo, ¿a cuánto ascienden dichas contribuciones?	Sí -> <input checked="" type="radio"/> No	¿Cuánto?
c. ¿Con cuántas unidades de atención de la salud cuenta su empresa? ¿Dónde se localizan en el país?		
d. ¿Qué tipos de servicios de salud se encuentran disponibles en dichas unidades? (Encierre en un círculo los que apliquen.)	X Hospitalarios X Ambulatorios X Medicamentos <input checked="" type="radio"/> Otros	
e. ¿Pagan sus empleados por los servicios y/o los medicamentos que se suministran en dichas unidades?	Sí -> <input checked="" type="radio"/> No	¿Cuánto?
5. ¿Efectúa el gobierno o cualquier otra organización alguna contribución a las prestaciones proporcionadas por su empresa?	Sí -> <input checked="" type="radio"/> No	¿Cuánto?

Ilustración 9.3 Appia: cuentas nacionales de salud, 2002
Encuesta del gobierno sobre contribuciones de ayuda externa para la salud

Instrucciones: El Ministerio de Salud está llevando a cabo un estudio para estimar el monto total del financiamiento de la salud en Appia, así como la forma en que los fondos fluyen de las fuentes a los usuarios. En los espacios provistos abajo, indique por favor los proyectos que su organización apoya, el monto con el que ésta contribuyó en 2002, y los nombres de las instituciones que resultaron beneficiadas con sus contribuciones. De manera particular, nos interesa saber quién hizo uso de sus contribuciones, por lo que le solicitamos que sea específico. Por ejemplo, si las contribuciones se efectuaron a favor del gobierno de Appia, por favor indique si la institución beneficiaria fue el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, etc. Si las entidades beneficiadas fueron los gobiernos regionales, por favor enliste cuáles. De manera similar, por favor enliste las organizaciones no gubernamentales que recibieron apoyo. Gracias.

La información suministrada será usada de manera estrictamente confidencial.

1. Información general:

Nombre del donador: _____ **AGREGACIÓN**
 Nombre de la persona que responde: _____
 Fecha: _____
 Número de teléfono: _____
 Periodo del que se informa -
 Año calendario 2002 ó: _____

2. Financiamiento del proyecto durante el periodo actual sujeto a informe (sólo indique los fondos realmente desembolsados)

Título del proyecto	Monto de la contribución (utilice la moneda más conveniente)	Institución(es) beneficiaria(s)
1. Programa bilateral de planificación familiar con el Ministerio de Salud	1 538	Ministerio de Salud
2. Programa de detección del proyecto Hope	1 653	Red Crescent de Appia
3. Prueba piloto de la campaña para dejar de fumar del Proyecto Hope	300	Departamento de Salud de la Región Costera
4. Médicos sin fronteras	599	---
5. Total	4 090	

(Anexe otra hoja para más proyectos)

3. Por favor indique el monto que su organización gastó en el periodo actual sujeto a informe para apoyar el desarrollo de sus actividades (i.e., administración, apoyo al programa) en Appia, así como el monto gastado en asistencia técnica no incluido en las cantidades anteriores (por favor identifique la unidad de moneda utilizada).

NINGUNO

Ilustración 9.4 Appia: cuentas nacionales de salud, 2002. Cuestionario a organizaciones no gubernamentales

Forma de identificación Núm. ____/____

La información suministrada será manejada de forma estrictamente confidencial.

1. Información general

Nombre de la organización no gubernamental AGREGACIÓN _____

Nombre de la persona que responde: _____

Puesto de la persona que responde: _____

Fecha de la entrevista: _____

Lugar: _____

Periodo del que se informa -- _____

Año calendario 2002 ó: _____

2. Indique en el siguiente cuadro el monto de los ingresos que obtuvo su organización en el periodo sujeto a informe:

Fuente de ingresos	Monto (en coronas)
Esquemas de costos compartidos	0
Financiamiento del gobierno de Appia en:	
· Efectivo	0
· En especie (estimado)	0
Asistencia externa en forma de:	
· Préstamos	0
· Ayudas financieras/donativos	1 653
Otra (especifique): FILANTROPÍA LOCAL	1 235
Total	2 888

3. Indique en el cuadro siguiente el monto que su organización gastó en las actividades que se señalan durante el periodo sujeto a informe.

Actividad	Monto (en coronas)
Servicios de atención primaria	286
Servicios de atención de segundo y tercer nivel	263
Capacitación	0
Investigación	230
Información, educación y comunicaciones	1 893
Administración	216
Otras (especifique):	
Total	2 888

Ilustración 9.5 Appia: cuentas nacionales de salud, 2002. Tabulación especial de la encuesta de hogares

Categoría de gasto	Monto
Pagos a la Agencia Nacional de Seguros	11 626
Pagos a los seguros médicos privados	44 00
Co-pagos en hospitales	13 643
Co-pagos en policlínicas	11 965
Compra de medicamentos de prescripción	41 042
Pagos a otros profesionales de la salud	19 763
Total	102 439

Preparado por la Agencia Estadística de Appia, 28/05/2003
 Nota: Las estimaciones tienen un margen del 5% de error en el intervalo de confianza de 95%.

Ilustración 9.6 Appia: cuentas nacionales de salud, 2002. Lista preliminar de agentes de financiamiento posibles y sus códigos

Código de agente de financiamiento	Descripción
HF.1	Gobierno en su conjunto
HF.1.1	Gobierno general
HF.1.1.1	Gobierno central
HF.1.1.1.1	Ministerio de Salud
HF.1.1.1.2	Ministerio de Educación
HF.1.1.1.3	Ministerio de Defensa
HF.1.1.2	Gobiernos estatales/provinciales
HF.1.2	Agencia Nacional de Seguros (ANS)
HF.2	Total sector privado
HF.2.1	Seguros de grupo
HF.2.1.1	Programa de seguros de salud para empleados de gobierno
HF.2.1.2	Seguros de grupo para empleados del sector privado
HF.2.2	Seguros médicos voluntarios
HF.2.3	Pagos directos de los hogares
HF.2.4	Organizaciones no gubernamentales
HF.2.5	Empresas y empleadores
HF.2.5.1	Compañía nacional de electricidad (Azap)
HF.2.5.2	Otras empresas privadas y corporaciones
HF.3	Organizaciones externas

Capítulo 10

Una primera aproximación a los fondos de agentes de financiamiento

10.01. Una vez que se cuenta con la lista por escrito de los agentes de financiamiento, es momento de comenzar a anotar algunos números para cada agente potencial. Por ahora, estos agentes siguen siendo sólo “potenciales”, ya que en este paso puede descubrirse que algunas entidades no son realmente agentes de financiamiento.

10.02. Al evaluar a cada agente de financiamiento (FA), su gasto debe dividirse en tres partes. Una parte es el dinero que se gasta directamente en atención de la salud. Puede ser dinero que se use para operar una unidad perteneciente a FA, tal como un hospital o una policlínica del Ministerio de Salud. También puede ser dinero que se da al proveedor de la atención por servicios proporcionados a una persona, tal como los pagos que efectúa una compañía de seguros médicos voluntarios a un médico por la atención proporcionada a una persona asegurada. O bien, puede ser un gasto en salud pública, en investigación en salud, para la construcción de instalaciones médicas o para la administración de programas de salud.

10.03. La segunda parte del gasto en salud de cada agente de financiamiento potencial es el dinero que se da a alguna otra persona u organización para que se gaste en atención de la salud, en los términos descritos en el párrafo precedente. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede transferir fondos a un gobierno regional para financiar programas de salud. O bien, los empleadores privados pueden efectuar pagos de primas de seguros a compañías privadas de seguros sociales para adquirir una cobertura de atención de la salud para sus empleados. En ambos casos, el dinero se usa para atención de la salud, pero el Ministerio de Salud no interactúa con los proveedores de la atención en este ejemplo, así como tampoco lo hace el empleador privado. Es importante dar seguimiento a estos fondos para el uso de esta información más adelante, pero por lo pronto no se incluirán como parte del monto total correspondiente a los agentes de financiamiento en el cuadro en desarrollo (ver recuadro 10.1).

10.04. La tercera parte del gasto de cada agente de financiamiento potencial es dinero que no se usa para atención de la salud. No todo el gasto etiquetado como “salud” es adecuado para ser incluido en las cuentas nacionales de salud (CNS). Si se consideran las definiciones de gasto en salud expuestas en el capítulo 3, el gasto del Ministerio de Salud en casas de retiro para personas de edad avanzada, por ejemplo, puede caer fuera de los límites de la atención de la salud, aun cuando las instalaciones pertenezcan al ministerio. Esta tercera parte del gasto se dejará aparte y no se usará en las cuentas de salud.

Recuadro 10.1
Importancia de la documentación

Literalmente son cientos de decisiones las que se toman en la preparación de una serie característica de cuentas de salud. La documentación a fondo de cada decisión en el momento en que se toma permite un control de calidad y facilita la réplica de las cuentas en ciclos futuros. La documentación inmediata es aconsejable porque el recuerdo de tantas decisiones tomadas termina por ser confuso.

Con demasiada frecuencia, la documentación pasa a ser el último paso del proceso de contabilidad -un paso que después se posterga por “falta de tiempo”-. Esto es muy lamentable ya que la falta de documentación en el presente suele convertirse en una necesidad futura de reconstrucción de pistas que no conducen a ningún lado.

Los componentes de esta documentación no son exclusivos de la contabilidad de la salud. También es necesario registrar información sobre:

- instituciones: personas que sirvieron de contacto, nombres, puesto, características generales del intercambio (por ejemplo, periodicidad de los informes);
- fuentes de información obtenidas, incluyendo las razones por las que se seleccionó una fuente de datos específica y por las que se analizaron determinados factores clave en torno a dichos datos;
- ajustes de datos realizados y fundamentación subyacente, valores de referencia pertinentes, resultados de las encuestas utilizadas, nombres de los informantes clave que contribuyeron a la evaluación de la calidad de entradas específicas, etc.

10.05. En este paso, la revisión del gasto público puede ser de gran ayuda para el proceso de estimación. Los contadores de la salud deberían verificar que dicho ejercicio se lleve a cabo; una vez revisada su calidad, muchas de las cifras que contiene podrán ser usadas para establecer o verificar la estimación que se ha hecho para muchos de los agentes de financiamiento en el sistema de salud.

10.06. Al asentar las cifras de gasto correspondientes a los diversos agentes de financiamiento enumerados en el capítulo 9, es probable que resulte más fácil iniciar con las unidades centrales del gobierno, en virtud de la mayor facilidad para obtener datos de registros. Al usar los registros de cada ministerio o agente, los montos de cada agente de financiamiento se sumarán, si bien habrá que hacer un seguimiento por separado del dinero que gastan en atención de la salud y el dinero que transfieren a otros para que sea gastado en atención de la salud. Será necesario cuidar que la búsqueda de registros se dirija tanto a gastos de capital (inversión) como al gasto corriente (operaciones), ya que el gobierno puede mantener un registro por separado de estos montos. El uso del esquema de clasificación para los costos de los recursos puede ayudar a centrar la atención en los gastos que es conveniente incluir.

10.07. La clave para identificar las unidades gubernamentales que funcionan como agentes de financiamiento radica en su responsabilidad programática. Las entidades que actúan sólo como agencias auditoras o de desembolsos no se clasifican como agentes de financiamiento, aun cuando puedan desempeñar un papel activo en asegurar que los fondos para la salud se gasten de manera adecuada. Por ello, es probable que el Ministerio de Finanzas no aparezca en la lista de los agentes de financiamiento, ya que, normalmente, este ministerio simplemente actúa como un agente que desembolsa fondos, sin ninguna responsabilidad programática en la atención de la salud. Sin embargo, el Ministerio de Finanzas puede constituir una fuente de información muy valiosa respecto de lo que otros ministerios gastan en salud. Con frecuencia, el personal del Ministerio de Finanzas mantiene registros detallados de los flujos de dinero, lo que puede representar un excelente punto para construir esta parte de las cuentas.

10.08. La excepción a la regla recién enunciada es cuando una entidad gubernamental subsidia una entidad de atención de la salud sin buscar intervenir en las decisiones. En ese caso, la entidad gubernamental puede ser un agente de financiamiento. Por ejemplo, si la compañía eléctrica del gobierno cancela una deuda de los hospitales del Ministerio de Salud, dicha compañía ha contribuido a financiar atención de la salud y debe enumerarse como agente de financiamiento, aun cuando sólo aparezca en una categoría sucinta tal como "otros agentes de financiamiento del gobierno". Ello, a pesar de que la compañía eléctrica no tenga un mandato programático específico para financiar operaciones de atención de la salud.

10.09. Al revisar las empresas, es importante contabilizar y mantener por separado los impuestos pagados a la seguridad social, los pagos efectuados a los seguros sociales privados, los pagos a proveedores de atención y los pagos para mantener las propias instalaciones de salud (si las hubiera).

10.10. De manera similar, el registro de los impuestos cobrados a los empleados para la seguridad social, los pagos de los empleados para el seguro social privado, los pagos de los hogares para seguros médicos voluntarios y los pagos de los hogares a proveedores deberá mantenerse por separado cuando se sume el gasto total de los hogares.

10.11. Al lado de cada uno de los agentes de financiamiento enumerados en el cuadro 9.1 deberá asentarse el monto estimado de los fondos utilizados en atención de la salud. No deberá incluirse el monto transferido a otros, y deberá removerse de la lista a cualquier agente de financiamiento potencial identificado como no comprometido en el gasto directo en atención de la salud.

Preguntas relacionadas con la estimación de los totales del gasto de los agentes de financiamiento

10.12. Tal como ocurre con la definición de los agentes de financiamiento, la asociación de una cifra de gasto con cada agente no siempre se obtiene por vía directa e inmediata. Algunas de las preguntas comunes que enfrentan los contadores de la salud se examinan a continuación.

Cuando se trabaja con más de una estimación del gasto

10.13. ¿Qué debería hacer el contador de la salud si se topa con diferentes estimados del gasto de los agentes de financiamiento? En esta fase del proceso, es mejor hacer una valoración preliminar sobre cuál es el estimado más confiable. No obstante, también es una buena idea mantener todos los estimados a la mano, ya que la fase de conciliación que sigue podría resultar reveladora en lo que se refiere a la fortaleza relativa de los estimados.

Cuando no existe una cifra disponible sobre el gasto de un agente de financiamiento conocido

10.14. Qué debería hacer el contador de la salud cuando se sabe que hay una entidad que es agente de financiamiento, pero no hay una cifra disponible sobre el gasto de este agente? En este punto, no es mucho lo que puede hacerse. El mejor curso de acción es dejar al agente de financiamiento en la lista sin que se asocie con ningún monto. Más adelante, en los siguientes pasos, se podrá presentar una oportunidad de estimar una cifra para dicho agente. (En cierto sentido, esta es sólo una variante del caso en el que existen diversos valores posibles para el gasto de los agentes de financiamiento.)

Cargos de usuarios en instalaciones gubernamentales

10.15. Las cuotas de usuarios en las instalaciones gubernamentales deberían incluirse definitivamente en las cuentas, en la medida en que éstas apoyan y mantienen instalaciones o programas de salud. La pregunta se refiere más bien a cuál es la entidad que debería ser acreditada como el agente de financiamiento. En muchos países, los cargos de usuarios por servicios de salud proporcionados en instalaciones de salud que operan con financiamiento público son retenidos por la unidad en cuestión o son considerados parte del presupuesto de dicha unidad (por ejemplo, la mayoría de los programas de recuperación de costos instrumentados en África y en América Latina en los años 80 y 90). En otros países, las cuotas se devuelven al ministerio central y se incluyen en ese presupuesto. Independientemente del arreglo, cuando las cuotas son pagadas por los consumidores a cambio de la prestación de servicios, los hogares son el verdadero agente de financiamiento (de los servicios correspondientes al monto de las cuotas). Los gastos del gobierno como agente de financiamiento no deberían incluir dichas cuotas. Supóngase, por ejemplo, que el Ministerio de Salud opera un hospital a un costo de 2500, y que el hospital recolecta 150 por concepto de cuotas de usuarios que se cargan a los hogares. En las cuentas, los hogares serían el agente de financiamiento de 150, mientras que el Ministerio de Salud lo sería de 2350, lo que totaliza los 2500. Si las cuotas de usuarios se devuelven al Ministerio de Salud, es esencial que no se incluyan en los desembolsos del ministerio a fin de evitar una doble contabilidad de dichos gastos. Sin embargo, si los proveedores retienen estas cuotas como recursos adicionales, i.e., si complementan el gasto en salud del Ministerio de Salud, no necesitan sustraerse del total del ministerio.

Gastos indirectos para apoyo y mantenimiento

10.16. Es fácil pasar por alto los gastos indirectos para apoyo y mantenimiento, ya que no pocas veces los servicios de apoyo necesarios para el mantenimiento de los programas medulares de salud se presupues-

tan y suministran en departamentos ajenos al área de salud. Algunos ejemplos característicos incluyen el suministro de servicios de construcción y mantenimiento de los edificios a cargo de departamentos de obras públicas, la impresión de formas y papelería para hospitales a cargo de departamentos de imprenta gubernamentales y los servicios de auditoría realizados por un auditor gubernamental. En la medida en que éstos constituyen servicios de apoyo relacionados con la producción directa de los servicios de salud, deberían ser tratados como insumos para la producción de dichos servicios. De otra manera, surgirán algunos problemas al comparar el gasto gubernamental y el privado, o al comparar el gasto del país con el de otros países. Al preparar las estimaciones, es aconsejable mantener cada agencia de apoyo como un agente de financiamiento por separado, y hacer la consolidación de todos en los cuadros de presentación.

Pensiones de contribución no obligatoria por parte de los empleados y otras prestaciones del personal

10.17. En muchos países, el personal que labora en el sistema de salud recibe formas de compensación que no se registran en los presupuestos de las organizaciones pertinentes (ver recuadro 10.2). Un ejemplo característico de este tipo son las pensiones de contribución no obligatoria, que son financiadas con el ingreso general del gobierno y que no se registran como gastos de la agencia empleadora. En teoría, la porción de estos beneficios que se destina a los trabajadores del sistema de salud es un gasto en salud, y debería contabilizarse como tal, con la inclusión del gobierno general o el departamento de pensiones como el agente de financiamiento. En la práctica, el valor de las pensiones sin fondos de capitalización suele ser imposible de determinar, y este problema se ignora. Sin embargo, en la ausencia de datos, deberá hacerse una imputación que refleje el valor de tales beneficios sin capitalización previa en el gasto corriente.

Recuadro 10.2

Tratamiento de las prestaciones de pensión para los trabajadores de la salud en las cuentas de salud de Hong Kong S.A.R. de China

En lo que ahora es la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China (Hong Kong S.A.R.), diversos cambios organizacionales a principios de la década de 1990 condujeron a la transferencia de la mayor parte del personal de salud del gobierno, de un departamento de gobierno que operaba con términos y condiciones de empleo para servidores públicos a una agencia no departamental que opera con arreglos de compensación similares a los del sector privado. Estos cambios incluyeron la modificación de un esquema de pensiones para servidores públicos sin fondos de capitalización o prepago a un esquema de pensiones contributivo con fondos de prepago total.

Dado que se requerían comparaciones válidas entre los gastos antes y después de la reforma, las cuentas de salud incluyen en los gastos corrientes de salud una estimación de los beneficios implícitos de pensiones que reciben cada año los servidores públicos.

¿Beneficios de seguros o primas de seguro?

10.18. De hecho, tanto los beneficios de seguros como las primas de seguros se usan en las cuentas. La cifra de los beneficios se usa para estimar el gasto individual total en salud, y la de las primas (junto con cualquier subsidio) se usa para calcular el gasto nacional en salud. La diferencia entre primas y beneficios, que se denomina costo neto de aseguramiento de la salud, se clasifica entre las funciones administrativas. Si esta cifra fuera negativa, debería establecerse una fuente de financiamiento en FS.2.4.2 con el fin de canalizar los fondos de las ganancias retenidas hacia las operaciones corrientes. Sin embargo, las entidades no pueden financiar las pérdidas con las ganancias retenidas por mucho tiempo sin caer en la insolvencia, por lo que es prudente verificar la existencia de subsidios del gobierno o de fuentes externas como una forma de ingreso de las compañías de seguros.

Complementos o subsidios gubernamentales (o de otra entidad) de las primas de seguros sociales privados o de seguros voluntarios

10.19. Si un seguro social es realmente privado, esto es, no controlado por el gobierno, entonces el gobierno (u otra entidad) deberá mostrarse como una fuente de fondos para el seguro social en la medida en que exista un subsidio. Por supuesto, si el gobierno controla materialmente el seguro social, eso significa que el esquema no es realmente privado y debe tratarse como una entidad extrapresupuestaria. La suma total con la que el seguro social contribuye al gasto nacional en salud es el valor de las primas que cobra más los subsidios recibidos para complementar dichas primas.

Cuando sólo se conoce la cifra del beneficio (o sólo la cifra de la prima) del seguro

10.20. En el caso de que sólo se conozca la cifra del beneficio del seguro, será necesario estimar la cifra de la prima. Esto puede hacerse encontrando o estimando lo que se conoce como “proporción de pérdida”, que es la razón de los beneficios respecto de las primas, y dividiendo los beneficios agregados entre dicha razón. De manera alternativa, una estimación de los gastos administrativos totales (ya sea en unidades monetarias o como un porcentaje de los beneficios) podría añadirse a los beneficios totales. Estas estimaciones o cifras pueden derivar de la realización de consultas con personas conocedoras del área, de experiencias en países similares en términos de madurez de la industria de seguros, o de algún otro tipo de proceso (tal como el criterio profesional del equipo de CNS). Si sólo se conoce la cifra de la prima, los beneficios deberán estimarse mediante el proceso inverso al ya descrito.

Recuadro 10.3 Manejo de los préstamos en las cuentas de salud

Los préstamos incrementan los fondos disponibles para un proveedor o agente de financiamiento, pero no deben incluirse directamente en las cuentas de salud. Un ejemplo simple puede ayudar a mostrar el tratamiento adecuado que debe conferirse a estos montos.

Dado que los préstamos afectan los activos de una entidad, se requieren dos series de cuentas, a saber, las “cuentas corrientes”, que rastrean los ingresos y los gastos, y las “cuentas de capital”, que rastrean los activos y los pasivos. Los préstamos en sí afectan la cuenta de capital (o el balance general). Considérese una situación hipotética en la que se recibe un préstamo de 100 unidades de la moneda nacional (UMN) por parte de un agente de financiamiento no mercantil:

Cuenta de capital: hoja de balance al principio de año			
Activo		Pasivo	
Efectivo	5	Cuentas por pagar	0
		Capital contable	5
Total activo	5	Total pasivo	5

Cuenta corriente: operaciones durante el año			
Gastos		Ingresos	
Prestaciones	110	Primas	80
		Recursos propios	30
Total	110	Total	110

Recuadro 10.3 Manejo de los préstamos en las cuentas de salud

Cuenta de capital: hoja de balance al término del año			
Activo		Pasivo	
Efectivo disponible a principio de año	5	Cuentas por pagar	100
Efectivo recibido de operaciones	+80	Capital contable	-25
Efectivo recibido de préstamos	+100		
Efectivo desembolsado	-110		
Total activo	75	Total pasivo	75

En el curso del año, el nivel de efectivo del agente de financiamiento registró un incremento de 80 UMN en virtud del ingreso de primas y de 100 UMN derivadas de préstamos recibidos, y una disminución de 110 UMN a raíz de las prestaciones devengadas (para fines de simplificación, se parte del supuesto de que las primas se reciben y las prestaciones se pagan en el mismo año contable en que se ganan o se devengan). Sin embargo, lo que importa en las cuentas de salud no es el nivel de efectivo del agente de financiamiento, sino más bien el registro de gastos e ingresos de la cuenta corriente. Únicamente las 30 UMN inyectadas al sistema de salud, procedentes de los recursos propios del agente de financiamiento (una combinación de efectivo líquido y préstamos), se contabilizan en las cuentas de salud del año actual.

Contabilización del gasto efectuado por organizaciones externas

10.21. La provisión de asistencia externa a países de ingresos bajos y medios plantea problemas particulares para los analistas de las CNS. Por lo general, los gastos procedentes de organizaciones internacionales, tanto en efectivo como en especie, cuyo propósito primordial sea la producción de bienes y servicios de salud y relacionados con la salud, deberían contabilizarse como parte del gasto en salud del país receptor. En contraste, las actividades de estas organizaciones que tienen como propósito primordial el proporcionar apoyo a la organización externa para la planeación y administración de la asistencia misma no deberían contabilizarse como gasto en las CNS del país receptor. Por ejemplo, los costos asociados con el personal de la embajada que informa sobre las actividades de los programas al país donador deberían excluirse.

Préstamos efectuados a los agentes de financiamiento o reembolsados por dichas agencias

10.22. Desde un punto de vista conceptual, un préstamo efectuado a un agente de financiamiento no aparece en las CNS porque modifica la hoja de balance (activo y pasivo) de dicho agente. Lo que sí aparece en las cuentas de salud es el dinero que el agente de financiamiento libera en el sistema de atención de la salud. Dado que la mayoría de los préstamos se gastan tan pronto como se reciben, la distinción es pertinente más para fines de atribución de los fondos a una fuente de financiamiento que a nivel de gasto en salud (ver recuadro 10.3).

10.23. Los reembolsos de préstamos no aparecen en las cuentas de salud porque éstos, también, representan un cambio en los activos más que en el gasto corriente para la salud. En efecto, se trata de fondos que ya fueron registrados en las cuentas de salud cuando el préstamo obtenido se gastó.

Recuadro 10.4 Ejemplo de un cuadro ilustrativo para mostrar cambios en la deuda relacionada con el sistema de salud

Ilustración X. Cambios en la posición financiera de agentes de financiamiento			
	Total	Gobierno	Privados
Gasto nacional en salud total			
Menos: incremento neto en la deuda relacionada con la salud			
Nuevos préstamos para la salud			
De organizaciones/entidades externas			
Gobiernos			
Agencias de desarrollo			
ISFLSH *			
Otras			
De prestamistas internos			
OSFLSH *			
Otros			
Menos: reembolsos de préstamos			
A organizaciones/entidades externas			
Gobiernos			
Agencias de desarrollo			
OSFLSH *			
Otras			
A prestamistas internos			
OSFLSH*			
Otros			
Igual a: gasto procedente de recursos propios			
Menos: retiros sobre activos propios			
Igual a: gasto procedente del ingreso corriente			

*instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares

- 10.24.** Es adecuado incluir el pago de intereses sobre la deuda pendiente de pago como parte del gasto en salud, siempre y cuando la deuda se encuentre directamente relacionada con la actividad de salud del agente de financiamiento.
- 10.25.** La mayoría de los sistemas de contabilidad separan los préstamos y el pago de los préstamos de las demás transacciones, de forma que la instrumentación de este tratamiento en la práctica no es difícil. En sistemas en los que tal separación no se lleva a cabo, los contadores de la salud deberán mantenerse a la búsqueda de líneas presupuestarias por objeto que indiquen la inyección de nuevo capital, el pago de préstamos o el retiro de otra deuda de la contabilidad, y eliminar estas entradas del total del agente de financiamiento.
- 10.26.** Si desde una perspectiva de políticas resultara importante mostrar el efecto de los nuevos préstamos o del pago de préstamos en un agente de financiamiento determinado o en una clase de agentes de financiamiento, ello podría hacerse mediante un cuadro ilustrativo. El recuadro 10.4 muestra un ejemplo de este tipo de cuadro. Este cuadro ilustrativo puede mantener informados a los formuladores de políticas sin que ello demerite la presentación de la capacidad actual del sistema de proporcionar atención.

Recuadro 10.5

La cuenta T	
Gastos	Ingresos
Categoría 1	Ingreso tipo 1
Categoría 2	Ingreso tipo 2
Categoría 3	Ingreso tipo 3
etc.	etc.
Total de gastos	Total de ingresos

En una cuenta T, los gastos totales siempre equivalen a los ingresos totales. Para que esto ocurra se incluye un "registro para balance" en uno de los dos lados de la T. Por ejemplo, en las cuentas de proveedores, las "ganancias/pérdidas netas" se muestran en el lado izquierdo de la cuenta T para reflejar la diferencia entre los ingresos percibidos (o ganados) y los gastos pagados (o efectuados). En la contabilidad de la salud, especialmente en el caso de los agentes de financiamiento, el registro para balance con frecuencia aparece en el lado derecho, bajo el nombre de "recursos propios" o alguna expresión similar.

Uso de la cuenta T en la contabilidad de la salud

10.27. Es importante ser sistemático al registrar las cifras de los diversos agentes de financiamiento en el sistema de financiamiento de atención de la salud. Dada la enorme cantidad de cifras que debe ser revisada, es muy fácil perder la pista de una cifra particular o permitir que las cuentas se salgan de balance. Por esta razón, el uso de una herramienta simple en la contabilidad denominada cuenta T es de gran utilidad para la contabilidad de la salud. Ésta proporciona una estructura que no sólo estimula el razonamiento cuidadoso sobre las decisiones, sino que ayuda a mantener la igualdad de las sumas de filas y columnas de los cuadros que se vayan desarrollando.

10.28. La contabilidad en T tiene sus orígenes en la teneduría de libros contables y es una herramienta utilizada con frecuencia por los contadores del ingreso nacional. Se le denomina así porque la presentación tiene una letra T como su marco (ver recuadro 10.5). Los gastos se enumeran del lado izquierdo de la cuenta, y los ingresos, del lado derecho. La regla inviolable de la cuenta T es que la suma de los registros tanto en el lado izquierdo como en el derecho debe ser siempre igual, es decir, cada porción de ingreso debe traducirse en un gasto o retención correspondiente. Para fines de la contabilidad de la salud, lo opuesto es también válido, es decir, a cada porción de gasto en salud por parte de un agente de financiamiento debe corresponder un ingreso de alguna fuente.

10.29. No es necesario trabajar con el total del ingreso y los gastos de un agente de financiamiento para poder completar la cuenta T para las CNS. Todo lo que se necesita es identificar el flujo monetario de salida atribuible a la salud, e identificar entonces la fuente de dicho dinero. Por ejemplo, si el Ministerio de Educación gasta una fracción de su presupuesto en salud, sólo esta fracción aparecerá en el lado izquierdo de la T. Si la totalidad del gasto del Ministerio de Educación proviene de los ingresos generales, entonces la entrada en el lado derecho de la cuenta será un monto del ingreso general suficiente para cubrir el lado izquierdo. Por otro lado, si el Ministerio de Educación tiene una fuente específica de ingresos para la actividad de salud (digamos, una donación de una fuente externa o de una organización no gubernamental), entonces esa cantidad aparecerá sobre el lado derecho de la T junto con un monto de ingreso general para lograr el balance si ello fuera necesario. El uso de la cuenta T se mostrará en el ejemplo de Appia que se desarrolla a continuación.

Ilustración 10.1

Appia: cuenta T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Salud (HF.1.1.1.1) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Gasto bruto	33 478	Organizaciones externas	1 538
Menos gasto fuera del ámbito de la salud (7.02.00)	-1 600	Ingreso general para balance	30558
Más reingreso de suministros médicos (7.02.06)	218-1 382		
Total	32 096	Total	32 096

Fuente: Ministerio de Finanzas, Materiales sobre la Ejecución de los Presupuestos Federal y Consolidado.

Estimación de los montos de los agentes de financiamiento en Appia

10.30. Dado que el gasto de cada agente de financiamiento se asignará a fuentes particulares de fondos en la siguiente etapa del proceso de estimación, el equipo decide que preparará esta información al tiempo que prepara los totales correspondientes de los agentes de financiamiento, siempre y cuando al hacerlo así no se retrase seriamente su avance. Esto significa que el equipo debe crear una lista de ingresos que sirva de contraparte a la lista de gastos contabilizados como de salud, en el entendimiento de que esta lista tendrá un carácter de borrador y deberá revisarse a medida que el trabajo progrese. El equipo usa la cuenta T para este fin y registra las cifras en términos de unidades de la divisa nacional, esto es, la corona (₡).

10.31. Primero, el equipo obtiene las cuentas reales del Ministerio de Salud (reproducidas en la ilustración 10.1). Al revisar los registros del ministerio, el equipo concluye que todo lo que se gasta en el presupuesto del ministerio se refiere a cosas que caen dentro de la definición de salud, excepto en el caso de gran parte de la operación de orfanatos. Por esta razón, los montos presupuestales gastados en orfanatos (código 7.02.00 del Ministerio de Finanzas) se sustraen del total del Ministerio de Salud, a excepción del código 7.02.06 del Ministerio de Finanzas (ilustración 10.1). La mayoría de los programas del Ministerio de Salud se financian del ingreso general, pero el personal del ministerio informa también que el ministerio había establecido un acuerdo con una organización internacional para apoyar un programa particular de salud pública, para el que el recurso internacional había contribuido con dinero. Se asienta el monto correspondiente a los fondos externos, luego de lo cual se añaden suficientes fondos del ingreso general para equilibrar la cuenta del Ministerio de Salud. (Más adelante, el equipo descubrirá que se requieren todavía diversos refinamientos a este borrador inicial.)

10.32. De manera similar, el equipo consigue el acceso a las cuentas de los ministerios de educación y de defensa (ilustración 10.2; para fines de brevedad, no se reproducen aquí los informes presupuestales completos). El equipo identifica un gasto del Ministerio de Educación en investigación médica y en la operación de una escuela de enfermería. Los registros del Ministerio de Defensa muestran un gasto en hospitales y clínicas del ministerio para el personal militar, así como la construcción en marcha de una nueva clínica.

Ilustración 10.2 Appia: cuentas T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa (HF.1.1.1.2, HF.1.1.1.3)

(a) Appia: cuenta T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Educación (HF.1.1.1.2) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Centro de investigación	286	Ingresos generales	329
Escuela de enfermería	43		
Total	329	Total	329

(b) Appia: cuenta T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Defensa (HF.1.1.1.3) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Hospitales	116	Ingresos generales	635
Policlínicas	519		
Operación corriente 506			
Gasto de capital 13			
Total	635	Total	635

Fuente: Ministerio de Finanzas, Materiales sobre la Ejecución de los Presupuestos Federal y Consolidado.

10.33. El Ministerio de Finanzas proporciona también al equipo una compilación de los ingresos y gastos gubernamentales regionales, de la cual se extraen las cifras del gasto en salud (ilustración 10.3). El Ministerio de Salud había proporcionado a los gobiernos regionales fondos tomados del presupuesto central en forma de donaciones. Los gobiernos regionales recibieron también pagos por el uso de sus hospitales y policlínicas, si bien dichos ingresos no se identifican en los documentos del Ministerio de Finanzas, y usaron una parte de sus propios ingresos fiscales para financiar atención de la salud. Al igual que con la cuenta del Ministerio de Salud, los ingresos explícitos se asientan y a la cuenta se abona un ingreso local suficiente para equilibrarla. El equipo no está interesado por el momento en conocer el origen del ingreso local; podría ser de impuestos generales, de un impuesto especial, o incluso de un préstamo; eso podrá discernirse más adelante.

Ilustración 10.3

Appia: gasto en salud del gobierno regional (HF.1.1.2) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Hospitales	19 712	Donaciones del Ministerio de Salud	986
Policlínicas	521	Otros ingresos	20 029
Salud pública	726		
Administración	56		
Total	21 015	Total	21 015

10.34. Los colegas de la Agencia Nacional de Seguros proporcionan el informe anual de su agencia, y el equipo de CNS registra el ingreso total que se asienta en éste (ilustración10.4).

Ilustración 10.4

Appia: Ingreso y gasto consolidados de la Agencia Nacional de Seguros (HF.1.2) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Prestaciones	54 319	Impuestos	59 165
Costos administrativos	6 518	Transferencias	1 106
		Intereses	566
Total	60 837	Total	60 837

10.35. Se efectúan algunas llamadas telefónicas a otras dos entidades que se sabe participan en el financiamiento de la atención de la salud. La compañía eléctrica nacional, AZap, informa sobre un gasto de ₡1905 millones en atención de la salud (ilustración10.5). El Fondo de Salud para Empleados del Gobierno de Appia proporciona una declaración anual (ilustración10.6).

Ilustración 10.5

Appia: gasto en salud de la compañía nacional de electricidad (AZap) (HF.2.1.1) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Desembolsos	1 905	Recursos internos	1 905
Total assets	1 905	Total	1 905

Ilustración 10.6

Appia: Fondo de Salud de los Empleados de Gobierno (HF.2.1.1) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Prestaciones	511	Pago de primas del Ministerio de Finanzas	563
Hospitales	109		
Policlínicas	402		
Administración	52		
Total	563	Total	563

10.36. Se revisan los resultados de las encuestas a organizaciones externas, aseguradoras, empleadores y organizaciones no gubernamentales, todas realizadas como parte del proceso de CNS, así como los resultados de la encuesta sobre el gasto de hogares, y se procede a registrar las cifras correspondientes a cada uno de estos agentes de financiamiento (ver ilustraciones 9.1 al 9.5 en las páginas 130-137). El equipo decide establecer rangos de gasto posible, de forma que se refleje la incertidumbre en torno al trabajo de las encuestas. La encuesta a la industria privada de seguros resultó ser un censo - el fenómeno es lo suficientemente reciente por lo que sólo un puñado de compañías participó en el negocio en 2002, proporcionando seguros de gastos médicos en Appia tanto grupales como individuales/familiares -. El equipo clasifica el negocio de los seguros grupales como seguro social (HF.2.1.2), en virtud de las contribuciones del empleador y de su limitación a empleados y sus dependientes. El negocio de los seguros familiares/individuales se clasifica como seguros médicos voluntarios (y otros tipos privados) (HF.2.2). El monto que se registra para cada una de estas líneas de negocio equivale a las primas totales, ya que este es el monto que estos agentes de financiamiento gastaron en atención de la salud (incluyendo la administración de los esquemas).

10.37. En la encuesta a empresas, los empleadores informaron haber gastado en primas tanto para ellos como para sus empleados dentro de un esquema de seguro social. Sin embargo, dado que la compañía del seguro social es el agente de financiamiento, no la empresa, el equipo deja dichos números aparte cuando suma las cifras del empleador como agente de financiamiento (ilustración 10.8); esas cifras se usarán más adelante cuando se integren el cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (cuadro de FSxFA).

Ilustración 10.8

Appia: hoja de cálculo de los empleadores/empresas privadas (HF.2.5.2)			
Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Primas —	—2 070—	Recursos propios	3 024
Gastos directos	3 024		
Total (estimador puntual)	3 024	Total	3 024
Intervalo de confianza de 95%: 2 873 - 3 175			

10.38. De manera similar, al trabajar con la encuesta de hogares, el equipo reconoce que los hogares efectúan pagos directos a la Agencia Nacional de Seguros y para primas de seguros privados en su carácter de fuentes de financiamiento, más que de agentes de financiamiento. Así, estas cifras se dejan aparte por el momento y sólo se incluyen los pagos directos para atención en la entrada correspondiente a HF.2.3 (ilustración 10.9).

Ilustración 10.9

Appia: hoja de cálculo de los hogares (HF.2.3)			
Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Pagos a la ANS —	—11 626—	Recursos propios	86 413
Pagos a empresas de seguros médicos privados	—4 400—		
Co-pagos en hospitales	13 643		
Co-pagos en policlínicas	11 965		
Compra de medicamentos de prescripción	41 042		
Pagos a otros profesionales de la salud	19 763		
Total (estimador puntual)	86 413	Total	86 413
Intervalo de confianza: 82 092 – 90 734			

10.39. El censo de la actividad de las agencias de financiamiento externo en Appia reveló la existencia de cuatro programas. Sin embargo, dos de ellos parecen adoptar la forma de una transferencia a otras entidades (el programa bilateral de planificación familiar y el programa para combatir el tabaquismo), por lo que el equipo no contabiliza estos gastos al calcular el total del agente de financiamiento (ilustración 10.10).

10.40. El resultado de este primer paso en el proceso de estimación es una lista de agentes de financiamiento con cifras provisionales de su gasto (ilustración 10.11). Dicha lista y sus cifras deberán refinarse más adelante, proceso que se describe en el capítulo 12.

Ilustración 10.10

Appia: hoja de cálculo de las organizaciones externas (HF.3) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gastos		Ingresos	
Planificación familiar bilateral	1 538	Recursos propios	2 252
Programa de detección	1 653		
Actividades anti-tabaquismo	300		
Médicos sin Fronteras	599		
Total	2 252	Total	2 252

Ilustración 10.11

Cuentas nacionales de salud de Appia: lista provisional de agentes de financiamiento y montos gastados Año calendario 2002 (millones de coronas)

Código SCS (SHA por siglas en inglés)	Entidad	Monto
HF.1.1.1.1	Ministerio de Salud	32 096
HF.1.1.1.2	Ministerio de Educación	329
HF.1.1.1.3	Ministerio de Defensa	635
HF.1.1.2	Gobierno regional	21 015
HF.1.2	Agencia Nacional de Seguros	60 837
HF.2.1.1	Programa de Seguro de Salud para Empleados del Gobierno	563
HF.2.1.2	Seguros sociales privados	2 130
HF.2.2	Seguros individuales	3 280
HF.2.3	Hogares	82 092 – 90 734
HF.2.4	Organizaciones no gubernamentales	2 888
HF.2.5.1	Empresas privadas	2 873 – 3 175
HF.2.5.2	Compañía nacional de electricidad (AZap)	1 905
HF.3	Organizaciones externas	2 252

Ilustración 10.7 Appia: gasto en atención de la salud del Ministerio de Salud por tipo de gasto(código presupuestal 7.xx.xx)

Código	Tipo de gasto	Coronas	Código	Tipo de gasto	Código	Código	Tipo de gasto	Código
7.00.00	TOTALES DEL MINISTERIO	33 478	7.03.00	REGULACIÓN DE LAS INDUSTRIAS FARMACÉUTICA y de DISPOSITIVOS MEDICOS	439	7.07.00	ATENCIÓN HOSPITALARIA EN OTRAS INSTALACIONES	5 299
7.00.01	Fondo de salarios	6 166	7.03.01	Fondo de salarios	251	7.07.11	Otros gastos	5 299
7.00.02	Otros conceptos añadidos a salarios	1 953	7.03.02	Otros conceptos añadidos a salarios	63			
7.00.03	Gastos de personal de oficina	2 526	7.03.03	Gastos de personal de oficina	125	7.08.00	ATENCIÓN EN POLICLINICAS Y UNIDADES AMBULATORIAS	6 473
7.00.04	Viáticos y gastos oficiales	1 194	7.03.04	Viáticos y gastos oficiales	0	7.08.11	Otros gastos	6 473
7.00.05	Gastos de alimentación	835	7.03.05	Gastos de alimentación	0			
7.00.06	Adquisición de productos farmacéuticos	1 700	7.03.06	Adquisición de productos farmacéuticos	0	7.10.00	ASISTENCIA DE AUTORIDADES REGIONALES	986
7.00.07	Adquisición de equipo y mobiliario	1 375	7.03.07	Adquisición de equipo y mobiliario	0	7.10.11	Otros gastos	986
7.00.08	Adquisición de blancos y uniformes	40	7.03.08	Adquisición de blancos y uniformes	0			
7.00.09	Inversión de capital	804	7.03.09	Inversión de capital	0	7.11.00	ASISTENCIA DE LA AGENCIA NACIONAL DE SEGUROS	1 106
7.00.10	Mantenimiento	549	7.03.10	Mantenimiento	0	7.11.11	Otros gastos	1 106
7.00.11	Otros gastos	16 336	7.03.11	Otros gastos	0			
7.01.00	OPERACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO	9 387	7.04.00	ACTIVIDADES CONTRA EPIDEMIAS	3 338			
7.01.01	Fondo de salarios	1 963	7.04.01	Fondo de salarios	1 001			
7.01.02	Otros conceptos añadidos a salarios	818	7.04.02	Otros conceptos añadidos a salarios	334			
7.01.03	Gastos de personal de oficina	1 227	7.04.03	Gastos de personal de oficina	334			
7.01.04	Viáticos y gastos oficiales	41	7.04.04	Viáticos y gastos oficiales	835			
7.01.05	Gastos de alimentación	573	7.04.05	Gastos de alimentación	0			
7.01.06	Adquisición de productos farmacéuticos	981	7.04.06	Adquisición de productos farmacéuticos	501			
7.01.07	Adquisición de equipo y mobiliario	900	7.04.07	Adquisición de equipo y mobiliario	0			
7.01.08	Adquisición de blancos y uniformes	40	7.04.08	Adquisición de blancos y uniformes	0			
7.01.09	Inversión de capital	717	7.04.09	Inversión de capital	0			
7.01.10	Mantenimiento	491	7.04.10	Mantenimiento	0			
7.01.11	Otros gastos	1 636	7.04.11	Otros gastos	333			
7.02.00	OPERACIÓN DE LOS ORFANATOS DEL MINISTERIO	1 600	7.06.00	DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD	1 924	7.12.00	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA CENTRAL DE CON TABILIDAD	2 926
7.02.01	Fondo de salarios	364	7.06.01	Fondo de salarios	1 490	7.12.01	Fondo de salarios	1 097
7.02.02	Otros conceptos añadidos a salarios	73	7.06.02	Otros conceptos añadidos a salarios	299	7.12.02	Otros conceptos añadidos a salarios	366
7.02.03	Gastos de personal de oficina	291	7.06.03	Gastos de personal de oficina	0	7.12.03	Gastos de personal de oficina	549
7.02.04	Viáticos y gastos oficiales	0	7.06.04	Viáticos y gastos oficiales	135	7.12.04	Viáticos y gastos oficiales	183
7.02.05	Gastos de alimentación	262	7.06.05	Gastos de alimentación	0	7.12.05	Gastos de alimentación	0
7.02.06	Adquisición de productos farmacéuticos	218	7.06.06	Adquisición de productos farmacéuticos	0	7.12.06	Adquisición de productos farmacéuticos	0
7.02.07	Adquisición de equipo y mobiliario	73	7.06.07	Adquisición de equipo y mobiliario	0	7.12.07	Adquisición de equipo y mobiliario	402
7.02.08	Adquisición de blancos y uniformes	0	7.06.08	Adquisición de blancos y uniformes	0	7.12.08	Adquisición de blancos y uniformes	0
7.02.09	Inversión de capital	87	7.06.09	Inversión de capital	0	7.12.09	Inversión de capital	0
7.02.10	Mantenimiento	58	7.06.10	Mantenimiento	0	7.12.10	Mantenimiento	0
7.02.11	Otros gastos	174	7.06.11	Otros gastos	0	7.12.11	Otros gastos	329

Fuente: Ministerio de Finanzas, Materiales sobre la Ejecución de los Presupuestos Federal y Consolidado.

Capítulo 11

Estimación del cuadro de fuentes de
financiamiento por agentes de
financiamiento

11.01. Con la lista tentativa de los agentes de financiamiento a la mano (capítulo 9) y una primera aproximación de sus fondos (capítulo 10), el siguiente paso será la creación de un cuadro en el que se refinan las estimaciones para estos agentes de financiamiento y se vinculen con otra dimensión de las cuentas de salud. En la práctica, la mayoría de los países han encontrado de utilidad el establecimiento de un vínculo ya sea con la dimensión de los proveedores o con la de las fuentes de financiamiento. Cada opción tiene sus fortalezas y sus debilidades, y la elección en un momento dado deberá favorecer la dimensión en la que los datos parecen ser más robustos. Esta Guía muestra primero cómo proceder para estimar el cuadro de las fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA).

11.02. El cuadro 4.5 muestra las categorías amplias analizadas en el capítulo. Podría argumentarse que, en último caso, son los hogares los que soportan el costo total de la atención de la salud financiada por las empresas o el gobierno, ya sea a través de precios más altos, salarios más bajos o mayores impuestos. Por muy aceptable que esto sea desde un punto de vista teórico, en la práctica dicha asignación contribuye muy poco en términos de información valiosa para las políticas. Por esa razón, la clasificación de las fuentes de las cuentas nacionales de salud (CNS) muestra lo siguiente: ingresos que el gobierno genera por medio de la recolección de impuestos, pagos efectuados por empleadores paraestatales y privados en términos de primas y pagos directos para atención de la salud, pagos de los hogares de primas y para la compra directa de atención de la salud, donaciones, préstamos y operaciones directas de organizaciones no gubernamentales y organizaciones del resto del mundo, y otras fuentes de financiamiento ajenas al sistema total de salud.

Evaluación de las fuentes de financiamiento de cada agente de financiamiento

11.03. Será necesario desarrollar una lista para cada agente de financiamiento en la que se muestre de dónde procedieron los fondos gastados. En ocasiones esto es sencillo; por ejemplo, los programas que son financiados exclusivamente con los ingresos fiscales generales sólo tienen una fuente. Otras veces, esto es tautológico; por ejemplo, los pagos directos de los hogares para la salud (HF2.3) provienen, por definición, del ingreso de los hogares, y el gasto de las empresas (HF2.5) procede de las empresas mismas. Más frecuentemente, los agentes de financiamiento tienen múltiples fuentes de financiamiento. Por ejemplo, los seguros sociales privados (HF2.1) pueden recibir ingresos por concepto de primas procedentes de los empleadores y los hogares; las administraciones de seguridad social (HF1.2) pueden recibir pagos de las empresas por concepto de impuestos a la nómina, pagos de hogares por impuestos a la nómina o primas e ingresos generales procedentes de la tesorería.

11.04. En la medida en que se haya hecho uso de la contabilidad en T para desarrollar las estimaciones del gasto de los agentes de financiamiento, en esa medida se habrá desarrollado ya gran parte del trabajo de clasificar las fuentes de financiamiento. Pero ésta representa una oportunidad para revisar cada entrada en la cuenta T, ya que puede ocurrir que parte del dinero atribuido a un agente de financiamiento particular deba clasificarse en realidad como una transferencia a alguna otra entidad. Es importante que se corrijan estos errores de clasificación, pues de otra manera dichos fondos se contabilizarán dos veces, destruyendo con ello la integridad de las cuentas. (Un ejemplo de este tipo de corrección se muestra en el ejemplo de Appia en el presente capítulo.)

11.05. Existen con frecuencia múltiples capas a través de las cuales viajan los fondos desde su fuente hasta el agente de financiamiento final. La tarea a la que se enfrenta el contador de la salud es la de trazar un recorrido retrospectivo de los fondos hasta identificar su fuente original, ya sea que ésta consista en ingresos generales del gobierno, empleadores o empresas, empleados u hogares, organizaciones no gubernamentales o fondos del exterior del país (i.e., organizaciones externas).

Suma de las fuentes de financiamiento y verificación de si resultan razonables

11.06. Una vez que los fondos de los agentes de financiamiento hayan sido descompuestos según sus fuentes originales, se construirá un cuadro en el que se asentarán las cifras. Este tipo de cuadro se analizó en el capítulo 5 y su versión de trabajo tendrá un aspecto similar al que se muestra en el cuadro 11.1. Es probable que este cuadro contenga un mayor nivel de detalle del que se publicará; ello con el fin de llevar a cabo verificaciones cruzadas y de facilitar su réplica. Las celdas del cuadro se sumarán para encontrar una suma provisional del gasto total de cada columna.

Cuadro 11.1 Cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento - FSxFA (plantilla de trabajo)

Agentes de financiamiento (FA)	Fuentes de financiamiento (FS)			
	FS 1	FS 2	etc.	Total
FA 1				
FA 2				
etc.				
Suma provisional				
Total estimado				

11.07. Este cuadro facilita algunas verificaciones sobre si las cifras resultan razonables. La última fila (que proporciona el total estimado) contiene una cifra para toda fuente de financiamiento para la que existe una fuente independiente de información. Por ejemplo, las organizaciones externas pueden tener sus propios informes anuales sobre cuánto donan o gastan. Dicha fuente independiente de información no es frecuente, por lo que muchas de las celdas en esta fila quedarán vacías. Si existiera una cifra independiente, esa cifra se compararía entonces con la suma provisional. Si estas dos cantidades no fueran próximas, ello significaría que las fuentes de datos utilizadas, así como la manipulación de sus datos, deberán examinarse de nuevo. Aun cuando estas dos cantidades resulten cercanas, se requerirán algunos pasos adicionales.

11.08. A continuación, los registros de celdas para los que existe más de una fuente de datos deberán examinarse. Por ejemplo, ¿son consistentes los pagos de impuestos a la nómina de las empresas para el seguro social con los recibos registrados por la organización del seguro social? ¿Concuerdan los registros de las organizaciones externas y los registros gubernamentales sobre el nivel de asistencia externa utilizada para la atención de la salud? Muy raras veces las cifras concordarán con exactitud, pero la cercanía entre las cifras comparadas permite tener una mayor confianza sobre el monto que se ingresa; úsese la fuente que tenga una mayor probabilidad de ser más precisa. Cuando hay una discrepancia significativa entre las cifras, entonces se requerirá una mayor revisión (ver recuadro 11.1). ¿Hay diferencias definicionales en las cifras? ¿Diferencias de fechas? ¿Diferencias de efectivo versus recursos consumidos? ¿Alguna de las cifras es muy tentativa, mientras que la otra lo es menos? De nuevo, habrá que usar la cifra en la que se tenga una mayor confianza; si ninguna es particularmente confiable, la dispersión de las estimaciones deberá conservarse por el momento.

11.09. Una vez que se ha llevado a cabo una primera pasada por todas las celdas, los totales de las filas y las columnas (o "márgenes") deberán examinarse. ¿Acaso los tamaños relativos de las cifras tienen sentido? Aun así, ello no sería suficiente razón para asegurar que sean correctas, como tampoco podrá asegurarse que sean incorrectas por el hecho de que resulten sorprendentes. Los márgenes pueden usarse también para revalorar los registros de las celdas. Contar con un cierto conocimiento sobre el tamaño relativo de las fuentes de financiamiento en su conjunto puede ayudar a resolver aquellas celdas que muestran estimaciones contradictorias.

Recuadro 11.1
¿Qué tanto es “un monto significativo” en una diferencia?

La contabilidad de la salud tiene tanto de arte como de ciencia, por lo que no es posible dar una respuesta concreta a la pregunta de “qué se considera una diferencia significativa”. El nivel aceptable de una diferencia depende por un lado del tipo de datos que se manejan y, por el otro, del tamaño de la estimación total.

Por ejemplo, cuando se procesan datos confiables del gasto, auditados de acuerdo con las normas estrictas de la contabilidad pública, habrá que revisar con cuidado cualquier diferencia y buscar errores en el asiento de datos. Por otro lado, se puede adoptar una actitud más tolerante cuando se manejan datos estimados. Por ejemplo, podrían aceptarse discrepancias hasta de un 50% cuando se procesan estimaciones de los proveedores tradicionales, si bien este criterio debe tomar en cuenta el siguiente comentario.

Cualquiera que sea el tipo de datos, el otro aspecto importante que debe considerarse es el tamaño de la estimación en sí. Por ejemplo, una discrepancia del 15% en una celda que equivalga a la mitad del gasto total es más grave que una discrepancia del 100% en una celda si ésta representa tan solo el 3% del total. Como regla general, una discrepancia entre dos estimaciones que equivalga al 2% del total del gasto nacional en salud debe ser motivo de preocupación.

Asimismo, a medida que se adquiera una mayor experiencia en el manejo de fuentes de datos y en el trabajo de las cuentas de salud, los contadores de la salud irán desarrollando un sentido intuitivo sobre la importancia que pueda o no tener una discrepancia.

11.10. Por último, esta fase de verificación es una oportunidad para asegurarse de que todos los agentes de financiamiento potenciales han sido identificados. Por ejemplo, ¿hay algún caso en que los registros de una organización externa muestren fondos transferidos a una entidad omitida en la lista inicial de agentes de financiamiento? Si así fuera, será necesario revisar la lista para incluir a los nuevos agentes de financiamiento, para luego repetir los pasos examinados arriba. O quizá la organización externa haga referencia a una donación otorgada a un agente de financiamiento identificado que no informó haber recibido dicha donación. Si así fuera, los registros en T correspondientes a ese agente de financiamiento deberán ajustarse para reflejar este informe adicional. La cifra del gasto total puede modificarse, o quizá sólo se modifiquen los tamaños relativos de los fondos de las organizaciones externas y los recursos propios; todo esto dependerá de la naturaleza de la omisión. (Por supuesto, también es prudente verificar si la organización externa informó correctamente, ya que en ocasiones los informes sobre donaciones presentan el error de informar sobre un monto durante múltiples años, como por ejemplo, una donación otorgada en el curso de 3 años se notifica en su totalidad en cada uno de esos tres años.)

11.11. Estos pasos están diseñados para suscitar información adicional que pueda sugerir la necesidad de revisar las mediciones iniciales de los gastos de cada agente de financiamiento. Como siempre, tal información debe incorporarse mediante las revisiones adecuadas, de forma que las cuentas finales representen toda la información disponible. Por ejemplo, los datos pueden indicar que los montos proporcionados por todas las fuentes de financiamiento son mayores que los montos inicialmente calculados como recibidos o generados a partir de sus propios recursos. Dado que la suma de los márgenes de las filas siempre debe ser igual a la suma de los márgenes de las columnas en el cuadro, se requieren revisiones, ya sea de las mediciones iniciales o de los nuevos datos, con el fin de equilibrar los cuadros; asimismo, dichas revisiones deberán tomar en cuenta las posibles causas de la discrepancia y en qué medida la ocasionan.

11.12. Este tipo de análisis demuestra por qué es importante mantener a cada agente de financiamiento por separado en la medida de lo posible. El nivel de desagregación debe determinarse en función de la “granularidad” (nivel de detalle) de los datos “brutos”.

Aspectos relacionados con las fuentes de financiamiento

11.13. Hay algunos aspectos relacionados con la identificación y clasificación de los fondos que requieren una cierta elaboración.

Impuestos etiquetados, tales como en el caso de la seguridad social

11.14. En las CNS, los impuestos que se encuentran etiquetados para la seguridad social se asignan a los grupos fuente que los pagaron. Los empleadores son la fuente de los impuestos que ellos pagan, mientras que los hogares son la fuente de los impuestos que pagan los empleados. El motivo de este tratamiento radica en que tales impuestos son en esencia una forma de primas, y deben recibir el mismo tratamiento que las primas pagadas a los seguros sociales privados o a los seguros médicos voluntarios. Los impuestos usados para apoyar otros programas gubernamentales de atención de la salud se contabilizan como ingresos generales, los cuales se atribuyen al gobierno con carácter de fuente (ver párrafos 4.23 a 4.25).

Financiamiento procedente de loterías específicas para la salud

11.15. En algunos países, diversos programas gubernamentales o actividades de organizaciones no gubernamentales son parcialmente financiados con loterías explícitamente instrumentadas para generar fondos para la atención de la salud. Sin embargo, dado que los jugadores de lotería no están obligados a participar, y que lo hacen con la intención de ganar dinero más que de financiar la atención de la salud, lo adecuado es conferir a los ingresos por lotería un tratamiento como si fueran ingresos generales. Esto es, el programa destinatario o la organización no gubernamental es considerada el agente de financiamiento, mientras que al gobierno se le adjudica un carácter de fuente de financiamiento (ver párrafos 4.23 al 4.25). Si dichas loterías tuvieran un valor de política especial, entonces se les podría asignar un código único de subcategoría dentro de la categoría de FS.1.1.

Tratamiento de los impuestos especiales

11.16. Si un impuesto especial (tal como el impuesto a una transacción) se etiqueta para propósitos de atención de la salud, aun cuando se grave sobre actividades ajenas a la salud tales como las transacciones bancarias, éste debe recibir un tratamiento como si fuera un ingreso general, ya que funciona esencialmente como los ingresos por impuestos generales. Así, el programa gubernamental destinatario es tratado como un agente de financiamiento, y el gobierno como fuente de financiamiento (ver párrafos 4.23 al 4.25). Tal como ocurre con las loterías, si dicho impuesto especial tiene un valor de política particular, entonces puede asignársele una subcategoría dentro de FS.1.1.

Fondos transferidos de los gobiernos centrales a los regionales

11.17. La distinción entre fuente de financiamiento y agente de financiamiento es que esta última controla el uso de los fondos. Cuando una donación para asistencia se usa como una transferencia fiscal no específica de la unidad gubernamental A a la unidad gubernamental B, la unidad A deberá considerarse la fuente y la unidad B, el agente de financiamiento para efectos de las cuentas de salud. Así, si el gobierno regional tiene la facultad discrecional de dividir el dinero entre varias funciones (incluyendo la de salud), entonces el gobierno regional será el agente de financiamiento y el gobierno central, la fuente de financiamiento.

11.18. En teoría, si la unidad A transfiere fondos a la unidad B específicamente como una donación para asistencia o como un reembolso para un programa de salud identificado de manera explícita, la unidad A será el agente de financiamiento y el gasto no deberá contabilizarse junto con otros de la unidad B, que en este caso está actuando como un mero intermediario. Por ejemplo, si el gobierno central proporciona dinero al gobierno regional, específicamente para la compra de productos farmacéuticos para hospitales, entonces el gobierno central será el agente de financiamiento, no el regional. En términos prácticos, sin embargo, los fondos suelen repartirse dentro de un presupuesto, por lo que el suministro de fondos de la unidad A a la unidad B para un fin específico puede no dar por resultado un incremento equivalente en los gastos relacionados con ese fin. Por lo tanto, si existe duda, la unidad A deberá tratarse como la fuente y la unidad B como el agente de financiamiento, ya sea que los fondos tengan un destino específico o no, y podrá prepararse un cuadro complementario para mostrar estos vínculos en el financiamiento entre distintos niveles gubernamentales si se desea contar con esa información.

Cálculo del cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento en Appia

11.19. Una vez que se ha completado la lista preliminar de agentes de financiamiento (ver ilustración 10.11), el equipo de CNS de Appia se prepara ahora para desagregar el gasto de cada uno de ellos. El equipo asigna un código a cada fuente de financiamiento, consistente con el esquema descrito en el capítulo 4. Las cifras del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa (ver ilustración 10.2 en la página 148) parecen directas, ya que sus fondos han sido identificados como procedentes de los ingresos generales. Por lo tanto, sólo habrá que insertar esos registros en el cuadro de las fuentes de financiamiento por los agentes de financiamiento (FSxFA).

11.20. A primera vista, las cifras del Ministerio de Salud parecen ser igualmente sencillas. Hasta este punto del proceso, los ingresos generales y los fondos de agencias de financiamiento externo han sido identificados como la fuente de los fondos del Ministerio de Salud. Sin embargo, no todo el gasto del Ministerio de Salud se traduce en una actividad como agente de financiamiento; el ministerio tiene dos registros de donaciones en sus libros, una para el gobierno regional y la otra para la Agencia Nacional de Seguros. Las reglas de las CNS establecen que, en este tipo de transferencia de fines generales, que tienen los códigos 7.10.00 y 7.11.00 del Ministerio de Finanzas, el gobierno regional o la Agencia Nacional de Seguros deberían ser el agente de financiamiento y el Ministerio de Salud, la fuente (ver párrafo 11.17). De acuerdo con ello, el equipo revisa la cifra de la cuenta T correspondiente al total del Ministerio de Salud (ilustración 11.1) y a su financiamiento procedente de los ingresos generales (FS.1.1.1 HF.1.1.1.1) y registra dichas donaciones en las celdas correspondientes al gobierno regional y la Agencia Nacional de Seguros (FS.1.1.1 HF.1.1.2 y FS.1.1.1 HF.1.2). Los resultados de ello se muestran en la ilustración 11.2.

Ilustración 11.1

Appia: cuenta T del gasto en salud consolidado del Ministerio de Salud (HF.1.1.1.1) (Revisado)			
Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Gasto bruto	33 478	Organizaciones externas	1 538
Menos gasto fuera del ámbito de la salud (7.02.00)	-1 600		
Más reingreso de suministros médicos (7.02.06)	218	Ingreso general para balance	28 466
Menos transferencias (7.10.00)	-986		
Menos transferencias (7.11.00)	-1 106		
Total	30 004	Total	30 004

Fuente: Ministerio de Finanzas, Materiales sobre la Ejecución de los Presupuestos Federal y Consolidado.

Ilustración 11.2

Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA)
(En preparación, 1)
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)		
	FS.1.1.1	FS.3	Total
	Gobierno central	Fondos del resto del mundo	
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	28 466 30 558	1 538	30 004 32 096
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329		329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635		635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986		
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106		
Suma provisional			
Total estimado			

11.21. A continuación, el equipo revisa la cuenta del gobierno regional (ver ilustración 10.3, página 149). Al ingresar esa fila en el cuadro, el equipo se da cuenta de que el monto de los fondos de la administración central hacia las arcas regionales es mayor que la sola donación del Ministerio de Salud. Este último reembolsa a los hospitales y las policlínicas regionales por los servicios proporcionados a las personas desempleadas (códigos 7.07.00 y 7.08.00 del presupuesto del Ministerio de Finanzas). Estos fondos parecen haberse contabilizado dos veces, una en el Ministerio de Salud y la otra en los gobiernos regionales, por lo que una de las dos series de registros debe eliminarse. A diferencia de las donaciones, el uso de estos fondos se encuentra bajo el control del Ministerio de Salud, por lo que lo adecuado es que este último se convierta aquí en el agente de financiamiento. Así, parece claro que este dinero debe deducirse del total del gobierno regional asentado en los registros en T, a fin de eliminar la doble contabilidad. Sin embargo, en este proceso aparece una anomalía: la cifra del Ministerio de Finanzas correspondiente a los gastos de las policlínicas regionales (¢521 millones) es menor que el monto que ha reembolsado el Ministerio de Salud por los servicios de las policlínicas (¢6473 millones). El equipo verifica con el personal del Ministerio de Finanzas y las autoridades regionales y descubre que aunque los reembolsos a los hospitales van a la tesorería regional, los reembolsos a las policlínicas se quedan en las unidades individuales; así, la cifra de ¢521 millones representa tan solo el subsidio del gobierno regional para estas unidades. Por lo tanto, el monto que realmente ha estado sujeto a una contabilidad doble es sólo de ¢5299, correspondientes al reembolso del Ministerio de Salud a hospitales. El equipo ajusta los registros en T para reflejar dichos pagos, tal como se muestra en la ilustración 11.3. En la ilustración 11.4, el nuevo registro para balance se añade en una nueva columna (FS.1.1.2 HF.1.1.2).

Ilustración 11.3

Appia: gasto en salud del gobierno regional (HF.1.1.2) (Revisado, 1) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Atención hospitalaria	19 712	Donaciones del Ministerio de Salud (7.10)	986
Menos pagos del Ministerio de Salud (7.07)	-5 299	Otros ingresos	14 730
Atención de policlínicas	521		
Salud pública	726		
Administración	56		
Total	15 716	Total	15 716

Fuente: Ministerio de Finanzas, Materiales sobre la Ejecución de los Presupuestos Federal y Consolidado.

Ilustración 11.4

Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA)
(En preparación, 2)

Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)			
	FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.3	Total
	Gobierno central	Gobiernos regionales	Fondos del resto del mundo	
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	28 466		1 538	30 004
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329			329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635			635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986	14 730		15 716
		20 029		21,015
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106			
Suma provisional				
Total estimado				

11.22. El equipo asienta entonces las cifras correspondientes a los diversos tipos de seguros de salud (ilustración 11.5, ver página 164). Al examinar el informe financiero proporcionado por la Agencia Nacional de Seguros (ver ilustración 10.4, página 149), se dan cuenta de que el total del ingreso que están usando incluye el ingreso por intereses. Dado que este ingreso por intereses se usa para ayudar a pagar los beneficios y los gastos administrativos de la Agencia, resulta adecuado contabilizarlo en el gasto nacional de salud. Así es que el equipo abre una nueva fuente de financiamiento, denominada "otros" (FS.1.2), además de la de empleadores (FS.2.1) y la de hogares (FS.2.2). A fin de distribuir la asignación de los impuestos a la nómina entre empleadores y empleados, el equipo se basa en los estatutos de la Agencia Nacional de Seguros. Éstos especifican que los empleadores deben pagar tres cuartas partes de la prima y los empleados, una cuarta parte.

11.23. Las reglas que gobiernan el Fondo de Salud para Empleados Gubernamentales establecen que el Ministerio de Finanzas deberá recolectar una cuarta parte de las primas de los empleados, la cual deberá complementarse con las tres cuartas partes restantes que se tomarán del ingreso general y serán transferidas al Fondo (ver la ilustración 10.6 en la página 150). Dado que el Comité Directivo ha decidido apearse a la convención del SCN de tratar el plan de salud para empleados gubernamentales como seguro social privado, la contribución del gobierno se incluye en FS.2.1.

11.24. En el caso de las fuentes de financiamiento de las compañías de seguros privados, el equipo se basa en los resultados de la encuesta (ilustración 9.1). Desafortunadamente, las compañías de seguros no pueden distinguir entre el dinero procedente de empleadores (FS.2.1) y el dinero procedente de empleados (FS.2.2) en las pólizas grupales, por lo que, por el momento, no es posible establecer una división. Sin embargo, sí es posible asignar todas las primas individuales a los hogares (FS.2.2).

11.25. El equipo se topa con dificultades al asentar los datos de los hogares. Las cifras sobre las que informan las compañías de seguros no parecen corresponder a las que arroja la encuesta de hogares. Por el momento, el equipo asienta los resultados de la encuesta, dejando pendiente la conciliación de ambos informes para más adelante (ilustración 11.6, ver página 165).

11.26. La encuesta de organizaciones no gubernamentales muestra que ₡1653 millones procedieron de fondos de organizaciones (ver la ilustración 9.4 en la página 136) fuera de Appia (FS.3). Otros ₡1235 millones provinieron de la filantropía local, que se clasifica en FS.2.3. Se añade entonces una nueva fila y una nueva columna al cuadro de FSxFA (ilustración 11.7, ver página 166).

11.27. A continuación, el equipo pasa a las empresas (ver ilustración 9.2, página 132). Se asienta la cifra proporcionada por AZap, la compañía eléctrica nacional (FS.2.1 HF.2.5.1). La encuesta de empresas privadas proporciona una segunda estimación de las primas pagadas a los seguros privados, que se asienta en el cuadro. Asimismo, la encuesta de empleadores proporciona una estimación de la separación de dichas primas entre empleadores y empleados. Con base en la encuesta, una tercera parte de las primas de seguro estimadas se asienta como un financiamiento de seguros sociales privados por parte de los empleadores (FS.2.1 HF.2.1.2), mientras que dos terceras partes se asientan como primas de hogares (FS.2.2 HF.2.1.2). Ambas se añaden a la ilustración 11.7, junto con un registro que muestra el gasto de las empresas en sus propias instalaciones de salud (FS.2.1 HF.2.5.2).

11.28. En cuanto a las organizaciones externas (ver la ilustración 9.3 en la página 135), el proyecto operado por Médicos sin Fronteras (Doctors without Borders) es considerado como un gasto directo (FS.3 HF.3). Los otros proyectos implican una actividad de donación, por lo que no constituyen entradas de agentes de financiamiento en HF.3. No existe ninguna otra fuente que financie a las organizaciones externas que actúan como agentes de financiamiento, pero existe un total disponible en el censo correspondiente a estas organizaciones como fuentes de financiamiento, por lo que esa cifra se asienta en el margen de columna “estimado” en la ilustración 11.7.

11.29. Para iniciar el proceso de conciliación, se ingresa una suma provisional en cada fuente de financiamiento. La única estimación independiente del dinero con el que han contribuido las fuentes de financiamiento al sistema de atención de la salud de Appia es la que corresponde a los fondos del resto del mundo, por lo que, a excepción de esa celda, la línea estimada se deja en blanco.

11.30. Inmediatamente surge un conflicto entre la suma provisional para los fondos del resto del mundo (FS.3) y la cifra estimada. Al revisar las cifras en la ilustración 9.3, el equipo se da cuenta de que se había otorgado una donación al gobierno local para subsidiar un programa de salud local, misma que se pasó por alto en la consolidación presupuestal del Ministerio de Finanzas. El equipo verifica con las organizaciones externas y con los departamentos locales de salud para indagar si hay alguien que esté al tanto de dichas donaciones. No hay informes sobre otras donaciones, pero sí se descubre que el gobierno de la

Región Costera había informado sobre el gasto de los fondos, aunque nunca informó haberlos recibido. Así es que el equipo ajusta el monto correspondiente al ingreso fiscal del gobierno local que ya había asentado como un monto para balance (ilustración 11.8) y corrige los registros del cuadro FSxFA.

Ilustración 11.8

Appia: gasto en salud del gobierno regional (HF.1.1.2) (Revisado, 2) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Atención hospitalaria	19 712	Donaciones del Ministerio de Salud (7.10)	986
Menos pagos del Ministerio de Salud (7.07)	-5 299	Ayuda externa	300
Atención de policlínicas	521	Otros ingresos	14 430
Salud pública	726		
Administración	56		
Total	15 716	Total	15 716

Fuente: Ministerio de Finanzas, Materiales sobre la Ejecución de los Presupuestos Federal y Consolidado.

11.31. El equipo revisa las celdas que tienen más de una fuente de información. Las primas de los empleadores para las compañías de seguros privados se encuentran en ese caso. El equipo observa que las dos estimaciones no están muy alejadas entre sí, a saber, la encuesta de empleadores tiene una estimación puntual de ¢2070 millones y la encuesta de los seguros privados tiene una estimación puntual de ¢2130 millones para el total de HF.2.1.1. Dado que la tasa de respuestas en la encuesta de los seguros privados fue mayor, el equipo opta por usar la cifra de ¢2130 millones. Constata con satisfacción de que los ¢2130 millones caen dentro del intervalo de confianza de 95% de la encuesta de empleadores, esto es, la diferencia entre ambas no es estadísticamente significativa. El equipo usa la distribución de las primas entre empleadores y empleados, tomada de la encuesta de empresas, para asignar los ¢2130 millones entre las dos fuentes de financiamiento: una tercera parte va a los empleadores, mientras que las dos terceras partes restantes van a los hogares. Asimismo, dado que las dos cifras en el grupo de las primas de seguros grupales son tan cercanas, el equipo decide que la mejor estimación posible es probablemente la estimación puntual para el gasto directo de las empresas, por lo que usa esa cifra.

11.32. En el caso de los hogares como fuente de financiamiento, el equipo acuerda que el informe anual de la Agencia Nacional de Seguros y la encuesta de los seguros privados representan una mejor estimación de las primas pagadas por los hogares que la encuesta en sí de los hogares. Esta última arroja una cifra 20% inferior que la cifra sobre las primas de los hogares de la Agencia Nacional de Seguros, lo que era de esperarse, ya que dichas primas se deducen de las nóminas. Las cifras sobre primas de seguros privados son más cercanas, porque sólo una parte de esas primas se deduce del pago de sueldos: la cifra de la encuesta de los seguros de ¢3280 millones para primas individuales, más los ¢1420 millones estimados en el caso de pagos de los empleados para primas grupales suman ¢4700 millones, en comparación con los ¢4400 millones de la encuesta de hogares. Si el mismo subregistro aplica tanto a las primas grupales como a las primas de la Agencia Nacional de Seguros, entonces las dos cifras sobre primas individuales no serán tan lejanas. Así, el equipo considera, no obstante el uso de la cifra de los ¢4700 millones, que esta triangulación sugiere que no se deberían ajustar las demás estimaciones del gasto en la encuesta de hogares en función de un subregistro hipotético.

11.33. Una vez efectuados estos ajustes, el cuadro de FSxFA aparece ahora tal como se muestra en la ilustración 11.9 (ver página 167). La estimación total para los empleadores (¢50 435 millones) y para los hogares (¢106 045 millones) como fuentes de financiamiento es diferente de las cifras generadas por las encuestas respectivas, es decir, el equipo ha reemplazado las estimaciones más débiles por estimaciones más sólidas.

11.34. Con este cuadro provisional de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA), el equipo está listo para pasar a la siguiente etapa del proceso, a saber, la estimación del cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAXP). Este es el tema del siguiente capítulo.

Ilustración 11.5 Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 3)
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)						Total
	FS.1.1.1 Gobierno central	FS.1.1.2 Gobiernos regionales	FS.1.2 Otros fondos públicos	FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de hogares	FS.3 Fondos del resto del mundo	
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	28 466					1 538	30 004
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329						329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635						635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986	14 730					15 716
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106		566	44 374	14 791		60 837
HF.2.1.1 Seguro de salud de los empleados de gobierno				422	141		563
HF.2.1.2 Seguros sociales privados				2 130 (parcial)	2 130 (residuo)		2 130
HF.2.2 Seguros individuales privados					3 280		3 280
Suma provisional							
Total estimado							

Ilustración 11.6 Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 4)
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)						Total
	FS.1.1.1 Gobierno central	FS.1.1.1.1 Gobiernos regionales	FS.1.2 Otros fondos públicos	FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de hogares	FS.3 Fondos del resto del mundo	
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	28 466					1 538	30 004
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329						329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635						635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986	14 730					15 716
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106		566	44 374	14 791 o 11 626±		60 837?
HF. 2.1.1 Agencia Nacional de Seguros				422	141		563
HF.2.1.2 Seguro de salud de los empleados de gobierno				2 130 (parcial)	2,130 (residuo) o parcial 4 400±		2 130?
HF.2.2 Seguros sociales privados					3,280 o parcial 4 400±		3 280?
HF.2.3 Hogares					86 413±		86 413±
Suma provisional							
Total estimado							

Nota: el símbolo ± luego de un número indica que existe un intervalo de confianza en torno a la cifra.

Ilustración 11.7 Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) (En preparación, 5) Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)							
	FS.1.1.1 Gobierno central	FS.1.1.2 Gobiernos regionales	FS.1.2 Otros fondos públicos	FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de hogares	FS.2.3 Organizaciones no gubernamentales	FS.3 Fondos del resto del mundo	Total
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	28 466						1 538	30 004
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329							329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635							635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986	14 730						15 716
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106		566	44 374	14 791 o 11 626±			60 837
HF.2.1.1 Seguro de salud de los empleados de gobierno				422	141			563
HF.2.1.2 Seguros sociales privados				2 130 (parcial) o 690±	2 130 (residuo) o parcial 4 400± o 1 380±			2 130 o 2 070±
HF.2.2 Seguros individuales privados					3 280 o parcial 4 400±			3 280?
HF.2.3 Hogares					86 413±			86 413±
HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales						1 235	1 653	2 888
HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)				1 905				1 905
HF.2.5.2 Empresas privadas				3 024±				3 024±
HF.3 Organizaciones externas							599	599
Suma provisional	31 522	14 730	566	?	?	1 235	3 790	?
Total estimado							4 090	

Nota: el símbolo ± luego de un número indica que existe un intervalo de confianza en torno a la cifra.

Ilustración 11.9 Appia: cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento - FSxFA (preliminar)
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)							
	FS.1.1.1 Gobierno central	FS.1.1.2 Gobiernos regionales	FS.1.2 Otros fondos públicos	FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de hogares	FS.2.3 Organizaciones no gubernamentales	FS.3 Fondos del resto del mundo	Total
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	28 466						1 538	30 004
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329							329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635							635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986	14 430					300	15 716
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106		566	44 374	14 791			60 837
HF.2.1.1 Seguro de salud de los empleados de gobierno				422	141			563
HF.2.1.2 Seguros sociales privados				710	1 420			2 130
HF.2.2 Seguros individuales privados					3 280			3 280
HF.2.3 Hogares					86 413			86 413
HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales						1 235	1 653	2 888
HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)				1 905				1 905
HF.2.5.2 Empresas privadas				3 024				3 024
HF.3 Organizaciones externas							599	599
Suma provisional	31 522	14 430	566	50 435	106 045	1 235	4 090	208 323

Nota: el símbolo ± luego de un número indica que existe un intervalo de confianza en torno a la cifra.

Capítulo 12

Estimación del cuadro de agentes de financiamiento por proveedores

12.01. El proceso de crear un vector del gasto de los agentes de financiamiento y de usar entonces dicho vector como punto de partida para crear el cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) ofrece varias oportunidades para revisar las entidades y montos del gasto incluido en las cuentas de salud. El vector de los agentes de financiamiento se usa también como punto de partida para crear el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP). Este proceso permite añadir o remover gastos particulares. El desarrollo de este cuadro será también de ayuda en la revisión y verificación de las estimaciones del gasto desarrolladas al construir el cuadro de FSxFA.

12.02. Lo que complica este paso del proceso es lo mismo que complica el cuadro de FSxFA, esto es, el traslape entre las entidades que producen y financian la atención de la salud. Por ejemplo, el Ministerio de la Salud puede tener y operar sus propios hospitales, y recibir así ingresos de los hogares y los seguros privados. Al mismo tiempo, puede pagar por la atención proporcionada por médicos y clínicas no pertenecientes al MdS. Estos papeles duales pueden ocasionar una gran confusión, por lo que se requiere cuidado al preparar este cuadro, de forma que se asegure que los márgenes de fila y columna reflejen el gasto asociado con los papeles de las entidades en la producción y el financiamiento de la atención de la salud, respectivamente.

Desagregación de cada agente de financiamiento

Desglose del gasto según el tipo de proveedor

12.03. El primer paso en este proceso es desglosar los gastos de cada agente de financiamiento por tipo de proveedor. La lista de tipos de proveedores es la que se desarrolló de acuerdo con el capítulo 4, por lo que antes de iniciar este proceso es útil revisar dicha lista y las distinciones establecidas entre los diversos tipos de proveedores. Como se señaló en el capítulo 4, los analistas pueden desear adaptar las clasificaciones amplias de los proveedores a los intereses y condiciones nacionales.

12.04. De manera mecánica, es necesario crear una armazón del cuadro de FAxP tal como se muestra en el cuadro 12.1. Dicho esqueleto debería contener una columna para cada uno de los agentes de financiamiento identificados hasta ahora (sin consolidar), además de las columnas para el total estimado y la suma provisional, cuya forma de uso será similar a la que se aplicó para llenar el cuadro de FSxFA (ver capítulo 11). Cada fila corresponde a uno de los tipos de proveedor de la lista desarrollada en el capítulo 4. Es posible que existan razones de peso para asignar un código único a un proveedor que es lo suficientemente grande o especial como para ameritar un código propio; por ejemplo, si existiera un único gran hospital de especialidades en el país, propiedad del Ministerio de Salud, podría recibir un código tal como HP.1.1.1.19 (ver párrafo 4.12).

Cuadro 12.1 Cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP): plantilla de trabajo

Proveedores	Agentes de financiamiento (FA)			Suma provisional	Total estimado
	FA 1	FA 2	etc.		
Proveedor tipo 1					
Proveedor tipo 2					
etc.					
Total					

12.05. En ocasiones, la desagregación y el desglose del gasto del agente de financiamiento puede ser inmediato y directo. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede suministrar dinero directamente a los hospitales, policlínicas y otros proveedores conocidos. Cuando el destinatario de los fondos es una entidad

distinta que se distingue claramente según la taxonomía del proveedor, la tarea es relativamente sencilla. Sin embargo, el desglose del gasto requiere de cuidado, ya que puede ocurrir que parte del dinero transferido a los proveedores no se use en efecto para la atención de la salud (un hecho que puede determinarse a partir del agente de financiamiento o del proveedor).

12.06. Si en el caso de los agentes de financiamiento no hay disponibilidad de desgloses presupuestales, entonces la información de la encuesta puede ser de utilidad. En ocasiones esta información procede de una revisión de una muestra de registros en la oficina del agente de financiamiento. En otros casos, pueden existir datos muestrales de alguna clase de proveedor que contengan el desglose de su ingreso por agente de financiamiento. En el caso del gasto de los hogares (analizado en el Capítulo 8), es probable que existan datos de encuesta que muestren el gasto por tipo de proveedor o establecimiento. Si los datos remiten al tipo de servicio recibido, esta dimensión del gasto podría traducirse a la dimensión de los proveedores (ver recuadro 12.1).

Recuadro 12.1

Construcción de estimaciones sobre proveedores a partir de información de los hogares y otras fuentes de datos en Ruanda

Cuando se estimaron las cuentas de salud de Ruanda correspondientes a 1998, la encuesta de hogares más reciente se había llevado a cabo en los años 80 y la encuesta demográfica y de salud más reciente, en 1992. En el año 2000, una encuesta de hogares llevada a cabo por el Ministerio de Planeación y el PNUD y una encuesta demográfica y de salud realizada por *ONAPO/Macro International recopilaban información sobre la situación socioeconómica de los hogares en Ruanda. Dada la falta de datos sobre el gasto de los hogares para 1998, se utilizaron los montos que las compañías de seguros y los proveedores de servicios declararon como ingresos procedentes de hogares para hacer una estimación aproximada del gasto de los hogares en atención de la salud para fines de las cuentas nacionales de salud.

Considerando que se desconocía cuánto gastaban los hogares en tratamientos recibidos de curanderos tradicionales, el equipo de cuentas de salud supuso que cerca del 25% de los hogares hacía uso de los servicios de los mismos, y que gastaban en dichos servicios tanto como lo que pagaban por atención en centros de salud. El monto gastado en curanderos tradicionales podría ser mayor, dadas las observaciones del personal de salud de los centros de salud que indicaban que una gran proporción de pacientes acudió a centros de salud sólo después de que los curanderos tradicionales fallaron en su intento de lograr una mejoría en la condición de salud de los pacientes. Casi todo el gasto en salud de los hogares consistió en pagos directos de bolsillo a los proveedores; un monto insignificante se destinó a pagar seguros de salud.

Fuente: Schneider P et al. 2000. Rwanda national health accounts 1998. Partnerships for Health Reform Working Paper, September 2000, pp. 52 y 77.

*Office National de la Population (Oficina Nacional de Población)

12.07. Cuando no exista información directa sobre el desglose del gasto de un agente de financiamiento por tipo de proveedor deberán usarse otros métodos de estimación. Por ejemplo, la realización de consultas con personal experto de la agencia de financiamiento puede ayudar a identificar a qué tipos de proveedores se paga, y quizá incluso a clasificar a dichos proveedores en orden de importancia según los montos de gasto. Una afirmación tal como “nuestras políticas de seguros de salud sólo cubren los servicios de médicos y una cantidad reducida de productos farmacéuticos” pueden ser de un valor incalculable en ausencia de datos duros sobre los beneficios de un plan de aseguramiento.

12.08. Si se procede en apego a estos pasos, es posible que se descubran tipos o subtipos adicionales de entidades que reciben fondos de agentes de financiamiento. En cada una de éstas será necesario tomar una decisión sobre si la entidad es o no un proveedor de bienes y servicios de atención de la salud dentro del campo

de acción descrito en el Capítulo 3. En caso afirmativo, será necesaria una segunda decisión sobre si se trata de algún tipo de proveedor que requiera su propia categoría, en oposición a los proveedores que son integrantes de categorías existentes (ver párrafo 12.37 como un ejemplo de esto). Si la entidad no proporciona bienes y servicios de atención de la salud, entonces la cifra de ese gasto deberá deducirse en concordancia del agente de financiamiento y efectuar de nuevo los ajustes al balance del cuadro FSxFA.

12.09. Si no hubiera nada disponible para ayudar a desagregar el gasto del agente de financiamiento, no existirá entonces otro recurso que categorizar el gasto como “de tipo no especificado (tne)” en la dimensión de proveedores del cuadro. Esta debe de ser la última solución a la que se recurra, ya que la ubicación del gasto en esta categoría reduce la utilidad de política de las cuentas de salud y dificulta asimismo su conciliación (los párrafos 12.39 al 12.42 proporcionan un ejemplo de cómo puede evitarse esto).

Acumulación del ingreso de cada tipo de proveedor considerando todos los agentes de financiamiento

12.10. Una vez que se ha completado el proceso de desglosar el gasto de los agentes de financiamiento por tipo de proveedor deberá procederse a sumar el gasto para cada tipo de proveedor a lo largo de toda la línea de agentes de financiamiento. Esta suma se asienta en la columna de “suma provisional” para cada tipo de proveedor. Con frecuencia, en este momento, se contará con un rango de gasto para asentar en esta columna; sin embargo, ello no representa ningún problema ya que el proceso de conciliación que sigue ayudará a reducir dicho rango a un punto único.

Estimación de los ingresos de los proveedores

12.11. Dejando de lado por el momento el trabajo realizado con base en el material de los agentes de financiamiento, habrá que estimar los totales de fila en el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) y colocar esas cifras en la columna de “estimados”. Esto se logra utilizando las fuentes de datos identificadas en el Capítulo 9. En el caso de los proveedores de servicios administrativos, no habrá una estimación por separado respecto de las cifras del agente de financiamiento, por lo que esa entrada se dejará en blanco. Teniendo en mente el análisis de las fuentes de datos realizado en el Capítulo 6, la estimación de las cifras será más fácil en algunos tipos de proveedores que en otros, así como la estimación de las cifras para algunos agentes de financiamiento resultó más fácil que para otros. De manera particular, cuando se trabaje con los proveedores de atención, quizá sea posible aprovechar el trabajo ya desarrollado para construir las estimaciones del producto interno bruto (ver Anexo C). La agencia estadística nacional puede haber compilado un cuadro de insumo/producto que podría ser de ayuda también.

12.12. Dado que las cuentas nacionales de salud (CNS) son una agregación de las transacciones relacionadas con la actividad de atención de la salud en un país, es importante establecer una convención confiable para adjudicar un valor monetario a dichas actividades. Esto no sólo permite la realización de comparaciones válidas entre las actividades en las cuentas y a lo largo de los años que abarquen las cuentas, sino que permite también la comparación del gasto nacional en salud con otros agregados económicos, tales como el producto interno bruto. Por esta razón, es esencial el empleo de una definición, aceptada internacionalmente, del término “gasto” y, de manera específica, del que se usa en el sistema de cuentas nacionales. Para un tratamiento más completo de los conceptos y definiciones analizadas en esta sección de la Guía, ver los párrafos 2.63 al 2.79 y el capítulo VI del manual SNA93.

Estimación del valor de la actividad de los proveedores de mercado

12.13. En el caso de los proveedores que operan de manera esencialmente no subsidiada, la consideración de sus ingresos totales constituye un buen punto de partida para estimar el gasto en salud que se les atribuye. La cifra del gasto mide el valor en términos monetarios del consumo de los bienes y servicios de interés. Cuando el gasto en bienes y servicios de salud se mide desde el ángulo de la producción y el consumo de mercado, esto puede simplemente significar la compilación de información sobre el monto total de dinero pagado por tales bienes o actividades en el punto de su consumo final. Por ejemplo, si los ingresos brutos de los hospitales privados no subsidiados son de 100 millones de unidades de la divisa nacional (UDN) provenientes de la venta de servicios durante el año de interés, estos 100 millones de UDN se añaden al gasto en salud. Dado que los productores de mercado deben cubrir la totalidad de sus gastos intermedios, incluyendo los bienes de capital utilizados y los insumos de trabajo de los propietarios, el gasto en el consumo final representa razonablemente un valor integral.

12.14. Como se mencionó antes, el trabajo realizado en el campo de las cuentas nacionales del país puede ser de gran utilidad para estos tipos de proveedores, ya que los conceptos utilizados para adjudicar un valor a su producción son los mismos en la contabilidad de la salud que en la contabilidad del ingreso nacional. Sin embargo, algunos proveedores pueden embarcarse en actividades que caen fuera del campo de acción de la salud, así como en las que caen dentro de este campo; por ejemplo, las farmacias comunitarias pueden también vender artículos no relacionados con la salud. Si fuera posible, las actividades excluidas deberían separarse de las que serán incluidas. Esto puede hacerse mediante el uso de estadísti

Recuadro 12.2

Uso de los informes de ingreso y gasto para preparar las estimaciones de las cuentas de salud

Existe toda una variedad de formatos que utilizan los proveedores para informar sobre sus ingresos y gastos. Algunos de los rubros de estos informes deberían incluirse en el total utilizado en las cuentas de salud, mientras que otros deberían excluirse. A continuación se presentan ejemplos de formatos de información y del tratamiento adecuado de las líneas presupuestarias. Los rubros que queden excluidos pueden mostrarse en un cuadro ilustrativo por separado.

Formato general del estado de ingresos y gastos en hospitales y unidades de salud mayores

Línea presupuestaria	Tratamiento en las cuentas de salud
Ventas/rotación	Excluir
Costo de ventas	Incluir
Utilidades brutas	Excluir
Gastos administrativos generales	Incluir
Gastos de venta y distribución	Incluir
Ingresos de operación (o utilidad)	Excluir
Ingresos de inversión (intereses netos, dividendos por percibir)	Excluir
Otros ingresos netos	Excluir
Impuestos sobre utilidades	Incluir
Ingreso neto (o utilidad) en actividades de rutina después de impuestos	Excluir
Ingresos netos extraordinarios (o utilidades) después de impuestos	Excluir
Utilidad del año financiero	Excluir

Recuadro 12.2 (continuar)

Formato general del estado de ingresos y gastos en hospitales y unidades de salud mayores	
Línea presupuestaria	Tratamiento en las cuentas de salud
Ingresos	Excluir
Ventas/rotación	Excluir
Incremento en existencias de productos terminados y en trabajo en desarrollo	Excluir
Trabajo desempeñado y capitalizado para uso propio	Excluir
Otros ingresos de operación	Excluir
Ingresos de inversión (intereses y dividendos por percibir)	Excluir
Ingresos extraordinarios	Excluir
Cargos	Incluir
Disminución de existencias	Excluir
Materias primas y bienes de consumo	Incluir
Costos de personal	Incluir
Otros cargos de operación	Incluir
Intereses por pagar	Incluir
Impuestos sobre utilidades de actividades regulares	Incluir
Utilidad de actividades regulares después de impuestos	Excluir
Cargos extraordinarios	Incluir
Impuesto sobre utilidad de actividades extraordinarias	Incluir
Utilidad del año financiero	Excluir

cas económicas tales como las encuestas a negocios, mediante la aplicación de un modelo de insumo/producto basado en las cuentas nacionales, o mediante la realización de consultas con fuentes de la industria con pleno conocimiento.

Estimación del valor de la actividad de proveedores no mercantiles

12.15. Una gran parte de la actividad en salud ocurre, ya sea de manera parcial o total, fuera del mercado. Por ejemplo, los gobiernos, los empleadores privados o las instituciones sin fines de lucro tales como los proveedores de atención de la salud afiliados a cuerpos religiosos producen con frecuencia servicios de atención de la salud y los suministran a los usuarios de manera gratuita o a un costo subsidiado. Es poco probable que la transacción entre proveedores y pacientes en estos casos represente el valor total de la producción, por lo que la contabilidad de la salud sigue la convención internacional de valorar la producción no mercantil como la suma de los costos en los que se incurre para producir estos bienes y servicios. Los servicios hospitalarios que se proveen sin cargo alguno (o casi sin cargo alguno) en las instituciones gubernamentales o las instituciones sin fines de lucro tendrían que valorarse de acuerdo con el costo que representa para estas organizaciones la producción de los servicios. Los costos suelen calcularse como el gasto real en insumos tales como remuneración de personal (incluyendo todas las prestaciones) y suministros. Esto puede ascender a un total superior a la cifra presupuestal del ministerio: los pacientes pueden

pagar cuotas de usuarios que el proveedor retiene u otras organizaciones pueden otorgar donaciones al proveedor. La cifra clave en la valuación es el costo de la prestación de la atención, no la fuente del dinero utilizado para cubrir dichos costos.

12.16. El uso del esquema de clasificación del costo de los recursos puede ayudar a establecer un valor para la producción no mercantil (ver recuadro 12.2). Las categorías ayudan a los contadores de la salud a separar los gastos que deberían contabilizarse de aquellos que no deberían contabilizarse (tales como transferencias y subsidios). En aquellos casos en los que los registros del proveedor no se apegan de manera nítida a la clasificación de los costos de los recursos, puede ser necesario desarrollar una correspondencia cruzada que ayude en el proceso de estimación.

12.17. Una contabilidad completa de los costos de producción para los productores no mercantiles requiere que los analistas de CNS estimen también el valor del capital fijo consumido en la producción durante el periodo de análisis (examinado más adelante). Esto debe contabilizarse aun cuando el gasto para adquirir este capital fijo haya tenido lugar en un periodo anterior.

12.18. Como ya se mencionó, este análisis sobre la valuación de la producción no mercantil implica que, en algunos casos, los gastos estimados de los productores gubernamentales (tales como las clínicas del Ministerio de Salud) no serán los mismos que las cifras registradas en los documentos presupuestales del ministerio. El gasto en las instalaciones del Ministerio de Salud puede incluir tanto los pagos de los hogares en forma de cuotas de usuarios como el consumo estimado del capital fijo (tal como la depreciación de los edificios y el equipo de los hospitales gubernamentales), además de los gastos presupuestales del ministerio en los renglones de salarios, suministros y otros insumos. Dicho gasto también puede incluir los bienes y servicios (tales como el suministro eléctrico sin cargo alguno) proporcionados a dichas instalaciones por otros ministerios.

Valuación del capital creado y consumido

12.19. La inversión en instalaciones y equipo para la atención de la salud genera activos que suelen usarse durante un largo periodo de tiempo. Los contadores de la salud necesitan estar seguros de que el valor de ese uso se incluya en los costos estimados de los productores no mercantiles. Es necesario considerar dos aspectos diferentes del capital en la medición del gasto en salud: la formación del capital fijo bruto y el consumo del capital fijo (ver sección H.1, párrafos 1.48 al 1.57, en SNA93).

12.20. Las cuentas de salud deben incluir una estimación del gasto total en la formación del capital fijo bruto durante el periodo. Esto incluye renglones tales como la construcción de nuevos edificios o la realización de remodelaciones mayores, así como la adquisición de equipo mayor. El gasto en la formación de capital debería estimarse para todas las instituciones y actividades dentro del área total de gasto, i.e., en instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales.

12.21. El consumo del capital fijo se refiere al valor de los activos de capital utilizados para llevar a cabo la producción en el periodo de operación. Normalmente, los productores tanto de mercado como no mercantiles usarán (o “agotarán”) parte del valor del capital fijo en la producción de bienes y servicios durante dicho periodo. En el caso de los productores de mercado, se parte del supuesto de que esto se encuentra incorporado a las estimaciones del valor de su producción. En el caso de los productores no mercantiles, sin embargo, el valor del consumo del capital fijo debe añadirse a otros componentes de sus costos de producción, tales como la compensación a empleados y el costo de los bienes y servicios utilizados en la producción. Esto puede requerir una atención especial por parte del contador de la salud. Muchas agencias gubernamentales no llevan a cabo una estimación del consumo del capital, o no lo presupuestan, ya que el dinero no cambia de manos en esta actividad. En aquellos casos en que éste no se incluya, el con-

tador de la salud deberá estimar un valor adecuado para este rubro y añadirlo a los costos de producción que sí involucran un intercambio de dinero. Los contadores del ingreso nacional cuentan con métodos para estimar este costo económico, y los contadores de la salud deberían adoptar las mismas prácticas (ver párrafos 1.62 y 1.63 y capítulo 6.I del SNA93).¹⁹

Producción de atención de la salud de los hogares

12.22. Tal como se mencionó en el párrafo 3.06, la atención no remunerada de la familia es algo que no forma parte del gasto nacional de salud. Los hogares y las familias proporcionan una gran cantidad de insumos para la atención de la salud a través de un tiempo y esfuerzo no compensados. Por ejemplo, los miembros de la familia gastan tiempo en atender a los enfermos en casa o en acompañarlos en los hospitales. De acuerdo con las prácticas actuales en el sistema de cuentas nacionales, el valor de tales actividades no compensadas e insumos no monetarios no se contabiliza como un gasto en salud en las CNS. Estos insumos pueden ser significativos, como ocurre con la atención proporcionada en casa a las personas que viven con VIH/SIDA. El valor de dichas actividades podría estimarse, pero no forma parte del total utilizado para comparar el gasto en salud con otros agregados económicos o para compararlo a nivel internacional.

Tratamiento de préstamos y subsidios a proveedores

12.23. Tal como ocurre con los agentes de financiamiento, los nuevos préstamos otorgados a los proveedores y el pago que efectúan éstos de los mismos se excluyen del valor de los bienes y servicios que suministran. Esta restricción no representa ningún problema en aquellos casos en los que los precios en vigor son los de mercado o de casi-mercado. En los casos en los que el valor de la actividad del proveedor se estima mediante la suma de los valores de los insumos utilizados, es necesario tener cuidado en excluir cualquier cambio en los activos financieros que pueda aparecer en los registros del proveedor; esto no suele ser un problema porque los principios de contabilidad exigen la separación de los rubros de la hoja de balance general de los rubros de ingreso y gasto. Es adecuado incluir el pago de intereses sobre la deuda en que se incurrió en el curso de la actividad relacionada con la salud; de nuevo, la mayoría de los sistemas de contabilidad mostrarán estas cifras entre los renglones de ingreso y gasto. Este tratamiento de los préstamos y el pago de préstamos es el mismo que en el caso de los agentes de financiamiento.

12.24. Los subsidios se manejan de manera ligeramente diferente dependiendo de si se trata de productores de mercado o no mercantiles. Dado que el valor de la actividad de los productores de mercado se mide por sus ingresos, es adecuado incluir los subsidios si se considera que éstos representan una forma de ingreso. En contraste, el valor de la actividad de los productores no mercantiles se mide por la suma de sus gastos, por lo que, considerando que los subsidios son un ingreso, éstos no deben formar parte de este cálculo (ver recuadro 12.3).

¹⁹ En la práctica, esto puede dificultarse inicialmente, y puede requerir más de un ciclo de estimación de CNS para valorarlo adecuadamente.

Recuadro 12.3**Manejo de los subsidios a proveedores en las cuentas de salud**

La clave para conferir un tratamiento adecuado a los subsidios en las cuentas de salud radica en la comprensión de la forma en que se valora la producción.

En el caso de los proveedores de mercado (con fines de lucro), el valor de los bienes y servicios que producen equivale al ingreso que perciben. En el caso de los proveedores no mercantiles (sin fines de lucro o gubernamentales), éste equivale al costo de producción.

Dado que los subsidios representan una forma de ingreso, su contabilización resulta adecuada cuando se trata de los proveedores de mercado, pero no así en el caso de los proveedores no mercantiles. Una sencilla cuenta de ingreso y gasto puede ayudar a esclarecer este punto:

Proveedor de mercado			
Gasto		Ingreso	
Mano de obra	100	Recibos de aseguradoras	90
Suministros	30	Recibos de hogares	60
Otros gastos	10	Subsidios del gobierno	10
Excedente	20		
Gastos totales	160	Ingresos totales	160

En el ejemplo anterior, el valor total de los bienes y servicios producidos equivale a $90+60+10=160$ unidades de moneda nacional (UMN). Aun cuando los subsidios del gobierno contribuyeron generar un excedente por parte del proveedor, la inclusión de este subsidio como una forma de ingreso es adecuada.

Proveedor de mercado			
Gasto		Ingreso	
Mano de obra	200	Recibos de aseguradoras	100
Suministros	60	Recibos de hogares	10
Otros gastos	20	Subsidios del gobierno	175
Excedente	5		
Gastos totales	285	Ingresos totales	285

En el caso del productor no mercantil, el valor de la producción equivale a $200+60+20=280$ UMN (el excedente de 5 UMN no se contabiliza). Si los subsidios del gobierno se agregaran a estos gastos, ello mezclaría los ingresos y los gastos y sobrestimaría el valor de la producción.

Si los gastos del proveedor no mercantil se desconocen y éstos se establecen por aproximación en función de la suma de los ingresos que percibió dicho proveedor, entonces la inclusión de los subsidios en los montos que se están sumando sería adecuada. En este ejemplo, los subsidios se están incluyendo no por ningún motivo teórico, sino simplemente como una herramienta de ayuda para estimar los gastos del proveedor.

Conciliación de las diferencias entre las estimaciones basadas en los agentes de financiamiento y en los proveedores

12.25. El siguiente paso consiste en comparar la estimación independiente del gasto del proveedor con la suma provisional obtenida de sumar el gasto de los agentes de financiamiento. Es muy improbable que estas dos estimaciones coincidan, pero el punto es determinar si son cercanas entre sí. Tal como se analizó en el recuadro 11.1 en la página 157, “cercanas” es un término subjetivo que probablemente se defina mejor en términos del efecto en la estimación global del gasto en salud. Si el uso de una de las cifras por oposición a otra, modificara el total del gasto nacional en salud en, supóngase, 2%, entonces habría que esforzarse para conciliar ambos números.

12.26. ¿Es posible explicar la diferencia entre ambos en función, por ejemplo, de la ausencia de datos en uno o más agentes de financiamiento, o de sesgos potenciales de la encuesta? Si así fuera, será posible efectuar los ajustes necesarios a la cifra “más débil” de forma que ambas estimaciones se acerquen más.

12.27. Las diferencias significativas que no puedan justificarse requerirán de una nueva revisión de las estimaciones. Las definiciones deberán revisarse, tanto las que atañen a la cifra de proveedores como de agentes de financiamiento. ¿Quedan circunscritas dentro del campo de acción descrito en el Capítulo 3? ¿Están midiendo lo mismo? ¿Se refieren al mismo periodo de tiempo? ¿Una de ellas es una cifra de desembolsos en efectivo y la otra, una cifra que remite al valor de los recursos consumidos?

12.28. Cuando no exista un total para los proveedores independientes, puede ser útil comparar el total provisional con el de otros proveedores y valorar si las cifras de gasto relativas son plausible. Por ejemplo, el orden de magnitud entre el gasto en curanderos tradicionales y el gasto en proveedores “comunes” ¿es consistente con la información que arrojan otras fuentes?

Identificación de lagunas de información y celdas faltantes

12.29. A continuación, teniendo en cuenta los totales de las filas y las columnas, será necesario examinar aquellas celdas para las que hay más de una estimación. Por ejemplo, si una encuesta de médicos sugiere que una tercera parte de su ingreso procede de los seguros médicos voluntarios (seguros privados), ¿se sostiene esto cuando se comparan los beneficios de los médicos en la estimación de los seguros privados con el total de la fila correspondiente a los servicios de médicos? Si no fuera así, será necesario volver a verificar las fuentes de datos y elegir entonces una cifra que equilibre las fortalezas y debilidades de las diferentes estimaciones.

12.30. A continuación, habrá que examinar las celdas que parezcan débiles, esto es, aquellas celdas en las que exista un gran margen de error (ya sea explícito o implícito). Éstas incluyen las celdas en las que el total del agente de financiamiento en sí sea débil o se desconozca, o bien, en las que el gasto del agente de financiamiento no haya podido desglosarse por tipo de proveedor. ¿Existe ahora información adicional que pueda usarse para estimar la celda? Por ejemplo, la evidencia anecdótica acerca del gasto relativo de dos agentes de financiamiento puede usarse para estimar una celda, o incluso ambas celdas de los agentes de financiamiento en la fila. Esta evidencia anecdótica podría proceder de análisis emprendidos con expertos acerca del tipo de proveedor, de trabajos académicos o de otras fuentes. Si el gasto se hubiera asignado antes a la clasificación de proveedores desconocidos (HP.tne), parte de éste podría “recuperarse” para determinar los montos faltantes o complementar la estimación existente, siempre y cuando este movimiento resulte verosímil (una suposición que deberá confirmarse mediante una consulta con el agente de financiamiento).

Conciliación de estimaciones

12.31. El proceso descrito antes conducirá a una revisión iterativa de las cifras correspondientes a los agentes de financiamiento y los proveedores. Una vez concluidas dichas iteraciones, las filas y las columnas del cuadro se sumarán para arrojar una estimación del gasto nacional en salud. Como resultado del proceso, es posible que algunas de las estimaciones iniciales del gasto de los diversos agentes de financiamiento se hayan modificado.

12.32. Este proceso puede parecer confuso en una primera lectura. El ejemplo a continuación de las CNS de Appia puede ayudar a concretar el proceso.

Estimación del cuadro de agentes de financiamiento por proveedores en Appia

12.33. El equipo de las CNS de Appia ha construido el cuadro provisional de las fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) y centra ahora su atención en el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAXP). Las ilustraciones en los capítulos 9, 10 y 11 muestran los datos con los que cuenta el equipo.

12.34. Trabajando de manera conjunta con el Comité Directivo, el equipo ha desarrollado los pasos del capítulo 4 y ha preparado una lista preliminar de los códigos de HP que se usarán. Asimismo, se ha acordado una desviación respecto del capítulo 4, a saber, los formuladores de políticas no están interesados en los tipos específicos de policlínicas en el país, pero sí en cambio tienen un gran interés en identificar a quién pertenecen dichas clínicas. Por lo tanto, el equipo ha asignado el código HP.3.4.1 a las policlínicas que son propiedad del gobierno, y HP.3.4.2 a las policlínicas privadas.

Desagregación de los pagos de los agentes de financiamiento

12.35. El equipo empieza por examinar el informe presupuestal del Ministerio de Salud (ver la ilustración 10.7 en la página 153). El código 7.01.00 del Ministerio de Finanzas puede asignarse de manera inmediata a HP.1.1.1.1. El código 7.02.06 del Ministerio de Finanzas (suministros médicos utilizados en orfanatos) se asigna al “resto de la atención residencial” (HP.2.9). Para asignar el código 7.03.00 del Ministerio de Finanzas (“regulación de la industria farmacéutica”), el equipo consulta el manual SCS de la OCDE. En el capítulo 10, el manual establece claramente que esta actividad cae dentro de la categoría de HP.6.1. La asignación del código 7.04.00 a HP.5 es inmediata, pero la asignación del código 7.06.00 (“actividades misceláneas relacionadas con la salud”) no es clara. El integrante del equipo que actúa como contacto con el personal del presupuesto del Ministerio de Salud tiene una conversación con ellos, en la cual se informa que estos gastos corresponden a la actividades de salud pública del Ministerio de Salud en su vinculación y coordinación con los gobiernos regionales, así como al proyecto de planificación familiar financiado por agencias de donación externas. Así es que el equipo clasifica el gasto junto con el suministro y administración de programas de salud pública a cargo del ministerio (HP.5). El código 7.07.00 del Ministerio de Finanzas se asigna a HP.1.1.1.2, y el código 7.08.00, a HP.3.4.1. A los códigos 7.10.00 y 7.11.00 no se les asigna una correspondencia con HP porque se trata de donaciones a otros agentes de financiamiento. Por último, 7.12.00 se asigna a HP.6.1. El resultado de este ejercicio puede apreciarse en la ilustración 12.1.

Ilustración 12.1

Appia: asignación del presupuesto del Ministerio de Salud (ver ilustración 10.7 en la página 153) a las clases HP en las cuentas nacionales de salud de Appia	
Código del Ministerio de Finanzas	Clase HP
7.01.00	HP.1.1.1.1
7.02.06	HP.2.9
7.03.00	HP.6.1
7.04.00	HP.5
7.06.00	HP.5
7.07.00	HP.1.1.1.2
7.08.00	HP.3.4.1
7.10.00	---
7.11.00	---
7.12.00	HP.6.1

12.36. Una revisión rápida de los informes presupuestales del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa confirma la separación del gasto de dichos ministerios entre diferentes tipos de proveedores (tal como se aprecia en la ilustración 10.2 en la página 148), y el informe presupuestal del Ministerio de Finanzas sobre los gobiernos regionales hace lo mismo en el caso del gasto de dichos gobiernos.

12.37. El informe anual de la Agencia Nacional de Seguros sólo enumera los beneficios agregados, sin detallarlos. El representante de la Agencia ante el Comité Directivo solicita a su personal que prepare un desglose más detallado de los gastos, para lo cual les suministra la lista de los proveedores que el equipo de CNS ha preparado con base en el capítulo 4. En una revisión retrospectiva (ver la ilustración 12.2), el personal de la Agencia observa que ésta pagó ¢471 millones por los servicios de atención medicalizada domiciliaria, y que no parece haber ningún lugar para registrar este concepto en las CNS. Como resultado, el equipo de las CNS abre una nueva clase de proveedores, esto es, la de enfermeras visitadoras, con un código de HP.3.3.

Ilustración 12.2

Appia: Declaración de gastos consolidados de la Agencia Nacional de Seguros Año calendario 2002 (millones de coronas)		
Reembolsos por tipos de proveedor		54 319
HP.1.1.1.1	Hospitales del Ministerio de Salud	6 740
HP.1.1.1.2	Hospitales regionales	14 062
HP.1.1.2	Hospitales privados	10 898
HP.3.4	Policlínicas del gobierno	17 175
HP.3.4	Policlínicas privadas	4 973
	Enfermeras visitadoras	471
Costos de administración		6 518
Gasto total en el que se incurrió		60 837

Nota: las cifras se refieren a montos en los que se incurrió

Fuente: informe del personal de la ANS a partir de una solicitud especial del Comité Directivo

12.38. Al completar los agentes de financiamiento gubernamentales, el cuadro de AFxP adopta el aspecto que se muestra en la ilustración 12.3.

Ilustración 12.3 Appia: cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP)
(En preparación, 1) Año calendario 2002 (millones de coronas)

Proveedores	Agentes de financiamiento				
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gobierno regional	HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros
HP.1.1.1.1 Hospitales generales del Ministerio de Salud	9 387				6 740
HP.1.1.1.2 Hospitales del Ministerio de Defensa			116		
HP.1.1.1.3 Hospitales generales regionales	5 299			14 413	14 062
HP.1.1.2 Hospitales generales privados					10 898
HP.2.9 El resto de la atención residencial	218				
HP.3.3 Enfermeras visitadoras					471
HP.3.4.1 Policlínicas del gobierno	6 473		519	521	17 175
HP.3.4.2 Policlínicas privadas					4 973
HP.4.1 Farmacias					
HP.5 Proveedores de salud pública	5 262			726	
HP.6.1 Gobierno	3 365			56	
HP.6.2 Administración de la Agencia Nacional de Seguros					6 518
HP.8.1 Investigadores		286			
HP.8.2 Docentes		43			
Total	30 004	329	635	15 716	60 837

12.39. La declaración anual del Fondo de Salud de los Empleados del Gobierno de Appia (ver la ilustración 10.6 en la página 150) proporciona la información que el equipo necesita para asignar ese gasto, pero la encuesta de seguros privados presenta dos problemas (ver la ilustración 9.1 en la página 130). Primero, más de la mitad de la cifra de beneficios consiste en pagos efectuados al titular de la prima, sin que el servicio se encuentre indicado. El equipo había pensado que esta cifra sería menor, pero su monto complicará el trabajo con el cuadro. Segundo, no hay separación alguna entre los beneficios pagados bajo el esquema de seguros sociales (de grupo) y otros tipos de seguros (individuales).

12.40. Para desarrollar las estimaciones necesarias que conduzcan a determinar el gasto de la industria de los seguros privados, se concierta una visita a las tres compañías más grandes de seguros privados en el país. Al revisar una muestra de los reclamos, se descubre que estos pagos se efectuaron, de hecho, a los

titulares de las primas, pero que éstos se destinaron casi exclusivamente a servicios de médicos privados –prácticamente, el único servicio cubierto además de la atención hospitalaria y de policlínicas-. Ahora el equipo sabe cómo clasificar este gasto, pero enfrenta otro problema: ¿se informó también sobre este gasto en la encuesta de hogares? Si así fue, el gasto podría estarse duplicando, primero cuando el hogar efectuó el gasto, y luego, cuando el seguro privado lo reembolsó al hogar. El equipo se reúne con la Agencia Estadística de Appia (AEA) y se da cuenta de que el cuestionario de la encuesta sobre el presupuesto de los hogares no tenía prevista la identificación específica de los reembolsos efectuados por los seguros. La AEA acepta llevar a cabo una pequeña prueba cognitiva de su instrumento para verificar si los encuestados modifican sus respuestas cuando se les pregunte sobre los reembolsos de seguros, y mientras tanto el equipo de las CNS y los estadísticos de la AEA acuerdan que el mejor enfoque es suponer que los hogares informaron sobre el gasto que más adelante les fue reembolsado. Esto significa que será necesario reducir la cifra correspondiente al gasto de hogares por concepto de servicios de médicos (ver ilustración 12.4).

Ilustración 12.4

Appia: hoja de cálculo de los hogares (HF.2.3) (Revisada, 1)			
Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Co-pagos en hospitales	13 643	Recursos propios	83 773
Co-pagos en policlínicas	11 965		
Compra de medicamentos de prescripción	41 042		
Pagos a otros profesionales de la salud	17 123		
	19 763		
Total (estimación puntual)	83 773	Total	83 773
Intervalo de confianza: 79 584 – 87 962			

Fuente: Tabulación especial de la Agencia Estadística de Appia, 28 de abril, 2003; ajustado en función de reembolsos de los seguros privados.

12.41. La separación de los beneficios correspondientes a los dos tipos de seguros es más difícil. Dado que los sistemas de registro de las compañías de seguros no distinguen entre tipos de pólizas, la consulta directa de los reclamos efectuados no será de ayuda. El equipo de las CNS decide que, para este ciclo de las cuentas de salud, supondrán que los beneficios se encuentran divididos entre las líneas de negocio grupal e individual en la misma proporción en que las primas se encuentran divididas entre ambas líneas. En términos de aseguramiento, supondrán que las dos líneas de negocio tienen la misma "proporción de pérdida", esto es, la misma razón de beneficios respecto de las primas. Esto significa que 39% de los beneficios se asigna a HF.2.1.2, y 61%, a HF.2.2 (ver ilustración 12.5).

Ilustración 12.5 Appia: hoja de cálculo de los seguros privados

Año calendario 2002 (millones de coronas)

Renglón de gasto	Código HP	Línea de negocio		
		Total	Grupal	Individual
a. Primas		5 410	2 130	3 280
Proporción del total		100%	39%	61%
b. Prestaciones pagadas a:		4 436	1 730	2 706
Hospitales privados con fines de lucro	HP.1.1.2	123	48	75
Otras unidades con fines de lucro	HP.3.4.2	216	84	132
Hospitales privados sin fines de lucro	HP.1.1.2	437	170	267
Otras unidades sin fines de lucro	HP.3.4.2	1 020	398	622
Médicos	HP.3.1	2 640	1 030	1 610
Otros	HP.nsk	0	0	0
c. Costo neto del seguro (a-b)	HP.6.3 (grupal) HP.6.4 (individual)	974	400	574

12.42. Esto no ayuda al equipo con el desglose de los beneficios por tipo de proveedor. Sin embargo, los expertos de la industria de seguros afirman que el paquete de beneficios es el mismo para las pólizas grupales e individuales, por lo que el equipo distribuye la asignación de cada línea de tipo de beneficio en la encuesta entre las categorías grupal e individual de manera proporcional a los beneficios totales. El equipo documenta todo el proceso, y anota los cambios que habrá que efectuar el año siguiente para que se pregunte de manera específica por el gasto en médicos. Asimismo, toma nota sobre la necesidad de reunir a un panel de expertos de la industria para analizar si la suposición de proporciones de pérdida iguales entre las dos líneas es válida (o si debe de aplicarse algún otro supuesto).

12.43. El equipo encuentra que la encuesta de empleadores es lo suficientemente directa, pero surge un problema con AZap, la compañía eléctrica nacional en el país. En una conversación telefónica previa se había identificado un monto de gasto en salud de AZap de ¢1905 millones (ver ilustración 10.5, página 150). Sin embargo, una llamada de seguimiento revela que de los ¢1905 millones, ¢636 millones fueron de hecho impuestos pagados a la Agencia Nacional de Seguros. Del monto restante, casi la totalidad fue para la policlínica de AZap, pero ¢53 millones se reembolsaron a los empleados por servicios de médicos utilizados fuera de la clínica. Así, el total de la paraestatal debe reducirse a ¢1269 millones (ilustración 12.6) y, tal como ocurrió con los pagos de los seguros privados a los hogares, ¢53 millones deberán deducirse de la estimación de los servicios de médicos en la encuesta sobre el presupuesto de los hogares (ilustración 12.7).

Ilustración 12.6

Appia: gasto en salud de la compañía de electricidad de propiedad nacional, AZap (HF.2.1.1) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Clínicas de Azap	1 216	Recursos internos	1 269
Primas de la ANS	636		
Reembolsos a empleados	53		
Total	1 269	Total	1 269

Fuentes: Llamada por teléfono a la Sra. Pilar (analista en la oficina del contralor de AZap), 25 de febrero, 2003. Llamada de seguimiento al Sr. Navril (oficina del contralor), 16 de marzo, 2003

Ilustración 12.7

Appia: hoja de cálculo de los hogares (HF.2.3) (Revisada, 2) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Co-pagos en hospitales	13 643	Recursos propios	83 720
Co-pagos en policlínicas	11 965		
Compra de medicamentos de prescripción	41 042		
Pagos a otros profesionales de la salud	17 070		
	17 123		
Total (estimación puntual)	83 720	Total	83 720
Intervalo de confianza:		79 534	– 87 906

Fuente: Tabulación especial de la Agencia Estadística de Appia (División de Presupuesto de Hogares), de fecha 28 de abril de 2003; ajustado en función de reembolsos procedentes de los seguros privados y de la compañía nacional de electricidad, AZap.

12.44. El equipo no encuentra problemas al desagregar el gasto no gubernamental y de las organizaciones externas (en su carácter de agentes de financiamiento) por tipo de proveedor, ya que los programas son bastante claros. El gasto de los hogares se añade también a este cuadro, con las deducciones analizadas antes. Sin embargo, por ahora no existe suficiente información para separar muchos componentes del gasto de los hogares entre los tipos específicos de proveedores, por lo que el equipo se limita a hacer los señalamientos necesarios en el cuadro.

12.45. El cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAXP) que se ha logrado construir hasta ahora basado en información sobre los agentes de financiamiento se muestra en la ilustración 12.8 (ver página 209).

Estimación del gasto por tipo de proveedor

12.46. A continuación, el equipo centra su atención en las estimaciones independientes del gasto correspondiente a los servicios de proveedores. En el caso de los hospitales del Ministerio de Salud y del Ministerio de Defensa (HP.1.1.1.1 y HP.1.1.1.2), Appia tiene suerte de contar con los informes de costos de cada unidad. El informe de costos del Ministerio de Defensa confirma el análisis realizado con el personal del ministerio en el sentido de que el único ingreso que estos hospitales reciben corresponde al que se les asigna por presupuesto.

12.47. Sin embargo, los informes del Ministerio de la Salud (resumidos en la ilustración 12.9), revelan un error en las cuentas de salud desarrolladas hasta ahora. Dichos informes confirman un gasto total de ¢9387 millones, pero muestran que ¢6740 millones correspondientes a pagos de beneficios se recibieron de la Agencia Nacional de Seguros, y que ¢107 millones correspondientes a co-pagos se recibieron de los pacientes. Estos pagos se remitieron a la tesorería general, pero el esquema presupuestario del Ministerio de Finanzas no muestra dichos pagos en la sección del presupuesto correspondiente al Ministerio de Salud. De acuerdo con la regla que establece que estos pagos deberían atribuirse a la Agencia Nacional de Seguros y a los pacientes como agentes de financiamiento (ver párrafo 10.15), el equipo debe revisar su estimación original del Ministerio de Salud como agente de financiamiento. Es necesario disminuir la asignación del ingreso general de los hospitales de ¢9387 millones a ¢2540 millones para evitar una doble contabilidad de los pagos de la Agencia Nacional de Seguros y de los pacientes.

Ilustración 12.9

Appia: hospitales del Ministerio de Salud, ingreso y gasto consolidados				
Año calendario 2002 (millones de coronas)				
Gasto			Ingreso	
7.01.01	Sueldos	1 963	Recaudaciones de la Agencia Nacional de Seguros 6 740	
7.01.02	Contribuciones sociales	818	Recaudaciones de pacientes 107	
7.01.06	Fármacos	981	Fondos de la administración central:	
7.01.08	Otros suministros	40	Asignación presupuestal 9 387	
7.01.03, .04	Servicios	1 268	Menos remesas al Ministerio de Finanzas -6 847	
7.01.10, .11	Otros gastos de operación	2 127	2 540	
7.01.05	Alimentos	573		
7.01.09	Edificios	717		
7.01.07	Equipo	900		
Total		9 387	Total	
			9 387	

12.48. En el caso de los hospitales regionales (HP.1.1.1.3), las autoridades regionales suministran cifras del presupuesto real, si bien con información de entrada menos detallada; dichas cifras se encuentran compiladas en la ilustración 12.10. Al igual que los hospitales del Ministerio de Salud, estas unidades recibieron pagos de los pacientes y de la Agencia Nacional de Seguros, así como también del Fondo de Salud de los Empleados del Gobierno. El sistema de contabilidad del Ministerio de Finanzas no tiene identificados estos pagos. Por lo tanto, los pagos del gobierno regional (como agente de financiamiento) a sus hospitales deben reducirse de ¢19 712 millones a ¢41 millones a fin de evitar una doble contabilidad con otros pagos de agentes de financiamiento.

Ilustración 12.10

Appia: hospitales regionales, ingreso y gasto consolidados Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Mano de obra	11 826	Recaudaciones de la Agencia Nacional de Seguros	14 062
Medicamentos	1 969	Recaudaciones de pacientes	201
Otros suministros	3 942	Recaudaciones del Ministerio de Salud	5 299
Servicios	986	Recaudaciones del Programa de Seguro de Salud para Empleados del Gobierno	109
Otros gastos de operación	989	Subsidio del presupuesto de la administración regional	41
Capital	0		
Total	19 712	Total	19 712

12.49. La asociación de hospitales privados suministró al equipo las cifras reales para estas unidades (ver la ilustración 12.11). Estos registros documentan también un monto de co-pagos de los hogares de ¢14 106 millones. El equipo asienta las cifras totales en la columna etiquetada como “estimados” y muestra también las cifras de los co-pagos en las celdas de los hogares.

Ilustración 12.11

Appia: hospitales privados, ingreso y gasto consolidados (HP.1.1.2) Año calendario 2002 (millones de coronas)			
Gasto		Ingreso	
Costos de operación	25 827	Recaudaciones de la Agencia Nacional de Seguros	10 898
Costo de capital	0	Recaudaciones de aseguradoras	560
		Contribuciones de organizaciones no gubernamentales	263
		Recaudaciones de pacientes	14 106
Total	25 827	Total	25 827

Fuente: Asociación de Hospitales de Appia.

12.50. En cuanto a las estimaciones de los gastos en consultorios médicos y policlínicas privadas, el equipo recurre a las cuentas del producto nacional del país. El equipo del SCN proporciona estimaciones de ¢14 551 millones para los primeros, y de ¢19 192 millones para las segundas (que incluyen la clínica de AZap). El equipo de las CNS visita la oficina del personal del SCN para saber más acerca de la forma en que se construyeron estas estimaciones y queda satisfecho con la explicación. Sin embargo, el equipo del SCN es incapaz de ayudar con las estimaciones del gasto para los servicios de atención medicalizada domiciliaria y de médicos tradicionales. El primer tipo de atención integra una categoría demasiado pequeña como para ser estimada por separado en las cuentas de ingresos y productos, y los curanderos tradicionales se consideran como fuera de la economía –las transacciones entre ellos y los hogares se califican de transferencias y no se rastrean.

12.51. En lo que se refiere a las estimaciones del gasto en las policlínicas del gobierno, el equipo consulta el presupuesto consolidado del gobierno regional producido por el Ministerio de Finanzas. La cifra de ¢521 millones parece ser sospechosamente baja; luego de una investigación, el equipo descubre que a las policlínicas regionales (a diferencia de sus contrapartes hospitalarias) se les permite quedarse con los ingresos recibidos de otros pagadores y que el informe del Ministerio de Finanzas sólo informa sobre el subsidio del gobierno regional. Esto significa que no hay una fuente independiente del gasto total de los gobiernos regionales en las policlínicas. Las policlínicas del Ministerio de Defensa se financian por completo a través del presupuesto del ministerio, por lo que la cifra parece bastante segura.

12.52. Después de este desglose preliminar del gasto en salud por parte de los diversos agentes de financiamiento y de una estimación preliminar de algunos de los márgenes de las filas, el equipo ha desarrollado el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (AF P) que se muestra en la ilustración 12.12 (ver página 210).

Conciliación de las entradas

12.53. El equipo inicia el proceso de conciliación. Primero, revisa las estimaciones de los co-pagos de los hogares para la obtención de atención hospitalaria. Se percata de que la cifra que resulta de combinar los datos que dan el gobierno y los hospitales privados (¢107 millones + ¢201 millones + ¢14 106 millones = ¢14 414 millones) es sólo ligeramente superior a los ¢13 643 millones que arroja la encuesta de hogares. El equipo decide que esto no es sorprendente, ya que es más fácil recordar los eventos hospitalarios que otros tipos de eventos médicos. Resulta alentador darse cuenta de que la suma que dan los hospitales cae dentro del intervalo de confianza del 95% suministrado por la Agencia Estadística de Appia. Al revisar el informe de los hospitales, el equipo concluye que estas cifras son más sólidas que la estimación puntual de la encuesta de hogares, por lo que, relegando la estimación más débil en favor de la más sólida, reemplaza las cifras de co-pagos procedentes de la encuesta de hogares con aquellas provenientes de los informes hospitalarios.

12.54. A continuación, el equipo revisa el gasto en servicios ambulatorios. Aquí se presentan dos retos. Primero, no existe una estimación total para las policlínicas gubernamentales. Segundo, no hay una separación en el gasto de los hogares entre las policlínicas gubernamentales y las privadas. El equipo hace frente al primer problema revisando los pagos conocidos a las policlínicas del gobierno. Se da cuenta de que la Agencia Nacional de Seguros pagó ¢17 175 millones a las clínicas, y que las regulaciones de la Agencia requieren que los pacientes paguen 5% de la factura de la policlínica. Así, supone que los co-pagos de los hogares equivalen al 0.05 (¢17 175 millones /95), ó ¢904 millones. Luego de añadir a esta cifra los otros pagos conocidos, el equipo llega a una cifra del gasto total para las policlínicas del gobierno de ¢25 994 millones (ver ilustración 12.13).

Ilustración 12.13 Appia: hoja de cálculo relativa a los pacientes ambulatorios

Policlínicas gubernamentales	
Pagos de la Agencia Nacional de Seguros	17 175
Pagos del Ministerio de Salud	6 473
Pagos de seguros gubernamentales	402
Fondos de la administración regional	521
Pagos de hogares (estimado)	904
Policlínicas del Ministerio de Defensa	519
Igual a: total (estimado)	25 994
Policlínicas privadas	
	19 192
Menos: pagos de seguros privados	-1 236
Pagos de la Agencia Nacional de Seguros	-4 973
Policlínica de la compañía nacional de electricidad (AZap)	-1 216
Igual a: pagos de hogares y empresas privadas	11 767
Menos: pagos de empresas privadas	-3 024
Igual a: pagos de los hogares a policlínicas privadas	8 743
Más: pagos de los hogares a policlínicas gubernamentales	904
Igual a: pagos de los hogares a policlínicas	9 647

12.55. Para solucionar el segundo problema, el equipo empieza con la estimación del SCN del gasto total en las clínicas privadas. Sustrahe las cifras procedentes de la Agencia Nacional de Seguros, las compañías de seguros privados y la compañía de electricidad nacional (AZap), luego de lo cual quedan ¢11 767 millones para separar entre los hogares y los empleadores. A pesar de que las estimaciones que ya se encuentran listas para los hogares y los empleadores tienen márgenes de error del 5%, el equipo decide usar la estimación puntual para los empleadores tal cual se obtuvo. Esto minimiza el número de cambios efectuados a los datos existentes, y violenta muy poco la distribución del gasto para los servicios de policlínicas entre los diversos agentes de financiamiento. Al hacerlo así, se obtiene una cifra de los hogares de ¢9 647 millones para el conjunto de policlínicas gubernamentales y privadas, lo que representa cerca de un monto 20% menor que la estimación puntual obtenida de la encuesta de hogares. El equipo somete esta cifra a debate: ¿deberían ajustarse los demás rubros en este cálculo? La reducción de la cifra del pago de empleadores daría como resultado un monto de los hogares apenas ligeramente superior como porcentaje del monto encuestal, por lo que la realización de dicho ajuste no resolvería la discrepancia. Otra opción es el incremento del monto total para las policlínicas privadas a partir de la cifra del SCN, pero hacerlo representaría una invitación a plantear más preguntas acerca de las estimaciones de lo que la fortaleza de las mismas puede sostener. El equipo decide usar su cifra derivada, si bien dando seguimiento a la cifra de la encuesta de hogares en ciclos futuros de las cuentas de salud (si la hoja de trabajo que ha desarrollado el equipo subestima de manera consistente la cifra de la encuesta, será necesario que el equipo emprenda en una mayor exploración de esta parte de las cuentas, y si la diferencia entre las dos cifras fluctúa año con año, la discrepancia podría simplemente señalar la presencia de un error muestral).

12.56. Ahora el equipo examina los servicios proporcionados por médicos, y genera una hoja de trabajo similar a la que se usó para las policlínicas privadas (ilustración 12.14). De nuevo, al iniciar con la cifra del SCN para el gasto total en servicios de médicos y sustraer las cifras de beneficios tomadas de la encuesta de seguros privados, el informe de las paraestatales y la encuesta de organizaciones no gubernamentales, el equipo obtiene un gasto de los hogares de ¢11 572 millones como remanente. La cifra correspondiente al gasto de Médicos sin Fronteras (Doctors without Borders) no se sustrae de la cifra del SCN porque el programa no opera consultorios que pudieran capturarse en una encuesta y lo más probable es que éste sea registrado en el SCN junto con las organizaciones de asistencia social. Esto eleva la cifra de las CNS correspondiente al gasto total en servicios de médicos por encima del monto registrado en el SCN, pero la diferencia puede explicarse dentro del terreno de las clasificaciones.

Ilustración 12.14 Appia: hoja de cálculo de médicos privados

Año calendario 2002 (millones de coronas)

Estimación SCN	14 551
Menos: pagos de seguros privados	-2 640
Pagos de organizaciones no gubernamentales	-286
Pagos de la compañía nacional de electricidad (AZap)	-53
Igual a: Pagos de los hogares (estimados)	11 572

12.57. El establecimiento de una cifra del pago de hogares a médicos ayuda a fortalecer las cifras correspondientes para los curanderos tradicionales (ilustración 12.15). La encuesta de hogares no pudo distinguir entre estos servicios y los servicios de médicos, y arrojó un gasto total de ¢19 763 millones. La substracción de ¢2 640 millones del monto de los pagos reembolsados por los seguros privados y de otros ¢53 millones de los pagos reembolsados por la compañía nacional de electricidad, AZap, elimina la doble contabilidad descrita antes. Al sustraer la estimación derivada ya de ¢11 572 millones correspondiente a los servicios de médicos, queda entonces un remanente de ¢5498 millones para los servicios de curanderos tradicionales.

Ilustración 12.15 Appia: hoja de cálculo de curanderos tradicionales

Año calendario 2002 (millones de coronas)

Estimación de encuesta sobre pagos de los hogares a proveedores	19 763
Menos: reembolsos a hogares (elimina una doble contabilidad)	-2 693
Pagos de seguros privados	2 640
Pagos de la compañía nacional de electricidad (AZap)	53
Menos: pagos de los hogares a médicos	-11 572
Igual a: pagos de los hogares a curanderos tradicionales	5 498

12.58. Es casi seguro que esta cifra resulte demasiado baja. Primero, es probable que la encuesta de hogares haya subestimado el gasto en servicios clínicos (incluyendo a los médicos), en virtud de los errores de memoria (ver párrafo 8.25). Segundo, los encuestados pueden no querer informar sobre los pagos efectuados a curanderos tradicionales por temor a parecer “retrógrados”. Tercero, el uso de este “método del residuo”) significa que los posibles errores en la información sobre los pagos de los seguros privados y los posibles errores al estimar el total de la categoría de médicos repercuten todos en la celda del gasto de los hogares en curanderos tradicionales, si bien el equipo no sabe si este error neto será positivo o negativo.

12.59. Desafortunadamente, no existe una solución sencilla a este problema. En ausencia de una buena estimación del tamaño del “mercado” de los curanderos tradicionales, y sin suficiente información sobre el alcance del sub-registro en la encuesta del presupuesto de los hogares, el equipo decide conservar la estimación por considerarla posible. Con estos números, el gasto de los hogares en curanderos tradicionales es cerca de la mitad del que se destina a los servicios de médicos, que se encuentra en el rango de la evidencia anecdótica. El equipo documenta el problema profusamente, y resuelve trabajar en lograr mejores estimaciones en ciclos de estimación futuros.

12.60. El mismo tipo de situación priva para el gasto en medicamentos de prescripción. Actualmente, los productos farmacéuticos se combinan con otros tipos de bienes de consumo en las cifras del SCN, por lo que estas cuentas no son de ninguna ayuda. El equipo del SCN trabaja todavía en la construcción de un cuadro de insumo/producto, por lo que no está listo para proporcionar cifras sobre el mercado de medicamentos de prescripción. Consciente de que la oportunidad de su informe es muy importante, el equipo de las CNS decide usar la cifra directamente de la encuesta de hogares, y trabajar en la obtención de mejores estimaciones en los siguientes ciclos (quizá mediante la construcción de su propio modelo de ventas de productos farmacéuticos). Dado que ningún otro agente de financiamiento ha informado sobre la realización de pagos a las farmacias de la comunidad, la cifra de los hogares se usa también para determinar el total del proveedor en esta línea.

12.61. Con algunas pocas estimaciones más, el equipo de las CNS termina un cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP). No existen estimaciones sobre las actividades de salud pública, administración, investigación o educación que sean independientes de las cifras que han suministrado los diversos agentes de financiamiento, por lo que los totales de “proveedores” son simplemente la suma de los registros de las celdas. De la misma manera, el costo neto de los seguros grupales e individuales se calcula a partir de la hoja de trabajo sobre seguros, y no existe una estimación independiente de este valor. El cuadro de FAxP que el equipo ha desarrollado hasta este punto se muestra en la ilustración 12.16 (ver página 192). El gasto nacional en salud estimado hasta ahora es de ¢182 228 millones, en comparación con la cifra de ¢208 323 millones derivada del primer ejercicio para construir el cuadro de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA).

12.62. Como resultado, el equipo regresa al cuadro de FSxFA para reflejar las nuevas cifras sobre el gasto de los hogares y el gasto de AZap en salud. El nuevo cuadro, aún provisional, se muestra en la ilustración 12.17 (ver página 193). El equipo centra ahora su atención en los cuadros de estimación de los agentes de financiamiento por funciones (FAxF) y de proveedores por funciones (PxF), mismos que constituyen el tema del siguiente capítulo.

Ilustración 12.8 Appia: cuadro provisional de agentes de financiamiento por proveedores (FAXP)
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Proveedores	Agentes de financiamiento												
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gobierno regional	HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	HF.2.1.1 Seguro de salud de empleados del gobierno	HF.2.1.2 Seguros sociales privados	HF.2.2 Seguros individuales privados	HF.2.3 Hogares	HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales	HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)	HF.2.5.2 Empresas privadas	HF.3 Resto del mundo
HP.1.1.1.1 Hospitales generales del Ministerio de Salud	9 387				6 740				parte 13 643				
HP.1.1.1.2 Hospitales del Ministerio de Defensa			116										
HP.1.1.1.3 Hospitales generales regionales	5 299			14 413	14 062	109			parte 13 643				
HP.1.1.2 Hospitales generales privados					10 898		218	342	parte 13 643	263			
HP.2.9 El resto de la atención residencial	218												
HP.3.1 Consultorios médicos privados							1 030	1 610	parte 17 070	286	53		599
HP.3.3 Enfermeras visitadoras					471				parte 17 070				
HP.3.4.1 Policlinicas del gobierno	6 473		519	521	17 175	402			parte 11 965				
HP.3.4.2 Policlinicas privadas					4 973		482	754	parte 11 965		1 216	3 024	
HP.3.9.9 Curanderos tradicionales									parte 17 070				
HP.4.1 Farmacias									41 042				
HP.5 Proveedores de salud pública	5 262			726						1 893			
HP.6.1 Gobierno	3 365			56									
HP.6.2 Administración de la Agencia Nacional de Seguros					6 518								
HP.6.3 Otros seguros sociales						52	400						
HP.6.4 Otros seguros (privados)								574					
HP.6.9 Otros administración										216			
HP.8.1 Investigadores		286								230			
HP.8.2 Docentes		43											
Total	30 004	329	635	15 716	60 837	563	2 130	3 280	83 720	2 888	1 269	3 024	599

Ilustración 12.12 Appia: cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) (En preparación, 2) Año calendario 2002 (millones de coronas)

Proveedores	Agentes de financiamiento												Suma provisional	Total estimado
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gobierno regional	HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	HF.2.1.1 Seguro de salud de empleados del gobierno	HF.2.1.2 Seguros sociales privados	HF.2.2 Seguros individuales privados	HF.2.3 Hogares	HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales	HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)	HF.2.5.2 Empresas privadas	HF.3 Resto del mundo	
HP.1.1.1.1 Hospitales generales del Ministerio de Salud	2 540 9 387				6 740				107 o parte 13 643					9 387 ?
HP.1.1.1.2 Hospitales del Ministerio de Defensa			116											116
HP.1.1.1.3 Hospitales generales regionales	5 299			41 14 413	14 062	109			201 o parte 13 643					19 712 ?
HP.1.1.2 Hospitales generales privados					10 898		218	342	14 106 o parte 13 643	263				25 827
HP.2.9 El resto de la atención residencial	218													?
HP.3.1 Consultorios médicos privados							1 030	1 610	parte 17 070	286	53		599	14 551
HP.3.3 Enfermeras visitadoras					471				parte 17 070					?
HP.3.4.1 Policlinicas del gobierno	6 473		519	521	17 175	402			parte 11 965					519+?
HP.3.4.2 Policlinicas privadas					4 973		482	754	parte 11 965		1 216	3 024		19 192
HP.3.9.9 Curanderos tradicionales									parte 17 070					?
HP.4.1 Farmacias									41 042				41 042	?
HP.5 Proveedores de salud pública	5 262			726						1 893			7 881	?
HP.6.1 Gobierno	3 365			56									3 421	?
HP.6.2 Administración de la Agencia Nacional de Seguros					6 518								6 518	?
HP.6.3 Otros seguros sociales						52	400							?
HP.6.4 Otros seguros (privados)								574						?
HP.6.9 Otros proveedores										216				?
HP.8.1 Investigadores		286								230				?
HP.8.2 Docentes		43												?
Total	30 004	329	635	15 757	60 837	563	2 130	3 280	83 720 o 84 491	2 888	1 269	3 024	599	

Ilustración 12.16 Appia: cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) (Preliminar) Año calendario 2002 (millones de coronas)

Proveedores	Agentes de financiamiento												Total
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gobierno regional	HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	HF.2.1.1 Seguro de salud de empleados del gobierno	HF.2.1.2 Seguros sociales privados	HF.2.2 Seguros individuales privados	HF.2.3 Hogares	HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales	HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)	HF.2.5.2 Empresas privadas	HF.3 Resto del mundo
HP.1.1.1.1 Hospitales generales del Ministerio de Salud	2 540				6 740				107				9 387
HP.1.1.1.2 Hospitales del Ministerio de Defensa			116										116
HP.1.1.1.3 Hospitales generales regionales	5 299			41	14 062	109			201				19 712
HP.1.1.2 Hospitales generales privados					10 898		218	342	14 106	263			25 827
HP.2.9 El resto de la atención residencial	218												218
HP.3.1 Consultorios médicos privados							1 030	1 610	11 572	286	53		15 150
HP.3.3 Enfermeras visitadoras					471								471
HP.3.4.1 Policlinicas del gobierno	6 473		519	521	17 175	402			904				25 994
HP.3.4.2 Policlinicas privadas					4 973		482	754	8 743		1 216	3 024	19 192
HP.3.9.9 Curanderos tradicionales									5 498				5 498
HP.4.1 Farmacias									41 042				41 042
HP.5 Proveedores de salud pública	5 262			726						1 893			7 881
HP.6.1 Gobierno	3 365			56									3 421
HP.6.2 Administración de la Agencia Nacional de Seguros					6 518								6 518
HP.6.3 Otros seguros sociales						52	400						452
HP.6.4 Otros seguros (privados)								574					574
HP.6.9 Otros administración										216			216
HP.8.1 Investigadores		286								230			516
HP.8.2 Docentes		43											43
Total	23 157	329	635	1 344	60 837	563	2 130	3 280	82 173	2 888	1 269	3 024	599 182 228

Ilustración 12.17 Appia: cuadro actualizado de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA)
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento (FS)							
	FS.1.1.1 Gobierno central	FS.1.1.2 Gobiernos regionales	FS.1.2 Otros fondos públicos	FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de hogares	FS.2.3 Organizaciones no gubernamentales	FS.3 Fondos del resto del mundo	Total
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	21 619						1 538	23 157
HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	329							329
HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	635							635
HF.1.1.2 Gobierno regional	986	58					300	1 344
HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	1 106		566	44 374	14 791			60 837
HF.2.1.1 Seguro de salud de empleados del gobierno				422	141			563
HF.2.1.2 Seguros sociales privados				710	1 420			2 130
HF.2.2 Seguros individuales privados					3 280			3 280
HF.2.3 Hogares					82 173			82 173
HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales						1 235	1 653	2 888
HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)				1 269				1 269
HF.2.5.2 Empresas privadas				3 024				3 024
HF.3 Organizaciones externas							599	599
Total	24 675	58	566	49 799	101 805	1 235	4 090	182 228

Capítulo 13

Desarrollo de los cuadros de agentes de financiamiento por funciones y de proveedores por funciones

13.01. Como se analizó en el capítulo 1, las cuentas nacionales de salud (CNS) hacen más que simplemente medir los flujos financieros entre fuentes, agentes de financiamiento y proveedores en el sistema de atención de la salud. Los principales beneficios analíticos radican en sus posibilidades de mostrar la forma en que se ejercieron los gastos. Los tomadores de decisiones tienen un gran interés en los tipos de atención proporcionada, la equidad del gasto en atención de la salud y su distribución a lo largo de diversas dimensiones, como por ejemplo grupos de edad y regiones de los países. También quieren saber qué enfermedades y condiciones explican el gasto en salud en su país. Las respuestas a muchas de estas preguntas se encuentran al desarrollar los cuadros de distribución como parte de las cuentas de salud.

13.02. A diferencia de los cuadros estadísticos examinados en los capítulos anteriores, los cuadros de distribución pueden no mostrar todo el gasto en salud. En algunos casos, en efecto, implican la representación de todo el cuadro del gasto nacional en salud mediante la aplicación de un marco de referencia reorganizado en el que todas las categorías (para usar un lenguaje matemático) son mutuamente excluyentes y exhaustivas; un ejemplo de este tipo de cuadro es el del gasto por región geográfica. En otros casos, la dimensión analítica atañe a aspectos o elementos seleccionados de las cuentas de salud. Por ejemplo, los formuladores de políticas pueden querer saber cuál es la distribución de los gastos individuales en salud entre los diferentes deciles de ingreso de la población; en un caso así, el gasto para investigación, construcción y otros conceptos similares se omitiría. O bien, los formuladores de políticas pueden estar interesados en las fuentes de financiamiento para los servicios quirúrgicos por tipo de procedimiento quirúrgico, en cuyo caso el análisis excluiría todo el gasto destinado a actividades no quirúrgicas.

13.03. Ya sea que el espectro sea completo o parcial, las técnicas subyacentes utilizadas para desarrollar estas herramientas analíticas son similares. De hecho, todas son variaciones o extensiones de las técnicas utilizadas para desarrollar las cuentas de salud. Muchos confían en la integración del uso de las encuestas nacionales o de microdatos con el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores.

13.04. Esta Guía analiza las formas de producir cinco dimensiones diferentes: funciones, como parte de los cuadros estadísticos que muestran los agentes de financiamiento por funciones (FAXF) y los proveedores por funciones (PxF); cuentas de nivel subnacional; la distribución de los gastos entre los grupos de población; gastos por condiciones de salud, enfermedad e intervenciones; e insumos para la producción de los bienes y servicios de salud. Los enfoques generales descritos en la presente Guía pueden modificarse para ajustarse a prácticamente cualquier otra dimensión de interés. El orden en que los cuadros sean creados, y la frecuencia con la que sean re-estimados, se determinarán en función de las necesidades de política específicas de los tomadores de decisiones. Antes de iniciar la preparación de cualquiera de los cuadros, será necesario consultar a los formuladores de políticas o su personal con el fin de identificar los temas de importancia para ellos. Asimismo, habrá que realizar consultas con analistas fuera del gobierno, ya que, con frecuencia, éstos gozan de una visión más amplia de los cambios en el sistema de salud y pueden ayudar a anticipar las necesidades de política.

13.05. Aun cuando la elección de los cuadros de distribución depende de los intereses específicos de política del país en cuestión, existen estándares para preparar los cuadros. El más importante de éstos es el uso de esquemas de clasificación aceptados internacionalmente y el principio de integralidad. Este último se refiere a que, si bien no es necesario mostrar todas y cada una de las categorías de gasto en un cuadro, las categorías que se muestran deben distribuirse de manera completa.

¿Con qué cuadro se inicia?

13.06. El desarrollo de los cuadros de distribución requiere la combinación de datos sobre pagadores, proveedores, funciones y características específicas relacionadas con la distribución de la gente que usa o recibe bienes y servicios de salud. Los dos cuadros estadísticos de CNS son fuentes importantes de información, es decir, el que muestra los agentes de financiamiento por funciones (FAXF, cuadro 5.4) y el que

presenta a los proveedores por funciones (PxF, cuadro 5.3). La mayor relevancia que pueda tener uno u otro, el de FAXF o el de PxF, para las políticas es un asunto de decisión local. En algunos países, el énfasis de política se coloca en el lugar en el que se proporcionan los diversos servicios; en tales casos, el cuadro de PxF será de mayor utilidad. En otros, el énfasis se coloca en quién paga por los diversos servicios; en este caso, el cuadro de FAXF será muy útil. Sin embargo, operativamente, es probable que el llenado de uno de los cuadros no pueda hacerse sin trabajar también en el otro, y es posible que se requieran ambos para llevar a cabo los análisis de distribución.

13.07. La experiencia en diversos países sugiere que la preparación de estos cuadros no es una tarea directa e inmediata. Si los sistemas de pago pagan sobre todo por línea de servicio (usualmente cuando la seguridad social es predominante), y si los datos correspondientes se encuentran disponibles, entonces la estimación directa del cuadro de FAXF puede ser viable. De manera más característica, sin embargo, los presupuestos del sector público no se asignan por función, o no se suministran sus datos por función. En lugar de ello, se asignan más bien montos fijos a los proveedores (en ocasiones en el nivel de insumos del presupuesto, como por ejemplo para farmacias o salarios). En tales situaciones, la estimación directa del cuadro de FAXF sólo es posible para la parte de gastos totales, e incluso entonces, para una sección relativamente reducida. Si este es el caso, se requerirá alguna otra forma de proceder, y este es precisamente el tema de este capítulo.

13.08. Para llenar los cuadros de PxF y de FAXF, el mejor curso de acción es probablemente el seguimiento de la secuencia de pasos que se muestra a continuación:

- desglosar tanto como sea posible los pagos de cada agente de financiamiento por función;
- estimar un cuadro de proveedores por funciones (PxF);
- construir el cuadro de agentes de financiamiento por funciones (FAXF) mediante la combinación y conciliación de los resultados de estas dos estimaciones.

Desagregación de los pagos de agentes de financiamiento en clases funcionales

Cuando existen datos

13.09. La tarea de llenar el cuadro de agentes de financiamiento por funciones será más sencilla en la medida en que los agentes de financiamiento recopilen y retengan información sobre los tipos de servicios provistos a los beneficiarios. Sin embargo, incluso cuando lo hagan, es importante revisar el contenido de la información en cada categoría para cada agente de financiamiento a fin de asegurar que las clasificaciones se hagan correctamente. Independientemente de cualquier similitud en el nombre, será necesario verificar la consistencia de la definición exacta, la cobertura (demográfica y geográfica), las unidades monetarias utilizadas, la medida en que el informe incorpora datos que remiten a valor de los recursos consumidos y los otros aspectos financieros ya mencionados con los estándares de las cuentas de salud.

13.10. Es probable que dos agentes de financiamiento en particular, a saber, los sistemas de seguros sociales y los hogares, presenten la clase de desglose funcional que resulta de utilidad para la contabilidad de la salud.

13.11. Sistemas de seguros sociales. Muchos países, especialmente aquéllos con sistemas de seguros sociales más grandes o mejor operados, cuentan siempre con algo de información disponible de manera rutinaria. Cuando una organización de seguro social mantiene un registro continuo de su gasto en servicios hospitalarios, ambulatorios y de otros tipos, en lugar de concretarse simplemente a financiar los

presupuestos de operación de los diferentes proveedores, es posible que ese agente de financiamiento tenga disponibilidad de datos funcionales sobre el gasto.

13.12. Sin embargo, incluso cuando estos datos existan, aún puede haber problemas para adaptarlos a las cuentas de salud. Con frecuencia, el esquema de clasificación utilizado por el sistema de seguro social no corresponderá exactamente al esquema de clasificación de la ICHA-HC. Si así fuera, podría crearse un puente o una correspondencia “cruzada”, es decir, un cuadro de conversión que asigne cada tipo de servicio a una categoría específica de la ICHA-HC. Tales cuadros deberían derivar de algunas bases empíricas, y elaborarse en consulta con la organización responsable de los datos y, posiblemente, en consulta con alguna de las personas que han estado a cargo de presentar o suministrar información sobre los datos.

13.13. A medida que se adquieran los datos sobre las clasificaciones funcionales del gasto, será también de utilidad ir tabulando los datos por proveedor. Más adelante, en el procedimiento de conciliación de esta etapa de las cuentas, se cotejará el cuadro de los agentes de financiamiento por funciones (FxF) con el cuadro de proveedores por funciones (PxP), por lo que contar con datos razonablemente sólidos, tanto como sea posible, facilitará la obtención de resultados más consistentes.

13.14. Hogares. En el caso de muchos tipos de servicios financiados por el gasto de los hogares, los datos de la encuesta de hogares serán usualmente la principal fuente de información. Tal como se analizó en el Capítulo 8, estas encuestas pueden ser de dos tipos: las encuestas generales sobre el presupuesto de los hogares y las encuestas de hogares específicas sobre salud.

13.15. Si una encuesta específica sobre salud se usa para la realización de las estimaciones primarias, entonces podrán obtenerse estimaciones directas de la distribución funcional del gasto de los hogares. Usualmente, estas encuestas recopilan datos sobre el gasto basados en informes sobre condiciones específicas de salud o sobre diagnósticos y acciones de tratamiento tanto a nivel individual como de los hogares. En estas encuestas, las acciones de tratamiento se clasifican con frecuencia de acuerdo con la función. Si hay disponibilidad de datos detallados de la encuesta, será necesario cotejar los renglones de gasto en la encuesta con las funciones pertinentes.

13.16. Tal como ocurre con los datos sobre seguros sociales, la clasificación de los datos de las encuestas de hogares por función pueden requerir de la aplicación de un cierto criterio. Los renglones de gasto en una encuesta pueden no corresponder de manera muy estrecha con la clasificación funcional de las CNS; por ejemplo, la encuesta puede registrar todos los gastos de adquisición de productos farmacéuticos y pruebas de laboratorio bajo un único renglón de gasto combinado. Cuando surge este tipo de situaciones, será necesaria la aplicación de alguna técnica similar a las descritas en el capítulo 11 a fin de asignar el gasto entre las funciones (realización de análisis conjuntos con otros expertos, información indirecta de encuestas de proveedores, etc.). Si todo falla, el gasto deberá ser asignado entre las clasificaciones funcionales con base en el criterio personal y utilizando las otras entradas en el cuadro como guía. Independientemente del procedimiento que se siga, se requiere de una documentación profusa para aquellos que continuarán con esta labor y aquéllos a quienes deberá explicarse el trabajo.

13.17. Si para preparar las estimaciones se usa una encuesta general sobre el presupuesto de los hogares, la tarea puede ser un poco más compleja. Con frecuencia, estas encuestas son más “fuertes” en términos de poder estadístico, error muestral y error no muestral, pero normalmente recogen muy pocos detalles, si no es que ninguno, sobre el gasto en salud. En tal caso, será necesario usar, o si fuera necesario comisionar, una encuesta sobre el gasto en salud de los hogares que recopile mayores detalles. Pero una encuesta así tiene sus propios problemas. Un mayor nivel de detalle suele venir acompañado de una muestra de menor tamaño, lo que ocasiona que la encuesta tenga menos utilidad a nivel nacional. A pesar de ello, la participación del gasto por funciones que puede obtenerse a partir de una encuesta más pequeña y más detallada puede aplicarse al gasto total derivado de una encuesta más grande y menos detallada.

13.18. En ocasiones, las encuestas sobre salud más detalladas adolecen de mayores problemas que las encuestas sobre el presupuesto de los hogares, tales como el sobre-registro y el subregistro. Aun así, si se considerara que este sesgo es similar a lo largo de todos los renglones de gasto en la encuesta, el desglose de los gastos en la encuesta detallada podría usarse para estimar la distribución porcentual por función de los servicios financiados por los hogares en las cuentas de salud. Si se considerara que el sesgo es mayor para algunos renglones que para otros, habría que ajustar la distribución antes de aplicarla a la cifra total. Por ejemplo, si se piensa que los servicios de médicos han sido seriamente subestimados respecto de los servicios hospitalarios, la participación correspondiente a los médicos puede elevarse en relación con la participación de los hospitales. Si los sesgos relativos se desconocen, la mejor suposición será la de que no existen sesgos relativos. Tal como ocurre con otras decisiones que se toman en el curso de la preparación de las cuentas de salud, es necesario documentar cada nueva decisión.

13.19. Los datos de encuestas detalladas pueden estar disponibles sólo a intervalos de poca frecuencia. En esta situación, puede ser necesario extrapolar o interpolar las participaciones en la distribución del gasto de hogares entre los años para los que hay información disponible (ver Anexo D).

13.20. Dado que las encuestas de hogares son probablemente una de las fuentes más importantes de información para desarrollar la clasificación funcional de los gastos, deberían ser de la mayor calidad posible. Si el cuestionario existente de la encuesta sobre el presupuesto de los hogares no se ajusta al esquema de clasificación utilizado en las CNS, los contadores de la salud del país deberán trabajar con la agencia estadística para modificar su configuración detallada, de forma que ésta permita la obtención de desgloses más relevantes para años futuros; en este sentido, el apoyo del comité directivo puede ser de gran utilidad.

Cuando no existen datos

13.21. Con más frecuencia de lo que se desearía, no habrá disponibilidad de datos sólidos sobre la clasificación funcional del gasto en salud. Cuando este sea el caso, existen diversas técnicas a las que se puede recurrir para estimar dicho desglose. Éstas se describen en lo que resta de esta sección.

13.22. *Uso de los presupuestos por programa del gobierno.* La codificación de los gastos por función es más simple en el caso de los sistemas de contabilidad gubernamentales que organizan el gasto de acuerdo con “presupuestos por programa”. Estos últimos son métodos de presupuestación y contabilidad en los que los gastos se planean y se registran de acuerdo con clasificaciones programáticas y funcionales, más que en función de clasificaciones por proveedor o por objeto. Si estos programas son lo suficientemente detallados, será posible asignar una única función a cada programa o subprograma, y así codificar gran parte del gasto gubernamental (o incluso todo). A manera de ilustración, los gastos en un programa destinados a suministrar exámenes de niño sano a niños menores de 2 años de edad se asignarían a HC.6.1 (salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas). Este tipo de enfoque ha sido adoptado por Sri Lanka, entre otros países.

13.23. Cuando se hace uso de este enfoque, es importante buscar asesoría y ratificación por parte del personal que conoce a fondo los programas en relación con los códigos que están siendo asignados a los mismos. En ocasiones, el ejercicio real de los gastos en un programa difiere del propósito formulado en los documentos presupuestales del gobierno, y es claro que, en casos así, este enfoque no funcionaría.

13.24. Los presupuestos por programas pueden no tener el nivel de detalle necesario para permitir la codificación directa de todos los gastos. En estos casos, los gastos deben distribuirse entre las funciones específicas de cada programa. Para llevar a cabo estas asignaciones se puede hacer uso de las prácticas estándar de la contabilidad de costos. Por ejemplo, el gasto de un programa puede asignarse a las funciones de acuerdo con el porcentaje del tiempo de personal asignado a cada función, o de acuerdo

con la distribución de las mercancías en el caso de una división de adquisiciones y suministros. Los datos necesarios para tales desgloses suelen estar disponibles sólo en los departamentos correspondientes, y la experiencia indica que la probabilidad de tener éxito es mayor cuando el personal del departamento participa en el ejercicio de estimación. En algunos casos puede también haber disponibilidad de estudios de costos especiales, o éstos pueden emprenderse a fin de derivar las asignaciones de costos por función.

13.25. *Uso de datos del sector privado.* Los capítulos 6 y 8 ofrecen una orientación sobre la realización de encuestas muestrales a entidades del sector privado tales como organizaciones no gubernamentales, empresas y empleadores y aseguradoras comerciales. La experiencia en diversos países sugiere que es probable que no existan suficientes datos administrativos de rutina en este tipo de agentes de financiamiento de forma que permitan una estimación de su gasto y de cómo éste se desglosa por proveedor y por función. Estas encuestas no necesitan ser integrales o frecuentes. Los esquemas de las organizaciones no gubernamentales, las empresas y las aseguradoras comerciales tienden a mantener patrones característicos de gasto. Por ejemplo, los empleadores privados pueden únicamente tener gastos significativos en atención hospitalaria y ambulatoria, servicios de salud ocupacionales y donativos a los proveedores de atención de la salud. Por esta razón, las encuestas sobre sus gastos usualmente pueden simplificarse solicitando a los encuestados que proporcionen tan solo desgloses de gasto en unos cuantos rubros. La periodicidad de tales encuestas puede también reducirse si la distribución de sus gastos por proveedor o por función mantiene una estabilidad en el tiempo. El ejemplo de Appia en el capítulo 11, en el que el equipo complementaba su encuesta solicitando a unos cuantos encuestados mayores que esclarecieran y profundizaran la información proporcionada, es un enfoque útil que puede adoptarse.

13.26. Las empresas de seguros en muchos países no mantienen datos agregados sobre el desglose funcional de los reclamos. Si no es posible persuadirlos de que mantengan tales registros, podría ser necesario en algunos casos analizar muestras de reclamos de seguros médicos a fin de determinar el desglose porcentual de los gastos, tanto por función como por proveedor, tal como se describe en el ejemplo de Appia en el capítulo 11.

Estimación del cuadro de proveedores por funciones

13.27. Respecto de esas áreas del gasto en salud para las que no existe un desglose funcional, es posible que el enfoque más viable sea el de desglosar el gasto por tipo de proveedor. En teoría, todos los gastos que pueden asignarse a un proveedor específico pueden también ser asignados a las clases de funciones en la ICHA-HC (u otras clasificaciones funcionales que se estén usando); si no fuera así, dichos gastos no deberían incorporarse a la estimación del gasto total en salud.

13.28. Por lo tanto, todo el cuadro de proveedores por funciones (PxF), o una parte del mismo, debería desarrollarse como un paso importante en la estimación del cuadro de agentes de financiamiento por funciones (FAXF). La naturaleza de esta actividad es muy similar a la que lleva a cabo en el desarrollo del cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAXP). La tarea consiste en estimar el ejercicio del gasto por función en cada tipo de proveedor, teniendo ya conocimiento de cuál es el total de gasto para cada tipo de proveedor. La creación del cuadro de PxF también permite verificar la validez de la información que han proporcionado los agentes de financiamiento respecto de los datos sobre las funciones.

Proveedores de una sola función

13.29. Algunos proveedores sólo ofrecen servicios dentro de una clasificación funcional. Por ejemplo, las farmacias minoristas pueden ofrecer sólo productos clasificados como HC.5.1 (productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos). Los laboratorios clínicos únicamente ofrecen servicios clasificados como HC.4.1. Cuando este sea el caso, todo el gasto en los servicios del proveedor puede asignarse a esa única función con relativa confianza.

Proveedores de múltiples funciones

13.30. Los tipos de proveedores de mayor tamaño suelen proporcionar más de un tipo de servicio. Por ejemplo, los hospitales normalmente ofrecen atención tanto hospitalaria como ambulatoria. Los sistemas de control financiero de la unidad pueden producir datos que permitan una estimación del desglose. Si no, dicha estimación deberá basarse en datos de encuestas de costos. Tales estudios tienden a ser complicados y caros; en los países de ingresos bajos y medios, es posible que éstos consistan en encuestas muestrales poco frecuentes. Desde un ángulo positivo, en muchos países estas encuestas se habrán realizado ya para otros fines de investigación.

13.31. Una de las tareas más difíciles al asignar el gasto entre las funciones que desempeñan estos proveedores es el tratamiento de los gastos administrativos y generales. Los gastos administrativos de un proveedor no se asignan a la función HC.7 (administración de la salud y los seguros médicos). Más bien, éstos se incluyen como parte del costo de los servicios suministrados. Si el sistema de contabilidad de costos del proveedor no lo hace así, los gastos administrativos y generales deberán distribuirse entre las diversas funciones desempeñadas. Existen varias formas de hacer esto, algunas de las cuales son más sofisticadas que otras. Por ejemplo, la forma más elemental (y con frecuencia la mejor) consiste en asignar los gastos administrativos y generales a las funciones en las mismas proporciones con las que otros gastos fueron asignados. O bien, los gastos administrativos y generales podrían distribuirse entre las funciones de manera proporcional a las unidades físicas involucradas (tales como consultas o días de atención). La elección del enfoque dependerá del tiempo y los recursos disponibles, así como de su plausibilidad teórica.

13.32. Al distribuir los gastos administrativos y generales entre las categorías de la ICHA-HC, el costo de investigación o de construcción debe removerse de este concepto. En algunos países se considera que el gasto de capital es una línea presupuestaria por objeto en el presupuesto hospitalario, por lo que se incluye como parte de los gastos generales. Para apegarse fielmente al esquema de clasificación de ICHA-HC, este gasto debe trasladarse a HC.R.1. El gasto general remanente del proveedor se prorratea entre las clases funcionales (incluyendo investigación o construcción, si ello fuera pertinente).

Conciliación de los resultados

13.33. Una vez que el gasto del agente de financiamiento ha sido desagregado por función en la medida de lo posible y que se ha completado un cuadro de proveedores por funciones (PxP), los resultados deben conciliarse. Esto ayuda en dos formas. Primero, ayuda a asignar aquel gasto de agente de financiamiento para el que no ha podido identificarse una función clara a partir de los datos. Segundo, ayuda a refinar las estimaciones del desglose de los proveedores por función y de los agentes de financiamiento por función.

13.34. A pesar de que el proceso práctico de conciliación es similar al cuadro de los agentes de financiamiento por proveedores (FAxP), en esta ocasión se complica un poco más. En el caso de FAxP, lo que se está conciliando es un cuadro de dos dimensiones; pero ahora, lo que se ha hecho en esencia es añadir una tercera dimensión al trabajo (agentes de financiamiento, proveedores y funciones). No existe una única mejor forma de proceder para efectuar esta conciliación. Una posibilidad es usar el cuadro de FAxP como punto de partida y proceder fila por fila (esto es, proveedor por proveedor). En cada celda de la fila se ha ingresado toda la información conocida acerca del desglose funcional del gasto de cada agente de financiamiento. El cuadro 13.1 muestra un ejemplo de esto; en aras de la simplificación de esta explicación, se parte de la suposición de que sólo existen dos clases de agentes de financiamiento y dos clases funcionales. En la realidad existen más, pero en todos los casos se puede aplicar el mismo proceso. Cada letra mayúscula y minúscula en el recuadro representa una cantidad (que puede estar faltando).

Cuadro 13.1 Ejemplo de un cuadro de conciliación

Proveedor (P)	Agentes de financiamiento (FA)			
	Sin asignación	FA 1	FA 2	Total
P1	Tot:	Tot: B	Tot: C	Tot: A
	F1: d-f-h	F1: f	F1: h	F1: d
	F2: e-g-k	F2: g	F2: k	F2: e

Nota: F1 = clase funcional.
A, B, C, d, e, f, etc. = montos.

13.35. A fin de crear el cuadro de conciliación, se ingresan los totales al margen correspondientes al gasto por agentes de financiamiento y al gasto por tipo de proveedor, los cuales se tomarán del cuadro de FA P construido en el capítulo 12 (éstos se muestran como los montos A, B y C en el cuadro 13.1). Entonces, en el caso de cada proveedor, las estimaciones hechas para cada función se ingresan en la celda adecuada (en el cuadro 13.1, éstas se muestran como los montos d a k). Si el desglose funcional total del proveedor (d y e) se desconoce, entonces estas cifras se obtienen sumando las entradas de los agentes de financiamiento. Si se desconoce uno o varios de los desgloses de los agentes de financiamiento, éstos pueden estimarse evaluando el gasto “no asignado” en la celda y aplicando alguna regla para distribuir dicho gasto sin asignar entre las piezas faltantes. Si todas las cifras detalladas estuvieran disponibles, el planteamiento del cuadro 13.1 puede usarse para conciliar la estimación de las funciones del proveedor con la estimación de

Recuadro 13.1 Valores nocionales

La idea de un valor nocional puede ser difícil de aceptar en un principio. El contador de la salud tiene una responsabilidad, como productor de las cuentas de salud de la nación, de presentar el panorama más preciso posible del sistema de salud. Sin embargo, incluso si el tamaño de un registro de celda se desconoce, el contador de la salud está obligado a hacer una estimación lo más cercana posible a la realidad. Afortunadamente, los tamaños de los registros de las celdas involucradas son reducidos. También por fortuna, mantener una apertura frente a lo que se ha hecho con frecuencia induce al descubrimiento de fuentes de información desconocidas hasta entonces, con información que puede usarse en ciclos futuros de las cuentas nacionales de salud.

las funciones del agente de financiamiento. El mayor reto se presenta cuando no existe ninguna de las cifras en detalle, porque la celda no puede dejarse en blanco. En un caso así, sería necesario insertar alguna forma de “valor nocial” con el fin de no retrasar la terminación del trabajo (ver recuadro 13.1). Pero cualquier valor que se confiera deberá quedar muy bien documentado, con la propuesta de solución para encontrar alguna forma de evitar esta situación en ciclos futuros de las cuentas.

13.36. La conciliación se lleva a cabo paso por paso. Se están manipulando tres dimensiones de las cuentas, por lo que puede ser difícil mantener la consistencia en las relaciones entre los diversos elementos en las diferentes dimensiones. Cuando el proceso descrito antes ha sido completado, es importante revisar el desglose funcional para cada agente de financiamiento (y a lo largo de todas los agentes de financiamiento) para asegurarse de que la serie de cifras tiene un sentido tanto de conjunto como a nivel individual.

Clasificación de las actividades por función

Categorización de los servicios auxiliares de atención de la salud

13.37. La categorización de los servicios auxiliares de atención de la salud (HC.4) y la estimación del gasto en estos servicios plantea algunos retos especiales. Esta categoría se usa para registrar servicios de proveedores que no están afiliados a una entidad de atención hospitalaria o ambulatoria. En cierto sentido, la categoría pareciera violar el sistema de clasificación funcional (los gastos relacionados con los servicios deberían incluirse en el tipo de servicio primario con el que están asociados). Sin embargo, cuando los cargos por estos servicios se encuentran separados de los cargos por la atención hospitalaria o ambulatoria a la que apoyan, puede ser adecuado categorizarlos por separado. Si fuera pertinente para las políticas de salud y si existieran datos de apoyo, los contadores de la salud pueden buscar la creación de subcategorías para dichos servicios auxiliares en apoyo a las funciones descritas de HC.1 a HC.3 (por ejemplo, HC.4.1.1 podría usarse para los servicios auxiliares en apoyo a la atención curativa hospitalaria).

Categorización de los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

13.38. Tal como ocurre con los servicios auxiliares de atención de la salud, la clasificación funcional HC.5 (productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios) se usa para registrar el suministro de tales productos cuando la actividad es distinta de la prestación de otros servicios. Otros productos farmacéuticos y otros productos médicos utilizados por los hospitales como parte de sus tratamientos hospitalarios, por ejemplo, se encuentran debidamente categorizados como HC.1.1 (o HC.2.1 o HC.3.1). De manera similar, los productos farmacéuticos utilizados en el curso de una consulta médica (o de una visita a algún proveedor similar) deberían incluirse como parte de dicha consulta. Sin embargo, si el surtido de una prescripción o la compra de un dispositivo médico o algún otro producto se encuentran separados de la visita al proveedor en la que se expidió la prescripción, esto debería considerarse como una actividad separada y registrarse en HC.5. Este tratamiento tiene una validez teórica en el sentido de que los consumidores tienen la opción de no adquirir los productos prescritos, farmacéuticos o de algún otro tipo, independientemente de la consulta para recibir atención de la salud. También tiene sus raíces en una vieja tradición entre los contadores de la salud que antecede el SCS o esta *Guía*. De nuevo, como ocurre con los servicios auxiliares, si es práctico y es relevante para las políticas, los contadores de la salud pueden crear subcategorías para registrar el tipo de evento con el que se asocia el producto farmacéutico o de algún otro tipo (por ejemplo, HC.5.1.1.1 para productos farmacéuticos prescritos asociados con la atención curativa). No obstante, esta subcategorización requeriría un entorno de una gran riqueza de datos para poder sustentarla.

Creación de los cuadros de agentes de financiamiento por funciones y de proveedores por funciones en Appia

13.39. En el siguiente ejemplo, se parte de la suposición de que todos los servicios en Appia son curativos, esto es, se ignoran HC.2 y HC.3. Este no es el caso en la práctica, pero dicha suposición simplifica el ejemplo sin dejar de mostrar los tipos de pasos que se siguen en la estimación.

13.40. Una vez que se han completado los cuadros provisionales de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento (FSxFA) y de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP), el equipo de las CNS de Appia empieza a desarrollar sus cuadros de agentes de financiamiento por funciones (FAxF) y de proveedores por funciones (PxP). El equipo descubre que es más útil desarrollar los dos cuadros en forma concurrente en lugar de hacerlo secuencialmente.

13.41. Al organizar esta etapa de su trabajo, el equipo establece contacto con personal de la Agencia Nacional de Seguros y del Fondo de Salud para los Empleados del Gobierno de Appia. El equipo solicita una tabulación especial de una muestra de reclamos de forma que pueda determinarse una distribución del gasto por clasificación funcional para cada tipo de proveedor.

13.42. Mientras que esta tabulación se prepara, el equipo se reúne con colegas del Ministerio de Salud para trabajar con el informe presupuestal del ministerio (ver ilustración 10.7, página 153). Algunas de las líneas presupuestarias por objeto y programas pueden traducirse directamente en clasificaciones de la ICHA-HC en el nivel de un dígito (ver ilustración 13.1). Luego de diversas sesiones de análisis con el personal del Ministerio de Salud, se llega al acuerdo de que el código presupuestal 7.02.06 se clasifique como HC.1.3. El código 7.03.00 puede asignarse a HC.7.1.1. El código 7.04.00 es dirigido a HC.6.3. El código 7.06.00 puede asignarse parcialmente a HC.6.9, pero los ¢1538 millones que fueron proporcionados por la organización internacional y canalizados a través de esta cuenta deben ser codificados como HC.6.1 dado que se usaron para planificación familiar. El código 7.08.00 se asigna por completo a HC.1.3. Los códigos 7.10.00 y 7.11.00 no son asignados a ninguna clasificación funcional, ya que el Ministerio de Salud no es el agente de financiamiento registrado (en las cuentas de salud, el gasto se registra con los gobiernos regionales). El código 7.12.00 se asigna a HC.7.1.1.

Ilustración 13.1 Appia: establecimiento de correspondencias entre los códigos presupuestales del Ministerio de Finanzas y los códigos de ICHA-HC

Descripción	Código presupuestal del Ministerio de Finanzas	Código ICHA-HC
Operación de los hospitales del Ministerio de Salud	7.01.00	1.1 & 1.3 & R.1
Operación de los orfanatos del Ministerio de Salud	7.02.06	1.3
Regulación de las industrias farmacéutica y de dispositivos médicos	7.03.00	7.1.1
Actividades para combatir epidemias	7.04.00	6.3
Demás actividades relacionadas con la salud	7.06.00	6.9 & 6.1
Atención hospitalaria en otras instalaciones	7.07.00	1.1 & 1.3
Atención en policlínicas y ambulatoria	7.08.00	1.3
Asistencia de autoridades regionales	7.10.00	---
Asistencia de la Agencia Nacional de Seguros	7.11.00	---
Mantenimiento del sistema central de contabilidad	7.12.00	7.1.1

13.43. Desafortunadamente, las cifras del Ministerio de Finanzas no pueden ayudar a asignar los gastos hospitalarios del Ministerio de Salud a las clasificaciones de la ICHA-HC. El equipo está de acuerdo en que el código 7.01.09 pertenece a las inversiones, pero los demás se identifican por tipo de insumo, más que por tipo de producto. Así, el equipo de CNS establece contacto con los hospitales del Ministerio de Salud y les solicita sus informes internos. La información de los hospitales notifica un gasto de ¢4693 millones en atención hospitalaria, ¢1018 millones en atención ambulatoria, y ¢3676 millones en gastos administrativos. Al investigar, el equipo se entera de que esta última cantidad incluye el gasto para la construcción de un nuevo hospital (código 7.01.09). El monto restante, ¢2959 millones, debe incluirse en la atención del hospital más que en la administración de la salud por el gobierno general (HC.7.1.1), por lo que el equipo lo asigna a la atención hospitalaria y ambulatoria de manera proporcional al gasto identificado en dichos servicios. Es decir, el 82% de los gastos administrativos generales — $4693/(4693+1018)$ — se asigna a servicios hospitalarios, y el 18%, a servicios ambulatorios. Estas cifras se muestran en la ilustración 13.2. Esta información puede combinarse con otros datos para desglosar los pagos del Ministerio de Salud como agente de financiamiento: a los pacientes no se les carga ningún co-pago por concepto de atención hospitalaria, la cantidad total que ellos pagan es para atención ambulatoria. La tabulación de los reclamos proporcionada por la Agencia Nacional de Seguros se usa para desglosar los pagos de la Agencia a los hospitales del Ministerio de Salud, por lo que los pagos del Ministerio de Salud como agente de financiamiento pueden obtenerse por sustracción.

13.44. El equipo tampoco puede desagregar inmediatamente el gasto del Ministerio de Salud en servicios de hospitales o policlínicas regionales. Así, deja de lado los registros del Ministerio de Salud y emprende una revisión de estos proveedores (ver ilustración 13.3, página 206). El sostenimiento de pláticas con ciertos administradores de los presupuestos de hospitales regionales sugiere que el 63% de su gasto se destina a atención hospitalaria, y que el resto se ejerce en atención ambulatoria. El equipo decide llevar a cabo el mismo ejercicio para los hospitales regionales que el que hizo para los hospitales del Ministerio de Salud, con lo que divide los fondos de agentes de financiamiento de manera proporcional, lo que arroja una razón de atención hospitalaria respecto de atención ambulatoria de 63:37. En este caso quedan dos distribuciones del agente de financiamiento “desconocidas” en lugar de una, pero la lógica es la misma.

Ilustración 13.2 Appia: hoja de cálculo de los hospitales del Ministerio de Salud

Año calendario 2002 (millones de coronas)

	Total			Hogares	Agencia Nacional de Seguros	Ministerio de Salud
	Directo	General y administrativo	Total			
Hospitales del Ministerio de Salud	Total: 6 428	2 959	9 387	Total: 107	Total: 6 740	Total: 2 540
	1.1: 4 693	2 432	7 125	1.1: 0	1.1: 5 931	1.1: 1 194
	1.3: 1 018	527	1 545	1.3: 107	1.3: 809	1.3: 629
	R.1: 717		717			717
Comentarios				Distribución conocida por ley (ver párrafo 13.43)	Tabulación especial realizada por el personal de la ANS	Estimado como residuo

13.45. Esto deja pendiente la distribución del gasto de los hospitales privados (la clasificación del hospital del Ministerio de Defensa había sido abordada en una llamada telefónica a la oficina del presupuesto de salud del Ministerio de Defensa). El problema aquí es que no es posible examinar una muestra de registros hospitalarios ni aplicar una encuesta a los administradores. Afortunadamente, la Universidad Appia había realizado un estudio de costos de la asociación de hospitales privados un año antes, por el que estimaron los costos de la prestación de atención hospitalaria y ambulatoria. El equipo aplica los tamaños relativos de las participaciones hospitalaria y ambulatoria tomadas de ese estudio al registro del presente año en el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FAxP) y combina esta estimación con los desgloses funcionales estimados suministrados por la Agencia Nacional de Seguros, siguiendo las mismas técnicas usadas para los hospitales regionales. Estos cálculos se presentan en la ilustración 13.4 (ver página 206).

13.46. Al pasar a las policlínicas, el equipo entrevista a los administradores de diversas policlínicas del gobierno, ya que se sabe que éstas suministran medicamentos de prescripción además de la atención a pacientes. Los entrevistados dan a conocer cifras que van del 75% al 90% como la proporción de su presupuesto no de capital que se destina a medicamentos para consulta externa, con un promedio de cerca del 85% (ver ilustración 13.5, página 207). El equipo decide usar esa media para dividir la cifra total (y distribuir asimismo el gasto de las policlínicas privadas en ausencia de cualquier otra información). Los administradores de las policlínicas también señalan que no hay razón para diferenciar la separación del gasto entre productos farmacéuticos y servicios por tipo de pagador, por lo que el equipo aplica la misma separación proporcional al gasto de los hogares y de otros pagadores en policlínicas (usando las cifras de la Agencia Nacional de Seguros y del Fondo de Salud de los Empleados del Gobierno tal como fueron suministradas). Ambas decisiones se documentan y se archivan bajo el encabezado de “mejoras futuras en las cuentas”.

13.47. La evidencia anecdótica sugiere que casi todos los servicios proporcionados por médicos privados corresponden a atención de los pacientes, mientras que sólo un pequeño porcentaje es atribuible a los medicamentos de prescripción. El equipo establece un “valor nocional” de 5% para el segundo tipo, y de nuevo archiva la decisión en la sección de mejoras futuras, con la posibilidad de que se revise de nuevo una vez que el cuadro de insumo/producto se haya finalizado para la economía en su conjunto.

13.48. Luego de un poco más de trabajo con diversos agentes de financiamiento, el equipo cuenta con un cuadro que contiene un desglose del gasto por proveedor, función y agente de financiamiento (ilustración 13.6, ver páginas 208 y 209) que puede ser usado para desarrollar los cuadros de proveedores por funciones (PxP) y de agentes de financiamiento por funciones (FAxP) (ver ilustraciones 13.7 y 13.8, páginas 210 y 211). Estos cuadros incluyen filas de subtotales para mostrar el gasto en atención de la salud individual y el gasto total corriente en salud (ver párrafo 3.22), así como una fila de totales para el gasto nacional en salud. El equipo se encuentra ahora en posición de examinar la distribución de los gastos entre los diversos intereses de política y los grupos que los detentan, tema que se analiza en el siguiente capítulo.

Ilustración 13.3 Appia: hoja de cálculo de los hospitales del gobierno regional

Año calendario 2002 (millones de coronas)

	Total	Hogares	Agencia Nacional de Seguros	Seguro de empleados de gobierno	Balance sin asignación	Administraciones regionales	Ministerio de Salud
Hospitales de administraciones regionales	Total: 19 712	Total: 201	Total: 14 062	Total: 109	Total: 5 340 100.0%	Total: 41	Total: 5 299
	1.1: 12 419	1.1: 0	1.1: 9 422	1.1: 60	1.1: 2 937 55.0%	1.1: 23	1.1: 2 914
	1.3: 7 293	1.3: 201	1.3: 4 640	1.3: 49	1.3: 2 403 45.0%	1.3: 18	1.3: 2 385
Comentarios		Distribución conocida por ley (ver párrafo 13.44)	Tabulación especial de la ANS	Tabulación especial	Úse esta proporción para asignar los agentes de financiamiento con una distribución desconocida		Incluye diferencias para redondeo

Ilustración 13.4 Appia: hoja de cálculo de los hospitales generales privados

Año calendario 2002 (millones de coronas)

	Total	Agencia Nacional de Seguros	Balance sin asignación	Seguros sociales privados	Seguros individuales	Organizaciones no gubernamentales	Hogares
Hospitales generales privados	Total: 25 827	Total: 10 898	Total: 14 929 100.0%	Total: 218	Total: 342	Total: 263	Total: 14 106
	1.1: 23 244	1.1: 9 718	1.1: 13 526 90.6%	1.1: 198	1.1: 310	1.1: 238	1.1: 12 780
	1.3: 2 583	1.3: 1 180	1.3: 1 403 9.4%	1.3: 20	1.3: 32	1.3: 25	1.3: 1 326
Comentarios	Los porcentajes de un estudio de costos de 1998 sobre la industria se aplicaron al año para el que se estiman las cuentas nacionales de salud	Tabulación a partir de una muestra de expedientes	Úse la distribución porcentual para asignar el dinero de agentes de financiamiento desconocidos				Incluye diferencias para redondeo

Ilustración 13.5 Appia: hoja de cálculo de las policlínicas Año calendario 2002 (millones de coronas)

	Total	Agencia Nacional de Seguros	Seguro de empleados de gobierno	Balance sin asignación	Hogares	Administraciónes regionales	Ministerio de Salud
Policlínicas de las administraciones regionales	Total: 25 475	Total: 17 175	Total: 402	Total: 7 898 100.0%	Total: 904	Total: 521	Total: 6 473
	1.3: 21 654	1.3: 14 633	1.3: 334	1.3: 6 687 84.7%	1.3: 765	1.3: 441	1.3: 5 481
	5.1: 3 821	5.1: 2 542	5.1: 68	5.1: 1 211 15.3%	5.1: 139	5.1: 80	5.1: 992
Comentarios	División del no capital respecto del capital en una razón de 85:15	Tabulación especial de la ANS	Tabulación especial	Úsele esta proporción para asignar los agentes de financiamiento con una distribución desconocida			Incluye diferencias para redondeo

	Total	Ministerio de Defensa
Policlínicas del Ministerio de Defensa	Total: 519	Total: 519
	1.3: 430	1.3: 430
	5.1: 76	5.1: 76
	R.1: 13	R.1: 13
Comentarios	División del no capital respecto del capital en una razón de 85:15	

	Total	Agencia Nacional de Seguros	Balance sin asignación	Seguros sociales privados	Seguros individuales	Compañía nacional de electricidad (AZap)	Empresas privadas	Hogares
Policlínicas privadas	Total: 19 192	Total: 4 973	Total: 14 219 100.0%	Total: 511	Total: 725	Total: 1 216	Total: 3 024	Total: 8 743
	1.3: 16 313	1.3: 4 162	1.3: 12 151 85.5%	1.3: 437	1.3: 620	1.3: 1 039	1.3: 2 584	1.3: 7 471
	5.1: 2 879	5.1: 811	5.1: 2 068 14.5%	5.1: 74	5.1: 105	5.1: 177	5.1: 440	5.1: 1 272
Comentarios	División del no capital respecto del capital en una razón de 85:15	Tabulación especial de la ANS	Úsele esta proporción para asignar los agentes de financiamiento con una distribución desconocida					Incluye diferencias para redondeo

Ilustración 13.6 Appia: cuadro que combina agentes de financiamiento por proveedores y funciones
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Proveedores y funciones	Agentes de financiamiento														Total	Verificación contra cuadro de agentes de finan- ciamiento por proveedores (FAP)
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gobiernos regionales	HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	HF.2.1.1 Seguro de salud de empleados del gobierno	HF.2.1.2 Seguros sociales privados	HF.2.2 Seguros individuales privados	HF.2.3 Hogares	HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales	HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZap)	HF.2.5.2 Empresas privadas	HF.3 Resto del mundo			
HP.1.1.1.1 Hospitales generales del Ministerio de Salud	(2 540)				(6 740)				(107)					(9 387)	(9 387)	
HC.1.1	1 194				5 931				0					7 125		
HC.1.3	629				809				107					1 545		
HC.R.1	717				0				0					717		
HP.1.1.1.2 Hospitales del Ministerio de Defensa			(116)											(116)	(116)	
HC.1.1			35											35		
HC.1.3			81											81		
HP.1.1.1.3 Hospitales generales regionales	(5 299)			(41)	(14 062)	(109)			(201)					(19 712)	(19 712)	
HC.1.1	2 914			23	9 422	60								12 419		
HC.1.3	2 385			18	4 640	49			201					7 293		
HP.1.1.2 Hospitales generales privados					(10 898)		(218)	(342)	(14 106)	(263)				(25 827)	(25 827)	
HC.1.1					9 718		198	310	12 780	238				23 244		
HC.1.3					1 180		20	32	1 326	25				2 583		
HP.2.9 El resto de la atención residencial	(218)													(218)	(218)	
HC.1.3	218													218		
HP.3.1 Consultorios médicos privados							(1 030)	(1 610)	(11 572)	(286)	(53)		(599)	(15 150)	(15 150)	
HC.1.3							979	1 530	10 993	272	50		569	14 393		
HC.5.1							51	80	579	14	3		30	757		
HP.3.3 Enfermeras visitadoras					(471)									(471)	(471)	
HC.1.3																

HP3.4.1	Policlinicas del gobierno	(6 473)		(519)	(521)	(17 175)	(402)			(904)					(25 994)	(25 994)
	HC.1.3	5 481		430	441	14 633	334			765					22 084	
	HC.5.1	992		76	80	2 542	68			139					3 897	
	HC.R.1			13											13	
HP3.4.2	Policlinicas privadas					(4 973)	(482)	(754)	(8 743)		(1 216)	(3 024)		(19 192)	(19 192)	
	HC.1.3					4 162	437	620	7 471		1 039	2 584		16 313		
	HC.5.1					811	74	105	1 272		177	440		2 879		
HP3.9.9	Curanderos tradicionales								(5 498)					(5 498)	(5 498)	
	HC.1.3								5 498					5 498		
HP4.1	Farmacias								(41 042)					(41 042)	(41 042)	
	HC.5.1								41 042					41 042		
HP5	Proveedores de salud pública	(5 262)			(726)					(1 893)				(7 881)	(7 881)	
	HC.6.1	1 538												1 538		
	HC.6.2				726									726		
	HC.6.3	3 338												3 338		
	HC.6.9	386								1 893				2 279		
HP6.1	Gobierno	(3 365)			(56)									(3 421)	(3 421)	
	HC.7.1.1	3 365			56									3 421		
HP6.2	Administración de la Agencia Nacional de Seguros					(6 518)								(6 518)	(6 518)	
	HC.7.1.2					(6 518)								(6 518)		
HP6.3	Otros seguros sociales						(52)	(400)						(452)	(452)	
	HC.7.2						52	400						452		
HP6.4	Otros seguros (individuales)							(574)						(574)	(574)	
	HC.7.2							574						574		
HP6.9	Otros administración									(216)				(216)	(216)	
	HC.7.2									216				216		
HP8.1	Investigación									(230)				(516)	(516)	
	HC.R.3	(286)								230				516		
HP8.2	Educación	(43)												(43)	(43)	
	HC.R.2	43												43		
Gasto total de agentes de financiamiento		(23 157)	(329)	(635)	(1 344)	(60 837)	(563)	(2 130)	(3 280)	(82 173)	(2 888)	(1 269)	(3 024)	(599)	(182 228)	(182 228)
Verificación contra el cuadro de agentes de financiamiento por proveedores (FA*P)		(23 157)	(329)	(635)	(1 344)	(60 837)	(563)	(2 130)	(3 280)	(82 173)	(2 888)	(1 269)	(3 024)	(599)	(182 228)	

Ilustración 13.7 Appia: cuadro de estimación de proveedores por funciones (PxP) Año calendario 2002 (millones de coronas)

Funciones	Providers																Total			
	HP.1.1.1.1 Hospitales generales del Ministerio de Salud	HP.1.1.1.2 Hospitales del Ministerio de Defensa	HP.1.1.1.3 Hospitales generales regionales	HP.1.1.2 Hospitales generales privados	HP.3.1 Consultorios médicos	HP.2.9 El resto de la atención	HP.3.3 Consultorios médicos	HP.3.4.1 Policlínicas del gobierno	HP.3.4.2 Policlínicas privadas	HP.3.9.9 Curanderos tradicionales	HP.4.1 Farmacias	HP.5 Proveedores de salud pública	HP.6.1 Gobierno	HP.6.2 Administración de la Agencia Nacional de Seguros	HP.6.3 Otros seguros sociales	HP.6.4 Otros seguros (individuales)		HP.6.9 Otros proveedores de administración de la salud	HP.8.1 Investigación	HP.8.2 Educación
HC.1.1.1 Atención curativa hospitalaria	7 125	35	12 419	23 244																42 823
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	1 545	81	7 293	2 583	218	14 393	471	22 084	16 313	5 498										70 479
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos						757		3 897	2 879		41 042									48 575
Subtotal: gasto total en atención de la salud individual	8 670	116	19 712	25 827	218	15 150	471	25 981	19 192	5 498	41 042	0	0	0	0	0	0	0	0	161 877
HC.6.1 Planificación familiar y consultas												1 538								1 538
HC.6.2 Servicios de medicina escolar												726								726
HC.6.3 Prevención de enfermedades transmisibles												3 338								3 338
HC.6.9 Los demás servicios de salud pública												2 279								2 279
HC.7.1.1 Administración de la salud por el gobierno general													3 421							3 421
HC.7.1.2 Administración de la seguridad social														6 518						6 518
HC.7.2 Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados															452	574	216			1 242
Subtotal: total de gasto corriente en salud	8 670	116	19 712	25 827	218	15 150	471	25 981	19 192	5 498	41 042	7 881	3 421	6 518	452	574	216	0	0	180 939
HC.R.1 Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	717							13												730
HC.R.2 Formación y capacitación de personal de salud																			43	43
HC.R.3 Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud																		516		516
Total de gasto nacional en salud	9 387	116	19 712	25 827	218	15 150	471	25 994	19 192	5 498	41 042	7 881	3 421	6 518	452	574	216	516	43	182 228

Ilustración 13.8 Appia: cuadro de estimación de agentes de financiamiento por funciones (FAxP) Año calendario 2002 (millones de coronas)

Funciones	Agentes de financiamiento												Total
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2Administración regionales	HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	HF.2.1.1 Seguro de salud de empleados del gobierno	HF.2.1.2 Seguros sociales privados	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros social	HF.2.5.1 Compañía nacional de electricidad (AZAP)	HF.2.5.2 Empresas privadas	HF.3 Resto del mundo
HC.1.1 Atención curativa hospitalaria	4 108		35	23	25 071	60	198	310	12 780	238			42 823
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	8 713		511	459	25 895	383	1 436	2 182	26 361	297	1 089	2 584	70 479
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos	992		76	80	3 353	68	125	185	43 032	14	180	440	48 575
Subtotal: gasto total en atención de la salud individual	13 813	0	622	562	54 319	511	1 759	2 677	82 173	549	1 269	3 024	161 877
HC.6.1 Planificación familiar y consultas	1 538												1 538
HC.6.2 Servicios de medicina escolar				726									726
HC.6.3 Prevención de enfermedades transmisibles	3 383												3 383
HC.6.9 Los demás servicios de salud pública	386									1 893			2 279
HC.7.1.1 Administración de la salud por el gobierno general	3 365			56									3 421
HC.7.1.2 Administración de la seguridad social					6 518								6 518
HC.7.2 Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados						52	400	574		216			1 242
Subtotal: total de gasto corriente en salud	22 440	0	622	1 344	60 837	563	2 159	3 251	82 173	2 658	1 269	3 024	180 939
HC.R.1 Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	717		13										730
HC.R.2 Formación y capacitación de personal de salud		43											43
HC.R.3 Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud		286								230			516
Total de gasto nacional en salud	23 157	329	635	1 344	60 837	563	2 159	3 251	82 173	2 888	1 269	3 024	182 228

Capítulo 14

Distribución del gasto en salud entre la población

14.01. El capítulo 5 de esta Guía introdujo cuatro importantes dimensiones del gasto en salud: nivel sub-nacional o geopolítico, dimensión demográfica, dimensión socio-económica y la relacionada con el estado de salud o las necesidades de salud. La producción de cuadros que muestren la distribución del gasto en salud en cada una de estas dimensiones apoya una de las promesas centrales de la empresa de las cuentas nacionales de salud (CNS), esto es, la de proporcionar información relevante para las políticas que pueda ayudar a mejorar el desempeño del sistema de salud.

14.02. Tales cuadros, y varios otros no examinados aquí de manera explícita, pueden ofrecer algunos de los principales beneficios de la contabilidad de salud, ya que los beneficiarios del sistema de salud se encuentran en el centro de la mayoría de las políticas centradas en la eficacia, la equidad y la eficiencia del sistema. El gobierno general no es sólo un actor estratégico que interviene en el consumo o la obtención de los fondos; éste dirige el proceso de producción, ya sea a través de agentes privados o públicos, en formas que redistribuyen el ingreso y la salud en las poblaciones. El SNA93 reconoce dicho papel redistributivo, pero no alcanza a resolverlo por completo y deja a las cuentas satélites (ver Anexo C) o a las cuentas funcionales la evaluación del sistema de salud en términos de resultados seleccionados. El análisis de las políticas requiere algo más que la medición de los flujos financieros; una vez que el nivel de recursos ha sido valorado surge una fuerte demanda por indicadores que aborden los temas de equidad, eficiencia y eficacia y que equipen de la mejor manera posible a los actores clave para una mejor conducción del sistema.

14.03. Estos cuadros se describen al final de esta Guía porque en la contabilidad de la salud, como en cualquier esfuerzo, es necesario aprender a caminar antes que uno pueda correr. El elevado costo que implica el establecimiento de las cuentas de salud puede dar como resultado una concentración temprana en los cuadros de AFxP, PxP, y AFxP que trazan los detalles del flujo de los recursos desde los agentes de financiamiento hasta los proveedores y desde los agentes de financiamiento hacia las funciones, o desde los proveedores hacia las funciones (en ocasiones reemplazados en las etapas iniciales de un proceso de contabilidad por una clasificación cruzada con las fuentes de financiamiento o una clasificación cruzada con los costos de los recursos). Estos cuadros tienen la prioridad en el orden de instrumentación porque en la plantilla presentada son los que permiten al contador de la salud estimar el nivel de los recursos que ingresan y salen del sistema de salud, información sin la cual no hay contabilidad ni rendición de cuentas. Así, la aparición posterior de un análisis sobre la distribución del gasto en salud entre las poblaciones no es reflejo de una prioridad menor, sino más bien la necesidad de reunir datos más fundamentales antes de ser capaz de producir estos valiosos resultados.

14.04. Aun cuando el equipo que lleva a cabo el proceso de contabilidad debe producir datos básicos antes que cualquier otra cosa, una vez que lo hace no puede detener el proceso por mucho tiempo antes de emprender tareas más complejas. Muy rápidamente los formuladores de políticas solicitarán más y mejor información sobre el desempeño del sistema de atención de la salud derivada de las cuentas de salud, información que deberá ser entregada con rapidez, por lo que los contadores de la salud deberán estar preparados para satisfacer estas demandas.

14.05. La producción de los cuadros de distribución no necesariamente requiere la misma intensidad de recursos como la que requiere la producción de los cuadros de FxP o de PxP. Cuando las encuestas de población ya existen, los cuadros de distribución pueden absorber mucho menos trabajo que otros cuadros. Más aún, la revisión y actualización anual de sus cálculos puede no exigir un trabajo de gran detalle. No sólo hay atajos disponibles para una rápida interpolación, extrapolación o imputación, sino que las distribuciones en cuestión tienden a exhibir una evolución estructural que raras veces cambia de manera abrupta excepto en caso de reformas mayores y circunstancias excepcionales. Esto es de gran ayuda pues los cuadros de distribución requieren datos de encuestas que normalmente se llevan a cabo a intervalos poco frecuentes.

14.06. Este capítulo aborda las principales dimensiones distribucionales de manera secuencial. Sin embargo, como resultará claro, no se trata de ejercicios sin relación entre sí. En lugar de ello, pueden tener elementos similares y pueden reforzarse mutuamente.

Cuentas de nivel subnacional y distribuciones geopolíticas

14.07. En muchos países existe un interés, e incluso una necesidad, de hacer uso de las cuentas de salud para monitorear el financiamiento y el uso de los gastos en el nivel subnacional. Esto tiene una mayor prominencia en países con sistemas federales de gobierno o en los que la responsabilidad de las políticas de salud se comparte entre las autoridades nacionales y regionales. Las cuentas de nivel subnacional consisten en cuadros del gasto en salud que presentan el flujo del gasto desde los agentes de financiamiento hasta los proveedores o las funciones dentro de una región dada de nivel subnacional. Se relacionan, sin ser lo mismo, con el análisis de la incidencia de beneficiarios por región geográfica, en el que el énfasis se coloca en la distribución de los gastos que ya han sido medidos.

14.08. Existen procedimientos y enfoques bien establecidos para extender las cuentas nacionales al nivel subnacional, y muchos de éstos se adoptan en las cuentas de salud. Los contadores de la salud deberían establecer asociaciones con sus contrapartes encargados de preparar las cuentas de nivel subnacional para la estimación del producto interno bruto, o que participen en otros sistemas de datos regionales integrados a fin de aprovechar su experiencia en estos dominios y aprender acerca de sus métodos. Sin embargo, el desarrollo de las cuentas de salud de nivel subnacional es, en su conjunto, relativamente reciente y sigue siendo un tanto experimental en los países que publican tales estimaciones. Estos países incluyen Australia, Canadá, China, México, Filipinas, España, Sri Lanka y los Estados Unidos.

14.09. Las cuentas regionales tienden a desagregarse (desglose top-down) más que a agregarse (agregación bottom-up) en ese nivel. Esto es, consisten en gran medida en una asignación de las estimaciones nacionales hacia los niveles locales, más que en la construcción de estimaciones independientes de cada unidad regional cuya suma gradual termina integrando un total nacional. Cualquiera de los dos enfoques tiene sus propias fortalezas y debilidades. Por ejemplo, es probable que el método de desagregación hacia el nivel regional requiera menos tiempo de personal y generación de datos, pero puede arrojar estimaciones de confiabilidad dudosa en lo que se refiere a comparaciones inter-regionales. El enfoque de agregación a nivel regional puede producir estimaciones regionales más precisas, pero también introduce el reto organizacional de asegurarse de que las estimaciones de cada región hayan sido preparadas haciendo uso de los mismos estándares de clasificación y definiciones y de que sean compatibles con las estimaciones nacionales. En países que cuentan con administraciones estatales o provinciales fuertes, las autoridades de nivel subnacional pueden desarrollar cuentas de agregación en el nivel regional, para los fines que les convengan, ya sea que existan o no las estimaciones nacionales. Sea como sea, en algunos casos - quizá en todos - las cuentas de nivel subnacional sólo arrojan una medida de la producción territorial, y los contadores de la salud deben tratar de medir los flujos de pacientes entre las distintas enmarcaciones territoriales; en esencia, deben estimar las "importaciones" y las "exportaciones" de los servicios de salud.

Definición de las unidades de nivel subnacional

14.10. La pregunta clave en el desarrollo de las cuentas de nivel subnacional es cómo definir los gastos que se asocian con esa área específica en dicho nivel. Existen dos opciones: (a) gastos que deben localizarse de acuerdo con el lugar de residencia de los beneficiarios, o (b) gastos que pueden ubicarse de acuerdo al lugar en el que se incurre en ellos. Cada organización de datos es adecuada para un conjunto particular de intereses de políticas. La organización por lugar de residencia refleja las diferencias de los patrones regionales en el uso de los servicios de atención de la salud, mientras que la organización por lugar de servicios refleja el uso que hacen las autoridades regionales de los fondos (incluyendo aquellos que son utilizados para el tratamiento de personas de otras regiones).

14.11. La elección entre estas alternativas puede verse influida por los datos disponibles. Casi siempre cuando se trata de gastos presupuestales, la información sobre el gasto se encuentra disponible sólo por entidad proveedora o por entidad compradora, de forma que los gastos pueden asociarse con la ubicación de estas entidades, pero no con la residencia de los beneficiarios. Este tipo de distinción se vuelve importante cuando hay una movilidad significativa de los pacientes entre las diferentes zonas jurisdiccionales. En casos así, los gastos sólo podrán asignarse según el lugar de residencia de los beneficiarios si se llevan a cabo encuestas fuera del domicilio de los pacientes que asisten a unidades de tratamiento o reciben apoyo por parte de agentes de financiamiento. El problema inverso surge con el análisis de los datos de encuestas a hogares, en cuyo caso se conoce la ubicación de los hogares, pero en los que la ubicación de los proveedores suele ser desconocida.²⁰

14.12. En la práctica, ambas situaciones pueden coexistir en un país. Una solución práctica puede consistir en definir las cuentas de nivel subnacional haciendo uso de un enfoque, si bien con la flexibilidad de relajar esta definición cuando así lo requieran las limitaciones de los datos. Lo anterior no representa una componenda, sino más bien una inconsistencia reconocida. Habría que desarrollar las fuentes de datos necesarias para hacer frente a tales limitaciones en ciclos ulteriores de las CNS.

14.13. Al definir las unidades de nivel subnacional es necesario tener cuidado en establecer fronteras geográficas consistentes. Por ejemplo, en varios países de América Latina, el ministerio de salud y la institución de seguridad social definen las unidades de nivel subnacional de manera diferente. En tales casos, las fronteras geográficas deberán ser revisadas una por una para asegurar que las entidades de nivel subnacional sean comparables.

Procedimientos de estimación

14.14. Como se describió antes, las cuentas de nivel subnacional pueden compilarse de dos maneras. Éstas pueden construirse mediante una agregación en el nivel regional, en cuyo caso los datos primarios compilados inicialmente a nivel subnacional se irán agregando hasta llegar al nivel nacional. Este método es más práctico en países en los que la recopilación de datos se lleva a cabo de manera rutinaria a nivel subnacional y en los que el financiamiento de la salud se encuentra más descentralizado. Las autoridades de nivel subnacional deben interactuar constantemente unas con otras y con las autoridades centrales para asegurar que, cualquiera que sea la “intermediación” financiera que se adopte, cualquiera que sea el modo de prestación, cualquiera que sea el paquete de beneficios o la canasta de atención de la salud que se encuentre disponible a nivel regional, la clasificación y los enfoques de codificación subyacentes sean homogéneos. La obtención de un agregado nacional genuino de este tipo a partir de la agregación de las cuentas de nivel subnacional puede tomar años.

14.15. El segundo enfoque se refiere a la construcción de las estimaciones nacionales primero, para luego desagregarlas en componentes de nivel subnacional, elemento por elemento. Para algunos elementos de gasto, esto requiere tan solo la desagregación de datos que se encontraban originalmente por separado, mientras que en otros casos será necesario el desarrollo de fórmulas de distribución para la asignación de elementos a cada unidad de nivel subnacional. Australia, Filipinas y Sri Lanka constituyen ejemplos de este enfoque de desagregación en el nivel regional. Otros países han usado una combinación de ambos métodos. Por ejemplo, en México, las estimaciones públicas se construyen con base en un enfoque de agregación a partir del nivel regional, mientras que las instituciones privadas se estiman mediante la desagregación hacia ese nivel. La falta de información detallada puede sugerir la conveniencia de adoptar un enfoque de desagregación hacia el nivel regional en las etapas tempranas previas a la construcción de la red de información necesaria por parte de las autoridades regionales o locales.

²⁰ En países que han adoptado esquemas de aseguramiento para financiar los servicios de atención de la salud, puede haber disponibilidad de ambas piezas de información, en cuyo caso estos problemas pueden no surgir.

14.16. Cuando hay disponibilidad de datos sobre el gasto sobre una base regional, la desagregación es directa. Por ejemplo, es posible que en un sistema hospitalario con financiamiento público se conozcan los gastos de cada unidad. En ese caso, se tratará simplemente de sumar los gastos de todas las unidades en una región particular para obtener estimaciones del gasto del sistema hospitalario público. Este procedimiento es común incluso en estados bastante centralizados que han transferido la instrumentación y la evaluación de sus sistemas de prestación y financiamiento. Hay otros casos en los que puede haber disponibilidad de datos similares para las unidades privadas, como por ejemplo, cuando las asociaciones comerciales o profesionales recolectan datos a nivel regional.

14.17. Cuando no hay disponibilidad de datos sobre una base subnacional, los gastos bajo consideración deben distribuirse mediante el uso de variables de aproximación como indicadores de la distribución probable. Casi siempre, esta aproximación será el personal de salud, ya que el trabajo representa una gran proporción del gasto. Si existe información adicional sobre los insumos, puede desarrollarse una especie de canasta de mercado como una herramienta de distribución (una canasta de mercado es una agregación de insumos, cada uno ponderado por una medida de precio, que puede determinarse usando precios regionales). Por supuesto, el uso de medidas de aproximación limita las conclusiones que pueden extraerse de los resultados. Por ejemplo, cuando se usan datos per capita para construir una de las dimensiones, no se podrá concluir nada sobre las distribuciones per capita; cuando se usan indicadores de recursos, la realización de un análisis sobre productividad puede no tener ningún sentido.

14.18. La distribución del gasto directamente por habitante deberá usarse sólo como último recurso. Las observaciones del mundo real sugieren que los recursos para la salud no se encuentran distribuidos exactamente de acuerdo con la población que debe ser atendida, por lo que es poco probable que la suposición de una distribución igual per capita por región, como se hace con frecuencia en los análisis de incidencia de beneficios, produzca conclusiones significativas en términos de equidad, eficiencia o eficacia de los flujos de financiamiento observados. Sin embargo, esta suposición puede usarse para iniciar un análisis con las autoridades de nivel subnacional acerca del gasto en su jurisdicción hasta que esta última desarrolle una herramienta de monitoreo y de evaluación pertinente.

14.19. Hay varios países que usan una distribución por aproximación. En Sri Lanka, una gran parte del gasto público en suministros médicos se concentra en el presupuesto del ministerio de salud central. Éste se usa para comprar y distribuir suministros a las provincias, que también cuentan con su propio presupuesto para suministros. El ministerio central no mantiene registros claros de cómo se distribuyen los suministros procedentes del nivel central, por lo que los contadores de la salud de Sri Lanka estiman la proporción a partir de la suposición de que la razón entre el gasto provincial y central en suministros en cada provincia es el mismo que en las provincias restantes.

14.20. El uso de cualquier fórmula para la estimación implica un ejercicio considerable del criterio profesional. Por tal motivo, deberá asegurarse el mayor grado posible de consultas con expertos centrales y regionales antes de iniciar el trabajo. Por la misma razón, la metodología adoptada deberá publicarse a fin de estimular una retroalimentación sobre métodos alternativos y mejoras. En esta Guía no se propone ningún enfoque en particular dado que la naturaleza, la forma, los niveles, las unidades y los propósitos de los desgloses subnacionales son únicos en cada país.

Estudio de caso: México

14.21. La metodología descrita aquí se aplicó en la ronda de CNS en México de 1995. En aquel entonces, la descentralización no se había desarrollado plenamente y una gran proporción del gasto en salud devengado en el nivel regional se pagaba de hecho mediante transferencias intra-gubernamentales (procedentes del gobierno central). El registro y la información sobre estos recursos se procesaban a nivel central, y existía una falta de información sobre el gasto complementario que se originaba en los

gobiernos de nivel subnacional. Este entorno cambió unos años después a medida que la descentralización fue avanzando. Los registros de gasto para las CNS de 1995 eran parciales y heterogéneos. Recientemente, las cuentas de nivel subnacional se han empezado a desarrollar a través de una participación genuina del nivel estatal.

14.22. Las cuentas de salud regionales en México se desarrollaron mediante un análisis en tres etapas. La primera consistió en una estimación del gasto en salud a nivel nacional. En términos aproximados, el procedimiento adoptado era similar al que se describe en esta *Guía*; el gasto total en salud se estimó principalmente con base en informes del gasto público por función y de informes administrativos institucionales, complementados con información sobre el costo de los recursos en entidades públicas y privadas, informes industriales de las ramas farmacéutica y de seguros médicos privados, encuestas de hogares (encuesta sobre ingresos y gastos y encuesta nacional de salud) y las estimaciones del sistema de cuentas nacionales para los componentes público y privado. Los cuadros desarrollados incluían FSxFA, FxAxP, FxAxF, y FxAxRC.

14.23. Un segundo nivel de distribución se estimó por región o estado. En este nivel, el gasto total en salud se distribuyó para obtener el gasto total en salud per capita por componente (población no asegurada y asegurada del sector público, y sector privado). Asimismo, se usó una estratificación de los estados por transición epidemiológica. Las fuentes de información fueron básicamente informes administrativos para la mayoría de las instituciones públicas por función. Estos datos se desagregaron para mantener únicamente el gasto en salud y dejar de lado el gasto en apoyo social. En algunos pocos casos (que representaron un monto reducido del gasto), no hubo disponibilidad de esta información a nivel estatal. Ese gasto se distribuyó en función de la proporción de días de estancia hospitalaria por estado, obtenida de informes institucionales sobre producción y uso de servicios. Muchas de las transacciones se identificaron a nivel estatal como transferencias y compra de servicios entre instituciones públicas mayores, incluyendo las cuotas de usuarios o el gasto de bolsillo. El gasto privado de instituciones sin fines de lucro se estimó con base en un censo económico reciente (que se ajustó usando el índice de precios y la proporción de las mismas dedicadas a actividades de salud en cada estado). Las entidades privadas (con fines de lucro) se distribuyeron a nivel estatal de acuerdo con la proporción de éstas que se encontraba registrada por estado en el censo económico. Las lagunas de datos faltantes se cubrieron y los resultados globales se verificaron usando datos farmacéuticos y de seguros médicos privados de la industria y de las cuentas estatales de salud producidas para el año anterior. Aun cuando esta última estimación fue parcial, incluyó encuestas ad hoc y visitas de campo a instituciones públicas de cada estado. Los gastos de bolsillo de los hogares se estimaron por diferencia y se triangularon usando datos disponibles de la distribución en el nivel estatal tomada de la encuesta de ingreso-gasto (con una representatividad parcial de algunos estados), así como registros de personal médico en algunos estados. La distribución por función se estableció mediante el cotejo cruzado de los resultados de dos encuestas a hogares. Esta distribución geopolítica no logró completarse por estado, pero sí se integró por región.

14.24. Se consideró un tercer nivel de gasto, a nivel de país o local, que se calculó mediante el uso de un índice basado en los recursos humanos, la infraestructura y el nivel de servicios proporcionados. Dado que los recursos humanos representan la proporción más grande, sus ponderaciones fueron las más altas. Sin embargo, la infraestructura representó de cualquier forma un componente clave, en la medida en que mientras no haya infraestructura tampoco habrá por lo general personal médico ni prestación de servicios. Estos resultados se validaron y aprobaron por representantes estatales y algunos informantes privados clave.

Distribución del gasto en salud entre los grupos de población

14.25. Una preocupación de política clave y común es la distribución interpersonal de los recursos de atención de la salud, de acuerdo con características tales como edad, sexo, estatus socioeconómico o región de residencia. Actualmente no existe un consenso sobre qué es lo que integra la equidad (existen

por lo menos siete definiciones operacionales, incluyendo la igualdad per capita de las contribuciones y los beneficios, la contribución proporcional de la capacidad financiera, los beneficios proporcionales a las necesidades y la igualdad del estado de salud (1). Pero de cualquier forma que se le defina, los formuladores de políticas no podrán determinar si el sistema de su país se dirige hacia la equidad si no cuentan con una buena información de apoyo.

14.26. El uso de las CNS para ayudar a superar esta falta de información es algo relativamente nuevo. Se han llevado a cabo análisis en Bangladesh, Hong Kong S.A.R., China, República Dominicana, Ecuador, Egipto, México, Nepal, Filipinas, Sri Lanka y algunos países de la OCDE, entre otros tantos. Actualmente, sin embargo, no existe un estándar internacional para estructurar este trabajo, y la experiencia al respecto es variable.

14.27. Los análisis distribucionales no necesariamente dan cuenta de todo el gasto nacional en salud. Por ejemplo, es poco común usar las cuentas de salud para revisar la equidad en la construcción o en la investigación, y la equidad no es un concepto que aplique fácilmente a la administración. Así, una presentación de la distribución del gasto en salud entre la población suele restringirse al gasto individual en atención de la salud, dimensión que quizá se amplíe con la inclusión del gasto en la actividad de salud pública. (Ver párrafos 14.55 al 14.61 para un análisis sobre una forma de considerar la distribución del financiamiento de la atención de la salud por parte de los hogares.)

14.28. El cálculo de la distribución de los gastos en salud entre los individuos y los hogares requiere cotejar datos de la encuesta y micro con estimaciones del gasto global en una cuenta de salud. De hecho, las estimaciones basadas en las CNS de la distribución de los gastos en salud tienen mucho en común con los estudios más establecidos sobre la incidencia de beneficios del gasto en salud que se basan en microdatos (10). La diferencia clave es la combinación de los microdatos con las estimaciones de las cuentas de salud de los gastos globales. Al examinar la distribución de los gastos privados, los estudios de incidencia de beneficios suelen dar por hecho los gastos contenidos en las encuestas utilizadas para el análisis. Los enfoques de la contabilidad de la salud se benefician de las mediciones más confiables de tales gastos en los cuadros de FAXP (o PxP o FAXF), y usan dichos datos para ajustar los datos de la encuesta cuando hay necesidad de ello por causas de subregistro o sobre-registro. Además, los enfoques de la contabilidad de la salud ofrecen la opción de analizar todos los gastos en salud en un sistema, lo que no ocurre en los estudios de nivel micro. Por tales motivos, las estimaciones de la contabilidad de la salud sobre la distribución de los gastos en salud representan un mejoramiento considerable en la confiabilidad y la integralidad de las estimaciones distribucionales, así como una posibilidad más válida de comparabilidad cruzada entre las estimaciones de gasto público y privado de los diversos países (11).

14.29. Un inconveniente actual es que no todos los países cuentan con datos encuestales y a nivel micro. Sin embargo, se han identificado encuestas y otros instrumentos relacionados en más de cien países. A pesar de que la lista no es exhaustiva, las encuestas incluyen a la OMS (medición de la justicia en la contribución financiera, encuestas mundiales de salud y construcción de proto-CNS), el Banco Mundial (medición de estándares de vida y la Iniciativa sobre la Pobreza [Poverty Initiative]), y otras organizaciones internacionales que no se asocian de manera directa con esta Guía (tales como UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [United Nations Development Programme] y la Comisión Europea para América Latina y el Caribe [Economic Commission for Latin America and the Caribbean]). Es claro que existe un potencial significativo para construir cuadros distribucionales.

Espectro de gastos que deberán considerarse

14.30. La elección de los renglones de gasto que deberán ser analizados es importante. Muchas decisiones o políticas estarán vinculadas con subconjuntos de la clasificación funcional ICHA-HC de los gastos. Por ejemplo, las políticas propuestas pueden centrarse en la atención de la salud individual (HC.1 a HC.5). En este caso, la ventaja de ICHA-HC es que es muy posible que corresponda de manera bastante estrecha a los microdatos disponibles, al menos en el nivel de un dígito, y que pueda ser

operacionalizada con facilidad en las encuestas. Por ejemplo, la mayoría de los datos de la encuesta permiten separar el tratamiento de los gastos hospitalarios y ambulatorios, y la mayoría de las encuestas sobre el gasto de los hogares distinguen entre gastos por concepto de honorarios médicos y gastos para medicamentos adquiridos en establecimientos minoristas.

14.31. Existen otras formas de considerar las distribuciones poblacionales del gasto en salud y los analistas deben decidir qué tipos de distribuciones se requieren en función de la política a la que atañen. Algunos formuladores de políticas pueden querer saber cómo se distribuyen los servicios de los diferentes tipos de proveedores entre la población. Incluso pueden querer saber la forma en que se distribuyen los recursos de las fuentes de financiamiento. En casos como éstos, los esquemas de clasificación de ICHA-HP, ICHA-HF, o FS representan una forma más adecuada de organizar el análisis.

Definición de la dimensión de la población

14.32. En ausencia de estándares internacionales para realizar este tipo de análisis, las clasificaciones pueden especificarse en términos nacionales o pueden apegarse a la práctica internacional más difundida. Las clasificaciones deberán reflejar siempre las necesidades de política, así como una viabilidad práctica. Para hacer un uso productivo de las cuentas de salud en el análisis de la dimensión poblacional, cada esquema de clasificación debe ser mutuamente excluyente y exhaustivo, esto es, cada persona deberá estar incluida una vez y sólo esa única vez en la clasificación. Si la población en su totalidad no se encuentra incluida, será imposible aprovechar los “totales de control” que permiten los cuadros FxP, PxP, o FxP. Sin embargo, existe una gran experiencia en países que han emprendido ya este ejercicio, la cual puede ayudar a desarrollar o adoptar los esquemas de clasificación pertinentes.

14.33. Edad y sexo. Los grupos de edad no deben ser muy amplios. Los datos de diversos países muestran que los gastos en salud per capita alcanzan un nivel máximo en el grupo de edad de 75 – 84 años, y a partir de ahí empiezan a declinar⁽¹²⁾. Un enfoque útil es el uso de los grupos de edad estándar que emplean las Naciones Unidas en un amplio rango de estudios basados en la población: grupos de edad de cinco o diez años, en los que el primer año de vida se muestra por separado (si bien, para efectos de claridad de exposición, en los resultados publicados puede mostrarse un menor nivel de detalle). Otra opción es el uso de grupos de edad con alguna relevancia epidemiológica; por ejemplo, 0 – 1 año, 1 – 4 años, 5 – 14 años, 15 – 44 años, 45 – 64 años, 65 – 74 años, 75 – 84 años, y 85 años o más. Estos grupos de edad puede dividirse aún más entre hombres y mujeres. La clave radica en asegurarse de que la estructura proporcione categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas.

14.34. Estatus socioeconómico. Cuando se construyó originalmente, el estatus socioeconómico aplicaba a un hogar en su totalidad y reflejaba una combinación de ingreso del hogar junto con la educación y la ocupación del jefe de familia. Con el tiempo, la literatura sobre equidad en salud ha ido analizando diversas medidas y enfoques, pero las más comunes son las medidas del ingreso o el gasto per capita de los hogares. Estas medidas pueden usarse para clasificar los hogares en quintiles, deciles u otros grupos de ingreso que son de prioridad nacional. Como quiera que sea medido, el estatus socioeconómico debería establecerse sobre la base de los hogares, no sobre una base individual.

14.35. El ingreso es una de las medidas más citadas del estatus socioeconómico, pero adolece definitivamente de ciertos inconvenientes como indicador práctico. El ingreso puede variar según la temporada, y puede no reflejar el estatus económico de largo plazo. Las medidas de ingreso en algunos países presentan además problemas adicionales, ya que los hogares se muestran renuentes a informar con precisión sobre el verdadero ingreso de los encuestados. El ingreso es difícil de medir en las economías agrarias, en ausencia de un mercado que acoja la actividad. La riqueza constituye probablemente un mejor indicador que el ingreso de los recursos del hogar, pero su medición ha dado pruebas consistentes de ser enorme-

mente difícil, lo que pone en duda su utilidad para la contabilidad de la salud; de hecho, es una medida poco usada fuera de los países de la OCDE.

14.36. Por estas razones, muchos analistas prefieren usar medidas sobre el gasto. Sin embargo, el gasto de los hogares en sí plantea problemas como una medida para clasificar los hogares, dado que ignora la composición del hogar. Por ejemplo, los hogares del mismo tamaño que tienen los mismos gastos pero no el mismo número de hijos en casa no pueden tener el mismo nivel de bienestar económico. Una solución común es el uso de escalas de equivalencia para ajustar los gastos en función del tamaño y la composición de los hogares. Una escala de equivalencia usada con frecuencia en los países de ingresos altos aplica una ponderación de 1.0 para el primer adulto en el hogar, 0.7 por cada adulto adicional, y 0.5 por cada hijo al medir el gasto per capita. Sin embargo, gran parte de esta investigación se ha llevado a cabo en países de la OCDE, y no existe un consenso sobre qué escala de equivalencia es mejor para el gasto en salud en países de ingresos bajos y medios.

14.37. *Residencia geográfica.* Los análisis de beneficiarios pueden centrarse en la distribución geográfica de los gastos. Esto obedece a una intención similar a la de las cuentas de nivel subnacional (analizadas antes), si bien en este caso el objetivo no es la estimación de una serie completa de cuentas para cada región. A pesar de esta diferencia, algunos de los pasos son los mismos, tales como la desagregación de los gastos presupuestales públicos por región. Con frecuencia, el interés se centra menos en las subdivisiones políticas que en las distinciones urbanas y rurales.

Procedimientos de estimación

14.38. A fin de preparar el cuadro distribucional, se requieren microdatos que revelen la distribución de los renglones de gasto, o la distribución del consumo de servicios por grupos de población. Por lo general, éstos provienen de encuestas de hogares representativas a nivel nacional que contienen información necesaria para la asignación de los individuos o los hogares a las categorías de población deseadas, y que contienen también información sobre el uso de servicios médicos de los hogares y los gastos en servicios de salud. En ocasiones, esta información se encuentra disponible en los pagadores o compradores organizados, como por ejemplo cuando dichas entidades mantienen registros del consumo y el gasto en atención de la salud de los individuos.

14.39. Existen dos reglas clave que son importantes en el llenado del cuadro. La primera es que cada renglón de gasto incluido en el dominio analítico debe asignarse por completo a los grupos de población de interés usando la información distribucional disponible en los microdatos. Por ejemplo, cuando el gasto en médicos se distribuya entre los grupos de población, será necesario asignar todo el gasto identificado como gasto en médicos, ni más ni menos, en el cuadro FAXP.

14.40. La segunda regla es que los microdatos deberían usarse sólo para derivar las distribuciones del gasto, no los niveles reales de gasto. Usualmente, los microdatos obtenidos de una encuesta no corresponden a los datos en las cuentas de salud. Esto puede obedecer en parte al hecho de que las categorías de gasto usadas en la encuesta no correspondan al esquema de clasificación de las CNS. Sin embargo, lo más probable es que los datos de la encuesta no hayan capturado todo el gasto por los motivos expuestos en los capítulos 6 y 8. En este sentido, los totales de las cuentas de salud serán superiores, ya que durante el proceso de conciliación del cuadro pueden haber incorporado otras fuentes de datos y haber sometido las estimaciones del gasto de los hogares a verificaciones para determinar qué tan razonables eran. Los microdatos contienen información acerca de quién es el beneficiario del gasto, pero el esfuerzo realizado para crear los cuadros FAXP, FAXF, y PxF habrá producido una medida más precisa del gasto total sujeto a análisis.

14.41. La aplicación de la distribución del gasto entre los grupos de población según la información encuestal a los totales de las cuentas de salud implica diversas suposiciones. Éstas pueden, no obstante, resumirse en una sola: el “error” en la encuesta se distribuye de manera proporcional al gasto entre todos los grupos de población. Si esta suposición fuera falsa y ello pudiera demostrarse, y si fuera posible efectuar algunos ajustes a los datos de la encuesta a fin de corregir el error desproporcionado, dichos ajustes deberían aplicarse a los datos antes de aplicar la distribución a los totales de las cuentas de salud. Por ejemplo, si se piensa que las poblaciones de ingresos bajos tienden a subestimar el gasto en salud, entonces los datos de la encuesta podrían ajustarse para reflejar esa subestimación. Sin embargo, estos tipos de ajustes deben hacerse de manera muy cautelosa, ya que pueden conducir a acusaciones por distorsión del análisis en aras de su coincidencia con alguna agenda política. Es necesario que existan razones teóricas muy sólidas o evidencia práctica que justifique el ajuste antes de que éste se aplique.

Creación de un cuadro de distribución del gasto

14.42. La estimación de las distribuciones del gasto requiere con frecuencia la combinación de datos en la distribución del gasto entre agentes de financiamiento, proveedores y funciones. Por ejemplo, un enfoque común requeriría que se tomaran en cuenta tres categorías de gasto, y que cada una se tratara con un enfoque diferente:

- gasto de bolsillo de los hogares en atención individual;
- gasto en atención individual financiado por otras entidades;
- gasto en servicios colectivos o de nivel comunitario;
- el gasto en otros tipos de bienes y servicios debería considerarse también cuando éstos queden incluidos dentro del ámbito del ejercicio.

14.43. Gasto de bolsillo de los hogares en atención individual. Para asignar estos gastos entre los grupos de población se requieren datos de encuestas de hogares que asocien los gastos de éstos con la persona correcta. Cuando el esquema de clasificación agrega grupos de individuos (por ejemplo, grupos de edad), los microdatos deben registrar gastos que puedan asociarse con individuos específicos en el hogar.

14.44. Los pasos computacionales son bastante sencillos. Primero, la encuesta se tabula de acuerdo con los grupos de población elegidos. Luego se calcula la distribución porcentual de dichos resultados tabulados. Por último, se aplican esos porcentajes al total de las cuentas de salud para el gasto de los hogares. Por ejemplo, una encuesta de hogares puede arrojar un gasto nacional de los hogares en servicios de médicos de 200 millones de unidades de la divisa nacional (UDN), mientras que la estimación más confiable de las cuentas de salud es de 350 millones de UDN. La distribución del gasto por quintiles de gasto de los hogares de acuerdo con los datos de la encuesta es de 20 millones, 35 millones, 40 millones, 50 millones y 55 millones de UDN respectivamente. Si se acepta la cifra de las cuentas de salud como el total adecuado de control, los 350 millones de UDN deberán distribuirse entre los quintiles de gasto aplicando la distribución porcentual observada en la encuesta a los hogares. En este ejemplo, esto equivaldría a una distribución por quintiles de 35 millones, 61 millones, 70 millones, 88 millones y 96 millones de UDN, respectivamente.

14.45. Esta asignación debería llevarse a cabo en el nivel de detalle más bajo posible en el que los totales de las cuentas de salud puedan igualarse confiablemente con las distribuciones encuestales. Por ejemplo, si el gasto en medicamentos de prescripción puede separarse del gasto en laboratorios tanto en las cuentas como en la encuesta, será mejor tratar cada función por separado que combinar ambas. Esto no sólo suele arrojar resultados más precisos, sino que trabajar con un mayor nivel de detalle permite también una mayor flexibilidad en el producto terminado, en la medida en que la respuesta a una pregunta de política con frecuencia suscita una nueva pregunta en la línea de: “¿Qué pasaría si se optara por no considerar

ar en la propuesta el gasto en laboratorios?” La posibilidad de no tener que formular de nueva cuenta todo el ejercicio ahorra tiempo y dinero.

14.46. Los avances en las técnicas estadísticas y en el poder de cómputo han mejorado las herramientas disponibles para este tipo de trabajo. Es claro que los resultados de diferentes encuestas pueden usarse para distribuir diferentes categorías de gasto en salud. En muchos casos también es posible fusionar datos de diferentes encuestas para crear una base de estimación más poderosa e informativa. Un ejemplo simple consiste en fusionar dos encuestas diferentes en las que el ingreso de los hogares, los miembros de familia, el estatus socioeconómico y el lugar de residencia se usen como las claves de fusión; sin embargo, el uso de procedimientos estadísticos más sofisticados también es viable.

14.47. Gasto en atención individual financiado por otras entidades. El procedimiento para asignar el gasto no de hogares en atención individual a grupos de población es esencialmente el mismo que el que se usa para el gasto de los hogares. Esto es, para atribuir el gasto a cada grupo demográfico se usa una distribución porcentual tomada de los microdatos.

14.48. No obstante, el procedimiento implica supuestos importantes además de los descritos en el párrafo 14.41 más atrás. Dado que estos gastos cubren conceptos tales como los servicios hospitalarios con subsidio público o los servicios de salud financiados por algún esquema de aseguramiento, los hogares no tienen conciencia de los montos gastados. Por lo tanto, en lugar de datos sobre gasto se informa sobre datos de utilización. El uso de los datos de utilización para asignar el gasto requiere supuestos acerca del gasto medio por unidad de utilización entre la gente. Por ejemplo, si puede suponerse que el gasto en cada unidad de servicio es el mismo, independientemente de quién reciba el servicio, entonces la distribución de la utilización podrá aplicarse directamente a la cifra del gasto total para asignar ese gasto. Por otro lado, si se supone que el gasto correspondiente a la atención a un grupo es dos veces mayor que el de la atención a otro grupo, entonces la distribución de la utilización tendrá que ajustarse para reflejar esa diferencia de costo antes de asignar los gastos.

14.49. Por ejemplo, en el caso de las consultas ambulatorias financiadas públicamente en un hospital gubernamental, la unidad de medición puede ser una consulta externa. Si puede suponerse que cada consulta externa implica el mismo subsidio público, entonces la proporción de estos subsidios asignados a cada grupo de población será equivalente a la participación del grupo en las consultas ambulatorias. Si uno supone que los servicios proporcionados como parte de las consultas ambulatorias difieren en su costo, entonces las cuentas de las consultas deberán ajustarse para reflejar ese diferencial antes de construir la distribución porcentual.

14.50. La metodología descrita antes tiene una ventaja y una desventaja. En su aspecto positivo, es metodológicamente similar a la mayoría de los estudios de incidencia de beneficios de la distribución de subsidios públicos. Sin embargo, para que esta técnica sea útil, el cuadro FxX debe haberse desarrollado usando un sistema de clasificación funcional que sea consistente con los datos arrojados por la encuesta. Si este no fuera el caso, entonces será necesario desarrollar una clasificación compatible antes de continuar.

14.51. De nuevo, la precisión puede mejorarse si se incorporan elementos de gasto más desagregados que aquellos publicados en la cuenta de salud. Por ejemplo, las cuentas de salud pueden identificar un nivel global de subsidios gubernamentales para el gasto en pacientes hospitalarios, pero el análisis sugiere que el gasto en estos pacientes en hospitales públicos difiere sistemáticamente según el tipo de hospital y el área geográfica. Si los datos de hogares permiten la identificación del uso por tipo de hospital y área geográfica, entonces la unidad de análisis deberá ser el subsidio gubernamental para un tipo particular de hospital en una área geográfica determinada, más que el total nacional. Un ejemplo de este procedimiento se ilustra para el caso de Egipto en Rannan-Eliya et al. (11).

14.52. Una variante de este enfoque usa la ecuación de identidad fundamental $E=PQ$, en donde E es gasto, P es precio y Q es cantidad. Cuando hay información disponible, el precio que cada grupo de población paga por cada servicio recibido se multiplica por la cantidad de servicios recibidos. En el caso de los servicios públicos, los informes sobre el uso de los servicios de salud constituyen la principal fuente para medir el gasto, así como los datos de los precios. Sin embargo, los precios no siempre son equivalentes a los costos, lo que significa que las fallas de mercado, tales como los subsidios, pueden distorsionar la medición. La información sobre costos puede ser útil en casos así para ajustar los precios “anunciados” a medidas más precisas del uso de los recursos. El gasto privado suele obtenerse de las encuestas de hogares y de datos parciales de industrias específicas; por ejemplo, la industria de los seguros privados podría tener registros de los servicios pagados por la población asegurada.

14.53. Gasto para servicios colectivos o comunitarios. Los gastos colectivos o no individuales no requieren microdatos para efectos de distribución, ya que, por definición, no pueden asignarse a individuos específicos. Algunos ejemplos incluyen la mayor parte de la administración pública de la salud, las actividades regulatorias y los programas de control de vectores. Estos gastos pueden asignarse sobre una base per capita.

14.54. Es importante, sin embargo, especificar la población en la que se distribuyen los gastos. Los gastos colectivos deberían asignarse igualmente a todos los individuos pertinentes que se ven beneficiados por los mismos. Por ejemplo, un programa de educación en salud puede beneficiar únicamente a todas las mujeres dentro de los grupos de edad reproductiva. Por otro lado, la vigilancia de la calidad del agua beneficia a todos los residentes y debería asignarse por igual a cada uno. (En teoría, esta última noción podría aplicarse al gasto en administración y en construcción, si bien los formuladores de políticas pueden estar menos interesados en que se incluyan esas categorías de gasto.)²¹

Análisis de la equidad del financiamiento de la atención de la salud

14.55. La distribución del gasto en atención de la salud entre grupos de población representa una forma de analizar la equidad del gasto en la prestación de la atención de la salud en un país. Una visión complementaria de la equidad se obtiene desde el ángulo del financiamiento. Parte de este análisis se lleva a cabo al examinar de qué forma los hogares, en su carácter de agentes de financiamiento, difieren entre sí cuando se comparan diferentes grupos de ingresos u otras clasificaciones. Sin embargo, considerar los hogares como agentes de financiamiento no implica ignorar su papel como fuentes de financiamiento a través del pago de impuestos y primas.

14.56. Una forma de abordar esta perspectiva es usar como total de control el registro de los hogares en el vector de la fuente de financiamiento del cuadro FSxFA más la contribución de los hogares al ingreso del gobierno. Considerado así, los hogares producen cuatro vertientes de dinero, a saber, el gasto de bolsillo, las primas de seguros de salud, el pago de impuestos generales etiquetados y los impuestos del empleador.

14.57. *Gasto de bolsillo.* La forma de distribuir el gasto de bolsillo ha sido analizada antes en este capítulo por lo que es poco lo que hay que añadir al respecto. Se trata del papel de los hogares como agentes de financiamiento.

²¹ Es importante poner en práctica esta misma distinción al interpretar la distribución de los bienes y servicios colectivos. El uso de toda la población para calcular las cifras per capita puede inducir a error en lo que se refiere a las funciones o los servicios aplicables a subconjuntos de la población. Por ejemplo, la distribución del gasto por programas de inmunización para niños entre el total de la población produce una descripción falsa de la intensidad del programa; dividir el gasto entre el número de niños en el país no sólo es más adecuado, sino más descriptivo. Así, los cuadros que muestran los montos per capita pueden tener diferentes denominadores para cada línea, lo cual deberá señalarse en el cuadro mismo y en las explicaciones con que se acompañe.

14.58. Primas de seguros médicos. Los pagos de hogares para comprar seguros médicos voluntarios y para efectuar contribuciones de empleados destinadas a la compra de pólizas de seguros grupales pueden rastrearse hasta los hogares mismos (como fuentes de financiamiento). El primer tipo se refiere a pagos que efectúan directamente los hogares y no requieren ninguna elaboración adicional. Las contribuciones para primas de seguros grupales tienen también posibilidades de ser identificadas como una contribución por trabajador. La alineación de dichos trabajadores con las categorías de población en uso podría requerir de supuestos adicionales.

14.59. Pago de impuestos generales y etiquetados. La asignación de los impuestos generales y etiquetados requiere de alguna manera más datos de los que se requieren para llenar las CNS en sí. Para ello se requerirá un desglose del ingreso general del gobierno en impuestos individuales e impuestos de las empresas. Esas proporciones se aplican al total de la fuente gubernamental, luego de ajustarlas por impuestos etiquetados, cuyo origen es presumiblemente conocido. Para distribuir entre los hogares la participación de los impuestos individuales en el ingreso general, será necesario contar con alguna información sobre la carga fiscal global por quintil de ingresos (o cualquiera que sea la categorización que se esté usando). Los impuestos etiquetados, tales como los impuestos a la nómina, pueden distribuirse entre los grupos de población de manera proporcional a la base de los impuestos en sí (tal como los sueldos y salarios).

14.60. Impuestos del empleador. En el SNA93, el pago de impuestos del empleador se imputa a los hogares, pero en las CNS éstos se atribuyen a los empleadores. De acuerdo con la teoría económica que respalda el tratamiento del SCN, los empleadores consideran los sueldos y los impuestos a la nómina como partes separables de la compensación a los empleados. Según este argumento, la imputación de esos impuestos a los hogares en este ejercicio es adecuada, de nuevo sobre la base de los sueldos y salarios, o bien por cabeza, o a partir de cualquiera que sea la base gravable que aplique.

14.61. Algunos están de acuerdo en que toda la carga del gasto en atención de la salud procedente de fondos domésticos termina descansando en los hogares, ya sea mediante sueldos más bajos, precios más elevados, mayores impuestos o compras directas. De acuerdo con esta lógica, el costo de las primas de seguros de salud a cargo del empleador e incluso de la prestación de atención de la salud en el sitio de trabajo podría imputarse a los hogares mismos. La adopción de este criterio dependerá en gran medida de los fines de política que motivan la realización del análisis.

Estudio de caso: distribución del gasto entre los quintiles de gasto en Appia

14.62. El gobierno de Appia ha expresado un gran interés en saber la forma en que el gasto en salud se distribuye entre la población, especialmente entre las cohortes socioeconómicas de la población. Por lo tanto, éste se convierte en el primero de los cuadros de distribución en el que el equipo centra su atención.

14.63. En primer término, el equipo decide usar el gasto de los hogares para definir el estatus socioeconómico. Existen varias razones para optar por esta elección. Desde una perspectiva teórica, hay más posibilidades de que el gasto refleje el poder adquisitivo total de una cohorte a que lo haga el ingreso, ya que el primero refleja tanto el “ingreso permanente” como el poder de consumo que procede de la riqueza. Desde una perspectiva práctica, sólo existen dos medidas integrales, a saber, el ingreso y el gasto, y la encuesta del consumidor en Appia produce resultados que son mucho más robustos en términos de consumo que de ingreso. (Los hogares no informan de la misma manera sobre el gasto y el ingreso, aunque sólo sea a causa de la existencia de deudas y pérdidas en las que se ha incurrido.²²)

²² Término de la economía clásica (dissavings) que remite a la afectación del monto principal o el consumo de los ahorros.

14.64. Lamentablemente, en Appia no hay una encuesta de salud detallada en curso. El equipo empieza a realizar consultas con la Agencia Estadística y con organizaciones externas potenciales para verificar si dicha encuesta podría llevarse a cabo. Mientras tanto, debe proceder con lo que tiene a mano.

14.65. La Agencia Estadística produce una segunda tabulación de resultados a partir de la encuesta de hogares, desglosada en cinco quintiles de consumo (ver ilustración 14.1). Por convención, Q5 se usa para referirse al 20% de la población con el consumo más alto, y Q1 se refiere al 20% con el consumo más bajo. El equipo de CNS solicita también una tabulación del ingreso y de la industria de empleo del jefe de familia, ambos dos recolectados en la encuesta de hogares.

Ilustración 14.1 Appia: tabulación especial de la encuesta de hogares

Año calendario 2002 (millones de coronas)

Categoría de gasto de los hogares	Total	Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Agencia Nacional de Seguros	11 626	1 628	2 209	2 674	2 500	2 615
Pagos a los seguros médicos privados	4 400	1 804	924	660	572	440
Co-pagos en hospitales	13 643	9 687	3 547	136	136	137
Co-pagos en policlínicas	11 965	3 590	2 991	2 393	1 795	1 196
Compra de medicamentos de prescripción	41 042	9 440	9 029	8 619	8 208	5 746
Pagos a otros profesionales de la salud	19 763	5 388	4 434	3 678	3 186	3 077
Total	102 439	31 537	23 134	18 160	16 397	13 211
<i>Distribución porcentual</i>	<i>100.0%</i>	<i>30.8%</i>	<i>22.6%</i>	<i>17.7%</i>	<i>16.0%</i>	<i>12.9%</i>
Ingreso de los hogares	2 901 426	874 593	717 258	613 140	441 924	254 511
Sueldos y salarios	2 137 893	458 120	509 022	509 022	407 218	254 511
Otros	763 533	416 473	208 236	104 118	34 706	0
Población por industria de empleo del jefe de familia						
Agricultura, selvicultura y pesca	81 876	2 456	13 919	20 469	22 107	22 925
Minería	16 376	2 129	2 620	5 076	4 913	1 638
Industria manufacturera	24 563	8 106	9 088	4 913	1 228	1 228
Comercio	22 517	15 311	3 828	2 252	1 126	0
Servicios	12 281	6 018	3 684	1 351	1 228	0
Gobierno	4 094	1 433	1 433	819	409	0
Desempleados	24 563	0	0	1 474	8 351	14 738
Jubilados	18 423	5 527	6 448	4 606	1 474	368
Total	204 693	40 980	41 020	40 960	40 836	40 897

Fuente: Tabulación especial de la Agencia Estadística de Appia (División de Presupuesto de Hogares), 26 de mayo de 2003.

14.66. Primero, el equipo trabaja con el gasto de los hogares y genera la hoja de trabajo que se muestra en la ilustración 14.2. Dado que la cifra total de gasto en productos farmacéuticos se ajusta a la cifra en el cuadro de FxP, el equipo no tiene dificultad en transferir la división en quintiles de la encuesta de hogares. De manera similar, a pesar de que las cifras de la encuesta no corresponden a las cifras de las CNS en lo que se refiere a co-pagos en hospitales y policlínicas, no existe razón alguna para suponer que las diferencias por grupo de estatus socioeconómico son desproporcionadas; así, el equipo aplica el desglose porcentual de la encuesta a los totales de las cuentas de salud.

Ilustración 14.2 Appia: hoja de cálculo para determinar la distribución del gasto de los hogares como agente de financiamiento, 2002

	Fuente	Total	Distribución				
			Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
a Medicamentos de prescripción	Encuesta	41 042	9 440	9 029	8 619	8 208	5 746
b	CNS	41 042	9 440	9 029	8 619	8 208	5 746
c Co-pagos en hospitales	Encuesta	13 643	9 687	3 547	136	136	137
d Distribución		100%	71%	26%	1%	1%	1%
e	CNS	14 414	10 234	3 747	144	144	145
f Co-pagos en policlínicas	Encuesta	11 965	3 590	2 991	2 393	1 795	1 196
g Distribución		100%	30%	25%	20%	15%	10%
h	CNS	9 647	2 895	2 412	1 929	1 447	964
i Otros profesionales de la salud	Encuesta	19 763	5 388	4 434	3 678	3 186	3 077
j Curanderos tradicionales	Study	100%	2%	8%	15%	32%	43%
k	CNS	5 498	110	440	825	1 759	2 364
l Médicos	i-k	14 265	5 278	3 994	2 853	1 427	713
m Distribución		100%	37%	28%	20%	10%	5%
n	CNS	11 572	4 282	3 240	2 314	1 158	578
o Gasto de los hogares como agentes de financiamiento (tentativo)		82 173	26 961	18 868	13 831	12 716	9 797

14.67. La cifra correspondiente a “otros trabajadores de la salud” plantea una mayor dificultad, ya que el equipo sospecha que los patrones de gasto por quintil en servicios de médicos y en curanderos tradicionales son bastante diferentes. Afortunadamente, un sociólogo de la Universidad Appia ha concluido recientemente un estudio sobre el uso de curanderos tradicionales y, si bien el estudio no ofrece un discernimiento del gasto total en los mismos, el autor presenta hallazgos en cuanto al orden de la magnitud del gasto de diversos grupos de ingresos. El equipo construye la distribución de los curanderos tradicionales en sus estimaciones, lo que permite el surgimiento de un patrón de gasto para los servicios de médicos. Dicho patrón se ajusta a la noción generalmente aceptada de que los servicios de médicos privados son más utilizados por pacientes de ingresos elevados que por pacientes de ingresos bajos. A pesar de que el nivel no concuerda con las cuentas de salud (en virtud de una presumible doble contabilidad de los servicios reembolsados por los seguros o por las empresas), el equipo hace uso de la distribución para asignar la cifra de las CNS entre los quintiles de estatus socio-económico. Con esto se concluye un primer paso en el trabajo con los hogares como agentes de financiamiento.

14.68. Algunos de los agentes de financiamiento restantes pueden manejarse con relativa facilidad. Por ejemplo, la única actividad de organización externa es el programa operado por Médicos sin Fronteras (Doctors without Borders), dirigido a personas que se encuentran en el estrato económico más bajo del país. El gasto del Ministerio de Defensa se destina sólo a personal militar y sus dependientes, y los sueldos de los militares colocan a este grupo en el segundo quintil más bajo de estatus socio-económico. No existen datos sobre el uso de las instalaciones de salud en las empresas mismas, pero los números son suficientemente reducidos, por lo que el equipo decide asignarlos a los quintiles de acuerdo con el número de empleados no agrícolas no gubernamentales y sus dependientes en cada quintil (ver ilustración 14.3).

Ilustración 14.3 Appia: hoja de cálculo de la distribución del gasto de los empleadores como agentes de financiamiento, 2002

	Fuente	Total	Distribución				
			Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Gasto	FA x P	4 293					
Empleados no gubernamentales, no agrícolas y dependientes	Encuesta de hogares	75 737	31 564	19 220	13 592	8 495	2 866
Distribución porcentual		100.0%	41.7%	25.4%	17.9%	11.2%	3.8%
Gasto asignado		4 293	1 789	1 089	770	482	163

Nota: Incluye la compañía nacional de electricidad, AZap.

14.69. Sin embargo, la asignación del gasto de otros agentes de financiamiento requiere una mirada a los diversos proveedores. El total de días hospitalarios se encuentra disponible en las instituciones mismas, lo que representa un buen inicio. También de enorme ayuda es un documento oficial del Ministerio de Salud, terminado el año anterior, en el que se analizan los efectos de la privatización en el uso de las instalaciones hospitalarias por quintiles de ingreso. Se estudió una muestra de las admisiones hospitalarias por tipo de hospital, obteniendo información no sólo sobre quién financió la admisión, sino también sobre el ingreso del hogar del paciente.

14.70. El equipo usa los resultados del documento oficial (ver ilustración 14.4), en la suposición de que la diferencia entre los quintiles de ingreso y los quintiles de gasto en este sentido no son significativas. También se basa en el supuesto de que los pagos de subsidios procedentes de los gobiernos regionales y las organizaciones no gubernamentales se dividen de manera proporcional al total de días de estancia hospitalaria. Esto conduce a una asignación del total del gasto en hospitalización entre los grupos, el cual se muestra en la ilustración 14.5 (ver páginas 240 y 241). Al mismo tiempo, la división entre los grupos ayuda a refinar la división de los hogares en cuanto a los co-pagos hospitalarios, ya que se sabe que la Agencia Nacional de Seguros limita su pago por día a los hospitales privados a 3.67 veces el promedio en los hospitales regionales, y que los pacientes deben cubrir el resto de sus bolsillos.

Ilustración 14.4

Appia: Documento oficial del Ministerio de Salud sobre los efectos de la privatización en el uso de los servicios hospitalarios, 1996-1998

Distribución de días por tipo de unidad y quintil de ingreso

	Total	Distribución por quintil				
		Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Ministerio de Salud	100%	3%	25%	30%	26%	16%
Regionales	100%	11%	17%	24%	24%	25%
Privados	100%	70%	30%	0%	0%	0%

Ilustración 14.4

Appia: Documento oficial del Ministerio de Salud sobre los efectos de la privatización en el uso de los servicios hospitalarios, 1996-1998 (continuar)

Distribución de días de hospitalización por tipo de unidad, pagador y quintil de ingreso

	Total	Quintile distribution				
		Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Hospitales del Ministerio de Salud		100%	100%	100%	100%	100%
Agencia Nacional de Seguros		100%	100%	100%	73%	39%
Ministerio de Salud		0%	0%	0%	27%	61%
Hospitales regionales		100%	100%	100%	100%	100%
Agencia Nacional de Seguros		99%	99%	99%	56%	46%
Seguros gubernamentales		1%	1%	1%	1%	0%
Ministerio de Salud		0%	0%	0%	44%	54%
Hospitales privados		100%	100%			
Agencia Nacional de Seguros		98%	97%			
Seguros privados		2%	3%			

14.71. Para desagregar el gasto de las policlínicas y otros tipos de gasto en atención de la salud entre los cinco quintiles de la población se requiere un tipo similar de proceso de estimación. El gasto ambulatorio hospitalario se distribuye entre los grupos usando un método que incluye la asignación de co-pagos hospitalarios tomada de la encuesta de hogares. (En aras de la brevedad de exposición, estos métodos no se abordan aquí.)

14.72. Para concluir la asignación del gasto entre los quintiles de población, el equipo examina la actividad de salud pública y los costos administrativos. Éste distribuye la primera entre los grupos sobre una base per capita. Los gastos de administración de cada agente de financiamiento (cuando son aplicables) se distribuyen entre los quintiles de manera proporcional a la participación que tienen los quintiles en los beneficios del agente de financiamiento (no se hace ningún intento de dividir los costos administrativos entre las funciones de la ICHA-HC). Estos datos se muestran en la ilustración 14.6.

Ilustración 14.6 Appia: hoja de cálculo de administración

Año calendario 2002 (millones de coronas)

Agentes de financiamiento y proveedores	Total	Distribución				
		Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Ministerio de Salud						
Hospitalización	4 108	0	0	0	1 798	2 310
Atención hospitalaria ambulatoria	3 014	0	0	0	1 206	1 808
Policlínicas	6 473	0	0	0	2 589	3 884
Orfanatos	218					218
Salud pública	5 262	1 052	1 052	1 052	1 052	1 054
Subtotal	19 075	1 052	1 052	1 052	6 645	9 274
Distribución porcentual		5.5%	5.5%	5.5%	34.8%	48.6%
Administración	3 365	186	186	186	1 172	1 635
Total	22 440	1 238	1 238	1 238	7 817	10 909

Ilustración 14.6 Appia: hoja de cálculo de administración
 Año calendario 2002 (millones de coronas) (continuar)

Agentes de financiamiento y proveedores	Total	Distribución				
		Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Gobierno regional						
Hospitalización	23	3	4	5	5	6
Atención hospitalaria ambulatoria	18	4	4	4	4	2
Policlínicas	521	104	104	104	104	105
Salud pública	726	145	145	145	145	146
Subtotal	1 288	256	257	258	258	259
Distribución porcentual		19.9%	20.0%	20.0%	20.0%	20.1%
Administración	56	11	11	11	11	12
Total	1 344	267	268	269	269	271
Agencia Nacional de Seguros						
Hospitalización	25 071	8 436	6 751	5 034	2 999	1 851
Atención hospitalaria ambulatoria	6 629	1 989	1 657	1 326	994	663
Atención medicalizada a domicilio	471			271	200	
Policlínicas	22 148	6,645	5 537	4 430	3 322	2 214
Subtotal	54 319	17 070	13 945	11 061	7 515	4 728
Distribución porcentual		31.4%	25.7%	20.4%	13.8%	8.7%
Administración	6 518	2 048	1 673	1 327	902	568
Total	60 837	19 118	15 618	12 388	8,417	5 296
Seguros gubernamentales						
Hospitalización	60	8	17	19	16	0
Atención hospitalaria ambulatoria	49	17	17	10	5	0
Policlínicas	402	141	141	80	40	0
Subtotal	511	166	175	109	61	0
Distribución porcentual		32.5%	34.2%	21.3%	11.9%	0.0%
Administración	52	17	18	11	6	0
Total	563	183	193	120	67	0
Seguros privados						
Hospitalización	508	299	209	0	0	0
Atención hospitalaria ambulatoria	52	31	21	0	0	0
Médicos	2 640	1 320	792	396	132	0
Salud pública	1 236	742	494	0	0	0
Subtotal	4 436	2 392	1 516	396	132	0
Distribución porcentual		53.9%	34.2%	8.9%	3.0%	0.0%
Administración	974	525	333	87	29	0
Total	5 410	2 917	1 849	483	161	0

Ilustración 14.6 Appia: hoja de cálculo de administración
Año calendario 2002 (millones de coronas) (continuar)

Agentes de financiamiento y proveedores	Total	Distribución				
		Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Organizaciones no gubernamentales						
Hospitalización	238	167	71	0	0	0
Atención hospitalaria ambulatoria	25	15	10	0	0	0
Médicos	286	0	0	0	143	143
Salud pública	1 893	379	379	379	379	377
Subtotal	2 442	561	460	379	522	520
Distribución porcentual		23.0%	18.8%	15.5%	21.4%	21.3%
Administración	216	50	41	34	46	45
Total	2 658	611	501	413	568	565

14.73. Esto completa el trabajo del equipo de Appia sobre la distribución del gasto en atención de la salud entre los cinco quintiles socioeconómicos, al menos por este ciclo de cuentas de salud. El cuadro de distribución final se presenta en la ilustración 14.7 (ver página 242). Para el siguiente ciclo, el equipo espera haber iniciado una encuesta más detallada sobre el gasto en salud que le proporcione información sobre el uso de los servicios de los diferentes proveedores definidos en las cuentas, de forma que se reduzca la carga de la imputación en el equipo y se fortalezcan las estimaciones. También se espera mantener el análisis con sus colegas de la Agencia Estadística y en la Universidad de manera que se consiga un refinamiento en la forma en que los datos pueden combinarse para completar este cuadro.

Estudio de caso: distribución del gasto en salud por edad y por sexo en los Países Bajos

14.74. La metodología descrita en el caso de los Países Bajos presenta la distribución del gasto en salud por edad, sexo y grupo de diagnóstico⁽¹³⁾. El enfoque consiste en un procedimiento transversal de desagregación, aplicado a los costos médicos directos.

14.75. El dato del gasto total en salud se encontraba ya disponible. Se crearon grupos homogéneos de atención de la salud a partir de clasificaciones existentes utilizadas para estimar el gasto total en salud. Estos grupos se vincularon con subtotales de gasto. Se seleccionó una variable clave para cada componente, vinculada con la producción y el costo de los servicios. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, la variable fue los días-cama. Estas variables clave se midieron para cada grupo de edad, sexo y grupo de diagnóstico. La participación de esa variable clave específica se aplicó al subtotal de gasto pertinente. Las fuentes de información fueron estudios de costos clínicos y registros institucionales. Los procedimientos que se siguieron para desarrollar otras distribuciones se enumeran a continuación.

- Σ Los costos hospitalarios se dividen en costos de enfermería, costos de procedimientos médicos y costos de atención ambulatoria (con base en un hospital específico).
- Σ Los costos de hospitalización se distribuyeron según el número de días-cama y de pacientes-día (la información disponible no permitió establecer ninguna distinción entre atención hospitalaria cara y de bajo costo).
- Σ Los procedimientos médicos se clasificaron por edad, sexo y diagnóstico, y se agruparon en 1000 componentes, ponderados según las cuotas aplicadas por uso.

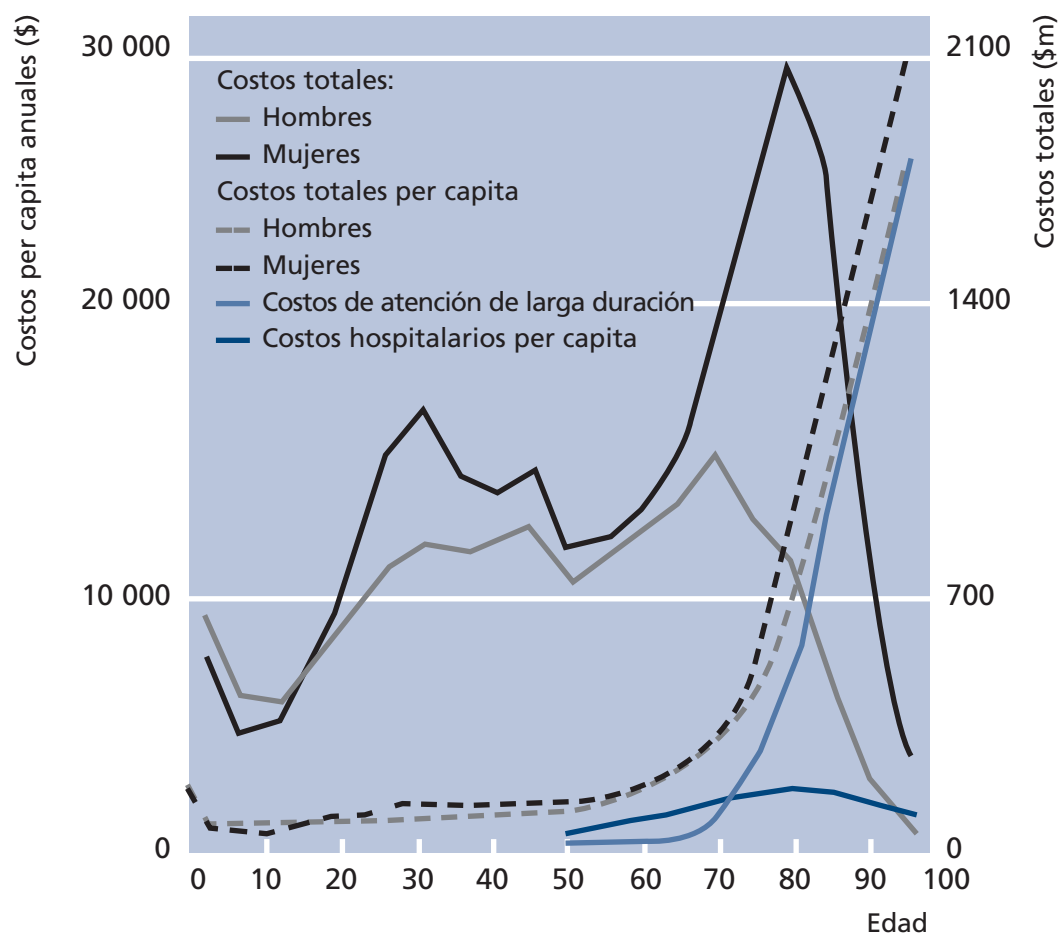
Σ

- Σ Los costos ambulatorios se distribuyeron entre diagnósticos y referencias de pacientes en una muestra grande de médicos generales, tomando en cuenta el número de consultas.
- Σ Los costos de la atención medicalizada domiciliaria se distribuyeron por días-cama (había información disponible por edad, sexo y diagnóstico).
- Σ Se usó un registro regional de atención primaria para asignar costos de médicos generales; también había información disponible sobre pacientes de consulta ambulatoria.
- Σ Los costos de atención dental se distribuyeron a partir de la información de una encuesta (la Encuesta Nacional de Salud) y las cuotas de remuneración.
- Σ La distribución de los costos de parteras ambulatorias y atención materna se basó en registros por edad y por sexo.
- Σ Las empresas de transportación mantienen un registro de los costos de los servicios de ambulancia.
- Σ La agencia que supervisa el seguro social proporcionó datos sobre la atención domiciliaria, por edad y por sexo.
- Σ Los medicamentos para consulta externa se rastrearon en una base de datos de prescripciones en una muestra de médicos generales; junto con los costos de diagnóstico y la edad y el sexo del receptor, la información incluía una clasificación del producto prescrito por tipo de uso (anatómico, terapéutico, químico).
- Σ Los dispositivos médicos y terapéuticos se relacionaron con la prevalencia de discapacidades y enfermedades para las cuales eran pertinentes.
- Σ Se partió del supuesto de que la administración de la atención de la salud se encontraba distribuida proporcionalmente entre los grupos.

14.76. La figura 14.1 muestra una distribución por edad y por sexo en intervalos de 10 años. Sin embargo, los datos disponibles pueden mostrarse de manera anual y reagruparse de acuerdo con el costo, con factores epidemiológicos o con estatus social.

Figura 14.1

Costos totales y per capita de atención de la salud por edad y sexo en atención hospitalaria y de larga duración en los Países Bajos, 1994



Nota: La atención de larga duración incluye las residencias de atención medicalizada de largo plazo, las casas para adultos mayores, y la atención institucional y dispositivos necesarios para personas con discapacidades. En 1994 \$1=£0.65

Fuente: Meerding WJ et al. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. BMJ 1998, 317:111-5. (Disponible en www.bmj.com)

Clasificación de los gastos por condición de salud o intervención

14.77. Además del interés en conocer el gasto en diversas funciones de salud, los formuladores pueden requerir información acerca del gasto en diversos problemas de salud, grupos de enfermedad o conglomerados de intervención. En general, este interés se restringe a los gastos en servicios individuales de salud, más que en el conjunto de gastos nacionales en salud. A pesar del interés considerable que existe en las dimensiones del gasto en servicios individuales de salud, existen hasta ahora pocos estándares internacionales aceptados para informar sobre tales servicios de salud y sus resultados, así como poca experiencia en la estimación de gastos relacionados. Los procedimientos que se exponen en este capítulo se basan en aplicaciones más bien limitadas.

Aspectos de clasificación

14.78. Para este tipo de análisis suele usarse alguna adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE (International Classification of Diseases - ICD). La CIE abarca varios miles de entradas, agrupadas en capítulos; también se han creado otras agregaciones de los códigos de CIE, tales como la carga de los grupos de enfermedades.

14.79. Sin embargo, es necesario ser cauteloso al aplicar el esquema de clasificación CIE (o cualquier otro). Siempre habrá ejemplos de instrumentación desigual de cualquier sistema de codificación entre los países. Además, la cuestión de cómo tratar a los pacientes con múltiples problemas de salud es compleja dado que la causa más importante de morbilidad desde una perspectiva médica puede no ser la que ocasiona que se incurra en la mayor parte de los costos.

14.80. Una de las limitaciones que enfrenta el uso de CIE en la contabilidad de la salud es que ésta se desarrolló primordialmente como una herramienta epidemiológica para clasificar la mortalidad. Como resultado, es débil cuando se usa en gastos de servicios de salud individuales que no pueden categorizarse por enfermedad. El sistema CIE es más pertinente para clasificar los gastos en un entorno hospitalario, pero se aplica con dificultad a pacientes que recurren a los proveedores en busca de asesoría o por motivos de investigación sin un diagnóstico definitivo, asuntos médico-legales, detección de enfermedades o simple búsqueda de orientación.

14.81. Las variantes de la clasificación CIE incluyen esquemas que agrupan los eventos médicos por mezcla de casos (conocidos con frecuencia por el nombre de la herramienta de medición utilizada: grupos de diagnósticos relacionados, grupos de salud relacionada, grupos de enfermedades homogéneas). Tales sistemas de clasificación se basan en la homogeneidad de los recursos requeridos y, en virtud de la investigación subyacente a los mismos, dichos sistemas pueden proporcionar más información acerca de los costos de la salud de lo que lo haría una agrupación simple de diagnósticos. Sin embargo, estos sistemas pueden presentar el mismo reto para una cuenta de salud que la CIE, que se refiere principalmente al número de categorías involucradas. Las exploraciones empíricas en marcha incluyen la reconsolidación de estos códigos en conglomerados de carga de la enfermedad: transmisibles, no transmisibles y accidentes.

14.82. En parte para solucionar las limitaciones de CIE, algunos analistas usan la Clasificación Internacional de Atención Primaria - CIAP (International Classification of Primary Care - ICPC). La CIAP, cuya versión más actualizada es CIAP-2, categoriza las actividades de atención primaria. Por tal motivo, representa el sistema más adecuado para distribuir los gastos en atención primaria. Desafortunadamente, son pocos los países que han logrado instituir un sistema de registro e información recurrente y sistemático de la actividad de atención ambulatoria por finalidad.

14.83. Cuando el objetivo no es lograr una contabilidad integral de todos los servicios de salud individuales, sino más bien la medición de gastos seleccionados que se devengan con un propósito específico o en un tipo de atención particular, la tarea de clasificación es más fácil. En este caso, las categorías de gasto se definen en términos de la clasificación ICHA-HC, o de cualquiera que sea el sistema de codificación que se esté usando en las principales cuentas de salud. Por ejemplo, algunos estudios de los sistemas de salud de Egipto y Sri Lanka (14) se centran en los gastos de salud reproductiva (ver cuadro 14.1). Si bien existen diferencias entre los estudios en cuanto a la forma en que se define la salud reproductiva, todos ellos circunscriben el análisis de los renglones de gastos o de una parte seleccionada de los mismos al ámbito del sistema de clasificación por funciones. Por ejemplo, se incluyó una parte de la atención hospitalaria, a saber, la porción de los gastos relacionados con las admisiones de las mujeres para fines obstétricos o ginecológicos, así como todos los gastos de planificación familiar.

Cuadro 14.1 Gasto del sistema universal de salud de Brasil en procedimientos ambulatorios seleccionados de la atención de la salud reproductiva, 1995-1997 (moneda de 1997)

Procedimientos	1995	1996	1997	1997, gasto en salud reproductiva (porcentaje)	Porcentaje de incremento en 1995-1997
Gasto total en atención ambulatoria	3 410 100	3 664 969	3 912 293		14.7
Gasto en salud reproductiva	120 180	133 579	140 794	100	17.2
Control de la patología ginecológica	69 832	74 706	75 091	53.3	7.5
Prevención de cáncer	35 973	40 839	46 241	32.8	28.5
Atención prenatal	13 467	17 031	18 541	13.2	37.7
Planificación familiar	447	517	514	0.4	14.8
Atención del parto y puerperio	461	486	407	0.3	-11.7

Source: CD-ROM DATASUS, 1999.

Procedimientos de estimación

14.84. Los métodos de estimación se parecen a los mismos que se desarrollaron al inicio de este capítulo para los grupos de población. Al igual que con esos métodos, la viabilidad dependerá de la disponibilidad de microdatos sobre el uso de los servicios de salud. En muchos países hay una disponibilidad de datos hospitalarios, al menos en el caso de los servicios con financiamiento público, pero los datos sobre servicios ambulatorios no se encuentran disponibles de manera rutinaria. En una situación así se requiere la realización de encuestas especiales. Si hay disponibilidad de microdatos (y este tipo de datos se encuentra cada vez más cerca del alcance de los países de ingresos bajos y medios gracias a los avances tecnológicos), el enfoque general debería ser la identificación de renglones de gasto en las cuentas primarias de la salud, a fin de que los microdatos se prorroteen entre la enfermedad o las categorías de tratamiento deseadas. Los principios del prorrateo serían similares a otros examinados más adelante en este capítulo. Por ejemplo, los gastos hospitalarios pueden asignarse a grupos de enfermedad de acuerdo con la participación relativa de los días-cama hospitalarios en caso de que no hubiera disponibilidad de datos sobre los costos reales. El recuadro 14.1 presenta un ejemplo de Ruanda.

Recuadro 14.1 Flujo de dinero para VIH/SIDA en Ruanda

Como parte del informe de cuentas de salud de Ruanda de 1998, se desarrollaron dos cuadros para mostrar el flujo de dinero para VIH/SIDA de las fuentes de financiamiento a los agentes de financiamiento, y de estos últimos a los proveedores.

Cuentas de salud de Ruanda: cuadro que muestra los flujos para VIH/SIDA de las fuentes de financiamiento a los agentes de financiamiento en 1998/9, (miles de francos de Ruanda)

Agentes de financiamiento	Fuentes de financiamiento				Distribución (porcentajes)
	Ministerio de Finanzas	Organizaciones externas	Gasto de bolsillo de los hogares (1999)	Total	
Ministerio de Salud	27 878			2 878	0.9%
Programa nacional de SIDA		141 091		141 091	4.5%
Organizaciones no gubernamentales locales e iglesias		35 119		35 119	1.1%
Gasto de bolsillo de los hogares			2 947 308	2 947 307	93.5%
Total	27 878	176 210	2 947 308	3 151 395	100.0%
Distribución (porcentajes)	0.9%	5.6%	93.5%	100.0%	

Cuentas de salud de Ruanda: cuadro que muestra los flujos para VIH/SIDA de los agentes de financiamiento a los usos en 1998/9, (miles de francos de Ruanda)

Proveedores	Financing agents					Distribución (porcentajes)
	Ministerio de Salud	Programa nacional de SIDA ^a	Organizaciones no gubernamentales locales e iglesias	Gasto de bolsillo de los hogares (1999)	Total	
Programas comunitarios del Ministerio de Salud	27 878	155 905			183 783	5.8%
Hospitales de referencia del Ministerio de Salud				934 319	934 319	4.5%
Centros de salud del Ministerio de Salud				945 300	945 300	30.0%
Centros de salud de iglesias				945 300	945 300	30.0%
Clínicas privadas				122 388	122 388	3.9%
Fondos no contabilizados		-14 814	35 119		20 305	0.6%
Total	27 878	141 091	35 119	2 947 307	3 151 395	100.0%

^a Cifras corregidas.

Fuente: Schneider P et al. Rwanda national health accounts 1998. Partnerships for Health Reform Working Paper, September 2000, página 60.

14.85. Al crear este tipo de cuadros, es absolutamente esencial, una vez más, que los grupos de clasificación sean mutuamente excluyentes y exhaustivos. Esto es, cada unidad de análisis (ya sea que se trate de días de estancia hospitalaria, de la consulta externa, de la prescripción farmacéutica o de la persona) debe quedar ubicada en una y sólo una categoría. Esto es válido en cualquiera de las clasificaciones que se usan en la contabilidad de la salud, pero plantea retos particulares en un análisis distribucional. El requerimiento de “integralidad” es lo suficientemente claro: si una distribución porcentual se basa sólo en un subconjunto de los casos para los que se efectuó el gasto, a los casos excluidos se les asigna de hecho un costo cero, lo que es a todas luces falso y distorsiona los resultados. La condición de exclusión mutua es más difícil de resolver. Por ejemplo, la gente con diabetes sufre con frecuencia problemas de vista como resultado del padecimiento. Así, “el costo de la diabetes” puede construirse de forma que incluya esos problemas de visión. Pero si existe también una categoría denominada “problemas de visión”, existirá una probabilidad alta de que el tratamiento de la diabetes relacionado con la vista sea contabilizado dos veces en la distribución porcentual. Es necesario que el esquema de clasificación se desarrolle en consulta con analistas de política de forma que se eliminen tales traslapes entre las categorías. Por ejemplo, puede optarse por la aplicación de una regla por la que, si el expediente del paciente incluye, supóngase, tres diagnósticos, el primero de ellos sea el que determine la categoría de enfermedad. O bien, puede crearse una clasificación jerárquica para categorizar las transacciones. Por ejemplo, todos aquellos eventos en los que exista un diagnóstico de diabetes se agruparán juntos; de los restantes, todos aquéllos con un diagnóstico de padecimientos del corazón se agruparán juntos; de los que queden, todos aquéllos con enfermedades pulmonares se agruparán juntos, y así sucesivamente. Cualquiera que sea el esquema de clasificación que se elija, será necesario tener cuidado en asegurar que éste satisfaga las necesidades de los formuladores de políticas y que éste se describa de manera explícita y visible a los usuarios de los resultados. Lo que resta de este capítulo presenta dos estudios de caso que ilustran la forma en que las estimaciones han sido producidas para apoyar a los formuladores de políticas en España y en Egipto.

Estudio de caso: gasto por condición de salud en España

14.86. El proceso de distribuir el gasto en salud por condición de salud en España requirió un enfoque de desagregación top-down (15). Se conocía el gasto total en salud; se necesitaban técnicas para desglosar esa cifra entre varias categorías de enfermedad (clasificadas mediante el uso de las agrupaciones CIE-9). Los siguientes pasos ilustran la estrategia que desarrolló el equipo de cuentas de salud. Las fuentes de datos consistían primordialmente en registros clínicos, estudios de costo, registros del mercado farmacéutico e informes de producción de servicios (días-cama, consultas médicas, servicios auxiliares y prescripciones).

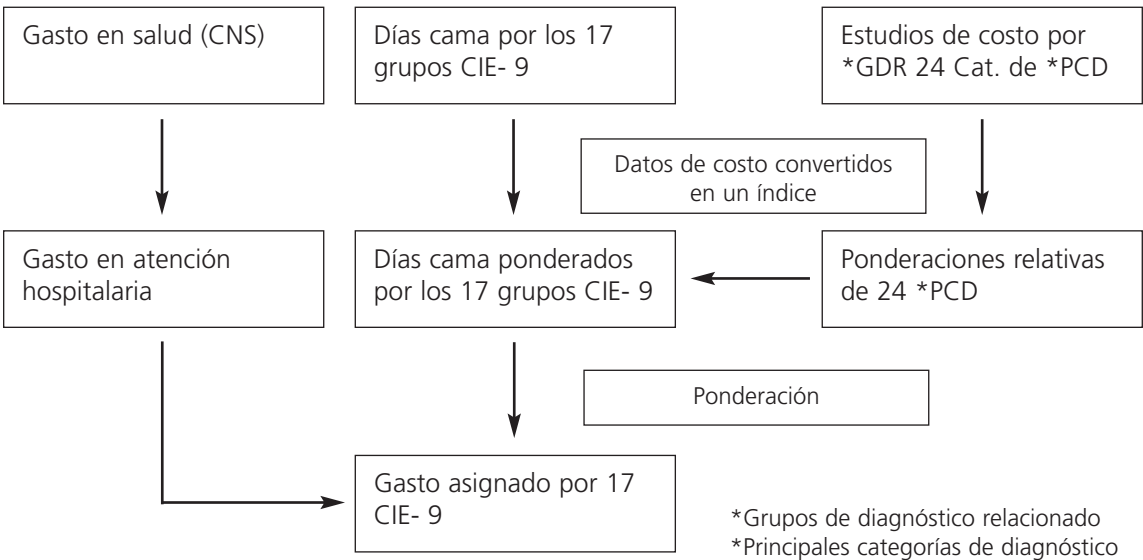
14.87. El gasto total en salud se dividió en cuatro grupos homogéneos: atención hospitalaria; atención ambulatoria; productos farmacéuticos; y el resto de las intervenciones. No se trata de grupos estandarizados, pero en España se consideró que su manejo sería viable y que tenían una pertinencia clínica y económica. Dichos grupos pueden crearse a partir de las clasificaciones que ya existen en cuadros de CNS (tanto para el sector público como para el privado).

14.88. El gasto se distribuyó entre cada uno de estos grupos de acuerdo con las categorías de diagnóstico de CIE-9. Los resultados se validaron usando registros estadísticos de varios establecimientos médicos y por medio de análisis con los informantes clave. El procedimiento general se ajustó para tomar en consideración la disponibilidad del material de respaldo y las características particulares de cada categoría.

14.89. Para evitar una distorsión de la distribución, los componentes de los procedimientos con un costo muy elevado (tales como aquéllos para el tratamiento del SIDA y de la atención de la salud mental) se retiraron de los totales de las CNS. Luego de que el dinero restante había sido distribuido, estos componentes fueron reincorporados (ver figura 14.2).

Figura 14.2
Distribución del gasto en atención hospitalaria en España

Distribución de la atención hospitalaria.



14.90. Se analizaron todos los días-cama por grupos CIE-9 para identificar su frecuencia. Esas frecuencias se ponderaron usando un índice de consumo de recursos. Los servicios complementarios y secundarios (tales como laboratorio e imagenología) se manejaron por separado. Los costos del día-cama se tomaron de grupos de diagnóstico relacionados y de categorías mayores de diagnóstico. La información sobre las frecuencias de los días-cama y sus ponderaciones por uso del recurso se combinaron para construir una distribución porcentual que se aplicaría al gasto en la atención hospitalaria. Por último, las categorías previamente segregadas en razón de su elevado costo fueron reincorporadas.

14.91. El gasto en fármacos se distribuyó usando los registros de venta de la industria por producto, luego de lo cual fue asignado. Inicialmente, la distribución se realizó por grupo y luego por diagnóstico cuando el uso del producto farmacéutico se relacionaba de manera clara con un grupo específico CIE (por ejemplo, tratamiento de diabetes). Los productos farmacéuticos sin uso exclusivo se distribuyeron de acuerdo con la ponderación de su distribución potencial en cada grupo. Se estimó un perfil de las prescripciones, por ejemplo de analgésicos, con base en los registros clínicos y en información proporcionada por informantes clave. Cuando no hubo información para apoyar una distribución se recurrió a criterios profesionales y a ponderaciones promedio. Estas estimaciones se validaron entonces mediante el uso de una muestra a pequeña escala de los expedientes médicos en unidades seleccionadas y por medio de análisis con informantes clave.

14.92. La atención ambulatoria se dividió inicialmente de acuerdo con el perfil de los servicios ofrecidos por entidades públicas y privadas, tal como atención primaria a la salud, modelo tradicional, modelo reformado, centros de atención extra-hospitalaria y ambulatoria. Al igual que en el caso de la atención hospitalaria, el paso inicial consistió en distribuir el gasto total en atención ambulatoria entre estos grupos homogéneos mayores. En lugar de días-cama, la unidad de la medición fue la consulta médica. Se estableció una distinción entre consultas domiciliarias y visitas a laboratorios, o entre imagenología y atención especializada. Tal como ocurre con la atención hospitalaria, no siempre hubo información disponible. La atención medicalizada domiciliaria no se tomó en cuenta dada la poca información existente.

14.93. Todas estas actividades se vincularon con información sobre costos a fin de generar índices ponderados. Cuando resultó viable, se hizo una estimación de la tasa de visitas médicas por clase (domiciliaria, laboratorio, etc.) para cada grupo CIE-9 y diagnóstico. Se usaron los expedientes clínicos y de utilización, así como los estudios disponibles sobre costos para ponderar la calidad de los servicios proporcionados, y estas ponderaciones se aplicaron a las cantidades estimadas en cada grupo de CIE-9. Algunos de los factores de ponderación se estimaron como se muestra a continuación:

- Consulta a un médico general 1
- Visita domiciliaria por un médico general 2.2
- Consulta pediátrica 1.4
- Visita domiciliaria por un pediatra 2.9
- Consulta a un médico especialista 1.2
- Visita a laboratorio 0.2
- Visita para rayos X e imagenología diagnóstica 2

Estudio de caso: gasto en fármacos en Egipto

14.94. La proporción del gasto total en salud correspondiente a los fármacos es uno de los tópicos que reviste un interés particular para los formuladores de políticas. El siguiente ejemplo muestra qué fue lo que se hizo en Egipto. Dicho ejemplo ha sido reproducido verbatim de un informe de 1997 sobre las cuentas de salud en Egipto de 1994 a 1995 (16). El material que se muestra entre corchetes ha sido agregado para esclarecer algunos puntos.

“El Centro de Planeación y Políticas de Medicamentos (CPPM) del MdSP [Ministerio de Salud y Población] ha establecido y mantiene un sistema nacional de información sobre medicamentos, que depende de la obligación que tienen las compañías farmacéuticas de informar sobre todas las ventas de medicamentos. Este sistema, que ha estado en vigor desde 1986, rastrea las importaciones, la producción y las ventas de todos los medicamentos de las compañías y los particulares en los ramos de productos farmacéuticos. El cuadro 2.31 [reproducido como cuadro 14.2] proporciona las

Cuadro 14.2 Egipto: ventas de fármacos, años financieros de 1986 - 1996

Año fiscal	Valor de menudeo (millones de LE)	Volumen (unidades)	Precio unitario promedio (LE)	Precio unitario promedio (LE constantes de AF90)	Cambio en el valor de menudeo (%)	Cambio en el volumen (%)	Consumo per capita (LE)
AF86	778.1	705.0	1.10		-	-	16.5
AF87	954.0	773.9	1.23		23	10	19.8
AF88	1094.2	821.4	1.33		33	6	22.1
AF89	1217.8	840.7	1.45	1.71	11	23	24.8
AF90	1395.1	822.8	1.70	1.70	15	-2	27.3
AF91	1766.6	844.5	2.09	1.83	27	3	32.8
AF92	1988.5	771.8	2.58	1.88	13	-9	41.0
AF93	2270.7	859.1	2.64	1.75	14	11	40.1
AF94	2738.9	890.3	3.08	1.91	21	4	47.4
AF95	3134.4	942.2	3.32	1.84	14	6	53.1
AF96	3479.3	1010.2	3.44		11	7	57.8

Fuente: Centro de Planeación y Políticas de Medicamentos, Ministerio de Salud y Población (Egipto)

estimaciones de CPPM de las tendencias en el mercado farmacéutico durante los años fiscales 86-96. En este periodo, el consumo total y los precios de los fármacos registraron un fuerte incremento en términos nominales. Sin embargo, en términos reales, sólo hubo un modesto incremento en los niveles de precios y el volumen de las ventas.

“Los datos de CPPM sobre las ventas se refieren a todos los productos farmacéuticos vendidos legalmente en el mercado doméstico egipcio. Ello incluye medicamentos expedidos sólo por prescripción (en Egipto, restringidos únicamente a opiáceos y algunos pocos productos más), así como medicamentos de venta libre, que abarcan el grueso de la ventas. No se incluyen las vacunas, dado que éstas son reguladas por separado. Las ventas se valoran a precios de menudeo en el caso de las ventas de farmacias, así como al precio real que se paga en el caso de las ventas a compradores institucionales, tales como MdSP, OSS [Organización de Seguros de Salud] y universidades. El segundo precio siempre es menor que el precio de la venta minorista, en virtud de los descuentos ofrecidos a los grandes compradores y a los contratos obtenidos por licitación.

“Para fines de CNS, es necesario derivar una estimación de las ventas totales de fármacos a los hogares, pero CPPM no recopila datos sobre la participación en el mercado de los diversos tipos de compradores, o sobre la participación porcentual de cada canal de distribución. No obstante, es posible obtener tres estimaciones diferentes del porcentaje de los fármacos distribuidos a los hogares a través de las farmacias:

“1. Por medio de un enfoque de encuesta muestral, [una compañía privada de análisis farmacéuticos] estima que las farmacias representaron el 84% de la distribución total en 1995.”

“2. Durante la primera ronda de estimaciones de CNS, DOP llevó a cabo una encuesta de las 25 compañías farmacéuticas más grandes, misma que reveló que aproximadamente 70% de las ventas totales de medicamentos a precio de mayoreo se efectuaban para el sector privado, que consiste esencialmente en farmacias. La diferencia entre estas cifras de ventas (a precios de mayoreo) y las cifras del CPPM fue de 40%, lo que puede explicarse por el hecho de que en los datos de CPPM, las ventas de las farmacias se valúan a precios de menudeo. Si las ventas del sector privado en el año fiscal 92 se ajustan en función de este margen de menudeo, entonces los datos de la encuesta DOP resultan consistentes con la participación del 80% en la distribución correspondiente a las farmacias.”

“3. Las cuentas auditadas por el MdF [Ministerio de Finanzas] para las organizaciones gubernamentales y del sector público detallan los gastos por organización en el Capítulo 3 [parte del sistema de financiamiento de la atención de la salud egipcio]. En el caso del MdSP, MdF estima que las compras de medicamentos equivalen al 40 – 45% de los gastos del Capítulo 2 [otra parte del sistema de financiamiento de la atención de la salud egipcio]. Si se parte del supuesto de que otras organizaciones gubernamentales de atención de la salud tienen patrones similares de gasto, entonces puede obtenerse una estimación de las compras totales de fármacos del sector público. En el caso de OSS, esto no es necesario ya que su Informe Anual contiene suficiente información para poder determinar de manera directa el total de sus compras de fármacos en el mercado mayorista. Las unidades de salud del Ministerio de Defensa suelen comprar los medicamentos directamente de las farmacias, sin embarcarse en procesos de licitación o compras por volumen, por lo que pueden ignorarse en este análisis. El cuadro 2.32 [reproducido como cuadro 14.3] proporciona las estimaciones de las compras de medicamentos que pueden derivarse de este procedimiento; implica que las compras totales institucionales se encuentran en el rango de 555 millones de LE [libras egipcias], lo que implicaría que las ventas de las farmacias equivalen a LE 2579 millones, u 82% de las ventas totales registradas por CPPM.”

“Las tres diferentes estimaciones descritas antes sugieren de manera consistente que las ventas de las farmacias representan el 80-84% de las ventas totales de fármacos. Esto implica que las ventas totales de farmacias en el año fiscal de 95 ascendieron a LE 2510 – 2633 millones.”

Cuadro 14.3 Egipto: estimación de las compras de medicamentos del sector público en el año financiero (AF) de 95 (Millones de libras egipcias [LE])

Organización	Capítulo 2 de gastos	Estimación de compras de medicamentos
Ministerio de Salud y Población (MdSP)	438	186
Hospitales universitarios	225	96
Organización de Hospitales de Enseñanza	31	13
Organización de Seguros de Salud (OSS)	n.a.	193
Organizaciones de Atención Curativa	~276	117
Total (incluyendo vacunas)		605
Total (excluyendo vacunas)		555

Nota: El gasto en medicamentos se estima como el 42.5% de los gastos del capítulo 2, excepto en el caso de OSS. Aquí, las cifras correspondientes a OSS se refieren únicamente a las compras de la farmacia propiedad de OSS; esta organización financia 237 millones de LE adicionales para compra de medicamentos en farmacias privadas. El total final ha sido ajustado sustrayendo al total de compras de medicamentos del MdSP, incluidas las vacunas, el valor estimado de la compra de vacunas, que es de 50 millones de LE.

Reflexiones finales sobre la distribución del gasto en salud

14.95. Como puede apreciarse a partir del material presentado en este capítulo, el desarrollo de las distribuciones del gasto en salud es difícil de caracterizar. Existen múltiples ángulos del problema, y el enfoque óptimo dependerá de la dimensión distribucional utilizada, la naturaleza de los datos disponibles para el contador de la salud, y el tiempo y los recursos disponibles para desempeñar la tarea. Algunas dimensiones son más susceptibles de derivar en distribuciones que otras, algunas requieren más datos con un mayor nivel de detalle, y algunas otras ameritarían, por su propia naturaleza, un proyecto de investigación completo e independiente.

14.96. A medida que el arte de la contabilidad de la salud evolucione en los países y a nivel internacional, el número de ejemplos y técnicas que ayuden a refinar y mejorar el trabajo existente irá aumentando sin duda. Mientras tanto, confiamos en que esta Guía haya ofrecido un discernimiento sobre la forma en que esta tarea puede estructurarse para producir un trabajo de una calidad razonablemente buena y con una inversión de esfuerzo también razonable.

Ilustración 14.5 Appia: hoja de cálculo de la distribución del gasto para pacientes hospitalizados, 2002

	Fuente	Fórmula	Total	Distribución por quintil				
				Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Gasto en atención curativa hospitalaria (HC.1.1)	Cuadro PxF							
Hospitales del Ministerio de Salud		a	7 125					
Hospitales regionales		b	12 419					
Hospitales privados		c	23 244					
Total de días de hospitalización	Informes hospitalarios, distribuidos según estudio de Ministerio de Salud							
Hospitales del Ministerio de Salud		d	26 197	820	6 563	7 782	6 942	4 090
Hospitales regionales		e	131 378	14 753	22 151	31 130	31 035	32 309
Hospitales privados		f	28 694	20 080	8 614	0	0	0
Gastos de hospitalización por día paciente	Computado							
Hospitales del Ministerio de Salud		g=a/d	272					
Hospitales regionales		h=b/e	95					
Hospitales privados		i=c/f	810					
Días de hospitalización, por pagador	Con base en estudio de Ministerio de Salud aplicado a días de hospitalización							
Hospitales del Ministerio de Salud		j						
Agencia Nacional de Seguros		k		820	6 563	7 782	5 040	1 600
Ministerio de Salud		l		0	0	0	1 902	2 490
Hospitales regionales		m	131 378	14 753	22 151	31 130	31 035	32 309
Agencia Nacional de Seguros		n		14 673	21 971	30 930	17 280	15 000
Seguros gubernamentales		o		80	180	200	180	0
Ministerio de Salud		p		0	0	0	13 575	17 309
Hospitales privados		q	28 694	20 080	8 614	0	0	0
Agencia Nacional de Seguros		r		19 708	8 354	0	0	0
Seguros privados		s		372	260	0	0	0

	Fuente	Fórmula	Total	Distribución por quintil				
				Q5	Q4	Q3	Q2	Q1
Costos de hospitalización, por pagador	Días multiplicados por costo diario (excepción hecha de la Agencia Nacional de Seguros, que limita el pago de días de hospitalización privada a 3.67 veces el costo diario regional)							
Hospitales del Ministerio de Salud			7 126	223	1 785	2 117	1 888	1 112
Agencia Nacional de Seguros		$t=k \cdot g$	5 931	223	1 785	2 117	1 371	435
Ministerio de Salud		$u=l \cdot g$	1 195	0	0	0	517	677
Hospitales regionales								
Agencia Nacional de Seguros		$v=n \cdot h$	9 439	1 387	2 077	2 924	1 633	1 418
Seguros gubernamentales		$w=o \cdot h$	60	8	17	19	17	0
Ministerio de Salud		$x=p \cdot h$	2 919	0	0	0	1 283	1 636
Subsidio regional		dividido por m	23	3	4	5	5	6
Hospitales privados			23 482	16 433	7 049	0	0	0
Agencia Nacional de Seguros		$y=3.67 \cdot h \cdot r$	9 735	6 837	2 898	0	0	0
Co-pagos		$z=r \cdot (i-3.67 \cdot h)$	12 997	9 128	3 869	0	0	0
Seguros privados		$aa=s \cdot i$	512	301	211	0	0	0
Subsidio de organización no gubernamental		dividido por q	238	167	71	0	0	0
Total de hospitalización, por pagador								
Ministerio de Salud			4 114	0	0	0	1 801	2 313
Gobierno regional			23	3	4	5	5	6
Agencia Nacional de Seguros			25 105	8 447	6 760	5 041	3 004	1 853
Seguros gubernamentales			60	8	17	19	17	0
Seguros privados			512	301	211	0	0	0
Hogares			12 997	9 128	3 869	0	0	0
Subsidio de organización no gubernamental			238	167	71	0	0	0
Ajustado a cifras de FAXF		FAXF						
Ministerio de Salud		4108	4 108	0	0	0	1 798	2 310
Gobierno regional		23	23	3	4	5	5	6
Agencia Nacional de Seguros		25071	25 071	8 436	6 751	5 034	2 999	1 851
Seguros gubernamentales		60	60	8	17	19	16	0
Seguros privados		508	508	299	209	0	0	0
Hogares		12780	12 780	8 976	3 804	0	0	0
Subsidio de organización no gubernamental		238	238	167	71	0	0	0

Ilustración 14.7 Appia: gasto corriente en salud, por agente de financiamiento y por quintil de gasto de los hogares
Año calendario 2002 (millones de coronas)

Quintil de gasto de los hogares	Agentes de financiamiento											
	HF.1 Gobierno general					HF.2 Sector privado					HF.3 Resto del mundo	Total, todos los agentes de financiamiento
	HF.1.1 Gobiernos territoriales			HF.1.2 Agencia Nacional de Seguros	Total	HF.2.1 & HF.2.2 Seguros de salud privados	HF.2.3 Gastos directos de los hogares	HF.2.4 Organizaciones no gubernamentales	HF.2.5 Empleadores	Total		
	HF.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.2 Gobierno regional	Total									
Quintil alto	1 240	267	1 507	19 114	20 621	3 099	27 094	632	1 789	32 614	53 235	
Cuarto quintil	1 240	268	1 508	15 618	17 126	2 042	19 523	492	1 089	23 147	40 273	
Tercer quintil	1 240	269	1 509	12 389	13 898	603	14 019	379	771	15 772	29 670	
Segundo quintil	8 453	269	8 722	8 419	17 142	229	12 770	577	482	14 058	31 200	
Quintil bajo	10 889	271	11 160	5 295	16 455	0	9 787	578	162	10 527	27 581	
Total	23 062	1 344	24 406	60 835	85 241	5 973	83 194	2 658	4 293	96 118	181 958	

Nota: El gasto corriente en salud equivale al gasto nacional en salud menos el gasto en educación e investigación.

Capítulo 15

Reflexiones finales

15.01. La intención de esta *Guía* ha sido exponer los principios de la contabilidad de la salud a contadores encargados de esta área. Las cuentas de salud implican un rastreo riguroso del dinero a lo largo del sistema de salud, mediante el uso de taxonomías mutuamente excluyentes y exhaustivas que describen las dimensiones del sistema. Las cuentas permiten a los formuladores de políticas conocer los flujos de los recursos, desde su fuente inicial hacia las entidades que mancomunan y distribuyen dichos recursos, de ahí a las entidades que participan en las actividades, y de ahí a los beneficiarios de dichas actividades (agrupados por edad y sexo, estatus socio-económico, condición de salud, etc.).

15.02. La *Guía* también ha expuesto algunas de las herramientas del contador de la salud. Una de éstas es el mapa de datos del sistema de financiamiento de la salud, que debe desarrollarse antes de proceder al vaciado de estos datos en las cuentas. Otra es una serie de estándares de clasificación que permiten una separación significativa de las actividades en las dimensiones de pertinencia política del sistema de financiamiento de la atención de la salud. También se analizaron algunas formas de generar datos y diversas técnicas que pueden usarse para transformar datos en información.

15.03. La *Guía* ha ofrecido ejemplos de cuentas de salud y contadores de la salud en acción. Algunos han sido estudios de caso de países con cuentas de salud ya establecidas o incipientes; otros se han tomado del país ficticio de Appia. Estos ejemplos han demostrado que la contabilidad de la salud es tanto un arte como una ciencia, y que requiere la aplicación de principios rigurosos, pero también de una cantidad substancial de criterio subjetivo sobre la forma de aplicar estos principios.

15.04. Si el proyecto no ha iniciado todavía, el lector de esta *Guía* pronto empezará a trabajar en las cuentas de salud en su propio país. Esto puede parecer una tarea abrumadora, pero puede convertirse en una tarea más sencilla si el contador de la salud recuerda y sigue los pasos expuestos en la Guía:

- identificar y categorizar a los actores;
- identificar las fuentes de datos y las brechas de información faltante;
- asegurar y analizar las fortalezas y debilidades de los datos;
- llenar los cuadros de forma que las cifras guarden un balance entre sí;
- documentar todos los procesos, las fuentes de información, las inquietudes y las oportunidades para fortalecer las cuentas.

15.05. Cada paso en este proceso puede usarse como una oportunidad para revisar los pasos previos. El ciclo de cuentas de salud de cada año se construye sobre los anteriores. En este sentido, la contabilidad de la salud es como cualquier otro proceso en el que los participantes pueden embarcarse en una dinámica de mejoramiento continuo. Las definiciones pueden precisarse y refinarse, las fuentes pueden desarrollarse y afinarse, las técnicas pueden ampliarse y perfeccionarse, y pueden surgir dimensiones adicionales del sistema de salud. En una buena contabilidad de la salud no sólo importa el destino final, sino saber abrir caminos.

Retos comunes a todos los países

15.06. Docenas de países han instrumentado o empezado a instrumentar los estándares que establece el System of Health Accounts – SHA (Sistema de cuentas de salud - SCS) de la OCDE para las cuentas de salud. Muchos otros han construido (o lo están haciendo) cuentas de salud basadas en estándares similares a los de SCS. La experiencia de estos países revela algunos retos en la contabilidad de la salud que trascienden las fronteras nacionales. A continuación se exponen algunas observaciones acerca del estado de la contabilidad de la salud (especialmente mediante el uso de SCS) a finales de 2002.

15.07. Los sistemas nacionales de información pueden no registrar datos en apego a los lineamientos de SCS. Por ejemplo, algunos servicios de médicos que laboran en hospitales se registran asociados más con su práctica en consultorios que con los hospitales mismos, lo que dificulta la asignación de dichos servi-

cios a la atención hospitalaria. En los Países Bajos, los datos funcionales no discriminan entre los modos de prestación (hospitalaria, atención diurna, ambulatoria). Con frecuencia el registro de los datos responde a un marco de referencia temporal diferente del de las cuentas de salud (los datos del año fiscal deben ajustarse a un marco de año calendario, o los datos del año calendario deben ajustarse al marco de referencia del año fiscal).

15.08. La delimitación de las fronteras entre servicios sociales y servicios de salud puede dificultarse aún más por las limitaciones de los datos. Por ejemplo, en Suecia, las municipalidades locales proporcionan ambos tipos de servicios, y fue necesario llevar a cabo estudios de tiempo y uso para discriminar entre los dos tipos de gasto.

15.09. Puede ser difícil distinguir entre salud pública, actividades preventivas que emprenden los propios individuos y actividades relacionadas con la salud. Por ejemplo, en México, la salud ambiental es considerada una parte de la función de prevención. Más allá de las definiciones, las fuentes de datos pueden registrar un gasto diferente para tipos de actividades en diferentes lugares.

15.10. No todos los proveedores encajan nítidamente en las categorías de SCS. Por ejemplo, en Finlandia, algunas clínicas ambulatorias proporcionan también servicios hospitalarios, así como atención tanto curativa como preventiva, de tal forma que el equipo de cuentas de salud tuvo que usar estimaciones de costos unitarios para dividir el gasto entre las funciones.

15.11. La distinción entre seguridad social, seguro social y otros seguros de salud no siempre es clara. Por ejemplo, en España hay todavía un debate en torno a cómo clasificar los seguros de salud de los servidores públicos.

15.12. Las autoridades de nivel subnacional pueden manejar los datos de diferentes formas. Por ejemplo, en México, los estados no tienen una obligación de informar con un desglose detallado sobre el gasto en salud al gobierno central, y el equipo de cuentas de salud mexicano ha organizado grupos de trabajo en los niveles central y estatal para establecer las cuentas regionales y nacionales de salud (CNS).

15.13. Las categorías de SCS pueden no facilitar la separación de actividades de relevancia política. Por ejemplo, la rectoría representa un asunto de política importante, pero la clasificación ICHA-HC no cuenta con esa categoría.

15.14. La mayoría de los países ha requerido una considerable cantidad de tiempo para instrumentar las clasificaciones ICHA (12-24 meses), ya que, en forma característica, esto ha implicado un trabajo significativo para identificar nuevas fuentes de datos o métodos de estimación, particularmente en el caso de la desagregación funcional de los gastos. El éxito en esta área ha sido más sencillo en el caso del gasto público, pero subsisten diversos problemas significativos, metodológicos y de datos, para clasificar los gastos privados. Las modificaciones a los esquemas ICHA son bastante comunes; por ejemplo, ICHA-HC se ha ampliado para incluir y categorizar por separado los gastos en la medicina ayurvédica en Sri Lanka y la medicina tradicional en Hong Kong S.A.R. de China. Otras modificaciones similares de la clasificación ICHA-HP han sido necesarias para tomar en cuenta a los proveedores de tales servicios. Varios países han encontrado también necesario, por motivos de política, desagregar aún más la categoría de salud pública de la ICHA-HC.

15.15. La recopilación y procesamiento de datos plantea retos. Los problemas existentes en la identificación de los gastos en la atención hospitalaria de día y en los servicios de atención de larga duración no han sido de suficiente interés para muchos países de ingresos bajos, en los que estos gastos son limitados, pero todos los países han experimentado problemas significativos con la estimación del gasto de los hogares. El mejoramiento de los métodos requiere todavía de una cantidad considerable de trabajo, y varios países han optado por dejar de depender de las encuestas de hogares para estimar estos gastos.

15.16. La estimación del comercio internacional de servicios de salud es un asunto de política para muchos países, y los métodos y fuentes de datos actuales son inadecuados.

15.17. Muchos países han estructurado su trabajo para obtener resultados en dos direcciones, la primera basada en SCS, y la segunda basada en un marco de referencia nacional. Esto último en caso de que el SCS no satisfaga los requerimientos de los formuladores de políticas nacionales. Aquellos países que no contaban con un legado de CNS han encontrado más sencillo esto, ya que han logrado establecer marcos de referencia nacionales estrechamente fundamentados en el SCS. Por ejemplo, Sri Lanka ha desarrollado un procedimiento de codificación dual que usa tanto clasificaciones nacionales como de ICHA para facilitar la producción de estimaciones paralelas.

Recursos disponibles para los contadores de la salud

15.18. El apoyo disponible para los equipos de CNS se incrementa a medida que la contabilidad de la salud se difunde cada vez más en el mundo. El anexo A de esta Guía ofrece una idea de apoyos disponibles cuando esta edición se fue a imprenta a principios de 2003, pero la lista crece continuamente.

15.19. Además de esta Guía, existen otros recursos impresos disponibles. El System of health accounts (SHA) de la OCDE ofrece una guía sobre las definiciones y clasificaciones de los actores del sistema de salud. El SNA ofrece una orientación sobre la evaluación económica. Los libros de texto sobre análisis de encuestas pueden ayudar al equipo de cuentas de salud a convertir los datos muestrales en información generalizada.

15.20. La proliferación de materiales en WWW coloca la ayuda todavía más al alcance de la mano. El manual de SCS (SHA) se encuentra ahora disponible vía Internet. OCDE, OMS, el Banco Mundial y USAID dedican secciones de sus sitios Web a temas de contabilidad de la salud. Las Redes existentes de cuentas de la salud en América Latina y el Caribe, así como en Asia y el Pacífico, mantienen sitios Web para el intercambio de relatorías de casos exitosos y retos enfrentados por los equipos nacionales. Por medio de recursos como éstos, los contadores de la salud pueden establecer contactos con sus colegas en otros países.

15.21. De igual importancia en esta asistencia es la construcción de una red de “clientes” y “proveedores” de cuentas de salud al interior de los países. Esta red puede proporcionar asesoría sobre la utilidad de política de las estructuras de las cuentas de salud, así como ideas sobre la dirección que se aprecia en el sistema de salud y la forma en que las cuentas pueden evolucionar para mantener su pertinencia. La red de contactos puede también mantener actualizado al equipo en relación con las mejoras en las fuentes de datos o el surgimiento de nuevos datos y nuevas estructuras en el sistema de salud en sí. Existen redes activas en América Latina y el Caribe, en Asia y el Pacífico, en el este y el sur de África, en África del Norte y en el Medio Oriente.

¿Qué significa ser un contador de la salud?

15.22. Esta Guía ha reflejado algunas de las obligaciones del contador de la salud. La contabilidad de la salud consiste en una búsqueda perpetua y un reto constante para satisfacer diversos criterios de sensibilidad política, integralidad, consistencia, oportunidad y otros criterios similares, así como para facilitar las comparaciones entre países. Se espera que los contadores de la salud — picapedreros de los números que, por la naturaleza misma de su oficio, constituyen también una variedad diferente de analistas de políticas — adopten, a nivel profesional, la mayoría de los atributos propios de las cuentas que producen.

15.23. Así como las CNS no son una herramienta de o para la reforma del sistema de salud, los

contadores de la salud tienen un compromiso profesional de neutralidad respecto de las instituciones y eventos que intervienen en el proceso descriptivo-analítico que desarrollan. No es su papel fungir como árbitros entre partes, ya que hacerlo puede amenazar la imparcialidad percibida y la honestidad intelectual de las cuentas. Para que sean realmente útiles, las cuentas de salud deben rastrear todos los fondos en el sistema de salud, incluyendo aquellos que se mueven en la economía que cae fuera del ámbito oficial. Los contadores de la salud deben ser justos e imparciales en su valoración de los datos y la información, y deben convertirse en intermediarios honestos de información para los formuladores de políticas y los tomadores de decisiones.

15.24. El contador de la salud es un historiador por excelencia. El papel del historiador consiste en reunir pacientemente datos de todos tipos y entrelazarlos en una historia plausible. En cierto sentido, los historiadores no pueden mantenerse al margen; deben contribuir a la interpretación de dicha historia y, de cierta manera, defender su plausibilidad.

15.25. Además de interpretar una historia que se encuentra todavía en proceso de gestación, lo que requiere aún de la generación de una gran cantidad de documentación, los contadores de la salud deben también anticipar en este proceso situaciones que la sociedad no percibe todavía. Por ejemplo, el surgimiento de la cirugía ambulatoria y de una cirugía mínimamente invasiva en un escenario que sólo distingue entre atención hospitalaria y de consulta ambulatoria ha sido, y sigue siendo, un reto para las clasificaciones de la salud. Los contadores pueden y deben trabajar constantemente, y con una mirada al futuro, para guiar el crecimiento de los sistemas de datos de su país.

15.26. El contador de la salud es, en cierto sentido, el punto en el que se concentra un conocimiento experto que los formuladores de políticas y los actores clave, con una menor capacitación desde un ángulo cuantitativo, aprovechan para optimizar intereses que parecen ser conflictivos en ocasiones y, en otras, carentes de información organizada. Esta posición se expresa con claridad mediante la formulación de una respuesta concreta a necesidades estadísticas, descritas a lo largo de esta Guía, así como mediante el ejercicio de una capacidad para sintetizar grandes volúmenes de información en formatos relativamente concisos y para generar nuevas fuentes de información en torno a procesos en movimiento continuo.

15.27. El contador de la salud debe ser también un comunicador. Los modelos de las ciencias sociales pueden desarrollarse con conceptos abstractos y atajos matemáticos. Las cuentas deben ser inteligibles para los que han sido electos en el parlamento, aquellos que han sido nominados para desempeñar funciones ejecutivas en el gobierno, los analistas de políticas y, en cierto nivel de agregación, el público en general. Las CNS no son sólo una secuencia de cuadros o una secuencia de cuadros con series temporales, sino que representan también un informe que identifica mensajes clave que en ocasiones apuntan a áreas que parecen requerir una atención prioritaria. La ética de la contabilidad invita a los contadores de la salud a presentar estos hallazgos en términos que sean accesibles para todos los actores clave y sin ambigüedad alguna.

15.28. La rectoría del sistema de salud requiere muchas cosas, entre ellas:

- Un conocimiento profundo de los agentes, intervenciones y sus interacciones, así como del entorno, del inventario de activos y de las oportunidades disponibles dentro del sistema.
- Una identificación de los actores clave del sistema, así como de su papel en el cumplimiento de los objetivos del sistema, sus requerimientos de información y sus rutas tecnológicas potenciales.
- El empoderamiento con el que se ha investido a los actores clave, sus intereses en una estrategia de información y su disposición a compartir información.
- Justicia en el arbitraje y en el equilibrio pre-existente y existente derivado de una mayor transparencia entre los actores clave.

15.29. El contador de la salud intenta describir de manera exhaustiva y consistente los rasgos de un sistema de salud. Esta representación requiere una cierta cantidad de modelación y simplificación. En el

proceso de cuantificación de cientos de celdas con resultados plausibles, incluso los contadores experimentados descubren facetas de su sistema de salud que se habían pasado por alto en representaciones previas.

15.30. Al contador de la salud le aguardan siempre dificultades en el camino, ya que el desarrollo de los cuadros de cuentas de salud requiere del establecimiento de supuestos acerca de la naturaleza del sistema de atención de la salud. Se necesita honestidad intelectual para determinar un conjunto adecuado de hipótesis que tengan aplicación en el sistema de salud que se describe. Si se pretende que las cuentas reflejen en verdad el engranaje y funcionamiento del sistema de financiamiento de la atención de la salud, éstas deberán ser integrales, esto es, deberán incorporar a todos los actores. También será necesario que se confiera el mismo tratamiento a los actores que desempeñan funciones idénticas y a las intervenciones que buscan propósitos similares. Los contadores de la salud deben estar dispuestos a asegurar este tratamiento.

15.31. Los contadores deben también esforzarse por lograr un mejoramiento continuo de su trabajo. El racionamiento de las variables exploratorias sólo es admisible en las etapas iniciales de la construcción de las CNS, cuando las limitaciones en el acceso a la información restringen las ambiciones de la primera ronda de cuadros seleccionados y las limitaciones en la recolección de datos contraen las clasificaciones a unos pocos agregados. Año tras año, el contador de la salud necesita verificar la pertinencia de los cuadros y los desgloses desarrollados, así como la calidad de los datos en cada celda; de manera incansable, debe rastrear las omisiones y cuestionar la naturaleza de los datos. La evolución de los sistemas de salud, la modificación de los patrones de comportamiento de consumidores y productores, el crecimiento de la capacidad tecnológica y la capacidad para financiar los bienes y servicios de salud plantean retos interminables a la fragilidad y la estabilidad del diseño contable.

15.32. Los contadores de la salud, incluso aquellos capacitados en alguna de las muchas disciplinas especializadas que integran un sistema de salud, son, por naturaleza, “generalistas”. Deben entender algo acerca del lugar y el tamaño de todos los componentes, sobre el papel de cada agente en juego en el sistema de salud y sobre todas las intervenciones que modifican el precario equilibrio entre insumos y productos. Al mismo tiempo, se trata de especialistas de los que se espera que integren observaciones cuantitativas muy diversas en su naturaleza y que midan sus intrincadas interacciones, que imputen valores en celdas que necesitan ser llenadas pero que se han mantenido vacías, y que interpreten de manera tan honesta como les sea posible el significado de los valores cuantitativos integrados.

15.33. Se invita a los contadores de la salud a considerar cinco principios más, a saber, el compromiso permanente con la transparencia, la capacidad para hacer uso del criterio propio de manera profesional e imparcial, la interacción recurrente y abierta con todos los agentes clave, el compromiso con el mejoramiento continuo y la paciencia y resolución para superar todos los obstáculos.

Compromiso permanente con la transparencia

15.34. Esta *Guía* ha insistido en que un número sin una fuente y una clasificación sin definiciones constituyen los arrecifes contra los que muchos intentos previos de estructurar el conocimiento han naufragado. No es posible dejar a la memoria del contador de la salud el seguimiento de la procedencia de los datos de cientos de celdas en las cuentas. La necesidad de replicar el proceso año tras año requiere una documentación completa, tanto como lo requiere la necesidad de asegurar un mejoramiento continuo de la calidad de aquellas celdas cuyos datos son débiles. Cada decisión tomada por el estimador o el equipo de estimadores requiere ser documentada por escrito. Los objetivos de tales registros son facilitar la repeti-

ción del proceso de estimación en los siguientes años y orientar al personal nuevo cuando el estimador de la ronda anterior sea asignado a otras misiones o cuando el equipo de estimadores se modifique.

Capacidad para hacer uso del criterio propio de forma profesional e imparcial

15.35. El criterio profesional es un término que se refiere a la aplicación de conjeturas basadas en observaciones e indicios por parte del estimador o el equipo de estimadores. Cuando se trabaja con estadísticas, la aceptación de estas conjeturas puede sonar poco científica, pero la necesidad de imputar valores a celdas individuales es enorme. Si se tuviera un acceso inmediato a todas las cifras que integran cada cuadro, se justificaría ampliamente que la tarea de compilar las CNS se delegara a un contador general poco experimentado, al tiempo que la necesidad de llevar a cabo un proceso analítico en constante evolución que simule los flujos de financiamiento y de prestación del sistema de salud saldría sobrando. El criterio profesional se requiere en virtud de la escasez de información y la necesidad de interrelacionar un gran número de variables. Es, por tanto, un ejercicio basado en el conocimiento.

15.36. La idea de llevar a cabo una asignación nocional en las celdas que no pueden llenarse en la ronda actual de las cuentas de salud resulta difícil de aceptar para quien se aproxima a la contabilidad con una percepción inveterada de que las estadísticas representan una forma de contabilidad. La responsabilidad por excelencia del contador de la salud es la de sintetizar una medida del gasto y los flujos de financiamiento de la nación de forma que éstos presenten el panorama más preciso posible del sistema de salud. Cuando existen indicaciones endógenas o exógenas de que una celda debería tener un valor, pero no hay información disponible sobre ese valor ya sea en la agencia o las agencias que financian esa intervención, en los proveedores que suministran el servicio o en el beneficiario de la intervención, entonces el registro en la T contable queda en blanco. Lo que se requiere del contador de la salud en este caso es una “conjetura” sobre el volumen plausible del valor en esa celda. Afortunadamente, el número de celdas así suele ser menor de lo que podría temerse. Más aún, los errores que tienen lugar en el proceso de “conjeturación” tienden con frecuencia a compensarse unos a otros. Todavía más alentador es el hecho de que la apertura frente a la “conjeturación” a menudo conduce al descubrimiento o la liberación de información previamente desconocida para el equipo de cuentas de salud, misma que puede usarse en ciclos subsiguientes de las cuentas.

15.37. El criterio se requiere también en casos en los que parece poco plausible que los valores de las celdas sean tan altos o tan bajos como aparentan ser. De igual manera, dicho criterio se requiere para seleccionar las fuentes de información cuando coexisten varias y ninguna satisface los criterios establecidos, así como para proponer correcciones de los sesgos hasta que llegue el momento en que surja una fuente más adecuada o exacta. De nuevo, la apertura ante el ejercicio del criterio profesional puede conducir al descubrimiento de nuevos datos e información y permitir así el mejoramiento continuo del proceso de las cuentas de salud.

15.38. El valor añadido del contador de la salud radica en su habilidad para reducir la incertidumbre vinculada con la ausencia de datos o con su inverosimilitud; la sobre-valoración y la sub-valoración son eventos frecuentes, particularmente en las etapas tempranas de un ejercicio contable.

Interacción recurrente y abierta con todos los agentes clave

15.39. Los deberes de los contadores de la salud incluyen el establecimiento de relaciones colegiadas con los estadísticos y los analistas de políticas a los que acuden en busca de ayuda, esto es, aquéllos a cargo de las cuenta macro-económicas, la información sobre finanzas públicas, las estadísticas de precios, las encuestas de gastos de los hogares, la superintendencia de seguros, etc. Más allá del ámbito gubernamental, deben desarrollar contactos estrechos con instituciones no gubernamentales y sin fines de lucro, asociaciones profesionales tales como federaciones de hospitales y sindicatos de médicos y enfermeras, asociaciones de pacientes, sociedades científico-culturales y misiones de organizaciones extranjeras y multilaterales (cuando existan).

15.40. Existe un cierto peligro en estos contactos. En virtud de la necesidad de mantener una postura franca acerca de la calidad de los datos que usan, los contadores de la salud corren el riesgo de perder el apoyo de aquéllos de los que dependen para la obtención de datos. Se requiere tanto tacto como franqueza, junto con una disposición a trabajar en estrecha colaboración con los colegas para mejorar la calidad de los datos.

15.41. Las interacciones del contador de la salud no sólo tienen lugar con aquellos que pueden ayudar a obtener mejores cuentas, sino también con los clientes. Una vez que se han construido los cuadros, se han llenado las celdas, se ha elaborado el borrador de un resumen ejecutivo, se han llevado a cabo una evaluación post mortem y se ha puesto en marcha la siguiente edición de las CNS, la responsabilidad de los contadores de la salud incluye el establecimiento de una comunicación con los tomadores de decisiones, con las instituciones de enseñanza superior y con el público. Los cuadros pueden ser demasiado complejos para muchos actores clave, por lo que es necesario un esfuerzo para diseñar indicadores más simples que satisfagan la prueba de inteligibilidad general.

Compromiso de mejoramiento continuo

15.42. La contabilidad nacional rara vez se enseñará en las instituciones de enseñanza superior; la contabilidad de la salud no se enseña en ninguna parte, excepto en talleres ocasionales de corta duración. Existen obviamente algunos temas que se abordan en materias tales como economía de la salud y estadísticas. Pero el proceso de aprendizaje de la contabilidad de la salud se basa en gran medida en la experiencia real y la adquisición de técnicas adquiridas en el desarrollo del trabajo. Los contadores de la salud en el mundo enfrentan problemas similares; deben confiar en el proceso de aprendizaje y en su propia creatividad para adquirir y mejorar sus habilidades. La única distribución de activos en el mundo que se aproxima a la igualdad es la de la inteligencia, que se encuentra en todas las latitudes y longitudes y entre todos los espectros de la población. La experiencia de otros contadores (que trabajan en áreas de economía general, agricultura, transportación, turismo, etc.) y de los contadores de la salud en otros países reviste, por tanto, particular importancia. Cuando problemas similares en situaciones similares generan soluciones técnicas amplias también similares, aun cuando no exista certidumbre alguna de que dichas soluciones sean definitivas, la similitud entre ellas ofrece una cierta tranquilidad de que la solución adoptada en el país propio no puede estar terriblemente equivocada.

15.43. El mejoramiento de las habilidades se extiende a los instrumentos utilizados en la contabilidad de la salud. En las primeras rondas de las cuentas de salud, las restricciones a las que se encuentra sujeta la producción pueden requerir que el equipo continúe trabajando con instrumentos de validez cuestionable. Sus opciones pueden limitarse a encuestas e instrumentos de pequeña escala, y al uso de enfoques Delphi o de informantes clave. Las rondas sucesivas de las cuentas requerirán un incremento gradual en sofisticación y fuentes de información más sistemáticas. Los contadores de la salud deben también monitorear el desarrollo en otros campos contables y en las ciencias sociales en general, de forma que puedan adoptar avances metodológicos registrados en esas áreas. Dado que esta *Guía* se dirige particularmente a países de ingresos bajos y medios, una de las áreas que reviste un interés considerable es la de las encuestas y el muestreo, que constituyen uno de los componentes más costosos de la recopilación de datos básicos en la contabilidad cuando no existen encuestas generales que las CNS puedan aprovechar. Mientras que otros enfoques menos costosos no siempre son tan confiables, una de las limitaciones de las CNS es el costo global de su monitoreo anual. Dado que las encuestas se determinan con varios años de antelación, una de las cualidades del contador de la salud será la de contar con una visión tal de las necesidades que logre anticipar varios años de demanda.

15.44. También es necesario el mejoramiento continuo de las técnicas. Cuando los números en las celdas son el resultado de un cálculo, la búsqueda de calidad requiere una evaluación ex-post de los cálculos

introducidos. Con frecuencia, el desarrollo de estimaciones tiene lugar en condiciones de gran presión, lo que deja poco tiempo para una revisión cuidadosa del contenido de cada celda. Los contadores de la salud deben tener la voluntad de buscar siempre un mejor resultado del proceso estadístico iniciado, así como la capacidad de evaluar lo que puede lograrse en el marco de tiempo establecido para construir la primera ronda de CNS. Dado que una mayor cantidad de tiempo utilizado en una celda o una fila significa una menor cantidad de tiempo en otras, los contadores de la salud deben equilibrar la búsqueda de calidad con la necesidad de emitir las estimaciones a tiempo. El lema debería ser: luchar por lo mejor, pero no permitir que lo mejor se vuelva enemigo de lo bueno.

Paciencia y resolución para superar todos los escollos

15.45. La contabilidad nacional de la salud no es una máquina gigantesca sino un proceso de pensamiento. Para el contador de la salud, también, la sabiduría viene con el tiempo. Nadie ha conseguido generar cuentas de salud de la noche a la mañana; todas las cuentas de salud han evolucionado con el tiempo. La historia tiende a repetirse. Esta *Guía* sólo intenta acortar la curva de aprendizaje y reducir el lapso de tiempo que requiere su difusión.

El reto

15.46. Las cuentas de salud son una herramienta poderosa para el análisis del sistema de salud. Pueden usarse para describir el flujo de los recursos, proyectar dicho flujo y analizarlo en términos de su contribución al logro de los objetivos del sistema de salud. Bien hechas, las cuentas de salud de un país pueden coadyuvar a la creación de una política de salud racional. El reto que enfrenta el equipo de CNS para satisfacer las necesidades de información de sus clientes es similar al que enfrenta el sistema de salud, esto es, lograr la mejor calidad posible con los recursos disponibles.

- (1) World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. 2000.
- (2) Organisation for Economic Co-operation and Development. *A System of Health Accounts*. 2000.
- (3) Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential Public Health Functions: Results of the Delphi Study. *World Health Statistics Quarterly*, 1998, 51:44-54.
- (4) Organisation for Economic Cooperation and Development, International Monetary Fund, World Bank et al. *System of National Accounts 1993*. 1994.
- (5) Murray CJL, Lopez A. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Harvard University Press, 1996.
- (6) *Monitoring Financial Flows for Health Research*. Global Forum for Health Research, 2001.
- (7) Rannan-Eliya RP, Somanathan A. Estimation of Confidence Intervals for Estimates on National Health Expenditures Derived from Health Accounting Studies. (IPS HPP Occasional Papers No. 14). Institute for Policy Studies of Sri Lanka, Health Policy Programme. 1999. <http://www.ips.lk>
- (8) The World Health Survey Quality Assurance Standards & Guidelines. World Health Organization. 2003. http://www3.who.int/whs/P/training/06-QualityAssurance_files/frame.htm
- (9) Hoshaw-Woodard S. Description and Comparison of the Methods of Cluster Sampling and Lot Quality Assurance Sampling to Assess Immunization Coverage. World Health Organization. 2001. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www592.pdf>
- (10) van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten FFH. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford University Press, 1993.
- (11) Rannan-Eliya RP, Blanco-Vidal C, Nandakumar AK. The Distribution of Health Care Resources in Egypt: Implications for Equity. 2000. Harvard School of Public Health. Data for Decision Making Project. Ref Type: Report
- (12) Organisation for Economic Co-operation and Development. *Ageing in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*. Paris, 1996.
- (13) Polder J. *Cost of Illness in the Netherlands: Description, Comparison and Projection*. 2002.
- (14) Rannan-Eliya RP, Berman P, Eltigani E, de Silva WI, Somanathan A, Sumathiratne V. Expenditures for Reproductive Health Services in Egypt and Sri Lanka. (Ips Hpp Occasional Papers No. 13). Institute for Policy Studies of Sri Lanka, Health Policy Programme . 2000. <http://www.ips.lk>
- (15) Gisbert R, Brosa M, Figueras M et al. El coste de la enfermedad en España: El coste de las enfermedades cardiovasculares. 1997
- (16) Rannan-Eliya RP, Nada KH, Kamal AM, Ali AI. Egypt National Health Accounts 1994–1995 (DDM Working Papers). 52–54. 1997. Harvard School of Public Health. Data for Decision Making Project. Ref Type: Report

Anexo A

Recursos disponibles para los contadores de la salud

Manuales

A.01. *A system of health accounts (SHA)* Version 1.0 es el marco de referencia que han establecido los estados miembros de la OCDE para las cuentas de salud. En el verano de 2002, apenas la mitad de estos estados había empezado a instrumentar el SCS (SHA) en sus propias cuentas. La obra contiene un análisis detallado de los esquemas de clasificación de los diversos actores en el sistema de salud, así como cuadros con correspondencias cruzadas que muestran el vínculo entre estos esquemas y aquellos utilizados en el *system of national accounts - SNA* (sistema de cuentas nacionales – SCN), de carácter más amplio. El manual SHA puede adquirirse de la OCDE y se encuentra también disponible en la red global WWW: <http://www.oecd.org/EN/documents/0,,EN-documents-684-nodirectorate-no-15-no-12,00.html>

A.02. *System of national accounts (SNA)* 1993 es el manual definitivo para la preparación de cuentas macroeconómicas, desarrollado bajo los auspicios de Eurostat, el Fondo Monetario Internacional (FMI), OCDE, las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Contiene un amplio análisis de cómo adjudicar un valor a las diversas actividades económicas que tienen lugar en una nación, y es de gran utilidad para los contadores de la salud que necesitan medir el gasto en salud de actores no mercantiles. Este documento puede comprarse de cualquiera de las organizaciones patrocinadoras, y puede encontrarse también en WWW (<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/toctop.asp>). También en WWW (<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/introduction.asp>) puede encontrarse una introducción a SNA93, así como otros libros y manuales sobre contabilidad nacional.

A.03. *Government finance statistics manual 2001* fue publicado por el Fondo Monetario Internacional y abarca conceptos, definiciones, clasificaciones reglas de contabilidad. Ofrece un marco de referencia integral y analítico para la síntesis y la presentación de estadísticas en apoyo al análisis, la planeación y la determinación de políticas. Puede adquirirse del FMI, y se encuentra también disponible en <http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/index.htm>

Sitios Web de cuentas nacionales de salud

A.04. Diversas redes de contadores de la salud han establecido grupos de intercambio en la red WWW. En el momento en que esta *Guía* se publicó en inglés, estos sitios incluían:

- APNHAN (Asia-Pacific National Health Accounts Network) <http://www.apnhan.org>
- ALC (América Latina y el Caribe): <http://www.lachealthaccounts.org/>
- OMS (Organización Mundial de la Salud): <http://www.who.int/nha>
- En el sitio web de Partnerships for Health Reform (PHR) en <http://www.phrplus.org> puede encontrarse información sobre otras redes.

A.05. Algunos de los sitios web de diversas organizaciones internacionales incluyen secciones dedicadas a las cuentas de salud. Ver, por ejemplo:

- OCDE: <http://www.oecd.org/EN/home/0,EN-home-684-nodirectorate-no-no-no-12,00.html>
- Naciones Unidas (América Latina): <http://www.eclac.org/default.asp?idioma=IN>
- Banco Mundial: http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/nha_index.asp
- OMS: <http://www.who.int/health-systems-performance/>

A.06. El International Health Systems Group (Grupo Internacional de Sistemas de Salud) de la Universidad Harvard mantiene un sitio web en <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/ihsg.html>

Informes sobre cuentas nacionales de salud en la red

A.07. En enero de 2003, una búsqueda en inglés sobre “cuentas nacionales en salud” (“national health accounts”) mediante el buscador <http://www.google.com> arrojó más de 3000 direcciones. Entre otros tipos de información, las entradas incluían documentos sobre metodologías e informes de estimaciones de países específicos.

Documentos utilizados para esta *Guía*

A.08. Además de los manuales e informes mencionados antes, fueron varios los informes y documentos que se usaron para preparar los estudios de caso y ejemplos de esta *Guía*:

Cárdenas M. [Bolivian] Health sector funding and expenditure accounts. MoHSS, DDM, PHR January 2000
Data International Ltd., Nepal Health Economics Association, and Institute of Policy Studies. 2001. Equity in Financing and Delivery of Health Services in Bangladesh, Nepal and Sri Lanka. Colombo, Sri Lanka: Institute of Policy Studies. [www.ipsarchive.lk/hpp/triequity.pdf]

Institute of Policy Studies, 2000 Sri Lanka public health

Malaysia National Health Accounts Project Team, Government of Malaysia. September 2001. Draft Outline Of Proposed Framework For Malaysia National Health Accounts (MNHA). Version Dated 15th September 2001

Rannan-Eliya RP, Blanco-Vidal C, Nandakumar AK. The Distribution of Health Care Resources in Egypt: Implications for Equity. 2000. Harvard School of Public Health. Data for Decision Making Project.

Social protection in EU Member States and the European Economic Area. 2000 MISSOC. European Commission [Unit E.2].

Van Adams A., Hartneitt, Cost-sharing in the social sectors of the Sub-Saharan Africa, impact on the poor, Washington, World Bank Discussion Paper no. 338, 1996

Metodología de la encuesta y referencias de análisis

A.09. Existe un enorme cuerpo de literatura disponible sobre cómo llevar a cabo y hacer uso de las encuestas. La lista que se expone a continuación ofrece sólo una muestra representativa de dicha literatura.

Referencias generales:

Henry GT. *Practical sampling*. Applied Social Research Methods Series, Volume 21. Sage Publications; 1990.

Hoshaw-Woodward S, *Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage*. World Health Organization. Department of Vaccines and Biologicals, Geneva, 2001. 1–15.

Kish L., *Survey sampling*. New York: John Wiley and Sons; (1965) (contains a fairly detailed model of survey error.)

Sadana R, Mathers CD, Lopez AD et al. *Comparative analysis of more than 50 household surveys of health status*. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva, World Health Organization, 2002.

Schonlau M, Fricker RD, Elliot MN, *Conducting research surveys via E-mail and the Web*. ISBN: 0-8330-3110-4, MR-1480-RC, Rand, 2001. available (<http://www.rand.org/publications/MR/MR1480>.)

Salant P, Dillman DA. *How to conduct your own survey*. John Wiley & Sons, Inc; 1994.

Ustun B, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Celik C, Sadana R et al. *WHO Multicountry Household Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001* (Global Programme on Evidence for Health Policy GPE Discussion Paper 37). 2000.

Sobre los errores de las encuestas:

Anderson R, Kasper J, Frankel M, *The effect of measurement error on differences in hospital expenditures*. Medical Care 1976; 14:932-949.

Andersen R, *Health services use*. In: Andersen R, Kasper J, Frankel MR, et al. Total survey error: applications to improve health surveys. San Francisco: Jossey-Bass, Inc.; 1979.

Cleary PD, and Jette AM. The validity of self-reported physician utilization measures. Medical Care 1984; 22(9).

Murray CJL, Tandon A, Salomon JA et al. *New approaches to enhance cross-population comparability of survey results*. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and application. Geneva, World Health Organization, 2002.

Salomon J, Tandon A, Murray C.J.L. *Using vignettes to improve cross-population comparability of health surveys: concepts, design, and evaluation techniques* (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper 41). 2001.

Tandon A, Murray C.J.L., Salomon J.A., King G. *Statistical Models for Enhancing Cross-Population Comparability* (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper 42). 2001. Geneva: World Health Organization.

Sobre el sesgo de memoria:

Grosh M, and Glewwe P, eds. *Designing household survey questionnaires for developing countries: lessons from 15 years of the Living Standards Measurement Study. Volumes 1, 2, and 3*. Washington, DC: The World Bank. 2000.

National Center for Health Statistics. Balamuth E. *Health interview responses compared with medical records*. Vital and Health Statistics, Series 2, No. 7. 1965.

National Center for Health Statistics . Cannell C, Fisher G and Bakker T. *Reporting of hospitalization in the Health Interview Survey; a methodological study of several factors affecting the reporting of hospital episodes*. Vital and Health Statistics, Series 2, No. 6. 1965.

Scott C, Amenuvegbe B. *Effect of recall duration on reporting of household expenditures: An experimental study in Ghana*. SDA Working Paper No. 6. Washington, DC: The World Bank. 1990.

Sobre error no muestral:

Bangladesh National Health Accounts 1996/97. Dhaka: Data International for Ministry of Health and Family Welfare; 1998.

Estimates of domestic health expenditure 1989/90 to 1996/97, the Hong Kong SAR of China. Health Policy Programme Occasional Paper 10. Colombo: Institute of Policy Studies; 1998.

Sri Lanka national health accounts: Sri Lanka national health expenditures 1990-1999. Colombo: Ministry of Health and Institute of Policy Studies; 2001.

Rannan-Eliya RP, Nada KH, Kamal AM, Ali AI. *Egypt national health accounts 1994/95.* Data for Decision Making Publication. Boston: Harvard School of Public Health; 1998.

Rannan-Eliya RP, Somanathan A. *Estimation of confidence intervals for estimates of national health expenditures derived from health accounting studies.* Health Policy Programme Occasional Paper 14. Colombo: Institute of Policy Studies; 1999.

Sobre la Encuesta Demográfica y de Población (Demographic and Health Survey -

(probably the best known survey for non-OECD countries with emphasis on health status and special issue areas such as maternal and child health):

Gwatkin DR. *Poverty and inequalities in health within developing countries.* Paper presented at the Ninth Annual Public Health Forum of the London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, April 1999.

Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(1): 3-18.

Gwatkin DR, Guillot M. *The burden of disease among the global poor: Current situation, future trends, and implications for strategy.* Health, Nutrition, and Population Series. Washington, DC: The World Bank; 2000.

Gwatkin DR, et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population.* Health, Nutrition, and Population Series, various issues. Washington, DC: The World Bank; 2000.

Sobre procesos de evaluación rápida (see also the American Anthropological Association's resources web site: <http://www.ameranthassn.org/resinet.htm>):

Rapid Assessment Process. The publications specifically devoted to the proper use of these methods include several issues of the *World Health Statistics Quarterly*, e.g. vol. 44, no 3, 1991; a brochure on *Use of the rapid evaluation method for evaluating maternal and child health and family planning services*, Geneva: World Health Organization; 1992 (WHO/MCH/FPP/92.7.) See also <http://www.rand.org/publications/MR/MR1480>; and *Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage*, Geneva: World Health Organization; 2001 (WHO/V&B/01.26.)

Beebe J. *Rapid assessment process. An introduction.* Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2001.

Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions.* Thousand Oaks, CA: Sage. Publications; 1998.

Khan ME, Anker M, Patel BC, Barge S, Sadhwani H, Kohle R. The use of focus groups in social and behavioural research: some methodological issues. *World Health Statistics Quarterly* 1991; 44(3): 145-149.

Kumar K, ed. *Rapid appraisal methods.* Washington, DC. The World Bank; 1993.

Lanata CF, Black RE. Lot quality assurance sampling techniques in health surveys in developing countries: advantages and current constraints. *World Health Statistics Quarterly* 1991; 44(3): 133-139.

Lemeshow, Taber S. Lot quality assurance sampling: single and double-sampling plans. *World Health Statistics Quarterly* 1991; 44(3): 115-132.

Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. Publications; 1999.

Miles MB, Huberman MA. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. Publications; 1994.

Anexo B

**Definiciones de categorías en las
Clasificaciones Internacionales de las
Cuentas de Salud y en otros esquemas
de clasificación de utilidad**

B.01. Este anexo contiene un análisis detallado de las categorías contenidas en esquemas de clasificación utilizados en esta *Guía*. *El manual System of health accounts* Version 1.0 cubre los esquemas de clasificación de las funciones de la salud, los proveedores de la salud y los agentes de financiamiento, y puede encontrarse en <http://www.oecd.org/pdf/M00036000/M00036524.pdf>

B.02. La familia de clasificaciones de ICHA no abarca todas las dimensiones del sistema de salud examinadas en esta Guía. Existen otros dos esquemas de clasificación de utilidad que se muestran a continuación: la clasificación de fuentes de financiamiento y la clasificación de costos de los recursos. Estos esquemas para clasificar la actividad en las dos dimensiones señaladas son consistentes con las cuentas nacionales y otros estándares y pueden resultar de utilidad en la construcción de las cuentas nacionales de salud (CNS).

La clasificación de las fuentes de financiamiento

B.03. La clasificación de las fuentes de financiamiento (FS) (cuadro 4.5) se utiliza para categorizar los actores que proporcionan fondos para el financiamiento de la atención de la salud. El dinero fluye de estos actores a los agentes de financiamiento, los cuales mancomunan dichos fondos y los usan para comprar bienes y servicios de atención de la salud.

B.04. En el sistema de salud es posible actuar como fuente de financiamiento y como agente de financiamiento. Por ejemplo, los hogares proporcionan fondos para los seguros sociales a través del pago de primas, y también proporcionan fondos para su propia compra de atención de la salud.

Fondos públicos (FS.1)

B.05. En este esquema, FS.1 abarca todos los fondos públicos. Esta categoría se divide aún más en fondos generados por los gobiernos territoriales (excepto de seguridad social) y fondos proporcionados a través de otras entidades gubernamentales.

Fondos del gobierno territorial (FS.1.1)

B.06. FS.1.1 captura todos los fondos que se generan como ingresos generales por los diversos niveles del gobierno territorial, a saber, ingresos generales de los gobiernos centrales, provinciales/estatales/regionales y locales/municipales. Estos fondos incluyen aquellos recolectados a través de ingresos generales, así como de impuestos etiquetados para la atención de la salud pero que son recolectados como impuestos al valor agregado, sobre la renta o sobre la propiedad. También incluyen ingresos no fiscales captados para fines de financiamiento de la actividad de atención de la salud. Por ejemplo, algunos gobiernos financian parte de sus programas de salud a través de loterías; en tales casos, las loterías se incluyen dentro de FS.1.1.

B.07. Es posible crear subcategorías dentro de esta categoría para acomodar algunas fuentes particulares de ingreso que tienen un especial interés de política. Por ejemplo, cuando para fines de política es importante separar el ingreso gubernamental regional de los fondos generados por una lotería gubernamental, puede crearse la subcategoría FS.1.1.2.1 para registrar el ingreso general, y la categoría FS.1.1.2.2 para registrar los ingresos derivados de la lotería. Tal como ocurre con cualquier esquema de clasificación, al crear subcategorías es esencial recordar que éstas deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivas (los fondos deben asignarse a una, y sólo una categoría).

B.08. Los impuestos a la nómina etiquetados para la atención de la salud deben categorizarse dentro de la entidad que los paga (empleadores u hogares).

Otros fondos públicos (FS.1.2)

B.09. Los ingresos consistentes en ganancias generadas por la posesión gubernamental de activos (tales como los fondos de fideicomiso) se enumeran como FS.1.2.1. Los fondos generados por los grupos especializados, las entidades especiales para grupos particulares de población (por ejemplo, las mujeres o los grupos de bajos ingresos) y otras entidades con financiamiento público tales como las universidades, etc., se enumeran como FS.1.2.2.

Fondos privados (FS.2)

B.10. FS.2 cubre todos los fondos nacionales privados. Al igual que FS.1, esta categoría se divide aún más. FS.2.1 captura las actividades de las empresas (incluyendo las instituciones sin fines de lucro) en su capacidad de empleadores.

Fondos de empleadores (FS.2.1)

B.11. Los fondos de empleadores adoptan dos formas, la primera de las cuales comprende las contribuciones a los programas de seguros para los empleados de entidades (cuando tales programas existen), y las administraciones de seguridad social (cuando tales pagos se requieren). El segundo tipo de financiamiento se destina a actividades de atención de la salud financiadas directamente por el empleador como tal, ya sea a través del auto-seguro o mediante la operación de unidades propias de atención de la salud.

B.12. Las contribuciones a los fondos de seguridad social efectuadas por los empleadores se contabilizan aquí aun cuando la contribución se encuentre formalmente etiquetada como un impuesto. El motivo de ello es que la contribución se reconoce comúnmente como orientada hacia fines de atención de la salud.

B.13. Los fondos proporcionados por entidades paraestatales que actúan como empleadores se incluyen dentro de FS.2.1 (fondos del empleador). Cuando existe un interés de política de mantenerlos separados, puede ser conveniente la creación de subcategorías mutuamente excluyentes y exhaustivas bajo el encabezado FS.2.1 u otros subencabezados apropiados; por ejemplo, FS.2.1 podría dividirse en FS.2.1.1 (empleadores paraestatales) y FS.2.1.2 (otros empleadores).

Fondos de los hogares (FS.2.2)

B.14. La categoría FS.2.2 captura los pagos de los hogares utilizados para bienes y servicios de salud, así como los pagos de los hogares controlados a través de agentes de financiamiento. Estos fondos incluyen las contribuciones a la seguridad social y a los seguros privados. El primer tipo de pagos incluye todas aquellas formas de pagos directos a proveedores para cubrir montos de coaseguro o servicios no cubiertos por los seguros sociales. La categoría incluye fondos utilizados para efectuar pagos a proveedores no oficiales, no documentados, informales o dentro de la economía "subterránea".

B.15. Bajo este encabezado se incluyen las contribuciones de los hogares a las administraciones de seguridad social. Este tratamiento reproduce el tratamiento de los pagos que efectúa el empleador de contribuciones a la seguridad social y ayuda a esclarecer el papel de los hogares en el financiamiento del sistema de salud.

Organizaciones no gubernamentales (FS.2.3)

B.16. La categoría FS.2.3 se utiliza para capturar fondos proporcionados por organizaciones nacionales no gubernamentales, denominadas también instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares o, de manera más simple, instituciones sin fines de lucro. Se trata de fondos proporcionados para programas de salud en el año al que se refiere el ejercicio de las cuentas de salud.

B.17. Los fondos de organizaciones no gubernamentales utilizados para obtener o suministrar servicios para sus propios empleados se incluyen dentro de FS.2.1.

Otros fondos privados (FS.2.4)

B.18. La categoría FS.2.4 se utiliza para registrar otros fondos privados. El tipo más significativo de fondos en esta categoría (en la mayoría de los casos, el único tipo) es el pago de intereses sobre activos que pertenecen a actores del sistema de salud tales como los seguros sociales. La categoría captura también los flujos netos de desembolsos de préstamos del sector privado utilizados por los proveedores o las agencias aseguradoras para cubrir sus gastos corrientes.

Resto del mundo (FS.3)

B.19. La categoría FS.3 se reserva para fondos que se originan fuera del país y se ejercen en el año de operación. Los recursos externos tales como las donaciones internacionales, ya sea bilaterales o multilaterales, y los fondos provenientes de instituciones e individuos fuera del país deberán incluirse en la medida en que se utilicen en el periodo de operación.

B.20. Los recursos externos utilizados en el curso de varios años deberán registrarse según el año de uso; por ejemplo, cuando los fondos se desembolsan en partes iguales en un periodo de tres años, en cada uno de estos tres años de cuentas de salud deberá aparecer una tercera parte del total.

B.21. Los préstamos bilaterales y multilaterales efectuados a gobiernos nacionales no deberán registrarse aquí, ya que representan un cambio en la posición de deuda del gobierno. En lugar de ello, es menester que estos fondos se registren en la categoría FS.1.1 cuando el gobierno nacional los libera para su uso en el sistema de atención de la salud. Si fuera importante identificar los fondos procedentes de tales préstamos, entonces podrían crearse subcategorías de FS.1.1, de forma que estos fondos se mostraran por separado; luego de ello, estos fondos podrían combinarse con los de la categoría FS.3 en un cuadro ilustrativo.

B.22. Los préstamos concesionarios comprenden un fuerte subsidio externo. Los desembolsos de tales préstamos pueden registrarse dentro de FS.3 con una nota que indique que una parte puede ser reembolsable.

B.23. Los impuestos a la nómina y las contribuciones efectuadas por organizaciones externas para cubrir el seguro de salud de los empleados en un país deben incluirse dentro de FS.2.1.

B.24. Cuando ello atienda a un interés de política, o cuando ayude a asegurar una serie temporal consistente de estimaciones, es recomendable crear subcategorías para organizaciones específicas de financiamiento externo. Al igual que con otras categorías y esquemas de clasificación, las subcategorías deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivas a fin de satisfacer los requerimientos de las cuentas de atención de la salud.

La clasificación del costo de los recursos

B.25. La clasificación del costo de los recursos en el cuadro 4.8 captura el gasto de acuerdo con la clasificación económica estándar de los recursos, utilizada en la producción de servicios de salud. Dicha clasificación incluye categorías para desembolsos de operaciones (RC.1) y desembolsos de capital (RC.2), con desgloses para cada una de estas categorías mayores.

B.26. A pesar de que, la mayoría de las veces, este esquema puede aplicarse a las actividades de los agentes de financiamiento y los proveedores de la salud, no todas las categorías de este esquema aplican a las entidades proveedoras. Este punto se explicará más adelante.

Desembolsos de operaciones (RC.1)

B.27. La categoría RC.1 da cuenta del valor total de los recursos en efectivo o en especie, pagaderos a un proveedor de la salud por parte de un agente de financiamiento en favor del consumidor final de servicios de salud, a cambio de servicios otorgados (incluyendo la prestación de bienes de salud) durante el periodo contable.

Prestaciones de los empleados (RC.1.1)

B.28. La categoría RC.1.1 se divide en dos partes. RC.1.1.1 incluye todos los tipos de sueldos, salarios y otras formas de prestaciones, incluyendo los pagos adicionales de cualquier naturaleza, tales como pagos por tiempo extra o trabajo nocturno, bonos, asignaciones diversas y vacaciones anuales. Los pagos en especie incluyen alimentos, bebidas, viajes, ropa especial, transportación al trabajo y de regreso, estacionamiento, guardería y el valor de los intereses previstos cuando se proporcionan préstamos — o se descuentan — a una tasa n de interés.

B.29. La categoría RC.1.1.2 incluye las contribuciones sociales que recibe el personal de salud. Sus excepciones incluyen las contribuciones sociales de los empleadores, los pagos en especie de suministros y servicios requeridos para el desempeño del trabajo y los pagos efectuados a trabajadores no activos.

Utilidades de operación (RC.1.2)

B.30. La categoría RC.1.2 se refiere al ingreso asociado a la propiedad que puede recibirse de y pagarse a personal de salud independiente y a propietarios de instalaciones de salud no incluidos en RC.1.1.

Suministros y servicios (RC.1.3)

B.31. Los suministros y servicios (RC.1.3) consisten en todos los bienes y servicios subcontratados que se utilizan como insumos en la producción de servicios de salud. La categoría RC.1.3.1 incluye aquellos bienes que se usan por completo cuando se incorporan al proceso de producción, periodo en el que se deterioran, se pierden, se dañan accidentalmente o se hurtan. Tales bienes incluyen bienes duraderos de poco costo, por ejemplo herramientas e instrumental, y bienes que son más baratos que la maquinaria y el equipo. La categoría incluye también herramientas utilizadas exclusiva o básicamente en el trabajo, tales como ropa y calzado para el desempeño de las labores de trabajo (ropa y uniformes de protección, por ejemplo).

B.32. Desde una perspectiva de política, uno de los tipos más importantes de suministros es el que se refiere a los fármacos. Por esta razón es necesario crear una subcategoría específica (RC.1.3.1.1) para los productos farmacéuticos.

B.33. Las donaciones de materiales y suministros deben tratarse de forma que reflejen su valor real, por lo que los montos registrados deben corresponder a los precios de mercado y los subsidios, una vez descontados de estos últimos los impuestos indirectos.

B.34. No deben incluirse los bienes de mercado y no mercantiles adquiridos para incrementar los niveles de inventarios.

Servicios (RC.1.3.2)

B.35. La complejidad de la prestación de servicios de salud implica una considerable cantidad de subcontratación de servicios de salud intermedios, tales como los servicios de laboratorio e imagenología, o la provisión directa de atención de la salud por personal especializado, como ocurre con la diálisis renal y parte de la terapia de cáncer. También se requieren servicios intermedios para la infraestructura médica, tales como el mantenimiento de edificios y equipo. Ambos tipos de servicios adquiridos, intermedios y finales, deben incluirse en la categoría RC.1.3.2.

B.36. Los servicios incluidos no sólo son aquellos que se utilizan para proporcionar atención de la salud, sino que también incluyen aquellos que se requieren periódicamente para el mantenimiento y la

reparación de los activos fijos, de tal forma que dichos activos puedan usarse durante los periodos previstos de vida útil sin que disminuya su rendimiento. Aquí se incluyen generalmente la capacitación de personal, la investigación de mercados, la transportación, la vivienda, los alimentos y las bebidas. Los servicios utilizados como parte de las prestaciones a los empleados quedan excluidos.

Consumo del capital fijo (RC.1.4)

B.37. El consumo de capital fijo (RC.1.4) representa la reducción en el valor de los activos fijos utilizados en el proceso de producción durante el periodo contable, la cual deriva del deterioro físico, la obsolescencia normal o el daño. Mide la declinación en el grado de utilidad de un activo fijo para fines de producción. La medición recurre con frecuencia en una tasa regular preestablecida de pérdida de eficiencia en la producción en el curso del tiempo, basada en una vida útil promedio del activo.

Pago de intereses (RC.1.5)

B.38. El pago de intereses vinculado con préstamos efectuados por diferentes entidades no es algo desdénable. El interés se define como el pago por encima del monto principal que se ha pedido prestado, el cual debe ser pagado al acreedor por el deudor luego de un periodo determinado de tiempo sin que se reduzca el monto principal adeudado. El interés puede ser una suma de dinero predeterminada o un porcentaje del monto principal en préstamo. El interés se agrega al principal.

B.39. Cuando las unidades gubernamentales pagan intereses de deudas a favor de otra unidad, como ocurre cuando el gobierno incurre en la deuda como el primer deudor, la deuda existente de la otra unidad debe registrarse como un subsidio (cuando la otra unidad es una empresa) o como transferencia (si se trata de una unidad gubernamental).

Subsidios a los productores médicos (RC.1.6)

B.40. Los subsidios a los productores médicos (RC.1.6) son pagos corrientes no requeridos que las unidades gubernamentales efectúan a los productores de servicios de salud sobre la base del nivel de sus actividades de producción o del valor de los bienes y servicios que producen, venden o importan. Están diseñados para influir en el nivel de producción a través de precios más bajos como una especie de impuesto negativo. Las cuentas gubernamentales auditadas y las cuentas de los productores informan en principio sobre estos montos.

B.41. Los subsidios sólo se pagan a los productores y no a los consumidores finales, y se trata de transferencias para la operación y no transferencias de capital; son pagaderos sobre productos específicos o la producción en general. Un subsidio a un producto puede pagarse por unidad de un bien o un servicio. El pago puede implicar un monto por cada unidad de producto o calcularse como la diferencia entre un precio meta específico y el precio de mercado que realmente paga un comprador.

B.42. Los subsidios pueden cubrir pérdidas cuando son el resultado de una política gubernamental deliberada, como ocurre con los servicios de salud suministrados a precios por abajo de su costo promedio de producción.

B.43. Esta categoría del costo de los recursos no aplica a los proveedores; es una función del agente de financiamiento. El hecho de que una entidad esté involucrada en estas transferencias o subsidios es una señal de que ésta debe ser tratada como un agente de financiamiento (quizá de manera adicional a su actividad como proveedor).

Transferencias a los hogares (RC.1.7)

B.44. Las transferencias a los hogares (RC.1.7) son transacciones por las que las unidades gubernamentales reembolsan a los hogares todo o parte del costo de adquirir bienes, servicios o productos no perecederos sin que se reciba pago o servicio alguno a cambio. En su mayoría, se trata de transferencias en efectivo relacionadas con bienes y servicios de atención de la salud, el grueso de los servicios y bienes otorgados sin que el pago correspondiente haya sido contabilizado en cualquiera de los registros antes mencionados.

B.45. De nuevo, esta categoría no aplica a proveedores.

Gastos de capital (RC.2)

B.46. El gasto de capital (RC.2) registra el valor de activos no financieros que se adquieren, se utilizan o experimentan algún cambio en su valor durante el periodo sujeto a estudio. Los activos pertenecientes al sistema de salud incluyen nuevas adquisiciones, remodelaciones mayores y el mantenimiento de activos tangibles e intangibles que se usan de manera repetida o continua en procesos de producción de atención de la salud, en el curso de periodos mayores a un año. Las principales categorías de clasificación son edificios (RC.2.1), equipo de capital (RC.2.2) y transferencias de capital (RC.2.3). Las categorías RC.2.1 y RC.2.2 pueden incluir remodelaciones mayores, reconstrucción o ampliación de los activos fijos existentes, ya que estas intervenciones pueden mejorar o extender el periodo previsto de vida útil del activo.

Transferencias de capital (RC.2.3)

B.47. Las transferencias de capital se consideran, como cualquier otra transferencia, un suministro gubernamental de activos sin que se reciba a cambio ninguna forma de bien, activo o servicio.

Anexo C

Cuentas nacionales, cuadros de
insumo/producto y cuentas satélite

C.01. A lo largo de esta Guía se ha hecho referencia al sistema de cuentas nacionales 1993 (SNA93), al personal de este sistema y a los cuadros de insumo/producto. Este anexo ofrece una breve introducción a estos conceptos, personas y herramientas.

C.02. El SNA93 es un producto conjunto de las Naciones Unidas, el Fondo Monetario Internacional, la Comisión de Comunidades Europeas, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y el Banco Mundial. En el prólogo del SNA93, estos patrocinadores lo describen como “una serie integral, consistente y flexible de cuentas macroeconómicas que buscan satisfacer las necesidades de analistas, formuladores de políticas y tomadores de decisiones del gobierno y del sector privado. Está diseñado para ser usado en países con economías de mercado, cualquiera que sea la fase de desarrollo en la que se encuentren, así como en países con economías de mercado en transición.”

C.03. La medida más conocida en el SNA93 es el producto interno bruto (PIB), pero existe un gran número de medidas y resultados diferentes generados por los contadores del ingreso nacional. El PIB mide el valor de los bienes y servicios producidos por los recursos humanos, los bienes de capital, los recursos financieros y naturales de la economía en un año determinado. Dado que el SNA93 consiste en una serie integrada de informes de ingreso o gasto y de activos basados en conceptos, definiciones, clasificaciones y reglas contables acordadas internacionalmente, el SNA93 permite también la medición del ingreso de sueldos y salarios, la formación de capital, el consumo de los hogares, etc., cada uno de los cuales es comparable con medidas similares en otros países.

C.04. En gran medida, las reglas y convenciones adoptadas en esta Guía se apegan a las del SNA93. Los casos en que difieren (tales como el tratamiento de los programas gubernamentales de seguros para empleados) se documentan y se explican. El SCS (SHA por sus siglas en inglés) de la OCDE también se apega al SNA93. Así, el marco de referencia de las cuentas nacionales de salud (CNS) descansa en un firme terreno macroeconómico.

C.05. Existen diferencias entre los países en cuanto a la ubicación organizacional del personal que trabaja en la instrumentación o el uso del SNA93. En algunos países, dicho personal trabaja en el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Economía, el banco central o en alguna estructura similar. En otros, trabajan en la agencia estadística central. En algunos pocos países, el trabajo de desarrollo inicial de la contabilidad nacional ha sido emprendido en alguna universidad, algún centro de investigación o alguna organización no gubernamental.

C.06. Ciertamente el esfuerzo que puedan hacer los contadores de la salud para encontrar gente que trabaje en las cuentas nacionales y establecer una buena relación de trabajo con ellos es muy encomiable. Primero, cuentan con el mismo conjunto de habilidades y enfoques de los conceptos macroeconómicos que los que se requieren de los contadores de la salud. Segundo, dado que una importante medida proveniente de las CNS es el porcentaje del PIB que corresponde al sistema de salud, es necesario tener cuidado en asegurar que el trabajo de las CNS sea consistente con el trabajo que se desarrolla sobre el sistema de cuentas nacionales. Por último, en el curso de su trabajo, el personal de las cuentas nacionales puede haber producido ya una estimación de algunos de los rubros que serán medidos en las cuentas de salud; ser capaces de utilizar su trabajo, o al menos de compararlo con las estimaciones de las cuentas de salud, puede ser de incalculable valor.

C.07. Una derivación especial del sistema de cuentas nacionales es un producto denominado cuadro de insumo/producto, del cual se muestra un ejemplo en el cuadro C.1. Como lo sugiere su nombre, se trata de un cuadro que muestra de dónde procede la producción de la economía y en qué se utiliza. Si el personal de cuentas nacionales ha desarrollado ya un cuadro de insumo/producto, o si tal cuadro ha sido desarrollado en el Ministerio de Planeación, en una universidad o en algún lugar similar, entonces éste debería examinarse con cuidado. Con frecuencia, el sistema de salud se encuentra mezclado con otras industrias tales como la de asistencia social o de recreación, pero en otros casos el cuadro de insumo/pro

Cuadro C.1 Ejemplo de un cuadro simplificado de insumo/producto

Insumos	Productos							
	Ventas intermedias			Demanda final				Total
	Industria 1	Industria 2	Industria 3	Consumidores	Inversión	Gobierno	Exportación	
Industria 1	0	10	7	0	0	0	0	17
Industria 2	2	8	1	1	20	10	3	45
Industria 3	0	1	6	50	1	10	0	68
Sueldos	9	20	40					69
Utilidad	5	4	12					21
Interés	1	2	2					5
Total	17	45	68	51	21	20	3	225

ducto puede constituir una rica fuente de datos para los cuadros de CNS. En cualquier caso, los contadores de la salud deberán trabajar con colegas del equipo de cuentas nacionales para construir la sección del cuadro de insumo/producto dedicada a las industrias de la atención de la salud.

C.08. En algunos países, el equipo de cuentas nacionales ha creado o está creando “cuentas satélite” para el sistema de salud. Como su nombre lo sugiere, las cuentas satélite amplían lo que en el SNA93 se conoce como su marco de referencia central, con el fin de proporcionar información adicional sobre cuestiones sociales particulares. El manual del SNA93 aborda con considerable detalle la forma en que pueden crearse las cuentas satélite, y los lectores son remitidos al capítulo XXI de dicho manual en caso de que requieran información adicional. Las cuentas satélite tienden a centrarse en la producción y el consumo, mientras que el enfoque de las CNS se orienta hacia el consumo y el financiamiento, pero ambas pueden coexistir y las estimaciones hechas para un conjunto de cuentas pueden ser adaptadas para ser usadas en el otro conjunto. De nuevo, los contadores de la salud deben trabajar con colegas del equipo de cuentas nacionales para que uno y otro producto se fortalezcan.

Anexo D

Técnicas de datos usadas con
frecuencia en la contabilidad de la
salud

D.01. Este anexo se dedica al análisis de los diversos tipos de manipulación de los datos utilizados durante la preparación de las cuentas de salud de un país. Es probable que la fuente de datos que se esté usando haya logrado capturar el concepto correcto en el momento apropiado y con la medición adecuada. Sin embargo, lo que diferencia las cuentas de salud bien hechas de las cuentas de salud excelentes es la forma en que se adaptan los datos menos directos.

D.02. Casi todo este anexo se dedica a examinar dos situaciones que los contadores suelen enfrentar. La primera es cuando tienen una o más observaciones respecto de lo que quieren medir, pero éstas no corresponden al periodo de tiempo correcto. La segunda es cuando no cuentan con ninguna medida en absoluto del objeto de interés.

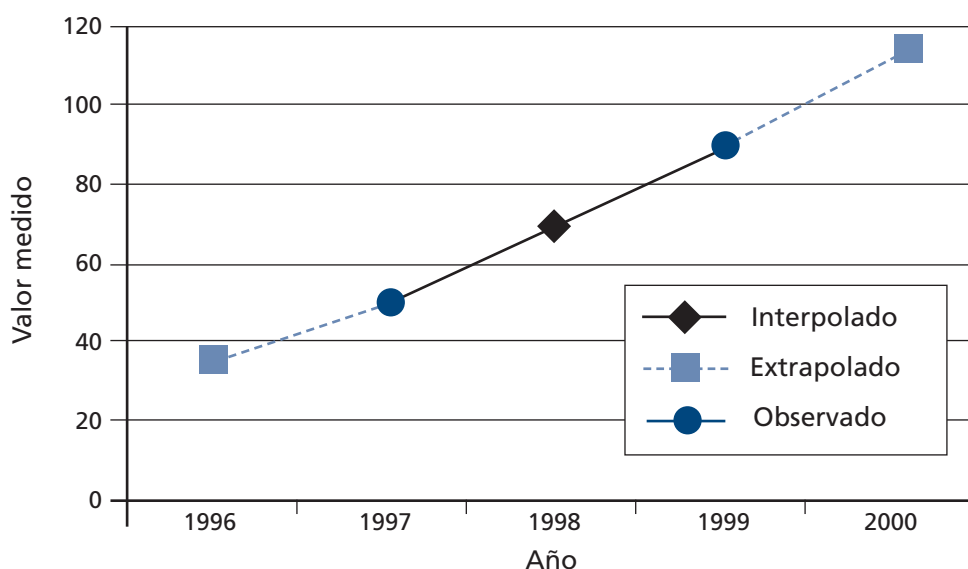
Interpolación y extrapolación

D.03. Cuando las observaciones no caen en el periodo de tiempo para el cual se están preparando las estimaciones, es menester encontrar alguna manera de trasladarlas a ese periodo. Por lo general, esto se hace mediante la interpolación o la extrapolación, o por medio de alguna forma de modelización estadística. Con frecuencia, la segunda es más precisa, pero requiere también una riqueza de datos con la que los países de ingresos bajos no suelen contar.

D.04. Dado que las técnicas analizadas en esta sección son formas de manipulación estadística, la terminología utilizada reflejará esa disciplina también. La mayoría de los términos son bastante claros, pero, considerando que difieren de los demás usados en otras partes de esta Guía, vale la pena tomarse un momento para esclarecerlos. Los objetos sujetos a medición (por ejemplo, las ventas al menudeo de los medicamentos de prescripción) se denominan “variables”. Muchas de las técnicas se ocupan de observaciones repetidas de una variable, y esta cadena de observaciones se denomina “serie temporal”. De las muchas variables que existen, la variable de interés se denomina “variable de control”. Otras variables miden objetos que se mueven al unísono de la variable de control, o de manera similar a ésta; éstas se denominan “variables indicadoras”. Por ejemplo, puede haber un interés en el gasto de los empleadores en servicios clínicos en el sitio de trabajo para los empleados (la variable de control); se tiene la sospecha de que dichas contribuciones se mueven de manera similar al empleo total o a los precios médicos o ambos (variables indicadoras).

D.05. La interpolación se refiere a la realización de estimaciones entre dos puntos observados en la serie de control; la extrapolación se refiere a la realización de estimaciones sin las ventajas de dos observaciones

Figura D.1 Ejemplo que muestra cómo se derivan las estimaciones interpoladas y extrapoladas de las medidas observadas



que las delimitan. La figura D.1 ilustra la forma en que los valores observados de la variable de control se usan para estimar los valores interpolados y extrapolados.

D.06. En muchas ocasiones hay valores faltantes para una variable de control. Esto último ocurre cuando, por ejemplo, esta última sólo puede medirse cada cinco años mediante un censo económico, o bien, cuando los registros se han destruido o extraviado. Cualesquiera que sean las razones, cuando no se cuenta con el valor de la variable de control correspondiente a los años para los que se preparan las estimaciones, entonces es posible llevar a cabo una interpolación o una extrapolación a fin de estimar el valor faltante.

D.07. Existen varias formas de interpolar o extrapolar, dependiendo de los datos que se encuentren disponibles. Más adelante se describen varias situaciones en las que la disponibilidad de datos varía. En cada una, el objetivo es hacer el máximo uso posible de los datos disponibles. Si existen múltiples observaciones de las variables de control, el primer paso deberá ser la interpolación y, después, la extrapolación.

Interpolación o extrapolación con una serie indicadora

D.08. La situación de mayor utilidad es aquella en la que existe una serie indicadora. Por ejemplo, si la variable de control se mide cada cinco años en un censo económico, pero si cada año se lleva a cabo también una encuesta de menor tamaño sobre la actividad económica, la segunda podrá usarse para interpolar o extrapolar la primera.

D.09. El segundo paso en la interpolación es disponer de los datos y examinar la razón entre la serie de control y la serie indicadora cuando éstas se conocen (ver cuadro D.1). En este caso, es importante determinar dos aspectos. Primero, ¿se mantiene estable la razón en el tiempo? Si así fuera, ello sería una buena evidencia de que la interpolación se justifica. Si no se mantiene estable, ¿presenta un crecimiento moderado en el tiempo? Si este es el caso, entonces se cuenta con información fehaciente de que existe algún proceso que está provocando que la serie indicadora sea un predictor imperfecto del control, si bien

Cuadro D.1 Ejemplo 1 de interpolación

Ejemplo de un buen indicador

	1995	1996	1997	1998
Serie control	50.0			90.0
Serie indicadora	43.5	53.5	67.0	79.0
Razón	1.1494			1.1392

Ejemplo de un indicador imperfecto

	1995	1996	1997	1998
Serie control	50.0			90.0
Serie indicadora	22.0	26.0	31.0	37.0
Razón	2.2727			2.4324

Ejemplo de un mal indicador

	1995	1996	1997	1998
Serie control	50.0			134.0
Serie indicadora	30.0	33.0	36.0	39.0
Razón	1.6667			3.43592

ésta puede usarse de todos modos para efectos de interpolación. Por último, ¿es muy diferente la razón de un periodo al otro? Si así es, entonces quizá la serie indicadora no es, de hecho, un buen indicador en absoluto. O es posible que haya habido algún cambio significativo en la relación entre el indicador y el control en el curso de los dos periodos observados; por ejemplo, las leyes pueden haber cambiado. Si esto último fuera el caso, entonces podrían hacerse ajustes manuales a la interpolación, como se demuestra en el siguiente párrafo.

D.10. El siguiente paso en el proceso de interpolación es crear valores de la razón del control respecto del indicador para los años faltantes (ver cuadro D.2). En ausencia de otra información, la mejor manera es suponer un crecimiento constante en la razón entre los dos puntos observados. En el cuadro D.2, esto fue lo que se hizo para las dos primeras series indicadoras. Si se contara con un indicador pobre, entonces se requerirían ajustes manuales de las razones estimadas. Por ejemplo, si se desea interpolar los pagos de impuestos del empleador usando el empleo como indicador, la serie de la razón podría ajustarse si se sabe que el impuesto se duplicó en 1997. Una forma de hacerlo sería reducir la serie de control a la mitad en 1998, estimar una serie de la razón con base en un crecimiento moderado y duplicar entonces la razón correspondiente a 1997 y 1998. Es claro que existen también otros procedimientos a los que se puede

Cuadro D.2 Ejemplo 2 de interpolación

Ejemplo de un buen indicador

	1995	1996	1997	1998	1999	Crecimient o promedio
Serie control	50.0			90.0		
Serie indicadora	43.5	53.5	67.0	79.0	91.0	
Razón	1.1494	1.1460	1.1426	1.1392	1.1359	-0.29%
Control interpolado	50.0	61.3	76.6	90.0	103.4	

Ejemplo de un indicador imperfecto

	1995	1996	1997	1998	1999	Crecimient o promedio
Serie control	50.0			90.0		
Serie indicadora	22.0	26.0	31.0	37.0	42.0	
Razón	2.2727	2.3247	2.3779	2.4324	2.4881	2.29%
Control interpolado	50.0	60.4	73.7	90.0	104.5	

Ejemplo de un mal indicador

	1995	1996	1997	1998	1999	Crecimient o promedio
Serie control	50.0			134.0		
Control ajustado				67.0		
Serie indicadora	30.0	33.0	36.0	39.0	43.0	
Razón	1.6667	1.6836	1.7006	1.7179	1.7354	1.01%
Razón ajustada	1.6667	1.6836	3.4013	3.4359	3.4707	
Control interpolado	50.0	55.6	122.4	134.0	149.2	

recurrir, dependiendo de la naturaleza del cambio que, según se piensa, tuvo lugar en la relación entre el indicador y el control.

D.11. El paso final consiste en aplicar las razones recién estimadas a la serie indicadora para producir valores interpolados para la serie de control.

D.12. En cuanto a la extrapolación, es posible que el número de opciones disponibles sea más reducido. Si existe más de una observación para la serie de control que será extrapolada, entonces puede usarse la misma técnica que en el caso de la interpolación, simplemente proyectando las razones estimadas hacia el futuro (o el pasado). Si sólo existe una observación de la variable de control, en ausencia de información que indique lo contrario, la misma razón, tal como existe en el periodo observado, deberá usarse en los periodos de extrapolación. Sin embargo, si existiera información adicional, ésta debería usarse. Suponga una vez más que la tarea consiste en extrapolar los pagos de impuestos del empleador usando el empleo como indicador, pero con una sola observación de impuestos. Si se sabe (quizá a partir de información proporcionada por colegas entre las autoridades fiscales) que el cumplimiento de la ley por parte del empleador ha dado pruebas de mejorar cada año, esto podría servir para construir en la razón extrapolada.

D.13. Cabe destacar que la serie indicadora puede ser una combinación de diversas variables. Por ejemplo, el gasto del empleador en servicios clínicos para empleados puede moverse no sólo en función del empleo total, sino también del precio de la atención médica. En tal caso, sería adecuado crear una serie indicadora que consista en el empleo total multiplicado por una medida de precio. La definición exacta de la serie indicadora no es importante (en este caso, la unidad de medición sería persona-precios, un concepto casi ininteligible); lo que es importante es que ésta capturaría las fuerzas que conducen la variable de control.

Interpolación y extrapolación con una medida de inflación o con la población como un indicador

D.14. Cuando no existe un indicador directo del movimiento de una variable de control, puede usarse una medida de inflación para ocupar los valores faltantes. Esta situación surge cuando la variable de control tiene una naturaleza económica o es altamente sensible a las condiciones de precios. Considerando de nuevo el ejemplo del gasto del empleador en servicios clínicos para sus empleados, si no existe una serie indicadora disponible para el empleo, el uso de una medida de precios podrá una interpolación o extrapolación adecuada.

D.15. La misma técnica se usa como cuando existe un indicador bona fide. Como siempre, es importante conocer tanto como sea posible acerca de la variable de control y los efectos potenciales de los cambios económicos y de política en la misma durante el periodo de interpolación. El objetivo es que la interpolación o la extrapolación se lleve a cabo con base en tanta información como sea posible. Es necesario examinar la estabilidad de la razón de la variable de control respecto de la indicadora, ya que ello puede orientar la evaluación sobre la necesidad de conocer más acerca de la variable de control.

D.16. En ausencia de otros, un indicador potencial es la población. Esta medida puede servir como una variable por aproximación para muchos indicadores no observados, y con frecuencia se obtiene con facilidad. En la medida en que un subconjunto de la población pueda usarse cuando sea apropiado, en esa medida se conseguirá un mejor producto (por ejemplo, usando las cuentas correspondientes a la población de menos de 15 años de edad para interpolar el gasto en salud infantil).

D.17. Tal como ocurre con los indicadores “verdaderos”, puede ser deseable combinar las medidas de población y de precio en un indicador sintético. Este último tiene la posibilidad de capturar los cambios tanto de volumen como de precio en el curso del tiempo.

Interpolación con múltiples observaciones de la variable de control

D.18. Si existen más de dos observaciones de la variable de control, los métodos de interpolación lineal descritos arriba pueden producir algunas anomalías. De manera especial, si la serie indicadora no es muy buena, esto es, si existe una fluctuación en la razón de la variable de control y la indicadora, el patrón de diferencias en el crecimiento porcentual de la serie interpolada y la serie indicadora cambiará abruptamente en cada observación de control, tal como se ilustra en el cuadro D.3.¹ No existe una solución única y automática a este problema. Es posible estimar un polinomio que se ajuste a las razones observadas, si bien en muchos casos (si no es que en la mayoría) el polinomio mostrará rasgos indeseables tales como fluctuaciones amplias y rápidas y valores negativos. Usualmente, la solución más sencilla es ajustar en forma manual las razones de interpolación en torno a la observación intermedia de la variable de control a fin de suavizar la transición entre dos interpolaciones adyacentes. El punto más importante es que cualquier manipulación de los datos debe examinarse para determinar qué tan razonable es y qué grado de anomalías presenta, independientemente de las técnicas que hayan sido usadas.

Cuadro D.3 Ejemplo 3 de interpolación

Año	Control	Indicador	Razón	Control interpolado	Cambio porcentual		
					Indicador	Interpolado	Diferencia
1	100	100	1.000	100	---	---	---
2		105	1.051	110	5.0%	10.1%	5.1%
3		113	1.103	124	7.6%	12.9%	5.3%
4	135	117	1.154	135	3.5%	8.6%	5.1%
5		129	1.148	148	10.3%	9.7%	-0.6%
6		144	1.143	165	11.6%	11.1%	-0.5%
7		157	1.137	178	9.0%	8.5%	-0.5%
8		165	1.131	187	5.1%	4.6%	-0.5%
9		168	1.126	189	1.8%	1.3%	-0.5%
10	196	175	1.120	196	4.2%	3.7%	-0.5%

Interpolación sin una serie indicadora

D.19. Si no existe un indicador apropiado y si no es adecuado usar la inflación de precios o el crecimiento de la población como una guía para interpolar o extrapolar, entonces será necesario encontrar algún método arbitrario para hacerlo. Generalmente, esto adopta la forma de una interpolación lineal o log-lineal (en este caso, la extrapolación se considerará por separado, ya que en estas circunstancias plantea problemas distintos).

D.20. La elección de una interpolación lineal o log-lineal depende de la comprensión que se tenga de la naturaleza del cambio en la variable de control. Si se considera que el cambio obedece a una naturaleza incremental, entonces el modelo lineal será apropiado. El proceso es simple: el cambio agregado en la variable de control se divide entre el número correspondiente de piezas a las que se ha adjudicado un mismo valor, y dichas piezas se añaden de manera secuencial, empezando con el valor inicial de la variable de control (ver cuadro D.4). Por otro lado, si se piensa que el cambio subyacente en la variable de control es una función de crecimiento, entonces deberá usarse una interpolación log-lineal. En este caso, el crecimiento anual promedio en la variable de control se calcula usando la fórmula $\exp\{\ln(C_t/C_0)/t\}$, en donde C_t y C_0 son los valores observados de la variable de control t años durante el periodo, \exp y \ln se refieren

¹ Esto puede no ser un problema si la serie indicadora ha sido recalibrada a la serie de control en los "puntos censales". Esta situación, sin embargo, difiere del caso que ahora se examina, ya que, en efecto, aquí se están usando dos series indicadora por separado.

a las funciones de exponenciación y logarítmica respectivamente. El crecimiento anual promedio resultante se aplica para desarrollar la serie interpolada, iniciando con el valor inicial.

Cuadro D.4 Ejemplos de interpolaciones lineal y log-lineal

Ejemplo de una interpolación lineal

	1995	1996	1997	1998	Cambio o crecimiento
Serie control	50.0			90.0	40.0
Cambio promedio		13.3	13.3	13.3	13.3
Control estimado	50.0	63.3	76.7	90.0	

Ejemplo de una interpolación log-lineal

	1995	1996	1997	1998	Cambio o crecimiento
Serie control	50.0			90.0	21.6%
Factor de crecimiento promedio		1.2164	1.2164	1.1264	
Control estimado	50.0	60.8	74.0	90.0	

Extrapolación sin una serie indicadora

D.21. La extrapolación sin una serie indicadora plantea retos adicionales. Si existen múltiples observaciones de la variable de control, la interpolación descrita en el párrafo precedente puede llevarse a cabo, luego de lo cual se proyectará mediante la aplicación de un cambio o crecimiento hacia delante (o hacia atrás) en el tiempo. Si no se cuenta con la bondad de dos observaciones, el incremento o decremento deberá establecerse haciendo uso del propio criterio profesional (o el de algún otro colega). El enfoque más sencillo es suponer la ausencia de cambio, pero en la mayoría de las economías esta es una suposición poco razonable en lo que se refiere a las variables monetarias o aquellas que reflejan cambios demográficos. La presente *Guía* no puede ofrecer reglas únicas y contundentes para solucionar situaciones así, ya que las medidas adoptadas dependerán en gran medida de la situación concreta y su contexto. Sin embargo, es esencial que las decisiones que se tomen se encuentren plenamente documentadas.

Interpolación o extrapolación de una distribución

D.22. En ocasiones, la variable de control es una distribución porcentual. Por ejemplo, puede ser necesario interpolar la distribución del gasto de los hogares entre los diferentes tipos de servicios. En estos casos, debe tenerse un cuidado extremo si los dos conjuntos de observaciones proceden de diferentes encuestas. Las encuestas diferentes tienen mayores posibilidades de estar asociadas con diferentes patrones de sesgo de memoria y con otras diferencias que pueden afectar la distribución del gasto registrada. Si existen cambios significativos en esta distribución en el curso del tiempo, será importante establecer si se trata de un fenómeno real antes de efectuar mecánicamente la interpolación entre los puntos de observación.

D.23. Además de la interpolación o extrapolación característica descrita antes, existe una limitación adicional que imponen las distribuciones porcentuales, a saber, las observaciones deben sumar 100% cada año.

D.24. En el caso de la interpolación, esta limitación puede manejarse en una de dos formas. Una de estas formas consiste en interpolar cada uno de los porcentajes. La serie resultante debe sumarse entonces y prorratearse año por año para sumar 100%. La otra forma de manejar la limitación es convertir la distribución porcentual a valores monetarios en cada uno de los años control e interpolar entonces dichos

valores monetarios. Las series resultantes se suman año por año para obtener un total monetario, a partir del cual se calcula la distribución porcentual de cada año. La elección del enfoque depende de la disponibilidad de los valores monetarios en los años control. Cuando éstos existen, el enfoque que resulta más fácil de aplicar es el segundo, esto es, el de la interpolación de los valores monetarios.

D.25. En el caso de la extrapolación, las opciones son en cierta forma menores. Básicamente, éstas consisten en extrapolar una distribución constante o ajustar la distribución para reflejar una experiencia diferencial hipotética. Por ejemplo, si el precio de un servicio se incrementa con más rapidez o con más lentitud que los de otros servicios, se puede establecer la hipótesis de que la participación del gasto que se destina a ese servicio está incrementando o decayendo. Si existe más de una observación de control de la distribución, puede ser aconsejable considerar la tendencia de la distribución entre las observaciones de control al momento de efectuar la extrapolación. Cualquiera que sea la decisión, es importante documentar las razones que la motivaron.

Imputación

D.26. La extrapolación en ausencia de un indicador constituye una forma de imputación, una de las habilidades más difíciles y, con frecuencia, más necesarias para el desarrollo de la contabilidad de la salud. Como se ha establecido en esta Guía, ninguna celda en los cuadros de las cuentas nacionales de salud (CNS) puede dejarse en blanco sólo porque no existen datos duros para llenarla. Los usuarios dependen del contador de la salud para integrar un panorama, por tenue que sea, del sector salud del país.

D.27. La imputación significa llevar a cabo algunas conjeturas calculadas acerca de la realidad. Sin embargo, se trata precisamente de conjeturas basadas en información, y no sólo de meras adivinanzas al aire. Se trata de herramientas disponibles para ayudar a imputar valores para una celda.

D.28. Relaciones en el país. Saber algo sobre cómo funciona el sistema de salud de un país puede ayudar a imputar valores faltantes. Por ejemplo, si la razón de los costos de medicamentos de prescripción respecto de los costos del trabajo de los médicos en clínicas ambulatorias es de 1:3, ¿podría ser muy diferente la razón en la práctica de los médicos privados?

D.29. Asesoría de personas con conocimientos. La ayuda de personas que conocen la situación que da lugar a la información requerida para la celda en cuestión puede ser invaluable. Para continuar con el ejemplo del párrafo anterior, un médico que ha trabajado tanto en clínicas ambulatorias como en la práctica privada puede ayudar a resolver la cuestión de si la razón medicamentos-recursos humanos es mayor, menor o igual en los dos entornos.

D.30. Relaciones en otros países. Los sistemas de salud varían de un país a otro en formas muy significativas, pero con frecuencia existen semejanzas claras o veladas. Las relaciones entre las celdas en las cuentas de la salud de otros países pueden ayudar a llenar las celdas faltantes en las propias cuentas.

D.31. El cuadro en sí. Tal como se ha mencionado en diversas ocasiones, la naturaleza misma de la formulación de un cuadro de cuentas de la salud puede ayudar a establecer límites superiores e inferiores al monto imputado. La solidez de la fila y la columna, así como la confiabilidad de otras celdas en la fila y la columna, todo ello puede servir de apoyo para efectuar la imputación para la celda faltante.

Conversión de años fiscales a años calendario y viceversa

D.32. Con mucha frecuencia se cuenta con datos que corresponden a un marco temporal diferente del que se está usando. Casi siempre esto ocurre cuando se están preparando estimaciones para un año calendario y el gobierno proporciona datos sobre la base del año fiscal, o bien, cuando se están preparando estimaciones de un año fiscal y algunos de los datos reflejan años calendario. En el análisis que sigue, se parte del supuesto de que el año fiscal corre del 1° de octubre al 30 de septiembre (si bien todo el análisis puede modificarse fácilmente para acomodar cualquier año fiscal), y de que se requieren estimaciones para el año calendario.

D.33. La forma más sencilla de convertir los años fiscales en años calendario es suponer que un monto igual de gastos (o cualquier otra cosa que se esté midiendo) tiene lugar cada mes, tal como se muestra en el cuadro D.5. De ello se deriva que una proporción del total de cada año fiscal puede asignarse a determinado año calendario con base en el número de meses que caen dentro de ese año calendario. En el ejemplo del cuadro D.5, 9 de los 12 meses del año fiscal caen dentro del mismo año calendario, y 3 meses caen en el año calendario previo.

Cuadro D.5 Ejemplo de conversión de totales de año fiscal a totales de año calendario

	Año fiscal* 1997	Año fiscal* 1998	Año fiscal*1999	Total año calendario
Total año fiscal	120	180	240	
Año calendario 1996	30			N/A
Año calendario 1997	90	45		135
Año calendario 1998		135	60	195
Año calendario 1999			180	N/A

* Del 1° de octubre al 30 de septiembre

D.34. Si se piensa que la inflación de precios o algún otro mecanismo afecta el gasto en cada mes, entonces el gasto constante no es un supuesto adecuado. En este caso puede crearse alguna clase de indicador que permita un cambio en el ajuste constante-proporciones. Por ejemplo, suponga que la inflación de precios es el único factor variable. Entonces podría derivarse un índice de precios mensual, ya sea de las fuentes publicadas o mediante la descomposición de la inflación anual en cifras mensuales. La suma de esas cifras mensuales puede entonces usarse para determinar en qué proporciones podría dividirse el total del año fiscal. (En el ejemplo, cabe notar que las tasas de inflación deben ser bastante elevadas como para que las proporciones se muevan más allá de 25:75.)

D.35. Este tipo de ajuste resulta imposible si los años fiscales de los datos no son contiguos. Existen, sin embargo, opciones para tales casos. Podría estimarse una cifra del año fiscal para el periodo subsiguiente (o el previo), con la reserva de que cualquier error cometido en la estimación aparecerá en forma aminorada en la estimación de año calendario. Si se ha usado un método de ajuste por inflación, las series mensuales pueden extenderse hacia adelante para abarcar el número apropiado de meses y usar las sumas relativas para estimar valores para los meses restantes del año calendario. Por ejemplo, en el modelo de inflación de 90% que se presenta en el cuadro D.6, la ampliación de tres meses de las series mensuales arroja valores de 2.004, 2.115 y 2.231. Esos tres valores suman 6.350, que equivale al 36.7% del año fiscal corriente. Así, para aproximarse al año calendario habría que tomar 80.7% del total del año fiscal más 36.7% adicional del año fiscal. En cualquier caso, la conversión deberá estimarse de nuevo en cuanto haya disponibilidad de una nueva cifra para el año fiscal.

Cuadro D.6 Ejemplo de ajuste en la inflación entre año fiscal y año calendario

Inflación año fiscal	Inflación año fiscal 1° de octubre a 30 de septiembre		
	15%	45%	90%
Factor de crecimiento mensual promedio	1.0117	1.0314	1.0549
Oct.	1.012	1.031	1.055
Nov.	1.024	1.064	1.113
Dic.	1.036	1.097	1.174
Ene.	1.048	1.132	1.239
Feb.	1.060	1.167	1.307
Mar.	1.072	1.204	1.378
Abr.	1.085	1.242	1.454
May.	1.098	1.281	1.534
Jun.	1.111	1.321	1.618
Jul.	1.124	1.363	1.707
Agos.	1.137	1.406	1.801
Sept.	1.150	1.450	1.900
Suma Oct.-Dic.	3.071	3.193	3.342
Suma Ene.-Sept.	9.883	11.567	13.938
Total	12.954	14.759	17.280
Proporción año calendario previo	23.7%	21.6%	19.3%
Proporción año calendario actual	76.3%	78.4%	80.7%

D.36. Cuando hay varias cifras anuales contiguas que deben ajustarse, existen diversas técnicas que pueden usarse para llevar a cabo este ajuste. Dichas técnicas han sido ampliamente usadas en la preparación de las cuentas nacionales de ingresos y productos. Muchos países mantienen un registro trimestral de la medición del producto interno bruto y de sus agregados económicos, y se han desarrollado técnicas de interpolación para asegurar la consistencia entre estas estimaciones trimestrales y las estimaciones anuales de los mismos agregados. El apéndice de este anexo reproduce un capítulo de un informe de 1979 de la OCDE sobre cuentas nacionales trimestrales en el que se examinan algunas de estas técnicas. Los avances en el poder de computación han posibilitado el desarrollo de técnicas muy sofisticadas, si bien, en la práctica, algunas de las técnicas desarrolladas para uso manual han resistido la prueba del tiempo y continúan siendo usadas hoy en día.

Apéndice: conversión de datos anuales a datos trimestrales

En casos en los que dos o más años contiguos requieran ser convertidos de una base de año calendario a una base de año fiscal o viceversa, resulta conveniente hacer uso de alguna forma de interpolación que considere los años como un grupo. A pesar de las innovaciones recientes en las técnicas estadísticas de autoregresión, la técnica de Bassie es adecuada para fines de las cuentas nacionales de salud (CNS). El texto que a continuación se expone, que describe la técnica de Bassie, fue publicado originalmente por la OCDE en 1979 como “Reconciliation of quarterly and annual national accounts” (Conciliación de cuentas nacionales trimestrales y anuales), en el capítulo 2 de *Quarterly national accounts — a report on sources and methods in OECD countries*. También es posible encontrar material adicional sobre el tema en URL <http://www.oecd.org/std/na/home.htm>

Introducción

Casi todos los países tratan de mantener una estricta consistencia entre sus cuentas nacionales trimestrales y sus estimaciones anuales. No hay ninguna dificultad cuando las cifras anuales se basan en las mismas fuentes que las estimaciones trimestrales, pero en la gran mayoría de los casos, las cuentas anuales se basan en datos diferentes y más confiables que las cifras trimestrales. En estas circunstancias, por lo general es necesario ajustar las cifras trimestrales a fin de alinearlas con las estimaciones anuales de mayor precisión. Esta conciliación suele hacerse una vez al año, cuando las cuentas nacionales anuales están disponibles y los años previos han sido revisados. Los diversos procedimientos que se han concebido para efectuar este ajuste son de dos tipos, dependiendo de si las estimaciones trimestrales se obtuvieron por extrapolación de las tendencias de los datos de los últimos años (i.e., sin que hubiera disponibilidad de ninguna serie relacionada), o bien, de si éstas se obtuvieron usando una serie relacionada como indicador trimestral.

Ajuste de los trimestres cuando no hay disponibilidad de indicadores trimestrales

Lisman y Sandee (1) y, más tarde, Boot, Feibes y Lisman (2) desarrollaron métodos específicos para generar flujos trimestrales que sean consistentes con los datos anuales en ausencia de cualquier serie trimestral relacionada. Lisman y Sandee suponen que los trimestres ($Y_{t,i}$) dependen de tres flujos anuales: el flujo del año presente (Y^*_t), el flujo del año pasado (Y^*_{t-1}) y el flujo del año siguiente (Y^*_{t+1}), de acuerdo con la siguiente transformación lineal:

$$\begin{pmatrix} Y_{t,1} \\ Y_{t,2} \\ Y_{t,3} \\ Y_{t,4} \end{pmatrix} = \frac{1}{4} A \begin{pmatrix} Y^*_{t-1} \\ Y^*_t \\ Y^*_{t+1} \end{pmatrix}$$

Para determinar los coeficientes de la matriz A, Lisman y Sandee imponen un cierto número de restricciones; por ejemplo, si los tres datos anuales no se encuentran alineados en una recta, debe suponerse que se encuentran en una curva senosoidal. Estas restricciones determinan los siguientes coeficientes de la matriz, que puede usarse entonces para generar estimaciones trimestrales consistentes con los datos anuales:

$$A = \begin{pmatrix} 0.291 & 0.793 & -0.084 \\ -0.041 & 1.207 & -0.166 \\ -0.166 & 1.207 & -0.041 \\ -0.084 & 0.793 & 0.291 \end{pmatrix}$$

Una de las deficiencias de este método es que no se estiman las interpolaciones trimestrales para el primer y el último año. Boot, Feibes y Lisman propusieron minimizar el cuadrado de las primeras diferencias de los flujos trimestrales, (Y):

$$\sum_{j=2}^{4N} (Y_j - Y_{j-1})^2$$

bajo las siguientes N restricciones:

$$\sum_{j=4i-3}^{4i} Y_j = Y^* \quad (i = 1, 2, \dots, N)$$

Este problema se resuelve con la introducción del multiplicador de Lagrange λ como sigue:

$$\begin{vmatrix} B & C' \\ C & O \end{vmatrix} \begin{vmatrix} Y \\ \lambda \end{vmatrix} = \begin{vmatrix} O \\ Y^* \end{vmatrix}$$

donde $B=2A'_{(N)} A_{(N)}$

$$\begin{vmatrix} 2 & -2 & 0 & 0 & 0 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ -2 & 4 & -2 & 0 & 0 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ 0 & -2 & 4 & -2 & 0 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \dots & -2 & 4 & -2 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \dots & 0 & -2 & 2 \end{vmatrix}$$

y $C=$

$$\begin{vmatrix} 1 & 1 & 1 & 1 & 0 & 0 & 0 & 0 & \dots & \dots & 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 1 & 1 & 1 & 1 & \dots & \dots & 0 & 0 & 0 & 0 \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \dots & \dots & 1 & 1 & 1 & 1 \end{vmatrix}$$

A_N siendo la matriz $(4N-1) \times 4N$ que transforma las Y en sus primeras diferencias:

$$A_N = \begin{vmatrix} -1 & 1 & 0 & \dots & \dots & 0 & 0 \\ 0 & -1 & 1 & \dots & \dots & 0 & 0 \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ 0 & 0 & 0 & \dots & \dots & -1 & 1 \end{vmatrix}$$

y C es la matriz $N \times 4N$ que suma los trimestres.

El método anterior conduce por lo general a resultados razonables, excepto en un punto: una tendencia creciente continua no produce una línea recta continuamente creciente, sino una línea cuya pendiente disminuye lentamente en el primer y el último año. Es por ello que Boot, Feibes y Lisman propusieron también un criterio alternativo, que consiste en minimizar la suma de los cuadrados de las segundas diferencias:

$$\sum_{j=2}^{4N} (\Delta Y_j - \Delta Y_{j-1})^2 \text{ donde } \Delta Y_j = Y_{j+1} - Y_j$$

sujeto a las restricciones:

$$\sum_{j=4i-3}^{4i} Y_j = Y_1^* \quad (i = 1, 2, \dots, N)$$

La única diferencia entre los dos métodos es que la matriz B es reemplazada por una matriz D donde:
 $D = 2A'_{(N)} A'_{(N-1)} A_{(N-1)} A_{(N)} =$

$$\begin{vmatrix} 2 & -4 & 2 & 0 & 0 & 0 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ -4 & 10 & -8 & 2 & 0 & 0 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ 2 & -8 & 12 & -8 & 2 & 0 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ & 2 & -8 & 12 & -8 & 2 & \dots & 0 & 0 & 0 \\ & & & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ & & & & 2 & -8 & 12 & -8 & 2 & 0 \\ & & & & & 2 & -8 & 12 & -8 & 2 \\ & & & & & & 2 & -8 & 10 & -4 \\ & & & & & & & 2 & -4 & 2 \end{vmatrix}$$

Por último, existe otro método general utilizado para interpolar datos trimestrales dentro de datos anuales. Éste consiste en utilizar las llamadas “funciones cúbicas spline” (3) que generan curvas con una curvatura mínima y suave a lo largo de observaciones discretas. De manera más específica, cada segmento de la curva (el intervalo entre dos observaciones) es un polinomio de tercer grado cuya primera y segunda derivadas son continuas en los puntos de unión (nudos). La función cúbica spline puede expresarse como sigue:

$$G(t) = a + b(t-t_0) + \sum_{j=0}^n c(t-t_j)^3$$

con

$$(t-t_j)^3 = (t-t_j)^3 \text{ para } t \geq t_j, 0 \text{ en los demás casos}$$

No obstante, una de las deficiencias de este método es que requiere una estimación arbitraria de la primera derivada de las funciones en los puntos extremos de la serie que será interpolada.

Los métodos descritos antes producen estimaciones trimestrales mediante la generación de curvas suaves a través de puntos anuales. Estas estimaciones son, sin embargo, números meramente arbitrarios que, en principio, no tienen ninguna conexión con ninguno de los eventos observados en el mundo real. Dicho esto, no obstante, las estimaciones trimestrales pueden en la práctica ser bastante cercanas a las estimaciones que se ajustan estacionalmente y se obtienen mediante el uso de indicadores trimestrales.

Ajuste de los trimestres cuando hay disponibilidad de indicadores trimestrales

Cuando los flujos trimestrales se basan en series trimestrales relacionadas, casi siempre se encuentra que existe una diferencia entre la suma de los trimestres y la cifra anual. Si los datos trimestrales se ajustan al nivel anual sobre una base de prorrateo, entonces habrá una discontinuidad en las series entre el cuarto trimestre del año precedente y el primer trimestre del año en curso.¹

Bassie (4) fue el primero en concebir un método sencillo y conveniente para construir series trimestrales cuyos movimientos trimestrales reflejaran estrechamente aquéllos de una serie relacionada, y que aseguraran una progresión suave entre trimestres sucesivos, al tiempo que se mantiene una consistencia con los totales anuales.

Bassie resolvió el problema como sigue. Como procedimiento inicial, los datos del primer año para el indicador (X) se ajustan por prorrateo de forma que su valor anual (X^*) equivalga a la serie anual cY^* para la que se requieren estimaciones trimestrales. En el año 2, se parte del supuesto de que la diferencia entre los movimientos anuales de las dos series consiste en un sesgo (K) en la serie X. Bassie propuso dividir K entre los trimestres de forma tal que se conserven los movimientos trimestrales, incluyendo el que ocurre entre el cuarto trimestre y el primer trimestre del año siguiente, al tiempo que se conservan los totales anuales.

El método de Bassie supone que la corrección de cualquier trimestre (K_q) es una función del tiempo $K_q = f(t)$, y que $f(t) = a + bt + ct^2 + dt^3$. El método establece entonces las siguientes cuatro condiciones:

a) la corrección promedio en el año 1 es igual a cero,

$$\int_0^1 f(t) dt = 0$$

b) la corrección promedio en el año 2 es igual al sesgo K,

$$\int_1^2 f(t) dt = k$$

c) al principio del año 1, la corrección es cero, de manera que no se perturbe la relación entre el primer y cuarto trimestres del año 0,

$$f(0) = 0$$

d) a finales del año 2, la corrección no es creciente ni decreciente. Toda la corrección ha sido aplicada y no persiste ningún sesgo.

$$\frac{df(2)}{dt} = 0$$

Estas cuatro condiciones, que se reducen a:

$$a + \frac{b}{2} + \frac{c}{3} + \frac{d}{4} = 0$$

$$a + \frac{3b}{2} + \frac{7c}{3} + \frac{15d}{4} = K$$

$$a = 0$$

$$b + 4c + 12d = 0$$

permiten el cálculo de a, b, c y d, entonces:

$$Kq=f(t)=K (-1.125t + 2.156 t^2 - 0.625t^3)$$

y finalmente la corrección $q = \frac{f(t)}{K}$ para el primer año es igual a:

primer trimestre	-0.09814453
segundo trimestre	-0.1440429
tercer trimestre	-0.00830078
cuarto trimestre	+0.25048828

y para el segundo año:

primer trimestre	+0.57373047
segundo trimestre	+ 0.90283203
tercer trimestre	+1.17919922
cuarto trimestre	+1.34423828

El proceso se continúa en los años 2 y 3. Los factores de corrección de Bassie trimestrales para el “primer año” se aplican ahora al año 2 (que ya ha sido corregido una vez), y los factores de corrección de Bassie del “segundo año” se aplican ahora al año 3. El procedimiento se repite para los años 3, 4, etc.

Debe señalarse que los sesgos entre las dos series (K) pueden expresarse ya sea en forma aditiva:

$$K = Y^* - X^*$$

o de manera multiplicativa:

$$K = \frac{Y^*}{X^*} - 1$$

En virtud de las irregularidades que tienen lugar en ocasiones como resultado del método aditivo, pareciera ser que el multiplicativo es preferible. Sin embargo, este último no produce una corrección exacta, por lo que se requiere un pequeño prorrateo al término del cálculo.

Vangrevelinghe (5) ha sugerido otro método. Propuso interpolar primero, por medio del método de Lisman y Sandee, las series X^* y Y^* para generar las estimaciones trimestrales \hat{X} y \hat{Y} . Luego propone calcular una regresión de mínimos cuadrados para los datos anuales: $Y^*_i = a + bX^*_i$. Por último, las Y interpoladas finales se obtienen como:

$$Y_j = \hat{Y}_j + b(X_j - \hat{X}_j)$$

Este procedimiento presenta el mismo inconveniente que el de Lisman y Sandee, que es la pérdida de ocho datos trimestrales, a saber, los del primer año y los del último año.

Por último, Ginsburg (6) y Nasse (7) han propuesto recientemente dos métodos que, aunque aparentemente son diferentes, arrojan los mismos resultados. Ambos hacen uso de las ideas de Vangrevelinghe, pero en lugar de usar el método de Lisman y Sandee recurren al de Boot et al.

Diferencias entre las distintas interpolaciones

Theil (8) ha concebido una serie de estadísticos que pueden usarse para analizar la confiabilidad de los métodos de interpolación expuestos antes. El primero es su coeficiente de desigualdad:

$$U = \frac{\sqrt{\frac{1}{n} \sum (P_i - A_i)^2}}{\sqrt{\frac{1}{n} \sum P_i^2} + \sqrt{\frac{1}{n} \sum A_i^2}}$$

en donde las P_i son, por ejemplo, estimaciones obtenidas por interpolación, y las A_i son valores reales. Mientras más pequeño sea el valor de U , mayor será el ajuste entre las interpolaciones y los valores reales.

U puede ser descompuesto en tres términos que suman la unidad:

$$U_m = \text{la proporción de desigualdad debida a la tendencia central desigual (sesgo)} = \frac{\bar{P} - \bar{A}}{D}$$

$$U_s = \text{la proporción de la desigualdad debida a la variación desigual} = \frac{S_p - S_a}{D}$$

$$U_c = \text{la proporción de la desigualdad debida a la covarianza imperfecta} = \frac{2(1 - r) S_p S_a}{D}$$

donde \bar{P} , S_p , \bar{A} , S_a son respectivamente los promedios y las desviaciones estándar de P_i y A_i y donde:

$$D = \sqrt{\frac{1}{n} \sum^2} + \sqrt{\frac{1}{n} \sum^2}$$

Los valores más deseables de los tres son: $U_m=U_s=0$; $U_c=1$

El segundo grupo de estadísticos que propone Theil tiene que ver con los puntos de inflexión

Si m_1 = número de puntos de inflexión predichos correctamente,
 m_2 = número de casos en los que los puntos de inflexión han sido predichos incorrectamente,
 m_3 = número de casos en los que los puntos de inflexión no han sido, incorrectamente, predichos.

Theil define:

$$Q_1 = \frac{m_2}{m_1 + m_2}$$

$$Q_2 = \frac{m_3}{m_1 + m_3}$$

Los valores pequeños de Q indican predicciones exitosas.

A fin de comparar los diferentes métodos de interpolación descritos antes, Ginsburg (6) los usó para generar estimaciones trimestrales del PNB de los Estados Unidos (ajustado estacionalmente) a precios de 1958. Hizo uso de los índices trimestrales de la producción trimestral, ajustados estacionalmente, para aquellos métodos que requieren series relacionadas. Sometió entonces a prueba las interpolaciones, comparándolas con los valores trimestrales reales del PNB, mediante el uso de los estadísticos propuestos por Theil ya descritos. Sus resultados se reproducen en el cuadro 1 que se muestra abajo, en el que se incluyen también los resultados del método de Bassie, no considerados en el estudio de Ginsburg.

Cuadro 1. Comparación de interpolaciones de acuerdo con diferentes métodos

	n	U	Q1	Q2
Lisman-Sande	31	0.42	0.50	0.90
Boot-Feibes-Lisman	39	0.36	0.75	0.79
Bassie	35	0.39	0.25	0.21
Vangrevelinghe	31	0.34	0.17	0.00
Nasse, Ginsburg	39	0.36	0.21	0.07

El método aditivo ha sido empleado para las interpolaciones de Bassie, pero es posible que el método multiplicativo hubiera producido mejores resultados. La comparación parece indicar que el método de Vangrevelinghe es el mejor, si bien en este caso se han perdido ocho observaciones. Desde el punto de vista computacional, el viejo método de Bassie es el más sencillo. Es interesante notar que, en términos del estadístico U, las diferencias entre los métodos no son muy acusadas, y que los métodos puramente matemáticos arrojan resultados prácticamente tan buenos como los de los métodos que hacen uso de series relacionadas. Sin embargo, el estadístico Q muestra claramente la superioridad de los métodos que emplean estadísticos relacionados para detectar puntos de inflexión.

Problemas prácticos y procedimientos usados en la realidad

En algunos países (Australia, Japón, Suecia, Reino Unido), un número importante de flujos anuales se genera directamente de los flujos trimestrales; sin embargo, en la mayoría de los países, cuando las estimaciones anuales no se derivan de la suma de las cuentas trimestrales, se recurre al uso tanto de la extrapolación lineal de la tendencia como a series de indicadores, por lo que se vuelve necesario ajustar los datos trimestrales estimados a las cuentas anuales, independientemente del método que haya sido usado. Las estimaciones son revisadas con frecuencia ya sea porque los datos anuales se someten a revisión o porque el método en sí implica una revisión anual de los cuatro trimestres del año precedente (e.g., Bassie) o una revisión anual de todos los trimestres precedentes (e.g., Nasse).

Cuando no existen indicadores disponibles, la mayoría de los países recurre a algunos de los demás métodos descritos antes; en el Reino Unido, de manera particular, el programa de la técnica cúbica spline se usa también para interpolar valores anuales de, por ejemplo, ingresos e inventarios asociados con la agricultura. El método de Lisman-Sandee se aplica manualmente en el caso de, por ejemplo, determinados impuestos y subsidios. Los valores trimestrales del valor total tasable de la propiedad se obtienen por interpolación al 31 de marzo de cada año. Los valores trimestrales tasables se usan para el gasto de los consumidores como tasa y para la renta imputada a las casas ocupadas por sus dueños. Cabe notar que este ejemplo de interpolación se refiere a valores que se mantienen como puntos en la serie final. La Oficina Estadística Central ha preparado recientemente un programa de computación (de nuevo, basado en splines cúbicos) para ajustar curvas suaves entre valores fijos. El propósito es encontrar indicadores trimestrales para aquellas series que actualmente se calculan de esta manera por completo arbitraria; por ejemplo, se busca un método mejorado que permita rastrear, por trimestres, la recuperación reciente en el ingreso de los agricultores luego de una buena cosecha. Francia usa tanto

el método de Lisman y Sandee como el de Boot et al. En Australia, el método de interpolación es similar al de Lisman y Sandee; en este caso, sus principales características consisten en que la suma de los cuatro trimestres equivale al valor anual, y en que incrementos anuales iguales producen incrementos trimestrales iguales. La matriz correspondiente a $/A/$ en el método de Lisman y Sandee es:

0.25	0.875	-0.125
0	1.125	-0.125
-0.125	1.125	0
-0.125	0.875	0.25

Japón usa el método de Lisman y Sandee, pero ha logrado eliminar el problema de perder ocho trimestres, es decir, los del primer y el último año.

En la mayoría de los casos, cuando hay disponibilidad de indicadores por trimestres, la metodología básica se relaciona directamente con el método de Bassie (Estados Unidos, Canadá, Italia, Suecia). Francia está utilizando el método de Nasse. En el Reino Unido, cuando se busca ajustar valores trimestrales a totales anuales independientes, e.g., cuando los datos de muestras trimestrales se encuentran supeditados a los resultados de un total anual, o en la etapa final de un ajuste estacional, los ajustes se hacen con frecuencia de manera manual a fin de conservar los totales anuales. Sin embargo, durante un ajuste estacional, así como en algunos otros casos, se emplea un método computarizado basado en “splines cúbicos” a fin de distribuir suavemente la discrepancia entre la suma de los valores trimestrales y el total anual requerido. Este enfoque elimina el “problema del escalón” y su operación es relativamente sencilla a partir de una rutina de biblioteca de cómputo. El método es iterativo; cada iteración abarca cinco años y se mueve un año adelante respecto de la iteración previa. Por lo tanto, se requiere un mínimo de cinco años de datos; asimismo, el método permite efectuar revisiones a los datos trimestrales. Sin embargo, la interpolación trimestral de los últimos años no se basa en un número completo de iteraciones. Los inventarios de algunas industrias de servicios se producen trimestralmente mediante interpolación manual, en línea con indicadores tales como la rotación (por ejemplo, comerciantes de motores, comerciantes de banquetes).

Pese a todo, tal parece que el método perfecto está aún por descubrirse, y que incluso el viejo método de Bassie plantea problemas. En los párrafos subsiguientes se describen algunos problemas específicos, así como las acciones que pueden emprenderse para minimizar su impacto.

Problema Tipo 1

La versión iterativa de Bassie funciona mejor cuando la corrección (K) es pequeña y aleatoria.² El primer tipo de problema tiene lugar cuando la corrección se encuentra sesgada en una dirección y la razón de la media de la corrección respecto de su desviación estándar es considerable. En este caso se introduce una estacionalidad residual en los resultados interpolados. Los ponderadores de Bassie, integrales de la función de corrección que se multiplican por K para derivar los factores de corrección, son los mismos para un trimestre específico de cada año; por lo tanto, cuando K es casi una constante, los factores de corrección se vuelven “factores estacionales inversos”, con los que construye una variación estacional en las series interpoladas. El problema ocurre también cuando la corrección se encuentra sesgada hacia una dirección en la primera parte del intervalo y sesgada en la dirección opuesta en la segunda parte, esto es, cuando la corrección presenta un ciclo largo y suave. Este tipo de problema puede detectarse en dos formas: mediante inspección de K en el periodo de interpolación, o por medio

de un ajuste estacional de las series interpoladas. Para corregir el problema, la serie del indicador puede modificarse para reflejar las diferencias entre su tasa anual de crecimiento y aquélla del control, con lo que se logra alinearla más con el control. La modificación debe hacerse de manera que no distorsione los cambios del cuarto al primer trimestre en la serie del indicador. Existe una alternativa que resolvería el problema estacional, pero que puede ocasionar una serie interpolada que tenga poca semejanza con la serie del indicador: se podría ejecutar el método de Bassie usando una serie del indicador sin ajuste estacional y entonces efectuar un ajuste estacional de la serie interpolada.

Problema Tipo 2

Este problema tiene lugar si la corrección (K) es grande y aleatoria. Está ocasionado por un indicador pobre del movimiento anual del control, y da como resultado una serie interpolada (“producto bassie”) que muestra grandes fluctuaciones que no aparecen ni en el movimiento trimestral del indicador, ni en el anual del control.

Este tipo de problema puede identificarse mediante inspección de la razón de los valores del producto bassie trimestral y la serie del indicador trimestral. No existe ninguna solución metodológica conocida para este problema, ya que se trata tan solo de un reflejo de la mala calidad de la serie del indicador. Al respecto, se puede optar ya sea por ajustar la serie de manera juiciosa, o bien, por elegir un mejor indicador.

Problema Tipo 3

El progreso de dos años en una iteración bassie puede ocultar la naturaleza de la discrepancia entre las series de control y del indicador. Este problema puede ocurrir cuando existe una única discrepancia aguda entre el crecimiento de la serie de control y aquél de la serie del indicador. Si el problema obedece a algún evento inusual en la serie del indicador, entonces lo deseable sería restringir la corrección únicamente a los trimestres interpolados de ese año. Sin embargo, el bassie extenderá automáticamente las correcciones a tres años: los años anteriores y posteriores a la divergencia, así como al año del problema. Cabe señalar que este problema no se haría patente mediante una inspección de K , que mostraría una oscilación atenuada alrededor de cero, sino únicamente mediante una inspección gráfica de las dos series de datos. Para solucionar este problema habrá que ajustar ya sea la serie del indicador o la interpolada.

Problema Tipo 4

Este tipo de problema puede ocurrir cuando el último trimestre de la serie interpolada se utiliza como punto de “arranque” para una estimación del control del año siguiente. Usualmente, esta estimación se realiza extrapolando el valor del cuarto trimestre de la serie interpolada por el crecimiento en la serie del indicador. El problema surge cuando el factor de corrección para el último trimestre difiere substancialmente de aquéllos de los otros tres trimestres (lo que ocurre cuando la K del último año es larga). Cuando K es negativa (positiva), aun cuando el crecimiento anual de la serie del indicador predijera con exactitud el crecimiento del control, la serie extrapolada subestimaría (sobrestimaría) la serie anual. Normalmente, esto puede evitarse construyendo “factores de corrección para el año siguiente” que compensen el punto de arranque bajo (alto).

A pesar de los problemas descritos antes, todo parece indicar que el método de Bassie es adecuado para la mayoría de los usos. Sin embargo, los países estudian alternativas, tales como métodos que emplean técnicas ARIMA o auto-regresiones de medias móviles integradas (auto-regressive integrated moving average techniques). Hasta ahora, una de las conclusiones del estudio de diferentes métodos es que un indicador pobre genera problemas independientemente del método de interpolación. Así, se concentran de manera prioritaria en mejorar la calidad de la serie del indicador por medio de la aplicación de cambios en la recolección de datos, la identificación de sesgos en la serie del indicador y el ajuste de la serie del indicador en función de sesgos conocidos durante el periodo de extrapolación.

Referencias

1. Lisman J.H.C. and J. Sandee, *Derivation of Quarterly Figures from Annual Data*, in Applied Statistics, Vol. XIII, No.2, 1964.
2. Boot C.G., W. Feibes and Lisman J.H.C., *Further comments on the derivations of quarterly figures from annual data*, in Applied Statistics, Vol. 16, 1967.
3. Greville T.N.E., *Spline functions, interpolation and numerical quantature in "mathematical methods for digital computers"*, Vol. II, Ralston and Wiff. Wiley, 1967.
4. Bassie V., *Economic Forecasting*, McGraw-Hill, New York, 1958.
5. Vangrevelinghe G., *L'évolution à court terme de la consommation des ménages*, Études et Conjoncture, INSEE 9, 54-102, Paris 1966.
6. Ginsburg V., *A Further Note on the Derivation of Quarterly Figures Consistent with Annual Data*, in Applied Statistics, Vol. 22, No.3, 1973.
7. Nasse P., *Le système des comptes nationaux trimestriels*, Annales de l'INSEE, 14, Paris, 1973.
8. Theil H., *Economic Forecasts and Policy*, Contribution to Economic Analysis XV , North Holland, Amsterdam, 1958.

Ajuste por inflación de precios

D.37. Al preparar una serie temporal de cifras sobre gasto en salud, con frecuencia es útil realizar una serie de estimaciones que remuevan los efectos de la inflación de precios. Sin embargo, no existe un estándar universal para hacer esto, ya que la elección de la medida utilizada de inflación de precios depende de la pregunta que deba ser respondida. Comúnmente se recurre a una de tres medidas de inflación, cada una de las cuales se irá analizando a continuación.

Índice de precios del producto interno bruto

D.38. El índice de precios para el producto interno bruto (IP-PIB) mide la inflación de la economía en su conjunto. Los precios de los bienes y servicios individuales se combinan en una medida compuesta en la que el gasto total en cada uno de dichos bienes y servicios se usa como ponderador. El IP-PIB cubre bienes y servicios, bienes de inversión, servicios gubernamentales, importaciones y exportaciones. En este sentido, se trata de la medida más completa de los cambios de precios que enfrenta una nación.

D.39. El uso del IP-PIB para deflactar los gastos en salud produce una medida de lo que los economistas llaman el “costo de oportunidad” del gasto en salud. El costo de oportunidad de una compra remite a los bienes y servicios que pudieron haberse comprado o que se pudieron haber consumido en lugar de dicha compra. Así, el cambio en el gasto en salud deflactado por IP-PIB refleja el cambio en el tamaño del conjunto de otros bienes y servicios que pudieron haber sido adquiridos con la misma cantidad de dinero.²

D.40. Existen dos ventajas derivadas de usar el IP-PIB para deflactar el gasto en salud. La primera de ellas es que, casi con toda certeza, el índice se encontrará disponible. La autoridad estadística central del país, o quien quiera que tenga la responsabilidad de preparar las estimaciones del PIB, lo habrá calculado ya como parte del trabajo que desarrolla en el campo más amplio de las cuentas nacionales. La segunda ventaja es que la disponibilidad universal del índice lo convierte en una medida ideal para fines de comparaciones internacionales.

Índice de precios al consumidor

D.41. Al igual que el IP-PIB, el índice de precios al consumidor (IPC) mide el cambio en el precio de un conjunto de bienes y servicios. Sin embargo, mientras que GDP-PI mide los precios de la economía en su sentido amplio, un IPC mide únicamente los precios de los bienes y servicios adquiridos por los hogares.

D.42. Es necesario tener cuidado al interpretar los resultados de la deflactación del gasto en salud con el IPC. Dado que los hogares no cargan directamente con todo el gasto en atención de la salud, la deflactación de todo el gasto con el índice podría no ser adecuada. La deflactación con el IP-PIB produce un resultado que puede describirse con más claridad, pero esta descripción es menos satisfactoria cuando el gasto se deflacta con el IPC. El cambio en el gasto en salud deflactado describe el cambio en el tamaño del conjunto de bienes y servicios de consumo que podrían haber sido adquiridos a cambio. Dado que no todo el gasto en salud se encuentra a disposición de los hogares, este concepto puede no ser de gran utilidad para los formuladores de políticas. Es adecuado deflactar el gasto de los hogares con IPC (incluso podrían deflactarse los fondos de los hogares en su dimensión de fuente de fondos). Desafortunadamente, la práctica común de deflactar todo el gasto en salud con un IPC produce una medida que se define muy pobremente desde el punto de vista conceptual.

² Para ser realmente precisos, la deflactación mediante el uso de IP-PIB debería excluir la atención de la salud. Sin embargo, cuando la salud representa una pequeña proporción del PIB total, y cuando la inflación de precios en el sector de la atención de la salud no es muy diferente de la del resto de la economía, el uso del IP-PIB total no perjudica el análisis y reduce su costo de manera substancial. El desarrollo de un índice de precios para el PIB que excluya la salud puede ser un proyecto de largo plazo para el proyecto de cuentas de salud o para las autoridades estadísticas del país.

Deflactación de precios específicos

D.43. La deflactación de precios específicos mide un concepto diferente de los tipos de costo oportunidad de la deflactación con IP-PIB e IPC. En este caso, el objetivo es rastrear cambios en las cantidades de los bienes y servicios consumidos. La deflactación de precios específicos inicia con la identidad económica $E_{it} = P_{it}Q_{it}$, en la que E es el gasto, P es el precio, Q es la cantidad, i es el bien o artículo, y t es el periodo de tiempo. A fin de remover los efectos de la inflación de precios de cada monto de gasto, dicho gasto se divide entre un índice de precios P_{it}/P_{i0} . Algebraicamente, esto produce $P_{i0}Q_{it}$, que puede describirse como las cantidades del periodo corriente valoradas a precios del año base. La razón para los valores de dos años cualesquiera refleja el cambio en la cantidad del bien o servicio consumido.

D.44. A fin de combinar los diversos bienes y servicios en una medida única, es necesario encontrar alguna forma que muestre su peso relativo. Este peso relativo se establece por su valor tal como se refleja éste en el precio de mercado (o como de mercado) en el periodo base P0. Por ejemplo, si una consulta con un médico cuesta 20 en 1997 y un día de estancia hospitalaria cuesta 60, entonces se dice que un día de estancia hospitalaria cuenta 3 veces lo que una consulta con el médico en la medida de volumen. Por lo tanto, la deflactación de precios específicos se lleva a cabo primero deflactando el gasto en cada bien o servicio en su propio peso, y sumando después las cifras deflactadas. En el periodo base, la cifra deflactada será igual a la cifra nominal.

D.45. Existen dos problemas prácticos para realizar la deflactación de precios específicos. Primero, debe existir un precio de mercado razonablemente válido para cada bien o servicio. Algunos precios son más difíciles de obtenerse que otros. Es probable que lo más difícil sea la determinación de un índice de precios del costo neto del seguro, que en sí consiste en un conjunto de servicios. El segundo problema es que la mayoría de las medidas de precios se ven afectadas por una incapacidad de remover los efectos de la calidad, esto es, de dividir E en sus componentes estrictos de P y Q. En la medida en que el índice de precios P_t/P_0 incluya cambios en los precios resultantes de cambios en la calidad del bien o servicio, en esa medida la deflactación de precios específicos será imprecisa. La medición de la calidad es difícil en cualquier circunstancia, pero lo es particularmente en el caso de los servicios y, de manera especial, los servicios de salud.

D.46. Una variante de la deflactación de precios específicos consiste en deflactar los precios de los insumos. Esto es particularmente útil si no se cuenta con un buen índice de precios del mercado de bienes o servicios en cuestión (como en el caso de la administración, por ejemplo). Si se conoce la mezcla de factores de producción utilizada para crear el servicio (mano de obra, productos instrumentales, etc.), entonces podrá construirse un índice de precios usando los precios de aquellos insumos y una mezcla de unidades de insumos del año base.

D.47. Toda el área de ajuste de precios de servicios está evolucionando rápidamente. El proceso está sujeto a un considerable debate e incertidumbre, y no debe abordarse con ligereza. Existen casos en los que es imposible evitar que los valores de interés correspondan a un periodo de tiempo diferente del que se está estimando. Un análisis más completo de la medición de precios, cantidad y calidad se encuentra en el capítulo 7 del manual SCS (SHA) de la OCDE, así como en el capítulo 16 del manual SNA93.

Ajuste de valores monetarios

D.48. Al hacer comparaciones entre países o, de manera ocasional, al usar informes de organizaciones externas para preparar las cuentas de salud, es necesario contar con alguna forma de convertir los valores de divisas. Existen dos métodos para llevar a cabo esta conversión: uso de las tasas de cambio y uso de las paridades de poder adquisitivo. Las tasas de cambio muestran la conversión explícita de una denominación a otra. Las paridades de poder adquisitivo, como su nombre lo sugiere, comparan los recursos regidos por unidades de dos divisas.

D.49. El análisis de estos conceptos rebasa el propósito de esta Guía, por lo que sólo ofreceremos una sencilla regla de oro: al comparar las cuentas de salud de dos países, es mejor hacer uso de las paridades de poder adquisitivo; al convertir recursos externos que son usados en las cuentas de salud del país, lo mejor es aplicar las tasas de cambio. Para un análisis de los precios internacionales y los índices de volúmenes, el lector puede recurrir al SNA93 (párrafos 16.78 en adelante).

Glossario

Este glosario busca esclarecer los términos que se usan en la *Guía*. En muchos casos, los significados dados a los mismos son específicos de esta *Guía* y, en este sentido, relacionados con las cuentas nacionales de salud (CNS). Así, no necesariamente tienen una aplicación en un contexto general.

Agentes de financiamiento

Instituciones o entidades que canalizan los fondos proporcionados por las fuentes de financiamiento y que hacen uso de dichos fondos para pagar o comprar actividades al interior del campo de acción de las cuentas de salud.

Agregados

Medidas sumarias de un tipo o clase de actividad económica. Algunos agregados se obtienen mediante la suma de transacciones individuales; otros, mediante la suma del costo de producir los bienes o servicios en cuestión.

Año calendario

Del 1° de enero al 31 de diciembre.

Año fiscal

Año financiero o contable de una organización, que puede o no coincidir con el año calendario. Una organización puede considerar conveniente terminar su año contable en la fecha en que los niveles de sus inventarios se encuentran más bajos.

Asignación nocional

Imputación que se lleva a cabo con muy poca o ninguna evidencia de apoyo. Las asignaciones nocionales se requieren en las cuentas de salud cuando no existen datos que puedan usarse para estimar el valor de un grupo particular de transacciones, transacciones cuya existencia, por otro lado, se reconoce.

Atención de larga duración

Atención de la salud y medicalizada proporcionada a pacientes hospitalizados que requieren atención de manera continua, en virtud de limitaciones crónicas y un grado reducido de independencia para desempeñar las actividades de su vida diaria. La atención de larga duración hospitalaria se suministra en instituciones o unidades comunitarias.

Atención de la salud ambulatoria y de pacientes externos

Servicios médicos y paramédicos suministrados a pacientes externos. Un paciente externo no ingresa formalmente en una unidad (consultorio médico privado, centro de atención curativa hospitalaria o centro de atención ambulatoria), y sólo recibe atención de día. Por tanto, un paciente externo es una persona que acude a una unidad de atención de la salud en busca de consulta o tratamiento, y que abandona la unidad luego de algunas horas de haber iniciado la consulta, sin haber sido “admitido” a dicha unidad como paciente.

Auditoría¹

Requerimiento legal para una corporación de someter su balance general, su estados financieros y su sistema y registros contables subyacentes a revisión por parte de un auditor calificado, de forma que se posibilite la formación de una opinión sobre si los estados financieros representan con precisión la condición financiera de la compañía y si éstos cumplen con los estatutos pertinentes.

Autónomo

Independiente. Por ejemplo, un hospital autónomo tiene autoridad, poderes, deberes y responsabilidades (incluyendo funciones relacionadas con el personal, la presupuestación y la gestión) que se ejercen de manera libre respecto de la dirección y supervisión de autoridades de nivel superior.

Beneficiario

Un individuo (o grupo de individuos) que recibe compensaciones o está cubierto por una póliza de seguro o algún otro programa de financiamiento o de prestación de atención de la salud.

Beneficios³

Por lo general, ganancias (ya sea materiales o no) que se reconocen a un individuo o una comunidad como resultado de alguna acción. El término tiene también un significado específico en el contexto de los sistemas de salud: los servicios de salud y otras ventajas (prestaciones), en dinero o en especie, a los que las personas tienen derecho en virtud de satisfacer algunos criterios particulares (usualmente, la suscripción a algún esquema de seguros).

Capitación³

Método para pagar a los médicos una cuota fija uniforme por paciente registrado con ellos. Por lo general se basa en el costo promedio de atención de la salud de la población de pacientes registrados; el monto de capitación se ajusta en ocasiones según la edad del paciente.

Capital

En la contabilidad de la salud, el capital se refiere usualmente a los activos físicos (terreno, edificios y equipo) que son propiedad o están disponibles para una entidad en cuestión. Con menos frecuencia, el capital en la contabilidad de la salud puede referirse también a los activos financieros disponibles para una entidad, pero en casos así, esto se hace específico. El capital puede medirse de acuerdo con su “valor en libros” (su costo en el momento de su creación) o su valor de reemplazo (el costo real de reemplazarlo). También puede medirse como un valor bruto (su valor original) o un valor neto (que toma en cuenta el deterioro por desgaste y su obsolescencia).

Carga global de la enfermedad (CGE)

Los análisis de la carga global de la enfermedad hacen uso de los años de vida saludables (AVISA) para medir los años perdidos de vida saludable en virtud de la mortalidad y la morbilidad ocasionadas por causa, edad, sexo y región.

Censo²

Un censo es una encuesta realizada al conjunto total de objetos en observación pertenecientes a una determinada población o universo.

Clasificaciones Internacionales de las Cuentas de Salud (ICHA)

Un sistema integral de clasificaciones de tres importantes dimensiones de las cuentas nacionales de salud: agentes de financiamiento, proveedores y funciones.

Co-aseguro

Una forma de copago en la que el consumidor paga una cantidad o un porcentaje fijo de los cargos correspondientes a cada producto o servicio obtenido.

Códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE)¹²

Sistema internacional de codificación de la clasificación de diagnósticos estándar utilizada para fines generales epidemiológicos y muchos otros propósitos de administración de la salud. El objetivo de la CIE es permitir el registro, análisis, interpretación y comparación sistemáticos de datos de mortalidad y morbilidad recopilados en diferentes países o áreas en momentos diferentes.

Compañía

Un sinónimo de empresa. (Ver Empresa.)

Condición de salud¹⁰

Estado de salud de un individuo, grupo o población, medido contra estándares aceptados.

Confiabilidad

En investigación, el término confiabilidad se refiere a algo que es replicable o consistente. Una medida se considera confiable si arroja el mismo resultado una y otra vez (suponiendo que lo que se está midiendo no cambia).

Consumo final

Bienes y servicios que utilizan los hogares o la comunidad para satisfacer sus necesidades o deseos individuales o colectivos.

Contabilidad

Registro y presentación sistemáticos de transacciones económicas en forma resumida que se apegan a las definiciones y reglas aceptadas.

Contabilidad de costos corrientes

Método de valuación por el que los activos y los bienes usados en la producción se valoran a precios reales o estimados de mercado corriente, en el momento en que la producción tiene lugar. (En ocasiones se describe como “contabilidad de costos de reemplazo”.)

Contribuciones no obligatorias

El conjunto de contribuciones efectuadas sin que el gobierno les confiera un carácter obligatorio.

Copagos³

En un esquema de seguro de salud, la cantidad que la persona asegurada está obligada a cubrir. Los copagos adoptan la forma de deducibles y/o co-aseguros.

Costo compartido³

Usualmente se refiere a un método de financiamiento de la atención de la salud que implica el hecho de que una porción del gasto recae directamente sobre el usuario. El costo se comparte así entre usuario y empleador, gobierno, donador, pagador contribuyente fiscal, agencia aseguradora, etc.

Costos de los recursos

Los factores o insumos que usan los proveedores o los agentes de financiamiento para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades que tienen lugar en el sistema.

Cuenta

Herramienta que sirve para registrar, en lo que se refiere a un aspecto dado de la vida económica: (a) los usos y recursos; o (b) los cambios en los activos y los cambios en los pasivos; o (c) el inventario de activos y pasivos existentes en un momento determinado. Las cuentas de transacciones (cuentas T) incluyen un renglón de balance que se usa para igualar los dos lados de las cuentas (e.g., recursos y usos), y que representa una medida significativa del desempeño económico en sí.

Cuentas satélite

En el sistema de cuentas nacionales (SCN), marco de referencia vinculado con las cuentas centrales que permite centrar la atención en ciertos campos o aspectos de la vida económica y social en el contexto de las cuentas nacionales, e.g., el medio ambiente, el turismo.

Cuentas T

Herramienta con la que se registra, respecto de un aspecto dado de la vida económica, (a) los usos y recursos, o (b), los cambios en los activos y los cambios en los pasivos, o (c) el inventario de activos y pasivos existentes en un cierto momento. El registro de las transacciones (cuentas T) incluye un renglón para balance que se usa para igualar los dos lados de la cuenta (e.g., recursos y usos) y que representa una medida significativa del desempeño económico en sí.

Datos crudos

Cifras e información que no han sido todavía procesados para satisfacer las definiciones y los requerimientos de las cuentas de salud.

Deducibles

Una forma de copago en la que el consumidor es responsable de cubrir una cantidad fija de los cargos antes de que el esquema de seguro empiece a pagar. Los deducibles suelen establecerse como un monto anual.

Deflatación¹

En la contabilidad social, remoción del efecto de la inflación de precios de los montos de gasto. Usualmente, esto se logra dividiendo el monto del gasto entre un índice de precios.

Deflactor⁵

Índice de precios implícito o explícito utilizado para distinguir entre los cambios en el valor monetario del producto nacional bruto que resultan de un cambio en los precios y aquellos cambios que resultan de un cambio en un producto físico.

Encuesta²

Una encuesta es una investigación acerca de las características de una población dada mediante la recolección de datos de una muestra de dicha población y la estimación de sus características por medio del uso sistemático de una metodología estadística.

Depreciación⁶

Reducción anticipada que el valor de un activo sufre con el tiempo, ocasionada por el uso físico o la obsolescencia.

Doble contabilidad

Que incluye un gasto en más de una categoría en las cuentas en un escenario determinado del sistema de atención de la salud; por ejemplo, la contabilización de los montos de co-pago como una actividad propia de los seguros y como una actividad propia de los gastos de bolsillo. Por su naturaleza, la doble contabilidad sobreestima el gasto real en atención de la salud.

Empresa

Una unidad institucional en cuanto a su capacidad para producir bienes y servicios.

Empresas de propiedad estatal

Compañías que pertenecen y son operadas por completo por el gobierno. Éstas son manejadas como entidades del sector privado, por lo que su gasto directo en salud se clasifica también dentro del sector privado. (Ver también Empresa paraestatal.)

Empresa paraestatal

Compañía o empresa perteneciente al estado. Las empresas estatales comunes incluyen las compañías de agua, electricidad, servicios telefónicos y extracción petrolífera y mineral.

Entidad

Actor económico en el sistema de salud. Las entidades pueden ser gobiernos, negocios, organizaciones, individuos, familias, etc.

Entidades extrapresupuestarias

Organizaciones reconocidas como entidades esencialmente de gobierno, pero cuyos presupuestos no aparecen en el cálculo tradicional de las entradas y los gastos que determinan el déficit o el superávit del gobierno. (Ver también Empresa paraestatal.)

Equidad⁵

Igualdad o justicia. Este concepto es importante para los economistas en diversas situaciones. Por ejemplo, los criterios sobre arreglos económicos distinguen en ocasiones las cuestiones relacionadas con la eficiencia –la producción del máximo posible de unidades de producción– de las cuestiones asociadas con la equidad –la forma en que dichas unidades se distribuyen–.

Error estándar⁵

Medida sobre el grado en el que una estadística calculada se encuentra dispersa en torno a su valor medio.

Error muestral²

Los errores muestrales surgen del hecho de que no todas las unidades de la población meta se enumeran, sino sólo una muestra de las mismas. Por lo tanto, la información recopilada sobre las unidades de la muestra puede no reflejar con total exactitud la información que se habría recopilado sobre el total de la población. La diferencia es el error muestral.

Error no muestral²

El error no muestral es aquel que se atribuye a todas las fuentes diferentes del error muestral. Los errores no muestrales surgen durante las etapas de planeación, realización, procesamiento de datos y estimación final de todo tipo de encuestas.

Estatus socioeconómico

Atributo social que refleja el lugar de un individuo en la jerarquía social. Las medidas del estatus socioeconómico pueden incluir los ingresos, los activos, la ocupación, la educación, la raza, etc.

Extrapolar⁴

Ampliar un patrón aparente más allá de las observaciones reales en las que se basa. La extrapolación puede aplicarse tanto para estudios transversales como a datos de series temporales.

Fomento de la salud⁸

Proceso por el que se impulsan mecanismos de apoyo para que la gente incremente el control sobre su salud y la mejore.

Fuentes de financiamiento

Instituciones o entidades que proporcionan los fondos utilizados por los agentes de financiamiento en el sistema.

Gasto

En la contabilidad nacional, el gasto se refiere al valor económico de los bienes o servicios producidos o consumidos. En el caso de la producción de mercado, este valor se establece de acuerdo con los precios de las transacciones observados en el mercado. En el caso de la producción no mercantil, el valor se establece en función del costo de los recursos (mano de obra, suministros, etc.) utilizados para producir el bien o servicio en cuestión.

Gasto corriente

Gasto que se efectúa día con día, i.e., el gasto en rubros de operación. Incluye sueldos y salarios recurrentes, así como el gasto en bienes de consumo y artículos de uso cotidiano que son usados por completo cuando se suministra el bien o servicio.

Gasto de bolsillo

Desembolsos directos de los hogares, incluyendo propinas y pagos en especie, efectuados a los profesionales de la salud y proveedores de productos farmacéuticos, accesorios terapéuticos y otros bienes y servicios cuya finalidad primordial es contribuir a la restauración o el mejoramiento del estado de salud de los individuos o de grupos de población. Incluye los pagos de los hogares a los servicios públicos, las institu-

ciones sin fines de lucro u organizaciones gubernamentales. Excluye los pagos efectuados a empresas efectuados por empresas que suministran beneficios médicos y paramédicos, sean o no obligatorios por ley, a sus empleados.

Gasto en salud

Valor de los desembolsos para el consumo final de bienes y servicios definidos como bienes y servicios de salud, así como para la producción de determinadas actividades definidas como actividades de salud.

Gobiernos locales

Unidades institucionales cuya autoridad fiscal, legislativa y ejecutiva se ejerce en las áreas geográficas reconocidas como las más pequeñas para fines administrativos y políticos.

Grupo de diagnóstico relacionado (GDR)

Grupo de casos organizados de acuerdo con su diagnóstico, determinado mediante el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Por lo general, los GDR se forman para agrupar condiciones similares o niveles similares de intensidad de recursos.

Hogar²

Un hogar es un grupo reducido de personas que comparten el mismo lugar de residencia, que mancomunan una parte o todo su ingreso y riqueza y que consumen ciertos tipos de bienes y servicios de manera colectiva, principalmente la vivienda y los alimentos.

Impuestos sobre la nómina

Impuestos pagaderos por las empresas, calculados ya sea como una proporción de los sueldos y salarios pagados, o bien, como un monto fijo por persona empleada.

Imputación

Llevar a cabo algunas conjeturas calculadas acerca de un valor faltante hacienda uso de otros datos lógicos o estadísticos. (Ver también Asignación nocional.)

Índice de precios¹

Promedio ponderado de los precios de todos los bienes y servicios producidos en una economía, medidos en el curso del tiempo. El índice suele estructurarse de forma que equivalga a 1 en el periodo base.

Inflación¹

Incremento en el nivel general de precios en una economía, el cual se sostiene durante un periodo de tiempo.

Ingreso nacional

Ingreso monetario total que reciben los hogares a cambio de suministrar insumos de factores a las operaciones de mercado durante un periodo de tiempo.

Institución sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH)

Una institución sin fines de lucro se define como una entidad legal o social creada con el fin de producir bienes y servicios, y cuyo estatus legal no le permite convertirse en una fuente de ingreso, utilidad u otra ganancia financiera para las unidades que la han establecido, la controlan o la financian. En la práctica, las actividades productivas de una institución sin fines de lucro generarán inevitablemente superávits o déficits, pero los excedentes que tengan lugar no podrán pasar a manos de ninguna otra unidad institucional. Las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares son entidades legales por separado. Se clasifican como otros productores privados no mercantiles. Sus principales recursos, aparte de los que derivan de ventas ocasionales, proceden de contribuciones voluntarias en efectivo o en especie provenientes de los hogares en su capacidad de consumidores, de pagos de los gobiernos generales y de ingresos por la propiedad.

Interpolación⁴

Inserción de datos faltantes en una serie. Normalmente esto se lleva a cabo a partir de la suposición de que los datos se generaron a partir de alguna regla conocida en el curso del periodo para el que faltan los datos.

Intervalo de confianza⁴

El intervalo de confianza contiene el verdadero valor de un parámetro de la población sujeta a muestra con una probabilidad determinada, por ejemplo, 95 por ciento, según se infiera de la muestra. La amplitud del intervalo de confianza es una función creciente de la probabilidad requerida, una función creciente de la desviación estándar de la muestra, y una función decreciente del tamaño de la muestra.

Inversión de capital

La inversión efectuada en instalaciones y equipo de atención de la salud crea activos que de por lo general se usan durante un largo periodo de tiempo. El total corriente del gasto en inversión de capital se conoce como formación de capital bruto.

Investigación en salud⁹

Investigación de todos aquellos aspectos de la salud, los factores que la afectan y las formas de fomentarla, protegerla y mejorarla. Incluye la investigación médica y biomédica relacionada con una amplia variedad de temas de salud en los que participan diversas ciencias en relación con procesos vitales tales como la biología molecular y la biofísica; la investigación clínica, que se basa en la observación y el tratamiento de pacientes o voluntarios; la investigación epidemiológica, que aborda temas sobre la frecuencia y distribución de las enfermedades, el control, los factores de riesgo y otros factores determinantes relativamente próximos de la salud; la investigación de los sistemas de salud, que abarca las políticas de atención de la salud, la prestación y el financiamiento, el acceso equitativo y el tratamiento y otros aspectos no de salud; y la investigación socioeconómica y de comportamientos, que investiga factores más amplios, tales como aspectos sociales, económicos, ambientales, psicológicos y culturales que influyen también en la salud y la enfermedad. Un principio subyacente de la investigación en salud es el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad. Con frecuencia, el estudio de los problemas de salud, así como el combate o el mejoramiento de los mismos, requiere de una combinación interdisciplinaria de los diferentes tipos de investigación antes mencionados.

Investigación y desarrollo (I y D)⁹

Cualquier actividad creativa y sistemática que se emprende con el fin de incrementar el acervo de conocimientos, incluyendo el conocimiento sobre los seres humanos, la cultura y la sociedad, así como el uso de estos conocimientos para concebir nuevas aplicaciones. Incluye la investigación fundamental, la investigación aplicada en campos tales como la agricultura, la salud, la investigación de operaciones, la química industrial, etc., y el trabajo de desarrollo experimental que conduce a nuevos accesorios, productos o procesos.

Mancomunar riesgos

Distribuir las pérdidas en las que han incurrido unos pocos entre un grupo más amplio, de forma que las pérdidas para los integrantes del grupo se limiten a la pérdida promedio, y no a las pérdidas reales potencialmente mayores.

Mano de obra

Contribución física y mental de la fuerza laboral a la actividad productiva.

Marco muestral²

Un marco muestral es un cuerpo de información acerca de la población sujeta a investigación, misma que se usa como la base para seleccionar muestras y en los procedimientos subsiguientes de estimación.

Materiales y suministros

Productos que sus propietarios buscan usar como insumos intermedios en los procesos de producción, no para ser revendidos.

Mercado gris

Transacciones que no aparecen en los registros oficiales de la actividad económica o que se ocultan a las autoridades fiscales. En algunos casos, todo el intercambio de bienes y servicios se desarrolla en el mercado gris; en otros casos, sólo una parte de ese intercambio tiene lugar fuera de los registros.

Método basado en el valor de los desembolsos en efectivo

Método contable en el que los gastos se atribuyen al periodo de tiempo en el que los desembolsos de efectivo tuvieron lugar efectivamente. (Ver también Método basado en el valor de los recursos consumidos o las transacciones comprometidas.)

Método basado en el valor de los recursos consumidos o las transacciones comprometidas

Método contable en el que los gastos se atribuyen al periodo de tiempo en el que se creó el valor económico, no al periodo de tiempo en el que se efectuó de hecho el desembolso en efectivo. (Ver también Método basado en el valor de los desembolsos en efectivo.)

Método de agregación (bottom-up)

Método de estimación en el que se estiman valores de elementos de un agregado, y luego se suman para generar una estimación del total. (Ver también Método de desagregación o top-down.)

Método de desagregación (top-down)

Método de estimación en el que las cifras se estiman en el nivel más agregado y luego se distribuyen hacia niveles menos agregados. (Ver también Método de agregación.)

Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Tal como se conciben en la contabilidad de la salud, otro término para instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares.

Pago de cuotas por servicio

Reembolsos de los proveedores basados en cada servicio suministrado, más que en un esquema de capitación. Método de pago retrospectivo en el que las unidades de servicios pueden combinarse como paquetes de consultas (e.g., medicinas, consultas de seguimiento, pruebas, etc.).

Paquete de prestaciones

En el contexto de un esquema de seguros, un conjunto definido y acordado de servicios o ventajas, ya sea monetarias o en especie, a las que tienen derecho las personas suscritas al esquema.

Paridades de poder adquisitivo (PPA)⁵

Doctrina que afirma que una unidad de moneda debería servir para comprar el mismo conjunto de productos en todos los países. La validez de esta proposición depende de varios supuestos restrictivos: los más importantes son que todos los productos sean homogéneos y comercializados, que no existan costos de negociación, flujos de capital o impedimentos para su comercialización y que exista empleo total y flexibilidad de precios.

Periodo base²

El periodo que proporciona las ponderaciones para un índice se describe como el periodo base.

Política de salud⁸

Declaración o procedimiento dentro de las instituciones (principalmente de gobierno) que define prioridades y parámetros de acción en respuesta a las necesidades de salud, los recursos disponibles y otras presiones políticas.

Practicantes de medicina tradicional y curanderos¹⁴

Los practicantes de la medicina tradicional y los curanderos asesoran sobre métodos para preservar o mejorar la salud y tratan las enfermedades humanas, físicas y mentales, con técnicas que han sido usadas tradi-

cionalmente en la comunidad y que se piensa curan gracias a su naturaleza asistencial y estimulante, o en virtud de un poder basado en la fe y el consejo espiritual.

Precios constantes

Precios correspondientes a un periodo base determinado, que se usan para ajustar una serie temporal de transacciones financieras reales a fin de eliminar el efecto de la inflación o deflación de precios.

Presupuesto

Un plan detallado del futuro en el que se muestra la forma en que los recursos serán adquiridos y usados durante un periodo de tiempo específico, expresado en términos formales y medibles.

Prima de seguro de salud

Monto pagado para cubrir una póliza de seguro de salud durante un periodo de tiempo determinado. En los sistemas de seguridad social o en los sistemas de seguros sociales de salud, con frecuencia se habla de 'contribuciones' para el seguro de salud; sin embargo, esto último normalmente no refleja el riesgo individual del contribuyente, ya que estos sistemas suelen desarrollar importantes esquemas de riesgos mancomunados.

Producción de atención de la salud en el hogar

Atención de la salud que se produce en el hogar sin compensación económica a cambio, e.g., cuando los integrantes de la familia atienden a uno de ellos enfermo. La porción no compensada de esta atención no se contabiliza en las cuentas nacionales de salud.

Producción de mercado¹²

Denominada también productos del mercado, que son los que se venden a precios que son económicamente significativos o que se colocan de alguna forma en el mercado, o bien, son aquellos que se pretende sean vendidos o colocados en el mercado. Se dice que los precios son económicamente significativos cuando ejercen una influencia significativa en los montos que los productores están dispuestos a suministrar, así como en los montos que los compradores desean comprar. (Ver también Producción no mercantil.)

Producción no mercantil¹²

Conocida también como productos no mercantiles. Éstos consisten en bienes y servicios individuales o colectivos producidos por instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH) o el gobierno, y suministrados de manera gratuita, o a precios que no son económicamente significativos, a otras unidades institucionales o a la comunidad en su conjunto. Se dice que un precio no es económicamente significativo cuando tiene muy poca o ninguna influencia en las cantidades que el productor está preparado para suministrar, y cuando se espera que tenga sólo una influencia marginal en las cantidades demandadas. Se trata por lo tanto de un precio que no es cuantitativamente significativo desde el punto de vista de la oferta o la demanda. Dichos precios pueden ser cargados a fin de lograr un cierto ingreso o alguna reducción en el exceso de la demanda que puede surgir cuando se proporcionan servicios gratuitos, si bien sin que se pretenda que estos precios sirvan para eliminar el exceso. Una vez que se ha tomado una decisión en el terreno administrativo, social o político sobre la cantidad que será suministrada de un producto o servicio no mercantil, su precio se fija de manera deliberada muy por abajo del precio de equilibrio del mercado. Por lo tanto, la diferencia entre un precio que no es económicamente significativo y un precio de cero es un asunto de grado. El precio meramente refrena aquellas unidades cuya demanda es la menos apremiante, sin que se reduzca de forma importante el nivel total de la demanda. (Ver también Producción de mercado.)

Producto farmacéutico¹³

Cualquier sustancia o combinación de sustancias que tienen un uso terapéutico, profiláctico o diagnóstico, o con las que se busca modificar las funciones fisiológicas, y que se presentan en forma de dosis adecuadas para su administración a humanos. En la Guía, producto farmacéutico recibe también las denominaciones de fármaco o medicamento.

Producto interno bruto (PIB)

Valor de todos los bienes y servicios que proporcionan en un país los residentes y no residentes, independientemente de su distribución entre las transacciones domésticas y externas.

Promedio ponderado

Forma de una media algebraica en la que cada cantidad recibe un peso o importancia en el valor final.

Proveedores

Entidades que reciben dinero a cambio de o como adelanto de la producción de actividades dentro del campo de acción de las cuentas de salud.

Prueba piloto

Encuesta de pequeña escala que es igual en todo a la encuesta principal, excepto en el tamaño de la muestra y el hecho de que se lleva a cabo con antelación a fin de probar la encuesta y anticipar problemas en la encuesta principal.

Quintiles

Valores que dividen una muestra de datos en cinco grupos que contienen cada uno (tanto como sea posible) el mismo número de observaciones.

Recursos

Los insumos básicos de la producción, a saber, el tiempo y las capacidades de los individuos, los recursos naturales tales como la tierra y el capital (instalaciones, equipo, etc.).

Recursos externos

Fondos o servicios en especie que proporcionan entidades que no son parte del país en cuestión. Estos recursos pueden provenir de organizaciones internacionales, arreglos bilaterales con otro país u organizaciones no gubernamentales extranjeras.

Reembolsos

Pagos (parciales o completos) de los fondos de seguridad social, los esquemas de seguros privados o los empleadores para cubrir los gastos aprobados efectuados por los hogares por concepto de bienes o servicios específicos.

Representatividad²

El valor medido de un indicador, con base en una muestra que ha sido adecuadamente seleccionada, debe ser cercano al que se obtendría si éste se midiera en toda la población. Esta calidad es un factor en la importancia del indicador, si se considera que la definición de la población observada representa propiamente la de la totalidad de la población.

Resto del mundo

Todas las unidades institucionales no residentes que emprenden transacciones con las unidades residentes, o que tienen vínculos económicos con éstas. Incluye los recursos externos.

Sector privado

Parte de la economía que atañe a las transacciones de los individuos, negocios e instituciones privados.

Seguridad social¹²

Los fondos de seguridad social, tal como los define el SNA93, constituyen clases especiales de unidades institucionales que pueden encontrarse en cualquier nivel de gobierno, ya sea central, estatal o local. Los esquemas de seguridad social son esquemas de seguros sociales que cubren a la comunidad en su conjunto o grandes secciones de ésta y que son impuestos y controlados por unidades gubernamentales. Por lo general implican contribuciones obligatorias por parte de los empleados, los empleadores o ambos, mientras

que los términos en que se pagan las prestaciones a los beneficiarios son determinados por las unidades gubernamentales. Los esquemas cubren una amplia variedad de programas, ofrecen prestaciones en efectivo o en especie en casos de edad avanzada, invalidez o muerte, sobrevivientes, enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, asignaciones familiares, atención de la salud, etc. Por lo general no existe un vínculo directo entre el monto de la contribución que paga un individuo y el riesgo al que dicho individuo está expuesto. Los esquemas de seguridad social deben distinguirse de los esquemas de pensiones u otros esquemas de seguros sociales que se determinan por acuerdo mutuo entre los empleadores individuales y sus empleados, y en los que las prestaciones se encuentran vinculadas a las contribuciones.

Seguro de salud³

Contrato entre el asegurado y el asegurador celebrado con el fin de que, en caso de que tengan lugar determinados acontecimientos (especificados en el contrato de seguro), el asegurador pague una compensación ya sea a la persona asegurada o al proveedor de servicios de salud. Existen dos formas fundamentales de seguro de salud. La primera es el seguro de salud privado, cuyas primas se basan en riesgos individuales o de grupo. La segunda es la seguridad social, en la que, en principio, los riesgos de la sociedad son mancomunados y las contribuciones de los individuos dependen por lo general de su capacidad de pago.

Seguro grupal

Denominado también seguro social. Seguro privado disponible para un grupo de suscriptores que se encuentran relacionados entre sí por alguna característica común, tal como su empleador o la asociación comercial a la que pertenecen. Los seguros grupales no se encuentran disponibles para individuos o familias no afiliados a los mismos. (Ver también Seguro privado.)

Seguro individual

Denominado también seguro médico voluntario, el seguro privado se encuentra disponible para el público en general (si bien algunos aspirantes pueden ser rechazados por motivos de salud). Se distingue del seguro grupal, en el que los aspirantes deben ser empleados de la empresa patrocinadora o integrantes de la organización patrocinadora. Las personas pueden suscribirse a una póliza de seguro privado si desean tener derecho a prestaciones adicionales por encima de las que ya se les proporcionan por la vía de un seguro social o del sistema nacional de servicios de salud. (Ver también Seguro privado.)

Seguro médico voluntario

Ver Seguro individual.

Seguro social

Usado por lo general para referirse a programas amplios fundamentados en la población que proporcionan protección en contra de eventos adversos tales como la enfermedad, la discapacidad o la pérdida de ingresos. En la contabilidad de la salud, seguro social es sinónimo de Seguro grupal.

Seguros privados

Esquemas de protección social que no están controladas por el gobierno en su carácter de autoridad pública. Los siguientes tipos de esquemas suelen ser privados: esquemas operados por instituciones sin fines de lucro (sociedades de beneficios mutuos, sociedades mutualistas de asistencia médica, instituciones administradas conjuntamente por sus propios socios, etc.); esquemas administrados por compañías de seguros comerciales; esquemas no autónomos operados por empleados que mantienen reservas por separado en sus hojas de balance para cubrir sus obligaciones, destinadas a pagar prestaciones en el futuro (reservas en libro). Se incluyen aquí los esquemas con financiamiento que el gobierno puede haber creado en su carácter de empleador; esquemas no autónomos operados por los empleadores sin mantener fondos por separado, incluyendo esquemas sin fondos de capitalización o prepago que el gobierno puede haber creado en su carácter de empleador. En las cuentas nacionales, los primeros tres tipos se conocen como esquemas privados financiados; los últimos se denominan esquemas de empleadores sin fondos de capitalización o prepago. Los últimos dos tipos integran en su conjunto la categoría de esquemas no autónomos de los empleadores.

Servicios auxiliares

Toda una variedad de servicios tales como pruebas de laboratorio, imagenología diagnóstica y transporte de pacientes, que se llevan a cabo predominantemente a cargo de personal técnico paramédico o médico, con o sin la supervisión directa de un médico.

Sesgo del marco muestral

Se refiere a una diferencia sistemática entre el marco de la muestra y la población de interés. Por ejemplo, si alguien está interesado en todos los embarazos y el marco de la muestra consiste en todos los embarazos atendidos, es posible que, en ciertas circunstancias, los resultados arrojen un sesgo sistemático hacia las mujeres urbanas considerando la menor probabilidad que tienen las mujeres rurales a tener embarazos atendidos.

Sesgo de memoria

Error que tiene lugar en las respuestas porque el encuestado recuerda los eventos de manera diferente cuando éstos ocurrieron en fecha más cercana al presente que cuando son más lejanos; e.g., cuando se pregunta a las personas sobre el número de consultas médicas en los meses pasados, éstas informarán seguramente de manera más precisa. Si se les pregunta lo mismo respecto del año anterior, es posible que, de manera sistemática, subestimen el número de consultas.

Sesgo de selección²

Error sistemático o sesgo que ocasiona que una muestra no sea representativa de la población de la que se obtuvo.

Significancia estadística

La diferencia entre dos cifras es estadísticamente significativa si es mayor de lo que podría esperarse a partir de los errores muestrales en torno a cada una de las cifras. De manera inversa, la diferencia entre las dos cifras puede explicarse en función del error muestral.

Sistema de cuentas nacionales (SCN)

El sistema de cuentas nacionales (SCN) es una estructura amplia en la contabilidad económica nacional, desarrollada conjuntamente por la Comisión de Comunidades Europeas, el Fondo Monetario Internacional, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Las reglas y la estructura del SCN se encuentran contenidos en un manual denominado Sistema de cuentas nacionales 1993, abreviado por lo general como SNA93 por sus siglas en inglés. El prólogo del SNA93 lo describe como “un conjunto integral, consistente y flexible de cuentas macroeconómicas cuya finalidad es satisfacer las necesidades de los analistas del gobierno y el sector privado, los formuladores de políticas y los tomadores de decisiones”. Ofrece las definiciones subyacentes a conceptos tales como producto interno bruto (PIB).

Sistema de salud¹¹

El sistema de salud incluye a todos los actores, las instituciones y los recursos que emprenden acciones de salud –considerando que una acción de salud es aquella en la que la intención primaria es el mejoramiento de la salud-. Si bien el objetivo definitorio de un sistema de salud es mejorar la salud de la población, otros objetivos intrínsecos son el desarrollo de una capacidad de respuesta sensible frente a la población atendida, determinada por la forma en que la gente es tratada y el entorno que se le ofrece, así como asegurar que la carga financiera del pago por la salud se distribuya de manera justa entre los hogares. Son cuatro las funciones clave que determinan la forma en que los insumos se transforman en resultados que las personas valoran, a saber, la generación de recursos, el financiamiento, la prestación de servicios y la rectoría.

Tasa de cambio¹

Precio de una divisa, expresado en términos de otra divisa.

Técnicas Delphi

Métodos para generar información mediante consultoría con expertos en el tema para obtener un panorama del proceso o sistema sujeto a examen. Formalmente, el método Delphi es un ejercicio de comunicación en grupo entre un panel de expertos que se encuentran geográficamente dispersos. La técnica permite a los expertos abordar de manera sistemática una tarea o un problema complejo. La esencia de la técnica es bastante directa. Incluye una serie de cuestionarios que se envían por correo o por medio de sistemas computarizados a un grupo de expertos pre-seleccionados. Estos cuestionarios están diseñados para producir y desarrollar respuestas individuales a los problemas planteados y para permitir a los expertos refinar sus puntos de vista a medida que el trabajo de grupo avanza en conformidad con la tarea asignada. El principal aspecto que cabe resaltar del método Delphi es que permite superar las ventajas de la acción del comité convencional. El carácter anónimo, la retroalimentación controlada y la respuesta estadística son los rasgos que caracterizan esta técnica. La interacción de grupo en Delphi es anónima, en el sentido de que no se identifica la persona que originó los comentarios, pronósticos y similares, sino que éstos se presentan al grupo de tal forma que se suprime cualquier identificación.

Terceros pagadores

Cualquier organización, pública o privada, que paga o asegura gastos de salud o médicos a favor de beneficiarios o destinatarios. Los individuos pagan una prima por tal cobertura en todos los programas privados y en algunos públicos; la organización pagadora cubre entonces las facturas a nombre de los individuos. Tales pagos se denominan pagos de terceras partes y se distinguen por la separación entre el individuo que recibe el servicio (la primera parte), el individuo o la institución que provee el servicio (la segunda parte) y la organización que se encarga de pagarlo (la tercera parte).

Tipo no especificado (tne)

Categoría usada para reflejar aquellas actividades o transacciones que caen dentro del campo de acción de las cuentas de salud (o de otros sistemas económicos), pero que no puede asignarse de manera definitiva a ninguna categoría específica porque no existe suficiente documentación para ello.

Transacción

De manera holgada, intercambio de cosas de valor entre partes. Por ejemplo, el dinero puede intercambiarse por bienes y servicios, o un conjunto de bienes y servicios puede trocarse por otro.

Transferencia

Transacción en la que una unidad institucional provee un producto, servicio o activo a otra unidad sin recibir de esta última ningún producto, servicio o activo a cambio.

Transferencias corrientes

Todas las transferencias que no son de capital, que afectan directamente el nivel de ingresos disponibles y que influyen en el consumo de bienes o servicios.

Transferencias de capital

Transacciones en efectivo o en especie, en las que la propiedad de un activo se transfiere de una unidad institucional a otra, en las que el efectivo se transfiere para permitir al destinatario la adquisición de otro activo, o en las que se transfieren los fondos logrados por la disposición de otro activo.

Transparencia

Apertura. Las actividades son transparentes si los actores, decisiones y las consecuencias de las actividades pueden ser fácilmente discernibles por otra persona fuera del proceso.

Triangulación

Proceso que consiste en verificar una cifra comparándola con estimaciones construidas a partir de otros datos u otras fuentes.

Unidad muestral²

Una unidad muestral es una de las unidades entre las que se divide un agregado para fines de muestreo, en donde cada unidad es vista como individual e indivisible cuando se hace la selección. Tales unidades pueden definirse a partir de alguna base natural, tal como una serie de áreas definidas por coordenadas en un mapa.

Validación

Proceso que consiste en evaluar un resultado mediante métodos diferentes de los que se usaron originalmente para obtener el resultado.

Validez¹⁵

Criterio de calidad que sirve para medir instrumentos; describe la capacidad de un instrumento para medir lo que debería medir con precisión.

Valor agregado – bruto

Valor de la producción menos el valor del consumo intermedio; se trata de una medida de la contribución que hace un productor individual, una industria o un sector al PIB.

Valor agregado – neto

Valor de la producción menos los valores del consumo intermedio y del consumo del capital fijo.

Valor bruto

Valor antes de deducir el consumo del capital fijo.

Referencias del glosario

1. Pass C, Lowes B, Davies L, et al. The Harper Collins Dictionary of Economics. 1991.
2. Eurostat Concepts and Definitions Database.
<http://forum.europa.eu.int/irc/dsis/coded/info/data/coded/en/all.htm>
3. Kinnon CM, Velasquez G, Flori YA. Health economics: a guide to selected WHO literature. Document WHO/TFHE/94.1.
4. Black J. A Dictionary of Economics. Oxford University Press. 1997.
5. The MIT Dictionary of Modern Economics. Fourth edition. ed. Pearce DW. 1994.
6. Annotated Glossary of Terms Used in the Economic Analysis of Agricultural Projects. The World Bank. 1994.
7. The Concise Oxford Dictionary. Seventh edition. ed. Sykes JB. 1982.
8. Health Promotion Glossary Document WHO/HPR/HEP/98.1.
9. Pang T, Sadana R, Hanney S, et al. Knowledge for better health - A conceptual framework and foundation for health research systems. WHO Bulletin 2003.
10. "Health for All" Series nº 1-8. Health for All Series nº 9. World Health Organization, Geneva, 1984, pp. 13-14.
11. Health Systems Performance. <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>
12. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). World Health Organization, Geneva, 1993.
13. Guidelines for good clinical practice (GCP) for trials on pharmaceutical products. World Health Organization, WHO Technical Report Series, nº 850, 1995, Annex 3.
14. International Labour Organisation. International Standard Classification of Occupations ISCO-88. 1990.
15. Kielhorn A, Graf von der Schulenburg JM. The health economics handbook. Adis International. 2000.

Las cuentas nacionales de salud son una herramienta poderosa y práctica para los formuladores de política interesados en evaluar y reestructurar el financiamiento de atención de la salud de su nación, y en desarrollar y valorar asimismo las intervenciones financieras para mejorar la salud de las personas. Esta *Guía* para producir cuentas nacionales de salud, con aplicaciones especiales para países de ingresos bajos y medios, ofrece una ayuda práctica para desarrollar esta información socioeconómica. Auspiciada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la presente *Guía* reúne la experiencia y destreza de profesionales experimentados en el campo para ayudar al lector a establecer las bases para una serie de cuentas. La *Guía* conduce al lector a través del proceso de adquisición y evaluación de datos y proporciona ejemplos, paso por paso, de cómo convertir números crudos en información de utilidad para el análisis y el desarrollo de políticas. Ya sean contadores de la salud que se inician en esta tarea y buscan una orientación o profesionales con experiencia que buscan un buen manual de referencia, los lectores encontrarán que esta *Guía* es un buen complemento de sus herramientas de trabajo.

ISBN 92 4 354607 4



3 769243 509071