



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

MEMORIAS

- ▲ **IV FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA DE LA CASE**
22 DE JULIO DE 2013
- ▲ **IV TALLER DE CUENTAS DE SALUD DE PAÍSES SURAMERICANOS**
23 Y 24 DE JULIO DE 2013



CASE
COMISION ANDINA DE SALUD
Y ECONOMIA



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Organizan:

**Comisión Andina de Salud y Economía (CASE)
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**



CASE
COMISION ANDINA DE SALUD
Y ECONOMIA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Con el apoyo de:

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Uhanue
(ORAS-CONHU)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)



**Organización
Mundial de la Salud**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Expositores

Dra. Olga Lucía Acosta

CEPAL Colombia

Dr. Gilberto Barón

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Ec. María Angélica Borges

Ministerio de Salud de Brasil

Dr. Héctor Castro

Director Ejecutivo

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Dra. Patricia Hernández

OMS Ginebra

Ec. Gabriela Mata

Dirección de Economía de la Salud

Ministerio de Salud Pública de Ecuador

Dr. Cristian Morales

Asesor Regional Principal para el sector económico
y financiero de salud - Área de Sistemas de Salud

Basados en Atención Primaria (HSS)

OPS Washington

Dr. Rodrigo Moreira

Director de Desarrollo Empresarial Departamento
Nacional de Planeación de Colombia (DNP)

Dra. Gabriela Moreno

Jefe División de Planificación Sanitaria Ministerio de
Salud de Chile

Dr. Norman Julio Muñoz

Viceministro de Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Ec. Mirco Osorio

Director de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Paraguay

Ec. Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

Ec. Claudia Pescetto

Servicios y Sistemas de Salud (HSS)

OPS Washington

Dra. Marion Pinot

Consultora

Departamento Nacional Estadísticas de Colombia
(DANE)

Ec. Laura Rivas

Ministerio de Salud de Uruguay

Dr. Fernando Ruiz G.

Viceministro de Salud Pública y Prestación de
Servicios

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Ana Sojo

División de Desarrollo Social

CEPAL Chile

Contenido

IV Foro Andino de Salud y Economía de la CASE Primer día – 22 de julio de 2013

1. Prólogo

2. Acto Inaugural

3. Sesión I: Estrategias de financiamiento en iniciativas recientes de reforma en los sistemas de salud en América Latina.

- 3.1. “Financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: contexto actual y perspectivas”

Dra. Olga Lucía Acosta
CEPAL Colombia

- 3.2. “Derechos sociales universales y restricciones en el financiamiento de las políticas públicas de salud”

Dra. Ana Sojo
División de Desarrollo Social - CEPAL Chile

4. Sesión II: Cobertura universal, equidad y financiamiento sostenible de los sistemas de salud.

- 4.1. “Desafíos en el financiamiento de la protección social en salud”
Dr. Cristian Morales
Asesor Regional Principal para el sector económico y financiero de salud. Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria (HSS) - OPS Washington

- 4.2. “Inversión en salud, crecimiento económico y desarrollo social. Implicaciones de los informes de las comisiones sobre macroeconomía y salud, y sobre salud y

desarrollo para los países andinos”

Ec. Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud -
Ministerio de Salud de Chile

- 4.3. “Estudios recientes sobre evaluaciones económicas en Chile (Guía de Evaluaciones Económicas, ETESA)”

Dra. Gabriela Moreno

Jefe División de Planificación Sanitaria -
Ministerio de Salud de Chile

5. Sesión III: Colombia, actual reforma a la salud y desafíos en financiamiento, cobertura y equidad

- 5.1. “Sostenibilidad financiera del sistema de salud bajo escenarios de cobertura universal y planes integrales de beneficios: el caso colombiano”

Dr. Norman Julio Muñoz

Viceministro de Protección Social - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

- 5.2. “Equidad y progresividad en el financiamiento de la salud en Colombia”

Dr. Fernando Ruiz G.

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

6. Sesión IV: Panel sobre experiencias recientes en procesos de generación de información y conocimientos en el área de Economía de la Salud para la toma de

decisiones y sustentación de las políticas públicas de salud

- 6.1. Evaluación de tecnologías en salud y el papel del IETS en Colombia
Dr. Héctor Castro
Director Ejecutivo - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
- 6.2. Aspectos económicos de la política farmacéutica: Diagnóstico, aspectos normativos y primeros resultados
Dr. Rodrigo Moreira
Director de Desarrollo Empresarial - Departamento Nacional de Planeación (DNP) de Colombia
- 6.3. Estudios recientes sobre Economía de la Salud en Ecuador
Ec. Gabriela Mata
Dirección de Economía de la Salud - Ministerio de Salud Pública de Ecuador

IV Taller de Cuentas de Salud de Países Suramericanos Segundo día – Julio 23 de 2013

7. Sesión I: Estado de situación de las Cuentas de Salud y uso de indicadores

- 7.1. “Un balance sobre el estado y situación actual de las Cuentas de Salud en América Latina y El Caribe”
Ec. Alain Palacios
Departamento de Economía de la Salud - Ministerio de Salud de Chile
- 7.2. “Uso de indicadores de Cuentas de Salud para la toma de decisiones en políticas públicas de salud”
Ec. Claudia Pescetto
Servicios y Sistemas de Salud (HSS) - OPS Washington

8. Sesión II: Avances recientes en países de la región

- 8.1. “Avances recientes en Cuentas de Salud de Chile”
Ec. Alain Palacios
Ministerio de Salud de Chile
- 8.2. “Avances recientes en Cuentas de Salud de Colombia”
Dr. Gilberto Barón
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
- 8.3. “Avances recientes en Cuentas de Salud de Ecuador”
Ec. Gabriela Mata
Ministerio de Salud Pública de Ecuador
- 8.4. Avances recientes en Cuentas de Salud de Brasil
Ec. María Angélica Borges
Ministerio de Salud de Brasil
- 8.5. Avances recientes en Cuentas de Salud de Uruguay
Ec. Laura Rivas
Ministerio de Salud de Uruguay
- 8.6. Avances recientes en Cuentas de Salud de Paraguay
Ec. Mirco Osorio
Director de Economía de la Salud - Ministerio de Salud de Paraguay

9. Sesión III: Revisión de algunos aspectos metodológicos de las Cuentas de Salud

- 9.1. Avances y dificultades en el proceso de adaptación de la metodología SHA 2011 en los países de la región: desafíos y propuestas
Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra
- 9.2. El SHA 2011 y la Cuenta Satélite de Salud – SCN: una propuesta integrada
Dra. Marion Pinot
Consultora - Departamento Nacional Estadísticas de Colombia (DANE)

- 9.3. Uso de la Cuenta Satélite de Salud de Chile para estimar Gasto Público de Salud en el contexto del SHA 1.0

Ec. Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud -
Ministerio de Salud de Chile

IV Taller de Cuentas de Salud de Países Suramericanos Tercer día – Julio 22 de 2013

10. Sesión I: Introducción al SHA 2011

- 10.1. Antecedentes y objetivos: el uso del sistema de cuentas de salud por los países, regiones y a nivel global – beneficios de las cuentas de salud estandarizadas

Patricia Hernández

OMS Ginebra

11. Sesión II: Clasificaciones

- 11.1. Visión de conjunto del marco del SHA. Clasificaciones básicas del SHA: financiamiento (HF-FS-FA); provisión (HP) y funciones (HC). Marco extendido del SHA: factores de provisión (FP) beneficios (HB), capital (HK), comercio y productos

Patricia Hernández

OMS Ginebra

- 11.2 Visión de conjunto del marco del SHA. Clasificaciones básicas del SHA: financiamiento (HF-FS-FA); provisión (HP) y funciones (HC). Marco extendido del SHA: factores de provisión (FP) beneficios (HB), capital (HK), comercio y productos

Parte II

12. Acto de Clausura

13. Anexos

- 13.1. Agenda



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

1

Prólogo

Con la realización del IV Foro Andino de Salud y Economía y el IV Taller de Cuentas de Salud de Países Suramericanos, evento conjunto llevado a cabo en la ciudad de Bogotá D.C. durante los días 22 a 24 de julio de 2013, se cumplió una de las actividades relevantes del Plan Operativo Anual 2013-2014 de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE), el cual forma parte a su vez del Plan Estratégico 2013-2017 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), aprobado por los ministros de salud del área andina en reunión que tuvo lugar también en la ciudad de Bogotá en el mes de noviembre de 2012.

Dicho evento dio continuidad a los foros-talleres realizados en las ciudades de Quito (2008 y 2012) y Lima (2010), dentro del propósito de examinar diferentes aspectos de nuestros sistemas de salud, en el contexto de la realidad económica y social de los países de la región, y analizar y discutir con adecuada fundamentación técnica, distintas propuestas de política que contribuyan a orientar mejor el gasto e inversión en salud y su impacto en la sociedad.

En las actividades del IV Foro, el interés giró en torno al tema del financiamiento de las políticas públicas en salud a partir de la revisión de estrategias en iniciativas recientes de reforma y la identificación de retos y desafíos actuales para el logro de objetivos de cobertura universal y sistemas de salud equitativos y sostenibles. El IV Taller por su parte, constituyó una oportunidad de encuentro y fructífero intercambio de experiencias sobre los avances y desafíos para el desarrollo y consolidación de las Cuentas de Salud (CS), no sólo en el ámbito de los países andinos sino del conjunto de los países suramericanos, en la medida en que contó con la participación de funcionarios y técnicos representantes de los países del MERCOSUR.

Un aspecto a destacar en este taller fue la presentación de un módulo sobre aspectos metodológicos básicos del nuevo sistema de cuentas de salud SHA 2011, considerado un marco estándar para la producción de un conjunto de cuentas completas, coherentes

y comparables a nivel internacional, cuyo manual fue presentado oficialmente en la Reunión Anual de Expertos en Cuentas de la Salud de la OCDE, realizada en octubre de 2011 en París, Francia.

En esta ocasión el foro - taller contó con la participación de un selecto grupo de conferencistas y expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y del ORAS-CONHU, así como de funcionarios del gobierno colombiano y funcionarios técnicos de los ministerios de salud y otras entidades gubernamentales de los países suramericanos, responsables de las áreas de Salud y economía y de la producción y actualización de resultados de las Cuentas de Salud, Cuentas Satélite de Salud y del Sistema de Cuentas Nacionales.

La presente publicación, como documento electrónico, recoge los resultados del evento y busca preservar la calidad y la solidez técnica e investigativa de las conferencias y presentaciones, y de este modo servir como referente para el análisis y reflexión en el campo de la salud y la economía, sobre las perspectivas y caminos a seguir para el mejoramiento de los sistemas de salud de nuestros países.

Por último, el doctor Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social de Colombia, quien ejerce la Presidencia Protempore de la XXXIII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina –REMSAA-, expresa sus sinceros agradecimientos a todos los participantes en el precitado evento y, particularmente, a los representantes del ORAS-CONHU y la CASE, la OMS, la OPS y CEPAL, quienes con su apoyo y colaboración hicieron posible la realización del mismo.

2 Acto Inaugural

Para este acto se contó con la presencia de Alejandro Gaviria Uribe, ministro de Salud y Protección Social de Colombia; Gina Watson, representante en Colombia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Caroline Chang, secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); Gabriela Moreno, representante de la presidencia de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y Olga Lucía Acosta, representante en Colombia de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Dr. Alejandro Gaviria Uribe **Ministro de Salud y Protección** **Social de Colombia**

Por primera vez Colombia es anfitrión de este evento, tanto del Foro como del Taller, que hacen parte del Plan Estratégico del ORAS, bajo la Presidencia pro tempore del Ministro de Salud y Protección Social de Colombia. Nos esperan días productivos de trabajo en un momento que es particularmente interesante para el país. Vale decir, en primer lugar, que los Ministerios de Salud se están transformando en toda la región, de tal manera que estos aspectos de economía y salud son cada vez más importantes; cada país está en un momento diferente, pero todos estamos haciendo un esfuerzo sistemático para establecer grupos funcionales en los temas de economía y salud. Así lo estamos haciendo en el Ministerio y considero que este tipo de ejercicios contribuyen a la consolidación institucional.

En segundo lugar, ustedes serán testigos de las discusiones que tengan lugar en estos dos días sobre el momento crucial de reforma que está viviendo Colombia; parte del Seminario y del Taller va a estar de alguna manera influido por esta coyuntura. Quisiera mencionar dos o tres aspectos importantes al respecto. Uno tiene que ver con el cambio fundamental en la forma como se financia el sistema de salud, tema en el cual Colombia va a la vanguardia en América Latina. El país realizó una reforma tributaria importante hacia finales del año pasado en la que sustituimos buena parte de las contribuciones por impuestos generales, en particular las contribuciones que pagan los empleadores. Estamos en el proceso de transición hacia esa realidad, que no ha finalizado plenamente y del cual, estoy seguro, vamos a aprender mucho. Presentaremos algunos de los aspectos esenciales de la reforma, tanto las motivaciones que existieron para hacerla, como las dificultades que estamos enfrentando en su implementación. Me reuní hace una semana con algunos expertos españoles de la salud y me dijeron, de manera franca y casi cándida, que ajustar el mismo proceso en España tomó una década; esta década está comenzando hoy en Colombia.

También tenemos otro tema en el que Colombia ha anticipado lo que puede ocurrir o lo que ya está ocurriendo en algunos países de América Latina y que tendremos oportunidad de discutir: la judicialización y el derecho a la salud. El Congreso colombiano aprobó una Ley de Salud que consolida los principios de un Estatuto del Derecho Fundamental a la Salud; en este momento la Ley Estatutaria se encuentra en proceso de análisis por parte de nuestro Tribunal Constitucional y, de alguna manera, complementa la jurisprudencia de casi 15 años de la Corte Constitucional en la materia. En cuanto a algunas transformaciones institucionales, se ha creado un nuevo Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, todavía por consolidarse, del cual se hará en estos días una presentación.

En cuanto al Taller y las Cuentas de Salud, creo que son muy importantes para la discusión que está teniendo lugar en Colombia; ustedes van a tener la oportunidad de ver las cuentas colombianas en contexto, además de las cuentas nacionales de los demás países aquí representados. En Colombia hizo carrera por mucho tiempo un discurso que consideraba exagerado el gasto en salud; lo que nos muestran las nuevas cuentas de salud en pesos colombianos es otra cosa: el gasto total oscila entre el 6.5 y el 7% del PIB (entre 350 y 400 dólares por habitante). La intención hoy es ampliar el paquete de bienes, servicios y tecnología que se está ofreciendo. También queremos formalizar la situación laboral de muchos trabajadores de la salud que habían sido contratados bajo la modalidad de Prestación de Servicios, mejorando las tarifas de los servicios médicos, que es un reclamo sistemático de buena parte de los prestadores. Este Taller nos va a servir para mirarnos al espejo y para anticipar los debates que vienen en pocas semanas sobre la segunda parte de nuestra reforma a la salud. Nos permitirá también entender las limitaciones y, repito, poner en contexto las cuentas colombianas de la salud con las cuentas de América Latina. En suma, para nosotros va a ser muy útil el Taller y nos va a servir de anticipo, si se quiere, para una discusión compleja que comienza en el Congreso.

Sólo me queda reiterar que el momento no pudo haber sido mejor. Estamos contentos de ser los anfitriones y nos vamos a beneficiar más que nunca con la discusión de estos tres días. Muchas gracias por la asistencia.

Dra. Gina Watson

Representante en Colombia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Buenos días a todos y todas. Distinguido doctor Gaviria, me permito pedirle su anuencia para adoptar el protocolo como ha sido establecido y extender también una bienvenida cálida de parte de nuestra organización a todos los visitantes de los países vecinos, así como a nuestro personal de las oficinas de campo.

Es para mí un privilegio poder saludarlos en el día de hoy a nombre de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, con ocasión de este IV Foro Andino de Salud y Economía y el IV Taller de Cuentas de Salud de Países Suramericanos. Charles Karel Curton, clérigo inglés, escritor y coleccionista del Siglo XIX, dijo en una ocasión que hay una diferencia entre esas dos bendiciones temporales: salud y dinero. “El dinero es el más envidiado, pero el menos disfrutado; la salud es la más disfrutada pero la menos envidiada, y esta superioridad de la última resulta aún más evidente si pensamos que el hombre más pobre no daría su salud por dinero, pero el más rico daría alegremente todo su dinero por la salud”. Hoy en día, la discusión sobre cómo avanzar en los diferentes países de la región hacia sistemas de salud más equitativos y eficientes, que entreguen servicios de salud de mayor calidad y que respondan en forma oportuna a las necesidades sanitarias de su población sin poner en riesgo financiero los individuos, su familia y su comunidad, se plantea como eje central de la agenda sanitaria regional y mundial.

Efectivamente, el desarrollo de la cobertura universal

de salud corresponde a una realidad de sistemas de salud altamente inequitativos, fragmentados, segmentados, hospitalocéntricos y con un énfasis exagerado en los servicios curativos, en desmedro de la intervención de promoción de salud, prevención, rehabilitación y atención paliativa. El Informe Mundial de Salud del 2010, e incluso ya en la Resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud del 2005, se plantea que la cobertura universal en salud busca proporcionar a toda la población el acceso a los servicios sanitarios necesarios, incluidos la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación con calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras. De este modo, se insta a que los países desarrollen sus sistemas de salud para alcanzar la consecución de la cobertura universal.

La Constitución de la OMS describe el derecho fundamental de todo ser humano a disfrutar de la mejor asistencia sanitaria posible. La cobertura universal es la mejor manera para alcanzar ese derecho. Es fundamental en el principio de salud para todos, fijado hace más de treinta años en El Principio de Salud, Declaración de Alma-Ata, que afirmó que la promoción y la protección de salud también son esenciales para el desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida, seguridad social y paz. El Principio de Cobertura Universal se ratificó en el Informe Mundial de Salud del 2008 de la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud y la resolución posterior sobre la atención primaria en salud de la Asamblea Mundial de Salud.

Es importante destacar que la cobertura universal de salud no es un concepto nuevo y que, a pesar de estar aún en construcción, hace parte de una agenda de actualidad que encuentra sus raíces en un continuo lógico y coherente con los principios que han orientado el desarrollo de la salud pública en los últimos treinta y cuarenta años. En este sentido, la cobertura universal de salud, seguirá estando al frente de la agenda sanitaria en los próximos años, incluyendo probablemente la agenda Post ODM

2015 en el desarrollo de la agenda de determinantes sociales de la salud.

Colombia enfrenta hoy un momento particular en su historia. Se ha avanzado mucho desde la promulgación de la Ley 100 en los años '90, momento en el cual la cobertura, según nuestros datos (usted me disculpa señor Ministro si tenemos diferencias) alcanzaba apenas el 15.7% de la población, con un muy desigual acceso a los servicios de salud, a favor del quintil más rico de la población y en contra de los más desposeídos, y con un gasto de bolsillo de alrededor del 43%. Hoy en Colombia el 96% de la población está cubierta, aunque quedan todavía importantes desafíos tanto al nivel de la organización y la calidad de los servicios de salud, como de la protección financiera de los colombianos y las colombianas. La efectividad del actual sistema se cuestiona cuando la población busca resolución a sus problemas de salud y no siempre encuentra una respuesta adecuada y de calidad, cuando los costos de transacción del sistema actual ponen en jaque su sostenibilidad financiera a través del tiempo, también cuando se posiciona la fragmentación del sistema de salud, con énfasis en la atención hospitalaria, en desmedro de la atención integrada basada en la atención primaria en salud; finalmente, cuando la capacidad de regulación también requiere ser fortalecida. Los esfuerzos de transformación actual que el Ministerio de Salud y Protección Social está desplegando en el país apuntan en una buena dirección, pero este es un proceso largo y complejo que necesita combinar las evidencias y el rigor técnico con la oportunidad y el momento político. El diálogo y la participación social son elementos claves que, junto con la voluntad política expresa de las autoridades, permitirá el mejoramiento del sistema de salud colombiano, el avance hacia la cobertura universal en salud y, en definitiva, una mejor respuesta socialmente organizada a los problemas sanitarios, que acoja a la población, tarea en la cual está actualmente emprendiendo con dificultades y retos el Ministerio bajo la dirección acertada del doctor Alejandro Gaviria.

Para la OPS/OMS es un privilegio acompañarlos hoy día en este importante evento y, sobre todo, señor Ministro, me permito reiterarle la seguridad del compromiso de OPS/OMS de seguir acompañándolos en el futuro en este largo y complejo camino hacia el desarrollo de la cobertura universal de salud, entendiéndola como un aspecto central del desarrollo, que rompe las inequidades, mejora los resultados y aumenta la solidaridad y la eficiencia de los sistemas de salud. Este esfuerzo necesitará, como usted ha puntualizado en otras ocasiones, no sólo de todo el sector público, sino de la sociedad en su conjunto, tarea en la que estamos profundamente involucrados. Muchas gracias y Dios los Bendiga a todos y a todas.

Dra. Caroline Chang
Secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)

Muy buenos días. Señor ministro de Salud y Protección Social de Colombia, doctor Alejandro Gaviria; Presidente de la Reunión de Ministros Andinos; señores miembros de la Mesa Directiva; invitados especiales; miembros de la Comisión Andina de Salud y Economía; funcionarios de los ministerios de salud andinos y del MERCOSUR; Secretario Adjunto del ORAS-CONHU; amigos, amigas.

Quiero empezar esta intervención dando un profundo agradecimiento al ministro de Salud, al economista Alejandro Gaviria, por su anuencia, por todo el despliegue logístico que representa el desarrollo de este IV Foro Andino, por ser anfitrión de este Taller y, sobre todo, por el apoyo que ha tenido el evento. Quiero también felicitar a los países miembros de la Comisión Andina de Salud y Economía por su compromiso técnico y político con el desarrollo del plan de trabajo establecido y de este evento en particular. Quiero agradecer también a los socios estratégicos, la OMS, la CEPAL y la OPS, por el apoyo y la colaboración para la realización del evento. Como dijo el señor Presidente de la REMSA, este evento

forma parte del Plan Estratégico del ORAS-CONHU 2013-2017, aprobado por los ministros de salud del área andina en la reunión que tuvo lugar en Bogotá en noviembre del 2012, en la cual Colombia asumió la Presidencia. El Plan está orientado principalmente a apoyar a los países andinos en la consolidación de los sistemas de salud como mecanismo para garantizar que se cumpla el derecho a la salud de los ciudadanos.

Nuestros países están ahora inmersos en una gran propuesta de garantizar el derecho a la salud para todas las personas, independientemente de sus nacionalidades. En ese sentido, es relevante el trabajo que vienen realizando los países de la subregión unidos en la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y en el ORAS-CONHU, que contribuyen con estudios y evidencia científica para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública. Dado que los países han incrementado sus presupuestos para garantizar a la población el acceso universal a la atención de salud, es indispensable hoy, más que nunca, la realización de estudios técnicos que permitan evaluar la calidad, la sostenibilidad y el impacto real de la inversión en la calidad de vida de la población, siempre que se quiera satisfacer las expectativas gubernamentales y las demandas de los pueblos. Este IV Foro de Salud y Economía y IV Taller de Cuentas de la Salud, al igual que los anteriores, abordan diferentes aspectos de los sistemas de salud con el fin de establecer un análisis objetivo de las propuestas técnicas, políticas y financieras que mejor contribuyan a mejorar la inversión en salud y garantizar su sostenibilidad.

El gran objetivo es que los países logren disminuir la inequidad social y la pobreza. La organización de sistemas de salud de carácter universal con un sólido liderazgo del Estado, entendido como el garante del derecho a la salud, es un mecanismo probado que contribuye a este objetivo. Uno de los ejes temáticos de la CASE es la generación y discusión de evidencia científica que permita mejorar la inversión en salud, bajo el supuesto de su relación positiva y directa con el desarrollo económico y social. Un estudio

realizado por la Universidad de Chile y coordinado por la CASE y la OPS, en efecto, confirma que una economía desarrollada es aquella que ha sido capaz de transformarse para, entre otras cosas, garantizar el acceso a la salud y a la educación para todos los individuos; también confirma el impacto de estos servicios en las tasas de crecimiento. Las inversiones en salud deben entenderse como un motor indiscutible de la economía y, en esa medida, son tanto causa como efecto del desarrollo y el crecimiento económico.

También es relevante el resultado del Estudio Grupal del 2002, que muestra cómo el gasto público en salud es un determinante significativo de la tasa de mortalidad infantil en los segmentos más pobres de la población, así como en el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias, debido al impacto positivo en las tasas de participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Aunque es indispensable el rol que cumple el Estado como garante del derecho a la salud de toda la población, en este proceso también es necesaria la participación ciudadana como base de los acuerdos políticos nacionales que se requieran implementar para consolidar la salud como un bien público y necesario para el desarrollo social y económico.

La Comisión Andina de Salud y Economía del ORAS-CONHU, además, contempla en su Plan 2013-2017 la institucionalización y el fortalecimiento de las unidades de economía de la salud en los ministerios de cada país; la institucionalización, modernización y armonización de las Cuentas Nacionales de Salud y el fortalecimiento de las acciones de abogacía de los organismos internacionales y de los miembros del ORAS y la CASE. Muchos de los avances en este plan de trabajo se presentarán en este evento. Voy a mencionar algunos, muy brevemente.

Uno de los logros que consideramos de vital importancia aquí en Colombia tiene que ver con los esquemas de financiamiento y los nuevos elementos del sistema de salud introducidos por las reformas que nos va a presentar el doctor Alejandro Gaviria,

ministro de Salud y Protección Social. En el contexto latinoamericano, además, existen avances recientes en las estrategias administrativas de los sistemas de salud, en la determinación del contenido de los Derechos Sociales Universales, en las restricciones del financiamiento de las políticas públicas de salud y en el uso de indicadores de Cuentas de Salud para la toma de decisiones, entre otros.

En los próximos días tendrán lugar múltiples eventos: El IV Foro de la Comisión Andina de Salud y Economía, el IV Taller Andino de Cuentas de Salud; la reunión presencial de la CASE, que se dedicará a la evaluación del Plan de Acción y Financiamiento establecido; y, finalmente, el Taller sobre Sistemas de Cuentas de Salud. Estos eventos cuentan con la participación de países de la Asociación Andina, del MERCOSUR y de la UNASUR, y con el apoyo logístico y organizativo del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la OMS, la OPS, la CEPAL y, por supuesto, del Organismo Andino de Salud; son un fiel testimonio de los beneficios de la armonización, la cooperación y en el trabajo conjunto de los distintos agentes del sector en la región. El ORAS-CONHU está firmemente convencido del impacto positivo de las estrategias conjuntas, el trabajo articulado y la complementación de las agendas sobre la eficiencia y el logro final de los objetivos de política pública. Por esto, sólo me queda agradecer nuevamente y felicitar a todos los técnicos de los países y de las organizaciones participantes por hacer de este evento una realidad. Muchísimas gracias.

Dra. Gabriela Moreno
Presidencia de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE)

Buenos días. Doctor Alejandro Gaviria, ministro de Salud y Protección Social de Colombia; doctora Gina Watson, representante de la OPS/OMS en Colombia; doctora Caroline Chang, secretaria ejecutiva de ORAS-CONHU; doctora Olga Lucía Acosta, representante de la CEPAL en Colombia; señores de la Comisión Andina de Salud y Economía; señores del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; señores

representantes del ORAS-CONHU y señores todos.

No puedo dejar de agradecer a todos los organizadores de este IV Foro Andino de Salud y Economía y del IV Taller de Cuentas de Salud de Países Suramericanos; en forma especial agradezco al país anfitrión, Colombia, que nos ha acogido con tanta alegría y con tanto afecto. Nos da mucho gusto ver esta concurrida audiencia multi-profesional de personas que realmente están interesadas en la disciplina de la economía de la salud; esto es lo que nos está ayudando a cambiar el paradigma, en el sentido del reconocimiento de que la salud no tiene precio. Este proceso es gradual y nos espera en estos días una ardua jornada en la que se hará un análisis de diferentes tópicos. Vamos a ver las estrategias de financiamiento en las iniciativas recientes de las reformas de los sistemas de salud en América Latina; luego, en la segunda parte, vamos a tratar el tema de la cobertura nacional, de la equidad y del financiamiento sostenible en los sistemas de salud. En la jornada de la tarde, se realizará un panel sobre las experiencias recientes en los procesos de generación de información de la salud para la toma de decisiones –Colombia, Ecuador y Chile expondrán sus experiencias–; tendremos también la oportunidad de analizar el estudio que solicitó la CASE sobre inversión en salud, crecimiento económico y desarrollo social, que se titula Implicaciones de los informes de las comisiones sobre macroeconomía y salud y sobre salud y desarrollo en los países andinos, que nos permite conocer la realidad y tener algún diagnóstico de la situación de toda nuestra región; finalmente, haremos un pequeño cierre con las conclusiones del día.

Mañana comienza el Taller de Cuentas de Salud de Países Suramericanos, en el que se revisarán los antecedentes y los objetivos para el desarrollo y la consolidación de las Cuentas de Salud tanto del área andina como del MERCOSUR –Chile, Colombia, Ecuador, Brasil, Uruguay y Paraguay. En la tarde, se considerarán algunos aspectos metodológicos de las Cuentas de Salud. La implementación de las Cuentas de Salud ha significado grandes esfuerzos

para obtener una masa crítica, de tal manera que tengamos una metodología común y estandarizada y podamos hacer comparables todas nuestras cifras. El miércoles durante la jornada de la mañana, vamos a trabajar en el SHA-2011 (System of Health Accounts) y, finalmente, en la tarde los representantes de los países miembros estaremos reunidos para evaluar el Plan Operativo Anual y el rol del Observatorio de Salud y Economía.

El día de hoy tendremos una jornada de trabajo que, aunque agotadora, será fructífera; emprendámosla con entusiasmo porque la posibilidad de reunirnos e intercambiar experiencias, resolver dudas específicas y aprender de los demás nos va a ayudar a todos los países y a la región completa. Muchas gracias.

Dra. Olga Lucía Acosta
Representante en Colombia de la Comisión
Económica para América Latina y el Caribe
(CEPAL)

Buenos días. Me correspondió en este Seminario intervenir de dos formas; una, trayendo los saludos del representante en propiedad de la oficina de la CEPAL en Bogotá, el doctor Juan Carlos Ramírez, quien está ausente de la ciudad en estos días, pero que muy seguramente estaría encantado de acompañarnos; también intervendré como conferencista en una de las sesiones que vienen más adelante, por lo cual seré breve en mis palabras de apertura.

Las palabras precedentes de la Mesa Directiva han orientado bastante bien la dirección de este seminario. De todas maneras, atendiendo al protocolo, doctor Alejandro Gaviria, ministro de Salud y Protección Social; doctora Gina Watson, representante de la OPS/OMS; señora Caroline Chang, del Organismo Andino de Salud; doctora Gabriela Moreno, representante de la Comisión Andina de Salud y coordinadora de este evento; déjenme decir tres frases muy breves en las que considero se centra este seminario.

Los países de la región han identificado como uno de los mayores desafíos de su agenda de desarrollo la universalización de la cobertura de los servicios de

salud. En este tipo de eventos, a los que asistimos en los diversos países y regiones, comparamos y debatimos alrededor de diferentes soluciones y rutas para hacer efectivo ese derecho a la salud que perseguimos, mediante el logro de una cobertura universal efectiva. Hace unos años sólo se hablaba de cobertura; incluso en Colombia el objetivo se restringía al aseguramiento o la afiliación. Hoy el nuevo concepto de cobertura universal efectiva se ha desarrollado en tres dimensiones, gracias al trabajo de Naciones Unidas, la CEPAL y los organismos hermanos del sistema especializados en el tema de la salud: el acceso de todas las personas sin restricciones, la existencia de servicios que respondan a las diversas necesidades y la eliminación de toda suerte de barreras económicas.

Un balance sobre los resultados alcanzados muestra los desafíos pendientes. En primer lugar, en materia de financiamiento, uno de los ejes centrales de este desarrollo, y en el impacto sobre la informalidad –una característica de nuestros mercados de trabajo– que muchas veces tiene el tipo de financiamiento que hemos adoptado en algunos países. En segundo lugar, a pesar de las reformas y las diferencias de carácter institucional entre países, que muchas veces no logramos incorporar en nuestro análisis, se constata la persistencia de sistemas segmentados o fragmentados que no garantizan el mismo tipo de salud que perseguimos para toda la población. En algunos casos, esta segmentación y fragmentación se acentúa por las condiciones heterogéneas de los territorios y los arreglos institucionales, que no siempre conducen a la equiparación de la oferta de servicios. Las reformas recientes, algunas de las cuales serán discutidas en este Seminario, se orientan principalmente a buscar una mejor estructura de financiamiento del sistema, a definir de forma explícita los contenidos del derecho a la salud mediante procesos de participación y de priorización y a fortalecer sus instituciones reguladoras y evaluadoras.

Quisiera cerrar con dos reflexiones: frente a las Cuentas de la Salud, considero que son un elemento muy importante para el seguimiento y la toma de



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

decisiones. Nos permiten entender a todos los que hemos bregado con las cifras que éstas no siempre son consideradas en un marco amplio y funcional, en conexión a los demás agregados económicos y a las consecuencias que estos agregados tienen en la calidad de vida de las personas, que es el fin último de nuestro trabajo. Su contextualización en el marco de la contabilidad me parece un paso necesario en el que sé que varios de los equipos y de los colegas que hoy están presentes tienen que ver. Por último, presento mi voto de optimismo frente a este seminario, recogiendo la reflexión que un colega compartió conmigo hace poco: el debate actual en el campo de la salud tiene lugar con menos dogmas y desde marcos más amplios, lo que muy seguramente nos va a permitir mayores logros en el objetivo de universalización que todos los países compartimos. Muchas gracias.

3

Primer día - Sesión I

Estrategias de financiamiento en iniciativas

Estrategias de financiamiento en iniciativas recientes de reforma en los sistemas de salud en América Latina

3.1 Financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: contexto actual y perspectivas

Dra. Olga Lucía Acosta CEPAL Colombia

La Dra. Olga Lucía Acosta presentó los avances y conclusiones de dos estudios sobre el contexto actual y las perspectivas de financiamiento de los sistemas de salud en América Latina.

- Cetrángolo, Oscar, Daniel Titelman y Olga Lucía Acosta. “El difícil camino de la universalidad en salud”. Trabajo en curso.
- Gutiérrez, Catalina, Eduardo Andrés Alfonso S. y Olga Lucía Acosta. “Financiación de la Seguridad Social en Salud”. En La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes, 2012.

Como premisa metodológica, resaltó la importancia de un análisis integral de los componentes de la política pública y de la pregunta sobre cómo se relacionan los servicios de salud con los demás componentes de los sistemas de protección social de la región.

1. Brechas de bienestar en América Latina y el Caribe.

La ponente seleccionó algunos indicadores de desempeño de los sistemas de salud como elementos de síntesis sobre el estado actual de los sistemas, con miras a determinar las características del financiamiento, para luego presentar los hallazgos recientes y las tendencias prevalentes en esta materia. Finalmente, la ponente hizo mención de los desafíos y las prioridades que deben guiar la política pública con respecto a dichos desafíos.

La CEPAL ha clasificado los países de la región en tres grupos, en función de sus indicadores de bienestar (figura 1): el primer grupo incluye a países como Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá

y Uruguay. El grupo dos a Colombia, México y Venezuela. Finalmente, el grupo tres agrupa a los demás países, Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, entre otros. La ponente compartió su experiencia en el análisis de estos grupos, resaltando las variables más relevantes para su determinación: el PIB per cápita, donde los primeros cuentan con niveles más elevados, los segundos con niveles intermedios y los terceros con niveles más bajos; tasas de dependencia demográfica, donde los países del primer grupo tienen las tasas más bajas (entre 50% y 52%), los del segundo tasas cercanas a 54% y los del tercero las más altas (68%); proporción de población pobre o indigente; ocupados del sector informal (a pesar de que la informalidad es una característica general en la región, existen diferencias substanciales); el gasto público per cápita (en el caso particular de Colombia este gasto llega a 400 dólares y no logra los 600 del promedio de su grupo) y el porcentaje de la población que declara gasto de bolsillo para la atención en salud, que es particularmente importante para determinar la equidad del sistema, además de presentar complejidades especiales de medición. Vale aclarar que en el caso de Colombia este promedio no refleja adecuadamente las Cuentas de la Salud y las conclusiones a las que han llegado muchos investigadores presentes en el Foro, que dan al sistema colombiano un mejor desempeño en este indicador.

FIG 01

BRECHAS DEL BIENESTAR EN AMÉRICA LATINA

AMÉRICA LATINA (GRUPOS DE PAÍSES): INDICADORES SELECCIONADOS DE BIENESTAR	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá, Uruguay	Colombia, México, Venezuela	Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Rep. Dominicana	América Latina
PIB per cápita 2008 (dólares de 2000)	6.601	5.320	1.975	4.074
Tasa de dependencia demográfica 2005/2010 ^b	52,9	54,8	68,3	60,9
Población pobre alrededor de 2008	19,7	35,1	52,1	38,4
Población indigente alrededor de 2008	6,7	14,7	26,8	18,1
Ocupados en el sector informal alrededor de 2008	41,6	55,3	65,3	55,7
Carga tributaria incluyendo contribuciones sociales, 2007/2008 ^c	24,8	13,7	16,4	18,7
Gasto público social per cápita 2007/2008 (dólares de 2000)	1.209	619	181	597
Gasto público social 2007/2008 (% del PIB)	18,6	11,8	10,2	13,3
Cobertura de pensiones a jubilados, zona urbana	64,4	26,6	14,1	33,0
Porcentaje que declara gasto de bolsillo para atención de salud	23,3	35,1	72,1	49,7

Fuente: CEPAL

Para darse una idea de los desafíos que enfrentan los países de la región y, en particular, los del último grupo, es útil tener en cuenta La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad (2006). En este estudio la CEPAL recoge tres elementos que tienen que ver con lo que podría llamarse “la promesa incumplida de la protección social”:

- Los mercados laborales de la región no han logrado convertirse en la puerta de entrada universal y dinámica a los esquemas de protección social.
- La protección social quedó restringida a los mecanismos contributivos en el mundo laboral. El gran desafío, entonces, es pensar en la solidaridad de manera integral, dentro y fuera del mundo del trabajo.
- Hace falta una mayor integración de la protección social en sistemas que combinen mecanismos contributivos y no contributivos. La Reforma Colombiana de 1993 fue pionera en plantear la meta de universalización para el 2011, incluyendo mecanismos integradores

del sistema. A pesar de las complejidades que vinieron después, puede destacarse que estos desafíos se han discutido y estudiado en la región hace ya mucho tiempo.

Debe notarse también que en el caso específico de las reformas en salud los países de la región no lograron acabar con la segmentación de los sistemas de salud. En muchos de nuestros países todavía persisten sistemas de salud especiales para docentes, militares, empleados públicos, etc., complementados con sistemas de aseguramiento privados, a pesar de los esfuerzos por integrarlos.

Aunque los recursos para la salud como porcentaje del PIB han aumentado moderadamente, todavía son limitados si se comparan con países de ingresos altos y existe una alerta generalizada en los estudios del sector en cuanto al crecimiento del gasto esperado.

Los esfuerzos del sector deben estar orientados tanto por los retos presentes como por las tendencias proyectadas, como los cambios futuros en la estructura demográfica. Por dar sólo un ejemplo, el envejecimiento de la población no solamente significa

una esperanza de vida mayor, que es un síntoma de bienestar, sino que implica también retos especiales para el sistema: si los años extra de vida no se acompañan con una ampliación de la capacidad de trabajo –que depende de una buena salud–, van a presentarse dificultades de financiación del sistema.

¿Cómo es posible unificar la amplia serie de programas asistenciales no contributivos que han sido desarrollados en los países de la región –transferencias condicionadas, subsidios del consumo, empleos de emergencia, servicios sociales en educación, salud y vivienda– con el sistema contributivo y, especialmente, con una regulación adecuada del mercado laboral?

Una de las conclusiones que difícilmente se disputan se refiere a la necesidad de contar con mercados laborales robustos para garantizar la sostenibilidad de las reformas que se están llevando a cabo. Por eso muchas de éstas incluyen medidas que buscan eliminar los mecanismos de financiación que podrían estar sesgando el mercado hacia tipos de trabajo más informal o desestimulando la creación de empleo. La regulación requerida es inmensa y abarca asuntos como el salario mínimo, la formalización de contratos, la negociación colectiva, y el concepto de trabajo decente, entre muchos otros, como temas que tienen relación con el sistema de salud y que deben considerarse en el panorama general de la protección social.

2. Desempeño de los sistemas de salud

Con respecto al desempeño de los sistemas de salud se ha hecho gran énfasis en el análisis de coberturas, accesos, usos, protección financiera o en el grado de protección, equidad y financiamiento. No obstante, en ocasiones se omite una consideración atenta de las percepciones de los usuarios del sistema. Debe reconocerse el valor de los resultados del Latinobarómetro (encuesta de percepciones para América Latina); en particular, reviste interés el problema social que se percibe como el más importante y la política pública que los encuestados perciben como la más beneficiosa (figuras 2 y 3). En éste último punto, el 37% de los encuestados

considera que la política de salud le ha reportado los mayores beneficios (promedio latinoamericano). En Colombia llama mucho la atención que la proporción se eleva al 42%. A pesar de la utilidad de esta encuesta, hace falta todavía un mayor conocimiento de las percepciones que tienen las personas sobre los servicios que reciben.

Se ha estudiado a profundidad la cobertura del aseguramiento en salud contributiva. Las disparidades en el grado de cobertura distribuidas por quintil de ingreso, difieren notablemente entre los grupos de países anteriormente referidos (figura 4). En el grupo dos y tres las diferencias de cobertura por quintil indican mayores problemas de equidad y una necesidad evidente de acudir a recursos distintos a los del esquema contributivo para el aseguramiento en salud.

EL PROBLEMA MÁS IMPORTANTE DE CADA PAÍS

FIG 02

Tabla N° 17: El problema más importante de cada país

p. En su opinión ¿Cuál considera Ud. que es el problema más importante en el país? *
Pregunta abierta.

	Problema más importante en el país	2011
DESEMPLEO	Desocupación/desempleo	
	Paraguay	30
	Colombia	23
DELINCUENCIA Y SEGURIDAD NA	Delincuencia/seguridad pública	
	Venezuela	61
	Costa Rica	45
	El salvador	40
	México	39
	Uruguay	39
	Argentina	34
	Panamá	33
	Ecuador	33
	Guatemala	30
	Honduras	30
	Perú	20
PROBLEMAS ECONÓMICOS	Problemas económicos	
	Nicaragua	33
	Rep. Dominicana	27
	Bolivia	19
PROBLEMAS DE LA EDUCACIÓN	Problemas de la educación	
	Chile	27
PROBLEMAS DE LA SALUD	Problemas de la salud	
	Brasil	26

Fuente: Latinobarómetro 2011

CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES LA POLÍTICA PÚBLICA QUE MÁS LO HA BENEFICIADO?

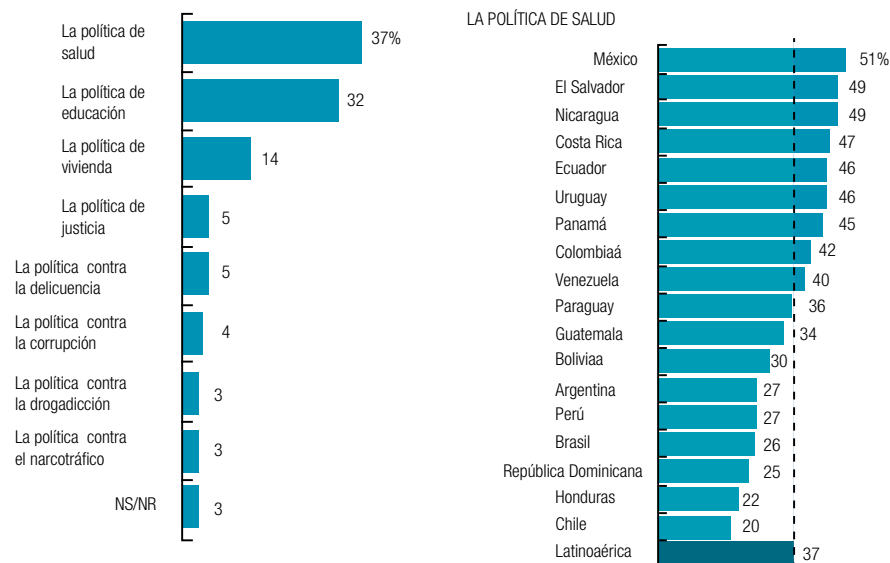
FIG 03

Política pública que más lo han beneficiado

Total América Latina 2011- Totales por país 2011

p. ¿Cuáles de las siguientes políticas públicas lo han beneficiado a Ud. y a su familia,

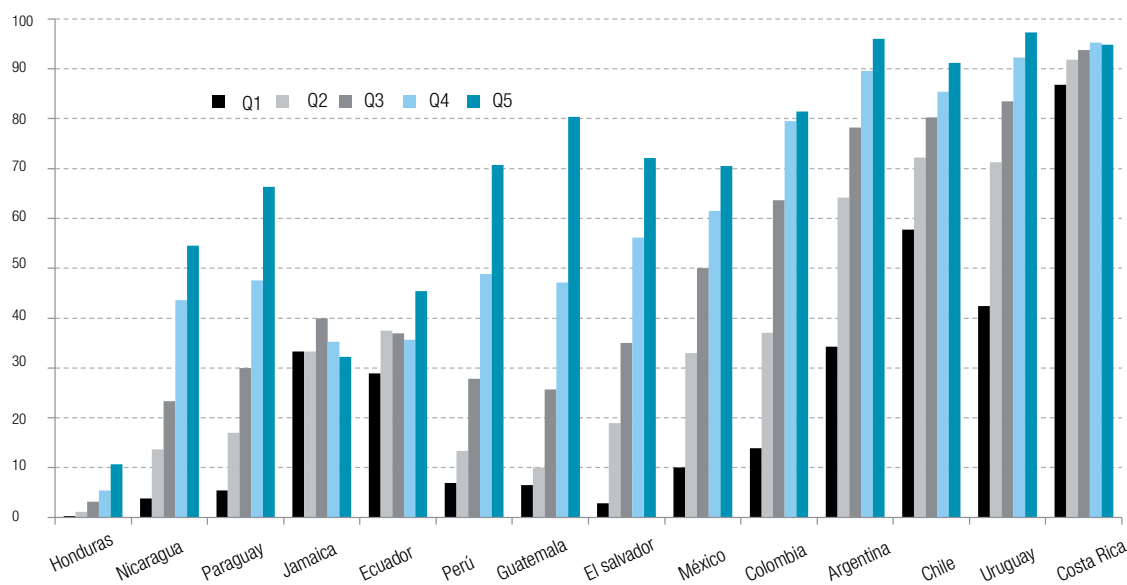
* Pregunta con respuestas múltiples, totales suman más de 100%



Fuente: Latinobarómetro 2011

COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CONTRIBUTIVO POR QUINTIL DE INGRESO

FIG 04



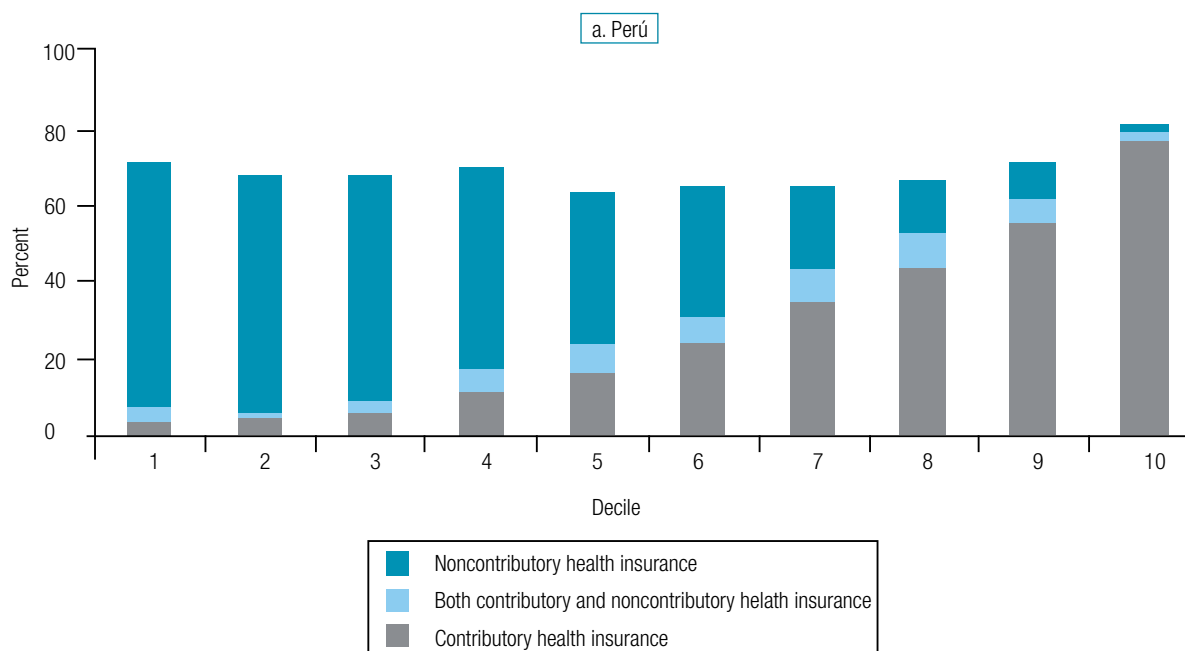
Fuente: Ribe et al, (2010) <http://www.lataeconomy.org/en/in-depth/how-middle-class>

Si se considera la proporción del aseguramiento contributivo, no contributivo y mixto por país (en Colombia se llama a este esquema de Subsidios

Parciales) se puede lograr una comprensión más precisa de la situación (figuras 5, 6 y 7).

COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CONTRIBUTIVO, NO CONTRIBUTIVO Y COMBINADO, POR DECIL DE INGRESO A MEDIADOS DE LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO

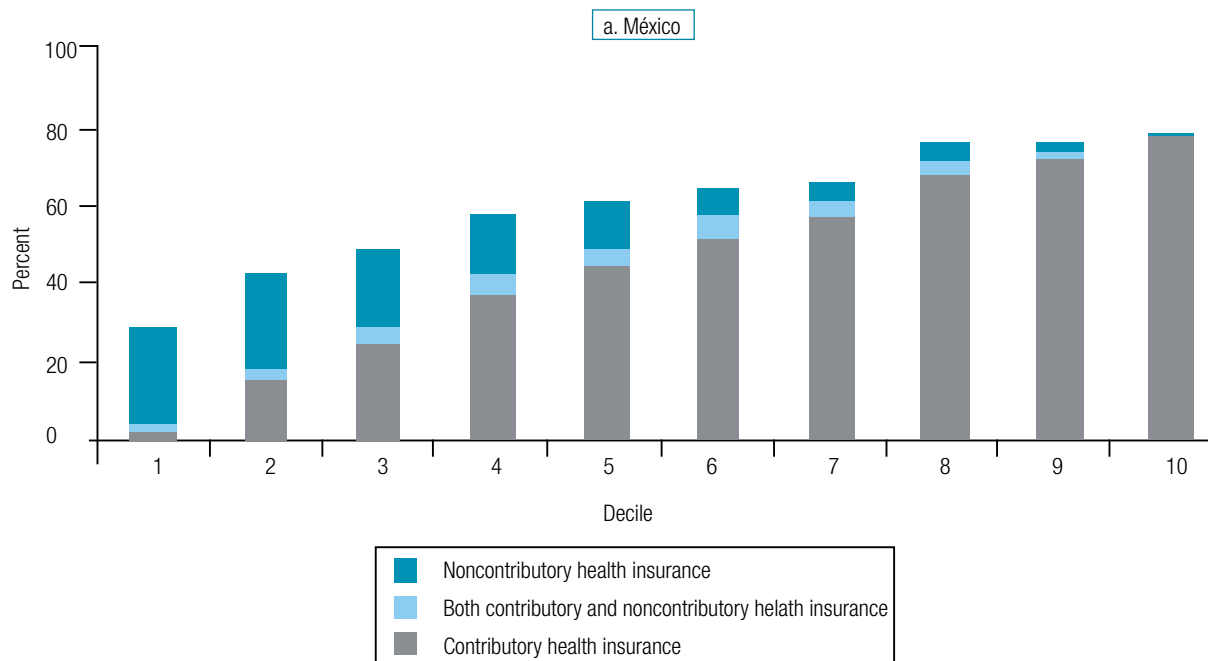
FIG 05



Fuente: Robalino and Walker, 2012 From Right to Reality, World Bank

FIG 06

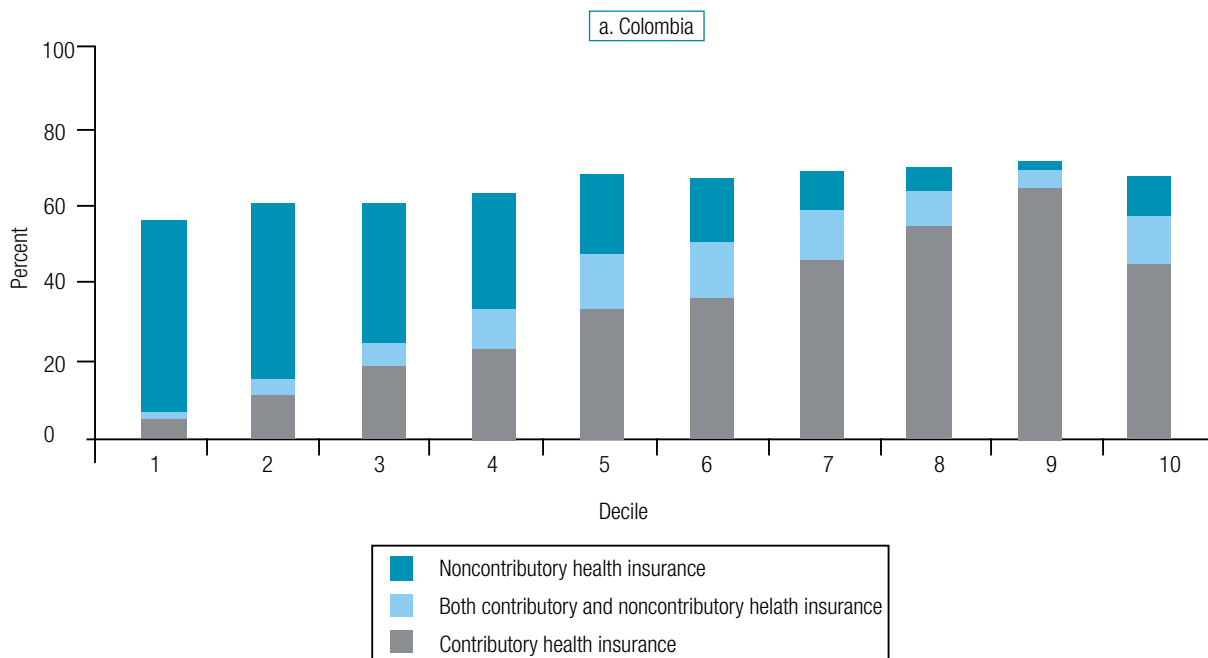
**COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
CONTRIBUTIVO, NO CONTRIBUTIVO Y COMBINADO, POR DECIL DE
INGRESO A MEDIADOS DE LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO**



Fuente: Robalino and Walker, 2012 From Right to Reality, World Bank

FIG 07

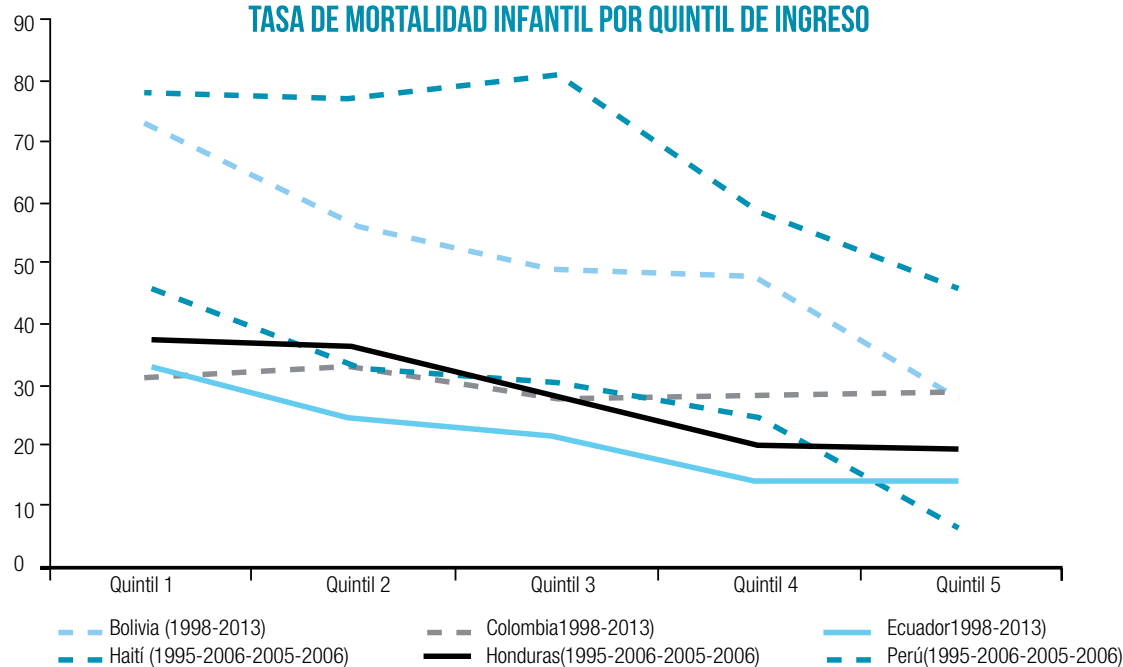
**COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
CONTRIBUTIVO, NO CONTRIBUTIVO Y COMBINADO, POR DECIL DE
INGRESO A MEDIADOS DE LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO**



Fuente: Robalino and Walker, 2012 From Right to Reality, World Bank

FIG 08

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR QUINTIL DE INGRESO



Fuente: ECLAC, 2008.

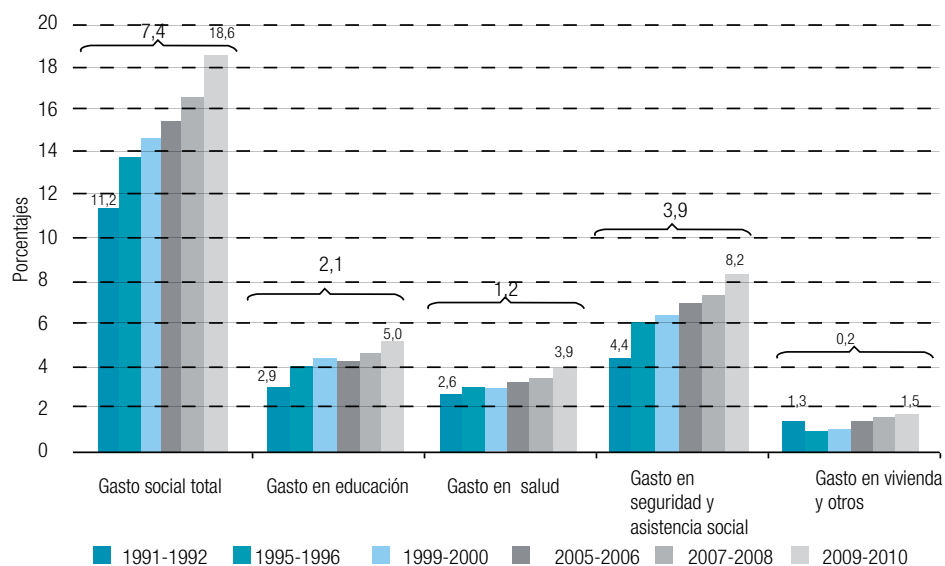
Perú, México y Colombia tienen los deciles más bajos. En el caso de México es claro el déficit de cobertura -que ha venido mejorando con las reformas recientes -en particular con la implementación del seguro popular- y una mayor tasa de contribución de los deciles bajos de ingresos, que culmina en una contribución plena en el decil 10. Colombia cuenta

con tasas de cobertura altas, pero no con un sistema contributivo tan fuerte en los primeros tres deciles: casi el 40% más pobre de la población complementa de manera muy importante su cobertura de aseguramiento con mecanismos no contributivos. Este estudio también refleja el esfuerzo que ha hecho Colombia por integrar ambos sistemas (contributivo y no contributivo).

FIG 09

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO POR SECTORES CUAL DEBERÍA SER LA PRIORIDAD?

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL POR SECTORES^a, 1991 - 1992 A 2009 - 2010 (EN PORCENTAJES DEL PIB)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de gasto social.

a Las cifras que figuran sobre las llaves corresponden al aumento del gasto en puntos porcentuales entre los periodos 1991-1992 y 2009-2010

En cuanto al aspecto de la equidad del sistema de salud, existen muchos estudios que es posible referir; no obstante, las cifras de mortalidad infantil por quintil de ingreso (figura 8) son especialmente importantes y la CEPAL las ha utilizado en todos los informes relativos a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A pesar de que persiste inequidad en América Latina, las curvas de mortalidad infantil según el nivel de ingresos se han ido suavizando, según demuestran las encuestas de demografía y salud de la CEPAL. En dos países persiste una gran disparidad en la tasa de mortalidad infantil entre quintiles: Bolivia y Haití.

En las últimas dos décadas el gasto social ha crecido en la región en 7.4% del PIB; este incremento es notable (figura 9). En América Latina el gasto social pasó de representar cerca del 11% del PIB en el 2009 a 18.6% en el 2010. No obstante, en la distribución por sectores es evidente que el gasto salud ha crecido en una proporción menor al gasto destinado a la asistencia y seguridad social y otros componentes del gasto social. El incremento promedio para salud

en la región, con inmensas diferencias entre países, ha sido del 1.2% del PIB.

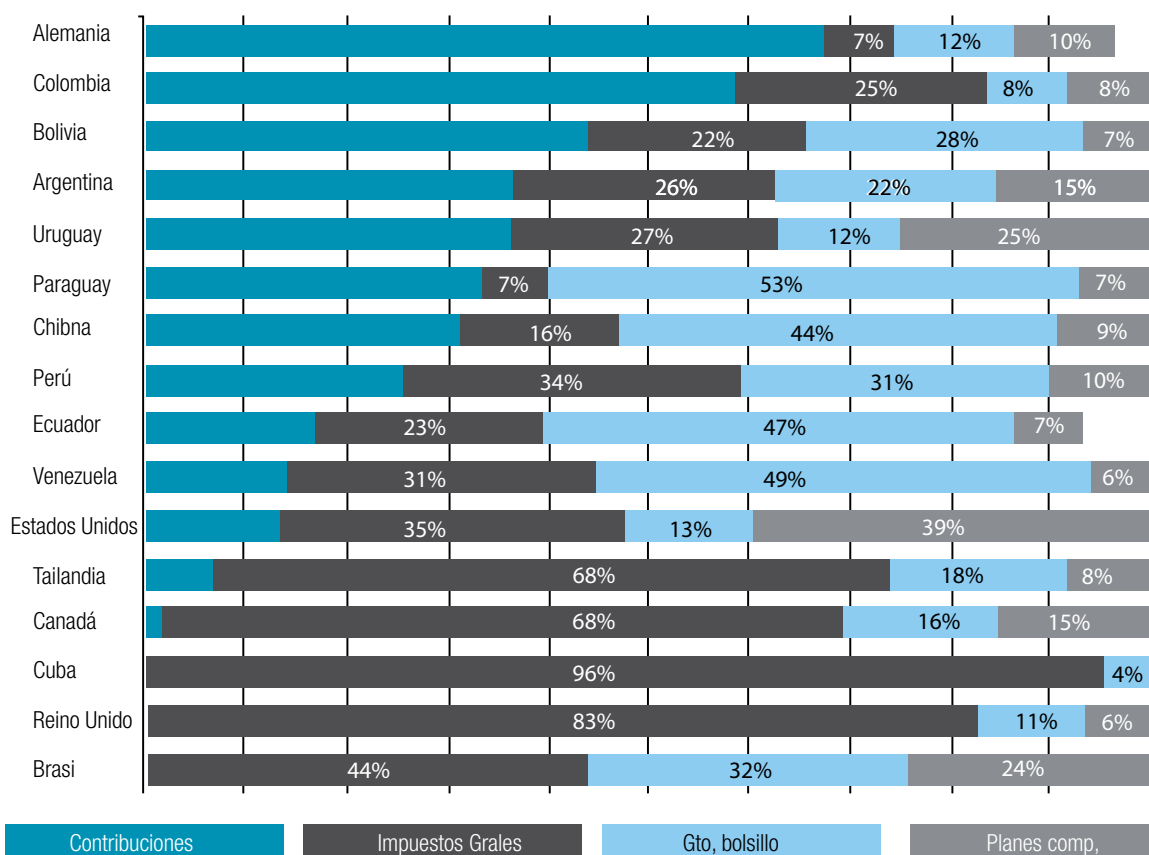
Existen también grandes diferencias internacionales en cuanto a la composición de las fuentes de financiamiento de los sistemas de salud, no solamente en el contexto de América Latina, que serán consideradas a continuación.

3. Características del financiamiento de los sistemas de salud

Es preciso advertir que los desafíos para los sistemas de salud no se reducen a un problema de recolección de fondos. A menudo se tiende a omitir la importancia de otros elementos, como la mancomunación del riesgo (risk pooling), la asignación de los recursos –aspecto que incluye la determinación precisa del contenido del derecho a la salud y los mecanismos judiciales que se establezcan para protegerlo–, los modos de compra de servicios y los mecanismos de pago (per cápita, por intervención, con una suma fija, etc.).

DIFERENTE COMPOSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

FIG 10



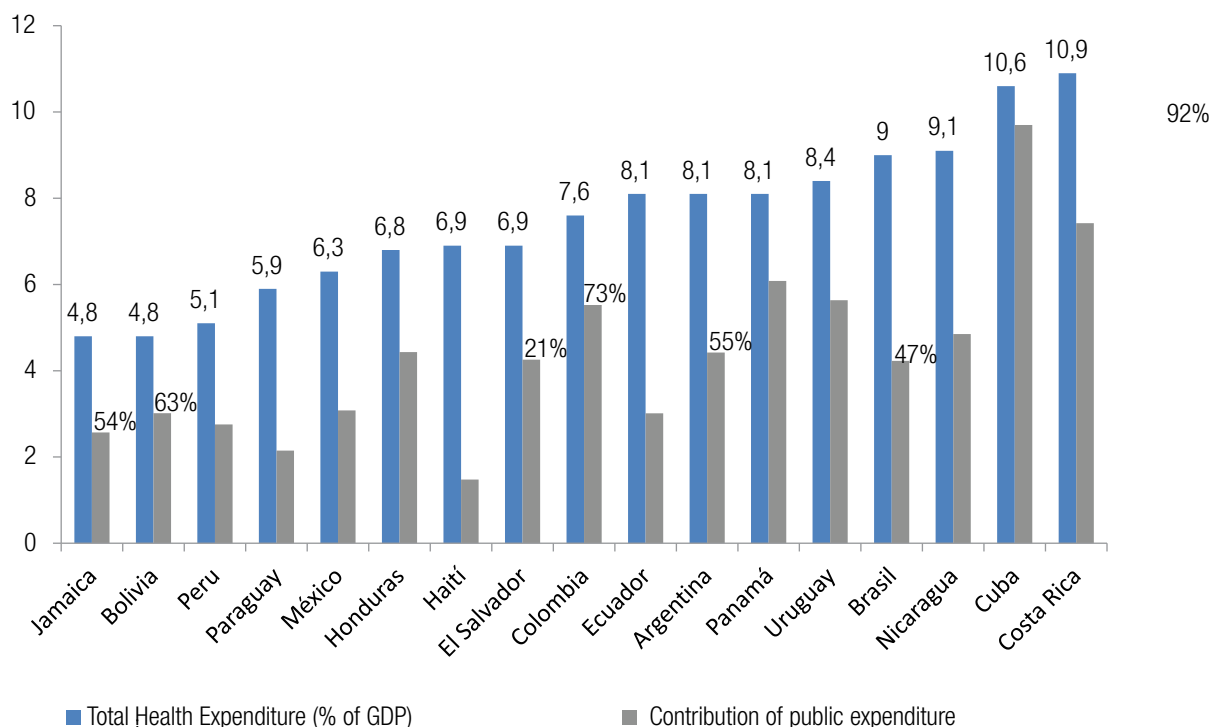
La literatura contiene muchos resultados diferentes en cuanto a los modos de compra de servicios de salud y los mecanismos de pago. Muchas veces este análisis, quizá por ser algo técnico, se echa de menos en los argumentos que defienden la necesidad de un seguro público universal para garantizar el cumplimiento del servicio de salud. Como este, hay muchos elementos que deben tenerse en cuenta para lograr los resultados que todos esperamos –los mejores posibles–.

La CEPAL ha estudiado cerca de 56 países, tanto de la región (figura 10) como fuera de ella. En esta investigación puede encontrarse un intento generalizado por diversificar las fuentes de financiación, tanto en los países que se financian principalmente a partir impuestos como en aquellos que obtienen la mayoría de recursos de las contribuciones. Es muy notable es el crecimiento de las contribuciones en países pequeños como Honduras. Como lecciones de las experiencias internacionales pueden resaltarse las siguientes:

- El sistema contributivo no tiene por qué estar limitado a los asalariados. El estudio encontró varios ejemplos que demuestran que personas sin ingresos, si bien con un alcance limitado y según su nivel de pobreza, pueden contribuir con esquemas familiares y tasas diferenciales fijas, como en los casos de México y Kenia.
- Las contribuciones también pueden recaer sólo en los individuos y no sobre las firmas. Es el caso de Chile, Holanda, Estonia, Irlanda o Israel –durante el período observado la Reforma Tributaria colombiana del año 2012 todavía no había sido aprobada; en esta se elimina el porcentaje de la contribución a cargo de los empleadores–. Bajo este modelo deben considerarse diferentes fuentes de destinación específica que reemplacen los impuestos sobre la nómina que pagan las firmas; los ejemplos de Brasil y Corea están orientados en esa dirección.

SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA Y EL CARIBE: GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB (2020)

FIG 11



Fuente Banco Mundial.

- Algunos países han introducido planes de beneficios o listas explícitas de servicios que son reembolsados por los fondos públicos. Tal es el caso de CAUSES de México, PEAS del Perú, en Colombia con el POS, Chile con el AUGE, Brasil con las Decisiones CITEC, Uruguay con PEAS, Argentina con PMO. Un número creciente de países está complementando estas decisiones con garantías de acceso, como en el caso de Chile, que garantiza tiempos de espera, calidad y gastos de bolsillo, o el PEAS, un régimen de garantías en la preparación de los prestadores del servicio.

El total del gasto en salud como porcentaje del PIB (figura 11) en países como Jamaica o Bolivia se estima que es 4.8%; en Colombia –teniendo en cuenta el debate actual sobre estas cifras– es 7.6%. Otros países como Cuba o Costa Rica registran mayores proporciones de gasto total frente al PIB y de gasto

público –que incluye los impuestos generales y las contribuciones obligatorias– frente a gasto total en el sistema. La barra roja nos dice cuánto del gasto total se financia con contribuciones que llamamos gasto público: 54% en Jamaica, 63% en Bolivia, 73% en Colombia y 93% en Cuba.

El gran mensaje que la CEPAL derivó de este estudio es que la dicotomía entre un sistema financiado únicamente con impuestos generales o con contribuciones (dualidad Bismarck-Beveridge) es reduccionista. Existen soluciones intermedias que pueden ser óptimas, según los contextos cambiantes y las dificultades específicas de cada país. En la práctica predominan los sistemas mixtos sobre aquellos que se financian puramente con impuestos o con contribuciones a la Seguridad Social y las tendencias muestran un alejamiento de la dualidad Bismarck-Beveridge con esquemas que combinan elementos de ambos modelos.

FIG 12

TEMAS PENDIENTES EN LA BÚSQUEDA DE UNA POLÍTICA PÚBLICA QUE GENERALICE EL DERECHO A LA SALUD Y QUE SEA SOSTENIBLE

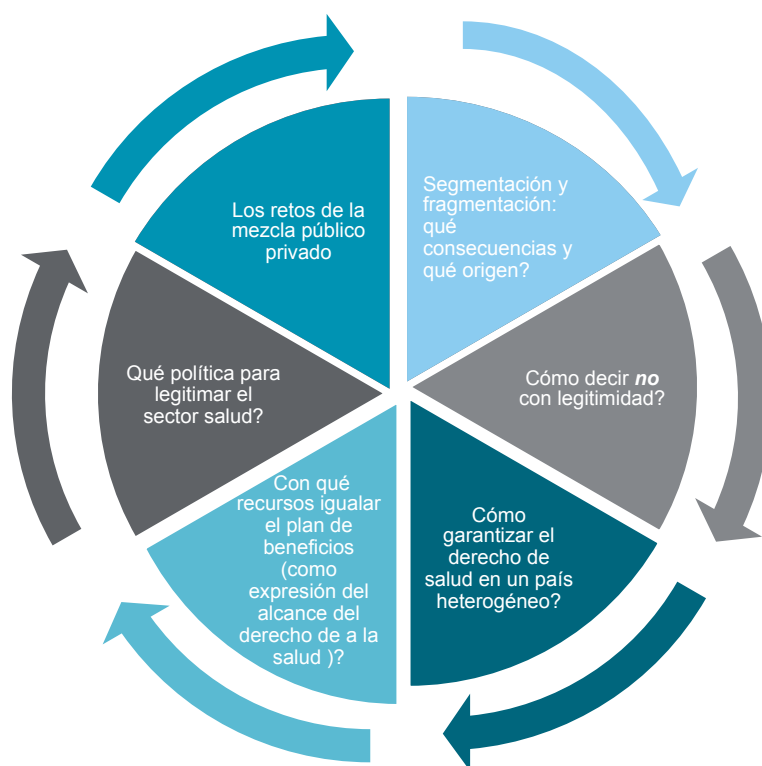
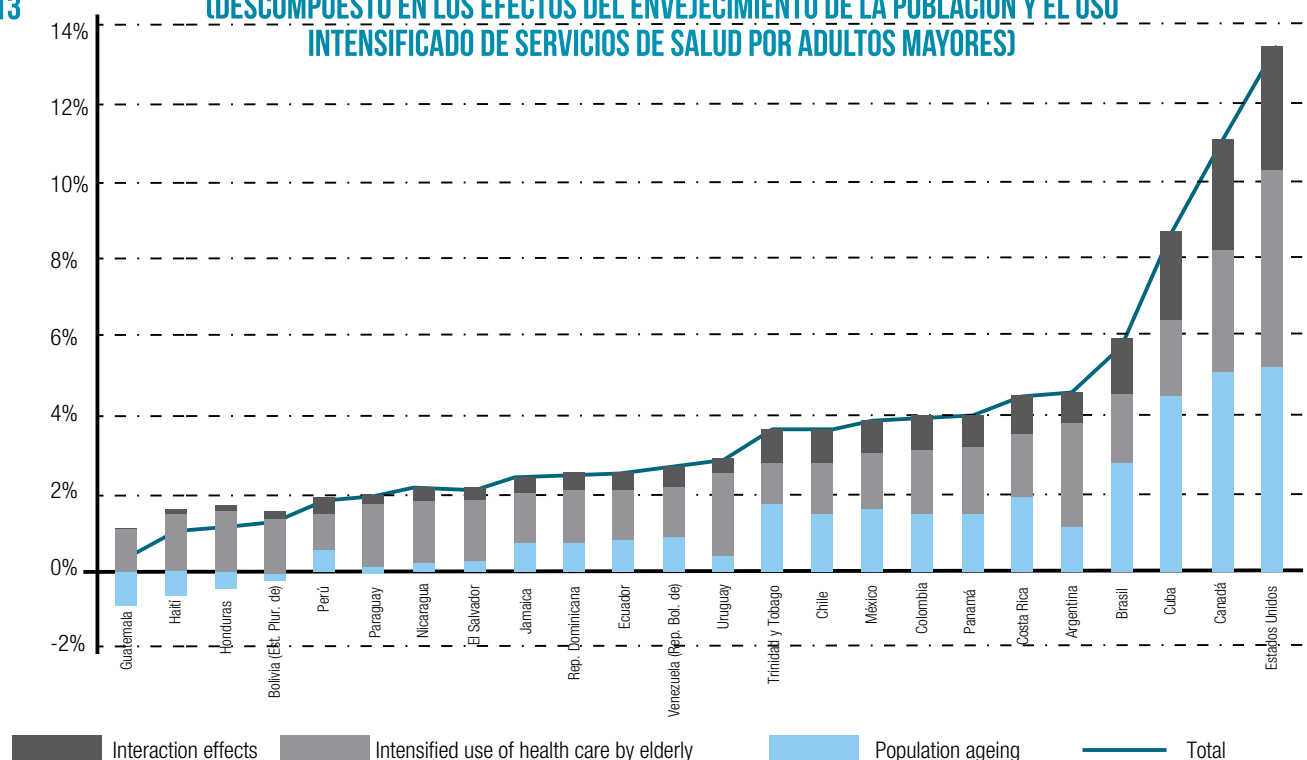


FIG 13

**INCREMENTOS PROYECTADOS DEL GASTO EN SALUD (% OF GPD)
(DESCOMPUENTO EN LOS EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y EL USO
INTENSIFICADO DE SERVICIOS DE SALUD POR ADULTOS MAYORES)**



Fuente: CELADE, ECLAC 2010, "Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos"

4. Los desafíos de la financiación en el camino de la universalidad.

La investigación debe orientarse a la búsqueda de una política pública que garantice el derecho a la salud de manera sostenible; esta búsqueda presenta desafíos complejos y muchas preguntas que quedan todavía sin responder (figura 12). No obstante, pueden señalarse algunas guías.

- Debe concederse que la estructura del financiamiento no es neutral desde el punto de vista de la igualdad. Aunque las contribuciones son insuficientes para financiar la protección social y debe recurrirse a rentas generales del Estado, raramente es posible integrar los sistemas públicos de salud y, a su vez, financiarlos solamente con impuestos generales. El punto nodal del debate está en

la suma de contribuciones e impuestos que financian la salud.

- El gasto privado se aproxima a la mitad del gasto total en salud en América Latina; el gasto de bolsillo, en particular, es cercano al 37%. Vale la pena reflexionar sobre las consecuencias que esta proporción implica en términos de equidad.
- Persiste todavía, a pesar de los esfuerzos, un déficit de cobertura.
- Con toda seguridad cualquier solución propuesta deberá lidiar con presiones muy grandes de demanda. La meta de cobertura universal, el perfil demográfico y epidemiológico cambiante y el aumento de los ingresos y las expectativas son factores que inciden en la demanda. Además, ¿en cuánto se incrementaría

el gasto social en salud descomponiendo los efectos del envejecimiento (barra gris, figura 13)? La barra roja corresponde al uso intenso de servicios de salud por los adultos mayores; la línea roja expresa el impacto total. Hoy la población espera más y mejores beneficios de salud, en parte también porque el conocimiento globalizado nos permite estar en línea con los últimos avances médicos. Por otra parte, la salud es un sector altamente innovador y las firmas ejercen una presión constante en su propósito de explorar y expandir los límites del mercado, siempre que sea posible.

- Existe un consenso sobre la necesidad de aumentar la tributación directa en América Latina y de recurrir a diversos mecanismos de financiación, siempre que no desincentiven la generación o la formalización del empleo. Éste es un factor fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de protección.
- Los mercados de trabajo y sus instituciones reguladoras deben fortalecerse, estimulando

mecanismos de ahorro, controlando la evasión y elusión en el sistema, ampliando el pilar solidario y articulando diferentes programas en diferentes momentos del ciclo de vida.

- La baja presión fiscal en la región (con la excepción, quizá, de Brasil permite considerar nuevos impuestos, además de corregir el sesgo hacia los impuestos indirectos –en una región tan desigual como América Latina debe tenerse siempre a la vista el principio de progresividad y evitar en lo posible los impuestos indirectos que recaen sin distinción–.

- Elementos de innovación, como los avances en la ‘telesalud’ (prestación de servicios de salud a distancia), ayudan a compensar incrementos proyectados en el gasto que probablemente el Estado y los ciudadanos no podrán cubrir por completo.

En suma, hacen falta reformas importantes: se requiere de un pacto fiscal. Las condiciones están dadas y varios países ya han tomado la iniciativa.

3.2 Derechos sociales universales y restricciones en el financiamiento de las políticas públicas de salud

Dra. Ana Sojo

División de Desarrollo Social - CEPAL Chile

El problema del contenido de los derechos sociales universales frente a las restricciones en el financiamiento de las políticas públicas de salud tiene varias aristas, que incluyen tanto la magnitud de los recursos como el modo de empleo y la morfología de la protección social en salud vigente en América Latina.

En primer lugar, debe definirse el panorama en materia de aseguramiento en salud. En segundo lugar, explicar en qué sentido las políticas públicas deben centrarse principalmente en las reformas institucionales requeridas y no en el aumento de los ingresos. Finalmente, debe considerarse la tensión que esta premisa genera desde la perspectiva de los derechos.

Durante el siglo XX en Europa las desigualdades se redujeron de manera espectacular; en este proceso influyeron tres factores importantes:

- El impuesto progresivo sobre la renta.
- Los mecanismos de aseguramiento que protegen a los individuos contra los riesgos.
- Los procedimientos en el mercado laboral que conducen a una mejoría de la condición asalariada.

¿Qué es la protección social? Para responder a esta pregunta existe una amplia literatura, inaugurada hace ya muchas décadas por Kenneth Joseph Arrow, que trata de situar la protección social a partir de la aversión al riesgo. En materia de salud los riesgos que cada uno de nosotros enfrentamos son ubicuos e inciertos. No sabemos cuándo nos vamos a enfermar,

de qué vamos a enfermar, cuánta protección va a ser necesaria para eso, cuál va a ser la magnitud de los gastos, cuál va a ser la frecuencia de esos gastos, la intermitencia, los intervalos entre ellos, etc.

El aseguramiento, especialmente en sociedades tan desiguales como las de América Latina, sencillamente puede no estar disponible en el mercado. La sociedad debe entonces reconocer la brecha que hay entre la necesidad de aseguramiento y el aseguramiento efectivo y buscar la manera de cerrar esa brecha con acuerdos sociales que constituyan instituciones no mercantiles.

Los sistemas de Protección Social presentan retos de gestión especialmente difíciles. Cualquier decisión en esta materia tiene el potencial de causar un gran daño y sufrimiento a las personas y no siempre están dadas las condiciones para tomar decisiones acertadas.

¿Qué sentido tiene entonces el aseguramiento? El aseguramiento busca diversificar y mancomunar los riesgos que tiene cada individuo dentro de un pool de riesgos; esto permite reducir la brecha que siempre existe entre la necesidad de aseguramiento y los ingresos con que contamos. Esto se conoce como la redistribución interpersonal del riesgo (de los sanos a los enfermos, de los ricos a los más pobres, etc.). Por otra parte, muchos beneficios que reciben las personas en términos de salud han sido pagados por ellas mismas en otro período de su vida en el que no han estado enfermos. Esto es lo que se denomina como la redistribución intrapersonal a lo largo del ciclo de vida. Este concepto, que da fuerza al argumento a favor del aseguramiento solidario en salud, a menudo se echa de menos en las discusiones regionales sobre el tema. En este caso, la entidad aseguradora, el Estado de Bienestar, actúa como un banco de ahorros.

¿Cómo está América Latina en materia de salud? La CEPAL está refinando sus datos con miras al próximo panorama social. Por lo pronto, considérese únicamente la afiliación en salud de los asalariados. En este aspecto es notable que prácticamente en todos los países hay incrementos —en sólo unos

pocos, como en Honduras, continúa una situación de estancamiento—. En Colombia es extraordinario el salto en materia de afiliación a salud que se ha dado en los últimos doce años.

Evidentemente hay sesgos muy importantes por quintiles o deciles de ingreso; entre la situación de los asalariados de las pequeñas y grandes empresas; entre el sector público y el sector privado (en el sector público la afiliación al sistema de salud es mayor). No obstante, los países andinos demuestran signos claros de mejoría. Perú, por ejemplo, registra avances importantes, si bien desde una situación más rezagada.

¿De dónde van a salir los ingresos tributarios necesarios para financiar los sistemas de salud y de protección social en general? ¿Desde el ámbito de las contribuciones? Es claro que desde el punto de vista de la presión y la estructura fiscal los desafíos de los países son muy diversos. Sin embargo, en general los sistemas de la región deben establecer mecanismos contributivos más incluyentes, fortalecer los mecanismos de afiliación de los trabajadores no formales y de los hogares receptores de remesas; esto último en países con muy bajos niveles de protección social como Guatemala, Honduras y Nicaragua que tienen un potencial desaprovechado de hogares con capacidad contributiva. Por otro lado, es muy importante superar con los techos contributivos. En algunos países, sobre todo en los más rezagados, los techos contributivos pueden llegar a ser pasmosamente bajos, lo cual perjudica la capacidad redistributiva del sistema de salud (quienes tienen más recursos están contribuyendo muy poco).

En los últimos años se ha dado un rompimiento gradual de dogmas que antes parecían inamovibles. Por ejemplo, el Banco Mundial, que hace sólo algunas décadas estigmatizaba la financiación de la salud con recursos contributivos, ha modificado esa posición en algunos documentos recientes. Lo cierto es que hoy en día confluye el financiamiento contributivo con el financiamiento fiscal en casi todos los países y la discusión se ha flexibilizado de uno y otro lado.

Vale recordar la importancia de considerar factores

distintos al incremento de recursos, tanto en los países rezagados como en los que hoy llevan la ventaja. La estrategia de mejoramiento debe concentrarse también en la morfología de la Protección Social y los desafíos institucionales. Las posiciones han madurado y se percibe cierta fatiga frente las reformas que fueron emprendidas cuando los dogmas y la ortodoxia dominaban el debate en la región; el cambio institucional es el lugar de la innovación. Los problemas que reclaman atención incluyen:

- Problemas regulatorios y de descreme del mercado, que sigue teniendo lugar.
- Hipertrofia de la intermediación financiera y aseguradora. Esto es válido en casos tan disímiles como los de Colombia y Argentina. Persisten los subsidios cruzados al sector privado, tanto aquellos que han sido diseñados desde la morfología de la protección social, caso de Chile, como aquellos que se van dando en el camino y que no habían sido previstos.
- Turbulencia del financiamiento. Aunque los esfuerzos por deslindar los recursos que se destinan a pensiones y a salud han rendido frutos, en casos como el de Brasil los Programas de Transferencias Condicionadas (PTC) a veces compiten con los recursos para salud, a pesar de su bajo peso relativo en el PIB.
- Sigue pendiente la implementación de medidas tan básicas como la integración de los distintos niveles de atención, el mejoramiento de los sistemas de referencia y la legitimación de las combinaciones público-privadas que están marcadas por el lucro. Incluso durante la crisis actual, las empresas del sector generan ganancias elevadas y los cotizantes pierden.

La perspectiva de los derechos sociales entra en tensión con las reformas que modelaron los sistemas de salud en pasadas décadas, aunque

es bien cierto que todavía se requieren muchísimas precisiones en materia de derechos: ¿quiénes son los sujetos titulares? ¿Cuáles son sus alcances? ¿Qué obligaciones emanan de ellos? ¿Quiénes son los sujetos deudores de esos derechos? ¿Cómo se pueden establecer prioridades, dado el carácter limitado de los recursos? ¿Cómo pueden protegerse? Algunas experiencias en este sentido pueden encontrarse en México y Chile.

A todo lo anterior puede sumarse el problema de la judicialización del derecho a la salud. Éste fenómeno expresa tensiones o conflictos entre las demandas de las personas o de los colectivos y los umbrales de prestaciones fijadas por el Estado o en la materialización efectiva de los derechos, que son reconocidos en el papel pero negados en la práctica. La judicialización no es garantía de equidad y representa un costo innecesario para el sistema. Se ha calculado que en Colombia el costo de la judicialización es alto, puede describirse como un juego de suma cero y presenta problemas graves, en la medida en que los jueces no tienen un sustento técnico adecuado para sus decisiones, que tenga en cuenta las complejidades del sector salud. En suma, uno de los retos del locus de innovación institucional en la región consiste en minimizar la judicialización del reconocimiento y del goce efectivo del derecho a la salud por medio de la estructuración de sistemas de salud vigorosos, más equitativos y eficientes, capaces de responder mejor a las demandas ciudadanas.

En cuanto a los problemas que genera la judicialización en el sector salud, las situaciones son muy diversas. En Chile, que tiene un nivel bajo de judicialización por las raíces autoritarias de su sistema de salud –que fue gestado durante la dictadura o gobierno militar–, el Tribunal Constitucional hace tiempo declaró inconstitucional la manera en que se calculaba el costo de los planes de salud. En Colombia la judicialización ha tenido un impacto enorme en el sistema de salud. Este impacto depende en gran medida de la compleja arquitectura del sistema colombiano –que está hoy en reforma–.

¿Cómo se articula en el territorio el sistema de salud? ¿Hay un administrador de recursos que tenga capacidad de sanción? ¿Cómo se fortalece la atención primaria? Todo esto hace parte de esos desafíos institucionales presentes. Resulta que, además de aunar recursos en diferentes grados, sobre todo en aquellos países en que los recursos son pocos, los sistemas enfrentan el reto de evitar que las reformas sectoriales que se van siendo modificadas o las nuevas que van entrando en vigencia no profundicen la segmentación del sistema. En este sentido, la propuesta de la OIT dirigida a establecer un piso de protección social debe evitar que la escalera de garantías básicas, vinculada con un segundo nivel de prestaciones garantizadas más complejas, no se convierta en una fragmentación adicional del sistema de protección.

Los criterios de priorización en la asignación de recursos son un ámbito importante de reflexión para la innovación institucional. Ciertamente los recursos no son infinitos y, cuando no existen estos criterios, los sistemas producen formas indiferenciadas de racionar los recursos, como las filas de espera. Los problemas de judicialización dependen en buena medida de las limitaciones del diseño de paquetes de beneficios. Sabemos que, si bien los planes de beneficios priorizados y explícitos no implican necesariamente una disminución o desaparición del componente público de financiamiento para aquellos servicios de atención considerados como no prioritarios, queda todavía pendiente un análisis del impacto global de los planes de priorización sobre la equidad.

Las complejidades de la priorización son grandes. Por ejemplo, si se prioriza conforme a cuadros de morbilidad puede ocurrir, como en Chile, que cierto tipo de cáncer puede no ser atendido dentro del AUGE aun cuando la quimioterapia que requiere es la misma que está aprobada para un tipo distinto de cáncer. En un escenario, la persona tendrá protección mediante el AUGE y, en el otro, incurrirá en un gasto catastrófico.

Debe reconsiderarse también el carácter de las combinaciones público-privadas marcadas por el lucro en nuestra región. En el caso de Chile, las ISAPRES están determinadas por Ley como empresas con fines de lucro. Los planes de salud, por tanto, se fijan de acuerdo al perfil de riesgo específico de las personas, como si fueran seguros privados, a pesar de que con obligatorios. Es una situación única en el mundo: vemos que la rentabilidad promedio del sistema ISAPRES, incluso en un momento de turbulencia financiera como el actual, excede el 20% y a menudo son más rentables que los bancos (esta información proviene de la Superintendencia de ISAPRES).

Una de las dimensiones clave de los desafíos institucionales es la capacidad regulatoria. En efecto, nuestros sistemas de salud se insertan en economías abiertas y son vulnerables ante los riesgos financieros. Cuando la economía entra en recesión, caen los ingresos fiscales y puede implicar períodos de desempleo importantes que afectan las contribuciones. El marco operativo de nuestros sistemas de salud es el de economías abiertas sometidas a shocks financieros.

Por otro lado, las combinaciones público-privadas han incrementado progresivamente sus niveles de complejidad. Requerimos de una regulación que responda al déficit de eficiencia y la eficacia de las prestaciones, la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, la existencia de subsidios cruzados implícitos o explícitos al sector privado y el descreme del mercado que se sigue ejerciendo. Es necesaria una regulación capaz de proteger los derechos de los beneficiarios, que fije y supervise las tarifas y comisiones, la calidad de los servicios y los productos y que prevenga la corrupción.

Hay otro ámbito, no sólo en el campo de la salud, sino en la generalidad de la política pública y frente al cual hemos sido ciegos o, cuando menos, miopes. Hoy en Europa está cuestión la sostenibilidad del financiamiento de la protección social debido al envejecimiento de la población. En el campo de la

salud hay que considerar este fenómeno desde dos puntos de vista. Desde un punto de vista instrumental, debe determinarse cómo lograr un financiamiento sostenible de la protección social. Para lograr esto es fundamental que se establezcan sistemas de cuidado que permitan que un mayor contingente de la población –y en particular de mujeres– permanezca en el mercado de trabajo. Algunos países europeos, especialmente los nórdicos, están hoy sobre mejores bases financieras que aquellos que fueron miopes frente a esta realidad, como Alemania, o los países mediterráneos.

Por otra parte, desde el punto de vista del cuidado en salud propiamente dicho, debe considerarse igualmente el marco de envejecimiento al que se hizo referencia en la ponencia precedente. Nuestros niveles de dependencia en términos de cuidado son imprevisibles porque no conocemos el cuadro de morbilidad futuro. Debe plantearse la cuestión de cómo preservar, en lo posible, los niveles de independencia de las personas adultas mayores. Es muy importante la necesidad de profundizar en el análisis de los riesgos futuros en materia de cuidado y aseguramiento en salud.

La ampliación de la protección social hacia nuevos ámbitos, como el cuidado tradicional, requiere de medidas que refuercen el discurso social en torno a solidaridad y la universalidad de los derechos. En este sentido, puede mencionarse una serie de elementos 'objetivos' que facilitan esta tarea.

- Por un lado, la fragmentación de los sistemas en muchos casos no es casual y depende de un diseño consciente. No es casual que el Seguro Popular en México esté separado de los sistemas de aseguramiento que se agrupan en torno a las dos entidades principales del sector en este país. En efecto, México tiene uno de los sistemas más estratificados de América Latina.
- Los sectores desprotegidos en nuestra región son muy amplios y se distribuyen entre todos

los quintiles de ingreso. La vulnerabilidad social en materia de salud es diferente a la pobreza y es un elemento aglutinador al cual hay que apelar desde el discurso de solidaridad y de universalidad. Esto sin duda tiene que ver con las combinaciones público-privadas regidas por el lucro y la gran cantidad de población en los diversos países latinoamericanos que hacen erogaciones de bolsillo significativas; ambos elementos deben reconsiderarse en futuros proyectos de reforma.

En cuanto a la calidad de los sistemas de salud de la región, depende críticamente del grado de integración del sistema. Se requiere dar voz a los usuarios, de modo que pueden exigir prestaciones de calidad. Si los sistemas segregan a los pobres en planes diferenciados, su voz va a ser más débil. Por el

contrario, el aseguramiento en bloque de la población responde a la condición general de vulnerabilidad. La vulnerabilidad y el riesgo son elementos que hay que llevar al frente del debate.

¿Se perfilan nuevos patrones de reflexión sobre las políticas de salud en la región? ¿Podemos dejar algunas orejeras, o usar lentes que corrijan algunas miopías? Parece claro que el mayor cambio ha ocurrido, efectivamente, en los patrones de interpretación y en las discusiones de quienes toman las decisiones. Los temas de política, preferencias, valores y símbolos –estrechamente conectados con el discurso, la interpretación política– son elementos de estos patrones que determinan la trayectoria de las políticas y las decisiones. América Latina se encuentra en un momento propicio para mirar con lentes heterodoxos sus perspectivas futuras.

Preguntas y debate

Modera: Dra. Gabriela Moreno Presidencia de la CASE

1. ¿Cómo combinar las contribuciones y los impuestos con la calidad? La universalidad y cobertura en Colombia han llevado a desmejorar la calidad del servicio. La infraestructura no tiene la capacidad para atender y abordar la demanda, tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

Olga Lucía Acosta: No todo está inventado. De alguna manera, muchas de las políticas sociales proceden por ensayo y error. Las pruebas piloto y las diversas experiencias internacionales muchas veces con buenas fuentes de inspiración. En Colombia se están haciendo esfuerzos por mancomunar el riesgo y superar la dispersión y las ventajas de la economía de escala son evidentes. Se ha propuesto regular el aseguramiento como tal, la prestación del servicio, independientemente de los esquemas de financiamiento (contributivo o subsidiado). Siento no tener una respuesta práctica. La CEPAL ha propuesto la creación de un fondo que reagrupe todas las fuentes dispersas que van hacia la salud; este es un desafío colosal. Un sistema de salud puede pensarse como la empresa más grande y, no obstante, no siempre aprendemos de la gestión exitosa de las grandes empresas.

No estoy de acuerdo con la apreciación sobre la infraestructura. Al menos en el caso de Colombia, la CEPAL ha avanzado en la georreferenciación de la infraestructura en salud por ciudades y puede concluirse que hay mucho más que lo esperado. En regiones más lejanas y apartadas hay deficiencias que no son tolerables, pero en general hay más problemas de eficiencia en el uso de los recursos existentes que pueden solucionarse, entre otras, con inversiones focalizadas. Hace falta mucha capacidad de gestión. Hay que confiar en que el nuevo marco que se ha abierto nos permita implementar plenamente algunas

soluciones que ya empiezan a aventurarse en algunos países.

Moderador: Las siguientes preguntas se agrupan en temáticas más o menos parecidas:

2. Con referencia a la universalidad, la calidad y la cobertura persisten poblaciones vulnerables y hay personas apartadas sin salud. ¿Falta más control y vigilancia o faltan más recursos?
3. ¿Las comparaciones internacionales tienen en cuenta los gastos en medicamentos? ¿Valdría la pena separarlos, ya que tienen magnitudes y significaciones distintas?
4. ¿Cuál es el peso de la corrupción en el financiamiento, o en el desfinanciamiento, de la región?
5. ¿Qué líneas se podrían trabajar en materia de mancomunación del riesgo para hacer más eficiente el financiamiento?
6. La creciente informalidad laboral en Colombia amenaza la sostenibilidad del sistema. ¿Cómo enfrentar este escenario y lograr la universalidad?

Olga Lucía Acosta: En cuanto a informalidad (pregunta 5), Colombia tiene las tasas históricas más altas. En el último año el empleo que ha registrado tasas de crecimiento, no obstante, ha sido el empleo con algunos grados de protección, esto es, el empleo asalariado. Esta tendencia ha llamado la atención a mis colegas de Chile, en particular a Jürgen Weller, a quien me permito citar. Ojalá pueda establecerse un círculo virtuoso de reducción de la informalidad. Los trabajos más estructurales de CEPAL están precisamente poniendo la atención en este aspecto, buscando combinaciones más acertadas de desempeño de los sectores y de los negocios particulares. Hace falta que las instituciones de la región se reinventen en términos de gestión. En Colombia los

municipios en particular tienen muy poca capacidad para enfrentar los retos de gestión que enfrentan. Existen posibles soluciones en la implementación de métodos más modernos, que incluyan un esfuerzo de formación y capacitación.

En cuanto a los gastos de medicamentos (pregunta 2), es importante profundizar en los datos. Una estadística conocida en Colombia muestra que gran parte de los recobros que se dispararon en el 2010 se limitaban a cerca de diez medicamentos. Recuerdo las palabras del director de una gran multinacional, que en alguna conferencia de negocios decía: “el mercado al que hay que ir es al de Colombia. Hay un gran fondo donde se recobran los medicamentos”.

La mancomunación de riesgos (pregunta 4) se guía por un principio básico de la teoría de seguros: entre más grande sea el pool, hay mayores posibilidades de redistribución. Hoy estamos empezando a pensar este tema con un enfoque regional.

7. ¿Cree que es posible realizar avances hacia la equidad en el marco de un sistema entregado al mercado?

Ana Sojo: Si el modelo es público-privado y si los recursos que se están canalizando hacia el mercado son de contribuciones compulsivas, debe haber una regulación especial. La decisión de comprar un seguro privado cuando existe un mercado de aseguramiento es resorte de cada persona. No obstante, si las contribuciones son compulsivas la lógica cambia. Está sobre el tapete la discusión en torno a la dualidad del sistema de salud chileno, por ejemplo. Para los mercados de aseguramiento poco desarrollados se ha propuesto el modelo de los Ludwig's Fees, que incluye el precio de la póliza que está abarcando, los costos de administración de la aseguradora y la tasa de ganancia aceptable dentro de un mercado competitivo. Es muy claro, no obstante, que no hay un mercado competitivo cuando se capturan las contribuciones compulsivas y se tiene absoluta libertad para ajustar las pólizas a los riesgos individuales, como es en el caso chileno;

esta situación debería ser materia de innovaciones en regulación.

Otro elemento importante en materia de regulación tiene que ver con el precio de los medicamentos (pregunta 3). Por ejemplo, en Costa Rica ha sido muy importante la economía de escala que ha logrado la Caja Costarricense del Seguro Social, particularmente en la adquisición de medicamentos a precios claramente inferiores a los que se obtienen mediante una acción de Tutela en Colombia. Se trata de lograr un funcionamiento del mercado más transparente.

En cuanto a la supervisión de la calidad de los servicios y de los productos (pregunta 2), a las tarifas que se fijan, las comisiones, etc., depende en gran medida de la capacidad regulatoria y tiene que ver con el funcionamiento del mercado de acuerdo a reglas transparentes, guiadas por criterios de solidaridad y de un mejor uso de los recursos contributivos o fiscales.

Olga Lucía Acosta: Hay un elemento particularmente importante de gobernanza global que se refiere a la participación de la población en el diseño del sistema. En muchos casos, al sistema de salud no le falta una buena voluntad; pero con demasiada frecuencia la excesiva tecnocracia impide incluso la transmisión del mensaje sobre lo que se está haciendo, las contradicciones y complejidades que existen, etc. Eso promueve actitudes generalizadoras negativas que impiden ver los matices. Ha faltado en muchos países una buena política de participación social. Aunque ya hay algunos caminos recorridos, cualquier iniciativa debe ir de la mano de la población y contribuir a empoderarla, incluso a costa de la lentitud en los procesos; este enfoque evitaría muchos problemas que atravesamos actualmente.

Ana Sojo: Respecto de la gobernanza puede agregarse también que hay que poner en la mira la manera en que se recluta y se evalúa el desempeño de quienes prestan los servicios de salud. Muchas veces se entronizan privilegios y resistencias a la medición del desempeño, actitudes depredadoras, etc. Por



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

ejemplo, lamentablemente, la Caja Costarricense del Seguro Social ha debido enfrentar ciertos problemas financieros en los últimos años, que en muchos casos tienen que ver con conductas depredadoras por parte de la burocracia, cobros por horas extra, ausencias laborales y otra serie de aspectos que son también parte de la gobernanza; no podemos caer en un 'angelismo' y hay que ver siempre este aspecto del problema.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

4

Primer día - Sesión II

**Cobertura universal, equidad y financiamiento
sostenible de los sistemas de salud**

4.1 Desafíos en el financiamiento de la protección social en salud

Dr. Cristian Morales
Asesor Regional Principal para el sector económico y financiero de salud
Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria (HSS)
OPS Washington

El problema de la gobernanza del sistema de salud en Colombia sigue siendo un factor limitante para el avance hacia la cobertura universal de salud y tiene que ver tanto con las responsabilidades exclusivas de la autoridad sanitaria –como el liderazgo y la generación de políticas, la regulación y el marco jurídico en general–, como con la ejecución de las funciones esenciales de salud pública y la responsabilidad que la autoridad sanitaria nacional comparte con otros sectores (privado, asociativo, etc.) en cuanto al financiamiento, la cobertura y la dispensación de los servicios. Los retos del sector reclaman una redefinición de los modelos de atención que, en general:

- Son relativamente hospitalocéntricos y sesgados hacia la importancia del recurso médico, en desmedro de otros profesionales.
- Cuentan con poca participación social y con falta de integración en redes.
- Disocian la atención hospitalaria de la referencia y la contrarreferencia hacia otros niveles de atención a la atención primaria.
- Registran un bajo desempeño en términos de gestión.
- No responsabilizan a la gerencia por las buenas y malas decisiones.

Los recursos humanos constituyen otro problema en la mayoría de nuestros países; no sólo faltan recursos

humanos, sino que falta calidad de esos recursos, de modo que respondan de mejor manera al modelo de atención que estamos tratando de propiciar.

El problema de los determinantes sociales sigue siendo, por supuesto, una dificultad para la cobertura universal de salud. Toda mejoría en los determinantes sociales también es un factor facilitador del avance hacia la cobertura universal. Mejorar los procesos de introducción, control, fiscalización y uso de las tecnologías sanitarias, incluyendo, por supuesto, los medicamentos, constituye otro factor sobre el cual se puede incidir.

Menos ineficiencias y más y mejor financiamiento es el objetivo principal que nos va a ocupar en adelante. ¿Cómo es posible recaudar más fondos generando mayor eficiencia y mayor equidad? ¿Cómo asignar, comprar, y pagar los servicios a los prestadores con mayor eficiencia y empleando una arquitectura de incentivos adecuada? ¿Cómo organizar las prestaciones? En este sentido los desafíos del financiamiento tienen que ver con la capacidad de sostener el acceso universal a servicios de calidad. Para lograr este objetivo se necesitan mayores recursos y una mejor utilización, asegurando la efectividad en el aspecto de los resultados de salud y disociando la contribución al financiamiento desde el momento en que la prestación del servicio es requerida.

En este aspecto, pueden recogerse las siguientes recomendaciones:

- Tanto los riesgos como los recursos deben mancomunarse para generar equidad y eficiencia. Esto permite la redistribución de sanos a enfermos o de ingresos altos a bajos y minimiza los costos de administración.
- Deben diversificarse las fuentes de financiamiento: por sí solas las contribuciones o el sistema de impuestos generales no bastan.
- Debe buscarse la disminución progresiva y la

eventual eliminación del gasto de bolsillo, pues ésta es la forma más ineficiente e inequitativa de financiar el sistema de salud.

- Prever un flujo estable y suficiente de recursos aprovecha el potencial de las economías de escala en la compra; este es un argumento adicional contra el gasto en el momento de la sustentación.

- Asegurar una gestión fiscal responsable y transparente facilita la búsqueda de recursos adicionales. Para que la prioridad de la salud se exprese en forma adecuada hay que dialogar con el Ministerio de Hacienda y con Finanzas; para ese diálogo se requieren planes de mejora de la forma en que hacemos nuestros gastos. Por ejemplo, debe generarse la capacidad de gastar anticíclicamente; este es un aprendizaje que podemos recoger de las experiencias europeas recientes. Cuando hay recesiones y problemas económicos importantes las necesidades sanitarias de la población aumentan; la utilización de servicio aumenta y hay que estar preparado para poder actuar. También es necesario rendir cuentas que midan el impacto del gasto o, en otras palabras, financiar en función de resultados y cumplimiento de objetivos y metas, en la medida de lo posible.

¿Cómo es posible obtener más recursos para responder a las necesidades del sistema de salud?

- Generando mayor espacio fiscal con una meta de quizá al 5% del PIB de gasto público en salud, cuando menos. Los países que han avanzado hacia sistemas que se acercan más a una cobertura universal gastan alrededor del 6% de su Producto Interno Bruto en salud. Eso implica, por supuesto, una proporción muy importante del presupuesto fiscal. Se requiere establecer prioridades fiscales que vayan más allá de meras declaraciones políticas.
- Potenciando el crecimiento económico

para aumentar la posibilidad de obtener más recursos con la misma presión fiscal, que sabemos que actualmente es baja en la región.

- Estimulando la formalización y la estabilidad del empleo, ampliando la base impositiva y buscando mayor eficiencia en la organización de la atención de los servicios. Algunas de estas acciones se escapan a nuestras posibilidades reales, pero debe aprovecharse la oportunidad que ofrece el panorama económico actual. El crecimiento económico relativamente importante y con proyecciones todavía buenas no se ha reflejado en un incremento de la participación en el mercado laboral formal.

- El esfuerzo fiscal en la región sigue siendo bajo. No sólo la presión fiscal es baja; no recaudamos los recursos que se esperan, si se compara la situación de los países de la región en un escenario internacional y con respecto a las propias legislaciones nacionales.

¿Cómo ampliar la base impositiva? Algunos elementos para tener en cuenta, a pesar de las dificultades políticas intrínsecas, son:

- El aumento de financiamiento a través de impuestos generales y del tesoro nacional. Esto incluye medidas chocantes en el contexto actual de la globalización, como el incremento de aranceles o la explotación de productos del subsuelo, ya que a menudo los Tratados de Libre Comercio nos impiden emplear este tipo de herramientas.
- Con reformas fiscales progresivas: que paguen más los que tienen más.
- Un IVA más elevado. Obviamente teniendo en cuenta impacto que genera la regresividad que es propia del IVA y de los impuestos indirectos en general.

- Mejorando la eficiencia de la recaudación: que quienes deben pagar tengan que pagar.

- Eliminando las excepciones y ampliando los recaudos específicos para la salud. Aquí se incluyen los impuestos a los 'grandes pecados' (tabaco, alcohol, etc.) y tasas diferenciales a la renta con destinación específica, como es el caso en Canadá.

- Apreciando la elasticidad del gasto en telecomunicaciones, que permite buscar más recursos.

- Gravando las operaciones financieras y las operaciones industriales contaminantes. Reduciendo las ineficiencias, desplazando el eje de la atención desde los hospitales hacia las comunidades.

- Controlando las fugas, haciendo un uso más racional de las tecnologías sanitarias y adoptando criterios comunes. Chile está avanzando aceleradamente en este campo.

- Las compras conjuntas de la Caja de Seguridad Social y el Ministerio de Salud son una estrategia para mancomunar recursos de forma indirecta, muy básica y primaria, pero de fácil implementación en las regiones y que no requiere de reformas. Existen ejemplos valiosos en las compras de medicamentos e insumos esenciales en salud pública al Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- Desarrollar la coordinación funcional en la atención al paciente y avanzar en la intervención de redes basadas en Atención Primaria en Salud (APS).

- Aprovechando el potencial de los mecanismos de compra y pago a proveedores, Considerando los distintos aspectos que concurren en el concepto de financiamiento, más allá de la función de recaudación.

El statu quo es difícilmente sostenible. Aunque no hay una receta única, es preciso empezar a construir soluciones que partan de la expresión de una voluntad clara. La voluntad de los actores del sistema no es suficiente. Se debe disociar la contribución de los individuos y hogares al financiamiento desde el momento en que se necesitan los servicios de salud, y el financiamiento debe entenderse con toda su potencialidad, considerando además, sistemas de costo coherentes, así como el seguimiento del gasto a través de la institucionalización de las Cuentas de Salud, que es parte de lo que va a discutirse el resto de la semana.

La cobertura universal en salud es inclusiva, unifica a los servicios y permite entregarlos de forma integrada y comprehensiva, basándose en la atención primaria. La cobertura universal en salud, finalmente, es un lema de desarrollo que va más allá del sector y del cual depende el bienestar de todos los pueblos.

4.2 Inversión en salud, crecimiento económico y desarrollo social.

Implicaciones de los informes de las comisiones sobre Macroeconomía y Salud y sobre Salud y Desarrollo para los países andinos

Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

Esta presentación se refiere a la inversión en salud, el crecimiento económico y el desarrollo social, estrechamente ligado al origen de la CASE en 2005. Uno de los objetivos que llevaron a la creación de la Comisión, en efecto, fue y sigue siendo el fomento de la inversión de salud en la región con miras al incremento de la cobertura y la calidad de la salud como elementos esenciales del progreso social. La relación de la inversión en salud con el crecimiento económico ha estado siempre presente en la Comisión.

En la última reunión del Foro de Salud y Economía en Quito este fue un tema central, dando como resultado acuerdos para la generación y difusión de evidencia científica relativa a la inversión en salud, el desarrollo económico y la disminución de la desigualdad en los países andinos. En este contexto el Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad Católica de Chile realizó un informe. En primer lugar, se ofrece una breve introducción sobre los principales documentos que dan soporte a la iniciativa de Inversión en Salud y Crecimiento Económico. Después se abordan los aspectos teóricos de la relación entre salud y crecimiento económico. Se tendrá en cuenta la evidencia empírica, que incluye principalmente dos indicadores: las expectativas de vida y la nutrición. Se sugiere cómo esos ámbitos afectan el crecimiento económico y luego se consideran las implicaciones de esta revisión de literatura para los

países del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y para los países latinoamericanos en general.

Uno de los principales documentos que serán tenidos en cuenta es el Informe del año 2001 de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aquí se proporcionan datos concluyentes acerca de los vínculos existentes entre salud y desarrollo económico. Este informe fue el primero que estableció el doble impacto de la inversión en salud: no sólo reduce la carga de enfermedad en la población, sino que también estimula el crecimiento económico, lo cual permite, a su vez, destinar una mayor cantidad de recursos a la inversión en salud.

En el informe también se puso de manifiesto que las enfermedades prevenibles y curables tienen un efecto desproporcionado sobre las poblaciones más pobres; este grupo poblacional soporta la peor parte de la carga financiera y de la enfermedad, que implica un gasto catastrófico por el empobrecimiento. Varios organismos internacionales han establecido líneas de trabajo sobre la relación entre la inversión en salud y el desarrollo económico. Entre ellas podemos citar tres: la mencionada Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS, Salud y Desarrollo del Banco Mundial y Salud, Capital Humano y Crecimiento Económico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dichas instancias han realizado una serie de recomendaciones generales sobre la inversión en salud como un instrumento para potenciar el crecimiento económico y el desarrollo económico y social.

En primera instancia, deben considerarse los aspectos teóricos de la relación entre salud y crecimiento económico, teniendo en cuenta la evidencia empírica contenida en los principales indicadores. Se revisaron cerca de 35 documentos, entre artículos, seminarios y documentos de las comisiones para generar los resultados que se presentan a continuación.

En primer lugar, debe distinguirse claramente entre

crecimiento y desarrollo. El crecimiento económico es un medio para lograr el desarrollo, entendido como un proceso de expansión de las libertades individuales que disfrutan los individuos (Amartya Sen). El desarrollo consiste en transformar las sociedades, mejorar las vidas de los pobres, permitir que todos tengan la oportunidad de seguir adelante y acceder a la salud y a la educación (Caroline Chang).

Es muy importante tener clara esta distinción: una economía que eleva su Producto Interno Bruto no es necesariamente una economía desarrollada. En este caso, los documentos que se han revisado se relacionan con la inversión en salud respecto del crecimiento económico más que sobre el desarrollo.

La teoría se refiere al modo en que la salud (o falta de ella) afecta a una función de producción que en su expresión más simple es:

A continuación se examina la relación entre estos parámetros y el crecimiento económico.

- El efecto de la salud en el capital humano. Obviamente, la salud afecta la productividad del trabajo y, por tanto, la salud aumenta el acervo del capital humano, reduce la incapacidad de las personas, aumenta la

productividad, reduce el ausentismo, aumenta el retorno a la educación y a la capacitación; indirectamente mejora la capacidad de aprendizaje y el desempeño académico. El efecto que tiene la salud sobre el capital humano es muy importante en ámbitos como el trabajo.

- El efecto de la salud sobre el capital físico. Generalmente las personas que son más saludables tienen una mayor expectativa de vida después de la jubilación, lo que implica tener más incentivos para ahorrar e invertir. Si tienen mejor salud en esas etapas de la vida, van a tener incentivos para aumentar su capital físico y eso va a influir indirectamente en la tasa de crecimiento económico. Existe una complementariedad entre el capital humano y el capital físico: hay más incentivos para invertir en el capital físico cuando el capital humano es de buena calidad. Cuando la calidad es baja, no hay incentivos.

- El efecto de la salud sobre la eficiencia. Considérese un ambiente poco saludable que puede implicar falta de desarrollo en actividades económicas productivas. Por ejemplo, en África se abandonan terrenos

FIG 14

$$Y = A * F(K, hL)$$

Y: Producción
A: Parámetro de eficiencia (o tecnológico)
F(x): Función de producción
K: Capital físico
L: Mano de obra
h: Calidad de la mano de obra, o capital humano

que son más fértiles por temor a contraer enfermedades como la malaria. En distintas formas, vemos como la salud afecta en este caso la producción, entendida como una función.

En cuanto a la evidencia empírica, diversos estudios demuestran una relación positiva y estadísticamente significativa entre la salud y el crecimiento económico. Por ejemplo, en el artículo de Yamada (2002), se encontró que existen avances en indicadores agregados de salud que pueden aportar entre un 0.5% y un 0.7% más en la tasa de crecimiento para América Latina. En este estudio se revisaron varios países de América Latina y se pudo concluir e indicar claramente que pueden existir otras barreras. Además, los bajos niveles de salud puedan afectar el crecimiento económico por su impacto sobre los sistemas, la eficiencia institucional de los países y la gobernanza.

Por otro lado, Arora (2001) demuestra que las mejoras en salud tienen un efecto mayor en el crecimiento

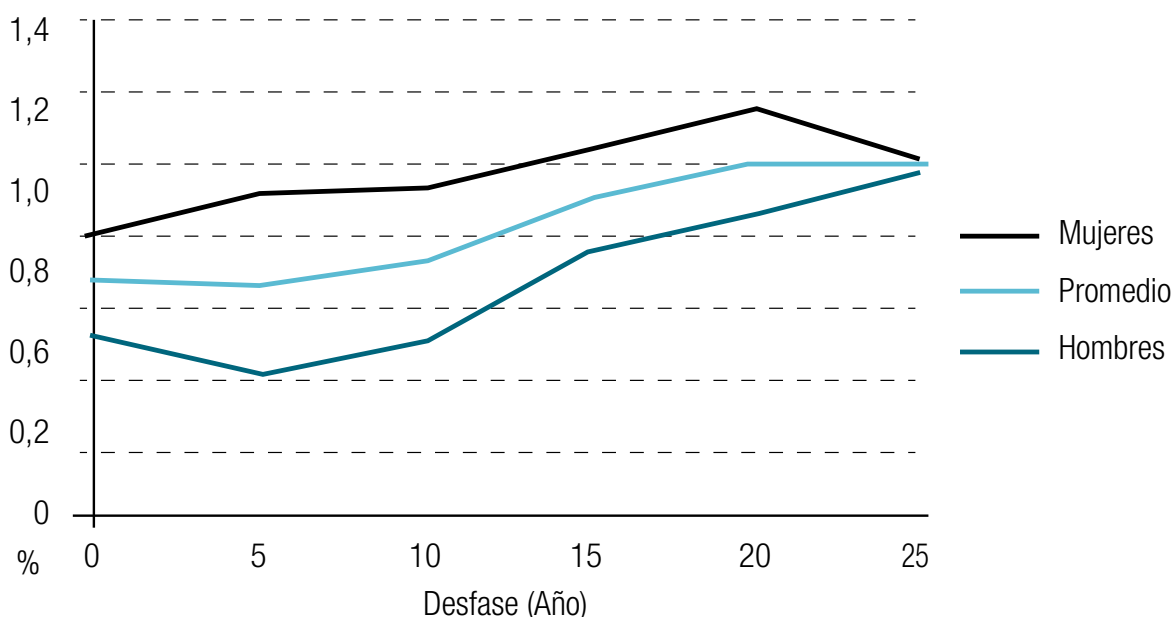
económico de lo que se puede atribuir a aumento en el uso de maquinaria e innovaciones tecnológicas. En este caso, el autor revisó 62 series de salud para nuevas economías desarrolladas en los últimos 100 a 125 años, a partir de las cuales pudo determinar un efecto mayor sobre el crecimiento económico por mejoras en salud, más que por inversión en maquinaria o innovación tecnológica.

En el caso del artículo de Van Zon y Muysken (2005), se concluye que la mejora en niveles de salud indica un mayor crecimiento debido a la acumulación de conocimientos, el aumento del consumo de los hogares y el aumento de la productividad de las personas. Esto se puede facilitar mucho cuando el mercado del trabajo logra absorber estos momentos de productividad.

Finalmente, el artículo de Mayer Foulkes (2003) señala que cada mejoría del estado de salud aporta permanentemente un aumento en el ingreso que exige tiempo para que surta pleno efecto. En otras palabras, la inversión en salud es de largo plazo

TRAYECTORIA TEMPORAL DEL IMPACTO DE LA SALUD EN EL INGRESO (A PARTIR DE 1950-1960)

FIG 15



Fuente: Mayer-foulkes et al. OPS (2003) (Mejoras en nutrición y salud contribuyen al crecimiento económico, entre mas bajos sean los ingresos de los países, a mayores tasas de crecimiento).

y no tiene efectos inmediatos; el impacto sobre el crecimiento económico de la salud se puede observar veinte a veinticinco años después (figura 15). También puede verse la tasa de crecimiento a partir del año 50 (figura 16); queda claro cómo puede alcanzar hasta un 1.1% de crecimiento económico desde un 0.8%. En la figura 16 puede observarse la acumulación del crecimiento en períodos sucesivos debido a la inversión en salud, que influye a largo plazo en el crecimiento económico.

Un aspecto específico que relaciona los indicadores de salud con el crecimiento económico se encuentra en la expectativa de vida. Diversos estudios muestran una correlación positiva entre las expectativas de vida y el crecimiento económico. Lo podemos observar en un estudio de Barro (1997) que analiza más de 638 países entre los años 1965 y 1990. Dopphelhofer (2004) encontró que un aumento de 13 años en la esperanza de vida puede aumentar la tasa de crecimiento anual en 1.4%.

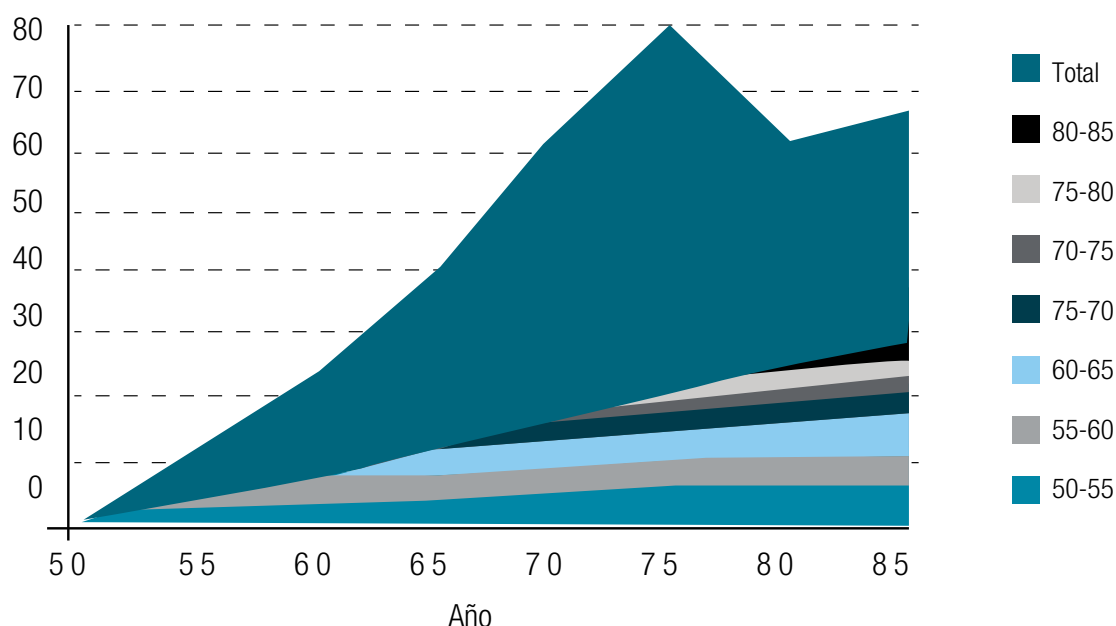
En lo que respecta a la relación entre nutrición y crecimiento económico, el estudio de Mayer Foulkes

(2005) muestra que el mejoramiento en nutrición y salud contribuye al crecimiento económico; cuando hay una carencia de nutrición (malnutrición) y de servicios de salud se genera un estancamiento, que puede aumentar en los países que tienen más bajos niveles de ingreso. En otras palabras, invertir en una buena nutrición contribuye a incrementar la tasa de crecimiento económico. También existen impactos indirectos derivados de la malnutrición, como la pérdida de productividad y la dismunición del nivel educativo de la población. Esto está muy bien documentado por el Banco Mundial en múltiples artículos y documentos, donde se establece el efecto de la malnutrición sobre el desempeño conceptual y cognitivo, que a su vez afecta directamente el crecimiento económico.

Se presenta a continuación una síntesis de las implicaciones del material revisado. En particular, son muy relevantes las sugerencias que se pueden encontrar en estos documentos para los países andinos y para América Latina en general:

CONTRIBUCIÓN APROXIMADA DE LOS AUMENTOS QUINCENALES DEL ESTADO DE LA SALUD AL CRECIMIENTO DEL INGRESO AL 1950-1980

FIG 16



Fuente: Mayer-foulkes et al. OPS (2003) (Mejoras en nutrición y salud contribuyen al crecimiento económico, entre mas bajos sean los ingresos de los países, a mayores tasas de crecimiento).

- Existe muy poca evidencia para América Latina sobre la relación entre la inversión en salud y el crecimiento económico; esta situación nos llama a mejorar las estadísticas e indicadores regionales en salud para poder establecer una evidencia clara al respecto.

- Los programas que invierten en niños y mujeres (programas prenatales y de primera infancia) son de alto impacto por los efectos en la educación de los niños y en la capacidad del capital humano que generan; en último término, impactan los salarios futuros, la productividad y el crecimiento económico.

- Por otra parte, una alta carga de enfermedades no transmisibles en personas en edad laboral genera también una disminución en el crecimiento económico. Esta tendencia está presente en América Latina y en otros países y que afecta principalmente a personas en edad avanzada. Sin embargo, hay evidencias de que también ocurre con personas más jóvenes en edad laboral y, por tanto, implica un efecto en el crecimiento económico vía un impacto sobre la productividad.

- Existe igualmente un alto impacto de la nutrición en variables que determinan el desarrollo económico. Es muy importante mantener los programas de nutrición que actualmente implementan los países de la región, con miras a generar un impacto positivo sobre el capital humano. Adicionalmente, estos programas son de bajo costo (incluyen suplementos alimenticios como Vitamina A, hierro, etc.).

- Las mejoras en la salud de la mujer impactan su participación laboral. Por tanto, es necesario invertir en estos ámbitos para que la mujer participe en el mercado laboral, con los efectos positivos sobre la economía que se derivan.

- Un elemento que debe considerarse atentamente es el rol clave que debe cumplir el Estado para lograr niveles sociales óptimos de inversión en salud. Específicamente en términos de gobernanza, institucionalidad, financiamiento del sistema de salud, transferencias condicionadas y marcos regulatorios eficaces y eficientes.

- Otro aspecto relevante es la importancia de los mecanismos de protección social que mitigan el impacto de condiciones económicas adversas. Cuando haya una contracción de la actividad económica, los programas temporales de empleo para evitar el empobrecimiento de las familias evitan que los niveles de salud empeoren. Una fuerza laboral productiva es un incentivo para la inversión extranjera directa y todo lo que esto implica para un país. Por otra parte, si la población no está capacitada para laborar, se desincentiva la inversión extranjera.

- Debe considerarse la promoción de la difusión y el estudio de programas sociales exitosos, capaces de generar un impacto duradero y que puedan servir de inspiración en otros lugares, como en el caso de México.

- Por último, la inversión en salud debe ser complementada con inversión en otros sectores (educación, desarrollo del mercado financiero, entre otros).

4.3 Estudios recientes sobre evaluaciones económicas en Chile (Guía de Evaluaciones Económicas, ETESA)

Dra. Gabriela Moreno
Jefe División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de Chile

En esta ponencia se consideran algunas generalidades sobre marco de las evaluaciones económicas en Chile y el tipo de evaluaciones que se han realizado. En un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias debe decidirse la mejor manera de proceder; la evaluación económica es uno de los pasos a seguir y se define como el análisis comparativo de cursos de acción alternativos, en términos tanto de los costos como de las consecuencias. Hoy día, además de las exigencias de eficacia, de seguridad y de calidad, la evaluación económica es la cuarta normativa que se aplica en la toma de decisiones.

Existen agencias regulatorias en distintos países que han sido líderes en esta materia, como en Australia, Inglaterra, Holanda, Escocia y Alemania. Para entender el contexto general de las evaluaciones económicas en Chile son relevantes los siguientes elementos:

- El Banco Mundial cambió la categoría del país en julio del año 2013 en función del PIB per cápita (14.280 dólares).
- El sistema de salud es mixto (tanto público como privado) y atiende a una población de 17.4 millones de habitantes. El sistema de salud público es un fondo mancomunado y el privado está dado por fondos individuales; además, las Fuerzas Armadas y de Orden representan un 2.5% del sistema.

Otros indicadores relevantes en relación con el gasto de salud son:

- La mortalidad infantil (7.4% por cada 100.000 nacidos vivos).

- La esperanza de vida al nacer (81 años), que implica retos para el financiamiento de los fondos de pensiones.

- El gasto social en salud como porcentaje del PIB (7,2%).

- El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (43.2%).

- Destaca también el alto gasto de bolsillo (37%) en relación con los estándares internacionales, según la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, por sus siglas en inglés).

En el contexto institucional tres ministerios intervienen en las decisiones: el Ministerio de Hacienda interviene en el presupuesto, el Ministerio de Desarrollo Social en las decisiones de proyectos de inversión en salud y el Ministerio de Trabajo en el tema de los accidentes laborales y enfermedades profesionales; en Chile la seguridad laboral se diferencia del aseguramiento en salud ordinario.

En cuanto a las evaluaciones económicas, existe una ruta marcada por el logro de cuatro objetivos:

- Mejorar la salud de la población.
- Disminuir las desigualdades.
- Aumentar el grado de satisfacción.
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

Hasta el año 2010 estos cuatro objetivos se habían cumplido sólo de forma parcial. Se ha señalado repetidamente que este es un camino lento, pero progresivo. ¿Qué se ha hecho desde el 2010 y cuáles son las metas para el 2020?

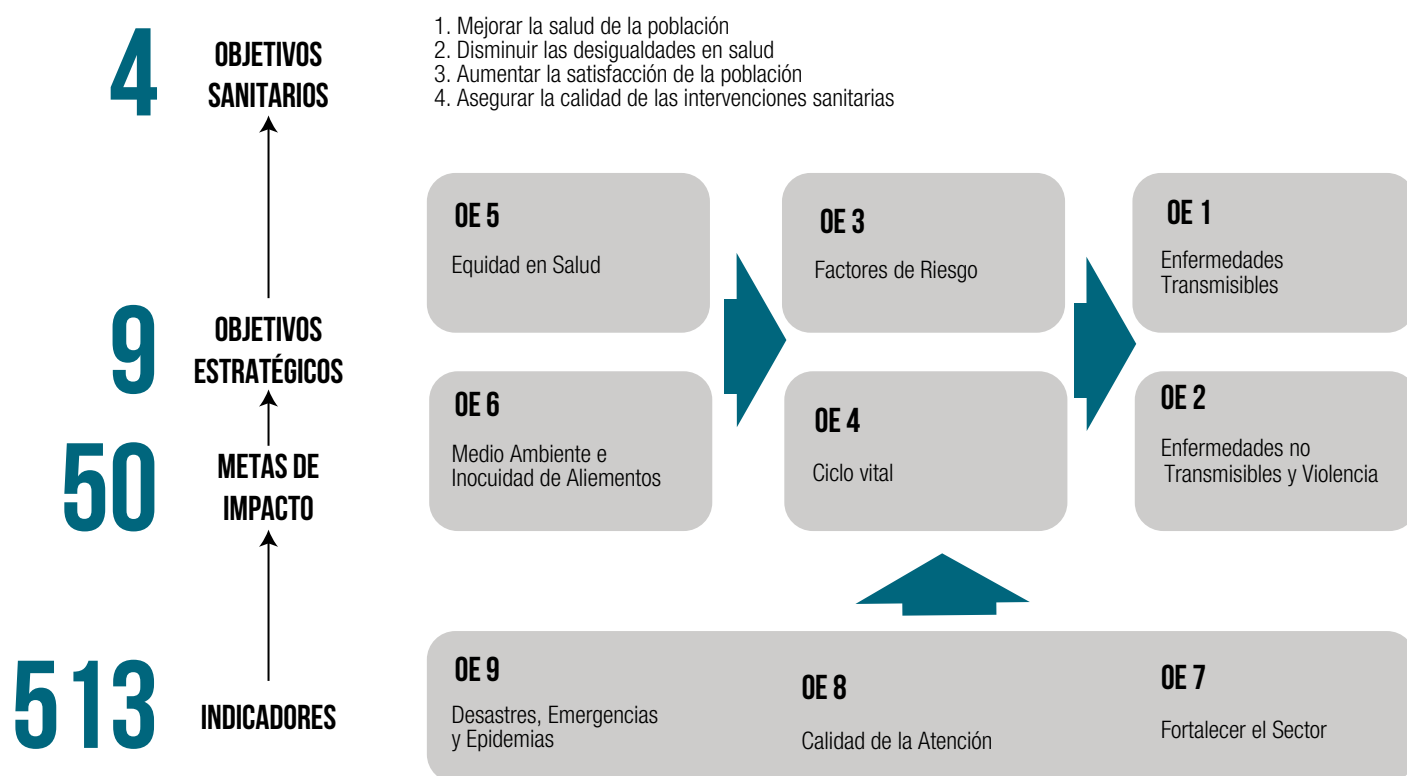
Se formuló un Plan Estratégico que incluye nuevos objetivos, definidos en 50 metas de impacto con 513 indicadores. ¿Cómo se estructura y con qué lógica? El objetivo cuatro (OE-4) en el centro del diagrama (figura 17) representa al individuo. Incluye todo el ciclo

vital y los aspectos físicos, económicos, intelectuales y espirituales del desarrollo. Durante el ciclo de vida hay varias intervenciones en salud que deben ser dadas tanto a nivel de salud pública como a nivel de salud curativa, en términos de promoción de la salud, de prevención de enfermedad, de curación, de manejo de la discapacidad, entre otros.

Los factores de riesgo de los individuos, genéticos o conductuales, se representan en el objetivo tres (OE 3). En este aspecto debe considerarse una salvedad: es bien conocido que las enfermedades crónicas no

transmisibles son uno de los problemas y son parte de las consecuencias dadas en el objetivo dos (OE 2). No obstante, si no se influye positivamente en las conductas del individuo para que se empodere y asuma su responsabilidad en el cuidado de su salud, todas las intervenciones que buscan asegurarle el acceso y la cobertura en salud no tienen un efecto real. Es preocupante que se discuta siempre sobre los derechos individuales y se soslayan los deberes del ciudadano, que también se relacionan con las políticas de financiamiento e influyen en la legitimidad de la redistribución.

FIG 17



Preguntas y debate

Modera: Dr. Ricardo Cañizares ORAS-COHNU

1. *¿Cuál es el papel de los sistemas de información en la definición de los planes de beneficio? También se mencionó que se necesita un enfoque de oferta por necesidad; según esto, ¿cuál es la relación de los cambios demográficos con necesidades a cubrir? Finalmente, ¿cuál debería ser la periodicidad para los planes de beneficio?*

Cristian Morales: El objetivo en esta materia es asegurarse de que los sistemas de salud estén respondiendo a las necesidades de la población. Esto implica, ante todo, una adecuación del conjunto de prestaciones que apunte a disminuir la carga de mortalidad de la población. Esto se logra, por supuesto, atacando los problemas que tienen más incidencia en la población. Segundo, que este conjunto de prestaciones definan el modelo de atención, su organización, su financiamiento, la introducción de tecnología y los otros elementos correspondientes, incluyendo aspectos de gestión y logística. Por otra parte, el sistema de información epidemiológica es fundamental: en su ausencia mal podemos definir estas prioridades. En muchos de los países también existe el sistema de información estadístico y de datos financieros. El mayor desafío de los países en esta materia consiste en el cruce de datos que permita hacer un uso inteligente de todos los sistemas de información disponibles.

2. *En el ejemplo ofrecido sobre nutrición, ¿se refiere a la obesidad también? ¿Existe evidencia en el Banco Mundial que asocie la obesidad y la productividad?*

Alain Palacios: No. En general el estudio se refiere a la mala nutrición y a su impacto en el desarrollo cognitivo e intelectual de los niños, en el capital humano y en los salarios futuros. También estudia los efectos positivos de una buena nutrición sobre el

crecimiento económico. Quisiera mencionar un caso en el estudio, que muestra cómo algunos padres creen que si sus hijos tienen mala salud, entonces no vale la pena invertir en su educación, ya que no van a tener un retorno económico por la inversión; estos padres prefieren que sus niños trabajen. En general, no se estudiaron asociaciones entre obesidad y productividad.

Moderador: Quisiera mencionar que la Universidad de Ecuador ha contratado un estudio en coordinación con la OPS que seguirá más o menos la misma metodología que empleó la Universidad Católica de Chile, de modo que vamos a tener nueva información sobre este tema.

3. *¿Cuál fue la institucionalidad creada en Chile y, además de los métodos, cómo se ha avanzado?*

Gabriela Moreno: Respecto a la institucionalidad en evaluación de tecnologías sanitarias en Chile puede decirse que las patologías que tienen una garantía de acceso universal tienen que tener un estudio de evaluación económica. También deben estar conformadas en distintas canastas que cubren desde el diagnóstico hasta la curación y el seguimiento, según el tipo de patología. Respecto a la ETESA, que es la institución encargada de las evaluaciones de tecnología sanitaria en el país que tengan que ver con medicamentos, con tecnologías o con intervenciones el Departamento de Salud Pública aún no la ha definido. Lo más probable es que ETESA se convierta en una institución totalmente independiente para poder garantizar la mayor rigurosidad e imparcialidad científica posible en estas evaluaciones.

Cristian Morales: Muy brevemente quiero complementar la pregunta sobre los conjuntos de prestaciones (pregunta 1). Hay un elemento muy importante al respecto que no mencioné previamente: sólo si estos conjuntos de prestaciones están basados en las necesidades efectivas es posible considerarlos como garantías del derecho a la salud. No sólo permite, como ya dije, ordenar los servicios, la

forma como se financia y el modo de prestación; ante todo permite responder a las expectativas y legítima el sistema frente a la población. Sólo así es posible priorizar el gasto público y tener una expresión fiscal adecuada para el financiamiento de los servicios.

4. *Con respecto al gasto y la inversión en salud, ¿cuál es su definición y su tamaño relativo respecto del PIB?*

Ambas respuestas son variables según el caso particular. En la región hay diferentes metodologías para los gastos de salud; diferentes países han avanzado en diversas formas de entenderlo el gasto y la inversión en salud y a cada metodología corresponde una magnitud específica. No obstante, hoy en día se han dado esfuerzos por armonización y discusión conjunta, principalmente en lo que tiene que ver con las metodologías de análisis de información, con miras a retroalimentar la política pública y el diseño de sistemas capaces de financiar una cobertura universal en salud. El objetivo de los días dos y tres de este seminario incluye la profundización sobre este tema.

5. *¿Existe algún nivel de corrupción en el sistema de salud en Chile? ¿En qué segmentos?*

Gabriela Moreno: En Chile no existe un sistema de medición objetiva y estratificada por segmentos del nivel de corrupción. Yo sólo podría dar una idea de las percepciones y del rol que ha desempeñado nuestra estructura organizacional para mejorar la gobernanza, aumentar el rol que tiene el Estado y lograr un mejor control.

Alain Palacios: La distinción entre la inversión y el gasto en salud tiene dos aspectos. Por un lado, en mi presentación 'inversión en salud' es una alternativa terminológica a 'gasto' que busca mejorar las connotaciones negativas asociadas a éste último; tiene que ver más con una estrategia de sensibilización. En las clasificaciones internacionales de salud que se utilizan para medir la inversión y el gasto en salud, no obstante, ambos términos se

usan para denotar conceptos bien distintos. En el ámbito de las Cuentas de Salud también se distingue con nitidez el gasto corriente de la inversión de capital (adquisición de activos fijos).

Gabriela Moreno: Quisiera hacer un reconocimiento a Mónica Aravena. Chile está asumiendo la presidencia de la CASE y ella ha hecho con su equipo que toda esta disciplina vaya avanzando; es un motor para nosotros en el Ministerio de Salud y también para la Comisión Andina. No nos acompaña por problemas de salud, razón por la cual he tenido el privilegio de reemplazarla.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

5

Primer día - Sesión III

**Colombia, actual reforma a la salud y desafíos
en financiamiento, cobertura y equidad**

5.1 Sostenibilidad financiera del sistema de salud bajo escenarios de cobertura universal y planes integrales de beneficios: el caso colombiano

Dr. Norman Julio Muñoz
Viceministro de Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Esta ponencia presenta las principales cifras, la estructura de financiamiento y el modelo de sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano, los cambios que van a tener lugar a partir del año entrante con la Reforma Tributaria que se aprobó el año pasado, los principales riesgos que debemos atender y, finalmente, algunos de los temas claves sobre la Reforma Ordinaria de Salud que está actualmente en trámite de aprobación.

Sobre el contexto colombiano vale la pena hacer una reflexión sobre el antes y el después de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se reformó el Sistema de Salud. ¿Qué modelo teníamos antes? ¿Qué fue lo que la Ley 100 buscó reformar y cuáles de esos objetivos se cumplieron? ¿Cuáles de esos objetivos no se cumplieron en su totalidad y qué retos se generaron?

Lo primero que hay que decir es que antes de la Ley 100 en Colombia el Sistema de Seguridad Social había logrado sólo un 20% de cobertura total de la población, principalmente para las personas de mayores ingresos, muchas de ellas cubiertas con planes privados-. El 80% de la población dependía de los hospitales públicos para el acceso a servicios de salud. En este contexto, la Ley 100 planteó los siguientes objetivos o metas generales:

- Un modelo de aseguramiento que cubriera tanto a los trabajadores formalizados y su grupo familiar como a la población no afiliada. Uno de los principales cambios que la Ley 100 introdujo fue una mayor participación del

sector privado, con el establecimiento de un conjunto de articuladores encargados del aseguramiento de la población: Entidades Promotoras de Salud (EPS), para el Régimen Contributivo, por un lado, y Administradores del Régimen Subsidiado, para el caso del Régimen Subsidiado.

- Una transformación de los hospitales públicos en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Es bien conocido que este fue un modelo que se centró ante todo en la atención de la demanda.

Tres temas claves estaban detrás de los objetivos de esta Reforma. Primero, la Universalidad, es decir, la garantía de cobertura para toda la población. Segundo, incentivos a la calidad y la eficiencia en la prestación del servicio de salud; de alguna manera, el sector público no daba las condiciones de cobertura y calidad que en su momento se esperaban. Tercero, la equidad y la solidaridad del Sistema distribuido en el Régimen Contributivo y Subsidiado. El cumplimiento de los objetivos planteados en 1993 se proyectó para el año 2000 o 2001, aproximadamente lograr la universalización de la cobertura y que al final toda la población tuviera el mismo plan de beneficios. Por la concurrencia de diversos factores, el objetivo de universalización se logró solamente hasta el año 2012. Puede decirse que el sistema colombiano de salud cuenta hoy con cobertura universal, ya que el 96% de la población colombiana está cubierta con alguno de los dos regímenes, planes iguales y una Unidad de Pago por Capitación que pone prácticamente en el mismo nivel a ambos regímenes (subsidiado y contributivo).

Las cifras generales sobre el aseguramiento (figura 18) registran cerca de 43 millones de afiliados, es decir, una cobertura del 96%. Desde un punto de vista técnico esto equivale al logro de una cobertura universal en salud.

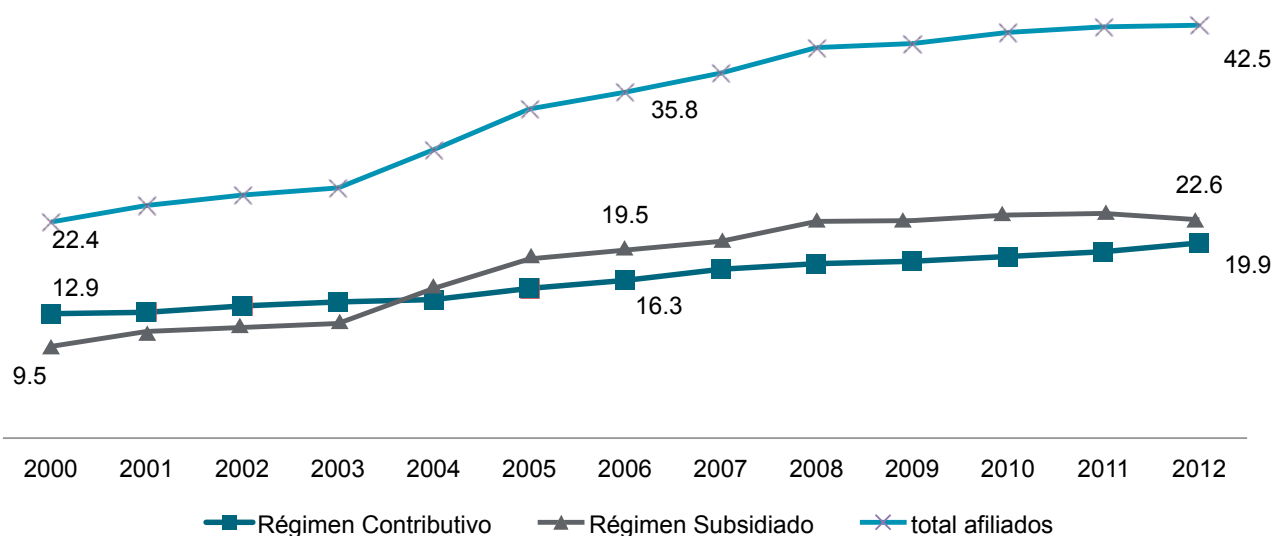
La anterior gráfica también pone de presente que el número de afiliados al Régimen Contributivo no creció

en las proporciones en que se esperaba y una parte de los recursos propios provenientes del Régimen Contributivo ayudarán a financiar solidariamente el Subsidiado y a acelerar su crecimiento. Dado que este era uno de los supuestos claves que estaban planteados en la Ley, el desfase de las proyecciones contribuyó a demorar la igualación de los planes en el mediano plazo. A partir del 2004 el número de

afiliados al Régimen Subsidiado superó el número de cotizantes al Contributivo; esta tendencia se profundizó con la crisis de los años 2008 y 2009. El Ministerio proyecta que para el año 2020 Colombia tendrá una población total afiliada que oscila entre 50 y 51 millones de personas (figura 19).

CONTEXTO COLOMBIANO EVOLUCIÓN COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO CONTRIBUTIVO - SUBSIDIADO - 2012

FIG 18



En mil de personas

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Base proceso de compensación 2000 –2012 y BDUA

El incremento de la población afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado entre el 2012 y el año 2000 es de 89.7%

A Diciembre de 2012 se tiene un cobertura del 96.3% del total de población, teniendo en cuenta la población afiliada de 2.3 millones de personas a regímenes de excepción.

Es preciso señalar que en la actualidad coexisten Regímenes Especiales con el Sistema General; por sus características, empresas como Ecopetrol, las Fuerzas Armadas y otras entidades todavía se encuentran por fuera del Sistema General.

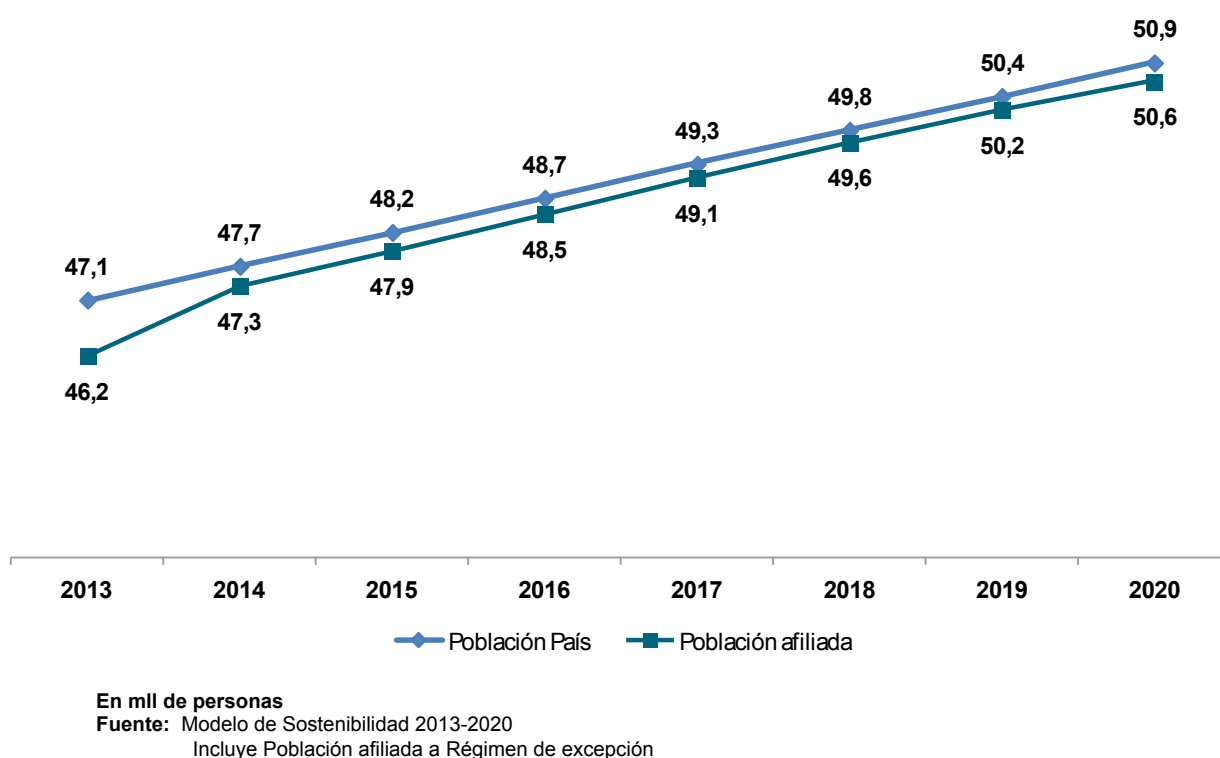
Una característica importante que ha permitido que lograr progresivamente el cierre en el financiamiento del sistema tiene que ver con la tendencia creciente de la densidad salarial y la tendencia a la baja de la densidad familiar; esto a ha permitido que el balance del régimen contributivo sea de carácter superavitario (figura 20). Dicho resultado ha garantizado la sostenibilidad del régimen contributivo y el apoyo solidario al financiamiento del régimen subsidiado, incluyendo el reconocimiento de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Persiste todavía un porcentaje de no afiliados; es un segmento de población que no tiene las posibilidades de cotizar al sistema por su nivel de ingreso y que, no obstante, tampoco aplica para ser beneficiaria de un régimen subsidiado. Este es uno de los problemas que deben ser resueltos. Es una población que, de alguna manera, tarde o temprano va a tener que ser incorporada al sistema de salud, más en el marco de la actual Reforma Estatutaria.

¿Cómo es la estructura del financiamiento del Sistema de Salud colombiano? Además de tener una estructura diferenciada entre recursos del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Colombia cuenta con una diversificación de las fuentes de recursos territoriales y nacionales.

CONTEXTO COLOMBIANO ESTIMACIÓN COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO 2013 - 2020

FIG 19



§ La estimación de cobertura en el aseguramiento es del orden 98.1% para el 2013 y 99.4% para el año 2020, incluyendo la población afiliada a los regímenes de excepción.

La salud en Colombia está descentralizada desde los años 90. Una serie de leyes han intentado aportar recursos adicionales al financiamiento del sistema, especialmente en el Régimen Subsidiado. Sin embargo, a pesar de esta característica, el 90% de la financiación del sistema, sumando contributivo y subsidiado y las cotizaciones, proviene de fuentes nacionales.

El 51% de los recursos proviene de las cotizaciones (figura 21); casi la mitad del sistema se financia con lo que aquí denominamos Recursos Parafiscales. Uno de los cambios centrales que van a implementarse por la entrada en vigencia de la Reforma Tributaria y que va a recomponer la estructura del financiamiento en las tendencias de largo plazo consiste en que la mayor parte de los recursos va a provenir progresivamente de los recursos fiscales, más que de las cotizaciones.

Actualmente hay también una gran diversidad fuentes alternas o adicionales que deben racionalizarse en el mediano plazo. En efecto, una gran diversidad de fuentes complejiza la fiscalización de los recursos y el análisis y control de la información. Esto repercute negativamente en el financiamiento mismo. El total de

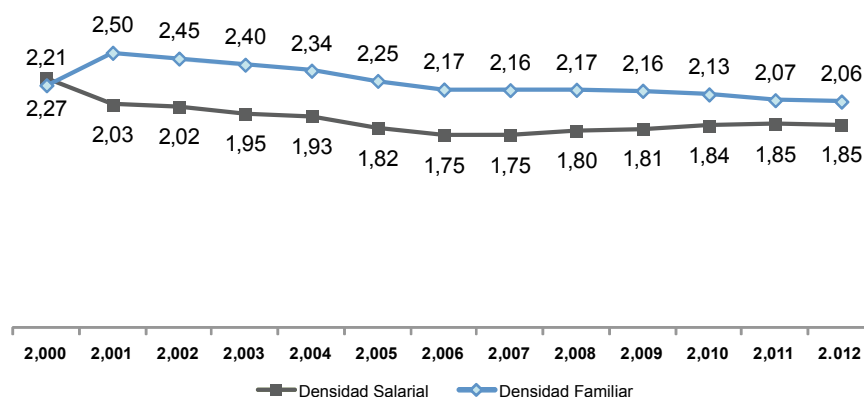
los recursos del sistema para el año 2012 ascendió a cerca de 16 o 17 mil millones de dólares.

En cuanto al uso de los recursos (figura 22), la mayor proporción está en el Régimen Contributivo. Se proyecta que el Régimen Subsidiado empiece a ganar participación en el gasto en salud gracias a la unificación de los planes de beneficios (POS) y, por ende, de las primas reconocidas. Hoy estamos teniendo un gasto total con todos los usos distintos de cerca de quince mil millones de dólares por año.

La cotización se encuentra actualmente diferenciada principalmente en un porcentaje a cargo del empleador (8.5%) y un porcentaje a cargo del empleado (4%). La Reforma Tributaria sustituyó en ciertos casos el porcentaje de los empleadores por una parte del Impuesto a la Renta. Esta medida tiene el propósito de liberar una carga que puede estar afectando la formalización de empleos existentes o la creación de empleos nuevos. Este cambio también implica la transformación de la composición de la financiación, que va a pasar a ser mayoritariamente fiscal. Las proyecciones muestran que los impuestos generales van a representar cerca del 25% en el ingreso de las

CONTEXTO COLOMBIANO DENSIDAD FAMILIAR Y SALARIAL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

FIG 20



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Base proceso de compensación 2000 – 2012

- La tendencia creciente de la densidad salarial y la tendencia a la baja de la densidad familiar ha permitido que el balance del régimen contributivo sea de carácter superavitario.
- Dicho resultado ha permitido el garantizar la sostenibilidad de dicho régimen, y el apoyo del financiamiento para la progresividad en el régimen subsidiado y los reconocimientos de los servicios No POS.

fuentes nacionales. Un elemento adicional es que el cierre financiero final atado a esta composición va a requerir recursos del presupuesto nacional.

En términos generales la composición del gasto va a seguir siendo la misma; esto significa que el gasto de bolsillo no crezca o se mantenga en los niveles en los que hasta ahora ha mantenido el país y que es uno de los temas clave del modelo en materia de protección financiera de los hogares. El balance superavitario del Régimen Contributivo va a variar con esta recomposición y, como se ha mencionado, serán necesarios más recursos fiscales.

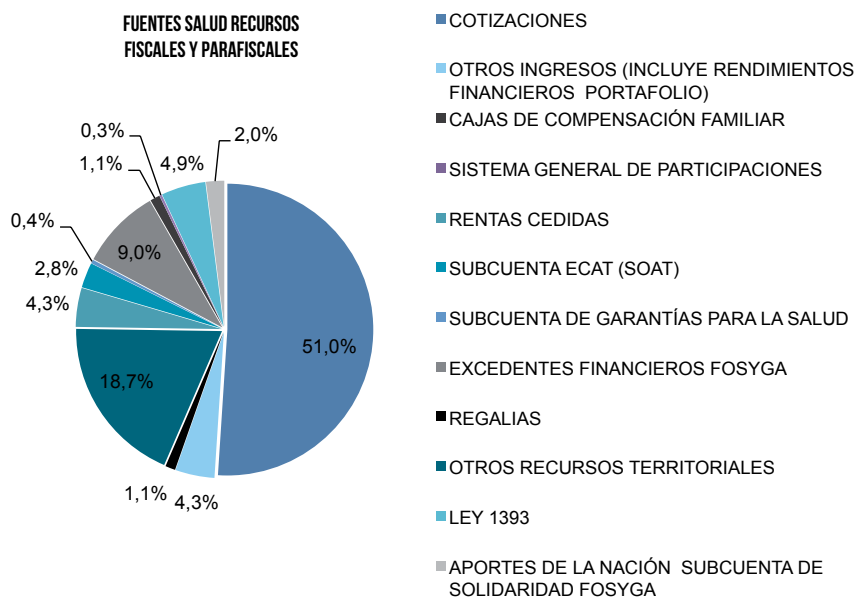
¿Qué implicaciones tiene esta recomposición? Colombia tiene un gasto en salud de 6.8% del PIB. Seguramente en los próximos años se requerirá de una reflexión profunda sobre el nivel de gasto que el sistema requiere, no sólo para atender las contingencias que vamos a ver más adelante,

también por la composición y el crecimiento de la cobertura y la progresión y ampliación de los planes de beneficios.

Para asegurar la sostenibilidad del sistema, los Ministerios de Hacienda y Salud, conjuntamente con el Departamento Nacional de Planeación, han construido un modelo permanente de sostenibilidad y proyección de las cifras del sistema. Esto permite tomar las decisiones en los dos instrumentos claves de gasto público: el Marco Fiscal de Mediano Plazo, que contiene la proyección financiera del Gobierno Nacional a diez años, y el Marco de Gasto de Mediano Plazo, en donde finalmente el Gobierno señala las cuotas de coberturas y de recursos que se necesitan para cada uno de los sistemas. El modelo de sostenibilidad tiene en cuenta el análisis de las principales variables macroeconómicas y de sensibilidad de ingreso y gasto del sistema; en lo fundamental, el modelo contempla:

ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN FUENTES SECTOR SALUD AÑO 2012

FIG 21

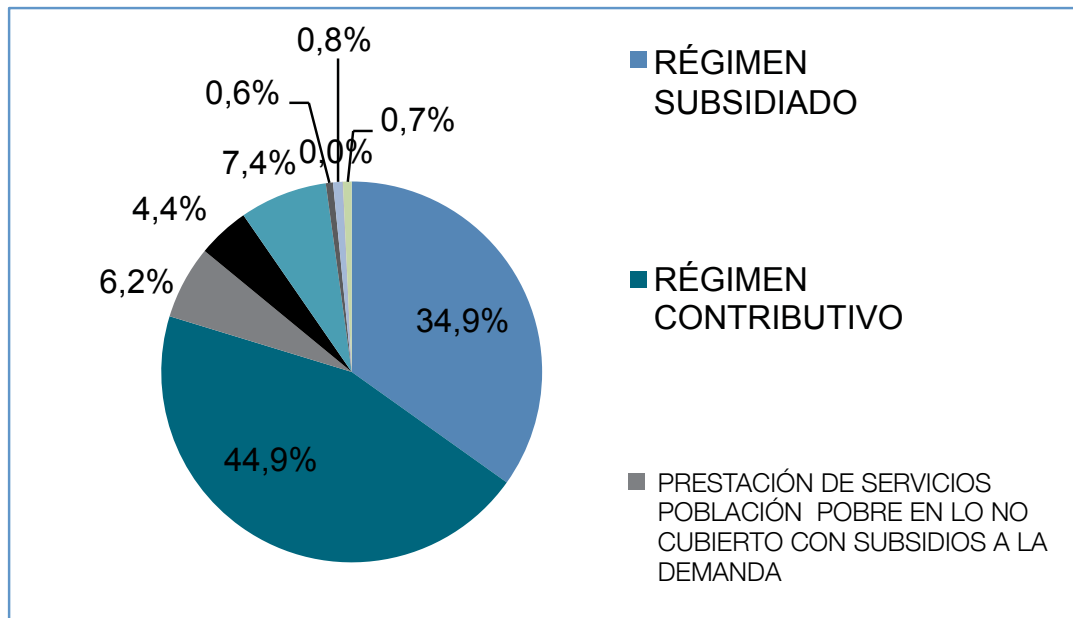


Los recursos destinados para todo el SGSSS ascienden a US 16.793 millones de dólares para la vigencia 2012

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Financiamiento Sectorial

ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN USOS SECTOR SALUD AÑO 2012 USOS SECTOR RECURSOS FISCALES Y PARAFISCALES

FIG 22



El uso de recursos en el Sistema de Salud asciende a US
14.800 millones de dólares para la vigencia 2012

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de
Financiamiento Sectorial

- La inflación.
- Las expectativas de cobertura. El modelo parte del supuesto de cobertura universal.

Tres componentes importantes del Régimen Contributivo: el primero es el comportamiento de la calidad de las fuentes y del ingreso monitoreando el ingreso por cotizaciones, que permite generar alarmas en torno a temas como evasión y elusión –a pesar de ser de un sector en con alta fidelización, todavía persisten problemas que requieren de atención–. El segundo elemento por el gasto corresponde al reconocimiento de las primas a través de las variables geográficas y de edad. Este ha sido un tema importante que este año se incorporó de una manera mucho más agresiva –30 ciudades, aproximadamente, tuvieron una asignación adicional, con el propósito de que esos recursos sean suficientes para la prestación del servicio a la población afiliada en esas ciudades–. El tercer elemento tiene que ver con los servicios que

no están incluidos en el Plan de Beneficios, el cual representa el mayor riesgo financiero del sistema. Colombia tuvo un crecimiento exponencial de gasto en tecnologías en salud que no estaban incluidas, fundamentalmente concentradas en medicamentos. Para el año 2010 prácticamente estaba llegando a niveles de insostenibilidad financiera; en las proyecciones se pensó que este gasto no iba a pasar de 0.1 del PIB; sin embargo, llegó casi a medio punto del PIB. De seguir con la tendencia en que venía, hubiera sido insostenible desde todo punto de vista mantenerlo. Se han implementado controles, pero el gasto en medicamentos sigue siendo un elemento clave a la hora de proyectar la financiación del sistema: tiene el potencial de llevarlo a un estado de insolvencia.

En el Régimen Subsidiado combinamos el comportamiento de las fuentes nacionales y territoriales, estas últimas (departamentos y municipios) ponen una cantidad significativa de

recursos; desafortunadamente los ingresos de las entidades territoriales se caracterizan por ser bastante inelásticos, ya que dependen fundamentalmente de impuestos al consumo.

En el mediano plazo el modelo pretende la unificación tanto de los planes como de las Unidades de Pago por Capitación, teniendo en cuenta las principales variables.

¿Cuál es el estado actual del sistema y qué proyectamos?

Creemos que el Régimen Contributivo seguirá siendo superavitario, siempre que se logre el control efectivo sobre el gasto en tecnologías no incluidas en el POS (figura 22). En ese sentido, se seguirá teniendo el margen suficiente para que el esquema de solidaridad se mantenga. Por el contrario, en el caso del Régimen Subsidiado el Gobierno va a tener que aportar un volumen adicional de recursos.

El cambio de la composición de la inversión trae como consecuencia un mayor gasto. Además, la respuesta a las múltiples demandas, como la ampliación del POS y la formalización de un grupo importante del personal de los hospitales públicos, entre otras, Esto va a implicar probablemente una mayor participación en el gasto nacional.

Los riesgos para la sostenibilidad financiera del sistema pueden sintetizarse en cuatro claves:

- La inoportunidad en el flujo de los recursos. La complejidad del esquema actual implica que el flujo no se comporte de manera ideal. Las carteras crecientes afectan patrimonialmente a los actores y especialmente a los hospitales.
- La formalización laboral de la población. Del éxito de la Reforma Tributaria en generar más incentivos para la formalización laboral va a depender en gran medida el equilibrio del Régimen Contributivo y el margen de

solidaridad que este puede aportar para el Régimen Subsidiado.

- El aumento de los valores por recobros, por tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios. Este es tal vez uno de los riesgos más grandes, a pesar de los esfuerzos que se hagan desde el punto de vista regulatorio, el desarrollo y el avance tecnológico van siempre dos pasos adelante de la regulación.
- El cambio en la composición demográfica va a implicar mayores costos, especialmente en la atención de la población mayor. Existe una tendencia en este grupo poblacional a utilizar el sistema de salud como una fuente de asistencia (albergue, alimento, por lo menos transitoriamente) y el sistema de salud no tiene suficientes capacidades en este sentido. Pueden implementarse medidas complementarias que permitan mitigar estos costos.

El Gobierno ha venido tomando acciones claves de prevención. En cuanto al flujo de recursos, se están haciendo giros directos a los hospitales desde el año 2011 para el Régimen Subsidiado, recursos que totalizan cerca de ocho mil millones de dólares. Se está considerando la posibilidad de tomar esta medida en el Régimen Contributivo, que es un poco más complejo, ya que el recaudo de los ingresos se encuentra delegado en los aseguradores (EPS). En cuanto al plan de beneficios, se implementaron valores máximos para 135 principios activos. Esta es una medida transitoria que se está complementando con el establecimiento de un control de precios de medicamentos con referenciación internacional. Entendemos que, de no tomarse esta medida, difícilmente tendremos cómo financiar el sistema. Actualmente el Plan de Beneficios ofrece una serie de medicamentos o tecnologías con unas especificaciones demasiado precisas e inelásticas que no se adaptan al cambio constante de tecnologías. Hemos avanzado paulatinamente hacia un plan en donde esas especificaciones vayan diluyéndose de

MODELO DE SOSTENIBILIDAD PROYECCIÓN 2013 A 2020

FIG 23

Régimen Contributivo	2013	2014	2020
Total Ingresos	\$ 8.026	\$ 8.366	\$ 12.318
Régimen Contributivo	2013	2014	2020
Total Gastos	\$ 7.930	\$ 8.169	\$ 11.202
Régimen Contributivo	2013	2014	2020
Balance	\$ 96	\$ 197	\$ 1.116
Régimen Subsidiado	2013	2014	2020
Total Ingresos	\$ 6.192	\$ 6.060	\$ 8.332
Régimen Subsidiado	2013	2014	2020
Total Gastos	\$ 6.418	\$ 7.088	\$ 9.545
Régimen Subsidiado	2013	2014	2020
Balance (Recursos financiados con recursos de la Nación)	\$ (226)	\$ (1.028)	\$ (1.213)

• El balance del Régimen Contributivo es superavitario mientras el Régimen Subsidiado requiere de aportes adicionales de la nación para el cierre total de su financiación.

• El gasto total estimado de ambos regímenes es del orden de US 14.348 mil de dólares para el año 2013 y asciende a US 20.747 millones para el año 2020 con una variación relativa del 44.61% de incremento.

En mil de dólares

Fuente: Modelo de Sostenibilidad 2013-2020

una manera progresiva y una mayor proporción de estas tecnologías tenga que verse avocada al análisis del costo-efectividad. Estas son medidas que van a ayudar.

En la Reforma Ordinaria hay elementos de diseño institucional que permiten mitigar los riesgos mencionados, teniendo en cuenta siempre los grandes avances en el sistema que deben protegerse, como la cobertura, la protección financiera y la equidad. En general, esta Reforma debe contribuir a cinco objetivos: reducir las barreras de acceso y modificar los incentivos de modo tal que no se convierta en el mecanismo del asegurador para proteger su balance financiero; garantizar una mayor calidad y continuidad en el servicio; recuperar la confianza en el sistema, que es uno de los objetivos fundamentales de esta Reforma; hacer más transparente el uso de los recursos y, finalmente, garantizar los logros que se alcanzaron con la Ley 100.

Los objetivos se buscan cumplir por medio de cuatro medidas: la creación de Salud Mía; la conformación de Mi Plan; la creación de los gestores de los servicios de salud; y, las áreas de gestión sanitaria.

• Salud Mía es elemento central. La idea es revertir la delegación del recaudo en el Régimen Contributivo, de modo que los recursos lleguen directamente al Estado. Salud Mía recibiría y administraría la totalidad de los recursos del sistema. Esto permite aclarar las cuentas, facilitar el seguimiento y el control, por lo menos desde el punto de vista del ingreso y del recaudo. Con Salud Mía también se busca reducir las barreras de acceso, particularmente al grupo poblacional de edad avanzada y redistribuirlo de un modo más eficiente, ya que hoy, por razones de regulación, se encuentra concentrado en dos o tres EPS. En cuanto al flujo de los recursos,

buscamos que el giro se haga directamente desde Salud Mía a los prestadores, no en el sentido de un Fondo Único Pagador, pero sí en el de una gran Tesorería que se encargue de garantizar que el flujo de los recursos sea el adecuado. La información del sistema, de las prestaciones y los costos, también serán centralizados en esta entidad. En suma, esta entidad centraliza se el recaudo, la afiliación y el giro de los recursos. En cuanto a los riesgos de un eventual colapso de una entidad tan grande, creemos que se minimizan con un diseño adecuado que incluya mecanismos suficientes de control.

- En cuanto al plan de beneficios, la Reforma busca sustituir el plan explícito actual con un plan implícito. Creemos que la frontera de exclusión se encuentra focalizada en un grupo de medicamentos, generalmente biotecnológicos cuyo valor agregado adicional no es evidente. Con la creación del Instituto de Evaluación de Tecnologías (IETS) buscamos incluir lo que corresponda en un proceso progresivo, planeado y medido, que considere el equilibrio financiero y que evite a toda costa que se llegue a una situación en la que tengan que negarse los servicios, en ausencia de un gasto adicional de bolsillo.

- El tercer elemento tiene que ver con los gestores. Hoy tenemos incentivos en ese nivel articulador entre los recursos y los prestadores que no son los mejores para garantizar los resultados en salud. La idea aquí es que parte de la remuneración al gestor dependa de resultados en salud y deje de verse en el sistema una oportunidad para administrar temporalmente la liquidez, que es un problema actual muy complejo y con repercusiones negativas en el flujo de los recursos. Al terminar con ese incentivo muy seguramente los recursos van a llegar de una manera más fluida y van a poderse drenar las enormes deudas que han venido

acumulándose. Los gestores, además, deberán operar en áreas de gestión sanitaria, divididas por regiones. Con esto se busca garantizar el acceso de los aseguradores a sus afiliados. Este, junto con el tema de la integración vertical del sistema están en discusión. Hay grupos de actores que tienen opiniones válidas, tanto de un lado como del otro, para defender o rechazar un grado mínimo de integración vertical.

Los gestores podrán operar en ambos regímenes, con las mismas reglas de habilitación financiera, técnica y operativa. Parte de los riesgos actuales que generan los gestores, especialmente en el Subsidiado, provienen los requisitos insuficientes de habilitación financiera. En la medida en que se retire la administración de la liquidez a todos los gestores los requisitos pueden unificarse. En lo que tiene que ver con el debate sobre si los gestores deben ser 100% públicos, que también fue importante para la Reforma Estatutaria, el Ministerio fue muy claro en declarar que no existen las capacidades suficientes en el sector público para asumir este rol y que debe haber un marco flexible que permita que haya gestores públicos, cuando se requieran, mixtos y también privados, operando todos bajo los mismos requisitos de habilitación. Hay buenos ejemplos en este sentido; en Antioquia la Gobernación y la Alcaldía de Medellín juntaron esfuerzos para crear una Caja de Compensación y una EPS que ha permitido mejorar los niveles de afiliación y acceso de la población. En suma, creemos que la figura intermedia que se propone, junto con las modificaciones propuestas, va a permitir que los gestores operen de una manera adecuada, cumpliendo la tarea que tienen que cumplir, fomentando la capacidad del comprador de objetar y reclamar cuando la prestación de los servicios no sea la mejor. De esto también depende la sostenibilidad del sistema.

- El cuarto elemento se refiere al fortalecimiento de los mecanismos de inspección, vigilancia y control de los diferentes actores. En el caso de los gestores y de las IPS, será una responsabilidad exclusiva de la Superintendencia Nacional de Salud, cuya capacidad de respuesta debe ser fortalecida y descentralizada. Salud Mía será vigilada por la Superintendencia Financiera, dadas tres características básicas: será recaudador y pagador de la totalidad de los recursos; va a manejar un portafolio importante de

inversiones, bien sea en Títulos o en CDT; y va a ser responsable de administrar las reservas y el fondo de reaseguramiento del Sistema que se requieren para todas las enfermedades que superan cierto nivel de riesgo o de gasto.

- Una última mención tiene que ver con la composición del financiamiento del sistema, que supone ajustes institucionales, debido a las nuevas implicaciones para el gasto fiscal que comporta.

5.2 Equidad y progresividad en el financiamiento de la salud en Colombia

Dr. Fernando Ruiz G.
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social de
Colombia

Esta ponencia considera los resultados de un estudio regional que se realizó en seis países: Brasil, Colombia, Guatemala, Jamaica, México y Perú. El estudio, que fue orientado por el Banco Mundial, realizó un análisis de datos de protección financiera bajo una metodología que desarrollaron Anne Baxter, Bilner y Sajara. La principal limitación, de la cual debe quedar constancia, es el período de tiempo analizado. Además, las estadísticas de la Encuesta de Calidad de Vida del 2003 no son comparables en su totalidad a las del año 2008 y 2010 particularmente en lo que concierne a los indicadores financieros del gasto de los hogares; la del año 2012, que ya está disponible, no contiene datos de gastos de familias; debemos esperar a la Encuesta del año 2013 para realizar un análisis comparativo adecuado.

Este estudio es el primero que se ha producido bajo la sombrilla del Proyecto Banco Mundial; los resultados de los otros países todavía no están disponibles, de manera que puede considerarse como pionero desde el punto de vista de Colombia. Vale aclarar que se utilizó la definición común de gasto catastrófico como un gasto que excede cierta fracción o umbral (que puede variar entre 5% y 40%) del gasto total de las familias, o del gasto total descontando los gastos de alimentación. Un supuesto básico es que el gasto de bolsillo en salud no contribuye al estándar de vida del hogar. Bajo este marco conceptual, el análisis buscó establecer los siguientes indicadores:

- Los hogares con gasto catastrófico. Hasta qué punto la participación de gasto de bolsillo en salud sobre el gasto total excede cierto umbral para las familias (5%, 10%, 15%, 25%, 30%, 40%).

- Sobre-reacción Positiva Promedio (Mean Positive Overshoot –MPO–): el porcentaje promedio de exceso del umbral en los hogares que incurren en gasto catastrófico.

- Índice de concentración del gasto catastrófico: si es negativo significa que hogares con gasto catastrófico son pobres en su mayoría.

- Índice de concentración del MPO: si es negativo significa que, en promedio, los pagos que exceden el umbral son mayores entre los más pobres.

La manera en que un país financia su salud afecta la distribución del ingreso discrecional –ingreso disponible después de pagos en salud–. Si el sistema de financiamiento es regresivo, provocará una mayor desigualdad en el ingreso discrecional. Para determinar cómo varía la proporción del ingreso que se destina a salud entre los diferentes grupos poblacionales, clasificados de acuerdo a su estándar de vida, se utilizó el Índice de Kakwani, que compara la distribución del ingreso (curva de Lorenz) y la distribución de los pagos de salud. Cuando la distribución de los pagos es más desigual que la distribución de los ingresos los pagos son progresivos (índice de Kakwani positivo).

Tomamos, como ya se dijo, los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de los años 2008 y usamos la Metodología del Aplicativo ADePT del Banco Mundial para realizar el respectivo análisis. Las principales variables utilizadas para el caso Colombia fueron:

- Capacidad de pago: gasto monetario total mensual de los hogares.
- Gasto de bolsillo.
- Pago por última atención en salud.
- Pagos por última hospitalización (sólo si la fuente utilizada para cubrir los costos fue recursos propios).

- Pago en los últimos 30 días por medicamentos.

- Bonos o cuotas, copagos y bonos de medicina prepagada por consulta médica, consulta o tratamiento odontológico, vacunas, laboratorio clínico, rayos-x o exámenes diagnósticos.

- Consumo sin alimentos: gasto monetario total mensual de los hogares excluyendo alimentos, bebidas y tabacos.

- Línea de pobreza: 1. Línea de pobreza internacional de “dólar por día” desarrollada por el Banco Mundial (1.25 USD y 2 USD por día de 2005) 2. Línea de pobreza definida por el MESEP para Colombia. Se hizo énfasis en la segunda definición.

- Pagos anticipados para el cuidado de la salud: impuestos (predial, SOAT, renta, rete-fuente), aseguramiento social, plan complementario. A continuación se consideran los principales resultados sobre la incidencia en Colombia del gasto catastrófico:

- Los hogares con gasto catastrófico
Bajo un umbral del 10%, aproximadamente 12% de las familias colombianas entra en gasto catastrófico; esta cifra se reduce en un punto para el año 2010. Sobre el gasto total no alimentario, o sea, descontados los gastos de alimentación y con un umbral del 15% se registró un descenso de 3 puntos en el corto período 2008-2010. Este resultado es importante porque en el período 2004-2010, hubo una gran expansión del Régimen Subsidiado en Colombia. Esto permitió el logro de cobertura universal de aseguramiento, con un esfuerzo muy grande de financiamiento por parte del país.

- La distribución del gasto catastrófico según quintiles (figura 24).

Es importante resaltar que no varía de una manera importante; esto indica que posiblemente hay patrones de gasto diferenciales entre la población más pobre y la más rica. El gasto en salud tiende a ser elástico frente al nivel de ingreso de la población. Recordemos que hay evidencia de que la mayor proyección de las demandas y las tutelas por recobro en Colombia no son presentadas por la población más pobre, sino por la población que tiene los mayores ingresos; ese es uno de los síntomas preocupantes de regresividad del sistema y que, de alguna manera, la Reforma Ordinaria a la Salud busca mejorar.

- Índice de concentración del gasto catastrófico (figura 24).

Demuestra una mayor concentración negativa, si se descuentan del gasto total no alimentario: hay un impacto desigual sobre la población más pobre, aunque debe rescatarse una reducción de dos, tres o cuatro puntos, dependiendo del nivel. Este es un resultado muy positivo para el sistema, teniendo en cuenta que se estudió una ventana muy estrecha de dos años; significa que hay progresividad importante de la financiación.

- La intensidad del gasto catastrófico.

Se registra un 21% adicional de gastos en las familias que tienen gasto catastrófico relevante, sin tendencia a la reducción, más bien a la estabilización (figura 25). Aquellas familias que incurren en gasto catastrófico tienen un nivel relativamente alto de gasto; esto significa que un segmento de la población se encuentra en una situación de vulnerabilidad particular. Por quintiles (figura 26) la situación es muy similar; curiosamente, en el quintil 5, el más rico, esta intensidad tiende a ser un poco mayor que en los demás quintiles y ha tendido a crecer en el año 2010.

- ¿Qué tanto se empobrecen las familias por gastos de salud y qué tan progresivo es el sistema?

El estudio indica que aproximadamente hay un empobrecimiento del 5% en el año 2008, sin cambios relevantes en el 2010 (figura 27). Sobre la participación de cada quintil en el financiamiento del sistema según las diferentes fuentes (figura 28), hay varios elementos que pueden destacarse. La mayor participación del quintil más rico se da en el aseguramiento privado. Es importante tener como dato de fondo que en Colombia hace más o menos diez años teníamos un número aproximado de 1'500.000 afiliados al aseguramiento privado, muy bajo si se compara con la proporción en países como Brasil o Costa Rica, donde los niveles de afiliación están por encima del 20%, y probablemente uno de los más bajos del continente; adicionalmente, esta proporción ha tendido a reducir de una manera significativa, probablemente porque el plan de régimen contributivo tiende a ser sustancialmente

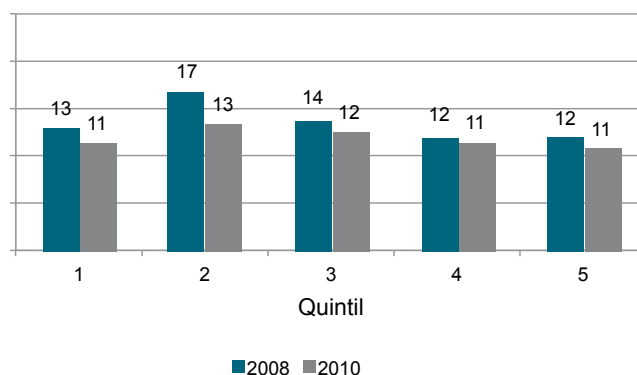
mayor, tanto en la provisión de medicamentos como en la cobertura directa de servicios que las propias pólizas de medicina privada. Actualmente hay un millón de colombianos afiliados a medicina prepagada; esto indica que la cobertura del régimen contributivo en particular puede estar sufriendo esa necesidad de afiliación. El aseguramiento social tiene una participación importante del quintil más rico, aproximadamente el 61% para el año 2010, y los impuestos una participación creciente del 87% para el año 2010.

El Índice de Kakwani (figura 29) es positivo en la mayoría de las fuentes, lo cual indica que hay una progresividad relevante tanto en el aseguramiento privado como en el aseguramiento social y en los impuestos generales; la inversión demuestra una tendencia a ser más progresiva.

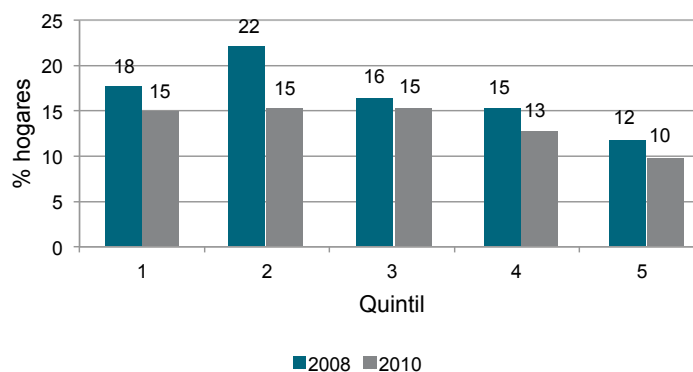
GASTO CATASTRÓFICO SEGÚN QUINTILES UMBRALES 10% Y 15 %

FIG 24

Umbral del 10% - sobre gasto total



Umbral del 15% - sobre gasto total no alimentario



Las conclusiones para esta parte del análisis son las siguientes:

- Aunque se evidencia una leve reducción en el porcentaje de hogares que incurren en gasto catastrófico para todos los quintiles, dicha incidencia se concentra aún sobre los más pobres.

- A pesar de la menor incidencia del gasto catastrófico de 2008 a 2010, la proporción del gasto destinado a salud para quienes incurren en gasto catastrófico se incrementa (aumenta intensidad del gasto catastrófico).

- Sobre el gasto no alimentario, la intensidad del gasto catastrófico está concentrado sobre los más pobres. No obstante, los niveles son menores en términos comparativos con otros países. Hay pocos estudios para realizar esta comparación pero el nivel en Colombia está un poco por debajo del que encontró, por ejemplo, Daniel Maceira en Argentina o el de México, que ha realizado Manuela Barraza en el estudio de Quilak.

- El porcentaje de individuos clasificados por debajo de la línea de pobreza se reduce de 2008 a 2010.

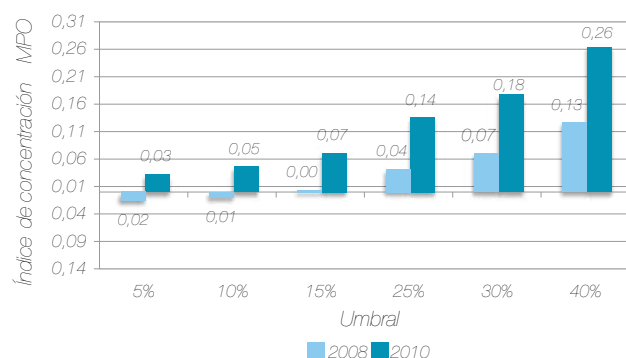
- El empobrecimiento a causa del gasto en salud se reduce de 2008 a 2010. Para 2010 todas las fuentes de financiación son progresivas. Este logro se sustenta en la decisión que se ha tomado de mejorar e incrementar la fuente de impuestos generales como fuente de financiamiento del sistema en la Reforma Tributaria.

En cuanto a la otra dimensión del estudio, qué tanto ha avanzado Colombia en términos de la equidad del sistema de salud, pueden destacarse algunos resultados positivos muy importantes. Para esta parte del análisis se empleó la misma metodología, también utilizando la Encuesta de Calidad de Vida; en este caso, las variables del año 2003 y los resultados de auto-precepción del estado de salud muestran una tendencia al mejoramiento. Mientras que en el año 2003 aproximadamente el 34% se consideraba en mal estado de salud, en la Encuesta de Calidad

INDICES DE CONCENTRACIÓN INTENSIDAD DEL GASTO CATASTRÓFICO

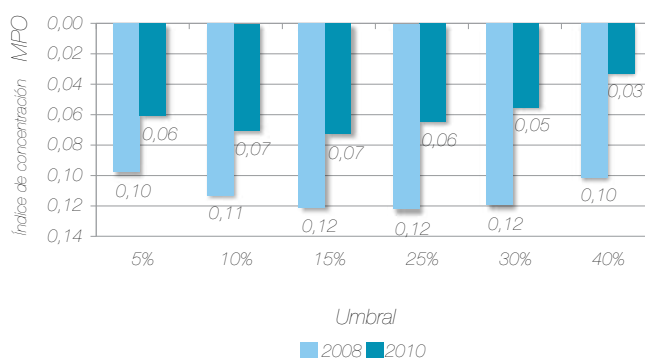
FIG 25

SOBRE GASTO TOTAL



Cuando el gasto total es el denominador el umbral mas comúnmente usado es 10%

SOBRE GASTO TOTAL NO ALIMENTARIO



Gastar el 10% del gasto total en salud puede ser considerado como catastrófico, pero el 10% sobre el gastono discrecional probablemente no lo es (umbral 15%).

de Vida del 2010 esta cifra bajó a 26% (figura 26). Se pueden notar diferencias importantes entre los quintiles de ingreso, particularmente en percepción de mal estado de salud entre la población más rica, aunque esta cifra se ha reducido de manera relevante en todos los quintiles. La presencia de enfermedad crónica entre los quintiles no presenta variaciones grandes ni tendencia a la reducción (figura 26). En la percepción del estado de salud la brecha de equidad tiende a afectar a los pobres, mientras que las enfermedades crónicas se concentran en los ricos.

En la utilización de servicios de salud, las estadísticas de visitas preventivas al médico y al odontólogo (figura 26) no registran mejoría. Hay un estancamiento que se intenta solucionar con la Reforma Ordinaria a partir de un modelo que posibilite el financiamiento del nivel primario de atención y limitar así los incentivos para la utilización de los servicios hospitalarios, que representan casi el 85% del total del gasto en salud.

Desde el punto de vista de las crónicas periodísticas la puerta de entrada al sistema colombiano es principalmente la clínica de urgencias de los hospitales. Hay grandes limitaciones en la capacidad resolutoria de los niveles primarios y una forma de incapacidad de los aseguradores para derivar la demanda y generar redes de servicios que permitan una mayor utilización y capacidad de resolución en los niveles de baja complejidad. El problema preventivo es un tema sustancial en un país que tiene una inercia

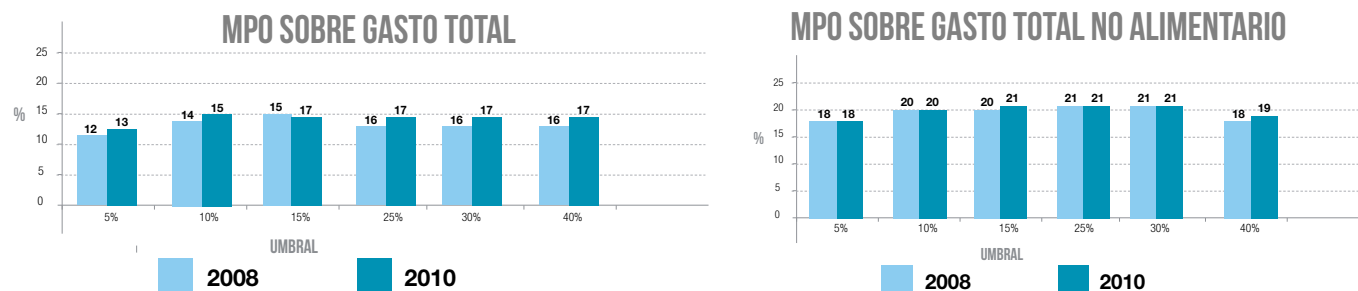
grande por carga de enfermedad. A 2005 las cifras muestran una expectativa de vida con discapacidad en la población colombiana de 18 años que triplica las cifras de Australia, por ejemplo. En Colombia la porción de enfermedad crónica viene creciendo de una manera muy relevante y el sistema tiene que entrar a abordar este tema.

Por otro lado, las visitas de tipo curativo (figura 26) arrojan resultados muy diferentes en cuanto a la hospitalización y la utilización de servicios curativos, con un mejoramiento sustancial y prácticamente sin ningún nivel de inequidad entre los grupos poblacionales. Cuando uno mira la Curva de Lorenz, la curva de concentración de los gastos hospitalarios, prácticamente es de 45° y presenta una inequidad muy limitada, incluso con un índice de utilización hospitalaria del 9% anual, que con toda seguridad es el más alto de Latinoamérica. En el estudio comparativo del Quilak con la población de México, por ejemplo, su índice hospitalario estaba alrededor del 6%, que Colombia supera por 3 puntos.

Desde el punto de vista de los índices de concentración (figura 26), persiste un índice de naturaleza positiva, es decir, la tendencia favorece a la población más rica, con índices muy bajos en hospitalización prácticamente cercanos a cero en visitas curativas, pero con índices del 0.24% para las visitas a servicios odontológicos.

INTENSIDAD DEL GASTO CATASTRÓFICO SOBRE REACCIÓN POSITIVA PROMEDIO (MPO)

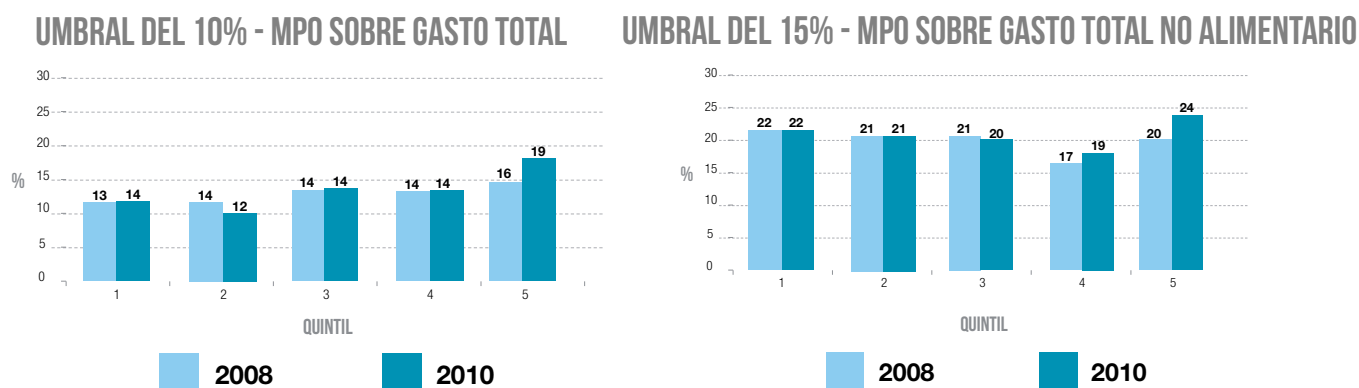
FIG 26



A pesar de la reducción en la incidencia del gasto catastrófico, su intensidad es mayor en el 2010, con respecto al 2008: Para quienes incurren en gasto catastrófico el porcentaje del gasto en salud se incrementó

INTENSIDAD DEL GASTO CATASTRÓFICO SEGÚN QUINTILES UMBRALES 10% Y 15%

FIG 27



En promedio, los pagos que exceden el umbral son mayores entre los más pobres.

Según el Estudio Sectorial de Salud en Colombia, en 1990 solamente el 15.7% de la población colombiana tenía cobertura de aseguramiento social. En el 2010 llegamos al 88% y la diferencia en equidad entre las poblaciones más ricas y más pobres se ha reducido de manera sustancial desde el 2008 (figura 27). La brecha se ha venido cerrando de una manera franca y progresiva, particularmente en la cobertura del área rural, que prácticamente no existía antes del año 1993; en el quintil más rico es equiparable y para la población urbana está en la media. En cuanto al diseño del sistema (figura 36), queda claro que éste privilegia la afiliación más rica en el régimen contributivo, más pobre en el régimen subsidiado; Colombia hizo un esfuerzo muy grande por lograr durante estos últimos dos años cobertura universal y equiparación de beneficios.

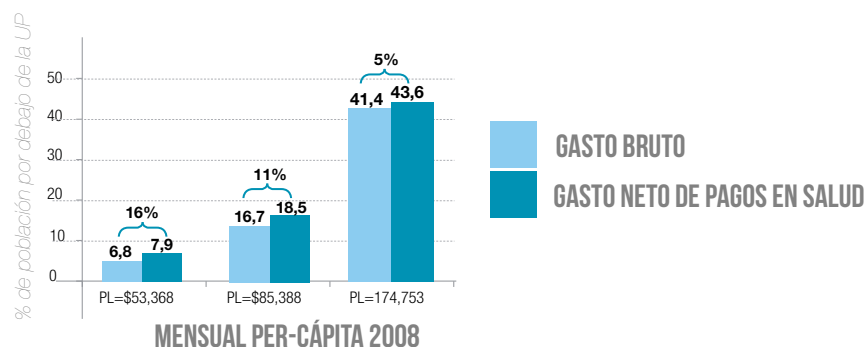
Otro gran aspecto del análisis es la calidad del sistema. Uno de los temas claves de la próxima Reforma de Salud es el modelo para mejorar la calidad y la oportunidad de los servicios de salud, que incluye el mejoramiento en la disponibilidad de medicamentos, la oportunidad de visita médica general y la oportunidad de visita de médicos especialistas (figura 27). El nivel de cobertura de medicamentos en el país ha mejorado de manera importante. Hay problemas

de oportunidad en las visitas al médico general, aunque este no es el caso en las consultas para especialistas. Existen diferencias entre los diversos quintiles, no necesariamente afectando a los más pobres, con un crecimiento progresivo en los días de espera para consulta de especialistas, dado que en el año 2003 estábamos a 11 días promedio con una gran dispersión y en el año 2010 llegamos al 14. Es uno de los temas más relevantes para el futuro de la Reforma en Colombia, ya que el país enfrenta rigideces graves o resoluciones posibles a muy largo plazo. Por ejemplo, la disponibilidad de especialistas y de camas hospitalarias tiene limitaciones muy relevantes para las cuales la Reforma Ordinaria debe buscar soluciones. La meta no es sólo la cobertura de aseguramiento, también el logro de mejores condiciones y calidad en la prestación del servicio de salud.

El Gobierno ha planteado dos estrategias legislativas para la reforma al sistema de salud. Una Reforma Ordinaria que busca generar una nueva arquitectura de incentivos que mejoren la eficiencia del gasto. Por otro lado, una Reforma Estatutaria motivada por el crecimiento del gasto que implicó la definición de la salud como un derecho constitucional autónomo (Sentencia T-760/2008 de la Corte Constitucional),

FIG 28

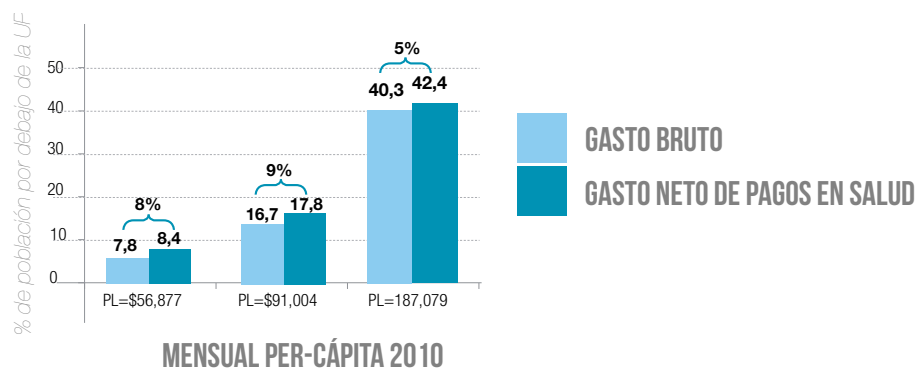
INCIDENCIA DE POBREZA, 2010



PL: 1.25 USD per cápita por día del 2005.

PL1: 2 USD per cápita por día del 2005.

PL2: MESEP (Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad).



PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN SALUD POR QUINTILES SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO PROGRESIVIDAD

FIG 29

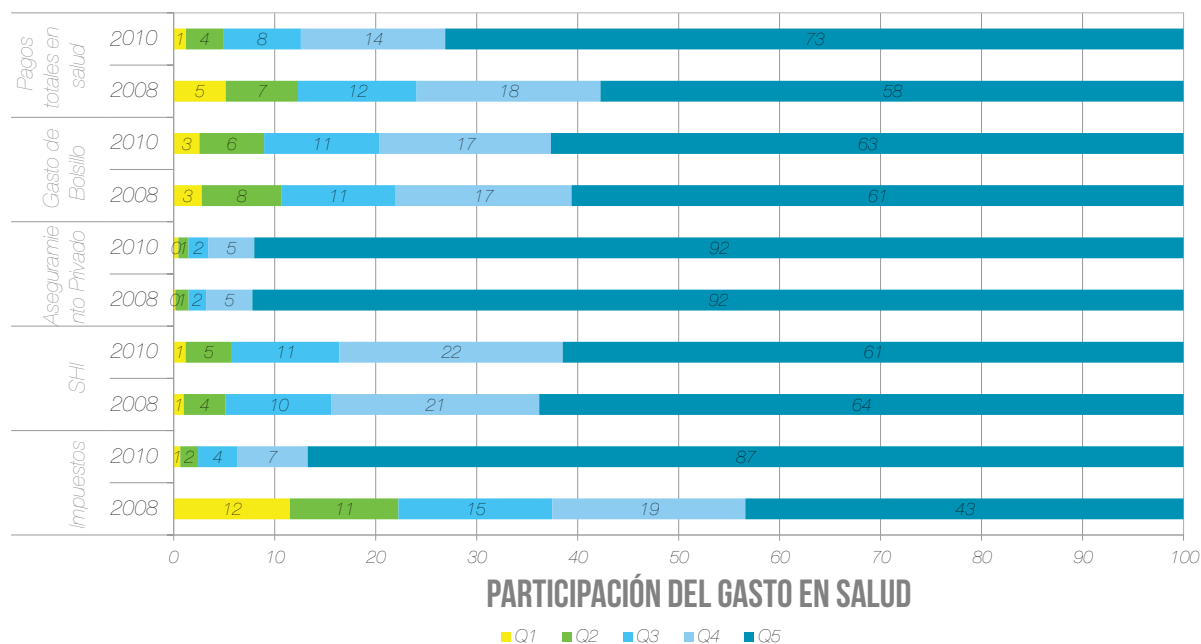
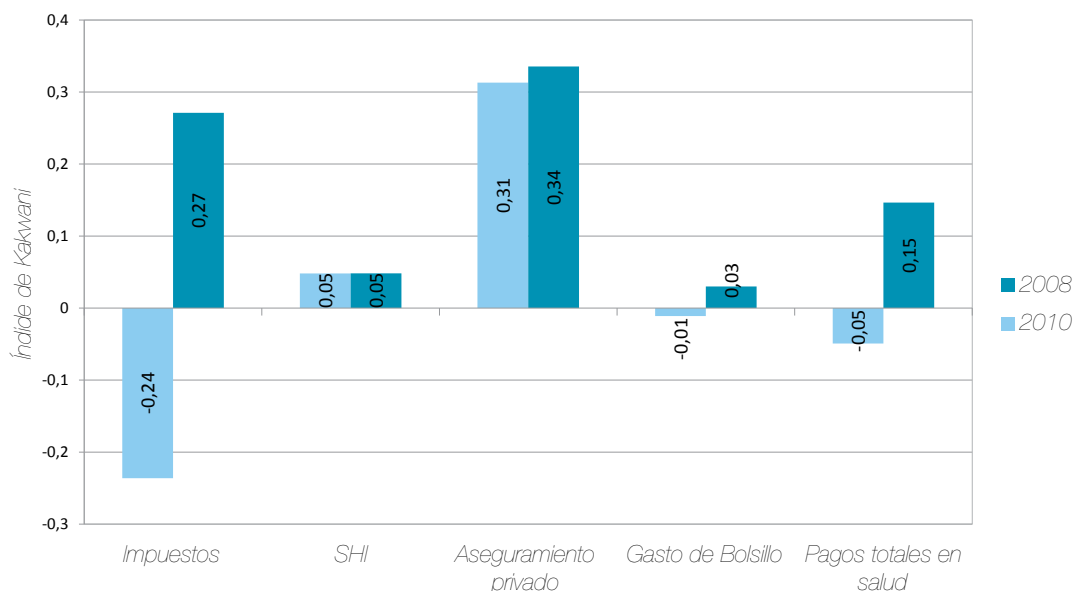


FIG 30

PROGRESIVIDAD DEL GASTO EN SALUD ÍNDICE DE KAKWANI



Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

ya no como un derecho ligado a la disponibilidad de los servicios (Ley 100 de 1993), o como derecho conexo a la vida.

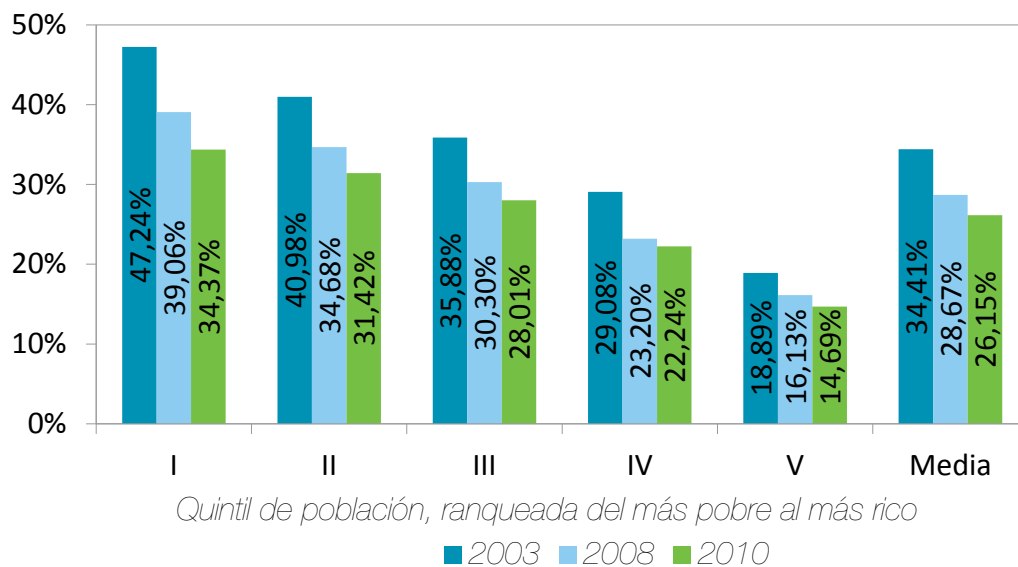
La Reforma Estatutaria enfrenta el desafío de delimitar adecuadamente el derecho a la salud, de manera que se mantengan los avances logrados en progresividad del sistema. En síntesis, se definen cuatro conjuntos: un conjunto define la frontera de posibilidades terapéuticas, es decir, todo lo que a cualquier persona se le puede ocurrir que podría tener algún efecto en salud; incluye desde terapias de tipo tradicional –indígena, por ejemplo- hasta tratamientos de medicina homeopática. Un segundo conjunto, contenido en el primero, incluye tratamientos de naturaleza experimental, no autorizada, cosméticos y suntuarios; estos son renglones que el Gobierno dentro del ámbito de esa limitación del derecho a la salud definitivamente no va a financiar. Un tercer conjunto incluye el plan de beneficios actualmente vigente, por el que responde el sistema y que está delimitado a partir de unas garantías explícitas. Adicionalmente, se define aquello que llamamos el núcleo esencial del derecho como un conjunto ideal de servicios, medicamentos, tecnologías

o prestaciones médicas que se pueden dar en condiciones óptimas de progresividad; se excluyen de este núcleo elementos que generan regresividad e insostenibilidad financiera del gasto.

Por supuesto, la Reforma Estatutaria también incluye elementos de progresividad. Uno de los problemas más graves que tiene el sistema colombiano es la terrible fragmentación de la oferta de servicios. Se busca la integralidad como elemento sustancial. Esto también está incluido en el planteamiento de la Reforma Ordinaria, con la cual se busca modular los incentivos de mercado del sistema colombiano que generan oferta no relevante y lograr así un modelo mucho más eficiente y capaz de mantener las condiciones de cobertura universal en el aseguramiento, con una mayor posibilidad de acceso y una mayor equidad, manteniendo un nivel de gasto razonable. En suma, esta es la apuesta de Colombia.

ESTADO DE SALUD - LESS THAN GOOD HEALTH STATUS

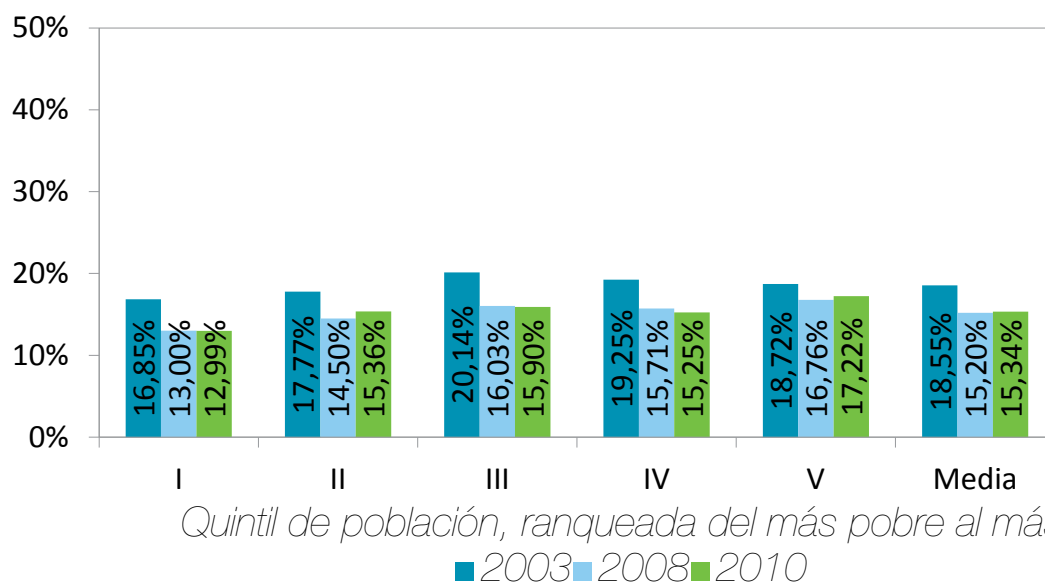
FIG 31



Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

ESTADO DE SALUD - PRESENCE OF CHRONIC ILLNESS

FIG 32



Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

FIG 33

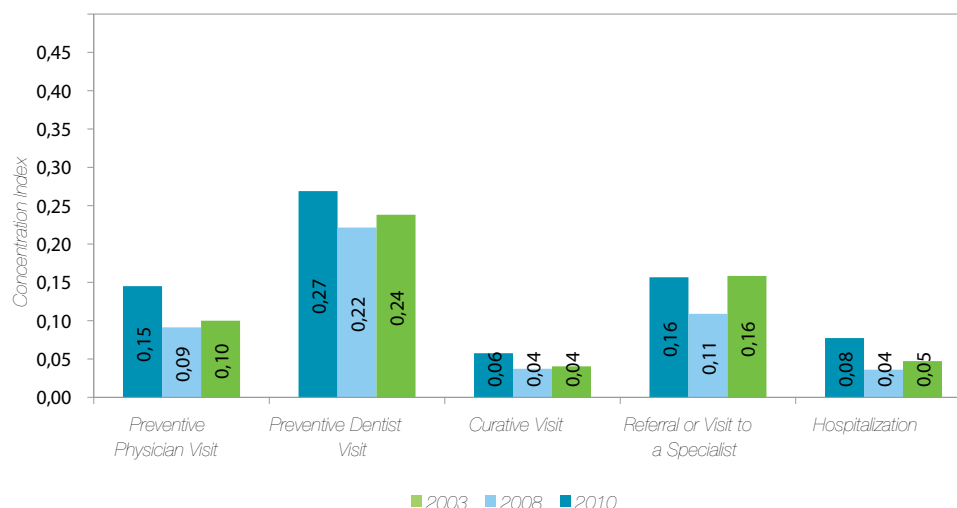


Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

FIG 34

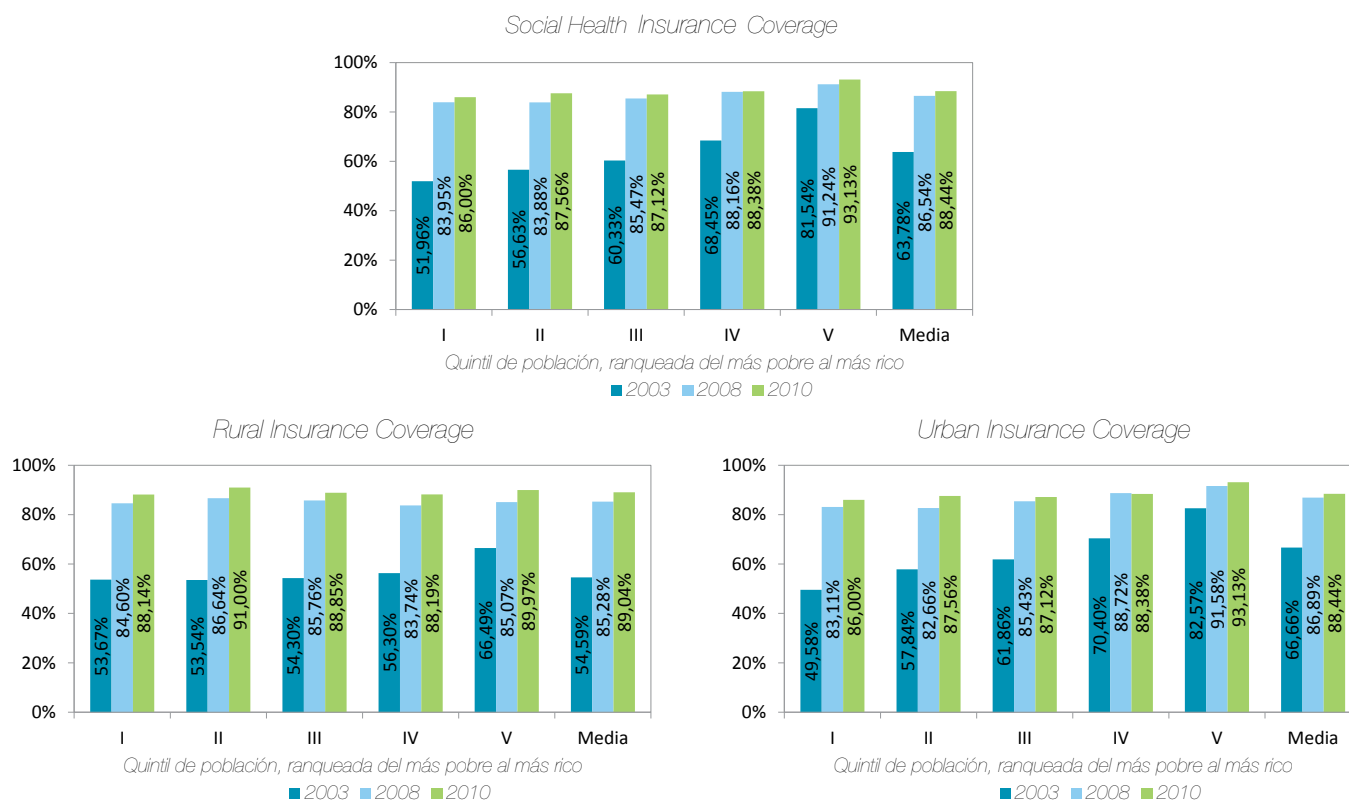
HEALTH SERVICE USE INEQUITIES



Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

FIG 35

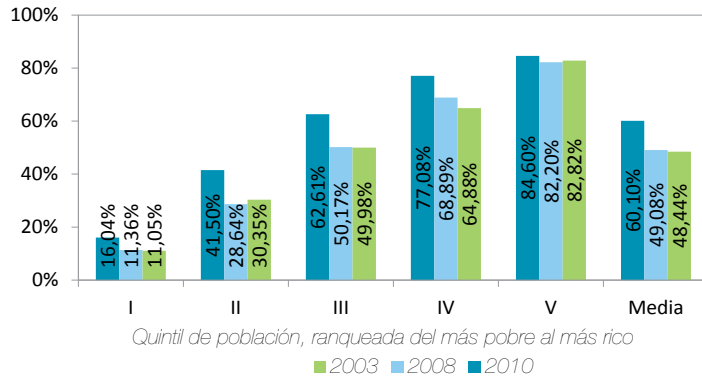
COBERTURA DE ASEGURAMIENTO



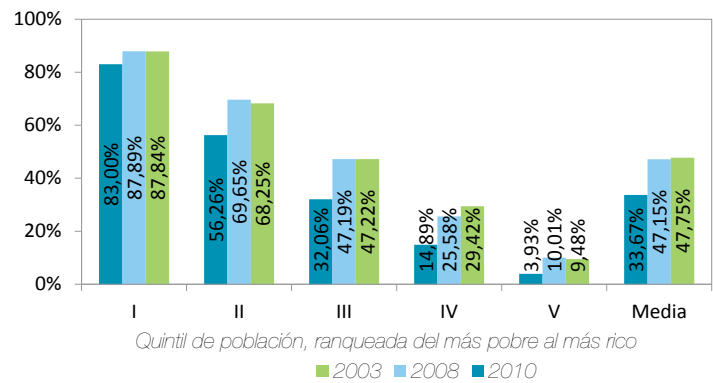
Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

FIG 35^A

Contributive Plan Affiliation



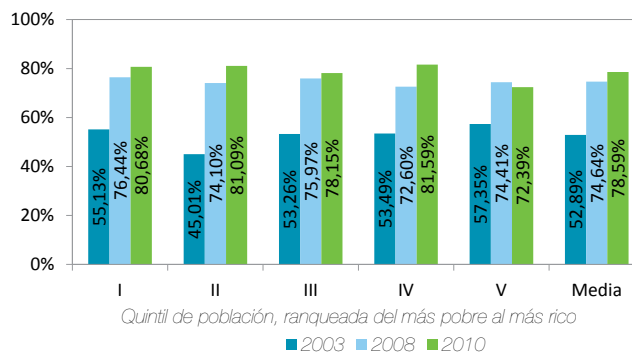
Subsidized Plan Affiliation



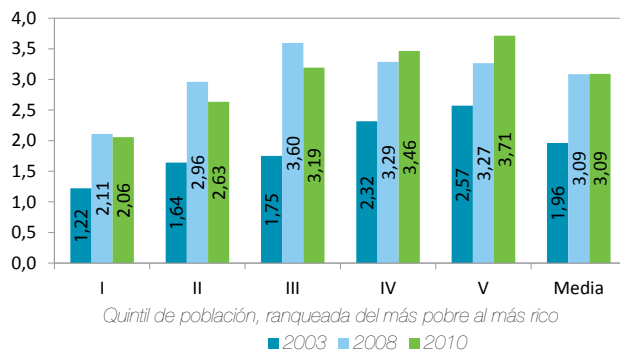
Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV): 2003, 2008 y 2010.

FIG 36

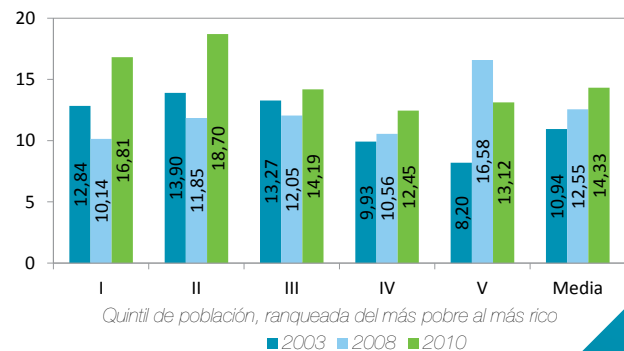
CALIDAD



Waiting Days: Medical or Dental Visit



Waiting Days: Specialist Visit



Preguntas y debate

Modera: Dr. Gilberto Barón **Asesor del Despacho del Ministro** **Ministerio de Salud y Protección Social de** **Colombia**

1. *¿Cómo van a controlarse las enfermedades huérfanas para que no consuman buena parte de los recursos?*

Este es un tema supremamente sensible en Colombia. La conclusión a la que llegó el sistema a través de los pronunciamientos de la Corte Constitucional es que hay una cobertura a este tipo de enfermedad. No obstante, es necesario generar en el modelo de operación del gestor de salud grupos de enfermedades o renglones de gasto consolidados de manera centralizada para facilitar las compras o los reaseguros integrales y mitigar el riesgo de desfinanciación.

2. *Frente al uso excesivo de los servicios de hospitalización y de urgencias, al parecer una parte de ellos se deben a la rehabilitación de la Red Primaria; por ejemplo, nebulizaciones o procedimientos de minoría. En otras palabras, el primer nivel puede tener una baja utilización por regulación excesiva. ¿Le merece algún comentario?*

Sí, es una apreciación relevante. Uno de los mayores problemas que hemos tenido en Colombia con la Red Primaria es el grado de fragmentación; es una red municipalizada. En Colombia cada municipio tiene su Empresa Social del Estado, un Centro de Salud, un Puesto de Salud y un Hospital de Primer Nivel; este modelo genera incentivos muy negativos para la integración entre municipios y la generación de una red propiamente dicha. Aspiramos a que haya racionalidad en el direccionamiento de los servicios de salud a partir de la conformación de redes integrales en el nivel primario.

También hay problemas de capacidad resolutive del médico general, que Colombia comparte con otros países de la región. El médico general tiende a convertirse en un tramitador de órdenes. Le hemos apostado a un modelo operativo dentro de esas redes de nivel primario compuesto por tres segmentos: un segmento básico que busca inducir demanda a partir de acciones sobre comunidad, con una capacidad de servicios hacia afuera; un segmento intermedio que es el más fuerte y está especialmente orientado hacia la medicina familiar, con capacidad de gestión de riesgo y manejo de enfermedad. Esto, entre otras, implicará un esfuerzo de formación de 3.000 ó 4.000 médicos familiares que se está analizando con un grupo de 20 universidades en Colombia. Una tercera capa, dentro de ese nivel primario, de especialidades básicas. Aspiramos a que las redes primarias puedan dar tratamientos integrales de pacientes crónicos y tratamiento de pacientes agudos y reducir los incentivos de sobrecupo, sobredemanda y recalentamiento que sufre la red complementaria, es decir, la red de alta complejidad.

3. *¿Podría explicar mejor para los extranjeros en qué consiste la compensación y qué papel juega la densidad familiar en la Reforma Tributaria? ¿En cuánto se reducen las cotizaciones y cuánto aporta el CREG? ¿Podría aclarar o repetir cifras del Balance de Recursos de 2013 a 2020? ¿A cuánto asciende el aporte del Gobierno para cubrir el faltante, según lo dispone la Ley 1439 del 2011?*

Colombia tiene un mecanismo complejo de compensación que voy a tratar de explicar rápidamente. El recaudo lo hacen las EPS o las aseguradoras. En un proceso que se llama Proceso de Compensación cada una de las EPS presenta sus afiliados o sus usuarios y su grupo familiar de manera mensual. Se multiplica el número de usuarios por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el resultado les da el balance final. Hay tres posibilidades: primero, que el dinero recaudado alcance para pagar las UPC de su población; segundo, que el recaudo sea superavitario, caso en el cual se gira la diferencia

al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Si el resultado es deficitario el FOSYGA le gira la diferencia. Este es en muy resumidas cuentas el mecanismo que opera hoy. En números, hay catorce billones de ingreso y doce billones de gasto en proporción. Es decir, hay una diferencia más o menos de dos o uno y medio billones de pesos, que son los excedentes superavitarios del sistema contributivo.

Este resultado puede tener variaciones hacia el futuro con el cambio de composición de la financiación del sistema, dado que las cotizaciones que han demostrado una buena dinámica en el ingreso van a dejar de ser la principal fuente de financiación del contributivo. La apuesta que hay detrás de todo esto es generar resultados en formalización y en equidad. Esto requiere un esfuerzo grande de estimación y monitoreo, porque los gastos que se estaban financiando con los excedentes del sistema van a convertirse en gastos fiscales que deben contemplarse tanto en el Marco del Gasto de la Nación como del Marco Fiscal de Mediano Plazo.

4. ¿Por qué razón se continúa con regímenes especiales, teniendo en cuenta que generan desigualdad?

Hay algunos regímenes especiales que tienen sentido. El de la Fuerza Pública, por ejemplo, por su perfil de riesgo específico. Otros regímenes no deberían existir porque tienen condiciones de riesgo similares a las de las personas que están en el contributivo o en el subsidiado. Este es un debate que muy seguramente va a abrirse y que ya ha tenido lugar hasta cierto punto en el marco de las reformas. No obstante se requiere prudencia, ya que estos regímenes son el producto de una evolución histórica que no es fácil desmontar de un solo golpe y que requerirá seguramente un debate más grande en el Congreso y de la misma sociedad. Son 2.300.000 personas que están en regímenes especiales.



6 Primer día - Sesión IV

Panel sobre experiencias recientes en procesos de generación de información y conocimientos en el área de Economía de la Salud para la toma de decisiones y sustentación de las políticas públicas de salud

6.1 Evaluación de tecnologías en salud y el papel del IETS en Colombia

Dr. Héctor Castro
Director Ejecutivo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Esta ponencia aborda experiencias recientes en procesos de generación de información para la toma de decisiones y, en particular, se refiere al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), el rol que juega en el contexto colombiano y su proyección en América Latina. La intervención se estructura en torno a tres elementos:

- La necesidad de información para la toma de decisiones en salud.
- La tendencia a la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias a nivel internacional.
- El contexto local, la creación del IETS y los desafíos que enfrenta.

En palabras de Michael Rollins, antiguo Presidente del NICE de Inglaterra (National Institute for Health and Care Excellence), una de las agencias más reconocida a nivel mundial, puede decirse que el cuidado clínico dado a los pacientes con frecuencia se aparta de la mejor práctica disponible, generando ineficiencia. Esto se explica por la rápida adopción de nuevas tecnologías sin plena certeza de efectividad clínica o de costo-efectividad, por una lado, y por la lenta adopción de aquellas tecnologías que han demostrado ser efectivas o costo-efectivas (aquello que los economistas denominamos buen valor por dinero).

Con mucha frecuencia los compradores de servicios de salud o los consumidores de servicios de salud, sean pacientes o Gobiernos, pecan por defecto o pecan por exceso en la adopción de nuevas tecnologías sin plena certeza de su función, seguridad y efectividad. La globalización es una de las causas

del proceso de institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias en nuestro continente. En un mundo altamente globalizado, diferentes tendencias habitualmente permean los países con mayor rapidez. El sector salud no es ajeno a este fenómeno; con mucha frecuencia los resultados de la investigación que han sido producidos en otras culturas o latitudes se extrapolan y se adoptan con rapidez a la práctica clínica. Esto no malo por sí mismo; en muchos casos la rápida adopción resulta ser esperanzadora y demuestra buen valor por dinero: una sociedad o un individuo que invierten en una nueva tecnología obtienen a menudo mayores beneficios en comparación con los costos o los riesgos derivados de la misma. Sin embargo esto no ocurre así en los casos en los que existe asimetría de información, información imperfecta, incompleta o incertidumbre sobre tecnologías, sobre todo en aquellas que son muy nuevas.

El alcance que puede tener la evaluación de tecnologías sanitarias para informar la toma de decisiones trasciende a nivel macro de los Gobiernos y también puede informar a aseguradores, prestadores o gestores de salud en el nivel meso; por supuesto, beneficia a la población en general, a los pacientes y cuidadores en el nivel micro.

Para tomar decisiones es necesaria una buena información. El sector salud es un ejemplo clásico de un principio o teoría económica, la teoría del agente y el principal. En esta teoría una o más personas (principales) encargan a otra persona para que realice una determinada tarea en su nombre (agente). En este caso los pacientes reconocen que no están en facultad o en disposición de decidir por sí mismos cuánto, cuándo, cómo, en qué lugar y a qué precio debe demandar los servicios de salud para resolver los males que les aquejan. Por esto, los principales o pacientes recurren a su médico tratante, quien toma las decisiones en calidad de agente y en su nombre: prescribe, remite o interconsulta los servicios que requiere su principal con mayor eficacia, eficiencia y oportunidad.

Los problemas relacionados con la necesidad de

información para la toma de decisiones no son exclusivos del sector salud. Por ejemplo, a veces debemos recurrir a un plomero para que nos diga qué está pasando con las tuberías de nuestra casa; también ocurre en el sector automotor, cuando requerimos de un mecánico para que nos diga qué le ocurre a nuestro vehículo, o en el sector inmobiliario, en el cual a menudo necesitamos una fuente de información confiable para tomar una decisiones de renta o de inversión en propiedad raíz.

La relación entre Agente y Principal en el sector salud es especialmente compleja, ya que en muchos casos el agente, es decir, el médico, demanda los servicios que requiere el paciente (prescribe, remite o interconsulta) y adicionalmente los provee. Este doble carácter del agente configura incentivos ocultos que son difíciles de reconocer por parte del paciente o principal. En Colombia y en todos los países donde existe un tercer pagador se complica un poco más esta relación por cuanto el principal que utiliza servicios de salud que provee un agente no es quien paga por estos servicios. El agente, en este caso los médicos, tiene que servirle a dos amos: su paciente y su empleador o pagador.

Las relaciones agente-principal que se han mencionado tienen lugar en el nivel micro; no obstante, esta teoría tiene implicaciones financieras importantes en los niveles meso y macro de los sistemas de salud. Así, los gobiernos carecen de la capacidad o la disposición de evaluar toda la evidencia disponible para informar adecuadamente la toma de decisiones macro en salud, razón por la cual han recurrido a agentes institucionales con esta misión específica.

Es claro que, ante un universo potencialmente infinito de tecnologías nuevas y antiguas, es necesario establecer prioridades de análisis. Las tecnologías que deben ser evaluadas de forma prioritaria son, por ejemplo, aquellas cuyo beneficio terapéutico o impacto económico sea más incierto. La evaluación de tecnologías sanitarias examina las consecuencias de la aplicación de las tecnologías en salud (medicamentos, dispositivos, procedimientos

y modos de atención) y en múltiples dimensiones, como la seguridad, la eficacia, los desenlaces reportados por pacientes, la efectividad clínica, los costos y el costo-efectividad, entre otros. Este no es un proceso aislado que ocurre exclusivamente en un laboratorio; está inmerso en un contexto del cual debe compadecerse, tomando en consideración aspectos sociales, legales, éticos y a veces políticos que son relevantes para la toma de decisiones. La evaluación de la tecnología se apoya en los métodos de la medicina basada en evidencia, complementados con análisis comparativos de efectividad clínica y costo-efectividad. En lugar realizar análisis individuales de tecnologías, habitualmente estas se agrupan para informar cuál de ellas resulta comportarse mejor frente a otras similares.

La evaluación de tecnologías busca informar la toma de las decisiones, no tomar las decisiones en sí. Esta función le compete a los gobiernos en el nivel macro y a los pacientes, cuidadores o, en algunos casos, a los aseguradores, hospitales y clínicas en el nivel meso o micro.

La tendencia global hacia la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias existe desde la década de 1980 y algunos países empezaron hace más de 30 años. El primer ejercicio de evaluación apareció en los Estados Unidos en la década de 1970 con la Oficina de Evaluación de Tecnologías del Congreso, que informaba a los senadores americanos en diversos temas: agricultura, tecnología espacial y también en salud. Como ocurre con muchos proyectos exitosos en el mundo, esta estrategia fue abandonada en el 95 por falta de apoyo financiero. También puede destacarse el SBO, la entidad del Gobierno sueco encargada desde el 2007 del análisis y evaluación de Tecnologías Sanitarias para la toma de decisiones sobre las coberturas del plan público de salud. Otros países han optado, como Canadá, por modelos descentralizados de evaluación (DHT, por sus siglas en inglés) que han logrado establecer estándares importantes en métodos y procesos. Otras agencia reputadas y bien conocidas en la actualidad son la inglesa NICE, creada en el año 99, y IGUIG en Alemania.

En el proceso de creación del IETS en Colombia se consideraron las implicaciones para el diseño institucional del tipo de sistema de salud en el contexto global. Por ejemplo, los sistemas de tipo bismarkiano, como el colombiano en este momento, que es similar al alemán y en algunos aspectos al chileno de hace algunos años; o sistemas de tipo Berrich, como el australiano o el británico. En este sentido, puede concluirse que los arreglos institucionales dirigidos al análisis y evaluación de tecnologías son relevantes en todos los contextos.

A pesar de la desaparición de la Oficina de Evaluación de Tecnologías en Estados Unidos, esta tarea continúa desarrollándose de manera descentralizada. El Estado de Oregon que ha utilizado métodos de medicina basada en evidencia para tomar decisiones de cobertura y el recientemente creado PCORI (Patient-Centered Outcome Research Institute), procura informar a clínicos, pacientes y cuidadores sobre la efectividad y seguridad de los diversos tipos de intervenciones en salud. También hay experiencias destacables en países en vía de desarrollo o economías emergentes; Brasil es pionero en América Latina; desde mediados de la década anterior vienen utilizando la evaluación de Tecnologías para informar decisiones sobre precios y más recientemente sobre coberturas. La HITAP (Health Intervention and Technology Assessment Program) puede mencionarse como un caso similar al IETS colombiano, debido a su composición mixta.

Un elemento que también ha emergido es que, para ser exitosos, estos procesos deben ser rigurosos desde un punto de vista técnico, independientes de los intereses públicos y privados y participativos, para legitimar las recomendaciones que emanan del ejercicio de la revisión de la evidencia.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 estableció un paquete explícito de beneficios, conocido como el POS, que diferenció de modo inequitativo el plan contributivo y plan subsidiado. Hasta diciembre de 2010, por ejemplo, el POS subsidiado no cubría la mamografía diagnóstica, mientras que el POS

contributivo no solamente la cubría, sino que además contemplaba el acceso a medicamentos biológicos de alta tecnología para el tratamiento de cáncer de mama avanzado.

Debe reconocerse que muchos de los indicadores en el país han mejorado en el tiempo, aunque quizá no al ritmo esperado; desafortunadamente, no puede decirse lo mismo del proceso de actualización de la Lista de Coberturas. En este momento hay un número importante de nuevas tecnologías que están a la espera de ser integrados al sistema. Este proceso, por tanto, debe ser riguroso pero también dinámico.

Desde la década pasada y en particular desde el año 2007, la Corte Constitucional ha ordenado en repetidas ocasiones la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS; se destaca la Sentencia del 2008 que ordenó igualar los Planes de Beneficio y avanzar hacia la cobertura universal. Estas orientaciones judiciales han implicado grandes presiones financieras y otros retos institucionales. En Colombia el acceso a los servicios de salud por vía judicial se guía habitualmente por el precepto de necesidad percibida: el acceso al servicio se garantiza siempre que el paciente lo crea necesario y si su médico tratante lo considera pertinente. Estos criterios, de naturaleza altamente subjetiva, no pueden ser fácilmente controvertidos por los jueces en ausencia de criterios oficiales y objetivos, como aquellos que buscan establecer los estudios técnicos de seguridad, efectividad o el costo-efectividad. Se estima que las coberturas excepcionales para el año 2010 generaron entre 20% y 25% del gasto total en salud, beneficiando a cerca de 500.000 ciudadanos (1.1% de la población, en su mayoría de alto nivel educativo, con acceso suficiente a la información y los recursos necesarios para interponer una acción judicial de este tipo). Se espera que la nueva Reforma a la salud permita avanzar con soluciones en esta materia.

A partir del 2010, el Gobierno ha buscado implementar diversas medidas estructurales para corregir la crisis del sector y fortalecer la institucionalidad. En el año

2011 se realizó una actualización del POS, siguiendo un mandato de Ley que exige una actualización integral cada dos años. Se incorporaron nuevas tecnologías (los medios de comunicación y amplios sectores de la academia han sido muy críticos frente a la evidencia y la incorporación de valores sociales que soportaron estas modificaciones). En Julio de 2012 se igualó la cobertura y la canasta de los Planes de Beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado, al menos en términos nominales; esto generó un impacto adicional en las finanzas, como ya se ha mencionado.

Con el fin de apoyar sistemáticamente el proceso de producción de información para la toma de decisiones, la Ley 1438 de 2011 autorizó al Ministerio de Salud la creación del IETS. El intrincado y largo proceso que condujo a este logro se puede resumir con ayuda del modelo de Kingdom (figura 37). Según este modelo, tres aspectos deben confluir para que las medidas requeridas lleguen a la agenda política y se puedan implementar (ventana de oportunidad). El primer aspecto es la existencia de un problema que llama la atención de los tomadores de decisiones por su magnitud (problem stream); el segundo es que exista una solución que la sociedad perciba como

viable y aceptable (policy stream); el tercer aspecto es el apoyo político de la sociedad y de las instituciones (politics stream).

Desde el 2004, debido al crecimiento de los recobros y las coberturas excepcionales, empezaron a explorarse algunas posibles soluciones y, en particular, se consideró la creación de una institución o una unidad coordinadora al interior del Ministerio que evaluara tecnologías o que coordinara centros evaluadores. Esta temprana iniciativa no prosperó. Dentro de las medidas políticas que se tomaron en el 2007 se destaca la creación de la Comisión de Regulación en Salud, que separó la toma de decisiones del Ministerio. Otros desarrollos en ese momento fueron la Sentencia T-760, el renovado interés de la comunidad académica en las Guías de Práctica Clínica y los métodos comunes de la medicina basada en evidencia y la declaratoria de la crisis financiera del sistema, generada por un déficit fiscal de cerca de dos billones de pesos. Adicionalmente, se recibieron visitas del Grupo NICE International.

En 2009 confluyeron las tres ramas mencionadas del modelo de Kingdom en una primera ventana de

EL CONTEXTO LOCAL ES RELEVANTE

FIG 37

RAMA PROBLEMA PROBLEM STREAM

RAMA NORMATIVA POLICY STREAM

RAMA POLÍTICA POLITICS STREAM

Desde 2004:
Costos inflacionarios incremento de coberturas excepcionales. El Gobierno empieza a considerar la conformación de una unidad coordinadora de ETES.

2007:
Creación de la CRES
2008:
Diseño de la Guía de Guías

2008:
T760 interviene factores estructurales.
Inicio 2009:
Crisis al interior del sistema amenazando sostenibilidad.

Medio de 2010:
El Sistema es considerado insostenible, servicios NO POS 20- 25% GTS

Medio 2009:
Interés en los métodos usados por NICE, apoyo técnico al Gobierno

Finales 2009:
Controversial Decreto de Emergencia Social Gobierno anterior.
Inicio de 2010:
Decreto de Emergencia Social declarado inexecutable.

Final de 2010:
Cambio de Gobierno
2011:
LEY 1438 AUTORIZA AL MSPS LA CREACIÓN DEL IET.

Inclusión implícita o exclusión explícita

Decidir

Fuente: Based on Kingdom model- 1984 by Castro HE, 2011 work in progress

oportunidad. En este momento por primera vez se empezó a hablar seriamente de crear una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias en Colombia. Dadas las presiones financieras del sistema, el Gobierno del momento promulgó un Decreto de Emergencia Social que causó gran controversia entre comunidad médica; esta situación cerró la ventana de oportunidad.

Posteriormente los Decretos de Emergencia Social fueron declarados inexequibles por la Corte Constitucional. En 2010, con el cambio de gobierno, a raíz de la insostenibilidad financiera de los recobros y la reaparición de las Guías de Práctica Clínica en el debate, se abrió una nueva ventana de oportunidad que condujo finalmente a la creación del IETS.

Cabe anotar que, de acuerdo con algunos análisis cualitativos recientes, la evaluación de tecnologías sanitarias en Colombia existe desde mediados de la década de 1990, principalmente en desarrollos adelantados por diferentes académicos, la mayoría formados fuera del país y sin implicaciones institucionales.

A partir de 2010 se conformaron mesas de trabajo para apoyar la Reforma del sistema, que incluyeron una Mesa Específica de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Una recomendación generalizada de los actores que participaron fue la creación de una institución independiente del Gobierno. Adicionalmente, el Banco Interamericano de Desarrollo apoyó un proceso de referenciación ('Top 20') de los medicamentos que con mayor frecuencia se recobraban. En este estudio quedó en evidencia la fragmentación de la arquitectura institucional y se recomendó la institucionalización de la evaluación de tecnologías. Finalmente, en la Ley 1438 de 2011 quedó explícitamente consignada esta voluntad y se empezó a delinear un mapa de ruta para la creación del Instituto. Con este fin, se estudiaron experiencias institucionales y no institucionales pioneras en el mundo y en la región (casos de Brasil, Chile y Uruguay) y se adelantó un proceso de consulta con pacientes, industrias farmacéuticas, aseguradores, prestadores

y demás actores del sistema. En este contexto hubo un consenso generalizado sobre la necesidad de esta innovación institucional. Posteriormente se dio la fase de diseño y planeación institucional con expertos locales.

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) empezó operaciones en noviembre del 2012. Es una corporación privada sin ánimo de lucro, de ciencia y tecnología, de participación mixta, que no está adscrita o vinculada al Ministerio de Salud ni es una Unidad Administrativa Especial. Cuenta con un patrimonio propio y está regulada por un marco legal específico. Fue conformado con la participación del Ministerio de Salud y la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, Colciencias (la entidad encargada de financiar y gestionar la investigación y el desarrollo en ciencia y tecnología), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

El objetivo general del Instituto es realizar una Evaluación de Tecnologías basada en la mejor evidencia disponible y apoyar la producción de guías y protocolos sobre dispositivos, medicamentos y tratamientos, con el fin de recomendar a las autoridades las tecnologías que deberían ser cubiertas con recursos del sistema. En el corto plazo el IETS pretende ser reconocido como el principal referente en evaluación de tecnologías y producción de guías de práctica para informar la toma de decisiones en Colombia. También busca posicionarse como líder en la región para propender por la excelencia en salud, mediante el uso de la evidencia científica y el impacto sobre las interacciones entre diversos actores.

El IETS no fue creado para minimizar costos, sino para maximizar beneficios, teniendo en cuenta limitaciones presupuestales reales, que existen en cualquier país del mundo. El uso de evidencia científica busca promover la confianza de los actores, garantizando el acceso a una fuente independiente, robusta y legítima.

La creación del IETS requirió la superación de

grandes retos. El primero fue poner en marcha la institución, con diseños, trámites y procesos de reclutamiento. En la mayoría de países de América Latina, la capacidad local para producir una evaluación de tecnologías es limitada y Colombia no es la excepción. Estamos trabajando actualmente en fortalecimiento institucional, con la fortuna de contar con un grupo de consultores internacionales que van desde la OMS hasta las agencias británicas (inglesa y galesa), escocesa, australiana, brasilera y española; esto ha permitido recoger tanto los aciertos y como los desaciertos que han ocurrido en otros países.

Hay avances en armonización intersectorial y estandarización de métodos y procesos que permitan en el mediano plazo un proceso de descentralización. Adicionalmente, estamos adelantando un Proceso Piloto para evaluar quince tecnologías, apoyando la actualización integral del POS con noventa tecnologías adicionales, revisando tanto la efectividad clínica como el impacto presupuestal. Finalmente, aprovechamos estas oportunidades como pretexto para formar capacidades en algunos grupos del Gobierno.

Interactuamos con pacientes para incorporar desenlaces reportados y refinar los comparadores; con los aseguradores, con actores del Gobierno, con la industria farmacéutica. Ésta última tiene una voz importante, así no tengan voto, porque conocen el estado del arte y en algunos casos tienen estudios de muy buena calidad que pueden ser incorporados al análisis. Aprendimos a lo largo del proceso que establecer prioridades en salud no es un proceso único y aislado de un solo paso, sino un continuo de múltiples pasos (figura 38); este proceso fue cuidadosamente determinado con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En los últimos meses hemos estado embebidos en investigación cualitativa. Tras haber entrevistado a diferentes académicos, sobre todo aquellos que desde la década de 1990 han estado trabajando en el tema, hemos encontrado drivers o inductores que pueden facilitar o entorpecer la evaluación de

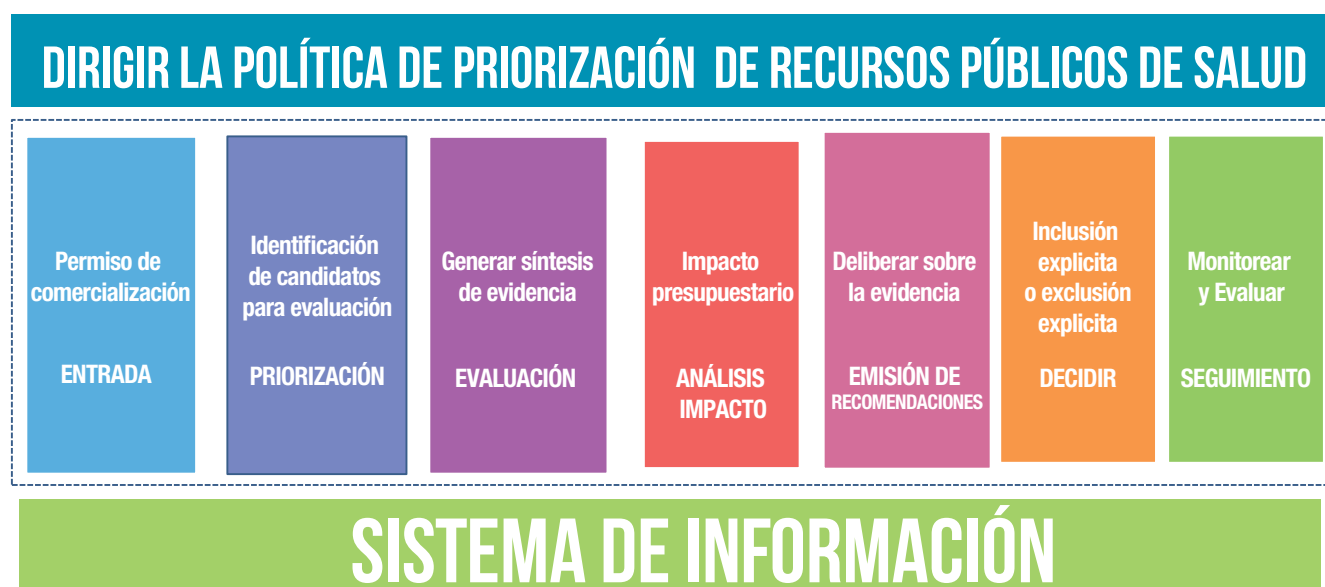
tecnologías sanitarias. Entre estos están los beneficios de la globalización. Por otra parte la presión enorme que hay entre los diversos actores también puede entorpecer el proceso. Parece ser que el hecho de la crisis que ha afrontado el sistema o el contexto actual del sistema ha favorecido el desarrollo de la evaluación de tecnologías. No obstante, existen muchas limitantes que pueden entorpecer el proceso, como la falta de datos y estrategias claras de implementación, la reducida capacidad local, algunos aspectos culturales y, por supuesto, la baja percepción de utilidad. Algunos retos incluyen:

- La actualización integral del POS con los mandatos de la Corte. Hay necesidad de fortalecer al IETS pero también a las demás instituciones que participan en el proceso.
- Existen grandes presiones públicas y de medios que, con alguna frecuencia, buscan noticias o eventos focales para generar notas que desconocen los procesos y promueven actitudes reactivas más que proactivas en los tomadores de decisiones.
- El logro de la sostenibilidad financiera del sistema de salud, en un contexto de austeridad fiscal anunciada para el siguiente año que pone en riesgo los recursos disponibles para el proceso de evaluación y análisis.
- La capacidad técnica que no es inexistente y mejora día a día, aunque todavía es limitada. Algunas entidades como Colciencias apoyan la formación de personas en el exterior que regresan al país con nuevas ideas y formación de punta.
- La fragmentación institucional. Muchos actores, muchas instituciones. Rotación institucional excesiva. Que dificulta la continuidad de las relaciones profesionales e interinstitucionales.

La evaluación de tecnologías se ha fortalecido e institucionalizado en otros países y ha contribuido

LA CREACIÓN DEL IETS

FIG 38



Adaptado IDB, Colombia priority setting of public expenditure project, 2011.

al empoderamiento de los consumidores, tanto de los Gobiernos como de los pacientes. En Colombia esta estrategia ha dado un paso adelante. No obstante, no podemos esperar que un bebé de diez meses resuelva los problemas de un país de 203 años. Independientemente del sistema, la información basada en la mejor evidencia disponible indudablemente permite tomar mejores decisiones, aunque siempre existan pros y contras. Debe haber un esfuerzo proactivo en el manejo de los medios y en la estructuración de los mensajes.

Dado que los descubrimientos científicos, la innovación y desarrollo son procesos dinámicos, es recomendable a que la evaluación sea también un proceso dinámico. Colombia ha dado un paso muy

importante hacia adelante, en términos de reducir la incertidumbre sobre el impacto clínico y financiero de las nuevas tecnologías. Es importante también incorporar la participación efectiva para darle fuerza y legitimidad a las recomendaciones. Es difícil legitimar el sí –que el público entienda que un servicio o producto se cubre no porque es lo más barato, sino porque es lo más costo-efectivo–; pero es aún más difícil legitimar el no.

Por último, es importante considerar en el marco de la Reforma los periodos de transición, permitiendo que las instituciones y los individuos se fortalezcan para enfrentar los retos con mayores capacidades y disposición.

6.2 Aspectos económicos de la política farmacéutica: diagnóstico, aspectos normativos y primeros resultados

Dr. Rodrigo Moreira
Director de Desarrollo Empresarial
Departamento Nacional de Planeación

Las políticas de control de precios en el sector farmacéutico llevan casi tres años de realización en Colombia, luego de un período de prácticamente completa desregulación. Desde el inicio de esta década, principalmente hacia los años de 2002 y 2003, comenzó una estrategia de liberalización de precios bajo la idea de que el mercado podía generar precios eficientes en el mundo de la salud. Hacia el año 2006 se estableció una metodología similar a la que se utiliza actualmente; se trataba de un instrumental supremamente transparente y eficaz, en opinión de aquellos que consideraban que el mercado era suficientemente eficiente, aunque nunca llegó a utilizarse. El sistema de regulación de precios que comenzó a desarrollarse hace dos años es consistente con las motivaciones, principios y objetivos que están establecidos en la política farmacéutica nacional. De forma paralela al proceso de establecimiento de control de precios en Colombia, se decidió adoptar un instrumental mucho más amplio, que incluye el control de precios solamente como uno de los elementos de la política farmacéutica oficial.

Por un lado, se destaca que las políticas de precios tienen un impacto que se puede medir en el corto plazo y que genera ganancias, aunque rápidamente se diluye en el tiempo. Por otro lado, los elementos estructurales de política farmacéutica están asociados básicamente al uso de los medicamentos en el largo plazo, cuyos resultados se demoran en madurar, pero son más consistentes en el tiempo. La política de precios no ha de reemplazar a la política farmacéutica; es una parte importante, pero es una política de muy corto plazo, que debe ser completamente consistente con una formulación integral en materia de política farmacéutica.

El instrumento que se estableció no sólo es un instrumento objetivo, sino que también es simple, lo cual debe ser entendido como un requisito. Las experiencias internacionales y de Colombia muestran que si el instrumento es demasiado complejo, se hace ineficiente para el control de precios.

Algunos actores de la industria, desde el sector privado, han sostenido que el instrumento es demasiado intervencionista y que por ello va a generar unas contracciones de precios tales que harán imposible una proveeduría eficiente de medicamentos. En el marco de la discusión entre el sector público y el privado sobre la intervención de precios en materia farmacéutica, se ha intentado enfatizar a la industria que ésta es tan sólo un proveedor. Mientras el sector público no sea un oferente intensivo de medicamentos, debe recurrir a una proveeduría eficiente desde el sector privado. En ese sentido la industria no es competidor del sector público, sino que debe ser tratado como un proveedor. Los conflictos hay que reconocerlos, pero estos se deben resolver en escenarios legítimos.

La eficiencia del instrumento podrá establecerse a partir de los valores que se publicarán el próximo jueves 25 de julio [de 2013]. Si esos valores representan una reducción razonable que un proveedor puede sostener y generan una contracción del gasto del sector público –que es, en principio, el objetivo fundamental de esta política, al cual hay que sumarle la contención del gasto privado de bolsillo– podremos evaluar de manera positiva la eficiencia del instrumento. En dicho sentido, es importante que el debate se lleve a cabo a partir de los valores que aparecerán el próximo jueves, cuando se publique un listado de poco más de treinta moléculas con sus respectivos precios por medicamento y precio máximo de venta en Colombia.

El impacto de la contracción de precios no depende de una decisión autónoma del Gobierno, sino de la posición relativa de los precios de un medicamento en particular en la historia reciente y en relación con los niveles internacionales. Si, por algún grado

de aprovechamiento racional de las circunstancias colombianas, los precios fueron fijados muy por encima de los niveles internacionales, el impacto de la regulación va a ser más notorio. Si ha habido algún despropósito no ha sido a posteriori, con el control de precios, sino que este ocurrió con la decisión comercial, en un primer momento, de fijar precios demasiado elevados.

El crecimiento del gasto en medicamentos desde el 2002 hasta el 2010, en lo que respecta al valor del recobro, puede verse en la figura 39, que se refiere al comportamiento del gasto que técnicamente se denomina no-POS, esto es, gasto en medicamentos que no están incluidos en el Sistema Obligatorio de Salud, pero que son pagados de todas maneras por el Sistema de Salud. La figura 40 muestra el comportamiento en términos de precios y cantidades ($\square P \cdot Q$), donde al final de la serie se muestra un gasto de 1.7 mil millones de dólares (2.4 billones de pesos, a la tasa de cambio del 2010) en medicamentos no incorporados en los Planes Obligatorios de Salud (POS) y únicamente para el régimen contributivo. La tasa de crecimiento anual es del orden del 66%. No hay una sola actividad económica que reporte

gasto en la cual el gerente pueda presentarle a su Junta Directiva (en este caso los ciudadanos de Colombia) que la tasa de crecimiento de una variable de gasto que debe controlar sea del orden del 66%. Esto, decimos nosotros, es una 'fiesta' que ocurrió en el período del 2010 porque no se reguló. La desregulación y los comportamientos que ocurrieron crearon una situación insostenible para el Sistema de Salud; por esta razón, tras el cambio de Gobierno se tomó la decisión de intervenir.

El comportamiento del gasto contributivo por no-POS debería haber correspondido a la línea verde de la figura 41; todo lo que está por arriba es lo que se ha llamado, en el marco de la política farmacéutica, uso irracional de medicamentos. Irracional, no sólo desde el punto de vista clínico, sino irracional desde el punto de vista económico. Tal expansión del gasto no tenía justificación. Si modelamos todas las justificaciones posibles y le agregamos un margen de error del 10 al 15%, no podría haber sido más el gasto en medicamentos que la línea del margen verde. Eso es lo que debería ser racionalmente el gasto en medicamentos; lo de arriba es la Ventana de Oportunidad para hacer intervenciones de política.

¿QUÉ ENCONTRAMOS? DIAGNÓSTICO Y ALTERNATIVAS

FIG 39

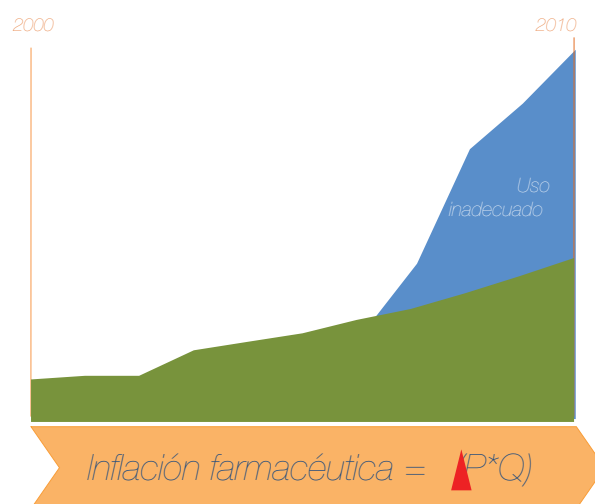


Fuente: Minsalud. Causación

FIG 40

¿QUÉ ENCONTRAMOS? DIAGNÓSTICO Y ALTERNATIVAS

El crecimiento de los reembolsos puso el aspecto del acceso en el centro de las preocupaciones que motivaron la formulación de una nueva política farmacéutica y, en estrecha vinculación con éste, los aspectos de formación de precios y de competencia.



Existen múltiples opciones a la hora de controlar los precios a través de políticas que afecten la oferta y la demanda (figura 41). Por el lado de la oferta, se puede buscar garantizar la competencia y la concurrencia en el mercado mediante herramientas como el control de prácticas anticompetitivas o la promoción de genéricos mediante políticas para favorecer industria, el registro abreviado, homologación, fraccionamiento, incentivos fiscales, gestión de la propiedad intelectual o la intercambiabilidad de medicamentos. Por el lado de la demanda esto se puede hacer mediante la contención del gasto público en medicamentos (con herramientas como la promoción del uso de genéricos, los cambios en las modalidades de contratación, adquisición y por medio de copagos) o mediante la búsqueda de la eficiencia en el gasto en medicamentos (con herramientas como la evaluación económica de medicamentos y la financiación selectiva).

En Colombia la decisión se tomó en términos de control de precios a pesar de que, en general, el país se mueve con mucha timidez hacia la intervención de mercados. No obstante, frente a la situación que se presentaba, la decisión fue intervenir de manera racional y focalizada. Adicionalmente, se incorporaron programas que han demorado más en madurar, como los mecanismos más eficientes de negociación en la compra de medicamentos –

aunque la órbita de intervención en materia de compra pública de medicamentos es en cualquier caso muy reducida—. El verdadero problema estaba en aquellos medicamentos que no se consideraban “de interés para la salud pública”, es decir, los medicamentos de poca prevalencia y altísimo costo que estaban siendo sistemáticamente demandados en el sistema del no-POS. El Ministerio de Salud no es un comprador de este tipo de medicamentos, por lo que este segmento no ha sido intervenido con estrategias de negociación centralizadas o, eventualmente, de compra pública centralizada, que son todavía de muy poca cobertura y se encuentran todavía en proceso de diseño. En este contexto se tomó la decisión de intervenir con rapidez el esquema de precios y adoptando, como primera medida, un techo máximo del valor del reembolso a los recobros al FOSYGA.

Es importante destacar que la intervención no ha tenido lugar en todos los mercados; no se trata de una intervención en farmacia ni en aquellos medicamentos que a Juan Gossaín le preocupan tanto y que frecuentemente lo recuerda en la prensa. La decisión de establecer un tope al valor del reembolso para ciertos medicamentos se tomó teniendo en cuenta la capacidad administrativa para su implementación. Ese tope se determinó mediante la referenciación histórica del precio promedio de los medicamentos por mercados relevantes en

¿QUÉ ENCONTRAMOS? DIAGNÓSTICO Y ALTERNATIVAS

FIG 41

EJE	OBJETIVO DE POLÍTICA	HERRAMIENTAS POSIBLES
OFERTA	a) Garantizar la competencia en el mercado - concurrencia	1) Control de prácticas anticompetitivas 2) Promoción de genéricos (Pol. Industrial, registro abreviado, homologación, fraccionamiento, incentivos fiscales, gestión de la PI, BPM, intercambiabilidad)
	b) Garantizar precios asequibles	3) Control de precios y márgenes de comercialización. 4) Negociaciones de precios
DEMANDA	c) Contención del gasto público en medicamentos	5) Promoción del uso de genéricos 6) Cambios en las modalidades de contratación y adquisición 7) Fijación de Precios para el Recobro. 8) Copagos
	d) Garantizar la eficiencia del gasto en medicamentos	9) Evaluación económica de medicamentos y financiación selectiva (minimiz. de costos, costo efectividad y costo utilidad)

Fuente: Federico Tobar.. Consultoría para MSPS. Agosto 2011

el período 2009-2010, no a partir de los precios internacionales, ya que no se disponía de las herramientas técnicas. Adicionalmente, se aplicó al promedio una contracción del 20% que se denominó 'política'. Debe reconocerse que, a pesar de estas medidas, los precios colombianos siguen siendo más altos que el nivel internacional; no es posible que hoy se insista en que se está regulando por debajo de los precios internacionales. Lo que ocurre es que, en paralelo, se ha adoptado una política farmacéutica y se ha promovido una discusión intensa, desde el punto de vista metodológico, con la industria nacional, multinacional y con grupos de presión y de interés sobre el tema de los medicamentos. Simplemente se han establecido nuevos instrumentos en el marco de la política de libre competencia, que se sigue defendiendo.

Salvo la Reforma a la Salud, que incorpora un nuevo concepto, hoy la Constitución Política consagra la libre competencia como principio del ordenamiento

jurídico, por lo que no es fácil definir una estrategia para el control de precios. Debemos incorporar a nuestro arsenal jurídico la idea de que los medicamentos son un derecho conexo al derecho a la salud, que justifica un control de precios focalizado como una herramienta de garantía de dicho derecho que no atenta contra el principio de la libre competencia. En efecto, la Ley Estatutaria de Salud recientemente aprobada incorpora esta idea al andamiaje institucional y constitucional colombiano.

Ya que no se trata de una intervención generalizada del mercado —a manera de slogan puede decirse que “se interviene cuando es necesario, allí donde es necesario”—, el problema consiste en determinar cuándo y dónde es necesaria. Si yo soy usuario de un medicamento en particular, para mí ese va a ser un mercado necesario de intervención; sin embargo, desde el punto de vista del agregado de la toma de decisiones la decisión no es tan sencilla y es muy sensible. Aquí cabe una alusión a uno de los principios

de política relativo al Sistema de Propiedad Intelectual. El Gobierno Nacional estableció, en su formulación de política farmacéutica, que el Sistema de Propiedad Intelectual en el ámbito de la salud se defiende. Existen una serie de compromisos internacionales que ninguna política pública puede contrariar: todos los elementos del Sistema de Propiedad Intelectual que están tanto en las relaciones laterales como multilaterales son vigentes, tienen pleno derecho y generan derecho.

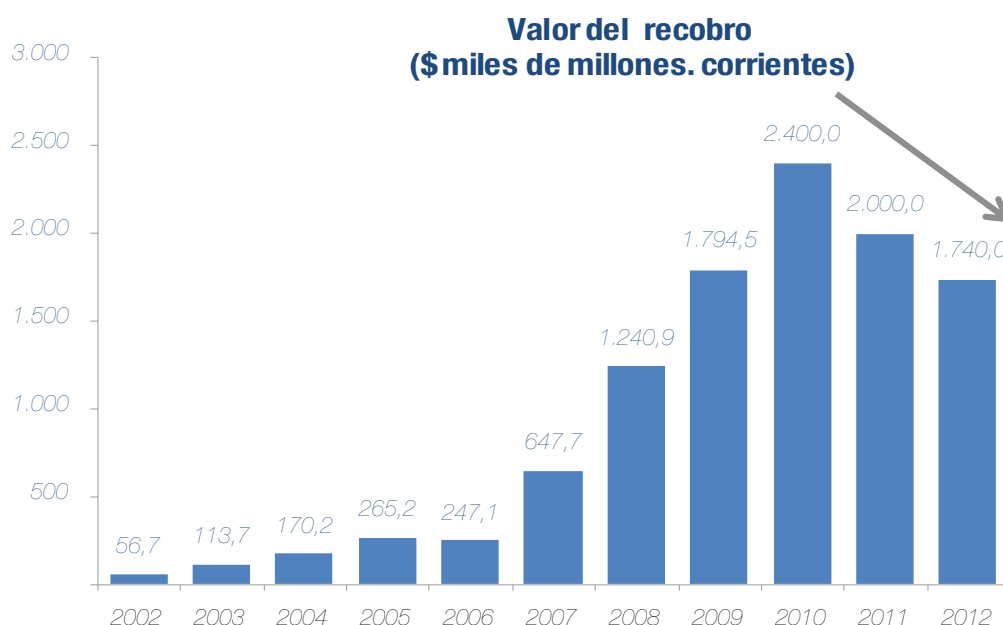
En este sentido es necesario tener en cuenta que el uso de las llamadas 'flexibilidades' que ofrece el Sistema de Propiedad Intelectual, entre otros aspectos, no deben considerarse como pecados. Es importante saber que se dispone de esos instrumentos y que estos deben utilizarse cuando sea necesario. Insistimos que está consagrado en la política pública la necesidad de aprovechar las oportunidades que ofrece el Sistema de Propiedad Intelectual, así como mecanismos de importación paralela, de compras conjuntas, de licencias obligatorias y de control de precios que no están prohibidos por los acuerdos

internacionales –hay intentos por generalizar la prohibición y es importante estar muy alerta en esta materia–.

Con valores máximos de recobro se logró, en dos años, producir una contracción de 27.5% en el gasto de medicamentos (ver figura 42). Esto muestra que ese primer esfuerzo de haber puesto un tope al crecimiento y haber introducido este descuento político del 20%, sí tuvo efecto. Ningún medicamento salió del mercado y, a pesar de que las medidas tienen un carácter permanente, ninguna industria se retiró. Más aún, la industria fue comprendiendo que haber suspendido esa 'fiesta' era una necesidad; había que prender la luz y decir: "aquí no podemos seguir bailando como veníamos". Este efecto es muy importante desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema y, además, demuestra que es posible seguir aplicando algunas contracciones adicionales sin violentar el proceso natural de tasas de ganancia en la industria. Hoy por hoy, de todas maneras, los precios siguen siendo muy altos.

FIG 42

OBJETIVOS, PRINCIPIOS DE POLÍTICA Y PRIMEROS RESULTADOS



META A 2015:
\$0.5 BILLONES

Fuente: Minsalud. Causación

En la figura 43 aparecen 27 moléculas que representan cerca de 59 medicamentos que tienen el más alto impacto sobre el gasto total. Los puntos que están por encima de la línea de 45 grados, son topos por medicamento regulados en Colombia que siguen siendo superiores a los precios de España, que usamos como referencia y que está en la gama baja de Europa –que incluye a Portugal–. Es posible que los precios de los medicamentos de más alto impacto sobre el sistema sigan siendo superiores al precio de referencia, a pesar de la regulación establecida.

Colombia se ubica entre los países con los precios más altos en los 16 productos de mayor impacto sobre el Sistema de Salud, por lo que se ha determinado regular a través de una metodología de referenciación internacional. Dicha metodología se apoya desde el 2012 en lo que técnicamente se ha denominado como un plan de choque al SIMED (Sistema de Información de Precios de Medicamentos), que es una buena herramienta de la que dispone Colombia pero que, aunque se ha perfeccionado, todavía requiere

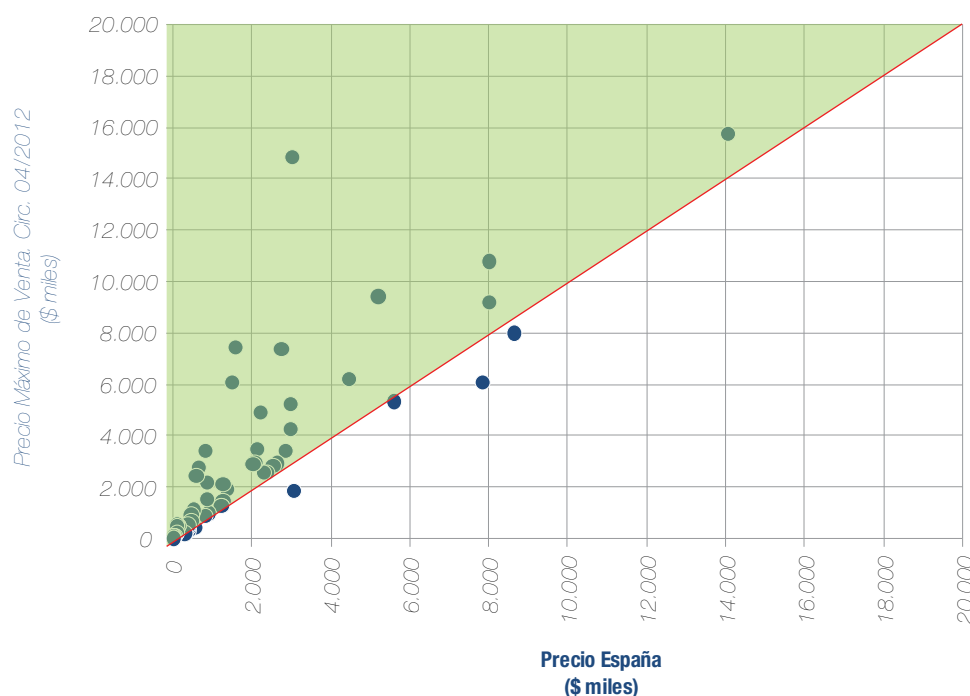
de ajustes para realizar el ejercicio de referenciación internacional que permita determinar dónde está Colombia en relación al listado de precios.

La actual metodología de intervención de precios consiste básicamente en asignar un mercado relevante a cada medicamento disponible hoy en Colombia, en el cual se determinan los competidores relevantes teniendo en cuenta criterios clínicos y económicos. Es posible que dos medicamentos que se definen como completamente diferentes para efectos de diferenciación de precios, según la práctica normal de industria, resulten ser intercambiables cuando una entidad prestadora de salud realiza la decisión de compra o que en la decisión de dispensación que lleva a cabo el médico ambos sean reemplazables mutuamente. En estos casos se considera que dichos medicamentos hacen parte de un mismo mercado, trátase o no de la misma molécula. Por el contrario, cuando medicamentos de una misma molécula tienen incorporaciones tecnológicas que suponen mejoras en el costo-efectividad y mejoras en el bienestar del paciente, se considera que vale la

FIG 43

OBJETIVOS, PRINCIPIOS DE POLÍTICA Y PRIMEROS RESULTADOS. PERO...

Comparación Internacional. Primeras 27 moléculas (59 medicamentos)



pena que la diferencia de precio sea reconocida y no se reconocen como iguales, sino que se les asignan dos mercados diferentes o dos submercados.

En suma, se tomaron los medicamentos que generan el mayor impacto sobre el gasto y, de manera secuencial, se clasificaron según mercados y submercados, midiendo en cada caso el grado de concentración económica. Se regularon solamente los mercados de alta concentración, bien sea por su participación en las ventas totales de la canasta o bien sea porque simplemente son poco concurrentes. En la Circular 03 del 21 de mayo se establecen los medicamentos que tienen tres o menos oferentes y que pasarán a referenciación internacional, a través de un mecanismo de comparación de precios en 17 países. El control directo sólo aplica para aquellos precios que estén por encima del nivel de referencia internacional; en estos casos se establece el precio de referencia internacional como el tope sobre el cual no se puede vender en alguno o todos los puntos de la cadena de distribución. El punto para esta regulación se estableció en la salida del mayorista, aunque conservando la facultad de regular, en casos excepcionales, cualquier otro punto de la cadena. De todas maneras, la regulación en cualquier punto de la cadena tiene repercusiones en todos los demás puntos.

Asimismo se estableció un mecanismo que penaliza aumentos de precios injustificados por encima del ritmo de inflación; algunas escaladas de precios pueden ser justificadas, pero cuando este no sea el caso el medicamento puede ser objeto de control directo. Todas las medidas implementadas requieren de un monitoreo constante, para lo cual se ha establecido una metodología apropiada.

A partir del próximo jueves 25 de julio del 2013 saldrá a la luz pública una primera circular de precios regulados en Colombia sobre la base de la referenciación internacional. Dentro de la muestra de países, si tomamos desde el más alto hasta el más bajo, el precio de Colombia se estableció en el percentil 25; podría haber sido el último precio,

el más barato, de la referenciación. La decisión de ubicar a Colombia en la gama baja de precios de la referenciación es razonable y fue concertada con la industria.

De este esfuerzo intenso han quedado muchas lecciones, pero me referiré sólo a tres. Uno, el mecanismo debe ser sencillo. Dos, se debe discutir con la industria, dado que no es posible hacer una negociación de precios administrados sin su concierto. No siempre se puede llegar a un equilibrio, en el sentido de una situación que satisfaga a todos. A nadie le satisface que contengan sus precios y que retengan sus tasas de ganancia; a pesar de las dificultades, es posible llegar a acuerdos con la industria en muchos casos. No obstante, la discusión para la determinación de los márgenes comerciales parece prácticamente imposible. Sólo los países de mayor grado de desarrollo regulatorio y administrativo, sobre todo en Europa, han logrado establecer controles en cualquier punto de la cadena, ajustando márgenes aguas arriba o aguas abajo. En Colombia lo consideramos como un traslado innecesario de una decisión al Gobierno que el mercado todavía es capaz de tomar. Finalmente, la política de precios no puede desarrollarse sin un complemento de política farmacéutica que se oriente al uso racional del medicamento. Esto implica actuar sobre las cantidades de medicamentos que se entregan dentro del sistema, que se venden en la calle y que se recomiendan a aquellos que no están en capacidad de tomar decisiones por dispensación.

Es necesario controlar los precios a corto plazo, pero también se requiere buena calidad; este dilema representa el reto más serio de la política farmacéutica y es allí donde todos los actores que tienen una perspectiva clínica, además de la perspectiva puramente económica, pueden aportar.

6.3 Estudios recientes sobre Economía de la Salud en Ecuador

Ec. Gabriela Mata

**Dirección de Economía de la Salud
Ministerio de Salud Pública de Ecuador**

El trabajo de la Dirección de Economía de la Salud en Ecuador se orienta por lineamientos de la Constitución Política, los Objetivos del Milenio y el Plan Nacional del Buen Vivir, con enfoque en las personas, el ambiente y los servicios sociales. Como antecedentes cabe mencionar la Disposición Presidencial y el Primer Foro Suramericano de la CASE realizado en Quito.

La creación de la Dirección de Economía de la Salud responde a la necesidad de una instancia técnica para la toma de decisiones del sector. En Octubre de 2011 se aprueba el Estatuto Orgánico y se articula con el Ministerio de la Economía de la Salud. En Junio de 2013 se reformula el Estatuto para incluir una estructura interna que consta de divisiones dedicadas al análisis de costos y evaluación económica, gasto y financiamiento, fármaco-economía y a la producción y procesamiento de estadísticas sanitarias. Dentro de la estructura del Ministerio, la Dirección de Economía de la Salud entra a conformar la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud junto con la Dirección de Inteligencia de la Salud, con la misión de formular directrices estratégicas para el proceso de dirección política y la conducción del sector salud. En el proceso de formulación de directrices se tienen en cuenta evidencias técnicas de impacto de las acciones del sector sobre el estado de salud de la población y elementos de viabilidad económica.

Por otra parte, la Dirección de Economía de la Salud tiene la función de asesorar y apoyar las diversas áreas del Ministerio de Salud Pública en la toma de decisiones mediante evaluaciones de sostenibilidad y viabilidad financiera y factibilidad de proyectos. Es importante recalcar el modo en que se han logrado articular las Direcciones de Economía de la Salud y de Inteligencia, aportando cada una aspectos económicos y clínicos, respectivamente.

Cada área temática de la Dirección de Economía de la Salud consta más o menos de tres técnicos, un coordinador y dos técnicos de apoyo. A continuación se examinan las características generales de la Dirección.

- Recursos Humanos.

En un principio la Dirección era una Unidad del Ministerio que contaba con cinco economistas. Ahora se conforma por 13 técnicos, incluyendo a la directora, la economista Ruth Lucio.

- Procesos de Fortalecimiento.

En primer lugar, la estructura orgánica a la que fue incorporada la Dirección de Economía de la Salud. Adicionalmente, se han realizado consultorías de apoyo, por ejemplo con UPS, y trabajos conjuntos con homólogos de Economía de la Salud de Argentina y Uruguay. En el marco del convenio con Argentina, se realizó un proyecto bajo el FOAT que buscó replicar lineamientos de Evaluación Económica y de Costos Hospitalarios en el CASE Ecuatoriano, dado que allí no se estaban teniendo en cuenta los costos o la facturación dentro de las Unidades Hospitalarias. Este proyecto ha contribuido al desarrollo del Capital Humano de la Dirección. Son destacables algunos trabajos en el Área de Costos y Evaluación Económica, como el estudio de costos de Sangre y Hemocomponentes. Este estudio estableció el costo de la producción hemocomponentes para sentar las premisas de una negociación de compra con la Cruz Roja. Actualmente está curso el análisis del costo de producción de la sangre completa.

- Costo del manejo de enfermedades priorizadas.

Se han realizado estudios de los costos reales y estandarizados de atención de un conjunto de enfermedades, que incluye hipertensión y diabetes. Igualmente, se está iniciando el análisis del costo clínico de enfermedades catastróficas y enfermedades de baja prevalencia. Es destacable el

trabajo conjunto con la Dirección de Normatización para la elaboración de Guías Clínicas, en las cuales la Dirección de Economía de la Salud aporta el análisis de costos de los servicios.

- Evaluaciones económicas.

Se ha dado apoyo a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Es el caso de un estudio de costo-efectividad de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH). Además, se está realizando un análisis de costo-beneficio del de la implementación del programa natal del Ministerio. Por otra parte, en el área de financiamiento y gasto en salud, se está trabajando en la propuesta para la creación del Fondo Nacional de Salud del Ecuador (FONSE). En este aspecto se aporta acompañamiento técnico a los consultores del Fondo, así como la revisión de productos y la estructuración del Fondo. También son destacable el análisis de las cuentas satélite de los servicios de salud en Ecuador en el período 2005-2008 y un trabajo interinstitucional entre el MSP y otras instancias gubernamentales para poder desarrollar el mismo estudio para el período 2009-2013. Asimismo, se está realizando el estudio de sostenibilidad fiscal y financiera para la Red Pública Integrada de Salud, tomando en consideración diversas fuentes de financiamiento (tributos y recobro de seguros, entre otras). Por otra parte, se están realizando reportes mensuales de ejecución presupuestaria y gastos del Ministerio. En el área de fármaco-economía se realizan evaluaciones económicas de medicamentos, tales como Pasopaniv y Ribatinina. En la evaluación económica del brote de Sarampión se apoyó la implementación de la campaña de prevención con un estudio de costo e impacto.

- Precios referenciales de medicamentos.

La Dirección buscó establecer precios referenciales para la adquisición de cerca de mil medicamentos utilizados en enfermedades de baja prevalencia, en cuidados paliativos y en redes de protección social. En este aspecto hay colaboración estrecha con Evaluación de Tecnologías Sanitarias para la elaboración de una Guía Metodológica.

Sistemas de información. Es destacable una publicación que contiene las estadísticas más relevantes del sector salud para el período 2000-2010. Esta fue realizada con el objeto de sintetizar información para el procesamiento dinámico de los usuarios y como marco de referencia general del sistema.

- Manejo de información sanitaria para estudios.

Se realiza un análisis de bases de datos que permite contar con la información necesaria para el desarrollo de los diferentes estudios de la coordinación. Esta área es un eje transversal dentro de la Coordinación que involucra las dos Direcciones.

La visión estratégica de la Dirección es la consolidación de la Reforma de la Estructura Institucional, el fortalecimiento del rol del Ministerio como autoridad sanitaria nacional, la producción de lineamientos para eliminar la segmentación y la fragmentación del sector salud. Adicionalmente la Dirección busca la producción de evidencia de excelencia para la toma de decisiones. Por último, se pretende lograr la implementación de propuestas de sostenibilidad financiera para el sector, con miras a una utilización eficiente de recursos de la Economía Ecuatoriana.

Preguntas y debate

Modera: Dr. Gilberto Barón

**Asesor del Despacho del Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social de
Colombia**

1. Si se piensa controlar el precio de medicamentos en el punto mayorista, ¿qué pasa a lo largo de la cadena de intermediación? ¿Se desbordan los márgenes en el precio final al consumidor?

Rodrigo Moreira: En efecto, la decisión de control de precios se tomó en el punto mayorista, bajo el supuesto de que las compras institucionales son compras al por mayor. El precio máximo que se establece para el mayorista, como norma regular, es el precio al que compran las farmacias, hospitales, EPS e IPS.

La preocupación frente al precio al consumidor final se resuelve en la medida en que el público es muy sensible ante las variaciones de los precios. Cuando en una góndola o en una farmacia hay una multiplicidad de alternativas terapéuticas donde el consumidor puede tomar una decisión, en general el precio debe ser libre. Desde el punto de vista de las clasificaciones clínicas, se conforman segmentos de mercado, (antihistamínicos, antialérgicos, analgésicos, etc.) que facilitan la elección y promueven la competencia.

En Colombia hay un número grande de farmacias y un crecimiento importante de las cadenas, de modo que la posibilidad de colusión en este nivel no es significativa, siempre que existan mecanismos mínimos de monitoreo y seguimiento. También es importante informar al público de la existencia de regulaciones. En este momento está en desarrollo un proyecto de muestreo conjunto con el DANE que busca determinar los puntos sensibles; por ejemplo, si existen incrementos de precios por encima de la inflación globales posible intervenir. La regulación de precios propuesta para los mayoristas no impide la

implementación de mecanismos de control aguas abajo cuando se generen expansiones indeseables del gasto de bolsillo.

Gabriela Mata: Una aclaración: Paraguay también apoyó la estructuración y puesta en marcha de la Dirección de Economía de la Salud con la formulación de lineamientos, atribuciones y responsabilidades en este proceso.

2. ¿Cuál es la fuente de financiación del IETS? ¿Se venden servicios al Gobierno?

Héctor Castro: Cabe anotar que el Instituto es una institución de naturaleza privada, de participación mixta y se financia en este momento con recursos del Ministerio de Salud y de la Protección Social en un proyecto específico de inversión para la evaluación de tecnologías en el marco del proceso de actualización del Plan de Beneficios. Dado que somos una agencia que informa la toma de decisiones a nivel macro, meso y micro, también tenemos un rol importante en la elaboración de guías de práctica clínica y recibimos financiamiento de Colciencias en ese rubro. En aras de preservar la independencia, hemos decidido no vender servicios a otros sectores locales, como la industria farmacéutica, las universidades, las aseguradoras o los hospitales y clínicas.

Con respecto a la venta de servicios por fuera del país o convenios de cooperación internacionales el IETS tiene toda la disposición, teniendo en cuenta que es una tendencia global. En este momento, por ejemplo, estamos trabajando en un proyecto conjunto con Argentina, Brasil, Ecuador y Perú para estimar la elasticidad del impuesto al tabaco con miras a determinar una tasa impositiva óptima teniendo en cuenta su impacto sobre el consumo.

3. ¿El IETS está en capacidad de valorar el POS con miras al ejercicio de actualización?

Héctor Castro: Como ustedes vieron en la presentación del Viceministro, hay cerca de dos mil tecnologías que el Plan cubre de manera

implícita o explícita (principios activos, sin considerar procedimientos o diagnósticos). Debido al volumen, debe priorizarse la evaluación de aquellas que generan una gran incertidumbre en términos de seguridad, efectividad o impacto financiero.

4. *¿El análisis de costo-beneficio induce al control de precios?*

Héctor Castro: Hay distintas metodologías de análisis económico en salud: costo-utilidad, de costo-efectividad y costo-beneficio. Para el análisis de costo-beneficio se requiere a menudo que tanto los desenlaces como los costos sean valorados en unidades monetarias; esto tiende a ser controversial y complejo. En un análisis de costo-beneficio que demuestra que los beneficios son superiores al costo la decisión está tomada y usted debería acogerlo. Lo que han hecho la mayoría de países y lo que hacemos en Colombia es hacer estudios de costo-efectividad y de costo-utilidad que establezcan un umbral o un valor de referencia que es indicativo, aunque no definitivo, de aquello que debería cubrirse o no. Para contestar directamente la pregunta, yo diría que los estudios de costo-efectividad y de costo-utilidad pueden tener un impacto indirecto en la regulación de precios, por medio de las decisiones del regulador, en la medida en que la comparación de dos o tres tecnologías que alegan beneficios terapéuticos distintos permite encontrar la opción que domina a las otras y que resulta ser mejor valor por dinero.

5. *¿Qué porcentaje de los precios del mercado farmacéutico nacional no serán regulados?*

Rodrigo Moreira: No sé exactamente. El universo de mercados de venta libre es algo menos del 60% del mercado farmacéutico. El activador del envío de un medicamento a control directo es su grado de competencia e incluso en un mercado relativamente concentrado se regula sólo en el caso en que su precio está por encima de unos niveles de referencia. No sabemos exactamente de ese universo de mercados de venta libre qué porcentaje podría entrar a regulación, aunque estimo que es

bajo. Aquellos medicamentos del mercado comercial que se intervengan van a ser probablemente aquellos que tengan tasas de crecimiento excesivas, más que en razón de su carácter concentrado. Adicionalmente, cuando un mercado llegara a tener un nivel de concentración alto, medido por el Índice de Genferball y no por el número de concurrentes, puede inferirse que el precio del medicamento probablemente excede los precios de referencia internacionales. Conocemos algunos casos, pero son relativamente pocos. Aproximadamente el 60% del mercado está compuesto por medicamentos monopólicos o semimonopólicos. La mayoría de ellos van a ser regulados, salvo aquellos que, aun siendo concentrados, estén por debajo de ese percentil 25 en el ejercicio de referenciación internacional. Son pocos, aunque sí existen.

6. *¿Usted reconoce que la industria farmacéutica debe pensarse como un proveedor, más que como un competidor, y que incluso se le deben reconocer ciertas tasas de ganancia, sobre todo para el desarrollo tecnológico que se supone está detrás del esfuerzo de la industria farmacéutica, al igual que en el caso de la industria de armamentos, que produce desarrollo tecnológico y que por esa razón debería estimularse?*

Una característica interesante que comparten tanto la industria de la vida como la industria de la muerte es su tamaño; ambas absorben la mayor parte del gasto de la humanidad.

7. *Desde una perspectiva global, ¿no son más provechosos los mecanismos de control y regulación que estimulan la producción de medicamentos genéricos y los sistemas de control de patentes?*

Estamos completamente de acuerdo en abstracto. El problema es que, en la práctica, existe una institucionalidad que pone unas camisas de fuerza. Si me pregunta como ciudadano respondería de otro modo, indudablemente; pero como miembro del

equipo de gobierno, reconozco la existencia de límites inviolables, como los principios de patentamiento y, en general, de la política industrial a la que nos obliga la opción de los ADPIC en la Organización Mundial de Comercio y la adopción de los sucesivos tratados bilaterales de libre comercio. Existen dentro de estos instrumentos, no obstante, excepciones al Sistema de Propiedad Intelectual que deben aprovecharse. Lo importante es estar atentos a que tengamos las regulaciones y que se apliquen allí donde sea posible. No es fácil hacerlo porque hay una presión muy grande del sector industrial para no hacer uso de las excepciones, pero estas son un derecho. Desde la primera letra del Tratado de los ADPIC hasta el último punto del último de los pies de página son derechos otorgados por el sistema. El desafío es que los sistemas de salud puedan utilizarlos sin temores.

En la discusión interna en el gabinete de Ministros un grupo considera que no debe generarse ninguna preocupación sobre el Sistema de Propiedad Intelectual; otros, entre los que me cuento, sostenemos que cuando sea posible debe hacerse,

pues no se trata de una violación del Sistema de Propiedad Intelectual y es una herramienta que está disponible.

También existen mecanismos de compra conjunta: los OPS estratégicos, que no cuentan con mucho respaldo en el Ministerio, a pesar de las evidencias de ineficiencia en las compras. Éstas no se deben a problemas en la capacidad de negociación, sino a los costos agregados del proceso logístico que lleva hasta la dispensación al paciente, que anulan los beneficios obtenidos en la negociación o compra centralizada. Los Programas Especiales de Acceso buscan solucionar este problema ejerciendo control sobre toda la cadena de distribución. Esto no significa que una sola entidad pública controle, compre, vigile, venda y disponga de los desperdicios, sino que se ejerza un control global desde el punto de vista de la formulación de políticas, los mecanismos de tecnificación, licitación, alianzas público-privadas, etc. Estos programas son una herramienta valiosa de control de precios, pero ante todo de control de gastos.

Conclusiones y cierre de jornada

Dra. Gabriela Moreno Presidencia de la CASE

En la primera jornada se revisaron los sistemas de salud en América Latina y sus estrategias de financiamiento, los aspectos relacionados con la cobertura universal de salud en cuanto a la equidad y un sostenibilidad y vimos las experiencias en la generación de información y conocimientos en economía de la salud para una buena toma de decisiones.

En la primera sesión la doctora Olga Lucía Acosta (CEPAL) hizo referencia a las brechas de bienestar en la región, al lugar que ocupan los sistemas de salud dentro del contexto general de la Protección Social, a algunos indicadores de desempeño, características de financiamiento y los desafíos.

Después, la doctora Ana Sojo planteó algunos retos que enfrentan los sistemas de salud en la garantía de los derechos sociales universales y en la búsqueda de mecanismos contributivos más incluyentes y en general de modelos institucionales innovadores. De la exposición del viceministro de Protección Social sobre la sostenibilidad financiera del sistema de salud en un escenario de cobertura universal, es destacable la exposición del contexto colombiano antes y después de la Ley 100 de 1993, con la cual se logró un incremento sin precedentes de la cobertura de los afiliados, la incorporación del sector privado, la priorización y la focalización de los recursos en función de la demanda, así como un modelo con características de universalidad e incentivos para la calidad y la eficiencia. También debe destacarse el análisis de las implicaciones del aumento de la densidad salarial y la disminución de la densidad familiar para la financiación y la equidad del sistema. Por último, hizo una referencia al Modelo de Gestor de Salud enfocado en resultados y no solamente en actividades productivas que impulsa el proyecto de Reforma Ordinaria.

Por su parte, el viceministro de Salud Pública se refirió a la equidad y a la progresividad en el financiamiento de la salud en Colombia y, en especial, a la protección financiera del gasto catastrófico y el empobrecimiento por salud. Mencionó que el 12% de las familias entran en gastos catastróficos y un 5% de ellas pasan la línea de pobreza por esta causa. También se refirió al elevado gasto hospitalario en Colombia (85%) como consecuencia de la poca capacidad resolutoria de la atención primaria en salud y de los restos en formación de recursos humanos que enfrenta el sistema.

Durante la jornada se analizaron los estudios que se han realizado en economía de la salud por parte de la Universidad Católica de Chile. Alain Palacios profundizó sobre algunos factores que influyen en el desarrollo y en la equidad.

En la tarde se consideró a profundidad el tema de evaluación de tecnologías sanitarias y la experiencia reciente del IETS en Colombia, a cargo del doctor Héctor Castro, quien demostró la necesidad de contar con información adecuada para la toma de decisiones, en un contexto en el que se presentan asimetrías de información e incertidumbre en los distintos niveles de la economía, haciendo uso de métodos de medicina basada en evidencias, análisis de datos, y evaluaciones económicas. Los desafíos en este ámbito están dados, entre otras, por la presencia de los inductores o drivers que pueden demorar la decisión, la sostenibilidad financiera, la capacidad técnica, la fragmentación y la alta rotación de los cargos directivos institucionales.

El doctor Rodrigo Moreira se refirió a los aspectos económicos de las políticas farmacéuticas; particularmente sobre la regulación de los precios en Colombia. La intervención se refirió con detalle al diseño del instrumento regulatorio, que ha requerido estrecha coordinación y diálogo entre la industria y el sector público. También mencionó otras alternativas como la libre competencia e hizo énfasis en los elementos flexibles del Sistema de Propiedad Intelectual que deben ser aprovechados al máximo por las entidades regulatorias.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Finalmente, Gabriela Mata habló de la experiencia en estudios de evaluación en Ecuador, haciendo mención de elementos históricos, de los recursos humanos que poseen y el proceso de fortalecimiento institucional.

En suma, fue un día intenso y provechoso que logró dar a los asistentes un mapa global del estado de la salud en América Latina.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

7 Segundo día - Sesión I

**Estado de situación de las Cuentas
de Salud y uso de indicadores**

7 Revisión de antecedentes, objetivos y compromisos para el desarrollo y consolidación de las Cuentas de Salud

Alain Palacios

**Departamento de Economía de la Salud -
Ministerio de Salud de Chile**

**Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud
de la CASE**

La armonización de las metodologías y definiciones aplicadas en el desarrollo y la consolidación de las Cuentas de Salud nos convoca desde el primer Taller de Cuentas de Salud realizado en Lima en el año 2010. En el cuarto capítulo de este encuentro los desafíos siguen siendo enormes y reivindican nuevamente la necesidad de ampliar y fortalecer el diálogo y los lazos de cooperación regionales.

Un tema de la mayor importancia es la evaluación de un cuadro de resumen de los estimados de gastos públicos y privados en salud según clasificaciones internacionales, con miras a facilitar las comparaciones y las sinergias.

La institucionalización de las Estadísticas de Cuentas de Salud y el mejoramiento de los sistemas de información y estadísticas relacionadas es otra área temática que ha sido transversal durante todas nuestras reuniones, bajo el supuesto de que el fortalecimiento de los equipos de trabajo de los ministerios de Salud, las unidades de economía de la salud y las unidades de estudio o de planeamiento en la región no sólo requiere de un gran esfuerzo conjunto, sino que es un camino seguro hacia el mejoramiento de los sistemas regionales de salud y, en último término, de la calidad de vida de todos los latinoamericanos.

7.1 Un balance sobre el estado y situación actual de las Cuentas de Salud en América Latina y el Caribe

Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud -

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

En esta presentación, el ponente encargado procedió a revisar el estado de la situación actual de las Cuentas de Salud en su programa y en los países de América Latina y el Caribe a partir de dos estudios: el primero, concierne al estado de las Cuentas de Salud en los países suramericanos, que está relacionado con los objetivos que se planteó la Comisión Andina de Salud y Economía en el Taller de Cuentas de Salud de 2012 y en la reunión presencial, donde se revisó el estado de dichas Cuentas a través de una encuesta enviada a cada país y por la cual se recogió la información más actual al respecto de lo que están haciendo los países, en términos de las metodologías que están utilizando y de los períodos para los cuales hay información disponible. El segundo ámbito está relacionado con otra encuesta que se realizó, también en los países suramericanos, respecto a la institucionalización de las Cuentas de Salud. En esta

ponencia se revisa el año base, que fue el 2010, y los cambios que se han realizado hasta el 2013.

En el año 2010 se hizo una encuesta para conocer el grado de avance de la armonización de las estadísticas públicas en Cuentas de Salud que produjo varias sorpresas. Los resultados de esta encuesta fueron presentados en el Segundo Taller de Cuentas de Salud, realizado en Lima, y mostraron que existe una gran heterogeneidad en ámbitos de cobertura, desagregación y metodología en los países de la región, específicamente en el ámbito de las finanzas públicas; en las Cuentas de Salud la diferencia se hace incluso mayor. En el año 2013 se llevó a cabo una nueva encuesta que intentó medir otros ámbitos relacionados con las estadísticas económicas de salud en los países de la región. Respecto del tipo de metodología que utilizan los países para desarrollar la estadística económica en salud, se listaron principalmente las Cuentas Nacionales de Salud, Metodología Harvard; el Sistema de Cuentas de Salud denominado SHA o SDOMS; Cuentas Satélite en Salud, impulsadas por la OPS principalmente; las estadísticas de las finanzas públicas, que todos los países deberían elaborar, y por último el Sistema de Cuentas Nacionales (ver figura 44).

Como se puede observar, en la mayoría de los países se está desarrollando alguna metodología; solamente en el caso de Argentina, vemos que ellos no tienen

GARANTIZAR VIDAS SALUDABLES - LAS SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS DE SALUD SON ASEQUIBLES Y ESTÁN DISPONIBLES

FIG 44



una metodología específica de Cuentas de Salud como podrían ser las Cuentas Nacionales de Salud o el Sistema de Cuentas de Salud de OECD, y están elaborando solamente las Estadísticas de Finanzas Públicas. En el caso de los demás países, la mayoría tiene Estadísticas en el Sistema de Cuentas de Salud de la OECD o Cuentas Satélite. En las Cuentas Satélite de Salud están Brasil, Ecuador, Chile y Venezuela, donde todavía no hemos observado resultados, aunque están trabajando hace tiempo en este campo. También está el caso de Paraguay, donde han hecho algunas estimaciones preliminares del Sistema de Cuentas Satélite. En el caso de Sistemas de Salud de Cuentas del SHA, tenemos a Bolivia, a Colombia, a Chile, a Paraguay, a Uruguay. En Sistema de Cuentas Nacionales también hay varios países.

Algunos países que desarrollan más de una metodología. Por ejemplo, Colombia tiene Cuentas Nacionales en Salud en el ámbito de Harvard, el SHA y las Estadísticas en Finanzas Públicas –tiene algún desarrollo estadístico en todos los ámbitos–; Ecuador está más relacionado con el Sistema de Cuentas Nacionales y las Cuentas Satélite; en Chile también

tenemos el sistema de Cuentas Naciones y Cuentas Satélite, así como el SHA, ya que se incorporó a la OECD hace poco y debe cumplir con requerimientos que incluyen las Cuentas Satélite, entre otras fuentes. Este es el panorama general de las Cuentas de Salud.

Con respecto a las instituciones que elaboran las estadísticas económicas de salud, tenemos tres ámbitos que son: el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística y el Banco Central. En la mayoría de los países, la institución que elabora las estadísticas económicas de salud depende del Ministerio de Salud, excepto en Argentina (figura 45). En Brasil el ejercicio ocurre en dos ámbitos, tanto en el Ministerio como en el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tal como ocurre en Colombia, Ecuador y Venezuela. En algunos países también se incorpora el Banco Central. Respecto de las instituciones que elaboran estadísticas oficiales, con las cuales se informa a los organismos internacionales el gasto total en salud, es importante hacer esta distinción porque puede haber un organismo que esté elaborando estadísticas económicas en salud que no correspondan necesariamente con las estadísticas que se están publicando o que solicita la OPS o la

INSTITUCIONES QUE ELABORAN LAS ESTADÍSTICAS ECONÓMICAS DE SALUD:

FIG 45

País	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Estadísticas	Banco Central	Otro
Argentina				Ministerio de Economía y Finanzas de la Nación (MECON)
Bolivia	X			Unidad de Análisis de Política Económica (UDAPE)
Brasil	X	X		
Colombia	X	X		Departamento Nacional de Planeación (DNP) Ministerio de Hacienda
Ecuador	X	X	X	
Chile	X		X	
Perú	X			Apoyo del Consorcio de Investigación Económica y Social y consultores externos especialistas en Cuentas Nacionales en Salud.
Venezuela	X	X	X	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)
Paraguay	X			
Uruguay	X			

OMS. En general, son los Ministerios de Salud los que están informando al respecto y, en el caso de Ecuador, el Instituto de Estadísticas.

Respecto del nivel de cobertura que presentan las estadísticas económicas de los países, se trató de establecer una correspondencia mezclando el sector público y el sector privado en el ámbito más relacionado con los sectores institucionales que se conocen en las Cuentas Nacionales (ver figura 46).

Ahí tenemos una diversidad bastante amplia. La mayoría de los países está informando, está cubriendo el sector público y el sector privado, en algunos casos se incorpora el sector externo como Brasil o como Uruguay. Algunos países como Argentina y como Perú, solamente están informando sobre el sector público y muy pocos países tienen una cobertura amplia en todos los ámbitos. Uno de los que presenta mayor cobertura es Brasil, cubriendo todos los ámbitos del Gobierno, tanto Central como Federal y General, el sector público no financiero y el sector privado completo. En general, los desarrollos son bastante heterogéneos en nuestros países. En el caso de Venezuela, no obtuvimos una respuesta específica, aunque es posible que estén pensando

en cubrir los dos ámbitos, por lo que pusimos Cuentas Satélite de Salud. Paraguay, que no presenta la Estadística Económica de Salud, debe por tanto cubrir todos los aspectos.

En el ámbito de las unidades institucionales en los programas que no están considerando una estadística económica de salud en los países, con excepción de Brasil, todos los países presentan algún grado de faltantes en la cobertura (ver figura 46), los esfuerzos están concentrados en dar esta cobertura y tratar de acercarse lo más posible a un 100% del gasto en salud. En algunos casos puede ser muy pequeño el faltante, pero los esfuerzos también pueden ser mucho mayores dado que las estadísticas no están disponibles en las páginas web o están inmersas en instituciones que no tienen separados los gastos, por lo que se hacen necesarias estimaciones, hay que centralizar o es muy difícil llegar a dichas instituciones. Hay instituciones sin fines de lucro y hay otros ámbitos que después se tocan. Las necesidades son heterogéneas.

Respecto a las fuentes de información utilizadas por los países para desarrollar las estadísticas económicas en salud, tenemos principalmente tres fuentes (figura

NIVEL DE COBERTURA QUE PRESENTAN LAS ESTADÍSTICAS ECONÓMICAS DE SALUD EN LOS PAÍSES.

FIG 46

	SECTOR PÚBLICO					SECTOR PRIVADO				SECTOR EXTERNO
	Central / Nacional	General	Federal	Sector Público No Financiero	Otro	Instituciones Financieras	Instituciones No Financieras	ISFL	Hogares	
Argentina			X							
Bolivia	X				X				X	
Brasil	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Colombia	X		X	X			X		X	
Ecuador			X				X			
Chile		X				X	X	X	X	
Perú	X	X								
Venezuela	CSS									
Paraguay	95% de la cobertura que presenta las Estadísticas Económicas de Salud.									
Uruguay			X				X			X

UNIDADES INSTITUCIONALES Y/O PROGRAMAS NO CONSIDERADOS AÚN EN LAS ESTADÍSTICAS ECONÓMICAS DE SALUD EN LOS PAÍSES Y QUE DEBIESEN INCORPORARSE.

FIG 47

País	Observaciones
Argentina	Sector Privado, Asegurados de Riesgo del Trabajo (ART)
Bolivia	ISFL, Sector Externo (recursos de apoyo directo), Empresas Públicas y Privadas, Seguros Privados Delegados, Otros esquemas del Resto del Mundo (Ej. Seguros que cubren a residentes extranjeros y bolivianos), Universidades privadas.
Brasil	Todas fueron incluidas
Colombia	Instituciones Sin Fines de Lucro (ONG 's) y Sector Externo .
Ecuador	Al darse una reestructuración de varias de las instituciones del sector salud, se tendrá que analizar la pertinencia de incorpora o no varias instancias.
Chile	Cajas de Compensación
Perú	Para la estimación de las cuentas nacionales de salud, se pudieran incorporar aquellas actividades que tienen como fin directo afrontar enfermedades, como por ejemplo fumigaciones, desinfecciones, clorado de agua, realizadas para controlar enfermedades Metaxénicas .
Venezuela	
Paraguay	Municipalidades de las Entidades Binacionales (ITAIPIU -YACYRETA)
Uruguay	Atención odontológica en la Facultad de Odontología (sector público; Universidad de la República) .

47). Una, sería a nivel presupuestario, ejecución presupuestaria de las direcciones de presupuesto, de hacienda o de economía en ámbitos financieros, balances, estado de resultados; otro ámbito, serían las encuestas que tienen que llevar a cabo los países para conseguir esta información. Hay algunos países que cubren todos estos ámbitos, tales como Colombia, Ecuador, Chile, Paraguay, donde se va a todas las fuentes para conseguir la información. En el caso de Argentina, están más enfocados hacia la estadística en finanzas públicas y ejecuciones presupuestarias; anotan también en administración federal de ingresos públicos y en administración nacional de seguridad. Muchos países utilizan encuestas para llevar a cabo la recolección de los datos; en la mayoría de los países tenemos ese tipo de investigación que resulta muy útil. Existen otras fuentes de información que, si bien son utilizadas para obtener otros tipos de información, resultan útiles para el propósito que nos concierne, como los censos de población, datos estadísticos, información tributaria, índice de volumen físico y

ejecuciones de programa. Hay pues un sinnúmero de fuentes alternativas de información que se están utilizando para poder desarrollar las estadísticas económicas de salud.

Respecto a los períodos que comprenden las Estadísticas Económicas de Salud en los diferentes países, se separó el ámbito público del privado (figura 47). Argentina presenta una larga data desde el 80 hasta el 2009 para el sector público y tiene algunas estimaciones desde el año 97 hasta el año 2001 en el sector privado. En Bolivia también tenemos distintos períodos de información, del 95 hasta el 2002, luego del 2003 al 2011 para el sector público y para el gasto privado; Brasil del 2002 al 2009 para ambos ámbitos. Parece que Colombia utilizó el tanto el sistema Harvard para las Cuentas de Salud del 93 al 2003 y del 2004 al 2011, que está en proceso, como el sistema de Encuestas Nacionales del 2000 al 2005. En el caso de Ecuador, del 2003 al 2008; Chile del 2003 al 2011 para el sector público y en el

FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS POR LOS PAÍSES PARA DESARROLLAR ESTADÍSTICAS ECONÓMICAS EN SALUD

FIG 48

	Presupuesto	Financiera	Encuestas	Otro
Argentina	X			Otros como Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), Administración Nacional de Seguridad Social, etc.
Bolivia	X		X	- Anuarios Estadísticos de Seguros Privados. - Estadísticas Secundarias para Estimaciones.
Brasil	X			Sistema de Informaciones de Presupuestos en Salud (SIOPS) para gobiernos estatales e municipales, Informaciones consolidadas de Impuestos de Empresas (sector privado -empresas con e instituciones sin fines de lucro . Encuestas presupuestarias de hogares .
Colombia	X	X	X	Datos estadísticos y estimativos
Ecuador	X	X	X	Censos de población
Chile	X	X	X	Información Tributaria
Perú	X		X	Índice de Volúmenes Físicos de Productos (Ministerio de Comercio Exterior y Turismo). Registros de la Superintendencia Nacional de Aduanas (Superintendencia Nacional de Administración Tributaria).
	X	X		Ejecución de programas
Paraguay	X	X	X	
Uruguay	X		X	Índices de precios específicos para estimaciones (Instituto Nacional de Estadística).

caso del sector privado, solamente tenemos datos preliminares para el 2009 y 2011. Perú tiene una larga serie del 95 al 2005, aunque desde entonces no presenta mayor información. Venezuela no ha publicado todavía ninguna estadística, por tanto no está informando. Paraguay del 2010 al 2012 tiene más datos del sistema de Cuentas de Salud, pero quizá hace falta una actualización de la información, por lo que será necesario revisar estos datos más adelante. Uruguay tiene distintas informaciones para los años 1994, 1995, del 1999 al 2000 y una serie completa del 2004 al 2008, así como cifras preliminares del 2009 al 2011 que cubren tanto el sector público como el privado.

En general, las estadísticas se concentran desde el año 2000. Hay períodos donde no hay estadísticas, hay lagunas, por así decirlo. En la mayoría de los

países hay información actualizada por lo menos hasta el 2009 o el 2010. En ciertos casos especiales no se ha desarrollado estadísticas para todos los ámbitos.

En suma, tenemos un pool demasiado heterogéneo como para poder establecer un año de comparabilidad tanto del gasto del sector público como del sector privado. Esos son los esfuerzos que se van a recoger para ir solicitando la información y así completar los indicadores de salud.

Respecto a la evaluación para realizar un cambio metodológico en el corto plazo de las formas en que se determinan actualmente los gastos en los países, la mayoría de ellos mencionan que están pensando en realizar algunos cambios metodológicos. Es evidente el interés por mejorar las estadísticas (figura 48).

Vemos cómo algunos países quieren avanzar en las Cuentas de Salud de la OCD del 2011; algunos de ellos están evaluando hacer estimaciones para el sector privado, con la única excepción de Paraguay. La mayoría están dispuestos a hacer un cambio, por ejemplo, los que tienen Cuentas Satélite, como en Ecuador, que está pensando en hacer un cálculo del año base de acuerdo a los registros del Banco Central. Estos son los principales ámbitos para hacer un panorama respecto del estado actual de la estadística económica en salud que, como se puede apreciar, es bastante heterogénea, lo cual dificulta la armonización y la comparabilidad. Debe rescatarse que desde el año 2000 la publicación de información es más homogénea, completa y abundante. Quedan claros los desafíos que tendremos que enfrentar de aquí en adelante para poder comparar nuestros países y determinar con precisión el gasto en salud de la región.

A continuación quiero presentarles los principales

resultados de la encuesta del 2013 sobre institucionalización de las Cuentas de Salud. Lo interesante de este ámbito es que es permite comparar el estado de la situación base que se midió en el año 2010 respecto a lo que estamos midiendo actualmente, para ver cuáles son los avances que se han logrado.

En el año 2010 un total de 8 países contestaron la encuesta, que estaba dirigida a todos los países suramericanos. En el 2010 no se recogió información de Argentina ni de Colombia, por lo que en esos países no es posible establecer una comparación de la situación base con la situación actual.

En la situación actual del 2013 tenemos que todos los países contestaron la encuesta, por lo tanto, eso ha sido muy satisfactorio. Respecto a los ámbitos de trabajo, cuál es el personal que está dedicado a la elaboración de las Cuentas de Salud en el Ministerio de Salud del 2010 al 2013, tenemos que la mayoría

FIG 49

	Presupuesto	Financiera	Encuestas	Otro
Argentina	X			Otros como Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), Administración Nacional de Seguridad Social, etc.
Bolivia	X		X	- Anuarios Estadísticos de Seguros Privados. - Estadísticas Secundarias para Estimaciones.
Brasil	X			Sistema de Informaciones de Presupuestos en Salud (SIOPS) para gobiernos estatales e municipales, Informaciones consolidadas de Impuestos de Empresas (sector privado -empresas con e instituciones sin fines de lucro). Encuestas presupuestarias de hogares.
Colombia	X	X	X	Datos estadísticos y estimativos
Ecuador	X	X	X	Censos de población
Chile	X	X	X	Información Tributaria
Perú	X		X	Índice de Volúmenes Físicos de Productos (Ministerio de Comercio Exterior y Turismo). Registros de la Superintendencia Nacional de Aduanas (Superintendencia Nacional de Administración Tributaria).
Venezuela	X	X		Ejecución de programas
Paraguay	X	X	X	
Uruguay	X		X	Índices de precios específicos para estimaciones (Instituto Nacional de Estadística).

FIG 50

País	Sector Público	Sector Privado
Argentina	1980-2009	1997 y proyecciones 1998-2001
Bolivia	1995 - 2002 y 2003- 2011	1995 - 2002 y 2003- 2011 (Gasto hogares hasta 2009)
Brasil	2000 – 2009	2000 – 2009
Colombia	1993-2003 (CNS Harvard), 2004 – 2011 (en proceso) 2000 - 2005(SCN)	
Ecuador	2003 - 2008	2003 - 2008
Chile	2003 – 2011	2009 - 2011
Perú	1995-2005	1995-2005
Venezuela		
Paraguay	2010 - 2012	2010 - 2012
Uruguay	-Trabajos específicos para Cuentas de Salud en 1994-1995y 1999-2000. - Serie completa desde 2004-2008 (Ministerio de Salud Pública) . - Cifras preliminares 2009-2011 (Ministerio de Salud Pública) .	

de los países, han mantenido igual la situación, por ejemplo, en el caso de Brasil, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela (figura 49). Entre los años 2010 y 2013, la situación en relación con los profesionales que trabajan en la elaboración de las Cuentas no ha cambiado en la mayoría de los países. Hay que resaltar dos casos, el de Bolivia, en primer lugar, donde no cuentan con profesionales con dedicación exclusiva para la elaboración de las Cuentas de Salud y, en segundo lugar el caso de Paraguay, donde pasaron de tener dos profesionales a tener tres, mejorando así su situación respecto del 2010.

En general hay una situación positiva porque podría esperarse que se disminuyera en cuánto a los profesionales dedicados a esta labor, pero es una situación positiva que no se haya mermado la fuerza de trabajo para la elaboración de las Cuentas. Respecto a las perspectivas de continuidad en el tiempo (figura 50), se preguntó a los países, en un horizonte de uno o dos años, qué proyectaban con relación a la continuidad del equipo de trabajo

en las Cuentas de Salud. Tenemos una asociación bastante parecida; varios países, como Bolivia, Brasil, Paraguay y Venezuela, indicaron que se mantendría la misma situación. En el caso de Bolivia, por ejemplo, en el 2010, ellos nos indicaron que tendrían el riesgo de que no continuaran y con razón, porque no tenían el personal disponible para ello; esa percepción continúa.

Brasil y Paraguay mantienen el equipo trabajando en los dos años. En Chile no teníamos seguridad de que continuara el proyecto en el año 2010, dado que habíamos tenido cambios institucionales, cambios de Gobierno y había salido una persona que trabajaba con nosotros. Actualmente tenemos más seguridad de continuar trabajando en las Cuentas de Salud y se incorporó un reemplazo para el puesto vacante. En el caso de Uruguay, en el 2010 indicaba total seguridad de continuar, pero en el 2013 la percepción de seguridad disminuyó. Hay distintas percepciones por parte de los países frente a la seguridad en el corto plazo de la continuidad del trabajo en Cuentas de

FIG 51

País	2010		2013		
	Sí / No	N° Profesionales	Sí / No	N° Profesionales	
Argentina	-	-	No		
Bolivia	Sí	4	No		↓
Brasil	Sí	4	Sí	4	=
Colombia	-	-	Sí	3	
Chile	Sí	3	Sí	3	=
Ecuador	No		No		=
Paraguay	Sí	2	Sí	3	↑
Perú	No		No		=
Uruguay	Sí	3	Sí	3	=
Venezuela	Sí	2	Sí	2	=

Salud, frente a la continuación de las funciones que actualmente se realizan y a las adicionales que se podrían realizar en otros ámbitos, como en el análisis de los datos o el apoyo a otras instancias, que podrían darle más peso a la Unidad de Cuentas de Salud o a los equipos de trabajo (figura 51).

En la mayoría de los países, con la excepción de Bolivia, se tiene la percepción de que debería crecer el número de personas dedicadas a las Cuentas, como en el caso de Brasil, Venezuela, Paraguay, Uruguay y los otros países tenemos distintas situaciones.

El apoyo administrativo con el que cuentan o no los profesionales que elaboran las Cuentas de Salud (figura 52) es muy importante; en su ausencia las personas que elaboran las Cuentas tienen que desempeñar muchas funciones que consumen tiempo que de otra manera podrían dedicar a su actividad específica. Tenemos tres casos en que se ha mejorado respecto al 2010: Chile, Venezuela

y Paraguay. En el caso de Brasil se ha mantenido igual y en el caso de Bolivia y Uruguay, como hemos mencionado, no tienen ese apoyo administrativo, situación que presenta dificultades. En particular, contar con un profesional que esté dedicado al área informática que trabaje con los economistas o el personal de otras áreas en la elaboración de las Cuentas es de máxima importancia y da un parámetro de la evolución de la institucionalidad, ya que la tecnología y la sistematización debe desarrollarse continuamente, a medida que va aumentando el volumen de información. Bolivia y Uruguay no tienen ese apoyo informático; en Uruguay en un momento lo tenían, pero lo perdieron. En el caso de Brasil el apoyo informático es parcial. En Chile tenemos un apoyo completo, una persona con dedicación exclusiva para trabajar el área informática en la elaboración de las Cuentas de Salud, que ha sido vital para producir las estadísticas. En el caso de Venezuela hay un apoyo parcial. Paraguay es el único país que pasó a una situación completa y por tanto mejoró.

FIG 52

PERSPECTIVAS DE CONTINUIDAD EN EL TIEMPO (1 AÑO) DEL EQUIPO DE CUENTAS DE SALUD:

País	Total Seguridad		Sin Total Seguridad		Existe riesgo que no continúe		
	2010	2013	2010	2013	2010	2013	
Argentina							
Bolivia					X	X	=
Brasil	X	X					=
Colombia				X			
Chile		X	X				↑
Ecuador							=
Paraguay	X	X					
Perú							↓
Uruguay	X			X			=
Venezuela					X	X	

Respecto a si los profesionales que elaboran las Cuentas de Salud han recibido capacitación y si es el tipo de capacitación relevante es una pregunta que siempre ha estado presente en las reuniones (figura 52). En el 2013 sólo hay algunos países en donde no se ha recibido capacitación, como en Bolivia.

Hay distintos modelos de capacitación. Existe un Taller, como el que tendrá lugar mañana, donde presentamos los datos, pero tenemos también un modelo de capacitación en Cuentas de Salud que puede durar cinco días de una semana específica. Son ámbitos que se deben considerar para integrar el trabajo. La mayoría de los países citan esfuerzos que han llevado adelante, por ejemplo, la OMS con apoyo de la OECD y la OPS, que incluyen talleres de capacitación en armonización. En Paraguay, es interesante citarlo, han tenido lugar algunos diplomados con el apoyo de Ecuador para el tema

de las Cuentas Satélite, un programa de cooperación internacional implementado desde el 2010 y que continúa en el 2013. Colombia también ha tenido elaboración de Cuentas de Salud de Harvard y del SHA. Distintos países han logrado avanzar; podemos observar que la mayoría han tenido capacitación y han mejorado respecto al 2010 en el 2013. En relación a una capacitación específica, casi todos los países han respondido que sí la requieren.

En el 2010 y en el 2013 en relación con la elaboración de Cuentas del SHA, Cuentas Satélite y ámbitos específicos, como indicadores de salud, estructura de las Cuentas Satélite, costo de servicios de salud, estimaciones de gastos en base a Encuestas de Hogares, finanzas públicas, sistemas de Cuentas Nacionales, tenemos un sin número de ámbitos donde los países están indicando que necesitan una capacitación específica para las personas que están trabajando en el área de Cuentas de Salud.

¿DEBIERA CRECER EN NÚMERO DE PROFESIONALES?

FIG 53

País	Sí		No		
	2010	2013	2010	2013	
Argentina					
Bolivia			X	X	=
Brasil	X	X			=
Colombia		X			
Ecuador					
Chile	X			X	
Perú					
Venezuela	X	X			=
Paraguay	X	X			=
Uruguay	X	X			=

Con relación a si hay otra institución distinta al Ministerio de Salud o su equivalente que elabore actualmente estadísticas, tenemos una gran heterogeneidad (figura 53). Argentina menciona que hay una conexidad con la estadística de Finanzas Públicas. Hay otros países que mencionan las instituciones están desarrollando las estadísticas, tales como el Instituto Nacional de Estadística, el IBGE, el INEC, el DANE, el INE en el caso de Chile, así como los Bancos Centrales, que muchas veces elaboran los sistemas de Cuentas Nacionales.

En general, existe una coordinación entre el Ministerio de Salud y esta segunda institución para elaborar estadísticas económicas en salud, con las excepciones de Bolivia y Uruguay. Tanto para el año 2010 como para el 2013 ha sido muy favorable que dicha relación se ha mantenido y, sobre todo, que para los países que tienen Cuentas Satélite en Salud ha sido muy importante la vinculación de las instituciones que elaboran los sistemas de Cuentas Nacionales. La mayoría de los países afirma que actualmente hay un grupo de trabajo, comité o comisión interinstitucional

que coordina la evaluación de las Cuentas. Allí se convoca a las distintas instituciones para avanzar en las Cuentas de Salud, situación que se presenta tanto en el 2010 como en el 2013. En el caso de Bolivia y Uruguay, se indica que en el 2010 no tenía dicha coordinación, pero que ésta empezó a partir del 2013. En general, la situación ha mejorado en la región. La mayoría de los países encuestados manifiestan que existe algún documento oficial que establece formalmente un grupo de coordinación; el caso de Bolivia es interesante que, a partir del 2013, se indica la existencia de un convenio interinstitucional que no existía en el año 2010. En Colombia y Venezuela es contraria la situación, puesto que en el 2013 no tienen documentos que avalen dichas comisiones.

En referencia al grado de conocimiento de las autoridades sobre las estadísticas de Cuentas de Salud –de gran importancia para el fortalecimiento de la institucionalidad de las Cuentas de Salud, dado que son las autoridades de salud los usuarios últimos de la información para la toma de decisiones–, tenemos tres casos, Ecuador, Chile y Venezuela, en que se ha

FIG 54

¿DISPONEN DE APOYO ADMINISTRATIVO?

País	Si		No		
	2010	2013	2010	2013	
Argentina					
Bolivia	Sólo eventual			X	↓
Brasil	Parcial	Parcial			=
Colombia		Completo			
Ecuador					
Chile	Parcial	Completo			↑
Perú					
Venezuela	Sólo eventual	X			↑
Paraguay	Parcial	Completo			↑
Uruguay				X	

incrementado el nivel de conocimiento, aunque en la mayoría de los países este se ha mantenido, como en el caso de Brasil, Perú, Paraguay. Solamente en Bolivia y Uruguay ha disminuido el grado de conocimiento que tiene la autoridad.

En relación con la utilización de Cuentas de Salud como herramientas para el diseño, seguimiento o evaluación de alguna política pública es muy interesante que en el año 2013 todos los países indican haber utilizado las estadísticas de Cuentas de Salud para el análisis o el apoyo a las autoridades; esta es una muy buena señal de progreso.

Hay una pregunta nueva con relación a si se han utilizado las estadísticas de Cuentas de Salud para realizar un informe documento del sector salud. Si la respuesta es afirmativa se indica el título y el impacto que han tenido las decisiones. Todos los países contestaron que efectivamente han utilizado la estadística, lo cual refuerza la conclusión anterior. Otra pregunta nueva en el cuestionario es: ¿qué tipo de actividades deberían realizarse a nivel suramericano

para difundir el trabajo en Cuentas de Salud y su institucionalización? La mayoría de los países sugiere que se realicen Talleres presenciales o virtuales, que se seminarios, foros y que se armonicen las metodologías. En muchos casos se sugieren enfoques específicos; Bolivia propone la publicación de Matrices Indicadoras, documentos analíticos y resúmenes ejecutivos.

En cuanto al rol que deberían jugar las organizaciones internacionales como la OPS en materia de difusión y realización de las Cuentas de Salud, existen numerosos y diversos requerimientos: seguir haciendo seminarios, la publicación de estudios comparativos entre grupos de países, capacitación, generar manuales para toma de decisiones, cursos de capacitación, etc. En el caso de OMS también incluimos la pregunta sobre el rol que esta debería jugar en la difusión y realización de las Cuentas de Salud, en el área de realización de sensibilización de la utilidad de las Cuentas, en la realización de eventos internacionales como los que estamos teniendo ahora, de cursos de capacitación, en la promoción de

EL O LOS PROFESIONALES QUE ELABORAN CUENTAS DE SALUD: ¿HAN RECIBIDO CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN EL TEMA?

FIG 55

País	Sí		No	
	2010	2013	2010	2013
Argentina				
Bolivia			X	X
Brasil		Todavía insuficiente e restricta a pocos profesionales de equipo		
Colombia		Metodología CNS (Harvard) desde identificación de fuentes de información, levantamiento, procesamiento y análisis de información, Metodología SHA (versiones 1.0 y 2011)		
Ecuador				
Chile	Talleres de Cuentas de Salud organizados por CASE, OPS, OMS	Taller sobre Sistema Cuentas de Salud SHA 2011 (Sólo un integrante del equipo)		
Perú				
Venezuela	Taller de armonización de cuentas de salud ORAS - CONHU/OPS/CEPAL			X
Paraguay	Financiamiento y Gasto en Salud del sector públicos y privados CEPAL - Chile. Diplomado de Financiamiento y Gasto en salud CEPAL - Chile. Ejecución Presupuestaria por resultados e impactos Ministerio de Hacienda - Paraguay. Cuentas Satélites INEC - Ecuador. S	Financiamiento y Gasto en Salud CEPAL - Financiamiento y Gasto Sector Público y Privado CEPAL - Cuentas Satélites INEC - Ecuador.		
Uruguay	Talleres de Armonización de Cuentas Nacionales de Salud MERCOSUR apoyado por OPS	Taller capacitación en el Sistema de Cuentas en Salud 2011 (SHA 2011), y la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), en Antigua, Guatemala. OPS/ OMS. Primer y segundo Taller de Armonización de Cuentas de Salud de los Países Sudamericanos (2008 en Quito, Ecuador, en octubre 2009, en Lima, Perú).		

investigaciones, la generación de políticas públicas en otros países y fortalecimiento de los sistemas de salud.

La información del cuestionario es sumamente diversa y relevante tanto para los países individuales como para las organizaciones internacionales (OMS y OPS en particular). La encuesta se realizó con muy poco tiempo (se pidió a los países que enviaran el cuestionario una semana antes de este Taller),

de modo que debe tomarse como una primera aproximación en el marco del Plan de Trabajo de la CASE. Vamos a seguir observando qué otros elementos podemos identificar sobre lo que han contestado los países, cuyo esfuerzo sinceramente agradecemos. Creemos que es una información muy valiosa tanto para la institucionalización como para la armonización y la elaboración de las Cuentas de Salud y esperamos también que estos Talleres se sigan realizando.

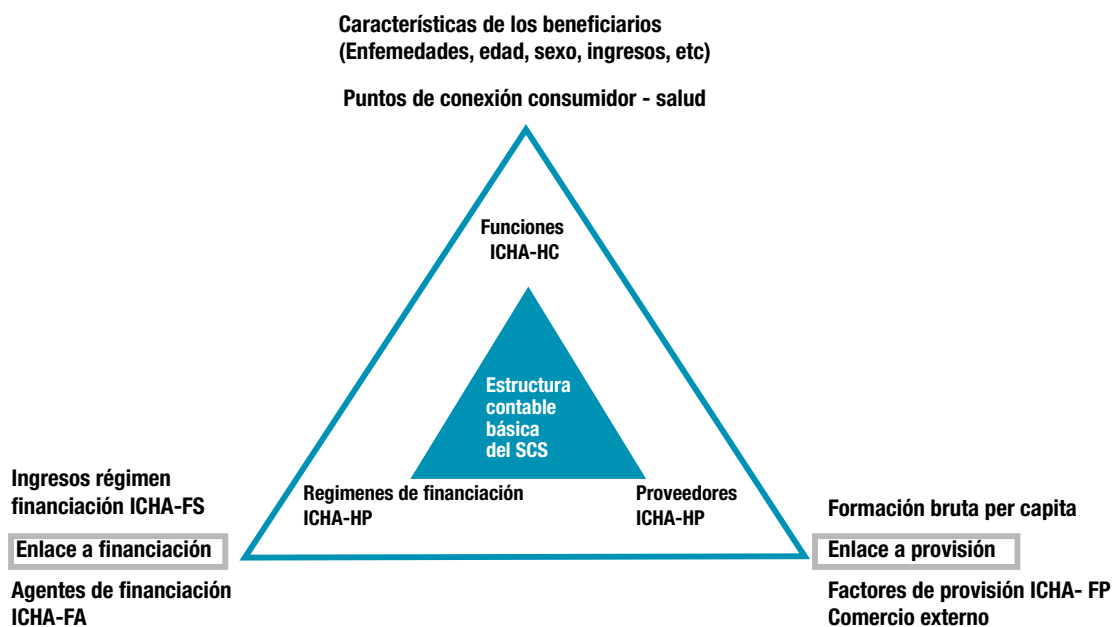
¿HAY OTRA INSTITUCIÓN, DISTINTA AL MINISTERIO DE SALUD (O SU EQUIVALENTE), QUE ELABORE ACTUALMENTE ESTADÍSTICAS ECONÓMICAS DE SALUD (CUENTAS DE SALUD)?

FIG 56

País	Sí		No	
	2010	2013	2010	2013
Argentina				No
Bolivia		Unidad de Análisis de Política Económica (UDAPE)	X	
Brasil	IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas), Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).	IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas), Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).		
Colombia		Departamento Nacional de Estadística – DANE		
Ecuador	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC		
Chile		Banco Central, Dirección de Presupuestos		
Perú				X
Venezuela	El Banco Central de Venezuela maneja en el país el Sistema de Cuentas Nacionales e integra junto al MS, el INE y el IVSS el equipo técnico para la conformación de la Cuenta Satélite de Salud	El Banco Central de Venezuela maneja en el país el Sistema de Cuentas Nacionales e integra junto al MS, el INE y el IVSS el equipo técnico para la conformación de la Cuenta Satélite de Salud		
Paraguay		MH – Unidad de Economía Social – Dirección de Encuesta y Censo DGEEC		
Uruguay	Banco Central de Uruguay	Banco Central de Uruguay		

FIG 57

Gráfico 4.1 El marco contable central y ampliado del SHA 2011



7.2 Uso de indicadores de cuentas de salud para la toma de decisiones en políticas públicas de salud

Ec. Claudia Pescetto
Servicios y Sistemas de Salud (HSS)
OPS Washington

Esta ponencia presentó una visión general sobre el tema de indicadores de Cuentas de Salud para la toma de decisiones en políticas públicas. El contenido se divide principalmente en cuatro secciones: primero, la importancia de los sistemas de información en la toma de decisiones; segundo, una reflexión sobre lo que se sabe y lo que puede hacerse desde las Cuentas de Salud, que incluye una revisión somera de las metodologías existentes; tercero, algunas ejemplos de aplicación de resultados de estudios o un reflejo de las estadísticas existentes y algunas reflexiones finales sobre cuáles son los temas pendientes y los retos futuros que se han identificado.

La importancia de los sistemas estadísticos en el desarrollo está siendo reconocida cada vez con mayor énfasis en las discusiones de la agenda de desarrollo a nivel mundial. Hay un llamado muy grande al fortalecimiento de los sistemas estadísticos y se reconoce que el diseño de políticas públicas sostenibles requiere de información oportuna y de calidad; este es el gran reto que está vigente. El reporte del Grupo para la Agenda de Desarrollo, que cuenta con la participación de los más altos dignatarios de países del todo el mundo, considera las metas post-2015 en relación con doce objetivos. Este reporte fue emitido recientemente y pueden destacarse tres de los objetivos en relación con el tema que ocupa este seminario.

El primer objetivo es la erradicación de la pobreza. En el corto y mediano plazo, se resalta el impacto del indicador correspondiente a la cobertura de los sistemas de Protección Social en un porcentaje todavía no definido de personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. El objetivo cuarto se refiere a la garantía

de una vida saludable, que toca estrechamente al tema que nos ocupa. Los indicadores relevantes que deben mejorarse para cumplir este objetivo son: las muertes de lactantes y menores de cinco años; la proporción de niños, adolescentes y adultos en riesgo por falta de esquemas de vacunación; el índice de mortalidad materna, el índice de acceso universal a la salud, que curiosamente está relacionado con los derechos sexuales y reproductivos; la carga de enfermedades como VIH-SIDA, tuberculosis, paludismo, y enfermedades no contagiosas prioritarias. El objetivo décimo está ligado a la buena gobernanza y a la eficacia de las instituciones. Dos de los indicadores relevantes que es importante resaltar son la participación pública en los procesos políticos y la implicación ciudadana en todos los niveles. El reconocimiento en la Agenda Global de la necesidad de garantizar el derecho a la información y el acceso a datos gubernamentales por parte del público y sus implicaciones en los procesos de reforma a la salud constituye un avance muy notable.

En cuanto a las garantías de vidas saludables, un dato muy relevante tiene que ver con el hecho de que las soluciones a los problemas de salud están disponibles y son asequibles. Por cada dólar invertido en determinadas acciones puede ahorrarse una cifra importante a futuro, como en el caso de la tuberculosis (figura 57). El estudio reconoce que incluso en los países de altos ingresos el aumento en los costos de salud supone una seria amenaza para la estabilidad fiscal y el crecimiento económico a largo plazo. Además, sostiene que los beneficios de la inversión oportuna en salud son inmediatos y obvios, tanto para intervenciones específicas como para fortalecer los sistemas de salud de forma más amplia. El reconocimiento del rol de la salud para el desarrollo por sí solo implica un avance muy importante.

El reporte establece siete criterios claros y fácilmente aplicables para cada objetivo; entre ellos, se destacan los siguientes: que sean cuantificables, utilizando indicadores, mediciones y datos creíbles y comparables a nivel internacional, que puedan estar sujetos a mecanismos de monitoreo. Este es un reto

muy importante para el trabajo en el tema de Cuentas.

En respuesta a este informe los directores de siete de los principales organismos internacionales y Bancos de Desarrollo enviaron una carta a Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas, que versa sobre la actual Revolución de los Datos y establece un compromiso importante la más alta prioridad en la construcción y el fortalecimiento de la capacidad estadística y de análisis de los gobiernos con miras a mejorar la oferta de oportunidades de desarrollo para todos los grupos en situación de vulnerabilidad. Debe darse un respaldo decidido a todas las convocatorias que, como esta, permiten ampliar el debate público sobre el rol de los sistemas de información, la toma de decisiones basada en la evidencia y la rendición de cuentas.

El año 2013 fue nombrado Año Internacional de la Estadística. Hay muchas actividades que se vienen organizando tanto a nivel país como a nivel subregional y regional y que involucran 2074 instituciones alrededor del mundo. Lamentablemente, el tema de Cuentas no está incluido, de modo que puede pensarse como un reto para la región.

La calidad de las decisiones no solamente está determinada por la calidad de los datos y de la información; también depende de los procesos políticos y de la calidad de las acciones, proyectos e intervenciones, que conjugan conocimientos prácticos, datos anecdóticos, debates, etc. Es importante resaltar también las características de la evidencia científica: sensibilidad, validez y pertinencia.

¿Qué se sabe y qué puede saberse desde las Cuentas de Salud? El uso de la información en políticas públicas se orienta a la toma de decisiones confiables, la realización de diagnósticos certeros, la evaluación de tendencias, la planificación eficiente de acciones prioritarias, el monitoreo del cumplimiento de compromisos adquiridos con la sociedad y al mejoramiento de las estrategias focales del esfuerzo fiscal, específicamente en términos del gasto público. Para esto se requiere la construcción de indicadores

válidos, confiables, específicos, sensibles, medibles, relevantes y eficientes. Hay procesos que dan soporte a estos objetivos y valores; principalmente el fortalecimiento de la capacidad institucional y la capacidad de análisis de la información disponible.

Las Cuentas de Salud nos permiten hacer análisis sectorial en términos de los esquemas de financiamiento, configuración institucional, organización y oferta de regulación de mercados. También facilitan el análisis de la eficiencia de la administración y el destino del gasto, del impacto distributivo, de la equidad en el acceso (con información adicional sobre los costos de los tratamientos), de los niveles de protección financiera de los hogares (evolución y monitoreo del gasto de bolsillo y gasto catastrófico), del impacto fiscal del gasto en salud, de los gastos por la enfermedad o por paciente y su composición por funciones, atención y prevención. Así mismo, facilita el análisis actual y las proyecciones del uso futuro de los recursos, las tendencias y muchas otras cosas.

Dependiendo del interés y el nivel de discusión de la sociedad en un momento dado, algunos indicadores para el diseño de políticas públicas pueden dar respuestas a las preguntas sobre el cuánto, el cómo y el para quién. Cuánto que es el indicador que más se utiliza: gasto total público en salud y el gasto per cápita, el porcentaje del gasto público en salud sobre el PIB, la composición pública o privada, etc. En términos del cómo: la relación insumos-producción, la estructura de insumos, la relación remuneraciones-producción, el porcentaje del gasto consumo individual sobre el PIB, etc. Y para quién: gasto público en salud por quintiles de ingreso, de máxima importancia porque nos permite medir impacto de las políticas; el gasto público en salud por tramos de edad o por sexo; evaluación de programas de salud pública; evaluación de avances en equidad como fines últimos de los sistemas de salud.

En cuanto a los enfoques de Cuentas, Alain Palacios hizo ya un recuento importante en la intervención anterior. En términos prácticos, vale mencionar que

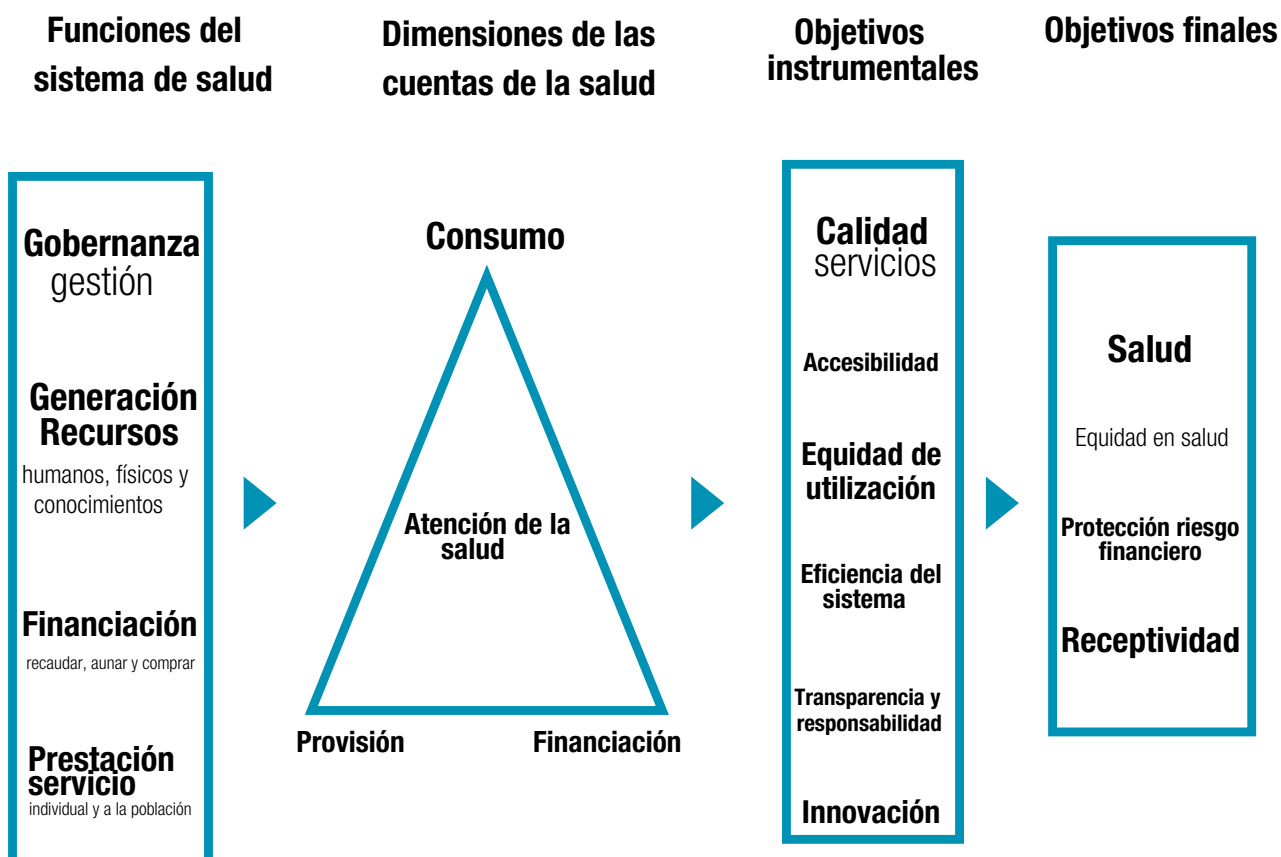
las metodologías más usadas responden muchas veces las mismas preguntas, aunque a veces difieren. Estas son: el Sistema de Cuentas de Salud, más conocido como el SHA-2011, desarrollado por la OECD, la OMS y el Banco Mundial; las Cuentas Satélite de Salud, promovidas principalmente por CEPAL con el apoyo de OPS en América Latina, que algunos países han adoptado; el enfoque de finanzas públicas y las estadísticas simples de gasto nacional en salud como ejercicios previos a la adopción ya sea del SHA o de las Cuentas Satélite de Salud.

El principio básico que orienta al SHA-2011 es que el consumo debe haber sido previamente producido y financiado. El punto de partida es, entonces, medir el consumo individual y colectivo. Los límites en el sistema de Cuentas de Salud se establecen

en función de la finalidad del consumo. La figura 60 muestra las tres dimensiones básicas de las Cuentas de Salud y su relación en términos del gasto por funciones: el enlace financiero, el enlace de provisión y finalmente el punto de conexión con el consumidor. Nuevamente, la pregunta es cuál es el propósito del consumo; se trata de ver dónde se consume el servicio y además, analizar los servicios complementarios. Adicionalmente, los mismos bienes de servicios y salud que se consumen pueden ser producidos por diferentes proveedores, de modo que debe determinarse este conjunto utilizando distintos esquemas de financiamiento. Por ello, también se trata de hacer un mapeo sobre los esquemas de financiamiento.

MARCO ANALITICO DEL SCS

FIG 58



En relación al Marco Analítico del sistema de salud (figura 58), las Cuentas de Salud son un instrumento que permite analizar sus objetivos instrumentales, determinados por sus funciones básicas: la gobernanza, la generación de recursos, la financiación y la prestación de servicios. Las Cuentas de Salud sirven como un instrumento para analizar estos objetivos en términos de la calidad de los servicios, la accesibilidad, la equidad de la utilización, la eficiencia del sistema, la transparencia y responsabilidad y los niveles de innovación.

La manera en la que se distribuye el gasto por funciones en el sistema de gastos de salud y la nueva clasificación que se utiliza en el SHA (figura 59) permite evaluar los objetivos instrumentales en términos de los objetivos finales, que todos conocemos, (mejorar los niveles de la salud, la equidad, la protección del riesgo financiero y la receptividad).

Las Cuentas Satélite de Salud permiten el análisis económico de los sistemas de salud según la oferta y la demanda de bienes y servicios. Se elaboran a través de tres ejes principales: los balances de oferta

y utilización de los bienes específicos de la salud, las tablas de oferta y la utilización de bienes y servicios específicos de la salud y las cuentas de los sectores institucionales.

Por el lado del consumo, el marco analítico de las Cuentas Satélite de Salud tiene como objetivo principal medir el consumo final efectivo de los hogares, que está compuesto por el gasto de consumo final, más las prestaciones sociales en especie, más el gasto final individual de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y el gasto final individual del Estado menos las ventas. Esto nos da el indicador de gasto de consumo final efectivo de los hogares en términos de bienes y servicios de salud. La figura 63 muestra un ejemplo de resultados que se pueden obtener en la medición del consumo final efectivo de los hogares por tipo de cobertura.

En términos del objeto de estudio y el análisis de las fuentes, el SHA contempla los esquemas de financiamiento y las Cuentas Satélite los sectores institucionales. En términos de identificación de los recursos el SHA contempla los proveedores y las

GASTOS POR FUNCIONES EN EL SCS

FIG 59

- HC.1 Atención curativa
- HC.2 Atención de rehabilitación
- HC.3 Atención de larga duración (duración)
- HC.4 Servicio auxiliares (no especificados por función)
- HC.4 Bienes médicos (no especificados por función)
- HC.6 Atención preventiva
- HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud
- HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c)

Partidas debajo de la línea:

- HC.RI.1 Gasto farmacéutico total
- HC.RI.2 Medicinas tradicionales complementarias y alternativas
- HC.RI.3 Servicios de prevención y salud pública (según SCS.1)

Partidas debajo de la línea: Relacionadas con la salud

- HCR.1 Atención de larga duración (social)
- HCR.2 Promoción de la salud con un enfoque multinacional

FIG 60

ALGUNOS RESULTADOS: CFEH POR TIPO DE COBERTURA

Government social security			Employment-related social insurances schemes		Government social assistance			NPISHs social assistance			Household actual consumption on health products 15= 1+...+14
co-payments by household	Payments by social security in cash	Social security benefits and reimbursements in kind	co-payments by household	Payments by social insurance (in cash or in kind)	co-payments by household	Payments by social assistance in cash	social assistance benefits and reimbursements in kind	co-payments by household	Payments by social assistance in cash	social assistance benefits and reimbursements in kind	
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	D621	D6311/D6312		D622/D623		D624	D6313/D632		D624	D6313/D632	

Characteristic products

1106211 Medical services
1106221 Dental services
11066231 Paramedical services
1106311 Hospital services

Connected products

1106111 Pharmaceutical products
1106121 Other medical products
Therapeutical appliances and
1106131 equipment

Medical and orthopedic items
optional items

Cuentas Satélite de Salud la oferta y producción de bienes y servicios de salud. En términos de los usos el SHA contempla las funciones y las Cuentas Satélite de Salud la demanda de bienes y servicios de salud.

Es importante mencionar que en respuesta a las recomendaciones del Sistema de Cuentas Nacionales del 2008, el SHA se ha acercado al sistema de Cuentas Satélite de Salud. En particular, la definición del gasto en salud, una de las más controversiales en la producción de estadísticas y que en ocasiones generaba resultados incompatibles, es ahora exactamente la misma tanto en el SHA como en el sistema de Cuentas. Este puede mostrarse como un avance importante.

Para el análisis con enfoque en finanzas públicas algunos países continúan utilizando la clasificación administrativa, que permite identificar quién gasta los recursos, la clasificación económica para saber cómo se gastan y, finalmente, la clasificación funcional, que determina para qué o con qué fin se gastan los recursos. Algunas aplicaciones de estas metodologías sirven para responder preguntas relevantes para la toma de decisiones de política

pública; sin embargo, esto depende de cuál es el interés y el nivel de la discusión en cada contexto. El Manual sobre la clasificación del gasto público federal en México ofrece quizá el mejor ejemplo de las preguntas y los resultados que pueden obtenerse utilizando exclusivamente el enfoque de finanzas públicas.

En la figura 60 se compara la esperanza de vida con el gasto total en salud sobre el Producto Interno Bruto para los países del Caribe. Un resultado muy importante del análisis es que un mayor gasto no implica necesariamente mejores resultados en salud. En otras palabras, existen elementos de eficiencia y de equidad que no necesariamente se solucionan con un mayor nivel de gastos y que pueden requerir una intervención más comprehensiva del problema que tenga en cuenta la organización del sistema, el modelo de atención, la calidad de los recursos humanos y todas las dimensiones que están incluidas en la definición del cubo de cobertura universal.

También es posible utilizar los indicadores para analizar la composición del gasto (figura 61). Es destacable que los seguros privados y planes de prepago empiezan a tener mayor relevancia a partir

FIG 61

GASTO Y RESULTADO DE SALUD

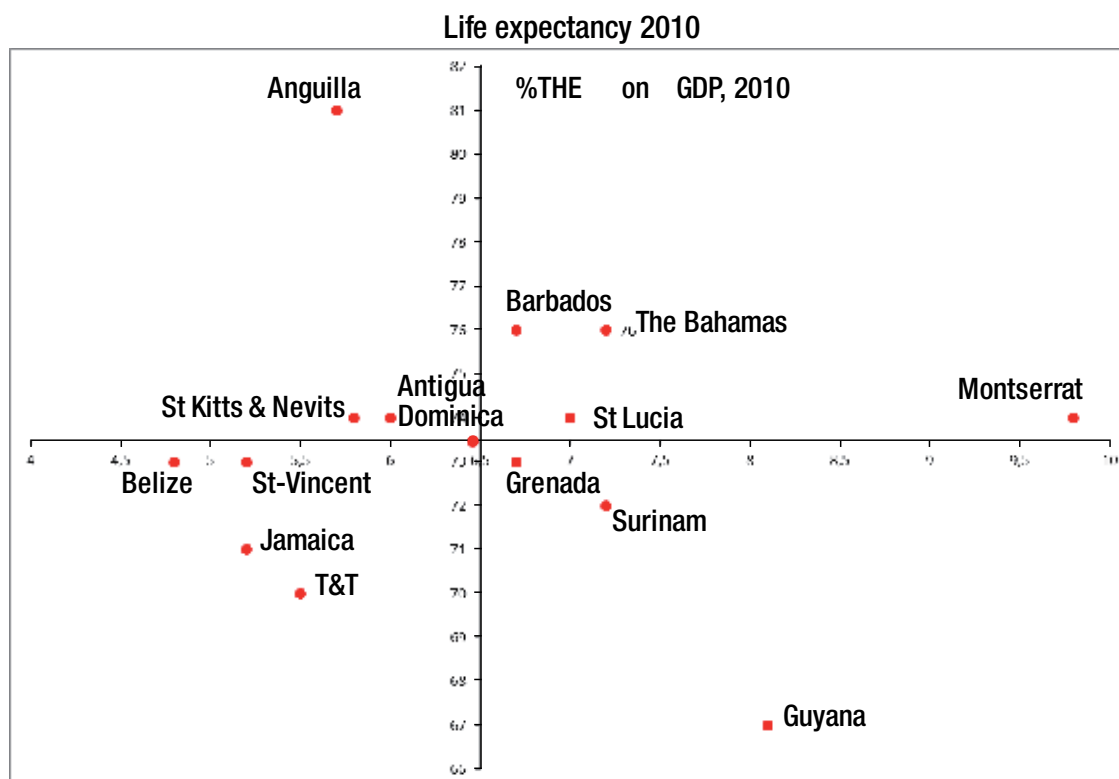
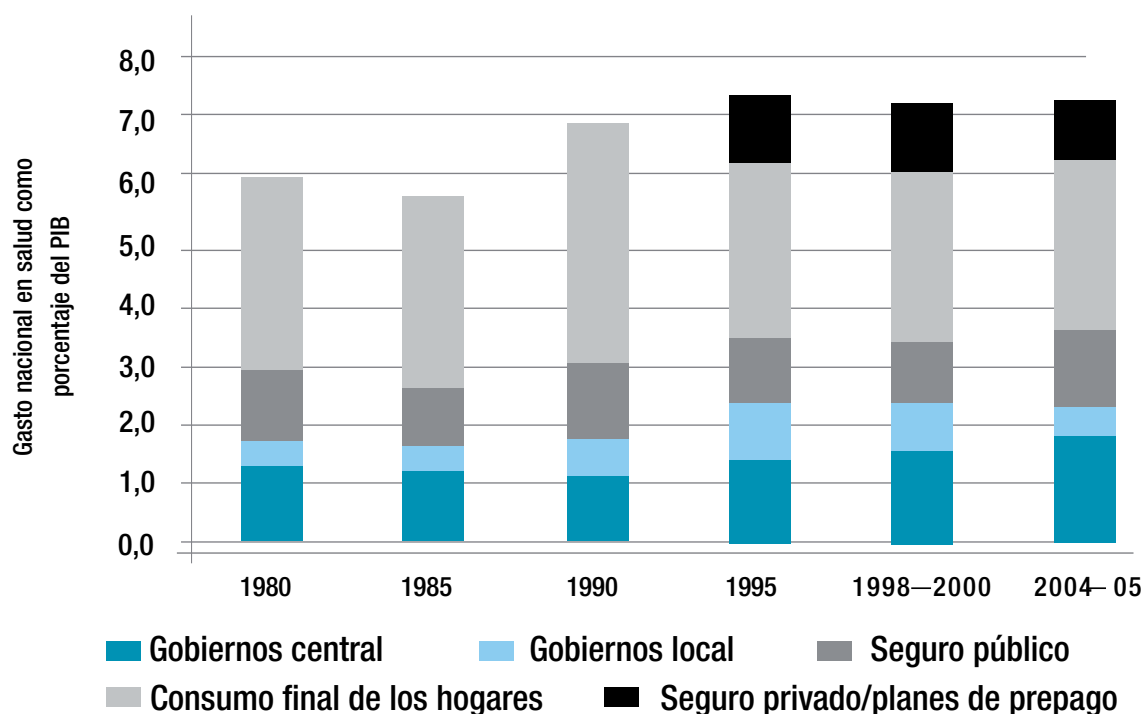


FIG 62



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Base de datos de gasto nacional en salud.

de mediados de la década de 1990. Aunque este gráfico cubre solamente hasta el 2005, no es difícil adivinar que, de extenderse el período de estudio hasta el presente, el componente privado del gasto registraría la misma tendencia de crecimiento, dada la preeminencia de los seguros privados en nuestros países, las limitaciones que persisten en los sistemas públicos y las expectativas de los consumidores.

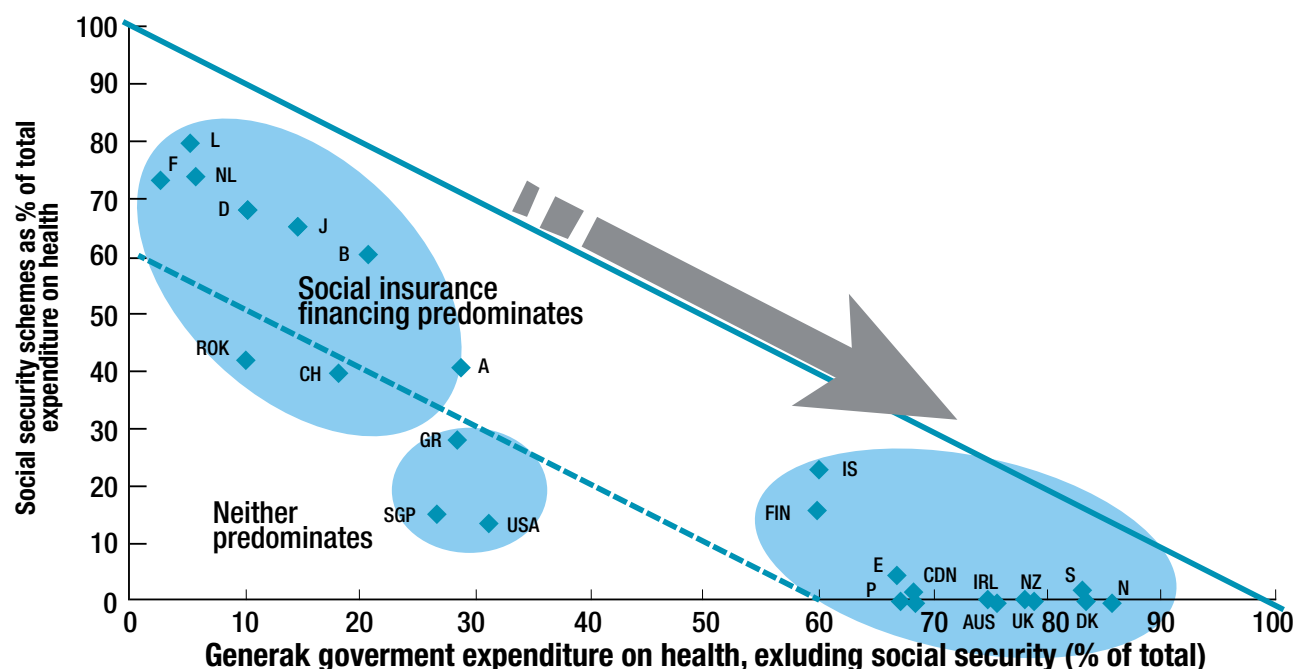
Los indicadores permiten igualmente el análisis de las implicaciones fiscales del financiamiento de los sistemas de salud (figura 63); este gráfico se refiere solamente a países desarrollados). En este caso, hay dos grupos de países aglomerados, según tengan mayor participación de esquemas basados en Seguridad Social o financiamiento a través de impuestos generales.

La evolución del gasto es el indicador más controversial y presenta el mayor grado de variabilidad entre estudios. Esto no solamente se debe al uso de metodologías diferentes; muchas veces existen diferencias de definición del gasto en salud.

Como reflexión final, puede decirse que los sistemas de información sólidos y confiables son imprescindibles para la toma de decisiones en política pública. Debe tenerse presente que la información no es un fin en sí misma y que requiere de capacidad de análisis para convertirla en resultados positivos, por lo cual es indispensable la generación y el reforzamiento de capacidades en cada país. El uso y elección del enfoque metodológico debe responder a las preguntas que cada sociedad considera relevantes para el proceso de elaboración y diseño de políticas públicas. La meta final es la búsqueda de la eficiencia

IMPLICACIONES FISCALES

FIG 63

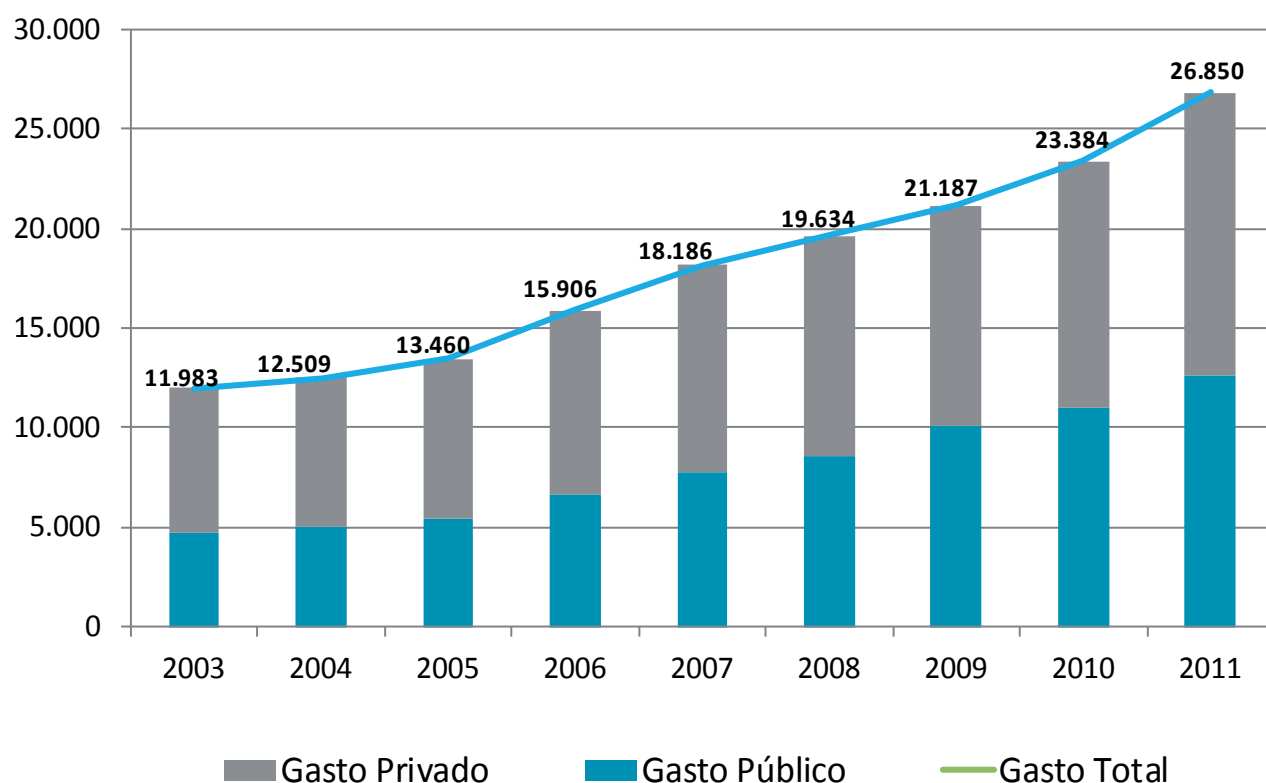


Source: OECD 2004a or national data.

Note: A=Austria; AUS= Australia; B=Belgium; CDN= Canada; CH=Switzerland; D=Germany; Denmark; E=Spain; F=France; FIN= Finland; GR=Greece; I=Italy; IRL=Ireland; IS=Iceland; J=Japan; L=Luxemburg; N=Norway; NL=Netherlands; NZ= New Zealand; P=Portugal; ROK=Republic of Korea; S=Sweden; SGP=Singapore UK= United Kingdom; USA=United States of America.

FIG 64

GASTOS TOTAL EN SALUD (MM\$US PPP)



de los sistemas y el mejoramiento de la salud de la población.

Como retos pendientes en términos de objetivos, la Agenda de Desarrollo constituye una hoja de ruta que incluye la medición efectiva de los avances de la cobertura en salud en sus tres dimensiones y ante todo en términos de protección financiera.

Frente a la gran variedad de definiciones (en particular del gasto en salud) y metodologías de análisis disponibles, debe primar la construcción de puentes y la búsqueda de puntos de encuentro. La coordinación con otras instituciones que producen estadísticas y datos (Bancos Centrales, por ejemplo)

es básica, crucial y relevante para profundizar en el análisis y utilización de los indicadores resultantes.

El trabajo de Cuentas debe hacer uso de indicadores útiles y de calidad; válidos (que realmente midan lo que se desea medir); confiables (que su medición bajo condiciones similares genere el mismo resultado); específicos y sensibles (que permitan captar variaciones o impactos de política pública); medibles (deben basarse en datos disponibles, con continuidad y capaces de ser reproducibles, contrastados y comparados); relevantes (que den clara respuesta a temas relevantes de la política pública); finalmente, los indicadores deben ser eficientes, (que sus resultados justifiquen la inversión de recursos).

Preguntas y debate

Moderan: Roberto Ávila

**Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
Representante de la CASE**

Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

**Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud
de la CASE**

1. ¿Qué pasos o acciones realizarán para homogeneizar la metodología de las Cuentas Nacionales en Suramérica y cómo fortalecer su utilización?

Alain Palacios: El tema de la homogeneización o de la armonización es bastante complejo, como les señalaba y como también lo mencionó Claudia en su presentación. En cuanto a la medición del gasto total en salud, hicimos el esfuerzo por ponernos de acuerdo entre los países suramericanos. Intentamos comparar el gasto público a través de la estadística en finanzas públicas, que tiene un mayor desarrollo en los diferentes países y que en teoría debería garantizar un grado mínimo de cercanía. No obstante, el análisis de estos resultados puso en evidencia grandes diferencias en términos de la cobertura de la encuesta y de lo que informaron los países. Por ejemplo, el saneamiento se considera como parte de la salud pública en algunos países y en otros no es así. También la cobertura de datos sobre el gobierno es muy dispar. En la determinación del ámbito de cobertura de los datos no se ha empezado siquiera a considerar la especificación del gasto. Estos problemas nos han acompañado por varios años y no con de fácil solución.

El plan de trabajo que proponemos tiene que ver con la generación de los indicadores que mostraba Claudia [Pescetto]. La propuesta es empezar a trabajar con los datos y a generar los indicadores de salud como el primer paso hacia el mejoramiento metodológico.

Obviamente al principio se van a encontrar muchas diferencias, pero en la medida en que se avance vamos a encontrar que nos podemos acercar.

En nuestro plan de trabajo tenemos un set de indicadores de Cuentas de Salud asociados a indicadores económicos que vamos a empezar a trabajar en diferentes países. Será necesaria una encuesta de metadatos para aclarar las fuentes y avanzar en comparabilidad. También vale la pena mencionar todo lo que está haciendo el sistema de Cuentas de Salud de la OECD, que es un aporte en el sentido de que entregan varios lineamientos respecto a temas que son específicos de la salud, porque sin duda las clasificaciones internacionales abarcan todos los ámbitos.

Claudia Pescetto: Quisiera agregar un comentario a lo que acaba de mencionar Alain. Es importante y digno de resaltar el esfuerzo que está haciendo la CASE en ese sentido. A pesar de que sabemos de la existencia de problemas metodológicos y de calidad de los datos, creo que lo más importante es la búsqueda de puntos de encuentro. El esfuerzo tanto de la CASE como de la OPS ha sido la definición de indicadores que podamos utilizar todos por igual y con la seguridad de que estamos hablando de lo mismo. Quisiera hacer un llamado a los compañeros del MERCOSUR que también pueden aportar o quizá incluso unirse a este esfuerzo que la CASE viene haciendo desde hace ya unos años y que está en construcción.

2. ¿Qué recomendación ha liderado la CASE para normalizar los diferentes resultados de Cuentas Satélite de Salud, de Cuentas de Salud, del sistema de Cuentas Nacionales y finanzas públicas?

Alain Palacios: Yo creo que es la misma respuesta. En el fondo no tenemos una recomendación directa y clara en ese sentido. Estamos trabajando en ello para ver cómo nos acercamos. En el fondo también uno podría tener un discurso mucho más fuerte, más directo en el sentido de promover una metodología.

Por ejemplo, podríamos tomar la decisión de promover el sistema de Cuentas Satélite exigiendo su implementación a todos los miembros de la Comisión de Salud. No obstante, aún si lo hiciéramos así las diferencias persistirían. ¿Cómo se define el sector público? ¿Y la salud? Todo esto subyace a la metodología. La invitación es para que los países hagan los esfuerzos por desarrollar cualquiera que sea la metodología que decidan llevar adelante y generar estimaciones que sistemáticas y procurando maximizar la comparabilidad. Estos son los desafíos que tenemos.

Javier Uribe (OPS Chile): Creo que es muy importante no perder de vista dos situaciones en particular: la primera, que los gobiernos están haciendo esfuerzos importantes de armonización y, desafortunadamente, muchas veces para uso interno de las Unidades de Planificación o de Financiamiento. Es destacable la experiencia de Paraguay unos años atrás, donde en la página web del Ministerio y de la OPS periódicamente se publicaba información actualizada y se motivaba al público a revisarla. También se aprovechaban de una manera proactiva reuniones importantes del Ministerio para distribuirla. Por ejemplo, cuando se hacían Foros donde se tocaba algún tema de financiamiento, se llevaban las Cuentas Nacionales y se distribuían. Durante la campaña presidencial de hace cuatro años se enviaron las Cuentas Nacionales de Salud a todos los candidatos y se puso a su disposición Equipo de Cuentas. Planteo la misma sugerencia a las Escuelas de Salud Pública. En el caso de Chile, estamos realizando unos acuerdos con la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Chile para que los estudiantes de las maestrías puedan utilizar esta información; creemos que es importante que estas masas críticas universitarias de postgrado puedan tener estos referentes para sus trabajos.

Claudia Pescetto: Yo quiero recalcar lo que acaba de decir Javier y retomar en parte lo que dijo Alain. En términos de la relevancia del rol de la Academia, me confieso culpable de no haberlo incluido en las diapositivas; es muy importante y debemos incluirlo

en la discusión. Retomando un poco el tema de Alain, creo que también somos conscientes de que dentro de los países es difícil conseguir la experticia, gente que permanezca en los ministerios y que tenga el conocimiento del tema de Cuentas. Chile y Brasil son excepciones, quizá Paraguay también. A menudo las urgencias priman sobre la necesidad seguir trabajando con continuidad y sistematicidad en las Cuentas. Finalmente, si la utilización de los indicadores se queda como un ejercicio dentro del área de Planificación o dentro de la Unidad de Economía de la Salud y no trasciende, entonces es más difícil justificar frente a los tomadores de decisiones esta continuidad que es tan necesaria. Estas son reflexiones que debemos transmitir a los niveles superiores, a las autoridades de los Ministerios.

Augusto Portocarrero (Perú): Quisiera plantear una afirmación para conocer su opinión. Hace ya varios años estamos discutiendo dentro de la CASE cómo proceder en el tema de armonización. Nosotros decimos que las Cuentas sirven para la toma de decisiones, pero no hemos estado siguiendo la política y deberíamos mirar cuáles son las exigencias en el área de información para la toma de decisiones en medicamentos, en reducción de intermediación de los flujos financieros u otros. Ayer conversábamos con la doctora Acuña, del Ecuador, que estaba muy preocupada por el tema del flujo, ya que ellos han lanzado un modelo que les está absorbiendo mucha demanda por parte de Perú, Colombia y los países vecinos. En conclusión, los temas en los cuales deberíamos ponernos de acuerdo deberían ser los temas que la política nos exige.

Claudia Pescetto: Augusto, creo que has tocado un tema muy importante. El punto de encuentro, en mi opinión, va a ser precisamente la Agenda de Cobertura Universal con la que se vienen comprometiendo los países de la región; esta va a ser la guía y tenemos que estar preparados y seguros de que podemos responder a la construcción de indicadores que nos ayuden a medir los avances en cobertura universal. No tengo duda de que este es el elemento que direccionará el trabajo de Cuentas en

los próximos años, dado el nivel de preocupación y de involucramiento de las autoridades nacionales en los diferentes países de la región.

Alain Palacios: El tema de la contingencia política es muy relevante. Cada vez son más las solicitudes que se hacen a las áreas de Planificación de Economía de la Salud respecto a los gastos específicos en salud; cada área de los ministerios quiere saber cuánto se gasta en salud infantil, cuánto se gasta en enfermedades no transmisibles, cuánto se gasta en VIH-SIDA, etc. Sin embargo, no tenemos que olvidar que para desempeñar este rol y lograr el grado de especificidad de la información que se requiere en estos casos, necesitamos primero lograr unas Cuentas de Salud confiables y robustas en el análisis del gasto total. No podemos partir de lo específico si no tenemos la totalidad medida. En ese sentido, hay una evolución natural que deberían tener las Cuentas de Salud para mejorar la experticia, mejorar la capacitación en equipos en los Ministerios de Salud o en otras instancias que conozcan cómo hacer las estadísticas y que puedan enfrentar estos desafíos, que en general requieren una mayor cualificación. De lo contrario, vamos a terminar haciendo cuenta específicas dispersas, con relevancia a muy corto plazo y sin estándares de comparabilidad. Quiero agregar, finalmente, que nuestro observatorio de Salud y Economía va a ser un punto neurálgico para la presentación de estos indicadores de salud, poniéndonos de acuerdo en cuáles van a ser y cómo los vamos a medir. Va a haber una visibilidad importante que los demás países pueden aprovechar para comparar e ir mejorando sus estimaciones con el tiempo.

Giovanni Escalante (OPS/OMS-Bolivia): Yo creo que a partir de la generación de información que ya se ha ido logrando tenemos que pasar a una nueva fase, que sería el Diálogo de Políticas dentro de la CASE y no sólo en del sector salud, sino también de forma intersectorial. Hay que comenzar a aproximarse a los Parlamentos y sus Comisiones temáticas con el apoyo y cooperación de la CASE. Además, tiene que ser una labor permanente, dados los cambios

institucionales que se dan en los ministerios, paralela a la generación de la información.

Alain Palacios: La discusión está muy interesante. Frente al tema que toca el Asesor de Bolivia hay un caso que les puedo contar. Hubo una discusión en el año 2011 o 2012 que se generó en la OECD respecto al modo de utilización de la información de las Cuentas de Salud para generar indicadores y, a su vez, de los indicadores para la toma de decisiones; esto por un lado. Por otro, sobre los mecanismos de generación de demanda de estos datos por parte de los tomadores de decisiones. En este contexto se mencionó el caso de un país, tal vez era Egipto, en el que cada vez que había un cambio de Gobierno, el equipo de Cuentas de Salud se reunía con el ministro, con los viceministros, el subsecretario y los parlamentarios y les explicaban de la A la Z las Cuentas de Salud. De este modo lograban generar una demanda de los indicadores de la salud.

Cecilia Acuña (OPS/OMS Ecuador): Entre una pregunta y un comentario: tengo la sensación de que para lograr que los tomadores de decisiones en salud utilicen la información esta tiene que ser significativa y relevante para ellos en su momento político. En ese sentido, creo que lo que dice Alain es muy razonable. Es posible que una información, que desde un punto de vista técnico nos parezca muy relevante, no lo sea para el tomador de decisiones en un momento político dado. Nosotros tenemos que tomar la iniciativa y procurar compatibilizar esos intereses y no sólo en cada país, sino en el contexto de los intereses de diversos países en momentos políticos que pueden ser distintos. Tenemos que ser capaces de identificar qué es lo políticamente relevante para los países andinos, por ejemplo, en términos de las decisiones que quieren tomar.Cuál es la información que es relevante para ellos. Si nosotros tenemos que hacer el esfuerzo de explicarle cada vez a un montón de gente para qué sirve esto, quiere decir que en realidad no es tan clara su utilidad para los Tomadores de Decisiones. En suma, me parece hay un reto importante de armonización de la información con los contextos políticos.



Edgar Forero (DANE – Colombia): Creo que el principio que buscan las Cuentas Satélite de Salud es el principio de armonización para garantizar comparabilidad, no solamente dentro de los países sino también a nivel internacional. Hay elementos importantes que Claudia enunció y que hay que tener en cuenta: el financiamiento, la producción y el consumo; si no hay consistencia y relevancia de estos indicadores, no será posible ofrecer unas Cuentas completas de la salud para la toma de decisiones de política. Eso lo debemos tener en cuenta, tanto para las finanzas públicas como para las Cuentas Nacionales y las Cuentas Satélite. Es en parte, el discurso que se ha manejado desde la óptica de Claudia y de Alain. Se debe homogeneizar y armonizar el gasto, que es el punto de partida en el cual nos tenemos que poner de acuerdo, a nivel nacional y a nivel internacional.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

8

Segundo día - Sesión II

Avances recientes en países de la región

8.1 Avances recientes en Cuentas de Salud en Chile

Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

El ponente comienza por mostrar los antecedentes de los avances recientes de lo que se ha realizado en Chile en el 2012 y en el 2013 dentro del Área de Salud y Análisis Sectorial del Departamento de Economía, donde existe un área que trabaja casi con dedicación exclusiva al tema con apoyo dentro del Departamento de Economía para otras actividades. La línea de trabajo que expondrá es la que se refiere a la Producción Estadística y el Análisis Sectorial para lo cual mostrará algunos resultados específicos en el aspecto de difusión que están llevando a cabo.

A principios de año 2000 fue evidente en Chile la necesidad de contar con datos sobre gastos nacionales en salud, análisis sectorial y la elaboración de políticas, por lo que se realizó una primera evaluación donde se desarrollaron algunas estadísticas nacionales de salud con distintos enfoques. Más adelante se generó, al principio del año 2001, un sistema Harvard y en el año 2004 un sistema de Cuentas de Salud asociado a la OECD; no obstante, pero estos no tuvieron continuidad en el tiempo y no se sistematizaron. A partir del año 2005, se crea un Comité de Cuentas de Salud y se decide tomar el enfoque de Cuentas Satélite de Salud para desarrollar la estadística económica en salud. Posteriormente, en el año 2005 se crea una Unidad de Cuentas en Salud y Análisis Sectorial, que ha estado trabajando desde ese tiempo hasta la fecha.

Respecto a algunos avances recientes en ámbitos de Cuentas de Salud, se obtienen resultados de las Cuentas Satélite de Salud para el Gobierno General. Si bien las Cuentas Satélite aún no se han consolidado y se encuentran en diversos estados de desarrollo. No

obstante se tienen los datos para el Gobierno General del 2003 al 2011, y se han publicado reportes Web de la Cuenta Satélite de estos mismos datos.

Este año se han obtenido resultados preliminares del gasto privado del 2009 al 2011 y se ha realizado un informe de análisis sectorial respecto a los hospitales públicos para un período de análisis del 2010 al 2011. La información que nos solicita la OMS es actualizada de manera permanente; lo último informado fue 2010-2011. De la misma manera, a principios del año se llevó a cabo una investigación preliminar del gasto relativo al VIH-SIDA, respecto al 2011-2012 y se está prestando apoyo permanente al Departamento de Control de VIH-SIDA del Ministerio de Salud con el Informe Ungass que se realiza anualmente, con indicadores del gasto.

Chile ingresó a la OECD hace algunos años y tiene muchos requerimientos de información por parte este organismo; uno de ellos es la actualización del gasto total en salud para la OECD. Los últimos reportes se presentaron en los años 2010 y 2011 y en ellos se lograron algunas mejoras en la información respecto del gasto de bolsillo. En este rubro se pudieron entregar las cifras correspondientes el gasto de bolsillo en medicamentos, desagregado por ventas directas OTC y medicamentos prescritos con receta, pudiendo entregar ambos gastos por separado. Obviamente estos datos no salen de las Cuentas en Salud, por lo que es necesario recurrir a otras fuentes de información.

En cuanto a la desagregación del gasto corriente, se pudo informar también lo referente a los hospitales públicos, separando el gasto corriente dado que antes solamente se daba el gasto total; gasto corriente, gasto de capital y gasto total. Se logró separar el gasto corriente por lo menos en dos años en atención de salud. Sabemos cuánto se gasta por separado en hospitales públicos, en atención cerrada contra atención abierta, apoyo diagnóstico y en los medicamentos que se entregan por la parte ambulatoria. Este es un avance que también informamos en las Tablas requeridas por la OECD.

En lo referente a participación en instancias de cooperación técnica, se llevó a cabo una conversación técnica en la Unidad de Cuentas de Salud de OMS, Ginebra, en julio del año pasado. Actualmente estamos participando en las reuniones de expertos en Cuentas de Salud de la OECD que se hace todos los años en octubre, y el año pasado también tuvimos el Taller de Cuentas de Salud sobre el SHA-2011 que se realizó en Guatemala.

En relación con las líneas de trabajo para el 2013, se está desarrollando la producción estadística económica, en el sector público donde existen unas Cuentas Satélite en Salud para el Gobierno General. Lo último que se ha producido, para el año 2010-2011 consta de la generación de los últimos datos, así como una encuesta de Recuperación de Información para llegar a aquellas entidades del sector público donde es más difícil conseguir información, tal como son los hospitales penitenciarios, el Hospital de Carabineros, el Hospital de la Policía, el Hospital de Codelco (Empresa del Cobre) y el Centro de Salud Universitario.

En lo que concierne al sector privado, se trabajó en actualizar y completar un directorio de los prestadores privados de salud que está actualizado hasta el año 2012 y del cual se pudo obtener información de renta, ingresos y servicio de impuestos con el fin de construir la información, puesto que el sector privado es la única fuente de información con que se cuenta para obtener esos datos de producción de ingreso. A través de eso, se hizo una estimación preliminar del sector privado y se realizó una reunión con el Banco Central, que produce las estadísticas de Cuentas Nacionales, donde se compararon las cifras y se detectaron varias diferencias, para las cuales se está viendo en cuáles de ellas pueden prestar su apoyo en cuanto a reportes del origen de estos gastos y lograr de esa manera una determinación precisa de la cifras del sector privado. Los datos que se presentan más adelante son preliminares y se espera que cambien en un futuro próximo.

Se generó también un informe final sobre revisión de

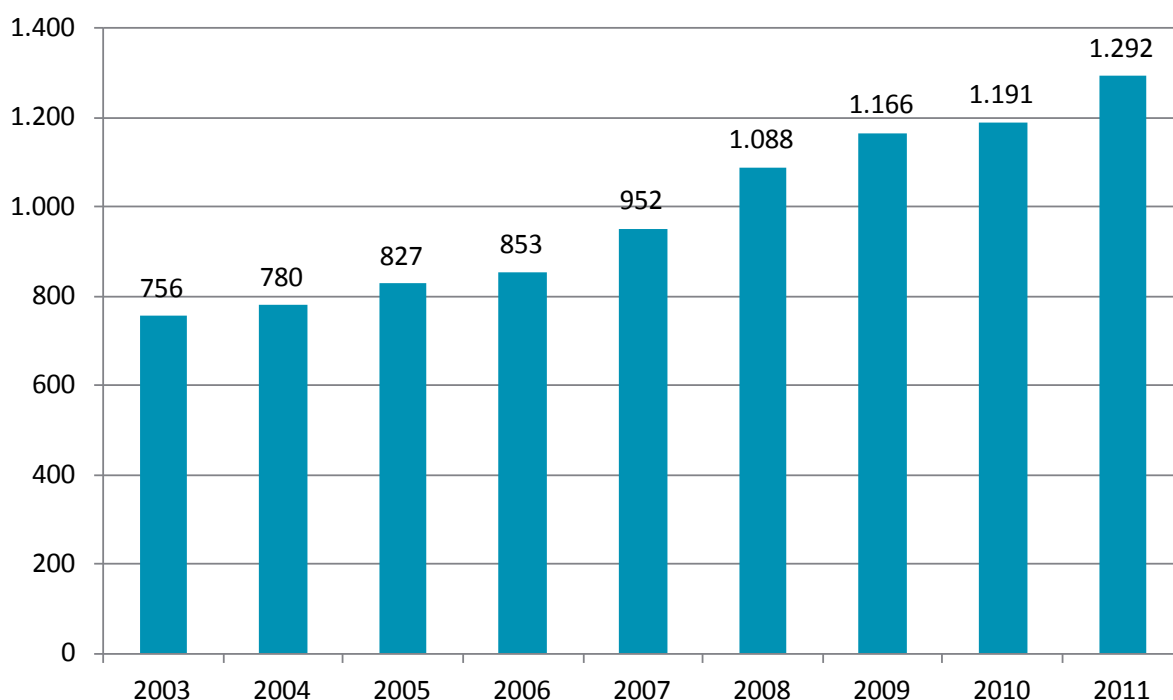
literatura, metodologías de estimación de gasto de bolsillo y una Propuesta Metodológica para Chile, que estuvo a cargo de la Universidad Católica. Lo que se hizo fue validar en parte la metodología que se utiliza para estimar el gasto de bolsillo, debido a que lo que se venía haciendo era acorde con la literatura y a la propuesta; de este modo, sólo fue necesario perfeccionar la estimación, puesto que las encuestas de ingresos y gastos de hogares no recogieron muy bien los datos sobre la población rural, que se eso se incorporaron en la metodología para poder estimar el gasto de bolsillo.

En cuanto al Análisis Sectorial, que es otra línea de trabajo, se ha realizado un informe sobre hospitales públicos y se actualizó el informe correspondiente a los años 2003 a 2009 y ahora con datos hasta el 2011 sobre análisis económico de las variables de las Cuentas Satélite, enfocado a la Cuenta Satélite de Salud. Ese es el enfoque más reciente que hemos estado trabajando. Se ha realizado un desarrollo estadístico en las Cuentas Satélite de Salud, actualizado mensualmente para el Gobierno General, y se está incorporando al sector privado. A través de las estadísticas de Cuentas Satélite se construyen los datos del el sector público y, por otras fuentes, el gasto privado. Hay una parte importante del gasto de bolsillo para la cual se utiliza la metodología perfeccionada, mencionada más arriba.

A continuación se presentan algunos resultados sobre gasto total. Todas las cifras están en millones de dólares internacionales (ver figura 65). Nótese que el gasto de salud en Chile, ha aumentado considerablemente desde el 2003 al 2011. Se presentan las cifras desde el 2003 porque son las que se han establecido a partir de una metodología uniforme. Hacia atrás, si se revisan las cifras en algunas publicaciones del Banco Mundial, por ejemplo, donde no han actualizado los datos, se ven unos saltos muy grandes respecto del 2002 al 2003, y es por ello que se presenta la información del 2003 en adelante. En la figura 65 se puede ver la proporción del gasto público y la importancia que tiene el gasto privado, que al 2011 alcanza los 26.000 millones de dólares el gasto total en salud.

FIG 65

GASTO TOTAL PER CÁPITA (US\$ PPP)



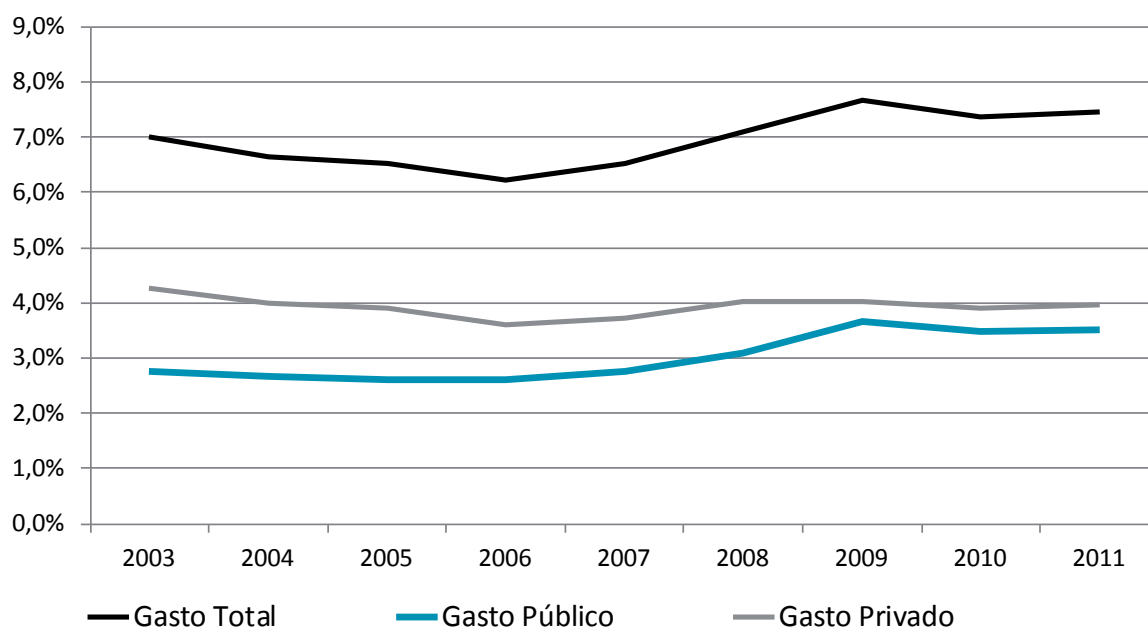
Fuente: Minsalud-Chile

El gasto total per cápita (figura 66) en el 2011 llegó a casi 1.300 dólares per cápita. Partimos en el 2003 con casi 756 dólares y ahora se ha alcanzado un poco menos del doble de esa cifra. La evolución del gasto ha ido creciendo durante todos estos años. En lo que concierne a la evolución del gasto total,

gasto público y gasto privado como porcentaje del PIB, se presenta una tendencia creciente (figura 66); se dieron algunos períodos del 2003 al 2006 donde hubo una baja del porcentaje del gasto en salud respecto del PIB (del 7% a casi el 6%), que repunta hasta lograr en la actualidad cerca del 7.5% del PIB.

FIG 66

EVOLUCIÓN DE GASTO TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO COMO PORCENTAJE DEL PIB



Fuente: Minsalud-Chile

Cabe destacar que el gasto privado es superior al gasto público, aunque ha ido perdiendo fuerza a lo largo de los años.

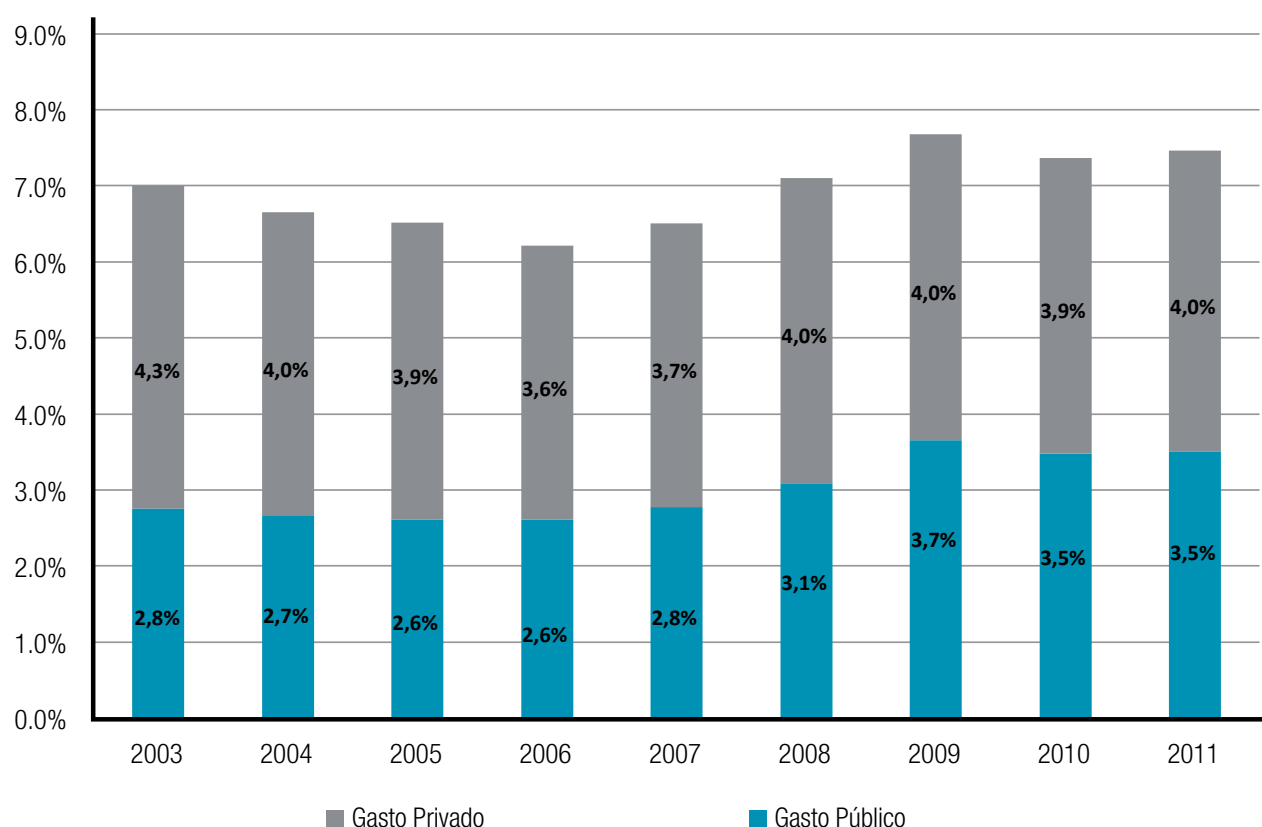
Respecto de la evolución del gasto público y el gasto privado, en cuanto al porcentaje del PIB (figura 67), se pueden ver más claramente los cambios que se han registrado, por ejemplo, en el gasto público partimos muy bajo en el 2003 con 3.8% y ahora estamos

alcanzando el 3.5% del PIB. El gasto privado ha tenido distintas evoluciones, comenzando con el 4.3%, en el 2003 para pasar por un período muy bajo del 3.6% en el 2006 y actualmente alcanza el 4% del PIB.

Respecto de la distribución del gasto total por fuentes de financiamiento (Figura 67), identificamos tres principales fuentes que son del gasto público, del gasto del Gobierno General, el gasto de bolsillo y los

FIG 67

EVOLUCIÓN DE GASTO PÚBLICO Y PRIVADO COMO PORCENTAJE DEL PIB



Fuente: Minsalud-Chile

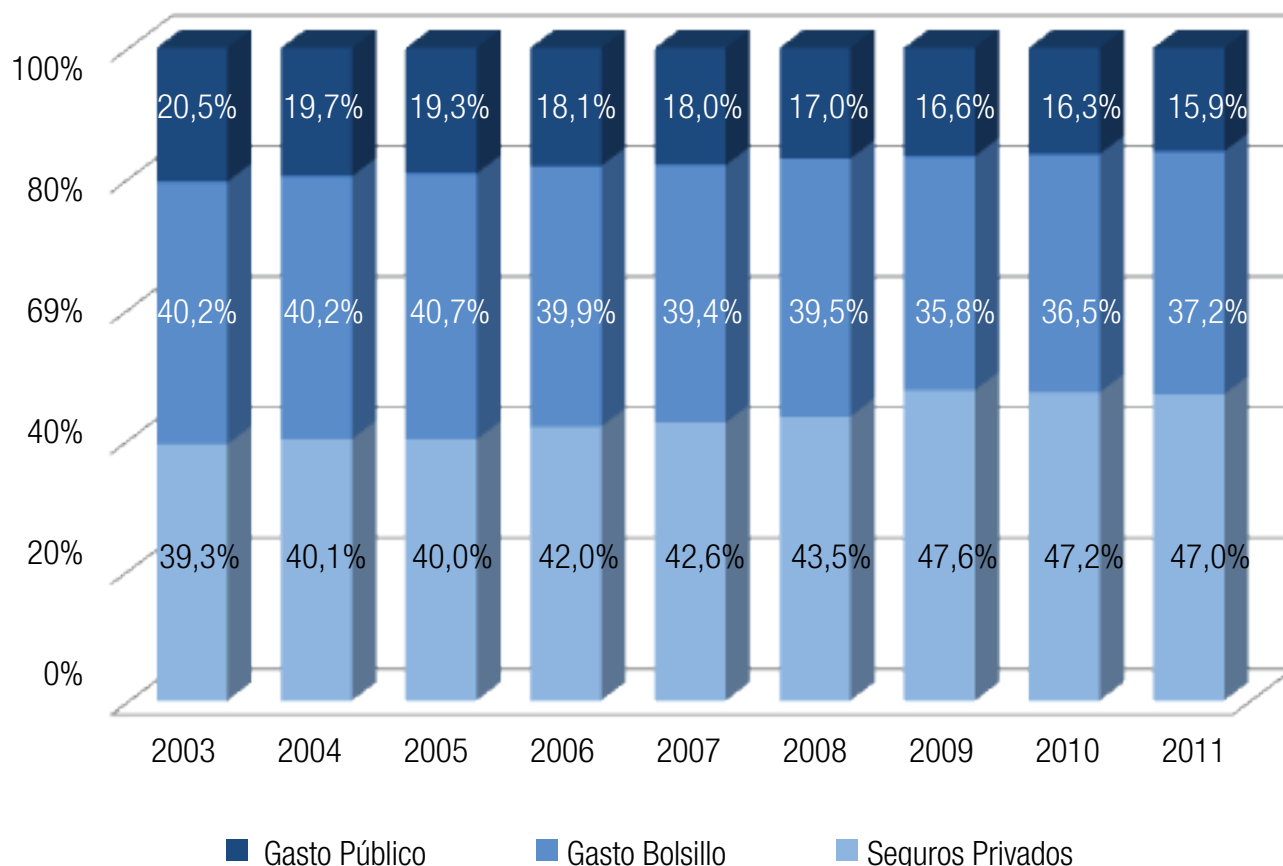
seguros privados. Aquí consideramos como seguros privados las ISAPRES, que son las aseguradoras privadas de salud; si bien reciben una contribución obligatoria al sistema, también reciben contribuciones voluntarias. Este es un tema muy interesante; el gasto público ha ido ganando terreno, partiendo con el 39% en el 2003 y ahora está en el 47%, a diferencia de lo que presentan los seguros privados, que partieron con 20% en el 2003 y ahora está casi al 16%. El gasto de bolsillo también ha ido perdiendo terreno; empezó

representando el 40% del gasto total en salud y ahora equivale más o menos al 37%.

En las figura 66 y 67, publicadas por la OECD para el año 2011, se muestra el gasto corriente y el gasto de capital que es bastante bajo con respecto del gasto total de todos los países. Chile está dentro de países como Israel o República Checa o Corea con un 7.5% del PIB, el promedio de los países de la OECD alcanza el 9.3%, bastante lejos, a dos

EVOLUCIÓN DE GASTO TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO COMO PORCENTAJE DEL PIB

FIG 68



Fuente: Minsalud-Chile

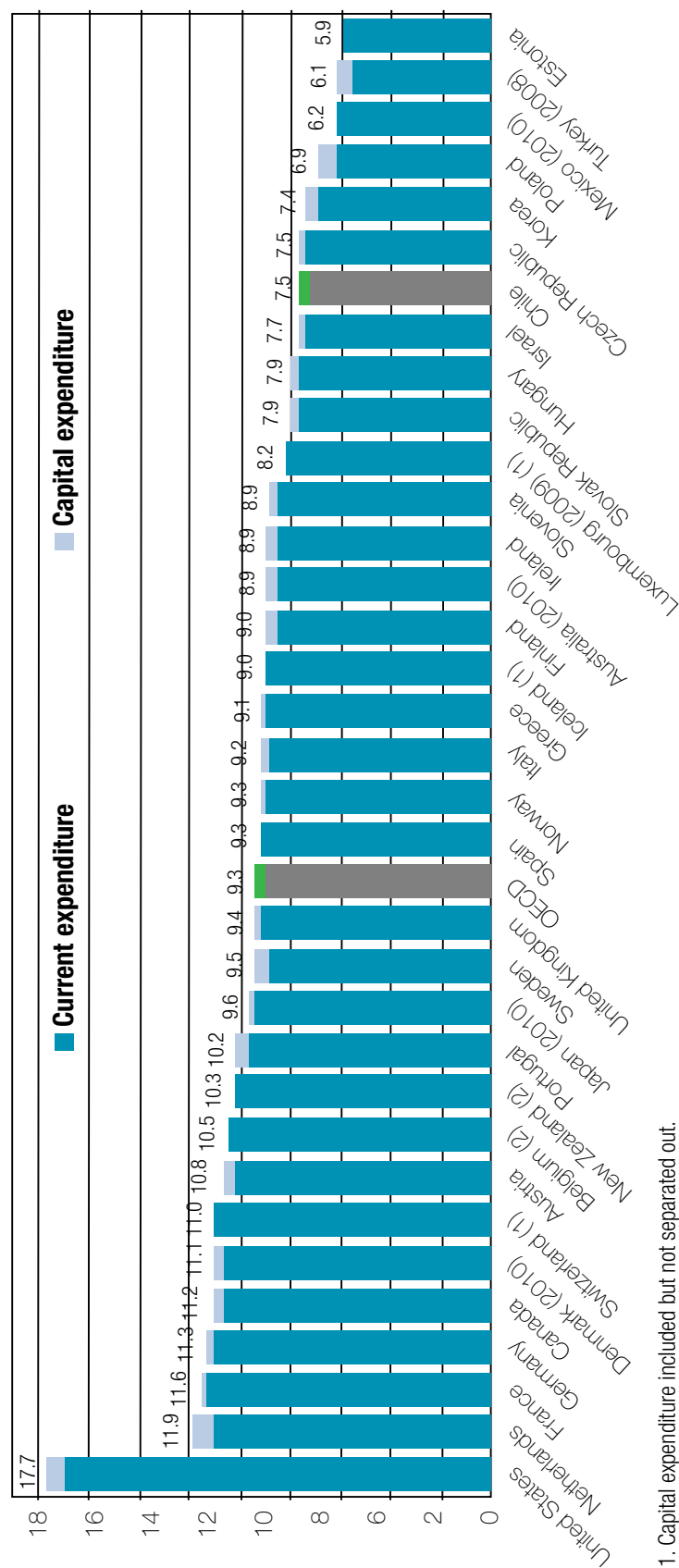
puntos porcentuales del PIB. Respecto del gasto per cápita en salud tanto pública como privada, estamos alcanzando los 1.568 dólares per cápita para Chile, el promedio de la OECD son casi 3.400 dólares per cápita en el año 2011, similar a los gastos que hacen Hungría, Polonia, y República Checa. Mucho más atrás, por ejemplo, está México que es uno de los países latinoamericanos que está dentro de la OECD. Es una visión muy rápida, muy somera de los principales agregados económicos relacionados con el Gasto Total en Salud, Gasto Privado y Gasto Público.

Una visión más específica requiere examinarlos principales resultados de las Cuentas Satélite,

solamente para el sector público agregado (figura 69). Aquí se presentan cuatro variables importantes de la Cuenta de Producción. Dentro de las Cuentas Satélite hay varias cuentas; la primera y la principal es la Cuenta de Producción, donde se encuentran las siguientes: el Valor de la Producción, el Consumo Intermedio, el Consumo de Capital Fijo y el Valor Agregado. Esto también está en millones de dólares internacionales. Alcanzamos la producción del sector público a 9.000 millones de dólares en el 2011, partió en un poco menos de 4.000 en el 2003, se ha más que duplicado en estos años. La suma de las variables del Consumo Intermedio del Valor Agregado y el Consumo Total Fijo por el lado de los costos, generan la Producción. A través de los costos se

HEALTH EXPENDITURE AS A SHARE OF GDP, OECD COUNTRIES, 2011

FIG 69



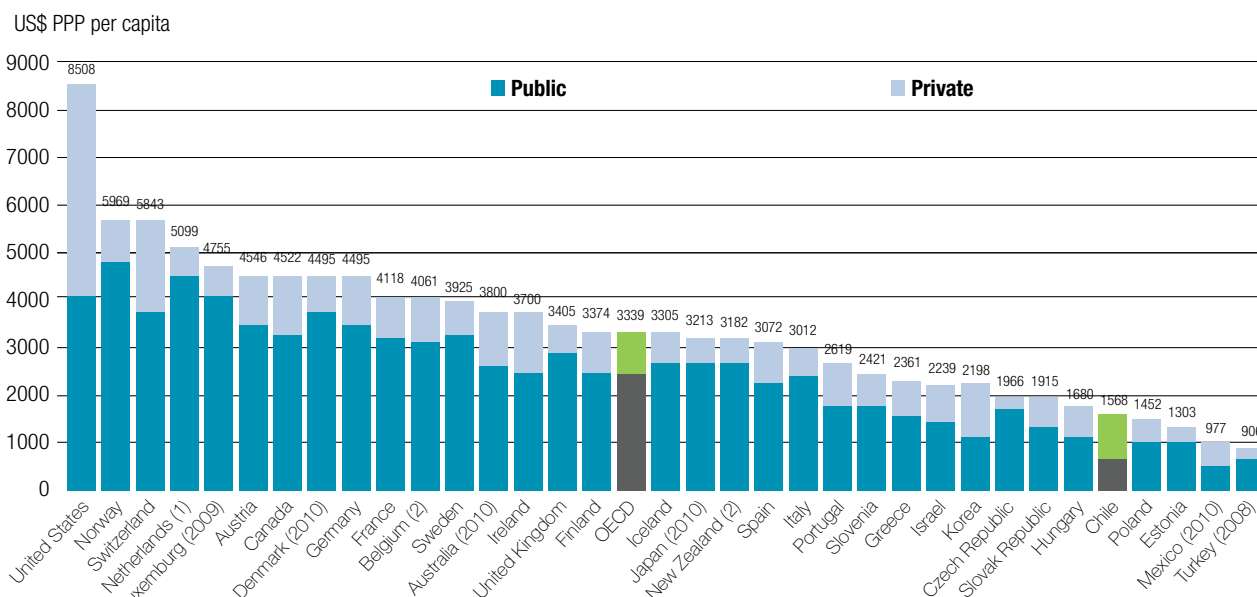
1. Capital expenditure included but not separated out.

2. Capital expenditure not reported.

Fuente: OECD Health Data 2013: How does Chile Compare

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA, PUBLIC AND PRIVATE EXPENDITURE OECD COUNTRIES, 2011

FIG 70



1. In the Netherlands, it is not possible to distinguish clearly the public and private share for the part of health expenditures related to capital expenditure.
2. Total expenditure excluding capital expenditure. Source: OECD Health Data 2013, June 2013

Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing spending between countries on common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given "basket" of goods and services in different countries.

Fuente: OECD Health Data 2013: How does Chile Compare

construye el valor de la producción. En este caso, en el sector público se lo sumamos al consumo intermedio, el valor agregado que principalmente es la remuneración y el consumo del capital fijo que es el valor de la producción.

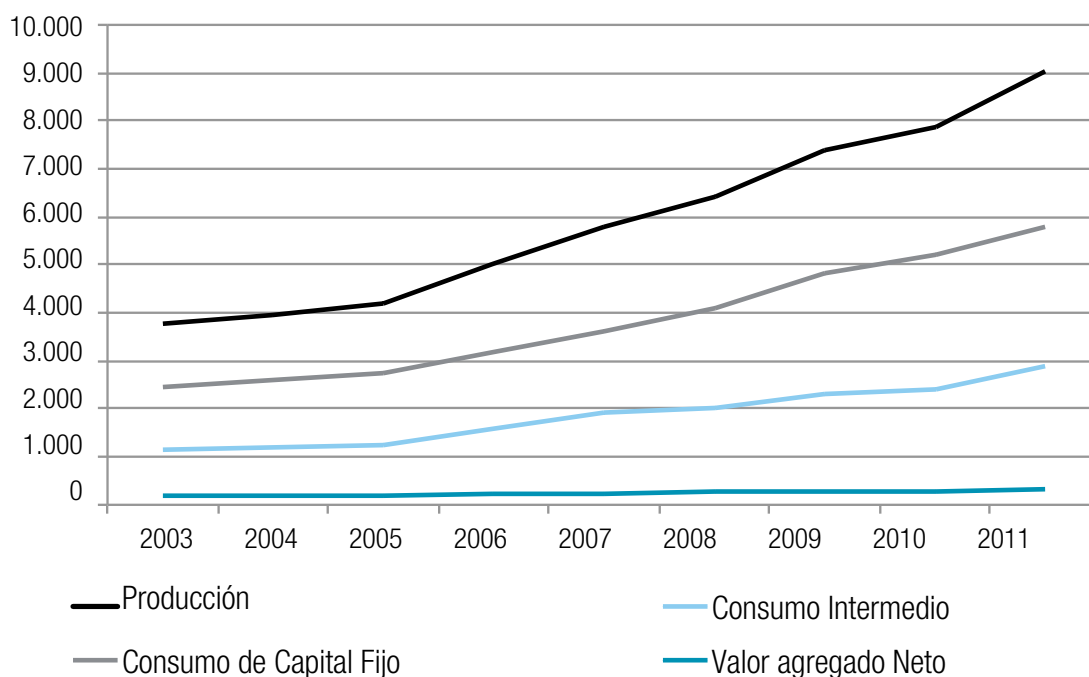
Respecto al ingreso disponible neto y el gasto de consumo final del sector público, podemos observar durante este período cómo ha evolucionado (figura 70). Obsérvese que el ingreso disponible que tiene el sector público para gastar, siempre está por debajo del gasto de consumo final que es lo que se gasta de los recursos, tanto en el gasto de consumo individual como colectivo. Ha habido períodos de acercamiento entre estas variables como en el 2005 que coinciden muy bien con la Reforma de Salud que se llevó a cabo en el 2005 donde se hizo una inyección de recursos, o como en el año 2008 donde hubo un distanciamiento importante de un déficit en el sector público y, a partir del 2009 al 2011, esta brecha se ha mantenido más o menos constante y siempre el gasto ha sido superior al ingreso.

Otras variables importantes son la formación bruta de capital fijo y el consumo de capital fijo. Antes del año 2005 también coincide con la Reforma de Salud donde el consumo de capital fijo era superior a lo que se estaba invirtiendo en la formación del capital, por lo tanto, con este nivel de gastos de inversión, iba a generar un desgaste de los Activos Fijos que no iba a ser sostenible en el tiempo. Por lo menos el gasto de formación bruta de capital tiene que ser al menos el consumo de capital fijo que asegure la sostenibilidad en el tiempo.

Ha habido distintos períodos de inversión, en el 2008 solamente tuvimos una caída importante. Estamos hablando, en el 2011, de casi 900 millones de dólares en inversión en formación de capital dentro del sector público y la diferencia que uno pueda observar entre el consumo de capital fijo y la formación bruta de capital es la formación neta, o sea, el neto de lo que se está invirtiendo en formación de capital. Esas eran algunas variables principales en términos macroeconómicos para observar la evolución en el tiempo de las estadísticas de Cuentas Satélite.

PRODUCCIÓN, CONSUMO INTERMEDIO, CONSUMO DE CAPITAL FVO Y VA - SECTOR PÚBLICO DE SALUD - (MMUS\$ PPP)

FIG 71

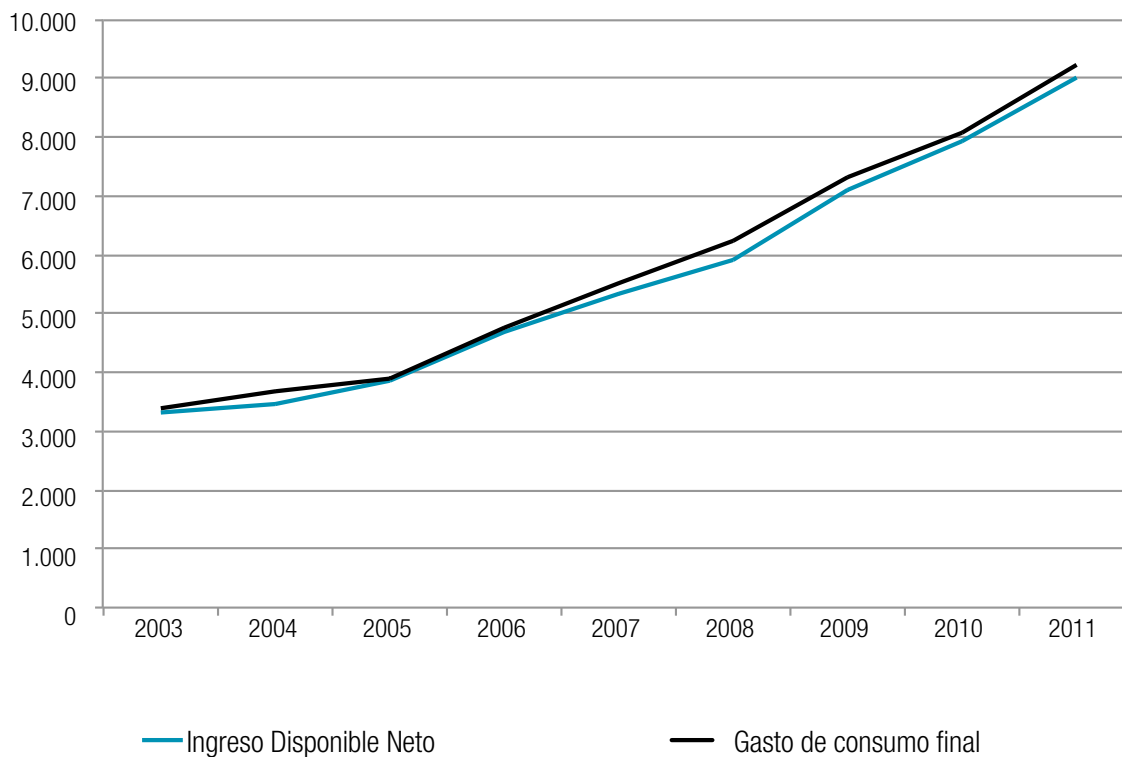


$$P = CI + VA$$

Fuente: Minsalud-Chile

FIG 72

INGRESO DISPONIBLE NETO Y GASTO DE CONSUMO FINAL SECTOR PÚBLICO DE SALUD (MM\$US PPP)



Fuente: Minsalud-Chile

En cuanto a desafíos futuros, se planea seguir apoyando las Cuentas del VIH-SIDA, el apoyo a la salud reproductiva, materno-infantil, Cuentas de Salud de enfermedades no transmisibles, sistemas cardiovasculares, diabetes y cuentas específicas. Hay una demanda por esta información que se pretende trabajar a futuro. Otro aspecto importante es el gasto por atención en salud cuyo estudio ya se ha iniciado, pero que aún es necesario profundizar para temas como la posibilidad curativa y la rehabilitación, servicio de atención en cirugía, productos médicos y un sinnúmero de funciones agregadas que estamos tratando de estimar para tener datos relevantes. Otro tema que se está trabajando es la distribución del gasto en salud por enfermedad, edad y género.

En estos momentos ya están disponibles los términos de referencia para contratar dos estudios, uno de revisión de literatura internacional sobre la distribución del gasto en salud por enfermedad; y el otro, una propuesta de metodológica para Chile, un tema que se está trabajando actualmente. El marco serán las Cuentas de Salud, tema en el que se espera avanzar, dado que está generando muchas connotaciones, aprovechando también que la OECD está generando bastantes datos al respecto.

En cuanto a resultados, tenemos este se han publicado reportes de Páginas Web y se presentará la principal estadística de las Cuentas Satélite de Salud que más adelante se incorporará a otras estadísticas de gasto en salud, asociadas a Cuentas en Salud. Se ha elaborado un glosario para conocer las variables de las Cuentas Satélite. Los reportes a los que nos referimos son reportes a nivel de instituciones, actividades económicas de salud y ámbitos específicos, por ejemplo, la Atención Primaria en Salud. Se ha publicado información por cada municipio de casi 180 hospitales públicos. Hay información para todas las variables de Cuentas Satélite, aunque restringidas solamente a los años 2008-2011; para el resto está disponible la información 2003-2011, así como para las Secretarías Regionales Ministeriales, autoridades de nivel regional.

Finalmente, se cuenta con reportes que son series de datos. Ahí están todas las instituciones que se pueden elegir, las privadas, las de salud pública, las de Atención en Salud, las ISAPRES, el Ejército, las Fuerzas Armadas, etc.

Como ejemplos de los esfuerzos de difusión, se presentan el Boletín de Economía de la Salud, donde se publican nuestros análisis de información de las Cuentas de Salud. El último libro que se ha publicado este año es Gastos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, años 2008-2011. Publicaciones previas incluyen el Análisis de los Gastos de Salud en Chile, en el que se compara con los países de la OECD y de la región. Adicionalmente se han realizado publicaciones durante este año que también están las páginas web de la Unidad de Cuentas de Salud y del Departamento de Desarrollo de Economía.

8.2 Avances recientes en Cuentas de Salud en Colombia

Dr. Gilberto Barón
Asesor del Despacho del Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

La exposición contiene los siguientes elementos:

- Antecedentes a los proyectos de las Cuentas de Salud en Colombia.
- Descripción de las Cuentas Nacionales de Salud (enfoque Harvard), o Cuentas Administrativas.
- Cuentas Satélite de Salud ajustadas o vinculadas con el Sistema de Cuentas Nacionales del DANE.
- Una caracterización somera del Proyecto de Institucionalización del SHA y Cuentas Satélites de Salud que lleva a cabo un grupo interinstitucional conformado por el DANE, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, que incluye la revisión de los desarrollos en una primera fase con el SHA versión 1.0, y una descripción sobre la fase actual, con base en la nueva versión del SHA-2011.
- Una presentación de los avances de este nuevo proyecto y las perspectivas.

El enfoque Harvard de las Cuentas Nacionales de Salud (Cuentas Administrativas) es una metodología que se propuso en el año 1994 en el marco de un convenio celebrado entre el Ministerio de Salud y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (Implantación del Plan Maestro de la Reforma de Salud de la Ley 100 de 1993). El convenio recogió una serie de recomendaciones sobre diversos temas de salud en el contexto de la expedición de la Ley 100.

Una de las recomendaciones centrales del informe fue la adopción de un instrumento de seguimiento o monitoreo a los cambios de la financiación, composición de los flujos y del gasto en el sistema de salud que generó la Reforma de 1993. Este proyecto comenzó a desarrollarse en el Departamento Nacional de Planeación entre 1997 y 2003 en trabajos de consultoría externa que estuvieron principalmente a cargo del ponente, Gilberto Barón, y en contratos sucesivos. No obstante las dificultades, el proyecto avanzó en lo fundamental, es decir, en el diseño matricial, dando como resultado la implementación de cuatro matrices de análisis, una del financiamiento y las otras tres del gasto por tipos de servicios, tipos de prestadores, y según el uso (administración o atención y salud). El proyecto avanzó en la identificación de las fuentes de información, en la revisión documental y de la normatividad, y en los aspectos institucionales de todas las entidades involucradas en el sistema de salud. Las rondas de discusión técnica permitieron desarrollar una herramienta de representación de la enorme complejidad financiera del sistema.

En ese período también se llevó a cabo una ardua tarea de obtención y procesamiento de enormes cantidades de información proveniente de múltiples fuentes del Estado, como el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Estadística (DANE), con las Encuestas de Hogares requeridas para los estimativos de gasto de bolsillo. La primera serie de datos construida entre 1993 y 2002 fueron objeto de grandes controversias, debido a la dificultad del instrumento y la metodología de análisis. No obstante, gracias al proceso de difusión y retroalimentación surtido principalmente con universidades e instituciones de investigación, desde el año 2003 los resultados empezaron a ser publicados (Cuentas de Salud en Colombia 1993-2003. Gasto Nacional de Salud y su Financiamiento, disponible en la página web del Ministerio) y tomados como insumos para procesos de planeación fiscal (Documentos CONPES) y toma de decisiones. Por primera vez en Colombia se contó con un estudio con cobertura íntegra del gasto público y privado en salud, financiamiento e indicadores de la Organización Mundial de la Salud

(OMS). Dentro de este proceso también se realizó un esfuerzo importante de capacitación para la implementación del Módulo de Cuentas de Salud en el sistema de información del Ministerio de Protección Social, que actualmente se mantiene y se ha consolidado. Actualmente se está trabajando en la revisión de resultados para el período 2004-2011 y en la generación de estimativos para el año 2012.

Otro proyecto es el de la Cuenta Satélite de Salud que se adoptó por recomendación del Fondo Monetario Internacional (FMI), a raíz de la revisión de la evaluación del sistema de Cuentas Nacionales de Colombia del 2001.

El proyecto de Cuenta Satélite buscó describir los mecanismos por los cuales se provee la protección Social contra los riesgos de enfermedad, accidentes, riesgos profesionales, maternidad, invalidez y vejez. En un principio lo que se pretendía era que se integrara, tanto el componente de salud como el componente de pensiones y de riesgos profesionales. Otro objetivo importante fue describir la forma como se prestaban los servicios de salud en el sistema de seguridad social integral y su modelo de financiamiento. Se relacionaron los agregados de la salud y la seguridad social con variables no monetarias y los agregados macro-económicos.

Un aspecto importante de esta metodología de Cuentas Satélite, que la diferencia del enfoque de Cuentas Nacionales de Salud, es que desde un principio se ajustó a los principios, conceptos, categorías y clasificaciones del sistema de Cuentas Nacionales. Se supone que los resultados debían estar integrados en el marco central de las Cuentas Nacionales y, aunque inicialmente se concibió como una Cuenta Satélite para el sistema de seguridad social integral, luego se limitó a mostrar el enlace entre la función de los agentes y las definiciones y los conceptos del Sistema General de Seguridad Social y sus representaciones en términos del Sistema de Cuentas Nacionales.

Para el período 2000-2005 los resultados se presentan como una Cuenta Intermedia en Salud

(CIS), o cuenta de ingresos, gastos y financiamiento de las actividades en salud, que a su vez se desglosa en 10 tablas según administradores por regímenes de afiliación a salud (contributivo y subsidiado) y por entes territoriales y prestadores de servicios de salud, incluyendo seguros privados y riesgos profesionales.

A finales de 2009, con la iniciativa de una comisión técnica del Banco Mundial, se conformó un grupo de trabajo interinstitucional con técnicos del Departamento Nacional de Estadística -DANE, DNP y MPS hoy Ministerio de Salud y Protección Social), para la adaptación e implementación de la metodología SHA 1.0. El trabajo tuvo una primera fase hasta finales de 2011, durante la cual se hizo una revisión y adaptación de las clasificaciones ICHA propuestas por dicha metodología (HA, HF, HP, HC). Posteriormente, luego de la reestructuración del nuevo Ministerio de Salud, se retomaron los contactos y se reorganizó el equipo de trabajo, y a partir de agosto de 2012 se comenzó una nueva revisión de las clasificaciones con base en la nueva versión del SHA-2011.

En este momento, desde el punto de vista de la adaptación del SHA 2011, el trabajo ha consistido en un proceso de revisión, adaptación y actualización de las clasificaciones por funciones de atención en salud (HC), de Proveedores de atención en salud (HP), por fuentes de financiación (HF) y por agentes de financiación (FS). Se ha adelantado algo en la revisión, estamos en la revisión de las operaciones de ingresos y gastos para cada uno de los agentes. Según el cronograma establecido esperamos que en lo que queda de este año fines de este año hayamos avanzado en la identificación de tipos de agentes y variables por tipo de agente de financiación (fuentes de información, análisis de información, documentación, etc.), levantamiento de información y la obtención de los primeros resultados preliminares y de análisis. Esperamos la publicación de los resultados para el período 2004-2012 de las Cuentas Nacionales de Salud y avanzar en institucionalización de las Cuentas de Salud, superando las dificultades que ha habido en el proceso, por lo menos en el Ministerio de Salud y Protección Social.

8.3 Avances recientes en Cuentas de Salud en Ecuador

Gabriela Mata
Ministerio de Salud Pública de Ecuador

La salud es un tema prioritario para los gobiernos y para la sociedad que incluye aspectos demográficos y socioeconómicos, además de los aspectos clínicos de la atención médica. Los sistemas de salud que han logrado la cobertura universal han seguido lineamientos estratégicos sobre el nivel de gasto total, el nivel de gasto público y el nivel del gasto de bolsillo teniendo en cuenta todos estos factores.

Las experiencias que ha tenido el Ecuador en cuanto a Cuentas Satélite de Salud pueden sintetizarse en tres momentos:

- El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) desarrolló un ejercicio exploratorio en el año 2003 que proporcionó una base importante para la elaboración de las siguientes Cuentas Satélite.
- Consolidación del desarrollo de CSSS ejercicios 2003-2005 y 2006-2008 mediante convenio participativo entre el MSP y el INEC.
- Actualmente, no se utiliza la modalidad de convenios sino las Cuentas Satélite bajo un proyecto de inversión aprobado por la Secretaría de Planificación del Ecuador.

Las CSSS 2003–2005 fue un ejercicio completo que logró establecer una clasificación institucional con subsectores para el cálculo de las cuentas de los Sectores Institucionales, mientras que el ejercicio de CSSS 2006-2008 incorpora información sobre las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con el apoyo del Servicio de Rentas Internas (SRI).

En esta ponencia se presentaron parte de las cuentas del período 2005-2008 del último ejercicio que se

realizó y algo de lo que se está haciendo actualmente en su elaboración.

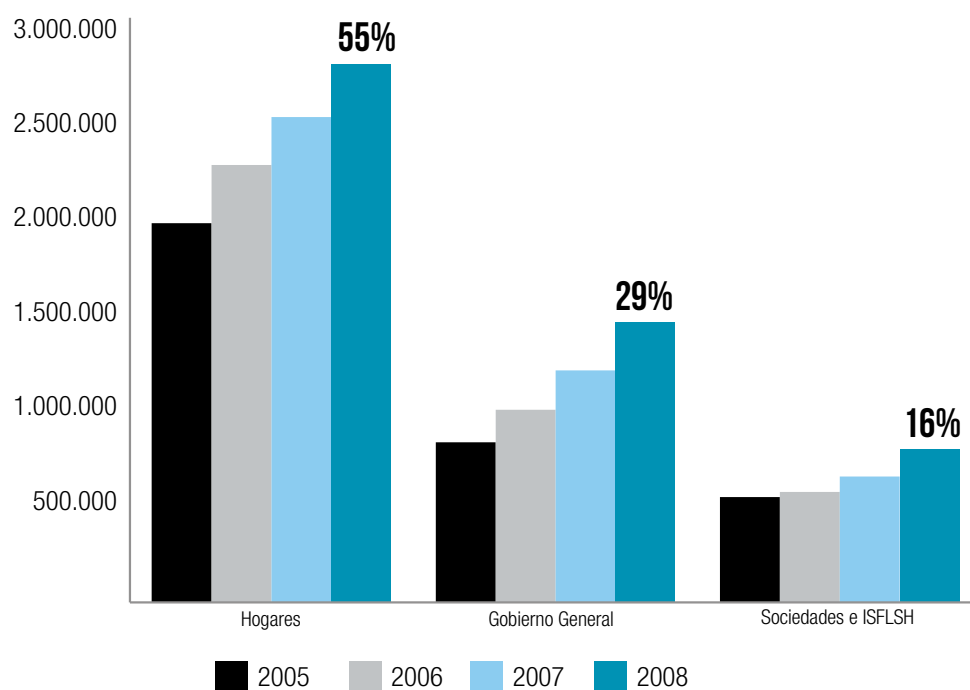
Dentro de los principales resultados se destacan el gasto en salud según beneficiarios y fuentes de financiamiento, cuentas de producción y generación de ingreso, producción en valores y unidades físicas, gasto de bolsillo e indicadores macro-económicos.

En primer lugar, puede observarse los hogares son prácticamente los financiadores del sector salud, con el 55% del total del financiamiento; el Gobierno general participa con el 29% y las sociedades de instituciones sin fines de lucro con el 16% (figura 73). Los productos que tienen la mayor participación en el gasto son los servicios de salud humana que incluyen los centros de salud, hospitalarios, los servicios médicos, odontología, entre otros.

En cuanto a la estructura porcentual del gasto de consumo final, a pesar de los avances de la política social, que han permitido aumentado la participación del Gobierno del 27% al 33% y de que las cifras de Consumo Final de los Hogares se han reducido del 72% al 65%, éstas últimas todavía siguen siendo muy altas (figura 74).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LOS SECTORES INSTITUCIONALES PARA LA SALUD EN ECUADOR 2005-2008

FIG 73

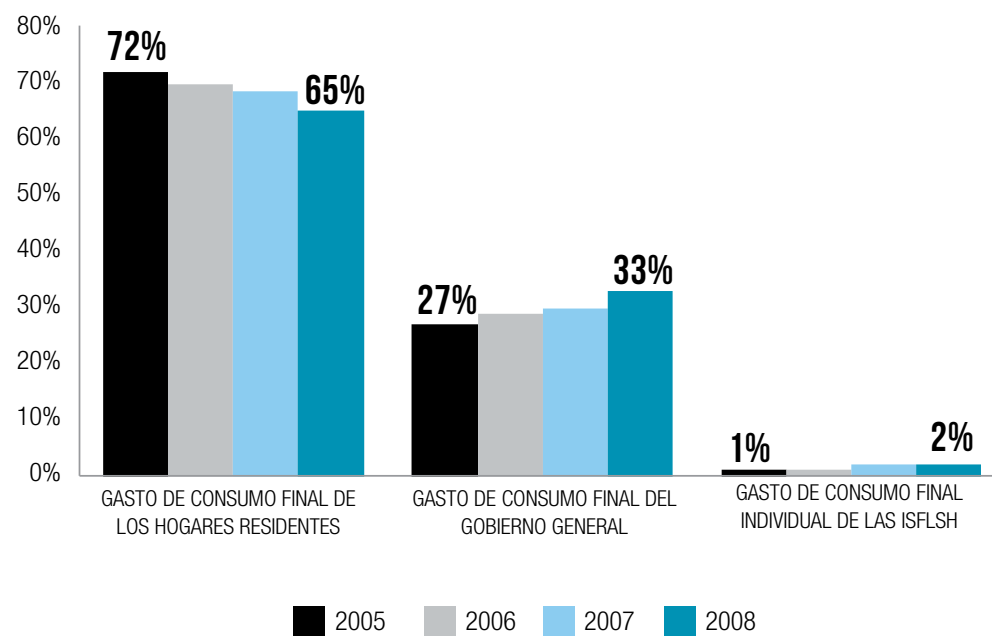


FUENTE: Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2005-2008

ELABORACIÓN: Dirección de Economía de la Salud – Ministerio de Salud Pública

FIG 74

ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GASTO DE CONSUMO FINAL POR SECTORES 2005 - 2008



FUENTE: Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2005-2008

ELABORACIÓN: Dirección de Economía de la Salud – Ministerio de Salud Pública

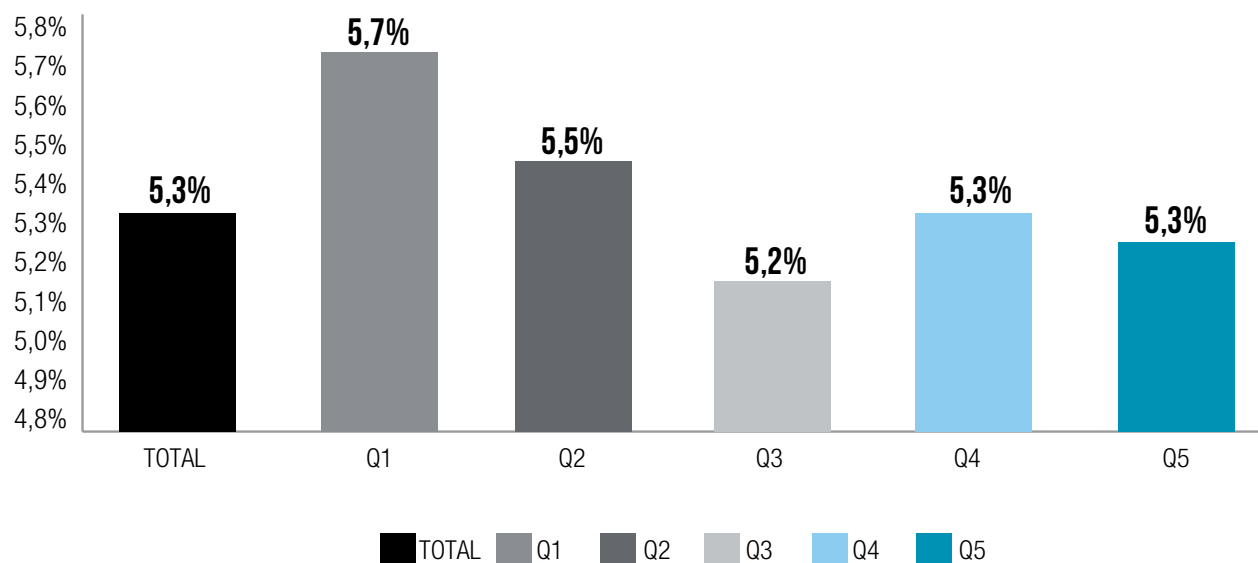
El consumo final de los hogares por quintiles (figura 75), podemos ver que en el quintil 1 tiene la mayor proporción y el quintil 5 la menor. En lo que más gastan los hogares (figura 76) son productos farmacéuticos (37%). Como último dato destacable encontramos el valor agregado bruto de la salud, que cambia 1.83% en el 2005 al 2.14% del PIB en el 2008 (figura

87); aunque hay una tendencia ascendente, aún el cumplimiento de las metas es todavía parcial.

En este año 2013 se creó una comisión interinstitucional para poder elaborar las Cuentas de Salud. Dentro de esto, los papeles específicos son los siguientes: el Ministerio de Salud, co-ejecuta las Cuentas

PARTICIPACIÓN DEL GASTO DE CONSUMO EN SALUD DE LOS HOGARES SOBRE EL GASTO DE CONSUMO TOTAL PORQUINTILES DE INGRESO: 2005 - 2006

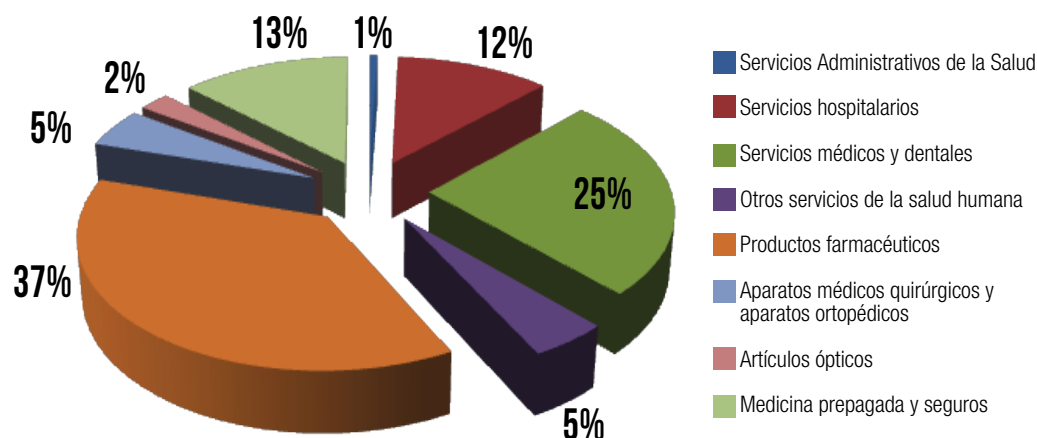
FIG 75



FUENTE: Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2005-2008

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE CONSUMO FINAL DE LOS HOGARES 2008

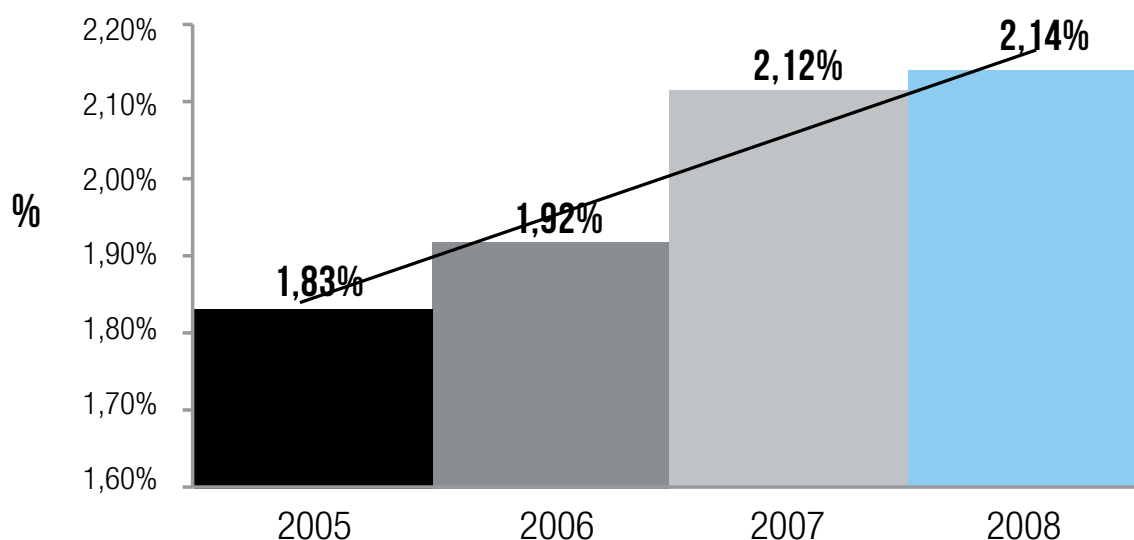
FIG 76



FUENTE: Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2005-2008
ELABORACIÓN: DES

VALOR AGREGADO BRUTO / PRODUCTO INTERNO BRUTO 2005 - 2008

FIG 77



FUENTE: Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2005-2008
ELABORACIÓN: DES

Satélites de Salud; cabe resaltar que el Ministerio no las elabora, sino que es el usuario más importante de los resultados. Para poder utilizar las cifras debe haber capacidad de análisis, por lo cual se han hecho capacitaciones de personal; sin embargo, falta mucho para obtener una masa crítica que esté dedicada solamente a las Cuentas de Salud. INEC es el ejecutor de las Cuentas de Salud y es la entidad encargada de las estadísticas del país. Participa también el Ministerio de Coordinación de Política Económica, que tiene la función de construir el Sistema Integrado de Cuentas Nacionales, se encarga de coordinar el trabajo de Cuentas Satélites de todas las entidades públicas del país y de priorizar la elaboración de las mismas. Por otra parte, el Banco Central del Ecuador también se suma a la labor de desarrollo de Cuentas, con el papel de definir directrices para la elaboración de Cuentas Satélite en Salud, bajo el marco de las Cuentas Nacionales, para que exista esta correlación y no se presenten desviaciones. Por último, la Secretaría Nacional de Planificación es la encargada de aprobar los proyectos para financiar la elaboración de las Cuentas Satélite en Salud y además, desarrolla el Sistema Nacional de Información del País.

primero, el fortalecimiento institucional e interinstitucional mediante el procesamiento y análisis de la información necesaria para la toma de decisiones, en este caso, para las autoridades.; la coordinación de las estadísticas de salud con las Cuentas Nacionales; segundo, permitir el seguimiento y monitoreo del gasto de consumo de hogares, con miras a la disminución del gasto de bolsillo; finalmente, ayudar en la formulación de una política de mantenimiento del acceso a salud y a medicamentos.

Dentro de los desafíos futuros pueden mencionarse los siguientes: socializar el análisis de los principales resultados del país para facilitar el uso de información por parte de las autoridades y para conocimiento de la población en general; elaborar el nuevo estudio de las Cuentas Satélite de Salud para terminar con la nueva serie 2009-2013; consolidar el proceso de institucionalización de las Cuentas Satélite como un instrumento de soporte sectorial; por último, consolidar las Cuentas Satélite de Salud como una herramienta para la definición de políticas sobre el financiamiento público, su asignación y focalización de recursos.

Los objetivos con el uso de Cuentas Satélite son,

8.4 Avances recientes en cuentas de salud en Brasil

María Angélica Borges dos Santos Ministerio de Salud de Brasil

Las Cuentas Brasileñas del sistema de Salud utilizan el Sistema de Cuentas Nacionales. Incluyen datos de producción, consumo, generación de empleo y rentas. La salud pública, los servicios públicos, la industria y el comercio de medicamentos de productos sanitarios se incluyen como ámbito diferenciado del SHA. Cinco instituciones participan en este proceso: el IBGE, el instituto de estadísticas; el IPEA, Instituto de Investigaciones Económicas; el Ministerio de Salud; el Fiocruz y la ANS, que regula los planes de salud en Brasil; la coordinación técnica la hace el IBGE.

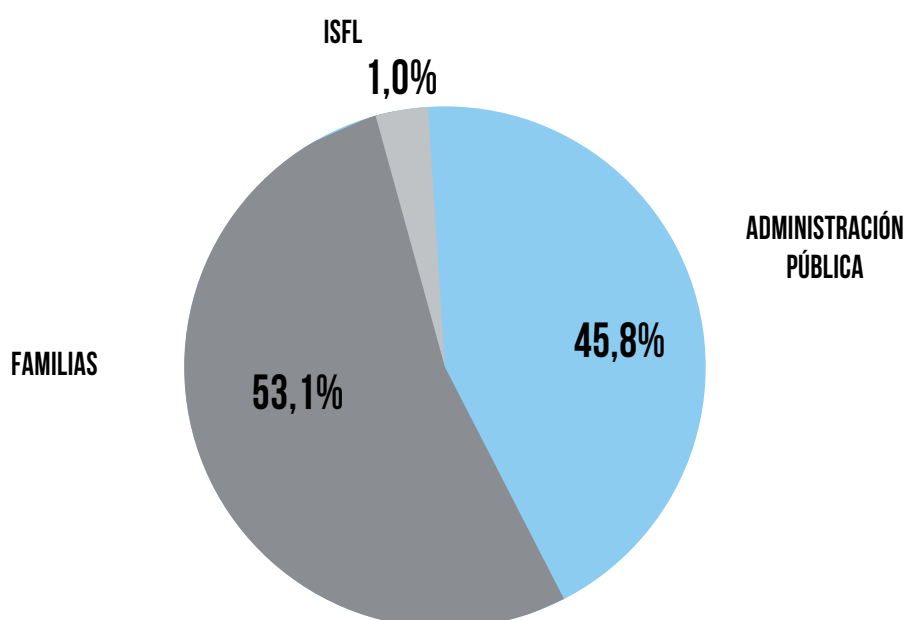
Tenemos ahora resultados publicados para el período 2000-2009 y completamos tres rondas de Cuentas de Salud; esto demuestra un proceso avanzado de institucionalización. No hay todavía divulgación periódica, principalmente cuando hay cambios metodológicos en el Sistema de Cuentas Nacionales,

que ocurre a cada diez años; los últimos resultados divulgados el año pasado son los resultados del 2009; la siguiente está prevista para 2015, con resultados del 2012.

Los resultados de Financiamiento de Bienes y Salud (figura 78) muestran una elevada participación de los hogares. El Gobierno concentra casi tres cuartos de su gasto en servicios y apenas el 5% en medicamentos, mientras que los hogares utilizan el 50% del financiamiento en servicios y una parte muy significativa en medicamentos (figura 78). La distribución del porcentaje de gasto de hogares por producto (figura 83) confirma el gran peso de los medicamentos y los servicios no hospitalarios en el financiamiento. Aquí se consideran los gastos intermediados por seguros de salud privados como gastos de las familias. La mayor parte de gastos del gobierno (figura 79) se concentran en el financiamiento de servicios y apenas 5% en el de medicamentos. Como avances que pretendemos lograr en las próximas rondas, tenemos las tablas que Claudia ha hablado sobre productos de salud por tipo de cobertura.

FINANCIAMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD, 2009

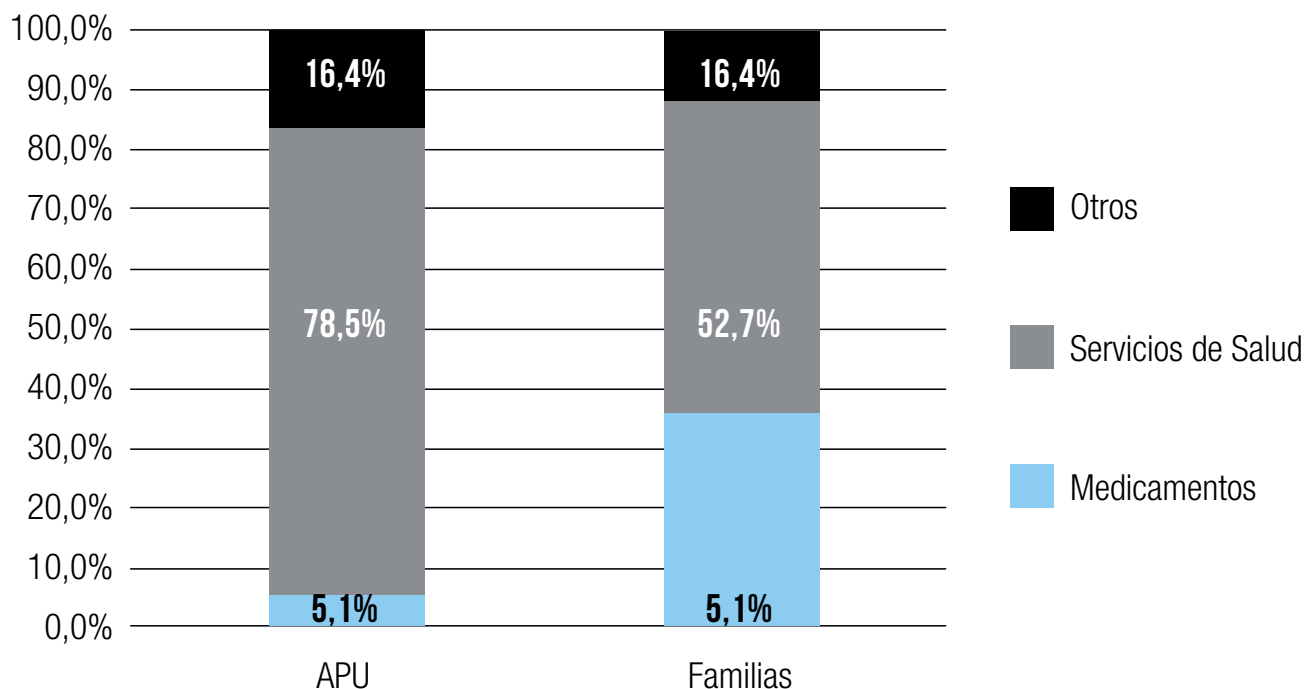
FIG 78



Fuente: Minsalud-Brasil

PARTICIPACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE SALUD EN LOS GASTOS DE HOGARES Y GOBIERNO

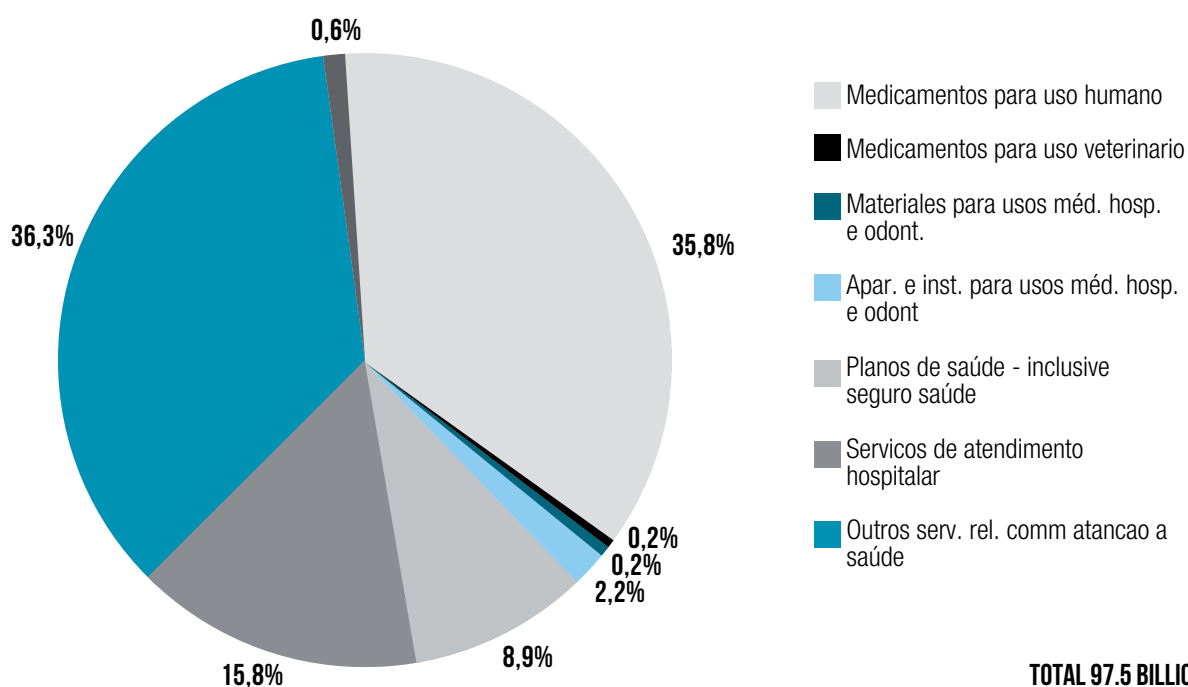
FIG 79



Fuente: Minsalud-Brasil

CONSUMO FINAL DE HOGARES POR PRODUCTO. BRASIL 2009

FIG 80

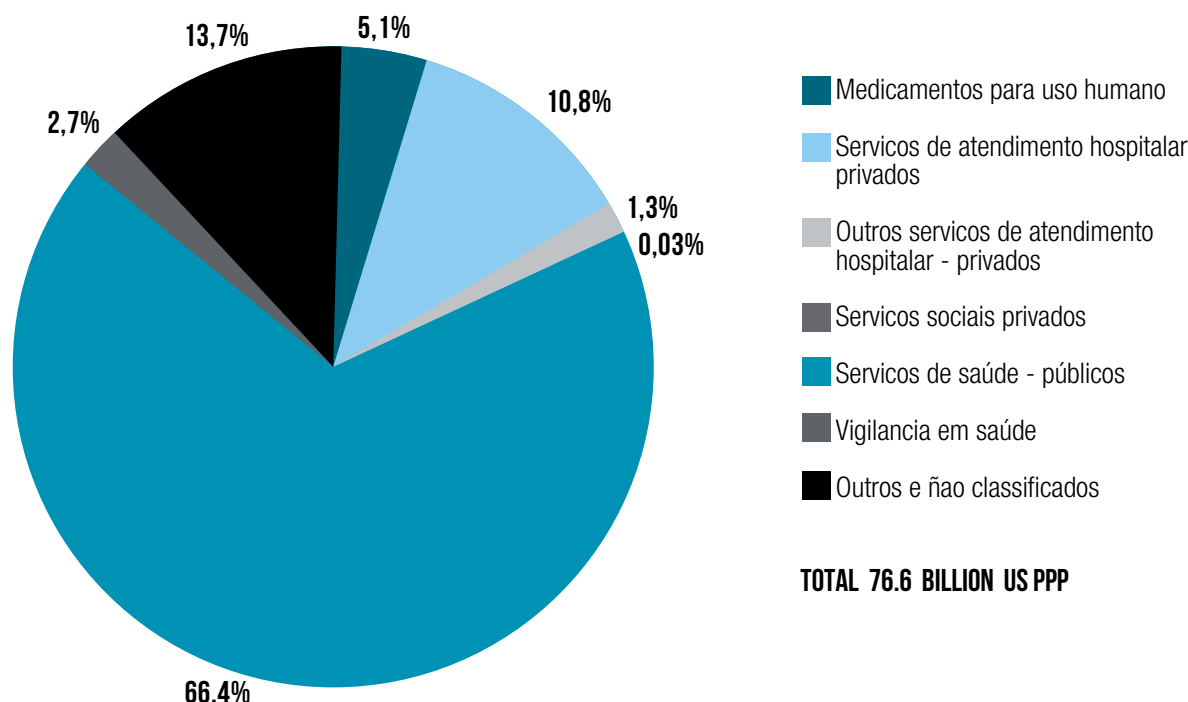


TOTAL 97.5 BILLION US\$ PPP

Fuente: Minsalud-Brasil

FIG 81

CONSUMO FINAL DEL GOBIERNO POR PRODUCTO. BRASIL 2009



Fuente: Minsalud-Brasil

La figura 81 muestra el financiamiento del Gobierno de cada uno de sus productos y la cobertura por seguros privados relacionados por el empleo, voluntarios y Gastos de Bolsillo, que tienen un peso muy grande en Brasil. En cuanto al este último (figura 82), vemos la importancia del porcentaje del gasto de medicamentos (64% del gasto de bolsillo) de las familias; no es importante la atención hospitalaria privada y se muestra que los hospitales son financiados básicamente por el Gobierno y planes de salud privados. Hemos empezado también a hacer Análisis Sectoriales motivados por la importancia de los gastos en medicamentos y las Cuentas Satélite nos dan información sobre toda la cadena productiva de medicamentos, desde la producción hasta el consumo. Hay una razón muy importante que justifica ese interés, que son los datos de EMS HEALTH según los cuales cuatro países de América Latina estarán entre los principales mercados consumidores de medicamentos en el 2015 (figura 82). Yo quisiera llamar la atención de los países que están aquí acerca de ese factor, de modo que compartan el interés por monitorear los gastos y políticas para la asistencia

farmacéutica. La tabla de Recursos y Usos muestra la cadena productiva de oferta de medicamentos (figura 88). La suma de la producción total con la importación es igual a la oferta total a precios básicos de fábrica. Necesitamos agregar ahí los márgenes de distribución y comercialización y los márgenes de transporte e impuestos y con eso tenemos la oferta a precios del consumidor. Si comparamos el total de precios básicos y el total de precios al consumidor, queda claro el peso de los márgenes de distribución y de impuestos en el precio final de los medicamentos. En la parte baja de la tabla vemos los comportamientos del consumo que muestran nuevamente la gran participación de los hogares familiares comparativamente con la del Gobierno.

El estudio de la Estructura de Precios (figura 83) toma como base los precios al consumidor y los desagrega en porcentajes de participación de precios básicos y márgenes de distribución, de transporte e impuestos, muestra que los impuestos internos porcentuales se han mantenido y han aumentado frente al margen del comercio y distribución de

CONSUMO EFECTIVO DE PRODUCTOS DE SALUD POR TIPO DE COBERTURA

FIG 82

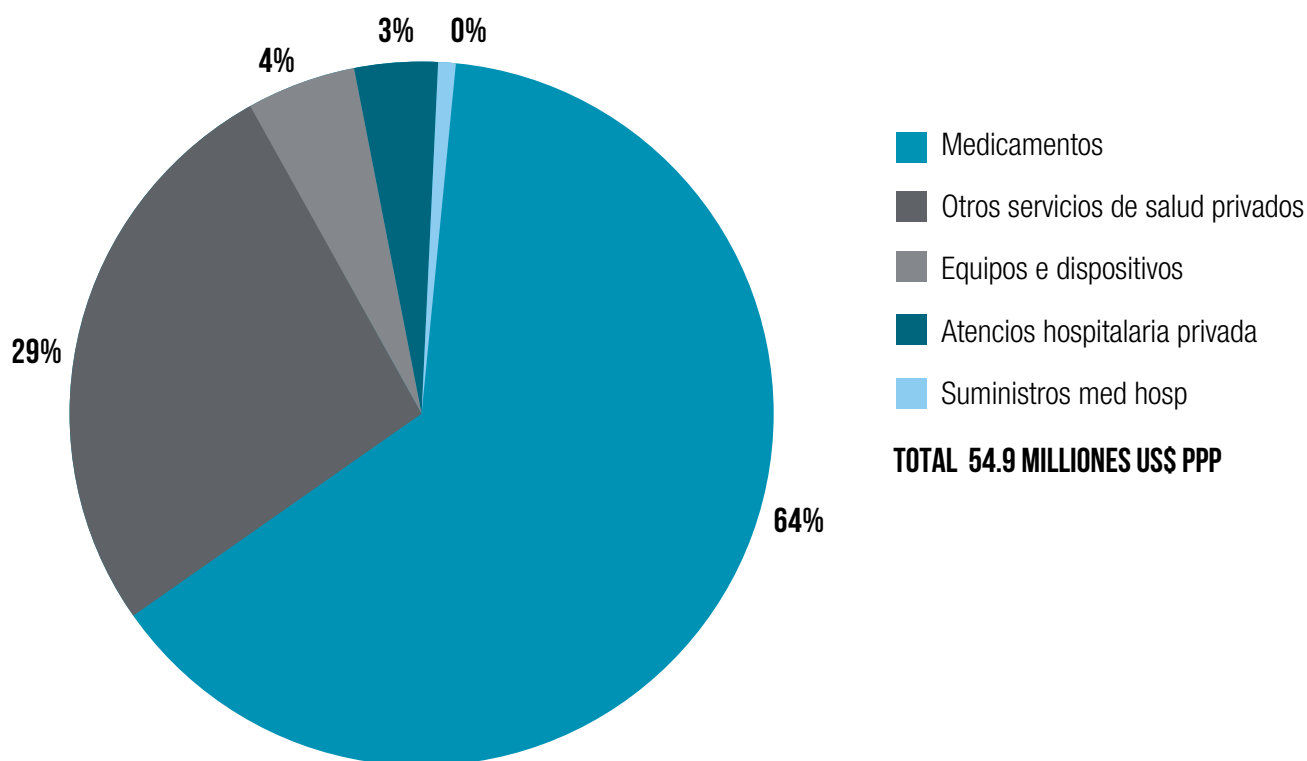
DATOS PRELIMINARES, 2009

	GOBIERNO	SEGURO PRIVADO RELACIONADO A EMPLEO	SEGURO PRIVADO VOLUNTARIO	OOP	TOTAL
Medicamentos	3.914			34.893	38.807
Suministros med hosp				194	194
Equipos dispositivos				2.183	2.183
Administración y venta de seguros de salud		6.334	2.343	0	8.677
At hosp privada	8.276	10.048	3.716	1.613	23.653
Otros servicios de salud privados	1.011	14.129	5.225	16.094	36.459
Servicios de salud públicos	50.947				50.947
Vigilancia en salud	2.057				2.057
Salud pública-otros	10.517				10.517
Totales	72.808	30.511	11.284	54.977	173.494

Fuente: Minsalud-Brasil

GASTO DE BOLSILLO POR PRODUCTO DE SALUD. BRASIL, 2009

FIG 83



Fuente: Minsalud-Brasil

ANÁLISIS SECTORIALES MAYORES MERCADOS FARMACEUTICOS - PHARMERGING COUNTRIES

FIG 84

	2005	2010	2015
1	USA	USA	USA
2	Japão	Japão	Japão
3	França	China	China
4	Alemanha	Alemanha	Alemanha
5	Italia	França	França
6	UK	Italia	Brasil
7	Espanha	Brasil	Italia
8	Canada	Espanha	India
9	China	Canada	Espanha
10	Brasil	UK	Russia
11	Mexico	Russia	Canada
12	Australia	India	UK
13	Coreia do Sul	Australia	Venezuela
14	Turquia	Mexico	Turquia
15	India	Coreia do Sul	Coreia do Sul
16	Russia	Turquia	Australia
17	Holanda	Polonia	Mexico
18	Belgica	Holanda	Argentina
19	Polonia	Belgica	Polonia
20	Grecia	Grecia	Belgica

Fuente: IMS Health

BRASIL, ESTRUCTURA DA OFERTA E DEMANDA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS. 2000 - 2009

FIG 85

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
OFERTA (em milhões de R\$ correntes)										
Produção principal (indústria farmacêutica)	12.352	13.993	14.317	17.093	19.168	21.995	24.248	25.902	29.263	32.900
Produção secundária (laboratórios oficiais)	nd	nd	nd	nd	nd	493	631	925	862	936
Produção secundária (outros)	237	121	51	42	55	60	68	66	79	87
Importação	2.082	2.931	3.505	3.887	4.378	4.032	4.638	5.704	6.445	7.252
Total da oferta a preços básicos	14.671	17.045	17.873	21.022	23.601	26.580	29.585	32.597	36.649	41.175
Margem de comércio	6.593	6.742	7.215	8.680	10.110	12.006	13.664	16.006	17.433	21.591
Margem de transporte	118	106	125	165	165	191	201	222	221	259
Total de impostos líquidos de subsídios	3.758	4.158	4.552	3.758	6.271	7.788	7.968	8.630	10.092	11.186
Total da oferta a preços ao consumidor	25.140	28.051	29.765	33.625	40.147	46.565	51.418	57.455	64.395	74.211
DEMANDA (em milhões de R\$ correntes)										
Consumo intermediário dos serviços de saúde e outros	5.378	5.010	6.016	7.041	7.995	5.446	5.650	8.368	8.015	10.168
Consumo final famílias	19.213	22.123	23.477	27.795	31.008	36.407	40.667	44.783	48.892	56.178
Consumo final governo	1.159	1.781	1.456	2.066	3.106	3.819	4.302	4.728	6.221	6.302
Exportação	249	385	487	537	616	619	730	817	1.042	1.368
Variação do Estoque	300	533	-215	-1.748	528	274	69	-1.241		

Fuente: Adaptado de IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais.
Elaboração própria. Farmácia popular-- 2009-- total Brasil R \$ 356 milhões

medicamentos en el período 2000-2001. Para entender el origen del aumento en esos márgenes, hicimos un análisis del excedente de explotación como porcentaje del valor agregado (figura 86), en el que comparamos los excedentes de exportación de la industria farmacéutica (en azul) y el comercio de medicamentos (en rojo). Vemos que en el período 2000-2009 el excedente de exportación del comercio

de medicamentos aumentó considerablemente y el de la industria farmacéutica se mantuvo. Brasil ha tomado decisiones clave en el sentido de distribuir comercialmente los medicamentos y estos datos son importantes para definir qué tipo de negociación se hace con los distribuidores.

EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE COMERCIO E IMPUESTOS EN EL PRECIO AL CONSUMIDOR DE MEDICAMENTOS. BRASIL, 2000 - 2009

FIG 86

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Preços básicos	58,4%	60,8%	60,0%	62,5%	58,8%	57,1%	57,5%	56,7%	56,9%	55,5%
Margem de comercio	26,2%	24,0%	24,2%	25,8%	25,2%	25,8%	26,6%	27,9%	27,1%	29,1%
Margem de transporte	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%
Impostos líquidos de subsídios	14,9%	14,8%	15,3%	11,2%	15,6%	16,7%	15,5%	15,0%	15,7%	15,1%

Fuente: Minsalud-Brasil

EVOLUCIÓN DE EXCEDENTE DE EXPLOTACIÓN BRUTO COMO % DD VALOR AGREGADO 2000 - 2009

FIG 87



Fuente: Elaborados a partir de IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Contas Satélite de Saúde 2000--2009.

El análisis del período 2000-2009 del incremento anual en el consumo de Bienes y Servicios de Salud por sector institucional (figura 87) muestra que fue una buena década, ya que sólo entre 2004 y 2005 los incrementos de consumo del Gobierno no fueron mayores que el de los Hogares. Yo tengo dudas sobre la década actual.

Otro indicador interesante es el incremento del valor agregado de las actividades de salud (figura 88); Brasil ha crecido si comparamos con el crecimiento en las actividades de salud, que fue del 32%. Llama la atención el comportamiento de la Salud Pública, que tuvo un crecimiento muy por encima de la economía y, por otra parte, el comportamiento de las actividades hospitalarias privadas, que muestra tendencias de retracción. Este último resultado es tanto interesante como preocupante, porque las aseguradoras privadas empezaron a vender múltiples seguros para la población y la cobertura nacional de los seguros privados tuvo un gran aumento, sin un crecimiento correspondiente de la capacidad para tratamiento hospitalario; este es un indicador que nos ayuda a prever ese tipo de dificultades.

Hicimos estudios con comparaciones internacionales históricas usando bases que la CEPAL está empezando a organizar para América Latina, una tarea muy importante para establecer comparaciones. La primera comparación es sobre la participación de los servicios de salud públicos y privados en el valor agregado (figura 89). Vemos que Brasil tenía una participación del 4% de la economía, eso se compara con el Ecuador que mostró hoy estadísticas para el valor agregado de servicios de salud de 2.1%. Los países latinoamericanos tienden a tener menos participación de servicios de salud en la economía frente a los países de la OECD. Alemania, un país que sufrió los efectos de la guerra, tenía en 1997 un margen mucho mayor de participación que los nuestros.

En cuanto a los valores porcentuales de empleos en la economía (figura 94), se evidencia el déficit de estructura de Brasil, comparativamente con otros países (Brasil tuvo en el 2003 3.1 % de empleos directos en servicios de salud, cifra que subió a 3.5% en 2007, mientras que en el Reino Unido el total de empleos en servicios de salud y sociales en la economía es de 12.5%).

INCREMENTO REAL EN CONSUMO DE BIEN Y SERVICIOS DE SALUD POR SECTOR INSTITUCIONAL. BRASIL, 2000 - 2009

FIG 88

INCREMENTO MEDIO ANUAL (%) DE CONSUMO FINAL DE BIEN E SERVICIOS DE SALUD BRASIL 2000-2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gobierno		9,3	4,6	3,4	0,5	1,3	7,5	6,4	6,9	5,4
Hogares		4,3	3,1	0,6	3,2	3,7	3,7	4,6	5,3	3,5
PIB (%)	4,3	1,3	2,7	1,1	5,7	3,2	4	6,1	5,2	-0,3

Fuente: Minsalud-Brasil

INCREMENTO REAL EN VALOR AGREGADO DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD. BRASIL. 2000 - 2009

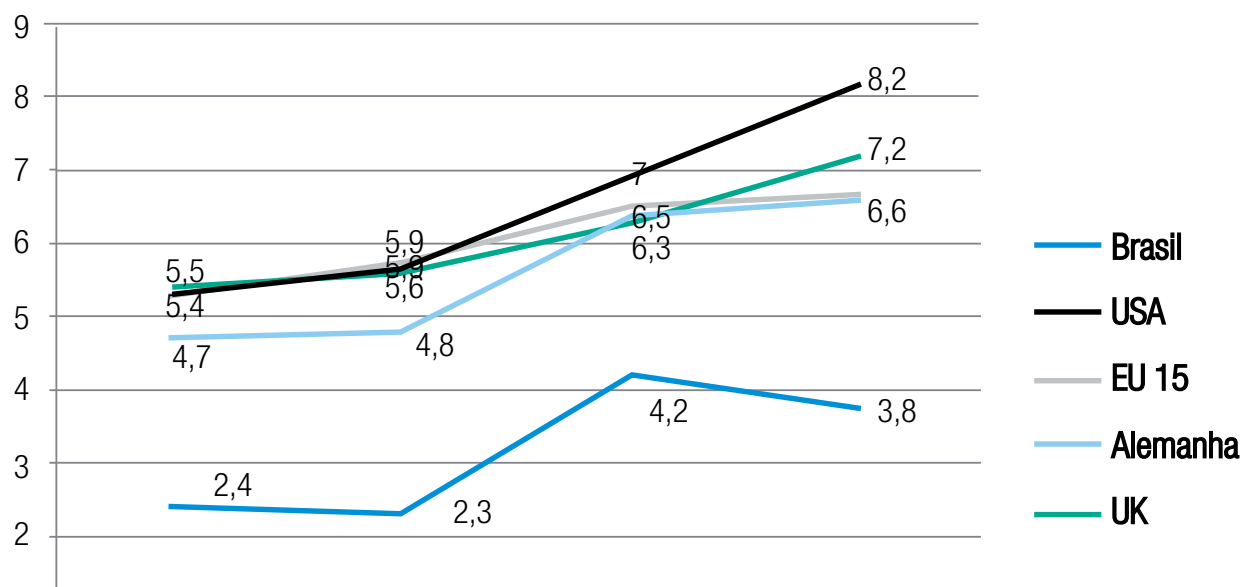
FIG 89

Actividades	Variação acumulada no volume do valor adicionado (%)									
	2000-1	2000-2	2000-3	2000-4	2000-5	2000-6	2000-7	2007-8	2008-9	
Total economia	1,4	4,6	5,9	11,8	15,1	19,4	26,3	32,4	32	
Actividades relacionadas a saúde	4,1	6	7	10,2	16,7	21,9	27,6	35,1	38,8	
Fabricação de produtos farmacêuticos	-0,6	-0,8	-3,1	0,3	12,9	16,1	18	32,3	40,4	
Fabricação aparelhos médico-hos e odonto	8,4	26,7	26,6	41,6	-33,5	35,5	42,7	47	28,1	
Comércio produtos farma, med, ortop e odonto	0,4	-1,3	-3	2,6	15,1	18,6	21,6	34,9	39,7	
As sis tencia medicas suplementar	11,5	13,7	11,1	17,4	24	25,8	35,8	41,6	42,1	
Saude publica	7,6	12,5	16,5	16,5	21,3	19,5	39,4	49,3	57,1	
Actividades de atendimento hospitalar privadas	4,2	3,2	3,7	4,8	5,1	3,2	2	2,8	0,4	
Actividades nao hospita provadas	1,8	1,8	2,1	7,9	16,1	23,7	30,2	34	37,9	
Serviços sociais privados	-0,9	1,2	6,1	5,7	1,9	10	17,1	20,6	18,4	

Fuente: Elaborado a partir de IBGE, Diretoria de Pesquisas Coordenação de contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007

PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS EN EL VALOR AGREGADO. 1980 - 2007

FIG 90



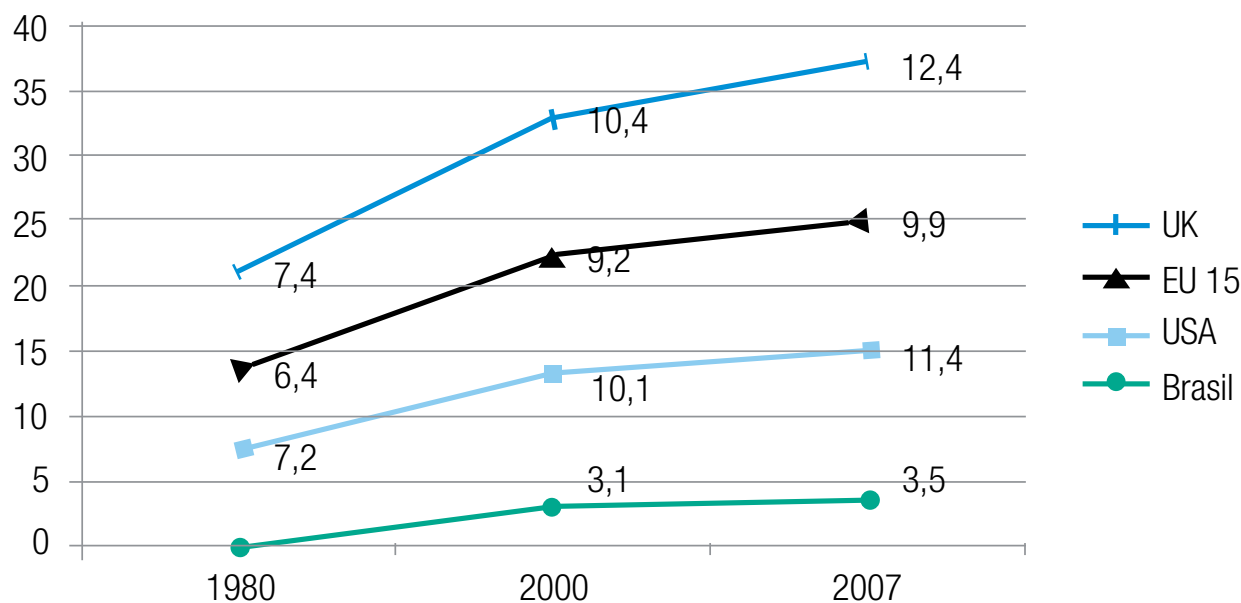
Fuente: Minsalud-Brasil

Finalmente, en la Agenda de Institucionalización se ha identificado como principal problema la irregularidad de la publicación de datos; esperamos tener publicaciones más regulares sobre datos públicos, en alternancia con publicaciones completas de los sectores público y privado. Tenemos proyectos para establecer cuentas anuales para el sector público que serían publicadas por el IPEA, con un contenido de datos más desagregados que los actuales, para intentar ampliar la utilización de las informaciones de

las cuentas por el tomador de decisiones público y también para tener información detallada sobre atención primaria y servicios médicos, comparables con las del sector privado. Este es un elemento especialmente importante para las provincias y los municipios. Tendremos cuentas completas del sector público y privado cada 2 años a partir del 2015 y estamos también iniciando participación en cuentas de salud con MBC y por enfermedad.

EMPLEOS EN SERVICIOS DE SALUD COMO % DEL TOTAL DE EMPLEOS 1980, 2000, 2007

FIG 91



Fuente: Minsalud-Brasil

8.5 Avances recientes en Cuentas de Salud en Uruguay

Laura Rivas
Ministerio de Salud de Uruguay

Uruguay es un país pequeño que ha mejorado en términos de desarrollo humano en la última década, especialmente en cuanto a la erradicación de la pobreza y la desigualdad. En el 2002 hubo una crisis importante y a partir de ese momento se han implementado políticas para la población más vulnerable. Cabe mencionar cambios importantes en las políticas públicas, como una Reforma de la Salud a partir del 2007 que aún se encuentra en proceso.

A grandes rasgos, el sistema de salud uruguayo estaba dividido en dos subsistemas: el subsistema mutual y el subsistema público, ambos con cobertura integral pero con una gran inequidad en el gasto entre uno y otro: el privado presentaba más o menos tres veces el gasto per cápita del el sistema público; transformar esta realidad fue una de las motivaciones de la Reforma. A través de la Seguridad Social menos del 20% de la población tenía cobertura en salud en el 2004; ASSE, como principal proveedor público de salud, se financiaba con rentas generales del Estado sin correlación con la cantidad de población cubierta o sus necesidades específicas. La Reforma de la Salud buscó administrar riesgos y asegurar un financiamiento equitativo de los servicios de salud a través mecanismos de subsidio redistributivos, para los cual creó un fondo único y centralizado.

Las Cuentas de Salud han jugado un rol fundamental para determinar la situación previa y realizar un monitoreo del modo en que han ido operándose los cambios. Los tres ejes del modelo de la Reforma de la Salud son: un cambio hacia un modelo de atención que privilegia calidad; cambios en el modelo de financiamiento; finalmente, cambios en el modelo de gestión.

El Seguro Nacional de Salud, que antes cubría solamente el 20% de la población, ha crecido

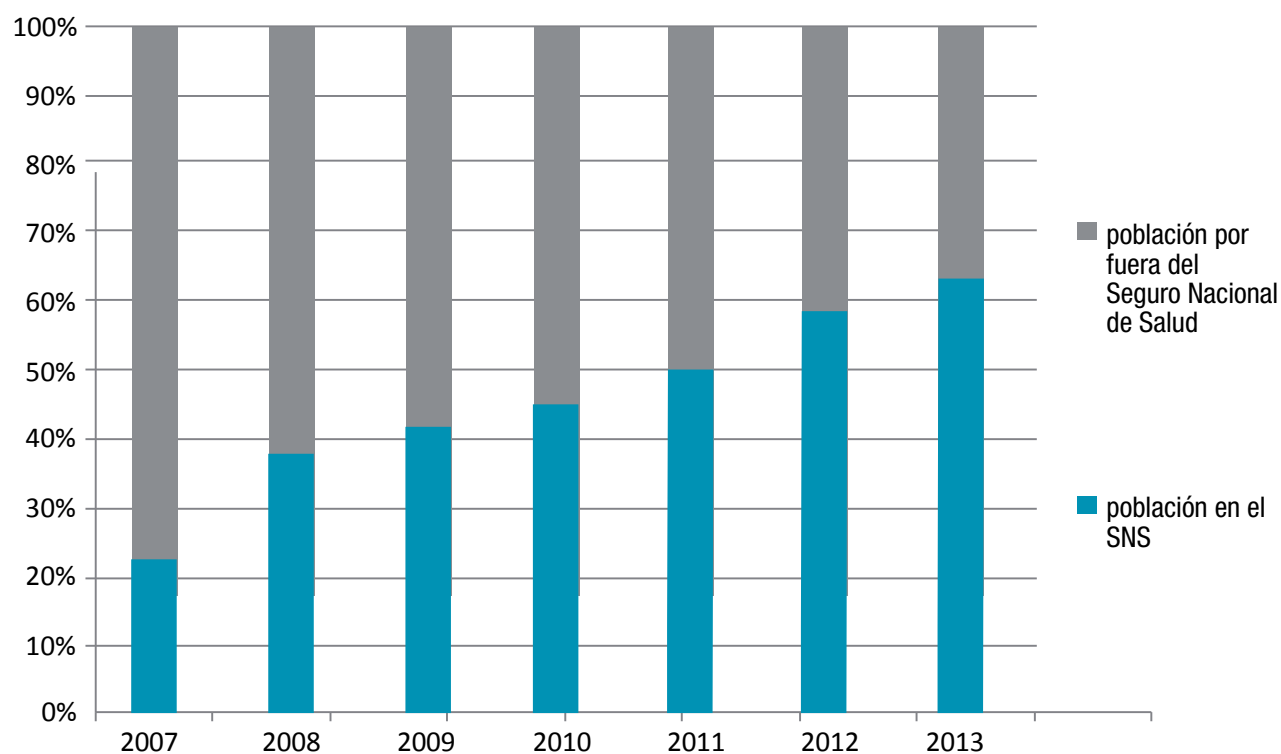
consistentemente. FONASA es el Fondo Único y Obligatorio y está compuesto por aportes del Estado, de hogares y de las empresas. En el 2007, año previo a la Reforma, más o menos un 23% de la población estaba cubierta por el Seguro; esta cifra crece a cerca de un 65% de la población en mayo de 2013 (figura 95). El reto es lograr cobertura universal, aunque cabe aclarar que aquellos que actualmente no están dentro del Seguro tienen una prestación integral de salud en el prestador público. La distribución de la población según tipo de prestador (figura 96) muestra un crecimiento del Sistema Mutual (40 proveedores sin fines de lucro) desde 2004. Desde el 2011 se descongestiona el proveedor público y aumentan en un 57% los usuarios, o sea, la población del país que tiene cobertura bajo ese sistema mutual. Esto tiene que ver con la incorporación progresiva de los hijos, que implicó boom desde enero del 2008, y de usuarios del sistema público. Hay cierto nivel de desconocimiento de derechos, que ronda el 2.6% de la población. Esta cifra sale de una encuesta del Instituto Nacional de Estadística en la que pregunta a los usuarios con cuál prestador tiene derecho a la salud y contestan que con ninguno. Eso sucede cada vez con menos regularidad, pero todavía hay gente que desconoce su derecho.

El Fondo Nacional de Salud paga a las instituciones públicas y privadas a partir de cápitas que se definen para ocho tramos etarios y según el sexo; en total, son dieciséis cápitas que calculan en función de un gasto esperado (figura 97); este cálculo se revisa con frecuencia, ya que el gasto esperado depende del gasto efectivo, el cual no es necesariamente eficiente.

El trabajo en Cuentas Nacionales de Salud tiene antecedentes desde 1994. Solo hasta la Reforma surge la División de Economía de la Salud y se aplica por primera vez la metodología SHA en Cuentas Nacionales de Salud, si bien con algunas clasificaciones adaptadas a Uruguay. El primer informe del año 2004 (publicado en el 2006) permitió hacer un diagnóstico de las inequidades del gasto y el financiamiento como insumos para la Reforma. La serie completa del período 2005-2008, que

EVOLUCIÓN COBERTURA SEGURO NACIONAL DE SALUD

FIG 92



Fuente: Banco de Previsión Social

COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE PRESTADOR

FIG 93

	1991	1995	1998	2000	2002	2004	2008	2011
MSP-ASSE	28.8%	30.2%	33.0%	36.1%	38.2%	39.6%	39.6%	31.1%
IAMC	54.5%	52.7%	50.7%	47.5%	50.6%	48.0%	53.2%	56.6%
Otras	9.9%	10.6%	11.6%	11.9%	7.9%	8.2%	8.2%	9.7%
Sin cobertura	6.8%	6.5%	4.7%	4.5%	3.9%	4.2%	3.6%	3.6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ECH del INE

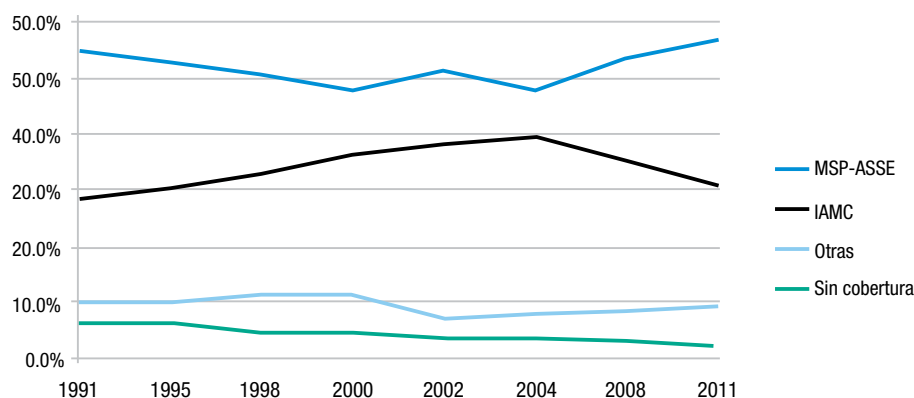
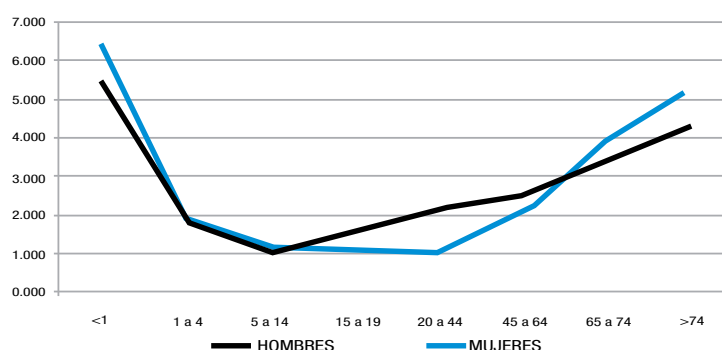


FIG 94

CÁPITAS - ESTRUCTURA RELATIVA DE CÁPITAS (VIGENTE DESDE SEPTIEMBRE 2011)

	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	>74
Hombres	6.456	1.890	1.120	1.086	1.000	2.058	3.955	5.208
Mujeres	5.515	1.781	1.011	1.433	2.113	2.516	3.440	4.297

Fuente: Decreto 430/011



Cálculo de las cápitas

$$\sum_P \frac{G_P \left(\frac{Q_{Pij}}{\sum_y Q_{Pij}} \right)}{B_y} = Capita_{ij}$$

G_P =Gasto por institución para la producción del servicio asistencia P .

G_{Pij} =Cantidad demandada del producto asistencial P por los usuarios del tramo de edad i y el sexo j .

B_{ij} =Número de usuarios registrados en la institución, del tramo de edad i y el sexo j .

$Capita_{ij}$ =Gasto esperado de los usuarios registrados en cada institución del tramo de edad i y el sexo j .

permitió evaluar el impacto de la Reforma en gasto y financiamiento e identificar futuras líneas de acción para la política pública. Desde entonces el grupo de trabajo se ha reestructurado; se ha relevado la información 2009-2010 y se han revisado ciertas metodologías de estimación en intercambios con actores públicos y privados, refinando datos, con miras a la próxima publicación del período 2011.

Hay dificultades por la discontinuidad de los integrantes y el difícil acceso a los datos con de muchos de los actores. No tenemos apoyo secretarial, administrativo o informático. Persisten dificultades con la precisión y la oportunidad de la información y, aunque el 45% de la información está disponible en el Ministerio, no es apta para las Cuentas, de modo que requiere de un proceso de adaptación; la información provista específicamente para Cuentas representa sólo el 16%. Últimos avances: cifras preliminares 2009 y 2010, estamos casi cerrándolas y acercándonos un poco a 2011. Principales conclusiones:

- El gasto en salud sobre el PIB se acerca al 8.6% en los últimos años, con un crecimiento real de los gastos mayor al del PIB (figura 94).
- Los gastos de proveedores públicos y privados empiezan a acercarse. Ya no existe la disparidad entre el hospital público y las mutuales; en el 2006 la relación era casi de 3 a 1, mientras que en 2011 bajó a 1.2 (en términos de gasto per cápita). El objetivo es que sean iguales. (Figura 94)
- Una primera aproximación a la eficiencia del gasto es calidad percibida (Encuesta de Satisfacción de Usuarios) que se hace en todas las entidades prestadoras integrales, y que se ubica entre el 8 y el 9% para todas las entidades en servicios de primer nivel de internación hospitalaria (figura 94).
- En cuanto a las cifras preliminares del 2010, se registra un aumento importante del

componente público de la financiación del gasto en salud. Los impuestos generales y departamentales se mantienen más o menos estables, pero sí aumenta la financiación por la Seguridad Social, que tiene sentido con el proceso de Reforma y baja el financiamiento más o menos lo mismo (figura 95).

- Gasto de los Hogares: Es un rubro en el cual tenemos dificultades metodológicas importantes. La metodología que usamos hasta el 2008 fue actualizar por precios los valores de una encuesta de 2005-2006; no obstante, dado que hubo cambios estructurales con la Reforma, en realidad no se puede aproximar de esta manera, pues las cantidades consumidas cambiaron. En el 2009, en medicamentos tenemos información de la industria farmacéutica que nos permitió

hacer o intentar hacer una aproximación un poco mejor. Existe el propósito de realizar una gran Encuesta Nacional de Salud que defina gastos y necesidades insatisfechas, para rastrear las barreras de acceso y correlacionarlas con estado de salud, con cobertura, con hábitos, con ingresos. Hace cerca de tres años que se está buscando el financiamiento y es probable que se logre pronto. Por delante, se requiere fortalecer y consolidar el equipo de trabajo, cerrar las matrices, afinar estimaciones al 2011, relevar la información y mayor difusión además de estrechar vínculos con la OPS y la OMS, coordinar mejor las acciones con el INE, trabajar de la mano del Banco Central para refinar algunas estimaciones e incorporar Software nuevo.

Intervención

GASTO EN SALUD / PIB

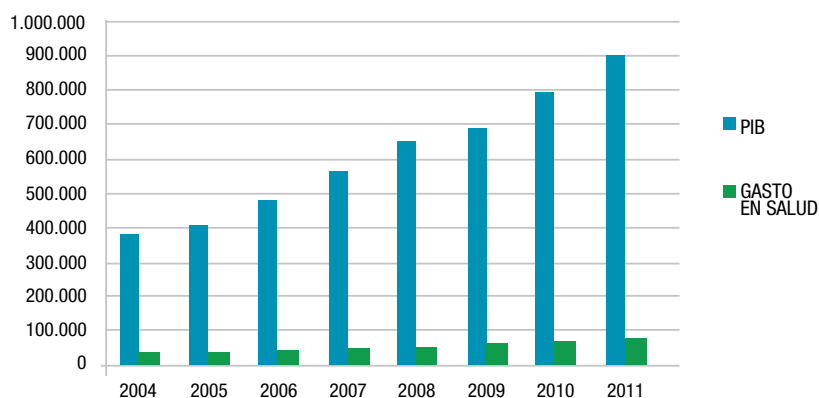
2004	8.96%
2005	8.58%
2006	8.14%
2007	7.78%
2008	7.73%
2009	8.68%
2010	8.40%
2011	8.57

Fuente: 2009 y 2010: cifras preliminares de Gasto en Salud
2011: estimaciones primarias de Gasto en Salud

FIG 95

FIG 96

GASTO ES SALUD Y PIB (MILLONES DE PESOS CORRIENTES)



Evolución de Gasto en Salud y PIB

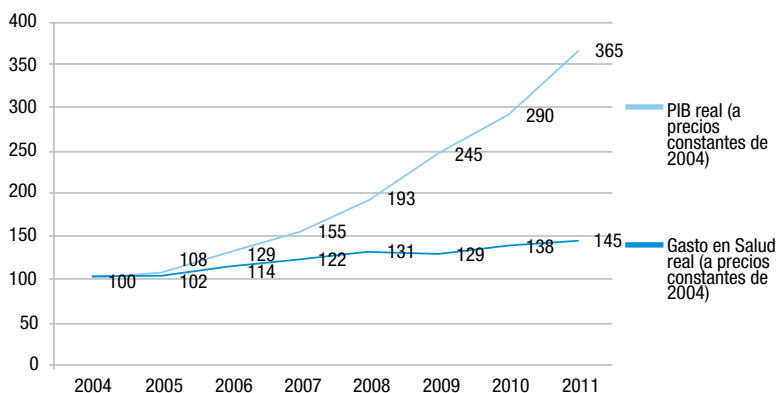
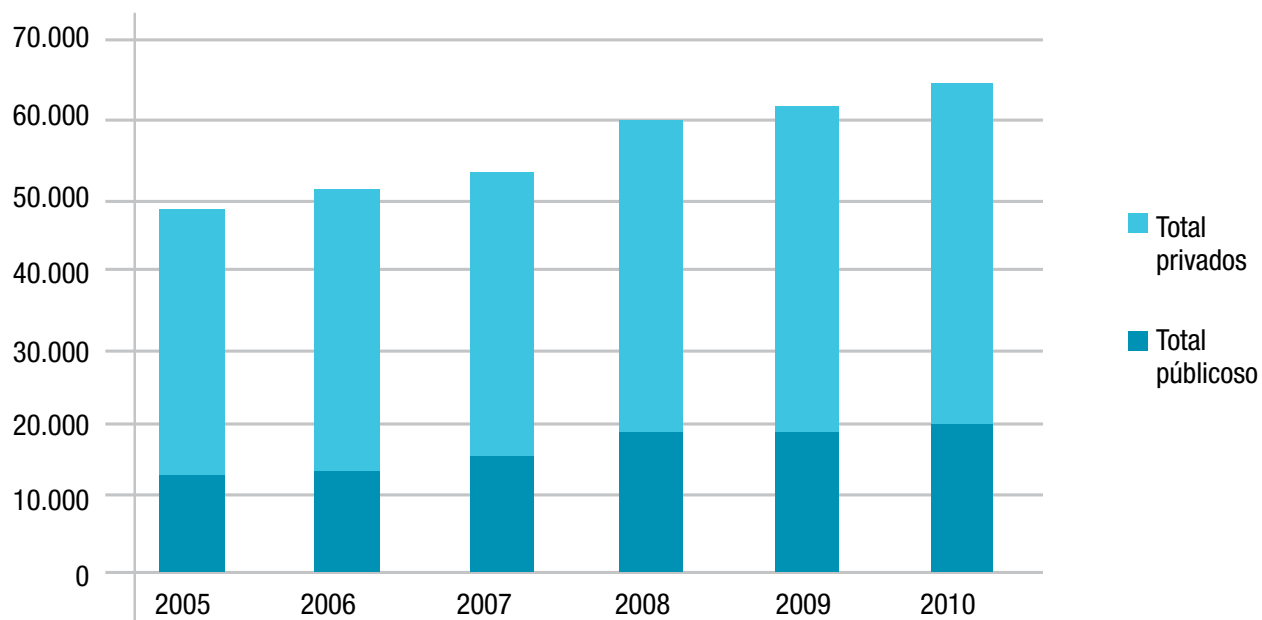


FIG 97

GASTO DE PROVEEDORES PÚBLICOS Y PRIVADOS 2005 - 2010 (MILLONES DE PESOS CONSTANTES DE 2010)



CALIDAD PERCIBIDA: UNA APROXIMACIÓN (LIMITADA) A LA CALIDAD SATISFACCIÓN DE USUARIOS

FIG 98

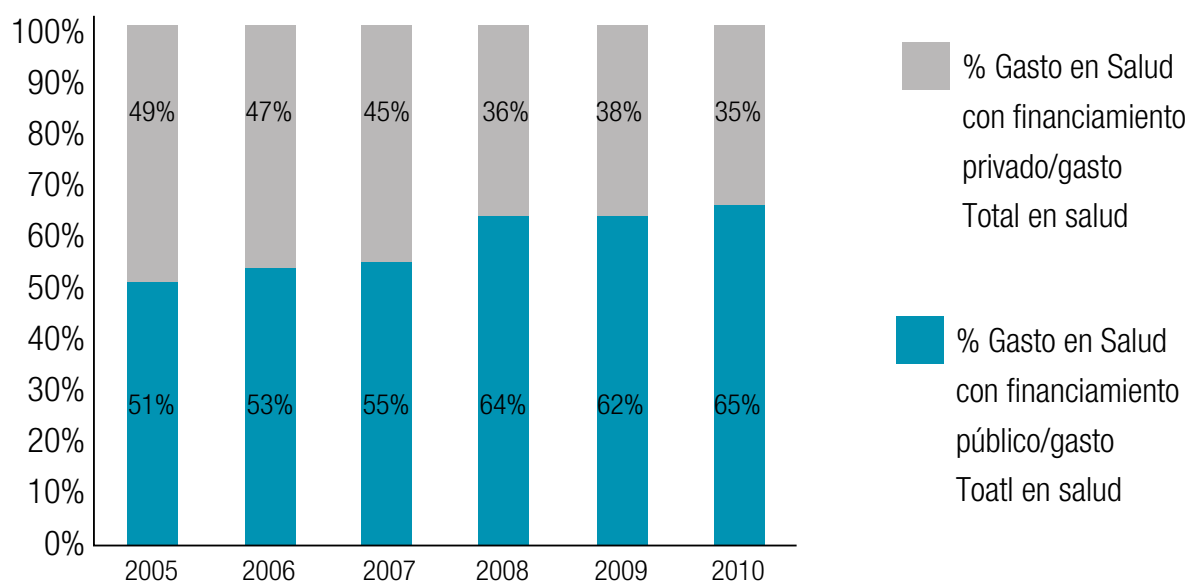
Promedios de grandes grupos de prestadores	Satisfacción con los Servicios de Primer Nivel de Atención	Satisfacción con los Servicios de Internación Hospitalaria
ASSE (principal prestador público)	8,4	s/d
IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva)	8,0	8,5
Seguros Privados Integrales	8,9	9,1

Fuente: elaboración propia en base a datos de Encuestas de satisfacción de usuarios 2010

1. Muy insatisfecho
2. Muy satisfecho

EVOLUCIÓN DEL GASTO SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO 2005 - 2010 (CIFRAS 2009 Y 2010 PRELIMINARES)

FIG 99



Freddy Jiménez
Ministerio de Salud de Paraguay

En tanto administrador de finanzas, la intervención del ponente aportó algunos elementos de análisis de la articulación de las Cuentas de la Salud con la programación y la administración del presupuesto. Hizo referencia a la necesidad de transparentar las estadísticas de base y de mejorar de los sistemas de información hospitalarios para la toma de decisiones en diferentes ámbitos, por ejemplo en demanda de servicios y de medicamentos, en el cual intentan implantar un sistema de stock de distribución y costeo de medicamentos. Ocurre que no se sabe cuál es la necesidad real de medicamentos de un sector, ya que las estadísticas se refieren únicamente al consumo efectivo, de modo que cuando no hay disponibilidad no se registra, o cuando se puede

registrar no se emplea un sistema adecuado. También hizo referencia a la necesidad de mejorar la eficiencia del gasto público y, en particular, a excesivo gasto que representa la burocracia en Paraguay, teniendo en cuenta el reducido presupuesto (800 a 900 millones de dólares).

En la experiencia del ponente, se requiere de una mayor integración entre el equipo de Cuentas de la Salud y los equipos administrativos y de decisión. Esto, con el fin de incluir estadísticas confiables en la programación de recursos, hacer uso de variables e indicadores adecuados en la elaboración del presupuesto y fortalecer los sistemas de datos, de manera que el valor de las Cuentas de Salud no sea puramente académico y pueda tener las repercusiones reales que pretende.

8.6 Avances recientes en Cuentas de Salud en Paraguay

Mirco Osorio
Director de Economía de la Salud
Ministerio de Salud de Paraguay

El ponente presentó algunos elementos de las Cuentas de Salud 1997-2002 y 2002-2004 en Paraguay, de un ejercicio exploratorio de Cuentas Satélite y una publicación sobre financiamiento y gasto de salud por función y ciclo de vida del Ministerio de Salud de su país.

Desde el año 2000-2001 la OPS y la OMS han apoyado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en general, y a la Dirección General de Planificación y Evaluación en forma particular, con el objetivo de elaborar un ejercicio de Cuentas de Salud que permita obtener información sobre el financiamiento y gasto del sector salud. Utilizando el Manual de Cuentas de Salud de la OECD como principal metodología, se han generado series de información con datos económicos del período 1997 a 2004, plasmados en dos Boletines de Cuentas de Salud (1997-2001 y 2002-2004). En proceso de institucionalización de las Cuentas de Salud en Paraguay, cabe destacar los siguientes momentos:

- Creación del Departamento de Cuentas Nacionales de Salud (Resolución Ministerial N. 77 del 4 de marzo de 2003).
- Creación de la Dirección de Economía de la Salud como ampliación del Departamento de Cuentas de Salud, en respuesta a las mayores necesidades de información sobre el costo en atención primaria.
- Creación de un Comité Interinstitucional conformado por el Ministerio de Salud, el Banco Central de Paraguay, el Ministerio de Hacienda, la Secretaría Técnica de Planificación, la Dirección General de Estadística y Censo y la Superintendencia de Salud de Paraguay.

Los macroindicadores de gastos de salud (figura 103) demuestran un gasto total en relación al Producto Interno Bruto de 8.8%, distribuido entre diferentes entidades tanto del sector público como del privado.

Es notable que el 53.8% del gasto total es gasto del sector privado y que cerca del 85%, del gasto privado corresponde al gasto de bolsillo de las familias (figura 104), particularmente destinado a compras de medicamentos. Estas cifras revelan que las familias tienen una menor protección efectiva por parte del Estado con respecto a las atenciones de salud, lo cual implica un aumento de la inequidad: los más pobres destinan una mayor parte de su ingreso en gastos de salud. El gran fin de la política pública en la actualidad es, por esta razón, la reducción del gasto de bolsillo. Puede decirse que si las personas destinan una parte muy significativa de su ingreso a la salud, es probable que no les alcance para cubrir otras necesidades y corren un mayor riesgo de empobrecimiento.

En cuanto trabajo de Financiamiento y el Gasto por Ciclos de Vida, puede verse que en la ejecución del gasto de salud años 2005-2006, el Ministerio gastó más en la recuperación y en las emergencias (figura 105). Como el papel del Ministerio es la promoción y prevención en salud, debería gastar más en esas funciones y así elaboramos la propuesta. Con base en este trabajo, el Ministerio de Hacienda transfirió los fondos para el presupuesto del Ministerio de Salud.

Las Cuentas Satélite las hicimos como un ejercicio exploratorio del sector público con el fin de medir el aporte de la actividad salud al PIB de la economía; en esta primera fase el estudio se concentró en el aporte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para el año 2007. Este instrumento fue pensado como insumo para la definición de políticas de salud y para evaluar el impacto de la política económica en este sector.

Además, la implementación de las Cuentas Satélite de Salud permitió, por un lado, sistematizar la información estadística de base relativa a la generación y prestación

FIG 100

SECTOR SALUD – PÚBLICO Y PRIVADO

Macro indicadores de gastos de Salud (millones de guaraníes corrientes)				
Concepto	2008	2009	2010	2011
Gasto de la Administración Central (millones de guaraníes corrientes)	23.979.672	29.544.955,0	20.011.473,0	22.963.812,0
Gasto Público Total (millones de guaraníes corrientes)	5.528.976,5	6.342.158,9	16.511.067,0	19.607.415,0
Gasto Total en Salud (millones de guaraníes corrientes)	2.516.666,2	3.011.125,0	2.947.804,0	3.703.887,0
PIB (millones de guaraníes corrientes)	73.621.655,0	74.357.871,0	86.807.573,0	99.712.307,0
Gasto Total en Salud / PIB (%)	8,3	9,4	7,2	8,8
Gasto MSPBS / PIB (%)	1,5	1,6	2,1	2,3
Gasto IPS / PIB (%)	2,1	2,0	1,8	1,3
Gasto Público en Salud / PIB (%)	3,5	4,0	3,4	3,7
Gasto Privado en Salud / PIB (%)	4,1	4,5	4,8	5,1
Gasto Público en Salud / Gasto Público Total (%)	10,5	10,2	18,0	19,0
Gasto del MSPBS / Gasto Administración Central (%)	10,2	10,7	14,7	16,1
Gasto de los Hogares / PIB (%)	4,8	5,4	3,8	3,7

FIG 101

EQUIPO DE TRABAJO

Financiamiento y Gasto en Salud

Sub Sectores y su principal origen de financiamiento	Participación Porcentual	% del PIB
a. Público (principalmente impuestos)	29,9%	2,3%
b. Seguridad Social (IPS) (aportes sobre el salario)	16,3%	1,3%
c. Sector Privado (pago directo bolsillo)	53,8%	5,1%
Gasto Total en Salud	100,0%	8,7%

FIG 102

PRESUPUESTO OBLIGADO POR FUNCION DE ATENCION 2005/2006

(millones de guaraníes corrientes)

	F1	F2	F3	F4	F5	
PRESUPUESTO OBLIGADO	Promoción	Prevención	Recuperación	Emergencia	Rehabilitación	TOTALES
2005	27,709	99,009	310,020	164,322	58,138	659,197
2006	42,546	128,258	410,379	208,431	75,347	864,961
Estructura (%) Funciones de Atencion 2005	4.2	15.0	47.0	24.9	8.8	
Estructura (%) Funciones de Atencion 2006	4.9	14.8	47.4	24.1	8.7	
Promedio 2005 / 2006	4.6	14.9	47.2	24.5	8.8	
Diferencia 2005 / 2006	0.7	-0.2	0.4	-0.8	-0.1	

Fuente : Presupuesto Obligado. Direccion General de Presupuesto. MSP y BS

Elaboracion Direccion General de Planificacion y Evaluacion. MSP y BS / Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud. Agosto 2007

FIG 103

(millones de guaraníes corrientes)

PRESUPUESTO OBLIGADO	Atencion integral al menor de 15 años	Mujer en edad fértil (MEF)	Atencion integral al hombre de 15 y mas años y a la mujer de 50 y mas años	TOTAL
2005	259,049	205,920	194,228	659,197
2006	340,210	267,221	257,530	864,961
ESTRUCTURA (%) CICLO DE VIDA 2005	39.3	31.2	29.5	
ESTRUCTURA (%) CICLO DE VIDA 2006	39.3	30.9	29.8	
PROMEDIO 2005 / 2006	39.3	31.1	29.6	
DIFERENCIA 2005 / 2006	0.0	-0.3	0.3	

Fuente: Presupuesto Obligado. Direccion General de Presupuesto. MSP y BS

Elaboracion: Direccion General de Planificacion y Evaluacion. MSP y BS

Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud. Agosto 2007



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

de los servicios de salud, y por otro, identificar las necesidades de información para mejorar y ampliar progresivamente el sistema. Con esta primera fase se obtuvieron algunos resultados respecto al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y en el intento de dividir este total en lo que se refiere a la Rectoría, la Salud Pública y la Salud Humana.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

9

Segundo día - Sesión III

Revisión de algunos aspectos metodológicos de las Cuentas de Salud

9.1 Avances y dificultades en el proceso de adaptación de la metodología SHA-2011 en los países de la región: desafíos y propuestas

Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra

La ponente se refirió al Programa de Trabajo asociado al SHA enfocándose en los planes en general y en lo que actualmente se está desarrollando para implementarlo en diversos países del mundo y mostrar algunas modalidades del trabajo que buscan sacar provecho de la experiencia.

En esta presentación voy a tratar de listar muy brevemente los principales antecedentes del SHA.. Voy a dar ejemplos de varias propuestas que son interesantes. Para finalizar, explicaré lo que hace la OMS para avanzar en la implementación del SHA.

Los antecedentes sobre el trabajo de financiamiento y la medición de gastos en la OMS datan de varios años y parten del trabajo de Abel Smith para la OMS en 1983. La publicación del primer SHA en el año 2000, incluyó la propuesta de las clasificaciones internacionales ajustadas a las necesidades de salud. Por su parte, la Guía del productor, que se publicó en 2003, era una guía práctica que seguía los lineamientos del SHA y que estaba orientada a ayudar operativamente a los contadores de países de ingresos bajos y medios. En la región, fue muy importante el año 2005 porque fue cuando se publicó la guía titulada Las Cuentas Satélite de Salud de la OPS y, en el mismo año, también Noruega generó su propuesta para vincular las Cuentas Nacionales con el reporte del SHA.

En realidad existen muchas modalidades metodológicas, porque cada país hace su propia cuenta a partir de la apropiación de la información disponible y de su interpretación de los marcos existentes, lo que intenta hacerse de la mejor manera. Hay diferencias en cada una de las cuentas de los diferentes países, independientemente del

marco que trabajen. Con el Sistema de Contabilidad Nacional ocurre lo mismo: cada país lo acepta, se apropia y no por ello podemos necesariamente decir que todas la Contabilidad Nacional se realiza igual. En la práctica, existen varias aproximaciones alternativas a las cuentas de salud que se están aplicando en los países y que son la base con la cual se comenzará a implementar el SHA 2011.

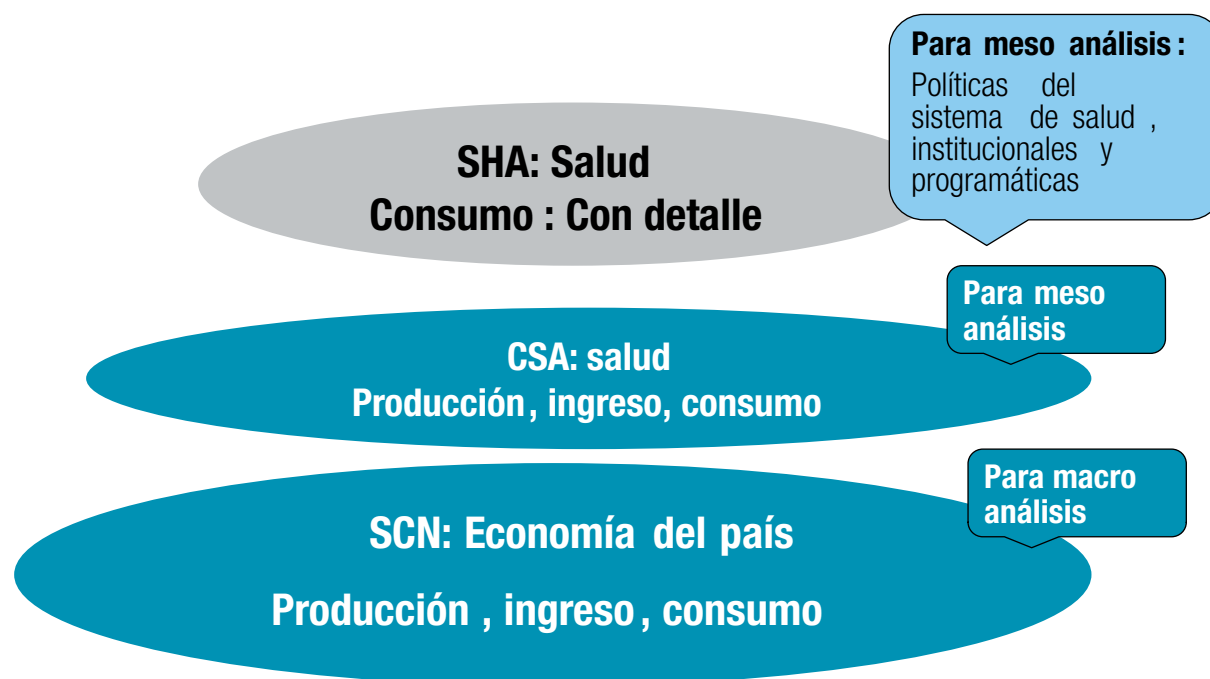
En la región es muy importante que ya se está trabajando la Contabilidad Satélite. De las Cuentas Satélite, es factible mapear las cifras al SHA. Estas Cuentas Satélite pueden ser diferentes en otras regiones. En el caso de Portugal, donde tienen el mismo formato, ellos homologan sus resultados al SHA para reportarlos a la OECD. En los países nórdicos, dado que no disponen de recursos suficientes, ni información detallada como para hacer una Contabilidad Satélite, ellos decidieron reforzar la Cuenta Central en el área de la salud, con base en el reporte esperado en SHA. Entonces, toman SHA y a partir de ahí enriquecen la Cuenta Central sin llegar a hacer una Contabilidad Satélite. Existen además los enfoques nacionales donde cada quien, interpreta el marco con el que está trabajando y a partir de éste hace el mapeo al SHA para el reporte internacional. El reporte de SHA ha mejorado progresivamente en su cobertura y en los objetivos o rubros que reporta y hay un número creciente de países que genera directamente sus cifras con el SHA y reporta sin otro tipo de ajustes.

Entonces, ¿cuál sería el ámbito de las diferentes cuentas (figura 107)? La Contabilidad Nacional que se ocupa de la economía del país, cuyo objetivo es analizar la producción, el ingreso y el consumo, y que tiene el objetivo de apoyar un análisis macro. Las Cuentas Satélite en Salud tienen un enfoque en la salud pero buscan cubrir la producción, el consumo y el ingreso. Buscan replicar la Contabilidad Nacional para el caso de salud. El objetivo, es apoyar un análisis Meso.

¿Qué sería SHA? SHA tiene un ámbito más restringido: pretende tener una cobertura de la salud solamente,

FIG 104

ÁMBITO DE LAS DIVERSAS CUENTAS



pero con más detalle en el área de consumo. El interés es lograr un desglose mucho más específico para el área de salud. También se busca apoyar el meso análisis, porque se desea que la información sea utilizada para la toma de decisiones tanto en el nivel general del sistema de salud como institucional e incluso a nivel de los programas. Su enfoque es del sistema de salud y el consumo y no cubre los otros ámbitos de las contabilidades satélite y nacional. Es un análisis más restringido, pero respeta las normas contables internacionales. Existen muchos puntos de relación con los otros marcos, comenzando por los lineamientos de contabilidad.

En las cuentas de los países nórdicos se plantea iniciar por SHA y ver cuáles son las necesidades de reporte. Estas necesidades son discutidas con la contabilidad nacional, y dichas cifras entonces se mejoran y se desarrollan en detalle según cada país requiere, para luego reportar SHA. No sería, una contabilidad satélite dado que no incluye toda la gama de dimensiones propuestas en el manual, pero enriquecen la contabilidad nacional. Ellos consideran

que no necesitan hacer una cuenta satélite porque la contabilidad nacional les da la información que requieren para hacer la confluencia con el marco del SHA.

Cuál es la situación en las diferentes naciones con respecto a la cobertura del reporte de SHA. Aquí en América se destaca el grupo de 8 países que hizo cuentas en 1998, aunque había países que ya estaban trabajando el tema en el año 1993-1994, el mismo año México comenzó a trabajar las cuentas también. La importancia de 1998 radica en que se estaba trabajando en un reporte grupal de 8 países que fue muy interesante, pero en el que cada quien había avanzado con base en clasificaciones nacionales. Por ello, a la hora de hacer comparaciones, resultó evidente que se necesitaban clasificaciones estandarizadas.

A partir de ese entonces el SHA 1 recibió el apoyo de todo el mundo y fue impulsado por la OECD, la Unión Europea, la OMS y todas las agencias internacionales (BID, BM, entre otros), dado que había mucho interés

en disponer de información estandarizada. Cuando salió la guía del Productor en 2003, ésta facilitó la continuidad desde el punto de vista práctico. Desde entonces, si bien hay un trabajo de implementación progresiva del SHA, muchos de los países enfrentan los mismos problemas: carecen de recursos para implementarlo, carecen de información detallada, liberan las cuentas sin suficiente oportunidad, los reportes son discontinuos y muchas veces no son utilizados. Es demasiado trabajo para que en muchos casos, al final solamente se tomen en cuenta tres cifras, tres agregados que no reflejan la envergadura de lo que se ha hecho con el material estadístico.

Los últimos datos de cobertura del SHA en la OMS pueden verse en la figura 108, aunque no son datos muy exactos, porque no se dispone de la información detallada. Hay 143 países que reportan SHA. Pero hay, por ejemplo, tablas de cuentas de salud que se hicieron en Jamaica, en Trinidad y Tobago y en países de otras regiones, como en Papúa Nueva Guinea, de donde no se recibió un reporte completo, y actualmente se desconoce cómo y quiénes trabajaron las tablas. Se acaba de realizar una encuesta donde se le preguntaba a colegas de Jamaica y Trinidad y Tobago y decían, no tener conocimiento de algún reporte de cuentas de salud. Hay incluso un reporte impreso en Panamá de unas cuentas que se hicieron y que nadie conoce ahora.

Es necesario hacer un esfuerzo por recuperar toda esa experiencia. Esas cuentas realizadas, por ejemplo en Ecuador, cuya historia ahora se narra a partir del momento en que inician la Contabilidad Satélite. Contabilizar en Cuentas Satélite tiene sus ventajas pero, ¿Cómo habrían hecho la cuentas satélite si no hubiera existido toda la experiencia anterior? Tenemos la experiencia que nos ha tocado vivir y que nos ha tocado construir. Hacer la recapitulación sobre cuáles han sido los aciertos y cuáles han sido los errores, resulta importante. Quien no aprende de su historia, tiene la posibilidad de equivocarse más veces y cometer el mismo error. De los 143 países que han reportado SHA a la OMS, a la fecha de hoy, más o menos 18 son países de América. Se excluye a Jamaica, de donde se tomaron datos en el 2000 de sus tablas de gasto, pero dado que ellos no las reconocen, fueron retirados de esta lista. Hay por lo tanto experiencia no captada en esta tabla. Se eliminó también a Ecuador porque no transfiere los resultados de sus Cuentas Satélite a SHA. Si fuéramos un poco más sistemáticos, el número de los países cubiertos sería posiblemente diferente. ¿Quiénes han preparado al menos una Cuenta Satélite en Salud? Al menos doce países, pero hay casos como el de Venezuela, que ha reportado que está realizando este tipo de cuentas pero la OMS aún no conoce ningún reporte de Venezuela. Por otra parte, esta cuenta no es permanente. Así como se tiene el caso de Ecuador, que de estar haciendo Cuentas cercanas a

COBERTURA APROXIMADA

FIG 105

Reportan SHA	143
Reportan SHA AMRO	18
Han preparado al menos una CSS	12
Han preparado al menos una CSS (o parte) AMRO	9
Sin cuentas	39
Sin cuentas en AMRO	11

SHA pasó a hacer Cuentas Satélite, se da el caso el inverso. Por ejemplo, está Filipinas que había hecho Cuentas Satélite y que ahora refiere que solamente va a hacer SHA.

Los países pueden cambiar en cada momento de la historia, lo que hacen y cómo lo hacen. Esta tabla es una fotografía borrosa porque no está bien contabilizada. En esos 12 países con contabilidad satélite, se incluye a China porque anunció que está empezando a trabajar la contabilidad Satélite pero China trabaja Cuentas de SHA y no parece que vayan a dejar de hacerlo. China está muy interesada en experimentar con la información de la contabilidad satélite.

De esos 12 países con cuentas satélite, 9 están en América, o sea, que la mayor parte de los países que están haciendo Cuentas Satélite, están en esta región. De los 39 casos que no tienen cuentas de salud de ningún tipo, 11 países son de la región. Aquí se incluyen los países del Caribe, pequeños, algunos de los cuales no están haciendo Contabilidad Nacional ni cuentas en salud.

En relación con las subcuentas, o cuentas específicas, este cuadro (figura 2) está menos actualizado, ya que refleja un reporte de hace dos años no completamente actualizado. Se tomaron en cuenta 70 estudios de SIDA, donde se incluyeron también los NASA, pero no se tomaron en cuenta los reportes de UNGAS, en donde figuran más de 121 países. Con cuentas de salud reproductiva hay 22 países; de salud del niño 10, de Malaria 8 y 9 de tuberculosis. Hay cinco países que han hecho cuentas a nivel regional; dos que lo han hecho de accidentes de tránsito; y tres de enfermedades no transmisibles. En total, 17 países han realizado algún tipo de cuentas específicas en la región.

En América se tiene mucha experiencia por haber trabajado en algún momento SHA, por estar trabajando Cuentas Satélite, y además, por tener cuentas específicas y estudios de gasto distribuido por enfermedad. A nivel de distribución de gasto por todas las categorías de la clasificación internacional

por enfermedades, hay alrededor de 25 en el mundo, incluyendo los casos donde esa distribución es parcial. Brasil ha reportado por la Clasificación Internacional de Enfermedades las cifras del SUS, en su Anuario Estadístico.

¿Qué presentan las Cuentas? En el contenido incluyen frecuentemente la estructura de financiamiento, los proveedores, las funciones y, cuando las cuentas están expandidas, también presentan fuentes y factores de producción. La cobertura progresivamente ha llegado a las cuentas específicas. Pero hay también limitaciones frecuentes que son importantes, de los que menciono solamente los que requieren de una solución. Por ejemplo, el gasto de hogares que ha sido incluido en la mayor parte de las cuentas. En todo el mundo hay un esfuerzo para mejorar ese gasto. Es posible mejorar la contabilidad de los Seguros Privados y el gasto de las empresas no lucrativas. Otros puntos negros también en el área del gasto público, incluyen el gasto en otros ministerios y en los gobiernos locales, que son puntos débiles en muchas cuentas. En cuanto a clasificaciones, hay que notar que la de funciones es la que está menos fuerte en el conjunto.

Se desea promover el SHA, porque es importante disponer de un estándar mundial. Es necesario compartir experiencias que generen complementariedad en todo el conocimiento, enriquecer cómo se aprende y cómo se puede agilizar el aprendizaje global. Al compartir experiencias es posible aprender de lo que ha pasado y de lo que se ha hecho en los otros países. Cuando se comparte un estándar mundial, se da la oportunidad de aprender en forma grupal. De esta manera se favorece la discusión y la toma de decisiones en áreas comunes. Existe un interés por armonizar la medición del gasto en diferentes países pero esto no es posible si no se comparten resultados y si no se establece qué es parecido, qué es diferente, qué es lo que no se puede comparar, etc.. Solamente disponiendo de la información y compartiéndola se puede llegar a armonizar de manera apropiada y existe la oportunidad de que se expanda el punto de referencia para comparaciones.

Todo el mundo, aprende de las comparaciones, de ver cómo está avanzando su vecino, y su similar, de preguntarse por qué le salió bien, qué le salió mal, etc. Para establecer comparaciones adecuadas se necesita que el estándar mundial incluya nombres equivalentes para contenidos equivalentes. Es decir, conocer qué es comparable.

Bajo ese panorama llegó el SHA a finales del 2011, que fue consultado por la OMS con la región y con casi todos los países representados en este Foro. Se hicieron tres consultas en cada una de las regiones del mundo y una consulta mundial. Actualmente el SHA está reconocido como el estándar mundial por Naciones Unidas dado que es un estándar del Departamento de Estadística de las Naciones Unidas, y ha sido adoptado también por la OMS que es coautora del mismo, y ha sido igualmente adoptado por OECD y la Unión Europea.

Lo que propone el SHA es definir límites funcionales a escala internacional, proporcionar un marco de comparación del gasto en los sistemas de salud además de ser una herramienta que los países pueden utilizar de manera flexible para el análisis de sus sistemas. Se considera muy importante que todos los países que tienen datos de gasto en salud, sea cual sea el antecedente, puedan mapearlo al nuevo SHA para que los esfuerzos anteriores no se pierdan y todas las series existentes puedan ser actualizadas. Existe también el propósito de generar guías que puedan orientar la generalización de estas estimaciones. Ya están publicadas la Guía de Financiamiento y la de Prevención, y se espera ampliar la gama de guías tanto como sea necesario en otros temas. De la misma manera la OMS tiene la idea de promover la implantación ordenada y flexible de este SHA, discutiendo los avances con los países. El marco temporal propuesto, es el 2015, cuando todos los países tendrían que estar reportando con base en el SHA 2011. El tiempo de transición cubre desde el 2011 hasta el 2014.

Cada quien avanza de acuerdo con sus propios tiempos. La experiencia de la OECD y de la Unión

Europea muestra cómo se aprende de manera colectiva. La OECD tuvo la base de datos de salud desde los 80 en donde se presentaban los Indicadores de Gastos en Salud que eran relevantes entonces. En sus tiempos, ese fue el producto más vendido por la OECD, pero se modificó al iniciarse la implementación del SHA en 2000, cuando después de estudiar las mejores vías para avanzar, organizaron cursos de capacitación y desarrollo de su sistema de información, así como reuniones anuales de discusión. La Unión Europea otorgó muchas donaciones que los países utilizaron para mejorar los componentes de las cuentas según necesitaban. Por ejemplo, en determinado año, trabajaban en mejorar su gasto privado, al siguiente analizaban una fuente de información, los gastos en servicios auxiliares o cómo mejorar el reporte en una clasificación. Iban escogiendo los temas en los que se sentían débiles y en los que les interesaba mejorar. Con el SHA 2011, la idea es hacer lo mismo. Está apoyado por todas las agencias, se están generando Guías y se están haciendo Talleres, hay proyectos para mejorar temas específicos, así como discusiones y consultorías sobre temas concretos.

En la Unión Europea hay otro elemento fundamental que es la Regulación Europea, que es obligatoria, y obliga a reportar con base en el SHA a partir del 2015. Se ha estado trabajando en un cuestionario conjunto ajustado para la transición al nuevo SHA. Las tres agencias (OECD, UE y OMS) tienen una Página Web en donde publican las cifras, que están armonizadas, es decir, se busca tener las mismas cifras por país publicadas en todas las Webs. Estas cifras están actualmente en transición, actualizándose para el nuevo SHA hasta el 2015.

El cuestionario conjunto se emitió para reducir la carga de reporte por los países y tener información que fuera compatible en todos los casos. Lo que pasaba frecuentemente es que la OECD publicaba una cifra, y la OMS publicaba otra, y había otra más publicada por la UE. En este caso, se trataba de asegurar el acceso a la misma información y para ello se hizo un proyecto que se presentó y aprobaron

todos los países. Se trata de implementar el SHA y disponer de reportes que cada país actualizando anualmente, incluyendo los metadatos para cada una de las cifras. Ese reporte es evaluado antes de publicarse. Los países se han manifestado en forma muy positiva porque el reporte conjunto, les ha ayudado a comprender mejor el SHA y a aprender. El formato de SHA con las cifras, son estandarizados y tienen sistemas de autoevaluación, verificación de inconsistencias y de registro de metadatos. Esa información se verifica técnicamente por parte de las tres organizaciones es decir, la OMS, la OECD y la Unión Europea. Se nombra a un punto focal por país, que es el mismo para las tres instituciones. Se verifica la plausibilidad, los cambios, y la calidad de la información de tal forma que una vez que se discuten todas las dudas o los problemas metodológicos, esa información se libera en las Bases de Datos de las organizaciones. Este sistema aporta conocimiento de los problemas y las ventajas del SHA, tanto para los países como en las tres organizaciones. La discusión conjunta entre las instituciones, nos ha permitido avanzar en el conocimiento compartido del sistema.

La experiencia de Asia-Pacífico, en la red liderada por Ravi Rannan Eliya, es también importante de mencionar: los países adoptaron SHA desde el 2001. Más adelante se unieron con un Centro Regional de la OECD en Corea y ahora funcionan más bajo los lineamientos y estándares de la OECD. Muy recientemente, se aprobó que todos los países pasan al SHA 2011; de hecho, 13 ya están trabajándolo y 23 lo van a adoptar el próximo año. Esa red tiene reuniones anuales, proyectos conjuntos, programas de capacitación, apoyo horizontal, consultoría sobre temas específicos y proyectos para mejorar puntos concretos como el gasto privado. Además, tienen publicaciones (OECD green papers), donde presentan sus reportes y análisis comparativos.

Hay otro tipo de proyectos colaborativos que es importante comentar, que incluyen los que manejan la OMS con la OECD y la Unión Europea, en donde la OECD actúa como secretariado y los países participan de manera voluntaria. Así se han trabajado

temas como el Gasto de Hogares y el Privado, del que un reporte está accesible en la Web. En la actualidad se está desarrollando un proyecto de distribución de gasto según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Las mejoras que la OMS espera para los países, son: que haya información oportuna y transparente; que los países liberen más metadatos sobre qué están haciendo y cómo lo están haciendo; que estén reportando con un año solamente de retraso y que lo hagan cada año. Además, se desea que todas las cifras que existen en cada país, sean mapeadas al nuevo SHA, de manera que no se pierdan y que se integren series con el esfuerzo previo. Asimismo, se busca que haya mejores prácticas de estimación y también de presentación de datos; que haya una mejoría en la calidad y para eso existen varias herramientas de las que vamos hablar ahora y mañana en el Taller. La OMS proporciona varios tipos de apoyo y está promoviendo la distribución de gasto por enfermedad según los grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Son necesarios los reportes de gastos específicos, como por ejemplo el gasto materno-infantil, pero la medición resulta más sistemática si se miden también otras enfermedades, muchas de las cuales también son importantes de reportar, como las enfermedades crónicas y degenerativas. La OMS desea apoyar la vinculación de las cuentas con el análisis de políticas. Debido a la migración hacia el nuevo SHA, existe la necesidad de informar a los usuarios en los países sobre cuáles son los cambios importantes en las cifras e indicadores de cada país, para que se puedan interpretar adecuadamente las nuevas cifras. La OMS también está migrando y actualizando la Base de Datos Global de Gasto en Salud.

9.2 El SHA-2011 y la Cuenta Satélite de Salud (SCN): una propuesta integrada

Dra. Marion Pinot

**Consultora Internacional de Estadísticas
Departamento Nacional de Estadística de
Colombia (DANE)**

A diferencia de la mayoría de los demás participantes, la ponente ofrece una apreciación de las Cuentas de la Salud desde la perspectiva de la institucionalidad de las estadísticas de Colombia (DANE).

Colombia parte históricamente de dos experiencias diferentes: una experiencia de Cuenta Nacional de Salud desarrollada en el Departamento Nacional de Planeación y luego en el Ministerio de Salud y Protección Social; por otro lado, DANE estableció la necesidad de mejorar la representación de la Seguridad Social en Salud desde las Cuentas Nacionales y desarrolló una medición propia. En la actualidad la articulación de ambos procesos se encuentra en una fase temprana de desarrollo.

Colombia ha sido marcada muy fuertemente por la Ley 100 de 1993. Representó un vuelco total en la organización de los Seguros Sociales en Colombia, tanto en Salud como en Pensiones y en Riesgos Profesionales. En salud se estableció el objetivo de cobertura universal, con mecanismos solidarios de financiación entre los aportantes y las personas sin capacidad de pago. El sistema también marcó un hito porque delegó a agentes privados la administración del sistema (afiliación y contratación de servicios).

Para considerar los aspectos relevantes del sistema de representación del financiamiento de la salud, es necesario entender los flujos de recursos, que en el sistema colombiano son extremadamente complejos. El modo en que los recursos finalmente llegan a los hospitales y al pago de los servicios implica una serie de agentes diferenciados según funciones: recaudo, administración y pago. Para poder diferenciar el gasto privado del gasto público es necesario conocer la ruta del dinero.

Por un lado, el sistema contributivo se financia con los recursos aportados por los afiliados. Por otra parte, el sistema subsidiado obtiene recursos de los Gobiernos Nacionales y Locales y del sistema contributivo vía mecanismos solidarios. El sistema subsidiado es un sistema de afiliación, es decir, de Seguridad Social, no un sistema de Asistencia Social.

Diferentes tipos de agentes operan el sistema. Por un lado, está el agente de seguridad social, que es el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para el régimen contributivo y las entidades territoriales para el régimen subsidiado. Adicionalmente, están los agentes aseguradores, las Empresas Promotoras de Salud (EPS); estas compiten en el mercado y son intermediarias de la afiliación y la contratación de los servicios. Finalmente, están los prestatarios de salud, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que también compiten entre sí. Tanto las EPS como las IPS pueden ser públicas o privadas, pero todas tienen las mismas condiciones y características.

A diferencia de otros sistemas, en que la prestación del servicio de salud no tiene lugar en un sistema de mercado (no mercado), como en el sistema uruguayo, en Colombia toda prestación del Servicio de Salud opera dentro de un sistema de mercado. Los subsidios a la oferta que reciben algunos hospitales públicos deben financiar únicamente la atención de No Afiliados (previamente denominados como vinculados), es decir, todos aquellos que no están afiliados a ninguno de los dos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Los beneficiarios del sistema de salud a través del Sistema de Seguridad Social también participan en la financiación del gasto dentro de sus posibilidades, con mecanismos llamados copagos o cuotas moderadoras.

Hay algunas prestaciones de no mercado por parte del Estado, pero toda la prestación de servicios de salud es una prestación de mercado. La complejidad y la profundidad de los cambios que introdujo la Ley 100 implicó la necesidad de establecer mecanismos de seguimiento.

Desde el año 2000 hasta hace poco, estaban en pie dos sistemas de representación y seguimiento: un sistema de Cuentas Nacionales de Salud y un sistema que se ha llamado el Sistema de Cuentas Intermedias de Salud y Seguridad Social. Gilberto Barón explicó en el marco de la anterior sesión del Taller el sistema de las Cuentas Nacionales de Salud. Cuando se planteó la elaboración de una nueva base de Cuentas Nacionales en el DANE para el año 2000, se estimó que la representación del sistema de salud como tal y del sistema de Seguridad Social era totalmente obsoleta ya que no incorporaba los cambios introducidos por la Ley 100 de 1993, por lo cual se tomó la determinación de generar un nuevo análisis.

Las razones del DANE para no adoptar el sistema de Cuentas Nacionales de Salud fueron básicamente dos: primero, porque era necesario determinar exactamente la naturaleza y el tipo de operación de cada uno de los agentes que operaban dentro del sistema de salud conforme con las clasificaciones que el DANE utilizan en las Cuentas Nacionales de otros sectores institucionales. El sistema de Cuentas Nacionales de Salud, en un principio – ya que ha venido evolucionando- no contaba con herramientas claras de identificación de los agentes y de sus comportamientos. Por ejemplo, el sistema de Cuentas de Salud no describía el rol de las EPS como recaudador de los ingresos del sistema de salud y su transformación en Primas de Seguros. El DANE tuvo que diferenciar la parte que correspondía al Sistema de Seguridad Social, manejado por el FOSYGA en tanto agente encargado de recibir las contribuciones de Seguridad Social y distribuirlas entre los diferentes agentes de operación, entregando a las EPS por cada uno de los afiliados una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que corresponde a una Prima de Seguros; en otras palabras, FOSYGA se asegura con las EPS contra los riesgos individuales que contempla el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este tipo de análisis no estaba claramente establecido en el Sistema de las Cuentas de Salud.

Una segunda razón del DANE para crear sus

propias Cuentas es que el Sistema de Cuentas de Salud, como en muchos otros países, se establece utilizando ejecuciones presupuestales, como un flujo de caja. En Cuentas Nacionales se utiliza un registro de Causación, que en el caso de la salud genera resultados extremadamente diferentes.

Los resultados del análisis del DANE difieren de las apariencias. Nuevamente, un ejemplo: todos los colombianos tenemos que estar afiliados a una EPS y pagamos mensualmente nuestras contribuciones a la EPS. Sin embargo, ese recurso no es de la EPS, sino del FOSYGA. En derecho, las EPS no reciben el total de las cotizaciones sociales pagadas como ingresos propios, sino solamente el valor de la UPC de cada afiliado y un valor que se le reconoce por las acciones de promoción y prevención. Es decir, que en el análisis del DANE las EPS no son los agentes de Seguridad Social, sino que el FOSYGA cumple esta función (es el ente que recibe en derecho las cotizaciones sociales de los afiliados y les provee prestaciones de seguridad social en especie). FOSYGA obtiene esos bienes y servicios de las EPS, vía gastos del POS, indemnizaciones y seguros y vía recobros.

En sesiones anteriores se ha mencionado el crecimiento exponencial de los recobros, que es la manera en que el FOSYGA paga y recibe los bienes y servicios de salud no cubiertos por el POS que, a su vez, entrega como prestación de Seguridad Social a los afiliados. Las EPS que operan el sistema reciben una suma fija por afiliado y en contrapartida tienen la obligación de comprar servicios de salud a las IPS y los medicamentos proveídos por la industria a que tienen derecho los afiliados. En suma, las EPS son para el DANE agentes aseguradores. Aseguran el FOSYGA, y entregan directamente las prestaciones al beneficiario designado por el sistema. Los gastos no asegurados en que incurren lo recobran al FOSYGA.

El Ministerio de Salud está más interesado en las Cuentas de Financiación de la Salud SHA y en las Cuentas Nacionales de Salud; el DANE tiene la responsabilidad de elaborar Cuentas Satélites de Salud, coherentes con las Cuentas Nacionales. Con

base en esto, se tomó la decisión de crear un sistema que integre esas dos funciones.

El equipo de trabajo interinstitucional constató que las diferencias conceptuales entre ambos sistemas no son grandes y se limitan a algunos elementos. Por ejemplo, el sistema del SHA incluye una estimación de los servicios de salud no remunerados que Cuentas Nacionales excluye del análisis de la salud, pero que está incluido dentro de la Cuenta de Trabajo no Remunerado del DANE.

Se decidió, entonces, establecer una plataforma interinstitucional integrada por un equipo de trabajo con funcionarios del Ministerio de Salud y del DANE que trabajan conjuntamente para elaborar un nuevo sistema, que integraría los conocimientos y requerimientos de uno y otro sistema. En este proceso hay diferentes fases: conceptual, analítica y de síntesis.

La primera fase es conceptual e implica el estudio del SHA-2011 como punto de partida. Se han considerado atentamente las clasificaciones propuestas por el SHA y su aplicabilidad al caso de Colombia. Esta tarea presenta grandes retos, ya que cada país tiene una estructuración general propia de las clasificaciones, por lo cual siempre es necesario realizar adaptaciones. Es necesario analizar el Sistema de Seguridad Social en Salud, tal como resulta de la Ley 100, con los instrumentos conceptuales existentes y aquellos provistos por las Cuentas Nacionales. En este caso, el equipo de trabajo ha hecho entrevistas con los principales agentes administradores y supervisores del sistema para conocer su perspectiva propia y su opinión sobre el tipo de análisis que se propone. Después es preciso calificar la naturaleza económica de las transacciones entre agentes del sistema en relación con el marco general de financiación de la salud.

La segunda fase implica la obtención, procesamiento y análisis de los datos necesarios para dar contenido al sistema de representación. En esta fase existen grandes dificultades que corresponden a la

interacción de las diferentes unidades del sistema y que se considerarán más adelante.

En la tercera fase, finalmente, se realiza un proceso de reconciliación, que es indispensable en la medida en que existen múltiples fuentes de información para una misma variable.

Los primeros resultados de este proceso de empalme entre los sistemas son los siguientes:

- Las UPC se tratarán como fuentes de financiación del sistema (operación F.S.8.2) según el SHA, y como primas brutas de seguros en las CS.
- Los gastos de administración de las EPS se tratarán como H.C.7 dentro de las funciones de atención de la salud, y se descompondrán por transacciones en las CS.
- En las CS se establecerán las cuentas de producción de los diferentes agentes del sistema, y los balances oferta-utilización de los servicios de salud y de los medicamentos.

También es importante aclarar que los gastos de administración de las EPS (sistema de clasificación de las funciones de atención de la salud) van a clasificarse como H.S.7 en la Cuenta del SHA, pero en las Cuentas Nacionales este rubro va a ser descompuesto en los diferentes gastos. Este es un ejemplo del modo en que pueden hacerse compatibles ambos sistemas, si se definen con rigor las diferencias y la función de comparación.

Debe hacerse énfasis en que, para el DANE, los Balances Oferta-Utilización de servicios de salud y medicamentos son un elemento fundamental de las cuentas. En la experiencia de desarrollo de la Cuenta Intermedia de Salud y Seguridad Social en Salud fue evidente que, a través de los equilibrios Oferta-Utilización, se generaba una estimación del gasto de bolsillo muy diferente de la estimación del gasto de bolsillo generada directamente a partir del gasto en

salud en las Encuestas de Presupuestos Familiares. Es bien sabido a nivel internacional que los datos que salen directamente de Encuestas de Hogares tienen que sufrir muchísimos ajustes para llegar a datos que sean coherentes con el equilibrio macro-económico global y con la oferta a nivel de productos. Es decir que trabajar con un sistema que integra los equilibrios Oferta-Utilización de los productos también permite una mejor aproximación al gasto de bolsillo.

Aparte de las clasificaciones de actividades, transacciones económicas y sectores institucionales de las Cuentas Nacionales, se han mantenido, en general, las clasificaciones del SHA:

- HF: clasificación de los esquemas de financiación de la atención en salud

- FS: clasificación de las fuentes de financiación de la atención en salud

- HP: clasificación de los proveedores de salud

- HC: clasificación de las funciones de atención de la salud Fuera de las clasificaciones de actividades, transacciones económicas y sectores institucionales de las cuentas nacionales, los códigos principales vienen directamente del SHA: HF1, HF2, HF3, HF4, etc. No obstante, se han abierto mucho las categorías HF1 y HF2, que son los sistemas de financiamiento obligatorio y contributivo. En la figura 106 se relacionan los principales agentes de financiamiento de la salud en Colombia.

CALSIFICACIÓN HF - CLASIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

FIG 106

HF.1	Esquemas manejados por el gobierno y sistemas de fianciamiento de la atención de salud obligatorios y contributivos
HF.1.1	Esquemas manejados por el gobierno
HF.1.2	Sistemas de financiamiento de la atención de salud obligatorios y contitutivos
HF.1.3	Cuentas de Ahorro Médico Obligatorio
HF.2	Sistemnas de financiamiento de la atención de salud voluntarios
HF.2.1	Seguros de salud voluntarios
HF.2.2	Esquemas de financiación manejados por IPSFLH (excepto seguros sociales)
HF.2.3	Esquemas de financiación de la salud manejados por las empresa
HF.2.3.1	Salud ocupacional
HF.2.3.2	Sistemas manejados por las empresas para sus empleados y pensionados, y sus beneficiarios (provistos directamente)
HF.3	Pagos directos de los Hogares
HF.3.1	Copagos y cuotas moderadoras
HF.3.2	Otros pagos directos (compras directas de bienes y servicios de salud)
HF.3.3	Salud provista en el hogar (trabajo no remunerado)
HF.4	Resto del Mundo

Algunas particularidades del sistema de clasificación desarrollado son las siguientes:

- El Sistema de Seguridad Social en Salud con el régimen contributivo o subsidiado, promoción y prevención; los otros son los sistemas de Seguros Sociales Obligatorios con el Sistema de Riesgos Profesionales, el aseguramiento por enfermedades de alto costo, los regímenes de excepción y los servicios de salud de las Cajas de Compensación Familiar (figura 107)
- Las Cuentas de Ahorro Médico Obligatorio fueron ampliamente discutidas, ya que no había consenso sobre su existencia real; se llegó a la conclusión de que tal forma de financiación de la salud no existe en Colombia.

- Los Sistemas de Financiamiento de Salud Voluntarios, son aquellos sistemas de los diferentes ramos de seguros; existe amplia información.

La discusión sobre las clasificaciones del SHA ha ayudado en gran medida a entender mejor cómo funciona el sistema colombiano. Es el caso del nuevo rubro FS.8 (ver figura 108), que incluye las fuentes de financiación que llamamos internas al sistema. Fue necesario generar esta nueva categoría, dada una complejidad adicional del sistema colombiano, en el cual hay agentes de financiación que se financian mutuamente. Esto implica que deben generarse partidas internas de manera transitoria con un ingreso y un gasto que después se consolidan.

Crear clasificaciones teóricas no presenta mayores dificultades. Sin embargo, existen dificultades objetivas:

DETALLES HF: CORRESPONDIENTES A LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FIG 107

HF.1.2	Sistemas de financiamiento de la atención de salud obligatorios y contributivos
HF.1.2.1	<i>Sistema de seguridad social en Salud</i>
HF.1.2.1.1	Régimen contributivo
HF.1.2.1.2	Régimen subsidiado
HF.1.2.1.3	Promoción y prevención
HF.1.2.2	<i>Otros sistemas de seguros sociales obligatorios</i>
HF.1.2.2.1	Sistema de Riesgos Profesionales
HF.1.2.2.2	Aseguramiento - Enfermedades de alto costo
HF.1.2.2.3	Regímenes de excepción que no compensan
HF.1.2.2.4	Servicios de salud de las cajas de compensación familiar
HF.1.3	Cuentas de Ahorro Médico Obligatorio
HF.2	Sistemas de financiamiento de la atención de salud voluntarios
HF.2.1	Seguros de salud voluntarios
HF.2.1.1	<i>Medicina prepagada</i>
HF.2.1.2	<i>Planes complementarios - EPS -C</i>
HF.2.1.3	<i>Servicios de ambulancias prepagadas (SAP)</i>
HF.2.1.4	<i>Esquemas de financiamiento por parte del empleador</i>
HF.2.1.5	<i>Otros esquemas de seguros por compañías de seguros generales y de vida</i>
HF.2.1.5.1	Ramos de seguros - Salud
HF.2.1.5.2	Ramos de seguros - SOAT
HF.2.1.5.4	Otros ramos de seguros

- Las fuentes de información existentes no permiten, por el momento, aplicar esta clasificación desde el punto de vista de la demanda, dado que las EPS, que son los mayores “compradores” del sistema, no diferencian a quién le compran ni el tipo de servicio comprado, dado que clasifican según el modo de contratación (por capitación, por evento, etc.).
- La información disponible sobre proveedores de servicios de salud tampoco permite una clasificación detallada de los proveedores (clasificación utilizada en el REPPS).
- No hay un acceso fácil a la información detallada de los estados financieros. Los utilizamos porque son teóricamente establecidos según el principio de causación. Sin embargo, la información no es de buena calidad y tiene problemas de descomposición

de las partidas que interesan. Por ejemplo, el gasto por función es muy difícil de obtener porque los estados financieros no utilizan esta clase de clasificación.

- Registrar de manera coherente las diferentes transacciones siguiendo el principio de causación es uno de los principales retos, por la forma en que los diferentes agentes llevan su contabilidad. En el Sistema de Seguridad Social contributivo, por ejemplo, los cotizantes registran las contribuciones según el principio de causación. Lo no pagado da lugar a una cuenta por pagar. Las EPS son los entes recaudadores, pero registran los pagos recibidos de los cotizantes según un principio de caja, de modo tal que lo causado no pagado, no da lugar a registro. Lo pagado correspondiente a períodos anteriores da lugar, sin embargo, a cobros de intereses, aun cuando no hayan sido causados

DETALLES HF: CORRESPONDIENTES A LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FIG 108

F.S.1	Transferencias de los niveles nacionales y locales del gobierno (destinadas a la salud)
F.S.1.1	Transferencias internas y subvenciones
F.S.1.2	Transferencias del gobierno con destino a grupos específicos
F.S.1.3	Subsidios
F.S.1.4	Otras transferencias de los gobiernos locales
F.S.2	Transfencias distribuidas por el gobierno de origen extranjero
F.S.3	Contribuciones de seguros sociales
F.S.3.1	Contribuciones de seguridad social de los empleados
F.S.3.2	Contribuciones de seguridad social de los empleadores
F.S.3.3	Contribuciones de seguridad social de trabajadores por cuenta propia, pensionados o desempleados
F.S.3.4	Otras Contribuciones de seguros sociales
F.S.4	Prepago Obligatorio
F.S.4.1	Régimen contributivo
F.S.4.2	Régimen subsidiado
F.S.5	Prepago Voluntario
F.S.5.1	Primas brutas de seguros voluntarios de salud
F.S.5.2	Copagos de seguros voluntarios de salud
F.S.5.3	Cuota moderadora de seguros voluntarios de salud
F.S.6	Otros Ingresos de origen nacional
F.S.6.1	Pagos directos por los hogares
F.S.6.2	Pagos directos por los las empresas
F.S.7	Transferencias directas del Resto del Mundo
F.S.8	Partidas internas al sistema
F.S.8.1	Aportes de las entidades de seguros sociales en salud a FOSYGA
F.S.8.2	UPC
F.S.8.3	Recobros
F.S.8.4	Transferencias entre subcuentas de Fosyga
F.S.8.5	Indemnizaciones seguro enfermedad de alto costo

previamente. A medida que reciben el dinero, lo registran; si un afiliado no paga el mes de enero y ya es marzo, le cobran un interés de mora, aunque no haya un registro de cuenta por cobrar que equivalga a ese pago que están recibiendo. Por otro lado, la Cuenta de compensación en FOSYGA que es la manera en que FOSYGA registra lo que recibe a las EPS, solamente registra los pagos para los cuales la compensación ha sido exitosa, es decir, han comparado lo que han recibido y lo que deben guardar por UPC.

La situación resultante es que en teoría todos los agentes registran los datos según la ley del principio de causación, pero entienden la causación de manera diferente. Conclusión: muchos ajustes son

necesarios para la información básica sea coherente a nivel de los registros. Esto es muy complicado, porque no existe la información con el grado de detalle requerido.

Las cuentas por cobrar y por pagar se han convertido en una fuente importante de recursos del sistema y, obviamente, en causa de controversias entre los agentes que operan el sistema. Es decir, las contribuciones se pagan a las EPS y el dinero no siempre llega finalmente a las IPS.

Esta es la síntesis de los avances y dificultades en el proceso de adaptación de la metodología SHA en las Cuentas de Salud y, simultáneamente, de la elaboración de una Cuenta Satélite de la Salud.

9.3 Uso de la Cuenta Satélite de Salud de Chile para estimar Gasto Público de Salud en el contexto del SHA 1.0

Ec. Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

En el año 2011 Chile se incorporó oficialmente a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), lo cual implicó la adopción de los lineamientos del Sistema de Cuentas de Salud de la OECD para informar el gasto en salud. Estos requerimientos implicaron para el Ministerio de Salud un esfuerzo significativo en el ámbito de la determinación del gasto total, del gasto público y del gasto privado en salud. No se disponía de datos del sector privado, ni de información sobre el gasto de bolsillo; por el contrario, los datos del sector público eran robustos, por lo que el esfuerzo de sistematización se concentró en este sector.

Se decidió continuar con las estadísticas de las Cuentas Satélite de Salud, en las que se está trabajando desde mediados del año 2004, y utilizar la información disponible en éstas para construir los estimados del gasto público, tanto del ámbito corriente como del capital, de acuerdo a los requerimientos de la OECD. También se utilizó el mismo método para las ISAPRES, un sistema de aseguramiento privado.

Por otra parte, fue necesario utilizar fuentes de información alternativas para estimar el gasto privado en salud, ya que las Cuentas Satélite no disponían de estos datos y se carecía de información de otras cuentas. De esta circunstancia surgió una metodología híbrida guiada por el enfoque del sistema de Cuentas de Salud.

Debido a la complejidad adicional que presenta la integración del análisis de aseguradores privados y los gastos de salud en los esquemas de atención

o de proveedores, éstos se abordaron desde la perspectiva del financiamiento.

El análisis se concentró en dos ámbitos específicos: el gasto en Seguros Privados de Salud y el gasto de bolsillo, bajo las clasificaciones HFS. También se consideraron, por razones históricas, a las ISAPRES, que son agentes de financiamiento que reciben las contribuciones tanto obligatorias como voluntarias de los cotizantes, administran los recursos y pagan las Prestaciones Sociales de Salud a los sectores privados (en algunos casos, hay una integración vertical entre estos agentes y las clínicas o los prestadores privados, en otros casos no).

Hay una diferencia entre el financiamiento a través de un seguro contributivo, es decir, obligatorio, y un financiamiento a través de un seguro voluntario. En el caso de Chile un porcentaje de la contribución viene de contribuciones obligatorias. Bajo los lineamientos del SHA-2011, ese componente no puede considerarse como fuente privada, sino como un seguro en un esquema de financiamiento obligatorio. Teniendo esto en cuenta, se decidió clasificar a las ISAPRES como un Seguro Privado de Salud. En ese sentido, la estimación del gasto de seguros privados de salud tuvo lugar bajo dos ámbitos: las ISAPRES y las Mutuales de Seguridad del Trabajo. En las ISAPRES se utilizó la información de las Cuentas Satélite, con los gastos asociados tanto a prestaciones, que son las indemnizaciones de salud asociadas con un seguro privado, como a la administración. En el caso de las Mutuales Seguridad del Trabajo, se utilizó información de Balances y Estado de Resultados que publican estas instituciones; a partir del año 2014 se utilizará la información de las Cuentas Satélite, puesto que ya se dispone de datos preliminares relevantes.

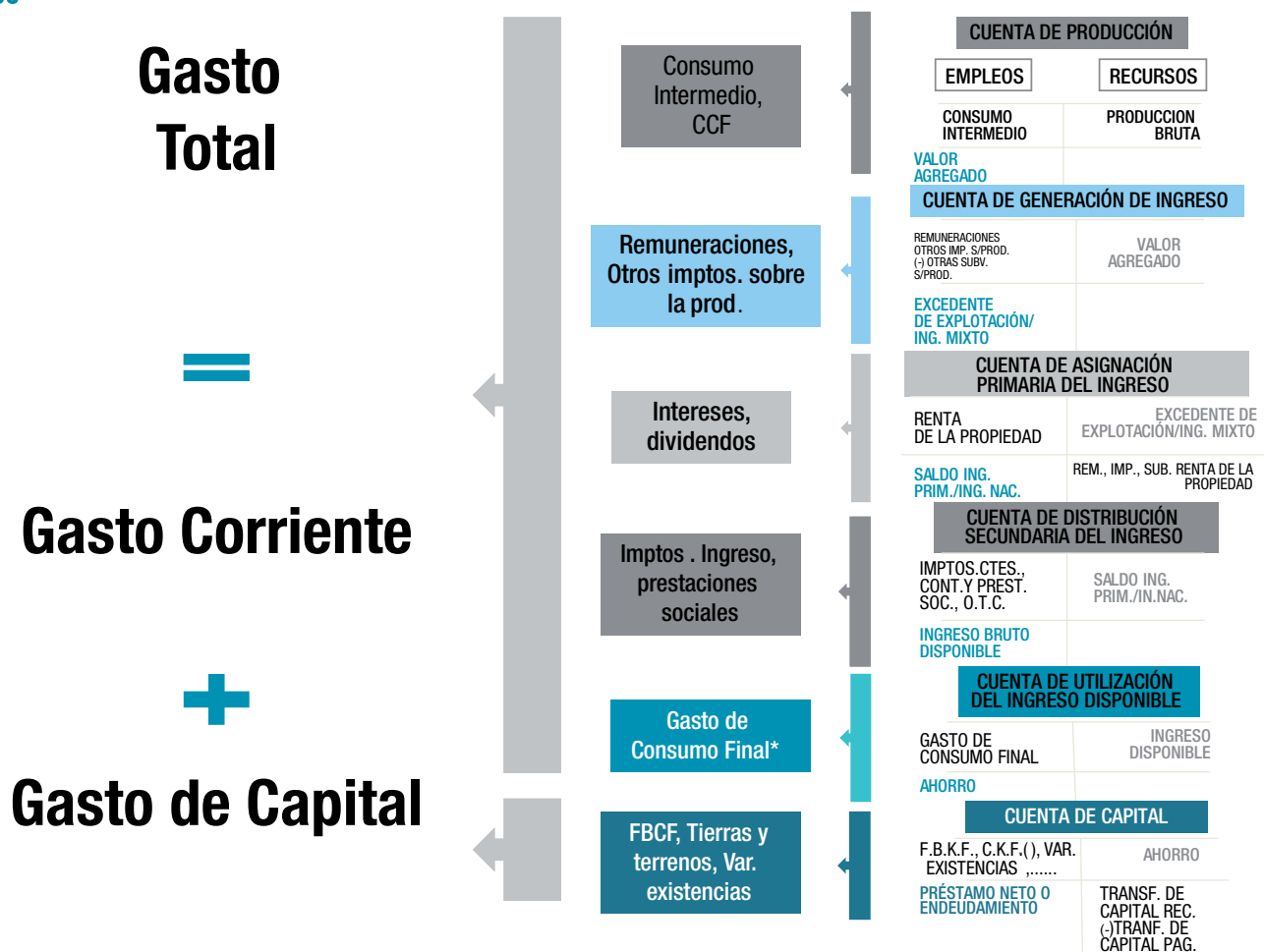
Por otro lado, está la determinación del gasto de bolsillo, caso en el cual pueden mencionarse dos fuentes de información: la Encuesta de Presupuestos Familiares y la Cuentas Nacionales. En cuanto a la Encuesta, Los últimos resultados para Chile son del 2007 y tienen una periodicidad de cinco años (aunque venían realizándose cada diez). Próximamente se

dispondrá de los resultados correspondientes al año 2012. De esta Encuesta se tienen en cuenta los datos gastos en salud respecto al gasto total. También se han tenido en cuenta las estadísticas de Cuentas Nacionales en Salud y el consumo final de los hogares como variables macroeconómicas para estimar el gasto de bolsillo anual. En las dos fuentes los resultados han sido bastante similares: el gasto en salud representa más o menos un 4% del gasto total que han declarado los hogares, aunque estos datos requieren ajustes, ya que las muestras son más representativas del ámbito urbano que del rural.

Dada la importancia de las variables que nos proporcionan específicamente las Cuentas Satélite de Salud, es necesario hacer un recuento general de éstas. Todas las cuentas relacionan los ingresos y los gastos, así como un saldo que los equilibra. En la

primera cuenta de la figura 109, por ejemplo, el valor agregado es el que equilibra la cuenta; en un primer momento se incluye del lado del empleo, pero en la siguiente pasa al lado de los recursos. Las cuentas son: Cuenta de Producción, seguida de una serie de cuentas asociadas a la generación, la asignación, la distribución y la utilización del ingreso. Después se encuentra la Cuenta de Capital, la Cuenta Financiera. El Balance de Apertura muestra el stock al inicio del período y después de todos los flujos que ocurrieron en las cuentas desde que se produjo el bien o el servicio y permite ver cuál es el cambio en el stock de los activos y de los pasivos. Se está utilizando la información no sólo en el caso de los empleos, sino que también se consideran los gastos, el consumo intermedio, las remuneraciones y otras de las variables que aquí aparecen.

FIG 109



Fuente: Minsalud - Chile

Un ejemplo del proceso de estimación del gasto se muestra en la figura 110. Vale aclarar que no se dispone de una cuenta financiera de la salud para el sector público, dado que es el Gobierno en su conjunto quien tiene las facultades de endeudamiento; la complejidad del cálculo impide extraer esa información de un modo confiable y eficiente. Para extraer los gastos se toman de cada cuenta ciertas variables relevantes; por ejemplo, de la Cuenta de Producción, el consumo intermedio y el consumo de capital fijo; de la Cuenta de Gestiones de ingresos, las remuneraciones y los otros impuestos sobre la producción; de la Cuenta de Asignación, el primer ingreso, los intereses y los dividendos pagados (la renta de la propiedad); de la Cuenta de Distribución secundaria del ingreso, los impuestos sobre el ingreso y las prestaciones sociales; en la Cuenta de Utilización del Ingreso, el gasto de consumo final; y finalmente, de la Cuenta de Capital, la estimación bruta de capital fijo, las tierras y terrenos producidos y la variación de existencias.

Es preciso detenerse en dos puntos importantes. Primero, la Cuenta de Distribución Secundaria de Ingresos, que es una de las más importantes para un sistema público, dado que éste no se financia con ingresos, por lo menos en el caso de Chile. El financiamiento del sistema público no se da a través de los precios de producción, sino a través de las transferencias. En la Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso, se clasifican, por lo menos en el lado de los recursos, las transferencias corrientes recibidas del Gobierno General y, por otro lado, las transferencias pagadas dentro del Gobierno. En el caso de Chile los ingresos van pasando, por ejemplo, de la Tesorería a FONASA (la entidad que administra las cotizaciones del sector público) y de ahí se transfieren hasta el gasto de los hospitales públicos. En este caso, no pueden considerarse las transferencias dentro de los gastos, ya que implicaría una doble contabilidad. Tampoco se están incluyendo las transferencias diversas que no tienen lugar al interior del Gobierno, ya que si consideramos

GASTO EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL * 2003 - 2007 (MM\$ 2007)

FIG 110

	2003	2004	2005	2006	2007
Renta de la propiedad pagada (D.41)	6.131	2.639	720	750	567
Prestaciones sociales netas (D.62)	237.741	259.451	275.733	318.900	349.428
Gasto de consumo individual (P.31)	1.134.409	1.252.596	1.321.580	1.524.297	1.652.106
Gasto de consumo colectivo (P.32)	60.175	68.094	68.241	76.911	85.769
Otros gastos (b)	3.779	3.905	4.132	4.609	5.654
Gasto Corriente (4)		1.586.684	1.670.405	1.925.468	2.093.524
Formación bruta de capital fijo (P.51)	52.959	56.515	84.540	130.863	164.302
Variación de existencias (P.52)	-7.244	1.259	4.430	-3.961	3.983
Adquisición neta de activos no financieros no producidos (K.2)	0	0	410	862	3.213
Gasto de Capital (5)	45.715	57.774	89.379	127.763	170.898
Total Gasto (6)= (4) + (5)	1.487.951	1.644.458	1.759.785	2.053.231	2.264.422

Fuente: Boletín de salud y economía - Ministerio de salud - Vol. 3 - 2010

las transferencias pagadas, en muchos casos van a financiar al mismo sector público de los hospitales o a otras instituciones de salud como las ONG y el gasto se captura en el análisis del sector privado. El gasto de consumo final se construye a través de la producción total del sistema, menos las ventas por servicios; se han identificado algunas prestaciones sociales individuales que se determinan también como gastos de consumo individual, que no se incluyen como producción, sino como gastos.

En Producción, que se construye a través de los costos intermedios y las remuneraciones, también va a estar reflejado en el gasto de consumo; entonces, para no hacer una doble contabilidad, sólo se toman aquellos gastos de consumo que van directamente a los hogares. Por ejemplo, el sistema público hace compras de diálisis e intervenciones quirúrgicas al sector privado, y esos gastos se consideran como parte del sector público, pero no como una producción del sector privado. Todos estos son elementos que deben tenerse muy en cuenta para evitar registros duplicados.

Es muy importante mantener las variables que se están determinando en las Cuentas Satélite y no dejar nada por fuera, incluso los costos sobre la producción o los impuestos sobre ingreso, con el fin de mantener la consistencia del sistema entre las Cuentas Satélite y estas variables de gastos. Quizá puede haber diferencias en lo que se considera gastos en las Cuentas de Salud de la OECD, pero se tomó la decisión de correr este riesgo para mantener las estadísticas consistentes con lo que se está publicando en las Cuentas Satélite.

Las figuras 110, 111 y 112 son algunos ejemplos tomados del Boletín de Economía del 2010, que se refieren al período 2003-2007. Aquí estamos considerando la renta de la propiedad pagada que les mencionaba, las prestaciones sociales y el gasto de consumo individual, el gasto de consumo colectivo, otros gastos que tienen que ver con una institución que se llama Central Nacional de Financiamiento, como tiene un autofinanciamiento no tiene un gasto

de consumo, es distinto, la pusimos acá para poder hacer un ajuste. Entonces, esto que está aquí sumado sería nuestro gasto corriente a distintos años, y luego estamos considerando la conformación bruta de capital y la versión de existencias; estas son las tierras y terrenos, que son la adquisición neta de activos no producidos; por lo tanto nuestro gasto capital sería la suma de estas tres variables.

En suma, la propuesta de Chile se centra en vincular las Cuentas Satélite y el Sistema de Cuentas de Salud de la OECD manteniendo ambos en pie. Puede haber diferencias, pero menores (parece que los intereses no se consideran); algunas consideraciones finales incluyen

- La construcción del gasto total en salud es un híbrido de fuentes de información y metodologías.
- Se dispone de datos a nivel agregado para el Sector Privado de Salud, sólo por Fuente de Financiamiento (HF), por lo tanto no hay desagregación por Funciones (HC) o Proveedores (HP) (ICHA-SHA).
- Sólo en el caso de las estimaciones del gasto público de salud se dispone de información para proveedores (HP), financiadores (HF) y sólo en el caso de Hospitales una desagregación para los años 2010 y 2011 de algunas categorías por funciones de salud (HC).
- Un aspecto relevante a considerar en la estimación del sector público de salud utilizando las estadísticas de CSS es que se mantiene la consistencia metodológica del gasto, considerando a todas las variables relevantes, lo cual puede encontrar diferencias con la determinación del gasto en salud propuesto por el Sistema de Cuentas de Salud de OCDE.

CUADRO 1.1 - FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DEL GOBIERNO GENERAL * 2003 - 2007 (MM\$ 2007)

FIG 111

	2003	2004	2005	2006	2007
Contribuciones sociales recibidas (D.61)	616.928	650.173	718.182	805.499	843.664
Otras transferencias corrientes netas (D.7)	794.640	869.379	960.311	1.106.719	1.207.321
Renta de la propiedad recibida (D.41,D.42)	6.114	2.635	729	759	638
Otros ingresos (a)	3.425	3.445	3.278	6.886	4.612
Otros gastos (b)	3.779	3.905	4.132	4.609	5.654
Financiamiento Corriente(1)	1.421.108	1.525.633	1.682.501	1.919.863	2.056.234
Tranferencias de capital netas (D.9)	40.581	47.120	72.314	107.342	136.357
Financiamiento para inversión (2)	40.581	47.120	72.314	107.342	136.357
Total Financiamiento (3) = (1) + (2)	1.461.689	1.572.753	1.754.814	2.027.206	2.192.591

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DEL GOBIERNO GENERAL * 2003 - 2007 (MM\$ 2007)

FIG 112

	2003	2004	2005	2006	2007
Fiannciamiento Corriente (1)	1.421.108	1.525.633	1.682.501	1.919.863	2.056.234
Fiannciamiento para Inversión (2)	40.581	47.120	72.314	107.342	136.657
Total Financiamiento (3)=(1)+(2)	1.461.689	1.572.753	1.754.814	2.027.206	2.192.591
Gasto Corriente (4)	1.442.235	1.586.684	1.670.405	1.925.468	2.093.524
Gasto de Capital (5)	45.715	57.774	89.379	127.763	170.898
Total Gasto (6)=(4)+(5)	1.487.951	1.644.458	1.759.785	2.053.231	2.264.422
[B.8n] Ahorro neto / Desahorro Neto(7) = (1)-(4)	-21.128	-61.052	12.095	-5.604	-37.290
Consumo de Capital Fijo (8)	62.399	63.985	68.514	71.953	72.232
Ahorro Bruto (9) = (7)+ (8)	41.271	20933	80.609	66.348	34.942
[B.9] Préstamo Neto / Endeudamiento Neto (10)=(3)-[(6)-(8)]	36.137	-7.720	63.544	45.927	401

Fuente: Boletín de Salud y Economía – Ministerio de Salud – Vol.3 - 2010

- Utilizar la información de CSS del Sector Privado de Salud para estimar y desagregar por proveedores el gasto en el contexto del SHA.

- Algunas fuentes de información secundaria incluyen datos de los hospitales públicos, a través del sistema Win SIG (Sistema de Información Gerencial para Windows), que es un sistema de costeo proporcionado por la OPS, y el sistema GRDE que se está implementando en los hospitales públicos de Chile y que cubre cerca del 80% de los egresos hospitalarios. A través de esa información se obtuvieron las claves de distribución para desagregar este tipo de gasto. Fue necesario recurrir a fuentes secundarias, ya que es muy difícil desagregar ese gasto a través de información primaria.

- La estimación del gasto del sector público en salud debe mantener la consistencia metodológica con las variables relevantes, por lo cual pueden encontrarse diferencias con la determinación del gasto de salud propuesto por el Sistema de Cuentas de Salud de la OECD.

- Se está considerando utilizar la información de las Cuentas Satélite en Salud para el sector privado; próximamente lo estaremos comunicando para desagregar y estimar a los proveedores en el contexto del SHA. Lo que se tiene ahora no es insuficiente, pero si se logra una buena información de los proveedores de atención en salud puede desagregarse el gasto y así mejorar las estadísticas.

Preguntas y debate

Modera: Ec. Gabriela Mata

Ministerio de Salud Pública de Ecuador

1. Es evidente que lograr datos de buena calidad es un desafío persistente. ¿Qué harán al respecto?

Marion Pinot: La calidad de los datos y el tipo de fuente presenta grandes retos, pero creo que ofrecer soluciones metodológicas y presentarlas a los proveedores de información, junto con las dificultades presentadas, podría incentivarlos para que mejoren los procesos de registro de información. En algunos casos es posible subsanar los problemas con encuestas, pero esto no se aplica generalmente a los problemas de cobertura de la información. Por ejemplo, nosotros tenemos problemas con los proveedores de salud del sector privado y del sector público. En este último caso, todos los proveedores de salud tienen que rendir información a la Contaduría General de la Nación según un formato preestablecido; el problema es que el formato no es el más adecuado. La solución es discutir los cambios requeridos en el formato con los que lo elaboran. A nivel de los entes privados, teóricamente tienen que rendir cuentas a la Superintendencia de Salud, pero no lo hacen. Además, cuando lo hacen, la información que se recoge no es adecuada para nuestros usos. En general, la producción de estadística es un proceso en el cual interactúan los que utilizan la información y los que la producen. Nunca vamos a tener una situación real en la que la oferta de datos corresponda exactamente a la demanda.

Gabriela Mata: La anterior es una buena respuesta. En nuestra experiencia, los datos que necesitamos nunca están cuando los necesitamos; esto no lo podemos resolver como usuarios de la información. Parte de las propuestas que estamos haciendo en los Planes de Trabajo consiste en la capacitación de los proveedores de información y encontrar las respuestas con ellos. Por supuesto, también hay otro tipo de alternativas: las encuestas, la mejora de los

registros primarios y el fortalecimiento de la ley de estadísticas; este esfuerzo requiere de coordinación internacional.

Alain Palacios: Es un tema muy complejo. Primero, se trata de ubicar las fuentes de información y de tener buena cobertura; el segundo problema es que la calidad de los datos sea adecuada. En el caso de Chile, tratamos de ir a la fuente; en las fuentes primarias de información muchas veces nos hemos encontrado con estimaciones de bases de datos previas. En el fondo, cuando se establecen estadísticas económicas en salud, hay un espacio en que no todo lo que se encuentra es información primaria de buena calidad. Por la magnitud de la información que se está recibiendo, es fundamental saber si los datos son o no de buena calidad y cómo se pueden mejorar. Hay un área que siempre se tiene que considerar, que son las estimaciones; quizá no le apunten a lo que realmente se puede gastar, pero dan un sentido de proporción y sirven para decidir cómo mejorar la información. Las estimaciones son relevantes y no hay que tener temor a no tener toda la información. No obstante, no hay que exagerar: no todo puede consistir en estimados. En el caso de Chile, muchas veces nos negábamos a presentar datos del sector privado o datos del gasto de bolsillo porque no teníamos la capacidad para informarlos. Cuando nos presionaron un poquito más y fue claro que había que hacer algo, empezamos a investigar y surgieron soluciones. Este punto en particular fue fundamental para las estadísticas de Chile, que hasta hace un par de años presentaban una producción de gasto público mucho mayor que el Gasto privado de Bolsillo. A partir de los requerimientos de la OECD, la información mejoró y comenzó a verse que en Chile nadie se había preocupado por el gasto de bolsillo; el dato generado (37%) hizo saltar las alarmas, en particular sobre el gasto en medicamentos (32%), y esto condujo a la discusión de políticas y estrategias para disminuir el gasto en medicamentos (en la prescripción de genéricos, en las góndolas, en su mercado, en equivalencia de medicamentos); hay todo un espectro de temas en los que la información estimada sirvió para generar mayor discusión. En



conclusión, cualquier acción genera impactos imprevisibles y potencialmente buenos.

Patricia Hernández: Estos foros son muy importantes para discutir los métodos de estimación. Los estimadores no se necesitan solamente para los gastos privados, o para las distribuciones ‘exóticas’ o novedosas que estamos impulsando; también se necesitan para depurar o incluso para verificar la plausibilidad de las cifras de los agregados. La discusión de estos métodos, entonces, es muy relevante.

Mesa Redonda

Desafíos y propuestas conjuntas de acción

Modera: Ec. Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

Moderador: Hemos trabajado por varios años por llevar adelante las Cuentas de Salud en nuestros países; como vimos en nuestras presentaciones, tenemos distintos niveles de avance y distintos ámbitos de acción. Lo ideal es que podamos unir fuerzas para enfrentar los desafíos con propuestas conjuntas de acción.

Además, tenemos la presencia de dos actores relevantes, OPS y OMS, que nos están apoyando en estas iniciativas, y obviamente el ORAS – CONHU, que ha posibilitado esta discusión. Quisiera mencionar, en este sentido, que en algún momento existió una Comisión muy similar en el MERCOSUR, la Comisión Intergubernamental de Macroeconomía y Salud, que era otra instancia de discusión e integración. La instancia dejó de funcionar, aunque hubo logros importantes en actividades y Talleres relativos a las Cuentas de Salud (2007); rescato esta experiencia para señalar la importancia de mantener esta instancia actual a la que nos convoca y considerar siempre formas de mejorar.

Es importante conocer y debatir la experiencia individual de los países. Las organizaciones internacionales promueven ciertas metodologías y acuerdos e impulsan ciertas áreas que les interesa desarrollar. El propósito último es mejorar las estadísticas e indicadores en salud, la armonización, el seguimiento, y la aplicación de los resultados en la toma de decisiones. Este es un discurso que se ha mantenido por mucho tiempo y vale la pena integrar los avances individuales para generar un avance conjunto. En este sentido, los espacios de cooperación son una opción indispensable, particularmente en Cuentas de Salud.

Quisiera rescatar la presentación del DANE (Marion Pinot); en efecto, el esfuerzo por aplicar una metodología de análisis a la situación real de un país permite entender mejor cómo funciona el sistema de ese país. Siempre hay elementos nuevos que surgen en estos procesos y que avanzan la comprensión. El Trabajo conjunto del DANE y el Ministerio de Salud de Colombia es admirable. Me gustaría conversar con ellos en detalle, porque hemos encontrado puntos comunes y, aunque no hemos hecho un análisis tan exhaustivo, sí estamos utilizando la misma metodología.

Patricia Hernández: Quisiera empezar con una aclaración: la agenda de la OMS es una agenda de cooperación y trabajo conjunto con los países, tanto en el marco de la Asamblea Mundial como en el Comité Ejecutivo. En el caso del SHA hemos realizado consultas regionales y avanzado de manera conjunta con los países. El objetivo ha sido siempre facilitar un proceso que supone un interés colectivo y entendemos que efectivamente los niveles y capacidades de cada uno de los países son muy diferentes. Nosotros, como secretariado, debemos ser capaces de recoger sus complejidades y buscar vías posibles de solución con cada país y las diferentes organizaciones. En este sentido, un elemento importante tiene que ver con el uso del SHA como un punto de comparación internacional, que no impide el uso de otro tipo de bases de datos y de información en cada país.

Es cierto que la OMS tiene un sistema de captación de datos muy restringido, que incluye un mínimo de indicadores. Se está discutiendo si conviene incluir en la base de datos los reportes SHA completos y estamos convencidos de que, independientemente de esta decisión, es deseable poner todos los reportes a disposición para que puedan ser consultados de manera abierta como un bien público.

La institucionalización y la iniciativa propia de cada país en la realización de las Cuentas es un reto mayor. Esta fue la conclusión del reporte de institucionalización del Banco Mundial, que comparto. Cuando existe una

voluntad política, los problemas desaparecen como por arte de magia, o por lo menos se minimizan. Creemos que nuestro papel es el de ayudar en las etapas claves de este proceso.

Una de las etapas claves es la recolección de datos. Creemos que se requiere avanzar en conjunto con los proveedores de datos y, en la medida de lo posible, por medio de la automatización de la recolección de la información. Por ejemplo, para que el responsable de hacer el reporte de Cuentas de Salud no se vea obligado a solicitar los datos cada vez que los requiere, deben establecerse convenios interinstitucionales y legislación para que cada uno de los organismos reporte de oficio. Por supuesto, en este sentido la ley estadística y la mejora de los registros primarios es una necesidad clara en muchos países. Por ejemplo, de manera muy ingenua yo pensaría que el contexto de la reforma en Colombia abre una oportunidad en este sentido. A pesar de la complejidad de estos procesos, la idea de mejorar los registros primarios nunca debería olvidarse.

La continuidad del proceso de producción y recolección de información para las Cuentas es de la mayor importancia; de otra manera, se pierde la memoria, las rutinas, la interacción con los contactos, etc.

Este tipo de espacios, Foros y Talleres, son clave para discutir las prioridades metodológicas. Las cuestiones metodológicas y las estimaciones siempre presentan dificultades; por ello, la priorización en la discusión de las etapas o los puntos más problemáticos, permite facilitar la identificación de soluciones y un mejoramiento progresivo de las estadísticas. Sabemos que esto no puede ocurrir de la noche a la mañana. En este sentido, tal vez sea importante empezar por el control de calidad como una oportunidad de repensar las cifras y las clasificaciones con ojos frescos. El establecimiento del cuestionario conjunto ha sido uno de los mayores avances con los países de la OECD y la Unión Europea.

Finalmente, la institucionalización del uso de las cifras también es una prioridad. El uso de las cifras producidas es mínimo en la actualidad. Los resultados deben acercarse al usuario. La OMS también está haciendo planes para apoyar a los países en esta dirección: hay algunas propuestas muy concretas que se van a discutir en el Taller, principalmente en el desarrollo de herramientas que faciliten el análisis y la generación de metodologías de comparación para los puntos más útiles de las Cuentas. En este aspecto cabe aclarar que no siempre hay coincidencias entre países, por lo cual cobran nuevamente relevancia las instancias multilaterales como espacios de decisión sobre el tipo de cifras más relevantes, según los usos políticos que sean más o menos comunes a todos. La OMS ofrece su apoyo, tanto para el desarrollo metodológico como para el análisis de la información.

Cristian Morales: Fundamente coincido con lo dicho por Patricia, así que voy a complementar esta discusión desde otro ángulo. En la OPS creemos que este es un momento único el desarrollo reciente de la disciplina en América Latina. La ventana de oportunidad que se está abriendo tiene que ver el establecimiento de la cobertura universal de salud como una prioridad hacia la cual todas las agencias están confluyendo y frente a la cual van a responder cada vez con mayor intensidad. El logro de la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta las realidades que son propias y distintas en cada país de la región, va a exigir respuestas que dependen de manera importante del trabajo de quienes producen información económica para la toma de decisiones: Cuentas de Salud, datos sobre costos, costo-efectividad o sobre introducción de tecnología, guías, etc. Va a ser necesario como nunca un diálogo basado en evidencias.

Partimos de una realidad muy compleja; por una parte, nuestro nivel de gasto de salud con respecto al PIB es relativamente adecuado; sin embargo, la composición de ese gasto es totalmente inadecuada para el objetivo de cobertura universal, siempre que más o menos la mitad del gasto corresponda al sector privado. Los seguros voluntarios y los Planes de Medicina Prepagada, son y deben ser de mercado;

el cálculo de la Prima y el paquete de beneficios, o sea, las Variables P y Q que son las variables de ese análisis que son absolutamente determinadas por el mercado. No obstante, la discusión sobre el Sistema de Seguridad Social debe profundizarse y aclararse. En el caso colombiano es común escuchar que el mercado de la salud se privatizó y que las EPS se enriquecieron a costa de los contribuyentes. En efecto, hubo apropiación de recursos, pero no por condiciones de apropiación de ganancias del mercado, sino por una cuestión aún más grave y es que el sistema se desreguló, lo cual condujo a que las EPS captaran recursos de manera ilegal o, cuando menos, irregular. Este asunto lo planteo para dejar sentada su importancia. Debe haber claridad absoluta sobre el papel de los agentes y la forma como intervienen en el sistema; los sistemas de clasificación del gasto deben reflejar muy bien la realidad y el flujo de recursos. En el caso colombiano, por las mismas características que tiene el sistema, esto presenta múltiples dificultades y, en nuestro contexto, este debate debe avanzar y aclararse.

Participante (1): Las Cuentas Nacionales, el sistema SHA y las Cuentas Satélite son importantes, ya que permiten medir el desempeño de cada país y compararlo con el de los demás; la competencia ayuda al mejoramiento constante. En cuanto a la capacitación en Cuentas, es importante porque el Ministerio de Hacienda está condicionando la aprobación de recursos al logro de resultados. Una experiencia en el caso de Paraguay: el Parlamento que asumió en Julio decidió, en un momento dado, desfinanciar el presupuesto de la Atención Primaria en salud y el programa de las Unidades de Familia; el informe, realizado con un esfuerzo enorme por parte de la Dirección de Economía de la Salud y con el apoyo de la OPS, condujo a que esta decisión se reconsiderara, permitiendo la financiación de 707 Unidades. Este programa ha reducido de manera importante los índices de mortalidad materno-infantil. Esta es la razón de ser del sistema de salud y un sistema de Cuentas orientado a la toma de decisiones.

Participante (2): El trabajo de recolección de datos en Ecuador, a cargo del INE, es una labor muy importante; no obstante, no ha tenido mayores impactos en la toma de decisiones. Esa es la preocupación del Ministerio de Salud. Contamos con capacidades limitadas de análisis, por lo cual requerimos un mayor apoyo de los diversos organismos internacionales; de esta manera esperamos lograr un mayor impacto en las autoridades. En cuanto al SHA, todavía no nos hemos familiarizado completamente con la nueva versión, que es un trabajo principalmente del INE, y también pedimos apoyo y colaboración a los diferentes organismos.

Participante (3): En Bolivia la dificultad mayor se encuentra en la institucionalización de las cuentas. Lamentablemente, ha habido muchos problemas políticos, cambio de Ministros, excesiva rotación de personal, todo lo cual ha impedido la continuidad del proceso. Desde el 2003 se está implementado el Manual de la Guía del Productor para generación de información; del 2008 al 2011 se ha estado usando el SHA-1. Todo este trabajo, no obstante, ha sido realizado por consultores contratados por OPS y otros organismos internacionales; el apoyo de la OPS Bolivia, en particular, ha sido fundamental para la implementación de un Plan Macro en las Cuentas, que va a ser presentado a fines del mes de agosto al Ministro para que le dé vigencia legal y se establezcan compromisos para la implementación del SHA-2011. Vamos a estar presentes por primera vez en el Taller de Capacitación de la OPS. Por otra parte, si bien generamos la información, los tomadores de decisiones, no necesariamente la utilizan. La Dirección General de Seguros de Salud del Ministerio ha desarrollado una propuesta para el Sistema Único utilizando como fuente de datos las Cuentas de Salud; quizá esa es la única aplicación práctica de importancia que se ha propuesto para al sistema de información, y se encuentra todavía trámite. Hay optimismo, a pesar de que el país va a entrar pronto en período de elecciones nacionales, por lo que proyectamos una espera de dos años para que esta propuesta se haga realidad. Finalmente, buscamos establecer compromisos con la OPS,

la OMS, todos los países de la CASE y todos los organismos que nos puedan apoyar con programas de capacitación, dirigidos tanto a los encargados de elaborar las Cuentas como a los tomadores de decisiones.

Alain Palacios: Damos las gracias a todos los países, tanto Andinos como del MERCOSUR, por sus intervenciones, que han sido muy satisfactorias e interesantes. Me parece que hay un ámbito de trabajo que está acotado a ciertos aspectos. Aprovecho la presencia de todas las instancias, tanto de los Países Andinos como del MERCOSUR, para proponer un acuerdo sobre los indicadores específicos para las Cuentas Satélites y las otras cuentas que van a ser objeto de seguimiento y para establecer el compromiso de informar esos indicadores oportunamente. Nosotros tenemos en nuestro plan de trabajo el objetivo establecer indicadores económicos de salud. Invitamos también a los países del MERCOSUR a adelantar conversaciones con el Observatorio de Salud y Economía de esta instancia, que ha hecho algunos avances en la materia, teniendo en cuenta dado que en el ámbito del MERCOSUR no tienen la posibilidad de tener discusiones sobre las Cuentas de Salud, aunque quizá sí sobre indicadores. El Observatorio es una instancia con capacidad de hacer este seguimiento y es un punto de partida importante.

Me gustaría que esta invitación fuera bien recibida por los países y la pudieran comunicar de vuelta en sus Ministerios y otras instituciones, para formalizar estos compromisos establecer un cronograma de trabajo. Creo que está la instancia, está la discusión, está el observatorio funcionando y solamente hace falta concretar los acuerdos. Me gustaría resaltar que algunos de nuestros países no tienen Cuentas de Salud y que la cooperación bilateral que pueda establecerse también es indispensable para el avance en esta materia. Muchas veces los Talleres, así sean de cinco días, no logran el grado de exhaustividad requerido para analizar en detalle las cifras. Las visitas técnicas, así como las conversaciones directas con las autoridades, pueden ser dar muy buenos resultados.

Quisiera aportar una anécdota. Cuando se empezó con las Cuentas Satélite en Chile no existía ningún tipo de financiamiento formal; la única manera de conseguir los recursos era a través de lo que se conoce en Chile como el Banco Integrado de Proyectos del Ministerio de Planificación Social, al cual los otros Ministerios pueden acceder por concurso. Por esta razón, el punto de partida fue precario, pero a media en que se fueron apareciendo los resultados, se generaron todos los incentivos para mantener el esfuerzo. Cualquiera que sea la situación actual de nuestros países, no hay que esperar a que lleguen los recursos; podría convertirse en una espera eterna. En particular, cuando las organizaciones internacionales son la única fuente de apoyo y, por una razón u otra, ese apoyo desaparece, todo el conocimiento y los avances pueden quedar en el aire. Para enfrentar estas realidades es preciso considerar todas las dimensiones y ámbitos de relevancia de las Cuentas de Salud; éstas tienen una dimensión global, ya que son indispensables para determinar el gasto total de salud; también son importantes para ciertos organismos internacionales, así como para los objetivos de política de cada país. Entonces, para utilizar la metáfora de Mirco Osorio, hay que jugar en distintas áreas: hay que ser arquero, hay que ser delantero y hay que ser mediocampista también; o sea, hay que hacer de todo.

Patricia Hernández: Hay una diferencia muy grande entre el contacto directo que está dándose aquí y la comunicación distante, a través de formatos y vía e-mail, que pierde toda la riqueza de la experiencia que ustedes han estado compartiendo. Quisiera expresar mi entusiasmo y agradecimiento a todos ustedes.

Cristian Morales: Los invito a todos y cada uno de ustedes a que se acerquen a la Oficina de OPS/OMS cuando vuelvan a sus países; con ese fin están presentes varios de nuestros consultores, para que estén en armonía con la discusión de estos días y para que, a partir de ahí, surjan planes de trabajo concretos, se identifiquen las prioridades específicas de cada país y puedan explorarse las opciones de financiación e implementación más adecuadas.

Alain Palacios: Finalmente, quiero agradecer a OPS y OMS todo el apoyo que han brindado a este Taller y a este Foro, sin el cual no habría sido posible contar con los colegas del MERCOSUR.

Cecilia Acuña (OPS-Ecuador): Me parece muy importante hacer una aclaración. OPS/OMS es el Secretariado Técnico de los Ministerios de Salud de los países del mundo, no un organismo internacional con intereses propios. Es muy importante que tengan claro esto: nuestra Agenda no es distinta de la de los países, sino la que los Estados Miembros definan en la Asamblea Mundial de Salud cada año, en la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS y en la reunión de los Cuerpos Directivos que tienen lugar cada año también en Washington, D.C. Estamos para servir. Por tanto, el tema aquí no es cómo conciliar Agendas, el tema aquí es cómo podemos servir mejor a la causa común que son las prioridades de los países en la recopilación de información que les sirva para la toma de decisiones en esta materia.

Ricardo Cañizales: Los Países Andinos que están participando en la organización de este evento elaboraron un plan conjunto andino en 2012. Esta reunión que hemos logrado hacer de forma organizada

y consensuada con otros organismos hace parte de este plan, que es una hoja de ruta para los seis países. Veo con mucho interés la gran motivación demostrada por los países del MERCOSUR. Una propuesta que quisiera hacer es compartir y socializar este plan con el MERCOSUR. Allí están claramente expresados los países en cuanto a economía, salud y Cuentas de Salud, con prioridades y compromisos de cooperación y avance individual. En particular, están definidas algunas actividades muy concretas dirigidas a la institucionalización de las Cuentas de Salud, la capacitación del recurso humano, la cooperación, etc. El Plan, que abarca el período 2013-2014, hace parte del Plan Estratégico de largo plazo que los países andinos también elaboraron en forma conjunta. Todo esto debe compartirse con los países del MERCOSUR, ya que está claro que compartimos problemáticas e intereses y tenemos potencialidades capaces de generar sinergias importantes.

Quisiera recordar también que, como en el caso del MERCOSUR, existe un Observatorio de Economía y Salud a nivel andino, que ha empezado a funcionar recientemente. Ese será también un mecanismo de integración y consulta para los Países Andinos.

Conclusiones y cierre de jornada

Dra. Gabriela Moreno Presidencia de la CASE

La Cobertura Universal es una meta y una utopía; por lo tanto, es un proceso continuo. Los cuatro ejes principales de este proceso son el derecho a la salud, los nuevos modelos de financiamiento, los modelos de atención integrados y la rectoría. Hay factores fundamentales para avanzar en proceso; estos son la gobernanza, los modelos de atención, haciendo énfasis en la atención primaria, el aumento de los recursos humanos, la mejora de la fiscalización, la eficiencia y el uso de tecnologías sanitarias. Las Cuentas de Salud son un instrumento indispensable en relación al monitoreo y el análisis del financiamiento del sector salud y ese fue el principio que guió la jornada de hoy.

Se revisaron los antecedentes de las Cuentas de Salud, que incluyen los Talleres que se han realizado desde el año 2008 hasta el año 2010 y una serie de acuerdos relacionados con la difusión de la información, la capacitación para generar una masa crítica, el establecimiento de relaciones intersectoriales e interinstitucionales, la armonización, la definición de un plan operativo anual, el fortalecimiento de la institucionalidad, el mejoramiento del análisis de la información y, por último, el avance en la implementación de las metodologías que impulsan OPS, OMS, OCDE y CEPAL.

Por otro lado, revisamos el estado de situación y los avances de los países de la región, así como algunos aspectos metodológicos de particular importancia. Claudia Pescetto (OPS Washington) se refirió a la importancia para el uso de los indicadores y los sistemas de información de Cuentas de Salud para la toma de decisiones en políticas, con miras a una Cobertura Universal y los desafíos que enfrentan para lograr ser oportunos y de calidad. En este orden de ideas, introdujo el concepto de Revolución de los Datos y la necesidad de construir capacidad estadística en los gobiernos para visibilizar frente al

público la importancia de un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia y de la rendición de cuentas.

- ¿Qué ofrecen las Cuentas de Salud? Información oportuna; para ello se requiere construir indicadores que sean válidos, confiables, específicos, sensibles, relevantes y eficientes.

- ¿Con qué fin? Para conocer la eficiencia de la utilización y destino distributivo; revisar los niveles de protección de financiamiento de los hogares; los gastos de enfermedad por paciente y su composición por proveedor, así como la planeación del uso futuro de recursos.

- ¿Cómo lograrlo? Hay distintos enfoques en este sentido: SHA-2011, OECD, OMS, Banco Mundial, las Cuentas de Salud por CEPAL y OPS, el enfoque de Finanzas Públicas y, por último, las estadísticas de Gastos Nacionales de Salud. Es destacable el valor de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE), OPS/OMS y la academia como puntos de encuentro y apoyo en el esfuerzo por construir indicadores de Cuentas de Salud.

En la jornada se compartieron los avances en las Cuentas de Salud en los distintos países de la región:

- Chile hizo un recuento histórico y planteó los siguientes desafíos: desagregar los gastos de salud por patologías, por insumos, por edad y género; elaborar las propuestas metodológicas para homogeneizar el cálculo, para el cual es determinante el apoyo de OPS/OMS; la difusión amplia de las Cuentas de Salud en la Web y la generación de reportes por niveles de atención (APS, hospitales, secretarías regionales y ministeriales y reportes de series de datos).

- Colombia explicó que sus Cuentas Nacionales de Salud tienen un enfoque Harvard que partió en el año 1994, impulsado por la Ley 100 de 1993. Se realizó un diseño matricial compuesto de cuatro matrices: financiamiento y gasto; gasto por tipo de servicios; gasto por tipo de prestadores y gasto según uso (administración y atención, entre otros). Sus desafíos incluyen la publicación de resultados para el período 2004-2012 y avanzar en la institucionalización de las Cuentas de Salud.

- Ecuador resumió el panorama institucional de las Cuentas de Salud, que incluye tanto al Instituto Nacional de Estadística como al Ministerio de Salud, y presentó resultados de Cuentas de Salud 2005-2008. Entre otros, cabe resaltar las fuentes de financiamiento del sistema, distribuidas entre los hogares (55%), el gobierno (19%) y las sociedades sin fines de lucro un (16%). Sus desafíos son: socializar los análisis; la producción del estudio de medición 2009-2013; por último, institucionalizar y consolidar las Cuentas de Salud como herramienta para la definición de políticas públicas en salud. Algunas preocupaciones técnicas hacia futuro se refieren a la determinación precisa del gasto total, el nivel de gasto público y el nivel de gasto de bolsillo.

- Brasil explicó el papel de coordinación técnica que cumple el Instituto Nacional de Estadística y presentó algunos datos, como la elevada participación de los hogares en el financiamiento de los servicios (53%) y medicamentos (60%). Sus desafíos son también la institucionalización, las publicaciones regulares, contar con datos desagregados y contar con Cuentas Públicas y Privadas separadas.

- Uruguay: explicó que, tras la crisis del 2002, han mejorado los niveles de pobreza

y desigualdad, gracias a la Reforma de Salud del 2007, que buscó alternativas para administrar los riesgos y asegurar accesos a través de subsidios. Para Uruguay las Cuentas de Salud son una herramienta clave para visualizar estos cambios en financiamiento, modelos de gestión y para el monitoreo del fondo único obligatorio (FONASA) y de los prestadores de salud. Sus desafíos: dificultad en el acceso a los datos; polifuncionalidad de las personas que trabajan en Cuentas de Salud; vacío de profesionales; mejorar las tecnologías de software; mejorar la difusión de resultados; afinar las estimaciones para el 2011; mejorar la coordinación interinstitucional entre el Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Salud y el Banco Mundial.

- Paraguay: se refirió a la necesidad de generar estadísticas y a la superación de la brecha urbano-rural, que depende entre otras de la carencia de datos a nivel local. También hizo énfasis en la urgencia de implementar políticas públicas dirigidas a la disminución del gasto de bolsillo y a incrementar el presupuesto en salud pública. En este momento, según sus impresiones, están gastando más en recuperación y emergencias. Reconoció el largo camino que queda por recorrer, pero fue enfático en el gran interés que despierta esta temática en su país.

En la sesión de la tarde se procedió a revisar los aspectos metodológicos de las Cuentas de Salud. En la presentación sobre los avances y las dificultades en el proceso de adaptación de la Metodología del SHA-2011, Patricia Fernández (OMS) explicó que este será el Sistema de Cuentas de todos los Estados Miembros de la OMS y que deberán reportarlo a partir del año 2015. En este sentido, se han realizado esfuerzos en capacitación en talleres, difusión y asesorías en todos los países. Compartió experiencias de la Unión Europea y Asia-Pacífico, región en la que 26 miembros implementarán

el SHA-2011 en el corto plazo, que están también en concordancia con los estándares de la OECD.

- ¿Qué se espera de los Estados Miembros? Transparencia y oportunidad anual (datos con una antigüedad máxima de un año); buenas prácticas de estimación y de presentación de los datos; distribución del gasto según CIE-10; actualizar al sistema SHA-2011 en los países que lo requieran.

En su presentación, Marion Pinot expuso la propuesta de integración del SHA, las Cuentas Satélite de Salud y las Cuentas Nacionales de Salud en Colombia. Explicó la importancia de la Ley 100 de 1993, que instituyó un sistema complejo de prestación de mercado que debe ser comprendido para poder orientar el cálculo del gasto. Hay tres agentes en este sistema: el Agente de la Seguridad Social, el Asegurador y el Prestador de Servicios. Colombia pretende integrar y complementar las Cuentas Satélite de Salud, las Cuentas Nacionales de Salud y el SHA, que tienen algunas diferencias y son administradas por dos entidades distintas: el Ministerio de Salud realiza las Cuentas Nacionales de Salud y el Departamento de Estadística (DANE) las Cuentas Intermedias de Salud y de Seguridad Social, así como las Cuentas Satélite. La solución planteada es la creación de una plataforma interinstitucional en tres fases: fase conceptual, analítica y de síntesis. Algunas dificultades que tienen en el momento tienen que ver con las fuentes de información. Pretenden dar los primeros resultados preliminares 2009-2011 a fines del año 2013.

Alain Palacios expuso la experiencia de Chile en el cumplimiento de los requerimientos de la OCDE y cómo lograron la determinación de los gastos totales, públicos y privados. Señaló que el SHA obligó a revisar las distintas fuentes de financiamiento del gasto privado, que se obtuvieron tanto de las ISAPRES como de las Mutuales. Para determinar el gasto de bolsillo se usaron la Encuesta de Hogares y las Cuentas Nacionales que dan el consumo final de los hogares, así como el análisis de la cadena

secuencial de las Cuentas Satélite de Salud. En este orden de ideas, explicó cada una de las cuentas: producción, generación de ingresos, asignación primera de ingresos, distribución secundaria y utilización del ingreso, la cuenta de capital, la cuenta de apertura hasta llegar al balance de cierre. Hizo hincapié en que hay que tener bastante cuidado en que no se generen dobles contabilidades en alguna de las cuentas. Hizo referencia a algunos ejemplos publicados en los Boletines de Economía que están disponibles en la Web.

Finalmente, en la Mesa Redonda se generó un debate muy enriquecedor, del cual cabe rescatar algunos elementos: La implementación del SHA-2011 va a ser obligatoria; hay necesidad de difundir ampliamente las Cuentas Nacionales entre sus usuarios finales, teniendo en cuenta sus necesidades específicas de contenido y formato. Hay usuarios en todos los niveles: local, nacional, regional, internacional y mundial. De ese modo, pueden configurarse incentivos para que todas las personas de la cadena de producción de la atención en salud se interesen el trabajo realizado. También se hizo énfasis en la necesidad de capacitar permanentemente, de lograr la armonización y de institucionalizar en los Ministerios las Cuentas de Salud. Por último, el gran salto que debe lograr la región implica tanto la capacidad de recolectar y reportar, como de análisis, seguimiento y visibilización (para lo cual los diversos Observatorios son espacios ideales).



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

10

Tercer día - Sesión I

Introducción al SHA 2011

10.1 Antecedentes y objetivos: el uso del Sistema de Cuentas de Salud por países, regiones y a nivel global. Beneficios de las Cuentas de Salud estandarizadas

Patricia Hernández
OMS Ginebra

El SHA es un manual de referencia estadística por sus conceptos y definiciones válidos para todos los sistemas de salud. Está constituido por cuatro partes: contiene una introducción y resumen ejecutivo, que presentan brevemente el contenido; una primera sección, en donde se presentan las clasificaciones, equivalentes a la Primera Parte del SHA-1 (funciones, esquemas de financiamiento y proveedores); la tercera parte contiene todas las nuevas clasificaciones (como los factores de producción y fuentes de financiamiento); finalmente, incluye una serie de anexos, que ofrecen información adicional, como las clasificaciones de Contabilidad Nacional y su relación con el SHA. Vale aclarar que ya existe una traducción al español del manual, en proceso de diagramación, que va a estar disponible en formato electrónico de acceso libre, así como un resumen también traducido y disponible en línea (Versión Concisa). Se han seleccionado para el estudio en este módulo el grupo de clasificaciones que se utilizan con mayor frecuencia.

¿Qué es el SHA? Es un marco conceptual, de referencia internacional, para la comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud y la medición del gasto en salud. El SHA no es una guía metodológica integral: contiene el marco, pero no proporciona detalles o directrices para recopilar y sistematizar los datos. El SHA es una herramienta ajustable a las necesidades de cada país, de gran utilidad para el seguimiento y análisis del sistema de salud.

Es recomendable que todos los países generen las tres clasificaciones que comparten ambas versiones del SHA, ya que estas son la base de todas las

comparaciones. Las clasificaciones adicionales contienen información sobre los ingresos de los esquemas de financiamiento, los factores de producción, los beneficiarios y la formación de capital, asociadas al consumo y pueden ser tenidos en cuenta según su pertinencia en cada caso concreto.

¿Cómo surgió el SHA-2011? La nueva versión del SHA se realizó dada la necesidad de actualización y mejoramiento de la primera versión. La OMS, la OECD y EUROSTAT conformaron el Grupo Internacional de Contabilidad de la Salud (IHAT por sus siglas en inglés) que coordinó el trabajo, bajo la Secretariado de la OECD.

La actualización del SHA fue un proyecto ambicioso, planeado entre 2006 y 2007 y ejecutado entre 2008 y 2011, que planteó como objetivo final la producción de un manual unificado capaz de responder a las necesidades de todo el mundo. Con el SHA 2011 se pretendió unificar el SHA 1.0 con la Guía del Productor teniendo en cuenta las experiencias de implementación de ambos manuales desde el 2000 hasta el 2008 en más de cien países y las necesidades de mejoría que se revelaron. El trabajo de actualización incluyó una etapa preparativa de consultas de opinión de los usuarios a nivel mundial, realizadas por regiones y organizaciones internacionales (como la Unión Europea o la OECD); esta etapa permitió establecer un plan de trabajo que incluyera modificaciones del marco estadístico para responder a los problemas operacionales, integrar elementos que no estaban contemplados en el SHA 1.0 y responder a las necesidades emergentes. El fin último era mejorar la capacidad analítica del Sistema de Cuentas de Salud y su utilidad como herramienta para la formulación de políticas nacionales y la comparabilidad internacional.

En un comienzo, el plan de trabajo era mucho más ambicioso, basado en lo que los países consultados requerían. Hubo posteriormente un consenso generalizado en el mundo –que no dejó de causar cierta sorpresa– sobre la necesidad de una mejoría, pero sin llegar a una modificación mayor del SHA.

Fueron los propios países los que decidieron qué se debía cambiar y hasta qué punto; el rol del Secretariado fue preparar y organizar las discusiones, distribuir las propuestas con antelación, y acoplarse a los resultados de esas consultas, integrándolas y dándoles forma y consistencia bajo criterios técnicos consensuados.

En la medida en que se generaron resultados preliminares, se estableció una serie de Estudios Piloto que sirvieron como apoyo para ver qué funcionaba y qué debía modificarse. Fue una experiencia internacional enriquecedora y participativa; a partir de entonces muchos de los países empezaron a mejorar su reporte del SHA. Fue un proceso de dimensión técnica que por primera vez se estaba dando en tales magnitudes.

¿Por qué era necesario un SHA actualizado? La decisión se tomó porque había nuevas necesidades, se identificaron problemas y ambigüedades en el texto, incluso algunos errores que se habían filtrado. Los objetivos generales del SHA 2011 fueron mejorar su relevancia, consistencia y utilidad para la formulación de políticas. El gran reto fue generar un acuerdo entre todos los países, en razón de las diferencias de intereses y capacidades.

Los ejemplos que contiene el manual son muy operacionales, reales y fáciles de entender para personas sin preparación previa en estadística; muchos de los países con menor capacitación técnica han logrado hacer sus cuentas gracias a esta condición.

En cuanto al contenido del manual, se da prioridad a las tres clasificaciones de la primera sección que comparte con el SHA 1.0. Existen muchos retos de medición, para los cuales se requiere de trabajo colaborativo. Es muy importante que se conozca y se comparta, lo que está haciendo la OECD por su lado, lo que está haciendo la Unión Europea, lo que hacen grupos como estos, porque de esa experiencia todos pueden aprender.

Entre los problemas que han enfrentado las Cuentas puede mencionarse que en muchos países su implementación anteriormente dependió por completo de las agencias internacionales. No se capacitaron los recursos humanos locales, sino que se contrataron consultores cuyo trabajo en muchos casos se perdía, ya que nadie sabía reproducir o utilizar las cuentas. De esta experiencia debe aprenderse mucho.

El momento actual es coyunturalmente importante porque hay muchas iniciativas que demandan una determinación del gasto por enfermedades específicas o por otros temas concretos. Por ejemplo, la Cobertura Universal en Salud requiere de una clasificación financiera y sistemas de monitoreo. También hay un propósito generalizado de cubrir la Rendición de Cuentas para los Objetivos del Milenio, o el caso del Fondo Global, que tiene recursos que se concentran en las iniciativas de lucha contra el SIDA, el paludismo y la tuberculosis y que requiere monitorear y dar seguimiento detallado para fines de elevar su efectividad. Incluso a nivel sub-nacional existen ciertos aspectos, como la descentralización, donde las Cuentas contribuyen a informar al dar seguimiento del gasto regional. Otro tipo de programas (de vacunación, de planificación familiar, etc.) también enfrenta la necesidad de monitorear recursos específicos y muchas veces se contratan consultores independientes que, con su propia metodología –que en puede no estar validada– estiman y presentan los gastos. Todo esto permite inferir la importancia de una estimación completa, que sea consistente desde el punto de vista metodológico. Toda la experiencia que implican las Cuentas Específicas es la base para avanzar en la estimación del gasto con distribución completa por clases de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Previamente el interés se restringía a la medición del gasto en salud; ahora el énfasis está puesto en articular el análisis con la toma de decisiones, por medio de variables que sean oportunas, transparentes y que todos comprendan. En este sentido, es importante saber hasta qué punto los datos representan la realidad, y si están documentados, son estimaciones o son proyecciones.

Otro punto importante es cómo asegurar que toda la información que ya esté disponible pueda ser transformada de acuerdo con el nuevo SHA, de modo que no se pierda ningún esfuerzo y que exista una continuidad en los procesos. Por otro lado, es necesario mejorar las prácticas de estimación, que son determinantes en los contextos en los que la información no es suficientemente detallada o no existe. Hay varios temas que se están trabajando para apoyar la calidad de las mediciones, por ejemplo, los gastos de capital, de recursos humanos, de productos farmacéuticos y la Guía de Distribución de Gasto por enfermedad. Otras estrategias impulsadas incluyen eventos de Talleres, grupos de discusión, asistencia técnica por país, etc. Una mejora importante del manual es sin duda la cercanía de las Cuentas a la toma de decisiones en sus varios momentos y niveles.

A nivel global, se han ajustado algunas de las necesidades múltiples para ver qué información es necesaria incluir y cuál puede omitirse si el país lo considera pertinente. Hay muchas maneras de aprovechar las herramientas, incluso de manera no presencial. Estamos haciendo capacitación regional estandarizada y tenemos algunos grupos prioritarios. Entre ellos están países como Perú, Bolivia, Brasil y México, entre otras razones por la mortalidad materno-infantil, tal vez no en tasas pero sí elevada en valores absolutos; aunque ciertamente no son los únicos que reciben apoyo de la OMS. Si alguien pide ayuda, la OMS responde en la medida de lo posible y de acuerdo a las necesidades planteadas, frecuentemente con el apoyo de consultores.

El modelo del SHA representa los flujos según categorías que capturan la estrategia de financiamiento, de producción de servicios y de consumo. Cada uno de esos momentos está asociado con políticas, de modo que es muy simple ver cuál es la información que existe en cada una de las clasificaciones, cómo se puede asociar a los momentos de toma de decisiones y qué indicadores asociados están siendo producidos.

Continúan existiendo retos de vieja data: la determinación exacta del gasto de salud, si los aumentos en el gasto están generando mejoras efectivas y en la proporción esperada (por ejemplo, esto es particularmente importante para los medicamentos). Se espera que el SHA facilite las mediciones y comparaciones: cómo estamos cambiando, hacia dónde vamos, cómo estamos asignando los recursos. Con base en este tipo de análisis pueden formularse juicios de valor relativos a lo que se conoce como 'las cuatro E': equidad, efectividad, eficiencia y empoderamiento de los usuarios. En este sentido, no sólo es relevante la información financiera del sistema de salud, sino que puede ser importante considerar cifras epidemiológicas y de producción de servicios. Así mismo, con el SHA se espera facilitar las proyecciones y la determinación de tendencias.

Los logros del SHA son importantes: en este momento se cuenta con una medición basal de los niveles de gasto en salud en el mundo; es posible hacer estudios subregionales que establezcan la distribución del gasto entre la población. Por ejemplo, en México el norte tiene más recursos por persona que los estados pobres del sur y al interior de cada Estado hay niveles importantes de inequidad. En suma, se ha logrado medir desigualdades, reasignar recursos, generar fondos específicos para pobres y hacer un monitoreo periódico de los avances o retrocesos. También puede mencionarse la generación de datos de gasto por enfermedad y por proveedor de servicios, como en el caso de Sri Lanka, que demuestra el papel que tienen los hospitales y los servicios comunitarios en las enfermedades y en cuáles de ellas están incidiendo en un grado mayor.

En suma, el SHA permite que el análisis de los sistemas de salud pueda llegar a niveles cada vez mayores de sofisticación y detalle, lo cual permite establecer directrices cada vez más claras y efectivas de política.

Preguntas y debate

Modera: Dra. Patricia Hernández **OMS Ginebra**

Marion Pinot: Quisiera hacer un comentario sobre un problema de establecer las prioridades. Muchas veces existe una presión grande para generar datos detallados de los gastos sin que se cuente previamente con los totales. En este sentido, debe quedar claro que la prioridad en las Cuentas es, ante todo, establecer una visión de la estructura. Sólo después de conocer el panorama general del sistema de financiación de la salud, de producción y de consumo, que son los tres ejes del SHA, es posible considerar aspectos específicos.

Javier Uribe: En cuanto a las prioridades, hay dos elementos que no deberíamos perder de vista, ya que son estratégicos para la producción de las Cuentas de Salud. Primero, contar con información fiable sobre el comportamiento financiero a nivel descentralizado. Recordemos que cada vez más en el ámbito de América Latina las municipalidades juegan un rol muy importante en el financiamiento de la salud y que ese es uno de los elementos que frecuentemente hacen que las Cuentas Nacionales tengan serios problemas de credibilidad para los decisores, que requieren de información a nivel regional. El segundo elemento, que presenta un desafío a muy corto plazo, consiste en que las Cuentas permitan analizar el comportamiento de la inversión para aumentar la cobertura. La Agenda Pos-2015 y en las tendencias actuales de los sistemas de salud implican que pueda disponerse de cifras concretas que le permitan a los decisores tomar decisiones para aumentar la cobertura en salud, particularmente en atención primaria. Es usual que esta información no exista o que se requiera de tiempos excesivos de procesamiento.

Participante (1): Tenemos la oportunidad para establecer un conjunto o piso esencial de indicadores que vinculen los resultados sanitarios con los procesos y con los insumos; si el SHA puede dar una parte de esos indicadores, que pueden

ser complementados con otros, tendría un valor estratégico. Puede tomarse como ejemplo el caso de Bolivia, que ha recibido el apoyo de la OMS para la elaboración de las Cuentas. El objetivo es tener claridad en el financiamiento, su comportamiento y los resultados en términos de la mortalidad materno-infantil de los distintos programas de salud. A los Ministros les interesa saber cuál es el resultado de todas las intervenciones, si se está logrando el efecto deseado, cuánto se está invirtiendo, en qué ámbitos geográficos, si se están logrando estrategias de inclusión, etc. Este es el punto clave y si el SHA va a ser un medio, un instrumento para lograr esto, debe ser bienvenido.

Moderador: El SHA es un instrumento y, como todas las herramientas, puede ser bien o mal empleado. Es necesario lograr estándares de rigor y de esfuerzo que permitan darle continuidad en el tiempo, además de buscar otro tipo de herramientas complementarias que respondan a las prioridades. Coincido con todas las inquietudes; todas son válidas y lo que implican es que tenemos que seguir trabajando y discutiendo.

Introducción a las Clasificaciones del SHA-2011

Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra

Uno de los principales propósitos del SHA consiste en la definición funcional del gasto en salud. Para que un gasto se considere en salud, deben cumplirse cuatro condiciones:

- El objetivo principal es la salud (por ejemplo, la curación, prevención o paliación).
- Hay un conocimiento de salud involucrado (supervisión directa o indirecta). Muchas veces la acreditación que existe en los países es un modo de supervisión indirecta del personal de atención de medicina tradicional. Todo aquello que el país reconoce que tiene una asociación directa o indirecta con el saber médico, está incluido.
- Hay una transacción.
- El gasto está asociado al consumo final de los residentes.

Definir el gasto en salud permite, a su vez, definir las fronteras de la atención de la salud acordadas internacionalmente. Este es el primer propósito del SHA.

Además, el SHA ofrece un marco de referencia de los principales agregados pertinentes para comparaciones internacionales de los gastos en salud y permite el análisis de los sistemas de salud; esto tiene lugar respetando las particularidades de cada contexto. El SHA es una herramienta flexible con la que cada país puede producir datos útiles para el monitoreo y el análisis de su sistema de salud, tan amplios como requiera.

El SHA tiene tres dimensiones: consumo, prestación y financiamiento. En cada una de ellas hay una serie

de clasificaciones que dan pie a las comparaciones internacionales: de los esquemas de financiamiento, las funciones de la salud y los proveedores de salud. El SHA 2011 incluye modificaciones y algunas extensiones al SHA 1.0.

En cuanto a los beneficiarios, el SHA 1.0 propuso la elaboración de una tabla con la clasificación internacional de enfermedades que también se retoma con varias ampliaciones. En el sistema hay una clasificación de productos, de capital, de factores de provisión, y una propuesta para el análisis de comercio internacional, de los ingresos de los esquemas y de los agentes de financiamiento.

Vale recordar que el SHA está inmerso en y asociado a las funciones del sistema de salud y sus objetivos últimos; se articula con los momentos específicos en la distribución de los flujos, de modo que permite llegar a indicadores que son de relevancia para el interés político en la toma de decisiones.

Hay varias Tablas que son básicas; por ejemplo, para identificar de dónde vienen los recursos, cuáles son los esquemas financieros, a qué proveedores están comprándose los servicios o qué servicios se están pagando. Cada Tabla puede dar información sobre el gasto corriente en salud. También son determinantes los indicadores asociados al gasto total, per cápita o como proporción del PIB, entre otros. Las grandes preguntas para los sistemas de salud son cuánto se gasta en los esquemas, a dónde se dirigen exactamente los fondos, por qué servicio se paga, cuánto se invierte y en qué bienes. Las tablas se generan en secuencia: cada una está asociada a los resultados que van a estar incluidos en la siguiente. Lo que busca cada una de las clasificaciones es seguir el mismo monto con diferentes tipos de análisis, según la clasificación utilizada.

Los principales cambios del SHA con respecto a la versión anterior son, entre otros, el paso de un gasto total a un gasto corriente y un gasto en formación de capital. Estos son los dos grandes indicadores. Hay, además, mayor consistencia en las clasificaciones,

principalmente en financiamiento. En la versión anterior no era posible hacer seguimiento a los esquemas y sus ingresos, mientras que en la actual esto es posible. Había mucho interés de que todas las funciones de financiamiento, que son la base de muchas de las reformas de los sistemas de salud, pudieran ser monitoreadas con el SHA, por lo que los cambios en la sección de financiamiento recibieron mucha atención durante todas las consultas para asegurar su relevancia. La clasificación funcional cambió muy poco, aunque incluye algunos ajustes sobre todo a las definiciones, con fines de claridad y compatibilidad entre países: qué es el gasto de prevención y qué es el gasto que no es de prevención, por ejemplo. Se han incorporado también algunas clasificaciones adicionales como la de insumos y las características de los beneficiarios. La clase de capital se convierte en otra clasificación; algunos de los gastos asociados que estaban debajo de la línea pero que también se les hacía seguimiento, como educación, capacitación, investigación y desarrollo, quedaron fuera de la clasificación de funciones. En cada una de las clasificaciones nuevas se incluye el mapeo de SHA 1.0 a SHA 2011 para poder dar seguimiento a las cifras anteriores y que las series y datos existentes puedan ser ajustados al nuevo SHA; esto busca evitar pérdidas de información.

Preguntas y debate

Modera: Dra. Patricia Hernández OMS Ginebra

Marion Pinot: En cuanto a la definición del gasto en salud: aparentemente la definición que se dio se relaciona únicamente con el gasto efectivo de los hogares. Creo que hay que agregar los gastos de administración del financiamiento y del servicio de salud, que es un gasto del Gobierno en la función salud, pero no es un gasto individual de los hogares -por eso puede pensarse que la definición abstracta que da el Manual no está muy clara-. En efecto, ese gasto no requiere la intervención de un profesional de la salud, aunque la definición del gasto en salud tiene ese requisito. En suma, hay un problema de definición de gasto en salud, ya que excluye el gasto administrativo. Este es un punto de discusión, ya que el resultado final varía enormemente según se incluya o no este rubro, especialmente en el componente público.

Moderador: Aquí me tendría que disculpar por no haber sido completamente clara. En todas las clasificaciones está reflejada la administración. Cuando se listan las funciones, se incluye la administración.

Marion Pinot: Quisiera hacer dos preguntas en temas de largo plazo. ¿Es posible plantear el objetivo de determinar el costo de la salud de una vida individual completa? En otras palabras, ¿puede saberse cuánto cuesta un individuo sano? Esto se relaciona con el costo de todas las acciones de promoción y de prevención de la salud. Por otro lado, es evidente el esfuerzo que invierten los países en la recolección de información y, particularmente, en la automatización de estos procesos: Ficha Clínica Electrónica, Autorizaciones Sanitarias, Mediciones Ambientales, resultados de vigilancia epidemiológica, etc. Estos configuran un número grande de inputs que de alguna manera tienen que estar articulados con el SHA. Cada actor involucrado en el manejo de información, entonces, debe saber qué es el SHA,

no solamente las divisiones o unidades de Economía de la Salud. Deben existir los vínculos para que la información que provenga de este gran repositorio nacional pueda ser captada de forma adecuada y eficiente. De otra manera, el sistema va a ser extremadamente difícil de implementar y, en último término, inviable. ¿Cómo minimizar el esfuerzo de recopilación y maximizar el tiempo disponible para el análisis?

Moderador: En efecto, este es un tema de la mayor importancia. Todo lo que se está haciendo en el área es justamente promover la automatización y el uso de nuevas tecnologías. Hay países que están muy atrasados en sus sistemas estadísticos que ya empiezan a implementar formatos específicos capaces de ser integrados fácilmente a los procesos de estimación. Tiene que haber un diálogo con los proveedores de información para que ellos también vean cómo pueden mejorar la transferencia de sus registros. Incorporarlos al proceso, discutir con ellos, hacer que comprendan la importancia del modelo, no sólo enriquece a los analistas de cuentas, sino que configura un aprendizaje de doble vía.

La cuestión de cuánto se necesita para tener individuos sanos, creo que es la pregunta que todos quieren responder. De alguna manera, la Comisión de Macroeconomía había dado algunos detalles de cómo podría lograrse este cálculo, pero depende del tipo de población y sus necesidades, de cómo es la canasta de beneficios y cómo se acepta en cada país. Por ejemplo cuando se hablaba de la medicina genética. La pregunta implica también una discusión muy amplia sobre los límites del sistema de salud, hasta dónde van a cubrirse las necesidades percibidas. Los estudios de costos han tratado de estimar esta cifra, pero es un ejercicio teórico. Nuestra fortaleza está en el análisis de datos reales, aun cuando hagamos estimaciones, para poder decidir sin especular.

Participante (2): Se han tocado aquí dos temas muy importantes para los tomadores de decisiones. En el aspecto territorial o regional del gasto, y en cuanto

al gasto administrativo. En este último, se requieren estudios y estimaciones que permitan determinar el gasto real, ya que es transversal a varios sectores y niveles y se corre el riesgo de proratear cuando no se dispone de información suficientemente desagregada.

Moderador: Si, este aspecto del gasto administrativo está contemplado. Hay algunas indicaciones de procedimiento en las Guías del Análisis de Financiamiento. Usted se refiere del gasto de la administración del Estado, que no es el caso más crítico, ya que existen presupuestos y acceso a registros. En el caso de la administración de seguros privados, por ejemplo, muchas veces es más difícil acceder a esa información y lograr contabilizarla. Se han propuesto algunas ideas, principalmente de estimación; para los gastos públicos, estas tienen que ver principalmente con derivación a partir de presupuestos.

Clasificación de Funciones

Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra

En la Clasificación de Funciones se buscó mejorar definiciones, aunque no se hicieron muchos cambios; vale la pena mencionar algunos. Ciertos gastos quedaron incluidos o excluidos con mayor precisión y, por supuesto, se excluyó el gasto de capital, que antes formaba parte de las funciones. Se mejoró la definición del gasto de prevención, que es uno de los principales indicadores. Las partidas, que supuestamente son importantes para fines de políticas, fueron incluidas. A grandes rasgos, esa fue la orientación de los cambios en la clasificación.

Las fronteras del gasto se basan en la clasificación funcional, el gasto en salud es el que va a ser incluido. La pregunta a la que responde esta clasificación es cuánto se gasta en el consumo de atención a la salud y en los principales servicios. Esto incluye una canasta de servicios más o menos estándar para los diferentes países: la clasificación intenta ser completa y representativa.

Los indicadores que pueden generarse son, primero, el de gasto corriente en salud; incluye tratamiento y consulta externa, que es importante por la larga tradición en su uso, aunque ahora es posible diferenciar los servicios generales y los especializados. Este indicador permite hacer seguimiento de la canasta de atención. En segundo lugar, el gasto de la atención a largo plazo; aunque en muchos países de América Latina no es particularmente importante, es clave para la planeación. Tercero, el gasto de servicios preventivos en administración, se considera como un dato básico y que puede ser asociado con el gasto total corriente.

En cuanto al gasto total, incluye la atención por medicinas alternativas tradicionales y complementarias, el gasto general no sólo en salud, sino el gasto social en general. Hay una ampliación

del esquema de la Salud Pública y Preventiva del SHA 1.0 y que puede omitirse si algunos países consideran que es importante mantener la clasificación antigua, con fines de monitoreo.

Sobre la separación del gasto corriente del capital, puede decirse que, en rigor, el capital no es una función, sino un medio para producir los servicios. Este cambio es positivo, ya que aclara las estimaciones del gasto corriente y, por supuesto, eliminan los valores de los bienes usados durante más de un año en la prestación de los servicios. El gasto corriente queda bien diferenciado, e incluye la atención médica, más la salud que paga el Gobierno y los gastos de administración.

Por otro lado, se contempla una clasificación mejor definida para los gastos de capacitación, educación, investigación y desarrollo. Ahora forman parte del consumo intermedio, se incluyen sobre la línea o, de lo contrario, se consideran como partidas bajo la línea. Por ejemplo, la formación de recursos es una forma de inversión, entonces están como partidas bajo la línea en la cuenta del capital. Existe una clasificación específica para la formación de capital.

La idea de la clasificación es contar con un enfoque que parta del propósito del consumo para determinar el tipo de gasto. Luego está el modo de producción, dónde se consume, y ese modo de producción es el que da el segundo dígito para algunas de las clasificaciones. Los servicios complementarios que se están separando de lo que era antes el gasto en servicios ambulatorios. Sólo queda el gasto clínico más el gasto complementario.

Se incluyen algunos instrumentos o guías adicionales en el documento; por ejemplo, un Árbol de Decisiones para prevención que facilita la clasificación de las categorías particularmente complicadas. La atención curativa, atención de larga duración, rehabilitación, los servicios auxiliares, los bienes médicos no especificados por función, la atención preventiva, la administración de los sistemas de financiamiento y los no clasificados.

Las partidas bajo la línea son el gasto farmacéutico total. Esto es importante, ya que aquí se incluyen los paquetes de atención curativa; cuando se analiza qué es lo que se está gastando en el hospital debe incluirse el gasto en medicamentos, ya que el pago del servicio es integral y no hay una manera de separarlo. Cada una de las categorías se explica en la parte final. Algo muy importante es que todo lo que está asociado se agrupa en un enfoque multisectorial, de modo que siempre que se requiera hacer seguimiento a gastos con enfoques multisectoriales (que van más allá del gasto en salud) es posible abrir las clasificaciones y reportarlos. También se cuenta con todas las categorías que están asociadas con el SHA-1; es posible seguir reportando los mismos programas.

Los cambios en la atención de larga duración generaron un debate altamente polarizado en la OECD, que reúne a los países que más gastan en este rubro. Hay una atención en salud que está valorada médicamente, médica y de enfermería. Otro tipo de servicios incluyen la atención personal, que tiene que ver con el apoyo de auto-cuidado, como el baño, la alimentación, etc. Hay otro tipo de atención asistencial, como la ayuda en tareas cotidianas. Estos componentes configuran un gradiente de servicios ligados al grado de dependencia de cada la persona. El problema es que esos servicios son muy caros y cuando se toman decisiones en este aspecto el impacto sobre los resultados es enorme. Por ejemplo, cuando se incluyen los gastos de asistencia, las variaciones pueden ser de más de un punto del PIB. Adicionalmente, las variaciones dependen del tipo de población, como el número de adultos mayores, entre otros.

Está claro que el gasto en educación o en vivienda tienen un efecto en la salud; no obstante, si se incluyen como gastos en salud se pierde el control de las cifras. Lograr el consenso final de incluir en la atención de larga duración la atención médica más la atención personal fue sumamente difícil por estas razones.

Los países que ahora están entrando en el mismo proceso de envejecimiento tendrían que aprender de esta discusión dada en el seno de la OECD y empezar a implementar registros de los servicios que sean apropiados, para evitar después problemas con la desagregación de los datos. Esto contempla una definición cuidadosa de las canastas médicas, de asistencia o de atención personal, y los mecanismos de seguimiento. Sólo con el diseño de los registros primarios ya habría una ganancia significativa. Esto ya ha avanzado: muchos países han empezado a reportar incluso los gastos muy pequeños en esta categoría, que antes ni siquiera consideraban, en previsión de su incremento futuro.

Los servicios auxiliares incluyen la venta de medicamentos y bienes médicos (laboratorio, gabinete y tecnología). Vale aclarar que en el primer SHA se clasificaba como atención ambulatoria comprada directamente por el paciente. Hoy está más claro que este gasto incluye componentes de prevención y curación. Cuando hay desabastecimiento en los hospitales, son los parientes de los pacientes quienes asumen el gasto en una farmacia para que el paciente lo consuma en el hospital; este gasto, no obstante, no tiene un carácter ambulatorio. En este aspecto se hizo una recodificación, un cambio de nombre. Si es o no un verdadero avance es discutible, pero creo que ha servido para que la gente tome conciencia de qué es lo que se debe reportar dentro de esta clasificación; recientemente se han descubierto muchos errores de interpretación. Por ejemplo, se creía usualmente que entraban todos los gastos de medicamentos, lo cual dificultaba las comparaciones. Al haber hecho este cambio, se ha generado una mayor reflexión sobre previas interpretaciones.

En Atención Preventiva, si ustedes ven los reportes de las finanzas públicas con los datos para algunos países. El Fondo Monetario dice gasto en salud pública y ahí ponen todos los gastos del Gobierno en general. Incluso en los reportes que a veces da el Fondo Monetario hay una confusión sobre qué es gasto en salud pública y qué es gasto de gobierno. Lo que hicimos fue tratar de que fuera más homologado,

en cuánto a que aspectos quedaban dentro de la clasificación, por eso se decidió que fuera Atención Preventiva. Se decidió que los gastos en salud pública deben ser desglosados dependiendo del tipo de servicio en el que se emplean. Esta medida fue muy bien recibida, debido al interés que despierta el seguimiento a un indicador de Atención Preventiva. Cada nivel tiene una racionalidad que permite aclarar el contenido. Las clasificaciones para la Atención Preventiva están distribuidas por tipos de servicio y cuentan con una alineación funcional. Se propone una reclasificación de los programas, teniendo en cuenta que cada programa se divide entre sus componentes. Esta propuesta presenta retos, pros y contras. También está en discusión la elaboración de las Guías de Prevención. En el documento hay algunas Tablas que describen en detalle estos cambios y permiten establecer comparaciones (página 51 de la Versión Concisa).

En cuanto al contenido de algunos programas, vale recordar que antes había programas de nutrición por debajo de la línea; en el SHA 1.0 no era claro si nutrición entraba, no entraba o hasta qué punto entraba, de modo que cada quien lo interpretó como pudo. Traigo algunos contenidos, solamente para darles una idea de lo que se espera que pase con cada una de las propuestas. Por ejemplo, Atención Clínica de Niños severamente desnutridos se incluye en atención curativa. Asesoría para atención de alimentación del seno materno y complementario, en nutrición.

Está también el gasto de administración, que presenta dificultades complejas, ya que muchos usuarios se han acostumbrado al sistema antiguo. En el nuevo SHA se propone una recodificación. Ya no se diferencia entre el gasto público en administración y el privado; los nuevos códigos clasifican según sea Administración de la Atención de la Salud, o Administración del Financiamiento. Son dos administraciones diferentes que no se basan en la propiedad, sino en el propósito. Las definiciones se están trabajando una parte en las Guías de Financiamiento y otra parte en las Guías de Prevención.

Las clasificaciones bajo la línea tienen dos categorías: una, los rubros reportados, se refieren a cifras que ya están reportadas arriba de la línea pero que tienen otra visión, otra perspectiva. Por ejemplo, el gasto en medicamentos. El gasto en medicamentos está reportado arriba pero hay solamente una clase que reporta el gasto en medicamentos. Cuando se requiere del total, se reporta la que está ya identificada y se extraen las otras clases. Están también los rubros relacionados con la Atención en Salud, en los cuales las fronteras van más lejos.

Preguntas y debate

Modera: Dra. Patricia Hernández OMS Ginebra

Participante (3): En sesiones del gabinete de Ministros es muy común escuchar preguntas tales como: ¿Cuál es el gasto total en promoción de la salud? ¿Cuánto es el gasto en prevención? ¿Cuánto es el gasto en rehabilitación? ¿Cuánto es el gasto total del plan garantizado? ¿Cuánto se gasta en el Plan Garantizado o el Plan Esencial en cada etapa de la vida? En este caso la pregunta para los desarrolladores del nuevo SHA es: ¿Las clasificaciones del SHA-2011 pueden modificarse de alguna manera en función a los requerimientos de cada país?

Patricia Hernández: El SHA tiene el propósito de estandarizar las categorías de análisis de los sistemas de salud; en ese sentido, hay principios que restringen el tipo de modificaciones que pueden introducirse. Por ejemplo, hay países que no tienen Seguridad Social; el SHA, sin embargo, incluye una clasificación que dice “Seguridad Social”; en ese caso, el que país debe dejar ese campo vacío. Si el país, en otro caso, tiene múltiples tipo de esquemas de Seguridad Social, por la causa que sea, es posible introducir subcategorías de análisis que describan los distintos esquemas y permitan hacer un seguimiento detallado del conjunto.

El proceso de construcción del SHA-2011 requiere de consultas previas –que están todavía en curso en ciertos temas- justamente para integrar en un sólo sistema los conceptos que sean suficientes para todos los países. Algunos países, por ejemplo, tienen el interés o la necesidad de agregar clasificaciones de tipo programático –sus metas nacionales y otros objetivos-. El SHA-2011 es flexible, pero también requiere que se cumpla con un núcleo básico estándar; de otra manera el SHA pierde su propósito. Además, es ideal que las propuestas que surjan a partir de las necesidades particulares puedan integrarse en el marco general de modo que sean aplicables en otros contextos en los que existan necesidades

similares. Esto es lo que pretende un proceso de estandarización que busca comparabilidad.

Debe aclararse, en todo caso, que cumplir con los requerimientos del SHA no implica abandonar los criterios nacionales, que en muchos casos son únicos.

Participante (4): Los países deberíamos buscar sistemas regulares de información que contengan las variables básicas que necesitamos para los distintos agregados. Por ejemplo, si queremos hablar del Ciclo Vital, necesitamos introducir la variable “Fecha de Nacimiento”; si queremos Región, la unidad que tengamos en nuestros municipios, departamentos, etc.; si hablar de los distintos servicios, es decir, si queremos identificar Prevención, Promoción, Tratamiento, etc., necesitamos una buena codificación estándar en temas de los servicios. Eso es lo que nos permite hacer las distintas agregaciones, que sean útiles tanto para los reportes internacionales como para los intereses nacionales de cada país. El proceso de estandarización debe ser gradual, ya que empezar de ceros es demasiado costoso y traumático y puede conducir a abortar los esfuerzos.

Patricia Hernández: Me parece muy pertinente su comentario; creo que es la base del desarrollo de los sistemas de información de varios países. Si cada país tiene una información base que pueda ser analizada de manera flexible, es más fácil ofrecer reportes cada vez más detallados y con cifras reales.

Participante: (5) La desagregación de los datos es fundamental; avanza la comprensión de la realidad del sistema de salud. Nuestro desafío es la construcción de un sistema de información que nos permita avanzar hacia la cobertura universal, como un acuerdo de todos los países. La información tiene que tener un sentido estratégico; tiene que ser capaz de decirnos hacia dónde va el sistema de salud y en qué punto del camino estamos para lograr las metas que nos hemos propuesto.

Patricia Hernández: Sus comentarios son muy



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

valiosos, tenemos que considerarlos; nuestra misión, en efecto, puede describirse como una planeación estratégica de los sistemas de información. Eso tal vez va un poco más allá de las Cuentas, pero las abarca. Creo que tendría que ser una discusión en el marco de todas las otras áreas, de todos los otros actores. Estoy absolutamente de acuerdo.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

11

Tercer día - Sesión II

Clasificaciones

Clasificaciones

11.1 Visión de conjunto del marco del SHA. Clasificaciones básicas del SHA: financiamiento (HF-FS-FA); provisión (HP) y funciones (HC). Marco extendido del SHA: factores de provisión (FP) beneficios (HB), capital (HK), comercio y productos

Parte I

Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra

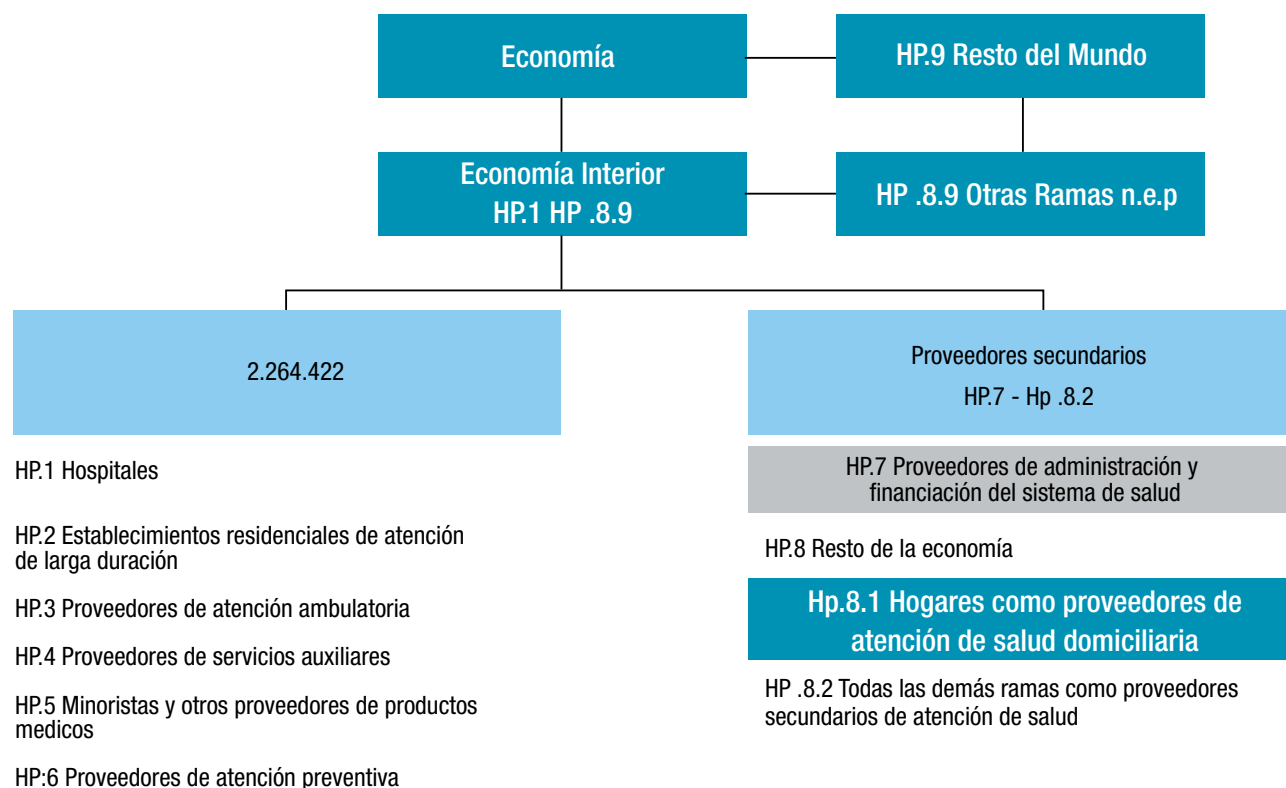
Las tres principales clasificaciones que componen la primera parte del SHA son Funciones, Proveedores y Financiamiento. En esta ponencia se hará énfasis en las dos últimas.

1. Proveedores

En esta instancia es importante saber que se busca clasificar organizaciones y actores. En muchos de los anteriores reportes de Cuentas de los sistemas de salud no se diferenciaba el tipo de institución (hospitales, centros ambulatorios, etc.). La clasificación de características del proveedor es relevante para establecer el tipo de servicio que ofrece, ya que implica la diferenciación, por ejemplo, entre un hospital especializado y un hospital general, o un médico habilitado y uno tradicional (figura 113). El criterio básico de clasificación es la diferencia entre proveedores primarios y proveedores secundarios. Los proveedores primarios son organizaciones especialmente dedicadas a la salud. Los secundarios tienen una dedicación principal distinta a la salud, aunque prestan servicios de salud de forma colateral. Un ejemplo es el sistema de Petróleos Mexicanos,

CLASIFICACIÓN DE PROVEEDORES SEGÚN ACTIVIDAD PRINCIPAL EN SHA 2011

FIG 113



empresa estatal que se dedica a la explotación de petróleo y que, adicionalmente, presta servicios de salud a población protegida. Esos servicios de salud pueden ser hospitales de muy buen nivel y alta especialidad que hay que integrar en la clasificación.

La norma dice que es posible tener una contabilidad especial para cada unidad si en esa contabilidad se da importancia a los servicios de salud. Normalmente los hospitales tienen su propia contabilidad. En el caso de Pemex, aunque sean hospitales de Petróleos Mexicanos, se clasifican como proveedores principales. Por otra parte, los supermercados que venden medicamentos pueden estar registrados como farmacias, caso en el cual deben tratarse como un proveedor principal, o bien los medicamentos están mezclados con la ropa u otros elementos, entonces serían clasificados como proveedores secundarios. Otro ejemplo importante es el de los seguros privados que ofrecen diversos tipos de póliza: Seguro de Vida, Seguro de Vehículo, Seguro de Vivienda, etc. Y para los cuales la venta de Seguro de Salud es una pequeña parte del negocio.

Los proveedores primarios incluyen hospitales, establecimientos de atención residencial, atención ambulatoria, servicios auxiliares, minoristas para proveedores de bienes médicos, proveedores de atención preventiva, proveedores de financiamiento y administración. El esquema se aproxima a la Contabilidad Nacional, en donde las mismas funciones se reportan también con los proveedores. El nivel de detalle y desagregación del SHA es mayor, no obstante, ya que la misma función puede ser ofrecida por muchos de los proveedores y, al contrario, un proveedor puede tener muchas funciones. Algunas ventajas de esta clasificación incluyen:

- Indicadores de la estructura del sistema de salud, la tecnología y su complejidad, como el gasto de los hospitales.
- En combinación con otras clasificaciones, es posible diferenciar los establecimientos por tipo de servicio, de financiamiento, etc.
- Es posible explorar niveles de atención con

base en los criterios de cada país (general o especializado, por ejemplo) mediante el uso de las nuevas subclases HP (HP.1, HP.3 y HP.6).

- Permite identificar la propiedad de los proveedores (pública o privada) mediante el uso de subclases. En este aspecto, las zonas grises pueden dificultar el proceso, por lo que no se le ha dado prioridad.

Los cambios introducidos en esta clasificación no fueron muchos y la transición entre ambos sistemas es sencilla; estos incluyen:

- Cambio metodológico: proveedores principales y secundarios separados.
- Alineación con otras clasificaciones internacionales (ISIC) y mejor alineación con códigos funcionales de salud.
- La clase de los proveedores de atención ambulatoria se divide en 2 subclases:
 - Proveedores de servicios auxiliares (HP.4) y otros proveedores de atención ambulatoria (HP.3)
 - Los proveedores secundarios de cuidado a largo plazo se trasladaron a la clase "resto de la economía" (HP.8)
- La conversión de datos sólo requiere de reclasificación.
- Las corporaciones más grandes pueden dividirse para identificar subcomponentes proveedores de atención de la salud; tales como hospitales y consultorios médicos:
- Se incluyen los proveedores independientes y quienes trabajan bajo supervisión (trabajadores comunitarios, parteras empíricas).
- Las clases se basan en las características establecidas por el país (descripción de un hospital, como proveedor general o especializado, por ejemplo).
- Algunas veces el nombre no corresponde con la etiqueta frecuente internacional, por lo que debe buscarse la equivalencia

Preguntas y debate

Modera: Dra. Patricia Hernández OMS Ginebra

Marion Pinot: ¿Qué es lo que llamamos la atención primaria y cómo se relaciona con esa clasificación de proveedores? ¿Quizá tiene que ver más bien con la clasificación por funciones? Por ejemplo, en el sistema colombiano de salud tenemos una clasificación por nivel de atención para los entes públicos. El tipo de proveedor creo que depende de la sofisticación y de la complejidad de los tipos de servicios que se proveen. ¿Eso es lo que quiere decir el nivel primario? ¿Un médico general tendría el nivel primario de atención? Ustedes han hablado mucho de identificar el gasto en el nivel primario de atención, entonces queremos saber a qué corresponde.

Moderador: La atención primaria en salud puede considerarse como un enfoque de atención. Estamos proponiendo una definición por tipo de atención por servicio, que es una mezcla de proveedor y tipo de servicio. Se pueden identificar cuáles son los criterios para el país, qué es el nivel primario y cuáles son las unidades que tienen como secundarias y terciarias. Esto puede hacerse por cada uno de los tipos de servicios y por tipos de establecimiento. Sin embargo, en la atención primaria no fue posible lograr un acuerdo, ya que si es todo un enfoque, entonces cubre todo el sistema.

Cristian Morales: La atención primaria es un enfoque que nos permite organizar el sistema de salud con base en una proyección hacia la comunidad. En este caso, la comunidad debe definir la oferta de servicio en función de sus necesidades, por lo cual requiere de la participación social. La relación con los otros sectores tiene lugar a partir de la apertura a la comunidad. Esto permite hacer el enlace con los determinantes sociales de la salud y, por ese medio, expresar los valores fundamentales de solidaridad, de equidad y de eficiencia que se busca materializar con el enfoque de atención primaria. La mayoría de los sistemas de salud de América Latina no están

basados en la atención primaria; no obstante, dada su importancia se requiere precisar mejor este modelo de atención definiendo el conjunto de prestaciones ofrecidas a la población, las tecnologías que incorpora el sistema de salud y el tipo de recursos humanos de atención en salud. Este es un paso en la organización de los modelos de atención con base en modelos integrados de salud basados en la atención primaria. A partir de este enfoque, se pueden encontrar los elementos para reconstruir y dar cuenta de esa realidad que está más o menos avanzada en uno y otro contexto.

Cecilia Acuña (Ecuador): Para aclarar el enfoque de atención primaria, puede decirse que implica cambiar el paradigma de un sistema de salud organizado por niveles de complejidad, hacia un sistema de salud volcado a la comunidad y organizado por capacidades resolutivas, en función de las necesidades de esa comunidad. Pretende superar los niveles estáticos o estancos de complejidad, es decir, combinar niveles de salud que ofrecen carteras de servicios limitadas, por un enfoque dirigido a la resolución de problemas de salud propios de la comunidad e independientemente de su grado de complejidad.

Por ejemplo, si se identifica una comunidad con niveles altos de mortalidad materna, se requiere que el sistema de salud sea capaz de atender emergencias obstétricas, hemorragias del tercer trimestre, partos prematuros, etc., en el primer nivel de atención, con la tecnología que requiera. El centro son las personas, de manera que si esto implica poner todos los sonógrafos en el primer nivel, debe hacerse. Aquí se entiende la importancia de los indicadores, que enmarcan los objetivos de cobertura universal de salud y de atención primaria. Por ejemplo, es necesario medir la capacidad de resolución de los problemas de cada comunidad, para mejorar la utilización de los servicios que corresponden a la mayor carga de enfermedad y evitar la necesidad de largos desplazamientos. Es lo que nosotros llamamos medir en función del concepto de atención primaria.

Moderador: Me parece que en este tema hay más claridad conceptual que en el modo de implementación, que puede también generar ajustes a las clasificaciones.

Participante (6): La experiencia de Paraguay en atención primaria en salud se relaciona con las Unidades de Familia. La Unidad de Familia está compuesta por un médico, un licenciado en enfermería y auxiliares administrativos que se ubican en lugares estratégicos con mayores niveles de pobreza. Se estima que para una cantidad de habitantes de 4.000 personas se requieren 1.300 Unidades de Familia; el presupuesto, no obstante, alcanza para 107; este año ya hay en operación más de 60. Su objetivo es tanto la atención primaria como la recopilación de datos epidemiológicos de los habitantes.

Alain Palacios: Puede proponerse una línea de clasificación en atención primaria que actualmente no existe. En el ámbito de las funciones (atención abierta, atención cerrada, o atención ambulatoria)

podría realizarse un cruce entre proveedores y funciones que permita establecer el tipo de atención primaria que se está desarrollando en cada clase de proveedor.

Por otra parte, las Cuentas de Salud no responden siempre a la necesidad de evaluar la capacidad resolutive; es necesario vincularlas con información adicional. En el tema de la equidad hay que ver las encuestas de condiciones económicas, que muestran la distribución por quintiles de ingreso. Este es un tema importante: cómo vincular las Cuentas de Salud con otra información valiosa para analizar el sistema de salud.

Moderador: Existen retos muy claros: el trabajo conceptual que habría que hacer implica determinar las etiquetas apropiadamente, como dice Alain, para después ligarlas con la clasificación apropiada (que puede ser la de proveedores y también la de funciones). La atención primaria es un objetivo para el cual faltan capacidades de medición estándar.

11.2 Visión de conjunto del marco del SHA. Clasificaciones básicas del SHA: financiamiento (HF-FS-FA); provisión (HP) y funciones (HC). Marco extendido del SHA: factores de provisión (FP) beneficios (HB), capital (HK), comercio y productos

Parte II

Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra
2. Financiamiento

El financiamiento es una de las áreas que recibió mayor atención en el SHA. Se actualizaron las clasificaciones para tener en cuenta todos los cambios que se estaban dando en las diferentes reformas de salud. El tipo de preguntas que responde esta clasificación incluye el gasto en salud, los mecanismos y las estrategias de financiamiento.

Las funciones de financiamiento son tres: recolección de recursos, el pulling y el pago de servicios. Esta información es la base de estudios de equidad y de eficiencia; mejora el conocimiento del gasto de bolsillo, de modo que pueda redirigirse a una u otra área; facilita las compras estratégicas, las ampliaciones o reducciones de la oferta de servicios, programas y cobertura; ayuda a establecer la sostenibilidad y la distribución de la carga financiera en el sistema y, finalmente, permite intervenciones alternativas.

El objetivo de cobertura universal implica la generación de indicadores claros. La iniciativa global para la cobertura universal de la Asamblea Mundial de la Salud determinó, entre otras, la necesidad de:

- Evitar pagos directos significativos en el punto de la prestación.
- Incluir un método de prepago.
- Un mecanismo para mancomunar riesgos entre la población.

- Evitar gastos catastróficos en atención de la salud y el empobrecimiento de los individuos como resultado de la búsqueda de la atención requerida.

- Fortalecer una presupuestación de los recursos financieros equitativa y sustentable.

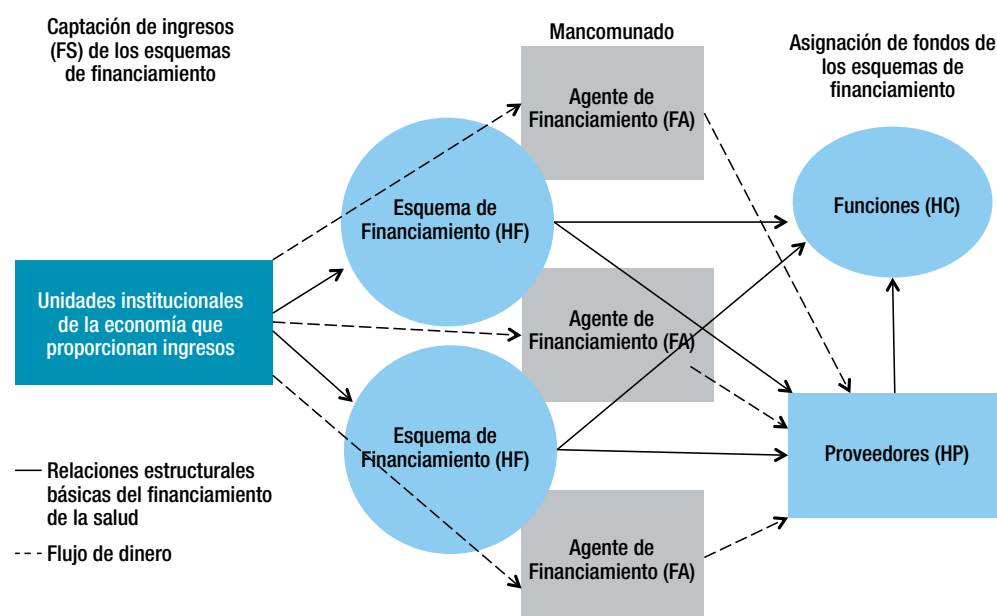
La clasificación HF del SHA ofrece mayor información acerca de cómo se gerencian los recursos del sistema; no se limita al tipo de instituciones que participan. Entre otras, cabe resaltar la estructura y el manejo del sistema financiero; el método de recolección de los recursos y la discrepancia entre Ingresos y Gastos; cuál es el origen de los gastos realizados por los esquemas de financiamiento; cómo se financian los diferentes bienes y servicios; cuáles son los beneficios cubiertos por cada uno de los esquemas.

El nuevo SHA supera el enfoque restringido a los actores de la versión previa; en la figura 114 se resume este universo complejo, que articula las tres funciones de recolección, mancomunación y compra con las tres clasificaciones que son los esquemas de financiamiento, los ingresos y los agentes de financiamiento. Es recomendable que se aplique con rigor por la menos la clasificación de esquemas de financiamiento, que puede ampliarse con las fuentes y los agentes; la ventaja de incluir tanto los esquemas como el ingreso es generalmente reconocida precisamente porque las reformas recientes tienen que ver principalmente con este punto.

Se ha visto que hay una ampliación del interés en casi todos los países en la clasificación de esquemas de ingreso. Cada arreglo financiero específico corresponde a un esquema en el cual deben rastrearse los flujos de recursos y las formas de mancomunarlos. En la asociación de las tres funciones con las clasificaciones, queda claro en qué sentido se ha pasado de un enfoque en el actor hacia uno en la transacción.

FIG 114

ESQUEMA DE LA DIMENSIÓN DE FINANCIAMIENTO DEL SCS 2011



Los criterios para clasificar un esquema de financiamiento son:

- Esquemas residentes o no residentes (extranjeros).
- Participación obligatoria o voluntaria.
- Derecho (adscripción) contributiva o no contributiva.
- Contribuciones obligatorias o voluntarias.
- Esquema de prepago o de compra al momento del uso del servicio.
- Mancomunado interpersonal o únicamente para el individuo o la familia, temporal.
- Compra de una póliza de seguro requerida o no de servicios.

Los indicadores asociados a los sistemas de financiamiento incluyen el gasto corriente y los indicadores de gasto por tipo de esquema: esquemas de gobierno obligatorios, gasto discrecional por los

esquemas voluntarios, gasto de bolsillo, gasto en el resto del mundo y variables macroeconómicas (proporción de gasto sobre PIB, o sobre el total del gasto de gobierno).

La clasificación de esquemas es una novedad; para resolver las dudas que genere existen dos herramientas: por un lado, (figura 115) resume los prototipos de los esquemas y sus características, el modo de clasificación, el derecho a la prestación, los métodos básicos de obtención de los fondos, la mancomunación, etc. Por otro lado, el Árbol de Decisiones (figura 116).

La clasificación de esquemas de financiamiento (primer dígito) incluye: contributivos y obligatorios; seguridad social y esquemas de gobierno; los esquemas de pago voluntarios de atención a la salud, por ejemplo, el seguro médico privado; el gasto directo de los hogares, que también es exterior al esquema público; esquemas de financiamiento del resto del mundo. Cada una tienen diferentes subdivisiones. Están también los esquemas de financiamiento y de costo compartidos, que son importantes porque permiten definir, por ejemplo, el pago del hogar en el momento del servicio, bajo el supuesto de que es posible y

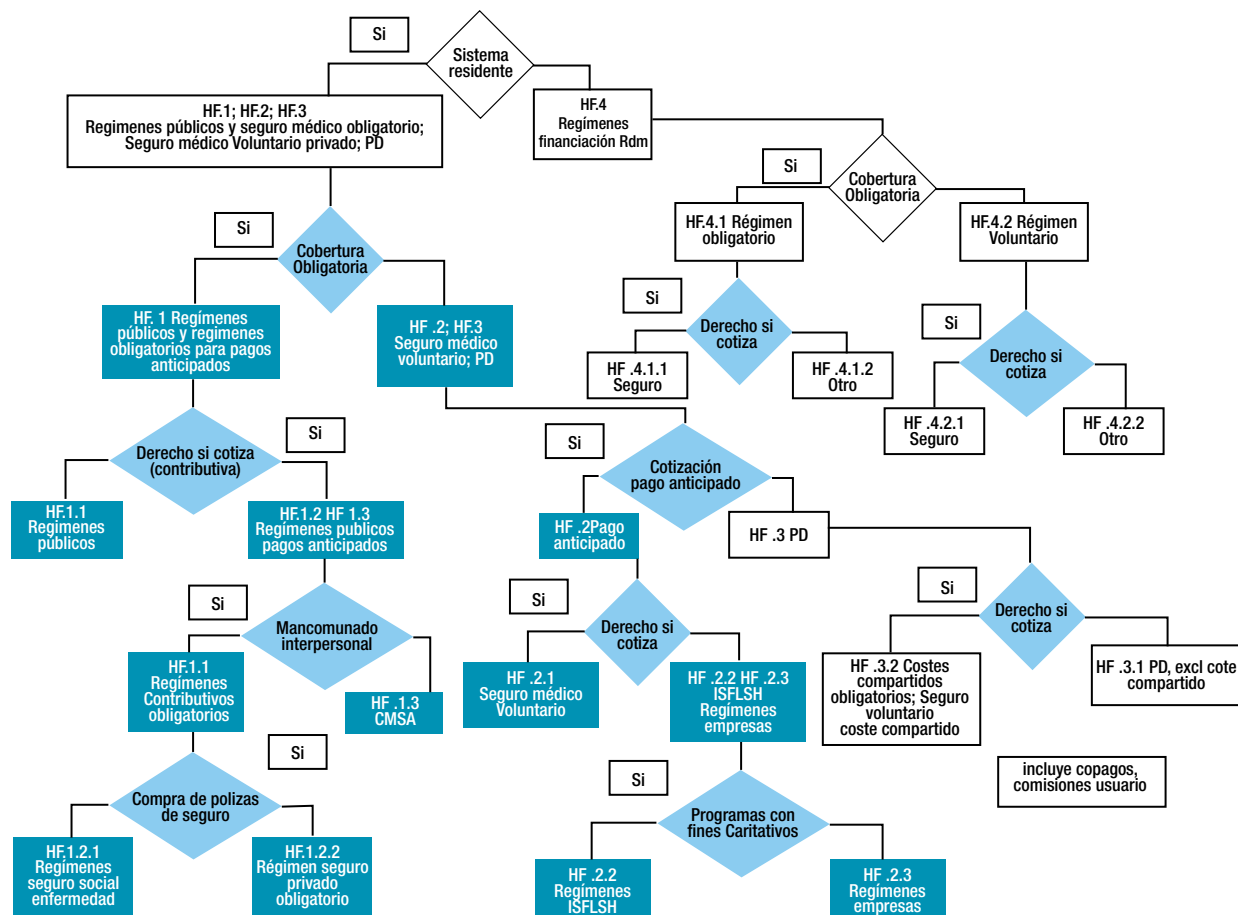
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO

FIG 115

	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico de obtención de fondos	Mancomunación
HF.1.1. Regímenes públicos (de financiación de la salud)	Automático: para todos los ciudadanos / residentes; o un grupo específico de población (p.ej. los pobres) definidos por ley o reglamento administración.	No contributiva, universal para un grupo específico de la población o categoría de enfermedad definida por ley (p.ej. TB, VIH, oncología).	Obligatoria: ingresos presupuesto (impuestos).	Nacional, subnacional, o programa.
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de enfermedad	Obligatoria: para todos los ciudadanos / residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administración. En algunos casos, para estar afiliado es necesario realizar alguna actividad concreta.	Contributiva: pago por o a nombre de la persona asegurada.	Obligatoria: cotización al seguro de enfermedad sin relación al riesgo. Las cotizaciones las puede pagar el gobierno (de los presupuestos estatales) en nombre de algunos grupos no contributivos de la población y puede dar subvenciones al régimen.	Nacional, subnacional, o por régimen; con fondos múltiples, el grado de mancomunación dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas

UN APOYO VALIOSO (P 163 SHA 2011, P 88 EN VERSIÓN CONCISA)

FIG 116



deseable aislar la proporción del gasto de bolsillo que se puede atribuir al esquema. Por ejemplo, un esquema puede contemplar la gratuidad de la atención materno-infantil, pero un copago del 5% del costo de la atención de enfermedades crónicas.

De la mayor importancia son los esquemas de Gobierno con una cobertura automática. Eso quiere decir que la cobertura se garantiza por el hecho de ser residente o ciudadano de un país, independientemente de que la persona use o no los servicios. En el caso de las corporaciones privadas, que muchas veces obligan a sus trabajadores a registrarse a un determinado esquema, depende de si la legislación obliga al registro o no; en muchos casos las corporaciones obligan al pago sólo como un acuerdo interno de la empresa, caso en el cual el esquema debe considerarse como voluntario. Lo mismo puede decirse para las corporaciones públicas.

Los esquemas de residentes implican permanencia y un punto de acción y de interés económico común con el sistema de salud local. Con la introducción de los Principios de París, se pretende lograr la coordinación de todas las agencias externas que trabajan dentro de un país para asegurar que se respeten las necesidades del país receptor. En el caso de Sudán, por ejemplo, que recibe grandes cantidades en ayuda externa, la decisión de abrir la frontera y hasta qué punto debe ser del propio Gobierno y las agencias deben negociar e interactuar con las autoridades locales. Esto diferencia los esquemas con puntos de interés local. Hay otro código para esquemas que están directamente asociados a una agencia doméstica, aunque incluya financiamiento externo.

Las clasificaciones de los ingresos forman parte de las clasificaciones externas pero podemos hacer simplemente un planteamiento general. La mayor parte de las reformas no sólo cubren a los esquemas sino también el tipo de financiación. El tipo de preguntas que se pueden responder incluyen: cuáles son los mecanismos de recolección de los

recursos; si son sostenibles y equitativos; cuál es el papel del Gobierno en este espacio fiscal; cuáles son los fondos externos, qué papel tienen, qué tan grande es la participación de los hogares (directa o no); qué mecanismos existen para manejar los financiamientos.

La clasificación de los ingresos proporciona información sobre la captación de ingresos, por lo que se vincula de manera más estrecha con los esquemas de financiamiento. Las nuevas categorías son más claras y reflejan mejor los arreglos de financiamiento actuales; permiten analizar quién soporta la carga del financiamiento de la salud por esquema, lo que, desde un punto de vista analítico, resulta más relevante que por agente y muestra las diferencias entre ingresos recibidos y pagos efectuados. Algunos aspectos destacables son:

- Las contribuciones obligatorias (por ley) se consideran gasto público, pues derivan de la intervención del gobierno.
- Dado que los préstamos no son un incremento real de los fondos (tienen que ser repagados y tienen un costo), se enlistan como una partida bajo la línea.
- La deuda condonada, así como los préstamos a bajo interés (concesiones y otras cuasi-donaciones) se registran como RdM (Resto del Mundo).
- Los agregados por agente pueden seguirse reportando como partidas bajo la línea: permiten consolidar la distribución de la carga con un enfoque diferente. Las reglas se mantienen.
- Si bien puede estimarse una diferencia para ingreso y gasto, la valoración completa de la condición financiera de un esquema es resultado de un análisis más detallado (ver las reglas de la Unión Europea y de las Estadísticas de Finanzas Gubernamentales).

- Los mecanismos de captación de ingresos son parte del esquema. Su importancia amerita una clasificación específica.

Al igual que en SHA 1.0, los agentes de financiamiento (figura 117) son las entidades institucionales que manejan o administran los esquemas de financiamiento. En SHA-2011 los agentes de financiamiento se incluyen para mostrar la relación entre agentes y esquemas. Las siglas cambian a FA (antes HF).

Los agentes de financiamiento prácticamente son los mismos que venían trabajándose en la versión previa; incluyen la administración pública o administración

general, centrada en el Ministerio de Salud, más todas las sociedades de seguros (compañías de seguros comerciales o las mutuales), sociedades que no sean de seguros y las instituciones sin fines de lucro (multilaterales, bilaterales, unilaterales).

En cuanto a las Guías, hay varias que están disponibles. Los invitamos a que consulten lo que estaba ya publicado por la Contabilidad Nacional porque se supone que debe haber compatibilidad con el SHA. Entre otras, pueden destacarse las Guías del Fondo Monetario del 2011, que tienen un nivel grande de detalle y buscan resolver los problemas de armonización en las finanzas públicas, y las guías de Rabi Rananelia para el Gasto de Hogares, que se desarrollaron conjuntamente con la OECD para medir el Gasto Privado.

UN APOYO VALIOSO (P163 SHA 2011, P 88 EN VERSIÓN CONCISA)

FIG 117

Código	Descripción
FA.1.	Administración general
FA.1.1	Administración central
FA.1.1.1	Ministerio de Sanidad
FA.1.1.2	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes a la administración central)
FA.1.1.3	Agencia del Servicio Nacional de Salud
FA.1.1.4	Agencia del Seguro Nacional de Salud
FA.1.2	Administración provincial/regional/local
FA.1.3	Agencia de la seguridad social
FA.1.3.1	Agencia del seguro social de enfermedad
FA.1.3.2	Otras agencias de la seguridad social
FA.1.9	Todas las demás unidades de la administración general
FA.2	Sociedades de seguros
FA.2.1	Compañías de seguros comerciales
FA.2.2	Organizaciones de seguros mutuos y sin fines de lucro
FA.3	Sociedades (que no sean sociedades de seguros)
FA.3.1	Compañías de gestión y provisión de la salud
FA.3.2	Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud)
FA.4	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)
FA.5	Hogares
FA.6	Resto del mundo
FA.6.1	Organizaciones internacionales
FA.6.2	Administraciones extranjeras
FA.6.3	Otras entidades extranjeras

Preguntas y debate

Modera: Dra. Patricia Hernández **OMS Ginebra**

Alain Palacios: El aspecto del financiamiento es uno de los cambios cruciales que tiene el SHA 2011. Respecto a las ISAPRES en Chile, éstas tienen un sistema contributivo mixto compuesto de una contribución obligatoria (7%) y una contribución voluntaria (3%-4% en promedio). Gracias a las modificaciones, puede incluirse esa distinción en la clasificación de los ingresos: permite integrar los casos en los que un mismo agente de financiamiento tiene dos ingresos distintos (obligatorio y privado). En el caso de los gastos diferenciados por esquema, no obstante, se genera una gran dificultad, ya que no tenemos información diferencial (no es el mismo agente quien recauda y quien está pagando las prestaciones a sus beneficiarios).

Patricia Hernández: Propongo que se determine hasta qué punto la Guía resuelve las dudas frecuentes en la región, para valorar el hacer una traducción al español y darle mayor difusión. Este asunto es básico. En el caso de México, lo que se planteó en la reunión de Antigua fue realizar una evaluación al seguro popular, que es tema muy politizado, ya que ocurre exactamente lo que plantea Alain con las ISAPRES: se sabe cuánto recibe el Seguro Popular, pero nadie sabe a dónde fueron los recursos y cómo deben tratarse los agentes que están manejando más de un esquema. Esto implica que los agentes decidan el uso de los recursos. Hay un debate sobre las causas: si la regulación está incompleta, o si la figura del esquema y del agente son distintas. Deben establecerse por lo tanto, mecanismos de reporte y seguimiento, de modo que el ingreso pueda asociarse con los diferentes gastos. Parte de esto tiene que ver con la distribución subnacional de los recursos, que debe estar mejor documentada.

Cristian Morales: En el caso específico de Chile, las ISAPRES están recaudando un monto por el plan de garantía explícita y se gastan aproximadamente

la mitad de lo que recaudan. Esa es una causa de enorme ineficiencia en el sistema. ¿De qué manera puede capturarse esta situación con el sistema de Cuentas de Salud? Es una pregunta que queda abierta todavía. De la misma manera, hay una serie de transformaciones -volviendo a la discusión que teníamos sobre atención primaria- que se van a producir en los sistemas de salud; el sistema de Cuentas debería ir entregando proxis de cómo van cambiando las realidades. No obstante, no puede pretenderse que nuestros sistemas de cuentas respondan a todas las preguntas. En ese caso, deberíamos eliminar las Unidades de Economía de la Salud y contar solamente con Unidades de Cuentas de la Salud; pero esa no es la solución, sería un camino errado.

Participante (7): En función a los avances que están teniendo lugar, creo que hay que reflexionar sobre el uso de tecnología disponible para llegar a sistemas de reporte basados en la Web 2.0. Los países cuentan con bases de datos que pueden conectarse a sistemas de reporte en línea que permiten borrar las fronteras; puede pensarse en crear sistemas de reporte por niveles de administración como soporte de las Cuentas Nacionales. Una experiencia en esta dirección fue la del acuerdo de cooperación técnica con el observatorio de Recursos Humanos en Salud, que funcionó en la subregión andina.

Patricia Hernández: Esa es una herramienta que está en las Bases de Datos, en los criterios, y que se consideró importante. Debe avanzar, desarrollarse y solucionar los problemas que tenga. De acuerdo con nosotros, esto es posible. Hemos encontrado con mucha frecuencia que había malas interpretaciones y malas prácticas de reporte prácticamente en todas las clasificaciones. El lanzamiento del SHA-2011 nos da la oportunidad de refinar las estimaciones que estamos haciendo, al proponer mejores definiciones y criterios, así como hacer avances en otros sentidos. Ahora tenemos el reto de hacer seguimiento a muchas de las reformas en varios países.

De los problemas que se encuentran con mayor

frecuencia para este tipo de clasificaciones es que no siempre se identifica el ámbito de cada esquema: si se trata de un esquema que tiene varios componentes, o de esquemas individuales bien diferenciados. Consideramos que un esquema propiamente dicho debería cumplir completamente la lista de criterios. Como sub-esquemas quedan aquellos para los cuales no está clara la necesidad de seguimiento. En el caso de algunos sistemas europeos ocurre lo mismo que ocurre con países con sistemas estadísticos débiles: por lo tanto se buscan salidas que sean suficientemente buenas y que no cambien mucho la contabilidad anterior. Este contexto de búsqueda ofrece una oportunidad para discutir en detalle los esquemas que no estaban contemplados y permiten avanzar en el conocimiento de los diferentes sistemas. En referencia a una pregunta de Alain Palacios, sobre la posibilidad de clasificar los intereses, vale aclarar lo siguiente: los intereses tienen su categoría en las funciones de producción. Antes el capital se reportaba como un agregado formando parte de las funciones; no todos los países lo reportaban en forma similar, pues podía incluirse o no en varias categorías. El reporte de ahora en adelante va a ser mucho más estandarizado; por primera existe la posibilidad de discutir las categorías.

Visión de conjunto del marco del SHA. Clasificaciones básicas del SHA: financiamiento (HF-FS-FA); provisión (HP) y funciones (HC). Marco extendido del SHA: factores de provisión (FP) beneficios (HB), capital (HK), comercio y productos
Parte III

Dra. Patricia Hernández
OMS Ginebra
3. Cuenta de capital

Uno de los cambios más importantes que se introdujeron es el reporte de la Cuenta de Capital; tiene más detalle, transparencia en el contenido y objetivos más claros sobre lo que debe incluirse o no. Adicionalmente, es más compatible con el sistema de contabilidad nacional y desde un punto de vista conceptual es más preciso.

En esta clasificación se da prioridad a las clases de formación bruta de capital, como la infraestructura,

maquinaria y equipos. Los problemas en esta clasificación son mundiales. Incluso el nuevo sistema de contabilidad nacional del 2008 propuso una revisión del uso de la depreciación como proxy del consumo de capital. Con frecuencia las estimaciones no eran muy realistas. En muchos países la formación bruta de capital reportada en el primer SHA incluía estimaciones que no son muy claras.

Se está adelantando una Guía ambiciosa sobre los gastos de capital que no se restringe a presentar la clasificación sino que incluye lineamientos operacionales. Se ha visto que en muchos países hay problemas de medición del capital. El SHA actualmente se está promoviendo con alcances modestos: se restringe a la formación bruta de capital, dejando otras categorías para más adelante. Esta es una clasificación en la que se espera encontrar muchos cambios, precisamente por los avances en cobertura universal. Quizá la experiencia de cada país en Cuentas Satélite sea mejor, pero en muchos casos los problemas de medición son tan graves que prácticamente hay que reiniciar todo el proceso.

Preguntas y debate

Modera: Dra. Patricia Hernández OMS Ginebra

Patricia Hernández: Para tener una medición del stock necesitaríamos saber cuáles son las disposiciones, cuyo reporte causa mucha dificultad a los países. Estamos dando la opción a los países con pocos registros, que se concentren en los flujos seleccionados, o sea, en las nuevas adquisiciones para la formación bruta de capital; por otro lado, para el caso de los países que cuentan con más información, existe la posibilidad de hacer reportes más amplios. Por ejemplo, la cuenta de Qatar para el año 2011 incluye una clasificación más o menos detallada precisamente de las adquisiciones: incluye infraestructura, edificios, equipo médico, etc., así como la formación bruta de capital del gobierno. No obstante, está claro que a muchos países les cuesta trabajo ir más allá de un resumen de las adquisiciones.

Alain Palacios: En el caso de Chile, tenemos información de la Cuenta de Capital por tipo de activo; las compras de activos fijos que hace el Gobierno General pueden extraerse de las ejecuciones presupuestarias de gastos devengados. Vale hacer esa aclaración ya que a menudo las partidas presupuestarias se registran a nivel de Caja, mientras que aquí están a nivel de gasto devengado (lo que en Colombia se conoce como Causación); Chile, entonces, no tiene ese inconveniente. Ya que están a nivel de producto, es posible completar los datos de la Cuenta. En cuanto a las Cuentas Satélite, hemos encontrado algunas dificultades. En las Cuentas Nacionales se toman las decisiones exceptuando las disposiciones; es decir, se decide lo que se compra en el período menos lo que se vende en los activos fijos. En algunas instituciones pequeñas ocurre que las ventas son mayores a las compras, por lo que da un gasto negativo que no es permitido por los cuestionarios del SHA. Esto llama la atención.

No obstante, es posible utilizar esta clasificación, especialmente para el sector público. En el caso del consumo del capital fijo, se muestra una estimación particular, utilizando los stocks de capital del sector público, aplicando unas tasas de depreciación para conseguir el resultado. Sin embargo, los stocks

deben revisarse cuidadosamente, ya que pueden pasar años entre actualizaciones que incluyan las adquisiciones que se hicieron en cada período y podría haber algunas diferencias que considerar. En el caso del sector privado, es sumamente difícil obtener información de inversión. Nosotros tenemos información de las mutuales de seguridad y en los balances podemos encontrar información de inversión en las clínicas más grandes, pero en el resto no hay información. En el consumo fijo también es complicado.

Patricia Hernández: Tenemos que ser muy modestos en cómo estamos avanzando, ya que esta es información que no estaba bien captada en el SHA-1. Si bien estamos empezando. Hay que aprovechar la oportunidad para que los países empiecen a identificar adecuadamente las fuentes de información disponibles y se planteen objetivos plausibles. Nuevamente, el centro de atención es la adquisición; se deseaba incluir las disposiciones, pero los países concluyeron que era muy ambicioso para este momento. Por ello se espera captar solamente dos componentes: nuevas adquisiciones y tal vez se pueda aspirar a incluir la pérdida de equipos en casos de emergencias por fenómenos naturales, cuando en general se acompañan de reportes. Esa es parte de la información que debe empezarse a recoger, además de ejercicios preliminares para el reporte de las disposiciones.

Deben tenerse en cuenta siempre las normas que propone la Contabilidad Nacional: el consumo de capital requiere ser revisado, no puede continuar utilizándose las depreciaciones a menos que se corrija su práctica. Hay muchas preguntas sin resolver, como por ejemplo, hasta qué punto se puede utilizar un promedio nacional para aplicarlo a la salud. El Sistema de Contabilidad Nacional propone estrategias de apoyo, como el uso de las rentas de equipos para actualizar los valores, pero nadie las ha probado específicamente para el caso de la salud. Esperamos poner a su disposición el primer borrador de la Guía en fecha próxima.

Conclusiones y recomendaciones

Establecer el SHA-2011 nos da la oportunidad de revisar nuestras prácticas contables con un acompañamiento flexible, informado y serio. El objetivo del SHA es producir información útil para orientar la política social en salud. Creemos que es factible tener una producción rutinaria de las clasificaciones, aunque cuando se cuente únicamente con información parcial, es posible reportar las cifras con carácter preliminar.

Uno de los retos más importantes es la institucionalización del SHA. Queremos que las Cuentas estén disponibles, sean oportunas y apropiadas, que el equipo nacional utilice una metodología estándar, la que el país decida, reportando con SHA y generando resultados útiles para la política con indicadores clave, de forma continuada y con independencia de los cambios de gobierno, institucionales o de personal.

Las barreras a la institucionalización de las cuentas de salud están muy bien identificados y deberíamos trabajar para solucionarlas. Muchos problemas se dan a nivel nacional en procesos en los que la OMS no puede interferir, por lo que buscamos otras vías de apoyo que aligeren la carga. La automatización por ejemplo, a través del uso de tecnologías y de herramientas, es fundamental para reducir los errores humanos y aumentar la eficiencia en los procesos. Pero se requiere establecer acuerdos conjuntos y estructurales para asegurar que las cifras se comparten y en el formato que se requiere la contabilidad. Cuando los proveedores de datos ya saben qué es lo que tienen que ofrecer, todos los procesos se facilitan. Es por esa razón que un objetivo importante es incluirlos en las discusiones, de modo que entiendan qué información se necesita, cómo se necesita. En cuanto a la institucionalización en el uso de los datos, queremos que se despierte el interés por los resultados de las cuentas en todos los actores, e incentivar la demanda de información en los varios tipos de usuario. Es necesario que exista una institución responsable de los datos y

que tenga el apoyo de todos los actores. Ofrecemos una herramienta para producir y otra para analizar los datos, que estarán disponibles en Internet.

Pretendemos también lograr avances concretos, como en la distribución de gasto por Clasificación Internacional de Enfermedades. En general, el propósito es mejorar la calidad y la adecuación de los datos, además de su oportunidad, con el uso de las herramientas que faciliten integrar las cifras de gasto y vincularlas con las iniciativas globales y nacionales, consistentes y comparables.

En cuanto al proceso mismo de elaboración, debe establecerse de manera costo-efectiva. Esto debe ser analizado y discutido para establecer qué información y con qué nivel de detalle se necesitan los datos. Hay etapas que se pueden cubrir al mismo tiempo, lo cual depende de los sistemas de información de cada país. Se ha visto, por ejemplo, que ciertos países (como Tanzania), preparan las Cuentas y las cuentas específicas simultáneamente, porque al levantar la información captan toda la que necesitan y que existe al mismo tiempo, reduciendo los costos de este proceso. Nuevamente, en el caso de Tanzania existe una cuenta de SIDA, de malaria, de niños, de salud reproductiva y tuberculosis, que suma cerca del 60% de su gasto total. Creemos por ello que es factible aprovechar este mismo enfoque para realizar la distribución del gasto por enfermedad. Una distribución completa solamente existe en el caso de Sri-Lanka desde el 2008, entre los países de bajo y medio ingreso. Entre los 121 países que presentaron reportes, 70 incluyeron Cuentas específicas y 25 con distribución de gasto por enfermedad, con frecuencia alcanzando una cobertura parcial.

La función de la OMS es principalmente ofrecer capacitación y supervisión técnica regional estandarizada con apoyo de consultores, en la medida en que sea factible. Dentro de las herramientas que se han puesto a disposición de los contadores de salud, la herramienta de producción incluye todas las clasificaciones, hasta la distribución de gasto por enfermedad. La herramienta facilita que al incluir las



cifras se incorporen los metadatos, por lo que al final se pueden generar, apretando un botón, los reportes, incluyendo las Tablas rutinarias y reportes ad hoc, así como los metadatos. La herramienta permite seleccionar la cobertura de la estimación, por lo que en cada caso, habrá que ver la información disponible y las necesidades de información existentes. Su uso liberaría a los contadores de muchísimo esfuerzo innecesario. El mayor desafío está en la producción de la información. Todas las herramientas tienen acceso libre y están disponibles en la Web.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

12 Acto de clausura

Mesa Redonda

Perspectivas y dificultades en la implementación del SHA en países suramericanos

Modera: Dra. Gabriela Mata
Ministerio de Salud Pública de Ecuador
Representante CASE

Moderadora: Ante todo, quisiera agradecer a la doctora Patricia Hernández, representante de la OMS, por tan buena intervención en el módulo de capacitación. A título personal expreso la importancia de estos espacios de socialización para conocer y aclarar los fines de las propuestas. En síntesis, la Dra. Hernández expuso una visión general del SHA como una herramienta orientada a la toma de decisiones, que atiende a las necesidades reales de información de los usuarios finales y permite estructurar las Cuentas de Salud en tres ejes básicos: el financiamiento, la producción y el consumo. También presentó algunos aspectos centrales de las clasificaciones en cuanto a las funciones, proveedores, financiamiento y la clasificación de capital, donde hubo comentarios y algún debate.

En esta Mesa Redonda esperamos recoger unas últimas intervenciones, más que sobre las dificultades, sobre las facilidades de adopción que este sistema ofrece, además del recuento de algunas experiencias en América Latina que puedan enriquecer y fortalecer las acciones futuras en este proceso, especialmente en lo que respecta a posibles arreglos institucionales que se puedan construir con este fin.

Patricia Hernández: Me gustaría escuchar algún comentario o perspectiva sobre la factibilidad de la adopción del SHA.

Participante (1): Ciertamente Perú está pasando por un proceso de cambios en muchos sentidos. Desde el inicio del proceso de adaptación a la reforma hace cuatro años, año en que la Ley de Aseguramiento Universal entró en vigencia, el país se enfrentó a una

serie de desafíos, como la carencia de gobiernos regionales efectivos, la excesiva centralización de la función del Estado y el reducido tamaño del asegurador público (doscientos millones al año) entre otros. La reforma implicó un vuelco en el modelo de atención que implicó una profunda revisión y reestructuración de las Cuentas de Salud. También tenemos un largo camino en la actualización del año base de los datos estadísticos, que sigue siendo 1994. La urgencia nos obliga a seguir generando datos con la metodología previamente usada, aunque estos son sometidos a un proceso de reconstrucción, en función de estas realidades. En este contexto el SHA entra a jugar al tiempo con las Cuentas Satélite como modelos alternativos de descripción, que probablemente deben articularse. Ciertamente, es el momento de pensar cómo hacer las Cuentas en función de las decisiones que tenemos que tomar sobre el futuro del sistema de salud. Especialmente, debe pensarse en la acumulación de acciones que fortalezcan las decisiones desde el punto de vista de la evidencia y la sostenibilidad. Esperamos, entonces, que el SHA-2011 contribuya a entender esta nueva realidad que vive actualmente Perú.

Alain Palacios: Me gustaría decir que el objetivo último para un sistema de información económica en salud es determinar el gasto total del país en este rubro. Eso es lo que los países tienen que entender: hay que determinar, medir sistemáticamente y hay que cumplir los plazos. Después vienen las preguntas por la adecuación del sistema a la realidad y sobre todas las agregaciones que incluye, pero no hay que olvidar ni perder el objetivo de vista. Del gasto depende el sistema que se quiere adoptar. Medir el gasto proporciona dos indicadores fundamentales: el gasto de salud sobre el PIB y el gasto per cápita.

Por otro lado, el estándar mundial de Cuentas de Salud es el SHA y debería adoptarse para que sea posible comparar con los otros países que están haciéndolo, principalmente en Europa y Asia. En Suramérica tenemos a Bolivia, Colombia y Chile. Las Cuentas Satélite se están haciendo en Ecuador, Brasil y en Venezuela hay la intención. Paraguay hizo algo

también. En Perú y Argentina no hay una definición todavía y no sé si están más cercanos al SHA o a las Cuentas Satélite. Los países que hacemos Cuentas Satélite podemos avanzar si las construimos en ámbitos más globales; pero si seguimos haciendo unos Cuentas Satélite y otros SHA, no va a ser posible comparar. No pueden compararse las Cuentas Satélite de Brasil con las de los demás países. Propongo un desafío para las Cuentas Satélite, que es lograr esta vinculación, quizá con el apoyo de la CEPAL, que tiene un mandato de apoyar las Cuentas Satélite. Expedir algún documento donde se explique claramente cómo pasar de la Cuenta Satélite al SHA y que queden contentos todos los que hacen cuentas nacionales que tienen todas las directrices y así los países que hacen Cuentas Satélite pueden informar los datos para tener en un mismo estándar toda la información, por lo menos del gasto total en salud y del gasto per cápita, es importante y hay que tener esa definición.

Patricia Hernández: SHA tiene el objetivo de apoyar las comparaciones, la Cuenta Satélite implica otro objetivo y produce información que va más allá de la que está manejándose en el día a día dentro de los sistemas de salud, igualmente válida e importante. Por la experiencia adquirida, conviene hacer la reflexión de qué se necesita para hacer cada tipo de Cuenta, en cuanto a información, capacidades y recursos. Cuando los países se embarquen en hacer por ejemplo, dos cuentas, Cuenta Satélite y Cuenta SHA, o solamente SHA o solamente Satélite, según la decisión que tomen, tendrían que haber considerado por lo menos dos cosas: una, cuáles son los objetivos o los indicadores que pueden sacar de cada una de ellas; y dos, cuáles son los recursos que necesitan en términos de información, recursos, en personal y capacitación para realizar cada una de ellas.

La OMS tiene información que proviene de varios tipos de cuentas; no obstante, a menudo los países tienen que tomar una decisión por la falta de recursos; deben decidir, por ejemplo si van a invertir en una Tabla de Oferta y Utilización, o en la distribución de gasto por enfermedad. La OMS puede apoyar,

pero la decisión le compete exclusivamente a cada país y depende de la estructura estadística y las necesidades de información, de los indicadores que requiere utilizar. Esa decisión está dentro del ámbito nacional. Nuestro apoyo se concentra actualmente en el modelo SHA, que recoge un consenso global. Puede presentar retos, pero tiene grandes ventajas y estamos trabajando todos los días para mejorarlo y hacer factible su implementación de manera conjunta con todos los países y las agencias involucradas.

Claudia Pescetto: En cualquier caso no podemos desincentivar a aquellos países que han venido trabajando en las Cuentas Satélite; especialmente cuando tenemos por delante la agenda de cobertura universal, que va a requerir un diálogo con los Ministerios de Hacienda, con las oficinas de estadística y con los bancos centrales. Si bien el SHA tiene la ventaja de permitirnos una estandarización, en el lenguaje de los Ministerios de Salud, no nos proporciona esa otra ventaja de poder comunicarnos con los otros agentes que van a estar involucrados en el avance de la cobertura universal. OPS reitera su compromiso de ofrecer todo su apoyo a los países que aún no han desarrollado un sistema de Cuentas; este apoyo tiene como prioridad el desarrollo del SHA, pero tiene también a la vista la necesidad de tender puentes intersectoriales. Cuando las condiciones estén dadas para la elaboración de Cuentas Satélite, debe estimularse su realización. Empezar con un enfoque SHA da una perspectiva especializada en términos de las necesidades que el sector salud va a tener al emprender acciones conjuntas con los diversos sectores para el avance de la agenda, para lo cual es clave la Cuenta Satélite. No es fácil lograr una acción conjunta entre estas instituciones y el Ministerio de Salud, quizá porque no se percibe una necesidad apremiante o tal vez porque no se habla el mismo lenguaje. Pero si existiera un marco que fuera más allá de las propias instituciones, hacia organismos subregionales, por ejemplo, y una decisión política para avanzar hacia la agenda de cobertura universal en salud, el proceso se facilitaría mucho. Mientras tanto, podemos avanzar el tema del SHA, principalmente en aquellos países que no

tienen una respuesta sistemática a la necesidad de las estadísticas de gasto.

El SHA también hay que verlo desde la perspectiva de los países que ya han avanzado mucho en el tema de Cuentas Satélite y que las tienen institucionalizadas en la región, como es el caso de Brasil, Chile, México y Ecuador. Debe evitarse configurar dos 'corrientes' y, por el contrario, debe lograrse la construcción de un puente que aproveche ambos enfoques.

Cristian Morales: Lo único que podría agregar en este momento es que la clave de la institucionalización del ejercicio de cuentas es su proyección hacia la toma de decisiones bajo la agenda sanitaria que imponen los países. Esta agenda sanitaria nos va a exigir responder a diferentes tipos de preguntas. Quizá las más urgentes y sobre las que tenemos la posibilidad de actuar más rápidamente son las que tienen que ver con la eficiencia y la organización del sistema de salud. Estas son preguntas que se responden más fácilmente por medio del SHA. Esto no implica que no haga falta responder a otro tipo de consideraciones y entrar en diálogo con Hacienda, con el Banco Central y otros actores para plantear de forma coherente, con argumentos sólidos y de manera muy rigurosa, la necesidad de ampliar el gasto fiscal en salud.

Con los recursos públicos que hoy día los países están dedicando a la salud (en promedio, 4% del PIB) no vamos a ser posible alcanzar la cobertura universal de la manera en que la que se planteó, que no es simplemente la cobertura poblacional, o el acceso a un seguro. La cobertura universal debe entenderse como la posibilidad de acceder a servicios de promoción, prevención, rehabilitación y paliativos cuando y donde sean necesarios, con calidad e impacto efectivo sobre el problema de salud y asegurando una protección financiera. Ante todo, debe empezarse desde algún punto, que es garantizar que los recursos sean eficientemente empleados; el SHA es un elemento fundamental en este sentido.

Participante (2): Quisiera precisar sólo un par de cosas, ya que las intervenciones me han dejado en una suerte de limbo. En general creo que parte de la discusión sobre la armonización tiene que ver con que, si bien algunos le dan énfasis al SHA y otros a las Cuentas Satélite, nadie tiene un modelo puro. Eso sólo puede existir en la academia, no en el mundo real. En ese sentido, hemos partido de Cuentas Satélite y en el camino hasta donde nos han dado las cifras y los requerimientos, hemos querido responder no a un número, sino a una visión de país. Debe tenerse clara la diferencia entre un objetivo abstracto y lo que uno debe buscar en la práctica. Tenemos que pensar en las cuentas como un instrumento muy valioso, importantísimo, que nos habla de nuestra realidad y nos permite compartirla y compararla con los demás.

En esa perspectiva, te pediría Alain [Palacios] que corrigieras tu cuadro mental y te acercaras a las Cuentas Satélite. Las nuevas cifras las veremos y las discutiremos, eso ya lo hemos conversado; felizmente contamos con el apoyo en esta discusión tanto de OPS como de OMS, pero no va a ser fácil. Tenemos ya diez años trabajando de una manera que no nos responde; el desafío es dar un salto, con la cobertura universal y el derecho a la salud siempre a la vista. Esa creo que es la parte más importante.

Gabriela Mata: Agradecemos nuevamente a la doctora Patricia y gracias a ustedes por estar aquí en estos tres días de participación en el evento de la CASE. Creo que ha sido muy productivo para todos. Ahora debemos aprovechar las experiencias para seguir adelante. Muchas gracias.

Conclusiones finales

Ec. Alain Palacios

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile

Secretario ejecutivo de Cuentas de Salud de la CASE

Dr. Gilberto Barón

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Alain Palacios: Gilberto Barón y yo vamos a hacer el cierre de este Taller y de todas las actividades que se realizaron en estos tres días del IV Foro Andino de Salud y Economía del IV Taller De Cuentas De Salud De Países Suramericanos, en representación de la Presidencia de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE). Ha sido una jornada extremadamente fructífera, de mucha discusión; se han tocado temas esenciales en distintos ámbitos. Especialmente en lo que tiene que ver con Cuentas de Salud, la discusión ha sido de muy alto nivel. Hemos presentado la información de los países, los avances que tienen, cuáles son las posibilidades de avanzar y de mejorar las estadísticas. En general, hemos podido visualizar que tenemos un gran desafío como región. Eso es algo que debe rescatarse: los desafíos como región; los de comparabilidad, de mejoramiento de los sistemas de información, de la producción de buenas estadísticas y de la institucionalización de los sistemas de Cuentas de Salud; eso es lo que nos queda como conclusión de todo lo que pudimos discutir en estas jornadas. Tenemos que transmitir nuestra experiencia de vuelta en nuestros lugares de trabajo, Ministerios de Salud o de Planificación, oficinas de cooperación técnica, institutos de estadística, entre otros. Es importante que no dejemos enfriar estas conclusiones para no volver el próximo año a discutir exactamente lo mismo, los mismos desafíos, las mismas preocupaciones. Ahora es el momento de las definiciones.

Si ustedes consideran la exposición de Patricia, el

esfuerzo de hacer un Manual y de revisarlo durante cinco o seis años con consultas técnicas en distintas regiones del mundo, Pacífico, América Latina, Europa, es un gran esfuerzo. No hay que dejar todo lo que se pensó, todas las discusiones que se tuvieron y que se nos están presentando ahora en forma resumida. No hay que dejarlo escapar porque es algo que a nosotros nos compete y que deberíamos tomar. Es una ayuda que se nos está ofreciendo y que nos va a facilitar muchas cosas. Por eso mi postura en Chile es la de apoyar el SHA; mi interés no es desincentivar las Cuentas Satélite; ambos criterios son distintos y válidos. No obstante, insisto en la necesidad de hacer vínculos. Le pido disculpas a Augusto por la definición, estaba pensando en el momento actual, no en la historia.

A nombre de la Presidencia y del ORAS en Colombia expreso mi satisfacción con la realización y los resultados de este Taller, y de haber contado con Patricia en estos días y en los venideros, que traerán cosas muy buenas y ejercicios más detallados para los países. Es un desafío: no se puede conocer el sistema de salud hasta que logra categorizarlo. Este será el objetivo para las siguientes sesiones: pensar su sistema de salud. Agradezco a la Organización. Todo ha salido bien. Muchas gracias.

Gilberto Barón: Como anfitrión de este Foro y Taller, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia manifiesta su complacencia. Creo que el balance en términos generales es muy satisfactorio. Lo único que como anfitriones no logramos concretar fue la conferencia de nuestro Ministro; podemos estar seguros de que él tenía la mejor voluntad y todo el interés, pero desafortunadamente por la situación en que estamos ahora por los debates alrededor de la Reforma de Salud, fue físicamente imposible que asistiera. Nos había manifestado previamente que tenía mucho interés en participar, no solamente estar en el acto inaugural y en su conferencia sino que en lo posible, iba a tratar de acompañarnos. Incluso, revisando la agenda, había visto algunos temas sobre los cuales tenía particular interés, pero no fue posible. Por otro lado, quisiera dar un agradecimiento muy



especial a OMS, particularmente a Patricia Hernández, a OPS, Washington, a Claudia Pescetto y a Cristian Morales, a las demás delegaciones y de manera muy especial a todos los representantes de los países que hicieron posible que el Taller cumpliera con las expectativas esperadas y las excediera. Para nosotros en Colombia quedan, sin duda, muchas cosas para reflexionar. Creo que tenemos una responsabilidad grandísima con la propuesta que hemos hecho y sentimos que al adquirir esa responsabilidad, nos estamos comprometiendo públicamente con ustedes; en la próxima oportunidad, ya les iremos contando sobre los adelantos que tengamos.

Finalmente, quisiera pedir un aplauso para Ana Carolina Rodríguez, que fue la persona que hizo posible que todas las satisfacciones que hemos tenido en estos días tuvieran lugar. Muchas gracias a todos.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

13 Anexos

Lunes 22 de julio de 2013 IV Foro Andino de Salud y Economía de la CASE	
7: 30 – 8:30	Registro participantes
8:30– 9:00	Acto inaugural - Dr. Alejandro Gaviria U., Ministro de Salud y Protección Social de Colombia (Bienvenida) - Dra. Gina Watson, Representante OPS/OMS en Colombia (Intervención) - Dra. Caroline Chang, Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU (Intervención) - Dra. Gabriela Moreno, Presidencia CASE (Intervención) - Dra. Olga Lucía Acosta, Representante CEPAL en Colombia (Intervención)
9:00 - 9:45	Sesión I: Estrategias de financiamiento en iniciativas recientes de reforma en los sistemas de salud en América Latina Financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: contexto actual y perspectivas Dra. Olga Lucía Acosta – CEPAL Colombia
9:45 – 10:15	Derechos sociales universales y restricciones en el financiamiento de las políticas públicas de salud Dra. Ana Sojo – División Desarrollo Social, CEPAL Chile
10:15 – 10:30	Debate / Preguntas Moderador: Dra. Gabriela Moreno, Presidencia CASE
8:30– 9:00	Refrigerio
10:45 – 11:15	Sesión II: Cobertura universal, equidad y financiamiento sostenible de los sistemas de salud Desafíos en el financiamiento de la Protección Social en Salud Dr. Cristián Morales – Asesor Regional Principal, Sector Económico y Financiero de Salud, Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria (HSS) – OPS Washington
11:15 – 11:45	Inversión en salud, crecimiento económico y desarrollo social: Implicaciones de los Informes de las Comisiones sobre Macroeconomía y Salud y sobre Salud y Desarrollo para los países

11:45 – 12:15	andinos Ec. Alain Palacios, Depto. de Economía de la Salud, Ministerio de Salud de Chile
12:15 – 12:30	Estudios recientes sobre Evaluaciones Económicas en Chile (Guía de Evaluaciones Económicas, ETESA) Dra. Gabriela Moreno, Jefa División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile Debate / Preguntas Moderador: Dr. Ricardo Cañizares, ORAS-COHNU
8:30– 9:00	Almuerzo
14:00 – 14:45	Sesión III: Colombia, actual reforma a la salud y desafíos en financiamiento, cobertura y equidad. Financiamiento y nuevos elementos del sistema de salud en la propuesta de reforma colombiana. Dr. Alejandro Gaviria Uribe – Ministro de Salud y Protección Social MSPS
14:45 – 15:15	Sostenibilidad financiera del sistema de salud bajo escenarios de cobertura universal y planes integrales de beneficios: el caso colombiano Dr. Norman Julio Muñoz- Viceministro de Protección Social. MSPS- Colombia
15:15 – 15:45	Equidad y progresividad en el financiamiento de la salud en Colombia Dr. Fernando Ruíz G. – Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. MSPS-Colombia.
15:45 – 16:00	Café
16:00 – 16:25	Sesión IV: Panel sobre experiencias recientes en procesos de generación de información y conocimientos en el área de economía de la salud para la toma de decisiones y sustentación de las políticas públicas de salud
16:25 – 16:50	Evaluación de tecnologías en salud y el papel del IETS en Colombia Dr. Héctor Castro, Director Ejecutivo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
16:50 – 17:15	Aspectos económicos de la política farmacéutica: Diagnóstico, aspectos normativos y primeros resultados Dr. Rodrigo Moreira, Director de Desarrollo Empresarial del Departamento Nacional de Planeación

17:15 – 17:30	Estudios recientes sobre Economía de la Salud en Ecuador Ec. Gabriela Mata, Dirección de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Ecuador Debate / Preguntas Moderador: Dr. Gilberto Barón, Asesor Despacho Ministro de Salud de Colombia
17:30 - 18:00	Conclusiones y cierre jornada del día Dr. Alejandro Gaviria U., Ministro de Salud y Protección Social de Colombia Dra. Caroline Chang, Secretaría Ejecutiva ORAS-CONHU Dra. Gabriela Moreno - Presidencia CASE

Martes 23 de julio de 2013 IV Taller de Cuentas de Salud de países Suramericanos	
07: 30 – 8:30	Recepción de participantes
08:30 – 8:45	Revisión de antecedentes, objetivos y compromisos para el desarrollo y consolidación de las Cuentas de Salud Ec. Alain Palacios, Ministerio de Salud de Chile- Secretario Ejecutivo del Área de Cuentas de Salud de la CASE
8:45 – 9:30	Sesión I: Estado de situación de las Cuentas de Salud y Uso de Indicadores Un balance sobre el estado y situación actual de las Cuentas de Salud en América Latina y El Caribe Ec. Ricardo Valladares, Red de Cuentas de Salud de las Américas – REDACS
9:30 – 10:00	Uso de indicadores de Cuentas de Salud para la toma de decisiones en políticas públicas de salud Ec. Claudia Pescetto, Servicios y Sistemas de Salud (HSS), OPS Washington
10:00 – 10:15	Debate / Preguntas Moderador: Roberto Ávila, Representante CASE, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
10:15 - 10:30	Refrigerio

10:30 - 11:30 11:30 - 12:30 12:30 - 12:45	Sesión II: Avances recientes en países de la región. Avances recientes en Cuentas de Salud de Chile, Colombia y Ecuador Ec. Alain Palacios, Ministerio de Salud de Chile Dr. Gilberto Barón, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia Ec. Gabriela Mata, Ministerio de Salud Pública de Ecuador Avances recientes en Cuentas de Salud en países del MERCOSUR Ec. María Angélica Borges, Ministerio de Salud de Brasil Ec. Laura Rivas, Ministerio de Salud de Uruguay Ec. Mirco Osorio, Ministerio de Salud de Paraguay Debate / Preguntas Moderador: Ec. Augusto Portocarrero, Representante CASE, Ministerio de Salud de Perú
12:45 - 14:00	Almuerzo
14:00 - 14:45 14:45 - 15:15 15:15 - 15:45 15:45 - 16:00	Sesión III: Revisión de algunos aspectos metodológicos de las Cuentas de Salud Avances y dificultades en el proceso de adaptación de la metodología SHA 2011 en los países de la región: desafíos y propuestas Dra. Patricia Hernández, Cuentas de Salud, Financiamiento Sistemas de Salud, OMS Ginebra El SHA 2011 y la Cuenta Satélite de Salud –SCN: una propuesta integrada Marion Pinot, Consultora Departamento Nacional de Estadísticas DANE de Colombia Cómo se vincula la Cuenta Satélite de Salud y el Sistema de Cuentas de Salud (SHA 1.0) en el caso del sector público: Experiencia de Chile Ec. Alain Palacios, Ministerio de Salud de Chile. Debate / Preguntas Moderador: Ec. Paula Yajaira Barrios, Representante CASE, Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela
16:00 - 16:15	Café
16:15 - 17:00	Mesa redonda: Desafíos y propuestas conjuntas de acción Representantes países Suramericanos Dra. Patricia Hernández, OMS Ginebra Dr. Cristián Morales, OPS WDC Moderador: Ec. Alain Palacios, Secretario Ejecutivo Cuentas de Salud CASE

17:00 - 17:30	Conclusiones y cierre de jornada Dr. Alejandro Gaviria U., Ministro de Salud y Protección Social de Colombia Dr. Ricardo Cañizares, ORAS-CONHU Dra. Gabriela Moreno, Presidencia CASE
---------------	---

Miércoles 24 de julio de 2013 IV Taller de Cuentas de Salud de países Suramericanos (jornada mañana) Módulo de Capacitación en el Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011 Dra. Patricia Hernández, OMS Ginebra Ec. Ricardo Valladares, Red de Cuentas de Salud de las Américas REDACS	
07:30 – 8:30	Recepción de participantes
08:30 – 9:30	Sesión I: Introducción al SHA 2011 Antecedentes y objetivos El uso del Sistema de Cuentas de Salud por los países, regiones y a nivel global Beneficios de las Cuentas de Salud estandarizadas Preguntas
09:30 – 10:30	Sesión II: Clasificaciones Visión de conjunto del marco del SHA Clasificaciones básicas del SHA: Financiamiento (HF-FS-FA); Provisión (HP) y Funciones (HC) Marco extendido del SHA: Factores de Provisión (FP), Beneficiarios (HB), Capital (HK), Comercio y Productos.
10:30 - 11:00	Refrigerio
11:00 - 11:30	Sesión II: Clasificaciones (continuación y conclusiones) Marco extendido del SHA: Factores de Provisión (FP), Beneficiarios (HB), Capital (HK), Comercio y Productos. Preguntas

11:30 – 12:30	Sesión III: Reportes y difusión de resultados Reportes: usuarios y promotores. Indicadores y usos potenciales Por qué reportar SHA. Beneficios de la armonización Recursos que facilitan el reporte y armonización: JHAQ, PT-TA, DB Preguntas Conclusiones y recomendaciones Objetivos y propuestas para el corto y mediano plazo Institucionalización: cobertura, análisis, diseminación
12:30 – 13:00	Conclusiones y cierre jornada Mesa Redonda: Perspectivas y dificultades en la implementación del SHA 2011 en países Suramericanos Países Suramericanos Moderador: Ec. Gabriela Mata, Representante CASE, Ministerio de Salud Pública de Ecuador
13:00 – 14:30	Almuerzo



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



CASE
COMISION ANDINA DE SALUD
Y ECONOMIA



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Organización Mundial
de la Salud



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**