



SERIE SALUD UNIVERSAL

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD SHA 2011 EN AMÉRICA LATINA

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICIA REGIONAL PARA LAS Américas

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD SHA 2011 EN AMÉRICA LATINA

Washington, D.C. 2021

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Institucionalización del sistema de cuentas de salud (SHA 2011) en América Latina

OPS/HSS/HS/21-0014

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

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

Fotografías de cubierta e interior: © OPS

ÍNDICE

SIGLAS	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE CUENTAS DE SALUD?	3
CAPÍTULO 2. ¿DE QUÉ DEPENDE LA INSTITUCIONALIZACIÓN SEGÚN LOS CONTADORES DE SALUD DEL MUNDO?	5
CAPÍTULO 3. AVANCES EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE CUENTAS DE SALUD SHA 2011 EN LA REGIÓN	7
CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE INSTITUCIONALIZACIÓN CON RESPONSABLES DE CUENTAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA	9
4.1 LOS COMPONENTES BÁSICOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN	9
4.2 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA RECOPIACIÓN DE LOS DATOS	9
4.2.1 Apoyo del sistema de información	9
4.2.2 Automatizar la recopilación de datos	10
4.2.3 Potenciar la responsabilidad de producir información	11
4.3 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LAS CUENTAS	11
4.3.1 Atribuir formalmente un lugar o institución a cargo	11
4.3.2 Garantizar estándares	12
4.3.3 Institucionalización del uso de los datos	13
4.3.4 Provocar interés por los resultados	13
4.3.5 Crear demanda al relacionar oportunamente resultados y toma de decisiones políticas	14
4.4 AVANCES Y NECESIDADES EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN	15
4.4.1 Aspectos fundamentales del apoyo a la institucionalización	15
4.4.2 Las principales barreras a la institucionalización	15
4.4.3 Recursos necesarios para avanzar	16
CAPÍTULO 5. REFLEXIONES FINALES	19
REFERENCIAS	21

CUADROS

Cuadro 1. Disponibilidad de información reportada por los países encuestados, 2019	9
Cuadro 2. Producción de las cuentas de salud, encuesta a los países de América Latina y el Caribe, 2019	12
Cuadro 3. Diseminación y uso de la información	13

FIGURA

Figura 1. Cuentas de salud en 2000-2017 de países de la Región que respondieron la encuesta, 2019	14
--	----

SIGLAS

GHED	Base de Datos Mundial del Gasto de Salud (por su sigla en inglés)
HAPT	herramienta de producción de cuentas de salud (por su sigla en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	producto interno bruto
SHA 2011	Sistema de Cuentas de Salud en 2011 (por su sigla en inglés)



INTRODUCCIÓN

Con la publicación del Sistema de Cuentas de Salud en 2011 (SHA 2011, por su sigla en inglés) como metodología estándar mundial para medir el gasto en salud, se esperaba que se consolidase su utilización en el mundo. Algunos países de la región de las Américas adoptaron el marco a partir del año 2000, cuando se estableció la primera versión, y luego migraron a la versión actualizada (SHA 2011), que es el referente internacional desde el 2016. La notificación estándar de las cifras de gasto en salud se ha visto facilitada por la Base de Datos Mundial del Gasto de Salud (GHED, por su sigla en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para su actualización anual, los países que tienen equipos de cuentas de salud comunican su gasto o remiten los estudios correspondientes para generar indicadores básicos; en otros casos, los técnicos de la OMS realizan las estimaciones y estas son validadas por los países (1). El objetivo de este documento es tratar de establecer si el estándar SHA 2011 ha propiciado la institucionalización de la medición del gasto en salud en América Latina y el Caribe.

La presente publicación recoge la información de una encuesta realizada en la reunión regional de cuentas de salud en septiembre del 2019 (2), celebrada en Panamá (3), a la que respondieron 14 de las delegaciones presentes¹. El objetivo es identificar elementos que sirvan para revisar la estrategia de institucionalización de las cuentas en los países de la Región. Como antecedentes, se repasa el establecimiento y la expansión de las cuentas en América Latina, así como la visión de la institucionalización, según los contadores de salud en el mundo. Los resultados de la encuesta describen la perspectiva de los contadores en la Región. Se concluye con reflexiones finales sobre los siguientes pasos y recomendaciones para avanzar en la institucionalización del SHA 2011. Los esfuerzos realizados deben redundar en una mejor calidad y en beneficios para los sistemas de salud: cuentas más pertinentes, producidas de manera regular, eficiente y efectiva.

1 Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú. Algunos delegados no respondieron, como los de Chile y República Dominicana, y otros que respondieron a la encuesta son relativamente nuevos y desconocen parte de los antecedentes.

CAPÍTULO 1



¿QUÉ ES LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE CUENTAS DE SALUD?

Según la OMS (4), la institucionalización es un proceso de elaboración y uso de los resultados de las cuentas de salud. Los tres componentes estratégicos que señala la OMS para institucionalizar las cuentas son: la recolección de datos; la producción de las cuentas; y el uso de los resultados en la toma de decisiones, en los varios niveles de rectoría y operación del sistema de salud.

La institucionalización se construye sobre la capacidad local de producir las cuentas de manera regular, costo-efectiva y oportuna para la toma de decisiones, lo que permite una mayor contribución a la formulación de políticas como complemento de otros instrumentos (por ejemplo, matrices de financiamiento, herramientas de costeo, etc.). Supone también facilitar la apropiación de los resultados y su integración en la toma de decisiones a varios niveles del sistema de salud. De hecho, las cuentas representan una herramienta primordial para la gobernanza del sistema², dado que muestran los flujos de gasto por componente, lo que permite asegurar su coordinación y complementariedad a través de los otros instrumentos de política (por ejemplo, subsidios y regulaciones). Aun cuando los responsables de la gobernanza no trabajen directamente con los resultados del SHA 2011, los indicadores generados favorecen la gobernanza y la equidad, efectividad y eficiencia en la asignación de recursos necesarios para lograr los objetivos de salud universal (5).

La paradoja es que, en la práctica, a pesar de reconocerse su valor para fundamentar las decisiones políticas, pocos países de la región producen y utilizan de manera sistemática e institucionalizada las estimaciones generadas bajo el marco del SHA 2011 y, cuando sí lo hacen, dicho uso no se documenta.

Asimismo, para que los resultados de las cuentas de salud se utilicen, deben contribuir con información de gasto en salud que pueda sustentar, monitorear y evaluar los procesos de transformación de los sistemas hacia la salud universal. Preferentemente, tendrían que generarse dentro de un mismo marco, de manera que el monitoreo del gasto se beneficie de comparaciones en el tiempo, tanto nacionales como internacionales. La continuidad en la producción de las cuentas de salud permitirá, a corto plazo, que los datos cubran cada vez más los criterios de calidad estadística: relevancia, precisión, fiabilidad, exhaustividad, coherencia, comparabilidad y compatibilidad con otros sistemas estadísticos asociados (6).

Las cuentas requieren de un escenario institucional estable, independiente metodológicamente de la política, para servir como base de monitoreo y evaluación. Ello implica que el conocimiento esté organizado de una forma estructurada, para facilitar la continuidad en la operación, algo importante si se tiene en cuenta la rotación de personal. Las personas se mueven, pero las organizaciones y sus funciones son relativamente estables.

2 La gobernanza en el sistema de salud se refiere a un conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad. Fuente: Sabignoso M. Los cinco atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud. Gente Saludable [blog]. Banco Interamericano de Desarrollo; 29 de agosto del 2018. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/#:~:text=El%20consenso%20sobre%20su%20definici%C3%B3n,cuidados%20de%20salud%20de%20calidad>.

CAPÍTULO 2



¿DE QUÉ DEPENDE LA INSTITUCIONALIZACIÓN SEGÚN LOS CONTADORES DE SALUD DEL MUNDO?

En el 2016, durante la reunión mundial de generadores de cuentas del SHA 2011 en Ginebra, se recabó la opinión de los participantes, que propusieron las condiciones que permitirían avanzar en la institucionalización, según su experiencia (7).

Sus recomendaciones incluyen:

- Planificación. Un primer paso crucial, para garantizar que la producción de cuentas de salud sea lo más fluida posible, es crear un plan de acción y garantizar que se dispone de todos los recursos necesarios antes de que el país comience a producirlas.
- Producción. Todos los países desean institucionalizar las cuentas de salud para asegurar la recolección y elaboración regular y oportuna de datos. Para hacerlo, recomendaron que la producción de cuentas de salud sea costo-efectiva.
- Utilización. Conviene usar los datos de cuentas de salud para fundamentar la política de financiamiento y gasto de salud. El SHA 2011 proporciona un marco estandarizado internacionalmente, que posee suficiente flexibilidad para adaptarse a las necesidades de información de las políticas de cada país.

Según el SHA 2011, los datos de las cuentas de salud, independientemente o en conjunción con otra información, se pueden usar para:

- caracterizar los sistemas de salud y monitorear el desempeño;
- informar a los responsables de la formulación de políticas y otras partes interesadas sobre la sostenibilidad financiera y los determinantes del gasto;
- evaluar si los recursos pueden usarse de manera más eficiente o reasignarse para alinearlos mejor con las prioridades a largo plazo;
- formular reformas e iniciativas clave y monitorear su progreso hacia los objetivos de salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible;
- ayudar a los países a comparar sus indicadores en el tiempo e internacionalmente.

Entre los grandes desafíos persistentes, se señaló la complejidad de la metodología SHA 2011, la dependencia respecto a la asistencia técnica extranjera, la estimación costosa y lenta cuando no existe continuidad y la dificultad de facilitar la producción cuando no existen los metadatos adecuados sobre elementos básicos, como el registro de decisiones y los supuestos contables.

Se ha propuesto que la situación ideal radica tanto en disponer de sistemas adecuados de información, como en asegurar que las estructuras de gobierno utilizan los datos de cuentas de salud para sustentar sus decisiones (8).

CAPÍTULO 3



AVANCES EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE CUENTAS DE SALUD SHA 2011 EN LA REGIÓN

Hasta la fecha, sin embargo, no se ha realizado un recuento sistemático de los problemas enfrentados específicamente por los contadores de salud de los países de la Región de las Américas. Este informe busca subsanar esa brecha.

Tres puntos dan actualidad a la reflexión sobre las necesidades y potencialidades de las cuentas institucionalizadas:

1. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene apoyando la institucionalización de las cuentas en América Latina y el Caribe. Con el fin de garantizar el avance hacia la salud universal, los Estados Miembros de la OPS solicitaron a la Secretaría priorizar las actividades de cooperación técnica que les ayudaran a medir su progreso. En este marco, las cuentas de salud constituyen un elemento importante para darle el seguimiento necesario a las políticas públicas. Para facilitar la comprensión del marco del SHA 2011, se han desarrollado varias estrategias, entre las que destacan: el apoyo permanente de cooperación técnica a instancia de los equipos del país; talleres de capacitación técnica y discusión metodológica a nivel nacional; talleres regionales y subregionales de discusión y actualización metodológica; talleres regionales de validación de datos de gasto con la metodología SHA 2011³; y el primer curso de cuentas de salud en línea, a través del Campus Virtual de Salud Pública, piloteado en 2018 (9). Los materiales correspondientes se han traducido para contar con versiones bilingües en inglés y español. Se espera avanzar una segunda edición del curso en la que se amplíen la práctica y los ejercicios, incluyendo el uso básico de la herramienta de producción de cuentas de salud (HAPT, por su sigla en inglés) en su versión revisada. Estas actividades contribuirían a alcanzar la profesionalización de la generación de las cuentas de salud.
2. Muchos países realizan o han realizado cuentas de salud en cualquiera de sus modalidades (el SHA 2011 u otro marco); sin embargo, al no tenerlas institucionalizadas, los beneficios han sido parciales y su calidad ha sido menor de lo que sería posible con la información disponible en el país. Asimismo, todavía hay trabajo por hacer a fin de adoptar mejoras en la calidad y el uso de los sistemas de información que nutren las cuentas. Un primer paso es generar las cuentas completas. Para ello, el mínimo de clasificaciones de SHA 2011 incluye ingresos, esquemas, provisión y funciones con gasto corriente, más formación bruta de capital. Asimismo, se espera que cubran a la totalidad de los actores existentes en el país. Por otra parte, ante la relevancia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es imprescindible contar también con una estimación adecuada del gasto en atención primaria, así como la distribución de gasto por enfermedad.
3. En la Región, aún está pendiente capitalizar e integrar la experiencia dispersa en cuentas de salud. La Región no solo puede beneficiarse de las discusiones técnicas para reflexionar y asimilar su historia en cuentas de salud, sino que también puede compartir los elementos esenciales de su experiencia con otras regiones.

3 A los cursos han asistido representantes de los siguientes países y territorios: Argentina, Aruba, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Curazao, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Martín, Suriname y Uruguay. Otros países, como Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, han participado también en reuniones regionales de discusión del SHA 2011.

CAPÍTULO 4



RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE INSTITUCIONALIZACIÓN CON RESPONSABLES DE CUENTAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

4.1 Los componentes básicos de la institucionalización

Los contadores de salud de la Región debatieron los tres componentes estratégicos señalados por la OMS y descritos anteriormente: la recopilación de datos; la producción de las cuentas; y el uso de los resultados en la toma de decisiones, en los varios niveles de rectoría y operación del sistema de salud. A continuación, se describen brevemente sus respuestas.

4.2 Institucionalización de la recopilación de los datos

4.2.1 Apoyo del sistema de información

Los sistemas de información en los países de América Latina y el Caribe no están plenamente integrados, y los datos se procesan y utilizan de forma parcial. Con frecuencia, existen sistemas de información paralelos que se superponen en contenido, sin llegar a ser complementarios. En algunos casos, aún se hace trabajo manual y en papel, que exige mayor tiempo y esfuerzo (8). Las estimaciones de gasto requieren de información amplia, con un detalle que difícilmente existe en los países; este reto se ha resuelto progresivamente al complementar la información de diferentes fuentes.

Habitualmente, las cuentas se basan en las estadísticas de las instituciones del sistema: ministerio de salud, seguridad social, ministerio de hacienda, ministerio de defensa, banco central, oficina nacional de estadística, superintendencia de salud, etc. De hecho, se combinan las fuentes de información, incluida la contabilidad nacional (sistema de cuentas nacionales). Dicha información luego se ajusta a las necesidades particulares del SHA 2011 y este proceso determina la cobertura de los resultados, por tipo de clasificación (cuadro 1).

Cuadro 1. Disponibilidad de información reportada por los países encuestados, 2019

Tipo de contenido	Existencia en los 14 países encuestados
Monto total de gasto en salud y origen de los recursos	Existe en 12 países No respondieron 2 países
Gasto por proveedores de salud	Existe en 12 países No respondieron 2 países
Gasto según insumos	Existe en 12 países, con datos del sector público Existe en 2 países con datos del sector privado No respondieron 2 países
Servicios de salud (funciones)	Existe en 11 países No existe en 1 país No respondieron 2 países
Gasto por enfermedad	Existe en 11 países No existe en 1 país No respondieron 2 países
Gasto en bienes de capital	Existe en 8 países con datos del sector público Existe en 3 países con datos del sector privado No existe en 1 país No respondieron 2 países

Solo en el caso de México existe un sistema de información específico con cobertura nacional, que se basa en el sistema de información de gasto y presupuesto existente, adaptado por la Secretaría de Hacienda a las necesidades del SHA 2011 (10). En otros países la estructura presupuestaria no se adapta a las cuentas de salud, sino que debe ajustarse para cubrir el detalle básico de las cuentas.

El sistema presupuestal y financiero de los países incluye datos sobre los gastos y las fuentes utilizadas y quién los proporciona. Esto significa que en la mayoría de los casos es factible establecer el monto del gasto en salud y la distribución de la carga financiera por fuente de financiamiento (clasificación de ingresos SHA 2011). Los datos existentes se consideran suficientes para brindar información sobre la cobertura de salud por grupos de población e ingresos (reflejados en los esquemas de financiamiento SHA 2011 y otras clasificaciones según características de los beneficiarios). También es factible identificar las agencias responsables de la asignación y compra de los bienes y servicios (agentes de financiamiento).

Los montos de gasto medidos también cubren, en la mayoría de los casos, la compra de servicios según las unidades que los prestan (proveedores de servicios) así como, al menos en parte, los servicios prestados (Funciones de salud SHA 2011). Dado que los presupuestos incluyen datos sobre el tipo de insumo utilizado para producir servicios de salud (factores de provisión), en la mayoría de los países es factible documentar el gasto en recursos humanos y medicamentos. Esta información generalmente se limita a las agencias públicas, ya que la información del sector privado solo está disponible de manera excepcional.

La información financiera incluye el gasto por concepto de ciertos servicios (gasto por función). Sin embargo, documentar en detalle la totalidad de servicios (por ejemplo, por tipo de atención preventiva) puede requerir un esfuerzo adicional que no siempre se realiza. Las cuentas de salud disponen de estrategias estadísticas para asignar con mayor detalle los agregados de gasto según función, apoyándose en la información no financiera.

Hay un interés generalizado por estimar las distribuciones de gasto por enfermedad. En la mayor parte de los países que disponen de esta información, se aplican claves de asignación.

La inversión en bienes de capital es crítica para ampliar la cobertura de la atención con calidad. La información disponible de gasto de capital, sin embargo, corresponde principalmente al sector público.

Como en otros ejercicios estadísticos, la calidad de los resultados depende de la información con que se calculan; es lo que se conoce como *garbage in, garbage out* (si se introduce basura, sale basura). El sistema de información puede mejorarse. Una propuesta mínima desde las cuentas de salud sería establecer los datos necesarios y propiciar el alineamiento progresivo del sistema de notificación.

4.2.2 Automatizar la recopilación de datos

El acceso a la información es una condición previa para la estimación. La idea es poder identificar la información necesaria y la existente. Se propone sensibilizar y formalizar acuerdos con los proveedores de datos para que los proporcionen en forma sistemática y automatizada. Así, el contacto oficial entre las agencias que generan las cuentas y las que producen la información

garantizaría la provisión de la información en el tiempo y el formato requeridos. El ahorro en tiempo y esfuerzo del grupo de contadores les permitiría concentrarse en componentes de mayor complejidad, que incrementan el valor agregado de las cuentas.

Algunos países manifestaron haber obtenido un pequeño financiamiento para contratar la programación de la salida de los datos de ejecución presupuestal exactamente como pueden cargarse en la herramienta de producción HAPT (11). Se trata de una inversión mínima para facilitar y agilizar el trabajo y reducir el riesgo de errores

4.2.3 Potenciar la responsabilidad de producir información

Se señaló que uno de los factores habilitantes es la presencia de un comité interinstitucional de cuentas de salud. Las instituciones participantes son importantes y dependen de la composición del sistema de salud del país, incluyendo representantes de las entidades públicas y privadas. En general, los comités se componen de alrededor de 10 miembros: a las instituciones públicas las representan principalmente el ministerio de salud y la seguridad social. Cuando existen sistemas de salud paralelos, como es el caso del ministerio de defensa, se los invita a participar. Las entidades privadas suelen estar representadas por los organismos regulatorios públicos, como las superintendencias de seguros, las oficinas de estadística y el banco central, asociados a la contabilidad nacional y sus registros.

La responsabilidad de generar la información implica la participación activa de los integrantes del sistema de salud y sus usuarios. El mayor reto ha sido la provisión de información del sector privado.

Por ejemplo, en Costa Rica, se realizó un cambio en la Ley del Sistema de Estadística, que ahora contempla sanciones económicas para quienes no ofrezcan la información solicitada (12). Es decir, el suministro de información constituye una obligación, cuyo incumplimiento se asocia a una penalización económica.

Además de generar los datos, se espera que se documenten los pasos seguidos para producir las cuentas y asegurar la apropiada interpretación y el uso de los resultados. Los metadatos contribuyen a la calidad y a la institucionalización.

4.3 Institucionalización de la producción de las cuentas

4.3.1 Atribuir formalmente un lugar o institución a cargo

Se espera que las cuentas se generen anualmente y que ello profesionalice la actividad, acumulando la experiencia de los participantes en todos sus aspectos. Es más fácil lograr la continuidad de las estimaciones bajo un estándar cuando se nombra a una institución que recibe el mandato y dispone de una ubicación identificable y permanente. Recurrir a consultores esporádicos no resulta adecuado si no es posible acumular la experiencia y crear capacidades en el área responsable (cuadro 2).

A nivel institucional, puede decirse, a grandes rasgos, que las cuentas de salud están presentes en casi todos los países. En general, hay una unidad específica para la elaboración de las cuentas de salud, vinculada con las áreas de planificación. Las unidades de economía de la salud, cuando están activas, también participan, pero no es lo más frecuente. En algunos casos se recibe apoyo interinstitucional, a través de un grupo o comité nacional de cuentas de salud y existen procesos regulatorios para fortalecer esta ayuda, pues en la mayor parte de los casos no es operacional. En los cuatro países donde funcionan, se han promulgado decretos que lo sustentan.

Con frecuencia existe un grupo de contadores estable y capacitado para producir las cuentas de salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta no es su función única. Por otra parte, se suele trabajar sin disponer de un presupuesto específico. Este es un punto crítico para realizar estudios complementarios. Puede decirse que la ausencia de presupuesto se cubriría con el respaldo del sector universitario, la investigación y el sistema de información nacional, para proveer los datos necesarios, pero la cobertura, la calidad y el acceso no están garantizados en la actualidad. La cooperación y coordinación no están institucionalizadas.

Cuadro 2. Producción de las cuentas de salud, encuesta a los países de América Latina y el Caribe, 2019

Producción de cuentas de salud	Situación entre los 14 países encuestados
Unidad de cuentas de salud	12 países tienen una unidad específica de cuentas de salud
Grupo de contadores específico	10 países tienen un equipo estable
Controles de calidad	5 países utilizan análisis de tendencia
	4 países analizan la cobertura alcanzada
	4 países usan datos de contabilidad nacional como referencia para el control de calidad
	5 países no incluyen metadatos completos en los informes
	10 países interactúan regularmente con el instituto nacional de estadística

4.3.2 Garantizar estándares

Generar datos con la calidad y el contenido necesarios es otra condición previa para la institucionalización. Facilitar el acceso a la información adecuada y completa, así como estandarizar los informes con datos útiles para generar cuentas, implica un avance en los sistemas de información en su conjunto. Los datos ingresados deben corresponderse con el contenido esperado, según la necesidad del marco, considerando la clasificación y las categorías correspondientes. La idea es reflejar la situación de gasto en salud del país. En este sentido, se amerita asegurar la integración del gasto privado. Para evaluar la efectividad y equidad del gasto público, es preciso recopilar datos del sector privado, incluidos los hogares.

También hay que asegurar la calidad de los datos generados. No es común que los países realicen controles de calidad mediante análisis de tendencia en los datos obtenidos; tampoco se suele analizar la cobertura alcanzada en las estimaciones ni se utilizan datos de contabilidad nacional como referencia para el control de calidad. Asimismo, se requiere asegurar la inclusión de metadatos completos en los informes. Es preciso compartir experiencias con agencias especializadas, como son los institutos nacionales de estadística, en materia de controles de calidad y presentación de datos.

4.3.3 Institucionalización del uso de los datos

El esfuerzo de generar las cuentas se asocia a la necesidad de tomar decisiones informadas para lograr resultados efectivos y eficientes que tengan mayor impacto. Los usos potenciales son diversos y parece que los países pueden ampliar los beneficios que obtienen de las cuentas. Esta sería, en gran medida, una experiencia compartida, si se documentara sistemáticamente toda la producción, las condiciones y los resultados obtenidos. Se ha incentivado a los países a generar evidencia y ampliar la publicación de resultados en diferentes formatos que resulten atractivos y logren alcanzar a los usuarios potenciales, por ejemplo, con resúmenes de política (*policy briefs*), informes monográficos, notas de prensa, etcétera.

4.3.4 Provocar interés por los resultados

Una condición previa es la capacidad de comunicar los resultados y los contenidos de las cuentas. Se debe considerar la posibilidad de atender diferentes audiencias, cada una de las cuales puede tener intereses particulares. Debe darse prioridad a la comunicación selectiva, pero de forma coherente con los contenidos: tomadores de decisiones, universidades y centros de investigación, organizaciones de la sociedad civil, prensa, pacientes, público en general, etcétera.

Costa Rica, por ejemplo, se planteó la posibilidad de facilitar este proceso colaborando con profesionales del área de comunicación para la presentación y divulgación de resultados.

Con frecuencia la información está disponible para su uso libre (cuadro 3). Es importante asegurar la divulgación de los datos, sea a través de breviaros de política o comunicados de prensa. En ocasiones se diseminan solamente a nivel interno, aunque en algunos países se publican en los portales de la institución. Estrictamente, los países no realizan una divulgación, dado que en general la comunicación es más bien técnica. Incluso es parcial hacia los niveles subnacionales. Esta comunicación solo se realiza en cerca de 50% de los países que respondieron la encuesta. La comunicación con los usuarios de la información es aún menor, así como la discusión de resultados con la comunidad científica.

Cuadro 3. Diseminación y uso de la información

Diseminación de los resultados	Práctica entre los países encuestados
Diseminación (por ejemplo, breviaros de política)	6 países comunican sus datos
Elaboración especial para usuarios	4 países interactúan con los usuarios de datos
Discusión con la comunidad científica	2 países discuten con la comunidad científica

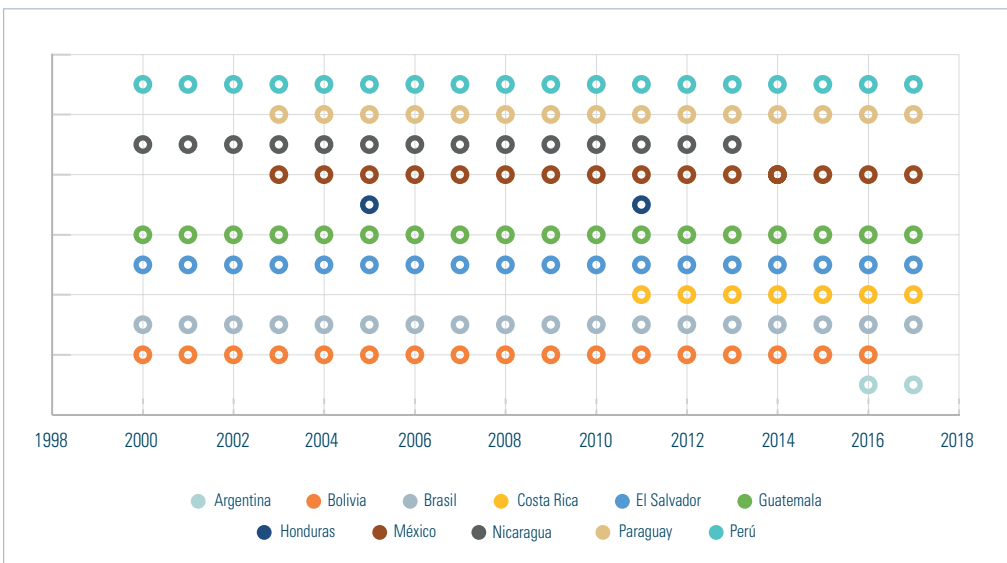
4.3.5 Crear demanda al relacionar oportunamente resultados y toma de decisiones políticas

Facilitar la interpretación y la aplicación de los resultados, realizando comunicaciones temáticas específicas, puede generar mayor demanda de los resultados de las cuentas. De ahí que se plantee la posibilidad de realizar brevarios de política a partir de los informes y según el contexto de cada país.

Los datos de cuentas de salud publicados en GHED cubren desde el año 2000 hasta la actualidad, con un retraso de dos años. En total, considerando entre el 2000 y el 2019, entre los países de América Latina, existen acumulados un total de 144 años reportados de cuentas de salud (figura 1). Sin embargo, solo cuatro países afirman utilizar los resultados de las cuentas de salud para evaluar y diseñar políticas relacionadas con la salud; por otro lado, solo en seis casos se discuten y se analizan los resultados en la comunidad científica.

Los datos que se notificaron como más utilizados de SHA son el gasto total en salud; el gasto de bolsillo (total y según función); el gasto en relación con el producto interno bruto (PIB) y con el gasto público total; y los valores per cápita de los indicadores. La información adicional a las cuentas, como el empleo en salud y otros indicadores como la importancia del sector en la economía como proporción del PIB o como proporción del consumo y del valor agregados, son también considerados de utilidad.

Figura 1. Cuentas de salud en 2000-2017 de países de la Región que respondieron la encuesta, 2019



Fuente: Elaborada a partir de los datos comunicados por los países.

4.4 Avances y necesidades en la institucionalización

4.4.1 Aspectos fundamentales del apoyo a la institucionalización

Se reconocen como factores necesarios para generar y usar las cuentas: la voluntad política, el conocimiento técnico de las autoridades y la empatía y colaboración entre los miembros del comité técnico, es decir, entre las organizaciones del sistema de salud. En varios países, esto se consigue con iniciativas más formales, por ejemplo, mediante un decreto presidencial que oficializa la colaboración, la transparencia y las políticas de datos abiertos. En el caso de Brasil, además, se favorece la distribución de las actividades entre varias organizaciones, que no solo optimizan capacidades, sino que colaboran en distintos niveles del sistema.

Contar con una línea presupuestaria específica, por otro lado, asegura la continuidad de los recursos humanos involucrados en la producción de las cuentas. Cuando se cubren las remuneraciones y los gastos de operación, es posible realizar estudios especiales que permitan mayor confiabilidad de las estimaciones, lo que facilita la evaluación del gasto en salud.

El papel de las organizaciones internacionales —y particularmente de la OPS— en la capacitación y motivación ha sido crucial para la continuidad. La oportunidad de discutir anualmente los datos e indicadores de gasto a presentar a la GHED y la discusión técnica periódica, además de los recursos adicionales, ha contribuido a mantener vivo el interés. Estas actividades reposan en gran medida en la cooperación técnica de la OPS-OMS.

Disponer de un sistema de información integral permitirá el uso complementario de todas las variables necesarias para elaborar las cuentas y los indicadores útiles de cara a las decisiones políticas. Hacen falta no solo datos financieros, sino también de las actividades en las que se consumen los recursos; además, los datos deben estar desagregados al nivel necesario para producir los indicadores esperados. También se plantea como algo ideal disponer de los medios y herramientas adecuados para realizar las proyecciones y generar información actual e incluso futura de las medidas de política pública (por ejemplo, simulaciones). Fortalecer los sistemas de salud implica contar con información oportuna.

4.4.2 Las principales barreras a la institucionalización

Entre las principales barreras cabe destacar la interrupción del mandato de generar las cuentas de salud. Esto refleja la ausencia de priorización de la información de “inteligencia” sobre el gasto en salud. El ejercicio de la rectoría y gobernanza del ministerio de salud se dificulta cuando los diferentes actores no proveen información. Por eso, se considera importante que exista una comisión interinstitucional de cuentas de salud que facilite el intercambio de información y conocimiento de manera amplia y descentralizada.

Otro factor mencionado como indispensable es, nuevamente, disponer de un sistema de información apropiado, fortalecido con tecnologías de la información. La coordinación entre dichos sistemas permitirá reducir, entre otras cosas, las modificaciones presupuestarias individuales por provincia o entidad y facilitará la estandarización de los datos por las distintas partes interesadas. La comunicación interinstitucional lleva a establecer y dar continuidad a compromisos como el intercambio de información de calidad.

La falta de acceso a la información existente, especialmente del sector privado, con frecuencia por no disponer de una encuesta actualizada de ingresos y gastos, incide negativamente en las estimaciones del gasto de bolsillo. Aplicar estrategias y metodologías innovadoras, como los estudios con muestras reducidas, contribuiría a solucionar las etapas de insuficiencia de datos. Esta y otras estrategias serían factibles con la colaboración de la oficina estadística y de la academia. Actualmente, sin embargo, la falta de mecanismos formales de comunicación con dichas instituciones representa un reto incluso para la comprensión del marco metodológico del SHA 2011 y su función en la descripción del sistema de salud desde un enfoque del gasto.

Dada la limitación de recursos, es necesario establecer estrategias de optimización, que se alcanzan con la cooperación y coordinación interinstitucional. Los resultados de la encuesta aplicada a los contadores de salud muestran, como elementos críticos, las insuficiencias de presupuesto, de capacitación metodológica y de personal, tanto en número como en permanencia. La frecuente rotación refleja la dificultad de mantener al personal en el área.

Por otra parte, los resultados no se divulgan bien, no se conocen o solo se utilizan coyunturalmente, no como herramienta de monitoreo o seguimiento permanente de los recursos. Este problema se vincula justamente con la falta de institucionalización, dado que muchas veces la producción de cuentas de salud es un evento ocasional, impulsado por donantes externos, lo cual se relaciona con la falta de apropiación. Adicionalmente, hay que tener en consideración factores locales, como la ausencia de un informe apropiado de metadatos (por ejemplo, contactos, fuentes de información y métodos de estimación utilizados). Otro factor es la falta de comunicación apropiada entre los productores y los usuarios.

4.4.3 Recursos necesarios para avanzar

Los contadores de la Región coinciden en la importancia del apoyo político desde los más altos niveles para la gobernabilidad en materia de información y datos, concretamente: apoyo político para fortalecer los avances alcanzados, aun en épocas de cambios de gobierno; y apoyo a la gobernabilidad en aspectos de datos, que permita involucrar a los sectores subnacionales (provincias, etc.) y consolidar la cooperación y colaboración interinstitucionales.

El apoyo político es la base para fortalecer el sistema de información e integrar los datos que permitan generar la información de las cuentas. Puede brindarse incluso a través de leyes que obliguen a las instituciones a suministrar información oportunamente para elaborar las cuentas de salud.

La encuesta revela que la rotación de personal y la falta de dedicación exclusiva son un obstáculo importante para la institucionalización. Dada la frecuencia de la rotación de personal, que puede ser intermitente, debería vigilarse este problema para establecer estrategias que favorezcan y faciliten la continuidad de la producción de cuentas. Para remediar la falta de dedicación exclusiva, se debe facilitar y automatizar en lo posible la elaboración de cuentas, e institucionalizar el reporte anual por las instituciones productoras de los datos.

Por lo que concierne a la organización, es esencial centralizar el trabajo, en un área donde exista el conocimiento económico y de salud, para la producción y el análisis eficiente de las cuentas. El establecimiento formal del área de economía de la salud y del comité interinstitucional refuerza los lazos de cooperación en materia de datos. También es la base para fortalecer la capacidad de análisis en el país e integrar los resultados de las cuentas en un proceso basado en evidencias para la toma de decisiones en el sistema de salud, en apoyo a los directivos nacionales, institucionales, etc.

Esto puede fomentarse con actividades concretas de interacción con los grupos institucionales, para obtener su colaboración e incrementar la apropiación de los resultados. No basta realizar talleres finales de presentación de resultados, sino que se requieren también estrategias de amplia divulgación de las cuentas de salud en apoyo a la toma de decisiones en sus varios niveles.

Todo ello debe sustentarse sobre una ubicación tangible en el organigrama de la autoridad sanitaria y en un presupuesto específico para la elaboración de cuentas y las actividades complementarias. Es imperativo que las cuentas sean costo-efectivas, pero esto solo será posible si se institucionaliza un grupo capacitado que dé continuidad, con calidad y apertura, al manejo de la información sobre financiamiento y gasto de la salud, en forma especializada. La estandarización profesional de las cifras, como parte del funcionamiento regular del sistema, permitirá comparar los resultados y avances en el tiempo y entre países.

CAPÍTULO 5



REFLEXIONES FINALES

Se reconocen tres áreas fundamentales para el desarrollo apropiado de las cuentas, que constituyen el aspecto central de la institucionalización: la gobernanza, la capacidad técnica e institucional y la disponibilidad de financiamiento necesario. Estos factores se reflejan en los resultados de la encuesta.

La encuesta también refleja que los puntos críticos, identificados por la OMS en el 2011, son relevantes para el desarrollo de las cuentas en la Región. Las cuentas requieren de información y deben estar respaldadas por un mandato evidente y por colaboraciones formales con todos los potenciales proveedores de información. Al establecer claramente qué datos se necesitan en las cuentas, deberá impulsarse un alineamiento progresivo de los sistemas de información, incluyendo estas necesidades a la par del monitoreo ya existente. Entre otras cosas, por ejemplo, será necesario que las encuestas de gasto de hogares se realicen de acuerdo con la clasificación internacional asociada actualizada. Esto es, con la clasificación del consumo individual por finalidades (CCIF) en su versión de 2018 (13), que ha sido alineada con la clasificación de SHA 2011.

Por lo que atañe al impacto, las cuentas se usan en la evaluación y la actualización de políticas, pero los resultados de esta encuesta no parecen mostrarlo. Se requiere un estudio específico que documente los usos en detalle, así como los resultados asociados en la Región. Algunos de los usos por la Academia y la comunidad científica han sido muy relevantes. Reconocer la utilidad de las cuentas ayuda a convertirlas en una prioridad institucional, evitando que dependan de una decisión individual o coyuntural.

Es indispensable que las cuentas generen los indicadores necesarios para la gobernanza del sistema de salud. El gasto y el flujo de recursos son un componente muy sensible a las políticas y deben estar al alcance (técnico y de elaboración de evidencia) de quienes tienen la responsabilidad de operacionalizar la gobernanza. La diseminación de los resultados debe complementarse con el vínculo entre los encargados de producir las cuentas y los responsables operativos de la gobernanza, fomentando la transparencia y la responsabilidad en el seguimiento de los recursos.

Finalmente, los resultados de la encuesta revelan algunos retos para la cooperación técnica de la OPS-OMS:

1. El cuestionario de la OMS para actualizar anualmente la GHED, aunque ha facilitado la institucionalización, debe ser debatido más a fondo para que los países comprendan su contenido y puedan integrarlo mejor.
2. El rezago en las cifras publicadas, normalmente con datos de dos años atrás (t-2), es percibido como una pérdida de oportunidad por los tomadores de decisiones. Esto se acentúa en los países donde se realizan cuentas de varios años simultáneamente. La OPS se ha planteado estrategias para generar resultados más oportunos. En este sentido, se está preparando ahora una metodología para realizar proyecciones, que debería contribuir positivamente.

En resumen, es posible que exista un círculo vicioso que conllevaría la intrascendencia de las cuentas, asociada a su insuficiente vinculación a la toma de decisiones y a la falta de oportunidad, continuidad, calidad y relevancia.

Para reconvertir esta situación en un círculo virtuoso, se necesita un monitoreo estructurado y activo de la institucionalización que asegure el cumplimiento de ciertas condiciones:

- a) que los resultados de las cuentas sean de buena calidad y se establezca un monitoreo específico de su evolución;
- b) que se instauren los mecanismos para generar resultados a corto plazo, de manera ágil (costo-efectiva) y oportuna;
- c) que el sistema sirva para tomar decisiones actuales, enlazando los resultados a las discusiones de la transformación hacia la salud universal.

Otro esfuerzo esencial, en paralelo, es garantizar que los encargados de los sistemas de información de las diferentes instituciones proveedoras de datos reciban indicaciones claras de la información necesaria. Conviene establecer sistemas de registro de las necesidades de información para fines de política, para que los informes incluyan indicadores y textos que faciliten su uso.

REFERENCIAS

1. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Eurostat, Organización Mundial de la Salud (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition. París: OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
2. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Cuentas de salud del pasado al presente para una aritmética política. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2021; 45: e72. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.72>.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá. Taller regional de cuentas de salud SHA2011. Validación de la estimación de gasto en la Base de Datos Mundial del Gasto en Salud (GHED). Panamá, 9-13 de septiembre del 2019.
4. Tan Torres T. Institucionalización de las cuentas de salud en SHA2011. Taller de Cuentas de Salud SHA 2011: su contribución con datos para la Comisión de información y transparencia para la salud de la mujer y los niños (COIA por sus siglas en inglés) y su institucionalización. Día 5. Hammamet (Túnez): OMS; 2013.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
6. Van Mosseveld C, Hernández Peña P, Arán D, Cherilova V, Mataria A. How to ensure quality of health accounts. *Health Policy* 2016; 120 (5): 554-551. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.03.009.
7. Rosen R, Bhuwanee K, Connor C. The Next Frontier to Support Health Resource Tracking. Rockville, Maryland: USAID; 2018. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TBT4.pdf.
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Seminario Internacional de Cuentas de Salud. Información económica para la toma de decisiones de salud. Memoria. Santiago de Chile; 2017.
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Curso en Cuentas de Salud: Metodología SHA2011. Primera edición, 2018. Campus Virtual de Salud Pública. Disponible en: <https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/cuentas-de-salud-metodologia-sha2011-1era-edicion-2018>.
10. Sosa C, Santiago O. Experiencia de las cuentas de salud en México. Taller regional de cuentas de salud. Panamá, 9-13 septiembre del 2019.
11. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. HAPT, Health Accounts Production Tool. https://www.who.int/health-accounts/tools/Technical_specificities_HAPT.pdf.
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). Ley N.º 9694. Sistema de Estadística Nacional. San José: INEC; 2019. Disponible en: <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/lyley9694e.pdf>.
13. DESA UNSTAT. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. Statistical Papers. Series M No. 99 ST/ESA/STAT/SER.M/ 99. Nueva York: Naciones Unidas; 2018. Disponible en: <http://unstats.un.org/unsd/EconStatKB/Attachment219.aspx?AttachmentType=1>.

La medición del gasto en salud y el seguimiento de recursos a través del sistema de cuentas de salud SHA 2011 representan herramientas invaluable para la toma de decisiones y la adopción de políticas de salud. Conocer cuánto se gasta y cómo se gasta permite, por ejemplo, verificar si el gasto se vincula con las prioridades de política de un país; si los recursos del sistema se traducen en mayores y mejores prestaciones de salud; y si los recursos son asignados de acuerdo con las necesidades de salud específicas y alcanzan, por tanto, el máximo potencial de beneficios para la población. Esta información estratégica facilita el monitoreo del avance hacia los objetivos de acceso y cobertura universal del sistema desde el financiamiento, con eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Esta publicación describe los datos de una encuesta realizada a contadores de salud de la Región de las Américas con el objetivo de analizar los elementos clave para mejorar las estrategias de institucionalización de las cuentas de salud en los países. Así, se constató que la frecuencia en la rotación de personal y la insuficiencia de recursos representan obstáculos para la plena institucionalización. También se describen los antecedentes del establecimiento y la ampliación de las cuentas en América Latina y las prácticas de divulgación de los resultados más frecuentes. Concluye con reflexiones finales y recomendaciones.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org