



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y
FONDO NACIONAL DE SALUD, CHILE**

RELATORÍA

TALLER INTERNACIONAL

CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y GÉNERO

Santiago de Chile, 18 y 19 de octubre de 2001

Auspician: CEPAL, PNUD, FUNDACIÓN FORD
Patrocina: UNIFEM. Oficina Regional para México, Centro América,
Cuba y República Dominicana

INDICE

ANTECEDENTES, OBJETIVOS, AGENDA.....	3
INAUGURACIÓN.....	6
PRIMER BLOQUE. POLÍTICAS PÚBLICAS: GÉNERO Y SALUD Y PANORAMA DE LAS CUENTAS DE SALUD.....	9
SEGUNDO BLOQUE. VISIBILIZACIÓN, CONTABILIZACIÓN Y VALORACIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO: CUENTAS SATÉLITE DE HOGARES Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO Y EL GÉNERO	25
TERCER BLOQUE. EXPERIENCIAS DE CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y CONSIDERACIÓN DE ASPECTOS DE GÉNERO.....	41
AGENDA PARA LA INTEGRACIÓN DEL GÉNERO EN LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD.....	59
LISTA DE PARTICIPANTES.....	70
LISTA DE PONENCIAS	72

ANTECEDENTES, OBJETIVOS, AGENDA

A partir de la necesidad de conocer en forma integral la producción global de salud, el Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud de OPS/OMS promueve la inclusión de perspectiva de género en la construcción y análisis de las cuentas de salud. Ante la ausencia de un instrumento metodológico acabado para dar cuenta de los principales aspectos de género en salud, incluyendo la contabilización de la producción de salud llevada a cabo en los hogares, se concibió esta primera reunión de expertos en las distintas especialidades necesarias para la construcción de una cuenta de salud con perspectiva de género, en conjunto con el Fondo Nacional de Salud de Chile que está desarrollando un primer cálculo de gastos y financiamiento de la salud en Chile.

Los días 18 y 19 de octubre se llevó a cabo en Santiago de Chile el Taller Internacional sobre Cuentas de Salud y Género organizado por la Representación en Chile y la División de Salud y Desarrollo Humano de OPS/OMS y por FONASA, Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Chile. Fue auspiciado por la Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Chile, PNUD y la Fundación Ford. Patrocinó la Oficina Regional para México, Centroamérica, Cuba y República Dominicana de UNIFEM.

Fueron invitadas personas con experiencia en Cuentas Nacionales, Cuentas Nacionales de Salud, Cuenta Satélite de Hogares, Salud y Género, Información y Estadísticas del Sector Salud y de Género, Macroeconomía y Género y el Taller se estructuró con los siguientes objetivos:

- a) Dar a conocer experiencias existentes en la construcción de cuentas nacionales de salud y enfrentar estas experiencias con la necesidad de visibilizar y contabilizar el trabajo de producción doméstica de salud, realizado principalmente por mujeres en forma no remunerada.
- b) Delimitar y discutir los principales problemas metodológicos para concebir una cuenta del sector salud con consideración de la producción de salud en los hogares e incluir la problemática de género en el sector.
- c) Proponer agenda sobre avances en metodología para construir cuentas nacionales de salud con consideración del género.

El Taller se concibió con pocas exposiciones de manera que hubiera tiempo suficiente para la discusión y se estructuró en tres bloques temáticos. En el primero se pretendía dar elementos sobre la necesidad de que las políticas públicas contemplen el trabajo doméstico en general, el trabajo de los hogares en apoyo a la salud de la población en particular, contrastando estas necesidades con las posibilidades del instrumental del Sistema de Cuentas Nacionales. En el segundo bloque se desarrollaba la experiencia de medición del trabajo doméstico de los hogares bajo distintas perspectivas, como antecedentes para elaborar cuentas de salud incorporando este trabajo en lo relativo al sector salud. En el tercer bloque se examinaban experiencias metodológicas concretas sobre cuentas de salud y la incorporación de perspectiva de género en ellas. Finalmente, se presentaron algunas conclusiones, surgidas de la interacción en el Taller, sobre la relevancia del tema y su posible continuación, con base en los elementos entregados por los participantes. La agenda fue la siguiente:

Taller
Cuentas Nacionales de Salud y Género

18 y 19 de Octubre de 2001 en Santiago de Chile, Salón de Conferencias 2, CEPAL

Jueves 18 de octubre

9.00 Inauguración

Sr. Daniel Blanchard, Secretario de la Comisión a.i. CEPAL
Dra. Ana Cristina Nogueira, Representante de OPS/OMS en Chile
Dr. Alvaro Erazo, Director del Fondo Nacional de Salud de Chile

Políticas públicas: Género y Salud y Panorama de las Cuentas de Salud

- *Equidad, género y salud*
Elsa Gómez, Consultora Regional Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington
- *El concepto de cuenta satélite y la generación de normas y orientaciones por los organismos internacionales.*
Marcelo Ortúzar Ruiz, Jefe de Sección Cuentas Nacionales de la División de Estadísticas y Proyecciones Económicas de CEPAL.
- *Cuentas de Salud y Cuentas Nacionales de Salud: Experiencias Internacionales.* Rubén Suárez-Berenguela, Asesor Regional en Economía y Financiamiento de la Salud, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington
- DISCUSION

14.30 Visibilización, contabilización y valoración del trabajo doméstico: Cuentas satélite de hogares y recolección de información sobre el trabajo y el género.

- *Aspectos conceptuales de una cuenta satélite de hogares con consideración de género.*
Lourdes Urdaneta de Ferrán. Economista, Venezuela.
- *Cuenta satélite de los hogares. Valoración del trabajo doméstico no pagado. El caso de México.*
María Eugenia Luna, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI) México.
- DISCUSION
- *Hacia una nueva metodología para el estudio del tiempo y del trabajo.*
Cristina Carrasco. Departamento de Teoría Económica, Universidad de Barcelona.
- DISCUSION

Viernes 19 de octubre

9.00 Experiencias de cuentas nacionales de salud y consideración de aspectos de género

- *Las Cuentas Nacionales de Salud y la problemática de género en la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud.*
Patricia Hernández. OMS, Ginebra
- *Experiencia de Panamá en la recolección de datos para la construcción de una Cuenta de Salud con perspectiva de género.*
Markela Castro. Panamá.
- *Fondo Nacional de Salud. Chile: Fuentes de Financiamiento y destino de los recursos de Salud.*
Alfredo Román Marchant. Jefe del Departamento de Finanzas y RRPP, FONASA, Chile.
- DISCUSION

14.30 Agenda para la integración del género en las Cuentas Nacionales de Salud.

- *Propuestas de síntesis del taller sobre los principales aspectos conceptuales a resolver para integrar el género en las Cuentas Nacionales de Salud e identificación de puntos clave de una agenda y proyección futura*

A cargo de organizadores/as del Taller
- DISCUSION Y CIERRE

INAUGURACIÓN

Presidieron la inauguración el Secretario Adjunto Interino de la CEPAL señor Daniel Blanchard, la Representante de OPS/OMS en Chile Dra. Ana Cristina Nogueira, el Director del Fondo Nacional de Salud de Chile Dr. Alvaro Erazo, el señor Thierry Lemaresquier, Representante Residente del PNUD en Chile y la Jefa de la Unidad Mujer y Desarrollo de CEPAL señora Sonia Montaña.

Hizo uso de la palabra don **Daniel Blanchard**, quien dio la bienvenida a la mesa y a los/as participantes. Manifestó que la iniciativa coincidía con las preocupaciones y prioridades de la CEPAL que promueve el desarrollo con equidad y con derechos ciudadanos, y en las políticas públicas la equidad junto a la eficiencia. En segundo lugar expresó que la CEPAL asigna gran importancia a las reformas gubernamentales impulsando coberturas máximas y mejoramiento de la calidad de los servicios, especialmente en salud, y en tercer lugar subrayó el compromiso de la CEPAL con la equidad de género como componente transversal de los procesos de reforma en la región. Agregó que las reformas deben enfrentarse con un abordaje intersectorial y multidisciplinario.

En la salud, las mujeres aparecen sobre-representadas como usuarias y como recursos humanos. Tomando como referencia trabajos y discusiones presentadas en un seminario reciente en CEPAL, destacó que los cambios en las políticas públicas de salud, en el marco del ajuste estructural, tienen impacto diferenciado en mujeres y en hombres y que es necesario lograr una mayor visibilidad de las mujeres en la salud para entender las inequidades del sector.

A continuación sostuvo que el reconocimiento de las actividades desempeñadas por las mujeres comenzó hace décadas, con el reconocimiento del trabajo doméstico y hoy se sitúa en la esfera de preocupaciones económicas mediante el desarrollo de metodologías para calcular el valor económico de este aporte, con las dificultades que se examinarán en este taller. Agregó que en el área de la salud ha habido en nuestros países un ahorro de gasto público privatizando servicios e ignorando que hay un desplazamiento de costos de atención desde la esfera del trabajo remunerado en clínicas y hospitales hacia la esfera del trabajo reproductivo no remunerado desempeñado por las mujeres. En el caso de los sectores más pobres este trabajo es una fuente de capital social que, gracias a la asociatividad de las mujeres permite afrontar esta reestructuración del gasto público y que puede ayudarnos a visualizar nuevas formas de organización de los servicios que conjuguen la eficiencia con el reconocimiento económico, social y político de las mujeres. Para ello, no sólo hace falta más seminarios como éste sino también llevar estos temas a la esfera de discusión y decisiones políticas, de modo que el reconocimiento del trabajo no remunerado de las mujeres y su visibilidad sea un aporte para mejorar los servicios de salud.

Finalmente agradeció a la OPS por la convocatoria a trabajar en esta iniciativa y felicitó a los participantes que trabajan a favor de la equidad de género.

A continuación la Dra. **Ana Cristina Nogueira** saludó al público precisando que esta reunión de trabajo entre personas con experiencia, tanto en la región como a nivel mundial, tenía por objetivo intercambiar experiencias y desarrollar metodologías que contabilizaran y explicitaran la problemática de las mujeres en las cuentas nacionales, considerando el trabajo en los hogares para dar una visión completa en búsqueda de la equidad en salud y de género.

Manifestó que para la OPS esta iniciativa tiene también su base en el trabajo de coordinación que ha habido inter agencias en el cual se ha transversalizado la perspectiva de género y el tema de la equidad en la cooperación hacia los países, fortaleciéndola desde sus distintas experiencias y fortalezas específicas institucionales y contribuyendo a un desarrollo humano sostenible, a la equidad, a la erradicación de la pobreza, a la lucha por los derechos humanos de toda la ciudadanía. En Chile, la OPS ha encontrado

acogida a la iniciativa de construir cuentas de salud en FONASA, que hace más de un año se ha comprometido ha empezado a contabilizar dentro del mismo proceso de reforma de salud hacerlo. Es una oportunidad el tener cuentas de salud como base para la discusión del proceso de reforma de salud que permitan las decisiones y también el incorporar el tema de género para tener mayor conocimiento de las desigualdades.

Agregó que el desarrollo del seminario sería útil tanto para escuchar el intercambio de experiencias como para incorporar en el futuro esta discusión a todos los países que construyen cuentas en términos de compromisos políticos y contando con herramientas para la decisión política.

Deseó a todos los que vinieron que la reunión fuera frutífera. La considera una experiencia inicial, punto de partida para que en nuestra región los países busquen cada vez más la identificación de la perspectiva de género en las cuentas y también pueda ser transparentada hacia la ciudadanía a través de los presupuestos, dando a conocer la real responsabilidad que tienen las mujeres y los hombres. Afirma la necesidad de que en la producción de salud sea incorporado el costo de los hogares al realizar promoción y cuidado de la salud, sabiendo el rol que juegan las mujeres al respecto.

Anunció que en esta reunión se trabajará en tres etapas y enumeró sus contenidos. Se tratarán tanto las inequidades de género y salud como el estado actual de las diferencias instrumentales y operativas que existen a nivel internacional para contestar a esas inequidades, y se discutirá cómo se puede incorporar en las acciones a futuro la perspectiva de género en países donde se están desarrollando las cuentas de salud. No hay recetas, pero la suma de conocimientos en esta reunión puede enriquecer el tema para que cada país avance en la mejor metodología según sus circunstancias, de modo que las cuentas sean un instrumento potente para la decisión política.

Agradeció ampliamente a las instituciones que apoyaron, a los países que participan, a los colegas y a los participantes y espera que se den caminos para seguir adelante en una agenda común, con clarificación del género dentro de las cuentas de salud.

Luego intervino el Dr. **Alvaro Erazo** saludando a la mesa y a los participantes. Expresó su satisfacción por participar de esta convocatoria tanto porque Chile se encuentra en un proceso de reforma de la salud como porque el FONASA, en convenio con el Banco Central de Chile, lleva alrededor de un año trabajando en la elaboración de cuentas de salud que den cuenta de las transformaciones en las fuentes y usos del financiamiento de la salud en Chile. Advirtió sobre la utilidad del taller en términos de que las cuentas satelitales podrían incurrir en errores metodológicos al no contar con un marco conceptual general idóneo y transparente. En particular se refirió a que las transformaciones productivas ocurridas en América Latina y El Caribe en el sector salud impactan las concepciones de gastos y fuentes de financiamiento. Por lo tanto, desarrollar a futuro una cuenta satelital del sector es una acción que ocupa un lugar privilegiado en su trabajo conjunto con el Banco Central, con el cual anunció la próxima firma de un convenio para el desarrollo de la cuenta.

A continuación dijo que construir esta herramienta es importante también por la exigencia ciudadana de transparencia. La experiencia de Chile ha demostrado que hay partidas presupuestarias consideradas como gasto público que son simplemente gastos de bolsillo, lo que da cuenta no de un error metodológico sino de decisiones políticas que fueron adoptadas en algún momento suplantando el gasto público por gasto de las personas. Estas situaciones deben ser encaradas y superadas por una política de equidad en nuestros países, que no sólo son expresiones contables sino que enmascaran situaciones reales del financiamiento de la salud.

Se refirió a y enumeró las implicaciones tecnológicas de esta tarea: en las plataformas informáticas, en la recopilación de datos, en el esfuerzo de una red involucrada en ella con el objetivo de pesar en la toma de decisiones contribuyendo a la transparencia del sistema.

Finalmente destacó que este esfuerzo debería tener un impacto en la toma de decisiones políticas, financieras y presupuestarias de los gobiernos, en una agenda de trabajo diferente, en un diálogo distinto para focalizar y distribuir bien los recursos en salud. Para ello, las alianzas estratégicas con los Bancos Centrales y con las Direcciones de Presupuesto de los países permitirá sustentar de mejor manera la toma de decisiones. Este instrumento deberá permitir año a año la toma de decisiones reflexionadas y develar las inequidades existentes y con este conocimiento se podrá actuar informadamente en las reformas de nuestros países.

PRIMER BLOQUE. POLÍTICAS PÚBLICAS: GÉNERO Y SALUD Y PANORAMA DE LAS CUENTAS DE SALUD

El Taller se inserta en una preocupación general por la discriminación de las mujeres y sobre todo por la invisibilidad de su contribución al desempeño de la economía y al bienestar de la población. Este primer bloque se estructuró presentando argumentos sobre la necesidad de considerar la actividad económica doméstica no remunerada en el panorama global de la economía y luego, más específicamente en el de la salud. Luego se expone una visión del estado general de las herramientas de cuentas nacionales disponibles para dar cuenta de dichos fenómenos.

Para desarrollar el primer tema estaba invitada Antonella Picchio quien no pudo concurrir y envió su ponencia que fue entregada como material del taller.¹ La primera expositora fue Elsa Gómez que dio los lineamientos generales de la política de género y salud de la OPS/OMS.

Equidad, género y salud

Elsa Gómez, Consultora Regional Mujer, Salud y Desarrollo,
División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington

Como contexto general, las desigualdades de género se articulan y potencian con otras desigualdades de poder por lo que, para analizar la salud desde una perspectiva de justicia social no es coherente abordar las inequidades entre grupos sociales, económicos ó étnicos, sin examinar las inequidades entre hombres y mujeres al interior de esos grupos. La OPS promueve que no se deje fuera la dimensión de género reconociendo que ella da un mejor conocimiento para lograr intervenciones más efectivas.

En primer lugar se hace referencia a los elementos conceptuales que orientan la cooperación técnica de la OPS en esta área. La búsqueda de equidad es el mandato rector de la OPS/OMS y la cooperación se orienta hacia la reducción de las inequidades en la salud y el desarrollo humano. La incorporación de la perspectiva de género en las políticas y en las estrategias de salud es un valor fundamental de la política de “salud para todos”.

El concepto de equidad es diferente al de igualdad. Son inequidades sólo aquellas desigualdades innecesarias, evitables e injustas. La equidad en salud es la eliminación de las disparidades evitables entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Es un concepto ético basado en los principios de justicia social y derechos humanos.

La atención en la salud es uno de los muchos determinantes de ésta y se releva particularmente porque el sector salud tiene un control más directo sobre este determinante. Se define como requisito de la atención equitativa en salud que los recursos se asignen y los servicios se reciban según la necesidad y el pago por los servicios se haga de acuerdo con la capacidad, aplicando el principio de “a cada cual según su necesidad y de cada cual según su capacidad”. Operacionalmente se expresa la equidad de salud cuando todos los grupos sociales pueden alcanzar el nivel de salud del que gozan los grupos con más recursos en una sociedad determinada.

En cuanto a género, no se está hablando de sexo como diferencia biológica sino de género como significado social que la cultura le da a esa diferencia biológica cambiante, susceptible de mutación a través de intervenciones. Hablar de género no equivale a hablar de mujeres, sino que interesa ver la

¹ Se encuentra disponible en la página de OPS/OMS: www.paho.org/gensalud

construcción de las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres y cómo ellas impactan a la sociedad en las vidas de las mujeres y los hombres y en su conjunto.

El género, desde hace no más de 30 años, se reconoce como uno de los ejes básicos, junto con clase y con raza, alrededor de los cuales se organiza la vida social. Es un estratificador porque determina cómo se divide el trabajo entre hombres y mujeres: las mujeres son con frecuencia las responsables de las actividades reproductivas en el hogar y el cuidado de las personas en forma no remunerada en tanto en las actividades productivas remuneradas participan hombres y mujeres, manifestándose allí el género en una segmentación de las actividades consideradas masculinas y femeninas. Así, el género articula dos dimensiones complementarias dentro de la economía: la esfera reproductiva donde se reproduce el mantenimiento de la fuerza de trabajo y la esfera productiva que es segmentada por los criterios de masculinidad y feminidad.

El problema de las desigualdades descritas es que sistemáticamente ponen a un grupo en desventaja respecto al otro. Las mujeres están sobre representadas en la pobreza porque al ser las encargadas del trabajo reproductivo ven limitadas sus oportunidades en la esfera productiva y quedan en posición de dependencia. Además, el trabajo femenino se desvaloriza en ambas esferas de producción.

En segundo lugar se expone cuáles son las dimensiones básicas de inequidad de género en el ámbito de salud que están tratando de visibilizar y rectificar.

La división del trabajo y del poder en la sociedad entre hombres y mujeres se refleja en diferencias en el estado de salud, en sus determinantes, en el acceso a recursos y servicios apropiados, en cómo se financia la atención y en la participación de mujeres y hombres en la producción social de la salud.

Estado de salud: desde un punto de vista de equidad, las mujeres tienen una mayor longevidad pero también mayor morbilidad a lo largo del ciclo vital. Las causas de enfermedad y muerte que marcan mayor división entre ambos sexos son generalmente evitables. Las complicaciones del embarazo y del parto son evitables con tecnologías sencillas. Los hombres mueren 5 a 50 veces más que las mujeres por causas externas relacionadas con violencia, por accidentes, mueren por cáncer del pulmón, del hígado, sida, causas que tienen que ver con estilos de vida ligados a estereotipos de masculinidad con conductas de riesgo. Por otra parte, la pobreza y la discriminación, como determinantes de la salud, afectan desproporcionadamente a las mujeres. Se presentan datos que muestran que los hombres mueren más que las mujeres entre los no pobres, pero entre los pobres, cuyas tasas de mortalidad son superiores, la diferencia por sexo es menor y en algunos países la mortalidad de las mujeres puede llegar a ser igual o superar la de los hombres.

La equidad respecto del estado de salud consiste en remediar las diferencias evitables entre hombres y mujeres en las oportunidades de sobrevivir y de no enfermarse por causas prevenibles.

Acceso y utilización de servicios: más usuarias las mujeres, las mujeres tienen más necesidad y según el concepto de acceso según necesidad ellas tienen más por su función reproductiva, mayor morbilidad y mayor longevidad. Ajustado por necesidad, las mujeres no siempre utilizan los servicios más que los hombres, sobre todo en estratos pobres y en servicios de alta complejidad, lo que se prueba con cifras de varios países. **Equidad en el acceso significa que los recursos se asignen y los servicios se reciban diferencialmente según las necesidades de mujeres y hombres.**

Financiamiento de la salud: la equidad en el financiamiento se equipara a la capacidad de pago, lo que se vulnera doblemente en el caso de las mujeres cuando no hay solidaridad en el financiamiento. Las mujeres pagan más por su mayor necesidad y su mayor uso para mantener su salud. El problema se agudiza porque las mujeres tienen menor capacidad de pago en conjunto, en todos los países. Hay

evidencias de que en sistemas no solidarios las mujeres pagan más. En estudios en EEUU se encontró que las mujeres en edad reproductiva pagaban 68% más en gasto de bolsillo para salud. En Chile, la prima del seguro privado es 3,5 veces más alta para las mujeres en edad reproductiva. En cuatro países de A.L. y el C. el gasto de bolsillo de las mujeres es entre 15% a 40% mayor que para los hombres, según datos de encuestas de hogares.

La menor capacidad de pago de las mujeres se debe a su inserción desventajosa en el mercado laboral: más del 50% de las mujeres están fuera del trabajo remunerado en la región, el desempleo es más alto, se concentran en ocupaciones de baja remuneración y no cubiertas por seguridad social, otras no tienen acceso a beneficios previsionales porque su historia laboral ha sido interrumpida por embarazos y crianzas. Por todo esto, si los planes de seguros de salud siguen ligados al status de empleo, las mujeres continuarán en desventaja sistemática para acceder y pagar por servicios de salud.

La equidad en financiamiento consiste en que las mujeres contribuyan de acuerdo con su capacidad económica de manera que el costo de la reproducción, que recarga la cuota que ellas pagan, se distribuya solidariamente.

Participación en la producción de la salud. Esta variable tiene una doble dimensión: a) la distribución de las responsabilidades y de la carga de trabajo y b) la distribución de las recompensas, del reconocimiento y del poder por ese trabajo.

En la división del trabajo por sexo en salud más del 80% de la fuerza de trabajo remunerada en salud son mujeres, más del 90% del voluntariado para promoción de la salud en las comunidades es femenina y, lo más importante y menos reconocido, las mujeres son las principales cuidadoras de la salud familiar.

En la distribución de beneficios, reconocimiento y poder, las mujeres están en los niveles más bajos de remuneraciones del sistema formal, están sub representadas en las estructuras de poder que definen prioridades asignando además los recursos y realizan sin pago ni reconocimiento el trabajo de promoción y de atención a la salud en la familia y en la comunidad.

Las políticas económicas como por ejemplo “reducción del aparato estatal”, “descentralización”, “fomento de la participación” no son neutras, implican transferencias de costos desde la economía remunerada hacia la economía reproductiva. Temas importantes en las reformas de salud como la reducción de servicios recaerán en el trabajo de las mujeres bajo los supuestos, que hay que revisar, de que el tiempo de las mujeres es infinitamente elástico, gratuito y una obligación moral. No sólo las políticas afectan las desigualdades de género sino que éstas impactan las políticas. Por ejemplo, la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo implica menos tiempo para el cuidado de la salud familiar y necesitará de políticas en el largo plazo que hagan que el sistema de salud, que se ha sostenido en los roles de género y el trabajo no pagado de las mujeres tenga que desarrollar otras medidas para ser sostenible.

La equidad de género en la producción de la salud exige un reconocimiento y contabilización del aporte económico del trabajo no remunerado a la salud, una distribución más justa del costo real de la provisión de atención entre hombres y mujeres y también entre el estado, la comunidad, la familia y el mercado, una participación justa de mujeres y hombres en las decisiones sobre prioridades en la asignación de recursos.

Los retos pendientes para lograr la equidad de género en la salud son:

- la eliminación de diferencias evitables en el estado de salud y sus determinantes,
- la asignación de recursos y la utilización de atención según las necesidades de cada sexo,
- el pago por la atención según la capacidad económica y

- un balance justo en la división por sexo del trabajo del reconocimiento y del poder en la producción de la salud.

*En segundo lugar de este bloque intervino **Marcelo Ortúzar** quien abordó en primer lugar el concepto de Cuenta Satélite y luego cómo los organismos internacionales vienen generando las normas y orientaciones para elaborar y mejorar los actuales sistemas de información, los manuales y los clasificadores o nomenclaturas.*

El concepto de cuenta satélite y la generación de normas y orientaciones por los organismos internacionales.

Marcelo Ortúzar Ruiz, Jefe de Sección Cuentas Nacionales
División de Estadísticas y Proyecciones Económicas de CEPAL.

Después de 25 años de utilización el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) 1968 fue revisado y su resultado fue la versión de 1993, conociéndose como SCN 1993. El SCN permite elaborar las cuentas que miden la actividad económica en su conjunto, a través de la medición del Producto Interno Bruto y un conjunto de variables que dan cuenta de la producción, el ingreso generado por la actividad productiva, cómo se distribuye ese ingreso en los diferentes propietarios de los factores productivos, en qué gastan los consumidores intermedios y financieros, cuánto de la producción se exporta, cuánto se requiere importar, etc, y una vez determinado el ingreso, cuánto es lo que después de consumir y transferir a otras unidades queda disponible para el ahorro, cómo se utiliza ese ahorro y en qué instrumentos financieros queda invertido. Para efectuar estas mediciones, las normas internacionales o el SCN 1993 ofrecen una forma de organizar la información.

El marco central del SCN es exhaustivo y consistente; cada unidad, transacción, producto y finalidad tiene un lugar, y sólo uno, en las clasificaciones y cuentas del Sistema. El conjunto de conceptos adoptado por el Sistema es totalmente coherente. El marco central puede utilizarse de manera flexible, según se explica en el SCN 1993 (capítulo XIX), para prestar una mayor atención a aspectos específicos de la vida económica, como el sector público, los hogares o la inflación elevada. Sin embargo, el margen de flexibilidad tolerado por el marco conceptual central no permite cubrir simultáneamente enfoques a veces contrapuestos. Se señala que no pretende que sus categorías y conceptos sean en todos los casos los únicos correctos. Exigencias adicionales o diferentes obligan al desarrollo de categorías y conceptos complementarios o alternativos. La versión del SCN 1993 consideró necesario aprovechar el concepto de cuenta satélite para complementar este marco central.

Las cuentas o sistemas satélite subrayan generalmente la necesidad de ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés social de una manera flexible y sin sobrecargar o distorsionar el sistema central. Normalmente, las cuentas o sistemas satélite permiten:

- a) proporcionar información adicional, de carácter funcional o de entrecruzamientos sectoriales, sobre determinados aspectos sociales;
- b) utilizar conceptos complementarios o alternativos, incluida la utilización de clasificaciones y marcos contables complementarios y alternativos, cuando se necesita introducir dimensiones adicionales en el marco conceptual de las cuentas nacionales;
- c) ampliar la cobertura de los costos y beneficios de las actividades humanas;
- d) ampliar el análisis de los datos mediante indicadores y agregados pertinentes;
- e) vincular las fuentes y el análisis de datos físicos con el sistema contable monetario.

Las cuentas satélite están relacionadas con el marco central de las cuentas nacionales y a través de ellas con el cuerpo principal de las estadísticas económicas integradas pero también están relacionadas con el sistema de información específico del campo o tema que abarcan. Exigen una mejor integración de los

datos monetarios y físicos y, dado que preservan su estrecha conexión con las cuentas centrales, facilitan el análisis macroeconómico de campos específicos en el contexto de las cuentas.

Algunos de los análisis complementarios mencionados pueden modificar los principales agregados del marco central. Ejemplos de modificaciones directas son el aumento de la producción, valor agregado y consumo final cuando los servicios producidos internamente en los hogares se incluyen en la frontera de la producción, como es posible hacer en una cuenta satélite.

Pueden distinguirse dos tipos de análisis satélite en su relación con el marco central del SCN.

Uno de ellos implica cierta reordenación de las clasificaciones centrales y la introducción de elementos complementarios que difieren del marco central conceptual, sin que diverjan sustancialmente de los conceptos sobre los que éste se construye. Abarca las cuentas específicas de determinados campos, como los gastos en enseñanza, turismo y protección del medio ambiente. El otro tipo de análisis satélite se basa en conceptos alternativos: puede introducirse una frontera de la producción diferente o conceptos ampliados de consumo y formación de capital, o ampliar el ámbito de los activos, o alterar la frontera entre fenómenos económicos y fenómenos naturales, o situar los vínculos entre el ingreso y la riqueza en el contexto de un concepto más amplio de la riqueza que incluya los activos naturales, etc.

El segundo tipo de investigación permite ampliar los trabajos de cuentas nacionales más allá de lo que se incluye, o quizá puede incluirse, en el sistema central del SCN. Ofrece resultados útiles para el análisis económico y experimenta con nuevos conceptos y metodologías, naturalmente con un margen de libertad mucho mayor que el de los trabajos habituales y tradicionales de cuentas nacionales. Este trabajo de investigación puede influir en el desarrollo de las propias cuentas nacionales centrales; el Sistema no hace recomendaciones normalizadas sobre este tipo de trabajo que por definición debe mantenerse abierto.

Hoy día disponemos de un sistema flexible de cuentas nacionales que permite integrar en ellas cuentas satélites. Tenemos la posibilidad en esa modalidad de modificar conceptos y agregados finales que difieren con el marco central pero que son útiles para nuestro análisis particular.

En segundo lugar la exposición se refirió a los mecanismos de generación y modificación de las normas internacionales que dicen relación con los sistemas estadísticos.

La experiencia de la revisión del SCN 1993 dio origen a un conjunto de grupos de trabajo, con una estructura descentralizada, modelo que ha permanecido dentro de la comunidad internacional estadística y que ha permitido el perfeccionamiento de las distintas normas. Con posterioridad se han seguido organizando grupos de trabajo y algunos de ellos trabajan a petición de la Comisión de Estadística de Naciones Unidas en investigar un determinado tema. A veces la Comisión solicita a una institución en particular que investigue un determinado tema y produzca un borrador de futuras normas de aceptación universal. Otros grupos pueden elaborar un insumo para que en el futuro se integre con los resultados de otro grupo que pueda transformarse en norma posteriormente. En estos grupos participan expertos a título personal, instituciones nacionales de estadísticas, universidades, organismos internacionales, etc., siendo su composición muy variada.

Al difundirse las nuevas normas de Cuentas Nacionales de 1993, quedaron temas pendientes y al concebirse el SCN 1993 como un conjunto de orientaciones que pueden ser enriquecidas en forma permanente, ya hay párrafos modificados por investigaciones nuevas. Cuando se publicó el SCN 1993 prácticamente no había normas sobre cuentas satélite y a partir de entonces se empiezan a estudiar y completar en trabajos y manuales, entre otros el sistema integrado de cuentas del medio ambiente, la cuenta satélite del turismo, la cuenta de hogares.

Hay dos instituciones que han sido muy importantes en el desarrollo de esto y que lideran el proceso de revisión. Uno, el Grupo de Trabajo Intersecretarial de Cuentas Nacionales que tiene la responsabilidad de gerenciar el proceso de revisión de normas y el otro, la Comisión de Estadística de Naciones Unidas que es el órgano principal que aprueba la revisión de las normas, y aprueba nuevas normas, como por ejemplo los sistemas satélites del turismo, las cuentas trimestrales, el sistema de medio ambiente etc.

Un ejemplo interesante es el esfuerzo hecho por la Organización Mundial del Turismo para elaborar la cuenta satélite del turismo, que duró más de 10 años hasta que en marzo de este año la Comisión de Estadística de Naciones Unidas aprobó las recomendaciones y pasaron a ser parte del sistema.

En conclusión, existen mecanismos para poder incorporar modificaciones a las normas, generar nuevas normas, y de acuerdo a la experiencia parece ser que los propios organismos sectoriales son los que tienen que impulsar y apoyar estos trabajos.

El tercer expositor, Rubén Suárez, se refirió a la experiencia de cuentas nacionales de salud en la región, presentó algunos enfoques que se están utilizando bajo el nombre de cuentas de salud, argumentó sobre la conveniencia de calcular las cuentas en el marco del SCN, mostró algunos resultados y finalmente expuso las posibilidades de una cuenta de salud con perspectiva de género, incluyendo el tema de la producción de bienes y servicios del hogar que no está incluida en el marco central del sistema.

Cuentas de Salud y Cuentas Nacionales de Salud: experiencias internacionales.

Rubén Suárez-Berenguela
Asesor Regional en Economía y Financiamiento de la Salud
Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington

Se denomina en forma genérica Sistema de Cuentas Nacionales de Salud a estudios que incorporen:

- Cuentas de producción
- Cuentas de utilización (intermedio y final) y
- Cuentas de gasto y financiamiento sectorial

Las cuentas de producción permiten ver el análisis de la generación del ingreso, empleo, productividad y valor agregado. Este tipo de información del Sistema de Cuentas Nacionales es útil para estudiar la eficiencia del sector salud, si el sector público es más eficiente que el sector privado, o las distintas formas de organizar los sistemas de producción de servicios en forma más o menos eficiente. En el contexto de los países del Mercosur también es útil para estudiar los procesos de integración viendo cuál es el contenido importado de bienes intermedios en la producción, cuál sería la magnitud de los mercados de las industrias que pertenecen al Mercosur y cómo hacer la asignación de qué sectores dentro de cada industria a los distintos países de la región.

Las cuentas de utilización permiten ver cómo se están utilizando los bienes y servicios producidos. En un marco de cuentas nacionales este tipo de análisis sirve de antecedente para graduar la formación de recursos humanos en los países (Cuentas Nacionales de Recursos Humanos), o para medir las desigualdades e inequidades, o el consumo de bienes y servicios de salud. Mucha gente toma el concepto de gasto nacional en salud como equivalente a este concepto de consumo general de bienes y servicios de salud y hace inferencias sobre bienestar, sobre impacto distributivo y otras materias, sin embargo, este último es un concepto distinto al concepto de gasto nacional en salud.

Las cuentas de gasto y financiamiento sectorial, que constituyen una parte del sistema, a veces son denominadas “cuentas nacionales de salud”, induciendo a confusiones. Es posible hacer cuentas de gasto

y financiamiento dentro del Sistema de Cuentas Nacionales como una cuenta satélite, pero hay varios enfoques que se han desarrollado.

Los enfoques se clasifican básicamente como:

- Sistemas de gasto y financiamiento que se basan en el SCN 1993
- Sistemas que hacen estudios de gasto y financiamiento basados en algún sistema administrativo
- Propuestas metodológicas para capturar el gasto y financiamiento.

Enfoques basados en el Sistema de Cuentas Nacionales

Con la base del SCN se puede desarrollar todo este tipo de información: las cuentas de producción y usos, que constituyen los estándares del SCN, las matrices de gasto y financiamiento, que serían una especie de una apertura del sistema y, como extensiones del SCN, las cuentas satélites del sector salud y las matrices de cuentas sociales que permiten ver el problema distributivo o también cuestiones de género.

Experiencias realizadas sobre cuentas de producción y usos aplicadas al sector salud

- i) Sri Lanka, a comienzos de los 70, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, utilizó el SCN 1968 haciendo una apertura al sector salud para ver la producción de servicios de salud, la generación de empleo, la utilización de consumos importados de bienes y servicios. Es equivalente a lo que sería ahora la cuenta de utilización.
- ii) Brasil, en 1985, abrió el sector salud en las cuentas nacionales: abrió la producción, el consumo, se estimó el valor agregado y la productividad media del sector.
- iii) Eurostat, la Oficina Estadística de Europa, produce regularmente varios tipos de indicadores de producción y de consumo de bienes y servicios de salud que son parte del SCN.
- iv) EEUU, recientemente en 1996, hizo una revisión de su tabla de insumo producto y de todo el sistema. En las nuevas series históricas de Cuentas Nacionales está la apertura por salud, tanto en la utilización como en la de producción de servicios.

Indicadores típicos de Cuentas Nacionales provenientes de cuentas de producción y usos

Se expusieron estimaciones estándar para el sector salud de cuatro países de Europa en 1985, en términos del SCN: insumos intermedios, valor agregado bruto a precios de mercado, producción efectiva, producción distribuida, importaciones equivalentes y total de recursos. Se indicaron sus usos en análisis para políticas y se dieron indicadores para conocer los impactos del sector salud sobre el resto de la economía a través de los multiplicadores del producto de bienes y servicios de salud, tanto de mercado como de no mercado, en los cuatro países europeos.

Se advirtió sobre la necesidad de asegurar la comparabilidad de los conceptos. Un ejemplo fueron los datos de Gasto Nacional en Salud como % del PIB de Estados Unidos (14%) y de Canadá (9%). La diferencia metodológica es que la totalidad de las transacciones en el sistema estadounidense son calculadas a precios de mercado, en tanto en el sistema canadiense aproximadamente el 80% de ellas son calculadas a precios de no mercado.

Otro tipo de indicador es la diferencia entre gasto total, medido por el lado de la producción y medido por el lado del consumo. Se muestra para el mismo grupo de países la estructura del uso total de bienes y servicios de salud, desagregado en demanda final y demanda intermedia, y la demanda final abierta en consumo privado y público, lo que permite hacer implicaciones acerca del impacto redistributivo del gasto del sistema de salud.

Diferencia entre gasto nacional en salud y el indicador de consumo final

Se señaló algunas experiencias de cálculo e indicadores provenientes de las matrices de gasto y financiamiento, coherentes con el SCN, que se están haciendo en varios países. En Argentina (1998) está disponible la matriz de gasto y financiamiento y ellos utilizan el gasto en salud por los sectores institucionales de la economía. En Perú (1998) también hay estimaciones y el Banco Central de Costa Rica está trabajando en las cuentas de gasto y financiamiento sectorial dentro del marco del SCN.

Otra utilización de indicadores del SCN es hecha por la OPS² que, tomando los sectores esenciales de la economía y las clasificaciones internacionales de gastos del sistema de NU, arma una matriz reducida y hace estimaciones de cuánto se está gastando de manera total en los distintos países.

Cuentas satélite del sector salud

Francia las hizo en los años 70, y también hizo apertura de la cuenta satélite en los 50 como cuenta regular nacional. En Canadá, alrededor de los años 70, hubo una iniciativa de desarrollo de cuenta satélite del sector salud, con la preocupación principal de que en el SCN no aparecía claramente en las cuentas de producción una serie de transacciones relacionadas con los que se encargan de proveer servicios de salud. Abrieron una cuenta satélite para crear un vector de proveedores de servicios de salud, experiencia importante para aquellos que tienen un sistema de proveedores en el cual el sistema público financia y después transfiere recursos por una serie de mecanismos.

En términos de enfoques para hacer estimaciones de gasto y financiamiento se puede hacer una distinción muy grande entre estimación de gasto y financiamiento basado en el SCN, y otro tipo de enfoques que se basan más en los sistemas administrativos de los países.

Se citó la experiencia del Central Financial Administration que se encarga de administrar los dos programas de aseguramiento público de los EEUU y que hace de manera regular cuentas de Gasto y Financiamiento de Salud, aunque en los años 90 se le llamó Cuenta Nacional de Salud, sin que tuviera la connotación de tratar de hacer estimaciones de Gasto y Financiamiento con el sistema del marco central de Cuentas Nacionales. A partir de entonces se encargaron estudios y PHR (Partnerships for Health Reform), un grupo de Harvard, empieza a escribir sobre Cuentas Nacionales de Salud, refiriéndose a cómo mejorar las cuestiones de cuentas de Gasto y Financiamiento. En organismos internacionales y también en OPS a finales de los años 90, se empieza a hablar de Cuentas Nacionales de Salud refiriéndose a los estudios de Gasto y Financiamiento. En todo caso, hablar de Cuentas Nacionales de Salud en varios de los países de la región implica cosas muy distintas para distinta gente porque hay una gran cantidad de metodologías propuestas. Por ejemplo, hay una iniciativa para ver Cuentas Nacionales del SIDA, que es una colección de trabajos sobre su impacto económico, en términos técnicos sobre gasto y financiamiento.

Como resultados para AL sobre Gasto y Financiamiento de Salud, sobre la base de estimaciones producidas para Salud de las Américas, se presenta el Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB, a pesar de las limitaciones que sabemos que existen al comparar estos datos de gastos entre países. Las variaciones van desde un país que gasta alrededor del 4% del PIB (Guatemala y Haití en el límite más bajo) hasta los que gastan un 10% del PIB (Argentina y Uruguay en el más alto). En la región de las Américas, EEUU es el más alto con el 14%.

El gasto per cápita anual en salud tiene un rango desde menos de 40 dólares hasta cerca de 700 en el caso de Argentina. Hay estimados sobre la composición público - privado de ese gasto y sobre la composición en términos de gasto del gobierno central, del gobierno local, los sistemas de seguridad social públicos, el gasto directo de bolsillo de los hogares y el gasto en seguros privados. También hay indicadores sobre las

² Capítulos regionales de Salud de las Américas, OPS.

desigualdades en la distribución del gasto privado, y para AL se sabe que hay mucho más desigualdades en el gasto en servicios de salud que en los ingresos de la población. Se dispone de un estudio acerca de las inequidades que existen en términos de situación de salud, percepción de salud, acceso a servicios de salud y utilización de distintos tipos de bienes y servicios de salud.

Las conclusiones de una investigación que incluye a Brasil, México, Jamaica, Ecuador y Guatemala, indican que las necesidades de salud de la población más pobre son mayores, pero que la percepción de salud no difiere significativamente (estadísticamente) entre los grupos de ingresos bajos y los de ingresos altos. En cuanto a la desigualdad en el acceso a servicios de salud los menos desiguales son los servicios curativos, en segundo lugar las hospitalizaciones y lo más desigual es el acceso a servicios de carácter preventivo. Las mujeres reportan significativamente mayor problema que los hombres, pero en términos de acceso y tratamiento y de gasto en salud estas diferencias son menos importantes.

También se ha analizado el impacto redistributivo del gasto público. Incluyendo sólo 4 países, se encontró que en los dos países relativamente pobres, Guatemala y Ecuador, el 20% más pobre recibía bastante menos del 20% del gasto público total y que el 20% más rico recibe alrededor del 40% del gasto público en salud. En el caso de Perú, el impacto era neutro, en Jamaica, el grupo más pobre recibía una proporción significativamente mayor. Los países con el mayor impacto redistributivo de las estimaciones hechas serían Chile y Argentina, en los cuales cerca del 30% del gasto en salud va a los niveles de más bajos ingresos según las estimaciones de estos estudios.

Todas las estimaciones hechas son derivadas de alguna parte del Sistema de Cuentas Nacionales. En las tablas de las cuentas de insumo producto del SCN el sector salud puede estar en la parte de bienes y servicios producidos o entre las actividades como industrias que se definirían como salud. Es importante señalar que, si se estima el gasto en salud por el lado de la producción de servicios (columnas), los límites de la producción de cuáles son los servicios de salud son distintos de los de la definición de las actividades de salud. Al utilizar el cuadro de insumo producto en la primera matriz de Cuentas Nacionales se tiene los productos mirados de manera horizontal y las industrias miradas verticalmente. Cuando queremos hablar de gasto nacional en salud es ¿de lo que se gasta en el lado de la producción o de lo que se gasta en el lado del consumo?

Para quienes tienen interés en cuestiones metodológicas, hay una cantidad de estudios comparativos sobre los sistemas de salud basados en los datos que produce la OECD de manera regular. Para producir datos se los pide a los países y al revisar las notas metodológicas se ve que algunos incluyen gastos por el lado de la producción, otros por el lado del consumo, otros por sistemas administrativos y si no se revisa la metodología de esas cuentas se están haciendo comparaciones entre países de datos²⁷ que no son del todo comparables.

Finalmente se presentó la matriz de utilización o marco central del SCN, explicando el sentido de filas y columnas. (Ver cuadro siguiente). Se insistió en la importancia de tener esta herramienta como marco de referencia para hacer cualquier tipo de análisis. Para ello se recordó el problema del indicador “gasto en salud como % del PIB”. Siendo el PIB la agregación del consumo final, si se le compara con el concepto de gasto bruto en la producción de salud, equivalente al de valor bruto de producción, se cometen errores conceptuales y los indicadores resultantes son muy débiles.


También se llamó la atención sobre el hecho que todo lo que se contabiliza en el sistema central está dentro del marco general presentado: está el gobierno, aunque no en forma detallada, pero se abre por el lado de la demanda y por el lado de la producción cuando está involucrado en la producción de salud, a precios de mercado y de no mercado, ambas dentro de los límites de la producción definidos por el SCN.


RELATORÍA DEL TALLER INTERNACIONAL CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y GÉNERO
Santiago de Chile, 18 y 19 de octubre de 2001


Cuadros de USO: Productos por uso de las industrias (uso intermedio) y uso final															
		INDUSTRIAS					USO FINAL (PIB)							Total Producción Bienes y Servicios	
		Productos agrícolas	Productos Manufacteros	Transporte	Servicios	Otros*	Total uso intermedio	Gasto Consumo Personal	Inversión Privada	Variación Inventarios	Exportaciones	Importaciones	Gasto Consumo e Inversión Bruta Gobierno		PIB
Bienes y Servicios Productos	Agricultura														
	Minería														
	Construcción														
	Manufactura														
	Transporte														
	Comercio														
	Finanzas														
	Servicios														
	Otros*														
	Importaciones no comparables														
	Otros														
	Total Insumos intermedios														
Valor Agregado	Compensaciones a empleados														
	Impuestos indirectos														
	Otros componentes del Valor Agregado														
	Total V. Agregado														
Total Producto Industrial															


* Otros incluye empresas del gobierno e industrias especiales o bienes y servicios no incluidos en las clasificaciones anteriores. B44+B45+B23+B45

** Incluye el consumo del capital físico, intereses netos, ganancias de corporaciones, ingreso por rentas, pagos de transferencias, subsidios y excedentes de empresas del gobierno.

Producción Total de Productos:
Bienes y Servicios 

Total Producto Industrial 

PIB 

Cuentas de Generación de Ingreso 

R. Suárez, Cuentas Nacionales de Salud y el Sistema de Cuentas Nacionales 1993: Conceptos, enfoques y resultados; 1999

Para incluir en las cuentas la perspectiva de género utilizando las matrices presentadas se ejemplificó las posibles formas en que se puede trabajar.

El análisis de género dentro del Sistema de Cuentas Nacionales, puede hacerse tanto en aspectos de género en la producción como en el consumo. Para ver el sector hogares y la participación de la mujer en la producción de servicios de salud hay que abrir el sector servicios de la industria y mirar la columna hacia abajo, viendo cual es la composición en temas de género en la producción de servicios de salud. Con esto se examina el sector hogares desde el punto de vista de la participación en el mercado laboral. Para ver la participación de la mujer en el consumo, mirando horizontalmente, el sector hogares entra en la parte de producción que en este caso sería la generación del ingreso y el valor agregado y en la parte del consumo o utilización, que es el consumo final.

Hasta aquí se está haciendo comparaciones de la producción que se vende en el mercado, sin incluir la producción de servicios dentro del hogar. No incluir en la contabilización la producción en el hogar de bienes y servicios de salud dificulta las comparaciones entre países. Un país puede tener un gasto relativamente bajo en salud, pero puede ser que eso implique que buena parte de los servicios tienen que ser producidos al interior del hogar. Se está transfiriendo una responsabilidad del sistema de salud a los hogares, que no aparece en el sistema contable. En el análisis de evaluación de las reformas de los sistemas europeos se está pensando que las reformas están controlando el gasto en salud, medido en la parte central de la caja del marco de cuentas, pero los hogares están absorbiendo en términos de tiempo, de carga, el cuidado de la gente dentro del hogar como resultado de alguna política de reforma del sector salud.

La producción doméstica de salud no ha sido considerada hasta ahora en ninguna de las estimaciones de gasto nacional en salud. Algunas recomendaciones metodológicas para incluirla son:

- Mantener como referencia el marco central para poder hacer este tipo de relaciones con el resto del sistema.
- Utilizar categorías similares ampliadas. Por ej. gasto en consumo, calcular cuánto se consume de lo que se produce a nivel del hogar y agregarlo.
- Mantener una estructura más o menos similar, en términos quizás de extensiones de la cuenta satélite de la producción del hogar.
- Tener una cuenta del hogar en la parte de producción, como producción de no mercado del hogar, la que podría ser clasificada en los distintos tipos de bienes y servicios correspondientes a las actividades económicas.
- Un desafío importante es que varias de las transacciones que en el SCN estamos considerando como consumo final pasan a ser consumo intermedio para la producción de servicios del hogar como parte de su función de producción. Para conocer el efecto neto de estos cambios es importante mantener los sistemas centrales de cuentas nacionales como referencia al hacer este tipo de desarrollos.

Comentarios al primer bloque

La moderadora ofreció una ronda de preguntas y comentarios a participantes y expositores, quienes opinaron sobre las siguientes materias.

▫ ***Sobre las diferentes opciones de Cuentas de Salud presentadas***

Los/as participantes con distintas experiencias de cálculo y/o utilización del SCN, de las Cuentas Satélite, de las Cuentas de Gasto y Financiamiento (G y F) y de otras alternativas intervinieron exponiendo sus argumentos y experiencias.

Una postura fue que el SCN está circunscrito a la frontera económica, que en términos prácticos vincula conceptos monetarios y económicos del mercado y sus transacciones, por lo que lo social, lo no económico y no monetario quedan fuera y generalmente se constituyen en un conjunto estadístico aparte. Se agregó que el SCN aún no da espacio a la medición diferenciada de quienes hacen los esfuerzos en la creación de bienes y servicios ni a la medición de las causas innecesarias, injustas y predecibles que conducen a todos los tipos de inequidades en general, incluidas las de género y las de salud en particular, a pesar de su actual flexibilidad. Se abogó porque desde esta reunión se haga presión por incluir estos temas en los sistemas de cuentas.

Desde una posición que buscó demostrar la utilidad de las cuentas de Gasto y Financiamiento se argumentó que dan información tremendamente útil desde el punto de vista de cómo se están financiando los servicios y cuando se cruzan con información de patrones de utilización es posible diferenciar cómo las personas, por sexo, están accediendo a los recursos que la sociedad o cada país en particular destina a salud hoy día.

Algunos/as participantes coincidieron en que la orientación de la demanda por información se expresa generalmente en términos de saber cuánto se gasta, quién financia, cómo se gasta, y a ello se responde con el cálculo de Cuenta de Gasto y Financiamiento. Sin embargo, el hecho de mantener las Cuentas Satélites de Salud, (caso de Perú) permite llamar la atención sobre otros hallazgos, como el gasto importante en medicamentos hecho por los hogares y cómo una parte importante del gasto en salud no es mediado por ningún prestador institucional sino que acaba en un gasto directo en farmacia que representa, en Perú, un poco más de una cuarta parte del gasto en salud. Esta experiencia fue corroborada por otras participantes, citando el caso de México, donde se encontró un enorme peso del gasto directo de los hogares. La preocupación por la equidad ha llevado a desagregar los datos por sexo y más específicamente a destacar el gasto en mujeres. Se citó como ejemplo metodológico un estudio para Ecuador, reconociendo que no constituye aún un análisis de género que cumpla con los requisitos planteados al inicio de la sesión.

Otra postura fue enumerar los temas a los que es capaz de responder el SCN, tales como las eficiencias e ineficiencias de los prestadores públicos, de los privados y de los intermediarios de la salud, de los que prestan seguros de salud, los que intermedian los remedios, los laboratorios, visualizados en conjunto como producción de servicios de salud y el uso que se hace de ellos. Los aspectos considerados en una Matriz de Insumo Producto, que se encuentran desperdigados en distintas ramas de actividad, permiten ampliar más aún la visión del sector salud: las cadenas farmacéuticas, los laboratorios que producen medicamentos, los centros de formación de los médicos y profesionales. Se destacó que la ventaja de una Cuenta Satélite de Salud (CSS) integrada al SCN es que permite integrar y ver el ordenamiento de primer orden, donde están las relaciones más profundas de la salud. La CSS permitiría ver, por ejemplo, los márgenes de comercialización que están aplicados a los remedios y que son altísimos, la formación de los médicos cada vez más cercana a un costo privado porque las Universidades estatales están en retirada, la dimensión de la

Investigación y Desarrollo. Permite recuperar gran parte de la información para insumo producto y plantearla analíticamente mucho más integrada a la función propia de la gestión de los recursos de salud y la interacción de los intereses públicos y privados que hay detrás.

Se destacó la importancia de analizar separadamente la producción del sector público y del sector privado para la salud señalando que la producción de los servicios públicos juega un contrapunto a las crisis económicas: en el momento en que la gente no puede pagar los servicios privados los servicios públicos se recargan, produciéndose una traslación de función y responsabilidades. Con el nuevo papel del sector público se ha creado un vacío y no se sabe quién responderá a las ausencias. Es sustantivo rescatar la información de Cuentas Nacionales sobre la composición pública y privada del sector salud y además, estar en la perspectiva de sumar en una CSS la producción de los servicios domésticos de salud.

Se mencionó también el hecho de que tanto las cuentas de GyF como las que incluyen cálculos de Producción y Consumo y de Insumo Producto son relevantes pero que es muy importante tener claro que ambas responden a preguntas totalmente diferentes, para no inducir a confusiones.

El expositor **Rubén Suárez** se refirió a las observaciones con dos tipos de argumentos. Por un parte, destacó la relevancia de clarificar en primer lugar cuál es el problema, cuáles son las preguntas. Señaló que hay muchos problemas de política pública y salud que no requieren del SCN y que es posible contestarlos utilizando cuentas de gasto y financiamiento (G y F), cuentas administrativas u otras cuentas. Pero cuando se plantea, desde un punto de vista macroeconómico, el rol de alguno de los sectores sociales de la economía en la producción o el consumo, en este caso si se quiere evaluar el sistema de salud, tanto en la producción como en la provisión de servicios y se quiere saber cuál es el rol que juegan los hogares en el contexto de este sistema, recomienda que se trabaje con el sistema central de Cuentas Nacionales. El marco del sistema es útil si hay preocupación por cuestiones sistémicas. En el caso del presente Taller uno de los temas centrales es cómo medimos la producción familiar de servicios y detrás de esta producción familiar de servicios la producción de servicios de salud, cómo se distribuye la carga familiar dentro del hogar. Si, además, se quiere ver cuál es la importancia sistémica del peso de la producción familiar de servicios, y es por eso que se va a tratar de medir lo que el sistema no está contabilizando, para tener una idea cómo cambia esto con cambios en las reformas o en las políticas, hay que trabajar relacionados al sistema.

Una segunda vertiente de su respuesta se refiere a la situación actual en A.L y el C. en cuanto a la aplicación de los distintos sistemas. Opina que se está llegando a una convergencia en la práctica y en las clasificaciones. Hay definiciones que ahora están siendo utilizadas por los Bancos Centrales e instituciones de estadística que antes no estaban tan utilizadas. Hay una armonización de cuentas de las distintas propuestas que hay, de cómo clasificar los sectores o cómo definirlos, con lo que está utilizándose en la mayoría de los países en los sistemas de información.

El expositor **Marcelo Ortúzar** recaló que hay indicadores provenientes de fuera del SCN que pueden tener limitaciones para enfrentar negociaciones con las autoridades económicas y por ello su mensaje es utilizar el esquema del SCN y de allí entrar a la CSS. Para desarrollar una cuenta satélite, los profesionales del SCN pueden aportar el marco conceptual, pero es fundamental la participación de quien conoce del sector, quien conoce la economía del sector, quien conoce la forma cómo se articula el sector, que es precisamente el sectorialista de salud.

- ***Propuestas y sugerencias para avanzar en el diseño de una cuenta de salud con perspectiva de género***

Algunas intervenciones se refirieron a cómo imaginan el avance, tanto en el contexto del Taller como en trabajos futuros.

Al respecto se destacó que hay que empezar por retomar cuáles son las preguntas a responder, dejando de lado la discusión sobre las herramientas y sus denominaciones.

Dado que las CNS son instrumentos para toma de decisiones, para evaluación de medidas, se propuso empezar por recopilar el tipo de información que se requiere en el campo de salud y de género, para ver hasta dónde se hace un esfuerzo, en los diferentes temas del Taller, de hacer propuestas metodológicas de integración de los trabajos.

Por otra parte, se señaló que es importante el marco conceptual que da el sistema de cuentas para orientar los trabajos sobre estadísticas o sobre el sistema de cuentas salud en los países, aún cuando no se puedan hacer cuentas todavía. Una participante opinó que una forma de empezar sería abordar todo el planteamiento conceptual sobre el SCN y la CS, así como la forma en que se ha aplicado esto al desarrollo de las cuentas de salud, para rescatar y capitalizar lo que se ha hecho.

También se propuso hacer un esfuerzo de tipo conceptual y metodológico para tratar de integrar la cuenta de Gasto y Financiamiento con la CSS dentro de un marco común, que es el SCN. En la concepción de CS en general, existe la posibilidad de cambiar ámbitos de producción, de cambiar clasificaciones y de resolver muchas limitaciones del marco central, porque se trata de reflejar lo que está pasando en una economía y para ello la CS tiene mucha flexibilidad. Aún considerando que en los países habrá muchas limitaciones de coordinación interinstitucional y limitaciones de información, se sugiere tener a futuro o al mediano o al largo plazo un marco conceptual que lleve a lo ideal.

Como respuesta a las preguntas, se señaló que un primer paso para la construcción de una cuenta satélite sería entender con mayor precisión conceptual qué es lo que debemos medir en el servicio doméstico no pagado, incluyendo también interrogantes y preocupaciones sin respuestas hasta ahora, como sucede con la medicina local y regional, reconociendo que las yerbas, las costumbres y la educación de vida de las familias muchas veces son las que responden a las limitaciones que tiene la producción de servicios en el ámbito institucional.

Se planteó el problema de los criterios de evaluación de proyectos de salud, que no considera los costos no monetarios, con consecuencias de mayor carga derivada a los hogares. En términos de toma de decisiones en asignación de recursos, al evaluar proyectos desde el punto de vista de los servicios de salud o de un sistema, se consideran solamente aquellos costos que el sistema enfrenta, por lo que cualquier intervención que permita liberar recursos financieros del sistema de salud va a ser considerada mejor. Eso actúa directamente asignando más trabajo al interior de los hogares para el cuidado de la salud. Es un tema que aparece frecuentemente cuando se examina la atención en los hogares como los programas de control, de manejo del dolor, de reposición a provisión de servicios, etc. Se propuso plantear y retomar el tema en las cuentas.

Una participante manifestó la inquietud de que los temas de inequidades de género y de salud deben ser abordados con miradas transdisciplinarias, preguntando si estaría la voluntad política o técnica de incorporar diversas miradas en la construcción de ciertos indicadores, de ciertos instrumentos, para estimar indirectamente las desigualdades.

El expositor **Marcelo Ortúzar** consideró que hay problemas aún no visualizados, por ejemplo qué precio poner al trabajo doméstico o al trabajo que se realiza al interior de la casa, pero sobre los cuales se podrán consensuar algunas soluciones. Recalcó que la experiencia de otras cuentas satélite

sectoriales indica que en largos recorridos no se llega a soluciones ideales, pero es importante avanzar en un camino que recién empieza y que es largo.

▫ ***Propuestas sobre procedimientos y acciones***

Una participante sugiere que el Taller refuerce la invitación hecha por el expositor Marcelo Ortúzar a participar activamente en los esfuerzos para levantar el tema, hacer propuestas y más que nada, hacer un seguimiento de ellas. Opina que el esfuerzo debería venir, simultáneamente, de quienes se dedican al mejoramiento e implementación del SCN que reúne a varios organismos especializados, cuenta con recursos y tiene expertos de vasta experiencia.

El modelo de la OMS acogió pero dejó para una segunda oportunidad en el desarrollo que está haciendo de las Cuentas de Salud el estudio específico de los RRHH propuesto por la OECD, por dificultades de aproximación. A la luz de las discusiones de este Taller se sugiere que se explicita la gran importancia de un estudio de RRHH en las metodologías de la OMS, por ser una vertiente de análisis que obviamente daría pie a la visualización del trabajo oculto de la mujer en el cuidado de la salud.

▫ ***Sobre usuarios y productores de información para cuentas de salud***

Hubo numerosas intervenciones que hicieron distintos énfasis en los problemas de la información.

Se enunció la doble responsabilidad de los usuarios y de los productores de CN. No ha habido conciencia en los productores de cuentas nacionales de que producen un bien público y que pueden difundir también la información intermedia y las desagregaciones disponibles. Por otra parte, los usuarios no ejercen sus derechos como consumidores de información más desagregada para apoyar sus decisiones y sus lineamientos de políticas. Hay que usar esos recursos y ejercer el derecho a tener esa información. La información está, los usuarios deben acercarse a los productores y de esa manera se tendrá una base analítica más consensuada, mejor difundida y los debates van a ser muchos más ricos y sobre un nivel de información mucho mayor. La responsabilidad de los usuarios en generar demandas fue reconocida por varios/as participantes, así como la voluntad política necesaria para atender dichas demandas.

Se mencionó la relación entre información y control ciudadano. Para ejercer el control de la gestión pública es necesario también generar los mecanismos institucionales para dialogar y un desafío es la alfabetización de los usuarios en dos niveles: usuarios estatales y usuarios que van a utilizar la información desde la sociedad civil.

México fue señalado como un ejemplo de relacionamiento institucional para la información en salud. En el contexto de la Secretaría de Salud, que ha expresado su compromiso político de incorporar una política de género en sus programas, se ha instrumentado el Consorcio del Sector Salud, grupo de notables de ese sector cuya responsabilidad es orientar tanto el desarrollo de instrumentos como de la investigación y del análisis de la política de salud. Existe una segunda instancia como parte de este consorcio que se llama Comité Técnico de Salud, integrado por las distintas dependencias que participan en el sector y además por un representante del INEGI, productor de la información estadística. De esta manera la estadística aportará los elementos para el conocimiento de salud y género contribuyendo a aclarar las invisibilidades que afectan la vida económica y social.

Otros temas mencionados fueron el desperdicio de recursos cuando la información producida no es utilizada; el hecho que la elaboración de CS implica una serie de compromisos interinstitucionales y

contar con bases de datos; la necesidad de tener información desagregada para los niveles locales y regionales en algunos temas de política de salud.

La expositora **Elsa Gómez** destacó la importancia de la interacción entre usuarios y productores de información de manera que los productores produzcan información que sea pertinente, que sea relevante para el desarrollo de políticas y señaló el compromiso de OPS con las acciones que promuevan este diálogo para las cuentas de salud con género. Se refirió a la necesidad de organizar la presión internacional para que se produzca y se haga accesible la información necesaria, citando como aspiración mínima que se establezcan desagregaciones por sexo y por edad.

El expositor **Marcelo Ortúzar** rescató una observación de los participantes sobre la necesidad de que este trabajo sea un trabajo interinstitucional, agregando que debe haber un fuerte contenido de coordinación entre instituciones y que tiene que tener como liderazgo el sector de la salud, opinión basada en la observación de experiencias similares en otras áreas que han logrado avances anteriores.

El expositor **Rubén Suárez** manifestó que es posible abordar la alfabetización del usuario teniendo muy clara la pregunta sobre qué es lo que queremos abordar. La pregunta es tremendamente importante, que esté socializada y que sea un problema real. El instrumental viene después y es secundario.

SEGUNDO BLOQUE. VISIBILIZACIÓN, CONTABILIZACIÓN Y VALORACIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO: CUENTAS SATELITE DE HOGARES Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO Y EL GÉNERO

*En este bloque se desarrolla la experiencia de medición del trabajo doméstico de los hogares bajo distintas perspectivas, una de cuentas de hogares y otra de análisis del trabajo. Estaba programada la intervención de **Lourdes Urdaneta de Ferrán**, Economista de Venezuela, quien no pudo asistir. Su ponencia “ Aspectos conceptuales de una cuenta satélite de hogares con consideración de género” fue entregada como material del Taller.³*

Cuenta satélite de los hogares. Valoración del trabajo doméstico no pagado. El caso de México
María Eugenia Gómez Luna,
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática,
(INEGI) México.

Se comparten las experiencias que se han realizado en México, una en el área de la contabilidad satélite, a cargo de Rosa María Rodríguez y otra sobre un método complementario que elaboró Mercedes Pedrero, sobre la medición del trabajo doméstico no pagado. En la exposición se mencionan las cuentas nacionales y la cuenta satélite de los hogares, el valor del trabajo doméstico no pagado y principales resultados para México y finalmente lo que se ha encontrado en la OECD al respecto.

La globalización y los problemas estructurales de los países han generado la necesidad de tener nuevos marcos analíticos para entender qué pasa con la sociedad y con la economía. Una deuda importante de los distintos marcos analíticos es la que se refiere al valor del trabajo no pagado, ya que su contribución mejora la calidad de vida de la gente, o cuando no se puede hacer como se debe deteriora la vida de la gente o cuando no lo hacemos de manera equilibrada deteriora las relaciones de la gente. Por muchas razones es muy importante tener una mayor objetividad sobre lo que significa el trabajo no pagado. El SCN 1993 y las Cuentas Satélite (CS) de los hogares son una respuesta, en la cual entrarían como una especie de subsistema lo que sería una cuenta de la salud, una cuenta de educación, de alimentación, etc.

El punto de referencia es el que específicamente establece el SCN 1993, que en cuanto al autoconsumo (producción que producen los propios miembros del hogar para consumo de los miembros del hogar) dice que en el sistema de contabilidad debe estar incluida la producción de bienes agropecuarios y no agropecuarios, los servicios de viviendas ocupadas por sus propietarios, de manera excepcional también los servicios domésticos pagados y finalmente la producción de bienes de capital por cuenta propia. Explícitamente excluye los servicios domésticos que se prestan dentro del hogar, suministrados por los propios miembros del hogar, con trabajo no pagado.

Para hacer una medición, una de las aportaciones más interesantes del sistema es que primero tenemos que definirlo, tenemos que saber qué es lo que queremos cuantificar. Así, para cuantificar y ubicar en un marco analítico el trabajo doméstico no pagado, los servicios domésticos no pagados, es necesario establecer un criterio de identificación que marca el límite de las mediciones y del análisis.

Aunque el tema del trabajo doméstico no pagado es una deuda antigua de atención analítica, todavía no se tiene una infraestructura teórica contable que lo ubique como parte de la vida interna

³ Se encuentra disponible en la página de OPS/OMS: www.paho.org/generoy salud

de los hogares y de la población. Y que al mismo tiempo, esa condición, sea vinculable a los aspectos macro de la vida económica y de la vida social de la población y del país.

El trabajo es la entidad conceptual que vincula a las personas con la vida de la colectividad, con la vida del país, con las decisiones de gobierno. Por eso el trabajo debe ser estudiado bajo ópticas que puedan retroalimentar la visión de lo que eso significa en el desarrollo y en la disponibilidad de bienes y servicios. Para compararlos con los números macros del país hay que hacer cálculos que se parezcan a como se hacen los cálculos de la producción, el consumo, la inversión etc. Y por tal razón estas cuantificaciones deben hacerse a la luz de los lineamientos del sistema de cuentas nacionales. En los ejercicios hechos en México se hace una equivalencia entre trabajo doméstico no pagado para autoconsumo, igual a unidades físicas de tiempo por un precio, en este caso, un salario, lo que da un valor de producción de los servicios domésticos no pagados.

En una cuenta de producción, el valor de producción se determina con un conjunto de insumos más lo que llamamos el valor agregado, que incluye las remuneraciones de los asalariados, los impuestos y el excedente de operación. En este caso se está asumiendo que no hay ningún otro componente del valor de la producción más que el trabajo no pagado.

El valor de la producción está determinado exclusivamente por el valor del trabajo no pagado, de los servicios domésticos no pagados. Han surgido elementos en los últimos años que facilitan los cálculos y lo más importante es la información de las encuestas del uso del tiempo.

En México se utilizaron todas las fuentes de información: el SCN internacional, el SCN de México, la encuesta nacional de aportaciones y uso del tiempo 1996 (ENTAUT), levantada como módulo de la encuesta nacional de ingreso gasto, la encuesta nacional de empleo 1996 (ENE). Dentro de esta investigación hay todo un proceso analítico para decidir qué “precio”, léase salario, poner al trabajo no pagado. Las dificultades empiezan por decidir cuáles son las actividades domésticas a considerar. En general son las actividades que se pueden encontrar en el mercado, es decir, que otra persona fuera del hogar la puede hacer. Con ese criterio se eligen las actividades domésticas no pagadas a medir.

En el cálculo que se hizo en la Dirección de Cuentas Satélite se ordenaron las horas trabajadas por actividad, es decir, cocinó, lavó, tejió, cuidó niños, ancianos, etc., y luego se hizo un despliegue por niveles de instrucción de las personas que dijeron haber trabajado x horas, como una referencia que después ayudó a seleccionar los salarios asignados a las actividades identificadas.

Otra parte del instrumental metodológico consistió en encontrar la manera en que se vinculan las clasificaciones. Se identificó en qué grupos o subgrupos de las clasificaciones de ocupaciones empleadas en el SCN están las personas que planchan la ropa, la cocina, la preparación de bebidas, etc., con el fin de utilizar las remuneraciones medias por persona que forman parte de las cuentas de producción, las se obtuvieron dividiendo la remuneración media total entre el personal ocupado. Con estos datos se va desde el dato anual, al dato mensual, al dato del día y al dato de la hora. La hora es la referencia de cantidad, de unidad física para hacer el cálculo.

Ilustración del proceso de estimación del valor del trabajo doméstico no pagado según actividades principales

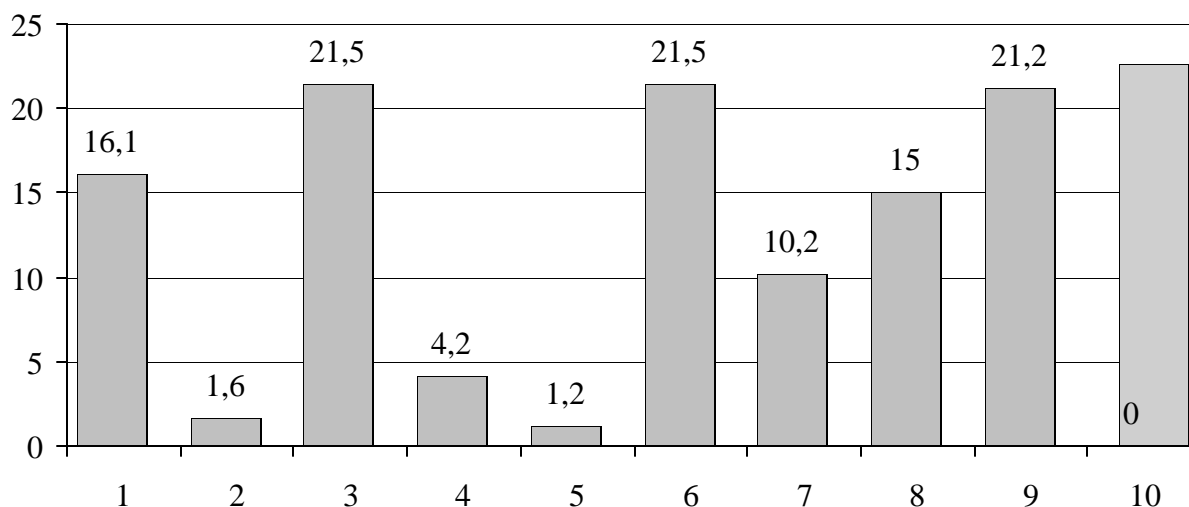
Actividad	Nº personas	Horas	Ocupaciones	Pago x	Valor estimado
			Equivalentes	hora en pesos	
			Número en catálogo		

RELATORÍA DEL TALLER INTERNACIONAL CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y GÉNERO
Santiago de Chile, 18 y 19 de octubre de 2001

Costura	5.964,089	20.955.581	5222-5224	3.99	83.612.166,81
Pagos servicios	5.814,662	4.339.904,92	6210	5.81	25.214.847,60
Trámites Bancos	1.775,194	1,197.554,93	6210	5.81	6.957.794,12
Compras	33.692,492	68.911.190	7190	3.00	206.733.569,69
Llevar niños	7.400.245	12.245.942	5520-5529 ó 8202	6.00	73.475.652,08
Limpiar casa	37.963.921	165.546.479	8124	4.50	744.959.154,84
Lavado trastes	31.841.978	73.518.621	8124	4.50	330.833.793,27
Lavado ropa	29.122.114	79.007.401	8110	6.23	492.216.108,24
Planchado	25.177.307	37.646.457	8111	4.17	156.985.727,40
Cocinar	29.522.602	166.519.654	8100	4.17	694.386.955,89
Tirar basura	26.785.108	10.962.989	8120	6.98	76.521.665,18
Acarreo agua	6.321.527	11.444.444	4139	10.00	114.444.443,17
Acarreo leña	6.115.019	14.825.483	4134	3.79	56.188.578,84
Cuidó animales	9.568.801	15.997.922	4110	1.95	31.195.948,15
Cuidó parcela	426.201	2.109.959	4100	1.43	3.017.241,63
Cuidó niños	21.645.074	263.157.981	1340	17.67	4.650.001.519,25
Cuidó ancianos	1.012.812	9.362.369	1220	9.88	92.500.210,49
Cuidó enfermos	1.573.540	14.517.014	1220	9.88	143.428.096,27
Reparaciones	2.862.294	8.419.078	5260	5.68	47.820.361,35
Total semanal	237.338.543	980.686.023			8.030.493..834,27
Total anual		49.034.301.16			401.524.691.713,42
		2			

También se trabajaron precios con los ingresos medios que se obtienen en la propia encuesta de Aportaciones y Uso del tiempo de México para desarrollar un 2º ejercicio. Considerando todas las actividades valoradas con remuneraciones medias del SCN el trabajo doméstico no pagado llegó a un valor de 519 mil millones de pesos mexicanos en 1996, equivalente al 22,6% del PIB.

Estructura porcentual del PIB 1996 y % trabajo doméstico no pagado sobre PIB



1. Agricultura, Silvicultura y Pesca	6. Comercio, Restaurantes y Hoteles
2. Minería	7. Transporte, Almacenaje y Comunicaciones
3. Industria Manufacturera	8. Servicios Financieros, Seguros, Actividades Inmobiliarias y de Alquiler
4. Construcción	9. Servicios Comunales, Sociales y Personales
5. Electricidad, Gas y Agua	10. Trabajo doméstico no pagado

1996. PIB en valores básicos

La participación del trabajo doméstico no pagado (22,6%) es equivalente a la participación que tiene la industria manufacturera, o el comercio y los restaurantes juntos, ó los servicios personales, comunales y sociales. Es una cantidad de trabajo que además afecta el mercado de trabajo y el precio de las mercancías porque un precio que no tiene este costo incluido está haciendo una determinación de costos sin tener en cuenta este componente.

Al agregar este valor al PIB se está acuñando un nuevo concepto que es el PIB doméstico: PIB a precios de mercado que ya tiene los impuestos más el valor de los servicios domésticos no pagados. Con ello el valor de la producción final sería la producción de las empresas o del sector privado, la producción del gobierno y la producción de los hogares imputada de esta manera. Esto no es ninguna novedad porque los sectores institucionales han empezado a hacer esta distinción de sus actividades pero sí es de mucha utilidad para adicionar la inclusión de los servicios domésticos no pagados. Se puede complementar con el uso que se hace de esos servicios. Y el consumo final sería mayor. Esto puede ser en el caso de la educación y de la salud. Está la producción de servicios de salud generados por el sector público y por el sector privado, el consumo, que puede abrirse de la misma manera y tenemos ahora la posibilidad de hablar del consumo doméstico de la salud, que al mismo tiempo es su valor de producción. En el cuadro de actividades, en el renglón en donde dice cuidados de la salud o cuidado de enfermos, habría una primera aproximación a lo que podría ser el valor de producción de los servicios de salud.

El nivel de consumo de bienes y servicios por habitante sería uno de los indicadores que se modificaría si se incluyera la medición de los servicios domésticos no pagados.

Destaca la alta participación de las mujeres ya que del total de los servicios domésticos que se produjeron, 85% es el resultado del trabajo de las mujeres. Si hubiera recursos para hacer con recurrencia este tipo de encuestas cabría esperar que este indicador evolucionara. En 1996, del 22,6 % que está referido al PIB a valores básicos (valor del trabajo doméstico no pagado), 19% tuvo su origen en el trabajo de las mujeres.

La OECD desde hace tiempo ha venido trabajando en cuestiones de género y en cuestiones relacionadas con el trabajo no pagado y tiene ya una propuesta de clasificación que tiene una alta concordancia con una clasificación de Naciones Unidas, llamada trclasificación.

En el documento que se llama “Producción doméstica, fuentes de datos y métodos de medición”, se presentan las experiencias nacionales de los países miembros en materia de las mediciones del uso del tiempo y de la producción no de mercado, que en el caso de estos países incluye tanto bienes como servicios. Una de las cosas que más impulsó el poner atención en el trabajo doméstico no pagado fue el hecho de que se decía que más de la mitad del producto viene de ahí. Y en muchos casos es así, porque en muchos países en que los cálculos de la contabilidad nacional se hacen o se hacían principalmente con declaraciones fiscales o con fuentes de información totalmente formales, el autoconsumo quedaba fuera. Las encuestas de uso del tiempo le han dado un buen servicio a la contabilidad nacional porque permiten tener mediciones más completas de los bienes. Por otra parte, sin ellas nadie imagina otra alternativa para saber cómo distribuyen las personas su tiempo.

Tiempo dedicado al trabajo doméstico no pagado y al voluntario y/o comunitario
(Horas semanales por persona)

País	Mujeres	Hombres
Australia	35.42	19.04
Trabajo voluntario y comunitario	2.10	2.06
Canadá	31.42	18.18
Trabajo voluntario y comunitario	2.48	2.42
Suecia	34.00	21.03
Trabajo voluntario y comunitario	0.43	0.54
Dinamarca	21.42	11.19
Finlandia	25.05	14.07
Francia	32.55	18.50
Alemania	35.14	19.08
Trabajo voluntario y comunitario	0.56	1.24
Italia	38.30	8.24
México	35.00	10.00

*Fuente: OCDE. Producción doméstica: fuentes de datos métodos de medición.
Para México: INEGI. Encuesta de aportaciones y uso del tiempo. Módulo de la Encuesta de Ingreso-Gasto*

En los 12 países que se reportan en el documento mencionado se levantaron encuestas bajo condiciones metodológicas distintas en cuanto a edad de la población estudiada, al tipo de cuestionario, actividades incluidas, entrevista y período de referencia. En el caso de México la encuesta de uso del tiempo se levantó preguntándole directamente a los miembros del hogar qué hicieron la semana pasada y cuánto tiempo. En promedio dedican alrededor de 32 horas a la semana al trabajo no pagado. En el caso de Italia, por ejemplo, ese promedio es mucho menor, de 25 horas, lo que tiene que ver con la definición de la población en estudio y con las actividades que decidieron incluir en esa adición. Lo que sí resulta notable en México es que mientras las mujeres trabajan 32 horas los hombres dijeron que trabajan 8 horas en los servicios domésticos del hogar.

En estos países, el trabajo de producción de bienes y servicios que se hace en el hogar representa alrededor del 40% del PIB. Las razones son que se incluyen bienes y servicios y que los salarios son notablemente elevados. El resultado final se ve enormemente afectado por los salarios que prevalezcan en un país. En muchos otros países, los salarios son muy bajos, particularmente en este tipo de actividades domésticas. El bajo reconocimiento social, el bajo valor económico que se le ha conferido a este trabajo doméstico no pagado alcanza a no ser solamente atribuido a su condición propiamente tal sino que está enormemente afectado por un mercado de trabajo en donde lavar, planchar, cuidar personas, etc., son trabajos pagados a niveles muy bajos y eso afecta los resultados finales que se obtengan.

Conclusiones

En primer lugar, es muy importante que una cuenta satélite de los hogares o de las mujeres o de la salud, se haga en el esquema del marco conceptual del SCN porque eso permite obtener información macro e información micro. Las recomendaciones del SCN están dadas no solamente para que se hagan las CN, sino también para que con ese marco conceptual se hagan las estadísticas básicas. Si instrumentos como las encuestas de ingresos y gastos de los hogares se hacen lo más cercanos al marco conceptual del SCN, se tendrá una mejor aproximación a lo que es la vida de los hogares y lo que es la vida del país. Por esa razón las CN ofrecerían el marco de referencia para el desarrollo de cualquier cuenta satélite.

En el caso particular del trabajo no pagado existen diversas limitaciones conceptuales y estadísticas para medirlo. Unas nacen de tener una mayor precisión en el tiempo que se le dedica a las cosas del hogar, otras se relacionan con la definición de consumo, ya que los bienes intermedios que se usan para producir esos servicios están incluidos en el consumo final.

Esta aproximación y esta primera exploración del uso del tiempo ha dado la posibilidad en México de hacer cálculos con salarios de fuentes alternativas. La elección de la remuneración media lleva a valores distintos. Si se usa la información de la encuesta nacional de empleo se toma el ingreso que las personas declaran recibir en tanto la información de CN viene de los establecimientos económicos. Las elecciones de los salarios o del precio con el que multiplicar las horas dedicadas a, es una condición importante y de trascendencia para estos cálculos.

Otras recomendaciones

Específicamente para la cuenta del sector salud, en primera instancia hay necesidad de definir lo más clara y precisamente los objetivos que se pretende alcanzar con esta cuenta satélite. Si es una respuesta a las demandas de información de las políticas a) o b); si es una respuesta de investigación a la dimensión o visibilidad de determinados hechos que nosotros conocemos, etc. La respuesta va a ser el hilo conductor de la forma en que se dará el segundo paso que se refiere al diseño del marco conceptual. Este contempla toda la infraestructura conceptual y metodológica sobre la que se harán los números.

Hay que hacer una delimitación de las actividades económicas que se van a medir, porque a lo mejor alguna que es muy importante no sale en las respuestas de los hogares cuando se les pregunta cómo usan su tiempo. Si es importante hay que buscar alternativas, bien sea para preguntar o para traerlo de otra información.

Después de hacer el diseño conceptual hay que hacer un inventario de las estadísticas disponibles que están vinculadas a esto y una evaluación de las fuentes de información para poder usar lo más apropiadamente la información necesaria. La siguiente etapa está enfocada a hacer una confronta estadística y llenar las necesidades de información. Qué se quiere saber en términos de la salud: la salud en la zona rural y en la zona urbana, la salud por estratos de ingreso, la salud por fuentes de

financiamiento, y además a quién afecta, cómo lo afecta y dónde está. Se confronta la información que existe y los cuadros a llenar. La trascendencia de hacer un diseño de tabulaciones es el hecho de que alguien ya reflexionó sobre lo que hay que saber, tabulaciones en las que se expresa la visión analítica a la cual responden las estadísticas que queremos hacer.

El hecho de que esto se resuelve en el marco de la contabilidad nacional da la gran opción a que el resultado estadístico como tal sea evaluable a la luz de otros indicadores que el propio sistema de contabilidad ofrece como parte de sus referencias cuantitativas macro y de detalle que permanentemente se calculan para hacer estos números de orden macroeconómico.

Hacia una nueva metodología para el estudio del tiempo y del trabajo

Cristina Carrasco.
Departamento de Teoría Económica,
Universidad de Barcelona.

Se presenta una investigación realizada en Barcelona donde el objetivo era buscar nuevas formas metodológicas de tener información sobre tiempo y trabajo de mujeres y hombres.

En primer lugar se exponen los fundamentos que hay detrás de esto, en segundo lugar se comenta en qué consiste esta nueva propuesta metodológica y en tercer lugar qué líneas de investigación quedan abiertas a partir de aquí.

La propuesta intenta recuperar aquellas actividades que, bajo la lógica del sistema capitalista, se han hecho invisibles. Se plantea en primer lugar la prioridad que desde un punto de vista teórico y político debiera tener el ámbito familiar, el ámbito del hogar, el ámbito de este trabajo que básicamente va dirigido a las necesidades humanas, a la calidad de vida, al sostenimiento y reproducción de la vida humana, y no priorizar lo que es el mercado. Los estudios sobre trabajo casi exclusivamente tienen en cuenta el trabajo de mercado y se pierde la otra información. El trabajo de mercado, o los bienes y servicios producidos en el mercado, más bien serían un medio para el sostenimiento de la vida humana, y no un fin en sí mismo, y sin embargo normalmente se trabajan como un fin en sí mismo.

La otra idea que está detrás de esto es la división por sexo del trabajo que se consolida como la conocemos hoy desde la industrialización, identificando actividad masculina con trabajo de mercado, actividad femenina con trabajo doméstico, cuestión que es más en el imaginario colectivo que en la realidad. Las historiadoras han mostrado cómo las mujeres tradicionalmente han trabajado siempre tanto fuera como dentro de casa, sobre todo las mujeres de bajos ingresos.

Se plantea que la mayoría de los enfoques ocultan una gran parte de los procesos de reproducción humana que se realizan fuera del mercado, sin los cuales el mercado ni siquiera podría existir. A pesar de las críticas, los estudios de economía laboral continúan centrados casi exclusivamente en el trabajo de mercado. Sólo se tiene en cuenta el trabajo del hogar cuando se habla del empleo femenino, como restricciones para la oferta de trabajo para el empleo femenino, pero no se incorpora como una parte importante de los procesos de reproducción. En consecuencia, toda la estadística laboral institucional tiende a permanecer centrada en el mundo del empleo con un problema añadido que no es sólo analítico simbólico ya que todas las políticas públicas o políticas sociales o políticas de empleo utilizan estos datos y por tanto si no se tiene en cuenta la otra parte del proceso difícilmente se podrán corregir todas las desigualdades sociales entre mujeres y hombres.

Además de estas encuestas de empleo están las encuestas de uso del tiempo, pero en la mayoría de los países estas últimas aún no son estadísticas oficiales. Las encuestas de uso del tiempo han aportado muchísima información, pero hay encuestas de uso del tiempo por una parte, encuestas de empleo por otra, y normalmente funcionan como elementos independientes. Aquí hay un problema importante que debe afrontar la estadística laboral que es intentar relacionar estos dos tipos de datos, estos dos tipos fundamentales de trabajo, para poder analizar todas las interrelaciones que hay entre ellos.

Con esta encuesta se pretende analizar la carga global de trabajo a que se enfrentan hombres y mujeres en un marco integrado que permita analizar estos dos trabajos como un solo proceso. No hay acuerdo en hablar de trabajo de producción y trabajo de reproducción, más bien se trata de un proceso unificado con distintos momentos, con distintos trabajos, con distintas actividades, en un solo proceso de producción reproducción en que no existe uno sin el otro, en que no es posible explicar cosas de uno sin conocer el otro. Por ejemplo, cómo explicar salarios muy bajos y largas jornadas laborales en el mercado si no es porque en esa familia existen muchas horas de trabajo doméstico. O las “transferencias de costos”, de salud en particular, pero que pueden ser de distintas características, transferencias de costos del ámbito mercantil al ámbito del hogar. Cuando hay políticas de ajuste, cuando hay crisis económicas, rápidamente hay servicios que se transfieren al sector del hogar.

En Cataluña, el presidente de la comunidad autónoma dice que es mejor que las operaciones simples de los niños pequeños se hagan en los ambulatorios y no en los hospitales, porque con un día en el ambulatorio el niño se puede ir a casa. Seguramente un niño pequeño estará mejor en su casa, con su madre o su padre, que en un hospital con personas que no conoce, pero planteado de esa manera tiene que ir acompañado de una política de empleo que a la madre y al padre, a ambos, les permita tener esos días de permiso para cuidar a ese niño, porque si no, el niño estará mejor en el hospital. Es una transferencia de costos que, o se analiza todo lo que significa o se están escondiendo muchísimas cosas que pasan, porque hay unas fronteras muy difusas y hay producciones que pasan de un sector a otro. La idea de la encuesta es poder captar de alguna manera mejor todas estas producciones.

La propuesta es una EPA alternativa (EPA es la encuesta de empleo) en que la unidad de análisis no es la persona sino que es el hogar. Se plantea un primer cuestionario con información del hogar, de ingresos, personas que viven, trabajo remunerado contratado, de tipos de personas dependientes que hay en el hogar: niños, ancianos, cómo se cuidan, etc. En segundo lugar, cuestionarios individuales para todas las personas, siguiendo la EPA de 16 años o más.

La EPA comienza con una primera pregunta de clasificación entre población activa – ocupados y parados - y el resto, que no se define por sí mismo. La clasificación se sitúa en la tradición de buscar conceptos dicotómicos, lo que es trabajo lo que es no trabajo, lo que es mercado y lo que es familia, lo que es económico y lo que es no económico, lo que es actividad y lo que es inactividad, lo que es masculino, lo que es femenino. Hay una serie de categorías que se identifican con lo masculino y generalmente estas categorías no son neutras, tienen un poder social cada una de ellas, ser económico o ser no económico, ser trabajo o ser no trabajo.

En la EPA alternativa se definen como actividades el trabajo remunerado, trabajo no remunerado, estudios, ocupación familiar, trabajo voluntario. Todo esto es actividad. La primera pregunta es si ha participado la semana anterior en alguna de estas 5 actividades, y cuántas horas en cada una. Con esta primera definición el 96% de la población es activa en la actividad global. Las mujeres salen mucho más activas que los varones porque a partir de los 65 años siguen en actividad en el 90% de los casos y en cambio los varones comienzan a disminuir su actividad.

A las personas que sí han participado en trabajo remunerado se les aplica un bloque de preguntas sobre el trabajo remunerado muy similar a la encuesta de población activa. Se incorpora un segundo bloque de trabajo familiar doméstico a las personas que dicen haber realizado este trabajo, con preguntas de gestión, de organización, de realización, de simultaneidad con el otro trabajo, si se realiza en casa o no, etc. Como ejemplo de algunas reflexiones sobre las respuestas está el tema de la compatibilización de los trabajos. Ante la pregunta sobre si les interesaba cambiar su jornada laboral, si cambiarían su horario, la gran mayoría de las mujeres dijo que no. El problema era que estas mujeres ya habían ajustado todas sus horas de un trabajo y del otro, lo tenían todo ya arreglado. Son tipos de preguntas que hay que pensar muy bien cómo formularlas para captar esta información.

Se hizo una operativización de los conceptos análoga a lo que era el mercado. Se intentó captar cualificación del trabajo familiar doméstico y “antigüedad en el empleo”. Normalmente no se tienen en cuenta y se valora por igual a toda la población, cuando hay una cualificación y una antigüedad en el puesto de trabajo que normalmente da a las mujeres una cualificación infinitamente mayor que a los varones o a los jóvenes en general.

El tercer bloque de esta encuesta es un diario de uso del tiempo. Las preguntas de trabajo doméstico se recogen en un diario, por intervalos de media hora. Aunque a lo mejor es un espacio de tiempo muy largo, no es tan difícil reconstituir el día anterior por medias horas. El diario de uso del tiempo también se le pasa a todas las personas de 16 años o más y se hacen unas pocas preguntas a las personas menores de 16 años. Aparece que niños y niñas menores de 16 años están haciendo mucho trabajo, incluso en el mercado, aunque no es legal.

Con este cuestionario básicamente la idea no es sólo incorporar nuevas preguntas a la EPA sino cambiar totalmente la perspectiva de análisis. Esta incorporación o reincorporación de las mujeres al mercado laboral cada vez cuestiona más el tipo de encuestas de empleo donde sólo se tiene en cuenta una parte de la actividad. Y también cada vez más se está cuestionando este modelo masculino de empleo que es libre de otras cargas, libre de otras actividades, este modelo que no es generalizable y por tanto o se cambia el modelo o esto no va a funcionar.

Respecto de las posibilidades de investigación que ofrece esta información, en primer lugar es el análisis del empleo en conjunto con el trabajo doméstico. Es decir, ya no es sólo el empleo sino qué características tiene todo este empleo en relación a la actividad que están haciendo las personas también en el hogar. Además permite analizar personas que viven en pareja, con o sin hijos, la actividad de uno en relación a la actividad del otro, el mercado laboral de uno en relación al trabajo doméstico de uno y del otro. También aparece y permite analizar el modelo de la doble presencia femenina. Qué pasa con las mujeres con los dos trabajos según una serie de variables: estado civil, edad, etc. La otra ventaja de considerar los dos trabajos en conjunto es que se tiene información sobre las necesidades de trabajo del hogar para poder reproducirse; cuánto trabajo se está realizando en ese hogar para que pueda estar reproduciéndose, viviendo y con qué calidad de vida.

Esto permite intentar nuevos indicadores, nuevas tasas, nuevos índices. Las mujeres, mucho más activas como tasa global. En los trabajos específicos, los hombres más activos en trabajos de mercado pero mucho menos activos en trabajo doméstico. Se pueden tener indicadores que relacionen uno con otro. Por ejemplo, cuánto tiempo de trabajo doméstico en relación al tiempo de trabajo de mercado. Finalmente, indicadores de desigualdad. Básicamente la idea es poner sobre la mesa, hacer visible en indicadores, todo este otro trabajo.

Con la información que hay también se puede valorar el trabajo doméstico. Una duda ante la valoración del trabajo doméstico, es que en estas actividades hay una parte de ellas que es transferible a una tercera persona, pero hay una parte que en este trabajo tiene una connotación subjetiva, donde va toda la parte de afectos, de relaciones, que tiene muy malos sustitutos de mercado. Al ser subjetiva, dónde lo pone cada uno es un problema complejo porque no siempre es el mismo. Una madre que trabaja remuneradamente puede delegar en alguien que lleve su hijo al colegio, pero entonces la madre lo recogerá por la noche, o cenará con él, o le explicará el cuento por la noche. Cada uno sabe en qué acción, en qué actividad, en qué proceso va a establecer las relaciones con las personas, pero aquella actividad no tiene sustituto de mercado para quien la elige. La gestión de la vida humana no tiene sustituto de mercado. Por tanto, el falso supuesto de sustituibilidad sin pérdida de calidad hace perder esta parte importante del trabajo doméstico. Cuando se analiza con el criterio de la tercera persona qué se hace, es posible valorar un parte de esta actividad, aquella que tiene un buen sustituto de mercado. Pero hay otra parte que nunca se podrá sustituir por el mercado ni por terceros y por tanto no es posible valorar a precios de mercado. Aquí entran todos los trabajos de cuidados, o parte importante de los trabajos de cuidado.

Otro aspecto es el problema de los salarios. Se valoró el trabajo doméstico con los salarios, considerando la antigüedad en el puesto de trabajo. En la encuesta de salarios aparecen los salarios por antigüedad, por cualificación, se aplicó el abanico de salarios y había un abanico de valoraciones según los salarios elegidos para valorar el trabajo doméstico. Un elemento a discutir al respecto es que si todo el trabajo doméstico empezara a funcionar con un salario, independientemente de quién o cómo se pagara, la estructura salarial cambiaría totalmente. Por tanto esos salarios no son los que se utilizan, serían otros.

La encuesta también permite analizar las estrategias familiares por tipología de hogar: familias unipersonales, monoparentales, monomarentales, parejas sin hijos, parejas con hijos, etc. Se analizó el trabajo del hogar que se estaba realizando, quién lo realizaba, trabajo de mercado, trabajo doméstico, hombres, mujeres, etc. para ver qué pasaba en cada tipología familiar. La encuesta se ha aplicado una vez, por lo que sólo se pueden hacer comparaciones transversales. Por ejemplo, en las familias unipersonales las mujeres hacen 3 veces más trabajo doméstico que los varones. Puede ser porque las mujeres se cuidan más a nivel personal, porque tienen salarios más bajos y por tanto pueden comprar menos servicios en el mercado, y porque los varones solos normalmente tienen alguna otra mujer de la familia que tiende a ayudarles con lo doméstico. Los hombres de familias monoparentales hacen casi el mismo trabajo que cuando viven solos, con lo cual se entiende que o compran mucho trabajo en el mercado o viene alguna mujer de la familia a ayudarles. En cambio a las mujeres monomarentales se les dispara notablemente el trabajo doméstico. Cuando las personas pasan a vivir en pareja, las mujeres aumentan notablemente su trabajo doméstico, los varones lo disminuyen.

Otra pregunta es calcular, por ejemplo por tipología de hogar, cuántas unidades de trabajo doméstico son necesarias para producir una hora de tiempo de trabajo de mercado. Este trabajo de mercado que parece tan autosuficiente, cuántas horas de trabajo doméstico hay detrás para que pueda salir una hora a trabajar al mercado.

Otro elemento que aparece es que el trabajo de casa depende del número de personas del hogar, pero normalmente en casi todas las encuestas sólo tienen en cuenta los niños menores, cuando el resto de la población crea mucho más trabajo del que aporta. La variable es el número de personas del hogar, que normalmente crean más trabajo del que hacen.

Otro problema es lo que se llama tiempo de trabajo, flexibilidades y “conciliaciones”. Cada vez más desde el mercado laboral se está flexibilizando la jornada de trabajo de muchas maneras: jornadas

de tiempo parcial, turnos, trabajos temporales. Es la empresa la que normalmente impone la flexibilización y el hogar tiene unas restricciones, la vida humana tiene unas restricciones. Hay unos cuidados necesarios, para los niños, para los ancianos para los minusválidos, para todas las personas. Hay una rigideces de horario. Y aquí empiezan a haber problemas serios, básicamente para las mujeres, para poder realizar ambos trabajos. Se trata de ver qué está pasando con este problema de la flexibilidad mediante el análisis de los usos del tiempo, los horarios, la información que hay en la empresa, la información sobre los cambios de turnos, de jornada, etc.

Finalmente, con el diario de uso del tiempo se hace un análisis de uso del tiempo. El diario se divide en 5 grandes bloques: necesidades personales, trabajo remunerado, estudio, ocio y desplazamiento y trabajo doméstico, dividido en tres bloques a) trabajo doméstico hecho en casa, b) cuidados y c) lo que se hace fuera: compras, gestiones, etc.

Se pueden hacer los estudios de uso del tiempo habituales y además, analizarlos por distintas variables. En el análisis por ciclo de vida aparece cuál es la forma de trabajo masculina en el mercado: entran al mercado laboral y permanecen normalmente hasta el momento de la jubilación. La participación de las mujeres en el mercado, según los países tiene un peak o dos peak. La participación en el trabajo doméstico de los varones es bastante lineal, hacia abajo con algunos pequeños peak, y la de las mujeres tiene unos peak enormes, cuando nace el primer hijo, hasta que los hijos son mayores, o cuando tienen que cuidar abuelos, ancianos.

Cuando hay vida que cuidar el trabajo de las mujeres sigue normalmente el ciclo de vida, pero la empresa no sigue el ciclo de vida, y empiezan los conflictos. Con los diarios de uso del tiempo es posible ver cómo las mujeres, según la edad, según los hijos, siguen este ciclo de vida. A lo mejor, lo que hay que hacer es adaptar el trabajo al ciclo de vida y no el ciclo de vida al mercado.

En la medición del uso del tiempo hay un problema con el tiempo de cuidados, que siempre desaparece detrás de lo que se llama la actividad principal. Las mujeres están haciendo algo y además cuidan y este tiempo de cuidado se pierde. Por ejemplo, en hogares donde hay niños pequeños aparece una hora y media de cuidados al día. Y también con enfermos, aparecen cuando hacen una actividad, pero el resto de las horas que se estuvo vigilando, no aparecen. Es un tipo de actividad que cuesta mucho captar y que en futuras encuestas hay que tenerlo muy presente. La gente tiende a no decirlo y por tanto hay que saber cómo preguntarlo.

Finalmente, si se quiere analizar bien el tiempo de trabajo, la única posibilidad es intentar desarrollar encuestas de este tipo que capten la actividad global de los hogares.

Comentarios al segundo bloque

La moderadora ofreció la palabra para preguntas y comentarios a los/as participantes y expositoras, quienes opinaron sobre las siguientes materias.

- ***Sobre problemas de medición y valoración del trabajo no pagado: costo de oportunidad, calidad, experiencia***

Se planteó la pregunta sobre el criterio de valorar el trabajo doméstico según su costo de oportunidad, citando un ejemplo de EEUU donde el 10% de mujeres que cuidan ancianos familiares habían tenido que dejar sus trabajos de tiempo completo.

Otra participante mencionó que no es lo mismo el cuidado que da una madre con mayor educación a un enfermo o a un niño, que el de una madre con menor educación, donde la calidad del cuidado al

paciente es muy diferente. Dio un ejemplo tomado de una encuesta en que las madres vendedoras ambulantes tenían a los niños más accidentados cuando estaban en la calle bajo su cuidado porque obviamente era un cuidado compartido con la preocupación de que no les robaran las mercancías.

La expositora **Cristina Carrasco** no estuvo de acuerdo en valorar el trabajo doméstico según el coste de oportunidad porque en realidad no se valora el trabajo sino la calificación de la persona o el salario que esa persona hubiera tenido en el mercado, lo que no tiene que ver con la actividad que está realizando en casa. Con este tipo de valoración aparecería sobredimensionado el trabajo doméstico de los varones, porque normalmente tienen salarios más elevados en el mercado. Otro aspecto es la experiencia laboral, la trayectoria laboral y cómo las mujeres que han dejado el mercado laboral, o se quieren incorporar, comparan sus probables ingresos y los gastos adicionales - la comida de los niños en el colegio, el salario de la persona que los va a cuidar - para tomar su decisión.

La expositora **María Eugenia Gómez Luna** señaló que uno puede elegir un “precio” según el problema o el tipo de estudio que quiera hacer. La afectación de los salarios medios de CN que se usó en el ejercicio de México fue para tener una visión respecto a los números macroeconómicos de producción de servicios. Sin embargo, opina que una evaluación del trabajo doméstico según costo de oportunidad tiene sentido cuando se quiere promover una política que apoye el que las mujeres no queden desvalidas ante una situación de divorcio, por ej., para calcular una compensación a una mujer que no tiene un trabajo pagado y que se dedicó gran parte de su vida al trabajo doméstico no pagado. Recalcó que la cuestión fundamental es tener claridad de para qué se quiere la valoración.

▫ *Sobre la forma de cálculo del producto doméstico: naturaleza del trabajo doméstico, medición de actividades simultáneas en el tiempo*

Se hizo mención a que una dificultad de partir del tiempo y ponerle horas a un trabajo que no tiene las limitaciones que tiene el trabajo de mercado es que en el trabajo doméstico es posible hacer una mermelada maravillosa y tardar dos días, pero su valor de mercado no es de 10 horas de trabajo mientras hay mermeladas vendidas en el mercado que valen por ejemplo, una hora. Una alternativa que elimina este problema es no medir el valor por tiempo sino medir por valor de mercado del producto.

Un problema planteado es que cuando se mide el trabajo remunerado para el mercado, supone que si la persona no está desempleada, trabajó aún cuando puede haber estado enferma, en cambio cuando uno mide el trabajo de cuidado de salud de un niño, si es una persona que trabaja, puede haber una superposición de tiempos que no se registran. Si los tiempos se suman nos vamos a encontrar que las mujeres trabajan 42 horas diarias.

Otra participante argumentó que en el caso del trabajo doméstico la superposición de tiempos y actividades es caracterizante. En el tema de salud tiene dificultades metodológicas porque una cosa es tener un bloque de trabajo doméstico y otra cosa es tener la contribución en salud. Si en una hora de trabajo la mujer desarrolla cuatro actividades simultáneas puede resultar que trabaja 40 horas o puede ser que no trabaja sino un cuarto, según el criterio de asignación de tiempo a actividades. Es una dificultad que habrá que mirar, teniendo en cuenta que cuidado no es solamente el cuidado de los enfermos, lo que facilitaría las cosas, sino que es cuidado de los sanos. Una mujer puede estar cuidando a su padre enfermo, a su niño, que lo tiene en la cocina preparando la comida y haciendo la casa.

Una propuesta se refirió a enfocar el tema desde la perspectiva de los productos de salud: tener una población sana, o definir como producto de salud la curación de enfermedades, prevención y

sanación. A partir de ello se definiría una especie de proceso de trabajo, que tiene una parte institucional y que tiene una parte hogareña, pero que se podría medir como proceso sin entrar a la medición exacta de todos los tiempos con los problemas de simultaneidad que ello acarrea. En el tema de salud exclusivamente parece más precisa la medición por el lado del valor del producto.

▫ *Sobre los valores monetarios y otros valores no monetarizables, el paradigma de la economía*

Se expresó la opinión de que al querer visibilizar la contribución de las mujeres en el trabajo doméstico de salud se está forzando a que se introduzca esto que tiene otra lógica, en una lógica que deriva de la propuesta mercantil de las ciencias económicas, naturalizadas como las únicas posibles y que, por consiguiente, no deja incorporar otros elementos que hacen a una visión distinta de la economía, de la sociedad, y de la vida. La construcción y acumulación del conocimiento de género ofrece una tremenda oportunidad de cambio de paradigma, no obstante lo cual estamos siendo forzadas a no modificar el paradigma y a meter como zapato chino esto en la lógica mercantil.

Se sumó a esta postura otra que planteó que cuando uno quiere entrar en una discusión desde el punto de vista monetario no tiene otra opción que calificarla desde el punto de vista monetario. Es un dilema decidir cuáles son las cosas que son relevantes de valorar dentro del trabajo del hogar y se han hecho referencias a ciertos trabajos del hogar que no tienen sustituto de mercado. El dilema es valorarlas de otra manera o ponerles un precio. Un ejemplo de evaluación social de proyectos en términos económicos, en que la gente valía en función de su productividad, llevaba a que el recurso había que asignarlo adonde la política social precisamente indicaba que no quería hacerlo. De estas constataciones propone que es todavía el momento de diferenciar el trabajo que la mujer hace en la casa que sí se puede comprar en otras partes, de una cantidad de protección de la familia, una actividad de reproducción, y que es bueno empezar a separar los dos productos.

La expositora **Cristina Carrasco** opinó que el cambio de paradigma es la clave teórica del conflicto, cambiar el paradigma, después de tantos siglos, es cambiar la concepción del mundo. Se pregunta por qué el trabajo doméstico ha dejado de ser importante, por qué hay que seguir tomando el trabajo de mercado como referente, por qué no cambiar el referente.

▫ *Sobre el instrumental a utilizar, la validez de las cuentas nacionales, búsqueda de indicadores*

Una participante dijo que las cuentas nacionales aportan analíticamente para diferenciar y valorar económicamente el aporte de mujeres y hombres en el tema de la salud, educación, u otro, con todas las limitaciones ya recogidas, y que también hay que avanzar cualitativamente en crear nuevos instrumentos, nuevas categorías de análisis para dimensionar fenómenos que cada vez se han ido complejizando más, como el tema de la salud.

También se recordó que la pregunta inicial, o el tema del taller es la producción familiar de servicios, incluidos servicios institucionales de salud. Es diferente preguntarse cuánto se gasta en servicios de salud que cuánto bienestar se genera con los servicios de salud que se producen. Un ejemplo práctico es cómo incluir el gasto en salud en las líneas de pobreza. O se considera el gasto en salud como una depreciación de capital humano que hay que renovar y se define como el ingreso disponible menos lo que se gasta en salud o se considera una canasta básica de consumo a la cual habría que añadirle el gasto en salud y eso sería bienestar. Son dos concepciones distintas de cómo trabajar.

Un tema relacionado con la concepción de bienestar es cómo buscar un índice de salud de la población o de las familias. Hay un indicador, el índice de masa corporal que toma en cuenta el

tamaño y peso de la gente (IMC), que calculado a nivel de unidad familiar revela diferencias fundamentales entre una familia pobre y una familia de más altos ingresos. El IMC es el potencial que tienen los hogares o las familias de transformar energía ya sea en trabajo, en bienestar, o en placer. En la OPS se está investigando para tener un indicador, ya no por el lado del gasto ni de la producción de servicios, sino un agregado de salud relacionado con el IMC que permita hacer comparaciones entre grupos sociales o entre países del potencial que tiene una familia promedio de transformar esta energía en trabajo o en bienestar.

Una conclusión es que hay que evaluar la situación de salud de los grupos de la población a través del ciclo de vida. Resultados preliminares muestran que los impactos de largo plazo en los problemas de nutrición parecen ser bastante determinísticos en el sentido que una mala nutrición en el comienzo de la vida determina no solamente el potencial de desarrollo, de productividad, de longevidad de la vida, sino todos los riesgos de exposición de enfermedades infecciosas y crónicas. Comparando dos grupos sociales con distintas condiciones iniciales nutricionales, el potencial de desarrollar un IMC es menor, a pesar que consuman lo mismo, si las condiciones iniciales nutricionales fueron desfavorables.

Respecto a la valorización del trabajo no remunerado se pregunta bajo qué categorías de análisis se mira el crecimiento o decrecimiento del indicador en relación con el PIB. Por ejemplo, si hoy día en México el aporte del trabajo doméstico no remunerado equivale a un 22% del PIB y en 5 años más ese aporte es de un 30% ¿Bajo qué prisma valorar eso? ¿Es favorable para las mujeres que aporten gratuitamente cada vez más del PIB, o es cuestionable que haya un traspaso de aporte económico de un lado remunerado a otro no remunerado y eso está ayudando al desarrollo de los países?

La expositora **Cristina Carrasco** coincide en la misma duda sobre la interpretación del trabajo doméstico como porcentaje del PIB, por lo que prefiere los estudios de tiempo interconectados. Por ejemplo, si hoy hacemos tanto tiempo de cuidado o de trabajo doméstico en tal tipo de familia y tanto de trabajo de mercado y, de aquí a 10 años, manteniendo más o menos el nivel de vida, la jornada laboral se reduce manteniendo el salario y eso permite estar más tranquila en casa y dedicar más tiempo a los cuidados, hemos ganado en calidad de vida, hombres y mujeres.

La expositora **María Eugenia Gómez Luna** señaló que las estadísticas de la contabilidad nacional y muchas otras, tienen una aportación muy importante y lo que tenemos que hacer es ir dándoles la vigencia que la vida de la sociedad nos está pidiendo. Para eso las CN tienen flexibilidad, para crear nuevos indicadores. Los esquemas cuantitativos pasados son insuficientes pero son necesarios. El concepto de indicador tiene que responder a un contexto socioeconómico particular. Esto mismo hace que tenga una vigencia, o sea, no todo el tiempo vamos a estar atendiendo la problemática de la natalidad o de la fecundidad o del nivel de crecimiento per cápita, pero tenemos que saber cuándo termina. Y por eso los indicadores, además de decirnos dónde estamos, nos deben decir adónde queremos ir. Si sabemos para qué queremos la información, y cómo queremos actuar con ella, tenemos que saber adónde vamos y la habilidad que debemos aprender es en qué momento tenemos que empezar a generar nuevos indicadores.

▫ ***Sobre la medición del trabajo voluntario***

Se preguntó por la medición del trabajo voluntario, del aporte social que hacen las mujeres a nivel comunitario, no medido ni valorado en la encuesta de Barcelona y sí presentado en la exposición de María Eugenia Gómez Luna. Una participante da evidencias sobre el aporte que hacen las mujeres a los programas sociales, tanto de salud, de educación, etc., a nivel municipal y de su propuesta a los municipios de un indicador para valorarlo en cantidad de horas y monetizarlo, con el propósito de saber cuánto efectivamente es el costo real del programa.

También se aclara que valorar y monetarizar el aporte comunitario de las mujeres es para saber cuánto realmente cuesta un programa social de salud con el objetivo de que haya reconocimiento social a las participantes. Reconocimiento que puede ser un acceso especial a los servicios de salud, o a otros servicios que va a brindar la comunidad de aquí a 10 años más, o espacios formativos desde el área de salud que potencien sus capacidades en la comunidad. Se acota que la validación del voluntariado es un plus para los hombres y no para las mujeres en Chile. Los bomberos son voluntarios y su heroísmo es muy importante en la cultura masculina que no tiene un análogo en la cultura de la feminidad y del cuidado.

Otra participante distingue entre dos tipos de tiempos de trabajo comunitario. Uno que no es reemplazable porque tiene que ver con la participación; participar en las decisiones de la comunidad, del sindicato. No tiene que ver con trabajo, no lo mediría como tiempo. El otro es el trabajo voluntario que es un trabajo que puede ser reemplazado. Es como el de la construcción de las viviendas, que es trabajo gratuito pero perfectamente puede ser otro trabajo, o también evaluar en la comunidad el trabajo que aportan las personas y que podría ser perfectamente reemplazado por trabajo remunerado.

Cristina Carrasco confirma que no se preguntó por el trabajo voluntario en la encuesta de Barcelona porque está poco trabajado y exigiría una reflexión mucho más profunda. Se refirió a algunos estudios sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la participación ciudadana.

María Eugenia Gómez Luna expresa que es necesario tener un indicador sobre lo que es la participación comunitaria porque, como visión de mundo, las decisiones se deben tomar con participación y la asignación de recursos no solamente debe estar dada por el mercado, sino por voces que las personas usen para expresar lo que quieren o lo que necesitan. El trabajo comunitario es muy importante en México porque no solamente lo hacen las ONG, un trabajo voluntario pagado y no pagado, sino que en los programas sociales en particular hay un instrumental que obliga a que la comunidad participe.

En la encuesta nacional de empleo hay unas primeras preguntas generales que son: ¿usted hace trabajo doméstico? ¿cuánto tiempo?; ¿usted estudia? ¿cuánto tiempo?; ¿usted hace trabajo pagado? ¿cuánto tiempo?; ¿a qué otra cosa dedica su tiempo? Se han contabilizado las personas que declararon haber hecho trabajo comunitario, al menos una hora semanal y se calculó el promedio de horas dedicadas a ello. En el período 1995 al 2000, el rango anda en 9,2; 9,3; 9,5. Esta proviene de: uno, que en los programas sociales se exige una participación dos, hay una participación mayor de las ONG que trabajan con mucho trabajo voluntario, y tres, en México la costumbre, parte de la cultura, está dada por el trabajo comunitario.

▫ ***Sobre el costo del cuidado y los/las cuidadores***

Otro tema de discusión fue que, además de medir cuánto trabajo se hace en el hogar y cómo se relaciona con el trabajo fuera del hogar, hay que ver quién se hace cargo de los costos de ese tiempo. En relación con la medición de costos laborales, se encuentra que las mujeres se ausentan más del trabajo. En un estudio de Chile se encontró que las mujeres faltan mucho más por enfermedades propias que los hombres, ya sea porque tienen un mayor desgaste, por trabajo doméstico, porque cuidan más su salud que los hombres, hacen más prevención que los hombres, etc. Pero también porque detrás de las enfermedades declaradas como enfermedades propias de las mujeres hay enfermedad de los hijos. En Chile, las mujeres tienen licencia pagada para el cuidado de hijos enfermos menores de un año, pero para los hijos mayores, ellas tienden a pedir licencias como enfermedad propia. El costo se da porque las mujeres tienen que tomar licencias no pagadas

para atender al hijo o el costo se da porque las mujeres tienen más licencias y entonces se considera que las mujeres son trabajadores menos confiables.

La expositora **Cristina Carrasco** señaló que hay un problema más profundo de organización de la sociedad. Considerando que la pirámide poblacional tiene un porcentaje importante de menores, de personas mayores, ancianas, enfermas y de personas minusválidas, la población en edades activas es sólo una parte de la población que tendría que cuidar a todos los demás. Este es problema de la sociedad en su conjunto. El problema es cómo organizar la sociedad para que toda esta población dependiente esté más o menos bien cuidada. Como esto no se plantea y se dice que estas son cosas de mujeres, se ha traspasado el problema a las mujeres que lo asumen dependiendo de las condiciones de cada país. En España las mujeres han reducido drásticamente el trabajo doméstico: cayó la fecundidad a 1,1 la menor de todo el mundo, hasta ahora se ha echado de mano a las abuelas, los trabajos a tiempo parcial, las casas se limpian menos. Todo esto es el resultado de que la sociedad en su conjunto, instituciones, hombres, mujeres, asociaciones, no quiere asumir que el principal problema es que la mitad de la población no es capaz de cuidarse a sí misma. Mientras no se resuelva ese conflicto hay que ver qué parte se asume en el hogar, cómo hay que organizar los horarios, para que padre y madre puedan asumir todos estos cuidados.

María Eugenia Gómez Luna se refirió al trabajo de las maquiladoras en México, donde los costos de la ausencia laboral eran asumidos por ellas. Si faltaban, por ej por enfermedad del hijo, ellas aseguraban que el patrón las recontrataría nuevamente y ellas recuperarían ingresos con horas extras de trabajo. Con los paradigmas hasta ahora reconocidos por los gobiernos y por la sociedad, existen pocas posibilidades de que todos sean beneficiados de manera equitativa y si no se estudian estas presiones se profundizarán ciertas desigualdades y la falta de equidad en otros terrenos.

Una participante preguntó si en las encuestas se recogió información sobre el desgaste que produce a la mujer la atención de enfermos en el hogar.

Cristina Carrasco consideró que esa parte mucho más personal, psicológica, de salud debería ser captada en otro tipo de encuestas. **María Eugenia Gómez Luna** expresó que además de la evaluación del trabajo doméstico de orden económico y socioeconómico habría que buscar y complementar con otros indicadores para medir qué pasa con los valores y las creencias, con las enseñanzas de vida. Otros indicadores que tienen que ver con que la mujer se cansa más, tiene enfermedades que son consecuencia de un estrés más permanente. Abrir el panorama para no perder ni uno ni otro aspecto.

La moderadora cerró el panel puntualizando que al planteamiento de problemas de salud y los esquemas generales expuestos en la mañana se agregó en este panel una profusión de ideas, de posibles metodologías y de problemas que quedan pendientes. Reivindicó el tema de la convocatoria, que es el de las CN, y manifestó que hay que aprovechar sus posibilidades, sus flexibilidades, expuestas en el primer panel, reconociendo que las decisiones que hasta ahora se han tomado y que son normas de las CN, tienen un grado de arbitrariedad que deja abiertas las posibilidades para reivindicar los intereses de género y salud en las CN.

TERCER BLOQUE. EXPERIENCIAS DE CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y CONSIDERACIÓN DE ASPECTOS DE GÉNERO

En el tercer bloque se examina la propuesta de OMS para las Cuentas de salud y experiencias metodológicas sobre cuentas de salud en Panamá y Chile considerando cómo incorporar perspectiva de género en ellas.

Las Cuentas Nacionales de Salud y la problemática de género en la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Patricia Hernández. OMS, Ginebra⁴

La expositora presentó la experiencia y el modelo de OMS y sus posibles aplicaciones al estudio de género.

La OMS ha estado realizando un esfuerzo por tratar de sustentar la toma de decisiones en evidencias. Los programas de OMS en general han tratado de aprovechar que los países mejoren sus sistemas de información y mejoren sobre todo el aprovechamiento de la información existente en la toma de decisiones. Se ha construido un modelo para la evaluación del desempeño en el cual las CN han sido una aporte menor pero están participando. El programa de trabajo desde CN es apoyar que los 191 países estados miembros de la OMS dispongan de CN y que puedan aplicar la información a sus decisiones y a sus procesos de políticas.

Dentro de este marco se describe el modelo, cómo se está conceptualizando, cuáles pueden ser las aplicaciones a los estudios de género y, como conclusiones, cuáles son los retos y los procesos que tendrían que realizarse para avanzar en esta línea de trabajo.

Las CN desde que nacen están destinadas a apoyar la toma de decisiones. En el siglo XVII se empiezan a aplicar a la toma de decisiones para la guerra. Luego está la experiencia de la postguerra en el primer modelo que se presenta por NU y que refleja la preocupación por el crecimiento económico, por el empleo, por la inflación. Los indicadores van evolucionando desde el PIB y sus componentes público y privado hacia las CN actuales que tienen una mayor riqueza de indicadores. En la revisión de 1993 van complejizándose los indicadores y se plantea por primera vez que la complejidad de cada una de las ramas productivas ya ha llegado a ser tan grande que conviene hacer análisis satélite para resolver las problemáticas sectoriales. Se plantea el nacimiento de lo que son hoy las CN de Salud, que en su primera época tratan de responder a las preguntas: ¿quién paga por los servicios del sistema? ¿cuáles son los bienes y servicios que se presentan en el sistema y quién se beneficia de ellos?.

Los antecedentes del modelo de OMS están en las experiencias internacionales de más larga duración y se han estado aplicando en los últimos 20 años: la contabilidad y los estudios de la OECD, que tienen el eje y la continuidad más largos en la historia de CN de Salud, la experiencia de EEUU que tiene una continuidad y una experiencia amplia, siendo la más sistemática la aplicación a través del proyecto PHR, aplicado en AL, en Asia y en Africa y los trabajos de México con la CN de Salud.

La problemática de los sistemas que se busca apoyar a través de la contabilidad ha cambiado y ahora el tipo de preguntas a responder sería: ¿qué factores explican el crecimiento del gasto? ¿Es apropiado el gasto actual? ¿Por qué los niveles de gasto y los resultados no se corresponden?

⁴ Exposición basada en una ponencia de Patricia Hernández y Jean Pierre Poullier, OMS

¿Cómo puede reducirse el desperdicio de los recursos en el sistema de salud? ¿Cuáles son los incrementos en eficiencia que se lograrían al hacer una modificación en la composición del gasto? Estas preguntas, que son las que actualmente se están trabajando empiezan a tener además una 3ª aproximación en cuestiones mucho más específicas como los gastos por SIDA, o lo de género que está empezando a surgir.

La OMS está proponiendo un modelo cuyo propósito es analizar los flujos económicos en el sistema. Para ello, trata de representar los sistemas de salud en la contabilidad haciendo una modelización de cada uno de ellos. Para que sea apoyado a nivel mundial se trata de evitar el tener estándares múltiples, compatibilizándose con OECD aunque no se está replicando totalmente su modelo.

El modelo trata de cumplir con los atributos de la CN, es decir que sea integral, que sea oportuno, que sea enfocado en la pertinencia política. Se incluye cualquier tipo de ambiente institucional ya sea público privado, centralizado, descentralizado. Quedan integrados todos los procesos de asignación de recursos, cualquiera que sea su modalidad, y todos ellos son tipificados y clasificados en los sistemas. Se busca que todas las transacciones que se realizan en el sistema queden incluidas independientemente del tipo o calidad que tengan, incluso las no mercantiles. Aquí se podría ver cómo considerar el trabajo no pagado de la mujer y ya se está tratando de incluir la valoración del trabajo voluntario.

El ámbito de estudio es acotado, las clasificaciones de cada uno de los componentes se realizan en función de una serie de categorías que representan los momentos críticos del flujo de recursos como: fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, los proveedores de bienes y servicios, las funciones de gasto que serían los bienes y servicios producidos, los insumos o categorías presupuestarias, que es el uso de los recursos al interior de las unidades productivas, y sobre todo los beneficiarios. Se proponen cuatro tipos de categorizaciones para ellos: la dimensión espacial; la demográfica en donde se sugiere la clasificación por edad y sexo; la distribución socioeconómica y las necesidades aparentes en donde quedarían cubiertos los tipos de diagnóstico, aprovechando la clasificación internacional de enfermedades y algunas intervenciones importantes.

Se trata de que las clasificaciones sean el eje de comparación internacional y a través del tiempo para la propuesta, de manera que sea manejada lo más sistematizadamente posible pero al mismo tiempo permitiendo una flexibilidad a través del nivel de desagregación de acuerdo a las condiciones de cada uno de los sistemas de salud que esté aplicando el modelo.

Las aplicaciones de las CN serían, en primer lugar, para identificar áreas de intervención potencial. Esta problemática de las intervenciones potenciales puede darse tanto por la detección de inadecuaciones entre los insumos y los productos generados, el uso no óptimo de los recursos que pueda detectarse, el insuficiente aprovechamiento de las escalas de producción a la hora de que los sistemas van creciendo y el sobre o sub financiamiento de algunas intervenciones o de algunos agentes. Por ejemplo, se encontró en México que la falta de coordinación en los gastos para acciones de nutrición, era clave para decir que había muchísimos recursos en ese ámbito con un resultado no deseable. En segundo lugar, las CN estarían dando el sustento para proponer soluciones alternativas a los problemas de financiamiento o incluso simular efectos potenciales para prever cuáles podrían ser los efectos deseables e indeseables de un cambio en el manejo de los recursos, así como para dar seguimiento y evaluación a las intervenciones en proceso.

Directamente se busca sustentar la movilización de recursos, la asignación de recursos, el volumen y la composición de bienes y servicios para los grupos beneficiarios y la distribución de beneficios de acuerdo a las características y necesidades de los grupos de población. Cada uno de los sistemas

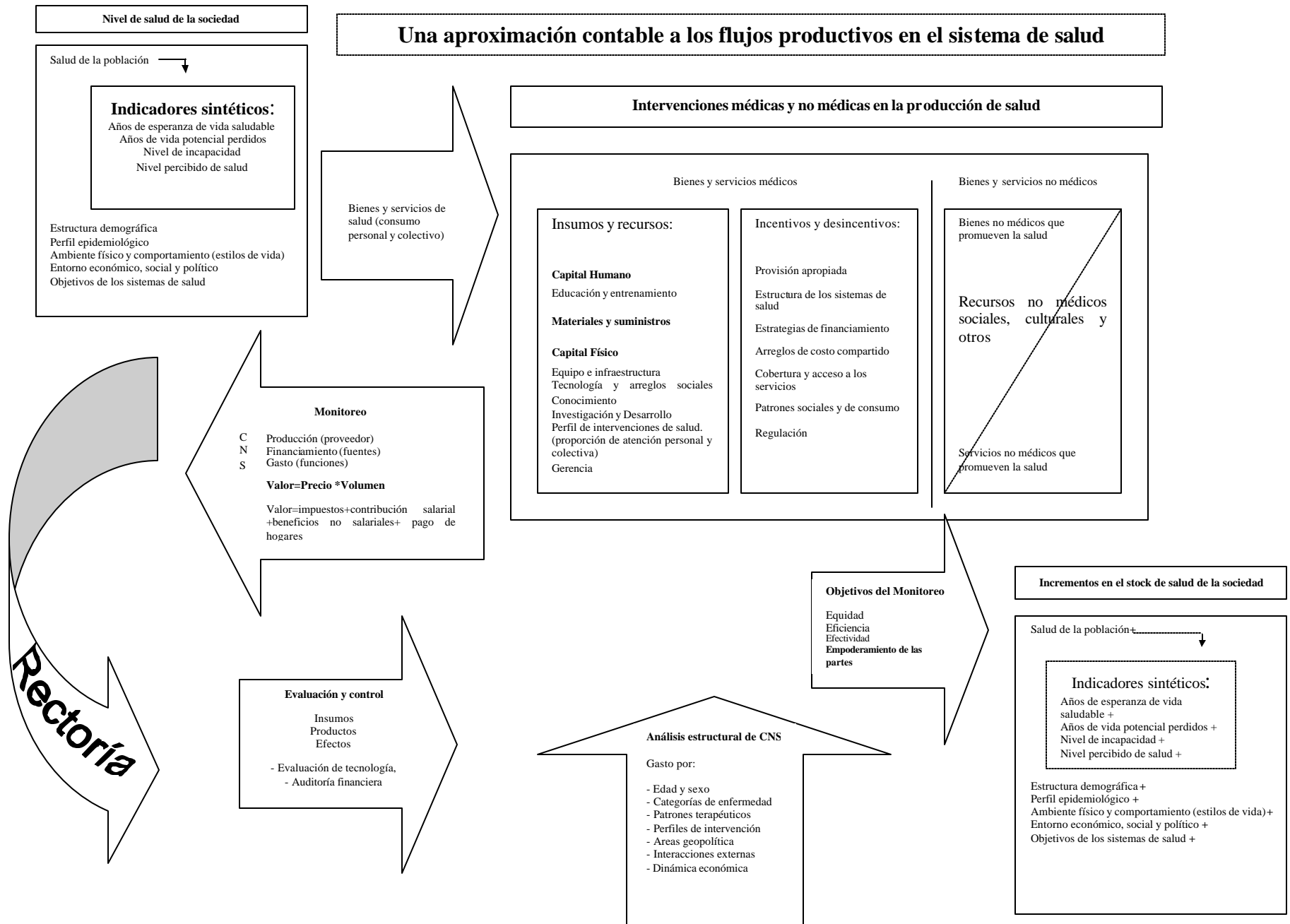
tiene una serie de objetivos en los cuales todas estas decisiones tendrían que tener una contraparte de estudios como los de equidad, los de eficiencia, los de efectividad o de empoderamiento.

El esquema de la página siguiente “**Una aproximación contable a los flujos productivos en el sistema de salud**” tiene en la parte superior izquierda un cuadro que marca un stock de salud en la población y que después del contacto con los servicios de salud se espera que haya un stock aumentado. El stock está distribuido de acuerdo a las características y condiciones de la población y es captado de acuerdo a las características de los indicadores que lo están midiendo, llamados indicadores sintéticos. El mejoramiento del stock de salud estaría dado por varias condiciones:

- que haya un contacto entre el sistema de salud y la población, a través de servicios personales directos o servicios colectivos
- la forma como se usan los recursos (representada por el gran rectángulo central), es decir que la calidad y condición de los servicios estaría dada por el tipo de recursos como por la organización y los arreglos que se dan en su interior y que tratan de ser reflejados también en las CN y servirían de base en un sistema de monitoreo.

Este monitoreo apoya los procesos de rectoría que se esperan de los sistemas de salud y que dan apoyo a todo el proceso de evaluación respondiendo a los objetivos de equidad, eficiencia, efectividad y empoderamiento de las poblaciones. Se asume que la contabilidad nacional permite ampliar la transparencia en todo el manejo financiero y de todos los recursos del sistema.

RELATORÍA DEL TALLER INTERNACIONAL CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y GÉNERO
Santiago de Chile, 18 y 19 de octubre de 2001

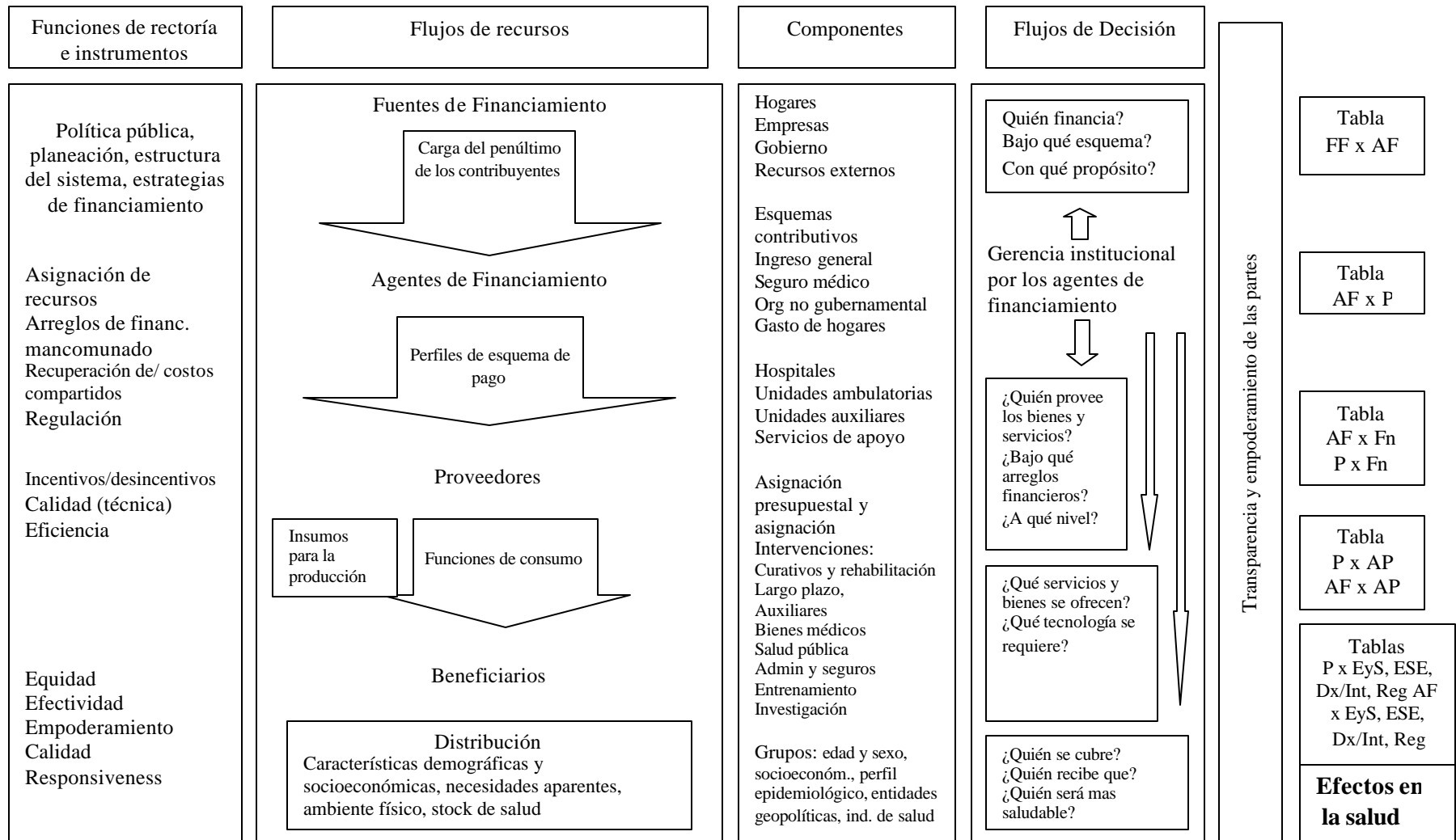


El diagrama **“Flujos de financiamiento y decisión en los sistemas de salud contemporáneos: una representación de CNS”** representa el modelo de cuentas. En la primera columna están las funciones de rectoría que tienen que hacer los servicios de salud, en la segunda columna está el flujo de recursos en el cual se ha esquematizado los momentos considerados clave y en la otra columna cada uno de los componentes que acompañan a estos momentos en estudio. En la última columna están los flujos de decisión que reflejan algunas de las preguntas claves del análisis en cada uno de esos momentos. Finalmente están las tablas o matrices para la captación y la estimación anual de cada uno de estos momentos.

Se trata de llegar a los efectos de la salud considerando el flujo total desde que empieza, generalmente con los aportes de los hogares, hasta que se recibe, otra vez en los hogares. La idea es que se cubriera integralmente el flujo con información, con todas sus clasificaciones, aunque se sabe que no todos los países tienen ni los recursos ni la información para ello.

Los principios de la estimación se apegan lo más posible al SCN 93. Las estimaciones son anuales aunque se espera ir construyendo bases de datos igual que en la OECD, a lo largo del tiempo. Se cubren todas las transacciones, se registran y se clasifican sistematizadamente. Se restringe la medición de salud a todas aquellas acciones o recursos que son aplicados con el objetivo primario de mantener, recuperar o elevar la situación de salud tanto de individuos como de poblaciones o colectivos. Hay una vigilancia en la nomenclatura y las clasificaciones estandarizadas. Se trata de que las mediciones sean en unidades monetarias nacionales, aunque también se hacen comparaciones a través de las paridades de compra internacionales, y de tener la mayor parte de las valoraciones a precios de mercado.

**Flujos de financiamiento y decisión en los sistemas de salud contemporáneos:
una representación de CNS**



El modelo de OMS tiene un primer avance básico sobre lo que sería el trabajo en género, que tiene que ver no tanto con género como con sexo.

Clasificación de las CNS	Enfoque útil existente en la propuesta de CNS por la OMS	Enfoque factible de ajustarse en la propuesta de CNS de la OMS
Fuente de financiamiento		<ul style="list-style-type: none"> • Desglose de gasto directo por sexo, mujeres jefes de hogar y categorías afines según lo permitan las encuestas de hogares de los países • Desglose de las contribuciones a la seguridad social por sexo, como trabajadoras y como derechohabientes voluntarias
Proveedores		<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones con papel específico así como centros de atención materno-infantil
Insumos presupuestales		<ul style="list-style-type: none"> • Desglose de gasto en salario por sexo • Desglose de gasto en medicamentos trazadores
Funciones de salud	Programas de salud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de recursos según funciones por sexo (servicios personales y colectivos) • Recursos en intervenciones con enfoque especial o trazadoras • Atención a la salud en los hogares
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> • Por grupos de edad y sexo • Por patología e intervenciones selectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por nivel socioeconómico. Cruce hasta por tres categorías y grupos selectivos de población.

En la columna del medio está lo que hay ahora. En la función de salud se podría establecer cuáles son los programas de salud de la mujer y cómo están los recursos funcionando en ellos: de dónde viene, en qué magnitud, qué proporción per cápita, etc., y los grupos de beneficiarios por edad y sexo, por patología e intervenciones selectivas.

De acuerdo con el modelo y sin mucha modificación se puede elaborar un enfoque ampliado en el cual se identificaría por sexo las fuentes de financiamiento. También es posible manejar una aproximación a través de proveedores o de insumos, ampliar las funciones y ampliar el análisis de los beneficiarios.

Las contribuciones para el estudio de género serían, en primer término, diferenciar los recursos aplicados a la salud entre varones y mujeres en los principales grupos de edad. Es un objetivo que se puede alcanzar por lo menos en algunos grupos seleccionados como infancia, salud reproductiva y vejez. También es posible presentar los recursos en función de la atención con enfoque especial hacia las mujeres.

Para el caso de género se puede aspirar a tener algún indicador tan sencillo como gastos catastróficos en hogares encabezados por una mujer y hacer un tipo de mapeos, por lo menos a nivel estatal para algunos de los países. En un análisis preparado por estado para el caso de México se relaciona el gasto y cada uno de los componentes del gasto per cápita con el nivel de transición epidemiológica. La distribución es totalmente opuesta a lo que se esperaría: hay más recursos donde hay menos necesidad.

La base para trabajar en materia de género está dada con este enfoque. Existe un compromiso institucional para el manejo de la equidad y para el desarrollo en el cual tendría que ampararse el enfoque de género, incluyendo además una preocupación por la eficiencia y por la efectividad. La

transición epidemiológica y demográfica son el sustrato en el cual sustentarse para ampliar y desarrollar este enfoque. Partir simplemente del análisis por grupo de edad y sexo, operacionalizarlo y ampararse en el proceso de las CN que están desarrollándose en muchos de los países.

Se enfrenta una serie de retos. OMS ha previsto ante todo obtener información sobre la distribución de bienes y servicios en la población por grupos de edad y sexo que cubran a todas las instituciones. Hay muchos países donde estos reportes de producción existen, pero el problema es que no existen ni en todas las instituciones o existen para diferentes grupos de edad con diferentes clasificaciones, diferentes categorías etc. El reto está en sistematizar estos registros. Otro es cumplir con el seguimiento al ciclo de vida de la mujer o por lo menos con algunos de los grupos de edad más importantes. Eso es el meollo de trabajo al cual se enfoca OMS, con y sin enfoque de género.

Para ampliar al marco de trabajo potencial o factible mencionado, se presentarían algunos retos conceptuales como decir, de acuerdo a la metodología de OMS, qué es lo que entra dentro de gasto de salud y qué es lo que no entra. Por ejemplo, dentro del trabajo que realiza la mujer dentro de los hogares, cuál sería sobrevivencia y cuál sería salud. Habría que ajustar también denominadores a los cambios y habría que analizar las experiencias de Europa. Hay algunos países donde se está dando subsidio a las familias que están cuidando a sus enfermos en su casa y esa es una manera de expresar monetariamente algo de este esfuerzo, es una forma de medirlo, de cuantificarlo y de valorarlo. También habría que diferenciar entre las condiciones heterogéneas de las mujeres. Y por último empezar a promover los estudios de empleo.

El tipo de procesos para operacionalizar esto están muy relacionados con que se mantengan los estudios a profundidad que se están realizando, porque con base en ellos se pueden establecer indicadores y niveles de análisis deseables, necesarios, relevantes, que son los que tendrían que orientar los estudios poblacionales. Por ejemplo, para ampliar una encuesta de hogares tendría que hacer muy selectiva la selección de información a cubrir, tendría que ser resultado de un trabajo muy depurado alcanzado a través de estos estudios a profundidad muy específicos. También habría que estar manejando un sistema de difusión de los resultados, de las bases de datos generadas y demás, para que el tema se mantenga siempre en discusión y en agenda. El diseño de esta estrategia conceptual y metodológica tiene que ser a partir de un proceso de discusión y de ajuste, similar al que se ha realizado para otras áreas del modelo. Es necesario generar una corriente de interés y discusión permanente que maneje los resultados.

En conclusión, las CN evolucionan con las necesidades de decisiones de los sistemas de salud; actualmente hay una oportunidad para trabajar en este campo; se requiere de los avances tanto conceptuales como de consenso para ampliar esta oportunidad; se necesita también que se mantenga el trabajo en los estudios específicos y su difusión y discusión de resultados para la identificación de indicadores pero también de posibles intervenciones que proponer y que OMS seguirá dentro de su marco trabajando en la equidad para la asignación de los recursos, la efectividad del gasto, la eficiencia en la producción de los servicios de salud para los grupos de edad y el empoderamiento a través de la transparencia financiera. Esa es la idea del trabajo que realiza OMS y su compromiso.

Experiencia de Panamá en la recolección de datos para la construcción de una Cuenta de Salud con perspectiva de género

Markela Castro.
Contraloría General de la República.
Panamá.

Se expone la propuesta de la Contraloría General de la República, en la Dirección de Estadísticas y Censos (DEC) de Panamá para la elaboración de una Cuenta de Salud. Consta de unos antecedentes generales, el marco central, la parte metodológica de las CN, un resumen muy sencillo de las cuentas satélite (CS) y una sugerencia para lograr la cuenta del sector salud, las fuentes de información y algunas conclusiones y recomendaciones.

En el caso de Panamá se han hecho esfuerzos para medir la contribución de las áreas revertidas del canal de Panamá a la economía y se inició la elaboración de la cuenta satélite de turismo. En el sector salud hay un pequeño avance y también se están haciendo estudios para calcular el aporte del sector marítimo porque es uno de los sectores que tiene una gran importancia para la economía panameña.

Desde la Contraloría General se ha propuesto a la DEC que elabore una cuenta de salud con las características de suministrar información adicional del sector, que permita la toma de decisiones más oportunas, donde se utilicen conceptos y clasificaciones directamente relacionadas con el sector, que se permita detallar la cobertura de la producción, los costos y los beneficios de las actividades humanas y de salud, que se facilite el análisis del sector salud en el contexto de la economía nacional global y que permita la coordinación de las estadísticas sectoriales y nacionales.

El sector salud está formado por las actividades que desarrollan las empresas privadas, las instituciones públicas, las ONGs destinadas a la prestación de los servicios de salud humana, incluyendo aquellas unidades que tienen responsabilidades de regular y dictar normas para el desarrollo de actividades relacionadas con la preservación de la salud y la vida de la población.

En la parte relacionada con la producción de servicios de salud es importante determinar las unidades de producción clasificadas de acuerdo a su actividad principal, los establecimientos homogéneos y aquellos no homogéneos verlos desde el punto de vista de los productos principales que producen. De allí pasar a la clasificación de actividades de acuerdo a la CIU, cuando se refiere a actividades características que son las actividades principales del sector, luego clasificar las actividades conexas, o sea todas aquellas que contribuyen a la prevención y conservación de la salud y a mejorar la prestación de los servicios. Luego están las actividades auxiliares, que son las dedicadas a producir servicios para el propio establecimiento o para establecimientos de la misma unidad institucional que generalmente no se destinan a la venta. En la Cuenta Satélite de Salud se pueden identificar claramente como actividades auxiliares los servicios intermedios como los laboratorios clínicos, los radiológicos, aquellos que se consideran actividades que son prestadas para el mismo servicio o para la misma actividad principal pero que realmente no se venden.

Los productores se clasifican como productores característicos y otros productores. En el caso de los productores característicos se dividen en productores de mercado y productores no de mercado, clasificándolos de acuerdo a las categorías como productores principales, secundarios y auxiliares. Los productos de los servicios de salud se clasifican también en característicos, conexos y otros productos.

También es necesario clasificar los usuarios beneficiarios, que en el caso de la salud generalmente son los consumidores, los inversores o los receptores que adquieren bienes y servicios y que además reciben transferencias. Estos se clasifican en productores de mercado, productores no de mercado, gobierno, hogares como consumidores y resto del mundo. En una cuenta satélite de salud los beneficiarios más importantes son los hogares por lo que es conveniente disponer de información detallada o de acuerdo al sexo del jefe del hogar, a la ubicación geográfica, al nivel de ingreso, al nivel educativo, al sexo y la edad de los integrantes, algunas otras características de tipo económico que permitan desglosar posteriormente la información.

En el caso de una CS vista desde la perspectiva de las CN el gasto en salud es todo aquel gasto que se realiza en actividades relacionadas directamente con la vigilancia, el mantenimiento y el mejoramiento de la salud de la población. Esto realmente requiere la determinación del gasto de las unidades residentes en productos específicos del sector salud separando lo que es el consumo final, el consumo intermedio, la formación de capital, las transferencias, etc.

En Panamá se hicieron algunos esfuerzos dirigidos a estimar los recursos disponibles para prestar los servicios de salud por parte del sector público desde la perspectiva presupuestaria. Los resultados que se tienen son: indicadores del gasto del sector público en salud. Se han hecho algunos intentos de incluir el gasto del sector privado pero los datos no permiten hacer una estimación muy completa de este gasto.

En lo que se refiere a las fuentes tradicionales de información, se ha iniciado su análisis con la creación de una Comisión Interinstitucional que ha conformado el Ministerio de Salud, con la participación de la Caja de Seguro Social, el Ministerio de Economía, la Dirección de Estadísticas y Censos de la Contraloría General. Por ejemplo, ¿qué producen los censos nacionales y qué puede ser utilizado para la estimación de la cuenta del sector salud? En este caso se han analizado los resultados de los Censos de Población y Vivienda que entregan información generalmente sobre las características de la población, las viviendas y que permiten disponer de informaciones sobre las condiciones socioeconómicas de todos los niveles de desagregación geográfica. Esta información va a ampliar el análisis desde el punto de vista de los cruces que los analistas requieren para hacer una cuenta de salud. Con base en esta información, por ejemplo, se puede calcular la producción de los servicios de salud en el hogar.

Luego está la información de los censos agropecuarios que permite obtener información sobre el tiempo que utilizan las personas dedicadas a las actividades agropecuarias para el cuidado de la familia y para el cuidado de los enfermos en el hogar.

Los censos económicos son investigaciones destinadas a recabar la información de las actividades económicas de los establecimientos y empresas, incluyendo aquellas unidades del sector privado que generalmente se dedican como actividad principal a producir servicios de salud, ya sea como actividad característica, como actividad conexas o como actividad auxiliar. Esta es la base para disponer de información sobre la producción de los servicios de salud del sector privado incluyendo las ONG.

Luego están las encuestas, encuestas especiales como las de ingresos y gastos de los hogares, las de condiciones o niveles de vida de la población, que suministran información de suma importancia para calcular la producción y el consumo de los servicios de salud inclusive desde la perspectiva de género. Estas encuestas especiales, incluyendo las encuestas de salud, son las que brindan la información más desagregada para elaborar cuentas desde la perspectiva de género y son las que van a permitir, por lo menos en el caso de Panamá, trabajar con mayor información. Además son muy flexibles a la inclusión de variables que se requieran porque son encuestas diseñadas específicamente para un aspecto especial.

Luego están las encuestas regulares, destacando las encuestas de hogares que permiten disponer de las características de la población económicamente activa y la población no económicamente activa y que, quizás con alguna pregunta muy corta, podrían dar luces para obtener más información que permita ampliar esa perspectiva de género que queremos disponer para elaborar una cuenta del sector salud.

También están las estadísticas continuas, que generalmente en los sistemas estadísticos de los países se incluyen estadísticas sectoriales, algunos indicadores para el análisis, la formulación de políticas y la toma de decisiones, pero cuya clasificación y detalle generalmente no se relaciona con las necesidades de información. Dan origen a datos muy importantes pero no llenan las expectativas de aquellas personas interesadas en construir CS. Sin embargo habría que prestarles más atención y lograr la reunión entre los productores y los usuarios de esa información para producir la información que realmente se requiere, no aquella que se acostumbra a producir y que no está sirviendo a las expectativas de los analistas. Lo mismo ocurre con las estadísticas del sector salud que se basan en las cuentas administrativas que tienen a su disposición y que generalmente recopilan datos físicos sobre la gestión de los servicios de salud, dando margen a la producción de indicadores de cobertura, de control de enfermedades, de morbilidad, de mortalidad, de atención de hospitales, etc y de otros servicios que provee el Estado incluyendo la información presupuestaria y contable de los recursos que destina el Estado a la atención de los servicios de salud.

En el caso de Panamá, las autoridades tanto en el Ministerio de Salud como en la Contraloría, en la DEC, han mostrado un interés en la elaboración de una cuenta del sector salud, no solamente como cálculo del gasto y el financiamiento, sino también como la elaboración de una cuenta satélite. La intención es iniciar este trabajo desde la perspectiva de género inmediatamente.

Se observa que, aún cuando se dispone de mucha información, la principal limitante es la falta de información pero por no saber cómo utilizar la información que existe y que está disponible. Otra limitante que ha existido es la falta de un manual metodológico más específico, basado en lo que recomienda el SCN 93 y que contribuya a que el propio país pueda elaborar un manual de procedimiento más relacionado con las necesidades. Esto incluye la elaboración de los clasificadores de las actividades y de los productos de acuerdo a las clasificaciones internacionales.

Las autoridades podrían tomar mejores decisiones si disponen de una cuenta satélite del sector salud que, con la perspectiva de género, va a producir una mejor información. Pero para ello hay que enseñarle a las autoridades cómo utilizar esa información y, por lo tanto, se propone la elaboración de un manual metodológico, que no solamente deje claro cuál es la metodología para construir esa cuenta, sino que deje claro también cuál es la utilidad de esa cuenta del sector salud.

Fondo Nacional de Salud. Chile: Fuentes de financiamiento y destino de los recursos de Salud
Alfredo Román Marchant,
Jefe del Departamento de Finanzas y RRPP,
FONASA, Chile.

Se expone el trabajo de Chile, elaborado por FONASA por encargo del Ministerio de Salud, en el cual se ha trabajado desde hace 8 meses y se ha contado con apoyo de OPS. La exposición describió el sistema utilizado y la obtención de información para luego analizar los resultados obtenidos.

Se definió una matriz de fuentes y usos de fondos y se inició el estudio con la identificación de aseguradores, de las fuentes de financiamiento y de los prestadores, para luego proceder a consolidar los gastos.

Los aseguradores son: el Fondo Nacional de Salud, FONASA, que constituye el seguro público de Chile, los aseguradores privados ó Isapres (Institución de Salud previsual), el sistema de seguros que cubre los accidentes del trabajo (Mutuales) y las Fuerzas Armadas y de Orden (FFAA).

Las fuentes de financiamiento son: los impuestos generales de donde proviene el aporte fiscal al sistema, las cotizaciones obligatorias de cargo del trabajador que corresponden al 7% del sueldo imponible ya sea asegurado del sistema público o privado, el aporte de las empresas de 0,95% del sueldo imponible que financia solamente los accidentes del trabajo, los aportes municipales para la salud municipalizada y el gasto de bolsillo de las personas compuesto por copagos, gasto en farmacia y gastos directos. Estas fuentes forman las columnas de la matriz.

Los prestadores de atenciones de salud son: hospitales y consultorios del sistema público de salud, hospitales y clínicas privadas, hospitales de accidentes del trabajo, hospitales de las FFAA y los profesionales independientes de la salud.

La población se reparte en un 65% asegurada por FONASA, 25% por las Isapre y entre 3 y 4% por las fuerzas armadas.

Se recopiló la información según las fuentes indicadas en detalle y se consolidaron gastos como las compras de servicios por hospitales públicos o la bonificación que paga FONASA a sus asegurados cuando se atienden en el sector privado. (Sistema de libre elección)

Las filas de la matriz están compuestas por los destinos de los recursos, que son:

- **Bienes de salud pública:** financiamiento de las acciones de salud que cubren a toda la población (campañas sanitarias)
- **Sistema público de salud:** incluye las prestaciones no pecuniarias, en la modalidad institucional y en la de libre elección, y las prestaciones pecuniarias que son los subsidios de incapacidad laboral. También incluye el gasto de administración del seguro público y de otros prestadores estatales así como el gasto en farmacia de los hogares, directamente dado por FONASA o recetado a los que fueron atendidos en el seguro público.
- **Sistema privado de salud:** hospitales y clínicas privadas, profesionales independientes de la salud. Incluye los subsidios de incapacidad laboral que otorgan estas aseguradoras privadas y gastos en farmacia de los hogares y también los gastos de administración y utilidades de las aseguradoras privadas. (Isapre)
- **Sistema de mutuales:** establecimientos vinculados a las tres mutuales existentes.
- **Sistema Fuerzas Armadas y de Orden:** hospitales y gastos en farmacia de los hogares

Los resultados se presentan en la siguiente matriz que muestra un consolidado de gastos en salud según destinos en las filas y según fuentes de financiamiento en las columnas. El expositor describió y aclaró los contenidos de las cifras presentadas resaltando los siguientes comentarios:

El gasto en salud pública incluye el pago de subsidios maternales a trabajadoras. El gasto consolidado en salud representa un 7,8% del Producto Interno Bruto. Desde el punto de vista del financiamiento el mayor esfuerzo directo lo hacen los ciudadanos a través de las cotizaciones y gastos de bolsillo que representan el 69,5% del gasto total.

Desde el punto de vista del destino del gasto, el sistema público lleva el 41,5% y atiende al 65% de la población. El sistema privado concentra a la población de mejores ingresos, cuyo monto global de cotizaciones es mayor y obtiene relativamente más gasto por beneficiario.

También se producen diferencias al interior de las FFAA, donde los carabineros son más numerosos y tienen una proporción menor del gasto.

RELATORÍA DEL TALLER INTERNACIONAL CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y GÉNERO
Santiago de Chile, 18 y 19 de octubre de 2001

ESTRUCTURA DE CUENTAS NACIONALES SECTOR SALUD CHILENO AÑO 2000 (Millones de Pesos Corrientes)										
Sistemas de Salud	Aporte Fiscal	Aporte Municipal	Aporte Empresas	Cotizaciones		Gasto de Bolsillo			Otros	TOTAL (MM\$)
				Público	Privado	Copagos	Farmacia	Directo		
Bienes de Salud Pública	152.129									152.129
Gasto Autoridad Sanitaria	6.250									6.250
Bienes de Salud Pública	63.578									63.578
Instituto de Salud Pública	6.336									6.336
FUPF: Subsidios maternos	75.965									75.965
Sistema Público	433.489	38.391	5.341	398.906	40.968	114.939	127.361	1.867	60.947	1.222.209
Modalidad de Atención Institucional	362.925		5.341	190.128	23.416	12.163		1.867	58.847	654.687
APS Municipalizada	69.664	38.391		37.014						145.069
Modalidad Libre Elección				86.699		102.776				189.475
Subsidio de Incapacidad Laboral				72.598						72.598
Gasto Administración FONASA				12.467						12.467
Hosp. Clínico J.J. Aguirre	900				17.552				2.100	20.552
Gasto en Farmacia Hogares							127.361			127.361
Sistema Privado	11.898	0	15.539	0	642.279	200.916	151.826	311.662	0	1.334.120
Hospitales, Clínicas y Profesionales	9.255		15.539		387.348	200.916		311.662		924.720
Subsidio de Incapacidad Laboral					105.430					105.430
Gasto en Farmacia Hogares							151.826			151.826
Seguros Isapre: gastos administración	2.643				149.501					152.144
Sistema Mutuales			163.429							163.429
Mutual			55.625							55.625
A.CH.S.			85.382							85.382
I.S.T.			22.422							22.422
Sistema FF.AA. y Orden	18.348			46.031			9.032			73.411
Ejército	5.286			13.261						18.547
Armada	7.006			17.576						24.582
Fuerza Aérea	3.285			8.242						11.527
Carabineros	2.771			6.952						9.723
Gasto en Farmacia Hogares										9.032
TOTAL	615.864	38.391	184.309	444.937	683.247	315.855	288.219	313.529	60.947	2.945.298

Finalmente, los desafíos futuros son los siguientes:

- a) Suscribir convenios de colaboración con las instituciones que tienen la información.
- b) Institucionalizar el Sistema de Cuentas Nacionales en el sector para lograr continuidad de los cálculos.
- c) Conformación de un equipo multidisciplinario con dedicación exclusiva en forma de grupo de trabajo y de apoyo, para avanzar en la desagregación del gasto y derivar en una etapa posterior en el cálculo de las cuentas satelitales de salud.
- d) Perfeccionamiento de la captura de los datos para mejorar el sistema de información.
- e) Calcular una cuenta de producción, valorizando algunas prestaciones.
- f) Avanzar en la implementación de cuentas regionales.
- g) Establecer las bases para que cada uno de los desafíos anteriores contemple el tema de género como una de las variables relevantes.

La moderadora realiza una síntesis de lo presentado en el tercer bloque señalando que la primera presentación expuso las cuentas nacionales de salud con la metodología de gasto y financiamiento usada en muchos países de la región. Dio cuenta también de las investigaciones, preocupaciones y esfuerzos que se están haciendo en la OMS para complementar la información de las cuentas con otros indicadores, teniendo como base las cuentas de la OECD. La segunda exposición hizo énfasis en el desarrollo de cuentas de salud utilizando el marco central del Sistema de Cuentas Nacionales y su flexibilidad y la experiencia concreta de la tercera exposición aportó elementos para enfrentar los problemas prácticos y poner los pies en la tierra.

La moderadora anuncia que los comentarios son bienvenidos para saber dónde estamos, qué se plantea en lo inmediato y más a largo plazo para que la información y los desarrollos en materia de cuentas de salud permitan responder a las necesidades de las reformas de salud que se están llevando a cabo, a la necesidad de tener indicadores de evaluación de monitoreo, que se alcance el objetivo de incluir el aspecto de género y que tengamos información útil a la toma de decisiones de política económica.

Comentarios al tercer bloque

▫ ***Sobre género y cuentas de salud***

Las preguntas y comentarios al respecto se refirieron a cómo avanzar para relacionar género y salud en las cuentas y a la disponibilidad real de información desagregada por sexo, las dificultades encontradas, cómo se solucionaron y de qué se dispone en este momento.

Un comentario se refirió a que en la primera exposición se mencionó una tercera etapa histórica en las preguntas que se formulan a las cuentas de salud, volviendo a considerar la relación entre los recursos y las personas y, por primera vez, si éstas son hombres o mujeres. Las preguntas deben guiar a la herramienta a utilizar y pueden ser formuladas desde la perspectiva de género a herramientas relativas al financiamiento ó al gasto. Se afirmó que las cuentas reflejan un pensamiento conceptual político, con omisiones y abstracciones, que no son un instrumento neutro y que por lo tanto se puede incluir en ellas lo que falta por conocer.

Se advirtió sobre la necesidad de trabajar la perspectiva de género muy finamente en los propósitos y las interpretaciones que se hagan a partir de la información de las cuentas nacionales. El comentario surgió a propósito de un ejemplo chileno sobre el examen de las licencias otorgadas por

depresión, analizado desde una perspectiva de ahorro y mejor asignación de recursos. Una proporción de las licencias no era otorgada por profesionales de la psiquiatría y otras son reiterativas por falta de buen tratamiento. Se dieron argumentos de género que complementaban la situación en el caso de las mujeres tomando en cuenta simultáneamente la salud integral como criterio de priorización y que advertían del peligro de priorizar solamente con criterios de ahorro de recursos.

▫ ***Sobre la utilidad de las cuentas de salud***

Se comentó que en la primera exposición fue enfatizado el carácter de las cuentas nacionales como un instrumento rector muy valioso, observación más válida aún en el caso de Perú y otros países de A.L. y el C. que tienen sistemas de salud muy fragmentados. En estos casos, con Ministerios de Salud con funciones rectoras y no ejecutoras, las cuentas nacionales de salud son uno de los pocos instrumentos que dan información sectorial y que permiten tener una visión del sector. Constituyen un instrumento de política valioso para poder concertar y negociar con proveedores, para identificar áreas importantes, como el caso del gasto en medicamentos en Perú donde una alta proporción del mismo no está intermediada por el sistema institucional de salud.

La reasignación del gasto fue otra de las utilidades señaladas. El ejemplo de Chile permite preguntarse si es justo el financiamiento de las licencias laborales a través de las cotizaciones para salud y por el papel de otras reparticiones públicas en la solución del problema, por ejemplo, la intervención del Ministerio del Trabajo en la alta tasa de licencias por stress laboral.

Se señaló que el esfuerzo por incluir las matrices distributivas en las cuentas de salud enmarca la preocupación de OMS de que el énfasis no debe quedar sólo en los procesos sino también en cómo se acercan los servicios a la población.

▫ ***Sobre la información***

Hubo numerosas intervenciones en relación con la falta de información y sus problemas y con las bondades de la información y de las fuentes, y otras en el sentido de mejorar la interrelación entre los productores y usuarios de información, considerando que la información es un bien público y debería facilitarse el acceso a ella.

Se mencionó la importancia de conocer la distribución de bienes y servicios por sexo y la importancia de los registros, recomendando continuar poniendo energía ahí. También se dijo que es un esfuerzo grande y muy difícil introducir una nueva variable en las estadísticas de registros administrativos.

Sobre los problemas se mencionó que en general en Chile no hay información presupuestaria sobre programas para mujeres, excepto si se trata de cooperación internacional. Las licencias médicas no están desagregadas, no se puede saber las enfermedades por sexo. Ese dato y el de gasto de bolsillo puede dar muchas luces sobre las enfermedades de las mujeres. La falta de información también se relaciona con falta de investigación y se descubre que hay muchas enfermedades de mujeres sin remedio porque no hay inversión en investigación.

En relación con las fuentes se mencionó que hay dos grupos de fuentes de información para género y salud: a) los registros administrativos en los cuales hace falta la decisión política del gobierno para incluir el sexo y luchar con los organismos de gobierno para que todo registro administrativo incluya la variable sexo y b) las encuestas y censos normadas por los organismos de estadísticas, por lo cual la preocupación de género debe estar presente en ellos. Si se garantiza en esas dos fuentes primarias la incorporación de la variable sexo habrá disponibilidad de información básica.

Se señaló la utilidad de las encuestas de hogares como estrategia de búsqueda de información, con muchos problemas pero también muchas oportunidades. Un comentario detallado sobre el uso de las encuestas de hogares se refirió al caso de Perú, donde se dispone de un módulo especializado en salud aplicado el 4º trimestre de cada año. Es posible contestar a muchas preguntas como la estratificación de los hogares, la demanda de servicios médicos, a qué tipos de servicios (públicos, privados) recurrieron, si fueron atendidos por profesionales de la salud o con métodos alternativos, la proporción de partos no atendidos en establecimientos de salud. También permite estimar el gasto y el ingreso de, por ejemplo, las parteras; conocer el gasto de bolsillo de hogares, cuánto es en establecimientos de salud y cuánto a través de yerbas, curanderos o parteras. Se logra información para el cálculo de indicadores físicos y es posible tener un conjunto de indicadores de acceso a la salud. Los resultados muestrales se pueden cruzar con información de registros produciendo estimaciones desagregadas de los totales de los registros.

En el caso de Panamá ha habido preocupación desde la estadística oficial por tener información por sexo en los 90. La estadísticas del sector salud en su mayoría están por sexo, aunque hay limitaciones en la información presupuestaria del sector público que se solucionarán a futuro mediante un código especial introducido en la ejecución presupuestaria.

En el caso de Chile se está trabajando para tener morbilidad ambulatoria por la vía del muestreo del registro diario y la morbilidad hospitalaria estará disponible pronto con cobertura del 100% de los establecimientos, ambas por sexo. Se recuperará el criterio de registrar las atenciones y no solamente el gasto que ocasionan, que fue el criterio anterior.

▫ ***Sobre aportes conceptuales***

Varias intervenciones se refirieron al concepto de salud. Una de ellas señaló que debería incluirse las actividades de promoción y de prevención de la salud realizadas al interior de los hogares, las que pueden conceptualizarse como un ahorro social que podría constituir una justificación para que las mujeres coticen al mismo nivel que el hombre. Las encuestas de uso del tiempo podrían entregar algunos datos al respecto. Otra mencionó la posibilidad de considerar a las instituciones prestadoras de servicios de salud aleópata, como reiki, aromaterapia, etc. Dan origen a ganancias, no se sabe su impacto en los sistemas de salud, cuál es su uso ni qué implica para los presupuestos de las familias.

Se mencionó que valorar el cuidado de enfermos en los hogares constituye un primer paso de valoración del servicio médico de los hogares. Se recordó el ejemplo presentado sobre México, y se sugirió que fuera medido por las horas de dedicación y por un precio según los criterios con que se valoran otros servicios del hogar.

Una intervención se refirió al vocabulario empleado que no refleja bien los conceptos. En el caso de salud parece contradictorio hablar de gasto en salud y no de inversión en salud, mientras se habla de capital humano.

En relación con los subsidios por incapacidad laboral un comentario se refirió a la necesidad de distinguir entre dos conceptos: el de servicios de atención a la salud y el servicio de previsión social, que no necesariamente es un servicio de salud, distinguiendo también sus financiamientos. El tema surgió a raíz de que en el caso de Chile se financian totalmente con el 7% de las cotizaciones, por lo que compiten con otros destinos del mismo financiamiento. Se indicó que la

discusión de esta experiencia ayuda para dar normas generales para los países donde la seguridad social incluye los dos temas.

Hubo algunas discusiones respecto del subsidio maternal, partida localizada como “bien de salud pública” y financiada totalmente con aporte fiscal, en el caso de Chile. Un comentario fue que en esta decisión hay falta de claridad conceptual. La licencia pre y post parto es una licencia en protección de la criatura y de la salud de la mujer y es el reemplazo de su salario. El estado subsidiario ha pasado a llenar el rol que les correspondería a las Isapres, desligándolas de la responsabilidad de pagar la licencia. Se sugirió substituir la palabra subsidio por pago de licencia, ya que se trata de un derecho.

Como un ejemplo de incorporación de género a la lectura del presupuesto una comentarista mencionó que este gasto en licencias maternales de cargo del estado en Chile es un gasto mal focalizado, porque el mayor porcentaje está destinado a mujeres de más altos ingresos, que no cotizan en el sistema público de salud, sino en el privado.

También se discutió si es posible asignar todo el gasto en farmacia de los hogares a sectores específicos de proveedores como hace el cálculo presentado por FONASA para Chile. Se comentó que en Perú hay un gasto en farmacia muy importante que no se puede vincular a un proveedor específico ya que la población pregunta directamente en la farmacia que medicamento comprar.

▫ *Sugerencias sobre estrategias para avanzar*

A partir de las distintas intervenciones se puede construir un camino desde lo avanzado hasta hoy en cuentas de salud. Se reconoció que en el proceso de revisión de las cuentas nacionales los países de OECD llevan la delantera y que tomar como referencia las cuentas satélite de la comunidad europea ayuda para que los trabajos se integren en un marco país, no solamente el sector salud sino integrados a la información nacional. Se sugirió avanzar hacia el cálculo de cuentas satélites con matrices distributivas.

Se subrayó por diversos/as participantes la utilidad de contar con un marco global y se consideró que ya hay un avance importante que permite aspirar a que esto se encuadre en un esquema integral, donde se hable de la producción, del consumo, de la inversión, del financiamiento, necesario para el análisis de propuestas nuevas permitiendo que no solamente se tomen decisiones según criterios monetarios sino que también haya un diagnóstico que evalúe las enfermedades, los hombres, las mujeres, los recursos para atenderlos. Se debería acceder lo más pronto posible a la tercera etapa de hacer que la gente esté detrás de los números que se manejan en las experiencias que hasta ahora conocemos.

Se mencionó también la necesidad de aplicar más explícitamente nuevos criterios de equidad en las asignaciones presupuestarias, para lo cual el trabajo de Cuentas Nacionales y el conocimiento del manejo de la técnica presupuestaria deben acompañar al trabajo político.

Para la incorporación de la perspectiva de género en las cuentas de salud se menciona como parte de la estrategia la integración de personas especialistas en género en los equipos de trabajo de cuentas de salud.

Se señaló que la disponibilidad de información desagregada por sexo constituye una parte importante de la estrategia. Se advierte que será básico definir cuáles son las preguntas que se quieren hacer para definir los procesos de información. Otros requisitos son la transparencia, el empoderamiento de las partes y la mejoría de la calidad de la información.

Como un ejemplo concreto se sugirió a FONASA de Chile identificar algunos problemas de salud a los cuales dar seguimiento desde el punto de vista de la política y organizar un proceso de discusión para abrir las matrices distributivas.

La información desagregada por sexo es una tarea bastante laboriosa porque en los países hay registros parciales por sexo y no siempre coinciden los criterios. Se sugiere que el primer paso es dar una normatividad de cómo se quiere la información y para qué. Se informa que en el manual que prepara la OMS habrá pautas sobre cómo hacer las estimaciones partiendo de los datos de producción: cuántas consultas, de qué tipo, su costo, etc., para hacer la estimación de los gastos por sexo. Se sugiere realizar los ejercicios en los países donde hay información disponible y divulgar los beneficios que se logran con ella.

En el caso de Chile se informa que el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) logró que haya un decreto este año para que en el programa de mejoramiento de la gestión sea obligatorio desagregar por sexo a los clientes, beneficiarios, usuarios, desde el año 2002.

Un paso importante señalado es la definición del sector salud, sus límites y las actividades características que se desea incluir. (La seguridad social, las comadronas, etc.) Hay consenso en que, además de identificar gastos muy específicos, hay toda un área de cuidado en los hogares por identificar.

Una sugerencia compartida por varias participantes expertas en cuentas de salud es la propuesta de iniciar la elaboración de un manual de la cuenta satélite de salud. Se sugiere evaluar la conveniencia de hacerlo, al mismo tiempo que se dan argumentos para apurar su inicio, como el intentar que sirviera para las urgencias de ahora, ya que casi todos los países están pensando en una reforma del sector salud.

Se mencionaron otras experiencias que indican diversos caminos: en el programa de la oficina de estadísticas de las N.U. coordinan diversas iniciativas y luego producen manuales de aplicación práctica. Por otra parte, el sector turismo tiene avanzada su cuenta satélite, que fue desarrollada por encargo de la Organización Mundial del Turismo a una consultora.

Se sugiere sumar los esfuerzos de muchos para hacerlo más rápido y se cita la experiencia de la revisión 1993 del Sistema de Cuentas Nacionales, donde la participación de los organismos internacionales y de países con más experiencia fue beneficiosa. Ellos dieron cuenta de problemas y los gobiernos y las instituciones expresaron sus preocupaciones. Se sugiere también como estrategia que podría capitalizar intereses y experiencias de muchos en cuenta satélite de salud.

AGENDA PARA LA INTEGRACIÓN DEL GÉNERO EN LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD

Los/as organizadores del Taller presentaron una síntesis de las discusiones además de sus diversas propuestas y puntos de vista que fueron discutidos por los/las participantes y finalmente cerraron la reunión.

La primera intervención, a cargo de Thelma Gálvez Pérez, Consultora OPS del Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud en Chile, hace una síntesis sobre los principales aspectos conceptuales a resolver para integrar el género en las CN de Salud. La segunda intervención, a cargo de Elsa Gómez de OPS, identifica los puntos claves de una agenda para la proyección futura de este trabajo. Se presentan síntesis de las intervenciones.

Thelma Gálvez se refirió a:

Las preguntas fundamentales

El objetivo del taller ha sido la búsqueda de las preguntas fundamentales que se le hacen a las CN de Salud desde el género y que tienen importancia para la definición de políticas públicas. Se formulan tres preguntas, desde tres niveles de concepción de salud.

- La pregunta fundamental de quién y cuánto trabajo de salud se despliega en la economía se formula desde una visión en que la salud es generada mediante trabajo institucionalizado en servicios de salud y una amplia gama de actividades realizadas por los hogares. Esta pregunta está hecha desde el enfoque más amplio de salud, considerando que la salud definida desde los hogares tiene una gama de actividades que influyen en la salud de los miembros del hogar muy amplia.
En esta concepción se discutió que no necesariamente todas las actividades necesitan ser valorizadas monetariamente o que puede ser muy difícil hacerlo. Se planteó que aparte del trabajo de salud, hay afectos y trabajos no sustituibles por terceros, que no podrían medirse ni siquiera en horas y menos monetariamente.
- El segundo nivel se sitúa en la concepción de salud con la que trabajan OPS y OMS, definida por las actividades que hace el sistema institucional de salud y que incluye prevención, mantención, cuidado de la salud pública, salud alternativa. Es todo lo que está contenido hasta ahora en los manuales de cuentas y en el sector salud en las cuentas satélites y en todos los que han trabajado contabilizando salud. A ese conjunto definido así, se propone agregar lo que producen los hogares en salud, asimilable a ese tipos de actividades. Desde esta definición de lo que es el sistema global de salud se formula la pregunta sobre cómo ocurren, y en qué medida ocurren, las transferencias entre un sistema institucional y otro familiar. Desde esta concepción se tendría que contestar cómo, cuando se restringe un presupuesto de salud esto repercute en los hogares porque en ellos se tienen que llevar a cabo actividades que antes eran resueltas fuera de ellos. Implica también el reconocimiento de una serie de actividades que hasta ahora no han sido visibles, es novedosa y amplía los límites.
- Una tercera pregunta fundamental es que, reconociendo que hay cambios importantes en el comportamiento laboral de las mujeres en los últimos años, es necesario saber cómo afectan estos cambios a la producción de salud. Por una parte está la mujer como fuerza laboral del sector salud pero también como productora de salud en los hogares y es necesario saber qué nuevos problemas aparecen, los arreglos que ellas hacen, cómo hacen las mujeres (y los hombres) para cumplir con las necesidades de salud de los miembros del hogar. Esta pregunta

se orienta a dar luces a las políticas generales intersectoriales que tendrían que verse afectadas por las políticas de salud. Por ejemplo, las políticas de trabajo, de licencias, no son ajenas al tema de que si hay más mujeres trabajando y hay reconocimiento de la producción de salud en los hogares hay que hacer políticas que tomen en cuenta esta realidad.

A partir de estas preguntas se puede empezar a ensayar con cuáles agregados de las cuentas, con qué extensiones o cuadros auxiliares, en qué unidades de medida, podríamos responder a ellas. De las intervenciones y los ejemplos discutidos en el transcurso del Taller, queda el principio general que, dependiendo de la pregunta, del nivel al que se sitúa la pregunta y dónde nos situamos en la definición de salud se está determinando las clasificaciones, los límites de la producción, el tipo de cuadros y el tipo de unidades de medida a emplear.

Problemas básicos

De la exposición de Elsa Gómez quedó el concepto de que la equidad de género en salud se basa en el criterio de “a cada quién según su necesidad y no según su capacidad de pago” y que ese es un principio para juzgar la equidad que podemos adoptar.

Otro concepto se refiere a que la producción de salud es más restringida que la producción de bienestar, que son conceptos con bordes difícilmente delineables entre uno y otro y hay que seguir profundizando en ellos en relación con el enfoque de género.

Una tercera idea fundamental que quedó clara es que al menos hay dos sistemas de producción de salud, uno visible y uno invisible, uno el institucional, monetario y el otro que ocurre en los hogares y que hay transferencias de recursos entre ambos. Al reconocer eso se reconoce también que es posible hacer políticas públicas de compensación a este segundo sector que pone recursos no vistos ni medidos y que se quiere visibilizar.

Otra idea es que este recurso gratuito que ha estado puesto al servicio de la salud, que en lo fundamental ha sido tiempo de las mujeres, es un recurso que puede llegar a ser escaso. El día tiene un límite de horas, el tiempo total es el mismo para todos, desde ese punto de vista es casi un recurso natural y no es posible que las políticas públicas sigan disponiendo de este como si fuera ilimitado. Se reconoce que hay que hacer políticas de apoyo a este recurso escaso. En algunos países se solucionan desde los hogares, en forma individual, los problemas que los sistemas públicos no resuelven pero también hay países en los que ya se ha reconocido y se hacen políticas de apoyo, ya sea comunitario o políticas sociales.

Conceptos mercantiles y conceptos del sistema de producción capitalista

Es un hecho que en las CN se trabaja con conceptos mercantiles y conceptos del sistema de producción capitalista. Hay dos posibilidades: una, extender esos conceptos al sistema doméstico y entenderlo con esos conceptos y la segunda es usar conceptos alternativos.

Ha habido muchos ejemplos de la primera opción a lo largo del Taller. Hacer una valoración monetaria del tiempo de trabajo, elegir qué precios aplicar, usar el concepto de productos, definir actividades económicas y no económicas. Se habló de usar bienes de capital en la producción doméstica de salud, de calcular depreciación, se utilizó el concepto de ocupados, los de calidad y experiencia en el trabajo, de antigüedad. Son conceptos tomados del área mercantil y llevados a la producción doméstica. Es posible continuar en la misma vía de pensamiento y poner los temas de productividad y eficiencia en la producción de salud al interior de los hogares, etc. Sin embargo hay que profundizar la discusión sobre cuáles emplear y cuáles no. Por ejemplo, se mencionó que la producción al interior del hogar tiene unas características demasiado diferentes y que la productividad no tiene ningún sentido cuando no se está compitiendo y por lo tanto el empleo de

tiempo en actividades en el hogar no necesariamente tiene que seguir las urgencias que sigue en el mercado laboral.

Las herramientas

Se recogieron opiniones diversas sobre las herramientas disponibles. Una idea generalizada fue que las metodologías de Cuentas Satélite son muy flexibles, son adaptables a los problemas, por lo que es importante partir de la definición de los problemas. La opinión de la expositora es que se puede trabajar con ellas y que hay que utilizarlas y hacer un esfuerzo conceptual para incorporar en ellas el género. Hubo opiniones en ese sentido y hubo algunas opiniones más descalificadoras de la posibilidad de utilizar estas herramientas.

Sobre criterios de valorización del trabajo no pagado empleado en la salud, se discutió si hay que valorizar monetariamente y sus ventajas y desventajas, o si hay que utilizar otras unidades, y al valorizar se discutieron diversas alternativas.

Se presentó una propuesta concreta (OMS) de extensiones a las CN de Salud a partir de los métodos que propone la OECD, sugiriendo que desde instancias como esta se recomiende la importancia de algunos cuadros y de algunos enfoques para los que hay instrumental desarrollado pero no se le ha dado prioridad, como por ejemplo, los cuadros sobre RRHH en salud. Las discusiones del Taller y los aportes de la encuesta de Barcelona dan pie para complementar los cuadros propuestos con el trabajo en el área no monetaria, sus calificaciones, tiempos, jornadas, duración etc.

Disponibilidad de información, variables.

Quedó claramente expuesto que hay una fuerte relación entre el diseño de los instrumentos y la información necesaria y que es preferible que el énfasis esté puesto en el diseño del instrumento y no en la disponibilidad de información. También se advirtió sobre la existencia de información disponible y no totalmente aprovechada.

Se hizo mención a algunas variables relevantes y entre ellas destacó el ciclo de vida de las familias, relativamente reiterado por distintos/as expositores y participantes. Cuando se definen políticas y cuando se diseñan indicadores agregados, el tema de las familias en distintas etapas del ciclo de vida es relevante y generalmente no es tomado en cuenta.

Estrategias complementarias de la construcción de Cuentas de Salud mencionadas.

La producción de información cara, como es la de las CN, es un bien público y por lo tanto hay un derecho ciudadano a disponer de ella, de sus desagregaciones y de sus métodos de estimación. Una línea de trabajo es exigir y tomarse este derecho ciudadano y una de las propuestas fue el diseño de un programa de “alfabetización” de usuarios, usuarios que no son solamente del sistema estatal sino también de la sociedad civil.

Promover el diálogo entre actores en el nivel nacional y regional entre países. Actores de salud, de género, de economía.

Necesidad de visibilizar el aporte en trabajo comunitario a los programas sociales.

Hubo propuestas muy concretas sobre métodos de trabajo en la cuenta de salud, que no se recogen en este momento y pueden ser parte de la discusión de la tarde.

A continuación Elsa Gómez, Consultora Regional Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington, expresó que:

Este Taller tenía como objetivo fundamental compartir, discutir y hacer propuestas con respecto a cómo construir cuentas nacionales de salud con una perspectiva de género. El tema que preocupaba más originalmente es el de la contribución de los hogares, fundamentalmente de las mujeres, a la producción social de la salud.

Hay tres grandes áreas donde mirar en el tema de CN. Primero, la contribución de los hogares y de las mujeres a la producción de la salud. Segundo, cómo se asignan los recursos y se gastan de acuerdo con las necesidades. Tercero, el financiamiento: en qué medida demanda contribuciones de acuerdo con necesidades.

El punto a discutir es cómo proceder. Como en esta reunión no representamos a los actores/as que realmente toman las decisiones en relación a las CN, una primera etapa sería preparar una propuesta sobre lo que sería este trabajo. El objetivo, la metodología, el calendario, y básicamente la orientación, para someterla a las Secretarías y Grupos decisores.

Podemos puntualizar cómo podemos contribuir, en qué tiempos, etc., con una meta de poder producir instrumentos estilo Manual con una serie de pautas de lo que hay que considerar para construir una Cuenta de Salud con perspectiva de género.

Desde la perspectiva del Programa Mujer, Salud y Desarrollo acogemos con tremendo entusiasmo el elemento participativo, el diálogo entre productores y usuarios de información tanto en el Gobierno como en la sociedad civil. La idea es poder definir las distintas etapas y productos intermedios con el concurso de estos actores.

Ahora tendríamos que empezar a discutir cómo nos organizamos. Hay grandes temas y hay gente que tiene más expertise en unas áreas que en otras, tal vez se podría formar pequeños grupos de trabajo. Abro la discusión para ver cuáles son las propuestas y cómo procedemos, pero claramente pensando en un producto donde está integrado salud, cuentas y género, los tres elementos, en los que eso tenemos que tener expertise.

Una sugerencia es, en un tiempo relativamente corto, pensar en diseñar y construir indicadores sobre la contribución del hogar a la producción de la salud. Tener unos pocos indicadores alternos, evaluar las necesidades de información y ver qué hay disponible. Las encuestas de hogares ofrecen una oportunidad, hay una serie de preguntas que nadie está utilizando y que se podrían mejorar, pero hasta que no se identifique la necesidad exacta de información para producir ese indicador no es posible hacer sugerencias para que a futuro se recoja en forma sistemática.

Posteriormente expresaron opiniones y propuestas relativas a la continuación de los trabajos CEPAL, OPS – Washington, OMS – Ginebra y FONASA - Chile. De ellas se ha hecho la siguiente síntesis.

Enrique Ordaz, Director de la División de Estadísticas y Proyecciones Económicas (DEPE) de CEPAL, que auspicia el evento, manifestó:

La DEPE y la Unidad de la Mujer de Cepal hemos apoyado el desarrollo de este evento, así como apoyamos la generación de información bajo un marco ordenado y sistemático.

Estamos en la mejor disposición para apoyar, en la medida de nuestro mandato, al trabajo que los países desean hacer. A partir de julio del año pasado, se estableció la Conferencia Estadística de las Américas como órgano subsidiario de la CEPAL, al igual que la Conferencia de la Mujer. Esto es importante porque permite tener una instancia en la que participan, no las Oficinas de Estadísticas,

no las Oficinas de Salud, sino los Gobiernos de los países, y nosotros recibimos el mandato de los gobiernos de los países para desarrollar actividades en las áreas que los países consideran prioritarias.

Desde el punto de vista de información sobre el sector salud, un mecanismo para que la Cepal comience a trabajar es que los países nos ordenen, nos pidan que desean trabajar en tal tema, con objetivos definidos. Actualmente hay un programa de trabajo estadístico internacional que cubre el bienio 2001- 2003 en el cual no está incluido un trabajo muy profundo sobre el sector salud, pero lo consideramos importante y por eso estamos apoyando este evento y nos estamos comprometiendo más. Lo que quiero llamar la atención es que son los países los que tienen que participar y nosotros tomamos el compromiso de apoyar.

Sonia Montaña, Jefa de la Unidad Mujer y Desarrollo de CEPAL, que auspicia el Taller por CEPAL expresó lo siguiente:

La relevancia de esta reunión en las preguntas formuladas ha quedado clara, pero entre la discusión sobre el paradigma y la discusión sobre la herramienta hay necesidad todavía de definir el para qué. Falta diseñar una estrategia intermedia que parta de la realidad en los países, de dónde está la evolución de las políticas públicas en cada país y cuál es el estado de las políticas de salud. Falta un elemento para saber cómo esta aspiración teórica, académica, legítima desde el punto de vista conceptual del movimiento de mujeres, se puede traducir en las experiencias concretas que hay en cada país.

Varios países han empezado a hacer esfuerzos importantes de incorporar en las reformas de salud o en los programas materno infantiles o en los programas de prevención de algún tipo de enfermedades, la perspectiva de género. El eje de la preocupación en esos países ha ido más bien al diseño de herramientas de política pública que no han entrado en la esfera de la economía ni de las herramientas financieras. Habría que ver si una propuesta como esta se puede articular con esos esfuerzos.

Hay que ver a nivel de la región dónde hay oportunidades que pueden abrir las puertas para que una herramienta tan transformadora como podría ser una cuenta satélite tenga posibilidades reales de servir a la necesidad de las mujeres en la región de contar con argumentos para legitimar la recompensa. Cuánto damos, cuánto recibimos. Es un argumento político, más que un argumento técnico y desde ese punto de vista la inversión en una herramienta tan sofisticada como sería una cuenta satélite habría que ponerla en la mesa, en el balance versus lo que sería una inversión en otras herramientas quizás menos sofisticadas pero eventualmente más útiles a esta necesidad.

La segunda reflexión es que quizás en el ámbito de los procesos locales de gestión de la salud, el contabilizar el aporte de las mujeres de una manera que no se traduzca en una cuenta satélite, pero en una cuenta del gasto y la inversión podría responder a esta necesidad de argumentos y visibilidad del aporte de las mujeres.

Finalmente, respecto de acciones futuras, CEPAL puede operar en un ámbito de asistencia técnica y de apoyo a la elaboración de conocimiento existente, pero un apoyo que tenga esta orientación hacia la toma de decisiones pasa por una estrategia de sensibilización de los gobiernos, para lo cual están los dos Foros mencionados: la Conferencia de Estadísticas y la Conferencia Regional sobre la Mujer, además de la red de ONGs que está alrededor de estos dos organismos.

Podríamos en CEPAL acomodar dentro de nuestro mandato la inclusión de algunos indicadores que formen parte de este esfuerzo de construcción de indicadores factibles en este momento. Podemos

abrir caminos en las dos conferencias subsidiarias, la de la Mujer y las de Estadísticas para que un informe de esta reunión de expertos pueda ser presentado en la mesa directiva de ambas instancias y podamos hacer alguna forma de difusión de los resultados a nivel de los gobiernos, particularmente de aquellos donde la reforma de salud y la perspectiva de género se están encontrando. Esto podría dar pie a una estrategia de mayor alcance que incluya un esfuerzo de más sistematización y de desarrollo de herramientas. De esta propia reunión va a salir un estado del arte que habría que presentar en los foros gubernamentales y también a través de las misiones de OPS en los países con apoyo y con vinculación a las oficinas de la mujer y a las oficinas de estadística.

Eso puede ser una estrategia a implementar sin que implique un trabajo mucho mayor al que habitualmente hacemos. Si a eso se suma la voluntad gubernamental de algunos países de poner recursos y facilitar que estas ideas, por ser tan importantes, se traduzcan en acción pública, tenemos que entender que eso implica un compromiso en los Estados y no solamente una acción de los organismos internacionales.

Es un proceso que pasa también por una sensibilización a las propias organizaciones de mujeres. Posicionar el debate en el ámbito público es importante y para eso tenemos que traducir estas herramientas técnicas en herramientas de advocacy que permitan una comprensión en la opinión pública de lo que pretendemos medir. Hay que delimitar el objetivo: si es para el advocacy, para la formulación de políticas, para su monitoreo, para el mediano, largo o corto plazo.

De esta reunión y de este debate sí podemos saber lo que es posible hacer en esa visión de mediano plazo y seguir construyendo un conocimiento que a la vez sea llevado a los ámbitos de toma de decisiones dentro de los cuales la CEPAL, por ser Secretaría de los Gobiernos, puede operar. En esta fase, tanto el Programa de la Mujer como la División de Estadísticas están funcionando con un mandato que viene de las conferencias anteriores y con planes de trabajo que no se pueden modificar inmediatamente, pero sí pueden iniciarse un apoyo en el marco de nuestras limitadas y modestas posibilidades.

Rubén Suárez-Berenguela, *Asesor Regional en Economía y Financiamiento de la Salud, OPS, Washington intervino expresando:*

El plan de trabajo podría organizarse alrededor de dos grandes líneas. La primera es que tenemos la sospecha de que hay una contribución importante de los hogares a la producción de salud y a los servicios de salud que no está siendo contabilizada ni tomada en cuenta en los procesos de reforma en los países. Hay una problemática de política pública y los elementos que se han planteado aquí dan para hacer seminarios de política de alfabetización, de promoción de la importancia que tiene el avanzar en entender por qué el hacer esta cuenta de los hogares, cuál es la contribución del hogar a la producción de salud o al sustituto del servicio de salud cuando hay una restricción al sistema institucional de la economía. Poner eso en la agenda de discusión de la reforma es importantísimo no solamente a nivel del país sino a nivel de la región.

La segunda es avanzar desde las cuentas de gasto y financiamiento hacia una cuenta que empiece a mirar la producción y distribución de los bienes que se producen tanto por el sector público como por el sector privado. Aunque no se haga, por lo menos que se plantee que es una línea de trabajo que se debe desarrollar. Pasar de los datos de gasto y financiamiento a unas cuentas de producción y de consumo implica un avance tremendo para hacer evaluación, tanto de impacto, de qué se está produciendo y quién se está beneficiando, como para ver la eficiencia en la producción de servicios de salud. No tenemos evidencias fuertes para evaluar la eficiencia de la producción del sector público y privado sin entrar a las cuentas de producción y el instrumento es las cuentas nacionales puras de la producción y del consumo.

Debería recuperarse como una de las propuestas de trabajo del grupo lo planteado en términos de empezar a pensar en la Cuenta Satélite de Salud como una forma de medir impactos y vincular todos estos procesos. El desarrollo de una Cuenta Satélite del sector salud y Cuentas de gasto y financiamiento enfocadas hacia cuentas de producción y de consumo son dos líneas de trabajo distintas, que tienen mucha proyección a nivel regional y a nivel mundial de cómo ver el sector salud.

Otras herramientas mencionadas en el Taller y no recogidas en la síntesis son las matrices de cuentas sociales, que permiten volver a mirar las desigualdades e inequidades desde otra óptica de caracterización social, ya sea por género, por grupos de ingreso, por tipos ocupacionales u otras. El grupo de trabajo debería tener en cuenta que existe todo un instrumental desarrollado alrededor del SCN que no se ha utilizado todavía y que permite pensar estos problemas en una forma sistemática, coordinada con el sistema de cuentas de registro del país. También hay un movimiento regional por utilizar un sistema estandarizado para evaluar el gasto público en términos de categorías que pueden ser después ligadas al sistema de cuentas nacionales de los países. Se trata de relacionar el sistema de cuentas administrativas con un sistema internacional, más o menos armonizado, de hacer cuentas del sector público.

Tenemos los instrumentales, o por lo menos tenemos un marco, para medir cuál es la contribución de los hogares en términos de producción de salud y servicios de salud y cómo las reformas están afectando eso. Hay dos pasos que se pueden seguir metodológicamente. Uno es utilizar este instrumental y ver qué resultados tenemos inmediatamente y paralelamente seguir trabajando en la propuesta de pasar de Cuentas de gasto y financiamiento hacia Cuentas de producción y consumo así como en el desarrollo de una Cuenta satélite del sector salud.

Patricia Hernández, de OMS, Ginebra señaló que:

La propuesta de OMS de desglosar las tablas por sexo ya está en proceso y requerimos el apoyo y la colaboración del Taller para la generación y discusión de los indicadores que se ha propuesto elaborar. Disponer de por lo menos una propuesta preliminar de indicadores base sería necesario en el corto plazo si quisiéramos aprovechar plenamente este esfuerzo.

OMS le está proponiendo a los países el análisis y necesitamos también proponerles una serie de indicadores para que ellos se involucren más activamente en el desarrollo, porque esto les significa más trabajo y un esfuerzo mucho mayor.

Alfredo Román, expositor de FONASA, Chile se refirió a:

A propósito de lo que ha sido el trabajo de elaboración de CN de Salud desde el sector salud en Chile, el análisis de fuentes y usos juega un rol determinante desde la perspectiva de la equidad y desde las políticas de distribución y de redistribución de recursos en la región. Al hacer un análisis exhaustivo de las fuentes principales y de cómo se establecen los componentes del gasto, se ven una serie de errores voluntarios, previamente preconcebidos, con el fin muchas veces de sobrellevar gran parte del gasto en salud con cargo a los hogares.

Es importante reivindicar las CN como un instrumento para la toma de decisiones y, en particular es muy importante el análisis de las Fuentes y Usos. La experiencia de Chile es que hemos complementado las matrices de Harvard con el enfoque de la OECD y nos han permitido encuadrar gran parte de los dilemas que tenemos a futuro desde el punto de vista de las fuentes y

particularmente de atenuar gastos absolutamente cuestionables desde el punto de vista de la equidad financiera.

Las matrices permiten trabajar incorporando una variable de género que es efectivamente una condición de desigualdades profundas en la región y por ende debiéramos tener la sensibilidad política para incorporarla en el desarrollo de nuestros proyectos, haciendo la salvedad que tenemos dificultades en el registro de la información y que lo que tenemos habitualmente es información desde el punto de vista estadístico de la mujer. Muchas veces tenemos registros estadísticos de los programas materno infantil, y no tenemos otros referentes de trabajo que puedan discernir con mayor integralidad las desigualdades que se esconden en los problemas de género. Ese es un desafío que estamos en condiciones de poder incorporar ya que estamos construyendo con el aval del Banco Central un esfuerzo distinto, que pasa por tener mayor sensibilidad y mayor preocupación con lo que ha hecho positivamente el Banco en materia de elaboración de CN.

Otro desafío es la necesidad de avanzar en las cuentas regionales, en la búsqueda de superar las situaciones de desigualdad y exclusión social. Se haría un esfuerzo interinstitucional para recopilar información y meterse en los temas de mayor impacto desde el punto de vista del empleo, la producción, que están íntimamente ligados a problemas de desigualdad de género. En ese sentido podríamos usar ese vínculo con los estudios regionales. En el caso chileno el INE está partiendo con un proyecto de Cuentas regionales de 4 años y la idea es fructificar con INE en un convenio que nos permita entregar una información y por supuesto también recibirla.

Es importante darle una sistematicidad al trabajo que hagamos. Hemos visto con interés el proyecto de Cuentas Satelitales como las de SIDA y probablemente puedan surgir otras en el devenir de los años. Debemos tener capacidad para priorizar y ordenar el esfuerzo que hagamos en materia de información y particularmente comprometidas en la toma de decisiones.

El último aspecto a comentar es el desafío de incorporar la participación de organismos no gubernamentales, instituciones académicas, de tal manera de hacer un proceso sistemático de validación, de interpretación, de análisis de quienes asuman por mandato el trabajo de elaboración de CN. Parece importante hacer un esfuerzo mancomunado de los Organismos Internacionales, y ahí ha sido muy importante en el caso chileno el apoyo de OPS, para apoyar iniciativas de esta envergadura, de tal manera que confluyan ONGs, mundo universitario y quienes estén motivados.

En gran medida el trabajo es sistematizar este proceso, ponerlo en la agenda política de gobierno, y al igual como hay estudios de carga enfermedad para la toma de decisiones, las CN pueden servir también para la toma de decisiones.

De la discusión e intervenciones del resto de los/las expositores y participantes se extraen las siguientes opiniones

▫ ***Acuerdos sobre contenidos***

Hay un consenso generalizado en valorar el aporte que hacen los hogares a la salud, a través del trabajo no pagado principalmente de las mujeres.

▫ ***Sobre orientaciones generales***

Identificar la transferencia de gasto desde el sistema institucional a los hogares es un aporte que es importante complementar con una visión de la economía de la salud de manera que el planteamiento de las reformas de aquí en adelante no puedan darse sin incorporar ese elemento como diagnóstico.

Las reformas se están cimentando en diagnósticos epidemiológico, demográfico, etc., pero con una mirada limitada respecto de lo que es la economía de la salud.

Plantear en la cooperación técnica y en otros ámbitos que se enriquece la visión y por lo tanto los diagnósticos de base de las reformas incorporando la producción de salud de hogares.

Tener muy claros los objetivos que se buscan con los desarrollos estadísticos presentados en el Taller, porque, en la medida de que haya precisión en los objetivos que se persiguen, el diseño, la evaluación de estas tareas estadísticas y de los marcos cuantitativos que ya existen será más clara y precisa para seguir a un segundo paso.

▫ ***Más propuestas de trabajo***

Como acciones de corto y mediano plazo, emprender la cuantificación del trabajo doméstico no pagado y en particular del dedicado a la salud, sobre lo cual es muy importante empezar a hacer conciencia porque levantar encuestas de uso del tiempo lleva tiempo y dinero.

Desarrollar un manual de la cuenta satélite del sector salud. Aspirando en un horizonte más largo a tener estadísticas amplias y comprensivas del sector salud, el desarrollo del manual de la cuenta satélite del sector salud sería indispensable.

Concebir los sistemas de trabajo y de información intermedios, no tan finales como lo que es una cuenta satélite, para mayor disponibilidad de datos y para intercambio con los usuarios. La generación de indicadores, de intervenciones, y el diseño de instrumentos de captación de información, son muchos más ágiles con estos sistemas y sin duda van a nutrir las Cuentas Satélites. Al mismo tiempo hacer una estrategia que permitiera ir teniendo sub productos o partes de la gran cuenta satélite que empezaran a ser de utilidad, como pueden ser las clasificaciones.

Evaluar a la luz de la parte real de la economía el esfuerzo que se ha hecho para desarrollar las cuentas de financiamiento del sector salud.

Avanzar en la tarea de hablar de la aritmética demográfica beneficiada por el sector salud, con una visión muy complementaria del desarrollo de la CS del sector salud.

Aprovechar lo que el propio sistema de información básica puede ir suministrando. Los contadores nacionales podrían extraer toda la información que del sector salud hay en el sistema.

Hacer un esfuerzo para pensar cómo debería entrar el sector salud en una visión integral de la naturaleza de las matrices sociales del propio SCN, pensando en el género.

Hacer una ronda de temas para los cuales, desde el punto de vista de género, sería bueno tener información que apoye al diseño de políticas a posteriori. La gente que está trabajando sobre Chile podría plantear dos o tres preguntas claves sobre dónde creen que la reforma del financiamiento de la salud en Chile ha actuado contra la equidad de financiamiento y acceso de las mujeres.

▫ ***Sobre organización del trabajo***

Se señala la necesidad de tener un intercambio interdisciplinario entre el marco CN y la información de género, incluso en el primer paso que es el análisis por sexo, establecer una discusión interdisciplinaria sólida para que se potencialice el efecto del esfuerzo que se está haciendo.

También hay necesidad de hacer un trabajo intersectorial con personas que vienen probablemente de la parte de producción de servicios y no sólo de la parte de financiamiento.

Concretando lo anterior se hace la sugerencia de subdividir, en el corto o mediano plazo, entre gente que se quiera dedicar a trabajar específicamente esos instrumentos intermedios que sean complementarios a las CN y un grupo que tal vez sea tenga una mayor expertise en el tema de CN apoyada por otras que trabajen más el tema de género en términos prácticos. Establecer un lazo más formal, más de compromiso entre los integrantes del Taller para que en el mediano o corto plazo se trabaje al menos en estos dos subgrupos.

Se manifiesta una opinión diferente, en el sentido que aunque las visiones de género y de cuentas llegan a la misma conclusión, el seguir trabajando en dos carriles sigue fortaleciendo las visiones de cada sector y no permiten crear una propuesta nueva. No sirve seguir trabajando así, hay que avanzar a otro modelo construido con un marco conceptual que tiene que estar interrelacionado, porque si no, se le pone género a cuentas y se le pone cuentas al género.

▫ *Sobre estrategias de alianzas*

Las oportunidades que se han ofrecido para seguir trabajando en este tema son muy buenas, muy positivas, tanto del punto de vista de dar posibilidades dentro de los organismos internacionales como de hacer casos prácticos en un país. Se recomienda:

Hacer participar a quien tenga posibilidad de decidir y de apoyar institucionalmente a nivel internacional y a nivel nacional para que un trabajo de esta envergadura se hiciera.

En el proceso de precisar los objetivos tomar en cuenta a dos actores más: otros usuarios de la información y a los productores de información.

Hacer un esfuerzo de poner a disposición e informar a posibles intermediarios o usuarios intermediarios sobre toda esta información que ya existe. Hacer una base de datos de la información, de los indicadores y tal vez de las intervenciones que ya se han trabajado en género.

Finalmente se llevó a cabo el cierre del Taller. Se resumen las siguientes intervenciones.

Elsa Gómez manifestó que la idea de tener una presentación a los gobiernos tanto dentro de la Conferencia de la Mujer como de la Conferencia de Estadística pidiendo una acción en determinada dirección es algo a lo cual nos podemos comprometer. Es importante hacer esa comunicación y ver cómo desde las distintas áreas de trabajo se organiza esa presentación.

La Organización Panamericana de la Salud está dando cooperación técnica en materia de CN, tiene el mandato de incorporar criterios de equidad por distintos temas, no solamente género y debe incorporarlo en las CN de Salud.

Paralelamente, mientras ocurre este trabajo de propuesta que vamos a presentar a los cuerpos directivos en CEPAL, como a los nuestros, podemos empezar con el tema de indicadores. Tenemos muy clara la idea de los objetivos, no es simplemente para hacer un monitoreo porque sí o por un ejercicio académico. Saber cuál es la contribución de los hogares es muy importante para fines de política para poder ver cómo recortes en el área formal van a impactar en mayor recarga sobre el sector doméstico, y viceversa, cómo los cambios demográficos, los cambios en las relaciones de género en un sector, van a impactar las demandas que se hacen sobre el sector formal, en términos de atención que se deja de dar en un lado y que tendrá que darse del otro.

En cuanto a la colaboración de OPS con FONASA, hay que afinarla con la introducción de algún indicador de género y particularmente con la nueva información desagregada por género que va a salir ahora.

Thelma Gálvez agradeció las intervenciones de la tarde y la participación en general, por el interés y la permanencia con que se siguieron las discusiones.

Se recogerán los aportes en una relatoría donde quedarán las iniciativas planteadas. Quedó planteado, entre otras: hacer una evaluación de los sistemas de gasto de fuentes y usos y ver más concretamente lo que han aportado, lo que no, qué preguntas nuevas se les puede hacer. Abrir un camino desde allí hacia las Cuentas Satélite de Salud. Iniciar cálculos de salud en hogares. Como una posibilidad más concreta en que han estado de acuerdo CEPAL, OPS y OMS, adelantar la definición de algunos indicadores que ya tengan perspectiva de género. Una iniciativa que tendrá un final más lejano es el manual de cuentas satélite de salud, y, finalmente, el introducir a otros actores en el tema, desde los actores de la política pública en salud, a otros grupos de mujeres, a gobiernos.

Además hay una estrategia que aquí acordamos y es que el documento que salga tiene un destino, no solamente para compartirlo entre nosotros, sino un destino para seguir abriendo caminos gracias a la buena disposición de las agencias y de los gobiernos que abren esta posibilidad.

La presencia del Doctor Alvaro Erazo, Director de FONASA, muestra cómo la colaboración con los países es también muy fructífera, importante y cómo conversando podemos llegar a tener compromisos también nacionales que impulsen en el mismo sentido.

El Dr. **Cristián Darras** de OPS/OMS Chile expresó que una conclusión del Taller es que si queremos tener buenas respuestas, tenemos que hacer buenas preguntas y de esta reunión han salido algunas buenas preguntas. Una pregunta para guiar esto es cuáles son las decisiones que por el momento no estamos pudiendo tomar porque no tenemos el conocimiento, para tratar de ver en qué momento no estamos tomando decisiones porque no sabemos, o en qué momento no lo estamos haciendo porque no podemos o no queremos hacerlo. En esta distancia que ponemos entre nosotros y los decisores, como si fueran dos mundos distintos, quisiera decir "If the people leads, the leaders will follow". Esta dialéctica de la decisión no es un asunto entre no decisores y decisores, es un asunto compartido de todos.

Los aportes tanto de la OMS como de la OPS de Washington han sido bastante bien expuestos y como Representación en Chile vamos a seguir el trabajo que hemos empezado con FONASA. Agradecimientos a todos los participantes, a los que han auspiciado la reunión con nosotros, CEPAL, PNUD y UNIFEM, agradecer en especial a FONASA que es nuestro socio privilegiado.

Finalmente, la Dra. **Cristina Nogueira**, Representante de OPS/OMS en Chile, saludó a los/las participantes y declaró el compromiso de seguir adelante en Chile con este proyecto, no sólo con temas de género dentro de las Cuentas de Salud, sino con el compromiso con las Cuentas de Salud en general.

LISTA DE PARTICIPANTES

FONASA

Alvaro Erazo, Director
Alfredo Román, Jefe Departamento de Finanzas y RR.PP.
José Miguel Sánchez, Jefe Sub Departamento de Estudios
Rodrigo Castro, Jefe Departamento Gestión Estratégica
José Angulo, Profesional
Carlos Rojas, Profesional

OPS/OMS - Chile

Ana Cristina Nogueira, Representante en Chile
Christian Darras, Consultor Internacional
Thelma Gálvez, Consultora
María Isabel Matamala, Consultora

OPS/OMS WDC Washington D.C.

Elsa Gómez, Consultora Regional Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington HDP-HDW
Rubén Suárez-Berenguela, Asesor Regional en Economía y Financiamiento de la Salud, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, (HDP-HDD)
Matilde Pinto, HSP-HSO

OPS/OMS Perú Lima

Margarita Petrera

OMS - Suiza Ginebra

Patricia Hernández

CEPAL

Daniel Blanchard, Secretario de la Comisión a.i.
Enrique Ordaz, Director División de Estadísticas y Proyecciones Económicas
Marcelo Ortúzar, Jefe de Sección Cuentas Nacionales de la División de Estadísticas y Proyecciones Económicas
Sonia Montaña, Jefa Unidad Mujer y Desarrollo
María Nieves Rico, Unidad Mujer y Desarrollo
Rosa Bravo, Consultora Unidad Mujer y Desarrollo
Gloria Bensen, División de Estadísticas y Proyecciones Económicas
Irma Arriagada, División de Desarrollo Social
Ana Sojo, División de Desarrollo Social

PNUD

Thierry Lemaesquier, Representante Residente.
María José Moreno, Oficial de Programa.

Organización Internacional del Trabajo – OIT

Pedro Crocco, Coordinador de Proyectos de País de América Latina y del Caribe del Programa Step

España, Universidad de Barcelona

Cristina Carrasco, Departamento de Teoría Económica.

México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
María Eugenia Gómez-Luna, Asesora del Presidente del INEGI

Panamá

Markela Castro, Contraloría General de la República. Panamá.

Perú

Carmen Reyes, consultora.

Ministerio de Salud de Chile

Danuta Rajs, Jefa Departamento Estadísticas e Información de Salud
Carmen López, Jefa (S) División de Salud de las Personas
Ana Ayala, Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer

Superintendencia de Isapres

Marlene Sánchez, Profesional Departamento de Estudios

Servicio Nacional de la Mujer – SERNAM, Chile

Valeria Ambrosio, Jefa Departamento
María Angélica Bórquez, Jefa Departamento de Estudios y Estadísticas
María Luisa Rojas, Profesional Departamento Estudios y Estadísticas
Alejandra Faúndez, Profesional Departamento Estudios y Estadísticas

Instituto Nacional de Estadísticas – INE, Chile

Lylían Mires, Asesora de Estadísticas Sociales

Banco Central de Chile

Laura Guajardo, Analista financiero Departamento Cuentas Nacionales

Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Dirección del Trabajo. Chile

Celina Carrasco
Patricia Vega

ICMER Chile

Silvia Borsellino
Marcia Tijero

Varios

Hernán Frigolett, Consultores EMG Santiago Chile
Rosalba Todaro, Centro de Estudios de la Mujer - CEM Santiago Chile
Apolonia Ramírez, A.F.D.D Asociación de Familiares de Detenidos Desaparecidos Chile
Alejandra Valdés, Hexagrama Consultores Santiago, Chile

Universidad de Chile

Claudia Gutiérrez, Socióloga Investigadora Area de Políticas Centro de Análisis de Políticas Públicas, CAPP

Universidad Alberto Hurtado, Chile

Myrian Beltrán, Estudiante Post Grado Etica y Desarrollo
César Neira, Estudiante Post Grado Etica y Desarrollo

LISTA DE PONENCIAS

I. Políticas públicas: Género y salud y Panorama de las Cuentas de Salud

1. *Un enfoque macroeconómico “ampliado” de las condiciones de vida.* Antonella Picchio. Departamento de Economía Política, Universidad de Modena.
2. *Equidad, género y salud.* Elsa Gómez, Consultora Regional Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington
3. *El concepto de cuenta satélite y la generación de normas y orientaciones por los organismos internacionales.* Marcelo Ortúzar Ruiz, Jefe de Cuentas Nacionales de la División de Estadísticas de CEPAL.
4. *Cuentas de Salud y Cuentas Nacionales de Salud: Experiencias Internacionales.* Rubén Suárez-Berenguela, Consultor Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS

II. Visibilización, contabilización y valoración del trabajo doméstico: Cuentas satélite de hogares y recolección de información sobre el trabajo y el género.

5. *Aspectos conceptuales de una cuenta satélite de hogares con consideraciones de género.* Lourdes Urdaneta de Ferrán. Economista, Venezuela.
6. *Cuenta satélite de los hogares. Valoración del trabajo doméstico no pagado. El caso de México.* María Eugenia Luna, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI) México.
7. *Hacia una nueva metodología para el estudio del tiempo y del trabajo.* Cristina Carrasco. Departamento de Teoría Económica, Universidad de Barcelona.

III. Experiencias de cuentas nacionales de salud y consideración de aspectos de género

8. *Las Cuentas Nacionales de Salud y la problemática de género en la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud.* Patricia Hernández y Jean Pierre Poullier. OMS, Ginebra
9. *Experiencia de Panamá en la recolección de datos para la construcción de una Cuenta de Salud con perspectiva de género.* Markela Castro. Panamá.
10. *Fondo Nacional de Salud. Chile: Fuentes de financiamiento y destino de los recursos de Salud.* Alfredo Román Marchant. Jefe del Departamento de Finanzas y RRPP, FONASA, Chile.

Todas las ponencias originales, entregadas como material de trabajo en el Taller, se encuentran en la página web de OPS: <http://www.paho.org/generosalud>