

**Comisión Económica para América Latina y
el Caribe**
División de Estadística y Proyecciones
Económicas

**Las cuentas económicas de la salud en
América Latina^{1/}**

SCL.cl – UIO.ec,
Julio, 2007

^{1/} Este documento es el "*Informe de consultoría*", elaborado por Patricio León Camacho; el informe da cuenta del trabajo realizado (entre marzo y abril de 2007) para la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL. Las afirmaciones, juicios y conclusiones formulados en este estudio no coinciden, necesariamente, con los criterios institucionales de la CEPAL.

Índice

Las cuentas económicas de la salud en América Latina/	1
Índice.....	2
ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	4
Las cuentas económicas de la salud en América Latina.....	5
Introducción	5
I. Un intento de evaluación.....	8
Prescripción 1. El meta lenguaje y los metadatos	8
II. La aritmética de las cuentas: ¿cuántas son y dónde están?	10
Prescripción 2. La frontera de la producción	12
Prescripción 3. Las CES y los objetivos del milenio (ODM).....	13
III. La geometría de las cuentas de la salud	18
IV. El alcance de las CES	19
IV.1 La prevención: ¿cómo, para qué y por qué, hacer cuentas económicas de la salud?	19
Prescripción 4. Precisar la teoría que sustenta las CES.....	19
Prescripción 5. Las utilidades de las cuentas de la salud.....	20
IV. 2 Harvard	20
IV. 2.1 Las ópticas de análisis del método Harvard.....	23
IV.3 El Sistema de Cuentas de Salud (SCS)	24
IV.3.1 El vocabulario, un meta lenguaje a tener presente.....	24
V.3.2 Las principales características del Sistema de Cuentas de Salud.....	26
IV.4 El SCN y las cuentas satélites	27
IV.4.1 El SCN, las cuentas satélites de la Salud y la frontera de la producción.....	30
IV.5 En busca de una síntesis: los métodos de cuentas de salud (reseña del BID).....	31
IV.6 Comparabilidad y usuarios	35
Prescripción 6. Incentivar la publicación de metodologías	36
V. La arquitectura de las CES.....	36
VI. La caja de herramientas	47
VI.1 Las bases.....	50
VI.2 La utilidad del desorden... ..	50
VI.3 La literatura existente	52
VII. La visibilidad de las elaboraciones	53
Prescripción 7. Un análisis complementario	53
Prescripción 8. Multiportal.....	54
VIII. El apoyo internacional	54
IX. Conclusiones	55
Anexo I. Reuniones de los grupos de examen técnico*.....	¡Error! Marcador no definido.

Anexo II. Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe	57
Anexo III. Status of Health Account in Latin America	58
Anexo IV. Elaboraciones en el marco de "iniciativa para las Américas"	62
Anexo V. SCN: Introducción	¡Error! Marcador no definido.

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

ACEPTANDO ESTOS PRINCIPIOS, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado de conformidad con los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas...

Firmada en la ciudad de Nueva York, a los veintidós días del mes de julio de mil novecientos cuarenta y seis, en una sola copia en idiomas chino, español, francés, inglés y ruso, siendo cada texto igualmente auténtico.

Los textos originales se depositarán en los archivos de las Naciones Unidas. El Secretario General de las Naciones Unidas enviará copias debidamente certificadas a cada uno de los Gobiernos representados en la Conferencia.

<http://www.who.int/gb/bd/PDF/BDspanish/Constitution-sp.pdf>

Subrayados del autor

Las cuentas económicas de la salud en América Latina

Introducción

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL–y, específicamente, su División de Estadística y Proyecciones Económicas, DEYPE, preocupada por la coordinación, enlace y avance de los diferentes sistemas estadísticos de la región, entre otras acciones, encargó la elaboración de un estudio –concretado en el presente trabajo– que evalué la situación de las cuentas económicas de la salud² en América Latina³.

Tarea compleja, pues si bien su aparición es reciente –la primera sistematización se remontaría a 1960–, las "combinaciones" operadas dificultan identificar las vertientes teórico conceptuales y sus expresiones prácticas; labor complicada, además, porque los resultados de estas elaboraciones no siempre tienen la visibilidad deseada. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, la misión se alivianó pues la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras agencias internacionales, han trabajado tesoneramente en desarrollar estas cuentas y, precisamente, en procurar visibilidad para los documentos y publicaciones referidos a esta temática. Es claro que sin esa "actividad previa", sería costoso –y más complicado– levantar un inventario de los avances en el campo de las cuentas económicas de la salud.

Desde el inicio, se debe precisar que la preocupación por analizar esas estadísticas es absolutamente pertinente, esto por varias razones: la atención de la salud adolece de múltiples carencias en varios los países de la región; el monitoreo al financiamiento del sector es creciente: los países se preocupan por mejorar el conocimiento sobre la equidad en el financiamiento y gasto en salud, en base a estadísticas de Cuentas Económicas de la Salud. La rápida evolución tecnológica del sector exige información en "tiempo real". Y la mayor parte de países desean mejorar ese conocimiento pues, es claramente insuficiente conocer sólo la participación del gasto en salud en el PIB: es más, en los países desarrollados ese coeficiente estaría creciendo más rápidamente que el PIB total, desempeño que requiere explicaciones.

En consecuencia, tanto en las sociedades pobres como en las ricas, quizá con diferentes argumentos, se persigue reformar [o impulsar la reforma iniciada la década pasada] los sistemas de salud; se busca, en definitiva, supervisar un esquema que se dirija hacia la cobertura universal, que tenga equidad, calidad, oportunidad y protección financiera: en

²/Esta denominación se adopta en el presente trabajo, como "genérica", para incluir a las diferentes opciones metodológicas que se practican en la Región.

³ CAPÍTULO II – FUNCIONES. .. *Artículo 2.* Para alcanzar esta finalidad, las funciones de la Organización serán:...f) establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística". Cf. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, p. 2 (subrayado del autor) <http://www.who.int/gb/bd/PDF/BDspanish/Constitution-sp.pdf>

ese entorno, entonces, buscar mecanismos técnicos que orienten esas decisiones, es plausible y necesario^{4/}

Con esas premisas, el estudio se inicia tratando de definir las interrelaciones entre los diferentes enfoques existentes; se lo hace desde el punto de vista institucional -¿dónde se originan?-y se intenta un "sistema de ecuaciones" que, por mnemotecnia, permita grabar los múltiples acrónimos utilizados.

A continuación se introduce la "geometría" de las cuentas: se intenta explicar de qué modo puede variar la dimensión de la descripción, a medida que se integran agentes y transacciones. Con esta introducción, se intenta un relato sobre los ejercicios de elaboración emprendidos en la Región y de las variantes metodológicas utilizadas. Luego se describe, de forma somera, la *arquitectura de la cuentas de salud*: esto es la forma cómo se presentan los resultados. Habría sido interesante, estar en capacidad de analizar y comparar los resultados, según los distintos enfoques; el objetivo del estudio y las condiciones en las que se desarrolló este análisis, no lo permitieron.

En todo caso, en el documento se bosquejan los tres enfoques dominantes: el denominado "Harvard", el de la OCDE y el de las cuentas satélites. Se acude a algunos recuadros para desarrollar subtemas relacionados con los respectivos acápites.

Luego se revisa la "caja de herramientas" de los contables nacionales que se avocan a los cálculos; es decir, se describe sucintamente la metodología, los usos y alcances de las elaboraciones. Se presenta algunos de los manuales desarrollados. Se desprende que pese a los esfuerzos realizados para desarrollar este instrumento de medida, sus utilidades no se han difundido con la amplitud deseada.

Se pasa revista, asimismo, al rol desempeñado por las organizaciones multilaterales. Finalmente, se ensayan algunas conclusiones; por último, se reportan anexos que facilitan la comprensión del tema tratado. Por otra parte, se ha omitido explícitamente la discusión de las características del SCN93 y la descripción del propósito, estructura y utilización de las cuentas satélites, tomadas en sentido general; esto significa que no se analiza ni describe el capítulo XXI del SCN 1993, que se asume conocido o de fácil consulta.

En el avance del trabajo se establecieron conclusiones (denominadas "prescripciones", que se numeran de forma ascendente); éstas se recogen al final; seguramente, dado que ese no es el objetivo de este estudio, es posible que se hayan formulado "recetas" obvias. De otro lado, se ha utilizado cierto vocabulario "médico", con el propósito de animar la terminología de la contabilidad nacional –no necesariamente sugestiva- y, quizá, para no perder de vista el objetivo primero de las cuentas económicas de la salud.

Por último, se establece que cabría fortalecer las directrices sobre utilidades de la CES: estimularlas, haría surgir la necesidad de tender más puentes entre las opciones metodológicas existentes, tarea que se facilita pues sus resultados son complementarios: así, el valor agregado de la salud, se potenciaría al "tener a su lado" al gasto total en salud. En la misma línea de razonamiento, la construcción de un indicador sintético sobre recursos asignados a la salud, que al interior distinga el consumo y la acumulación, tendría diversas utilidades. Tal síntesis, de realizarse, implicaría un desarrollo paralelo de las nomenclaturas y clasificadores, pues, al parecer, pese al trabajo realizado, numerosos países deben todavía adoptarlos.

Como apreciación final, cabe señalar que el *estado del arte* de los diferentes enfoques de las Cuentas Económicas de la Salud, aparentemente, llegó a un punto que requiere que,

desde los países, su elaboración deje de ser "un proyecto", de una institución o de un grupo de consultores que adoptan una metodología que viene "empaquetada" al financiamiento. Y, desde las organizaciones multilaterales se requiere reforzar el trabajo sobre la armonización metodológica; colaborar en la búsqueda y diseño de "utilizaciones estandarizadas"; estimular, igualmente, la difusión de volúmenes de métodos, referidos a la elaboración y a las utilizaciones de cuentas económicas de la salud, sin descuidar la definición de normas técnicas de construcción y evaluación de las estadísticas básicas de la salud y de la economía de la salud.

No podrá descuidarse, tampoco, una interfaz clara entre estadísticas y políticas de salud, espacio privilegiado para ubicar indicadores que permitan el seguimiento de administraciones y sistemas de salud. Podría, incluso, pensarse en "indicadores intermedios" que posibiliten la medición y evaluación de determinadas prestaciones de salud.

El "método" o enfoque finalmente seleccionado, podría incorporar un (reducido) conjunto de indicadores sintéticos, cuyo diseño parta de las "mejores experiencias" de los enfoques existentes: la salud es muy importante como para que se privilegie otras razones, diferentes a su propio valor.

No se puede dejar de señalar que la estandarización, no debería descuidar que el propio funcionamiento y el peso específico de los actores institucionales, en cada sistema nacional requerirán, asimismo, especificaciones metodológicas ad hoc.

UIO.ec - SCL.cl

Agosto 2007

I. Un intento de evaluación

Para tratar de lograr el objetivo de este documento, además de analizar las experiencias que se han llevado adelante en Latinoamérica, en materia de *cuentas económicas de la salud* y de reseñar los enfoques existentes (para – eventualmente- coadyuvar a la comprensión de esta temática), parecía pertinente cuantificar sus diferencias.

En definitiva, se trataba de resumir las opciones metodológicas y las propuestas prácticas utilizadas para describir el sector de la salud, sistematizar e ilustrar sus diferencias y coincidencias y presentar un orden de magnitud respecto de sus diferencias relativas y absolutas. Para cumplir esa meta, se buscó una "noción de orden", en el sentido matemático de la expresión.

Prescripción 1. El meta lenguaje y los metadatos

Las CES se están desarrollando rápidamente. Para hacer un seguimiento es preciso que una institución con suficientes vínculos en el campo estadístico e influencia en el área de la generación de datos en todas las esferas y ópticas, pueda coordinar los trabajos: esto podría iniciarse impulsando y manteniendo un tesoro de definiciones y un documento que sintetice las metodologías. La coordinación de esa tarea, por parte de CEPAL, sería ampliamente beneficiosa para las CES y para los países que realicen –o inicien– las elaboraciones.

CEPAL, como institución "delegada", podría construir –o coordinar– una base de metadatos de las estadísticas y de las cuentas de la salud: con el fin de que los indicadores sintéticos, resultado de estos cálculos, tengan el mismo contenido: esto es oportuno, pues si se normaliza el lenguaje –en una disciplina "naciente"– será posible lograr *mejores* avances.

De hecho, disponer de base de esas características obligaría a repensar algunas definiciones y a ordenar, sistematizar y transparentar los "arbitrajes" que los contables nacionales realizan.

Por otro lado, hay experiencia sobre el tema: la "Base de Datos Para el Meta-análisis de las Cuentas de la Salud", podría inspirarse, por ejemplo, en las Normas Especiales para la Divulgación de Datos (NEDD) del FMI.

Se evaluaría, entonces, sistemáticamente a las CES, pues –a priori– parecía apropiado contrastar los resultados según las alternativas presentes, confrontando las cuentas satélites de la salud con los cálculos alternativos, entre los que las cuentas nacionales de la salud, son las mejor "implantadas"^{5/}. El Sistema de Cuentas Nacionales, el SCN 1993,

^{5/} En este trabajo, se asume que "*cuentas nacionales de la salud*", es sinónimo de *Método Harvard*. Es claro que esta opción puede tener algunos costos: sacrificar la cabal comprensión del tema, puede ser uno de ellos; sin embargo, la opción permite cierto rigor, al "fijar" las reglas.

sería el pivote de las comparaciones. La noción de orden, no significaba, en todo caso, preasignar a las CSS mayor valor cualitativo que a sus pares. En ese proceso de comparación, las CSS serían el "étalon" o el "numerario"

De todos modos, puesto que sólo pocos países han realizado elaboraciones para más de una metodología y de que no estaban disponibles cuentas económicas de la salud según dos enfoques para un mismo año, esta comparación no pudo efectuarse. Y aquello es de lamentar, pues el uso de un pivote persigue establecer objetiva y sistemáticamente, la sobre-valoración o sub-valoración que determinado método tiene con relación con otro. Si bien no fue posible aplicar un "numerario", de todos modos se encontró alguna comparación similar que, aparentemente, fue más frecuente en la década de los noventa y se habría realizado en el marco del proyecto *Partnerships for Health Reform*: así, se señala que "la experiencia de México en este sentido aporta algunas respuestas interesantes y algunas preguntas que estimulan su seguimiento. Las estimaciones de CNS de Funsalud sobre gasto privado, basados en una encuesta nacional de hogares, llevaron a un cálculo de gasto total de 4,8% del PIB comparado con el 3,2 % que se reportaba en el WDR-93. Usando las cuentas nacionales de ingreso el total hubiera sido tan alto como un 5,7% del PIB. En las estimaciones nacionales de ingreso se está reportando algún nivel de actividad económica como 'gasto privado en servicios de salud y preservación de la salud' el cual no está siendo captado en otras fuentes de datos. Esto requerirá una investigación posterior"⁶.

Una diferencia entre 4.8% del PIB (CNS-Harvard) y 5.7% de las "cuentas nacionales de ingreso" [se ha de entender "cuentas por finalidad" o "cuentas satélite" de la vertiente SCN] es importante; pero más allá de la cifra, lo interesante son las conclusiones de carácter metodológico que puedan extraerse.

Finalmente, reconocido el fracaso operativo de evaluación cuantitativa a realizar en este estudio, además de recolectar abundante bibliografía⁷, se solicitó –vía correo electrónico– a destacados economistas de la región vinculados con el tema, información respecto de su visión sobre las Cuentas Económicas de la Salud de su país. Lamentablemente, la tasa de respuesta sólo cubrió el 42.8% de los interrogados, en el que el 14.2%, fue "respuesta de protocolo" y el 28.6%, "respuesta técnica" que contribuyó al objetivo del estudio; otra valiosa fuente de información constituyó la Internet. En síntesis, la información aquí utilizada, fue obtenida directamente de los países –a través de la DEYPE, la mayor parte– o conseguida en la Internet, de modo que se dispuso de información oficial, difundida por lo países o por organizaciones multilaterales.

⁶/ Rannan-Eliya, Ravindra, Peter Berman, and Aparnaa Somanathan. December 1997. *Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches*. Special Initiative Report No. 4. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.; p.15 (World Development Report: Investing in Health" (WDR- 93).

⁷/ El autor agradece de manera especial a Patricia Marchant, CEPAL y a Rafael Urriola, FONASA.cl, cuyo apoyo fue decisivo en este trabajo. Igualmente, presenta sus agradecimientos (en orden alfabético por apellido) a: David Debrott, MS.cl; Hernán Frigolett, consultor; Benjamín Garay, Banco Central de Reserva.sv; Amparo Gordillo, OPS; Salvador Marconi, CEPAL; Marcelo Ortúzar, consultor; Carmen Reyes, consultora; Lisbeth Rivas, FMI; Horacio Santamaría, CEPAL; Rubén Suárez, OPS; Ángela Patricia Vega, DANE.co, quienes aportaron con ideas, referencias bibliográficas o sugerencias que fueron incorporadas a este trabajo.

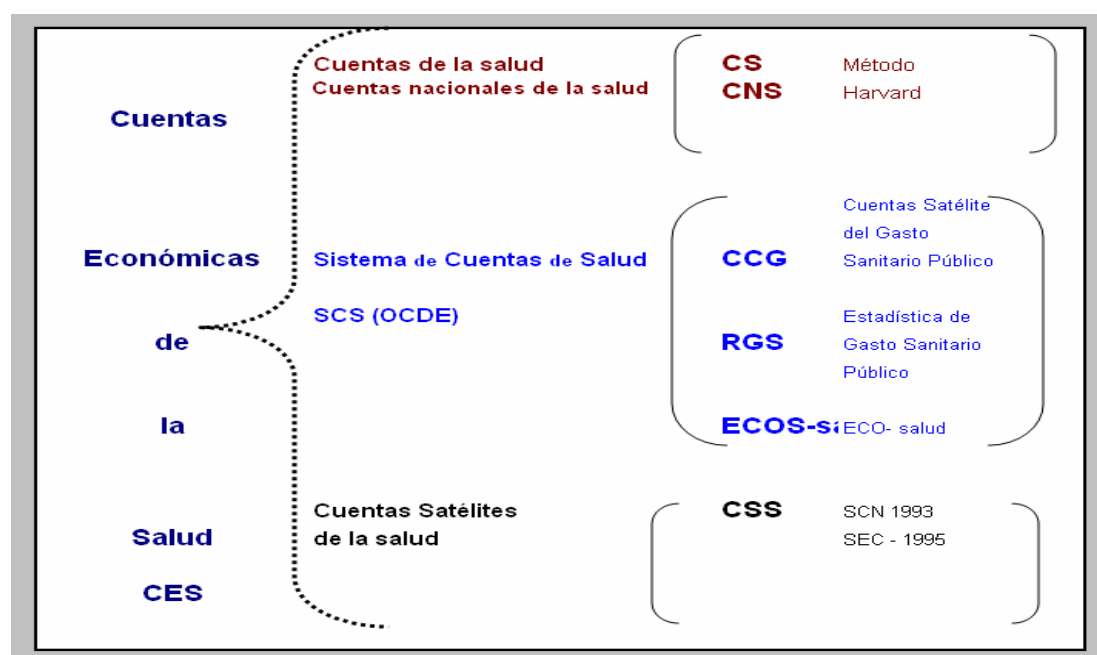
II. La aritmética de las cuentas: ¿cuántas son y dónde están?

Como se conoce, el desarrollo de las cuentas económicas de la salud es reciente. En pocos años, en la Región, se han realizado numerosos estudios sobre el tema, no todos con la misma metodología y no todos, dentro de una misma opción metodológica.

Recuadro 1. Cuentas Económicas de la Salud (CES)

El seguimiento económico (y estadístico) de las actividades de la salud tuvo, al inicio, "soluciones individuales"; luego, más de una institución internacional impulsó unilateralmente esas elaboraciones, lo que condujo a multiplicar los enfoques metodológicos o de presentación y limitó su comparabilidad, básica, en las estadísticas de síntesis.

Hasta que se opere "la reunificación" metodológica, en el presente trabajo se optó por usar una denominación genérica, incluyente y neutra: las "cuentas económicas de la salud", que abarcarían las diferentes elaboraciones alternativas. Contabilizando las principales, se establecen tres ópticas:



Por tanto, las Cuentas Económicas de la Salud, engloban las Cuentas Nacionales de la salud (Harvard); las Cuentas Satélites de la Salud (CSS- SCN93); y, al Sistema de Cuentas de la Salud de la OCDE. Por supuesto, no existe argumento para afirmar que una opción sea "mejor" que otra.

Nombrar al acápite "la aritmética" implicaba varias cosas: hacer un conteo y una enumeración de los enfoques metodológicos existentes; definir "igualdades" entre esas opciones y, también, entre los distintos acrónimos usados, pues éstos constituyen un

metalenguaje que precisa definirse^{8/} –y difundirse- prolijamente, para precisar el vocabulario que, como se sabe, no es neutro en el proceso de comprensión.

Por otra parte, al enumerar los enfoques analíticos del sector salud, aunque no se analizarán en detalle, cabe recordar las denominadas "**metodologías tradicionales**" utilizadas para evaluar su importancia de la salud en la economía. Tales métodos consistirían –en la modalidad más simple- en comparar los presupuestos de las entidades de salud con el PIB y establecer un **ratio indicativo**. O, utilizando un medio bastante más sofisticado, apreciar la importancia acordada por los gobiernos al sector salud –junto a otros sectores-, a través de la elaboración de "cuentas nacionales de las administraciones públicas por función"^{9/} las que, por otro lado, en una nueva versión, siguen integradas a las cuentas de salud (Harvard y OCDE), a través de la nomenclatura respectiva (COFOG)¹⁰.

Se recuerda que las "cuentas por función" no necesariamente, son anteriores a las CES; en realidad, dado que éstas eran (son) elaboradas en los servicios de contabilidad nacional fueron una primera –e ilustrativa- aproximación de los contables nacionales a la taxonomía funcional. Aunque se debe recordar también, que la noción de "cuenta satélite" se origina en la contabilidad nacional de Francia – desde los años sesenta-, figurando con "vida propia" en el *Système Elargie de Comptabilité Nationale* (SECN, INSEE, 1975); éstas elaboraciones eran denominadas "funcionales" y constituían, en cierto modo, un *zoom* de las transacciones del marco central a las que se añadían indicadores en unidades físicas; en ese sentido, las "cuentas satélites funcionales" son anteriores a las actuales CES. Para esa época ya hubo, en los años sesenta, intentos de universidades estadounidenses por realizar un seguimiento del sector (aquí se las denomina, también, "Harvard").


La *técnica* del "*ratio presupuestario*" cumplió su rol de pionero: la amplia –y poco explicada- dispersión entre países "similares" en lo que se refiere a la participación de la salud en el PIB, habría sido una de las razones para acelerar el desarrollo de procedimientos más elaborados de seguimiento del sector salud; esta aproximación sirvió, además, para "dispersar" los métodos, cuando las diferencias del "ratio presupuestario" eran explicadas vía nivel de ingresos de los países; existencia de sistemas de protección social "más específicos", distinta distribución del ingreso y la riqueza...

Por supuesto, a más de "sofisticar" las elaboraciones, fue preciso razonar de forma más sistemática respecto de la frontera del sector salud, aspecto cuya clarificación aun no es evidente, en especial en una variable fundamental como la producción (sin dejar de lado el consumo de los hogares: sector institucional clave en todos los actos relacionados con la salud).

^{8/} Se ha realizado un esfuerzo por resolver esa *criptografía*; en todo caso, éste es explícito en el acápite IV.3.1

^{9/} Se utilizaba una nomenclatura anterior a la COFOG (Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas), en un contexto en que no existía la variable "gastos en servicios individuales" –y, *a fortiori*, tampoco el "consumo final efectivo"-, por tanto, toda la producción de las APU se destinaba al consumo final de ese sector; en ese contexto, la elaboración de las "cuentas de las APU, por función", tenía un alto valor descriptivo.

¹⁰ La clasificación de las funciones del gobierno (Classification of the functions of government, COFOG, por sus siglas en inglés) que se presenta en el capítulo XVIII del SCN y podría constituir un importante medio de estandarización.

		2010	Cuentas Satelites de la Salud	
Cuentas Económicas de la Salud el periodo formativo:				
▲	2000	OCDE	Manual de Cuentas de Salud / Cuentas Nacionales de la Salud	
▲	1993	SCN 1993	capitulo XXI: cuentas satélites	
▲	1976 -1985	Cuentas del Gasto en Salud EE UU		
▲	1975	SECN	Cuentas Satélites de la Salud.fr Manual Ampliado Ctas Nacionales (Francia)	
▲	1970	SCN Rev 3	Clasificación Actividades de las APU Coeficiente presupuestario de salud	
▲	1960	Administración de Salud EE UU		

Prescripción 2. La frontera de la producción

Precisar, tanto en estudios nacionales como internacionales, la permitirá mejorar la comparabilidad internacional y un mayor rigor metodológico.

Reconociendo la trascendencia –incluso desde la óptica del financiamiento- de los beneficiarios de los sistemas de salud, la definición de la frontera de la producción podría ser simultánea y coordinada con una definición "acotada" de la frontera del consumo en el marco de las CES.

De su lado, la elaboración de las *cuentas nacionales de las administraciones públicas (gobierno), por función* -y de todos los desarrollos creados con el objetivo de analizar la satisfacción de necesidades- era (es) absolutamente procedente y plausible, pues, *desde siempre*, entre los primeros requerimientos de la población, han destacado la salud, la educación y la vivienda, rubros que –por lo general- han sido parcialmente asumidos por la colectividad, a través del Estado. Las sociedades –al menos aquellas que buscan la equidad- han demandado medir el nivel de satisfacción de esas necesidades y establecer los estratos de población carentes.

Prescripción 3. Las CES y los objetivos del milenio (ODM)

Cabría analizar la conveniencia de integrar los objetivos de desarrollo del milenio en las cuentas económicas de la salud y precisar cómo, en ese esquema descriptivo y analítico, monitorear las políticas para el logro de esos objetivos. Ambos aspectos preocupan a políticos y sociedades y deberían conciliarse, para mejorar su exactitud y optimizar recursos.

Por esta razón, entonces, la elaboración -y utilización- de los primeros indicadores de origen presupuestario o de las "cuentas nacionales por función"¹¹, habría acelerado el "acercamiento" entre la visión macro y "las actividades del día a día de un sistema económico" (que luego serán "meso actividades") y -de manera casi refleja- estimulado en los responsables de la economía descriptiva, el afán por delinear de la mejor manera posible los instrumentos estadísticos concebidos para este fin.

Con esos antecedentes surgirían las "cuentas económicas de la salud" o las "cuentas de la salud" y las "cuentas satélites"¹². Las actuales CES, por su vertiente teórica y por su origen institucional pueden definirse así:

Cuentas económicas de la salud
I. Cuentas de origen "administrativo"

I.1 Soporte institucional nacional
Organismos de salud pública; ministerios de salud[1]

I.2 Base técnica
Ingresos, gastos, transferencias. Óptica del financiamiento, entendido como caja.
Respuesta a ¿cuánto gasta un país en salud?

I.3 Base estadística
Estados financieros, estadísticas sanitarias, encuestas de hogares, cuentas nacionales;
Liquidaciones o ejecuciones presupuestarias

I.4 Indicadores resultado
Gasto Nacional en Salud; Financiamiento de la Salud
Se precisa que, además, los *indicadores- resultado*, por lo general privilegian las fuentes de financiamiento: aportes fiscales (aporte con impuestos), los aportes con cotizaciones y los gastos de bolsillo. Estos últimos, a su vez generan múltiples estudios; esto por varias razones, además de su "relación directa" con segmentos poblacionales pobres o relacionados con efectos catastróficos sobre las personas

I.4.1 Indicador "estrella"
Gasto Nacional en Salud

I.5 Utilizaciones
No precisadas explícitamente

I.6 Organismos internacionales patrocinadores
OPS, Banco Mundial, BID, USAID

I.7 Planes de elaboración internacional
Agenda Compartida (Banco Mundial, BID, OPS, USAID)

I.8 Indicadores o sistemas derivados
-Cuentas del Gasto Nacional en Salud (EE. UU.)
- Cuentas Nacionales de Salud (CNS)
- Harvard/PHR (I): Cuentas Nacionales de Salud

^{11/} Como se anotó, al resultado de estas elaboraciones se las conoce, por lo general, como estadísticas de "gasto social"

^{12/} Y, cabe precisar: "satélites" pues están "en torno" al marco central; además, no están precisamente *dentro*, pues pueden diseñar la órbita de su trayectoria.

II. Cuentas Satélites de la Salud (CSS)

II.1 Soporte institucional nacional

Bancos centrales, institutos de estadística, otros organismos productores de estadística básica y de síntesis, organismos de salud **

II.2 Base técnica

SCN 1993 y extensiones

II.3 Base estadística

Estados financieros, estadísticas de producción y utilización intermedia y final, estadísticas institucionales; y, en

general, toda información valorada, de stock o de flujo. Estadísticas en unidades físicas

II.4 Indicadores resultado

Valor agregado sectorial, consumo final, consumo intermedio, transferencias. En general, secuencia de cuentas corrientes y de acumulación.

II.4.1 Indicador "estrella"

Valor agregado de las actividades características de la salud

II.5 Utilizaciones

No precisadas

Útiles para la comparación internacional (luego de adaptaciones)

II.6 Organismos internacionales patrocinadores

UN, OPS

I.7 Planes de elaboración internacional

No se conoce

I.8 Indicadores derivados

Agregados por actividad característica y conexas; SAM, TOU – Cuentas institucionales; TOU

**/ Se pone como referencia a los ministerios de salud, sin embargo, no se debe olvidar la segmentación que existe de los sistemas de salud de la Región: "La segmentación, por su parte, es la existencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, elegibilidad y prestaciones, generalmente "especializados" en diversos segmentos de la población, a menudo determinados por el nivel de ingresos, la situación laboral o la posición social. Habitualmente, se destacan: un subsistema público orientado a los pobres e indigentes; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y, un subsector privado que, a su vez, se divide en dos: uno con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población y otro, sin fines de lucro (ONG's), organizaciones de beneficencia), orientado a satisfacer las necesidades de los pobres que el sistema público no consigue satisfacer". (Párrafo sugerido por Rafael Urriola

Sistematizando esa caracterización:

	Comparación entre enfoques "administrativos" y el de cuentas satélites	
	Enfoque	
I. Cuentas de origen "administrativo"		II. Cuentas Nacionales
	1. Soporte institucional nacional	
Organismos de salud pública; ministerios de salud; institutos de estadística		Bancos centrales, institutos de estadística, otros organismos productores de estadística básica y de síntesis, organismos de salud
	2. Base técnica	
Ingresos, gastos, transferencias		SCN 1993
	3. Base estadística	
Estados financieros, estadísticas sanitarias		Estados financieros, estadísticas de producción y utilización intermedia y final, estadísticas institucionales; y, en general, toda información valorada, de stock o de flujo.
	4. Indicadores resultado	
Gasto Nacional en Salud; Financiamiento de la Salud		Valor agregado sectorial, consumo final, consumo intermedio, transferencias
	4.1 Indicador "estrella"	
Gasto Nacional en Salud		Valor agregado sectorial o "PIB en salud"
	5 Utilizaciones	
No precisadas explícitamente		No precisadas explícitamente, con algunos requisitos previos, útiles en comparaciones internacionales.
	6. Organismos internacionales patrocinadores	
OPS, Banco Mundial, BID, USAID, OCDE		UN, OPS
	7. Planes de elaboración internacional	
Agenda Compartida (Banco Mundial, BID, OPS, USAID)		No se conoce
	8. Indicadores o sistemas derivados	
- Cuentas del Gasto Nacional en Salud (EE. UU.)		Agregados por actividad características y conexas
- Cuentas Nacionales de Salud (CNS), Ctas Satélites de la Salud		SAM, TOU – Cuentas institucionales: TOU: SAM
- Harvard/PHR (I): Cuentas Nacionales de Salud		

Confrontando estos *documentos de identidad*, se detectan diferencias, en especial en los *indicadores resultado* y -arriesgando una hipótesis- se establece que en ambas vertientes, habría carencia de directrices para su utilización sistemática¹³.

Cuentas Económicas de la Salud: "mapa metodológico"				
	Metodología	Elaboraciones por país*	Ejecutan	Auspician
1	SCN 93	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Canadá, Costa Rica; Cuba; Ecuador, Perú	Oficinas de Estadística Bancos centrales	OPS
2	Cuentas Administrativas (cuentas del Gasto nacional en Salud 1960s)	Estados Unidos	Min Salud, Medicare, Medicaid	Congreso
3	Harvard/CNS o	Bolivia; Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Ecuador; El Salvador;	MinSal; equipos tec. No vinculados al gobierno;	USAID (PHRplus), Banco Mundial, OMS, OPS,
	Modelo Harvard – Cuentas Nacionales de Salud (1990s)	Guatemala; Honduras; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; Rep. Dominicana; Uruguay; Venezuela	universidades, ONG's, oficinas de estadística	
4	OCDE / SCS Sistema de Cuentas de Salud OCDE 2000	Argentina; Bolivia; Colombia, Costa Rica; México Países OCDE	MinSal, oficinas de estadística, agencias de planificación	BID, OPS

* Significa que un país elabora o elaboró CES con ese método

¹³/En un taller reciente-marzo 2007-, en Quito.ec, Marcelo Ortúzar presentó un "módulo de utilidades" de las cuentas de la salud. El módulo, en proceso de elaboración, discrimina diversos elementos de una cuenta satélite de la salud e integra, por ejemplo, estadísticas de distribución del ingreso, como eventual causa de insalubridad. Aplicación sugestiva que podría marcar un camino para el desarrollo sistemático de "utilidades estandarizadas".

Esa, la *filiación* de los dos principales "bloques" de elaboraciones y sus aplicaciones por país.

De su lado, los módulos o "bloques" de métodos también se subdividen y pueden, por ejemplo, representarse en el siguiente "sistema de ecuaciones", igualdades que, a su vez, representarían "unidades metodológicas".

Ecuación	Denominación	Sigla	Desarrollado	Sigla inglés
(1)	Cuentas Nacionales de Salud	= CNS -->	Harvard	HA
(1a)	Cuentas de Salud	= CS -->	Harvard	NHA
(2)	Sistema de Cuentas de Salud	=SCS -->	OCDE	SHA
(2a)	Cuentas del Gasto Nacional en Salud	=CGNS -->	OCDE	NHEA
(2b)	Cuenta Satélite de la Salud	= CSS? OCDE		SHA
(5)	Cuentas Satélite del Sector Salud	=CSS -->	UN	SNA-SA

Estas equivalencias serán ampliadas más adelante.

Sintetizando, el método seleccionado en América Latina para las elaboraciones de CES, ha sido fuertemente influenciado por el financiamiento, lo que a la vez, condiciona la comparabilidad de los resultados; si bien las elaboraciones se inician a finales de los años setenta, difícilmente se puede hablar –treinta años después- de que éstas se han consolidado en la región.

En los ambientes técnicos orientados a las elaboraciones, habría, sin embargo, una tendencia a privilegiar el método de las "cuentas satélites de la salud" (CSS), derivado del Sistema de Cuentas Nacionales de Naciones Unidas (conocido como SCN 1993). Las CSS son las más nuevas, metodológicamente hablando, antes, la metodología –y el financiamiento- estuvieron centradas en las Reformas del sector salud; USAID – BM – BID; método Harvard; Proyecto *Partners for Health Reformplus (PHRplus)*. Preocupa, sin embargo, que en determinados casos, por *asociación* se concluya que, como el marco central del SCN ("las cuentas nacionales tradicionales") tiene mucha inercia y recorrido, éstos se trasladan a las cuentas satélites, conclusión que, por decir lo menos, es simple.

III. La geometría de las cuentas de la salud

Los instrumentos de economía descriptiva deben ser un equilibrado *mix* de tres componentes, <teórico -conceptual> – <metodológico –contable> [y, por supuesto], <estadístico>; los que, al vincularse, describen relaciones lineales entre conceptos y cifras, conformando "la aritmética de los indicadores" (en este caso, de las cuentas económicas de la salud).

En un primer nivel, las alternativas de descripción (en este caso de la economía de la salud) convergen –o se diferencian- hacia relaciones lineales de equilibrio, del tipo "*conceptualización – registro del dato estadístico*"; proceso que es definido *a priori* y, en ocasiones, implícitamente. Las dimensiones de la descripción se establecen en un proceso dirigido, que implica "*relación – comparación - correlación*" entre conceptos, datos y variables: mientras más intenso es el cruce de variables, más <dimensiones> se incorporan; la estadística tiene así, "geometría variable", a través de la aplicación de nomenclaturas y clasificadores.

La descripción, por otro lado, es reductora –y puede ser errónea- si no se diseñan nomenclaturas que permitan vincular atributos y variables, sin omisión ni duplicación y con pertinencia conceptual. En consecuencia, las nomenclaturas determinan la escala e introducen dimensiones al análisis.

En las elaboraciones –y utilidades- de las CES, se debe conocer, suficientemente, el contenido y las interrelaciones entre:

- Clasificaciones del marco central del SCN
- Clasificaciones funcionales;
- Unidades institucionales;
- Bienes y servicios característicos de las actividades de salud;
- Agentes proveedores de los servicios de salud y agentes financieros;
- Agentes proveedores / agentes financieros;
- Nomenclatura de transacciones económicas inherentes a la contabilidad nacional;
- Nomenclatura de transacciones corrientes (para agentes CN, proveedores y financieros);
- Clasificadores de actividades – productos – CCP;

En términos generales, se trata de homologar registros entre las distintas clasificaciones del gasto y el financiamiento con las dimensiones de la contabilidad nacional.

La óptica de la OCDE es atractiva: como se analizará, la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud incorpora dimensiones adicionales; establece "*cuatro dimensiones: fuentes de financiamiento (de dónde proviene el dinero), agentes financiadores (quién concentra el dinero y tiene capacidad para determinar en qué se utiliza), proveedores de servicios (dónde se brinda el servicio) y funciones del sistema de salud (rectoría, prestación de servicios a la comunidad, prestación de servicios a la persona y generación de recursos*"¹⁴; pero, a más de las clasificaciones económicas de tipo funcional, se precisa utilizar clasificaciones elaboradas desde la óptica del sector salud, que deben ser conocidas, analizadas e integradas.

¹⁴/ Merino Juárez MF, Alarcón Gómez M, Lozano Ascencio R.; Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, D.F.; Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. 2004; Obviamente, este es sólo una ilustración de cómo clasificar al sector. <http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/ManualdeSICUENTAS.pdf>.

Funciones involucradas en la protección de salud

Función	Componentes de la función	Institución que la realiza
Financiamiento	-Identificación de fuentes - Colección de recursos	Ministerio de Hacienda, Hogares, empleadores.
Aseguramiento (pooling)	-Conjunto de prestaciones garantizados -Asignación de recursos (pooling) -Compra	Seguro Social, Seguro Público, asegurador privado, Seguro Comunitario, otro.
Provisión	-Atención de salud -Insumos necesarios	Proveedor de servicios de salud (público, privado con o sin fines de lucro, comunitario, de medicina tradicional)
Rectoría	- Conducción. - Regulación - Armonización de la Provisión de Servicios. -Vigilancia del Aseguramiento. -Modulación del financiamiento. -Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública.	Ministerio de Salud, Superintendencia, otro

OPS/OMS Guía metodológica para la caracterización de LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. OPS/OMS Washington. 2006

IV. El alcance de las CES

Las **cuentas de la salud** con enfoque "**administrativo**" tienen su origen, precisamente, en registros de ese nombre y, por definición, pueden tener diverso alcance. Aunque, en la generalidad de casos, su enfoque se dirige a establecer el gasto (término con diferente alcance metodológico que el del SCN) y su financiamiento.

IV.1 La prevención: ¿cómo, para qué y por qué, hacer cuentas económicas de la salud?

Del análisis de la literatura sobre las CES se desprende que en la mayoría de documentos, metodológicos o analíticos^{15/}, está muy clara una preocupación respecto a ¿cómo elaborar las CES?

Prescripción 4. Precisar la teoría que sustenta las CES

No se encuentra menciones explícitas a la teoría macroeconómica –o, en rigor, mesoeconómica- que sustenta este instrumento descriptivo. Su adopción –desde la macroeconomía y la economía de la salud- favorecería el avance de las CES. Es, por ende, preciso adoptar la teoría que sustenta las CES.

Se advierte una primera "tendencia dura": avanzar en las elaboraciones de las cuentas económicas de la salud: calcular las CES, en cualquier enfoque (CS-CNS, SCS o CSS) que,

^{15/} En realidad, mixtos, pues no se encuentran publicaciones –estrictamente- teóricas o metodológicas.

más bien, estaría orientado desde el financiamiento: como se reiterado, en la década de los noventa, la mayor parte de las aplicaciones fue del tipo CS-CNS: *Cuentas de la Salud - Cuentas Nacionales de la Salud, o Método Harvard*, que, a la sazón, serán sinónimos.

En el contexto anotado, clasificaciones, transacciones económicas, definiciones y conceptos, se evidencia más la carencia de una definición explícita de la frontera de la salud: ¿Qué se define como salud: sólo la medicina alopática o convencional, o también la medicina complementaria y la alternativa? Algunos países resolverían el problema integrando la medicina tradicional vía la interconexión "encuestas de hogares consumo de los hogares"; cabe recordar que ese un arbitrio estadístico, que se opera sin que a nivel conceptual exista una definición precisa del "objeto de la descripción".

Por otro lado, en ninguno de los tres enfoques, se menciona las interrelaciones con la estadística; existe la inquietud, por ejemplo, sobre qué arbitrios se deben tomar para definir controles de sobre-valoración de los datos de oferta de servicios de salud, por ejemplo, qué ocurriría cuando los productores (o los informantes) son mayoritariamente agentes públicos; fenómeno que también acontecería cuando hay agentes que financian -vía terceros- el servicio. Más allá de que esto ocurra específicamente, es notoria la ausencia de un vínculo entre estadística y métodos. Esto sucedería por la ausencia de *handbooks* (ver V.3).

Prescripción 5. Las utilidades de las cuentas de la salud

En pocos casos se va más allá de enunciar que estas cuentas se calculan para "la definición de políticas"; cuando se lo hace, por lo común se trata de enunciados que no precisan la modalidad para llevar a la práctica esos instrumentos descriptivos ¿Para qué las CES?: quedaría aun por precisarse. Es preciso clarificar e enriquecer las utilidades de las CES.

IV. 2 Harvard

Este método, pionero, surge en los Estados Unidos; su visibilidad es notoria en los años noventa, con ocasión de programas de reforma del sector salud, desplegados a nivel internacional¹⁶. Se afirma -a nivel anecdótico- que sus resultados se denominan "cuentas nacionales de la salud", debido a que, desde el Congreso estadounidense, se habría solicitado -a la prestigiosa universidad- elaborar las "cuentas nacionales (de todo el país) de la salud" (por oposición a cálculos estatales que también existen): en consecuencia, serían un lapsus por "cuentas federales de la salud"...

Su aplicación es muy difundida internacionalmente. Como se ha anotado, el método se consolida en América Latina a finales de los años noventa, con oportunidad de la reforma del sector salud en varios países, bajo la premisa -cierta- de que la debilidad de los sistemas sanitarios afecta más a los segmentos más pobres; se trataba, entonces, para guiar la reforma, de seguir las "**5 máximas**" fijadas por los organismos auspiciantes del programa: **equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social** de los sistemas de salud.

Al comparar los enfoques, se conoce que los países de la OCDE han alcanzado importantes logros en la estandarización de las definiciones, tarea que (tratándose de treinta países

^{16/} En realidad, a nivel académico y con aplicación empírica en algunos países, se encuentran diversas iniciativas de universidades estadounidenses sobre "Health Accounts" o "National Health Accounts"; por extensión, al método se lo denomina Harvard. El método persigue determinar los agentes beneficiarios, los prestadores de servicios y los financiadores, su presentación es del tipo "flujo de fondos".

miembros), implicó un pormenorizado estudio de las características y diferenciaciones de sus sistemas de salud, a fin de explicar diferencias de nivel en el "gasto sanitario" o en su financiamiento. De su lado, el "Método Harvard" se caracterizaría por el amplio desglose de las categorías analizadas.

Recuadro 2 ¿Qué son las CNS?*

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

- 1) *Proporciona una descripción clara del funcionamiento financiero del sistema de salud;*
- 2) *Identifica a sus agentes principales (fuentes, intermediarios de financiamiento, y proveedores);*
- 3) *Señala flujos financieros, de dónde provienen y a dónde van los fondos, y cómo transitan;*
- 4) *Desglosa el gasto en salud en renglones totales y componentes principales;* 5) *Detecta el comportamiento de los proveedores y consumidores; y,*
- 6) *Muestra la asignación de recursos. Cuando se conducen con regularidad, las CNS pueden ser usadas en un país para medir los cambios resultantes de la política de reforma en el financiamiento del sector salud.*

Marco analítico. *Los gastos en salud pueden ser analizados a través de un marco de flujos financieros y de matrices"*

* *Magnoli, Alejandro; CUENTAS NACIONALES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Concepto, resultados y política de empleo; Universidad de Harvard; BID/ INDES; Programa Conjunto INDES/EU, p. 7-8*

En efecto, en los Estados Unidos (con el apoyo de la *Harvard School of Public Health*) se concibió un minucioso esquema de seguimiento del sector, denominado *Cuentas Nacionales de la Salud*; su fortaleza sería su carácter exhaustivo y su integración en el marco de una matriz de "fuentes y usos" de fondos.

Posteriormente se "repotenció" el método, pues se sostenía que en los países subdesarrollados, el análisis de los gastos en salud era menos sistemático; se propuso una matriz de fuente y uso de fondos "más pluralista", visto que en esas economías el financiamiento del sector no se origina únicamente en los sectores público o privado de la economía; por tanto, de "forma plural", se incorporó otros agentes. Se afirma también, que se han integrado categorías de gasto relevantes para las economías subdesarrolladas y que sus experiencias -países de ingreso medio y bajo- serían alentadoras, pues, primero se habría establecido que el método es aplicable y, sobre todo, permitió, en el práctica, el cálculo de las *Cuentas Nacionales de la Salud*, que proveen a los responsables de la política del sector un "panorama holístico" de la salud y una estructura consistente para modelizar y hacer el seguimiento de cambios en el financiamiento.

Además, se afirma -con sutileza-, que un "valor agregado" del enfoque es el "amigable software" que lo acompaña y que sirve para entrenamiento y monitoreo de las políticas aplicadas; además, se dice, se ha ampliado la colaboración horizontal entre países que se encuentran en fase de aplicación:

"El Proyecto Data for Decision Making... un programa de software basado en Windows... El programa es no sólo una herramienta didáctica sino una herramienta de organización y manejo de datos. Su aspecto didáctico ayuda a los analistas a conceptualizar y a diagramar el flujo de fondos. Hace más fácil para el usuario [la enumeración] de fuentes, agentes financieristas, y usos y la identificación de flujos específicos entre ellos. Presenta los resultados gráficamente y éstos pueden ser fácilmente modificados en caso de que haya habido errores.

Una vez realizada esta tarea conceptual, el programa crea las matrices apropiadas en formato de hojas de cálculo e identifica las celdas que deben ser llenadas. Para cada celda el programa ayuda a organizar las estimaciones en dinero o en términos de porcentaje. También lleva la cuenta de las referencias para cada estimación y el grado de confianza en la estimación. El programa imprimirá un "cuestionario" que enumera las estimaciones faltantes o de pobre calidad que le son necesarios para completar las CNS. También se puede adaptar a una variedad de diferentes definiciones de usos"^{17/}.

Con ese apoyo y con esas herramientas, varios países de la Región prepararon "cuentas nacionales de la salud", según el método "Harvard" que –al menos hasta mediados los años dos mil- sería la tendencia dominante^{18/}. El método puede definirse como una descripción de flujos mediante la elaboración de matrices de flujo de fondos –fuente y uso-, incorporadas a este método. La elaboración de las *Cuentas Nacionales de la Salud*, exige la construcción de – al menos- tres matrices de "fuente y uso": una que describa los flujos de financiamiento y trace los vínculos financieros entre los [últimos] agentes que proveen los fondos y los agentes beneficiarios; otra, de carácter institucional, entre los proveedores de fondos y los [últimos] prestadores de los servicios de salud o de las actividades sanitarias: prevención, gestión y tratamiento. Adicionalmente, se anexa una cuenta que describe las fuentes y usos de los fondos de cuidado de la salud, de acuerdo a una nomenclatura desglosada.

De otro lado, en varios países, se ha hecho aplicaciones específicas de este método en la elaboración de cuentas del VIH / SIDA o de género...

En los años noventa, en el marco de la *"Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe"*, la solicitud de apoyo para el desarrollo de las *Cuentas Nacionales de la Salud*, frecuentemente se originó en los ministerios de salud; la contraparte fue –básicamente- la OPS junto a otras organizaciones participes en el proyecto. Además, Naciones Unidas y otras agencias multilaterales o de ayuda internacional, dieron soporte - en ocasiones financiero de asistencia técnica.

Hasta 2003, al menos 19 países habían elaborado esa clase cuentas; dieciocho habrían seguido la opción *cuentas nacionales de salud*, o método Harvard; cuatro habrían elaborado según las directrices de la OCDE y diez harían elaboraciones completas (o próximas) al enfoque "cuentas satélites" del SCN^{19/}.

^{17/}Peter Berman; *Cuentas Nacionales en Países en Desarrollo: Métodos Adecuados y Aplicaciones Recientes*; Department of Population and International Health; Harvard School of Public Health; Harvard University ; 23 octubre 1996

^{18/} La metodología Harvard también se difundió en el sudeste de África, mientras que buena parte de países asiáticos optó por el *Sistema de Cuentas de la Salud* (SCS –SHA; OCDE) (ver anexo 3).

^{19/} Cf. *Share Agenda for Health in the Americas*; *Inter-American Development Bank (IDB)*; *Pan American Health Organization (PAHO)*; *U.S. Agency for International Development (USAID)* *World Bank (WB)*; Working Group on Health Accounts (HA)/National Health Accounts; (NHA) *Coordinated Action Plan for Development of Health Accounts (HA) in Latin America and the Caribbean (LAC): 2002-2004*; p. 1 (información a junio 2003)

CES: Metodología adoptadas por los países de la Región				
	Harvard	OCDE	SCN 1993/CSS	Métodos
Argentina		X	X	2
Bolivia	X	x	x	3
Brasil	X		X	2
Chile	X		X	2
Colombia	X	X	X	3
Costa Rica	X	X	X	3
Cuba	x		x	2
Ecuador	X		X	2
El Salvador	X			1
Guatemala	x			1
Honduras	X			1
México	X	X	X	3
Nicaragua	X			1
Panamá	X			1
Paraguay	X			1
Perú	X		X	2
Rep. Dominicana	X			1
Uruguay	X			1
Venezuela	X			1
19	18	5	10	33
<i>Development Bank</i>				
<i>Ver: Share Agenda for (IDB); Pan American</i>				
<i>Health in the Americas; Health Organization U.S. Agency for Development</i>				
<i>cf.: Inter-American (PAHO); International (USAID)</i>				
<i>World Bank (WB); Working Group on Health Accounts (HA)/National Health Accounts; (NHA)</i>				

El conteo y la agrupación por países debe acotarse: de ningún modo se puede afirmar que exista consistencia entre las diversas elaboraciones; además, ésta es información volátil, por tanto, es altamente probable que el lector encuentre información distinta: por supuesto, eso depende de la fecha y la fuente.

IV. 2.1 Las ópticas de análisis del método Harvard

"Hay cinco tipos principales de clasificación de usos que típicamente se emplean o proponen:

1. *Proveedores e Instituciones;*
2. *Funciones o tipos de servicios en salud;*
3. *Rubros o categorías económicas de gasto;*

4. Regiones o categorías geográfico/administrativas

5. Categorías socio-económicas

Usualmente hay una falta de uniformidad en la forma cómo los rubros en estas categorías son definidos en cada país. Aun definiciones aparentemente simples, tales como: qué implica gasto en "hospitales" (en la categoría 1 de las arriba listadas), puede ser problemática. Por ejemplo, las estadísticas nacionales en la India definen hospitales como una unidad de 10 camas o más, mientras en Tailandia ésta debe contar con 25 camas o más.

En los Estados Unidos, los servicios de los médicos a los pacientes internados son facturados por separado de los cargos hospitalarios y aparecen en las cuentas de los Estados Unidos como servicios médicos. En la mayor parte de los demás países de la OECD los médicos son pagados por los hospitales y sus costos aparecen en las cuentas hospitalarias. Estos problemas de clasificación deben ser identificados y resueltos para que las estimaciones nacionales sean comparables²⁰.

IV.3 El Sistema de Cuentas de Salud (SCS)

El Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), en el que si bien se encuentran cálculos referidos a años de fines de los años setenta – primeros años ochenta, se concreta como una suerte de arbitraje entre los cálculos de tipo administrativo (aislados y dispersos en los países) y las cuentas satélites, tipo SCN.

El arbitraje se daría tanto para las definiciones como para el diseño de las tablas resultado; luego de al menos una década de adaptaciones, en el año 2000, se publica el Manual, que solicita datos estandarizados, aunque, de los 30 países miembros, no todos proveen los resultados.

Los resultados son disímiles, visto que desde el punto de vista conceptual, el SCS es producto del arbitraje señalado, por lo que combina nociones de los métodos "administrativos" (incluso de los "primeros orígenes" (las elaboraciones estadounidenses de los años sesenta – setenta) hasta determinados conceptos de las cuentas satélites, provenientes del SCN 1993.

El trabajo que identificaría el aporte OCDE –al que contribuyeron muchos expertos europeos– sería el esfuerzo realizado en la definición de la clasificación vinculada a su modelo, y denominada *Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud*, mejor conocida como ICHA (International Classification for Health Accounts)²¹. En la ICHA se habría conseguido resolver las compatibilidades de terminología entre los registros de contabilidad realizados por instituciones privadas y los efectuados por entidades públicas.

Documentos oficiales de la OCDE, sobre esta clasificación, afirman que... "las cuentas nacionales de salud suelen adoptar la forma de cuadros bidimensionales que clasifican el gasto tanto por prestadores o programas de asistencia sanitaria como por fuentes de financiación... Más de dos decenios de experiencia de comparaciones internacionales y de

²⁰/Peter Berman; Cuentas Nacionales en Países en Desarrollo: Métodos Adecuados y Aplicaciones Recientes; Department of Population and International Health; Harvard School of Public Health; 23 octubre 1996; Harvard University, p. 8

<http://www.hsph.harvard.edu/ihsp/publications/pdf/No-36s.PDF>

²¹ En las nomenclaturas *originarias* (de origen estadounidense) había influencia de los actores privados del sector, el avance de la ICHA, es superar varios inconvenientes de lo que en cuentas satélites se denomina "unidades institucionales". Sin embargo, fue un compromiso técnico, no un procedimiento técnico, como es el caso de las CSS.

análisis de las políticas sanitarias nacionales indican que es fundamental separar los aspectos institucionales y funcionales de la asistencia sanitaria en dos dimensiones de notificación, al objeto de establecer cuentas de salud comparables internacionalmente. Esta separación es también una herramienta imprescindible para mejorar las comparaciones en el tiempo dentro de las cuentas nacionales de salud. Este principio, introducido recientemente en las cuentas de salud, lleva mucho tiempo observándose y aplicándose en otros ejercicios de recogida de datos para los campos funcionalmente definidos de interés específico para la política pública, como educación, investigación y desarrollo o protección social en general.

En consecuencia, el SCS está organizado alrededor de un sistema triaxial para registrar el gasto sanitario, {la ICHA...} propuesta recientemente, en la que se definen: la asistencia sanitaria por función (ICHA-HC), las industrias de prestadores de servicios de asistencia sanitaria (ICHA-HP) y las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria (ICHA-HF). Estas clasificaciones que se proponen contienen enlaces básicos a datos no monetarios, como las estadísticas de empleo y de otros recursos... La ICHA de las industrias de asistencia sanitaria, por ejemplo, constituye una versión más detallada de la CIU.²²

IV.3.1 El vocabulario, un meta lenguaje a tener presente

Ésa es una aclaración imprescindible. Así, en varios documentos no existe uniformidad en las denominaciones (en realidad traducciones) de los enfoques y de las clasificaciones²³; conviene, por tanto, precisar el vocabulario: se utilizará la denominación adoptada en la traducción realizada por el BID:

Sistema de Cuentas de Salud = System of Health Accounts
= Système de comptes de la santé²⁴
SCS = SHA = SCS

Por otro lado, se precisa que "el término 'SCS' (SHA) se refiere al sistema estadístico contable de la salud (a su estructura teórica²⁵), que es compatible con el sistema de Clasificación Internacional de las Cuentas de la Salud (SHAICHA). El término de Cuentas Nacionales de la Salud (CNS, NHA) se refiere a los cálculos concretos de un país en particular.

Dado que varios países disponían de cuentas de la salud, antes del apareamiento del SCS (SHA), la expresión "en base al SCS" indica que los cálculos de un país se han basado en el nuevo sistema. SCS-CIS (SHA-ICHA)²⁶.

SCS Ξ SHA \rightarrow manual de métodos y conceptos
 \rightarrow Compatible con el clasificador \rightarrow CICS Ξ ICHA

²² http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_es.htm# El subrayado es del autor.

²³ En español, con frecuencia, para ésta y otras "versiones", se utiliza, *Sistema de Cuentas de la Salud*.

²⁴ */Sistema de Cuentas de Salud*; ©Banco Interamericano de Desarrollo, 2002 ©BID 2002; traducción del manual publicado originalmente en francés e inglés con los títulos: *Système de comptes de la santé* © OECD, 2000; *A System of Health Accounts* ©OECD, 2000; *Sistema de cuentas: versión 1.0* / [por Manfred Huber]. En adelante: *Sistema de Cuentas de Salud*; (OCDE-BID, 2002).

²⁵ Es una traducción literal: aparentemente, debería ser "conceptual".

²⁶ Ese texto figura en la nota de pie de página n. 2, p. 11 de "SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis"; OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 16; 6 de agosto, 2004; Eva Orosz y David Morgan <http://www.oecd.org/dataoecd/10/53/33661480.pdf>

CICS= clasificación Internacional de Cuentas de Salud
ICHA =

De su lado, la frase:

Cuentas Nacionales de la Salud (CNS-NHA) → resultados
CNS \equiv NHA → o, cuadros estadísticos de resultados

Además, en las series de Cuentas Nacionales de Salud (CNS) se debe tener en cuenta aspectos de cobertura temporal de los resultados, en especial si desea realizar comparaciones; así, no se debe confundir "*cuentas del gasto nacional en salud*", con "*sistema de cuentas de salud*". Las primeras se referirían a cálculos no estandarizados y, en consecuencia, con comparabilidad riesgosa y reducida.

En efecto, las *cuentas nacionales de la salud* –o de "gasto nacional en salud" – denominadas en algunos documentos *pre-SHA expenditure statistics*–son diferentes a las del SCS normalizado^{27/}.

Cuentas del gasto nacional en salud \neq Sistema de Cuentas de Salud CGNS no estandarizadas (vigentes antes del año 2000) SCS Estandarizadas

Y, precisamente:

Cuentas del gasto nacional en salud \neq Cuentas Nacionales de la Salud
CGNS \neq CNS
CGNS → no estandarizadas (vigentes antes del año 2000)
CNS → Estandarizadas

En consecuencia:

<pre-SHA expenditure statistics> = SCS no estandarizado
<HA-based health account> = SCS estandarizado

Este ejercicio, que pretendería clarificar el vocabulario seguramente, no impide que en varias fuentes aparezcan menciones aún "no estandarizadas").

V.3.2 Las principales características del Sistema de Cuentas de Salud

El SCS, como toda *gran operación estadística*, sobre todo cuando se requiere amplia coordinación internacional, tomó tiempo en aplicarse.

Sin analizar las elaboraciones anteriores al *Manual* que sobre este tema, difundiera la OCDE, se advierte que entre los treinta "socios" de la Organización (según Orozs y Morgan, en junio 2004), "...están en diferentes fases de implementación del SCS. En once países miembros [de

^{27/}En vista de que, como se ha visto, el *Sistema de Cuentas de Salud* (SCS, SHA) es la base metodológica de las *Cuentas Nacionales de la Salud* (CNS, NHA) es **posterior** a las elaboraciones de algunas versiones de estas cuentas, se utiliza la expresión <<**HA-based health account**>> para referirse a elaboraciones regidas por esa metodología (posteriores al año 2000). En todo caso, en este estudio, la frase citada, <HA-based health account>, ha sido traducida como "SCS – estandarizado" <pre-SHA expenditure statistics> = SCS no estandarizado

la OCDE] el SCS estandarizado ha sido institucionalizado y sirve como referencia para informar a las organizaciones internacionales. En unos pocos países se llevó a cabo un estudio piloto y, a partir de éste, se han iniciado elaboraciones permanentes; sin embargo, los resultados están disponibles sólo para un año o, en determinados casos, para unos pocos años... de acuerdo a la última información disponible, la implementación no había comenzado aun en 4 países miembros²⁸).

Se recuerda que estas elaboraciones no son exclusivas de los países de la OCDE, su cálculo se realiza en múltiples países "no-OCDE", su construcción ganó impulso desde su "estandarización", a partir de la publicación del Manual (2000); posteriormente, con la publicación de *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*, realizada, conjuntamente, en 2003, por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la USAID. En América Latina, al menos cuatro países habrían realizado elaboraciones con esta metodología (ver recuadro 3).

Recuadro 3 LA ORGANIZACIÓN DEL MANUAL: UNA GUÍA PARA EL LECTOR

Cuentas de Salud; OCDE (BID. 2002)

El Manual de la OCDE, traducido al español por el BID, tiene la siguiente estructura: *El marco conceptual del Sistema y sus principales definiciones son presentados en los ocho primeros capítulos. En los capítulos nueve a once, figura una explicación de las nomenclaturas y clasificaciones propuestas – muy importantes en el Sistema-; en esos capítulos, se delimita "entre la Atención a la Salud y la estructura de las tres dimensiones propuestas por la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (CICS)... El Capítulo 1 da una visión global de los propósitos y los alcances del SCS...el conjunto de tablas estándares propuestas [figura] en el capítulo 2... el 3 presenta las definiciones básicas de los límites funcionalmente definidos de los sistemas de atención a la salud y bosqueja las principales funciones de salud y de aquellas relacionadas con la salud. Funciones de producción y provisión de servicios de atención y bienes médicos, y administración, se distinguen de las funciones relacionadas con la salud, tales como: formación de capital en las industria de atención a la salud, educación y entrenamiento de personal de salud, investigación y desarrollo en salud, y salud ambiental... La visión institucional de los sistemas de salud es el tema del Capítulo 4. El Capítulo 5 presenta los diferentes aspectos de la medición del gasto en salud con un enfoque sobre las reglas de las cuentas y definiciones de totales nacionales que adicionalmente proporcionan el vínculo conceptual a los agregados económicos nacionales... El Capítulo 6 discute los conceptos básicos para calcular la mezcla pública-privada en el financiamiento de atención a la salud. Este capítulo demuestra como un conjunto de cuentas financieras puede servir para trazar los flujos de financiamiento desde el gasto final en salud hasta la fuente original de los fondos...*

En el capítulo 7 se comenta sobre el rol de las mediciones de precio y volumen en la atención a la salud y vincula la estructura del SCS a la discusión internacional actual sobre mejoramiento en la medición de precios en esta industria importante de servicios. Las diferencias prácticas y metodológicas, al igual que similitudes entre el Sistema de Cuentas de Salud y las recomendaciones para el análisis de las cuentas satélite de salud, están cubiertas en el Capítulo 8... El Capítulo 9 define las dimensiones funcionales de la CICS-AS de la Clasificación Internacional para Cuentas en Salud propuesta en este Manual y proporciona notas explicatorias detalladas para las categorías individuales. La Clasificación institucional de la CICS-PAS es presentada en el Capítulo 10. La Clasificación de fuentes de financiamiento CICS- FFAS es presentada en el Capítulo 11."

IV.4 El SCN y las cuentas satélites

²⁸/ Orosz y Morgan (OCDE, 2004); op. cit.; pp. 11 -12

El *Sistema de Cuentas Nacionales* (SCN) es un poderoso instrumento analítico de la economía nacional. Desde el punto de vista estadístico, norma, orienta y controla la consistencia, tanto de los datos básicos, como de las estadísticas de síntesis: la balanza de pagos, las finanzas públicas y las de moneda y banca, convergen y prueban su coherencia al interior de este sistema.

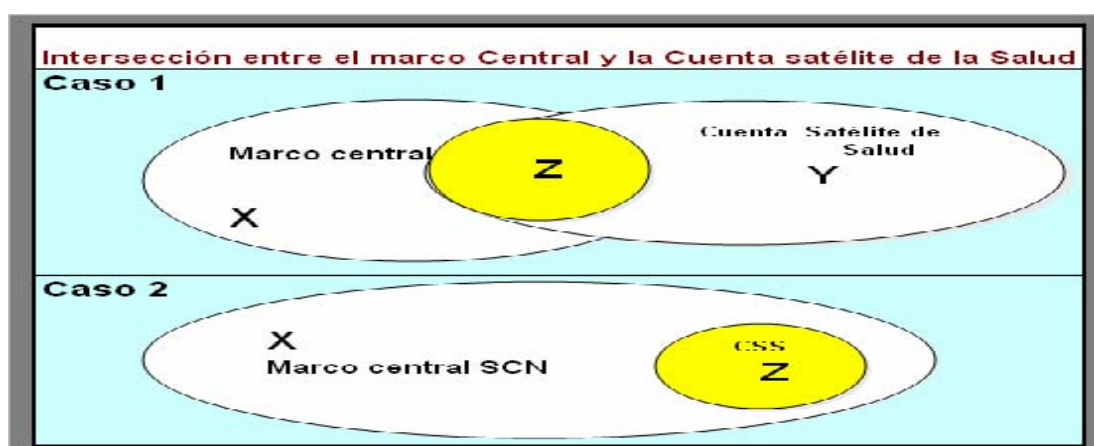
Es harto conocido, también, que el SCN es un robusto instrumento de comparación internacional, utilizado para expedientes tan trascendentes como la determinación de cuotas de los países a ciertos organismos internacionales o para que algunos estados se beneficien de transferencias o donaciones. Tan ilustre hoja de vida, obedece a un tesorero trabajo internacional, al que han contribuido brillantes expertos, de la academia económica o de las funciones públicas -nacionales e internacionales-, durante ya varios siglos. Y, de manera orgánica, desde las primeras décadas del siglo XX. Este análisis -que podría ser "pomposo", pero no inexacto-, se recuerda, se refiere – exactamente- al marco central del SCN.

Es obvio que con tan célebre predecesor, las *Cuentas Satélite* tengan *facilidades de paso* en varias instancias; sin embargo, conviene hacer memoria que su aplicación es reciente; que, en estricto rigor, su cálculo –para la salud o para otras actividades- no proviene de una concertación internacional y, su desarrollo -más bien- surge de compromisos en relación a que no conviene alterar el marco central si no existe pleno acuerdo... La no existencia de una “frontera universal” de la “actividad salud”, es una buena muestra de que la *universalidad paterna* no se ha transmitido, necesariamente, a los sub- modelos generados con posterioridad.

Como se anotó, en el presente trabajo no se hace una discusión *in extenso* de las Cuentas Nacionales –"del ingreso"²⁹-, y tampoco del capítulo XXI –relativo a ese tema- del Manual del SCN 1993.

Por otro lado, conviene recordar que las cuentas satélites, son de diverso tipo; así, sin ser exhaustivos, se tiene:

1. Las elaboraciones satélite que "respetan" el marco central y, en especial, la frontera de la producción del SCN (gráfico: subconjunto Z caso 1);



2. Aquellas que adoptan una frontera de la producción distinta: más amplia... Este punto es trascendental para entender la consistencia –y las diferencias- de la (s) cuenta (s) satélite de la salud; por ejemplo, si en una versión de las CSS se valora el trabajo voluntario o familiar, en el cuidado de personas enfermas, es claro que esa valuación no se incluye en

²⁹/ De acuerdo al vocabulario utilizado, eventualmente, por algunos autores especialistas en CSS o SCS; la denominación es sugestiva e invita a pensar desde varias orillas.

el cálculo del Valor Agregado Total del país (o se excluye de otras evaluaciones nacionales) y que se está ofreciendo una visión diferente de los agregados macroeconómicos (caso 1 del gráfico, subconjunto Y).

3. Los cálculos satélite referidos a "actividades económicas" cuya contribución a la economía y sus principales características productivas están ya incorporadas al marco central y se calculan cuando se desea ampliar o precisar ese conocimiento (caso 2 del gráfico, subconjunto Z). El ejemplo, más visible, es el de Francia (país con amplia tradición en estas elaboraciones); específicamente: transporte (1955), comercio (1963); agricultura (1964); audio visual (1998);

4. Cuentas satélite "funcionales" que se asimilan a una función socioeconómica específica, en especial, en el ámbito de las administraciones públicas. En estos casos, interesa conocer los gastos realizados para "*satisfacer esa función socioeconómica*" (**caso 2**). En Francia, desde la óptica funcional, se ha elaborado cuentas de la investigación científica (1970); la salud (1970); la educación (1974); medio ambiente (1975); la protección social (1987).

En contextos en que no está definida explícitamente la frontera de la producción, permanece, por tanto, como principal tarea la articulación de la cuenta satélite (gráfico: caso 1, subconjunto Y) con el marco central (subconjunto X): un país que opta por la opción del "caso 1", explica únicamente una parte y no "aplican" los argumentos que sostienen la comparabilidad.

Pues -se insiste- en esa opción ("caso 1"), la parte consistente con el SCN es el subconjunto Z; subsistirá un área de sombra, representada en el gráfico por Ω (si se acepta que $\Omega = (Y-Z)$; sabiendo que Ω no pertenece a X).

En algunos casos, a esta variante se la denomina Cuenta Satélite Ampliada; sin pretender invalidar esos razonamientos, es claro que en un proceso de armonización, las iniciativas individuales tienen límites: ¿quién "amplía" la cuenta? ¿hasta dónde? ¿qué incluir? ¿cómo y quién coordina? Son preguntas que surgen en contextos de coordinación estadística internacional. Los ejercicios académicos, las investigaciones experimentales, hacen avanzar al mundo, y se "estandarizan" cuando llegan a resultados válidos y probados, que se difunden internacionalmente.

Al margen de contravenir o no, el marco de referencia, es útil plantearse interrogantes: ¿se debe adoptar, siempre, la noción de valor agregado, como el indicador más significativo para valorar económicamente una función social? ¿O, el gasto nacional -en esa función- describe mejor esas características?

En todo caso, cuando el análisis satélite supera la frontera establecida en el marco central, la consistencia de la "cuenta satélite resultado", no necesariamente está garantizada: se deberá proceder con un razonamiento "diferencial" para explicar la coherencia de la parte que no constituye intersección con el marco central. Y, sobre todo, saber interpretar cómo "la producción adicional" podría integrarse al marco central (en todo rigor modifica el PIB nacional): el argumento de la comparabilidad internacional, atribuido "casi con exclusividad" al SCN, pierde terreno.

De modo que cuando se compara CSS y SCS y también (SCN –CSS y SCN – SCS), cabe especificar la cobertura y la frontera de la producción.

Es verdad que la CSS, tiene ventaja para explicar su consistencia, pues una parte importante es una intersección de la "economía total", pero, también, desde otra óptica, se recuerda que uno de los argumentos para apoyar la elaboración de análisis satélite es su flexibilidad...

El razonamiento anterior, que se ha restringido al valor agregado, es válido si las elaboraciones privilegian la óptica de los bienes y servicios; si no lo hacen, el análisis deberá referirse a los sectores institucionales y, entonces, será preciso definir los alcances de su producción. Los enfoques administrativos tienen una orientación institucional.

Entonces, en el proceso de armonización se deberá reflexionar sobre ¿qué se está armonizando, el enfoque institucional o el de bienes y servicios? Pero, en especial, ¿cuál de los dos, acerca más el análisis a los conceptos mesoeconómicos, que son los que interesan a los sectorialistas?

La única solución es recorrer el camino de la armonización. Así, en un plazo prudencial, la (s) opción (es), o su síntesis, deberá describir:

- Los bienes y servicios generados. Su origen económico e institucional (en todas las transacciones);
- Los bienes y servicios utilizados como insumos; su origen económico e institucional (en todos los flujos);
- La formación de capital realizada en el proceso;
- Las transferencias;
- Los flujos financieros;
- Los ingresos generados;
- La población servida y la población carente; y,
- Un gran etcétera

Cabría pensar, también, en algunas necesarias extensiones del sistema, en especial, con una óptica *regional* (infra y supra nacional) *del análisis satélite*.

IV.4.1 El SCN, las cuentas satélites de la Salud y la frontera de la producción

Por considerarlo de crucial importancia, se insiste en este ámbito: en el campo de la economía descriptiva, cuando se plantea el tema "SCN y rigor", un elevado porcentaje lo asociará con marco central (MC), esto, seguramente, por la inercia de un sistema que en la "presentación" actual es un "esquema maduro", con alrededor de tres cuartos de siglo de tamiz. Seguramente, si se lo asocia con "flexibilidad", la referencia no será el marco central sino, probablemente, serán las cuentas satélites. De ser acertado el planteamiento, habrá -en ocasiones-la tentación de proponer un silogismo simple:

*el SCN es riguroso
las CS pertenecen al SCN,
ergo...*

Por otra parte, una de las características del SCN-MC es tener claramente delimitada la frontera de la producción. A la luz de estas reflexiones, aparentemente, en las cuentas satélites de la salud (CSS) se deben distinguir dos opciones alternativas: las CSS "prototipo" y las CSS con comparabilidad internacional.

En todo caso, algo que no parece posible (o al menos, plausible) es otorgar libertades en la frontera de la producción de las CSS y pretender que las elaboraciones son comparables.

Se conoce la trascendencia que tiene la definición de producción; en las CES, está presente la responsabilidad social de tener cuentas de buena calidad, indicadores relativamente estandarizados y debidamente "calibrados", pues no sólo se utilizan en la comparación de

los sistemas de salud; sirven, y deben hacerlo, para evaluar los sistemas de salud y sus mecanismos de financiamiento.

Las modalidades de asignación de fondos son decisivas para no afectar la equidad de los sistemas sanitarios; además, el principio de equidad vertical exige "más de los que más tienen", fijando las modalidades de pago mediante un sistema de incentivos que persigue combinaciones óptimas entre equidad y eficiencia, en el marco de una adecuada selección de prioridades en el que no se puede librar al mercado su selección, pero tampoco se debe "clausurar" o "censurar" a dicho mercado.

En el marco de esas difíciles opciones, las Cuentas Económicas de la Salud, son una referencia importante; entonces, parece prudente desarrollar cuentas de salud "prototipo" que permitan avanzar en el ámbito de la teoría de la mesoeconomía (de la salud...). Una vez "probadas en el laboratorio" se podrán integrar a las elaboraciones corrientes de los diversos países.

Las cuentas de la salud estandarizadas deberán ceñirse a reglas fijas, próximas al marco central..., caso contrario su comparabilidad será nula.

IV.5 En busca de una síntesis: los métodos de cuentas de salud (reseña del BID)

La siguiente tabla (obtenida del sitio Web del Banco Interamericano de Desarrollo) muestra los enfoques de contabilidad en salud y algunas de sus ventajas y desventajas. Para acceder los manuales y guías relevantes, véase la página .

Metodología (origen)	Países usuarios	Datos requeridos	Ventajas	Desafíos/desventajas	Agente ejecutor
<p>SCN 1993</p> <p>Naciones Unidas Sistema de Cuentas Nacionales – Cuentas Satélite de Salud (1942-1993)</p>	<p>Argentina Brasil Canadá Chile, Costa Rica EUROSTAT Francia Perú España Sri Lanka Estados Unidos</p>	<p>Datos de alto detalle sobre el uso de recursos y producción</p> <p>Producción intermediaria</p> <p>Elaboración de matrices de insumo/producto</p> <p>Producción para autoconsumo, incluso a registros de costos y cantidades</p> <p>Valores homogéneos registrados bajo las categorías contables de producción individual de las unidades de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Sistema estadístico maduro y coherente, con consistencia interna Clasificación de sectores y actividades plenamente desarrollada y altamente detallada Toma en cuenta los vínculos entre el sector salud y la macroeconomía Permite comparaciones internacionales Permite evaluar la eficiencia del sector salud y medir su valor agregado ▣ Permite investigar los gastos hasta las fuentes primarios de recursos, tales como los impuestos o el tesoro nacional ▣ Permite analizar la equidad de los patrones de gastos 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Falta del enfoque sectorial ▣ Estructura rígida no adaptable a la manera de mantener registros por entidades públicas o privadas de salud ▣ Las cuentas satélite son abiertas a varias interpretaciones dificultando comparación entre países ▣ En muchos de los países los datos disponibles sobre la producción y el uso de recursos no cuentan con suficiente detalle ▣ La manera de presentar los resultados y datos bajo las categorías de consunción, formación de capital y transferencias, dificulta la interpretación para los tomadores de decisiones ▣ La necesidad de vincular estrechamente las cuentas satélite con el marco central del SCN limita la relevancia de esa metodología a los problemas y preocupaciones de los gerentes del sector salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Bancos centrales ▣ Oficinas nacionales de estadísticas <p><i>Patrocinadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Organización Panamericana de la Salud
<p>Cuentas Administrativas</p> <p>Cuentas del Gasto Nacional en Salud de los EE.UU. – (1960s)</p>	<p>Estados Unidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Censos económicos ▣ Sistema de impuestos empresariales ▣ Encuestas anuales de la Asociación Hospitalaria Americana ▣ Datos de venta de medicamentos ▣ Datos demográficos ▣ Datos sobre salarios y gastos de los empleadores ▣ Datos de los programas nacionales Medicare y Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Permite compatibilidad e integración entre datos producidos por las distintas instituciones públicas y privadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Mide gastos en salud sin considerar eficiencia de producción o de compra ▣ Utiliza terminología, clasificación y formato de informes producidos por las empresas privadas de gestión del sistema de salud y por proveedores de servicios de salud ▣ Posibilidad del contado en doble de los registros económicos y financieros ▣ No distingue claramente entre gastos capitales y recurrentes ▣ No incluye los gastos en investigación y desarrollo de las empresas farmacéuticas o de los productores de equipamiento y suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Ministerio de Salud ▣ Centro de los Servicios de Medicare y Medicaid (antes de 1999 Administración del Financiamiento de Atención Salud) <p><i>Patrocinadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Congreso de los EE.UU.

<p>Harvard/CNS Modelo Harvard – Cuentas Nacionales de Salud (1990s)</p>	<p>México Colombia El Salvador Bolivia Ecuador Guatemala Honduras Perú República Dominicana Nicaragua (también Egipto, Jordán, Zambia, Filipinas, Sri Lanka, India, Bangla Desh, Japón, Hong Kong, Tailandia, China, Polonia, República Checa)</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos tipos de datos sobre gastos <input type="checkbox"/> Presupuesto ejecutado del gobierno <input type="checkbox"/> Registros sobre gastos sociales de los empleadores <input type="checkbox"/> Encuestas de gastos de los hogares en bienes y servicios <input type="checkbox"/> Gastos sociales de las ONG y las fuentes <input type="checkbox"/> Gastos de las organizaciones extranjeras/ internacionales <input type="checkbox"/> Registros de las empresas aseguradoras <input type="checkbox"/> Registros de los proveedores de atención <input type="checkbox"/> Datos sociales, demográficos, económicos y de salud de los beneficiarios del sistema de salud <input type="checkbox"/> No se requiere conocer valor de la unidad de compra del servicio <input type="checkbox"/> No se requiere conocer el capital de los proveedores o aseguradores (necesario para conocer el capital del sistema de salud)</p>	<p><input type="checkbox"/> Apropiado para sistemas con múltiples pagadores, como el sistema estadounidense <input type="checkbox"/> Definición amplia del sector salud que incluye todas las actividades para promover, restaurar o mantener salud <input type="checkbox"/> Desagregación amplia según fuentes del gasto, más allá de lo privado y público <input type="checkbox"/> Describe el flujo de fondos en el sistema desde los fundadores a los proveedores <input type="checkbox"/> Flexible y adaptable a las necesidades de los Ministerios de Salud <input type="checkbox"/> Presenta los datos en manera relevante a los gerentes del sector salud <input type="checkbox"/> Refleja prioridades nacionales <input type="checkbox"/> Permite inclusión de gastos periféricos al sistema de salud (saneamiento, ambiente, educación) <input type="checkbox"/> Requiere un equipo de trabajo pequeño y 6 a 12 meses para producir la primera ronda de estimaciones</p>	<p><input type="checkbox"/> Considera solo los gastos, lo que no permite valorización económica o evaluación de la eficiencia del sistema de salud <input type="checkbox"/> No estandarizado y carece consistencia interna <input type="checkbox"/> Mezcla los enfoques de producción y gasto <input type="checkbox"/> Refleja en la mayor parte las preocupaciones nacionales, lo que previene comparaciones internacionales <input type="checkbox"/> No permite distinguir entre gastos capitales y recurrentes <input type="checkbox"/> No permite distinguir entre la consunción intermedia y final <input type="checkbox"/> Tratamiento de ciertas categorías de gasto diferente del SCN 1993 <input type="checkbox"/> Dificultades con institucionalización y sostenibilidad sin apoyo externo</p>	<p><input type="checkbox"/> Ministerios de Salud y Protección Social <input type="checkbox"/> Equipos técnicos no vinculados con el gobierno <input type="checkbox"/> Universidades <input type="checkbox"/> ONGs <input type="checkbox"/> Oficinas de estadísticas nacionales <i>Patrocinadores:</i> <input type="checkbox"/> USAID (PHRplus) <input type="checkbox"/> Banco Mundial <input type="checkbox"/> Organización Mundial de la Salud <input type="checkbox"/> Organización Panamericana de la Salud <input type="checkbox"/> Banco Interamericano de Desarrollo</p>
<p>OCDE/SCS Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (2000)</p>	<p>Argentina Todos países de la OCDE</p>	<p><input type="checkbox"/> Registros administrativos públicos, de las empresas privadas de seguro, de los proveedores de servicios <input type="checkbox"/> Encuestas especializadas sobre pagos privados directos, obras de caridad, exportación e importación de bienes y servicios</p>	<p><input type="checkbox"/> Compromiso entre las Cuentas Administrativas de los EE.UU. y el SCN 1993 <input type="checkbox"/> Busca comparabilidad internacional <input type="checkbox"/> Reconoce solo dos categorías de fuente de los recursos: público y privado</p>	<p><input type="checkbox"/> El sistema de clasificación combina las categorías de proveedores, de función y los line items en una sola lista <input type="checkbox"/> La definición del sector salud restringida a “las actividades de individuos o instituciones a través de la aplicación de conocimiento y tecnología médica, paramédica o de enfermería”</p>	<p><input type="checkbox"/> Ministerios de Salud <input type="checkbox"/> Agencias estadísticas nacionales <input type="checkbox"/> Agencias nacionales de planificación <i>Patrocinadores:</i> <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> OPS</p>

http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/keytopics/metodos_cuentas_de_salud_es.htm

Recuadro 4 **Agencia de Cooperación Sueca: una visión europea en 2001:**

National Health Accounts – Where are we today?

El financiamiento de la salud es un área de política económica internacionalmente reconocida y de gran importancia para países de ingresos medios y bajos. Las *Cuentas Nacionales de la Salud* (CNS –NHA) son un útil y práctico enfoque para comprender el financiamiento de la salud de esos países. Las CNS son un método para compilar datos del financiamiento y del gasto de los subsectores público y privado, incluyendo los consumidores; estas cuentas describen los flujos de gasto a través del sistema sanitario y vinculan las fuentes de financiamiento, los proveedores y los usuarios.

El desarrollo de las CNS en diferentes partes del mundo varía de modo importante: muchos países de ingreso medio y bajo, elaboraron estas cuentas durante los años noventa, pero sólo unos pocos las han implementado como un sistema permanente.

Hay, igualmente, gran diversidad en el nivel de desarrollo de las CNS y, también, se advierte un interés creciente por construir las cuentas; varios programas fueron emprendidos en los años recientes; la OMS y otras organizaciones reciben solicitudes de asistencia técnica y financiera para apoyar a países que quieren construir las CNS.

La metodología utilizada en los países –y en los continentes– difiere. Así, en Asia, varios países han adoptado el Sistema de Cuentas de la Salud (SCS –SHA) de la OCDE, en tanto que la mayoría de países del sudeste africano utiliza el enfoque de Harvard; igualmente, en América Latina, el método de Harvard se impone, aunque unos pocos países han utilizado las cuentas satélites de Naciones Unidas; incluso, los sistemas nacionales difieren en las partidas de gastos incluidas. Hay, igualmente, gran diversidad en el nivel de desarrollo de las CNS y, también, se advierte un interés creciente por construir las cuentas; varios programas fueron emprendidos en los años recientes; la OMS y otras organizaciones reciben solicitudes de asistencia técnica y financiera para apoyar a países que quieren construir las CNS.

El apoyo para el desarrollo de las CNS, frecuentemente viene de los ministerios de salud, de Naciones Unidas y de otras agencias multilaterales o de ayuda internacional; ese apoyo es, en ocasiones, financiero, y en otros casos se limita a asistencia técnica.

Los principales usuarios de las CNS son las organizaciones multilaterales o las de ayuda internacional. Las CNS son también utilizadas por los gobiernos; sin embargo, estas utilidades, todavía no son suficientemente difundidas. En las naciones que han institucionalizado la elaboración de las CNS, se encuentra que los ministerios de salud son usuarios de las cuentas nacionales de la salud.

Traducción del autor, de: HEALTH DIVISION DOCUMENT 2001:6. Issue Paper on National Health Accounts – Where are we today?; Catharina Hjortsberg. SIDA, SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY, Department for Democracy and Social Development Health Division.
http://www.who.int/nha/docs/en/NHA_where_are_we_today.pdf

Claramente se advierte que la experiencia regional es relevante; habría, de todos modos, un problema de continuidad (en dos sentidos): en persistir en las elaboraciones en el tiempo y, además, en mantener la metodología elegida. Esto no ha sucedido, ciertamente, porque – una vez más– son decisiones ligadas al financiamiento. Así, en al menos cinco países se ha realizado más de una elaboración, ninguno ha replicado la metodología de la primera experiencia. En el recuadro 4 se reproduce una opinión "externa" al respecto.

IV.6 Comparabilidad y usuarios

Resulta complicado establecer claramente la comparabilidad entre las distintas opciones y las múltiples referencias sobre elaboraciones realizadas por los distintos países; así, no es sencillo determinar el contenido estadístico, las fechas precisas de los cálculos o los datos de respaldo. A nivel regional, la inconsistencia³⁰/ metodológica debe ser grande.

En el tiempo, hay experiencias anteriores a 1993 (año de la aprobación del último SCN), se sabe que las "cuentas nacionales de la salud" (CNS), surgen en los años sesenta; por otro lado -y debido a esa misma diferencia temporal- estos instrumentos descriptivos, han tenido dinámicas diferentes³¹/.

Según Rannan-Eliya (et al., ver nota), el SCN y el sistema de CNS, "*comparten características metodológicas y conceptuales... [sin embargo]...el SCN es un sistema estadístico maduro, en el que se ha trabajado mucho para mejorar la comparabilidad internacional y la consistencia interna, en tanto que en las CNS (NHA),...constituyen un enfoque no estandarizado, por lo que refleja, principalmente, las preocupaciones nacionales. Las NHA describen los flujos de recursos y gastos dentro de un sistema de cuidado de salud y no establecen vínculos entre el sector salud y el sistema macroeconómico. Este énfasis, estructurar los datos, de una manera entendible y pertinente para administradores del sector salud, se refleja en la organización política y en la presentación de datos. Al nivel institucional, esto se manifiesta en un diseño diferente de las responsabilidades... El SCN y las cuentas satélite son responsabilidad del país; mientras que las CNS, de los ministerios de salud: esta división institucional es crucial. El SCN se rige por normas internacionales estructuradas, en tanto que las CNS, aprovechan mejor las características institucionales de cada país. A la vez, los autores abogan por la estandarización de las CNS y el intercambio mutuo de conceptos.*"³²/.

El SCN y las cuentas satélite son responsabilidad del país; mientras que las CNS, de los ministerios de salud: esta división institucional es crucial. El SCN se rige por normas internacionales estructuradas, en tanto que las CNS, aprovechan mejor las características institucionales de cada país.

Una laguna importante, al menos desde una óptica cualitativa, es que la mayor parte de *memorias* (informes) sobre cálculos de Cuentas Económicas de la Salud no precisan las fuentes estadísticas y, peor, reseñan particularidades o inconvenientes encontrados en la información de base.

Los principales usuarios de las CNS son, por supuesto, los gobiernos y las agencias multilaterales o las organizaciones de ayuda internacional; sin embargo, en términos generales, las utilizaciones –todavía- son insuficientemente difundidas. Teniendo como marco la Internet, no se ha encontrado una sola afirmación o referencia a utilizaciones de las CES por parte de entidades (consultores) que no tengan la responsabilidad en las elaboraciones³³

³⁰ Se refiere a comparaciones internacionales: no se "juzga" –no hay como hacerlo- a cada elaboración independientemente analizada.

³¹/ Rannan – Eliya, Ravindra, Meter Berman and Aparnaa Somanathan; December 1997. *Health Accounting: A comparison of the System of National Accounts Health Accounts Approaches*. Special Initiative Report No. 4. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associates Inc. <http://www.phrplus.org/Pus/Sir4.pdf>

³²/ Ibidid

³³ Este hecho, si bien no constituye "prueba plena", ilustra que las utilizaciones son aún escasas.

En determinados casos, en los países que han institucionalizado la elaboración de las CES, se encuentra que los usos se reducen a los ministerios de salud o a los organismos responsables del proyecto (ver recuadro 3). De cualquier modo, más allá de casos aislados, en los que estos instrumentos descriptivos tienen usos privilegiados, su empleo no se ha difundido como sería deseable. A la inversa, en ciertos casos, en los que ha habido proyectos con buenos resultados, no ha existido continuidad en el apoyo institucional y financiero.

Prescripción 6. Incentivar la publicación de metodologías

Se precisa consolidar la producción de literatura técnica que apoye las elaboraciones de las CES; ésta se acompañaría de una reflexión sobre la construcción y la utilización de las cuentas de la salud. En las cuentas nacionales, esto no sucedió pues la teoría económica "ya estaba escrita" o, en varios aspectos, economía descriptiva y macroeconomía recorrieron juntas un camino beneficioso. En ese sentido, las "CES deben completar el circuito"

Por otro lado, un "elemento especialización" debilitaría su difusión más amplia; así, "los modelos de representación macroeconómica como mesoeconómica han crecido exponencialmente en tecnicidad, a veces olvidando la capacitación del usuario, generando una frustración por la ausencia de su uso"^{31/}. En anexos 2 y 3 figuran referencias de elaboraciones similares ^{32/} para varios países. Nótese que las elaboraciones según determinada metodología son simultáneas; así, Harvard prima entre 1995 y 2003 y, a partir de 2002, hay experiencias en torno a las CSS. En todo caso, el impulso más importante a las elaboraciones viene del proceso de reforma del sector.

Recuadro 5. Health Accounts and National Health Accounts in the Americas

Country studies on Health Care Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean Region with technical support or financed by the Pan American Health Organization (PAHO)

September, 2004

Country studies on national health care expenditure and financing issues for Latin America and the Caribbean Region prepared with technical support or financed by the Pan American Health Organization have diversity in methodologies, contents and purposes of elaboration.

*Studies may be based on country specific concepts, definitions and accounting procedures – more relevant for national policy debate (Administrative based studies); and/or on existing international standard concepts, classifications and accounting procedures developed within the framework of the **Government Finance Statistics Manual** (International Monetary Fund -IMF) and the **System of National Accounts SNA** (United Nations UN) – more relevant for addressing public finance and international comparison issues related to national health systems expenditure and financing patterns (SNA based studies). Below is the list of studies and links to available files by country:*

<http://www.lachsr.org/documents/countrystudiesonhealthcareexpenditureandfinancinginlatinamericaaandthecaribbeanre-EN.pdf>

V. La arquitectura de las CES

Este acápite intenta ilustrar someramente los resultados que proveen los diferentes enfoques.

Es un hecho cierto que el Enfoque de las **Cuentas Nacionales de Salud**, (Harvard), es el que, en la práctica, más utilizaciones concretas ha tenido (en especial en la década de los noventa); esto, no sólo por ser el de más frecuente cálculo en la Región, sino, y en especial, porque apoyó "la dimensión financiera de las reformas en el sector salud". El desarrollo fue importante, porque importante fue el reto de asumir la reforma del sector: "*la reforma requiere información*", fue la premisa que coadyuvó al impulso de las CES en la Región; se privilegió la esfera financiera: era preciso conocer, en efecto, aspectos como *¿Cuánto gasta el país en la salud? ¿Quién paga, a quién, y para qué? ¿Quiénes son los actores principales en el sector salud y, por consiguiente, los grupos de interés principales en el proceso de reforma? ¿Quiénes se benefician del cambio? ¿Cómo se modificará el modelo financiero a través de la reforma? Preguntas que generan más preguntas...*³⁴. Matriz de flujo de fondos, podría ser la frase que identifique a este enfoque.

El *Sistema de Cuentas de Salud*, de la OCDE es, seguramente, el que tiene mayor peso institucional a nivel internacional. Si bien ni siquiera los treinta países de la Organización lo elaboran de forma sistemática. Su forma de presentar los resultados es sugestiva y sus fundamentos y conceptos tienen, en mucho, definiciones y clasificaciones del SCN 1993. Las posibilidades de armonización con las Cuentas Nacionales ("del ingreso") son altas.

Las Cuentas Satélites de la Salud son una eficaz herramienta; su cercanía al SCN, en muchos casos, puede ser aparente, en especial cuando se trata de cuentas satélites "prototipo" que tienen un objetivo exploratorio para desarrollar conceptos.

La arquitectura de las Cuentas Económicas de la Salud está por consensuarse. La voluntad de hacerlo es la única condición para lograrlo.

Harvard

Aunque las formas de presentación difieren entre los países, en este método se privilegia el origen del financiamiento y el destino del gasto.

El origen del gasto y el tipo de servicio, tiene elevada prioridad:

CUENTAS NACIONALES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE; Concepto, resultados y política de empleo Alessandro Magnoli; Universidad de Harvard; BID/INDES – Programa Conjunto INDES/EU; Original en inglés; Septiembre 2001 (español 2004).

<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=417747>

Gasto en Nacional Salud según la Fuente de los Fondos y el Tipo de Gasto: Año 1990									
Tipo de Gasto	Privado						Gobierno		
	Total	Todos los fondos privado	Consumidor				Total	Federal/1	Estatal y Local/2
			Total	Desembolso	Seguros Privados	Otros			
Gasto en Nacional Salud	\$866,2	\$383,6	\$352,9	\$136,1	\$216,8	\$30,6	\$282,6	\$195,4	\$87,3
Servicios y suministros de salud	643,4	374,8	352,9	136,1	216,8	21,8	268,6	184,3	84,3
Atención sanitaria personal	585,3	343,5	322,2	136,1	186,1	21,3	241,8	177,2	64,6
Atención hospitalaria	256,0	116,0	102,2	12,8	89,4	13,8	140	104,6	35,3
Servicios Médicos	125,7	81,7	81,7	23,5	58,2	0,0	43,9	35,1	8,8
Servicios Dentales	34,0	33,1	33,1	18,0	15,1	--	0,9	0,5	0,4
Otros servicios profesionales	31,6	25,2	21,5	8,8	12,8	3,6	6,4	4,9	1,6
Atención a domicilio	6,9	1,8	1,3	0,6	0,5	0,5	5,1	4,1	1,0

Un flujo de fondos entre la institución de salud prestadora del servicio y el sector institucional que la financia, tiene una presentación similar a:

Extracto de la Tabla mostrando el desglosamiento de los datos del gasto en salud							
Resumen de la Tabla 2 (completa) Gastos de capital en el sector salud.	Ministerio de salud	Otros ministerio	Gobiernos locales	Otros organismo estatales	Misiones	Industria	Cuerpos voluntarios locales
Hospitales docentes y de referencia nacional	100.000						10.000
Hospitales generales	130.000				50.000	20.000	
Hospitales de larga estancia							
Hospitales Psiquiátricos	20.000						
Otras instituciones (especificar)							

En el caso de Ecuador, para 1995, este método presenta, entre otros, los siguientes cuadros:

Matriz de Clasificación de Cuentas Nacionales de Gastos en Servicios De Salud En Ecuador, Año 1995 (dolares)										
										Tipo de Cambio
										2566
No Orden	Fuentes									
	Agentes	Presupuesto General del Estado	Municipios	Cooperación Internacional	Empleadores Públicos	Empleadores Privados	Lotería	Hogares Fuente	No Especificado	Total
11	Ministerio de Salud Pública	176,784,879								176,784,879
12	SNEM (Agente)	5,888,932								85
13	Insttit.Nacio. Higiene (Agente)	7,522,603								225,827,445
14	CEMEIN	2,602,884								30
15	Otros									

Matriz de Clasificación de Cuentas Nacionales de Gastos en Servicios de Salud en Ecuador, Año 1995 (dolares)											
											Tipo de Cambio 2566
Proveedores											
No ORDEN	Agentes*	Centros de Salud Pública	Hospitales de Salud Públicos	SNEM (Prov.)	INH (Prove- edor)	Hospitales de Policía	Hospitales FF:AA	Municipio de Quito (Prov.)	Patronato (Prov.)	Dispen- sarios del IESS	Hospitales del IESS
11	Ministerio de Salud Pública	95,583,788	81,201,091								
12	SNEM (Agente)			5,888,932							
13	Instit.NacioH igiene (Agente)				7,522,603						
14	CEMEIN		2,602,884								
15	Otros Ministerios										
16	Municipio de Quito (Agente)							4,921,278			
17	Patronato San José (Agente)								2,035,074		
18	Cooper. Internac. (Agente)										
21	IESS									92,933,359	65,638,348
22	Seguro Social Campesino										
23	ISSFA										
24	Inst.Seg. Soc. Policía					4,191,738					
31	Seguros Privados										
32	Medicina Pre-Pagada										
41	Junta de Benefic. (Agente)										
42	SOLCA										
43	INNFA										
44	Cruz Roja Ecuatoriana										
45	Otras ONG's										
49	Empresas (Agente)										
50	Hogares (Agente)	10,978,566	21,070,148								
	TOTAL	106,562,354	104,874,123	5,888,932	7,522,603	4,191,738		4,921,278	2,035,074	92,933,359	65,638,348

Matriz de Clasificación de Cuentas Nacionales de Gastos en Servicios de Salud en Ecuador, Año 1995 (dolares)									
		Funciones							
No ORDEN	Agentes*	Preventivo Individual o Comunal	Preventivo Ambiental	Curativo Primario	Curativo Secundario	Curativo Terciario	Medicamentos Fármacos	Sin Especif.	Total
11	Ministerio de Salud Pública			29,960,249	65,623,539	81,201,091			176,784,879
12	SNEM (Agente)		5,888,932						5,888,932
13	Instit.Nacio.Higiene(Agente)	7,522,603							7,522,603
14	CEMEIN						2,602,884		2,602,884
15	Otros Ministerios								
16	Municipio de Quito (Agente)		4,921,278						4,921,278
17	Patronato San José(Agente)			2,035,074					2,035,074
18	Cooper. Internac.(Agente)							71,054,949	71,054,949
21	IESS			57,601,325	35,332,034	65,638,348			158,571,707
22	Seguro Social Campesino			12,372,564					12,372,564

**Matriz de Clasificación de Cuentas Nacionales
de Gastos en Servicios de Salud en Ecuador, Año 1995
(porcentaje)**

No ORDEN	Agentes*	Tipos de Gasto										TOTAL
		Personal Admin- istrativo	Personal Operativo	Gastos Admist. Generales	Materiales e Instrumento de Salud	Medicamentos	Otros Gastos	Otros Material.	Activos	Sin Clasific.	Trans- ferencias	
11	Ministerio de Salud Pública	1.9	13.8	1.4	0.6	0.5	3.5		0.2			21.7
12	SNEM (Agente)	0.1	0.6	0.0	0.0		0.0					0.7
13	Instit.Nacio .Higiene (Agente)	0.2	0.7	0.0	0.0		0.0					0.9
14	CEMEIN	0.0	0.0	0.0		0.3	0.0					0.3
15	Otros Ministerios											
16	Municipio de Quito (Agente)		0.4	0.0	0.0				0.0		0.1	0.6
17	Patronato San José (Agente)		0.2	0.0	0.1		0.0		0.0		0.0	0.2
18	Cooper. Internac. (Agente)									8.7		8.7
21	IESS		9.8	1.1	1.3	4.3	0.4	0.9	0.8		0.7	19.4
22	Seguro Social Campesino		1.2	0.2		0.1	0.0		0.0			1.5
23	ISSFA											
24	Inst.Seg. Soc. Policia		0.2	0.1				0.2	0.0			0.5
31	Seguros Privados									4.0		4.0
32	Medicina Pre- Pagada									2.4		2.4
41	Junta de Benefic. (Agente)		1.4	0.5	1.3		0.0		0.6		0.0	3.9
42	SOLCA									0.7		0.7
43	INNFA									0.2		0.2
44	Cruz Roja Ecu- toriana									0.1		0.1
45	Otras ONG's									0.4		0.4
49	Empresas (Agente)		0.4	0.0		0.1		0.0	0.1			0.7
50	Hogares (Agente)					20.7				12.3		33.1
	TOTAL	2.1	28.6	3.4	3.4	26.0	4.0	1.2	1.7	28.8	0.9	100.0

Cuentas Satélites de la Salud

Estas elaboraciones pueden diferir entre los países, aunque tienen más similitudes que las presentes en los otros enfoques. Por lo general, un proyecto de CSS se inicia con la definición de una nomenclatura (clasificador) de actividades (“ramas”) características y conexas de la salud. Las actividades corresponden a los establecimientos (instituciones, empresas, etc.) que prestan servicios de salud (característicos –“típicos”- o conexas –“de apoyo”). Se ilustra el caso de Ecuador (2003):

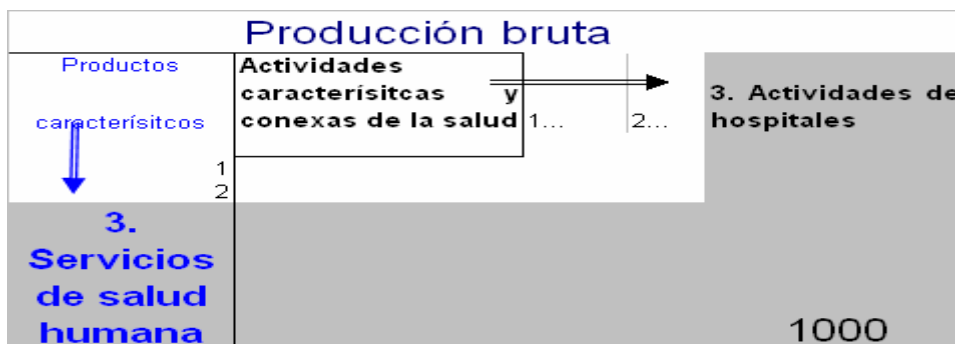
CUADRO 1. NOMENCLATURA DE ACTIVIDADES CARACTERÍSTICAS Y CONEXAS DE LA SALUD	
ACTIVIDADES CARACTERÍSTICAS	
1	Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios sanitarios, educativos, culturales y otros servicios sociales, excepto servicios de seguridad social
2	Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria
3	Actividades de hospitales
4	Actividades de médicos y odontólogos
5	Otras actividades relacionadas con la salud humana
ACTIVIDADES CONEXAS DE LA SALUD	
6	Fabricación de productos farmacéuticos y medicinales
7	Fabricación de equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortopédicos
8	Fabricación de instrumentos y aparatos para medir, verificar, ensayar, navegar y otros fines, excepto el equipo de control de procesos industriales
9	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico
10	Construcción de infraestructura hospitalaria
11	Otras actividades conexas (planes de seguros generales, Seguros de asistencia médica familiar (enfermedad y maternidad), Seguros de accidentes personales)
12	Comercio al por mayor y al por menor

De igual forma, se procede con los productos (los bienes y servicios que generan -o producen- las actividades:

CUADRO 2. NOMENCLATURA DE PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS DE LA SALUD	
PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS DE LA SALUD	
1.0.0.0	Servicios administrativos de la salud
1.1.0.0	Servicios de rectoría y administración de servicios de la salud
1.1.1.0	Servicios de rectoría
1.1.1.1	Servicios de dirección y conducción
1.1.1.2	Servicios de vigilancia de la salud
1.1.1.3	Servicios de regulación y calidad
1.1.1.9	Servicios de administración
1.1.2.0	Servicios de salud pública
1.1.2.1	Servicios de prevención
1.1.2.9	Servicios de comunicación, información y educación
2.0.0.0	Servicios de administración de planes de seguridad social de afiliación obligatoria
3.0.0.0	Servicios de salud humana
3.1.0.0	Servicios hospitalarios
3.1.1.0	Servicios hospitalarios
3.2.0.0	Servicios médicos y dentales
3.2.1.0	Servicios de medicina general y especializada
3.2.9.0	Servicios dentales
3.3.0.0	Otros servicios de la salud humana
3.3.1.0	Servicios proporcionados por comadronas, enfermeros, fisioterapeutas y paramédicos
3.3.3.0	Servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios hospitalarios
3.3.9.0	Otros servicios de la salud humana n.c.p. (incluye servicios de ambulancias)
PRODUCTOS CONEXOS DE LA SALUD	
4.0.0.0	Productos químicos inorgánicos
5.0.0.0	Productos farmacéuticos
6.0.0.0	Aparatos médicos quirúrgicos y aparatos ortopédicos
7.0.0.0	Artículos ópticos
8.0.0.0	Infraestructura de salud
9.0.0.0	Servicios de seguros de enfermedad y accidentes

cont... CUADRO 3. PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS Y CONEXOS DE LA SALUD							
CSS	DESCRIPCIÓN	SECTOR PRIVADO			SECTOR PÚBLICO		
		Super. Int de Cías	Hogares	ISFLSH	Gobierno Central	Gobierno local	Seguridad social
3.2.0.0	SERVICIOS MÉDICOS Y DENTALES						
3.2.1.0	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA						
	Áreas de salud del Gobierno Central				X		
	Áreas de salud del Gobierno Local					X	
	Centros Médicos	X					
	Médicos	X	X				
	Médicos y profesionales afines		X				
	Practicantes y asistentes médicos		X				
3.2.2.0	SERVICIOS DENTALES						
	Odontólogos	X	X				
	Dentistas auxiliares y ayudantes de odontología		X				
3.3.0.0	OTROS SERVICIOS DE LA SALUD HUMANA						
3.3.1.0	SERVICIOS PROPORCIONADOS POR COMADRONAS, ENFERMEROS, FISIOTERAPEUTAS Y PARAMÉDICOS						
	Personal de enfermería de nivel medio		X				
	Ayudantes de enfermería a domicilio		X				
	Ayudantes de enfermería en instituciones		X				
	Fisioterapeutas y afines		X				
3.3.2.0	SERVICIOS DE INSTITUCIONES RESIDENCIALES DE SALUD DISTINTOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS						
	Casa Cuna Gangotena Pozo				X		
	Asistencia Social Orfanato y Ancianato				X		
	Hogar de ancianos Lucila M. de Proaño				X		
	Hogar de ancianos y aislamiento				X		

Estas nomenclaturas permiten elaborar, presentar y analizar –de forma sistemática- la información. Así, si un hospital ha generado una producción de 1 000 unidades monetarias en servicios hospitalarios; las nomenclaturas, en la tabla de oferta y utilización de bienes y servicios, permite ver que:



Las transacciones (producción, importación, consumo, etc.),proviene de los “balances de bienes y servicios (llamados también “equilibrios oferta – utilización” que se elaboran en una ficha como ésta:

Producto: Servicios Característicos y conexos de la Salud						
Código de CSS: Global						
Fecha: Mayo de 2006						
Valores en miles de dólares						
VARIABLES	2003					
	Servicios de rectoría	Servicios de salud pública	Servicios de administración de planes de seguridad social de afiliación obligatoria	Servicios hospitalarios	Servicios de medicina general y especializada	TOTAL GENERAL
OFERTA:						
Producción bruta (pb)	73709	17998	111050	257666	316350	1131280
Importaciones cif	0	0		0	0	351696
Ajuste importaciones cif	0	0		0	0	12257
Derechos arancelarios	0	0		0	0	12398
Impuestos brutos sobre los productos	0	0		0	0	4009
Consumos especiales	0	0		0	0	0
IVA	0	0		0	0	4009
Subvenciones sobre los productos	0	0		0	0	0
Margenes comerciales:	0	0		0	0	90322
Consumo intermedio	0	0		0	0	6076
Consumo final	0	0		0	0	78313
Formación bruta de capital fijo	0	0		0	0	5933
Exportaciones	0	0		0	0	0
TOTAL OFERTA (pc):	73709	17998	111050	257666	316350	1601962
UTILIZACION:						
Consumo intermedio (pc)	0	0		0	0	37500
Valor básico	0	0		0	0	30623
Derechos arancelarios	0	0		0	0	801
Consumos especiales						0
IVA						0
Subvenciones						0
Margenes comerciales	0	0		0	0	6076
Consumo final de los hogares (pc)	2560	10156		153219	178641	990703
Valor básico	2560	10156		153219	178641	892749
Derechos arancelarios	0	0		0	0	9832
Consumos especiales	0	0		0	0	9758
IVA	0	0		0	0	51
Subvenciones	0	0		0	0	0
Margenes comerciales	0	0		0	0	1462
Gasto de consumo final del Gobierno General (pc)	71149	7842	111050	104447	137709	432609
Gasto de consumo individual	0	0	111050	104447	137709	353618
Gasto de consumo colectivo	71149	7842		0	0	78991
Formación bruta de capital fijo (pc)	0	0		0	0	92847
Valor básico	0	0		0	0	78898
Ajustes importaciones cif	0	0		0	0	2864
Derechos arancelarios	0	0		0	0	1194
Consumos especiales	0	0		0	0	0
IVA	0	0		0	0	3958
Subvenciones	0	0		0	0	0
Margenes comerciales	0	0		0	0	5933
Variación de existencias	0	0		0	0	3952
Exportaciones fob	0	0		0	0	44351
Valor básico	0	0		0	0	44351
Margenes comerciales	0	0		0	0	0
TOTAL UTILIZACION (pc)	73709	17998	111050	257666	316350	1601962
Fuente:		0		0		
Elaboración: Cuenta Satélite de la Salud						

Los equilibrios o balances, son trasladados a la tabla de oferta – utilización, que tiene la siguiente estructura:

TABLA DE OFERTA

2003

miles de dólares

Importaciones de bienes y servicios	Ajuste cif / fob	Industrias productos	1	6	7	8	PRODU. PRODUCTO O (pb)	Oferta total (pb)	Derechos arancelarios	Otros impuestos / productos	Impuesto al valor agregado (IVA)	Márgenes comerciales	Oferta total (pc)	
			Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud, excepto servicios de seguridad social.	Fabricación de productos farmacéuticos y medicinales	Fabricación de equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortopédicos	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico								
		Servicios de rectoría	73.709				73.709	73.709					73.709	1
		Servicios de salud pública	17.998				17.998	17.998					17.998	2
363.964		TOTAL	91.707	100.620	568	4.903	1.221.602	1.585.586	12.398		4.009	0	1.601.973	
							1.221.602	1.585.586					1.601.973	

En la que se obtienen los principales agregados del sector salud, desde la óptica de los bienes y servicios, es decir, de los productos y de las industrias.

Con menor detalle, se elaboran las cuentas institucionales (gobierno general, hogares, organizaciones no lucrativas), en las que, en una sistemática secuencia de cuencas, se generan los distintos saldos contables.

Las cuentas institucionales, se originan del cuadro de "cuentas económicas integradas" del marco central de la cuentas nacionales. La apertura del cuadro dependerá de la información disponible.

Cuentas Económicas Integradas																	
Cuentas corrientes																	
Empleos									Recursos								
Cuentas	Total	Bienes y servicios (recursos)	Resto del mundo	Total Economía	Gobierno general	Hogares	Sociedades no financieras	Códigos	Transacciones y otros flujos, stocks y saldos contables	Sociedades no financieras	Hogares	Gobierno general	Total Economía	Resto del mundo	Bienes y servicios (empleos)	Total	Cuentas
P								M	Importaciones de bienes y servicios								P
								X	Exportaciones de bienes y servicios								
ByS								Pb	Producción								ByS
								Ci	Consumo intermedio								
								Is/P	Impuestos sobre los productos (DA)								
								VAB/PIB	Valor agregado bruto /Producto interno bruto								
								M-X	Saldo de bienes y servicios con el exterior								
								Re	Remuneración de los empleados								
G								Is/P	Impuestos sobre los productos (DA)								G
								Is/Q	Impuestos sobre la producción								
								Subv	(-) Subvenciones								
								EBE	Excedente bruto de explotación								
								YM	Ingreso mixto bruto								
								RP	Renta de la propiedad								A
A								i	Intereses								
								d	Dividendos								
								SYP	Saldo de ingresos primarios /ingreso nacional bruto								
								Is/Y	Impuestos sobre el ingreso								
D								CSS	Contribuciones a la seguridad social								D
								PSS	Prestaciones de la seguridad social								
								Tc	Transferencias corrientes (total)								
								Yd	Ingreso disponible bruto								
								Tse	Transferencias sociales en especie								R
R								Yda	Ingreso disponible ajustado bruto								
								C*	Consumo final efectivo								
U								C	Gasto de consumo final								U
								S	Ahorro bruto								
								SCE	Saldo corriente con el exterior								

Un sistema de cuentas nacionales: OCDE

Es “equidistante” de los métodos descritos; con el enfoque Harvard, puesto que persigue –básicamente- obtener indicadores sobre el gasto y el financiamiento del sector salud; y, con el enfoque de las Cuentas Satélites de la Salud, pues buena parte de los conceptos, reglas contables y formas de registro, tienen ese origen.

Un rol central, tiene la clasificación diseñada (ICHA) para elaborar las cuentas de salud:

Clasific. Internac. para ctas. de salud - ICHA (resumen)		
Clasificación de la asistencia sanitaria por función - HC	Clasifi. industrias prestadores de asistencia sanitaria -HP	Clasific. de fuentes financiación de la asistencia sanit. -HF
HC 1 Servicios de atención curativa	HP 1 Hospitales	HF 1 Administración pública
HC 2 Servicios de atención rehabilitadora	HP 2 Establecimientos de asistencia residen. cial y en dependencia	HF 1.1 Administración pública, excluy. cajas segur. social
HC 3 Serv. asistencia dependencia largo plazo	HP 3 Prestadores asist. sanit. Ambulatoria	HF 1.2 Cajas de la seguridad social
HC 4 Servicios auxiliares de la asistencia sanitaria	HP 4 Venta por menor y otros proveedores de prod. médicos	HF 2 Sector privado
HC 5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	HP 5 Suministro y admin. de programas salud pública	HF 2.1 Seguro social privado
HC 6 Servicios de prevención y salud pública	HP 6 Admin. y seguros sanitarios generales	HF 2.2 Empresas priv. eguros (distintos de seguro social)
HC 7 Administración sanitaria y seguro médico	HP 7 Otras industrias (resto de la economía)	HF 2.3 Gasto privado de los hogares
	HP 8 Resto del mundo	HF 2.4 Instituc. sin fines lucro que sirven hogares (distintas del seguro social)
		HF 2.5 Empresas (distintas de las del seguro médico)
		HF 3 Resto del mundo

tomado de: http://ec.europa.eu/health/ph_information_dissemination/hsis/hsis_10_es.htm#

En este método se recomienda, también, construir una tabla de oferta – utilización:

Table 8.3. SHA input-output table (part 2)

Resources	Total uses in purchasers' prices	Taxes on products minus subsidies on products*	Providers of health care services and goods					Other producers	Total economy	Exports of health care goods and services	Final consumption expenditure: Households NPISHs Govern
			Total	Principal producers	Secondary producers	Occupational health care	Private households (home care)				
Goods and services uses:			Intermediate consumption								
Health care goods and services by function											
HC.1 Services of curative care											
HC.2 Services of rehabilitative care											
HC.3 Services of long-term nursing care											
HC.4 Ancillary services to health care											
HC.5 Medical goods dispensed to out-patients											
Total personal health care											
HC.6 Prevention and public health services											
HC.7 Health administration and health insurance											
Total health care services and goods											
Other products											
Total											
Total gross value added/GDP											
Compensation of employees											
Taxes on products											
Other taxes on production											
Subsidies on products											
Other subsidies on production											
Operating surplus, net											
Mixed income, net											
Consumption of fixed capital											
Operating surplus, gross											
Mixed income, gross											
Total											
Labour inputs											
Gross fixed capital formation											
Stock of fixed assets, net											

(*): Including trade and transport margins which are of negligible magnitude for health care services and goods for final use.

Y, además, hay una gran preocupación por armonizar las elaboraciones y los resultados; así se generan documentos para aplicarlas en el marco del “programa estadístico comunitario”, de la UE.

Así, se declara que “...Eurostat recopilará... siguiendo el marco definitorio del SCS, un «Conjunto Mínimo de Datos» sobre gasto sanitario... A efectos del SCS, se entiende por Conjunto Mínimo de Datos (CMD) aquel que todos los países deben proporcionar para que puedan compilarse indicadores de rendimiento en el tiempo basados en el SCS. El CMD se compila a partir de los datos brutos que producen los sistemas nacionales de salud. El marco conceptual para el CMD y para un conjunto de indicadores sobre el rendimiento del sistema sanitario ha sido desarrollado mediante el proyecto de Eurostat, coordinado por el instituto BASYS, Health Accounts (SHA) in the EU: Definition of a Minimum Data Set and of Additional Information needed to analyse and evaluate SHA...”

VI. La caja de herramientas

La caja de herramientas a disposición de los contables de la salud, para facilitar su labor, del contable de la salud, debería contener:

- Elementos de teoría económica;
- Elementos de teoría de la economía de la salud;
- Manuales especializados;
- Fundamentos de teoría estadística;
- Fundamentos de técnica contable
- Nomenclaturas y clasificaciones
- Datos estadísticos e información sobre el diseño y características del levantamiento
- Otras destrezas: ofimática, idiomas, etc.

En muy raras ocasiones están disponibles todos los elementos señalados; por ello, la conformación adecuada de equipos es crucial, aunque, suelen presentarse dificultades debido a que la asignación de recursos a las actividades estadísticas no tiene la

primera prioridad: en investigaciones de campo, en talento humano, en tecnología y en facilidades operacionales. En otros casos, por descuido del contable, se omite la aplicación de elementos teóricos relacionados con su área de trabajo, no se analiza las cifras de base y "su modo de empleo", etc.-.

En relación al soporte teórico de las CES, aparentemente, no se ha desarrollado un trabajo específico, se asumiría que el <<background>> macroeconómico de las cuentas nacionales -del SCN 1993- y los principios de la "economía de la salud, cobijan por igual a todos los enfoques.

Si bien, en la práctica no es fácil encontrar textos –o referencias- sobre la teoría económica que sustente las CES, las políticas a impulsar son, por lo general, explícitas en los manuales. De todos modos, muy pocos documentos recientes abordan el tema desde una óptica estrictamente teórica; esto, seguramente, se explica al analizar el origen del desarrollo reciente de esta disciplina: los técnicos regionales vinculados a su avance, vienen, con muy pocas excepciones, de la contabilidad nacional: hicieron escuela en el *marco central*, dominaron su teoría y su praxis y, luego, con gran dinamia individual (potenciada por la del SCN, en fase de instalación – y, por tanto, de auge- en la Región), migraron hacia el "análisis satélite".

Aquello, "en latinoamericano", significaría que "ficharon" para equipos de mesoeconomía³⁵, especializándose en el área de la contabilidad de la salud³⁵; simbiosis que, con certeza, beneficiará a las dos disciplinas, a la economía descriptiva y a una mejor gestión de la economía de la salud, con *filtraciones* a las ciencias de la salud.

Parece prudente, entonces, partir de la siguiente hipótesis: se ha avanzado en la elaboración de las cuentas de la salud, se conoce directivas para su elaboración; sin embargo, no estaría siempre claro para los elaboradores ¿por qué y para qué calcularlas?

Ilustrando este argumento, mediante sistema de ecuaciones simple ³⁶ (que resume el marco central del SCN), se tiene:

$Y = C + I$ $Y = C + S$ $C + I = C + S$ $S = I$

El modelo representa con ecuaciones un esquema teórico y contable; como se conoce, expresa la noción de equilibrio *ex post* de la economía y resume el cierre financiero de un sistema económico (un país) que se expresa en la contabilidad nacional; desde esa óptica, describe los siguientes equilibrios macroeconómicos:

- o las ecuaciones de oferta agregada y demanda agregada de la economía

$$Y = C + I \equiv \text{PIB} + M = C + I + X$$

- o El arbitraje (en realidad arbitraje intertemporal) consumo – acumulación (que en el corto plazo se traduciría en ahorro);

$$\Upsilon = C + I = C + S = \Upsilon$$

- o El equilibrio contable, implícito a la contabilidad nacional;

$$\text{PIB} + M \equiv \text{CF} + I + X$$

³⁵ Esta palabra se la utiliza con este sentido: **meso-**. 1. elem. compos. Significa 'medio' o 'intermedio'. *Mesodermo, mesozoico. DRAE; XXII edición;*

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?TIPO_HTML=2&TIPO_BUS=3&LEMA=meso

- El "cierre financiero" de la contabilidad nacional y el arbitraje del sector real de la economía: \pm ahorro nacional financiamiento.

$$S \neq I (-)$$

Necesidad o (+) capacidad de financiamiento (interno o externo)

¿De esta vertiente surgen las cuentas económicas de la salud? Al parecer, así es; de todos modos estaría por "afinar" un *submodelo* que explique "su existencia" y diseñar las modelizaciones (contables, al inicio) que la prolonguen.

En el análisis de oferta y demanda de servicios de salud, se podría –fácilmente– introducir parámetros que permitan evaluar el impacto directo de ciertas medidas de política. Así, calculando multiplicadores hacia atrás, se observaría los requerimientos de personal, insumos nacionales e importados, inversión. Y, hacia adelante, el incremento del consumo final... Con ecuaciones ad hoc, se puede calcular el impacto sobre el empleo, la educación, etc., en la economía nacional. Es posible que ya existan aplicaciones de este tipo; de ser así, es claro que no han permeado hacia los *contables de la salud*. Esto, por una causa que se ha reiterado: pocos documentos recientes, relativos a las CES, abordan el tema desde una óptica estrictamente teórica: seguramente por lo reciente del desarrollo de esta meso disciplina (cuentas económicas de la salud).

Recuadro 6. *En economía de la salud no caben utilizaciones lineales **

La propuesta de utilización de las CES, utilizando las tablas de insumo producto del SCN, generó esta réplica (absolutamente pertinente):

"En esa lógica hay un sesgo que no incluye las preocupaciones de la de economía de la salud. Hay muchas interpretaciones, pero queda la impresión que lo específico de la SALUD (así con mayúsculas) es:

a) La demanda de prestaciones de salud es incierta. Lo específico de las enfermedades es que, tanto la ocurrencia, la magnitud del trauma y los gastos son inciertos. Además, es necesario tomar en cuenta que el costo de las enfermedades catastróficas puede ser un factor relevante para ocasionar pobreza en los hogares.

b) Existe asimetría de información en los mercados de salud... La oferta (profesionales) domina a la demanda (pacientes) en los mercados de servicios de salud (prestaciones) por la asimetría de información entre ellos. También los mercados de seguros son imperfectos puesto que las empresas aplican criterios de selección de riesgos.

En muchos países los seguros privados rechazan los casos riesgosos los cuales son asumidos por el sector público, con sus efectos sobre los costos y el gasto fiscal. En esta medida se provoca exclusión de personas a los seguros y servicios de salud lo que genera inequidades.

c) Permanentes cambios en la estructura de la oferta y la demanda de servicios de salud: así, las transformaciones objetivas ocurridas en las poblaciones son: i) el incremento de los costos de la salud ocasionado por la velocidad de la innovación tecnológica en insumos (medicamentos, especialmente), procedimientos y equipos tensiona los presupuestos fiscales y los de los hogares ii) el envejecimiento poblacional (importante en países de desarrollo medio y alto) genera problemas a los sistemas de aseguramiento por la mayor demanda de prestaciones relacionada con el aumento de la edad, iii) la transición epidemiológica crea problemas de equidad en tanto se genera exclusión de algunos grupos para acceder a los tratamientos efectivos de las enfermedades crónicas o degenerativas.

El desafío consiste entonces en evitar que los sistemas de salud creen nuevos mecanismos de exclusión por no considerar tales situaciones. Las "cuentas" ¿deberían colaborar con esto no?

Comentario formulado por Rafael Urriola U. (FONASA.cl)

Cabe otra digresión: América Latina ha avanzado mucho en las elaboraciones, desde temprano en los ochenta, se encuentra cálculos sobre el financiamiento de la salud; una década más tarde, se inicia una "desordenada sistematización" en las elaboraciones, la que culmina en un enredado orden. En el "multiportal" sugerido debería poder localizarse la mayor parte del material escrito en la región; material multilingüe y diverso, permitiría ubicar manuales; handbooks; indicadores; y, utilizaciones potenciales...

Recuadro 7. Buscar la síntesis y aprovechar la diversidad...

"The LAC Region has made great strides in the systematic estimation of health accounts, [using a diversity of methodologies](#) but creating greater documentation that allows for basic comparability of estimates. To date, most countries have carried out health accounts estimation at least once (estimation of national health care expenditures and sources of financing), up from 15 countries in 1999. Currently, most countries in the region have conducted at least an annual estimate of health accounts, several countries having estimates for more than five years or periods. However, there are still 8 countries in the region which have not undertaken comprehensive health accounts estimations, and most of these are in the Caribbean"*.

Cf*"Working Group on Health Accounts (HA)/National Health Accounts (NHA). Coordinated Action Plan for Development of Health Accounts (HA) in Latin America and the Caribbean (LAC): 2002-2004"; *Share Agenda for Health in the Americas*; *Inter-American Development Bank (IDB)*; *Pan American Health Organization (PAHO)*; *U.S. Agency for International Development (USAID)* *World Bank (WB)*; *Working Group on Health Accounts (HA)/National Health Accounts*; *(NHA) Coordinated Action Plan for Development of Health Accounts (HA) in Latin America and the Caribbean (LAC): 2002-2004; p. 1 (información a junio 2003).*

http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/sah_action_plan_2002_2004.pdf

VI.1 Las bases para la armonización

Las elaboraciones se inician en los años *sesenta – setenta*. En la década de los noventa es particularmente rica la discusión sobre el tema; en la primera década del siglo, empiezan a publicarse manuales de organismos multilaterales y de países. Pasará tiempo, un quinquenio probablemente, hasta que éstos sean pensados, reformulados, divulgados, asimilados y aplicados; por tanto, eventualmente, continuará algún "desorden" que puede "ordenarse", si se tiende puentes entre las metodologías y se precisan y clarifican las utilizaciones. Pero, ese "desorden" podría desordenarse, si el menú de métodos sigue siendo tan rico y diverso, espacio que sólo cabe en las fases de investigación y desarrollo de aplicaciones.

VI.2 La utilidad del desorden...

Es preciso valorar y analizar aquello que aquí se ha denominado "desorden"; primero, éste es parte de la biografía de todo sistema descriptivo –incluso, de todo nuevo conocimiento sistematizado- que, generalmente, realiza la secuencia:

- surgimiento de ideas individuales → difusión (si sobrevivieron);
- confrontación entre concepciones "rivales" (similares o no)
- proceso de decantación de conceptos;
- acuerdos.

El proceso, que puede tomar años, se colma, al fin, con *hechos positivos*. En el caso de la salud, esto estaría en marcha:

- ⌘ El marco central del SCN 1993 y la arquitectura de las CES se han retroalimentado mutuamente;
- ⌘ El análisis del gasto y el financiamiento ha acumulado experiencia;
- ⌘ La cobertura estadística y conceptual del sector salud se ha enriquecido;
- ⌘ Los profesionales de ambas disciplinas han razonado en el área de su interlocutor;
- ⌘ Se han analizado y clasificado, en las dos orillas, los procesos técnicos y financieros, acumulando conocimiento en ambas esferas;
- ⌘ Se ha identificado mejor, los servicios característicos, conexos y auxiliares de la salud y de la contabilidad financiera y presupuestaria;
- ⌘ Se ha identificado los sectores institucionales y la lógica y dinámica del financiamiento;
- ⌘ En las cuentas de la salud se conoce la esfera financiera y de creación de valor: tareas relativas a la prestación de servicios de prevención, curación y rehabilitación de la salud (o su mejoramiento continuo);
- ⌘ Esos procesos, de algún modo, se han "estructurado" mediante "cuentas": se ha visto, probablemente, que la salud no es sólo recursos financieros: lo que redundará en mejores políticas públicas y mejor decisiones;
- ⌘ Se ha contribuido a mejorar el marco cuantitativo del *análisis mesoeconómico de la salud*, acrecentando la exactitud de las proyecciones y simulaciones; simultáneamente, se ha trabajado en las estadísticas de base, su desarrollo y armonización;
- ⌘ Y, se ha mejorado la posibilidad de realizar comparaciones internacionales. Este proceso culminará con una estandarización.

Sin embargo, en América Latina, cabe preguntarse, hacia dónde irá la normalización, sabiendo que los países de la Unión Europea han trabajado en esa dirección y han culminado con una directriz común –seguramente dinámica– ¿Qué sucederá "ultramar"?

Recuadro 8.

Sobre la profesión, ¿un debate banal: cuentólogos, contables o cuentistas?

¿Trivial, pero útil?: en la Región se da distintas denominaciones a los especialistas en cuentas nacionales. Si bien, ese no es el "debate fundamental", hoy que la contabilidad nacional trasciende, con dinamismo propio, a otros ámbitos, conviene –casa adentro– ilustrar el tema: "**cuentólogo**", muy utilizado en varios países –más bien al Sur– no existe en el DRAE y es, "un poco", sinónimo de "cuentista", hacia el Norte.

"**Contador**" es el vocablo más genérico y tiene como quinta entrada "específica" el nombre "**contable**".

Finalmente, se admite la posibilidad de que existirían "contables cuentistas".

En el DRAE (XXII edición, en línea) se encuentra. Estos los resultados:

o "**Aviso**: La palabra **cuentólogo** no está en el Diccionario.

o **Contable**. (Del lat. *computabilis*). 1. adj. Que puede ser contado. 2. adj.

Pertenciente o relativo a la contabilidad. 3. com. tenedor de libros. ~ **de libros**. 1. m. y f. Persona encargada de llevar los libros de contabilidad.

o **Cuentista**. 1. adj. coloq. Dicho de una persona: Que acostumbra a contar enredos, chismes o embustes. U. t. c. s. 2. com. Persona que suele narrar o escribir cuentos.

3. com. coloq. Persona que por vanidad u otro motivo semejante exagera o falsea la realidad".

¿Será "contable nacional" la denominación correcta?

VI.3 La literatura existente

Varios países han publicado metodologías nacionales: documentación valiosa que se difunde rápidamente gracias a la visibilidad desarrollada en esta área.

El BID ha traducido el Manual "Sistema de Cuentas de Salud" de la OCDE³⁶/ numerosos estudios nacionales, aportan detalles sobre el método y proveen información sobre las particularidades del sector. Una oportuna y rica serie de *papers* está disponible en Internet.

La *Harvard School of Public Health* de la Universidad de Harvard, ha desarrollado aplicaciones que integran la noción de "fuente y usos de fondos", conceptualmente muy próximas a las de la contabilidad nacional; ha desarrollado, también, un *software* que permite capacitar al personal, elaborar y criticar las cuentas y establecer dónde se requiere información.

Las Cuentas Satélites de la Salud tienen amplio respaldo en la vasta literatura del SCN.

Todas buenas noticias. Hay también inconvenientes: subsiste un debate –implícito o explícito [que hace parte de lo que aquí se ha denominado "confrontación entre concepciones "rivales" (similares o no)].

Aparentemente, se debe, primero, definir un menú de necesidades (información, capacitación,...), y luego, al superarlas, evaluar el desempeño del sector, tanto desde la esfera real y como desde la financiera; que, por otro lado, sea útil y eficaz para la realización de simulaciones y proyecciones.

Resulta fuerte decirlo: la caja de herramientas del contable de la salud está –aun- semi llena... Si es así, ¿cómo se llenarla?... ¿Y por qué no está completa?: seguramente, debido a que se ha segmentado el desarrollo de aplicaciones debido a que su concepción no fue simultánea ni en el tiempo ni el espacio, lo que, de hecho, facilitó una suerte de autarquía tempo-espacial que, finalmente, impidió el diálogo. Una vez maduros los sistemas, el renunciamiento es más complicado.

Analizando el material metodológico existente, se puede decir, primero, que se constata aislamiento en la aproximación técnica, lo que, de partida, es ya un problema: cada enfoque tiene una especialización.

Por otro lado, en la jerga del contable nacional, generalmente se diferencia entre "manuales" y "handbooks". Una vez superado el *shock* por el anglicismo, se advierte la utilidad de la distinción: los "manuales" describen las bases teóricas, los vínculos con la macroeconomía (y deberían hacerlo, con la economía de la salud), la justificación conceptual de las cuentas; los principios de registro, etc.; en síntesis, son la "academia".

Los "handbooks" analizan las características de las estadísticas, su crítica, su proceso, sus falencias; en resumen, los "handbooks" son útiles para lo que, generalmente, se denomina "la cocina" de las cifras.

³⁶ *Sistema de Cuentas de Salud*; ©Banco Interamericano de Desarrollo, 2002 ©BID 2002; traducción del manual publicado originalmente en francés e inglés con los títulos: *Système de comptes de la santé* © OECD, 2000; *A System of Health Accounts* ©OECD, 2000; Sistema de cuentas: versión 1.0 / [por Manfred Huber]. En adelante: "Sistema de Cuentas de Salud; OCDE – BID. 2002"

En español existirían más manuales de *cuentas económicas de la salud*, de lo que se supone; no se encuentra *handbooks* que, una vez asimilada la teoría, son de consulta frecuente. Cabría, pues, trabajar en esa dirección. Por ejemplo, el proyecto de manual de la OPS, pone excesivo énfasis en la "parte satélite", en sacrificio de la "salud" y la descripción de su problemática. La OCDE ha trabajado con ahínco este tema: ha publicado un manual y un *handbook* (éste, "con especial énfasis en los países de ingresos medios y bajos").

Es un hecho que la demanda por información sistematizada sobre el gasto y el financiamiento de la salud es una prioridad del sector y la economía descriptiva debe satisfacer esa demanda.

Con frecuencia se argumenta que la síntesis entre estos sistemas no se produce porque hay diferencias de escala: mientras el SCN reporta lo macro, el SCS, enfatiza estructuras institucionales al interior de los sistemas de salud. Hay experiencias similares en otras actividades; el hecho de que ambos instrumentos descriptivos ocupen espacios diferentes, sólo puede ser interpretado como una razón adicional que facilite la integración

VII. La visibilidad de las elaboraciones

Sobre este tema crucial, el balance es satisfactorio: en general, es evidente que se ha generado abundante material; y, además, gran parte se ha difundido en archivos digitales. La OPS ha liderado un enriquecedor proceso de discusión metodológica y difusión de resultados.

Seguramente, dado que todavía las CES se encuentran en un *proceso formativo*, el "desorden" proviene del *contenido*. Más allá de la visibilidad de las cifras, es claro que no existen publicaciones analíticas de la metodología aplicada, del contenido y fuente de los datos estadísticos y de las utilizaciones de resultados.

Cabe, pues, un análisis del entorno general de las cuentas económicas de la salud.

Prescripción 7. Un análisis complementario

Se requiere un análisis del entorno de la *superestructura* de las CES, para, vista la presencia de numerosos estudios y datos, extraer conclusiones sobre su contenido; esto es, analizar la influencia y las relaciones de las CES con la ciencia económica, las ciencias de la salud: si la realidad es poliédrica, el estudio de la salud debería ser holístico.

En el caso de las CSS, aun no se evidencian "las mejores utilizaciones" que, de hecho, se enrumbarán por auscultar aspectos tan trascendentes como sistematizar el análisis sobre diseño y la evolución de los sistemas de salud; y, de apoyo a la evaluación de la eficiencia y la eficacia de las acciones llevadas a cabo por el sector salud. Se orientará también, con certeza, a caminar por el "*síndrome del contador*": evaluar si, en efecto, se redujeron los costos en el sector.

Además, aparecerá pronto "un desarrollo hacia afuera" de este instrumento de medida que permitirá compararse con otros países; y, se consolidará el "desarrollo hacia adentro", determinando que las cuentas sean, efectivamente, instrumentos de gestión que permitan tomar decisiones: se superará así una eventual orientación extremadamente cuantitativa.

Prescripción 8. **Multiportal**

Se necesita potenciar el valioso acervo de información que se ha creado; esto podría realizarse mediante la creación de un "multiportal" que ordene por tema – multilingüe-, metodología, resultados, utilidades, etc., y, por fecha de aparición. Actualmente, todos los documentos tienen el mismo "peso", sin importar la fecha de difusión.

Cabe recordar que la OCDE, instaló –en la fase de estandarización- un sitio Web de "ínter consulta" (desde 1997), como apoyo a las reuniones de los técnicos que discutían el nuevo manual –*Sistema de Cuentas de la Salud*-. Se instaló, también, una "línea caliente"^{37/} :

"1.21 Esta página de Internet proporciona acceso a material adicional útil que acompaña este manual como sugerencias y lineamientos para la implementación; una fe de erratas para este Manual de SCS; información sobre resultados de implementaciones piloto; convocatorias de reuniones, formatos de tablas estándar en blanco en formato Excel etc. Adicionalmente, esta página provee acceso a un boletín/ cartelera para discusión entre usuarios del manual y para comunicación con el Secretariado de la OCED (sic). Todos los usuarios de este manual están invitados a jugar un rol activo en el futuro desarrollo del manual y para contactar las fuentes de información antes mencionadas"^{38/} /.

Por otro lado, en la Región, CEPAL y otras instituciones multilaterales y nacionales, han trabajado mucho en el ámbito de la difusión, implementación y uso del SCN93, el que se va *absorbiendo* por parte de elaboradores y usuarios: la fuerza conceptual y la inercia del Sistema se consolidaron suficientemente como para propiciar avances con otras herramientas de la economía descriptiva: las cuentas nacionales de la salud, aparentemente, aprovecharon esa dinámica; esto explicaría el "despegue" que han experimentado en el pasado reciente.

Asimismo, los grupos regionales de *economistas de la salud*, entre otras cosas, van apuntalado el aspecto cuantitativo de su disciplina. Sería el momento, entonces, de potenciar –de modo ordenado- ese impulso. Una acción en ese sentido, podría ser mejorar la coordinación e información entre los países, capacitar formadores y, de más largo aliento, crear el "multiportal" que integre el gran material que hoy circula en la Red: visible y abundante, pero disperso...

VIII. El apoyo internacional

El apoyo prestado a las CES en América Latina, difícilmente tendrá parangón en otros continentes; cuatro agencias internacionales han reunido esfuerzos para hacerlo y eso, en el actual contexto aquello es "casi un privilegio". De allí el avance registrado en cuanto a elaboraciones, seminarios, intercambios, etc.

El esfuerzo ha sido razonado: hay preocupación por abrir el sector y buscar convergencia con el material obtenido y las prácticas en otros sectores relacionados; así, se observa, el afán por proceder con conceptos estandarizados de otros campos

^{37/} En el Manual Sistema de Cuentas de la Salud, figura: "1.20 Agencias estadísticas nacionales y otros usuarios del manual pueden contactar el Hotline del SCS en sha.contact@oecd.org para hacer preguntas y comentarios. El siguiente sitio de Web del OCED es dedicado a discusiones adicionales de cuentas de salud y para el intercambio de experiencias prácticas obtenida durante la implementación del SCS: <http://www.oecd.org/els/health/sha.htm>"; OCDE, op. cit, p. 15

^{38/} Ibidid

estadísticos; se impulsa desarrollos nacionales sin perder de vista las comparaciones internacionales; de igual modo se ha procedido en el ámbito de los modelos de gasto y de financiamiento de la salud, derivados del SCN³⁹.

Como se anotó, un factor determinante, para que varios países hayan emprendido – entre los años 2000 y 2004- estudios y estadísticas de la salud fue la *Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe* (ver Anexo IV⁴⁰).

De pronto, todo el gran trabajo que hay en el sector, la dinámica propia de los distintos proyectos impide acometer *en el frente* de la coordinación estadística: recuérdese que la revisión que culminó con el SCN 1993, comenzó en 1977, dieciséis años antes; eso, actualmente, puede ser mucho tiempo a perder...

IX. Conclusiones

En este acápite se recopilan las "prescripciones" que figuran en el estudio; éstas han sido ligeramente "editadas".

- Las CES se están desarrollando rápidamente, para hacer un seguimiento de su desarrollo es preciso que una institución con suficientes "contactos" en el campo estadístico e influencia en este área, pueda generar y coordinar su desarrollo; si CEPAL asume esa tarea, sería ampliamente beneficioso para las CES y para los países que realicen las elaboraciones.
- Es imprescindible precisar la frontera de la producción de las CES; además, se requiere una definición "acotada" de la frontera del consumo. Quizá conviene, además, analizar el cumplimiento efectivo de las nomenclaturas definidas en este campo.
- Parece necesario fortalecer las utilizaciones de las *cuentas económicas de la salud*, a fin de *estimular la discusión de sus métodos y potencialidades*; surgirá, así, la necesidad de tender puentes entre las opciones metodológicas existentes, pues sus resultados son -necesariamente- complementarios.
- No se encuentran menciones a la teoría macroeconómica –o, en rigor, mesoeconómica- que sustenta este instrumento descriptivo. Su adopción –desde la macroeconomía y la economía de la salud-favorecería el avance de las CES. Es preciso estructurar una base teórica que sustente las CES.
- En pocos casos se va más allá de enunciar que estas cuentas se calculan para "la definición de políticas" y, cuando se lo hace, por lo común se trata de enunciados que no precisan la modalidad para llevar a la práctica esos instrumentos descriptivos: ¿para qué las CES?, es un punto por precisarse. Cabe, de cualquier modo, clarificar e enriquecer las utilizaciones de las CES
- Se requiere consolidar la producción de literatura que apoye la reflexión sobre la construcción y la utilización de las cuentas de la salud. En las cuentas nacionales,

³⁹ Para observar por país, ver:

<http://www.lachsr.org/documents/countrystudiesonhealthcareexpenditureandfinancinginlatinamericaandthecaribbeanre-EN.pdf>

⁴⁰ Ver al respecto Anexo II y Anexo III. Consultar, la siguiente URL:

<http://www.lachsr.org/documents/countrystudiesonhealthcareexpenditureandfinancinginlatinamericaandthecaribbeanreEN.pdf>

esto no sucedió pues la teoría económica "ya estaba escrita" o, en varios aspectos, economía descriptiva y macroeconomía recorrieron juntas un – mutuamente- beneficioso camino. En ese sentido, las *CES deben completar el circuito*.

- Se requiere un análisis del entorno de las CES, para, vista la presencia de numerosos estudios y datos, extraer conclusiones sobre su contenido.
- Se necesita potenciar el valioso acervo de información que se ha creado; esto podría realizarse mediante la creación de un "multiportal" que ordene por tema – multilingüe-, metodología, resultados, utilizaciones, etc., y, por fecha de aparición. Actualmente, todos los documentos tienen el mismo "peso", sin importar la fecha de difusión.

Anexo I. Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe

- 1** Metodología Para El Monitoreo Y La Evaluación De Los Procesos De Reforma Sectorial En América Latina Y El Caribe. (Español E Inglés)
- 2** Línea Basal Para El Monitoreo Y La Evaluación De Das Reformas Sectoriales En América Latina Y El Caribe. (Español E Inglés)
- 3** Análisis Del Sector Salud En Paraguay (Versión Preliminar). (Español Solamente)
- 4** Centro De Información Y Análisis Sobre Reforma Del Sector De La Salud. (Español E Inglés)
- 5** Informe De Relatoría – Foro Regional Sobre Mecanismos De Pago A Proveedores (Lima, Perú, 16-17 De Noviembre De 1998). (Español E Inglés)
- 6** Indicadores De Medición Del Desempeño Del Sistema De Salud. (Español Solamente)
- 7** Mecanismos De Pago A Prestadores En El Sistema De Salud: Incentivos, Resultados E Impacto Organizacional En Países En Desarrollo. (Español Solamente)
- 8** Cuentas Nacionales De Salud: Bolivia. (Español Solamente)
- 9** Cuentas Nacionales De Salud: Ecuador. (Español Solamente)
- 10** Cuentas Nacionales De Salud: Guatemala. (Español Solamente)
- 11** Cuentas Nacionales De Salud: México. (Español Solamente)
- 12** Cuentas Nacionales De Salud: Perú. (Español Solamente)
- 13** Cuentas Nacionales De Salud: República Dominicana (Versión Preliminar). (Español Solamente)
- 14** Cuentas Nacionales De Salud: Nicaragua. (Español Solamente)
- 15** Cuentas Nacionales De Salud: El Salvador (Versión Preliminar). (Español Solamente)
- 16** Health Care Financing In Eight Latin American And Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network. (Inglés Solamente)
- 17** Decentralization Of Health Systems: Decision Space, Innovation, And Performance. (Inglés Solamente)
- 18** Comparative Analysis Of Policy Processes: Enhancing The Political Feasibility Of Health Reform. (Inglés Solamente)
- 19** Lineamientos Para La Realización De Análisis Estratégicos De Los Actores De La Reforma Sectorial En Salud. (Español Solamente)
- 20** Strengthening Ngo Capacity To Support Health Sector Reform: Sharing Tools And Methodologies. (Inglés Solamente) Estabilidad Y Remuneraciones El Personal De Salud Del Ecuador A Inicios Del Siglo XXI; Quito, Ecuador; Marzo De 2004; Publicaciones de la Iniciativa Regional De Reforma Del Sector; Salud En América Latina y El Caribe; p. 181 in:

* * / Tomado de (en el documento original, figura con mayúsculas):

<http://www.lachsr.org/documents/estabilidadyremuneracioneselpersonaldesaluddelecuadorainici osdelsiglox vi-ES.pdf>

Anexo II. Status of Health Account in Latin America⁴¹



⁴¹ / Ninguna de estas fuentes han sido verificadas, vistas las fechas de las referencias muchos trabajos pueden haberse reimpresso o tenido nuevas ediciones revisadas. En todo caso, las publicaciones enunciadas vienen sin ninguna edición de la fuente citada. Se formula esta precisión pues, al menos en un caso, se ha verificado un cambio de esa naturaleza.

Status of Health Accounts in Latin America and Caribbean

Argentina	<p>Argentina has produced two HA estimates. The first was based on a combination of the NHA/Harvard and SHA frameworks, conducted by ISALUD. The second used a combination of SNA and SHA concepts, classifications and methods (including input/output matrices), presents 1997's estimates and projections for the year 2000 (MOH, Ministry of Finance and National Statistical Office). The later was developed with support from the WB, with technical assistance from PAHO.</p> <p>PAHO: Ongoing support through the Caribbean Initiative. WB: Funds from a Japanese grant may be used to up-date or support institutionalization of HA.</p>
Bolivia	<p>Bolivia recently completed its third round of estimates. Bolivia was part of the initial 1997 USAID-financed LAC HSRI study based on Harvard/NHA and SNA approaches. There is an initiative to up-date estimates using standard HSFA and/or SHA approaches, and to develop HA estimates at the provincial and municipal levels. Up date estimates on national health expenditure and financing accounts (NHEA) are included as part of a report on preparing a Country Cooperation Strategy (CCS) being programmed for August 2003.</p>
Brazil	<p>Brazil has several studies of health expenditures and financing. While most studies were HSFA or components of PSEER, a 1989 study used the SNA framework--a quasi-satellite account. The National Statistical Office (IBGE) is interested in producing an up-dated HSSA. The MOH is interested in developing up-dated estimates on health expenditure and financing at the National and State/Local levels, along the lines of HSFA, or SHA studies.</p> <p>PAHO: TA, ongoing basis. WB: May provide financial support for health accounts to the MOH.</p>
Chile	<p>Chile has had several studies of health expenditures and financing. Recent estimates on health expenditure and financing were based on the Harvard/NHA table presentation. Extension of the study will include the harmonization of concepts and classifications with the Central Bank's National Accounting System (SNA); harmonization with input-output tables; and development of HA at regional/provincial levels.</p> <p>IDB: May support further work on health sector financing studies. PAHO: Will support extensions of the HA/NHA study.</p>
Colombia	<p>Colombia has had several health expenditure and financing studies in the past. Revised and up-dated estimates for the years 1993-1999 were developed using Harvard/NHA model and SHA approaches with IDB support. There is a recent Health Sector Financial Analysis (HSFA) report with estimates on public expenditure/financing, including the social insurance system, to the year 2000 developed with PAHO support.</p> <p>IDB: Technical cooperation grant includes support to the National Statistics Department for strengthening of the national accounting system, including development of HA. PAHO: TA, ongoing basis.</p>
Costa Rica	<p>Costa Rica has had some studies of health expenditures and financing, but no detailed health accounts. Estimates for 1998 (using the OECD methodology) were produced by a private research group. The Central Bank will develop HA/NHA as part of their National Accounts System (SNA 1993). They produced a document on Satellite Accounts (HSSA). A new Expenditure and Financing Unit/Department have been created at the Ministry of Health (May 2003). This new unit was to assume responsibilities for coordination of the work on national health expenditure accounts and national health accounts in COR.</p> <p>PAHO: Ongoing TA and training. Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America. WB: Funding for NHA has been made available under WB loan effective before October 2002.</p>
Cuba	<p>Cuba has some studies of health expenditures and financing, focusing on public expenditures. They have begun producing health accounts using SHA and SNA approaches. A HA/NHA working group has been created at the MOH. Cuba prepared a report on National Health Accounts: The Value Added of the Health Sector. Cuban is interested in developing Human Resources National Accounts. PAHO will provide technical assistance by providing information on international experts working in this field.</p> <p>PAHO: Work on HA/NHA is part of work program 2002-3. Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America. WHO: Offered support in providing TA.</p>

Dominican Republic	<p>National health care expenditure and financing studies were conducted by national groups as part of WB sponsored PSER in the late 1980s and early 1990s. Estimates for 1997 were produced as part of the USAID-financed LAC HSRI study using the Harvard/NHA approach. USAID supported development of a National AIDS Account Study (health expenditure and financing, through SIDALAC/Mexico). There is continued interest in promoting further development of HA/NHA.</p> <p>PAHO: Ongoing support; included in the pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>IDB/WB Could possibly finance up-dating of HA/NHA estimates.</p>
Ecuador	<p>Ecuador has several health expenditure and financing studies. The latest study, for 1997, was developed using the Harvard/NHA approach under the USAID-financed LAC HSRI. MOH is to decide on the methodological approach for up-dating health expenditure and financing data, and for developing NHA indicators.</p> <p>IDB: Discussed health accounts with MOH and requested a proposal. Study on Social Investment/Spending to include estimates of national health care expenditure and financing.</p>
El Salvador	<p>El Salvador conducted its first study as part of the 1997 USAID-financed LAC HSRI using the Harvard/ NHA model. They have completed several additional rounds of estimates. Institutionalization of NHA may be an issue. Expenditure and financing estimates for 1996-2001 were presented at a national Seminar (May 28-03). Ministry of Health and Central Bank will be participating at the Sub-regional Harmonization Seminar.</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>USAID: Through PHR<i>plus</i> program, providing TA for an equity study based on last round results to be completed the second semester of 2002.</p>
Guatemala	<p>Guatemala conducted its first study as part of the 1997 USAID-financed LAC HSRI using the Harvard/ NHA model. With USAID assistance, they have conducted annual NHA estimates for the period 1995-1999, with the estimate for 1999 completed and approved by the MOH. Results are used as part of the Peace Accords assessment process.</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>USAID: Providing ongoing TA to support institutionalization of NHA within the MOH.</p>
Ecuador	<p>Ecuador has several health expenditure and financing studies. The latest study, for 1997, was developed using the Harvard/NHA approach under the USAID-financed LAC HSRI. MOH is to decide on the methodological approach for up-dating health expenditure and financing data, and for developing NHA indicators.</p> <p>IDB: Discussed health accounts with MOH and requested a proposal. Study on Social Investment/Spending to include estimates of national health care expenditure and financing.</p>
El Salvador	<p>El Salvador conducted its first study as part of the 1997 USAID-financed LAC HSRI using the Harvard/ NHA model. They have completed several additional rounds of estimates. Institutionalization of NHA may be an issue. Expenditure and financing estimates for 1996-2001 were presented at a national Seminar (May 28-03). Ministry of Health and Central Bank will be participating at the Sub-regional Harmonization Seminar.</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>USAID: Through PHR<i>plus</i> program, providing TA for an equity study based on last round results to be completed the second semester of 2002.</p>
Guatemala	<p>Guatemala conducted its first study as part of the 1997 USAID-financed LAC HSRI using the Harvard/ NHA model. With USAID assistance, they have conducted annual NHA estimates for the period 1995-1999, with the estimate for 1999 completed and approved by the MOH. Results are used as part of the Peace Accords assessment process.</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>USAID: Providing ongoing TA to support institutionalization of NHA within the MOH.</p>

Honduras	<p>Honduras has several estimates of health accounts. One was conducted as part of a WB Health Sector Analysis, and another was produced as part of the USAID-financed LAC HSRI using the Harvard/NHA model in 1998. The Central Bank also may be working on the development of data for the private sector.</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>USAID: Ongoing TA and publication of NHA reports through the PHRplus Program.</p>
Mexico	<p>Through FUNSALUD, Mexico began producing NHA in 1994, and was also part of the USAID-financed LAC HSRI studies using the Harvard/NHA approach. Mexico has continued to produce NHA estimates on an annual basis, and a NHA unit has been created within the MOH for this purpose. As part of the OECD, they will produce revised estimates using the SHA guidelines.</p> <p>Interested in developing HA/NHA at state and local levels. The National Statistical Office (INEGI) expressed interest in developing Health Sector Satellite Accounts. The Ministry of Health of Mexico (Secretaria de Salud) launched a National and State National accounts web page (Administrative base) to track government expenditures at the national (central) and state levels.</p> <p>PAHO: With the assistance of ECLAC will provide follow-up support for HSSAs.</p>
Nicaragua	<p>Nicaragua has previous health expenditure and financing studies, and they were part of the 1997 USAID-financed LAC HRSI using the Harvard/NHA approach. They have recently completed an update of their estimates, and have achieved some stability in institutionalization. USAID supported development of an approach for HA/NHA estimates at local level (SILAIS and municipalities) to support decentralization through PHR, and a seminar on NHA and decentralization under the MLD program.</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p> <p>USAID: Ongoing TA and support.</p>
Panama	<p>Panama conducted previous NHA with support of WHO and FUNSALUD, financed by the IDB under a project on "Instrumentos de Políticas de Salud". Interested in developing satellite health accounts, as part of the work plan of the national statistical office (Contraloría General).</p> <p>PAHO: Included in pre-RESSCA NHA meeting in 2002 for Central America.</p>
Paraguay	<p>Paraguay has several previous studies on health expenditures financed by PAHO and the WB. A Central Bank report on National Accounts (SNA) in Paraguay contains economic and financial indicators of health sector activities. They may be moving more towards the SNA definitions.</p> <p>PAHO: Ongoing TA and support for developing health accounts using the OECD methodology, and the Initiative on Harmonization of Health Accounts in MERCOSUR countries.</p> <p>WB: Will conduct a PSER that includes estimates on health care expenditure and financing.</p>
Peru	<p>Peru was part of the LAC HSRI network on NHA. Recently completed additional rounds of estimates using UN SNA definitions, covering 1996-1998 (Reyes et al, 2000) and Petrerá et al (2001). Although a process for annual estimates is in place, they have lost personnel.</p> <p>IDB/WB: Health loan approved. Resources may be used to support HA/NHA work. Public expenditure review was jointly financed in 2002, but results are presented in a highly aggregated manner.</p> <p>PAHO: Ongoing support and TA.</p>
Uruguay	<p>Uruguay produced health accounts in 2000 using the NHA, but they may be moving more towards the UNSNA definitions due to MERCOSUR agreements.</p> <p>PAHO: Ongoing support and TA.</p> <p>WB: Supported development of health accounts during 1999-2002 under the FISS project which closed on June 28, 2002.</p>
Venezuela	<p>Venezuela has had several studies of health expenditure and financing. A recent study on health expenditure and financing, with 1998-99 estimates, was supported by ECLAC. They are interested in exploring developing health accounts using SHA and SNA concepts and classifications.</p> <p>PAHO: Ongoing support and TA.</p> <p>WB: Potential for funding through WB project in pipeline for FY02.</p>

Anexo III. Elaboraciones en el marco de "iniciativa para las Américas"

Pais	Autor	Año	Título	Asistencia técnica o financiamiento
Argentina	Levcovich y col	2002	resultados de estudios de gasto y financiamiento en salud.	Sanitaria. XI Jornadas Internacionales de la
Bolivia	Cardenas M,	2000	Cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud.	MSPS
Colombia	MSP	2001	evaluación integral del equilibrio financiero del sistema general	: Ministerio de Salud de Colombia. OPS / OMS
Ecuador	Lasprilla E. Y col.	1996- 1997	sector salud - 1996. Salud Pública: Reflexiones y	OPS
El Salvador	Arteaga D.	2002	de las cuentas de Salud en El Salvador.	Pública y Asistencia Social de El Salvador.
Nicaragua	MSP	2002	Informe de Cuentas Nacionales en Salud	División General de Planificación y
Paraguay	MSP-OPS	2003	Cuentas de Salud Paraguay	Pública y Bienestar Social, Organización
Panamá	Ministerio de Salud.	2004	Financiamiento en la Salud en Panamá. Un avance hacia la	OPS/OMS
Perú	Ministerio de Salud.	2004	Perú 1995-2000.Lima: Ministerio de Salud; 2004. (PDF)	Oficina General de Estadística e Informática.
Estudios Regionales	Suarez R, et alt. OPS	1995	Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y	OPS